



UNIVERSIDAD FASTA
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Kinesiología

TEMA

Heramientas de Evaluación del Desarrollo Psicomotriz en el Sistema Educativo

Cuestionario Autoadministrado versus Escala de Evaluación Tradicional en la valoración del Desarrollo Psicomotor en el Nivel Inicial



ÁREA
Kinefilaxia-Psicomotricidad

Tesis de Licenciatura
Andrea Quevedo

Tutora: Lic. Luisa Giorgetti
Co- Tutora: Lic. Vanesa Baima Gahn
Asesoramiento Metodológico:
Dr. Mg. Vivian Minnaard

2015

***“Todos nuestros sueños se pueden hacer realidad
si tenemos el coraje de seguirlos”***

Walt Disney

“Ama la vida que vives, vive la vida que amas”

Bob Marley

“El hombre nunca sabe de lo que es capaz

hasta que lo intenta”

Charles Dickens



*A mi familia,
mis amigos,
colegas y colaboradores.*



Al pensar en comenzar a agradecer se me vienen muchas cosas, vuelvo la mirada hacia atrás en el momento que se me ocurrió empezar esta aventura; recuerdo familia, amigos, conocidos, situaciones que fueron pasando y que me llevaron a convertirme en la persona que soy hoy y en la futura profesional que seré.

Primero y ante todo quisiera agradecer a mi familia, mis padres, mi hermano y mi cuñada que me apoyaron incondicionalmente en este camino. Ellos tuvieron que sufrir a veces mis mal humores y mi falta de tiempo, pero siempre confiaron en mí, en mi perseverancia, incluso creo que ellos sabían mejor que yo que iba a lograrlo, y así fue. A mis hermosos sobrinos, que llenan de risas y sonrisas mis días y me hacen sentir completa cuando me permiten jugar junto a ellos.

A mis amigas, por las cuales me siento una afortunada de la vida al cruzarlas en mi camino. Siempre me acompañaron y me bancaron, a mis cuñis las gracias no alcanzan. A las chicas, mis amigas y futuras colegas, que nos cruzamos en el momento justo para descubrir nuestra vocación e iniciar una hermosa amistad. A la banda que comparte conmigo una pasión inentendible para muchos, juntas corriendo detrás de una simple bocha vamos viviendo un mundo de sueños y diversión que quedan en el escudo del corazón.

También quisiera agradecer a todas aquellas personas que colaboraron con esta investigación y posibilitaron la realización de este trabajo. A la Lic. Giorgetti Luisa y Lic. Baima Gahn Vanesa, que tuvieron la mejor predisposición para acompañarme en este proceso, brindándome su apoyo y conocimiento, favoreciendo así mi crecimiento como futura colega.

A las instituciones educativas donde se realizó el trabajo de campo que me abrieron sus puertas y me permitieron trabajar con total libertad y comodidad. Al asesoramiento metodológico y estadístico que la facultad me brindo, donde me aconsejaron y diluyeron todas las dudas que me iban surgiendo, guiándome siempre para llegar de la mejor manera posible al objetivo buscado. Por último, quiero agradecer a los Profesores quienes cada uno a su manera me mostraron un mundo de diferentes caminos kinesiológicos por donde comencare a transitar y a toda la Facultad que me brindo un espacio de aprendizaje continuo, fundando los cimientos sobre los cuales edificaré mi futuro como profesional en esta nueva aventura que recién empieza de Ser Kinesióloga.



La valoración psicomotriz es muy relevante en los primeros años de vida para el desarrollo integral de la persona. Complementando el seguimiento del desarrollo surge la escuela como un espacio útil para despejar esta problemática evaluativa. Por lo que es importante contar con herramientas evaluativas de fácil aplicación, como los cuestionarios auto-administrados que en los últimos años han adquirido gran relevancia.

OBJETIVO: Comparar los resultados de un cuestionario auto-administrado por los padres en la valoración del desarrollo psicomotriz con los de una escala de evaluación tradicional en niños sanos de 3 años de edad en el momento de ingreso en el Nivel Inicial.

MATERIAL Y METODO: Es una investigación descriptiva no experimental trasversal. La muestra es de 55 niños sanos de 3 años que ingresan al Nivel Inicial. El trabajo consta en la aplicación de una encuesta con datos socio-contextuales más las herramientas de valoración psicomotriz; el ASQ, un cuestionario auto-administrado para padres y la Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos del Desarrollo, PRUNAPE.

RESULTADOS: El ASQ detectó un 67% de casos negativos, un 25% de Riesgo y un 7% de positivos, mientras que PRUNAPE detectó un 44% de positivos y un 56% de negativos. La coincidencia es de 50% de diagnóstico, 45% negativos y 5% positivos. En ASQ el porcentaje más alto de positivos es en el área Motora Gruesa con un 13% y en PRUNAPE el área Personal- Social con un 29%. La coincidencia más alta se dio en el área Motora Fina con un 84% y la menor con un 71% en el área Personal- Social.

CONCLUSION: Concluimos que el test ASQ presenta una mediana coincidencia de resultados con la herramienta de valoración psicomotriz PRUNAPE presentando características de ser una prueba razonable para la valoración del desarrollo. Pensando la escuela como espacio óptimo para la intervención kinésica y reconociendo la practicidad y rapidez de aplicación afirmamos que es factible su utilización como herramienta evaluativa al ingreso del sistema educativo.

PALABRAS CLAVES: Psicomotricidad, Desarrollo Psicomotriz, Herramientas de Valoración Psicomotriz, Retraso psicomotriz.



Psychomotor assessment is relevant in the first years of life for the integral development of the person. To complement the monitoring of psychomotor development, the school emerges as a useful space to clear this evaluative problematic. Thus, it is important to have assessment tools of easy application, as self-administered questionnaires that in recent years have become very important.

OBJETIVE: Compare the results of a self-administered questionnaire by parents in the assessment of psychomotor development with a scale of traditional evaluation in healthy children of 3 years old at the time of entry into the Initial Level.

MATERIALS AND METHODS: It is a non-experimental descriptive transversal research. The sample is of 55 healthy children of 3 years old admitted to Kindergarten. The work involves the application a survey that sheds data of familiar and sociality contexts more psychomotor assessment tools; ASQ, a self-administered questionnaire for parents and the national screening test Developmental Disorders, PRUNAPE.

RESULTS: The ASQ detected 67% of negative cases, 25% of risk and 7% of positive cases also PRUNAPE detected 44% of positive and 56% negative. There is a match of 50% of diagnosis, 45% negative and 5% positive cases. In the ASQ the highest percentage occurs in the Gross Motor area with 13% while to PRUNAPE are in the personal-social area with 29%. As for the match the highest percentage was in the area Fine Motor with 84% and 71% lower in the personal-social area.

CONCLUSION: Concluding that the test ASQ has a median matching results with the psychomotor assessment tool PRUNAPE presenting characteristics of being a reasonable assesment test development. Thinking the school as optimal space for physiotherapy intervention and recognizing its convenience and speed is stated that their application may be valid to the entry of the education system.

KEYWORDS: Psychomotor, Psychomotor development, Psychomotor assessment tolos, Psychomotor retardation.



INTRODUCCIÓN.....1

CAPÍTULO I: “Psicomotricidad y Desarrollo Psicomotriz.....8

CAPÍTULO II: “Valoración Psicomotriz y Herramientas de Evaluación”..... 17

DISEÑO METODOLÓGICO.....28

ANÁLISIS DE LOS DATOS.....32

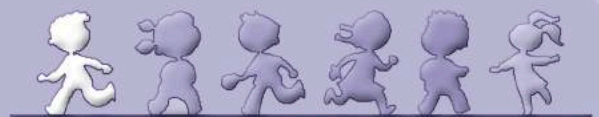
CONCLUSIONES.....58

BIBLIOGRAFÍA.....63

ANEXOS.....68



INTRODUCCIÓN



La Psicomotricidad entendida como la expresión de la unión del aspecto psíquico y motor de una persona en un contexto social, ha sido analizada por diversos autores, tales como Dupré¹, Wallon², Le Bouch³, Ajuriaguerra⁴ entre otros. Quienes, desde sus perspectivas, fueron definiéndola y delimitando sus posibles campos de aplicación.

El Forum Europeo de Psicomotricidad, supervisado por la Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español en 1996 expone:

“El término «psicomotricidad» integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio-motrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. Así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la persona” (Berruezo., 2000, pág. 28).

Dentro de este enfoque, se entiende que desde el nacimiento se van produciendo interacciones que le van a permitir al niño alcanzar diversas capacidades para interactuar con el entorno. *“La progresiva adquisición de habilidades en el niño a medida que crece. Está determinado por aspectos biológicos, la interacción social y las experiencias propias de aprendizaje”* (Vericat, 2010, pág. 392). Este proceso gradual tiene un orden preestablecido de complejidad creciente y que ha permitido definir hitos básicos, fáciles de medir, que facilitan saber cuándo un niño va evolucionando adecuadamente.

Se plantean diferentes propuestas metodológicas para dichas evaluaciones; la vigilancia del desarrollo llevada a cabo por el juicio clínico de los profesionales de salud; el diagnóstico en caso de sospecha de trastornos del desarrollo, realizando pruebas específicas por diferentes especialistas y el tamizaje o screening que consiste en la utilización de pruebas estandarizadas de corta duración y fácil aplicación.

Existe una gran variedad de formatos evaluativos como escalas, test, baterías, etc. validadas para este fin. Cada una presenta sus propias particularidades, sin existir un consenso unánime sobre cuál es la mejor herramienta a utilizar. Están organizadas en diferentes áreas de valoración donde se valoran los hitos de desarrollo en lactantes y niños preescolares.

¹ Dupré (1862-1921) Neurólogo francés que a principios del siglo XX estableció relación directa entre las anomalías neurológicas y psíquicas con las motrices. Fue el primero en utilizar el término psicomotricidad y en describir trastornos del desarrollo psicomotor como la debilidad motriz.

² Wallon (1879-1962) Psicólogo e investigador francés remarcó la psicomotricidad como la conexión entre lo psíquico y lo motriz. Planteó la importancia del movimiento para el desarrollo del psiquismo infantil y por tanto para la construcción de su esquema e imagen corporal.

³ Le Boulch (1924-2001) Profesor de Educación Física y Médico. Nacido en Francia. También fue licenciado en psicología y se especializó en kinesiología. Creador del método de la Psicokinética.

⁴ Ajuriaguerra (1911-1993) español nacionalizado francés, fue médico especialista en neuropsiquiatría y además, psicoanalista. Uno de los representantes más importantes de la psiquiatría del siglo XX, desde la escuela de psicomotricidad plantean un enfoque que pone el acento en la relación del tono muscular con la motricidad.

Para agilizar las valoraciones psicomotrices en forma rápida y económica, en la actualidad han adquirido gran relevancia los cuestionarios autoadministrados que responden a parámetros de sensibilidad y especificidad establecidos por la Academia Americana de Pediatría. “*Estos instrumentos han demostrado ser altamente confiables, independiente del nivel educacional y socioeconómico de los padres*” (Schonhaut, Salinas, Armijo, Alvarez, & Manríquez, 2009, pág. 515). Uno de dichos tests, el Ages and Stages Questionnaire (ASQ), fue desarrollado en 1980 en EEUU, siendo traducido en diferentes idiomas y validado en varios países.

Concerniente a la validación del ASQ se realizaron diversos trabajos de investigación entre los cuales podemos mencionar “*Parent-Completed Developmental Screening in Premature Children: A Valid Tool for Follow-Up Programs*” (Cuestionario Auto-reportado por los Padres. Evaluación del desarrollo en los niños prematuros: un instrumento válido para los Programas de Seguimiento). Fue realizado en Reino Unido en 2011 por Flamant y Branger⁵, entre otros; su objetivo fue validar el ASQ como una herramienta de evaluación del desarrollo psicomotor y analizar la influencia del nivel socioeconómico y educación de los padres sobre la eficacia del cuestionario. Se obtuvo una sensibilidad de 85% y una especificidad de 72%, en comparación con el examen clínico pediátrico de Brunet Lezine. Concluyendo así que el ASQ es una herramienta fácil y fiable independientemente de la situación socioeconómica de la familia.

Ese mismo año Limbos y Joyce⁶ en Canadá realizaron otro trabajo “*Comparison of the ASQ y PEDS in screening for developmental delay in children presenting for primary care.*” (Comparación de la ASQ y PEDS en la detección de retraso en el desarrollo en los niños que presentan para la atención primaria). En el mismo estudiaron dos cuestionarios auto-reportados por los padres, el ASQ y el PEDS en comparación con las Escalas de Bayley; Infantil y Primaria de Wechsler, y el Vineland Adaptive Behavior Scales. El PEDS tuvo una sensibilidad moderada de 74% pero baja especificidad de 64%; comparativamente el ASQ tuvo una sensibilidad significativamente superior de 82% y especificidad de 78%. Estos resultados le permitieron a los autores afirmar que tanto el ASQ y, en menor medida, el PEDS tienen características de ser pruebas razonables para la evaluación del desarrollo.

Por otro lado Schonhaut⁷ ha publicado varios artículos en “La Revista Chilena de Pediatría” donde analiza la aplicación y validez del ASQ. Este cuestionario ha sido objeto de estudio de varios trabajos de investigación que buscaban dar respuesta a su validez como herramienta de valoración psicomotriz en el país limítrofe de Chile.

⁵ Flamant y Branger. Médicos franceses integrantes del Departamento de Investigación de Neonatología del Hospital Universitario de Nantes.

⁶ Limbos y Joyce. Departamento de Psicología. Hospital Columbia Británica para la Infancia. Vancouver. Canadá.

⁷ Schonhaut. Médica Pediatra Chilena. Integrante del Departamento de Pediatría Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo y del Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Universidad de Chile.

En 2009 desarrollaron el trabajo *“Validación de un Cuestionario Auto-administrado para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor”* donde se evaluó las propiedades psicométricas del ASQ comparándolo con la Escala de Barley III de Desarrollo Infantil (BSID), su sensibilidad fue de 58,8% y su especificidad de 87,2%, concluyendo que el ASQ es altamente específico para ser usado como método de screening. (Schonhaut, Salinas, Armijo, Alvarez, & Manríquez, 2009)

En 2010 otro estudio *“Comparación de la evaluación tradicional del desarrollo psicomotor versus una prueba auto-administrada”* evaluó su aplicabilidad en la Atención Primaria de Salud comparándolo con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) y consultó las percepciones y valoraciones de los profesionales participantes. Como resultado hubo una correlación entre ambas evaluaciones y el estudio cuantitativo resultó con una valoración muy positiva del ASQ por parte de los profesionales. (Schonhaut, y otros, 2010)

El trabajo publicado en 2014 *“Aplicabilidad del Ages & Stages Questionnaires para el tamizaje del desarrollo psicomotor”* que tiene por objetivo revisar la validación del ASQ y fundamentar su implementación a nivel nacional en Chile. El estudio dio como resultado una sensibilidad y especificidad elevadas de 94% y 80% respectivamente y dadas sus propiedades técnicas y clínicas consideran factible su aplicación e implementación a nivel nacional. (Schonhaut & Armijo, 2014)

La valoración psicomotriz es relevante en los primeros años de vida, considerada una etapa crítica y esencial. Este período es decisivo en la formación y el desarrollo de la inteligencia, personalidad y comportamiento social que alcanzará el niño en los años venideros. Por esta razón, reconociendo la importancia de llevar un seguimiento continuo del desarrollo psicomotor en la infancia.

“Diversas sociedades científicas de países desarrollados, como la Academia Americana de Pediatría, recomiendan llevar a cabo una vigilancia sistemática del DSM en todos los controles de salud infantil, aplicando pruebas estandarizadas” (Schonhaut, y otros, 2010, pág. 145)

El seguimiento del desarrollo en el imaginario social recae bajo la responsabilidad del Pediatra, ya que es el profesional de la salud que prontamente tiene contacto con el niño y la familia en esta primera etapa de la vida.

Debido a la realidad de las políticas sanitarias, al momento de los controles pediátricos esta valoración queda únicamente bajo el juicio clínico del profesional; quien sin aplicar pruebas estandarizadas confía en su valoración subjetiva del desarrollo.

En relación a esta circunstancia, Schonhaut señala en uno de sus trabajos:

“la mayoría de los lactantes y preescolares con dificultades del desarrollo no tienen signos obvios de enfermedad, ni una historia clínica que lo sugiera, la identificación de estos niños, que son aparentemente sanos, se ha transformado en un verdadero desafío para el equipo de salud.” (Schonhaut, Álvarez, & Salinas., 2008, pág. S27)

Las alternaciones del desarrollo suelen ser reconocidas tardíamente en el período escolar, generalmente en la escuela primaria con el aprendizaje de la lecto-escritura; incrementando así las problemáticas futuras para el niño, la familia y la sociedad.

Resulta primordial destacar el valor del diagnóstico precoz para realizar una intervención temprana y oportuna; que evite futuras complicaciones en el desarrollo integral del niño, mejorando su calidad de vida en la adultez. También es importante disminuir las repercusiones de este hecho tanto en la familia como en la sociedad, en cuanto a costos en salud, soporte educacional y servicios de apoyo necesarios.

Reconociendo estas realidades, porque no complementar el seguimiento del desarrollo psicomotor de la primera infancia en otro ámbito formal donde la concurrencia de los niños y sus padres es cotidiana. Como uno de los primeros núcleos sociales integradores del niño, la escuela puede ser en espacio útil para despejar esta problemática sanitaria al implementar un protocolo de evaluación psicomotriz en el momento de ingreso al sistema educativo.

Como antecedente a este reconocimiento del ámbito educativo como un espacio óptimo para la intervención kinésica encontramos la investigación de la Universidad Fasta realizada por Masciotti⁸ en 2012, *“Evaluación psicomotriz del niño en preescolar sano y hallazgos potenciales”*. Este trabajo tuvo como objetivo identificar la presencia de alteraciones psicomotrices en niños sanos de un Jardín de Nivel Inicial, donde se detectó 34 retrasos madurativos sobre 89 niños evaluados, por lo que se reafirma la importancia de la Evaluación Psicomotriz en los niños a edad temprana.

Con todo lo analizado se reconoce la importancia de contar con herramientas evaluativas de fácil aplicación al momento de ingreso en el Nivel Inicial para que en casos de presencia de alguna alteración del desarrollo sea detectada y abordada correcta y precozmente, potenciando así todos los beneficios de esta intervención temprana.

Mediante el análisis de los resultados que se obtengan con las pautas de valoración psicomotriz; una escala de evaluación tradicional como el PRUNAPE - Prueba Nacional de

⁸ Masciotti. Licencia en Kinesiología. Trabajo de Investigación Final de Grado. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad FASTA 2012.

Pesquisa de Trastornos del Desarrollo⁹ - (Lejarraga.H; Kelmansky.D; Pascucci. M; Salamanco. G., 2013. 2da Edicion.), un instrumento aplicable a niños entre 0 y 6 años de edad en las áreas de motricidad fina y gruesa, lenguaje y personal-social, en comparación con el cuestionario ASQ - Ages and Stages Questionnaire¹⁰ - (Squires; Bricker, 2009), que evalúa a niños de 1 a 5,5 años de edad en las áreas de comunicación-lenguaje, motricidad fina y gruesa, resolución de problemas y personal- social; este trabajo pretende evaluar la aplicabilidad del cuestionario auto-administrado para la pesquisa del desarrollo psicomotor en niños al momento de ingreso en el Sistema Educativo en Nivel Inicial.

Surge el problema de investigación:

¿Cuál es la aplicabilidad de un cuestionario auto-administrado para padres en la valoración del desarrollo psicomotriz versus una escala de evaluación tradicional en niños sanos de 3 años de edad en el momento de ingreso al Sistema Educativo en el Nivel Inicial en el Ciclo Lectivo 2015 en la Ciudad de Mar del Plata?

Los objetivos que se plantean son:

General

Comparar los resultados de un cuestionario auto-administrado para padres en la valoración del desarrollo psicomotriz con los de una escala de evaluación tradicional en niños sanos de 3 años de edad en el momento de ingreso al Sistema Educativo en el Nivel Inicial en el Ciclo Lectivo 2015 en la Ciudad de Mar del Plata

Específicos

- Medir la coordinación fina y gruesa en niños sanos con un cuestionario auto-administrado para padres y una escala de evaluación tradicional.
- Evaluar el lenguaje-comunicación en niños sanos con un cuestionario auto-administrado para padres y una escala de evaluación tradicional.
- Valorar el área personal-social en niños sanos con un cuestionario auto-administrado para padres y una escala de evaluación tradicional.

⁹ PRUNAPE. Prueba argentina para la Valoración Psicomotriz elaborada por el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan" en 2004.

¹⁰ ASQ. Cuestionario desarrollado en 1980 en la Universidad de Oregón. EEUU. Siendo posteriormente actualizado y validado en varios países.

- Valorar la resolución de problemas en niños sanos por medio de un cuestionario auto-administrado para padres.
- Comparar la concordancia/discordancia de los resultados obtenidos a partir de ambas evaluaciones.
- Analizar si el nivel de desarrollo psicomotriz de los niños evaluados es el esperado para su edad cronológica según cada uno de los métodos evaluativos.
- Identificar ventajas y desventajas del cuestionario auto-administrado para padres en la valoración del desarrollo psicomotriz en niños sanos.

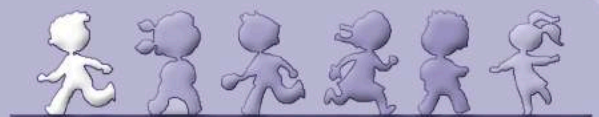
Estableciendo la hipótesis:

“Es tan válida la aplicabilidad de un cuestionario auto-administrado para padres en la valoración del desarrollo psicomotriz como una escala de evaluación tradicional en niños sanos de 3 años de edad en el momento de ingreso al Sistema Educativo en el Nivel Inicial en el Ciclo Lectivo 2014 en la Ciudad de Mar del Plata”

La hipótesis es *descriptiva* ya que tras la obtención de los resultados de los dos métodos evaluativos y el análisis comparativo de los mismos permitirá definir la validez del cuestionario auto-administrado para padres para la valoración del desarrollo psicomotriz en niños de 3 años de edad al momento de ingreso en el Sistema Educativo en el Nivel Inicial.

CAPÍTULO I

Psicomotricidad y
Desarrollo Psicomotriz



El concepto de Psicomotricidad viene resonando en ámbitos muy diversos desde principios del siglo XX. Desde un análisis epistemológico de la palabra vemos que contiene dos partes, por un lado “psico” que significa “alma” o “actividad mental” y por otro “motricidad” que alude a algo que es “motor”, que produce y tiene movimiento. Contrario a lo que parece en este análisis que separa la “actividad mental” de lo “motor”, este término surge para romper la concepción dualista de Descartes¹¹ que consideraba a la mente y al cuerpo como dos elementos completamente separados y sin relación.

La Psicomotricidad se posiciona desde una visión integradora del ser humano donde se hace referencia a la interrelación que existe entre el movimiento y la actividad mental, es decir, a la interdependencia entre lo motor y lo psíquico.

El origen de la psicomotricidad es múltiple e involucra a profesionales de diversos ámbitos.

“...es una práctica que surgió a principios del siglo pasado, como una actividad relacionada con los procesos terapéuticos dirigidos a las personas que, de alguna manera u otra, necesitaban rehabilitar o habilitar alguna función”. (Sassano, 2008, pág. 81)¹²

Para poder delinear una definición de la Psicomotricidad primero se debe repasar a los principales autores que en ámbitos variados analizan y definen sus características desde sus diferentes perspectivas.

El primer contexto donde aparece el término es en la Neuropsiquiatría, que relaciona ciertos trastornos psiquiátricos con los comportamientos motores. El concepto nace con la intención de abordar desde el aspecto motriz ciertas alteraciones psiquiátricas; encontrándole una gran utilidad en el campo diagnóstico. Así lo expone Dupré (1925):

“Ley de Psicomotricidad (...) entre ciertas alteraciones mentales y las alteraciones motrices correspondientes existe una unión tan íntima y un parecido tal que constituyen verdaderas parejas psicomotrices”. (Vayer, 1984, pág. 5).¹³

¹¹ Descartes (1596-1650) Filósofo y matemático francés. Gran referente de la filosofía moderna.

¹² Prof. Lic. Sassano. Psicomotricista argentino. Director de la Licenciatura de Psicomotricidad de la Universidad de Morón. Director asociado de la Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales

¹³ Vayer. Profesor de Educación Física español. Doctorado en Letras y Psicología y en Ciencias de la Educación. Director del Laboratorio de Psicología de la Educación de la Universidad de Haute-Bretagne (Francia) y Director de investigaciones en el Instituto Piaget de Lisboa (Portugal).

Desde el ámbito de la Psicología Evolutiva y con grandes exponentes se sostiene que el niño a medida que crece y va conformando su personalidad, va moldeando su conducta en interacción constante entre lo sensorio-motriz, lo emocional y lo cognitivo; sin olvidar el valor fundamental de la dotación genética y el ambiente.

“El aspecto Sensorio-motriz, proporciona información sobre las posibilidades de movimiento que tiene nuestro cuerpo respecto a él mismo, los objetos y el espacio.

El aspecto Afectivo: permite conocer cuál es el estado emocional en que se encuentra el niño. Analizar el fondo tónico-emocional, sobre el que se inscribe la acción (...).

Y dimensión Cognitiva: indica la capacidad del niño para captar el mundo que le rodea desde parámetros cognitivos (...).” (Sanchez & Martinez, 2000, pág. 65)¹⁴

Entre los autores a destacar encontramos a Gesell¹⁵ (1996-2002) que identifica las leyes de desarrollo psicomotor entorno a la maduración, sosteniendo que a medida que el cuerpo crece a nivel físico va evolucionando la conducta del niño. Expone:

“la existencia de un orden secuencial, fijo, de aparición de los comportamientos es el reflejo de una programación interna, parecida al proceso de crecimiento físico (...) reconsideradas en un contexto relacional y cultural.” (Rondal, 1986, pág. 38)¹⁶

Dentro de este campo encontramos a Wallon (1942), considerado por muchos como el verdadero padre de la Psicomotricidad.

¹⁴ Martinez y Sánchez pertenecen al Departamento de Didáctica y Organización Escolar Pilar de la Universidad de Murcia. Elaboraron una tesis doctoral se centra en el estudio de la observación como instrumento de evaluación del desarrollo psicomotor en la etapa de Educación Infantil.

¹⁵ Gesell (1880 –1961) Psicólogo y Pediatra estadounidense especializado en el Desarrollo Infantil. Su trabajo relacionado con el establecimiento de unas pautas de conducta infantil a lo largo del desarrollo, está considerado como uno de los más influyentes en los años 40 y 50.

¹⁶ Rondal. Doctor en Filosofía graduado en la Universidad de Minnesota, Estados Unidos, y Doctor en Ciencias del Lenguaje por la Universidad París-V-René-Descartes-Sorbona. Es socio fundador y ha sido presidente de la Asociación Europea de Síndrome de Down.

Desde una postura psicotónica argumenta que el niño se construye a sí mismo a partir del movimiento, entendiéndolo como la expresión de su vida psíquica y analizando la evolución por los diferentes estadios del desarrollo desde el componente emocional y de sociabilización.

“El desarrollo psicomotriz implica de una manera ineludible el desarrollo de la función tónica que es la que origina la comunicación y las emociones (...). La fusión de lo biológico y lo social, inevitable, se realiza en la actividad: el niño construye su vida mental, se construye como persona en, gracias a, y contra las relaciones con el (o los) medio(s)”.
(Rondal, 1986, pág. 50)

Dentro de la perspectiva constructivista Piaget¹⁷ (1973) como abanderado de la concepción; argumenta que el desarrollo de la persona se produce a través de los pasajes por diferentes estadios evolutivos que anclados en una base biológica, mediante los procesos de asimilación y acomodación en un continuo equilibrio, permiten la adaptación a las condiciones del contexto. Este autor asocia los dos conceptos “psico” como los factores cognitivos relacionados en la toma de decisiones y “motricidad” como la actividad motora expresada través del movimiento corporal, en un único concepto que liga el movimiento con los factores cognitivos, la Psicomotricidad.

Desde la corriente psicoanalítica, sostenida por la teoría de Freud¹⁸ (1982), se considera como un aspecto esencial la historicidad del sujeto, subrayando la importancia del subconsciente y las relaciones interpersonales en el desarrollo del niño.

“Esta teorización de la vida psíquica se apoya ampliamente en la idea de que las conductas antecedentes explican y dan sentido a las conductas actuales.(...) Los psicoanalistas consideran que las posibilidades abiertas por la influencia de la maduración solo toman su forma bajo la influencia del medio relacional en el sentido estricto, o social en el sentido amplio.(...)”. (Rondal, 1986, pág. 67)

¹⁷ Piaget (1896 - 1980) Psicólogo constructivista y biólogo suizo cuyos pormenorizados estudios sobre el desarrollo intelectual y cognitivo del niño ejercieron una influencia trascendental en la psicología evolutiva y en la pedagogía moderna. Desarrolló la teoría sobre la naturaleza del conocimiento.

¹⁸ Freud (1856- 1939) Médico neurólogo austriaco, padre del psicoanálisis y una de las mayores figuras intelectuales del siglo XX. Su interés científico inicial como investigador se centró en el campo de la neurología, derivando progresivamente sus investigaciones hacia la vertiente psicológica de las afecciones mentales.

Desde la pedagogía se aportan conceptos psicomotrices que son un punto de inflexión en las perspectivas médicas, asociándola a la Educación Psicomotriz. Mencionamos a Aucouturier¹⁹(1974) con la práctica psicomotriz como medio de expresividad y a Lapiere²⁰(1974) desde la psicomotricidad relacional, quienes consideran:

“todo movimiento como indisociable del psiquismo que lo produce e implica, y a la inversa, el psiquismo, en sus diversos aspectos, es indisociable de los movimientos que han condicionado y siguen condicionando su desarrollo.” (Alcántara, pág. 2)²¹

Desde la psicocinética, Le Bouch (1986), sostiene que los movimientos de una persona pueden ser interpretados como pensamientos ejecutados; establece la relación directa de los mismos con la organización del esquema corporal definido como la *“organización de las sensaciones relativas a su propio cuerpo en relación con los datos del mundo exterior”* (Vayer, 1984, pág. 13).

Por último Ajuriaguerra (2004) define la psicomotricidad como la organización y estructuración de los actos motores que con un propósito hacia un objeto o fenómeno, permiten la adaptación activa al contexto, respondiendo tanto a las características físicas como socioculturales existentes.

Repasados los diferentes análisis de la Psicomotricidad, entendemos que no hay un consenso unánime en cuanto su especificidad y campo de aplicación. Berruezo²² (2008, pág. 20) afirma:

“Sus objetivos y posibilidades se encuentran en una encrucijada situada entre la educación, la sanidad, la atención social y la prevención. Dicho de otro modo: el campo de trabajo se extiende a esos ámbitos, sin que se pierda una visión de identidad de planteamientos teóricos y prácticos”.

¹⁹ Aucouturier (1934) Pedagogo francés, creador de la práctica psicomotriz. Profesor y director del Centro de Educación Física Especializado de Tours, Francia. Fundador de la Asociación Europea de Escuelas de Práctica Psicomotriz.

²⁰ Lapiere, (1923) Profesor de Educación Física francés, es uno de los referentes más importantes de la “Reeducación Física” y la “Psicomotricidad”. Sus apuntes de estudiante, los convirtió en su primer libro, La Rééducation Physique, 1ª edición en 1951. Desarrollo la teoría: Cinesiología y la práctica: Kinesiterapia.

²¹ Alcántara. Lic. en Psicología, en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinador del Programa de Funcionalización Cognoscitiva Para Niños con Autismo o Trastornos Profundos del Desarrollo, de la Facultad de Psicología de la UAEM.

²² Berruezo y Adelantado. Maestro y psicólogo, doctor en Pedagogía, profesor especialista de Psicomotricidad. Profesor titular de la Universidad de Murcia en Colombia. Autor de varios libros y numerosos artículos relacionados con esta disciplina. Creó y gestionó la Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. Presidió la Asociación de Psicomotricistas del Estado Español y representó a la Federación de Asociaciones de Psicomotricidad del Estado Español en el Forum Europeo durante varios años.

Dentro de los diferentes ámbitos de aplicación podemos mencionar el campo “diagnóstico” donde mediante la aplicación de instrumentos específicos de valoración se evalúan la globalidad del desarrollo de la persona; en el campo de la “prevención” la finalidad es detectar alteraciones psicomotrices en poblaciones de riesgo o en etapas concretas de la vida para una intervención temprana. Otro campo de aplicación es la “terapia” donde se busca a través de una intervención psicomotriz abordar trastornos psicomotrices, emocionales y/o de la personalidad. Y por último la “formación, investigación y docencia”, que tiene por objetivo seguir capacitando a los profesionales, profundizando sus ámbitos de competencia y transmitiendo los contenidos de la práctica.

La definición del Forum Europeo de Psicomotricidad revisada por la Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español (1996) establece:

“El término «psicomotricidad» integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio- motrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. Así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la persona” (Berruezo., 2000, pág. 28).

A través de diversos métodos y/o técnicas que estimulen el desarrollo psicomotor, mediante las experiencias corporales y motrices, la Prof. Giorgetti²³ sostiene que se van a ir desarrollando armónicamente todos las áreas de la conducta; motriz, cognitiva, adaptativa, emocional y social, tomando una particular relevancia durante los primeros años de vida, en la primera y segunda infancia.

La psicomotricidad apunta a que cada persona logre la adaptación a su medio personal, familiar y social. Configurando de esta manera su personalidad, a través del conocimiento y dominio de su propio cuerpo; entendido a este como el medio para experimentar estas interacciones y exteriorizar la motricidad, logrando así el máximo desarrollo de todas las potencialidades innatas.

Parados en esta concepción psicomotriz, al definir el concepto de desarrollo psicomotor se lo entiende como un proceso de moldeamiento continuo, donde la persona va alcanzando progresivamente diferentes habilidades funcionales de complejidad creciente; biológicas, cognitivas, emocionales y sociales, que le permiten la interacción y la adaptación al medio.

²³ Giorgetti. Profesora Licenciada en Kinesiología y Fisiatría. Especialista en Pediatría y Neonatología. Jefa de servicio de kinesiología del Hospital Garrahan. Titular de la cátedra "Unidad Pediátrica y Psicomotricidad" Carrera de Kinesiología de la Universidad FASTA

Así lo define Arteaga y cols²⁴. (2001) como:

“la progresiva adquisición de habilidades biológicas, psicológicas y sociales en el niño, definido como la manifestación externa de la maduración del SNC. Tiene un orden preestablecido, otorgándole una secuencia clara, predecible, progresiva e irreversible. Es multidimensional, incluye cambios en el plano físico o motor, intelectual, emocional, social y sensorial. El desarrollo de un niño representa, además, la interacción entre la herencia y el ambiente”. (Espejo Vergara & Salas Pérez, 2004, pág. 4)²⁵

Este desarrollo progresivo y escalonado está dado por un componente biológico, como es la maduración del Sistema Nervioso Central, y por un componente social influenciado por las condiciones del medio. Así lo sostiene Berruezo (1995) quién entiende este proceso como una construcción personal basado en las potencialidades genéticas que se van desarrollando a través ambientes estimuladores.

El Desarrollo Psicomotriz se da de una manera progresiva y medianamente estereotipada; presentando una secuenciación lógica que expresa la maduración neurológica del niño con posibles variaciones individuales referidas al contexto histórico-social y las características de la estimulación recibida, facilitadoras o limitadoras.

Así lo afirma Doussoulin²⁶(2003) quien sostiene que cada niño lleva su propia secuencia de desarrollo generando variaciones en cuanto a calidad y características, consecuencia esto a la relación directa de los factores de la configuración biológica individual y el ambiente en el que se desarrollan.

El desarrollo inicia desde la vida intrauterina, durante el período embrionario donde se forman las estructuras anatómicas y los sistemas funcionales que son la base para el potencial biológico del proceso. Después a partir del momento del nacimiento comienza esta interrelación psicomotriz que marcará la evolución del niño. Esto se va produce en diferentes estadios, de base funcional no cronológica, que fundamentados en la teoría de Piaget se dividen en tres etapas como lo hicieron García Núñez²⁷ y Berruezo (1994).

²⁴ Arteaga, Dölz, Droguett, Molina, Yentzen. 2001. Evaluación del Desarrollo Psicomotor en Lactantes y preescolares. Los Andes, Chile 1999. Revista Chilena de Salud Pública. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile

²⁵ Espejo Vergara y Salas Pérez. Licenciados en Kinesiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Realizaron un trabajo de investigación de la Correlación entre el Desarrollo Psicomotriz y el Rendimiento Escolar.

²⁶ Dra. Doussoulin es Kinesióloga de la Universidad de la Frontera de Chile. Magíster y Doctora en Ciencias de la Motricidad Humana. Directora de la Carrera de Kinesiología y Directora del Diplomado en Psicomotricidad de la misma Universidad. Especialista en Neurokinesiología.

²⁷ García Nuñez. Psicomotricista, escribió numerosos libros donde relaciona la Psicomotricidad con la Educación Infantil, donde explica el desarrollo infantil y cómo la psicomotricidad puede contribuir a este desarrollo y además propone actividades adecuadas a los diversos niveles educativos infantiles.

La primera etapa se basa en la organización sensorio-motriz que se da durante los tres primeros años de vida. Es el período de las sensaciones desde el propio cuerpo, donde es primordial el ambiente estimulador en el que se encuentre el niño. Según la cantidad y la diversidad de las experiencias sensorio-motrices, estas se irán organizando y darán paso a los siguientes estadios. Comienza a estructurarse las bases del lenguaje.

La etapa que sigue, abarca entre los 3 a 5 años, entrando en juego la percepción como toma de conciencia de las sensaciones de la anterior etapa. Tiene un valor fundamental el uso del lenguaje como medio de representación y comunicación.

En esta etapa el niño *“organiza la realidad, porque puede procesar conjuntamente las informaciones que vienen de su propio cuerpo junto con las que vienen del exterior, lo que permite adaptar su movimiento al espacio exterior de forma coordinada y controlada, en una dimensión espacio-temporal”*. (Herrero Jimenez, 2000, pág. 97) .²⁸

En la tercera etapa aparecen las representaciones, a partir de los 5 años, donde comienza una organización del pensamiento.

“El acto motor puede ser organizado previamente gracias a la capacidad representativa y operatoria, que permite que podamos operar con las imágenes mentales de los objetos sin que estos estén presentes”. (Herrero Jimenez, 2000, pág. 97)

La infancia se considera una etapa fundamental y crítica para el desarrollo integral de la persona, donde todos los acontecimientos que tengan lugar en este período serán la plataforma de partida para las posibilidades de desarrollo en las etapas posteriores. Cumple un rol sumamente relevante la evolución de las diferentes áreas de desarrollo; la sensorio-motriz, la social, la adaptativa, la cognitivo y la emocional, así también como las interacciones y asociaciones a las experiencias vividas entre cada una de ellas.

²⁸ Herrero Jiménez. Psicóloga española. Especialista en Psicomotricidad. Trabaja en educación infantil, reeducación y terapia psicomotriz. Profesora en cursos de formación para psicomotricistas.

Todas estas interacciones y asociaciones que promueven el continuo desarrollo psicomotor comienzan antes del nacimiento.

“El desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la vida intrauterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. El resultado es un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida.” (Figueiras, Neves de Souza, Ríos, Benguigu, & Yehuda., 2007, pág. 11)²⁹

Es primordial entender la fragilidad de esta etapa del desarrollo relacionándolo al concepto de “períodos críticos”, los cuales son momentos en que se dan las condiciones neurológicas para alcanzar una función específica pero siempre que las estructuras relacionadas reciban la estimulación necesaria. Doussoulin (2003) afirma que la etapa para el mejor desarrollo bio-psico-social es de 0 a 6 años, dado el grado de inmadurez y de plasticidad cerebral, es fundamental la presencia de estímulos tempranos y adecuados que marcarán la evolución y desenvolvimiento de la persona a lo largo de toda la vida.

²⁹ Figueiras. Doctora en Pediatría. Especialización en desarrollo infantil. Profesora de Pediatría de la Universidad Federal de Pará. Jefa de servicio del ambulatorio de autismo del Servicio de Crecimiento y Desarrollo Caminar del Hospital Betina Souza Ferro. Belém. Pará. Brasil.

Neves de Souza. Maestría en Pediatría. Especialización en Profesorado de Pediatría de la Universidad Federal de Pará. Genetista del programa Caminar y del programa de Estimulación Precoz de Belém. Pará. Brasil.

Ríos. Pediatra, Neuróloga Infantil del Hospital de Niños Orlando Alassia. Santa Fe. Argentina.

Yehuda Benguigu. Asesor Principal, Salud Neonatal y del Niño Proyecto de Curso de Vida Saludable, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington. EEUU

CAPÍTULO II

Valoración Psicomotriz y
Herramientas de Evaluación



Durante los primeros años de vida a través de la exploración y el aprendizaje de diversas acciones motrices el niño ira alcanzando un desarrollo integral; progresivamente ira adquiriendo habilidades que le permitan el control postural, manipular objetos, realizar desplazamientos, comunicarse corporal y verbalmente, relacionarse con los otros; todo en una contexto social e histórico-cultural determinado. El alcance de estas capacidades está estrechamente relacionado con el proceso de maduración y organización del sistema nervioso; la indemnidad del mismo y por su plasticidad cerebral le otorga al desarrollo las características de flexibilidad y adaptabilidad.

Ante la relevancia del proceso de desarrollo psicomotriz en la infancia y todos los aspectos que pueden influir en el mismo, se debe destacar la importancia y necesidad de comprobar si este proceso se va llevando a cabo dentro de los parámetros funcionales esperados.

“Las valoraciones del desarrollo psicomotriz son formas indirectas de examinar el SNC. Para ello existen numerosas pruebas estandarizadas, todas sustentadas en ítems similares”. (Schapira, 2007, pág. 21).³⁰

A medida que el niño crece, evoluciona, se desarrolla, adquiere diferentes conductas o comportamientos que configuran su personalidad. Estas respuestas que da el sistema psicomotor ante una situación específica son tomadas como parámetros objetivos que nos permiten observar y así determinar en qué estadio de desarrollo se encuentra. Como lo afirma Gesell (1996-2002):

“Comportamiento o conducta son términos adecuados para todas las reacciones del niño, sean reflejas, voluntarios, espontáneas o aprendidas. Los productos conductuales finales de la totalidad del proceso de desarrollo son la consecuencia de la continua interacción entre la dotación genética y el ambiente” (Gesell, 1996-2002, pág. 29)

³⁰ Schapira. Médica Pediatra Neonatóloga. Coordinadora Consultorio de Neurodesarrollo e Intervención Temprana del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires. Argentina.

El autor entiende que el desarrollo está determinado por reglas de madurez y tendencias de crecimiento, por lo que es posible mediante la observación de las conductas del niño utilizar estos parámetros como indicadores del desarrollo evolutivo.

“El diagnóstico evolutivo interpreta la conducta, por comparación con modos normales en valores cronológicos equivalentes Hay edades claves; 4, 16, 28 y 40 semanas, 18 meses, 2, 3, 4 y 5 años; que representan las etapas básicas de maduración a los cuales es posible referir la conducta observada para producir una estimación”. (Gesell, 1996-2002, pág. 34)

El desarrollo es un proceso global que va integrando todas las adaptaciones producidas en las diferentes áreas evolutivas, respondiendo características particulares de cada una como también a las interrelaciones entre las mismas. Este proceso puede darse de una manera sincrónica o asincrónica entre ellas. Por esta razón al momento de la observación de la conducta en el diagnóstico evolutivo debe tenerse en cuenta estos posibles desequilibrios entre las áreas para determinar el perfil psicomotriz del niño evaluado.

Gesell (1996-2002) como referente en este campo determina las siguientes áreas, que son la base organizativa para la mayoría de los sistemas de valoración psicomotriz. Las cuales son:

Cuadro N°1: Áreas de la conducta.

CONDUCTA	CAPACIDAD
ADAPTATIVA	De utilizar las habilidades motrices en la resolución de problemas prácticos y la capacidad de realizar nuevas adaptaciones en problemas simples. Está área es la base para el futuro desarrollo de la inteligencia.
MOTRIZ GRUESA	Para poder mover todas las partes del cuerpo de una manera armónica y adaptada a diversas situaciones. Son aquellas habilidades motoras que implican la utilización de movimientos amplios por parte del cuerpo tales como correr, caminar, sentarse, saltar, etc.
MOTRIZ FINA	De coordinar movimientos manuales con referencias perceptivo-visuales para alcanzar y manipular objetos. Son aquellas habilidades motoras que implican la utilización de movimientos específicos, especialmente de la mano y de los dedos, como aproximación, prensión, escribir, dibujar, etc.
DEL LENGUAJE	De los seres humanos para la recepción y expresión de información por medio de signos; visibles y audibles. Principalmente se utiliza el signo lingüístico. Incluye la imitación y la comprensión de lo que expresan otras personas. Pueden ser gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases, etc.
PERSONAL-SOCIAL	Y características que permiten a la persona establecer interacciones sociales significativas. Esta sumamente influencia por los objetivos propuestos por la sociedad, es decir por la cultura en la que se encuentra el niño.

Fuente: Adaptado del libro Gesell “Diagnóstico de desarrollo normal y anormal del niño”.

La valoración del Desarrollo Psicomotor, en lactantes y preescolares, es uno de los pilares fundamentales para el control de la salud durante la infancia. Es primordial el seguimiento de la evolución del desarrollo y atender a los factores que intervienen en él para que el niño alcance su máximo potencial en la vida adulta. Schonhaut en varios de sus trabajos recomienda la vigilancia y monitoreo continuo en los controles de salud y la aplicación de pruebas estandarizadas de pesquisa en edades específicas o ante la sospecha clínica de trastorno. *“La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de test estandarizados a los 9, 18 y 30 meses de edad.”* (Schonhaut, Álvarez, & Salinas., 2008).

Algunos especialistas sugieren realizar segundos tamizajes entre los 3 y 5 años de edad para descartar posibles falsos negativos dados en la primera infancia.

“La Academia Americana de Pediatría define como problemas del desarrollo a todos aquellos cuadros crónicos y de inicio precoz que tienen en común la dificultad en la adquisición de habilidades motoras, de lenguaje, sociales o cognitivas que provocan un impacto significativo en el progreso del desarrollo de un niño”. (Vericat, 2010, pág. 392)

En la detección de los trastornos de desarrollo se presentan ciertas limitaciones que traen aparejado complicaciones para el niño, la familia y la sociedad. Uno de los principales problemas es su reconocimiento tardío en el período escolar, generalmente al momento del aprendizaje de la lecto-escritura. Los niños que padecen ciertas dificultades en su desarrollo generalmente no presentan signos obvios de enfermedad por lo que se han convertido en un verdadero reto para el equipo de salud. Sin olvidar otras circunstancias desfavorables del sistema de atención en cuanto a tiempos, costos y dificultades en los controles.

“Se entiende por atención temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.”(Artigas-Pallarés, 2007, pág. S31)³¹

El diagnóstico temprano tiene un valor primordial para poder realizar una intervención temprana y oportuna, que evite futuras complicaciones en el desarrollo integral del niño, permitiendo mejorar el pronóstico en su vida adulta y optimizar su calidad de vida. Es esencial disminuir las repercusiones posibles tanto en la familia como en la sociedad, en cuanto a costos de salud, soporte educacional y servicios de apoyo necesarios.

El Desarrollo Psicomotriz como proceso evolutivo en lactantes y preescolares marca un encuadre preventivo donde a partir de su seguimiento y evaluación constante sostiene uno de los pilares fundamentales para el control de la salud en la infancia. Chokler (1988)³² establece que la intervención psicomotriz en edades tempranas debe ser preventiva, para

³¹ Artigas Pallarès. Licenciado en Psicología, Doctor en Medicina. Especialista en Neurología y Pediatría. Director del Centro Médico Psycron. Trabaja con trastornos del espectro autista, trastornos del aprendizaje y trastornos de la conducta. Colaborador en el Children’s Hospital (Denver, Colorado). EEUU.

³² Chokler. Doctora en Fonoaudiología de la Universidad del Museo Social Argentino. Doctora en Psicología de la Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales de la Universidad de París. Dirige la Carrera de Posgrado de Especialización en. Desarrollo Infantil Temprano de la Universidad Nacional de Cuyo. Argentina.

detectar precozmente alteraciones en el desarrollo del sujeto que afectan su actividad global en un futuro.

Con respecto a la valoración psicomotriz existe una gran controversia en cuanto a la metodología a aplicar; ya que, existiendo una gran variedad de escalas, test, encuestas para padres y pruebas estandarizadas. No existe un consenso unánime sobre cuál es el mejor método para aplicar en este procedimiento.

“Dependiendo de la finalidad, todos estos procedimientos tienen su espacio en el estudio del desarrollo infantil. Cuando el objetivo es identificar a los niños con mayor o menor riesgo de tener problemas de desarrollo, las pruebas de screening son la mejor opción; para hacer un seguimiento individual del niño lo más efectivo es la vigilancia del desarrollo; y en los casos en que hay una necesidad diagnóstica, se hace indispensable la evaluación del desarrollo.” (Figueras, Neves de Souza, Ríos, Benguigu, & Yehuda., 2007, pág. 14)

A modo organizativo el *Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil* (2007) enumera diferentes propuestas metodologías para el seguimiento del desarrollo psicomotriz como la vigilancia, los screenings, la evaluación y el monitoreo del desarrollo.

La vigilancia del desarrollo es un proceso flexible y continuo en donde los profesionales capacitados llevan a cabo observaciones sistemáticas de los niños, durante el control de salud y engloba todas las actividades relacionadas con la promoción del desarrollo normal y la detección de posibles trastornos en la atención primaria de salud. Está basada en el juicio clínico del profesional sin emplear pruebas estandarizadas. Los screenings, pesquisa o tamizajes de desarrollo son herramientas que se utilizan en el seguimiento de niños aparentemente normales con el objetivo de identificar a aquellos con alto riesgo de sufrir alteraciones de desarrollo. No intentan hacer diagnóstico, por lo que en los casos positivos se debe realizar otra evaluación para confirmar o rechazar esta sospecha. Se utilizan instrumentos de aplicación rápida, sencilla y bajo costo; este tipo de pruebas deben tener consistencia (estabilidad prueba-reprueba), validez, alta sensibilidad y especificidad, para ser socialmente aceptables. Son pruebas estandarizadas como escalas de desarrollo, test, pruebas de screening, encuestas para padres, etc.

En cuanto a la Evaluación del desarrollo es la valoración clínica especializada y el examen físico completo, llevada a cabo por diferentes especialistas, como neurólogos, psicopedagogos, psiquiatras, etc., aplicando técnicas diagnósticas más complejas. Se realiza a niños con sospecha clínica de problemas de desarrollo. Y por último el monitoreo o

acompañamiento del desarrollo es el procedimiento de asistir en forma cercana el desarrollo del niño, sin que esto signifique la aplicación de una técnica o proceso específico. Puede ser periódico o continuo, sistemático o informal, e involucrar o no un proceso de screening, vigilancia o evaluación.

Existen múltiples herramientas de screening que cumplen con los requisitos de poseer aceptables niveles de sensibilidad/especificidad, fiabilidad y validez. El objetivo de estos instrumentos es determinar de una manera rápida y eficiente si un niño puede tener trastornos, retraso o alteraciones en su desarrollo.

“La Academia Americana de Pediatría no se pronuncia por ningún instrumento en particular, dado las diferentes propiedades y énfasis que caracterizan los test disponibles y las distintas modalidades de aplicación”.
(Schonhaut & Armijo, 2014, pág. 14)

Al momento de seleccionar la herramienta a utilizar se debe verificar si la validez de la misma responde a los valores mínimos de sensibilidad y especificidad recomendadas por la Academia Americana de Pediatría, ser confiables y reproducibles.

“Debe ser fácil y rápida de aplicar, económicamente viable, confiable y válida - especificidad y sensibilidad >0.70 -. La utilidad de una prueba debe ir precedida de un proceso de validación concurrente, donde se busca conocer la medida en la que coinciden los resultados de dicha prueba con las evaluaciones diagnósticas habitualmente utilizadas - estándar de oro -”. (Romo Pardo, Liendo Vallejos, Vargas López, & Rizzol, 2012, pág. 451)³³

En el caso que se utilice una herramienta evaluativa que no cumpla con los requisitos mínimos de especificidad se produciría una sobre identificación de casos sospechosos, sin serlos realmente. En cuanto a la sensibilidad, si esta no es la adecuada, si está por debajo del 70% se pasarían por alto muchos casos de niños con trastornos del desarrollo que no llegarían a detectarse y si el porcentaje está muy por arriba de 70% se produciría un sobre diagnóstico.

³³ Romo-Pardo. Liendo-Vallejos. Vargas Lopez. Rizolli-Cordoba. Equipo de la Unidad de Investigación en Neurodesarrollo, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, D.F., México

Es recomendable, también, seleccionar una prueba que sea coherente con las costumbres locales, que haya sido confeccionada en una población de características semejantes a la de los niños que se quiere evaluar.

“Como lo afirman Tellería y Molina,³⁴ aunque el desarrollo sea un proceso universal, tiene rasgos propios de cada país o región, debido a la interacción de elementos de cada cultura en particular. Este es un problema común a la mayoría de las pruebas, dado que contienen elementos que no pueden considerarse transculturales.” (Vericat, 2010, pág. 399)³⁵

Socialmente la responsabilidad de la detección de los posibles trastornos del desarrollo recae en el médico especialista en la infancia, el pediatra. Este profesional debido a la cercanía y a la frecuencia con que ve al niño y la familia sería el indicado en detectar estas posibles alteraciones. Diversos estudios enumeran ciertas complicaciones que estos profesionales encuentran en el desempeño de esta primordial tarea; Schonhaut (2008) en su trabajo titulado *“El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor”* sostiene:

“...debido a limitaciones de tiempo, costo y personal entrenado, el pediatra no aplica instrumentos estandarizados en todos los controles de salud y generalmente se basa en su juicio clínico, a pesar que se ha generado evidencia suficiente de que ésta no es una herramienta confiable para pesquisar”. (Schonhaut, Álvarez, & Salinas., 2008)

Otra autora que enumera numerosas obstáculos en esta tarea, es Vericat (2010) en su trabajo *“Herramientas de Sreening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica”* afirma que generalmente el médico termina derivando únicamente aquellos niños que presentan trastornos importantes, visibles en la motricidad gruesa como al sentarse o caminar, quedando relegados aspectos del lenguaje y/o la interacción social. En estos casos la derivación suele ser tardía, cuando hay evidencia notable de los beneficios de la intervención temprana. Otro factor que expone en las limitaciones de la vigilancia del desarrollo es el tiempo disponible para los controles, ya que en ese momento el pediatra debe realizar todos los procedimientos médicos correspondientes, evacuar todas las dudas

³⁴ Tellería, Molina. Desarrollo infantil temprano. Un desafío. Revista Chilena de Pediatría 2008; 79: 9

³⁵ Vericat. Pediatra recibida en la Universidad Nacional de la Plata. Máster en Neuropsicología Infantil y Neuroeducación. Investigadora en el grupo Desarrollo-Inteligencia-Nutrición en la primera infancia del “Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas Prof. Dr. Fernando E. Viteri” del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata.

de los padres sobre diversas temáticas, restando poco tiempo para la aplicación de alguna prueba de valoración psicomotriz.

“Ante la necesidad de encontrar una metodología diagnóstica para este tipo de problemas, surgen como respuesta diferentes acciones que pueden llevarse a cabo en el consultorio; como son las pruebas de screening y las encuestas para padres.” (Vericat, 2010, pág. 392)

Las pruebas de screening son de fácil administración, bajo costo y requieren de poco entrenamiento por parte del profesional. Dentro de las más conocidas podemos nombrar a DENVER³⁶, CAT/CLAMS³⁷, BINS³⁸, EEDP³⁹, TEPSI⁴⁰ de origen chileno y PRUNAPE de origen argentino.

Después de diversos estudios para su validación, a nivel nacional se está utilizando para la Valoración Psicomotriz la Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos del Desarrollo, PRUNAPE, aplicable en niños de 0 a 6 años de edad. Esta prueba argentina fue elaborada por el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan".

“Reúne los requisitos de una prueba de pesquisa en cuanto a brevedad, facilidad, sencillez, confiabilidad y replicabilidad. Tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 93%, valor predictivo positivo de 94%, valor predictivo negativo de 77% y un porcentaje de coincidencia de 85%.” (Salamanca, D’Anna, & Lejarraga, 2004, pág. 166)⁴¹

Este test responde a las costumbres culturales locales. Reúne 78 pautas evolutivas del desarrollo psicomotriz organizadas en cuatro áreas: motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje y personal-social. Tiene un tiempo promedio de aplicación de 12 minutos, pudiendo

³⁶ DENVER. Prueba de screening creada por Frankenburg y Dodds en 1967/1992 en EEUU. Evalúa a niños de 0 a 6 años en los aspectos de motricidad gruesa, motricidad fina adaptativa, lenguaje y personal-social.

³⁷ CAT/CLAMS. Prueba de screening creada por Acardo y Capute en 2005 en EEUU. Evalúa a niños de 1 mes a 3 años en las áreas de motricidad fina, lenguaje y visual.

³⁸ BINS. Test de Barley creado en 1969/1993 en EEUU. Evalúa a niños de 3 meses a 2 años en funciones neurológicas, receptivas, expresivas y procesos cognitivos.

³⁹ EEDP. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor. Creada por Rodriguez en 1978 en Chile. Evalúa a niños de 0 a 2 años en las áreas de motricidad, coordinación, lenguaje y social.

⁴⁰ TEPSI Test de Desarrollo Psicomotor creado por Haeussler y Marchant en 1980 en Chile. Evalúa a niños de 2 a 5 años en los aspectos de motricidad, coordinación y lenguaje.

⁴¹ Salamanca. Pediatra argentina del área de Atención Ambulatoria. Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". Bs.As.

D’Anna. Pediatra argentina. Departamento de Medicina Ambulatoria, Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". Bs.As.

Lejarraga. Pediatra argentino. Director de cursos Prunape. Consultor y Profesor de la Universidad de Buenos aires. Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

existir alguna variación según la edad del niño (número de pautas a tomar) y de su comportamiento durante la prueba, así también según la experiencia del evaluador. Si el niño a evaluar es menor de dos años y nació antes de término, previamente se debe calcular la edad corregida.

El conjunto de pautas de desarrollo se encuentran graficadas en una hoja tamaño carta mediante barras horizontales que representan los percentilos 25º, 50º, 75º y 90º y que expresan el porcentaje de niños normales que en el momento del examen cumplen la pauta. El eje «x» de la hoja representa la edad cronológica, de 0 a 5,99 años. Para iniciar la evaluación debe trazarse primero una línea vertical que una ambos bordes en el punto exacto de la edad cronológica del niño. De esta manera quedarán delimitados dos tipos de pautas, las de tipo A, que son aquellas cuyo percentilo 90º se encuentra ubicado a la izquierda de la línea vertical correspondiente a la edad cronológica del niño y las pautas tipo B que son atravesadas por la línea en la zona sombreada de la barra cuyos percentilos están de 75º a 90º.

Si el niño evaluado aprueba todas las pautas de tipo A o fracasa en no más de una pauta de tipo B es considerado que se encuentra dentro de los parámetros de la normalidad. En caso contrario, el niño se clasifica como sospechoso de trastorno de desarrollo. El incumplimiento de una pauta de tipo A es siempre de mayor riesgo que el incumplimiento de una pauta de tipo B. Es importante recordar que esta prueba no diagnóstica. Se puede realizar la evaluación de forma abreviada si se toma exclusivamente las pautas de tipo A o puede ser la prueba completa si se evalúan las pautas tipo A y B.

Referido a las encuestas para padres en los últimos años vienen tomando mayor protagonismo en el seguimiento del desarrollo psicomotriz frente a la necesidad de superar las ciertas limitaciones en los controles pediátricos. Diferentes estudios sobre la fiabilidad de esta metodología de aplicación sostienen que *“estos instrumentos han demostrado ser altamente confiables, independiente del nivel educacional y socioeconómico de los padres o cuidadores”* (Schonhaut, Salinas, Armijo, Alvarez, & Manríquez, 2009, pág. 515).

Entre las ventajas de su implementación se encuentran el poco tiempo necesario para su aplicación, convirtiéndose en una buena opción cuando el tiempo del profesional es muy limitado. También presentan un costo reducido en su administración frente a otras pruebas de screening. Y por último otra ventaja es que se les atribuye el involucramiento de los padres o adultos responsables del cuidado del niño en el seguimiento y la estimulación en el hogar.

Existen varios cuestionarios para padres que responden a las propiedades psicométricas de validez como cualquier otra prueba de tamizaje, en cuanto a su sensibilidad y especificidad. En el estudio realizado por Vericat (2010) de las herramientas

de screening más utilizadas en Latinoamérica enumera a PEDS⁴², Parents'Evaluation of Developmental Status; CDI⁴³, Child Developmente Inventory y el ASQ, Ages&Stages Questionnaires.

“Si bien se encuentran traducidas al español, son usadas más frecuentemente en países del hemisferio norte (...) Las experiencias más conocidas en Latinoamérica han sido realizadas en Chile utilizando el ASQ”. (Vericat, 2010, pág. 395)

El cuestionario Ages and Stages Questionnaire fue desarrollado en 1980 en la Universidad de Oregón, siendo posteriormente actualizado y validado en varios países. Está traducido a varios idiomas, existiendo una versión estandarizada en español.

“La sensibilidad y especificidad del ASQ para la pesquisa del posible déficit del DSM, tomando como referencia el criterio clínico, fueron elevadas, 94% y 80% respectivamente, la razón de verosimilitud positiva fue moderada, de 4,7, mientras que la negativa fue buena, de 0,0846”. (Schonhaut & Armijo, 2014, pág. 17)

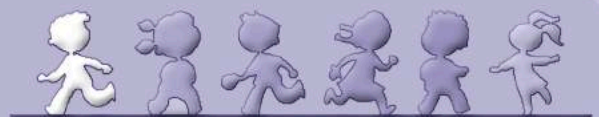
El ASQ evalúa a niños entre 2 meses hasta los 5 años de edad. Es un conjunto de 21 cuestionarios secuenciado en diferentes etapas en el rango de edad evaluado. Cada uno de estos cuestionarios está organizado en tres secciones: la primera con preguntas demográficas, la segunda con 30 preguntas enfocadas a las áreas del desarrollo y por último, una sección con siete preguntas libres orientadas a recoger la preocupación de los padres.

La segunda sección se encuentra subdividida en cinco ámbitos del desarrollo, con 6 preguntas cada una. Las áreas son: comunicación, motricidad fina, motricidad gruesa, resolución de problemas y personal/social. Cada pregunta se responde con las alternativas “sí” (10 puntos), “ocasionalmente” (5 puntos) o “todavía no” (0 puntos), los puntajes de cada área se suman, teniendo un total posible de 60 puntos por área. Se considera que el niño da como sospechoso de trastorno del desarrollo si en al menos en una de las áreas evaluadas presenta un puntaje < -2DS del promedio.

⁴² PEDS Encuesta para padres que evalúa problemas del desarrollo y comportamiento de niños de 0 a 8 años.

⁴³ CDI Encuesta para padres que evalúa a niños de 1,5 a 6 años a través de las áreas de motricidad fina y motricidad gruesa, lenguaje expresivo y comprensión del lenguaje, también en el desarrollo social, la autonomía y el desarrollo en general.

DISEÑO METODOLÓGICO



El tipo de investigación es *descriptiva* porque se realizará la medición de una variable, la evaluación psicomotriz mediante dos métodos diferentes, uno auto-administrado para padres y otro tradicional; para luego analizar comparativamente los resultados obtenidos.

El diseño es *no experimental* ya que no se hacen variar intencionalmente las variables independientes, sino que se observan los fenómenos, como el nivel de desarrollo psicomotriz, tal y como se dan en su contexto natural en un grupo de existencia previa a la evaluación.

Y es *transversal descriptivo* porque los datos se recolectarán en un sólo momento, en un tiempo único, midiendo las variables y proporcionando su descripción para luego analizarlos comparativamente a través de los dos métodos de medición.

La población estará dada por niños sanos de 3 años que concurren a las salas de 3 años del Nivel Inicial en la Ciudad de Mar del Plata. Se excluyen los niños con diagnóstico confirmado de enfermedad neurológica, congénita o metabólica.

La *muestra no probabilística por conveniencia* es de niños de 3 años que concurren a las salas de 3 años del Nivel Inicial de colegios públicos y privados, céntricos y periféricos, en el Ciclo Lectivo 2015 en la Ciudad de Mar del Plata.

Las *variables* sujetas a estudio son:

- ***Coordinación motriz fina***

Definición Conceptual: Capacidad de coordinar movimientos manuales con referencias perceptivo-visuales para alcanzar y manipular objetos.

Definición Operacional: Capacidad de coordinar movimientos manuales con referencias perceptivo-visuales para alcanzar y manipular objetos siguiendo los lineamientos de la Prueba Nacional de Pesquisa -PRUNAPE-, considera para la edad de tres años a la destreza para verter una pasa de uva en una botella, realizar una torre de 4/8 cubos, corregir dicha torre e imitar un puente con cubos. En cuanto a los parámetros del Age and Stage Questionnaire -ASQ- considera que tenga la destreza de copiar un dibujo de una línea o círculo, pasar los cordones por el agujero de los zapatos, abrir y cerrar una tijera al intentar cortar un papel, armar un rompezaberas de 5-7 piezas y la ver si toma un lapiz o lapicera con el pulgar y los dedos como un adulto.

- ***Coordinación motriz gruesa***

Definición Conceptual: Capacidad para poder mover todas las partes del cuerpo de una manera armónica y adaptada a diversas situaciones.

Definición Operacional: Capacidad para poder mover todas las partes del cuerpo de una manera armónica y adaptada a diversas situaciones siguiendo los lineamientos de la Prueba Nacional de Pesquisa -PRUNAPE-, considera para la

edad de tres años a la habilidad de patear una pelota, lanzar una pelota al evaluador, saltar con dos pies juntos, pararse en un pie y realizar un salto amplio con dos pies. En cuanto a los parámetros del Age and Stage Questionnaire -ASQ- considera para esta capacidad que el niño tenga la habilidad de patear una pelota hacia adelante y hacia atrás, que pueda saltar con dos pies juntos, que sea capaz de subir una escalera con un solo pie en cada escalón, que pueda pararse en un pie, que pueda lanzar una pelota con una mano y que sea capaz de atrapar una pelota grande.

- ***Personal-social***

Definición Conceptual: Capacidades y características que permiten al niño establecer interacciones sociales significativas.

Definición Operacional: Capacidades y características que permiten a la persona establecer interacciones sociales significativas siguiendo los lineamientos de la Prueba Nacional de Pesquisa -PRUNAPE-, para la edad de tres años son la capacidad de control de esfínteres diurno, ponerse ropa o zapatos por sí solo, armar un rompecabezas y aparear objetos de los colores. En cuanto a los parámetros del Age and Stage Questionnaire -ASQ- considera que sea capaz de ponerse la cuchara en la boca con comida sin que se le caiga, que pueda empujar un carrito esquivando obstáculos, que se reconozca a él mismo en el espejo, que pueda colocarse un abrigo por sí mismo, que pueda lavarse las manos con agua, jabón y secarse solo y que sea capaz de esperar su turno para realizar alguna tarea.

- ***Lenguaje- comunicación***

Definición Conceptual: Capacidad de los seres humanos para la recepción y expresión de información por medio de signos; visibles y audibles. Principalmente lo hacemos utilizando el signo lingüístico.

Definición Operacional: Capacidad de los niños para la recepción y expresión de información por medio de signos; visibles y audibles, siguiendo los lineamientos de la Prueba Nacional de Pesquisa -PRUNAPE-, para la edad de tres años considera que pueda tararear una canción en presencia de un tercero, pueda repetir una frase completa, pueda decir su propio nombre completo, sea capaz enunciar analogías opuestas y reconozca preposiciones. En cuanto a los parámetros del Age and Stage Questionnaire -ASQ- considera que tenga la habilidad de señalar al menos 7 partes de su cuerpo, que pueda enunciar una oración con al menos tres palabras, que coloque un objeto “arriba” o “abajo” de la mesa, que pueda decir su

nombre completo, reconozca si un objeto “sube” o baja” y pueda realizar dos órdenes distintas consecutivas.

- ***Resolución de problemas***

Definición Conceptual: Habilidad para utilizar con propiedad la dotación motriz en la solución de problemas prácticos y la capacidad de realizar nuevas adaptaciones ante la presencia de problemas simples.

- *Definición Operacional:* Habilidad para utilizar con propiedad la dotación motriz que poseen los niños en la solución de problemas prácticos y la capacidad de realizar nuevas adaptaciones ante la presencia de problemas simples siguiendo los lineamientos del Age and Stage Questionnaire -ASQ- para un niño de tres años considera que tenga la habilidad de armar una hilera de cubos, que pueda tomar un objeto que se encuentre alto y necesite subirse a una silla para alcanzarlo, que sea capaz de imitar un puente con cubos, que pueda repetir tres números distintos, que reconozca entre tres figuras cual es la más “grande” o la más “pequeña” y que pueda disfrazarse y actuar el personaje.

ANÁLISIS DE DATOS



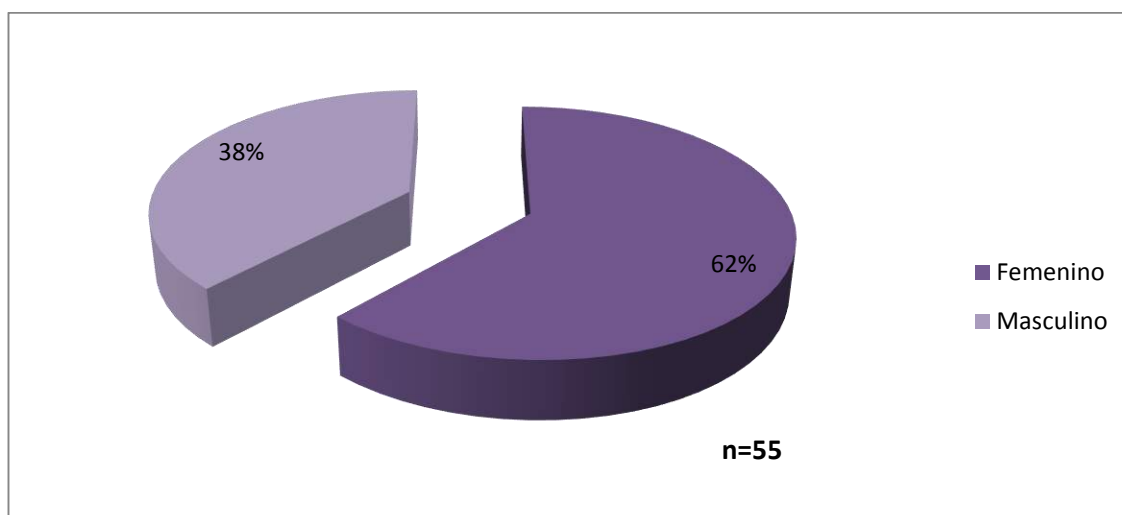
La presente investigación tiene por objetivo comparar los resultados de un cuestionario auto-administrado para padres en la valoración del desarrollo psicomotriz con los de una escala de evaluación tradicional en niños sanos de 3 años de edad en el momento de ingreso al sistema educativo en el Nivel Inicial.

La investigación consta en la aplicación, a un grupo de 55 niños de 3 años de edad de dos instituciones educativas de la ciudad de Mar del Plata, una encuesta que arroja datos socio-contextuales y dos test de evaluación psicomotriz. Por un lado, el ASQ, un cuestionario auto-administrado para padres, que se encuentra subdividido en cinco ámbitos del desarrollo con 6 preguntas cada una. Las áreas son: comunicación, motricidad fina, motricidad gruesa, resolución de problemas y personal/social. Y el segundo test aplicado fue la Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos del Desarrollo, PRUNAPE, el cual reúne 78 pautas evolutivas del desarrollo psicomotriz organizadas en cuatro áreas: motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje y personal-social.

El trabajo de campo se lleva a cabo durante el ciclo lectivo en dos instituciones educativas, una céntrica y otra periférica de la ciudad de Mar del Plata entre los meses de Mayo y Junio del mencionado año.

Se inicia el análisis de las diferentes variables que determinan el perfil de la muestra. Como primera variable se determina la composición por sexo de los niños evaluados. Los resultados obtenidos se exponen en el siguiente gráfico.

Gráfico N°1: Composición por sexo.

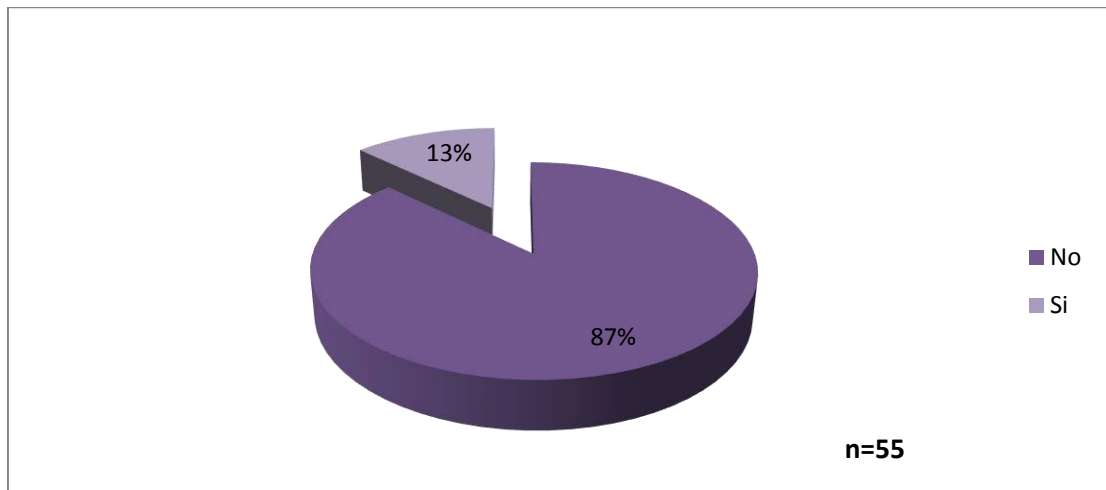


Fuente: Elaboración propia.

El gráfico arroja como resultado que un 62% de la muestra es de sexo femenino.

Se considera como antecedente relevante el nacimiento prematuro o no de los niños evaluados. Se presentan los resultados en el siguiente gráfico.

Gráfico N°2: Prematurez.

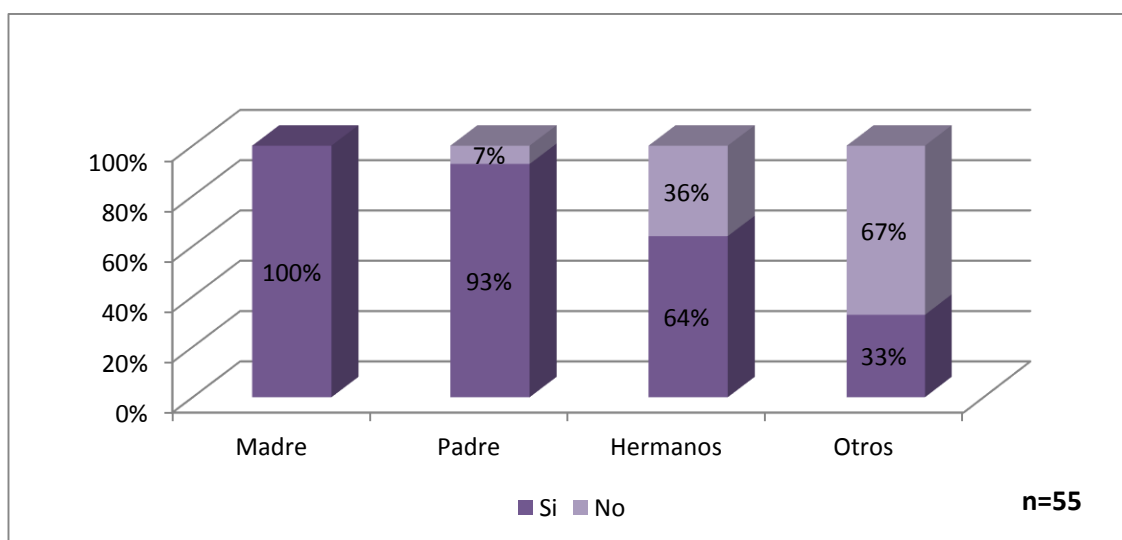


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico superior muestra que únicamente el 13% de los niños evaluados han pasado un nacimiento prematuro.

Para establecer también el contexto familiar de cada uno de los niños evaluados, se tiene en cuenta el grupo familiar de convivencia donde se determina si los niños viven con el padre, la madre, otro familiar adulto como tíos, abuelos y si tiene o no hermanos.

Gráfico N°3: Grupo familiar de convivencia.

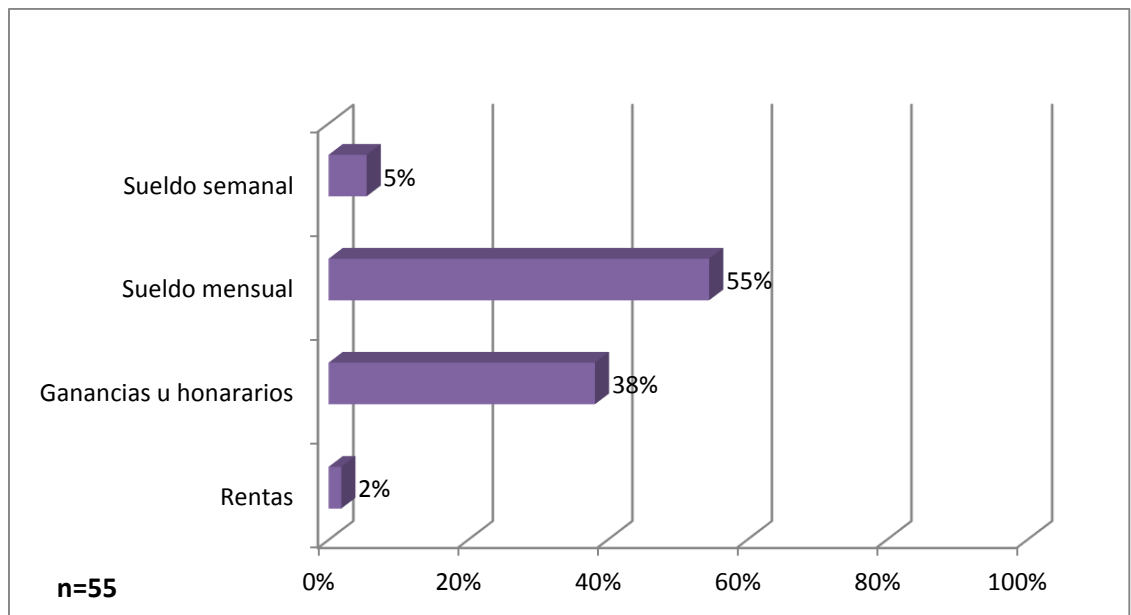


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico superior podemos ver que la totalidad de los niños evaluados vive junto a su madre mientras que únicamente el 7% no convive con su padre. Por otro lado, un 64% tiene hermanos con los cuales comparten vivienda y únicamente un 33% vive con un tercer familiar.

También se consulta sobre cuál es la fuente de ingreso principal del jefe de familia ya sea del padre o la madre, teniendo en cuenta el de mayor ingreso económico.

Gráfico N°4: Fuente de ingreso principal.

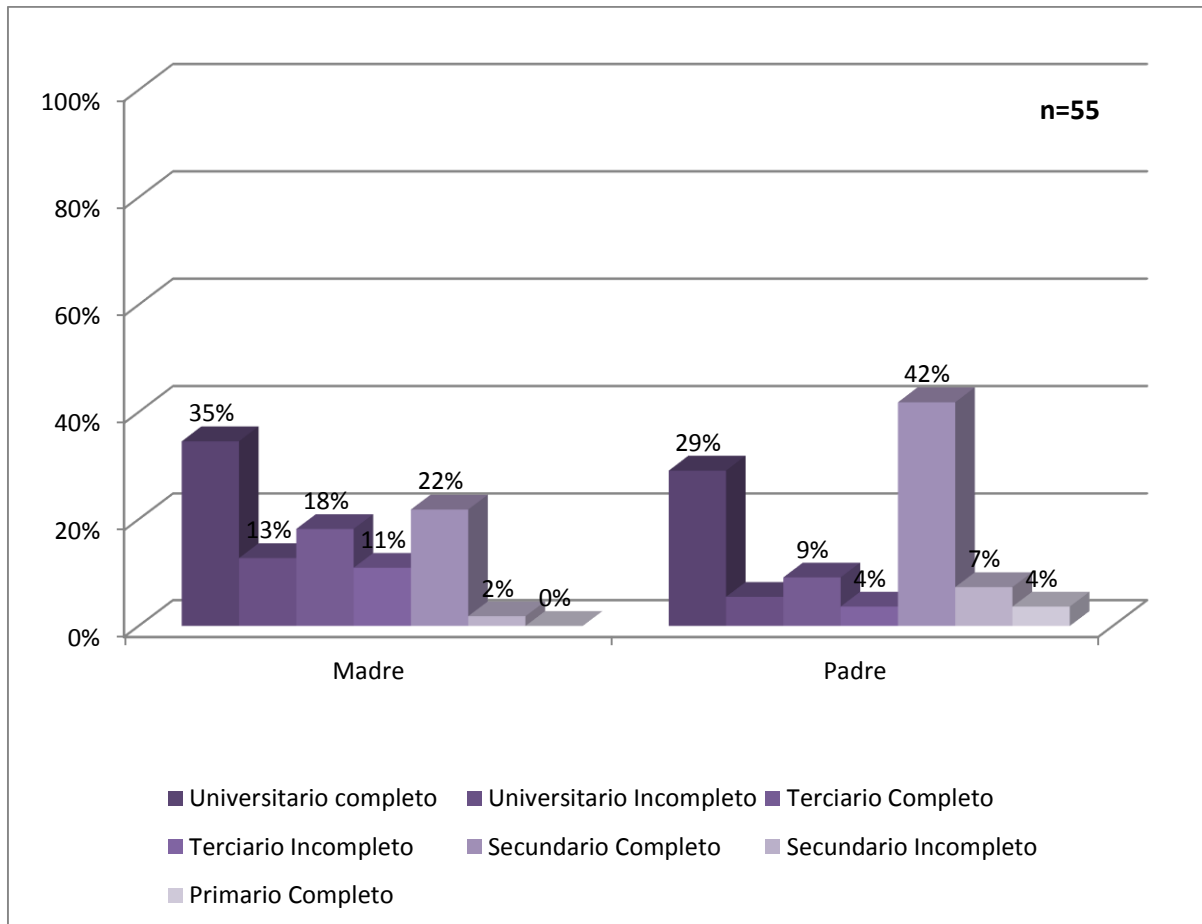


Fuente: Elaboración propia.

Este gráfico determina que las principales fuentes de ingreso familiar son con un 55% el sueldo mensual y con un 38% el ingreso a través de ganancias u honorarios.

Por otro lado, se considera el nivel de instrucción de los padres, diferenciando entre madres y padres, analizando que niveles fueron alcanzados ya sean, completos o incompletos.

Gráfico N°5: Nivel de instrucción de los padres.

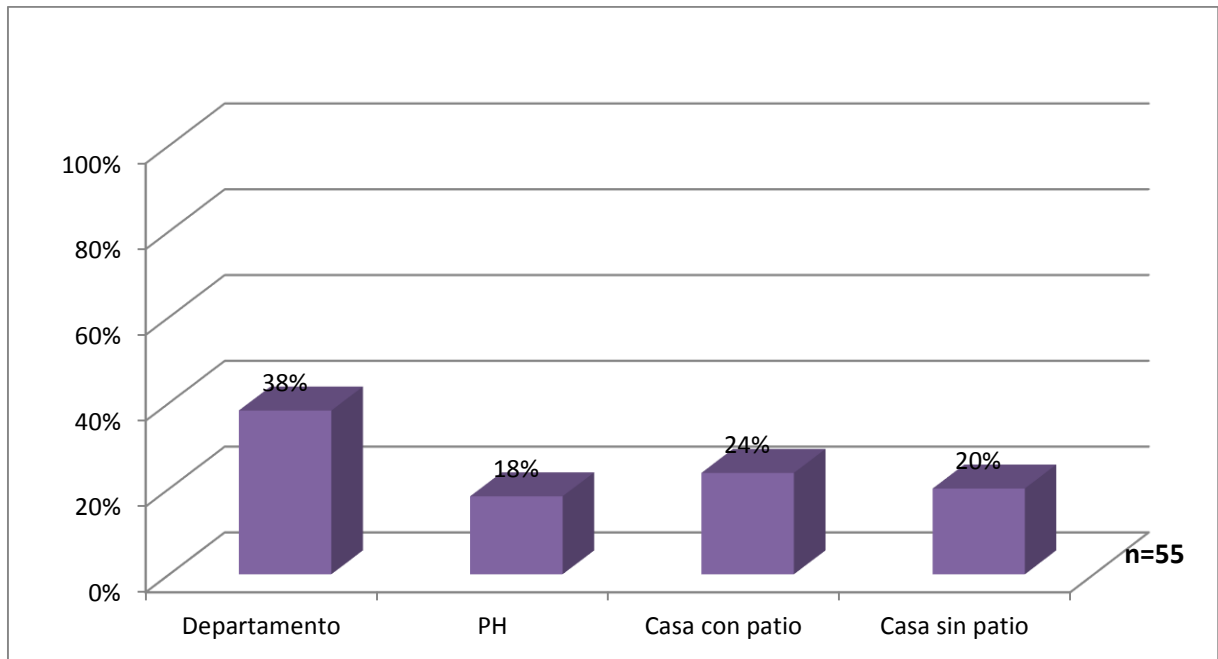


Fuente: Elaboración propia.

El gráfico superior arroja como resultado que en el caso del nivel de instrucción de las madres el mayor porcentaje se da en los estudios universitarios completos con un 35%, siguiendo con un 22% el secundario completo y con un 18% los estudios terciario completos. En cuanto a los padres el porcentaje más alto se da con un 42% en los estudios secundarios completos seguido con un 29% por estudios universitarios completos.

Para continuar con el perfil de la muestra se tiene en cuenta el tipo de vivienda en que vive cada uno de los niños evaluados. Los datos obtenidos que exponen en el siguiente gráfico.

Gráfico N°6: Tipo de Vivienda.

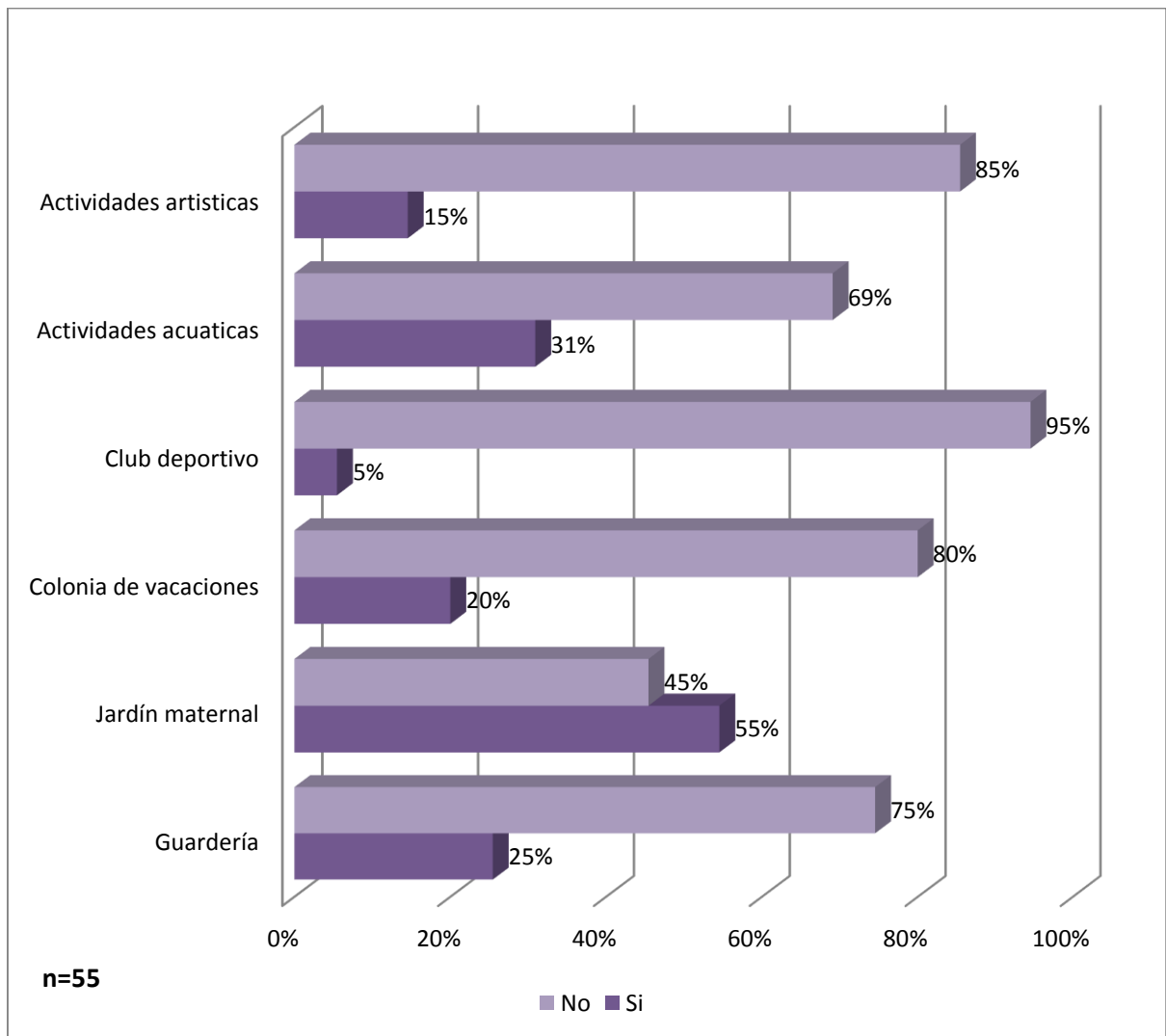


Fuente: Elaboración propia.

Mediante el gráfico se observa que el porcentaje más alto de la muestra con un 38% vive en departamento, mientras que el resto que encuentra repartido en porcentajes muy similares con un 24% vive en casa con patio, un 20% vive en casa sin patio mientras que el 18% restante vive en PH.

También se considera el contexto social-recreativo-deportivo de la muestra, consultado sobre que porcentajes de los niños evaluados concurren o concurren a guardería, jardín maternal, colonia de vacaciones, clubes deportivos, actividades acuáticas o artísticas. Los resultados obtenidos se detallan en el gráfico a continuación.

Gráfico N°7: Contexto social-deportivo-recreativo.

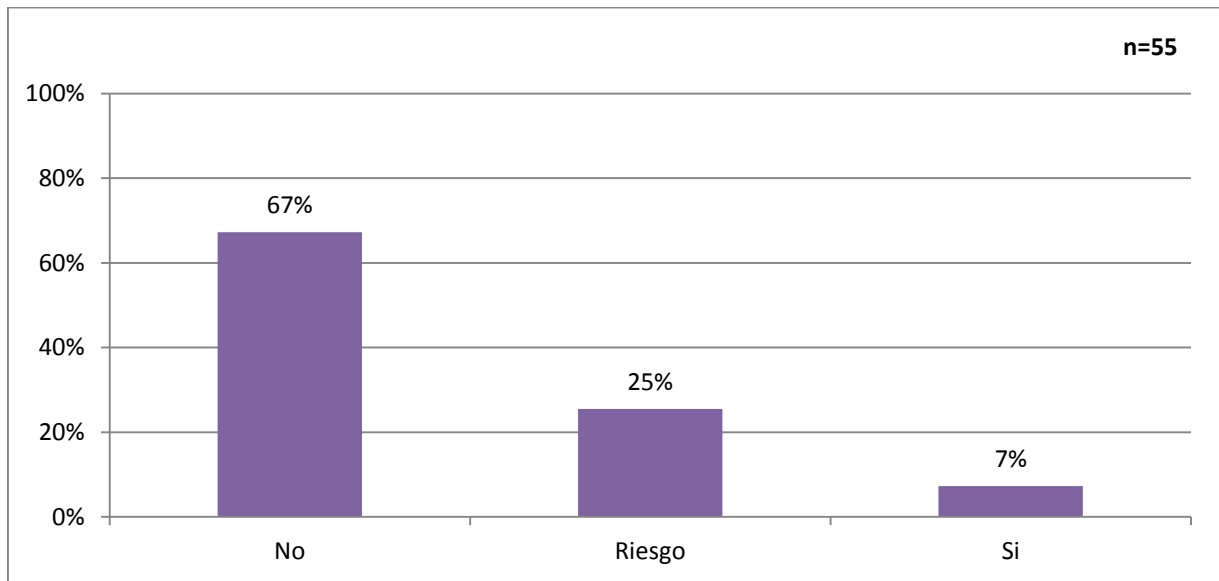


Fuente: Elaboración propia.

Como resultado este gráfico muestra las principales actividades a las cuales los niños evaluados concurren o concurren son con un 55% el jardín maternal, siguiendo con un 31% las actividades acuáticas y en tercer lugar con un 25% a guardería.

Las herramientas de evaluación psicomotriz utilizadas en este trabajo, cada una con sus criterios de valoración, determinan si se está bajo la sospecha de retraso de desarrollo psicomotriz o se encuentra dentro de los parámetros de la normalidad. El cuestionario auto-administrado para padres, el ASQ, otorga la posibilidad de tres resultados posibles que son: Desarrollo Normal, Riesgo de Retraso Psicomotriz que indica que se repita la evaluación pasados entre 3/6 meses y por último la afirmación del Retraso Psicomotriz. Los resultados obtenidos se exponen en el siguiente gráfico.

Gráfico N°8: Resultados del test ASQ.

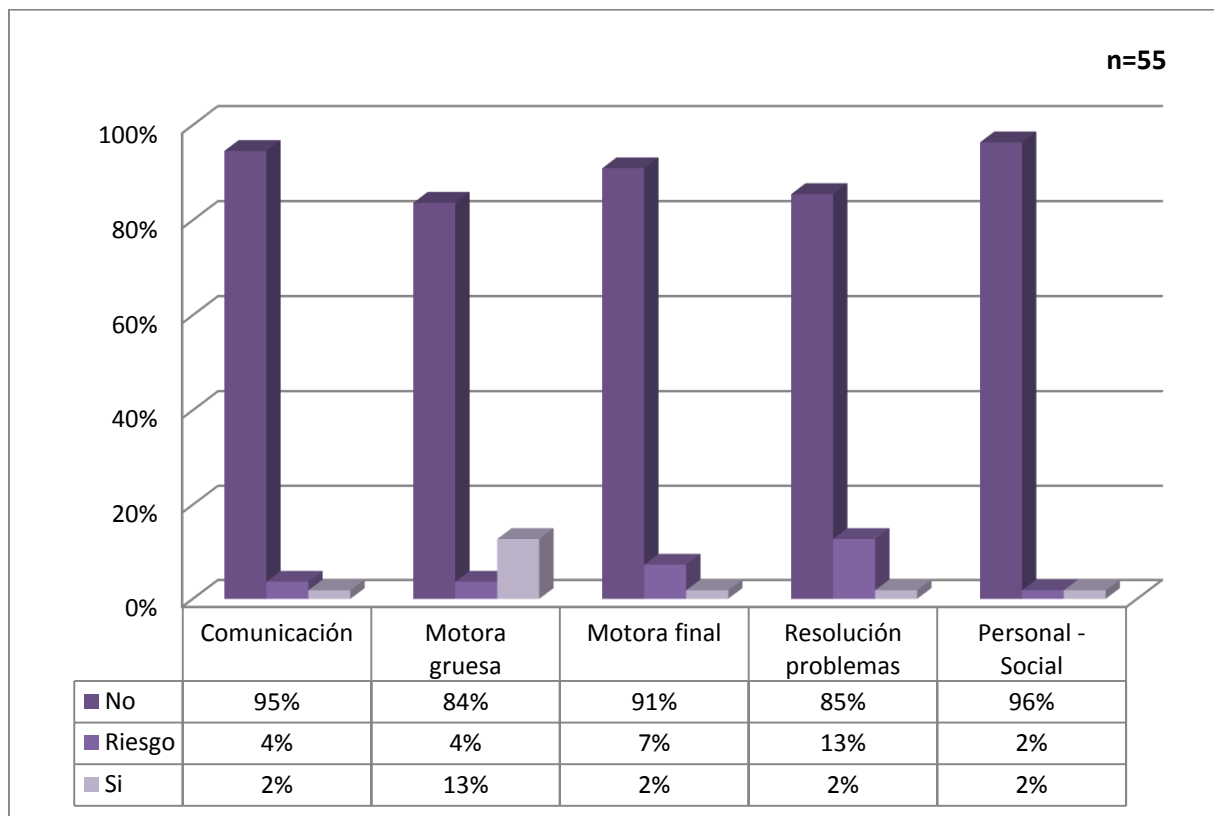


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico superior se observa que de acuerdo a los criterios valorativos del test ASQ de la totalidad de la muestra únicamente el 7% de los niños evaluados tienen un diagnóstico positivo en cuanto a Retraso Psicomotriz y un 25% se encuentra una situación de Riesgo.

Este cuestionario auto-administrado para padres, se encuentra subdividido en cinco áreas evaluativas que son: comunicación, motricidad fina, motricidad gruesa, resolución de problemas y personal/social. En cada una de ella se tiene que responder a 6 preguntas con las alternativas de “sí” (10 puntos), “ocasionalmente” (5 puntos) o “todavía no” (0 puntos). Los puntajes de cada área se suman, teniendo un total posible de 60 puntos por área y se considera que el niño da como sospechoso o en riesgo de trastorno del desarrollo si en al menos en una de las áreas evaluadas presenta un puntaje inferior a un valor de referencia. A continuación, se exponen los resultados arrojados por la muestra con el mencionado test en sus diferentes áreas evaluativas.

Gráfico N°9: Resultados del test ASQ por áreas evaluativas.

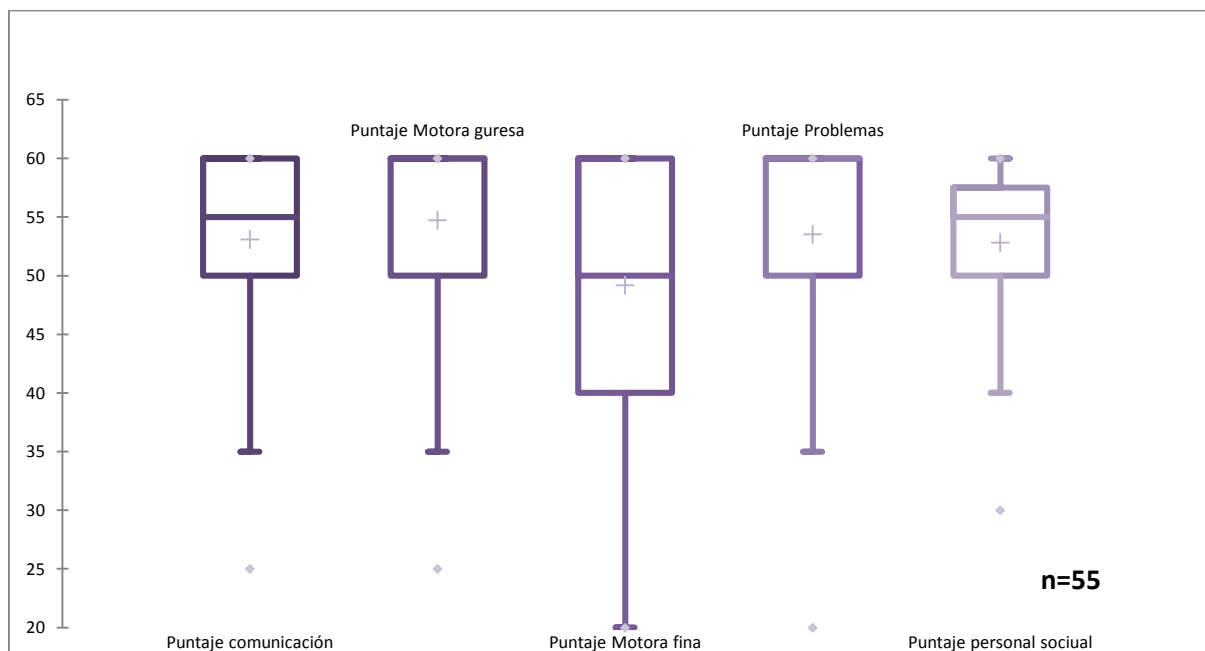


Fuente: Elaboración propia.

El gráfico superior muestra que según el test ASQ el mayor porcentaje que indica la sospecha de retraso psicomotriz se da en el área Motora Gruesa con un 13%; mientras que las áreas con mayor porcentaje de riesgo se dan con un 13% en Resolución de Problemas y siguiendo con un 7% el área Motora Fina. En cuanto que las áreas en las que se observa el mayor porcentaje de desarrollo psicomotriz normal son con un 96% la Personal-social y con un 95% el área de Comunicación.

Se analiza específicamente que puntaje obtienen los niños evaluados en cada una de las áreas que establece el ASQ, recordando que la suma total en cada área es de 60 puntos y un puntaje límite en cada área determina si presenta retraso psicomotriz, riesgo de retraso o se encuentra con un desarrollo normal el niño evaluado.

Gráfico N°10: Puntajes obtenidos en el test ASQ.



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico superior se observa que en el área de comunicación el puntaje mínimo obtenido es de 25 puntos, mientras que el máximo obtenido es de 60 puntos con un promedio de 53,09 y una desviación de 8,41 puntos. La distribución resulta asimétrica negativa con una mediana de 55 puntos.

En cuanto el área de motora gruesa el puntaje mínimo obtenido es de 25 puntos y el máximo es de 60 puntos. El promedio en dicha área es de 54,72 puntos con una desviación de 8,13 puntos. La distribución resulta notoriamente asimétrica negativa, quedando el 50% de puntajes más altos en el valor 60.

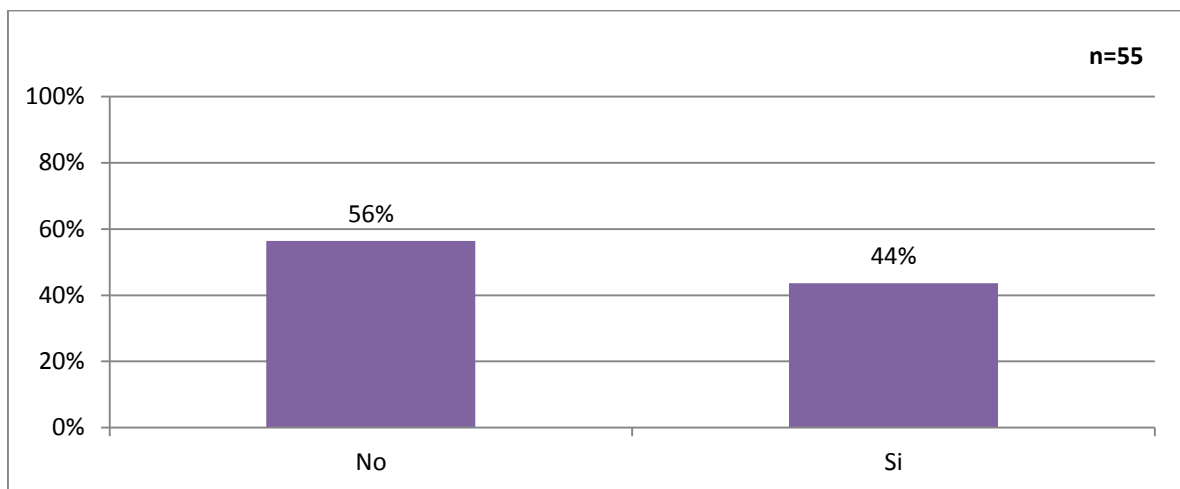
Respecto del área motora fina, el puntaje mínimo obtenido es de 20 puntos y el máximo obtenido es de 60 puntos. El promedio es de 49,18, con un desvío de 10,74 puntos. La distribución resulta asimétrica negativa, concentrándose el 25% superior en el valor 60.

Mientras tanto en el área de resolución de problemas el puntaje mínimo obtenido es de 20 puntos y el máximo es de 60 puntos, con un promedio de 53,54 y un desvío de 9,01 puntos. Nuevamente la distribución resulta asimétrica negativa, concentrándose el 50% superior en el valor 60.

Por último, en el área personal-social el puntaje mínimo obtenido es de 30 puntos, mientras que el máximo obtenido es de 60 puntos al igual que en las demás áreas. El promedio dado es de 52,81, con un desvío de 6,21 puntos. Aquí también la distribución resulta asimétrica negativa con una mediana de 55 puntos.

En cuanto al segundo test aplicado; la Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos del Desarrollo, PRUNAPE, reúne 78 pautas evolutivas graficadas en una hoja mediante barras horizontales que expresan el porcentaje de niños normales que cumplen la pauta. El eje «x» de la hoja representa la edad cronológica. Al iniciar el test se traza una línea vertical que marque la edad cronológica, quedando así delimitados dos tipos de pautas, las de tipo A, que son aquellas se encuentra ubicado a la izquierda de la línea y las pautas tipo B que son atravesadas por la línea en la zona sombreada de la barra. Si el niño evaluado aprueba todas las pautas de tipo A o fracasa en no más de una pauta de tipo B es considerado que se encuentra dentro de los parámetros de la normalidad. En caso contrario se clasifica como trastorno de desarrollo. Los resultados obtenidos en la muestra se exponen en el siguiente gráfico.

Gráfico N°11: Resultados del test PRUNAPE.

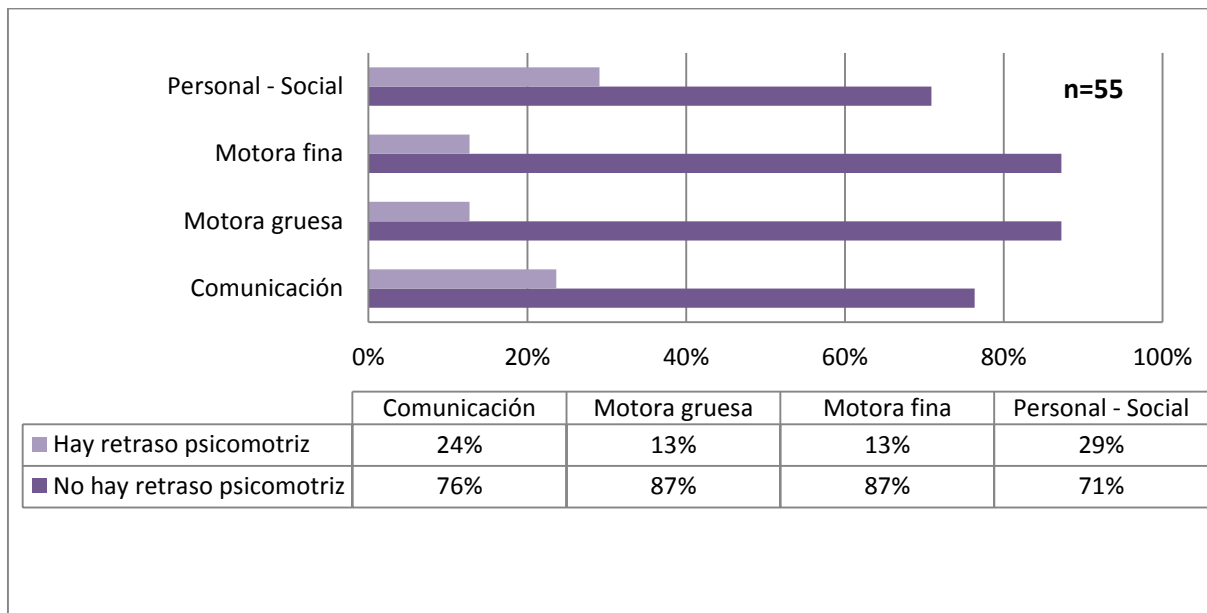


Fuente: Elaboración propia

El gráfico superior expone que de acuerdo a los criterios de valoración del test PRUNAPE un 44% de la muestra da como resultado positivo de Retraso Psicomotriz y el resto paso la prueba de acuerdo a los parámetros esperadas a su edad.

Esta Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos del Desarrollo organiza sus pautas evaluativas en cuatro áreas: motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje y personal-social. A continuación, se exponen los resultados obtenidos por la muestra con el mencionado test en cada una de sus áreas evaluativas.

Gráfico N°12: Resultados del test PRUNAPE por áreas evaluativas.

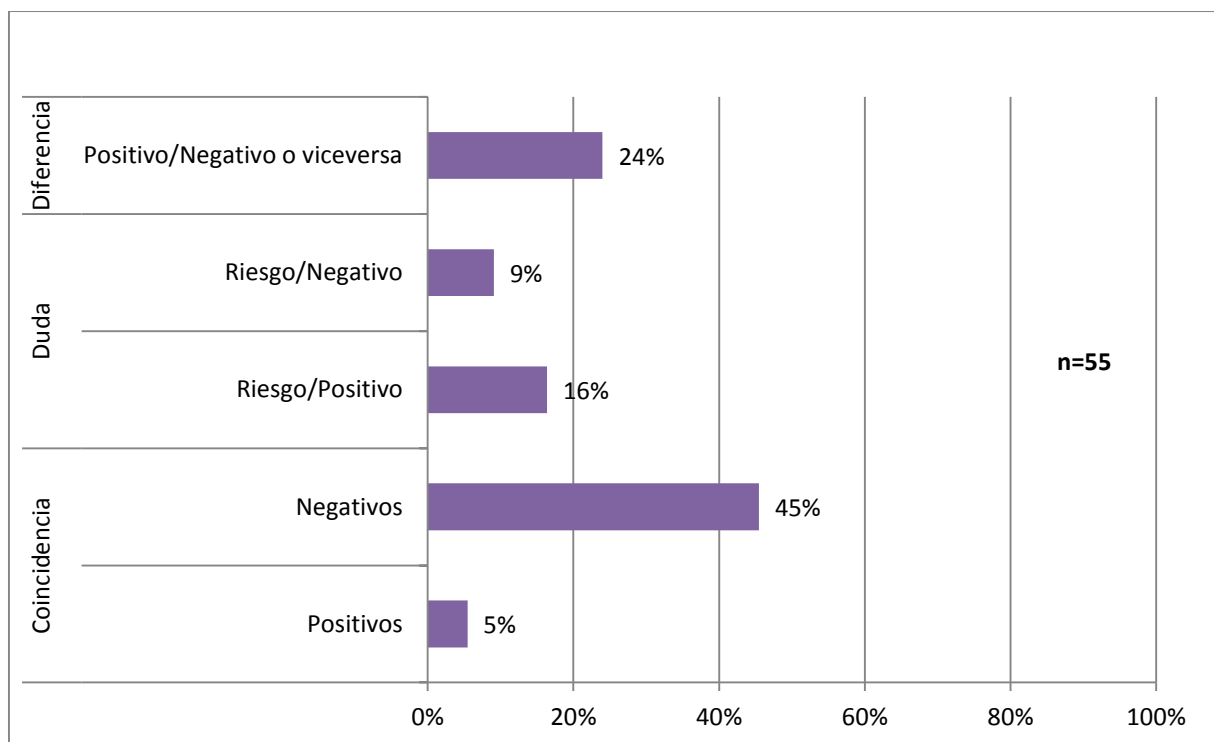


Fuente: Elaboración propia

Los resultados que arroja el PRUNAPE según el gráfico superior es que el mayor porcentaje de retraso psicomotor se dio en el área personal-social con un 29%, siguiendo en un segundo lugar el área de comunicación con un 24% mientras que los porcentajes más bajos igualaron en 13% en las áreas motoras fina y gruesa.

Después de la observación particular de cada uno de los test psicomotrices aplicados corroboraremos su funcionamiento de manera conjunta considerando los resultados comparativamente. Para este análisis tomamos las respuestas posibles del test ASQ, como SI hay sospecha de retraso psicomotriz al igual que SI en el test PRUNAPE; el NO hay sospecha de retraso psicomotriz como NO en PRUNAPE y el resultado de RIESGO de retraso psicomotriz como NO retraso en PRUNAPE, ya que este último test no tiene esta opción como respuesta. Los resultados obtenidos comparativamente en la muestra se exponen en el siguiente gráfico.

Gráfico N°13: Comparación de resultados ASQ- PRUNAPE.

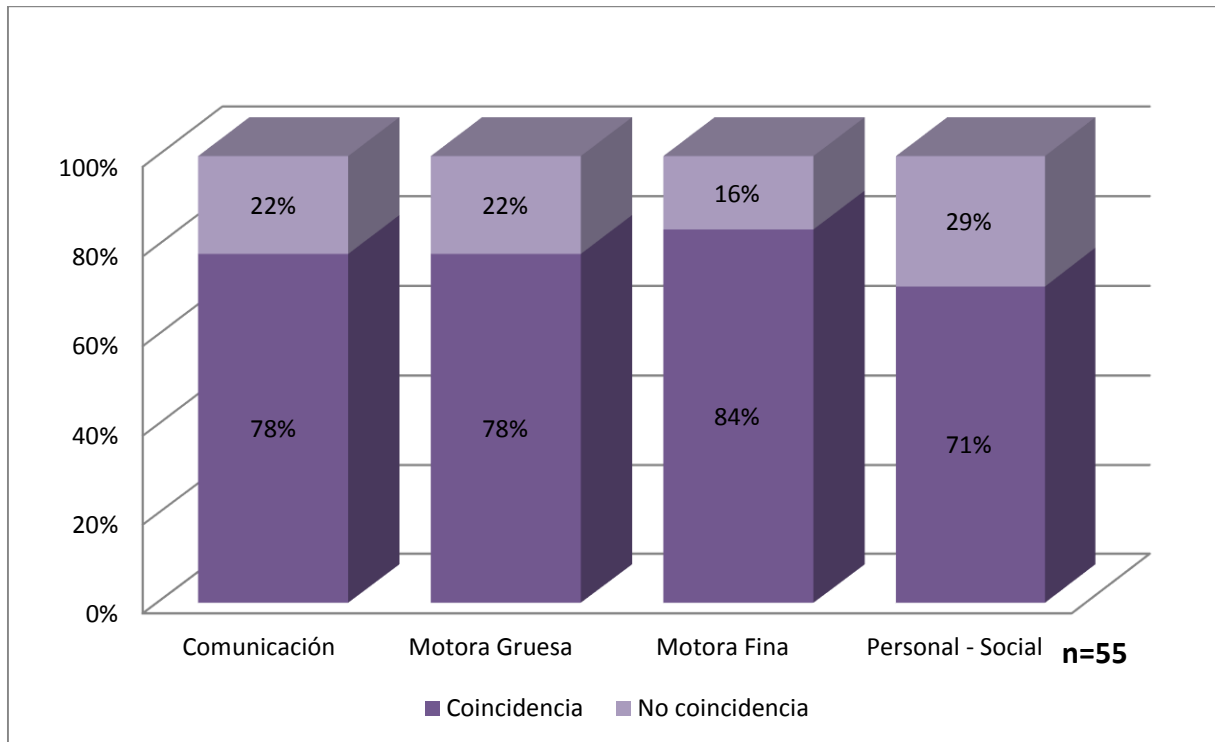


Fuente: Elaboración propia

El gráfico superior expone tres categorías que en que realiza la comparación de los resultados de ambas herramientas de valoración psicomotriz. El porcentaje más grande se da con un 50% de casos donde el resultado de ambos test coincidieron, con un 45% en casos negativos y un 5% de casos positivos de retraso psicomotriz. Las otras categorías que refieren a la diferencia o no coincidencia quedaron con porcentajes muy similares entorno al 25%.

Para continuar con la comparación de los resultados arrojados por los test ahora lo realizaremos discriminando cada una de las áreas evaluativas que utilizan las herramientas de valoración. Recordamos que el área de Resolución de Problemas evaluada en el test ASQ queda afuera de la comparación ya que no es tomada en cuenta en el test PRUNAPE. Los resultados obtenidos en la muestra se exponen en el siguiente gráfico.

Gráfico N°14: Comparación de resultados ASQ- PRUNAPE por áreas evaluativas.

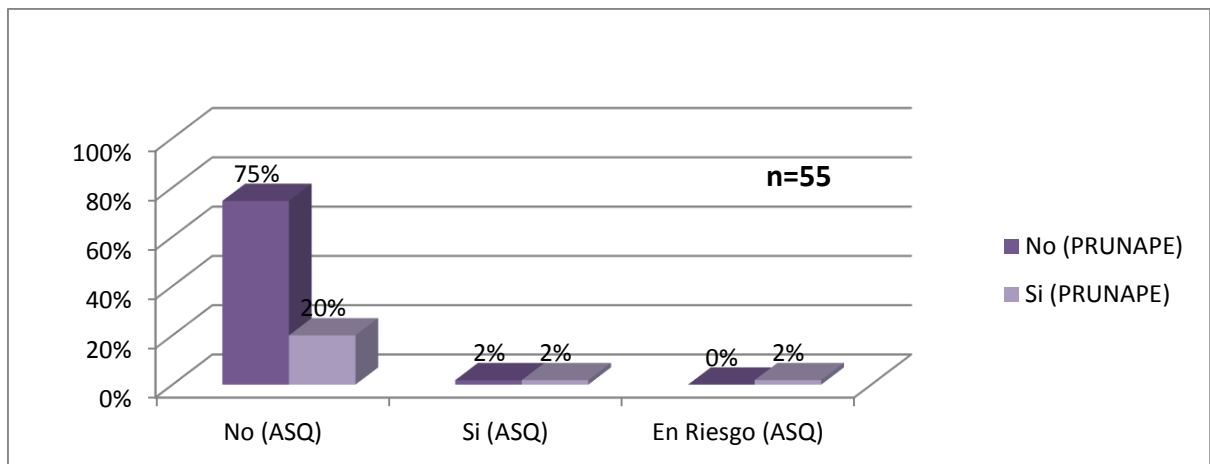


Fuente: Elaboración propia

El gráfico superior muestra que el área de mayor coincidencia es la de motora fina con un 84% mientras que en la que hubo una menor coincidencia con el 71% es la personal-social. En cuanto a las dos áreas restantes evaluados, comunicación y motora gruesa, coinciden en un 78%.

Resta analizar los resultados comparativamente de área por área evaluada en cada uno de las prueba psicomotrices utilizadas. Es primordial aclarar que la repuesta de RIESGO de retraso psicomotriz en ASQ es tomado como NO por PRUNAPE y que el área de resolución de problema no se toma para este análisis ya que no se encuentra entre las áreas evaluadas por el segundo test. Analizamos los resultados que arrojan cada uno de los gráficos por áreas.

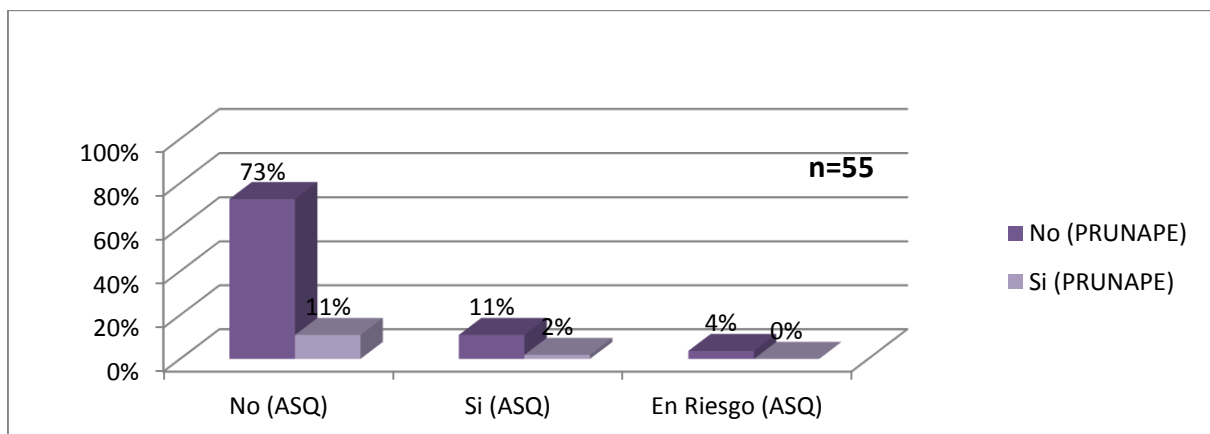
Gráfico N°15: Comparación de resultados en el Área Comunicación.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico muestra que hay un 75% de coincidencia en la respuesta de NO sospecha de retraso psicomotriz entre los test ASQ y PRUNAPE en el área de comunicación. Mientras que en la respuesta de SI sospecha de retraso psicomotriz hay una coincidencia de un 2%, restando un 24% donde no hubo coincidencia de pronóstico psicomotriz entre ambos test.

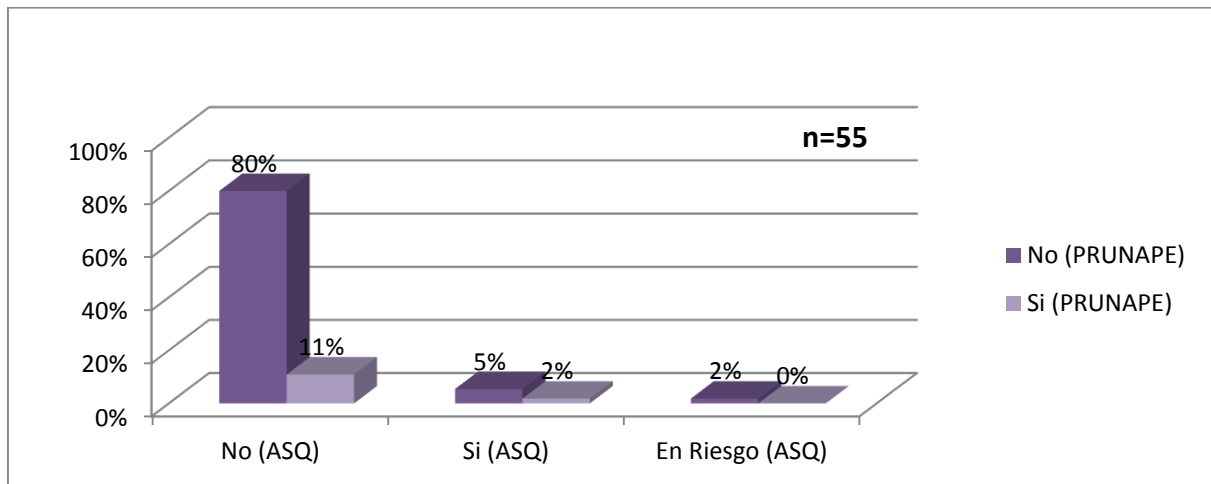
Gráfico N°16: Comparación de resultados en el Área Motora Gruesa.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico muestra que hay un 73% de coincidencia en la respuesta de NO sospecha de retraso psicomotriz entre ambos test. En cuanto en la respuesta de SI sospecha de retraso psicomotriz hay una coincidencia de en un 2%, mientras que hay un 4% de coincidencia entre el RIESGO de sospecha del ASQ con la NO sospecha de PRUNAPE. Quedando un 22% de no coincidencia de pronóstico psicomotriz entre ambas pruebas.

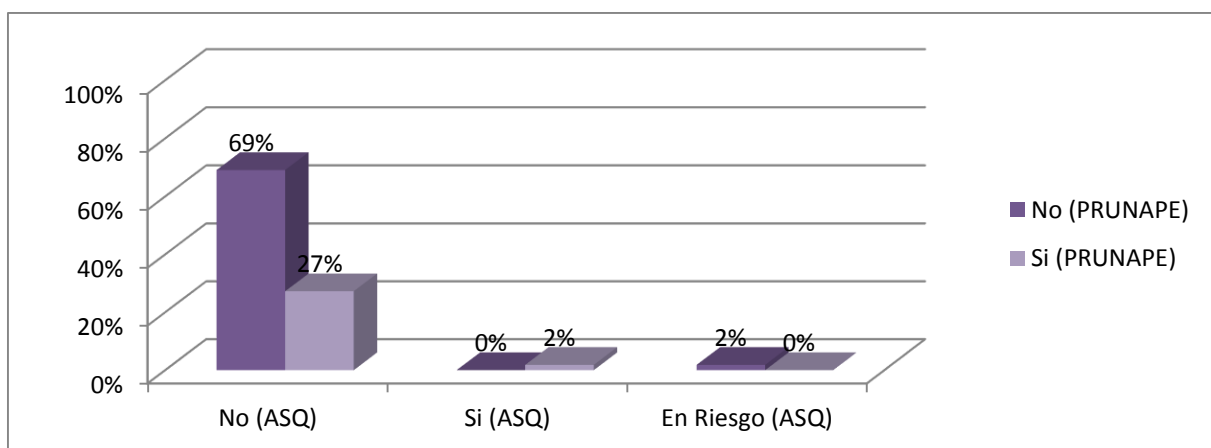
Gráfico N°17: Comparación de resultados en el Área Motora Fina.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico muestra que hay un 80% de coincidencia en la NO sospecha de retraso psicomotriz entre ASQ y PRUNAPE. Mientras que en la respuesta de SI sospecha de retraso psicomotriz hay una coincidencia de en un 2% y un 2% de coincidencia entre el RIESGO de sospecha del ASQ con la NO sospecha de PRUNAPE. Restando por último un 17% donde no hubo coincidencia de pronóstico psicomotriz entre ambos test.

Gráfico N°18: Comparación de resultados en el Área Personal Social.



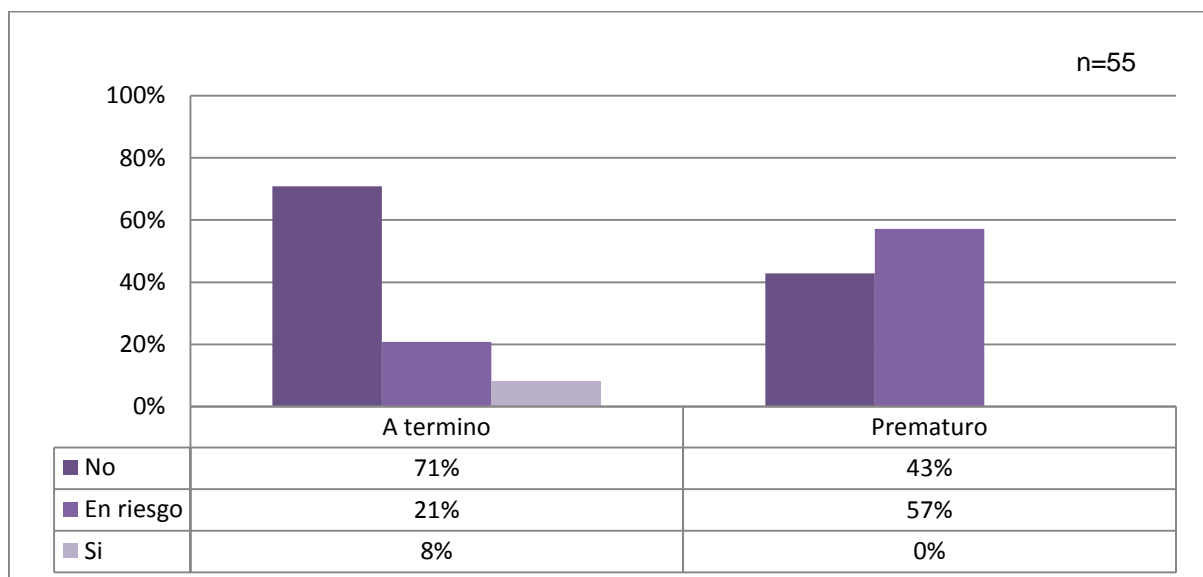
Fuente: Elaboración propia

El gráfico superior muestra que hay un 69% de coincidencia en la respuesta de NO sospecha de retraso psicomotriz entre los test ASQ y PRUNAPE. En cuanto a la SI sospecha de retraso psicomotriz hay una coincidencia de en un 2%, mientras que hay un 2% de coincidencia entre el RIESGO de sospecha del ASQ con la NO sospecha de PRUNAPE. Restando un 27% donde no hubo coincidencia de pronóstico psicomotriz entre ambas pruebas.

A continuación para completar el análisis de los datos obtenidos con el objetivo de relacionar la incidencia de ciertos factores con los resultados logrados en los test aplicados; se trabaja sobre el cruce de variables para determinar la independencia de las mismas mediante el test de hipótesis Chi-Cuadrado⁴⁴, mediante el cual se determina si hay evidencia o no para creer que dos variables son independientes.

La primera relación se establece entre las variables de prematuridad de los niños evaluados y los resultados del test ASQ. Se presentan los resultados obtenidos en el siguiente gráfico.

Gráfico N°19: Relación de las variables de nacimiento a término/pre-término con los resultados de ASQ.



Fuente: Elaboración Propia.

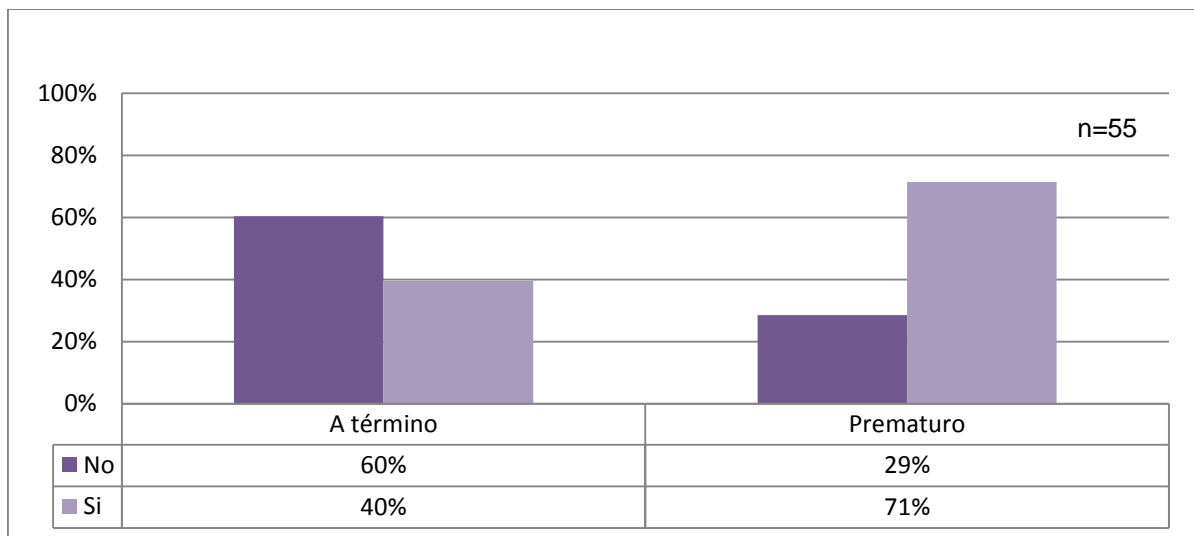
En el gráfico anterior se observa como dato relevante que de la totalidad de los niños evaluados que tuvieron un nacimiento antes de término, ningún caso da positivo en cuanto a la posibilidad de retraso psicomotriz según el test ASQ pero si un 57% se encuentran con la

⁴⁴ La prueba de independencia Chi-cuadrado, nos permite determinar si existe una relación entre dos variables categóricas. Es necesario resaltar que esta prueba nos indica si existe o no una relación entre las variables, pero no indica el grado o tipo de relación; es decir, no indica el porcentaje de influencia de una variable sobre la otra o la variables que causa la influencia.

posibilidad de Riesgo de retraso; mientras tanto un 8% de los nacidos a término tienen un resultado positivo en cuanto a la sospecha de retraso psicomotriz. En este caso no es posible aplicar el test de relación de las variables debido a la polarización de las mismas. (Ver anexo N°1)

Seguidamente se relacionan las variables de nacimiento a término o pre-término y los resultados obtenidos con el test PRUNAPE. En el gráfico siguiente se exponen los resultados obtenidos.

Gráfico N°20: Relación de las variables de nacimiento a término/pre-término con los resultados de PRUNAPE.

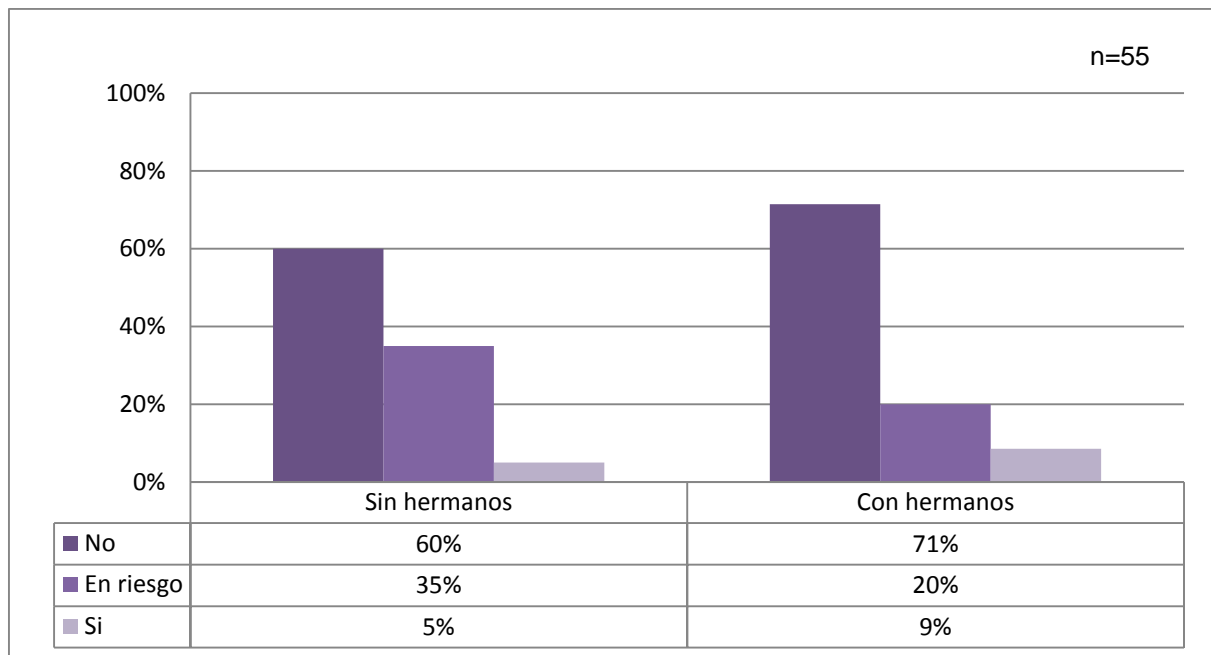


Fuente: Elaboración propia.

El gráfico superior muestra que al analizar los casos de nacimiento prematuro un 71% tiene una respuesta positiva en relación a la sospecha de retraso psicomotriz en el test PRUNAPE mientras que en aquellos niños evaluados con un nacimiento a término únicamente el 40% tiene una respuesta positiva ante la sospecha de retraso. Para establecer la relación entre las mencionadas variables se aplica el test de Chi-cuadrado obteniendo un p-valor de 0,112 que lo ubica por encima del valor de significación lo que demuestra que no existe evidencia para creer que hay una relación entre ambas variables. (Ver anexo N°2)

Para continuar con el análisis de las variables se tiene en cuenta la relación de la presencia o no de hermanos con las respuestas de las dos herramientas de evaluación psicomotriz utilizadas. En una primera instancia se relaciona la presencia de hermanos con las respuestas obtenidas en el test ASQ. Presentando en el gráfico a continuación los resultados obtenidos.

Gráfico N°21: Relación de las variables de presencia de hermanos con los resultados de ASQ.

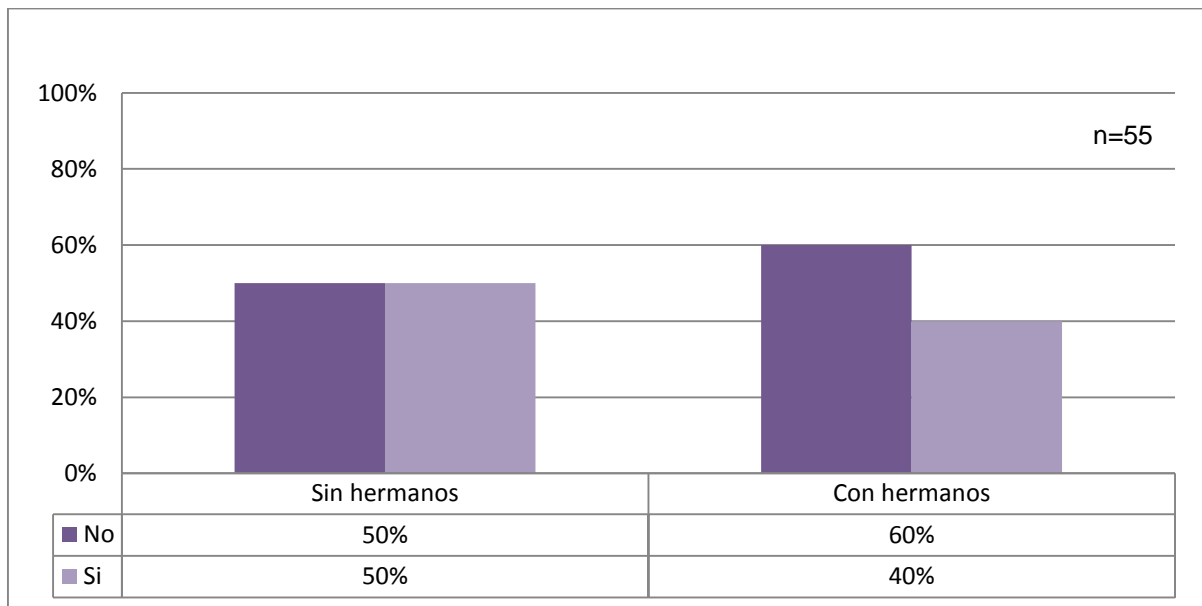


Fuente: Elaboración Propia

En relación a la presencia o no de hermanos en los grupos familiares de convivencia no se encuentran grandes diferencias entre los casos positivos que da con el test ASQ, ya que sin presencia de hermanos nos encontramos con un 5% de casos mientras que con presencia de hermanos con un 9%. En lo que si se encuentra un porcentaje mayor es en la respuesta de Riesgo con un 35% en los niños evaluados que no tienen en hermano. Al relacionar estas variables con el test de Chi-Cuadrado se obtiene un p-valor de 0,450 mostrando que no se establece una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. (Ver anexo N°3)

En cuanto a esta misma observación entre las variables de la presencia o no de hermanos en relación a los resultados obtenidos con el test PRUNAPE sobre la sospecha de retraso psicomotriz se exhibe el siguiente gráfico.

Gráfico N°22: Relación de las variables de presencia de hermanos con los resultados de PRUNAPE.

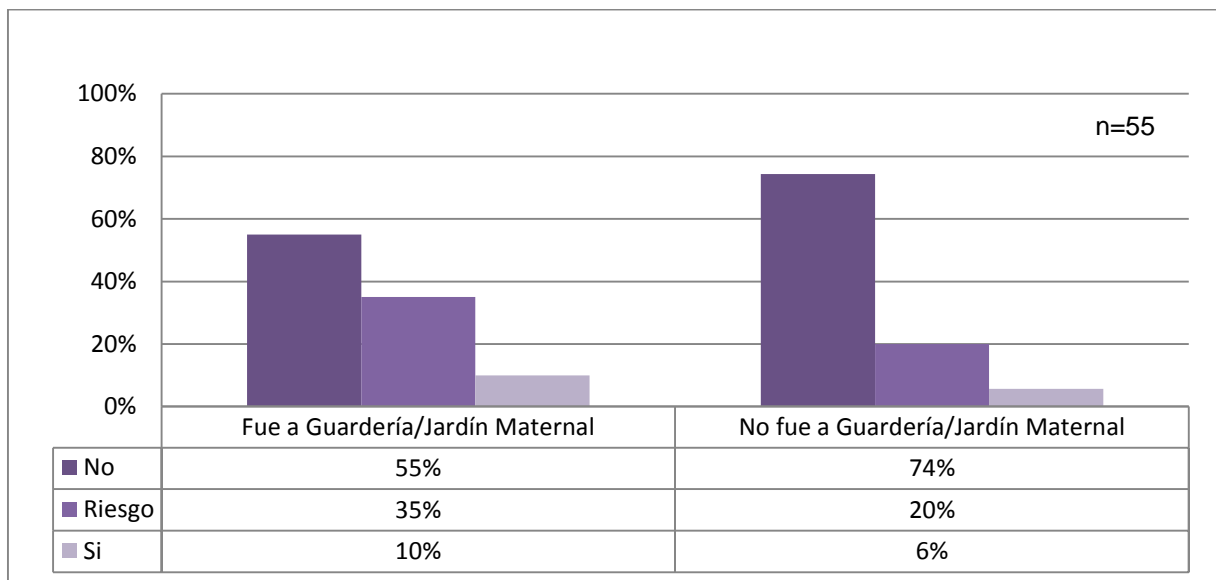


Fuente: Elaboración propia.

El gráfico superior expone un porcentaje de casos positivos dados por el test PRUNAPE de un 50% de los niños evaluados que no cuentan con la presencia de hermanos en relación a un 40% que si cuentan con la presencia de hermanos en el grupo de convivencia. Al aplicar el test de Chi-Cuadrado entre las variables vinculadas no existe evidencia suficiente para establecer una relación entre las mismas ya que el p-valor que alcanza es de 0,472. (Ver anexo N°4)

Siguiendo con el análisis de los diferentes contextos en los que interactúan los niños evaluados como ambientes de estimulación, se establece la relación entre la concurrencia a jardín maternal o guardería con los resultados proporcionados por las herramientas evaluativas utilizadas. En una primera parte se muestra los datos obtenidos por el test ASQ plasmándolos en el siguiente gráfico en relación a la concurrencia de las instituciones mencionadas.

Gráfico N°23: Relación de las variables de concurrencia a jardín maternal/guardería con los resultados de ASQ.

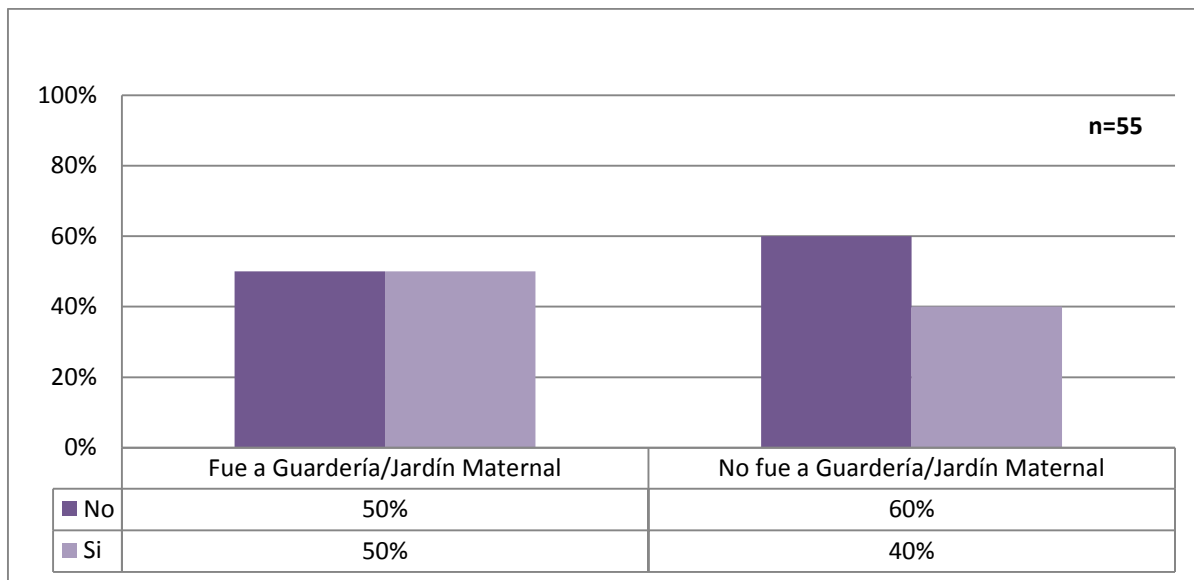


Fuente: Elaboración propia.

El gráfico superior muestra que no existe una diferencia importante entre los casos positivos dados por el test ASQ entre ambos grupos, siendo un 10% para aquellos alumnos que concurrieron a Guardería / Jardín Maternal y un 6% para los que no lo hicieron. Al emplear el test de Chi-Cuadrado entre las variables vinculadas no establece evidencia suficiente para afirmar una relación entre las mismas ya que el p-valor obtenido es de 0,341. (Ver anexo N°5)

A continuación, exponemos los resultados relacionando estas dos mismas variables, pero con la herramienta evaluativa de PRUNAPE.

Gráfico N°24: Relación de las variables de concurrencia a jardín maternal/guardería con los resultados de PRUNAPE.

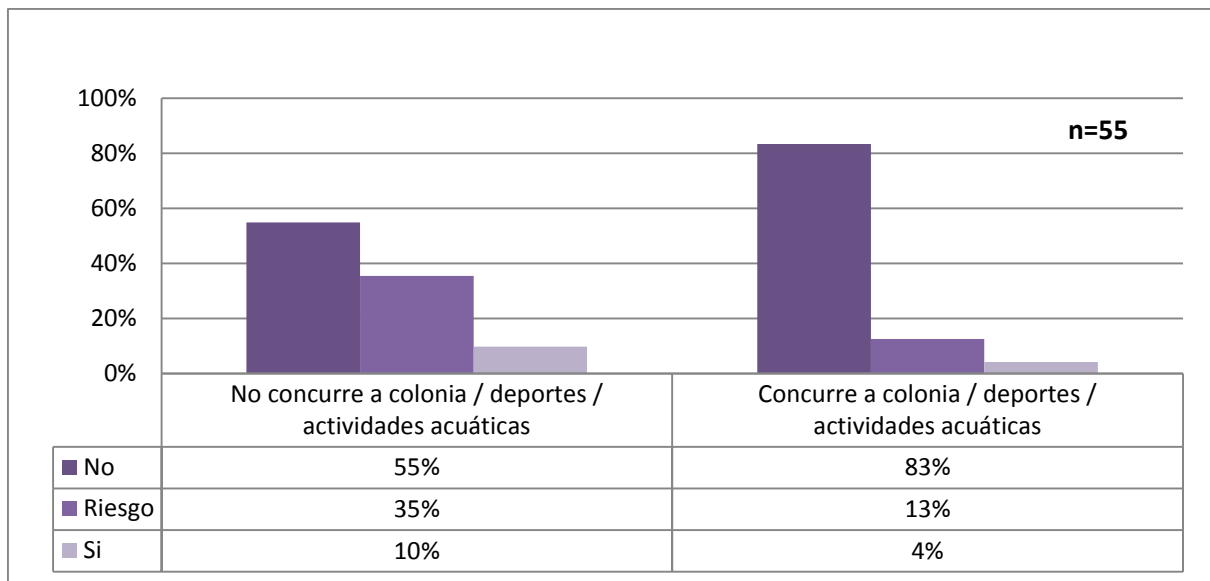


Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la relación de la de concurrencia o no a la Guardería/ Jardín Maternal tampoco se establecen diferencias entre los dos grupos según los resultados arrojados por PRUNAPE, siendo los porcentajes de casos positivos de un 50% de aquellos que asistieron a las instituciones y un 40% de los que no lo hicieron. El test de Chi-Cuadrado da un p-valor de 0,104 por lo que no se puede afirmar que las variables vinculadas presentan una relación entre sí. (Ver anexo N°6)

Se continúa con el análisis de los diferentes ambientes de estimulación en los que se encuentran los niños evaluados; en este caso las variables de concurrencia o no a instituciones recreativo-deportivas como lo son: colonia de vacaciones, actividades deportivas y/o actividades acuáticas. En un primer momento se exponen los datos derivados del test ASQ en el siguiente gráfico.

Gráfico N°25: Relación de las variables de concurrencia a colonia de vacaciones/actividades deportivas/actividades acuáticas con los resultados del ASQ.

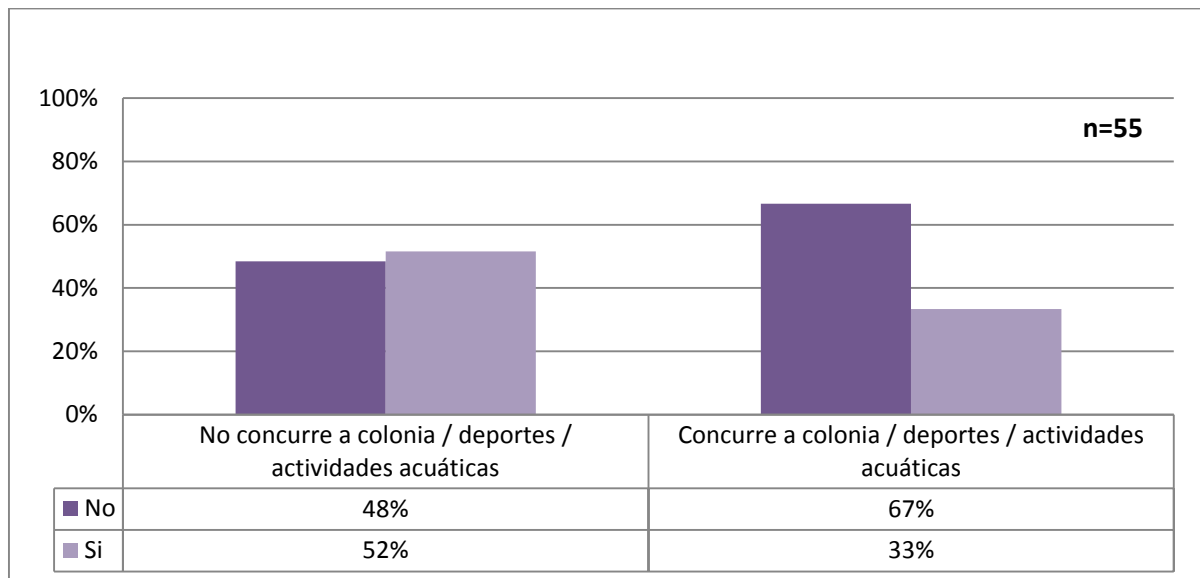


Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la concurrencia o no a las instituciones recreativo-deportivas de los niños evaluados los porcentajes alcanzados con el test ASQ son en aquellos alumnos que concurren a este tipo de instituciones de un 83% de casos negativos en relación a un 4% da positivo. En cuanto a aquellos alumnos que no concurren a las mencionadas instituciones son de un 55% de casos negativos en relación a un 10% positivo. Hay un importante porcentaje de niños en riesgo con un 35% de casos en los niños evaluados que no asisten a este tipo de actividades. En este caso no es posible aplicar el test de relación de las variables debido a la polarización de las mismas. (Ver anexo N°7)

En cuanto a la herramienta de evaluación psicomotriz PRUNAPE los resultados obtenidos con las variables recreativo-deportivas se exponen en el siguiente gráfico.

Gráfico N°26: Relación de las variables de concurrencia a colonia de vacaciones/actividades deportivas/actividades acuáticas con los resultados del PRUNAPE.

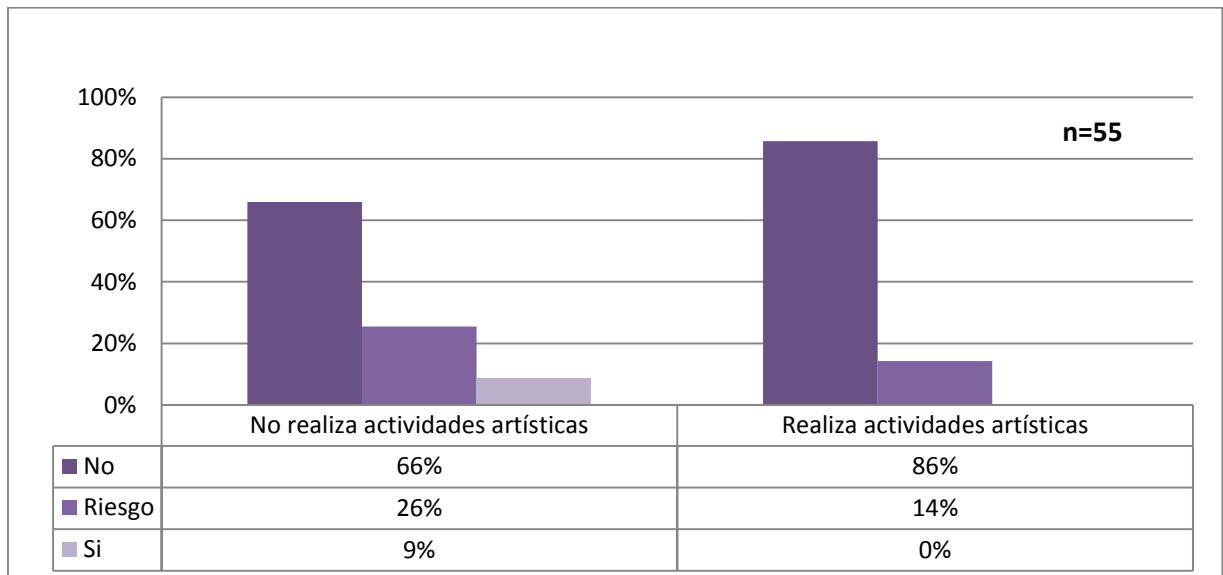


Fuente: Elaboración propia.

En relación a la concurrencia a las instituciones recreativo-deportivas los resultados que arroja el test PRUNAPE son en los alumnos que no concurren a este tipo de instituciones los porcentajes son de un 52% de casos positivos y un 67% de casos negativos de alumnos evaluados que si concurren a estas instituciones. Al aplicar el test de Chi-cuadrado entre las variables vinculadas no existe evidencia suficiente para establecer una relación entre las mismas ya que el p-valor obtenido es de 0,175. (Ver anexo N°8)

Por último, tenemos la variable de las actividades artísticas, donde los resultados obtenidos de acuerdo a la herramienta evaluativa ASQ se exponen en los siguientes gráficos.

Gráfico N°27: Relación de las variables de concurrencia actividades artísticas con los resultados de ASQ.

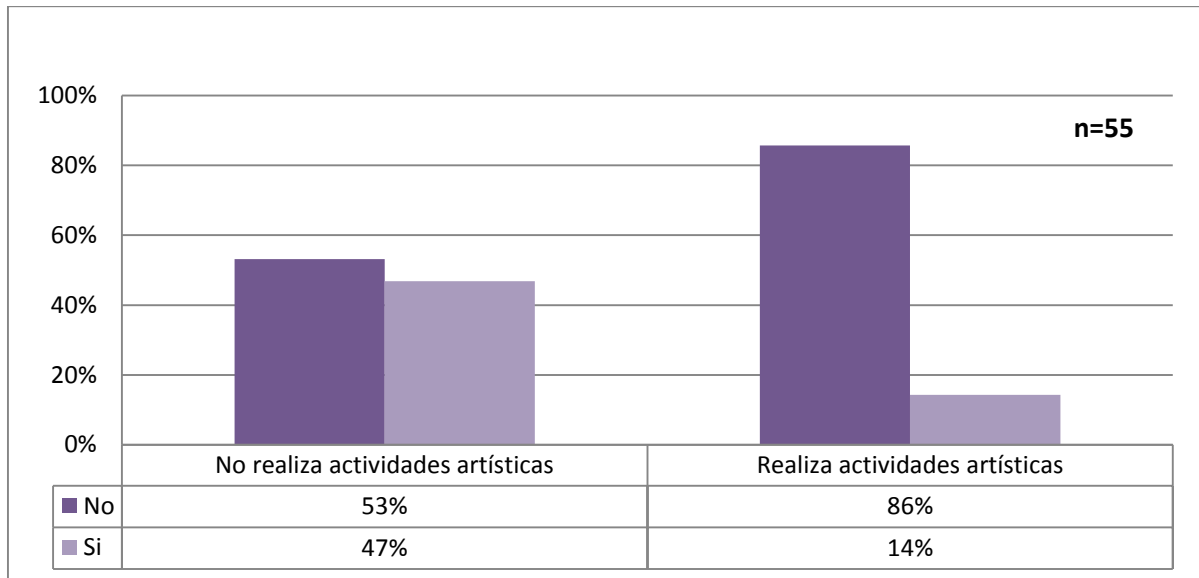


Fuente: Elaboración propia.

El gráfico superior muestra que de los niños que no realizan actividades artísticas únicamente un 9% da como resultado positivo al test y un 26% se encuentra en el grupo de riesgo. En cuanto a aquellos que si realizan actividades artísticas encuentra un 84% de casos negativo y ningún positivo. Al emplear el test de Chi-Cuadrado entre las variables vinculadas no se establece evidencia suficiente para relacionar las variables ya que el p-valor es de 0,532. (Ver anexo N°9)

En cuanto a las actividades artísticas y el test PRUNAPE los resultados alcanzados se muestran en el siguiente gráfico.

Gráfico N°28: Relación de las variables de concurrencia actividades artísticas con los resultados de PRUNAPE.



Fuente: Elaboración propia.

En relación a la práctica de actividades artísticas vinculadas con los resultados del test PRUNAPE el gráfico superior muestra que hay un 47% de casos positivos en los alumnos que participan de este tipo de actividades mientras que en el caso de los que si lo hacen únicamente se da un 14%. Al aplicar el test de Chi-Cuadrado entre las variables vinculadas no se puede establecer una relación entre las mismas dado que el p-valor obtenido es de 0,104. (Ver anexo N°10)

CONCLUSIONES



Finalizado el trabajo de campo de esta investigación, cuyo objetivo es comparar los resultados de un cuestionario auto-administrado para padres en la valoración del desarrollo psicomotriz con una escala de evaluación tradicional en niños sanos de 3 años al momento de ingreso al Sistema Educativo en el Nivel Inicial. Se valora la aplicabilidad del test ASQ en relación al PRUNAPE durante el ciclo lectivo 2015 en la ciudad de Mar del Plata. En base al análisis de datos de los resultados obtenidos se llega a las siguientes conclusiones.

Para iniciar con esta descripción es importante analizar los resultados que arrojaron cada uno de los test y su posterior comparación. Comenzando por el test ASQ, de la totalidad de la muestra hay un 67% de casos negativos, un 25% de casos de riesgo y tan solo un 7% de casos positivos de sospecha de retraso psicomotriz. Mientras que con el test PRUNAPE hay un 44% de casos positivos y 56% de casos negativos.

Presentados estos datos y al realizar la comparación de resultados vemos que de la totalidad de la muestra hay una coincidencia de diagnóstico de un 50%, con un 45% de casos negativos y un 5% de casos positivos. Restando un 25% donde no hubo coincidencia y otro 25% de duda que entra en la respuesta de Riesgo de ASQ, con un 9% negativo y un 16% positivo en PNP.

Para especificar este análisis se detalla los resultados dados por cada uno de los test en las diferentes áreas evaluativas. En el caso de ASQ los porcentajes más alto de casos positivos se da en el área de Motora Gruesa con un 13%, mientras que el más alto de riesgo con un 13% se da en el área de Resolución de Problemas. Por otro lado, los mayores porcentajes de negativos se dan en el área Personal-Social con un 96% y el área de Comunicación con un 95%.

En cuanto al test de PRUNAPE los porcentajes positivos más altos se dan en el área Personal- Social con un 29% siguiendo Comunicación con un 24%, mientras que los porcentajes más altos de negativos son en las áreas Motora Fina y Motora Gruesa, ambos con un 87%. Lo llamativo de esta comparación es que tanto en los casos positivos como los negativos de diagnóstico de retraso psicomotriz se dan en las áreas opuestas en cada uno de los test, en ASQ el mayor porcentaje de retraso se detecta en el área de Motora Gruesa que es el área que en PNP se da el mayor porcentaje de negativos, lo mismo sucede con el mayor porcentaje de positivos de PNP que se dan en las áreas Personal-Social y Comunicación que coinciden con las dos áreas donde hay mayor porcentajes de negativos en el test ASQ.

Siguiendo con este análisis, se detalla que porcentajes de coincidencia hay en cada una de las áreas evaluadas en los test. Es importante aclarar que los resultados de riesgo en ASQ se tomaron como negativos para PRUNAPE y que el área de Resolución de Problemas de ASQ queda afuera de la comparación por no encontrarse esa área en el

segundo test. El porcentaje más alto de coincidencia es en el área Motora Fina con un 84% y la menor es la Personal-Social, mientras que en las áreas Motora Gruesa y Comunicación hay un 78% de coincidencia.

Se describe a continuación los resultados de las áreas comparativamente. En el área de mayor coincidencia, la Motricidad Fina, la coincidencia es de un 80% de casos negativos y un 2% de positivos más un 2% de riesgo. Mientras que hay una no coincidencia de un 11% de casos positivos de PNP no detectados por el ASQ y un 5% de casos positivos de ASQ que son negativos en el segundo test.

En el área de Comunicación la coincidencia es de un 75% en casos negativos y un 2% de positivos mientras que hay un 22% de casos positivos de retraso psicomotriz detectados por PNP que no lo hizo así el test ASQ. En cuanto al área de Motricidad Gruesa la coincidencia es de un 73% de casos negativos y un 2% de positivos más un 4% de casos de riesgo, tomados como negativos por PNP; pero la diferencia la encontramos con un 22% donde un 11% se detecta positivo en ASQ y negativo en PNP y otro 11% en la condición inversa, negativo en ASQ y positivo en PNP. Por último en el área Personal-Social la coincidencia es de un 69% de casos negativos y un 2% de positivos frente a un 27% de casos positivos detectados por PNP que no fueron así en ASQ.

Analizando los diferentes contextos en los que los niños evaluados interactúan y se relacionan con los resultados de las herramientas de valoración psicomotriz se encuentra que en el contexto socio-económico de los grupos familiares se observa como la principal fuente de ingreso con un 55% el Sueldo Mensual y le sigue con un 38% el ingreso por Ganancias/Honorarios. Respecto al nivel de formación académica los mayores porcentajes de formación Universitario Completo se da en las madres con un 35% respecto a un 29% de los padres y los porcentajes más elevados que le siguen directamente son en Secundario Completo con un 42% para los padres y un 22% para las madres.

Considerando relevante al tipo de vivienda en donde los niños de la muestra pueden encontrar diversos factores inspiradores para sus posibilidades desarrollo psicomotriz, se encuentra que el mayor porcentaje con un 38 % vive en departamento

Dentro de las características contextuales a nivel familiar/personal, la totalidad de la misma cuenta en su grupo de convivencia con la presencia de la madre mientras que únicamente el 7% no lo hace con el padre, considerando a este un porcentaje bastante bajo en relación a las realidades familiares de nuestra sociedad de hoy. Por otro lado, pensando la presencia de hermanos o un tercer familiar como un factor de estimulación psicomotriz se observa en los resultados dados que un 64% tienen hermanos y un 33% convive con un tercer familiar como tío/a o abuelo/a. Según el test ASQ de los niños evaluados que tienen un diagnóstico positivo, un 9% tiene hermano mientras que un 5% no los tiene,

contrariamente a lo que se hubiera esperado, pero en los casos de riesgo un 20% tiene hermanos mientras que hay mayor porcentaje en el caso que no los tiene con un 35%. Por otro lado, el test PRUNAPE dio resultados más parejos con un 50% de casos positivos en los niños evaluados sin hermanos con respecto a un 40% de los que si los tienen.

Dentro de los antecedentes más relevantes se considera el nacimiento prematuro, que se da en un 13% de la muestra. Esta condición muchas veces es relaciona con posibles desfasajes que se sufren en los primeros meses de vida y la posibilidad de que si no se recibe la estimulación suficiente se acarree este desfasaje a lo largo del desarrollo psicomotriz. Al relacionar esta variable con las herramientas utilizadas, para PRUNAPE se da un 71% de casos positivos de retraso psicomotriz en aquellos niños que tuvieron un nacimiento pre-termino; mientras que con el test ASQ no se detecta ningún caso positivo en los niños que presentan esta condiciones pero si un alto porcentaje de casos de Riesgo con un 57%.

El contexto socio-recreativo-deportivo se considera un ambiente potenciador para el desarrollo psicomotor de los niños ya que ofrece un amplio y variado abanico de experiencias motrices que enriquecen sus posibilidades de desarrollo. El porcentaje más alto de asistencia se da con un 55% en el Jardín Maternal y con un 25% en Guardería. Esto consecuencia de la realidad laboral familiar, donde tanto el padre como la madre trabajan por lo que surge la necesidad de llevar a los niños a este tipo de instituciones desde muy temprana edad. Al analizar los resultados dados de este grupo se observa que según ASQ se encuentra un 10% de casos positivos y un 35% de riesgo en la muestra que asistió a estas instituciones en relación a un 6% positivo con un 20% de riesgo en los que no lo hicieron. En cuanto al PNP los porcentajes son de un 50% en los casos positivos en el grupo que asistieron con respecto a un 40% que no lo hicieron. De acuerdo a esto, se observa una mayor cantidad de casos positivos en aquellos niños de la muestra que si asistieron a estas instituciones, contrariamente a lo que se supone como un ambiente potenciador esta institucionalización temprana y debido a las características institucionales se genera algún factor limitador de su desarrollo.

El segundo porcentaje más alto de concurrencia es con un 31% a las Actividades Acuáticas, sumándose a este grupo de actividades la Colonia de Vacaciones con un 20% y un 5% que realiza actividades Deportivas. Dentro de los niños evaluados que han asistido a este tipo de actividades se encuentra un 4% de casos positivos y un 13% en riesgo según el test ASQ y un 33% de casos positivos según el PNP. Estos porcentajes se ven incrementados en el grupo de niños que no han asistido a este tipo de actividades con un 10% de casos positivos y un 35% en riesgo según el este ASQ y un 52% según PNP. En este grupo de actividades se observa según los resultados dados por los test que la

realización de este tipo de actividades potencian el nivel de desarrollo psicomotriz de los niños que participan de las mismas por la diversificación y cantidad de bagaje psicomotor que vivencia el niño.

Por último, se encuentran las Actividades Artísticas que tiene una concurrencia de un 15%. De acuerdo al test PNP se da un 47% de casos positivos en aquellos niños que no realizan este tipo de actividades en relación a un 14% de los que si las practican. Y en el caso del test ASQ, se da un 14% de casos en riesgo y ningún positivo en aquellos niños que si concurren a estas actividades frente a un 26% de casos de riesgo y un 9% positivos en el grupo que no lo hace. En estas actividades se observa según los resultados de los test que al igual que las actividades deportivas-recreativas potencian el nivel de desarrollo psicomotriz de los niños arrojando menores porcentajes de retraso psicomotriz en los grupos que si realizan estas actividades.

Concluyendo con todo el análisis el test ASQ frente a PRUNAPE detecta un 7% de casos positivos de retraso frente a un 44% con el segundo test, quedando un 25% en casos de riesgo donde el 16% de estos da positivo en PNP. En cuanto a los porcentajes de coincidencia en general es de un 50% pero los porcentajes de coincidencia especificados por área dan todos entre el 71% y 84%. Ante lo que se expone previamente vemos que el test ASQ presenta una mediana coincidencia de resultados con la herramienta de valoración psicomotriz de PRUNAPE presentando características de ser una prueba razonable para la valoración del desarrollo. Por otro lado, siguiendo con la idea de que la escuela es un espacio óptimo para la intervención kinésica y reconociendo la practicidad y rapidez de aplicación afirmamos que es factible su utilización e implementación como herramienta evaluativa válida al ingreso del sistema educativo en el Nivel Inicial. Lo que si se considera importante repensar los casos de riesgo como “posibles positivos” ya que dados los resultados en relación a PRUNAPE se podría disminuir la posibilidad de que se pase por alto algún posible caso positivo si detectado con un segundo test más específico o con una simple derivación.

BIBLIOGRAFÍA



- Ajuriaguerra, J. (2004). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Editorial MASSON.
- Alcántara, E. A. (s.f.). *La Psicomotricidad y el Desarrollo Neuropsíquico Infantil*. Disponible en http://www.geocities.ws/enrialv/MIS_DOCUMENTOS/Desarrollo_Neuropsiquico.pdf
- Arnaiz, P. (1994). *Deficiencias visuales y psicomotricidad: teoría y práctica*. Madrid: ONCE. Departamento de Servicios Sociales para Afiliados. Disponible en http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/agonzale/TrdBib/Vis.htm
- Arteaga, P., V. Dölz, E. Droguett, P. Molina, G. Yentzen. 2001. *Evaluación del Desarrollo Psicomotor en Lactantes y preescolares*. Los Andes, Chile 1999. Rev. Chile. Salud Pública, 5(1): 19-23. – ISSN 0719-5281 Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina. Universidad de Chile Sitio web desarrollado por SISIB. Universidad de Chile adaptación de Open Journal Systems
- Artigas-Pallarés, J. (2007). Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. *Revista Neurol*, S31-S34. Disponible en <http://www.clinei.uy/atencionprecozenneurodesarrollo.pdf>.
- Berruezo, P. P. (1995). El cuerpo, el desarrollo y la psicomotricidad. *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*, 15-26. Disponible en dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/118056.pdf
- Berruezo, P. (2000). Hacia un marco conceptual de la psicomotricidad a partir del desarrollo de su practica en europa y en españa. *Revista Interuniversitaria de Formacion del Profesorado*, 21-33. Disponible en dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/118056.pdf
- Berruezo, P. P. (2006). Pasado, presente y futuro de la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Tecnicas Corporales.*, 25-36. Disponible en dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/115234.pdf
- Berruezo, P. P. (2008). El contenido de la Psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico. *Revista Interuniversitaria de Formacion del Profesorado*. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/87283847/El-contenido-de-la-Psicomotricidad-Reflexiones-para-la-delimitacion-de-su-ambito>
- Bielsa, M., & Buenaventura, A. (1996). *La Reeducción Psicomotriz*. Disponible en http://www.centrelondres94.com/files/Reeducacion_psicomotriz.pdf

- Doussoulin, S. (2003). Influencia del nivel socioeconómico y la estimulación ambiental en el desarrollo psicomotor en preescolares. *Kinesiología*, 15-17. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=390334&indexSearch=ID>
- Espejo Vergara, L., & Salas Pérez, J. (2004). *Correlación entre el Desarrollo Psicomotor y el Rendimiento Escolar, en niños de primer año de Educación Básica, pertenecientes a establecimientos municipales de dos comunas urbanas de la Región Metropolitana*. Chile: Tesis-Universidad de Chile-Facultad de Medicina-Escuela de Kinesiología.
- Figueras, A. C., Neves de Souza, I. C., Ríos, V. G., Benguigu, & Yehuda., i. (2007). *Manual para la vigilancia del Desarrollo Infantil en el contexto de AIEPI*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Freud, S. (1982). *Análisis terminable e interminable. Obras completas*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.
- Gesell. (1996-2002). *Diagnóstico de desarrollo normal y anormal del niño*. Buenos Aires: Paidós.
- Herrero Jimenez, A. (2000). Intervención Psicomotriz en el primer ciclo de Educación Infantil: Estimulación de situaciones sensoriomotoras. *Revista Ineruniversitaria de Formación del Profesorado*, 87-102. Disponible en http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1223462770.pdf.
- Lejarraga.H; Kelmansky.D; Pascucci. M; Salamanca. G. (2013. 2da Edición.). *Prueba Nacional de Pesquisa- PRUNAPE*. Buenos Aires: Fundación Hospital Garrahan.
- Muniain, J. L. (1997). Noción/definición de Psicomotricidad. *Psicomotricidad, Revista de Estudios y Experiencias*, 53-86. <http://www.unizar.es/psicomotricidad/blog/wp-content/uploads/2010/10/34-revista-iberoamericana-de-psicomotricidad.pdf>.
- Nuñez, G., & Vidal, F. (1994). *Juego y psicomotricidad*. Madrid. CEPE.
- Núñez, G, J. A., & Berruezo, P. P. (1994). *Psicomotricidad y educación infantil*. Madrid.CEPE.
- Piaget, J. (1973). *Introduction à l'épistémologie génétique (Vol. 1)*. París.Presses Universitaires de France.

- Romo Pardo, B., Liendo Vallejos, S., Vargas López, G., & Rizzol, A. (2012). Pruebas de tamizaje de neurodesarrollo global para niños menores de 5 años de edad validadas en Estados Unidos y Latinoamérica: revisión sistemática y análisis comparativo. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. Disponible en <http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/EDI/ManualparaEvaluacionaMenoresde5conRiesgodeRetrasoenelDesarrollo.pdf>.
- Rondal, J. y. (1986). *Introducción a la psicología del niño*. Editorial Herder.
- Salamanco, G., D'Anna, C., & Lejarraga, H. (2004). Tiempo requerido para la administración de una prueba de pesquisa de trastornos del desarrollo psicomotor infantil. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102-165. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000300003
- Sanchez, P., & Martinez, M. J. (2000). Guía para la Observación de los parámetros psicomotrices. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 63-85. Disponible en http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1223462686.pdf.
- Sassano, M. (2008). La escuela: un nuevo escenario para la psicomotricidad. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 79-106. Disponible en http://aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1217157712.pdf.
- Schapira, I. T. (2007). Comentarios y Aportes sobre de Desarrollo e Inteligencia Sensorio-Motriz en Lactantes. Análisis de herramientas de evaluación de uso frecuente. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Argentina*, 21-27. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/912/91226104.pdf>
- Schonhaut, L., & Armijo, I. (2014). Aplicabilidad del Ages Stages Questionnaires para el tamizaje del desarrollo psicomotor. *Revista Chilena de Pediatría*, 12-21. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v85n1/art02.pdf>.
- Schonhaut, L., Álvarez, J., & Salinas, P. (2008). El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor. *Revista Chilena de Pediatría*, 26-31. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79s1/art05.pdf>.
- Schonhaut, L., Armijo, I., Millán, T., Herreros, J., Hernandez, K., Salgado, A., & Cordero, M. (2010). Comparación de la evaluación tradicional del desarrollo psicomotor versus una prueba autoadministrada. *Revista Chilena de Pediatría*, 498-505. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062010000600003&script=sci_arttext

- Schonhaut, L., Salinas, P., Armijo, I. M., Alvarez, J., & Manríquez, M. (2009). Validación de un Cuestionario Autoadministrado para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor. *Revista Chilena de Pediatría*, 513-519. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000600003
- Squires; Bricker. (2009). *Ages and Stages Questionnaires*. Brookes Publishing.
- Vayer, L. P. (1984). *Educación Psicomotriz y Retraso Mental*. Barcelona (España): Científico-Médica.
- Vericat A. y Orden, A. (2010). Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. *Revista Chilena de Pediatría*, 391-401. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000500002
- Wallon, H. (1942). *El juego en la evolución psicológica del niño*. Buenos Aires: Psique.

Imagen de portada recuperada y editada de [www. http://escuela-garabatos.com/](http://escuela-garabatos.com/), solo con fines académicos.

ANEXOS



De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Usted para informarle que mi nombre es Quevedo Andrea; DNI 29909914. Me encuentro cursando el último año de la Carrera de Licenciatura en Kinesiología, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad FASTA y estoy realizando mi trabajo de investigación Herramientas de Evaluación del Desarrollo Psicomotriz en el Sistema Educativo, que tiene como objetivo general Comparar la validez de un cuestionario autoadministrado para padres en la valoración del desarrollo psicomotriz con la de una escala de evaluación tradicional en niños sanos entre 3 y 4 años de edad en el momento de ingreso al Sistema Educativo en el Nivel Inicial en el Ciclo Lectivo 2015 en la Ciudad de Mar del Plata.

Por tal motivo, el Jardín de Infantes me permitió el ingreso a la institución con el fin de encuestar y recabar los datos necesarios para la elaboración de mi tesis de grado. El mismo consiste en dos partes, por un lado un cuestionario que responderán los padres/tutores responsables del infante y por otro la aplicación de un test (10 pruebas) que se realizara en la sala con la presencia de la maestra a cargo. Es importante que sepan que todos los datos recabados en la Institución, serán estrictamente confidenciales y se utilizarán únicamente para el trabajo de tesis.

Sin otro particular y esperando una respuesta favorable, la saludo con mi consideración más distinguida y quedo a sus gratas órdenes.

Autorizo a mi hijo/a.....DNI.....que concurre al Jardín de Infantes a ser parte de la muestra en el trabajo de investigación Herramientas de Evaluación del Desarrollo Psicomotriz en el Sistema Educativo para la Carrera de Licenciatura en Kinesiología, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad FASTA.

Firma

UNIVERSIDAD FASTA TRABAJO DE INVESTIGACION-LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA								
DATOS PERSONALES								
ENCUESTA N°			FECHA					
SEXO			EDAD					
FECHA DE NACIMIENTO			PREMATUREZ		SI	NO		
			EDAD GESTACIONAL					
ANTECEDENTES (Detalles acontecimientos tales como enfermedades, intervenciones quirúrgicas, etc. que considere relevantes)								
CONTEXTO FAMILIAR/PERSONAL (Marque lo que corresponda)								
GRUPO FAMILIAR DE CONVIVENCIA	PADRE	SI	NO	HERMANOS	CUANTOS			
	MADRE	SI	NO		EADAES			
	ABUELO/A	SI	NO	OTROS				
FUENTE DE INGRESO DEL JEFE DE FAMILIA	RENTAS			SUELDO MENSUAL/RELACION DE DEPENDENCIA				
	GANANCIAS- HONORARIOS/ RELACION DE INDEPENDENCIA			SUELDO SEMANAL/RELACION DE DEPENDENCIA				
NIVEL DE INSTRUCCION DE LOS PADRES (COMPLETAR CON M Y P)	UNIVERSITARIO COMPLETO			SECUNDARIO COMPLETO				
	UNIVERSITARIO INCOMPLETO			SECUNDARIO INCOMPLETO				
	TERCIARIO COMPLETO			PRIMARIO COMPLETO				
	TERCIARIO INCOMPLETO			PRIMARIO INCOMPLETO				
VIVIENDA	DEPARTAMENTO			PROPIA				
	PH			CREDITO HIPOTECARIO				
	CASA SIN PARQUE/PATIO			ALQUILADA				
	CASA SIN PARQUE/PATIO			PRESTADA				
	CANTIDAD DE AMBIENTES			1	2	3	4	MAS
	CONDICIONES			OPTIMA CON LUJO				
				OPTIMA SIN LUJO				
BUENAS CONDICIONES								
ALGUNAS DEFICIENCIAS SANITARIAS								
CONCIONES INADECUADAS								
CONTEXTO SOCIAL/RECREATIVO-DEPORTIVO (Asiste o asistió a alguna de las siguientes instituciones)								
INSTITUCION				NO	SI	EDAD INICIO	EDAD FINAL	FRECUENCIA SEMANAL
GURDARÍA								
JARDIN MATERNAL								
COLONIA DE VACACIONES								
CLUB DEPORTIVO (FUTBOL, HOCKEY, GIMNASIA DEPORTIVA,ETC)								
ACTIVIDADES ACUATICAS/NATAACION								
ACTIVIDADES ARTISTICAS (DANZA, TEATRO, DUBUJO, MUSICA, ETC.)								

ENCUESTA N°

HERAMIENTAS DE PESQUISA AREAS EVALUADAS	TEST 1					TEST 2				
	ITEMS EVALUADOS	RESPUESTA ESPERADA	RESPUESTA OBTENIDA	SOSPECHA DE RMI	DESCCRIPCION DE ITEMS NO ALCANZADOS	ITEMS EVALUADOS	RESPUESTAS PASADAS	RESPUESTAS FALLADAS	SOSPECHA DE RMI	DESCCRIPCION DE ITEMS NO ALCANZADOS
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE										
MOTRICIDAD GRUESA										
MOTRICIDAD FINA										
PERSONAL SOCIAL										
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS										

OBSERVACION:

.....

.....

.....

.....

Anexo N°1

Tabla de contingencia Prematuro/ ASQ

Nacimiento/ ASQ	NO	EN RIESGO	SI
A termino	71%	21%	8%
Prematuro	43%	57%	0%

Anexo N°2

Tabla de contingencia Prematuro/ PRUNAPE

Nacimiento/ PRUNAPE	NO	SI
A termino	60%	40%
Prematuro	29%	71%

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Prematuro / PRUNAPE):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	2,519
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	3,841
GDL	1
p-valor	0,112
alfa	0,05

Anexo N°3

Tabla de contingencia Hermanos/ ASQ

Hermanos / ASQ	NO	EN RIESGO	SI
Sin hermanos	60%	35%	5%
Con hermanos	71%	20%	9%

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Hermanos / ASQ):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	1,595
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	5,991
GDL	2
p-valor	0,450
alfa	0,05

Anexo N°4

Tabla de contingencia Hermanos/ PRUNAPE

Hermanos / PRUNAPE	NO	SI
Sin hermanos	50%	50%
Con hermanos	60%	40%

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Hermanos / PRUNAPE):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	0,517
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	3,841
GDL	1
p-valor	0,472
alfa	0,05

Anexo N°5

Tabla de contingencia Guardería/Jardín Maternal/ ASQ

Guardería/Jardín / ASQ	NO	EN RIESGO	SI
Fue	55%	35%	10%
No fue	74%	20%	6%

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Guardería/Jardín maternal / ASQ):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	2,150
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	5,991
GDL	2
p-valor	0,341
alfa	0,05

Anexo N°6

Tabla de contingencia Guardería/Jardín Maternal/ PRUNAPE

Guardería/Jardín / PRUNAPE	NO	SI
Fue	50%	50%
No fue	60%	40%

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Guardería/Jardín maternal / PRUNAPE):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	0,517
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	3,841
GDL	1
p-valor	0,472
alfa	0,05

Anexo N°7

Tabla de contingencia Colonia/ Act. Deportivas/ Act. Acuáticas/ ASQ

Colonia/ Deporte/ Acuáticas / ASQ	NO	EN RIESGO	SI
Concurre	55%	35%	10%
No concurre	83%	13%	4%

Anexo N°8

Tabla de contingencia Colonia/ Act. Deportivas/ Act. Acuáticas/ PRUNAPE

Colonia/ Deporte/ Acuáticas / PRUNAPE	NO	SI
Concurre	48%	52%
No concurre	67%	33%

Prueba de independencia entre las filas y columnas (colonia/deporte/acuáticas / PRUNAPE):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	1,838
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	3,841
GDL	1
p-valor	0,175
alfa	0,05

Anexo N°9

Tabla de contingencia Actividades Artísticas/ ASQ

Act. Artísticas / ASQ	NO	EN RIESGO	SI
Concurre	86%	14%	0%
No concurre	66%	26%	9%

Prueba de independencia entre las filas y columnas (actividades artísticas / ASQ):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	1,263
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	5,991
GDL	2
p-valor	0,532
alfa	0,05

Anexo N°10

Tabla de contingencia Actividades Artísticas/ PRUNAPE

Act. Artísticas / PRUNAPE	NO	SI
Concurre	86%	14%
No concurre	53%	47%

Prueba de independencia entre las filas y columnas (actividades artísticas / PRUNAPE):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	2,636
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	3,841
GDL	1
p-valor	0,104
alfa	0,05



Cuestionario Autoadministrado versus Escala de Evaluación Tradicional en la valoración del Desarrollo Psicomotor en el Nivel Inicial

TEMA
Herramientas de Evaluación del
Desarrollo Psicomotriz en
el Sistema Educativo

Tesis de Licenciatura
Andrea Quevedo

ÁREA
Kinefilaxia-Psicomotricidad

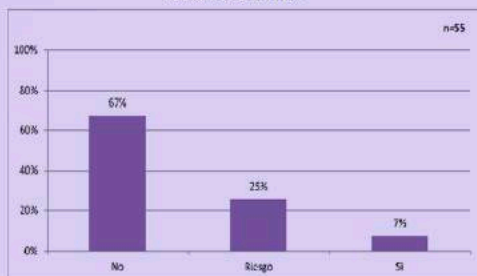
La valoración psicomotriz es muy relevante en los primeros años de vida para el desarrollo integral de la persona. Complementando el seguimiento del desarrollo surge la escuela como un espacio útil para despejar esta problemática evaluativa. Por lo que es importante contar con herramientas evaluativas de fácil aplicación, como los cuestionarios auto-administrados que en los últimos años han adquirido gran relevancia.

OBJETIVO: Comparar los resultados de un cuestionario auto-administrado por los padres en la valoración del desarrollo psicomotriz con los de una escala de evaluación tradicional en niños sanos de 3 años de edad en el momento de ingreso en el Nivel Inicial.

MATERIAL Y METODO: Es una investigación descriptiva no experimental trasversal. La muestra es de 55 niños sanos de 3 años que ingresan al Nivel Inicial. El trabajo consta en la aplicación de una encuesta con datos socio-contextuales más las herramientas de valoración psicomotriz; el ASQ, un cuestionario auto-administrado para padres y la Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos del Desarrollo, PRUNAPE.

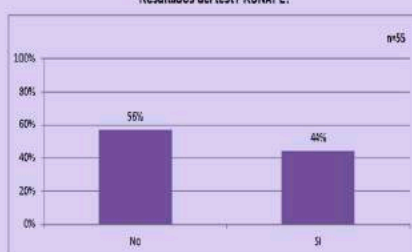
RESULTADOS: El ASQ detectó un 67% de casos negativos, un 25% de Riesgo y un 7% de positivos, mientras que PRUNAPE detectó un 44% de positivos y un 56% de negativos. La coincidencia es de 50% de diagnóstico, 45% negativos y 5% positivos. En ASQ el porcentaje más alto de positivos es en el área Motora Gruesa con un 13% y en PRUNAPE el área Personal- Social con un 29%. La coincidencia más alta se dio en el área Motora Fina con un 84% y la menor con un 71% en el área Personal- Social.

Resultados del test ASQ.



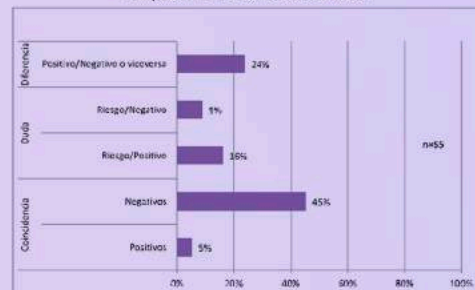
Fuente: Elaboración propia.

Resultados del test PRUNAPE.



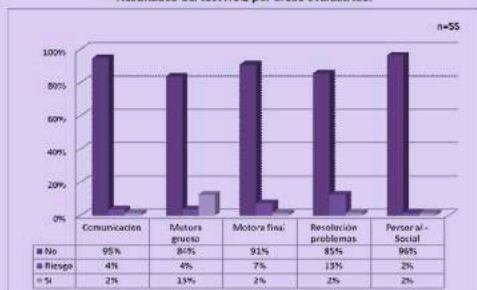
Fuente: Elaboración propia.

Comparación de resultados ASQ- PRUNAPE.



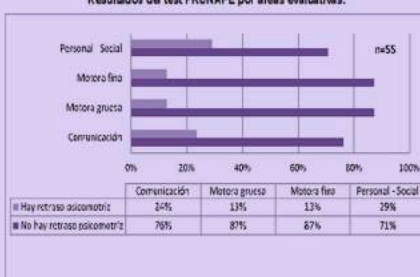
Fuente: Elaboración propia.

Resultados del test ASQ por áreas evaluativas.



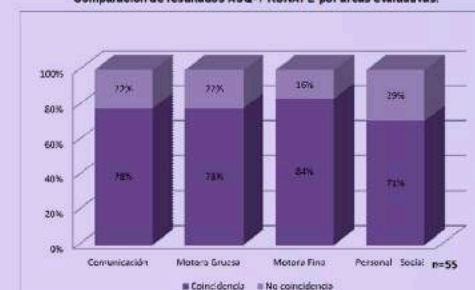
Fuente: Elaboración propia.

Resultados del test PRUNAPE por áreas evaluativas.



Fuente: Elaboración propia.

Comparación de resultados ASQ- PRUNAPE por áreas evaluativas.



Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSION: Concluimos que el test ASQ presenta una mediana coincidencia de resultados con la herramienta de valoración psicomotriz PRUNAPE presentando características de ser una prueba razonable para la valoración del desarrollo. Pensando la escuela como espacio óptimo para la intervención kinésica y reconociendo la practicidad y rapidez de aplicación afirmamos que es factible su utilización como herramienta evaluativa al ingreso del sistema educativo.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR¹

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que, sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre: Quevedo, Andrea

Tipo y Nº de Documento: DNI 29.909.914

Teléfono/s: 223-4548684

E-mail: anyqueve@hotmail.com

Título obtenido: Licenciada en Kinesiología

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Cuestionario Autoadministrado versus Escala de Evaluación Tradicional en la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Nivel Inicial

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

Firma del Autor Lugar y Fecha

¹ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

Tesis de Licenciatura
Andrea Quevedo

