



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA  
MÉDICA**

**AREA DE TERAPIA FISICA Y REHABILITACION**

**“PERFIL PSICOMOTOR EN NIÑOS CON SECUELA DE  
QUEMADURAS ATENDIDOS EN SERVICIO DE  
REHABILITACION FISICA Y QUEMADOS DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO-2016 ”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO TECNÓLOGO  
MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA FISICA Y  
REHABILITACION.**

**MARILYN TAKACS TELLO**

**ASESOR: LIC.TEC.MED: HUMBERTO MORALEZ GOZAR**

**Lima. Perú**

**2016**

# HOJA DE APROBACIÓN

TAKACS TELLO, MARILYN

**“PERFIL PSICOMOTOR EN NIÑOS CON SECUELA DE  
QUEMADURAS ATENDIDOS EN SERVICIO DE  
REHABILITACION FISICA Y QUEMADOS DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO-2016 ”.**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de  
Licenciado en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y  
Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas.

---

---

---

LIMA – PERÚ

2016

### **DEDICATORIA:**

Dedico esta tesis a mi querido esposo Cesar, a mis 2 hijas Romina, Valentina por ser mi apoyo incondicional, a mi bebe en camino y a mis dos mamás que siempre serán mi motivo de seguir adelante, a mis suegros María y Cesar por el cariño y constante apoyo a mi pequeña familia.

#### **AGRADECIMIENTO:**

Mi primer agradecimiento es a Dios por darme la oportunidad de seguir, la presente Tesis fue realizada gracias al apoyo incondicional de la Lic. Carol Gorriti Rey, una gran maestra, a los profesionales que día a día realizan la loable labor en la rehabilitación de los niños quemados y a los padres e hijos que participaron en el estudio.

**Epigrafe:**

La infancia se mide por los  
sonidos, olores y vistas, antes  
de las horas oscuras en que la  
razón crece.-John Betjeman.

## RESUMEN

Conocer la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Se realizó un estudio descriptivo, tipo transversal, en pacientes con secuelas de quemaduras de 2 a 5 años, que acudieron al Servicio de Rehabilitación Física y Quemados cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, los datos fueron recabados en una ficha de recolección de Datos de elaboración propia y un Instrumento Test de evaluación psicomotora "(Anexo N° 1).

La población evaluada fueron 60 niños con secuela de quemaduras, a través del test de Tepsi, que permitió medir el perfil psicomotor de los mismos.

Los resultados muestran que el área de motricidad fue la más afectada con un 37% de retraso y un 15% en riesgo seguida de un 22% de la población con retraso en el área de coordinación y un 10 % en el área de lenguaje, con respecto al tiempo de evolución la muestra más representativa es de 3 a 6 meses de evolución con un 19 % en retraso en el perfil de desarrollo psicomotor, seguida de un 8% de la población que está en riesgo y un 29% en estado normal, según el área corporal quemado más representativa fue el área de las piernas con un 11 % en riesgo en su perfil psicomotor, y un 10% de la población que se encuentra con un retraso en el perfil psicomotor, seguida del área de los brazos con un 10% en riesgo y un 8% con retraso en su perfil psicomotor. Con respecto al grado de quemadura se encontró que 33% de la población con tercer grado de quemadura esta con retraso en su perfil psicomotor, seguida de un 27% en riesgo y el 28% de la población en condiciones normales.

Según la edad se encontró que el 13% de la población esta con retraso y riesgo en el perfil psicomotor en la edad de 3 años, seguida la edad de 4 años con 8% en riesgo y 5% de retraso en su perfil de desarrollo psicomotor. Predominado la edad entre 3 a 4 años en riesgo, se encontró que el sexo más representativo fue el femenino con 20% en riesgo en su perfil psicomotor y el 10% con retraso, también se encontró que el sexo masculino predominaba con un 17% con un retraso en el perfil de desarrollo psicomotor, según nivel socioeconómico se encontró que nivel C está en riesgo con un 23% y el 18% de la población infantil con retraso, seguido del nivel D con un 10% en riesgo y un 7% en retraso en su perfil psicomotor respectivamente correspondiente a la población estudiada.

**PALABRAS CLAVES:** Quemaduras, Perfil motor, retrasos, riesgo.

## **SUMMARY:**

To know the frequency of the psychomotor profile in children with burn sequela attended at the Physical Rehabilitation and Burns Service of the National Institute of Child Health.

A descriptive cross-sectional study was carried out in patients with burn injuries from 2 to 5 years of age who came to the Physical Rehabilitation and Burns Service in compliance with the inclusion and exclusion criteria. Data were collected in a data collection form Of own elaboration and a Instrument Psychomotor evaluation test for children from 2 to 5 years old "Tepsi".

The population evaluated was 60 children with burn sequelae, through the Tepsi test, which allowed to measure the psychomotor profile of the same ones.

The results show that the motor area was the most affected with a 37% delay and a 15% risk followed by 22% of the population with delay in the area of coordination and 10% in the area of language, with In relation to the time of evolution, the most representative sample is 3 to 6 months of evolution, with a 19% delay in the psychomotor development profile, followed by 8% of the population at risk and 29% in the normal state, According to the most representative burned body area, the area of the legs was 11% at risk in their psychomotor profile, and 10% of the population found a delay in the psychomotor profile, followed by the area of the arms with a 10% at risk and 8% with delayed psychomotor profile. Regarding the degree of burn, it was found that 33% of the population with third degree of burn is delayed in their

psychomotor profile, followed by 27% at risk and 28% of the population under normal conditions.

According to age it was found that 13% of the population is retarded and at risk in the psychomotor profile at the age of 3 years, followed by the age of 4 years with 8% at risk and 5% of delay in their psychomotor development profile .Predominant age between 3 and 4 years at risk, it was found that the most representative sex was female with 20% at risk in their psychomotor profile and 10% with delay, it was also found that the male sex predominated with 17% with A delay in the profile of psychomotor development, according to socioeconomic level C level was found to be at risk with 23% and 18% of the children with delay, followed by level D with 10% at risk and 7% at Delay in their psychomotor profile respectively corresponding to the studied population.

KEY WORDS: Burns, motor profile, delays, risk.

## INDICE

RESUMEN .....	6
SUMMARY:.....	8
INDICE.....	10
LISTA DE TABLAS: .....	12
LISTA DE GRAFICOS .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
LISTA DE FIGURAS: .....	13
CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACION .....	16
1.1. Planteamiento del Problema: .....	16
1.2. Formulación del problema .....	19
1.2.1. Problema General .....	19
1.2.2. Problemas Específicos .....	19
1.2.3. Objetivos .....	20
1.2.4. Objetivo General .....	20
1.2.5. Objetivos Específicos .....	20
1.3. Justificación:.....	21
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	24
2.1. BASES TEORICAS:.....	24
2.1.1. Definición de Quemaduras:.....	24
2.1.2. CLASIFICACION DE LAS QUEMADURAS: .....	25
2.1.3. PERFIL MOTOR DEL NIÑO.....	27
2.2. Antecedentes .....	35
2.2.1. Antecedentes Internacionales .....	35
2.2.2. Antecedentes Nacionales.....	38
CAPITULO III. METODOLOGÍA.....	40
3.1. Diseño del Estudio.....	40
3.2. Población.....	40
3.2.1. Criterios de inclusión .....	40
3.2.2. Criterios de Exclusión .....	40
3.3. Muestra. ....	41
3.4. Operacionalización de Variables .....	42
3.5. Procedimientos y Técnicas .....	43
3.6. PLAN DE ANALISIS DE DATOS .....	47
CAPITULO IV. RESULTADOS ESTADISTICOS.....	48
4.1. RESULTADOS .....	48
4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	59

4.3.	CONCLUSIONES .....	63
4.4.	RECOMENDACIONES .....	66
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	68
	ANEXO 1: TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2 A 5 AÑOS: TEPSI.....	70
	ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	73
	ANEXO 3: ASENTIMIENTO INFORMADO .....	75
	ANEXO 4: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS .....	76
	ANEXO 5: SEGMENTOS CON SECUELA DE QUEMADURAS Y GRADOS .....	77
	ANEXO 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	81

## LISTA DE TABLAS:

Tabla 1: Edad promedio de la muestra .....	48
Tabla 2: Desarrollo del área de motricidad .....	48
Tabla 3: Desarrollo del área de coordinación .....	49
Tabla 4: Desarrollo del área de lenguaje .....	50
Tabla 5: Perfil psicomotor de la muestra .....	51
Tabla 6: Perfil psicomotor de la muestra por tiempo de evolución de la quemadura.....	52
Tabla 7: Perfil psicomotor de la muestra por áreas corporales comprometidas .....	53
Tabla 8: Perfil psicomotor de la muestra por grado de quemadura .....	55
Tabla 9: Perfil psicomotor de la muestra por edad .....	56
Tabla 10: Perfil psicomotor de la muestra por sexo.....	57
Tabla 11: Perfil psicomotor de la muestra por nivel socioeconómico .....	58

**LISTA DE FIGURAS:**

Figura 1: Desarrollo del área de motricidad..... 49

Figura 2: Desarrollo del área de coordinación ..... 50

Figura 3: Desarrollo del área de lenguaje..... 51

Figura 4: Perfil psicomotor de la muestra ..... 52

Figura 5: Perfil psicomotor de la muestra por tiempo de evolución de la quemadura ..... 53

Figura 6: Perfil psicomotor de la muestra por áreas corporales comprometidas ..... 54

Figura 7: Perfil psicomotor de la muestra por grado de quemadura..... 55

Figura 8: Perfil psicomotor de la muestra por edad..... 56

Figura 9: Perfil psicomotor de la muestra por sexo ..... 57

Figura 10: Perfil psicomotor de la muestra por nivel socioeconómico..... 58

## INTRODUCCION

Las quemaduras de segundo y tercer grado en niños que requieren periodos prolongados de tratamiento influyen de manera negativa en el proceso normal del desarrollo psicomotor del niño.

En el Perú, según datos estadísticos proporcionados por el Ministerio de Salud, los pacientes accidentados por quemaduras menores de 1 año constituyen el 4% del total de la población quemada, de 1 a 4 años el 45%; de 5 a 9 años el 5% y de 10 a 14 años el 11%; lo que significa que los niños de 1 a 5 años constituyen el 49% de la población con quemaduras.

El concepto de psicomotricidad exige comprender la relación existente entre las funciones psíquicas y motoras en el ser humano y la interrelación entre éstos dos. Esta investigación está enfocada a analizar el perfil motor de los pacientes con secuela de quemaduras atendidos en la Unidad de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional del Niño.

El tema fue elegido al observar la problemática que existe dentro del nosocomio, siendo este uno de los hospitales nacionales referentes más importantes en el tratamiento de quemaduras en niños menores de 7 años.

El objetivo general de la investigación es conocer la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras y dentro de los objetivos específicos es establecer la frecuencia del perfil psicomotor según tiempo de evolución, compromiso de segmentos, grado de quemadura, edad, sexo y nivel socioeconómico.

El tipo de diseño de investigación utilizado fue descriptivo, transversal porque se recogió la información en un solo momento mediante una ficha de

recolección de datos, luego se realizó una evaluación personalizada a cada paciente mediante un test de desarrollo psicomotor para niños de 2 a 5 años (TEPSI), el tamaño de la muestra fue de 60 pacientes que asistieron al Servicio de Rehabilitación.

## **CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1.**

### **1.2. Planteamiento del Problema:**

El desarrollo psicomotor juega un papel primordial en la vida de un ser humano. Desde que el bebé abre sus ojos su cuerpo se entrega al mundo: de la expresión corporal, de la sensibilidad y por ende al de la psicomotricidad, su formación empieza a partir de patrones de movimiento, que a través de la estimulación activa, suplen las deficiencias motrices que puedan presentarse (1)

Lo que resalta la importancia de la valoración e intervención psicomotriz en la población en general; incluyendo a los niños con secuelas de quemaduras; puesto que, esta condición no les exime de un déficit psicomotor. Las quemaduras son un problema mundial de salud pública, éstas provocan alrededor de 265 000 muertes al año alrededor del mundo, la mayoría en países en vías de desarrollo, y casi la mitad, en la región de Asia.

En 2004, casi 11 millones de personas de todo el mundo sufrieron quemaduras lo suficientemente graves para requerir atención médica, entre ellas se destaca la India, en la cual más de 1 millón de personas sufren quemaduras moderadas o graves cada año, otro tanto ocurre en Egipto y Pakistán. (2)

En EEUU las quemaduras constituyen la segunda causa más común de muerte accidental en niños menores de 7 años, la tasa global por esta causa es de 2,1 muertes por cada 100 mil habitantes. (3)

En Estados Unidos se estima que entre un 1 y un 3% de los niños menores de 5 años presentan retraso del desarrollo y que el 5-10% de la población pediátrica sufre alguna "discapacidad del desarrollo. Es decir, en Norteamérica

se diagnostican problemas del desarrollo y/o de comportamiento en 1 de cada 6 niños (4)

En México se reportó que en el año 2008 ocurrieron 7, 275 muertes de menores de 20 años de edad debidas a accidentes, cifra que representa una tasa de mortalidad de 17.4 por cada cien mil habitantes. El 30% de esas muertes ocurrieron en menores de 5 años y 43% afectó al grupo de adolescentes de 15 a 19 años. El sexo más afectado fue el masculino. En ese año las quemaduras ocuparon el lugar 13 de las principales causas de defunción. (5)

En Latino América muestran que anualmente se hospitalizan un promedio de 130 500 casos de lesiones por quemaduras y se producen 2300 muertes anuales, según los egresos hospitalarios, de estos casos el mayor número de lesionados por quemaduras se da al finalizar el año durante los meses de noviembre y diciembre con 12 por ciento para cada uno, coincidiendo con las fechas de celebraciones de Navidad. Los días con mayor incidencia de casos son domingos con 10 por ciento y viernes con 9 por ciento predominando el sexo masculino con 51 por ciento (6)

En Chile, anualmente más de 6.000 pacientes requieren hospitalización por quemaduras; el año 2007 el Ministerio de Salud (MINSAL) registró 6.435 ingresos hospitalarios por quemaduras y el Instituto Nacional de Estadísticas informó 569 muertes por esta causa. La tasa de mortalidad específica por quemaduras en Chile fue 4,5 por 100.000 habitantes para ese año. En el último estudio de carga de enfermedad del MINSAL del 2004 se estimó que las quemaduras producían la pérdida de 7.891 años de vida ajustados por discapacidad (7)

Chile ha logrado importantes avances en salud materno-infantil, pero el nivel de desarrollo psicomotor de los niños y niñas muestra cifras preocupantes. Al igual que en otros indicadores de salud existen importantes inequidades en la prevalencia de déficit del desarrollo en función del quintil de ingreso familiar y otros determinantes de la salud. (8)

En Perú, las estadísticas del MINSA, registran que un 70 por ciento de las personas injuriadas por quemaduras son niños menores de 5 años, producto de accidentes caseros ya sea dentro del ambiente de trabajo de sus familiares o lugar de residencia. Las estadísticas no son tan precisas, pero cerca de 700 pacientes se hospitalizan al año solo en Lima y 10% fallecen.

En Lima se hospitalizan cerca de 200 pacientes al año en la unidad de quemados el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, a quienes se les brinda la atención necesaria para la curación de sus heridas mas no para su recuperación integral permaneciendo varias semanas hasta lograr su alta. Entre el 2002 y el 2010 han sido hospitalizados en Perú más 254 mil niños quemados en el país, y casi 100 mil adultos lo que representa al 30% de todos los pacientes graves (9)

El Instituto Nacional de Salud del Niño, uno de los dos hospitales referentes del Perú, que alberga a la mayor población a nivel nacional, atiende a unos tres mil niños al año que han sufrido quemaduras leves o graves; de esta cifra, un promedio de 800 niños son hospitalizados, 400 son operados y el resto son derivados a diversos nosocomios para seguir un tratamiento ambulatorio que muchas veces al ser mal enfocados produce diversos retrasos en su desarrollo motor.

Esta investigación se hace más importante debido a la edad tan temprana en la que los niños sufren lesiones de quemaduras, más aún debido a la falta de interés de los padres de llevar del tratamiento adecuado después del alta respectiva (observación realizada en el INSN en el año 2013-2014 y el hospital Daniel Alcides Carrión en el año 2014).

Por lo antes expuesto, en este contexto, es necesario conocer el perfil psicomotor de los pacientes con secuela de quemaduras atendidos en el servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto de Salud del Niño.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **1.3.1. Problema General**

- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño?

#### **1.3.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según tiempo de evolución?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según Compromiso de segmentos?

- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según Grado de Quemadura?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según edad?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según sexo?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según nivel socioeconómico?

### **1.3.3. Objetivos**

#### **1.3.4. Objetivo General**

- ¿Conocer la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño?

#### **1.3.5. Objetivos Específicos**

- ¿Establecer la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y

Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según tiempo de evolución?

- ¿Establecer la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según Compromiso de segmentos?
- ¿Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según Grado de Quemadura?
- ¿Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según edad?
- ¿Establecer la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según sexo?
- ¿Describir la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según nivel socioeconómico?

#### **1.4. Justificación:**

La finalidad de esta investigación es conocer la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación

Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño. El desarrollo psicomotor es un proceso evolutivo, multidimensional e integral, mediante el cual el individuo va dominando progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas. Progresivamente, las niñas y los niños son capaces de hacer representaciones mentales de lo que ven y observan, muy ligadas a sus vivencias y experiencias.

La importancia del perfil motor en el niño es que según los resultados obtenidos se pueden valorar los déficit y de manera oportuna corregirlo y potencializar su desarrollo psicomotor. Algunos tipos de quemaduras retrasan el desarrollo psicomotor del niño ya sea por causas directas, retracciones que limitan el movimiento normal o indirectas que son el miedo a realizar las actividades motoras normales a su corta edad.

Un correcto manejo del tratamiento de las secuelas de quemaduras permite al niño desarrollar todas sus potencialidades psicomotoras a lo largo de su vida, ya que las alteraciones del desarrollo psicomotor se relacionan con bajo rendimiento y deserción escolar, trastornos neurológicos, psiquiátricos, emocionales y conductuales, déficit en las habilidades sociales, problemas de aprendizaje, menores oportunidades laborales y morbilidad en la adultez, puesto que las quemaduras constituyen una de las agresiones más graves contra el organismo, ya que dependiendo de la cantidad de tejido destruido o de su localización en estructuras vitales, pueden llevar no solo al paciente a tener un retraso en su desarrollo psicomotor sino también a dejar secuelas para toda su vida.

Este tipo de lesiones afecta con mayor frecuencia a los niños entre edades de 1 a 7 años, debido a la falta de cuidado y prevención en los hogares o lugares de trabajo.

El presente trabajo explora las variaciones en el desarrollo psicomotor de cierto tipo de pacientes con secuela de quemaduras con el objeto de mejorar los protocolos de atención, incorporar nuevas variables, diseñar políticas públicas que permitan un adecuado manejo del desarrollo del niño, influenciar a sus familiares en la responsabilidad de potenciar su desarrollo psicomotriz y con el fin de diseñar programas psicomotores que ayuden a los pacientes a reducir los efectos negativos de las secuelas de quemaduras.

## **CAPITULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. BASES TEORICAS:**

#### **2.1.1. Definición de Quemaduras:**

Las quemaduras son aquellas lesiones producidas en los tejidos por acción del calor en sus diferentes formas, energía térmica transmitida por radiación, productos químicos o contacto eléctrico. Los mecanismos de producción más frecuentes en nuestro medio son: las llamas y los líquidos calientes, principalmente son lesiones de la piel, pero a veces afectan a órganos profundos (pulmones, corazones, riñones)

La severidad de las quemaduras está determinada por cinco factores:

- Profundidad de la misma, 1º, 2º y 3º grado
- Extensión de la quemadura, porcentaje o segmento del área del cuerpo quemado
- Afectación de regiones críticas
- Edad del paciente, peor en edades extremas de la vida
- Estado general de salud de la persona (enfermedades concomitantes)

Desde el punto de vista clínico, práctico y pronóstico, las quemaduras suelen clasificarse según:

- El agente causal
- La profundidad de la quemadura
- La extensión de la zona quemada
- Otros factores (edad, localización y patología previa) (9)

## 2.1.2. CLASIFICACION DE LAS QUEMADURAS:

Las quemaduras se pueden clasificar por:

- Según su profundidad.
- Según su extensión
- Según agente etiológico

### 2.1.2.1. Según profundidad:

**Quemaduras Grado I o epidérmicas:** Son quemaduras producidas por exposición solar, en las cuales se compromete la epidermis únicamente. Se produce descamación en los siguientes 7 a 10 días, y no queda cicatriz ni cambios de pigmentación a menos que exista una exposición solar continua o la aplicación de algún producto que produzca foto toxicidad.

Produce un eritema y dolor debido a las prostaglandinas que activa las terminaciones nerviosas y un ligero edema.

**Quemaduras Grado II o dérmicas:** La lesión alcanza grados variables de la dermis. También se las denomina de espesor parcial ya que normalmente quedan conservados algunos elementos viables que permiten la regeneración de los epitelios.

Estas quemaduras cuando son superficiales se les denomina Tipo A, afectan la epidermis y la capa más superficial de la dermis, las ampollas son el signo más influyente en el diagnóstico, retorno venoso a la presión normal, folículo piloso conservado remisión espontánea ente 14 a 28 días, dolorosa al aire ambiental y de secuela de despigmentación.

Si son profundas se les denomina AB, afectan epidermis y dermis, si bien pueden quedar intactas algunas células epiteliales de la zona más profunda de los folículos pilosos y de las glándulas sudoríparas.

Estas quemaduras son de color rojo brillante y amarillo blancuzco. Puede haber pérdida no solamente de piel, sino también de masa muscular, también pueden aparecer flictenas.

**Quemaduras Grado III o de espesor total:** Son las más profundas, graves debido que la lesión destruye toda la epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo, muchas veces incluso el hueso, son avasculares.

Pueden presentar una coloración variable desde pálido a negruzco, incluso carbonizado. Los vasos aparecen trombozados y característicamente no causan dolor al destruirse las terminaciones nerviosas sensitivas. También existe pérdida de piel y masa muscular.

En este caso no se regeneran al ser un tejido necrótico que requiere de forma obligatoria, un tratamiento quirúrgico incluso injertos, dejan secuelas desde cicatrices hipertróficas hasta amputaciones.

Es indolora, blanquecina o de marrón oscuro, los vasos están trombosados de manera que podría existir edema.

#### **2.1.2.2. Según su extensión.**

La regla de los 9 de Wallace, la regla de la palma de la mano divide la superficie corporal total equivalente al 100% en áreas que representan un porcentaje de 9%.

Según esta regla el cuerpo se divide en 11 regiones teniendo la misma extensión toda ellas y la zona genital tendría 1%.

No obstante esta estimación variara con la edad del paciente y generalmente es aplicable a los mayores de 15 años.

De este modo tendremos que:

<i>Regla de los 9 (wallace)</i>	<b>Adultos</b>	<b>Niños</b>
Para la cabeza y cuello	9%	19%
Para cara anterior del tronco	18%	18%
Para cara posterior del tronco	18%	18%
Para cada extremidad superior	9%	9%
Para cada extremidad inferior	18%	13%
Para el periné	1%	1%

*Fuente: Lorenzo Tapia. cuidados enfermeros en la unidad de quemados españa: vertice; 2008.*

### **2.1.2.3. Según Agente Etiológico**

La quemaduras pueden ser provocadas por agentes físicos como lo son radiaciones, calor, frio, electricidad (alto voltaje) y agentes químicos como lo son ácidos, álcalis, oxidantes, corrosivos. (10)

### **2.1.3. PERFIL MOTOR DEL NIÑO**

#### **2.1.3.1. Perfil Psicomotor:**

Consiste en la reproducción de resultados obtenidos en un test encargado de evaluar determinadas dimensiones de la eficiencia motriz de un sujeto.

#### **2.1.3.2. Importancia del Perfil psicomotor:**

La importancia del perfil motor en el niño, según los resultados obtenidos mediante un test nos permite valorar las conductas atípicas presentes en la población infantil de manera oportuna, para luego corregirlo y de esta manera potencializar el desarrollo psicomotor del niño.

### **2.1.3.3. Definición de Desarrollo Psicomotor:**

Es el proceso mediante el cual el niño adquiere habilidades y conductas cada vez más complejas, las cuales le permiten una mejor adaptación al medio.

El desarrollo psicomotor es el resultado de la interacción entre los componentes constitucionales del niño y su medio ambiente (11)

La meta del desarrollo psicomotor es el control del propio cuerpo hasta ser capaz de sacar del todas las posibilidades de acción y expresión. Ello quiere decir que tal desarrollo implica:

- Un componente externo o praxico
- Un componente interno o simbólico (la representación del cuerpo y sus posibilidades de acción.

El desarrollo motor se define como algo que “se encuentra entre lo estrictamente físico-madurativo y lo relacional, por lo que tiene que ver tanto con unas leyes biológicas como con aspectos puramente interactivos, susceptibles de estimulación y de aprendizaje. Su meta será el control del propio cuerpo e implica un componente externo (de acción) y otro interno (simbólico) la representación del cuerpo y de sus posibilidades de acción.(12)

Entendemos por desarrollo psicomotor: el nivel de desarrollo evolutivo alcanzado en los aspectos corporales y musculares (conocimiento del cuerpo y control muscular) (13)

El desarrollo psicomotor se puede considerar como la evolución de las capacidades para realizar una serie de movimientos corporales y acciones, así como la representación mental y consciente de los mismos. Los trastornos psicomotores surgen cuando la maduración de algún o algunos de los elementos a través de los que se consigue el control del cuerpo y la motricidad

aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada, ya sea en su totalidad o en alguno de sus componentes, interfiriendo tanto en el rendimiento escolar como en las actividades cotidianas (14)

#### **2.1.3.4. Características Psicomotoras del Niño:**

Características del niño de 2 a 5 años

2 A 3 años:

- Se desarrolla estabilidad y coordinación en locomoción.
- Coordinación viso motora, fortalecer el tono muscular del brazo y mano para el garabateo (juguemos en el bosque)
- Manejo del lápiz, plastilina, rasgo y corte de papeles, pintura que interactúen con distintas texturas.
- Al correr regula con mayor facilidad su velocidad.
- Se contornea y realiza movimientos rítmicos y complejos al son de la música.
- Tira la pelota en distintas direcciones
- Permanece sentado durante periodos más largos.

3 a 4 años:

- Coordinación dinámica general en las distintas maneras de desplazamiento.
- Capacidad de expresión y movimientos en distintas partes del cuerpo
- Equilibrio del cuerpo en posición estática y en movimiento en distintas partes del cuerpo.

- Representación gráfica de objetos del entorno mediante diversas técnicas grafo-plásticas.
- Afinar el tono muscular y la prensión del crayón en diversos tipos de trazos.
- Desarrolla expresión corporal y el contacto interior, dramatización de cuentos

4 a 5 años

- Utiliza pinza motora para coger un lápiz de color, sus trazos son fuertes, y coordinación, traza líneas de todas las formas, perfecciona sus trazos circulares y dibuja una cruz, hace figura humana con mayor detalle, moldea figuras en plastilina de dos o tres partes, moldea arcilla, usa una aguja punta roma y utiliza tijeras.
- En su marcha combina la coordinación de las puntas y talones del pie
- Baja las escaleras alternando los pies
- Salta en un mismo pie 5 veces seguidas, perfecciona pedaleo de triciclo
- Tira la pelota, la hace rebotar y la atrapa.
- Desarrolla la coordinación dinámica general en movimientos laterales y oblicuos( ejemplo actividad araña)
- Desarrollar la capacidad de movimiento del cuerpo como expresión de la identidad personal
- Desarrollar el equilibrio y control del cuerpo: tensión y relajación
- Desarrollar el dibujo de la figura humana y la precisión al colorear (dibujarse así mismo la mitad del cuerpo) (15)

### **2.1.3.5. Definición del Lenguaje**

El lenguaje es una facultad innata, una actividad humana adquirida por imitación.

Las características progresivas del desarrollo del lenguaje verbal en los diferentes niveles de edad, se adscriben a las etapas del desarrollo integral del niño, encontrándose estrechamente asociado a los siguientes aspectos:

- Al proceso de maduración del sistema nervioso, tanto al central (SNC) como al periférico, correlacionándose sus cambios progresivos con el desarrollo motor en general y con el aparato fonador en particular.
- Al desarrollo cognoscitivo que comprende desde la discriminación perceptual del lenguaje hablado hasta la función de los procesos de simbolización y el pensamiento.
- Y, al desarrollo socioemocional, que es el resultado de la influencia del medio sociocultural, de las interacciones del niño y las influencias recíprocas.

#### **Áreas del Proceso Lingüístico**

- Receptivo: Permite comprender el lenguaje y adquirir el significado de las palabras.
- Expresivo: Permite al niño expresarse por medio de gestos, señas o palabras.

#### **Etapas del desarrollo del lenguaje**

Dividimos el desarrollo del lenguaje en dos etapas principales:

##### **1. Etapa pre-lingüística**

Denominada también como la etapa pre-verbal, comprende los primeros 10 a 12 meses de edad. Se caracteriza por la expresión buco-fonatoria que de por sí apenas tiene un valor comunicativo. Otros la consideran como la etapa del nivel fónico puro, debido a que el infante emite sólo sonidos onomatopéyicos.

Hoy sabemos que tiene un valor relevante y trascendental en la configuración de las bases del desarrollo lingüístico, puesto que tanto las expresiones vocales (sonidos o grupo de sonidos de simple significación) como las expresiones verbales (sonidos, grupo de sonidos, palabras aisladas, etc.) influyen de modo determinante en el desarrollo posterior de la comunicación lingüística del niño.

## **2. Etapa lingüística**

Este período se inicia con la expresión de la primera palabra, a la que se le otorga una legítima importancia como el primer anuncio del lenguaje cargado de un propósito de comunicación. Hay que señalar, además, que las niñas son las que empiezan a hablar un poco antes que los niños.

### **Etapa verbal de los dos a los tres años de edad**

Hacia los dos años el niño posee un vocabulario aproximado de 300 palabras. En sus expresiones suele observarse, también, el inicio de la utilización de los pronombres personales: "Yo" y "Tú" y el posesivo "Mi" y "Mío".

Sus frases expresan intención y acción: "hace lo que dice y dice lo que hace".

En esta edad surge la función simbólica en el niño y termina el predominio de la inteligencia sensorio-motriz dando lugar a la inteligencia representacional.

### **Etapa verbal de 3 a 4 años**

A los tres años se produce un incremento rápido del vocabulario, incremento que es mucho mayor que lo que ocurrirá posteriormente, llegando a tener un promedio de 896 palabras y a los tres años y medio un promedio de 1222 palabras.

### **Etapa verbal de cuatro a los cinco años de edad**

A los cuatro años de edad el niño domina virtualmente la gramática, pero comienza a expresarse de acuerdo a un estilo "retórico propio". El niño empieza a utilizar los pronombres en el siguiente orden: Yo, Tú, Él, Ella, Nosotros, Ustedes; contando con un vocabulario de 1,500 palabras y a los cinco años, 2,300 palabras aproximadamente.

Entre los 4 o 5 años, el niño suele estar ya capacitado para responder a preguntas de comprensión referentes al comportamiento social aprendido, dado que su lenguaje ya se extiende más allá de lo inmediato. Esto se debe a la capacidad simbólica del niño y, como tal, puede evocar y representarse mentalmente las cosas, acciones y situaciones, trascendiendo la realidad y el presente. Esa capacidad y la necesidad de comunicarse, hacen posible un mayor y rápido desarrollo del lenguaje infantil, facilitando también el desarrollo de la inteligencia. (16)

#### **2.1.3.6. Definición de Coordinación:**

##### **Coordinación dinámica general**

En efecto al hablar de coordinación dinámica general pensamos en el proceso que tiene lugar cuando, a partir de un determinado estímulo, el organismo responde con la ejecución de un movimiento que le permitirá desplazarse en el espacio.

Una integración y tratamiento de la información, referente tanto a la propia posición corporal como las características del medio.

Una selección por parte del sistema nervioso central de los grupos musculares que actuaran, a los que enviara la correspondiente orden en forma de impulso.

Una buena coordinación dinámica supone que estos tres puntos se lleven a cabo correctamente, en función del objetivo final, es decir el movimiento a realizar

Coordinación viso motriz es la interrelación de áreas como conocimiento visual, direccionalidad, orientación espacial, conocimiento, visual, orientación espacial, lateralidad con la motricidad fina un sensorio motriz puro (17)

## **2.3. Antecedentes**

### **2.3.1. Antecedentes Internacionales**

Estudio realizado en Colombia (2011). Caracterización del paciente pediátrico quemado en un Hospital infantil de Cartagena. Estudio descriptivo retrospectivo, se revisaron 423 historias clínicas de pacientes con quemadura atendidos entre los años 2005 y 2009 en el único Hospital Infantil del departamento de Bolívar que brinda atención anualmente a más de 50.000 niños de bajos estratos socioeconómico. Se analizaron las siguientes variables: sexo, procedencia, estrato socioeconómico, aseguramiento, estado nutricional se tomó la relación peso y talla, esquema de vacunación, fecha en la cual ocurrió el accidente, compañía durante el accidente, tiempo de atención, tiempo de estancia hospitalaria, agente causal, grado de quemadura, localización, área de superficie total quemada, manejo previo dado en otras instituciones, tratamiento realizado en el Hospital Infantil y las complicaciones. Para el análisis de los datos se emplea el paquete estadístico IBM SPSS 20.0 (IBM Corp.), las variables medidas en escala nominal se presentan en frecuencias absolutas y relativas, sin tener en cuenta los datos considerados como no diligenciados; el porcentaje de los datos no diligenciados en las historias no se tuvo en cuenta en el cálculo de las proporciones finales. Para las variables medidas en escala numérica se emplea como medida de tendencia central, la media, y como medida de dispersión la desviación estándar. Se solicitó el consentimiento informado de los directivos del Hospital para la revisión de las historias clínicas garantizando la privacidad de la información

En el período estudiado se registraron 423 historias de casos con quemaduras, el 65,7% se presentó en el género masculino, el 59,5% pertenece al régimen subsidiado y el 31,1 % de los niños en cuyas historias se reportó el estado nutricional, presentaba desnutrición tipo I. La media de edad fue de 55 meses (DE 45,6); la estancia hospitalaria promedio de los pacientes fue 7 días.

Los líquidos hirvientes (48,1%) y el aceite (18,5%) fue el primer y segundo factor causal de las quemaduras, el 35,8% de los niños presentaron una superficie corporal quemada entre el 11 al 20%, la zona corporal más afectada fue el miembro superior con el 52%, la quemadura de segundo y tercer grado son la más frecuente con el (56%) y (20,7%), respectivamente, 81 niños presentaron quemaduras en diferentes segmento corporales, la combinación más común fue cara, cuello y tronco (39 niños, 48,1%), seguido de la combinación miembro superior, miembro inferior y tronco. Así mismo, el 48% de pacientes recibió un manejo previo en un centro de atención de primer nivel, donde se le suministró líquidos al 27,5%. Intrahospitalariamente, el 83,2% de los pacientes recibieron como tratamiento la curación, seguido de un 73,3% que recibieron lavado quirúrgico. En cuanto a las sesiones con la psicóloga 178 niños que corresponden a un 42,1% del total de la población estudiada recibieron atención por este profesional, de los cuales el 21% tenían un diagnóstico de negligencia de los padres y el 20,6% de maltrato infantil. De los tratamientos médicos, un 12,5% de los niños recibió una combinación de intervenciones como curación, lavado quirúrgico y desbridamiento.

A mayor profundidad de la quemadura mayor es la probabilidad de retracción y contractura dejando secuelas funcionales; si bien más del 50% de pacientes presentó una quemadura superficial, el 30% tuvo quemadura de tercer y cuarto grado, que podrían impactar de manera negativa en el funcionamiento físico,

mental y social de los niños; llama la atención que sólo el 17,9% de los pacientes es remitido al servicio de fisioterapia. La intervención fisioterapéutica mediante el ejercicio físico, produce cambios significativos en el funcionamiento físico y social de los niños, asimismo en su salud mental. Es relevante la intervención de este profesional debido a que la población infantil está en el proceso de adquisición de habilidades motrices y las consecuencias de las quemaduras podrían retrasar el desarrollo motriz de niños y niñas. ( (18)

Estudio realizado en Costa Rica. (2014). Efectos de la actividad física en el desarrollo motor de niños con secuelas de quemaduras: El propósito de esta investigación fue establecer los progresos en el desarrollo motor de una niña de tres años y un niño de cuatro años con secuelas de quemaduras (> 15% de SC, tipo B), que participaron en un programa de actividad física elaborado por la investigadora durante 4 semanas y en la percepción de los padres con relación al desempeño físico de los niños en sus ambientes. La investigación fue mixta correspondiente a un estudio de caso único (dos casos); de tipo exploratoria, con dos niños elegidos a conveniencia y con un diseño de medidas repetidas al inicio y al final de la intervención. El componente cuantitativo se realizó con el uso del Denver Developmental Screening Test II (DDST-II), el componente cualitativo se elaboró a partir de la entrevista semi estructurada al inicio y al final del programa con uno de los padres de cada niño, misma que fueron elaboradas, guiadas y administradas por la investigadora. Los principales resultados evidenciaron mejoras en todas las áreas analizadas, en promedio hubo cambios de 182% en el motor grueso, de 175% en la motora fina adaptativo, de 138% en el personal social y de 164% en el lenguaje; además se encontró coincidencia de estos resultados con las respuestas generadas por ambos padres en éstas 4 categorías en el análisis

de interpretación. Esta investigación concluyó que realizar un programa de actividad física sistematizado permite la evolución en el área motor grueso, en la motora fina – adaptativo, en el personal – social y en el lenguaje de dos niños menores de 5 años con quemaduras y mejora su calidad de vida; lo anterior indica que es probable que con poblaciones en condiciones similares se obtengan resultados positivos. (19)

### **2.3.2. Antecedentes Nacionales**

Estudio realizado en Lima (2014). Efectividad del tratamiento con agua en la rehabilitación del paciente quemado. La investigación fue cuantitativa, de diseño pre experimental con pre prueba /post prueba con un solo grupo. Los participantes fueron pacientes con quemaduras de segundo y tercer grado en etapa de proliferación, fase de cicatrización. El ámbito temporal del estudio fue de enero a noviembre del 2013 y el espacial fue la consulta privada. La población estuvo conformada por todos los pacientes que asistieron a la consulta y la muestra la constituyeron los pacientes con quemaduras de segundo y tercer grado, que asistieron a la consulta y que reciben tratamiento de las quemaduras con agua. El tamaño de muestra para una población de 150 con un error de muestreo del 5% y nivel de confianza del 95% fueron 112 pacientes. La unidad de análisis fue un paciente con quemadura de segundo y/o tercer grado atendido con el tratamiento con agua. La edad promedio ( $\pm$ desviación estándar) fue de 4.3 (3.8) años. La edad predominante fue de niños de 1.5 a 3 años (42.9%), siendo ligeramente más frecuente el género femenino (52.7%)

Por los resultados mostrados se puede afirmar la efectividad del tratamiento de rehabilitación y los beneficios de la utilización del agua en el paciente con

quemaduras de segundo y tercer grado. Asimismo, se concluyó en esta investigación que en relación al lugar de procedencia de los pacientes, la gran mayoría pertenece al cono norte (Puente Piedra, asentamientos humanos) así como a la zona histórica donde se encuentran los distritos más pobres de Lima, y es precisamente en estas donde ocurrieron la mayoría de accidentes por quemaduras (28.6% y 18.8 respectivamente).

Este resultado confirma lo manifestado por Ortiz en el 2008 “Las causas de las quemaduras en el tercer mundo están directamente relacionadas a las condiciones de vida de la población” (20)

## **CAPITULO III. METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño del Estudio**

Estudio descriptivo, de tipo transversal.

### **3.2. Población**

La población considerada para el estudio, está conformada por todos los pacientes con diagnóstico de secuela de quemaduras que asisten al servicio de Rehabilitación y Terapia física del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2016.

(N=95)

#### **3.2.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes con lesiones de quemaduras de segundo grado y tercer grado.
- Pacientes con lesiones de quemaduras en miembro superior, torso y miembro inferior.
- Pacientes entre 2 a 5 años de edad.
- Pacientes cuyos padres o apoderados acepten la participación de este estudio previa firma de un consentimiento informado.
- Niños que acepten la participación de este estudio previa firma del asentimiento informado.
- Pacientes que asistan al Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño.

#### **3.2.2. Criterios de Exclusión**

- Pacientes que no asisten al Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño.
- Pacientes Gran quemados.
- Pacientes sin diagnóstico de secuela de quemaduras.

- Niños que no acepten participar de este estudio.
- Pacientes cuyos padres o apoderados no acepten la participación de este estudio.
- Pacientes con otro tipo de discapacidad física o mental.
- Pacientes que se retiren antes de la evaluación.
- Pacientes que no colaboren con la evaluación o no estén presentes el día de la evaluación.

### **3.3. Muestra.**

Se estudió a todos los niños que fueron seleccionados a través de los criterios de inclusión y exclusión. Todos los niños con diagnóstico de secuela de quemaduras que asisten al servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2016. (N=60).

Se utilizó o empleo el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.

### 3.4. Operacionalización de Variables

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Perfil Psicomotor	Consiste en la reproducción de resultados obtenidos en un test encargados de evaluar determinadas dimensiones de la eficiencia motriz de un sujeto.	Test de Tepsi	Ordinal	Test de Tepsi Normalidad: Mayores o iguales a 40 puntos. Riesgo: entre 30-39 puntos Retraso: Igual o menores a 29 puntos.
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Compromiso de segmentos	Porcentaje de piel injuriada	Ficha recolección de datos	Ordinal	Cabeza y cuello 19% Brazos 18% Torso 36% Piernas 26% Periné 1%
Tiempo de evolución	Proceso medido en días	Ficha recolección de datos	Discreta	Entre 1 mes a 2 años
Grado de quemadura	Clasificación teórica de las quemaduras	Ficha recolección de datos	Ordinal	2do grado 3er grado
Edad	Tiempo de vida de en años.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Discreta	Números entre 02 a 05 años.
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer u hombre	DNI	Binaria	Masculino Femenino
Nivel socioeconómico	Es un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica. Está basado en el nivel de educación, el nivel de ocupación y el patrimonio	Ficha de recolección de datos	Nominal	NSE A NSE B NSE C NSE D

Fuente: Elaboración propia.

### **3.5. Procedimientos y Técnicas**

Para la presente investigación se solicitó los permisos correspondientes a la Oficina de Capacitación del Instituto de Salud del Niño y a la Encargada del área de la Unidad de Quemados mediante una carta de presentación avalada por la Universidad Alas Peruanas, la cual fue entregada con copia al Departamento de Medicina Física para realizar las entrevistas mediante una encuesta y ficha de recolección de datos a todos los padres de los pacientes que asistan al servicio de rehabilitación física y quemados con el fin de conocer y describir el perfil psicomotor en niños con secuelas de quemaduras atendidos en el área. Para garantizar la confidencialidad de los datos registrados estos se colocaran en un sobre cerrado hasta el momento de su digitación. Cada formulario tiene un código correspondiente al nombre del participante y está almacenado en una base de datos digital; solo el investigador tiene acceso a esta información.

**Instrumento:****TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR TEPSI 2 A 5 AÑOS****Descripción:**

El test de desarrollo psicomotor TEPSI es un test diseñado para evaluar el desarrollo psicomotor de niños de 2 a 5 años de edad, que se ha aplicado ininterrumpidamente desde hace 14 años en Chile y en otros países latinoamericanos como Uruguay, Argentina, Costa Rica y México.

Fue aplicado experimentalmente en 1981 a una primera muestra de 144 niños entre 2 años, 0 meses, 0 días y 5 años 0 meses 0 días, de ambos sexos (74 hombres y 70 mujeres) y de dos niveles socioeconómicos (72 de medio alto y 72 de nivel bajo) a fin de realizar un análisis de ítems y estudiar su confiabilidad.

Como los análisis efectuados en la primera aplicación experimental mostraron resultados altamente adecuados desde el punto de vista psicométrico, se procedió a una segunda aplicación experimental con el objeto de efectuar su estandarización la cual se seleccionó una muestra de elección razonada, de proporción fija, de 540 sujetos estratificada por sexo, edad y nivel socioeconómico. El colectivo correspondió a niños de 2 a 5 años de las regiones metropolitana y quinta región.

Los niños fueron seleccionados al azar de diversos establecimientos de educación preescolar aunque ateniéndose a los factores del diseño.

El TEPSI efectúa un Screening o tamizaje, esto es, determina si el desarrollo del niño esta normal o si está bajo lo esperado para su edad.

El test evalúa al niño en 3 áreas fundamentales: motricidad, lenguaje y coordinación permitiendo así obtener la información necesaria para conocer su

nivel de desarrollo en relación al universo de sujetos de su misma edad. Si el niño evaluado no alcanza el nivel que le corresponde, el test señala la magnitud de los retrasos observados.

El test proporciona un puntaje general relacionado con el desarrollo psicomotor, y puntajes para cada dominio:

**Dominio de coordinación:** evalúa en 16 ítems la habilidad del niño para coger y manipular objetos y para dibujar, a través de conductas como construir torres con cubos, enhebrar una aguja, reconocer y copiar figuras geométricas, dibujar una figura humana.

**Dominio lenguaje:** Evalúa en 24 ítems aspectos de comprensión y de expresión de este, a través de conductas tales como nombrar objetos, definir palabras, verbalizar acciones, describir escenas representadas en láminas.

**Dominio de motricidad:** Evalúa en 12 ítems la habilidad del niño para manejar su propio cuerpo a través de conductas como coger la pelota, saltar en un pie, pararse en un pie un cierto tiempo.

Por el enfoque transcultural que tuvo desde su elaboración y por qué se ajusta a los objetivos de la investigación cubriendo las dimensiones del perfil psicomotor, se decidió utilizar el cuestionario de desarrollo psicomotor TEPSI para el presente estudio.

El test debe ser administrado en forma individual. No es una prueba de uso colectivo.

La técnica de medición es la observación y registro de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador.

El tiempo de administración del instrumento varia, según edad del niño y la experiencia del examinador, entre 30 a 40 minutos. (21)

## **Propiedades psicométricas**

### **FIABILIDAD**

La fiabilidad del instrumento se estudió en la primera aplicación experimental (n =144). La consistencia interna se analizó a través del índice de Kuder Richardson 20 (K-R 20) y mostro ser altamente significativa (K-R 20 para el test total 0.94). También fue significativa la consistencia interna de los subtest (K-R 20 coordinación 0.89., K-R 20 lenguaje 0.94., K-R 20 Motricidad 0.82)

El grado de dificultad de los ítems se obtuvo calculando el porcentaje de respuestas correctas frente a cada ítem en la muestra total. El grado de discriminación de cada uno de los ítems se obtuvo calculando la correlación ítem-test, para ello se utilizó el coeficiente de correlación biserial puntual.

### **VALIDEZ**

En el TEPSI se ha estudiado tanto la validez de constructo como la validez concurrente. La validez de constructo se estudió en una muestra de estandarización(n =540). Empíricamente se analizó la progresión de los puntajes por edad, el efecto de las variables estructurales, la correlación ítem-subtest.

### **PONDERACIÓN ORDINAL POR NIVELES:**

Para este efecto se han definido tres categorías que dicen la relación con los puntajes T obtenidos por el niño 0 al 100:

Normalidad	40 a 100 puntos
Riesgo	30 a 40 puntos
Retraso	0 a 30 puntos

### 3.6. PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Se utilizó la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizaron mediante el software SPSS versión 23, para calcular las: Medias, Desviación Estándar, para las tablas de frecuencia y análisis de contingencia para los gráficos del sector.

Los resultados muestran que el 36% de la muestra presenta retrasos en el área de motricidad, un 15 % se encuentra en situación de riesgo y solo el 48 % presenta un perfil de normalidad.

## CAPITULO IV. RESULTADOS ESTADISTICOS

### 4.1. RESULTADOS

#### CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

##### Edad promedio de la muestra

**Tabla 1: Edad promedio de la muestra**

Características de la edad	
Tamaño de la Muestra	60
Edad promedio	3,05
Desviación Estándar	±0,98
Edad Mínima	2
Edad Máxima	5

*Fuente: Elaboración Propia*

La muestra, formada por 60 niños atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña y que fueron evaluados respecto a la frecuencia de la secuela de quemaduras en el perfil psicomotor, presentaron una edad promedio de 3,05 años, con una desviación estándar de ±0,98 años y un rango de edad que iba desde los 2 hasta los 5 años.

#### PERFIL PSICOMOTOR DE LA MUESTRA EN TÉRMINOS DEL TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR (TEPSI)

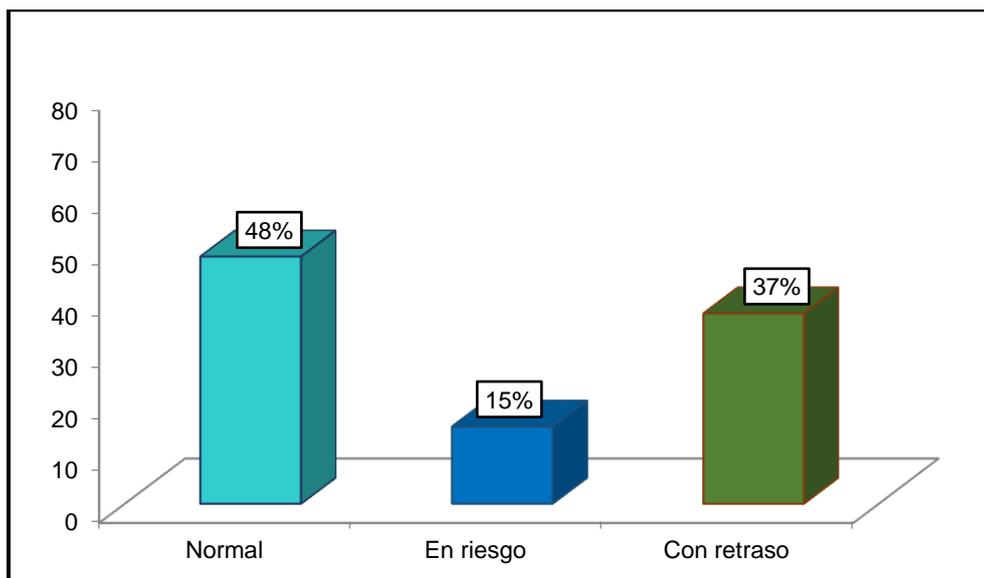
##### Desarrollo del área de motricidad

**Tabla 2: Desarrollo del área de motricidad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	29	48,3	48,3
En riesgo	9	15,0	63,0
Con retraso	22	36,7	100,0
Total	60	100,0	

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla N° 2 presenta la evaluación del desarrollo del área de motricidad de la muestra. 29 niños tenían un desarrollo normal en el área de motricidad, 9 niños se encontraban en riesgo y 22 niños presentaban retraso en esta área. Se observa que la mayor parte de los niños se encontraba con un desarrollo normal en el área de la motricidad.



**Figura 1: Desarrollo del área de motricidad**

La figura N° 1 muestra los porcentajes correspondientes.

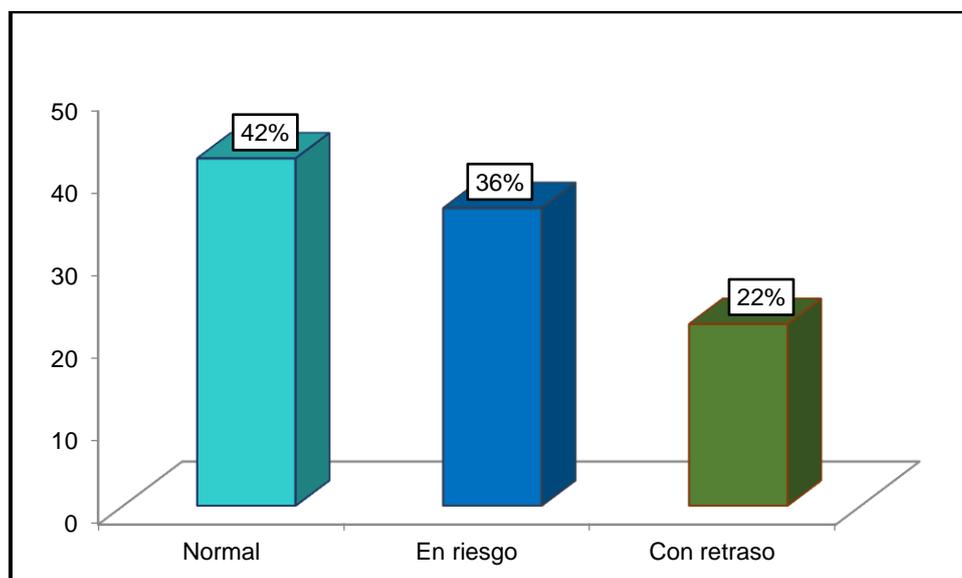
### Desarrollo del área de Coordinación

**Tabla 3: Desarrollo del área de coordinación**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	25	41,8	41,8
En riesgo	22	36,5	78,3
Con retraso	13	21,7	100,0
Total	60	100,0	

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla N° 3 presenta la evaluación del desarrollo del área de coordinación de la muestra. 25 niños tenían un desarrollo normal en el área de motricidad, 22 se encontraban en riesgo y 13 niños presentaban retraso en esta área.



**Figura 2: Desarrollo del área de coordinación**

La figura N° 2 muestra los porcentajes correspondientes.

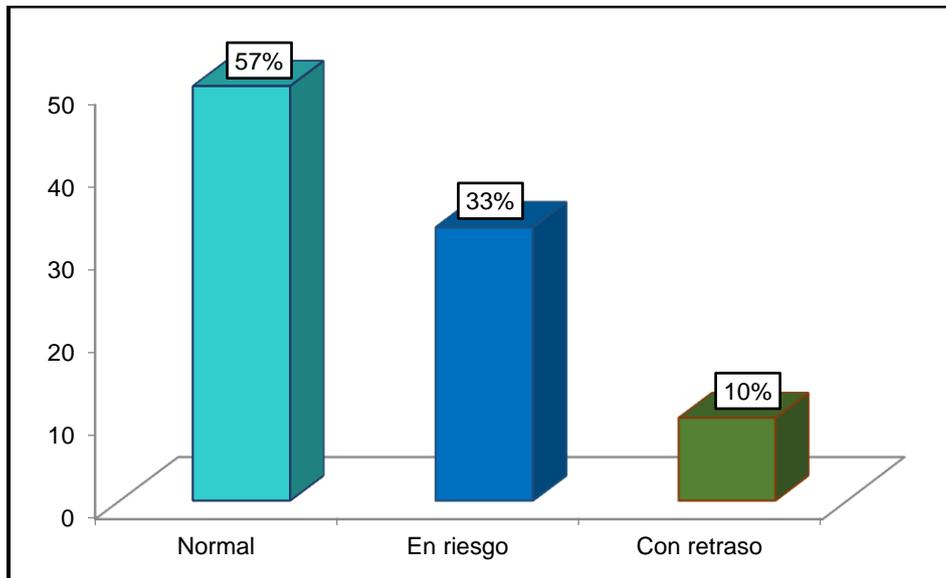
### Desarrollo del área del Lenguaje

Tabla 4: Desarrollo del área de lenguaje

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	34	56,7	56,7
En riesgo	20	33,3	90,0
Con retraso	6	10,0	100,0
Total	60	100,0	

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla N° 4 presenta la evaluación del desarrollo del área del Lenguaje de la muestra. 34 niños tenían un desarrollo normal en el área del lenguaje, 20 se encontraban en riesgo y solo 6 niños presentaban retraso en esta área.



**Figura 3: Desarrollo del área de lenguaje**

La figura N° 3 muestra los porcentajes correspondientes.

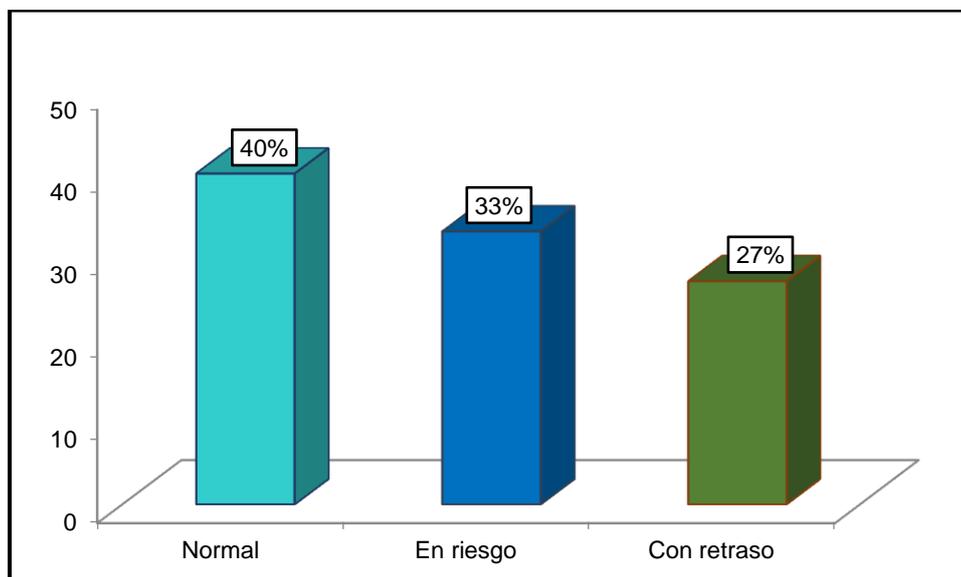
### Perfil Psicomotor de la muestra

Tabla 5: Perfil psicomotor de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	24	40,0	40,0
En riesgo	20	33,3	73,3
Con retraso	16	26,7	100,0
Total	60	100,0	

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla N° 5 presenta la evaluación del Perfil Psicomotor de la muestra. 24 niños tenían un desarrollo psicomotor normal, 20 se encontraban con un desarrollo psicomotor en riesgo y 18 niños tenían un desarrollo psicomotor con retraso. Se observa que la mayoría de la muestra tenía un desarrollo psicomotor normal.



**Figura 4: Perfil psicomotor de la muestra**

La figura N° 4 muestra los porcentajes correspondientes.

### **Perfil Psicomotor de la muestra por tiempo de evolución de la quemadura**

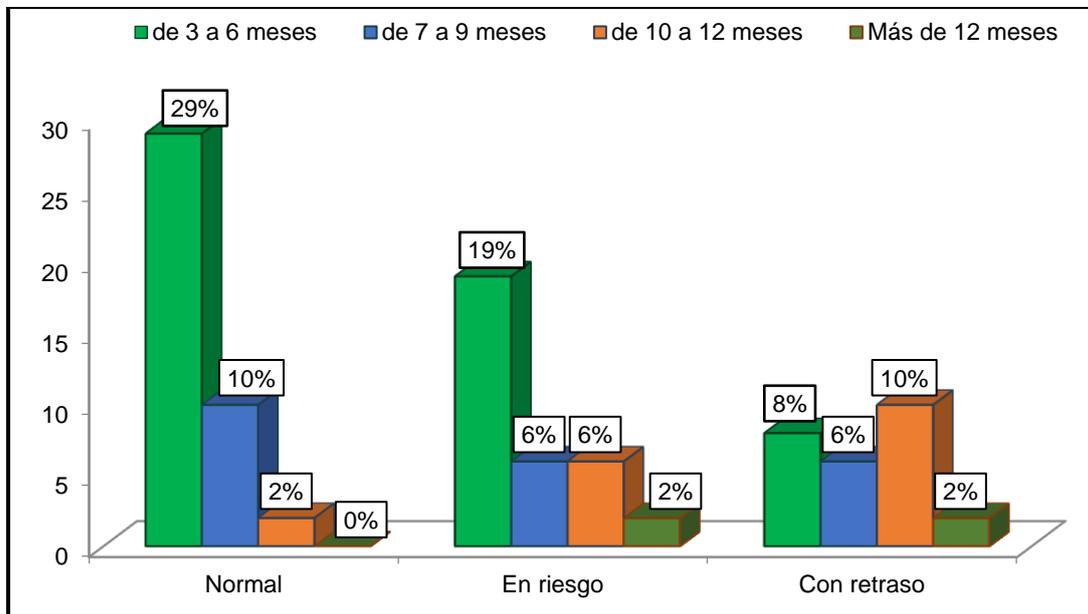
Tabla 6: Perfil psicomotor de la muestra por tiempo de evolución de la quemadura

	Desarrollo Psicomotor			Total
	Normal	En riesgo	Con retraso	
de 3 a 6 meses	17	11	5	33
de 7 a 9 meses	6	4	4	14
de 10 a 12 meses	1	4	6	11
Más de 12 meses	0	1	1	2
Total	24	20	16	60

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla N° 6 presenta el tiempo de evolución de la quemadura que tenía la muestra y el perfil psicomotor. De los niños que tenían un tiempo de evolución entre 1 a 6 meses, 17 tenían un perfil psicomotor normal, 11 tenían un perfil psicomotor en riesgo y 5 tenía un perfil psicomotor con retraso. De los niños que tenían un tiempo de evolución entre 7 a 9 meses, 6 tenían un perfil psicomotor normal, 4 tenían un perfil psicomotor en riesgo y 4 tenían un perfil psicomotor con retraso. De los niños que tenían un tiempo de evolución entre 10 a 12 meses, 1 tenía un perfil psicomotor normal, 4 tenían un perfil

psicomotor en riesgo y 6 tenían un perfil psicomotor con retraso. De los niños que tenían un tiempo de evolución de la quemadura de más de 12 meses, ninguno tenía un perfil psicomotor normal, 1 tenía un perfil psicomotor en riesgo y 1 tenía un perfil psicomotor con retraso



**Figura 5: Perfil psicomotor de la muestra por tiempo de evolución de la quemadura**

La figura N° 5 muestra los porcentajes correspondientes.

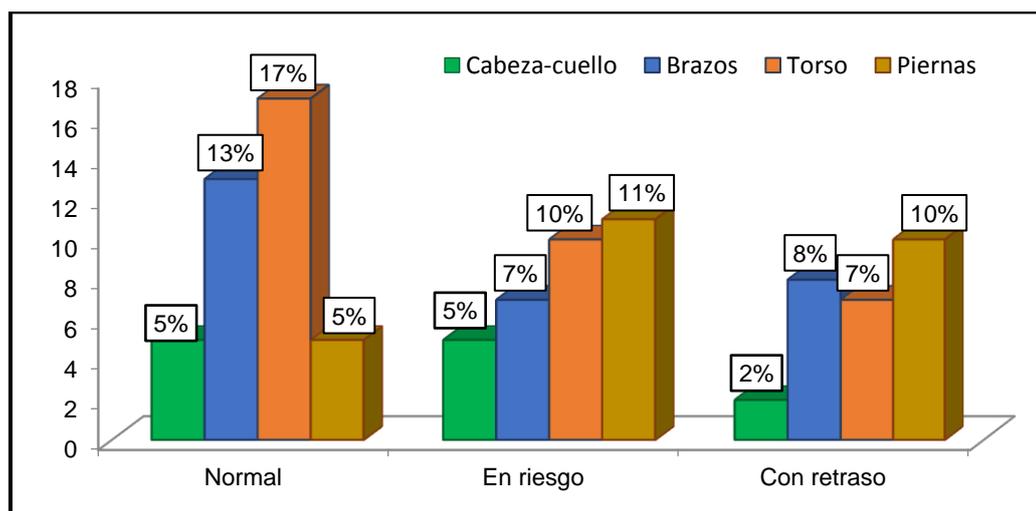
### Perfil Psicomotor de la muestra por áreas corporales comprometidas

Tabla 7: Perfil psicomotor de la muestra por áreas corporales comprometidas

	Desarrollo Psicomotor			Total
	Normal	En riesgo	Con retraso	
Cabeza-cuello	3	3	1	7
Brazos	8	4	5	17
Torso	10	6	4	20
Piernas	3	7	6	16
Total	24	20	16	60

*Fuente: Elaboración Propia*

La tabla N° 7 presenta las áreas corporales afectadas por las quemaduras tenía la muestra y el perfil psicomotor. De los niños que tenían quemadura en la cabeza-cuello, 3 tenían un perfil psicomotor normal, 3 tenían un perfil psicomotor en riesgo y 1 tenía un perfil psicomotor con retraso. De los niños que tenían quemadura en los brazos, 8 tenían un perfil psicomotor normal, 4 tenían un perfil psicomotor en riesgo y 5 tenían un perfil psicomotor con retraso. De los niños que tenían quemadura en el torso, 10 tenían un perfil psicomotor normal, 6 tenían un perfil psicomotor en riesgo y 4 tenían un perfil psicomotor con retraso. De los niños que tenían quemadura en las piernas, 3 tenían un perfil psicomotor normal, 7 tenían un perfil psicomotor en riesgo y 6 tenían un perfil psicomotor con retraso.



**Figura 6: Perfil psicomotor de la muestra por áreas corporales comprometidas**

La figura N° 6 muestra los porcentajes correspondientes.

## Perfil Psicomotor de la muestra por grado de la quemadura

Tabla 8: Perfil psicomotor de la muestra por grado de quemadura

	Desarrollo Psicomotor			Total
	Normal	En riesgo	Con retraso	
Segundo Grado	1	4	0	5
Segundo Grado y Tercer grado	0	2	0	2
Tercer Grado	17	14	16	53
Total	24	20	16	60

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 8 presenta el grado de quemadura que tenía la muestra y el perfil psicomotor. De los niños que tenían quemadura de Segundo Grado, 1 tenía un perfil psicomotor normal, 4 tenían un perfil psicomotor en riesgo y ninguno tenía un perfil psicomotor con retraso. Los 2 niños que tenían quemadura de segundo grado y de tercer grado tenían un perfil psicomotor en riesgo. De los niños que tenían quemadura de tercer grado, 17 tenían un perfil psicomotor normal, 14 tenían un perfil psicomotor en riesgo y 16 tenían un perfil psicomotor con retraso.

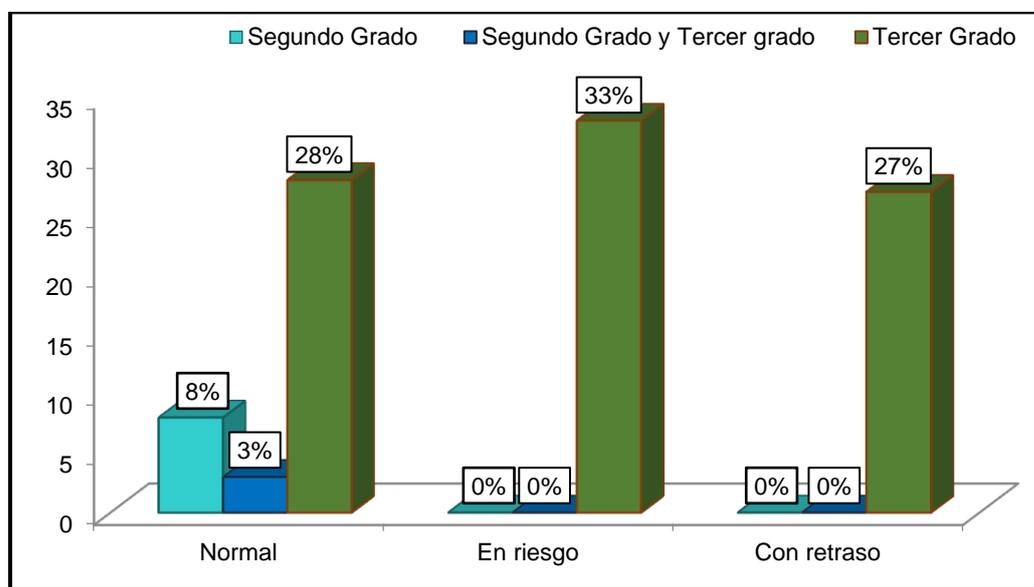


Figura 7: Perfil psicomotor de la muestra por grado de quemadura

La figura N° 7 muestra los porcentajes correspondientes.

## Perfil Psicomotor de la muestra por edad

Tabla 9: Perfil psicomotor de la muestra por edad

	Desarrollo Psicomotor			Total
	Normal	En riesgo	Con retraso	
2 años	14	6	4	24
3 años	4	5	3	12
4 años	5	8	8	21
5 años	1	1	1	3
Total	24	20	16	60

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 9 presenta la evaluación del perfil psicomotor de la muestra respecto a la edad. En los niños que tenían 2 años, 14 presentaron un perfil psicomotor normal, 6 presentaron un perfil psicomotor en riesgo y 4 presentaron un perfil psicomotor con retraso. En los niños que tenían 3 años, 4 presentaron un perfil psicomotor normal, 5 presentaron un perfil psicomotor en riesgo y 3 con retraso. En los niños que tenían 4 años, 5 presentaron un perfil psicomotor normal, 8 presentaron un perfil psicomotor en riesgo y 8 un perfil psicomotor con retraso. En los niños que tenían 5 años, 1 presentó un perfil psicomotor normal, 1 presentó un perfil psicomotor en riesgo y 1 presentó un perfil psicomotor con retraso.

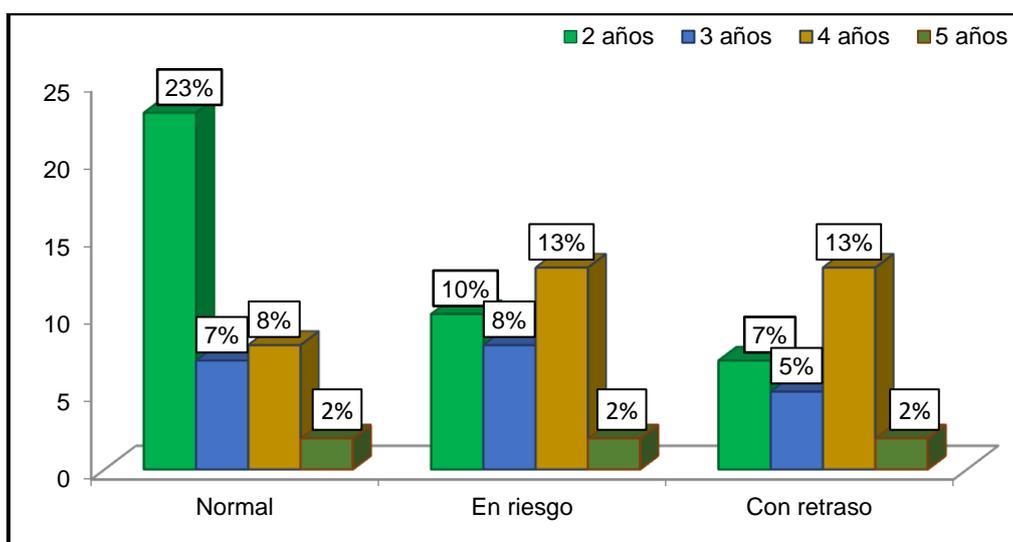


Figura 8: Perfil psicomotor de la muestra por edad

La figura N° 8 muestra los porcentajes correspondientes.

### Perfil Psicomotor de la muestra por sexo

Tabla 10: Perfil psicomotor de la muestra por sexo

	Desarrollo Psicomotor			Total
	Normal	En riesgo	Con retraso	
Masculino	11	8	10	29
Femenino	13	12	6	31
Total	24	20	16	60

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 10 presenta la evaluación del perfil psicomotor de la muestra respecto al sexo. En los niños, 11 tenían un perfil psicomotor normal, 8 tenían un desarrollo psicomotor en riesgo y 10 tenían un desarrollo psicomotor con retraso. En las niñas, 13 tenían un perfil psicomotor normal, 12 tenían un desarrollo psicomotor en riesgo y 6 niñas tenían un perfil psicomotor con retraso.

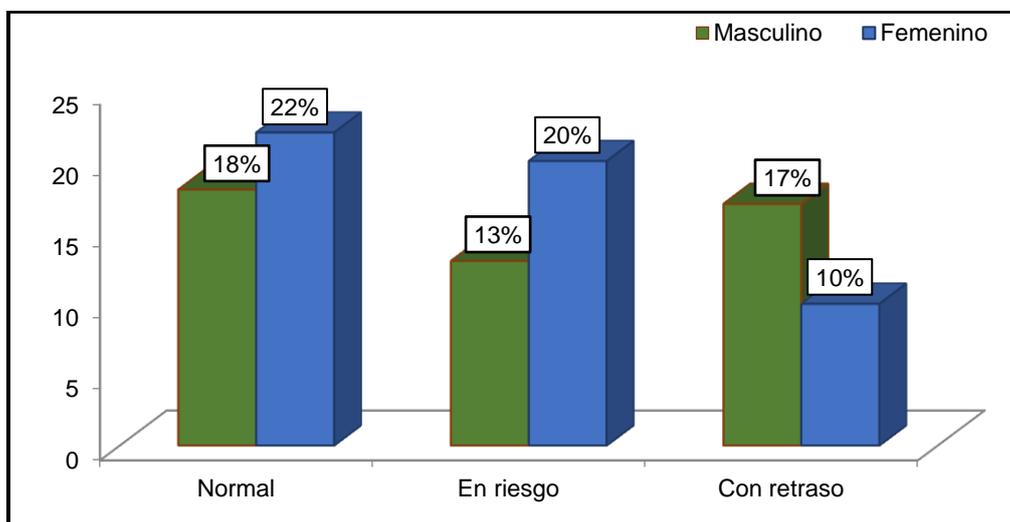


Figura 9: Perfil psicomotor de la muestra por sexo

La figura N° 9 muestra los porcentajes correspondientes.

## Perfil Psicomotor de la muestra por nivel socioeconómico

Tabla 11: Perfil psicomotor de la muestra por nivel socioeconómico

GG	Desarrollo Psicomotor			Total
	Normal	En riesgo	Con retraso	
NSE A	-	-	-	-
NSE B	0	0	1	1
NSE C	23	14	11	48
NSE D	1	6	4	11
Total	24	20	16	60

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 11 presenta la evaluación del perfil psicomotor de la muestra de acuerdo al nivel socioeconómico. Ninguno de los niños pertenecía al nivel socioeconómico A. El único niño que pertenecía al nivel socioeconómico B, presentó un perfil psicomotor con retraso. En los niños que pertenecían al nivel socioeconómico C, 23 presentaron un perfil psicomotor normal, 14 presentaron un perfil psicomotor en riesgo y 11 un perfil psicomotor con retraso. En los niños que pertenecían al nivel socioeconómico D, 1 presentó un perfil psicomotor normal, 6 presentaron un perfil psicomotor en riesgo y 4 presentaron un perfil psicomotor con retraso.

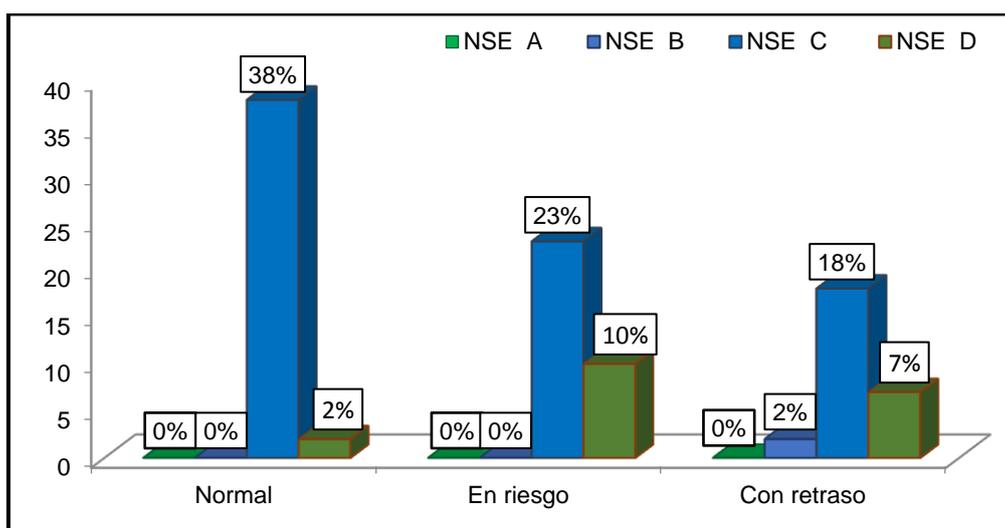


Figura 10: Perfil psicomotor de la muestra por nivel socioeconómico

La figura N° 10 muestra los porcentajes correspondientes.

## 4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Estudio realizado en Colombia (2011). Caracterización del paciente pediátrico quemado en un Hospital infantil de Cartagena. Estudio descriptivo retrospectivo, se revisaron 423 historias clínicas de pacientes con quemadura atendidos entre los años 2005 y 2009 en el único Hospital Infantil del departamento de Bolívar que brinda atención anualmente a más de 50.000 niños de bajos estratos socioeconómico. Se analizaron las siguientes variables: sexo, procedencia, estrato socioeconómico, aseguramiento, estado nutricional se tomó la relación peso y talla, esquema de vacunación, fecha en la cual ocurrió el accidente, compañía durante el accidente, tiempo de atención, tiempo de estancia hospitalaria, agente causal, grado de quemadura, localización, área de superficie total quemada, manejo previo dado en otras instituciones, tratamiento realizado en el Hospital Infantil y las complicaciones.

En el período estudiado se registraron 423 historias de casos con quemaduras, el 65,7% se presentó en el género masculino, el 59,5% pertenece al régimen subsidiado y el 31,1 % de los niños en cuyas historias se reportó el estado nutricional, presentaba desnutrición tipo I. La media de edad fue de 55 meses (DE 45,6); la estancia hospitalaria promedio de los pacientes fue 7 días.

Los líquidos hirvientes (48,1%) y el aceite (18,5%) fue el primer y segundo factor causal de las quemaduras, el 35,8% de los niños presentaron una superficie corporal quemada entre el 11 al 20%, la zona corporal más afectada fue el miembro superior con el 52%, la quemadura de segundo y tercer grado son la más frecuente con el (56%) y (20,7%), respectivamente, 81 niños presentaron quemaduras en diferentes segmento corporales, la combinación más común fue cara, cuello y tronco (39 niños, 48,1%), seguido de la combinación miembro superior, miembro inferior y tronco.

A mayor profundidad de la quemadura mayor es la probabilidad de retracción y contractura dejando secuelas funcionales; si bien más del 50% de pacientes presentó una quemadura superficial, el 30% tuvo quemadura de tercer y cuarto grado, que podrían impactar de manera negativa en el funcionamiento físico, mental y social de los niños; llama la atención que sólo el 17,9% de los pacientes es remitido al servicio de fisioterapia. La intervención fisioterapéutica mediante el ejercicio físico, produce cambios significativos en el funcionamiento físico y social de los niños, asimismo en su salud mental. Es relevante la intervención de este profesional debido a que la población infantil está en el proceso de adquisición de habilidades motrices y las consecuencias de las quemaduras podrían retrasar el desarrollo motriz de niños y niñas.

En comparación con nuestro estudio se pudo determinar que el total de pacientes de la investigación no son remitidos al área de psicomotricidad para la evaluación y posterior tratamiento de las secuelas. En nuestro estudio el 80% de la muestra pertenece al nivel socioeconómico C, la edad promedio de la muestra fue 2 años con una desviación estándar de  $\pm 0,98$ , la zona más afectada fue el torso en un 33%, el 88% de pacientes presentó quemaduras de tercer grado impactando de manera negativa en el perfil psicomotor.

Estudio realizado en Costa Rica. (2014). Efectos de la actividad física en el desarrollo motor de niños con secuelas de quemaduras: El propósito de esta investigación fue establecer los progresos en el desarrollo motor de una niña de tres años y un niño de cuatro años con secuelas de quemaduras ( $> 15\%$  de SC, tipo B), que participaron en un programa de actividad física elaborado por la investigadora durante 4 semanas y en la percepción de los padres con relación al desempeño físico de los niños en sus ambientes. La investigación fue mixta correspondiente a un estudio de caso único (dos casos); de tipo

exploratoria, con dos niños elegidos a conveniencia y con un diseño de medidas repetidas al inicio y al final de la intervención. Los principales resultados evidenciaron mejoras en todas las áreas analizadas, en promedio hubo cambios de 182% en el motor grueso, de 175% en la motora fina adaptativo, de 138% en el personal social y de 164% en el lenguaje; además se encontró coincidencia de estos resultados con las respuestas generadas por ambos padres en éstas 4 categorías en el análisis de interpretación. En comparación con nuestro estudio se encontró que el área más afectada fue el área de motricidad con un retraso de 37% seguido de una población en riesgo de 15% la población evaluada no realiza ningún tipo de terapia asociada a su nivel de riesgo en el perfil psicomotor.

Estudio realizado en Lima (2014). Efectividad del tratamiento con agua en la rehabilitación del paciente quemado. La investigación fue cuantitativa, de diseño pre experimental con pre prueba /post prueba con un solo grupo. Los participantes fueron pacientes con quemaduras de segundo y tercer grado en etapa de proliferación, fase de cicatrización. El ámbito temporal del estudio fue de enero a noviembre del 2013 y el espacial fue la consulta privada. La población estuvo conformada por todos los pacientes que asistieron a la consulta y la muestra la constituyeron los pacientes con quemaduras de segundo y tercer grado, que asistieron a la consulta y que reciben tratamiento de las quemaduras con agua. El tamaño de muestra para una población de 150 con un error de muestreo del 5% y nivel de confianza del 95% fueron 112 pacientes. La unidad de análisis fue un paciente con quemadura de segundo y/o tercer grado atendido con el tratamiento con agua. La edad promedio ( $\pm$ desviación estándar) fue de 4.3 (3.8) años. La edad predominante fue de

niños de 1.5 a 3 años (42.9%), siendo ligeramente más frecuente el género femenino (52.7%)

Por los resultados mostrados se puede afirmar la efectividad del tratamiento de rehabilitación y los beneficios de la utilización del agua en el paciente con quemaduras de segundo y tercer grado. Asimismo, se concluyó en esta investigación que en relación al lugar de procedencia de los pacientes, la gran mayoría pertenece al cono norte (Puente Piedra, asentamientos humanos) así como a la zona histórica donde se encuentran los distritos más pobres de Lima, y es precisamente en estas donde ocurrieron la mayoría de accidentes por quemaduras (28.6% y 18.8 respectivamente).

En comparación con nuestro estudio se observa que la edad promedio de las quemaduras es de 2 años con un 40%, y que el nivel socioeconómico predominante es el C en un 88% de la población evaluada, y que el sexo más representativo fue el femenino en un 52% la cual no realiza ningún tipo de actividad psicomotriz dentro de su plan de tratamiento.

### 4.3. CONCLUSIONES

- La presente investigación evidencia que un gran porcentaje de la muestra (36%) presenta retraso en el área de motricidad, asimismo, las otras áreas del perfil motor también presentan valores elevados de retraso, 22% en el área de coordinación y 10 % en el área de lenguaje. En consecuencia, se concluye que existe la necesidad de abordar el tratamiento de los pacientes pediátricos quemados con sesiones complementarias de psicomotricidad, con el objeto de reducir los efectos que trae el retraso psicomotor en los diversos aspectos de la vida presente y futura del niño.
- El elevado porcentaje de pacientes con secuela de quemadura que presentan retrasos en su perfil psicomotor se debe a la naturaleza del tratamiento, el mismo que implica períodos prolongados de discapacidad tanto física como de salud, limitación de actividades, aislamiento del ambiente social, escolar y muchas veces familiar; esta situación interrumpe los estímulos necesarios para un correcto desarrollo psicomotor de los pacientes con secuelas de quemaduras, ello conlleva a alteraciones y retrasos considerables del perfil motor.
- La probabilidad que tienen los paciente de sufrir un retraso en el perfil psicomotor según su tiempo de evolución se encuentra alrededor del 8%, un valor relativamente alto para los estándares en salud, sin embargo, los pacientes que tienen un tiempo de evolución superior a 12 meses, presentan solo el 2% de probabilidad de sufrir retraso; esto se debe a que el primer grupo de pacientes (de 3 a 12 meses de tiempo de evolución) se encuentra en la parte del tratamiento donde generalmente

se interrumpen las actividades físicas y sociales. Nuestro estudio también arroja que la parte más representativa de la muestra fue entre 3 a 6 meses de evolución con un 19 % de la población estudiada presenta un retraso en el perfil psicomotor, seguida de un 8% de la población en riesgo y un 29% en estado normal lo cual genera los retrasos en su perfil psicomotor, evidenciados en las estadísticas del presente estudio; mientras que los pacientes que tienen un tiempo de evolución superior a 12 meses, se encuentran en la parte del tratamiento que requiere menos control de sus actividades. Con ello concluimos que los pacientes con secuela de quemaduras que requieren sesiones de psicomotricidad son principalmente aquellos que tienen un tiempo de evolución que comprende de los 3 a los 12 meses.

- Se logró determinar que el 10% de la población con quemaduras del miembro inferior presenta retrasos en el perfil psicomotor, seguido del brazo y el torso con 8 y 7% respectivamente, mientras que el retraso en el perfil psicomotor debido a quemaduras en cabeza-cuello solo afecta al 2% de los pacientes; esto se debe a que los segmentos corporales de los miembros superiores e inferiores tienen una importante participación en la locomoción y las actividades de vida diaria, lo que afecta en mayor medida a las actividades que estimulan el desarrollo psicomotor de los niños.
- Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor según grado de quemadura, encontrando en la muestra que un 33% de la población en la escala de tercer grado de quemadura presenta retraso en su perfil psicomotor, seguida de un 27% en riesgo esto se debe a la profundidad de la quemadura la cual limita al niño en sus actividades físicas y

sociales por ser muy agresiva y difícil de manejar dentro del protocolo de atención.

- Se determinó que la frecuencia del perfil psicomotor según la edad de 3 años fue del 13% tanto para retraso y riesgo en el perfil psicomotor seguida la edad de 4 años con 8% en riesgo y 5% de retraso en su perfil de desarrollo psicomotor. Predominado la edad entre 3 a 4 años en riesgo lo cual nos indica que mientras el niño sea más pequeño mayor es el riesgo de sufrir retrasos en su desarrollo normal.
- Se logró determinar que la frecuencia del perfil psicomotor según sexo fue el femenino con 20% en riesgo en su perfil psicomotor y el 10% con retraso, también se encontró que el sexo masculino predominaba con un 17% con un retraso en el perfil de desarrollo psicomotor, este fenómeno puede deberse a los roles que el sexo femenino tiene en su medio ambiente, a sus procesos de juego que difiere dependiendo de la edad del sexo masculino.
- Se logró determinar que la población del nivel socioeconómico C presenta la mayor probabilidad de presentar retrasos en el perfil psicomotor con 18%, en riesgo seguido del nivel D. Esto se debe a que el hogar de donde proviene la mayoría de la población del estudio pertenece a un estrato en pobreza y pobreza extrema que sumado a la falta de estímulos dentro de su medio ambiente por parte de los padres, los bajos salarios que conllevan a un mal manejo del tratamiento, la falta de educación de los padres, la ausencia de servicios básicos y otras situaciones propias de este estrato social, no permiten la aplicación

correcta del tratamiento, dilatando el periodo de recuperación y restringiendo la actividad física del paciente.

#### **4.4. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda modificar el Protocolo de atención del niño con secuelas de quemaduras, para incluir sesiones de psicomotricidad que prevengan o recuperen las capacidades de los pacientes quemados, que conduzcan a una rehabilitación integral, teniendo en cuenta que el normal desarrollo de la motricidad sienta las bases para un buen desempeño escolar y social del niño.
- Se recomienda desarrollar investigaciones puntuales que establezcan los parámetros y características de las sesiones de psicomotricidad necesarias para la recuperación integral de este tipo de pacientes.
- Se recomienda realizar una evaluación integral del perfil motor de los niños con secuela de quemaduras, sobretodo de aquellos que tienen un tiempo de evolución de 3 a 12 meses, con el objeto de evidenciar y corregir los retrasos que se pudieran presentar.
- Se recomienda realizar un plan de intervención multidisciplinaria inmediata dando énfasis al área de motricidad y coordinación respetando las características de la edad de cada niño.
- Se recomienda realizar talleres de prevención con ayuda de los padres y su entorno ya que los niños con esa condición se reprimen y aíslan. Disminuyendo a la vez sus capacidades y habilidades motrices.

- Se recomienda buscar apoyo de instituciones sin fines de lucro, públicas y privadas que nos ayuden a garantizar la cobertura total de las necesidades del tratamiento de quemaduras y paralelamente insertarlos en aulas de psicomotricidad acondicionadas especialmente para ese tipo de población.
- Se recomienda mejorar los protocolos de atención, incorporar nuevas variables, diseñar políticas públicas, identificar población diana y realizar trabajo en la comunidad que permitan un adecuado manejo del desarrollo del niño.
- Se recomienda la capacitación constante del personal de salud que atiende a la población infantil con secuela de quemadura para que de esta manera identifiquen oportunamente las posibles conductas inadecuadas en el desarrollo normal del perfil psicomotor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. E P. Valoración del estado psicomotor de los niños preescolares del Hogar infantil ormanza de la comuna nor oriental de Pereira mediante el test de tepsi. Universidad Tecnologica de Pereira. 2009.
2. SALUD OMDL. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>. [Online].; 2014 [cited 2016 AGOSTO].
3. Montezuma Paz LE, Paez Franco I, Jimenez Gonzales S. Epidemiología de las quemaduras. REVISTA DE ESPECIALIDADES MEDICO QUIRURGICAS. 2015 marzo; 20(1): p. 78-82.
4. Molero AdL. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Trastornos generalizados del desarrollo. PEDIATRIA ATENCION PRIMARIA. 2011 noviembre; vol 66((20):127-9.): p. 127.
5. Andrades P, Benitez S, Prado A. Recomendaciones para el manejo de cicatrices hipertróficas y queloides. REVISTA CHILENA DE CIRUGIA. 2006 ABRIL; 58(2): p. 78-88.
6. CARDONA B F, ECHEVERRI L A, FORERO J, GARCIA R. C, GOMEZ L C, GOMEZ O. C, et al. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMA POR QUEMADURAS EN LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UN HOSPITAL INFANTIL. MANIZALES. REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA. 2007 ABRIL; 55(2).
7. ALBORNOZ C, VILLEGAS J, PEÑA V, WHITTLE S. Epidemiología del paciente gran quemado adulto en Chile: experiencia del Servicio de Quemados del Hospital de la Asistencia Pública de Santiago. REVISTA MEDICA CHILENA. 2013 FEBRERO; 141(2): p. 141: 181-186.
8. ATALAH S. E, CORDERO V. M, GUERRA Z. ME, CARRASCO M X, QUEZADA L. S. Monitoreo de los indicadores del Programa "Chile Crece Contigo" 2008-2011. REVISTA CHILENA DE PEDIATRIA. 2014 OCTUBRE; 85(5).
9. BUENO FERNANDEZ. Atención al paciente con quemaduras. MASON ed. BARCELONA: MASON; 2005.
10. LORENZO TAPIA. CUIDADOS EMFERMEROS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS ESPAÑA: VERTICE; 2008.
11. MESONERO VALHONDO A. Psicología del desarrollo y de la educación en la edad escolar EDIUNO , editor. EDIUNO: EDIUNO; 2000.
12. GENTO PALACIOS , FERRANDIZ VINDEL I, ORDEN GUTIERREZ VJ. Educación física para el tratamiento educativo de la diversidad MADRID: UNED; 2011.

13. RIOS M.. Manual de Educación Física adaptada al alumno con discapacidad. BARCELONA: PAIDOTRIBO; 2005.
14. CANOVAS MARTINEZ. , SANCHEZ JOYA. , ROLDAN TAPIA.. Retraso mental y psicomotor en la primera infancia: Revisión de la literatura y propuesta de un protocolo de valoración neuropsicológica. CUADERNOS DE NEUROPSICOLOGIA. 2010 DICIEMBRE; 4(2 Pag 162-185).
15. CABEZUELO G, FRONTERA P. EL DESARROLLO PSICOMOTOR DESDE LA INFANCIA HASTA LA ADOLESCENCIA GLORIA C, editor. ESPAÑA: NARCEA; 2010.
16. CORTES MONDRAGON , DONAGIO C, SUEGRAS VALVERDE. Metodologías del lenguaje- Estimulación precoz. SEGUNDA ed. LIMA: ANTUNEZ DE MAYOLO; 2006.
17. LLEIXA ARRIBAS T. LA EDUCACION FISICA DE 3 A 8 AÑOS. 8th ed. BARCELONA: PAIDOTRIBO; 2004.
18. ANAYA D, HERNANDEZ ESCOLAR Y, PUELLO AM, DE LAS SALAS M. Caracterización del paciente pediátrico quemado en un hospital infantil de Cartagena CARTAGENA: UNIVERSIDAD DE MANIZALES; 2015.
19. BRENES GARITA E. EFECTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL DESARROLLO MOTOR DE NIÑOS CON SECUELA DE QUEMADURAS.DOS CASOS CLINICOS. BRENES GARITA E, editor. Costa rica: Universidad Nacional Heredia ; 2014.
20. GORRITI REY C, BELLO VIDAL C, LAGOS CASTILLO M. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON AGUA EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE QUEMADO. REVISTA DE LA UNIVERSIDAD FEDERICO VILLAREAL. 2014 ABRIL; 2(1).
21. HAEUSSLER P. M, MARCHANT O. T. TEPESI. EDICIONES UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE ed. HAEUSSLER P. M, editor. CHILE: EDICIONES UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE; 1990.
22. NIÑO INSD. <http://www.insn.gob.pe/>. [Online].; 2013 [cited 2016 AGOSTO. Available from: <http://www.insn.gob.pe/>.



## I. SUBTEST COORDINACION

- 1 C TRASLADA AGUA DE UN VASO A OTRO SIN DERRAMAR (Dos vasos)  
 2 C CONSTRUYE UN PUENTE CON TRES CUBOS CON MODELO PRESENTE (Seis cubos)  
 3 C CONSTRUYE UNA TORRE DE 8 O MAS CUBOS (Doce cubos)  
 4 C DESABOTONA (Estuche)  
 5 C ABOTONA (Estuche)  
 6 C ENHEBRA UNA AGUJA (Aguja de lana; hilo)  
 7 C DESATA CORDONES (Tablero c/cordón)  
 8 C COPIA UNA LINEA RECTA (Lám. 1; lápiz; reverso hoja reg.)  
 9 C COPIA UN CIRCULO (Lám. 2; lápiz; reverso hoja reg.)  
 10 C COPIA UNA CRUZ (Lám. 3; lápiz; reverso hoja reg.)  
 11 C COPIA UN TRIANGULO (Lám. 4; lápiz; reverso hoja reg.)  
 12 C COPIA UN CUADRADO (Lám. 5; lápiz; reverso hoja reg.)  
 13 C DIBUJA 9 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)  
 14 C DIBUJA 6 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)  
 15 C DIBUJA 3 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)  
 16 C ORDENA POR TAMAÑO (Tablero; barritas)
- TOTAL SUBTEST COORDINACION: PB



## II. SUBTEST LENGUAJE

- 1 L RECONOCE GRANDE Y CHICO (Lám. 6) GRANDE \_\_\_\_ CHICO \_\_\_\_  
 2 L RECONOCE MAS Y MENOS (Lám. 7) MAS \_\_\_\_ MENOS \_\_\_\_  
 3 L NOMBRA ANIMALES (Lám. 8)  
 GATO ..... PERRO ..... CHANCHO ..... PATO .....  
 PALOMA ..... OVEJA ..... TORTUGA ..... GALLINA .....  
 4 L NOMBRA OBJETOS (Lám. 5)  
 PARAGUAS ..... VELA ..... ESCOBA ..... TETERA .....  
 ZAPATOS ..... RELOJ ..... SERRUCHO ..... TAZA .....  
 5 L RECONOCE LARGO Y CORTO (Lám. 1) LARGO \_\_\_\_ CORTO \_\_\_\_  
 6 L VERBALIZA ACCIONES (Lám. 11)  
 CORTANDO ..... SALTANDO .....  
 PLANCHANDO ..... COMIENDO .....  
 7 L CONOCE LA UTILIDAD DE OBJETOS  
 CUCHARA ..... LAPIZ ..... JABON .....  
 ESCOBA ..... CAMA ..... TIJERA .....  
 8 L DISCRIMINA PESADO Y LIVIANO (Bolsas con arena y esponja)  
 PESADO ..... LIVIANO .....  
 9 L VERBALIZA SU NOMBRE Y APELLIDO  
 NOMBRE ..... APELLIDO .....  
 10 L IDENTIFICA SU SEXO .....  
 11 L CONOCE EL NOMBRE DE SUS PADRES  
 PAPA ..... MAMA .....  
 12 L DA RESPUESTAS COHERENTES A SITUACIONES PLANTEADAS  
 HAMBRE ..... CANSADO ..... FRIO .....  
 13 L COMPRENDE PREPOSICIONES (Lápiz)  
 DETRAS ..... SOBRE ..... BAJO .....

<input type="checkbox"/>	14 L	RAZONA POR ANALOGIAS OPUESTAS HIELO ..... RATON ..... MAMA .....
<input type="checkbox"/>	15 L	NOMBRA COLORES (Papel lustre azul, amarillo, rojo) AZUL ..... AMARILLO ..... ROJO .....
<input type="checkbox"/>	16 L	SEÑALA COLORES (Papel lustre amarillo, azul, rojo) AMARILLO ..... AZUL ..... ROJO .....
<input type="checkbox"/>	17 L	NOMBRA FIGURAS GEOMETRICAS (Lám. 12) ○ ..... □ ..... △ .....
<input type="checkbox"/>	18 L	SEÑALA FIGURAS GEOMETRICAS (Lám. 12) □ ..... △ ..... ○ .....
<input type="checkbox"/>	19 L	DESCRIBE ESCENAS (Láms. 13 y 14) 13 ..... ..... 14 ..... .....
<input type="checkbox"/>	20 L	RECONOCE ABSURDOS (Lám. 15) .....
<input type="checkbox"/>	21 L	USA PLURALES (Lám. 16) .....
<input type="checkbox"/>	22 L	RECONOCE ANTES Y DESPUES (Lám. 17) ANTES ..... DESPUES .....
<input type="checkbox"/>	23 L	DEFINE PALABRAS MANZANA ..... PELOTA ..... ZAPATO ..... ABRIGO .....
<input type="checkbox"/>	24 L	NOMBRA CARACTERISTICAS DE OBJETOS (Pelota, globo inflado; bolsa arena) PELOTA ..... GLOBO INFLADO ..... BOLSA .....
<input type="checkbox"/>		TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB

<b>III. SUBTEST MOTRICIDAD</b>		
<input type="checkbox"/>	1 M	SALTA CON LOS DOS PIES JUNTOS EN EL MISMO LUGAR
<input type="checkbox"/>	2 M	CAMINA DIEZ PASOS LLEVANDO UN VASO LLENO DE AGUA (Vaso lleno de agua)
<input type="checkbox"/>	3 M	LANZA UNA PELOTA EN UNA DIRECCION DETERMINADA (Pelota)
<input type="checkbox"/>	4 M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 10 SEG. O MAS
<input type="checkbox"/>	5 M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 5 SEG. O MAS
<input type="checkbox"/>	6 M	SE PARA EN UN PIE 1 SEG. O MAS
<input type="checkbox"/>	7 M	CAMINA EN PUNTA DE PIES SEIS O MAS PASOS
<input type="checkbox"/>	8 M	SALTA 20 CMS CON LOS PIES JUNTOS (Hoja reg.)
<input type="checkbox"/>	9 M	SALTA EN UN PIE TRES O MAS VECES SIN APOYO
<input type="checkbox"/>	10 M	COGE UNA PELOTA (Pelota)
<input type="checkbox"/>	11 M	CAMINA HACIA ADELANTE TOPANDO TALON Y PUNTA
<input type="checkbox"/>	12 M	CAMINA HACIA ATRAS TOPANDO PUNTA Y TALON
<input type="checkbox"/>		TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB

## **ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **Título:**

**“PERFIL PSICOMOTOR EN NIÑOS CON SECUELAS DE QUEMADURAS ATENDIDOS EN SERVICIO DE REHABILITACION FISICA Y QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO”**

**TAKACS TELLO MARILYN**

### **INTRODUCCION:**

Siendo egresada de la Universidad Alas Peruanas, declaró que en este estudio se pretende evaluar el perfil psicomotor en niños con secuelas de quemaduras atendidas en el servicio de Rehabilitación Física y Quemados del INSN, para lo cual Ud. está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una entrevista personal y evaluación que constará de la aplicación del test de desarrollo psicomotor TEPSI que evaluara el perfil psicomotor del niño.

La participación de su hijo(a) será por única vez.

### **Riesgos**

No hay riesgo para usted o su hijo(a) ya que las fichas a utilizarse en el momento de su evaluación serán el instrumento de evaluación psicomotora TEPSI y una ficha de recolección de datos los cuales nos facilitaran la evaluación.

### **Beneficios**

Los resultados de su evaluación contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación en la que se encuentra la población infantil con secuelas de quemaduras con respecto al perfil psicomotor según las variables.

### **Confidencialidad**

Para tal efecto, se le realizará una evaluación personal que constará de la aplicación del test psicomotor TEPSI para niños de 2 a 5 años para valorar el grado de evolución en las áreas psicomotoras que presenta el paciente con secuelas de quemaduras.

No se compartirá la identidad de las personas que participen en esta investigación. La información recolectada en este estudio acerca de usted, será puesta fuera de alcance; y nadie sino solo la investigadora, tendrá acceso a ella.

Asimismo, se le asignará un código para poder analizar la información sin el uso de sus datos personales. Solo la investigadora sabrá cuál es su código. La información física (fichas) y virtual (CD) se mantendrán encerrados en un casillero con llave, al cual solo tendrá acceso la investigadora. No será compartida ni entregada a nadie.

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

Egresado: Takacs Tello Marilyn

E-mail: [matakacste2016@hotmail.com](mailto:matakacste2016@hotmail.com)

Teléfono: Celular: 989687379 56

Dirección: Av .Manuel Irribarren 1280 Surquillo

Asesor de Tesis: Lic.TM TF Humberto Morales Gozar.

Teléfono Celular: 995656436.

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad, al teléfono 01 4335522 Anexo \_\_\_\_\_

**Declaración del Participante e Investigadores**

- Yo, \_\_\_\_\_, declaro que mi participación en este estudio es voluntaria.
- Los investigadores del estudio declaramos que la negativa de la persona a participar y su deseo de retirarse del estudio no involucrará ninguna multa o pérdida de beneficios.

**Costos por mi participación**

El estudio en el que Ud. participa no involucra ningún tipo de pago.

**Número de participantes**

Este es un estudio participarán todos los pacientes de forma voluntaria que asistan al servicio de rehabilitación física y quemados del INSN.

**¿Por qué se me invita a participar?**

El único motivo para su participación es porque su hijo(a) forma parte de la población que acude al Servicio de Rehabilitación física y quemados del INSN.

Yo: \_\_\_\_\_,

Identificada con N° de Código: \_\_\_\_\_

**Doy consentimiento** al equipo de investigadores para hacerme una entrevista personal, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

SI  NO

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

SI  NO

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
INVESTIGADOR

### ANEXO 3: ASENTIMIENTO INFORMADO

#### Declaración del Participante e Investigadores

- Yo, \_\_\_\_\_, declaro que mi participación en este estudio es voluntaria.
- Los investigadores del estudio declaramos que la negativa de la persona a participar y su deseo de retirarse del estudio no involucrará ninguna multa o pérdida de beneficios.

#### Costos por mi participación

El estudio en el que Ud. participa no involucra ningún tipo de pago.

#### Número de participantes

Este es un estudio participarán todos los pacientes de forma voluntaria que asistan al servicio de rehabilitación física y quemados del INSN.

#### ¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque su hijo(a) forma parte de la población que acude al Servicio de Rehabilitación física y quemados del INSN.

Yo: \_\_\_\_\_,

Identificada con N° de Código: \_\_\_\_\_

**Doy consentimiento** al equipo de investigadores para hacerme una entrevista personal, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

SI  NO

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

SI  NO

\_\_\_\_\_  
Firma o huella del participante

\_\_\_\_\_  
INVESTIGADOR

## ANEXO 4: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>VARIABLES DE ESTUDIO</b>	
<b>TIEMPO DE EVOLUCION</b>	
• 3 a 6 meses	<input type="checkbox"/> .....
• 6 a 9 meses	<input type="checkbox"/> .....
• 9 meses a 1 año	<input type="checkbox"/> .....
• 1 año a 1 año y medio	<input type="checkbox"/> .....
<b>COMPROMISO DE SEGMENTOS(AREA):</b>	
Cabeza y cuello 9% <input type="checkbox"/>	Piernas 36% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Brazos 18% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Periné 1% <input type="checkbox"/>
Torso 36% <input type="checkbox"/>	
<b>GRADO DE QUEMADURA:</b>	
Segundo grado moderado <input type="checkbox"/>	Tercer grado <input type="checkbox"/>
<b>EDAD</b> _____ años	
<b>SEXO</b>	
• Femenino <input type="checkbox"/>	
• Masculino <input type="checkbox"/>	
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	
• NSE A <input type="checkbox"/>	
• NSE B <input type="checkbox"/>	
• NSE C <input type="checkbox"/>	
• NSE D <input type="checkbox"/>	

**ANEXO 5: SEGMENTOS CON SECUELA DE QUEMADURAS Y GRADOS**  
**MIEMBRO SUPERIOR:**



Quemadura  
3er grado



Quemadura de  
3er grado



Quemadura  
2do grado



Quemadura de  
3er grado



Quemadura  
3er grado



Quemadura  
2do grado



Quemadura  
3er grado

TORSO:



Quemadura  
2do grado



Quemadura  
3er grado



Quemadura  
2do grado



Quemadura  
2do y tercer  
grado

MIEMBRO INFERIOR:



Quemadura  
de 3er grado



Quemadura  
2do grado

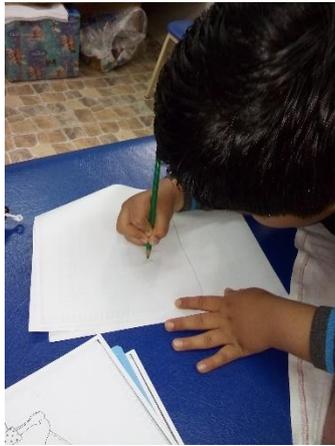


Quemadura  
3er grado



Quemadura  
3er grado

PRUEBA TEPSI REALIZADA:



Fotografías aprobadas para publicación previa autorización de los padres.



## ANEXO 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA

### “PERFIL PSICOMOTOR EN NIÑOS CON SECUELAS DE QUEMADURAS ATENDIDOS EN SERVICIO DE REHABILITACION FISICA Y QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p><b>Problema General</b> ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuelas de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, Breña 2016”?</p> <p><b>Problemas Específicos:</b> ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según tiempo de evolución? ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según Compromiso de segmentos? ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según Grado de Quemadura? P3: ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuelas de quemaduras atendidos en el servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2016 según edad? P4: ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuelas de quemaduras atendidos en el servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2016 según sexo? P5: ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuelas de quemaduras atendidos en el servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2016 según nivel socioeconómico?</p>	<p>Objetivo General ¿Conocer la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño?</p> <p><b>1.3.2 Objetivos Específicos</b> ¿Establecer la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según tiempo de evolución? ¿Establecer la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según Compromiso de segmentos? ¿Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según Grado de Quemadura? ¿Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según edad? ¿Establecer la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según sexo? ¿Describir la frecuencia del perfil psicomotor en niños con secuela de quemaduras atendidos en Servicio de Rehabilitación Física y Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño según nivel socioeconómico?</p>	<p>PERFIL PSICOMOTOR</p> <p>TIEMPO DE EVOLUCION</p> <p>COMPROMISO DE SEGMENTOS</p> <p>GRADO DE QUEMADURA</p> <p>EDAD</p> <p>SEXO</p> <p>NIVEL SOCIOECONOMICO</p>	<p>COORDINACION LENGUAJE MOTRICIDAD</p> <p>3 A 6 MESES 6 A 9 MESES 9 A 12 MESES</p> <p>Cabeza-cuello 9% Brazos 18% Torso 36% Piernas 36% Periné 1%</p> <p>Segundo grado Tercer grado</p> <p>Rango de edad 2 a 5 años</p> <p>MASCULINO FEMENINO</p> <p>NIVEL A NIVEL B NIVEL C NIVEL D</p>	<p>TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR TEPSI</p> <p>NORMALIDAD: Mayores o iguales a 40 puntos</p> <p>RIESGO: 30 a 40 puntos</p> <p>RETRASO: 20 a 30 puntos</p> <p>FICHA DE RECOLECCION DE DATOS</p>	<p>Estudio Descriptivo</p> <p>Transversal</p> <p><b>POBLACIÓN:</b> Todos los pacientes niños con secuelas de quemadura atendidos en el servicio de rehabilitación física y quemados del INSN, 2016. (N = 95)</p> <p><b>MUESTRA:</b> Todos los pacientes niños con secuela de quemaduras atendidos en el servicio de rehabilitación física y quemados del INSN, 2016. (N = 60)</p>

