



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

**ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**TESIS**

**DISPLASIA DE CADERA Y DESARROLLO  
PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE  
LA CLINICA SAN JUAN DE DIOS LIMA 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO TECNÓLOGO  
MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER**

**ALANOCA CHAYÑA, JOCELYN**

**ASESOR**

**MARTINES CAUTIN, NOEMI**

**LIMA – PERÚ**

**2017**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**ALANOCA CHAYÑA JOCELYN**

**“DISPLASIA DE CADERA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS  
DE 2 A 5 AÑOS DE LA CLINICA SAN JUAN DE DIOS LIMA 2017”**

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

2017

## **DEDICATORIA**

Se dedica este trabajo a:

A mis padres; a pesar de la distancia siempre me han estado apoyando en el trayecto de la culminación de la tesis. Gracias a los dos por todo el esfuerzo y dedicación.

A mis hermanos; por apoyarme en todo el trayecto de mi vida académico profesional. Así ser para mi hermana menor un ejemplo a seguir en su etapa universitaria.

A todos los que me apoyaron familiares y docentes y amigos.

## **AGRADECIMIENTO**

Se agradece por la contribución para la culminación de la tesis:

Agradezco es a Dios y a la Virgen del Carmen, por haberme permitido concluir mi investigación.

Agradezco a mi asesora de tesis por impartirme valentía y coraje y brindarme sus conocimientos confianza, sobre todo apoyarme.

Agradezco a la Universidad por impartirnos conocimientos y prepararnos para ser buenos profesionales en bienestar de la población.

## RESUMEN

Esta investigación tiene como **Objetivo:** determinar la relación displasia de cadera y desarrollo psicomotor en niños de 2 a 5 años de la clínica San Juan de Dios – Lima; 2017. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio Descriptivo de tipo relacional de corte Transversal en el periodo diciembre del 2016 a marzo de 2017. La muestra estuvo conformada por 170 niños(a) que presentaban el diagnóstico de displasia de cadera que fueron atendidos en el Servicio de Terapia Ortopédica, el instrumento utilizado fue el Test del desarrollo Psicomotor (TEPSI). **Resultados:** Se determinó la asociación entre dos variables a través de la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson y la asociación entre dos variables respecto a una tercera, mediante la elaboración de un modelo logístico lineal considerándose estadísticamente significativo los valores de  $p < 0,05$ . **Conclusiones:** se evaluó a 170 niños(a). el 97.1% estuvo conformado por niñas con un rango de edades de 2 a 4 años, el 58% conformado por niños (a) de 3 años. Según la evaluación realizada con TEPSI, se observó que la mayoría de la muestra presenta un desarrollo normal, El área más afectada fue la coordinación que presenta un riesgo del 38.8% y con un retraso del 14.7%, seguida del área menos afectada, fue el lenguaje presentando un riesgo del 24.7% y un retraso del 1.2% según el tiempo de tratamiento de 12 a 18 meses; el 35% presentan normalidad, 26% riesgo, 4% retraso .A mayor tiempo de tratamiento tendrá mejores resultados en el desarrollo psicomotor.

**Palabras Clave:** Displasia de cadera. Desarrolló Psicomotor, Terapia Física y Rehabilitación.

## ABSTRACT

This research aims to determine the relationship between hip dysplasia and psychomotor development in children aged 2 to 5 years of the San Juan de Dios - Lima clinic; 2017. Material and Methods: A cross-sectional, relational-type descriptive study was carried out between December 2016 and March 2017. The sample consisted of 170 children (a) who presented the diagnosis of hip dysplasia that were attended in The instrument used was the Psychomotor Development Test (TEPSI). RESULTS: The association between two variables was determined through the Pearson Chi-square test and the association between two variables with respect to a third, ( $P < 0.05$ ). Conclusions: 170 children were evaluated (a). 97.1% were girls with a age range of 2 to 4 years. 58% made up of children (a) of 3 years. According to the evaluation carried out with TEPSI, it was observed that the majority of the sample had a normal development. The most affected area was coordination with a 38.8% risk and a delay of 14.7%, followed by the area less affected. Language presenting a risk of 24.7% and a delay of 1.2% according to the treatment time of 12 to 18 months; 35% present normality, 26% risk, 4% delay. The longer treatment time will have better results in psychomotor development.

Palabras Clave: Hip dysplasia. Developed Psychomotor, Physical Therapy and Rehabilitation.

## INDICE

CARATULA.....	1
HOJA DE APROBACIÓN.....	2
DEDICATORIA .....	3
AGRADECIMIENTO .....	4
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION .....	10
1.1 Planteamiento del Problema:.....	11
<b>1.2 Formulación del Problema:</b> .....	12
<b>1.2.1 Problema General:</b> .....	12
<b>1.3 Objetivos:</b> .....	13
<b>1.3.1 Objetivo General:</b> .....	13
<b>1.3.2 Objetivo Especifico</b> .....	13
<b>1.4 Hipótesis</b> .....	14
1.4.1 Hipótesis General .....	14
<b>1.4.2 Hipótesis Especifica</b> .....	14
<b>1.5 Justificación:</b> .....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	17
<b>2.1. Bases Teóricas:</b> .....	18
<b>2.1.1 DISPLASIA DE CADERA:</b> .....	18
<b>2.1.2 DESARROLLO PSICOMOTOR:</b> .....	20
<b>2.2. Antecedentes:</b> .....	24
<b>2.2.1. Antecedentes Internacionales:</b> .....	24
<b>2.2.2. Antecedentes Nacionales:</b> .....	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....	29
<b>3.1. Diseño del Estudio:</b> .....	30
<b>3.2. Población:</b> .....	30
<b>3.3. Muestra:</b> .....	31
<b>3.4. Operacionalización de Variables:</b> .....	31
<b>3.5. Procedimientos y Técnicas:</b> .....	32
<b>3.6. Plan de Análisis de Datos:</b> .....	34
CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS .....	36

4.1. Resultados:.....	37
4.2 Discusión de Resultados.....	54
<b>4.3 Conclusiones:</b> .....	57
4.4 Recomendaciones:.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59
ANEXOS .....	63
MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	86
LISTA DE TABLAS.....	88
Tabla N° 1: Edad promedio de la muestra .....	88
Tabla N° 2: Edad etárea de la muestra.....	88
Tabla N° 3: Sexo de la muestra .....	88
Tabla N° 4: Displasia de cadera que presento la muestra.....	88
Tabla N° 5: Distribución según el tiempo de tratamiento .....	89
Tabla N° 6: Desarrollo del área de coordinación.....	89
Tabla N° 7: Desarrollo del área de motricidad .....	89
Tabla N° 8: Desarrollo del área de lenguaje .....	90
Tabla N° 9: Desarrollo psicomotor de la muestra.....	90
Tabla N° 10: Desarrollo psicomotor de la muestra por sexo .....	90
Tabla N° 11: Desarrollo psicomotor de la muestra por edad .....	90
Tabla N° 12: Desarrollo psicomotor de la muestra por el tiempo de tratamiento.....	91
Tabla N° 13: Displasia de cadera y desarrollo psicomotor.....	91
Tabla N° 14: Prueba del Chi – Cuadrado.....	91
Tabla N°15: Modelo logístico Lineal.....	92
Tabla N° 16: Modelo Logístico Lineal.....	92
Tabla N° 17: Modelo Logístico Lineal .....	92
.....	92
LISTA DE GRÁFICOS .....	93
Gráfico N° 1: Edad etaria de la muestra .....	93
Gráfico N° 2: Sexo de la muestra .....	93
Gráfico N° 3: Displasia de cadera que presento la muestra.....	93
Gráfico N° 4: Distribución por tiempo de tratamiento .....	94
Gráfico N° 5: Desarrollo del área de coordinacion.....	94
Gráfico N° 6: Desarrollo del área de motricidad .....	95

Gráfico N° 7: Desarrollo del área del lenguaje .....	95
Gráfico N° 8: Desarrollo Psicomotor de la Muestra .....	96
Gráfico N° 9: Sexo de la muestra y desarrollo psicomotor .....	96
Gráfico N° 10: Desarrollo psicomotor de la muestra por edad.....	97
Grafico N° 11: Desarrollo psicomotor de la muestra por tiempo de tratamiento .....	97

## **CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION**

## **1.1 Planteamiento del Problema:**

La Displasia de Cadera y el Desarrollo Psicomotor, son frecuentes en consultas médicas; la incidencia y epidemiología de estas dos variables varían de País en País.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Panamericana de la Salud (OPS), ponen en manifiesto que el 10% de habitantes de una población (Europa, América del Norte o América del Sur). Presentan deficiencia a nivel motriz.

América Latina con una población de 930,690.000 habitantes; aproximadamente 93 millones de habitantes presentan alguna alteración del desarrollo psicomotor (locomotor), incluyendo a adultos (1).

Según el Instituto Nacional de Estadística de Chile (2005), la incidencia de Displasia de Cadera es de 1 de cada 500 y/o 600 niños(a) nacidos vivos, teniendo como 400 a 460 casos de niños con displasia de cadera al año (2).

Según el Hospital Tiquipaya de la Ciudad de Cochabamba – Bolivia y el Hospital del Niño “Oviedo Aliaga Uría” de la ciudad de la Paz nos indican que la Displasia de Cadera afecta en el 1 a 3% de los recién nacidos vivos. La incidencia es aproximadamente es de 4 casos por 1000 recién nacidos vivos de acuerdo a datos de Sistema nacional de Información de Salud (SNIS) del año 2004, con un alto porcentaje en el sexo femenino. Por lo que, se estima es una de las patologías ortopédicas con mayor alteración en el desarrollo normal del niño (3).

Según Ministerio de Salud del Perú (MINSA) para una buena evaluación del desarrollo del niño actualmente se utiliza tres test de acuerdo a la edad del niño: el Test Peruano del Desarrollo de Niño que evalúa de 0 a 30 meses; la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) y el Test del Desarrollo Psicomotor (TEPSI). La finalidad de utilizar estos Test es para la detección temprana de posibles alteraciones o retrasos en el Desarrollo Psicomotor Normal (5).

Según Instituto Nacional de Estadística, en el Perú se realiza una asistencia periódica y sistemática que evalúan el desarrollo y crecimiento del niño con el objetivo de detectar algunos riesgos en el estado de salud del niño. Cabe destacar, las significativas disminuciones en los porcentajes de vacunación y en el control de crecimiento y desarrollo (CRED); la Costa disminuye de un 77% a un 53% y la selva del 63% a un 53% y la zona rural del 60% a un 48% teniendo en cuenta que las zonas precarias tendrán menor cobertura en vacunación y la asistencia de CRED e implicará mayores riesgos en el desarrollo psicomotor normal de niño (6). Por este motivo se realiza la presente investigación de la displasia de cadera y desarrollo psicomotor en niños de 2 a 5 años de la clínica San Juan de Dios – Lima 2017 con la finalidad de divisar el desarrollo psicomotor en niños que presentan displasia de cadera, que aun reciben tratamiento fisioterapéutico.

## **1.2 Formulación del Problema:**

### **1.2.1 Problema General:**

¿Cuál es la relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017?

### **1.2.2 Problemas Específicos:**

- ¿Cuál es la relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017; según la edad?
- ¿Cuál es la relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017; según el sexo?
- ¿Cuál es la relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017; según el tiempo de tratamiento que reciben?

### **1.3 Objetivos:**

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

Determinar si existe relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017.

#### **1.3.2 Objetivo Especifico**

- Determinar si existe relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017; según la edad.
- Determinar si existe relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017; según el sexo.
- Determinar si existe relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017; según el tiempo de tratamiento que reciben.

## **1.4 Hipótesis**

### **1.4.1 Hipótesis General**

Existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017

**H.N:** No existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017.

### **1.4.2 Hipótesis Especifica**

**H.E (1)** Existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017, según la edad.

### **H.N (1)**

No existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017, según la edad.

**H.E (2)** Existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017, según el sexo.

### **H.N (2)**

No existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017, según el sexo.

**H.E (3)** Existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017, según el tiempo de tratamiento que reciben.

### **H.N (3)**

No existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017, según el tiempo de tratamiento que reciben.

## **1.5 Justificación:**

A través de esta investigación se estableció la relación entre displasia de cadera y el desarrollo psicomotor en niños de 2 a 5 años. Se realizó esta investigación porque se necesitaba conocer la magnitud de su alteración o no

del desarrollo psicomotor en niños (a) que recibieron el tratamiento de terapia ortopédica a corto, mediano y largo plazo.

Con esta investigación planteó crear y normar programas de prevención y promoción en bienestar de los niños para disminuir el porcentaje de afectación del desarrollo psicomotor y lograr un nivel de desarrollo psicomotor acorde a su edad.

Así mismo gracias a la investigación se les otorgo algunas pautas a los padres de familia, para ayudar de esta manera en la evolución optima del desarrollo psicomotor de sus niños(a) que presentan displasia de cadera.

Esta investigación servirá para aportes científicos a futuros estudios.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## **2.1. Bases Teóricas:**

### **2.1.1 DISPLASIA DE CADERA:**

#### **2.1.1.1 Definición:**

En 1989, se propuso el nuevo término de Displasia de la Cadera en Desarrollo, reemplazando a la Luxación Congénita de Cadera (7). En 1992 es aceptado el término de la Displasia de la Cadera en Desarrollo (DDC). (8,9). El término displasia de cadera se encuentra dentro de las malformaciones más incrementadas en ortopedia; implica la alteración anatómica de la cabeza femoral o acetábulo u/o ambos; como consecuencia produce un trastorno dinámico en la articulación coxofemoral (9, 8,7).

#### **2.1.1.2 Anatomía Patológica**

Existen dos aspectos principales para que se llegue a producir la displasia de cadera; primero se podría producir durante el nacimiento, la segunda causa son las deformidades, que se desarrollan con el crecimiento como resultado de la posición anatómica del fémur con relación al acetábulo o viceversa. (10,9). Los cambios que se observan en la cadera afectada serán el resultado de contracturas de partes blandas y de la alteración en el crecimiento de la cabeza femoral y el acetábulo. Normalmente en la fisiopatología de la cadera encontramos que el acetábulo es el más dañado a relación de la cabeza femoral, aplanándose o perdiendo la curvatura anatómica. Acompañada de

una ante versión femoral, entre las partes blandas complicadas podremos observar el labrum, el ligamento redondo y ligamento transverso, el tendón del psoas, y la capsula articular (10,11).

### **2.1.1.3 Epidemiología**

La epidemiología varía de un país a otro. La incidencia de la Displasia de Cadera es de 1,5% por 1000 nacidos vivos; algún grado de inestabilidad de cadera se encuentra en 1 o 2 de cada 100 recién nacidos. Es la enfermedad más frecuente en mujeres (4-1). Se da con mayor frecuencia el miembro inferior izquierdo en un 60% y en un 20% en el miembro inferior derecho y a nivel bilateral en un 20% (11-9).

### **2.1.1.4 Etiología**

Es de origen u/o trastorno multifactorial, pues intervienen varios factores:

- **Genéticos**:- laxitud ligamentaria, hormonales (relaxina), progesterona (12, 10,8).
- **Mecánicos**:- (posición intrauterina /extrauterina) (12, 10,8).

### **2.1.1.5 Clasificación:**

- ✓ **Cadera teratológica o embrionaria o prenatal :**

Luxación que se presenta al nacimiento, por problemas patológicos neuromusculares o malformaciones congénitas.

- ✓ **Caderas inestables:**

Es aquella cadera aparentemente normal, pero que por la laxitud de sus estructuras puede pasivamente luxarse (13,14).

✓ **Subluxación:**

Pérdida parcial de la congruencia articular de la cadera (13).

✓ **Luxación:**

Es la pérdida completa de la congruencia articular de la cadera. El fémur se encuentra lateralizado y desplazado (13,14).

#### **2.1.1.6 Tratamiento:**

El tratamiento busca en todo caso colocar la cabeza en posición favorable para que el crecimiento articular remodele y corrija la displasia con un específico programa de ejercicios de fisioterapia (15).

### **2.1.2 DESARROLLO PSICOMOTOR:**

#### **2.1.2.1 Concepto**

La palabra psicomotricidad apareció en 1872 citado por el neurólogo inglés Landois. La Psicomotricidad es la adquisición programada de habilidades funcionales de forma gradual y permanente como resultado de la maduración del sistema Nervioso Central (Cols 2001) (16,18). La psicomotricidad tiende a estructurar la personalidad del ser humano, con el fin de favorecer la evolución y adaptación de los comportamientos motores, afectivos, cognitivos y sociales (16, 17,19).

#### **2.1.2.2 AREAS DEL DESARROLLO**

#### **2.1.2.2.1 Coordinación**

Conjunto de capacidades, que hace referencia a la integración del sistema nervioso central y a los diferentes segmentos del cuerpo, movimientos armónicos, amplios y precisos dando como resultado una acción precisa (20).

La coordinación motriz fina es la encargada de realizar los movimientos precisos (18, 20,21).

La coordinación viso motora que está relacionado a acciones orientadas a logros paulatinos y progresivos de las coordinaciones (21).

La motricidad gruesa relacionada con el desarrollo cronológico del niño, adquisición de habilidades motrices y cambios de posición del cuerpo manteniendo el equilibrio (19-21).

#### **2.1.2.2.2 Lenguaje**

La etapa propiamente lingüística se inicia partir del 24 mes, las frases se alargan y empiezan a aparecer el pronombre y los cualitativos .A los 36 meses el niño comprende pequeños relatos referidos a la vida ordinaria, a los 4 a 5 años el lenguaje del niño se va pareciendo a la del adulto. No obstante el niño omitirá silabas, las cambia y lo pronuncia a su modo a partir de los 5 años el lenguaje es prácticamente correcto (21).

#### **2.1.2.2.3 Motricidad**

Según Piaget y Wallon indica que la motricidad y el psiquismo están estrechamente relacionadas (18). La motricidad se define como el conjunto de funciones nerviosas y musculares que permiten los movimientos coordinación

de miembros inferiores y miembros superiores en el momento de la locomoción (21,16).

### **2.1.2.3 CARACTERÍSTICAS**

#### **2.1.2.3.1 Desarrollo Psicomotor a los 2 años**

El niño de dos años sigue progresando en la deambulaci3n camina libremente y con seguridad hacia adelante y con ayuda hacia atr3s, se pone de rodillas y se mantiene erguido, corre libremente, sube y baja escaleras con ayuda sin alternar los pies. Tambi3n a esta edad sigue instrucciones: sube, bajas, hacia adelante hacia atr3s, toma- dame (21-23).

Reconoce partes de su cuerpo en 3l y de otra persona, construye torres de 6 cubos (23,24).

#### **2.1.2.3.2 Desarrollo Psicomotor a los 3 a3os.**

El ni3o en el desarrollo motor grueso, podr3 realizar actividades como caminar libremente saltando obst3culos, camina hacia adelante y atr3s sin ayuda, camina sobre un tablero de equilibrio, sube y baja escaleras sin ayuda alternando los pies, salta con los dos pies juntos, se sube a la silla y salta, se pone de rodillas y camina; corre libremente a diferentes direcciones y velocidades, reconoce partes de su cuerpo en otra persona (cuerpo) con facilidad ,intenta sostenerse en un pie. Lanza y recibe pelotas de pl3stico. Sigue instrucciones y respeta su turno (23,24).

La motricidad fina, le permite copiar un c3rculo, cortar con tijera aun mal, no consigue seguir trazos, pero puede insertar cuentas en un pasador. Dibuja una

cruz (pinta dentro de una figura) hace pinza. Cognitivamente es capaz de identificar su sexo, es capaz de vaciar líquido de un recipiente a otro (23,24).

En el área de comunicación, usa oraciones compuestas de 4 a 5 palabras. Por momentos persiste el egocentrismo, reconoce a sus padres, usa formas posesivas como "mío" "mía" "tuyo" (23, 24).

#### **2.1.2.3.3 Desarrollo Psicomotor en niños de 4 años.**

En el área de motricidad gruesa el infante, ya puede saltar en un pie dos o tres veces, se para en un pie por más tiempo (4 a 8 segundos) (24). Hace saltos de 25 a 50 cm de largo. Corren saltan dominan el uso del espacio; Caminan en talón punta hacia adelante. Salta con un solo pie manteniendo equilibrio, Ubica los objetos en diferentes espacios. Participa en danzas sencillas (24,21-23).

En el desarrollo de la motricidad fina, dibuja al ser humano, logra copiar una cruz, un cuadrado, también puede hacer un nudo simple (23,24).

El infante cognitivamente, puede contar cuentos, también ya sabe qué hacer en caso de frío, hambre o cansancio, logra apuntar letras y números al nombrarlos, se viste solo (incluye botones) y se pone los zapatos (23,24).

En la comunicación, ya utiliza oraciones empleando de cuatro a cinco palabras, hace preguntas usando: "Quién", "¿Por qué?", utiliza oraciones complejas, utiliza correctamente el tiempo pasado (23, 24,21).

#### **2.1.2.3.4 Desarrollo Psicomotor a los 5 años.**

En el área de motricidad grueso el infante, puede caminar y correr con soltura y seguridad manteniendo el equilibrio, Afirma el lado predominante de su cuerpo, realiza movimientos de alternancia, Corre entre obstáculos o entre compañeros, presenta mayor equilibrio (24).

Patea una pelota siguiendo una dirección, Se ubica en el espacio y reconoce las nociones espaciales, puede saltar en dos pies en sentido vertical sobre obstáculos de 20 a 30cm en altura y en sentido horizontal longitudes de aproximadamente 50 a 70 cm (23,24). También puede saltar de un pie a otro alternadamente, de manera autónoma logra subir y bajar escaleras alternando los pies, también trepar y reptar a diferentes ritmos (22, 23,20).

En el desarrollo de la motricidad fina, corta una hoja trazada (24,23).

El infante cognitivamente, comienza las relaciones espaciales como: “arriba”, “abajo”, “detrás”, “cerca”, “lejos, ya sabe su dirección y organiza objetos de pequeño a grande, de liviano a pesado (23,21).

## **2.2. Antecedentes:**

### **2.2.1. Antecedentes Internacionales:**

En el año 2015, en España, se realizó una investigación sobre la displasia de cadera en niños con trastorno psicomotor. ¿Factor de riesgo para un mal resultado? Se tubo a 293 casos de DDC diagnosticados, 10 pacientes (3%) con 16 caderas con DDC fueron diagnosticados de algún tipo de trastorno psicomotor. Todos los casos inicialmente fueron tratados ortopédicamente. La

evolución tanto clínica como radiológica en estos casos fue favorable sólo en 4 (25%). En los 12 (75%) restantes se indicó tratamiento quirúrgico para su resolución. Hubo mejoría tras tratamiento quirúrgico en el índice acetabularia ( $p = 0,005$ ) y en el índice de extrusión de Reines ( $p = 0,042$ ). El ángulo cervico diafisario y el ángulo CE de Wiberg también mejoraron, pero su diferencia no fue estadísticamente significativa. El diagnóstico del trastorno psicomotor se realizó a los 2,5 años de edad. El inicio de la deambulaci3n de estos pacientes estaba retrasado, iniciándose a los 2,4 años (25).

En el a3o 2013, en Argentina, se llev3 a cabo una investigaci3n sobre desarrollo locomotor en pacientes con displasia de cadera y pie equino varo congénito que recibió tratamiento antes del primer a3o de vida .tomando a tres grupos: grupo A con 24 pacientes con displasia de cadera, grupo B con 32 pacientes con pie zambo y grupo C con 50 pacientes ni3os sanos. El análisis de muestras independientes mostr3 que la edad media en la que los pacientes comenzaron a sentarse fue similar 6 meses ( $p = 0,249$ ). La edad media de arrastre fue similar, aunque con ligera tendencia hacia significaci3n estadística: 8 y 9 meses ( $p = 0,08$ ). La edad a la que empezaron a caminar fue diferente entre los tres grupos: 12 meses 13 meses y 12 meses, respectivamente ( $p < 0,001$ ). El tratamiento ortopédico de la DDC y del pie zambo en ni3os menores de un a3o retrasa ligeramente el desarrollo normal del aparato locomotor (26).

En el a3o 2003, en Chile, se realiz3 una investigaci3n sobre los Factores de Riesgo Asociados al déficit del desarrollo Psicomotor en Preescolares de nivel Socioecon3mico Bajo: Comuna urbana rural; regi3n Metropolitana; se utiliz3 el test de TEPSI en 610 ni3os en control de CESFAM. Teniendo un 52% sexo

masculino y un 48% de sexo femenino, presentando en 76 niños con déficit del DPM y un 83 niños con DPM normal. La edad promedio de los niños de la muestra fue 4 años; entre los sub test más frecuentemente alterado fue el lenguaje afectando a 74/76(97%) del G.E y 16/83 (19%) del G.C ( $P < 0,000$ ). también se obtuvo datos del ingreso familiar de 134 familias, de estas 96 (72%) ingreso nivel 1 y 25 (19%) ingreso nivel 2. Llegando al resultado de que el nivel socioeconómico influye en el desarrollo del niño. En alguna de las evaluaciones previas al TEPSI, se les indicó estimulación dentro del CESFAM y derivación a jardín infantil, programa de estimulación JUNJI o escuela de lenguaje. Siete fueron evaluados por un neurólogo (27).

En el año 2015, en México, se realizó una investigación sobre el escrutinio poblacional del nivel de desarrollo infantil en menores de 5 años de prospera en México. Tomando como estudio a 5,527 niños se aplicó la prueba EDI a niños de 1- 59 meses de edad. El 83.8% ( $n = 4,632$ ) se encontró con desarrollo normal (verde) y el 16.2%, con desarrollo anormal (amarillo) con el 11.9% ( $n = 655$ ) y (rojo) con el 4.3% ( $n = 240$ ). La proporción con resultado anormal fue del 9.9% en  $< 1$  año y del 20.8% a los 4 años. Por edad, las áreas más afectadas fueron el lenguaje a los 2 años (9.35%) y el conocimiento a los 4 años (11.1%). Las áreas motor grueso y social tuvieron mayor afección en el área rural. En el sexo masculino, las áreas de motor fino, lenguaje y conocimiento (28).

En el año 2015 en Chile se llevó a cabo una investigación sobre el modelo estadístico para predecir el puntaje en el desarrollo psicomotor en niños de 4 a 5 años de edad en función al nivel socioeconómico. Tomando como o

estudio a 228 niños y niñas con la batería de TEPSI. Los resultados nos indican que el nivel educacional y el ingreso del jefe se relacionan. Para este estudio se aplicó una encuesta sociodemográfica a los padres y apoderados, realizando un análisis correlacionar invariado no paramétrico. Se pudo realizar tres modelos relacionados con los tres sub test. La motricidad que va relacionada con el ingreso per cápita (4,2%); el lenguaje relacionada a ingreso per cápita en un 11%; y la coordinación relacionada a la educación del apoderado (2,2%). Llegando al resultado que el nivel educacional de padre y el ingreso per cápita correlacionan significativamente en el DSM (29).

### **2.2.2. Antecedentes Nacionales:**

En el año 2012, en Perú, se llevó a cabo una investigación sobre el desarrollo Psicomotor en los niños de 3 a 5 años de edad que asisten a la matrícula de la institución educativa inicial 358 niño Jesús Praga de lima-febrero 2012, se evaluó a 103 niños de 3 a 5 años de edad con TEPSI, del cual el 52,43% es de sexo masculino. El 67,96% está en normalidad, el 19,42% está en riesgo y un 12,62% está en retraso; la categoría de desarrollo psicomotor según grupo de edad son de mayores porcentajes: en normalidad con 75,71% en el grupo de 4 años, en riesgo con 50% en el grupo de 3 y 4 años, y en retraso con 53,85% en el grupo de 4 años; y, el área más afectada del desarrollo psicomotor es motricidad con 36,90% y la menos afectada es coordinación con 12,63% (30).

En el año 2014, en el departamento de Arequipa – Perú se llevó a cabo una investigación de la relación existente entre displasia congénita de cadera y desarrollo psicomotor en niños de 3 mes a 2 años de edad que asisten a la

Clínica san Juan de Dios – CERI. Se evaluó con el Test Peruano de evaluación del Desarrollo del niño a 30 pacientes en edades de 3 meses a 2 años. Se obtuvo que el 76.6% de los niños tienen retraso del desarrollo psicomotor en los comportamientos postural-motor y cognitivo; el 66.7% retraso del desarrollo psicomotor a nivel del comportamiento personal – social (31).

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño del Estudio:**

Estudio Descriptivo de tipo relacional de corte Transversal

### **3.2. Población:**

Todos los niños que acuden al servicio de Terapia Ortopédica con Diagnóstico de Displasia de Cadera a la Clínica San Juan de Dios; durante el periodo de Diciembre 2016 – Marzo 2017 (n=200)

#### **3.2.1. Criterios de Inclusión:**

- De niños cuyos padres acepten voluntariamente participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.
- Pacientes que pertenezcan a la Clínica San Juan de Dios Lima-Perú.
- Los niños que firmen asentimiento informado. (huella digital)
- Niños que asistan el día de la evaluación.
- Niños que tengan más de 3 a 18 meses de tratamiento.
- Niños de ambos sexo.
- Niños cuyas edades fluctúen entre los 2 a 5 años.
- Todos los niños que han sido Diagnosticados de Displasia de Cadera.

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

- Niños menores de 2 años y mayores de 5 años
- Niños con otras patologías incapacitantes.
- Niños que no quieren realizar o participar en el estudio.

- Niños con trastorno del déficit de atención.
- Niños cuyos padres del menor no firme el consentimiento informado.
- Niños que tengan menos de tres meses de tratamiento y más de 18 meses de tratamiento.

### 3.3. Muestra:

La muestra es hallada mediante un muestreo no probabilístico de tipo aleatorio simple, donde la muestra del estudio está conformada por todos los niños de 2 a 5 años de edad, que acuden al servicio de Terapia Ortopédica con Diagnóstico de Displasia de Cadera de la Clínica San Juan de Dios - Lima; durante el periodo de Diciembre 2016 – Marzo 2017 que cumplen los criterios de inclusión (n=170).

### 3.4. Operacionalización de Variables:

Variable Principal	Definición Operacional	Instrumento	Escala de Medición	Forma de Registro
<b>Desarrollo Psicomotor</b>	Adquisición de habilidades que se observa en el niño.	<b>TEST DE TEPSI</b>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo 30 a 39 puntos</li> <li>• Retraso <math>\leq</math> 29 puntos</li> <li>• Normal <math>\geq</math> a 40 puntos</li> </ul>
<b>Displasia de cadera</b>	Alteración anatómica y	<b>Diagnostico Medico</b>	Binaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unilateral</li> <li>• Bilateral</li> </ul>

	funcional de la articulación coxofemoral			
<b>Variable Secundaria</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Forma de Riesgo</b>
<b>Sexo</b>	Genero sexual	Ficha de Recolección de Datos (DNI)	Binaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>
<b>Edad</b>	Tiempo de vida del paciente en años		Discreta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 a 5 años</li> </ul>
<b>Tiempo de tratamiento que recibe</b>	Meses recibiendo tratamiento de terapia física		Discreta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3m-6m</li> <li>• 7m-11m</li> <li>• 12m-18m</li> </ul>

### 3.5. Procedimientos y Técnicas:

#### 3.5.1 Procedimiento:

Se obtuvo el permiso al Director del Área de Medicina Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios – Lima; se convocó a una reunión a los padres cuyos hijos presentarían DDC, se brindó la información sobre el estudio que se realizó y que manera serían beneficiados sus niños. Se obtuvo la aprobación, consentimiento y asentimiento de los padres y niños.(Anexo1) (Anexo 2)

#### 3.5.2 Descripción de instrumento

## TEST DE DEL DESARROLLO PSICOMOTOR TEPSI DE 2 A 5 AÑOS (1985)

Test del Desarrollo Psicomotor TEPSI se utiliza interrumpidamente desde hace 14 años en Chile. Presenta 52 ítems. Evalúa tres áreas fundamentales: la coordinación; presenta 16 ítems, lenguaje, presenta 24 ítems y motricidad presenta 12 ítems en niños de 2 a 5 años. TEPSI evalúa el desarrollo del niño , así como también presenta adecuadas características psicométricas, lo que permite que su resultado sea objetivo, válido y confiable: el test deberá de ser administrado de forma individual.

- ✓ **Validez:** se estudió tanto en la valides de constructo que se estudió en la muestra de estandarización; y la validez concurrente que se estudió en dos muestras independientes con el test de Stanford y el test de Denver.
- ✓ **Técnica de medición:** será la observación por parte del examinador.
- ✓ **Tiempo de administración:** la duración de la evaluación será de 30 a 40 minutos.
- ✓ **Criterios de evaluación:** se representa por el éxito (1punto) o fracaso (0 puntos).
- ✓ **Condiciones para la administración del test:** el test deberá ser efectuada de forma idéntica a lo señalado en el manual de administración. el test deberá ser administrado por completo y en el orden estipulado.
- ✓ **Calculo de puntaje bruto:** se llegara a sumar los puntos obtenidos por el niño en cada sub test y estos cuatro puntajes brutos se tendrá que traspasar a la primera hoja del protocolo u hoja de registro.

✓ **Conversión de puntajes brutos a puntajes T**

Se deben transformar los puntajes brutos en puntajes T estándar. Para realizar transformación existen tablas de conversión de puntajes para el total y cada uno de los sub test. La edad del niño determina la tabla de conversión a utilizar. Se ubica tabla correspondiente para la edad del sujeto estudiado y se convierten..

✓ **Determinación del tipo de rendimiento alcanzado por el niño (ANEXO 3).**

Existen tres categorías en las cuales pueden ser clasificados los resultados del niño para cada Sub test y para el test total: Normalidad, Riesgo y Retraso.

Se considera que un niño tiene un desempeño normal cuando sus puntajes T son mayores o iguales a 40 puntos. Los puntajes de riesgo son aquellos que se encuentran entre los 30 y 39 puntos, y los de retraso son aquellos puntajes inferiores a 29 puntos arrojados en el Sub test o en el test total (32).

### **3.6. Plan de Análisis de Datos:**

En la presente investigación se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 23, tanto para el procesamiento y presentación de los datos, como para el análisis de las variables propuestas. En la presentación de los resultados se utilizaron tablas y figuras y en el análisis se utilizaron

la media, la desviación estándar y los porcentajes. Se determinó la asociación entre dos variables a través de la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson y la asociación entre dos variables respecto a una tercera, mediante la elaboración de un modelo logístico lineal considerándose estadísticamente significativo los valores de  $p < 0,05$ .

## **CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS**

#### 4.1. Resultados:

Los resultados estadísticos que a continuación se detallan, corresponden a la evaluación de la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” – Lima, en el periodo de 2017.

### CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

#### Edad promedio de la muestra

Tabla Nº 1: Edad promedio de la muestra

Características de la edad	
Muestra	170
Edad promedio	2,78
Desviación Estándar	±0,60
Edad Mínima	2
Edad Máxima	4

Fuente: Elaboración Propia

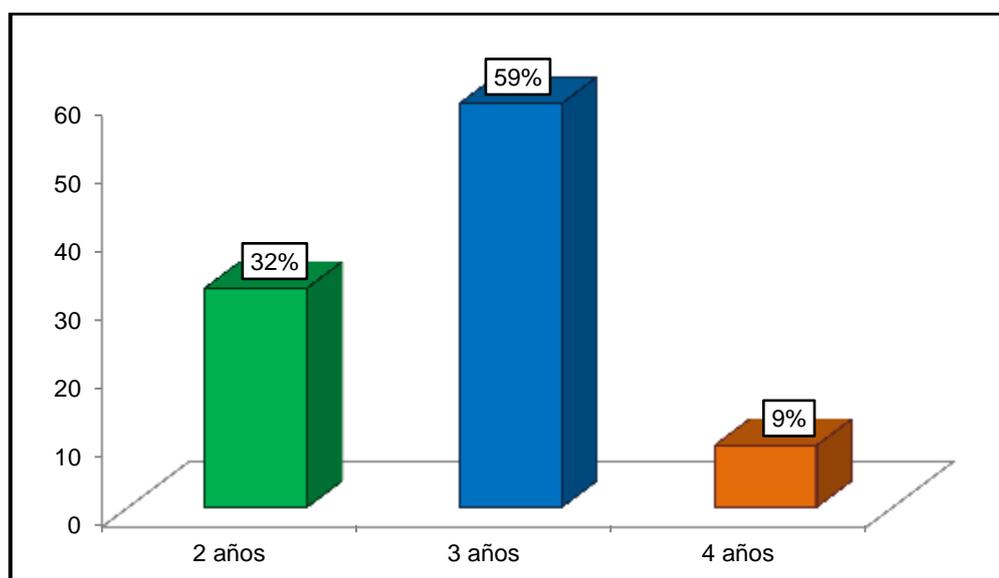
La muestra, formada por 170 niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” – Lima, en el periodo 2017, que fueron evaluados respecto a la Displasia de cadera que padecían y el Desarrollo Psicomotor que presentaron, tenían edad promedio de 2,78 años con una desviación estándar o típica de ±0,60 años y, un rango de edad que iba desde los 2 hasta los 4 años.

#### Distribución de la muestra por grupos etáreos

Tabla Nº 2: Edad etárea de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2 años	54	31,8	31,8
3 años	100	58,8	90,6
4 años	16	9,4	100,0
Total	170	100,0	

Fuente: Elaboración Propia



**Figura Nº 1:** Edad etárea de la muestra

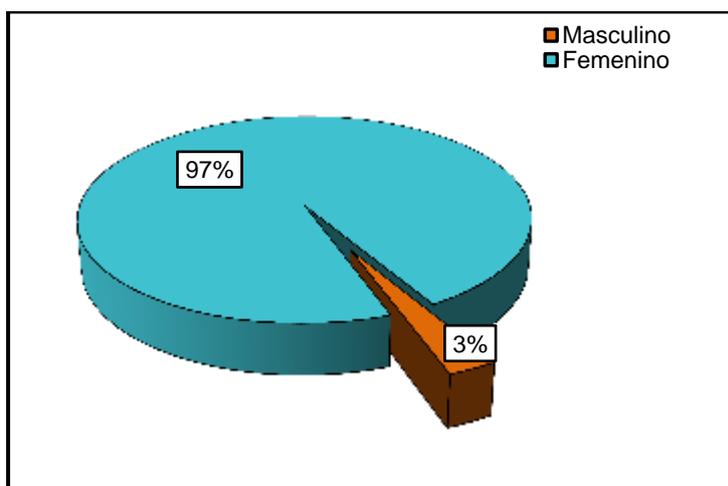
La tabla Nº 2 presenta la distribución de la muestra por grupos etáreos. De los 170 niños, se encontró que 54 niños tenían 2 años de edad; 100 niños tenían 3 años de edad y solo 16 niños tenían 4 años de edad. Se observa que la mayor parte de la muestra tenía 3 años de edad. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura Nº 1.

## Distribución por sexo de la muestra

Tabla N° 3: Sexo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	5	2,9	2,9
Femenino	165	97,1	100,0
Total	170	100,0	

Fuente: Elaboración Propia



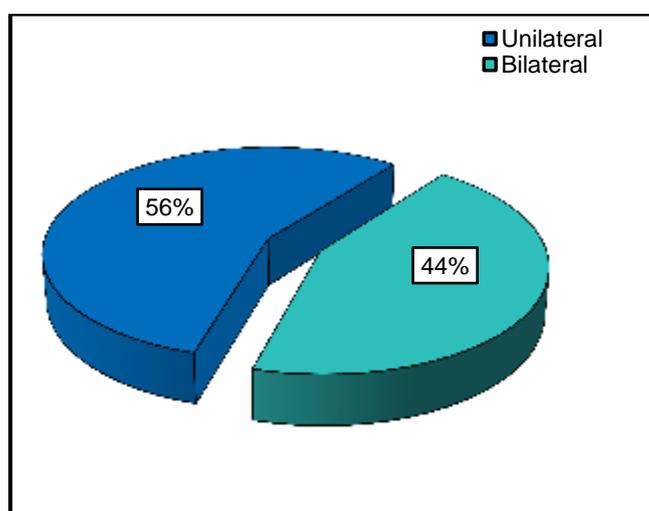
La tabla N° 3 presenta la distribución de la muestra según sexo. De los 170 niños con displasia de cadera que fueron evaluados respecto a su Desarrollo Psicomotor, 5 eran hombres y 165 eran mujeres. Se observa que la mayor parte de la muestra estuvo conformada por mujeres. La figura N° 2 muestra los porcentajes correspondientes.

## Displasia que presentó la muestra

**Tabla N° 4:** Displasia de cadera que presentó la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Unilateral	95	55,9	55,9
Bilateral	75	44,1	100,0
Total	170	100,0	

Fuente: Elaboración Propia



**Figura N° 3:** Displasia de cadera de la muestra

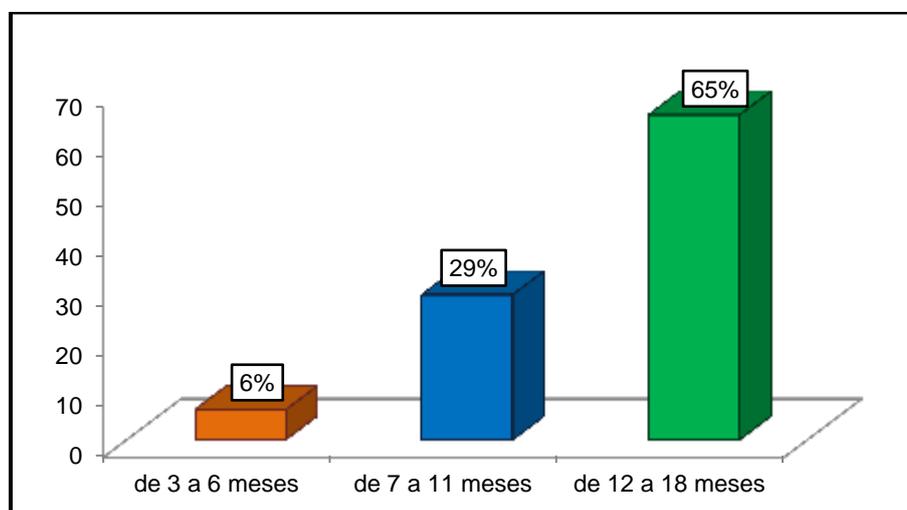
Con relación a la displasia padecía la muestra, formada 170 niños de la Clínica “San Juan de Dios”, se encontró que 95 niños presentaron displasia de cadera unilateral y 75 niños presentaron displasia de cadera bilateral. Se observa que la mayor parte de la muestra tenía displasia de cadera unilateral. La figura N° 3 presenta los porcentajes correspondientes.

## Distribución de la muestra por tiempo de Tratamiento

**Tabla Nº 5:** Distribución por tiempo de tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 3 a 6 meses	10	5,9	5,9
de 7 a 11 meses	49	28,8	34,7
de 12 a 18 meses	111	65,3	100,0
Total	170	100,0	

Fuente: Elaboración Propia



**Figura Nº 4:** Distribución por tiempo de tratamiento

Respecto al tiempo de tratamiento de la displasia de cadera que padecía la muestra, formada 170 niños de la Clínica “San Juan de Dios”, se encontró que solo 10 niños tenían entre 3 y 6 meses de tratamiento; 49 niños tenían entre 7 y 11 meses de tratamiento y 111 niños tenían entre 12 y 18 meses de tratamiento. Se observa que la mayor parte de la muestra tenía entre 12 y 18 meses de tratamiento. La figura Nº 4 presenta los porcentajes correspondientes.

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

### Desarrollo del área de Coordinación

Tabla Nº 6 Desarrollo del área de coordinación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	79	46,5	46,5
En riesgo	66	38,8	85,3
Con retraso	25	14,7	100,0
Total	170	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

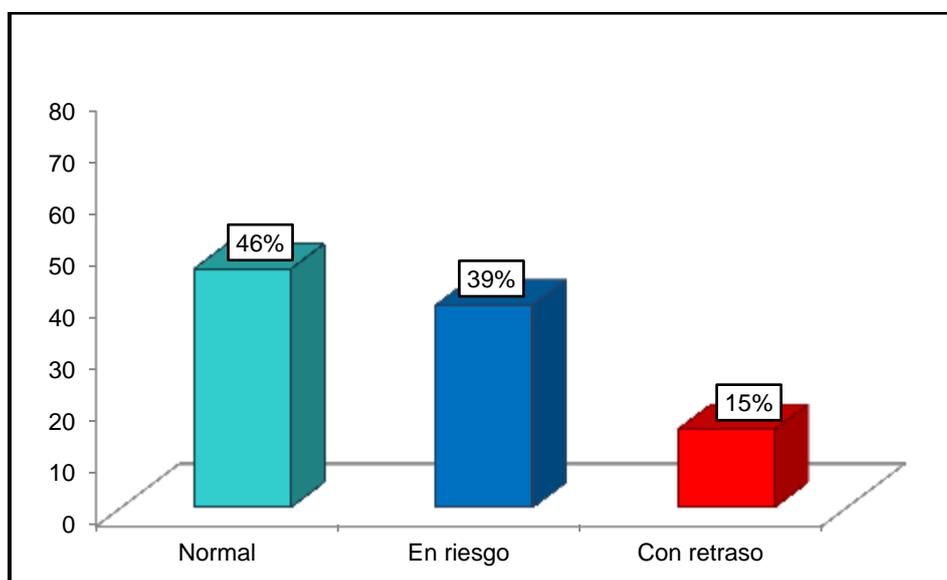


Figura Nº 5: Desarrollo del área de coordinación

La tabla Nº 6 presenta la evaluación del desarrollo del Área de Coordinación de la muestra. 79 niños tenían un desarrollo normal en el área de Coordinación, 66 se encontraban en riesgo y 25 niños presentaban retraso en esta área. Se

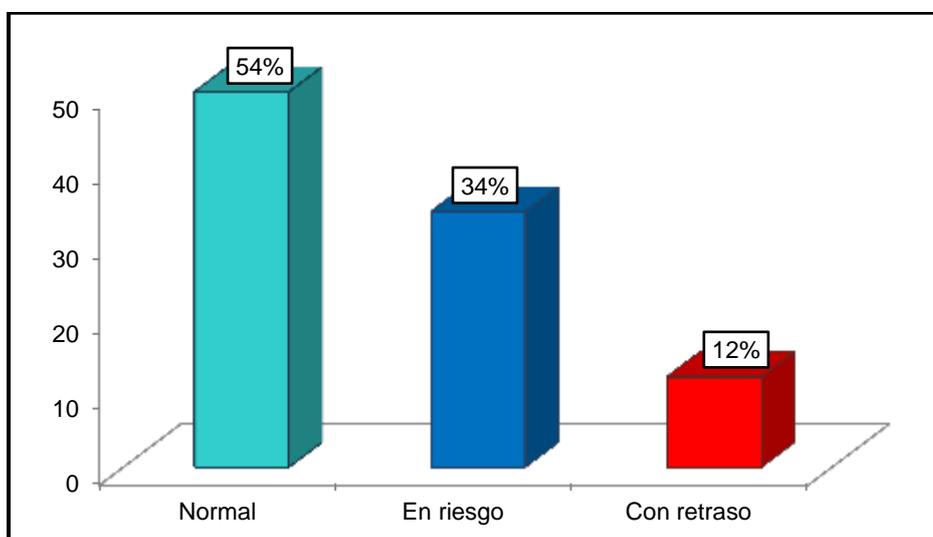
observa que la mayor parte de los niños se encontraba con un desarrollo normal en el área de la coordinación. La figura N° 5 muestra los porcentajes.

### Desarrollo del área de motricidad

**Tabla N° 7:** Desarrollo del área de motricidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	92	54,1	54,1
En riesgo	58	34,1	88,2
Con retraso	20	11,8	100,0
Total	170	100,0	

Fuente: Elaboración Propia



**Figura N° 6:** Desarrollo del área de motricidad

La tabla N° 7 presenta la evaluación del desarrollo del área de motricidad de la muestra. 92 niños tenían un desarrollo normal en el área de motricidad, 58 niños se encontraban en riesgo y 20 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. La figura N° 6 muestra los porcentajes correspondientes.

### Desarrollo del área del Lenguaje

Tabla N° 8: Desarrollo del área de lenguaje

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	126	74,1	74,1
En riesgo	42	24,7	98,8
Con retraso	2	1,2	100,0
Total	170	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

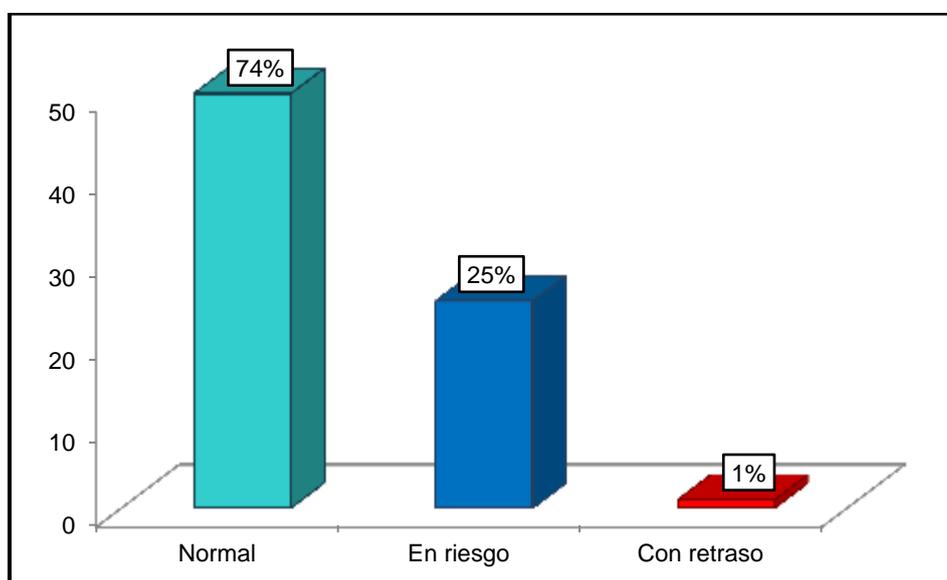


Figura N° 7: Desarrollo del área de lenguaje

La tabla N° 8 presenta la evaluación del desarrollo del área del Lenguaje de la muestra. 126 niños tenían un desarrollo normal en el área del lenguaje, 42 se encontraban en riesgo y solo 2 niños presentaban retraso en esta área. Se observa que la mayor parte de los niños se encontraba con un desarrollo normal en el área del Lenguaje. La figura N° 7 muestra los porcentajes correspondientes.

### Desarrollo Psicomotor de la muestra

Tabla N° 9: Desarrollo Psicomotor de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	79	46,5	46,5
En riesgo	66	38,8	85,3
Con retraso	25	14,7	100,0
Total	170	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

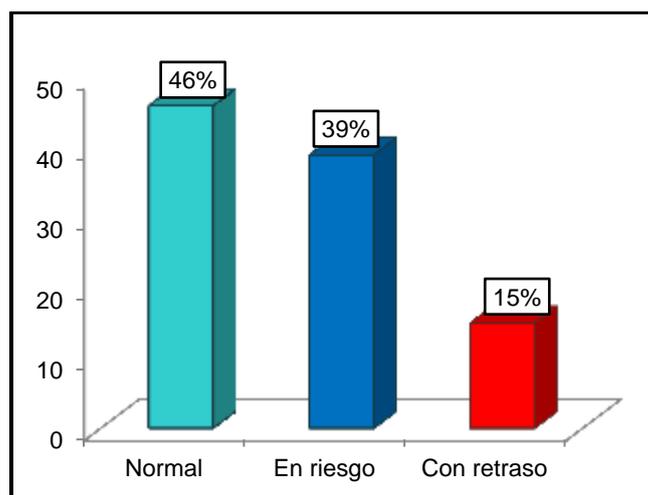


Figura N° 8: Desarrollo Psicomotor de la muestra

La tabla N° 9 presenta la evaluación del Desarrollo Psicomotor de la muestra. 79 niños tenían un desarrollo psicomotor normal, 66 se encontraban con un desarrollo psicomotor en riesgo y 25 tenían un desarrollo psicomotor con retraso. Se observa que la mayoría de la muestra tenía un desarrollo psicomotor normal. La figura N° 8 muestra los porcentajes correspondientes.

### Desarrollo Psicomotor de la muestra por Sexo

**Tabla N° 10:** Desarrollo Psicomotor de la muestra por Sexo

	Desarrollo Psicomotor de la muestra			Total
	Normal	En riesgo	Con retraso	
Masculino	2	3	-	5
Femenino	77	63	25	165
Total	79	66	25	170

Fuente: Elaboración Propia

**Figura N° 9:** Sexo de la muestra y desarrollo psicomotor

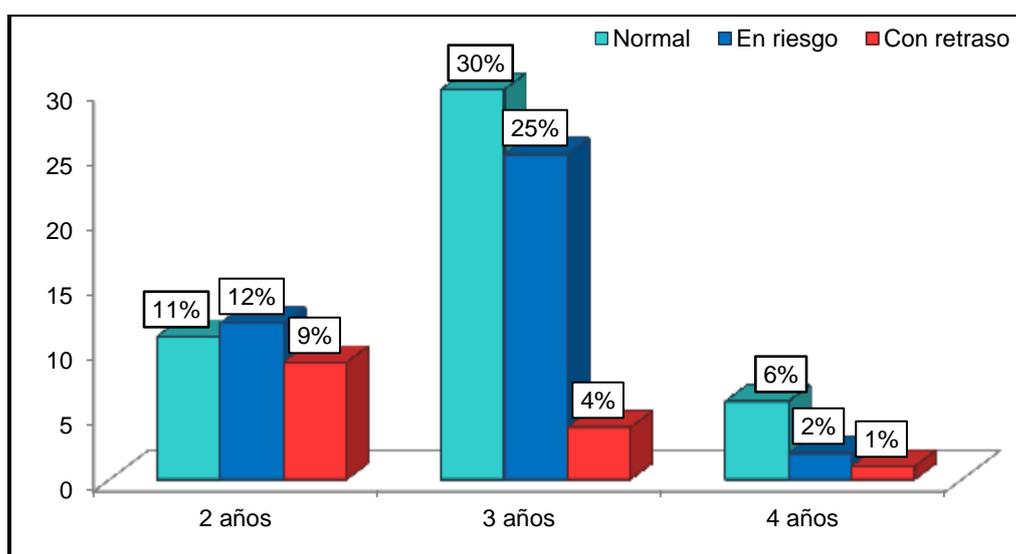
La tabla N° 10 presenta la evaluación del desarrollo psicomotor de la muestra respecto al sexo. En los niños, 2 tenían un desarrollo psicomotor normal, 3 tenían un desarrollo psicomotor en riesgo y ninguno tenía un desarrollo psicomotor con retraso. En las niñas, 77 tenían un desarrollo psicomotor normal, 63 tenían un desarrollo psicomotor en riesgo y 25 niñas tenían un desarrollo psicomotor con retraso. La figura N° 9 muestra los porcentajes correspondientes.

## Desarrollo Psicomotor de la muestra por Edad

Tabla N° 11: Desarrollo Psicomotor de la muestra por edad

	Desarrollo Psicomotor de la muestra			Total
	Normal	En riesgo	Con retraso	
2 años	18	20	16	54
3 años	51	42	7	100
4 años	10	4	2	16
Total	79	66	25	170

Fuente: Elaboración Propia



La tabla N° 11 presenta la evaluación del desarrollo psicomotor de la muestra respecto a la edad. En los niños que tenían 2 años, 18 presentaron un desarrollo psicomotor normal, 20 presentaron un desarrollo psicomotor en riesgo y 16 con retraso. En los niños que tenían 3 años, 51 presentaron un desarrollo psicomotor normal, 42 presentaron un desarrollo psicomotor en riesgo y 7 con retraso. En los niños que tenían 4 años, 10 presentaron un desarrollo psicomotor normal, solo 4 presentaron un desarrollo psicomotor en

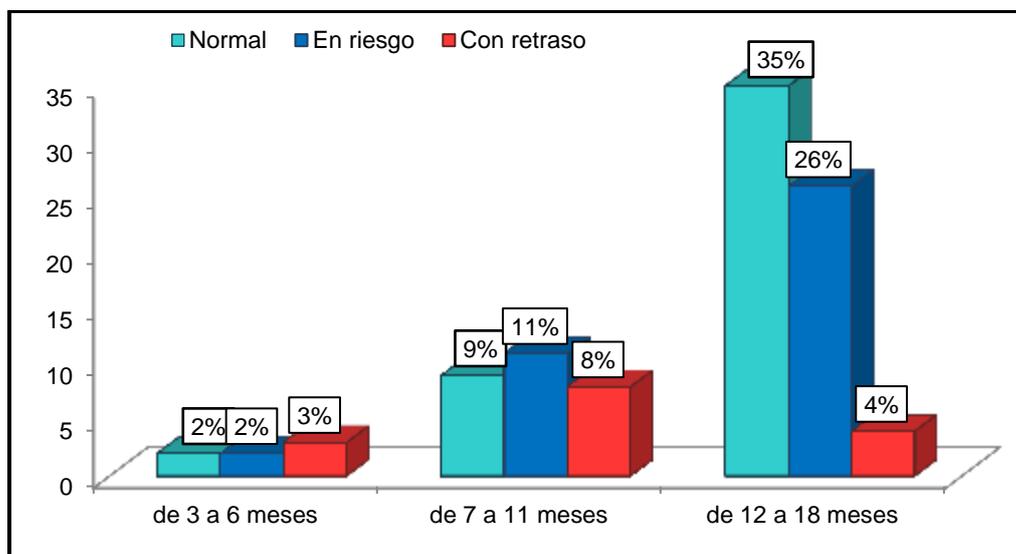
riesgo y solo 2 presentaron un desarrollo psicomotor con retraso. La figura N° 10 muestra los porcentajes correspondientes.

### Desarrollo Psicomotor de la muestra por Tiempo de Tratamiento

**Tabla N° 12:** Desarrollo Psicomotor de la muestra por tiempo de tratamiento

	Desarrollo Psicomotor de la muestra			Total
	Normal	En riesgo	Con retraso	
de 3 a 6 meses	3	3	4	10
de 7 a 11 meses	16	19	14	49
de 12 a 18 meses	60	44	7	111
Total	79	66	25	170

Fuente: Elaboración Propia



**Figura N° 11:** Desarrollo Psicomotor de la muestra por tiempo de tratamiento

La tabla N° 12 presenta la evaluación del desarrollo psicomotor de la muestra respecto al tiempo de tratamiento que tenía la muestra de la displasia que padecía. En los niños que tenían entre 3 y 6 meses, 3 presentaron un

desarrollo psicomotor normal, 3 presentaron un desarrollo psicomotor en riesgo y 4 presentaron un desarrollo psicomotor con retraso. En los niños que tenían entre 7 y 11 meses, 16 presentaron un desarrollo psicomotor normal, 19 presentaron un desarrollo psicomotor en riesgo y 14 presentaron un desarrollo psicomotor con retraso. En los niños que tenían entre 12 y 18 meses, 60 presentaron un desarrollo psicomotor normal, 44 presentaron un desarrollo psicomotor en riesgo y solo 7 presentaron un desarrollo psicomotor con retraso. La figura N° 11 muestra los porcentajes correspondientes.

## PRUEBA DE HIPÓTESIS

### Cruce de Variables para probar la Hipótesis General

**Tabla N° 13:** Displasia de cadera y Desarrollo Psicomotor

			Desarrollo Psicomotor de la muestra			Total
			Normal	En riesgo	Con retraso	
Displasia Unilateral	Frecuencia		77	14	4	95
	% del total		45,3%	8,2%	2,4%	55,9%
Bilateral	Frecuencia		2	52	21	75
	% del total		1,2%	30,6%	12,4%	44,1%

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 13 se muestra el cruce de las variables Displasia de cadera y Desarrollo Psicomotor, para probar la Hipótesis General de investigación. Se observa, en los que tenían displasia unilateral, que el 45% presentaba un desarrollo psicomotor normal, el 8% presentaban un desarrollo psicomotor en

riesgo y el 2% presentaban un desarrollo psicomotor con retraso. En los que tenían displasia bilateral, el 1% presentaba un desarrollo psicomotor normal, el 31% presentaba un desarrollo psicomotor en riesgo y el 12% presentaban un desarrollo psicomotor con retraso.

### Prueba de la Hipótesis General

a. Existe relación significativa entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.

1. **Ho: NO** existe relación significativa entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.

2. **Ha: SI** existe relación significativa entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.

3. **Nivel de Significación:**  $\alpha = 5\% \approx 0,05$

4. **Prueba Estadística:** Chi-cuadrado

5. **Decisión y conclusión:**

**Tabla Nº 14:** Prueba de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<b>103,72<sup>a</sup></b>	2	<b>0,000</b>
Razón de verosimilitudes	124,46	2	0,000
Asociación lineal por lineal	85,14	1	0,000
N de casos válidos	170		

Fuente: Elaboración Propia

Como el p valor calculado  $p = 0,000$  es menor que el nivel de significancia  $\alpha = 0,05$ , podemos concluir que a un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; es decir que existe relación significativa entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017, lo cual ha sido corroborado mediante la prueba estadística  $\chi^2$ .

### **Para probar la Hipótesis H1**

- b.** Existe relación entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor respecto a la edad, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.
  - 1. Ho: **NO** existe relación entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor respecto a la edad, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.
  - 2. Ha: **SI** existe relación entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor respecto a la edad, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.
  - 3. Nivel de Significación:  $\alpha = 5\% \approx 0,05$
  - 4. Prueba Estadística: Modelo Logístico Lineal

**Tabla N° 15:** Modelo logístico lineal

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Desarrollo	Intersección	-6,437	0,934	3,462	1	0,014			
Psicomotor	Displasia	-5,999	0,883	46,142	1	0,000	0,002	0,000	0,014
	G.etáreo (2)			15,699	2	0,000			
	G.etáreo (3)	-3,025	1,320	5,254	1	0,022	0,049	0,004	0,645
	G.etáreo (4)	-0,638	1,290	0,244	1	0,621	0,528	0,042	6,627

a. La variables de referencia es la edad: G.etáreo.

5. En la tabla N° 15 se observa que el nivel de significancia del modelo logístico lineal es de  $p = 0,014$  el cual es menor al nivel de significancia esperado  $\alpha = 0,05$ , por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir: **SI** existe relación entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor respecto a la edad, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.

### Para probar la Hipótesis H2

- c. Existe relación entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor respecto al sexo, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.
1. Ho: **NO** existe relación entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor respecto a la edad, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.
  2. Ha: **SI** existe relación entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor respecto al sexo, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.
  3. Nivel de Significación:  $\alpha = 5\% \approx 0,05$

#### 4. Prueba Estadística: Modelo Logístico Lineal

**Tabla N° 16:** Modelo logístico lineal

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Desarrollo	Intersección	2,803	1,612	2,798	1	0,000			
Psicomotor	Displasia	-5,132	0,768	44,698	1	0,000	0,006	0,001	0,027
	Sexo	1,551	1,034	2,250	1	0,134	4,717	0,622	35,796

a La variable de referencia es sexo

5. En la tabla N° 16 se observa que el nivel de significancia del modelo logístico lineal es de  $p = 0,000$  el cual es menor al nivel de significancia esperado  $\alpha = 0,05$ , por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir: **SI** existe relación entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor respecto al sexo, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.

#### Para probar la Hipótesis H3

- d. Existe relación entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor respecto al tiempo de tratamiento, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.
1. Ho: **NO** existe relación entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor respecto al tiempo de tratamiento, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.
  2. Ha: **SI** existe relación entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor respecto al tiempo de tratamiento, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.
  3. Nivel de Significación:  $\alpha = 5\% \approx 0,05$
  4. Prueba Estadística: Modelo Logístico Lineal

5. **Tabla N° 17:** Modelo logístico lineal

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Desarrollo	Intersección	2,803	1,420	3,899	1	0,048			
Psicomotor	Displasia	-5,510	,820	45,143	1	0,000	0,004	0,001	0,020
	Tiempo tratamiento (1)			11,287	2	0,004			
	Tiempo tratamiento (1)	-1,920	,993	3,741	1	0,053	0,147	0,021	1,026
	Tiempo tratamiento (2)	-1,855	,578	10,291	1	0,001	0,157	0,050	0,486

a. La variable de referencia es el Tiempo de tratamiento

6. En la tabla N° 17 se observa que el nivel de significancia del modelo logístico lineal es de  $p = 0,048$  el cual es menor al nivel de significancia esperado  $\alpha = 0,05$ , por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir: **SI** existe relación entre la Displasia de cadera y el Desarrollo Psicomotor respecto al tiempo de tratamiento, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.

#### 4.2 Discusión de Resultados

El un estudio realizado en España en el 2015 a 293 niños(a) con DDC, que inicialmente recibieron tratamiento ortopédico y posteriormente tratamiento quirúrgico, resultando tener algún tipo de alteración del desarrollo psicomotor (25). En comparación con el estudio realizado a 170 niños con DCC de 2 a 5 años, difiere significativamente, la diferencia entre ambos estudios responde a factores como la edad, la deambulación que se dio a los 2.4 años en dicha población.

Asimismo en Argentina en el 2013, tomaron como estudio a niños con displasia de cadera, pie equino y un grupo sano, se observó un retraso ligero del desarrollo psicomotor al momento de la deambulación (26); en

comparación al estudio realizado a 170 niños con DCC de 2 a 5 años de edad, presentaron un sub test más alterado la motricidad seguida de la coordinación; difiere significativamente, La diferencia entre ambos estudios responde a la edad del niño(a), la cantidad de muestra y diseño de estudio de dicha población, en comparación con los niños con DDC de 2 a 5 años de la clínica San Juan de Dios.

Así mismo en Chile en el 2003 sobre factores de riesgo asociados al déficit del desarrollo psicomotor en preescolares con nivel socioeconómico bajo, donde se encontró un sub test más alterado en un 97% el lenguaje (27). en comparación al estudio realizado se observa que difiere significativamente ya que se toma los riesgos asociados, el nivel socioeconómico y el lugar de procedencia, el 52% conformado por el sexo masculino, la edad promedio fue 4 años, en comparación con el estudio realizado en la CSJD.

En México en el 2015 se realizó una investigación en niños menores de 5 años, el área más afectada el lenguaje (28); en comparación al estudio realizado; difiere significativamente, porque presentaron resultados distintos ya que se consideró niños menores de 2 años; y tomándose como prueba EDI; dicha población no estuvo conformada por niños con DCC en comparación al estudio realizado en la CSJD.

Asimismo en Chile en el 2015, se hizo un estudio a niños de 4 a 5 años de edad, teniendo como alterado el sub test lenguaje 11%(29), en comparación al estudio realizado se observa que difiere significativamente, la diferencia entre ambos estudios responde a factores como el nivel socioeconómico, el

grado de instrucción del padre, no incluir en el estudio a niños de 2 a 3 años en comparación al estudio realizado en la CSJD.

Sin embargo un estudio realizado en niños de educación inicial en Perú en 2012 (30), se obtuvo que el área más afectada fue la “motricidad 36.90% y la menos afectada es la coordinación”. Este resultado difiere significativamente con el estudio realizado en la CSJD, porque se obtuvo que el área más afectada fue la coordinación 38.8%, seguida de la motricidad 34.1% y la menos afectada es el lenguaje. La diferencia entre ambos resultados puede responder a la presencia de más factores como por ejemplo el estudio no estuvo incluido niños(a) de 2 años de edad, dicha población no estuvo Diagnosticada con DCC, el 52,43% estuvo conformada por el sexo masculino, en comparación al estudio realizado en la CSJD.

En este estudio realizado en Arequipa en 30 niños menores de 2 años de edad (31), se obtuvo retraso del desarrollo psicomotor en un 76,6%; en comparación al estudio realizado difiere significativamente porque la muestra habría estado expuesta al tratamiento ortopédico (Arnes de pavlik); limitación funcional, representada por una edad menor a los 2 años, lo tanto no se observa relación a los resultados obtenidos.

### 4.3 Conclusiones:

- A través de los resultados del modelo logístico lineal se observa que el nivel de significancia es de  $p = 0,014$  por lo tanto se afirma que hay una relación significativa entre displasia de cadera y el desarrollo Psicomotor respecto a la edad, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.
- A través de los resultados del modelo logístico lineal se observa que el nivel de significancia es de  $p = 0,000$  por lo que se afirma que hay una relación significativa entre displasia de cadera y el desarrollo Psicomotor respecto al sexo, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.
- A través de los resultados del modelo logístico se observa que el nivel de significancia es de  $p = 0,048$  por lo que se afirma que hay una relación significativa entre displasia de cadera y el desarrollo Psicomotor respecto al tiempo de tratamiento, en niños de 2 a 5 años de la Clínica “San Juan de Dios” Lima 2017.

#### **4.4 Recomendaciones:**

- Se establece la relación, pero el ítem alarmante es el área de coordinación que presenta un riesgo del 38.8% y un retraso del 14.7%; seguida de la motricidad en riesgo 34.1% y retraso en 11.8%. Por lo tanto se sugiere crear un plan de intervención a través de un tratamiento fisioterapéutico y evitar complicaciones posteriores.
- Se sugiere a los Tecnólogos Médicos un trabajo interdisciplinario con psicomotricidad y/o estimulación temprana y tener una evolución óptima del niño.
- Se recomienda a los alumnos de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, realicen campañas de promoción y prevención en salud, dando a conocer la labor del tecnólogo médico en el Área de Terapia Física y Rehabilitación y sobre este tipo de alteraciones o disfunciones que puede presentar un niño y evitar complicaciones a mediano y largo plazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consuelo.A,Neves.Isabel,Rios.V,Benguigui.Y.Manual.Texas ChildrenHospital para la Vigilancia del Desarrollo Infantil (0-6 años)en el contexto de AIEPI.2011;Vol1(1).
2. Ministerio de Salud Chile. Guía clínica Displasia Luxante de cadera.Minsal.2010; Vol1(1).
3. Cadima.M,Pelaez.C.Deteccion de la Displasia de cadera en Lactantes de Menores de 6 meses en el Servicio de consulta externa de PediatriadelHospitalTiquipaya,incidenciayfactores de riesgo.2013;Vol36.
4. Mazzi.E.Educacion Medica continua.RevSocPed.2011;Vol50(1):57-64.
5. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control del crecimiento y desarrollo de la Niña y Niño Menor de Cinco Años, Resolución Ministerial N° 990-2010/ MINSA; 2010.
6. UNICEF, INEI. Estado de la Niñez en el Perú. Biblioteca Nacional de Perú.2011:vol1 (1).
7. Benavides .J , Figueroa. Cl. revisión de los conceptos actuales de la displasia de la cadera en desarrollo. Rev Col Ort Tra.2012; Vol 26(1):50-60
8. Ubierna.M,Alberti.G.Displasiadel Desarrollo de Cadera.En:Forriol.F.2ºda Edicion.BuenosAiresBogotá-CaracasMadridMéxicoPortoAlegre:Editorial Medica Panamericana;2010.1084-1094.
9. Grosio.J. Displasia Congénita de Cadera.En:Silberman-Varaona.Edicion 3ra.BogotaCaracasMadridMexicoPortoAlegre:EditorialMedicaPanameric

- ana;2010.127-130.
10. Sarasa.C,Perez.C.Fundamentos de Cirugia. Displasia de Cadera .En:Willan Rojas.Edicion 1.Colombia:CIB;2002.136-141.
  11. Catillo.F,Ferrer.M.Tratameinto de Luxación Congénita de Cadera. En Valoria.J. Ed.Dias de Santos .636-641.
  12. Grosio.J.DisplasiaCadera.En:Silberman-Varaona.3°ed.Bogota-Caracas-Madrid-Mexico-PortoAlegre:Editorial Medica Panamericana;2010.127-130.
  13. Fuentes.M,Aceveso.D.RevistaMexicanaOrtopedicayTraumatologica.1996;Vol10 (1):09-18.
  14. Delgadillo.J,Macias.H,Hernandez.R.DisplasiadelDesarrollodeCadera.2006;Vol 73(1):26-30.
  15. TratamientoenDisplasiadeCadera.En:Martinez.P,Perez.J.1°ed.España:Editorial MAD,S.L.389-394.
  16. Rigal.R.Educacion motriz y educuacion psicomotriz en preescolares y primaria:INE.España.2°ed;2006.
  17. Ministerio de educación pública de Costa Rica. Programa de estudio Educación Preescolar. Costa Rica; 2014.
  18. Dacosta.C.C.comodesarrollarelequemacorporalenaquinoterapia.segundo congreso Brasileño de Equinoterapia.
  19. Garcia.M,Martines.M.DesarrolloPsicomotorySignosdeAlarma.AEPap.2016;Vol 30(1) 81-93.
  20. Ministerio de salud de Chile, NORMA TÉCNICA: Programa Nacional de Salud de la Infancia. 2013: 1-430.

21. Quezada M. Desarrollo del lenguaje 0 a 6 años. 1998; 1-8.
22. Osorio.e,Torres.L,Hernandez.M.estimulacion en el hogar y desarrollo motor en niños mexicanos de 36 meses.revsalud publica de mexico.2010;vol.52(1).
23. Ministerio de educación de Ecuador, Currículo de educación inicial lowres. 2014: 1- 280.
24. Maryland State Department of Education, Entendiendo y Apoyando el Desarrollo de su Hijo/a entre los 3 y los 5 Años de Edad. 2008: 1-16p
25. Pipa.I ,Rodriguez.M ,Felgueroso.J ,Riera.M ,Gonzales.P.Displasia del desarrollo de la cadera en niños con trastorno psicomotor. ¿factor de riesgo para un mal resultado?.AEP.2016; Vol.85 (1):142-148.
26. Mosquijo.J,Campos.L,Torres.A,Allende.V.desarrollo locomotor en pacientes con displasia del desarrollo de cadera y pie equino varo congénito que recibieron tratamiento ortopédico antes del año de vida .estudio prospectivo comparativo. ADP..2013;79(4):236-240.
27. Schonhaut.L,Rojas.P,Kaempffer.A. factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel de nivel socioeconómico bajo: comuna urbana rural; región metropolitana, 2003.rev chil pediatr.2005;Vol 76(6):589-598.
28. Rizzoli.A,Martell.L,Delgado.I,Villasis.M,Reyes.H,Oshea.G.escrutinio poblacional del nivel de desarrollo infantil en menores de 5 años de prospera en Mexico.Elsevier.2015:Vol72 (6):409-419.

29. Leiva.M,Valdes.M. modelo estadístico para predecir el puntaje en el desarrollo psicomotor en niños de 4 a 5 años de edad en función al nivel socioeconómico. Arch Pediatr Urug.2016;Vol 87(1):22-27.
30. Maquera.B,Barrientos.R. desarrollo en los niños de 3 a 5 años de edad que asisten a la matrícula de la institución educativa inicial 358 niño jesus praga de lima-febrero 2012. 2012;Vol 59 (1)
31. Ranilla Mendoza,Fatima.Relacion de la displasia de cadera en el retraso del desarrollo psicomotor en niños de tres meses a dos años en el servicio de Terapia Física-área de niños del Hogar Clínica San Juan de Dios-Ceri.Arequipa-2014.
32. Haeussler I M, Marchant T. Test de desarrollo psicomotor en niños de 2 a 5 años (TEPSI). 10ma Ed. Chile: AUTOR-EDITOR, 2002.

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 1

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Título:**

**“DISPLASIA DE CADERA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS”**

Alanoca.J.

#### **Introducción**

Siendo egresada de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende determinar la **RELACIÓN DE LA DISPLASIA DE CADERA Y DESARROLLO PSICOMOTOR**”, para lo cual Ud. está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le informara a cerca de lo que se realizara con su niño(a) , Posteriormente se le realizará actividades “JUEGOS como llevar agua en un vaso, armar cubos, salta y otros ejercicios más ,por último se le tomara una foto para los anexos del trabajo . Su participación será por única vez.

El Desarrollo Psicomotor se evaluara con el test de TEPSI a niños de 2 a 5 años ; con actividades simples de acorde a su edad, dando como resultado el perfil motor en el que encuentra su niño.

#### **Riesgos**

No hay riesgo para su niño ya que no se le realizará ninguna evaluación clínica de forma directa. Solo se evaluara el Desarrollo Psicomotor mediante los circuitos “juegos”.

#### **Beneficios**

Los resultados de la evaluación Psicomotor contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación actual del Desarrollo Psicomotor normal del niño.

#### **Confidencialidad**

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: Alanoca Chayña Jocelyn

E-mail: jach\_mt@hotmail.com

Teléfono: 972122663

Celular: 972122663

Dirección: los pinos s/n referencia av. Huarochirí c/ Av. Los Chancas Santa Anita

Asesor de Tesis: Lic. Noemí Cautín

E-mail: noemicautin@hotmail.com

Celular: 958969458

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Alas Peruanas, al teléfono 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 solo se realizara en la Clínica San Juan de Dios-Lima; en el cual participarán como mínimo 170 personas voluntarias.

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

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población de personas que acuden a la C.S.J.D, las mismas que están en riesgo a tener algunas deficiencias o no en el desarrollo de su niño

**Yo:**

\_\_\_\_\_.

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

**Doy consentimiento** al equipo de investigadores para hacerme una entrevista personal y se realice la evaluación de mi niño, 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 N° 2

### Asentimiento para participar en un estudio de investigación

(Menores de 12 años)

---

Instituciones : Universidad Alas Peruanas

Investigadores : Jocelyn Alanoca Chayña

Título: Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la clínica San Juan de Dios-Lima 2017.

---

#### Propósito del Estudio:

Hola \_\_\_\_\_ mi nombre es \_\_\_\_\_, estamos haciendo un estudio para comparar el desarrollo psicomotor en niños con displasia de cadera , y de esta manera saber si tienes algún déficit del desarrollo Psicomotor.

La displasia de cadera afecta principalmente al desarrollo psicomotor normal del niño.

Si decides participar en este estudio te haremos algunos circuitos “juegos”, como es por ejemplo caminar llevando un vaso con agua, armar cubos, saltar y otros ejercicios más.

No deberás pagar nada por participar en el estudio .Igualmente, no recibirás dinero, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del desarrollo psicomotor

No tienes que colaborar con nosotros si no quieres. Si no lo haces no habrá ningún cambio en tu casa o en tu colegio.

Si deseas hablar con alguien acerca de este estudio puedes llamar a: Jocelyn Alanoca Chayña al teléfono: 972122663 (Lima),

¿Tienes alguna pregunta?

¿Deseas Colaborar con nosotros?

Si ( )

No ( )

---

Testigo (Si el participante es analfabeto)

---

Fecha:

Nombre:

DNI:

---

Investigador

---

Fecha:

Nombre:

DNI:

### ANEXO 3

#### PROTOCOLO TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS TEPSI.

NOMBRE DEL NIÑO : .....

FECHA NACIMIENTO: .....

FECHA DE EXAMEN : .....

Edad:    Años:    Meses:    Dias
----------------------------------

COLEGIO    : .....

NOMBRE PADRE :.....DE LA MADRE:.....

EXAMINADOR :.....

<b>RESULTADOS TEST TOTAL</b>	<b>Observaciones:</b>
PUNTAJE BRUTO :	
PUNTAJE T :	
CATEGORÍA :	
NORMAL:    RIESGO:    RETRASO:	

RESULTADOS	POR SUB TEST			Observaciones:
AREA	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	CATEGORÍA	
CORDINACIÓN				
LENGUAJE				
MOTRICIDAD				

<b>PERFIL TEPSI</b>			
PUNTAJE T	RETRASO	RIESGO	NORMALIDAD

TEST TOTAL			
	20 29	30 39	40
SUBTEST CORDINACIÓN			
	20	30	40
SUBTEST LENGUAJE			
	20	30	40
SUBTEST MOTRICIDAD			
	20	30	40

I	SUBTEST	CORDINACIÓN
	1 C	TRASLADA AGUA DE UNA VASO A OTRO SIN DERRAMAR(DOS VASOS )
	2 C	CONSTRUYE UN PUENTE CON TRES CUBO CON MODELO (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 LÍNEA RECTA(LAMINA 1;LÁPIZ; REVERSÓ HOJA REGISTRO )
	9 C	COPIA UN CIRCULO (LAMINA 2; LÁPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)
	10 C	COPIA UNA CRUZ (LAMINA 3; LÁPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)
	11 C	COPIA UN TRIÁNGULO (LAMINA 4; LÁPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)
	12 C	COPIA UN CUADRADO (LAMINA 5; LÁPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)
	13 C	DIBUJA 9 O MAS PARTES DEL CUERPO(LÁPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)
	14 C	DIBUJA 6 O MAS PARTES DEL CUERPO(LÁPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)

	15 C	DIBUJA 3 O MAS PARTES DEL CUERPO(LÁPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)
	16 C	ORDENA POR TAMAÑOS (TABLERO; BARRITAS)
		TOTAL PUNTAJE BRUTO SUBTEST CORDINACIÓN.

II	SUBTEST	LENGUAJE
	1L	RECONOCE GRANDE Y CHICO(LAM.6) GRANDE_____CHICO_____
	2L	RECONOCER MAS Y MENOS (LAM. 7) MAS_____MENOS_____
	3L	NOMBRA ANIMALES (LAM.8) GATO_____PERRO_____CHANCHO_____PATO_____ LOMA_____OVEJA_____TORTUGA_____GALLINA_____
	4L	NOMBRA OBJETOS (LAM. 9) PARAGUAS_____VELA_____ESCOBA_____TETERA_____ ZAPATOS_____RELOJ_____SERRUCHO_____TAZA_____
	5L	RECONOCE LARGO Y CORTO (LAM. 10) LARGO_____CORTO_____
	6L	VERBALIZA ACCIONES (LAM. 11) CORTANDO_____SALTANDO_____ PLANCHANDO_____COMIENDO_____
	7L	CONOCE LA UTILIDAD DE LOS OBJETOS CUCHARA_____LÁPIZ_____JABÓN_____ ESCOBA_____CAMA_____TIJERA_____
	8L	DISCRIMINA PESADO Y LIVIANO (BOLSAS CON ARENA Y ESPONJA) PESADO_____LIVIANO_____
	9L	VERBALIZA SU NOMBRE Y APELLIDO NOMBRE_____APELLIDO_____
	10L	IDENTIFICA SU SEXO _____

11L	<p>CONOCE EL NOMBRE DE SUS PADRES</p> <p>PAPA _____ MAMA _____</p>
12L	<p>DA RESPUESTAS COHERENTES A SITUACIONES PLANTEADAS</p> <p>HAMBRE _____ CANSADO _____ FRIÓ _____</p>
13L	<p>COMPRENDER PREPOSICIONES (LÁPIZ)</p> <p>DETRÁS _____ SOBRE _____ BAJO _____</p>
14L	<p>RAZONA POR ANALOGÍAS OPUESTAS</p> <p>HIELO _____ RATÓN _____ MAMA _____</p>
15L	<p>NOMBRA COLORES (PAPEL LUSTRE AZUL,AMARILLO,ROJO)</p> <p>AZUL _____ AMARILLO _____ ROJO _____</p>
16L	<p>SEÑALA COLORES (PAPEL LUSTRE AMARILLO,AZUL,ROJO)</p> <p>AMARILLO _____ AZUL _____ ROJO _____</p>
17L	<p>NOMBRA FIGURAS GEOMÉTRICAS (LAM. 12)</p> <p>_____</p>
18L	<p>SEÑALA FIGURAS GEOMÉTRICAS (LAM. 12)</p> <p>_____</p>
19L	<p>DESCRIBE ESCENAS (LAM. 13 Y 14 )</p> <p>13 _____</p> <p>_____</p> <p>14 _____</p> <p>_____</p>
20L	<p>RECONOCE ABSURDOS (LAM. 15) _____</p>
21L	<p>USA PLURALES (LAM. 16) _____</p>
22L	<p>RECONOCE ANTES Y DESPUÉS (LAM. 17)</p> <p>ANTES _____ DESPUÉS _____</p>
23L	<p>DEFINE PALABRAS</p> <p>MANZANA _____</p> <p>PELOTA _____</p>

		ZAPATO _____ ABRIGO _____
	24L	NOMBRA CARACTERÍSTICAS OBJETOS. (PELOTA, GLOBO INFLADO. BOLSA ARENA  PELOTA _____ GLOBO _____ BOLSA _____
		TOTAL PUNTAJE BRUTO SUBTEST LENGUAJE.

III	SUBTEST	MOTRICIDAD.
	1M	SALTA CON LOS DOS PIES JUNTOS EN EL MISMO LUGAR.
	2M	CAMINA DIEZ PASOS LLEVANDO UN VASO LLENO DE AGUA (VASO CON AGUA)
	3M	LANZA UNA PELOTA EN UNA DIRECCIÓN DETERMINADA (PELOTA)
	4M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 10 SEGUNDOS O MAS.
	5M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 5 SEGUNDOS O MAS.
	6M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 1 SEGUNDO O MAS.
	7M	CAMINA EN PUNTA DE PIE SEIS O MAS PASOS.
	8M	SALTA 20 CM. CON LOS PIES JUNTOS (HOJA DE REGISTRO)
	9M	SALTA EN UN PIE TRES O MAS VECES SIN APOYO.
	10M	COGE UNA PELOTA (PELOTA)
	11M	CAMINA HACIA ADELANTE TOPANDO TALÓN Y PUNTA
	12M	CAMINA HACIA ATRÁS TOPANDO PUNTA Y TALÓN.
		TOTAL DE PUNTAJE BRUTO SUBTEST MOTRICIDAD.

**OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:**

.....

DATOS GENERALES					DISPLASIA DE CADERA			DESARROLLO PSICOMOTOR				
Codigo	Edad		Sexo		Tiempo de Tratamiento en meses		Tipo de displasia	Desarrollo Psicomotor		COORDINACION	MOTRICIDAD	LENGUAJE
DDC001	2	1	F	2	7	2	1	retraso coordinacion riesgo motricidad y lenguaje	3	3	2	2
DDC002	3	2	F	2	15	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC003	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC004	3	2	F	2	12	3	2	Normal	1	1	1	1
DDC005	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC006	3	2	F	2	17	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC007	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC008	3	2	F	2	12	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC009	3	2	F	2	10	2	2	riego en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC010	2	1	F	2	10	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC011	2	1	F	2	9	2	1	riesgo en coordinacion	1	2	1	1
DDC012	3	2	F	2	8	2	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC013	3	2	F	2	7	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC014	3	2	F	2	10	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC015	3	2	F	2	15	3	1	Normal	1	1	1	1

DDC016	3	2	F	2	12	3	2	Normal	1	1	1	1
DDC017	3	2	F	2	16	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC018	4	3	F	2	17	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC019	3	2	F	2	15	3	2	retraso en coordinacion riesgo en motricidad	3	3	2	1
DDC020	2	1	F	2	12	3	1	riesgo en motricidad y lenguaje	2	1	2	2
DDC021	3	2	F	2	13	3	1	riesgo en coordinacion	1	2	1	1
DDC022	3	2	F	2	9	2	2	retraso en coordinacion motricidad y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC023	3	2	F	2	16	3	2	riesgo en coordinacion motricidad y lenguaje	2	2	2	2
DDC024	4	3	F	2	18	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC025	3	2	F	2	13	3	2	Retraso coordinacion y motricidad y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC026	2	1	F	2	8	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC027	3	2	F	2	12	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC028	3	2	M	1	12	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC029	3	2	F	2	10	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC030	3	2	F	2	8	2	2	retraso en coordinacion motricidad y riesgo en lenguaje	3	3	3	2

DDC031	2	1	F	2	10	2	2	Retraso coordinacion y motricidad y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC032	3	2	F	2	14	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC033	3	2	F	2	12	3	2	riesgo coordinacion motricidad y lengauje	2	2	2	2
DDC034	4	3	F	2	18	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC035	3	2	F	2	11	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC036	3	2	F	2	14	3	1	riesgo en motridiad	1	2	1	1
DDC037	3	2	F	2	12	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC038	3	2	F	2	15	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC039	4	3	F	2	16	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC040	2	1	F	2	8	2	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC041	3	2	F	2	12	3	2	riesgo en coordinacion	2	2	1	1
DDC042	4	3	F	2	16	3	2	riesgo en coordinacion motricidad y lenguaje	2	2	2	2
DDC043	3	2	F	2	15	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC044	3	2	F	2	12	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC045	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC046	3	2	F	2	13	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC047	3	2	F	2	17	3	2	riesgo en coordinaciony motricidad	2	2	2	1

DDC048	3	2	F	2	12	3	2	riesgo en coordinacion	2	2	1	1
DDC049	3	2	F	2	12	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC050	4	3	F	2	16	3	1	normal	1	1	1	1
DDC051	3	2	F	2	14	3	2	riesgo coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC052	2	1	M	1	9	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC053	2	1	F	2	12	3	1	riesgo en coordinacion motricidad y lengiaje lenguaje	2	2	2	2
DDC054	2	1	F	2	5	1	1	retaso de coordinacion moricidad y riesgo lenguaje	3	3	3	2
DDC055	3	2	F	2	13	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC056	3	2	F	2	16	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC057	3	2	F	2	16	3	2	riesgo coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC058	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC059	3	2	F	2	15	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC060	2	1	F	2	6	1	2	retraso coordinacion motricidad Riesgo lenguaje	3	3	3	2
DDC061	3	2	F	2	15	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC062	2	1	F	2	7	2	2	riesgo coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC063	2	1	F	2	8	2	1	riesgo motricidad	2	2	1	1

DDC064	2	1	F	2	12	3	2	Retraso coordinacion y motricidad y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC065	2	1	F	2	9	2	2	Retraso coordinacion y motricidad y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC066	2	1	F	2	6	1	2	retraso coordinacion y lenguaje y riesgo motricidad	3	3	2	3
DDC067	2	1	F	2	7	2	2	riesgo de coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC068	2	1	F	2	10	2	2	retraso del lenguaje y coordinacion y motricidad	3	3	3	3
DDC069	3	2	F	2	7	2	2	riesgo coordinacion motricidad lenguaje	2	2	2	2
DDC070	2	1	F	2	5	1	1	normal	1	1	1	1
DDC071	3	2	F	2	12	3	1	riesgo coordinacion	2	2	1	1
DDC072	2	1	F	2	3	1	2	riesgo coordinacion motricidad lenguaje	2	2	2	2
DDC073	3	2	F	2	9	2	2	riesgo coordinacion motricidad lenguaje	2	2	2	2
DDC074	2	1	F	2	6	1	1	Normal	1	1	1	1
DDC075	3	2	F	2	6	1	2	retraso en coordinacion motricidad y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC076	3	2	F	2	18	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC077	2	1	F	2	6	1	1	Normal	1	1	1	1
DDC078	2	1	F	2	7	2	2	riesgo coordinacion y motricidad	2	2	2	1

DDC079	2	1	F	2	5	1	2	riesgo en coordinacion y motricidad y lenguaje	2	2	2	2
DDC080	2	1	F	2	8	2	1	normal	1	1	1	1
DDC081	3	2	F	2	7	2	2	Riesgo coordinacion	2	2	1	1
DDC082	3	2	F	2	12	3	2	riesgo coordinacion	2	2	1	1
DDC083	4	3	F	2	17	3	2	riesgo coordinacion y motricidad y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC084	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC085	3	2	F	2	15	3	1	riesgo en coordinacion	2	2	1	1
DDC086	2	1	F	2	13	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC087	3	2	F	2	15	3	2	retraso en coordinacion y riesgo en motricidad	2	3	2	1
DDC088	3	2	F	2	13	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC089	3	2	F	2	13	3	2	riesgo en coordinacion	2	2	1	1
DDC090	3	2	M	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC091	3	2	F	1	13	3	1	riesgo motricidad coordinacion y lenguaje	2	2	2	2
DDC092	3	2	F	2	15	3	2	riesgo coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC093	3	2	F	2	17	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC094	3	2	F	2	13	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC095	3	2	F	2	15	3	1	Normal	1	1	1	1

DDC096	2	1	F	2	7	2	2	retraso coordinacion riesgo motricidad y lenguaje	3	3	2	2
DDC097	3	2	F	2	13	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC098	3	2	F	2	12	3	2	riesgo coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC099	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC100	3	2	F	2	13	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC101	2	1	F	2	9	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC102	3	2	M	1	14	3	2	riesgo coordinacion y lenguaje	2	2	1	2
DDC103	3	2	F	2	13	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC104	3	2	F	2	16	3	2	riesgo coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC105	2	1	F	2	9	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC106	3	2	F	2	14	3	1	riesgo coordinacion	2	2	1	1
DDC107	3	2	F	2	13	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC108	3	2	F	2	16	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC109	2	1	F	2	7	2	2	retras coordinacion y motricidad y riesgo lenguaje	3	3	3	2
DDC110	2	1	F	2	8	2	2	riesgo coordinacion motricidad	2	2	2	1
DDC111	2	1	F	2	7	2	2	riesgo coordinacion motricidad y lenguaje	2	2	2	2
DDC112	2	1	F	2	8	2	1	riesgo coordinacion motricidad	2	2	2	1
DDC113	3	2	F	2	15	3	1	Normal	1	1	1	1

DDC114	2	1	F	2	9	2	1	Retraso coordinacion y motricidad y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC115	2	1	F	2	7	2	2	Retraso coordinacion y motricidad y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC116	2	1	F	2	8	2	2	riesgo coordinacion motricidad y lenguaje	2	2	2	2
DDC117	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC118	2	1	F	2	9	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC119	2	1	F	2	10	2	1	riesgo coordinacion motricidad	2	2	2	1
DDC120	2	1	F	2	12	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC121	2	1	F	2	8	2	2	riesgo coordinacion y motricida y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC122	2	1	F	2	9	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC123	2	1	F	2	7	2	1	riesgo coordinacion y motricida y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC124	2	1	F	2	9	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC125	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC126	2	1	F	2	10	2	1	riesgo coordinacion motricidad	2	2	2	1
DDC127	2	1	F	2	10	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC128	3	2	F	2	14	3	2	riesgo coordinacion motricidad y lenguaje	2	2	2	2
DDC129	2	1	F	2	8	2	1	riesgo coordinacion motricidad y lenguaje	2	2	2	2
DDC130	3	2	F	2	15	3	1	Normal	1	1	1	1

DDC131	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC132	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC133	3	2	F	2	15	3	2	riesgo en coordinacion	2	2	1	1
DDC134	2	1	F	2	9	2	1	Normal	1	1	1	1
DDC135	3	2	F	2	15	3	2	riesgo coordinacion y motricida y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC136	3	2	F	2	17	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC137	3	2	F	2	16	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC138	3	2	F	2	15	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC139	3	2	F	2	18	3	2	riesgo coordinacion motricidad y lenguaje	2	2	2	2
DDC140	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC141	3	2	F	2	15	3	2	riesgo coordinacion motricidad y lenguaje	2	2	2	2
DDC142	3	2	F	2	16	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC143	3	2	F	2	14	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC144	2	1	F	2	12	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC145	2	1	F	2	12	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC146	2	1	F	2	10	2	1	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC147	4	3	F	2	18	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC148	4	3	F	2	18	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC149	4	3	F	2	17	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1

DDC150	4	3	F	2	18	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC151	4	3	F	2	15	3	2	riesgo coordinacion motricidad y lenguaje	2	2	2	2
DDC152	3	2	F	2	15	3	2	Normal	1	1	1	1
DDC153	4	3	F	2	17	3	2	riesgo coordinacion y motricida y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC154	3	2	F	2	14	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC155	4	3	F	2	17	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC156	3	2	F	2	14	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC157	3	2	F	2	15	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC158	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC159	3	2	F	2	16	3	2	riesgo en coordinacion y motricidad	2	2	2	1
DDC160	3	2	F	2	14	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC161	3	2	F	2	13	3	2	riesgo coordinacion y motricida y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC162	2	1	F	2	8	2	2	riesgo coordinacion y motricida y riesgo en lenguaje	3	3	3	2
DDC163	4	3	F	2	17	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC164	3	2	F	2	15	3	2	riesgo coordinacion motricidad y lenguaje	2	2	2	2
DDC165	2	1	F	2	8	2	2	retraso en coordinacion y motricidad riesgo en lenguaje	3	3	2	2
DDC166	3	2	F	2	13	3	1	Normal	1	1	1	1

DDC167	4	3	F	2	17	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC168	2	1	F	2	9	2	1	riesgo coordinacion	2	2	1	1
DDC169	3	2	F	2	13	3	1	Normal	1	1	1	1
DDC170	2	1	M	1	5	1	1	riesgo coordinacion motricidad y lenguaje	2	2	2	2



## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### DISPLASIA DE CADERA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS LIMA 2017.

Problema General	Objetivos Generales	HIPOTESIS	VARIABLES DE ESTUDIO	Dimensiones y Escalas		Instrumento de Medición	Metodología								
¿Cuál es la relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017?	Determinar si existe relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017.	<p><b>HIPOTESIS GENERAL</b></p> <p>Existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017.</p> <p><b>HIPOTESIS NULA</b></p> <p>No existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017.</p>	<p><u>VARIABLE PRINCIPAL:</u></p> <p>DESARROLLO PSICOMOTOR</p> <p>Displasia de Cadera</p>	<table border="1"> <tr> <td>Coordinación</td> <td>Retraso</td> </tr> <tr> <td>Motricidad</td> <td>Riesgo</td> </tr> <tr> <td>Lenguaje</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td></td> <td>40-60</td> </tr> </table>	Coordinación	Retraso	Motricidad	Riesgo	Lenguaje	Normal		40-60	TEPSI	<p>Diagnostico Medico</p>	<p><u>DISEÑO DE ESTUDIO</u></p> <p>Descriptivo de relación de corte transversal</p>
Coordinación	Retraso														
Motricidad	Riesgo														
Lenguaje	Normal														
	40-60														
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unilateral</li> <li>• Bilateral</li> </ul>													
¿Cuál es la relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017; según la edad?	Determinar si existe relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017; según la edad.	<p><b>HIPÓTESIS ESPECIFICA</b></p> <p>H.E (1) Existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017, según la edad.</p>	<p><u>VARIABLE SECUNDARIA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EDAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 a 5 años</li> </ul>	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	POBLACION	<p>Todos los niños que son diagnosticados con displasia de cadera de la Clínica San Juan de Dios.Lima - 2017</p>								
¿Cuál es la relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017; según el sexo?	Determinar si existe relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017; según el sexo.	<p>H.N(1)</p> <p>No existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017, según la edad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SEXO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>											

<p>¿Cuál es la relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017; según el tiempo de tratamiento que reciben?</p>	<p>Determinar si existe relación entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017; según el tiempo de tratamiento que reciben.</p>	<p>H.E(2) Existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017, según el sexo. H.N(2) No existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017, según el sexo.</p> <p>H.E(3) Existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017, según el tiempo de tratamiento que reciben. H.N(3) No existe relación significativa entre Displasia de Cadera y Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima 2017, según el tiempo de tratamiento que reciben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de tratamiento que recibe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3-6 meses</li> <li>• 7 a 11 meses</li> <li>• 12- 18 meses</li> </ul>		<p>MUESTRA</p> <p>No se calcula el tamaño muestral ya que se pretende estudiar a todos los niños de 2 a 5 años de la Clínica San Juan de Dios Lima Perú.</p>
--	---	---	--	---	--	--

## LISTA DE TABLAS

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

Características de la edad	
Muestra	170
Edad promedio	2,78
Desviación Estándar	±0,60
Edad Mínima	2
Edad Máxima	4

**Tabla N° 2:** Edad etárea de la muestra

Características de la edad	
Muestra	170
Edad promedio	2,78
Desviación Estándar	±0,60
Edad Mínima	2
Edad Máxima	4

**Tabla N° 3:** Sexo de la muestra

Características de la edad	
Muestra	170
Edad promedio	2,78
Desviación Estándar	±0,60
Edad Mínima	2
Edad Máxima	4

**Tabla N° 4:** Displasia de cadera que presento la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Unilateral	95	55,9	55,9
Bilateral	75	44,1	100,0
Total	170	100,0	

**Tabla N° 5:** Distribución según el tiempo de tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Unilateral	95	55,9	55,9
Bilateral	75	44,1	100,0
Total	170	100,0	

**Tabla N° 6:** Desarrollo del área de coordinación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Unilateral	95	55,9	55,9
Bilateral	75	44,1	100,0
Total	170	100,0	

**Tabla N° 7:** Desarrollo del área de motricidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	92	54,1	54,1
En riesgo	58	34,1	88,2
Con retraso	20	11,8	100,0
Total	170	100,0	

**Tabla N° 8:** Desarrollo del área de lenguaje

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	126	74,1	74,1
En riesgo	42	24,7	98,8
Con retraso	2	1,2	100,0
Total	170	100,0	

**Tabla N° 9:** Desarrollo psicomotor de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	126	74,1	74,1
En riesgo	42	24,7	98,8
Con retraso	2	1,2	100,0
Total	170	100,0	

**Tabla N° 10:** Desarrollo psicomotor de la muestra por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	126	74,1	74,1
En riesgo	42	24,7	98,8
Con retraso	2	1,2	100,0
Total	170	100,0	

**Tabla N° 11:** Desarrollo psicomotor de la muestra por edad

	Desarrollo Psicomotor de la muestra			Total
	Normal	En riesgo	Con retraso	
2 años	18	20	16	54

3 años	51	42	7	100
4 años	10	4	2	16
Total	79	66	25	170

**Tabla N° 12:** Desarrollo psicomotor de la muestra por el tiempo de tratamiento

	Desarrollo Psicomotor de la muestra			Total
	Normal	En riesgo	Con retraso	
de 3 a 6 meses	3	3	4	10
de 7 a 11 meses	16	19	14	49
de 12 a 18 meses	60	44	7	111
Total	79	66	25	170

**Tabla N° 13:** Displasia de cadera y desarrollo psicomotor

	Desarrollo Psicomotor de la muestra			Total
	Normal	En riesgo	Con retraso	
Displasia Unilateral	Frecuencia 77	14	4	95
	% del total 45,3%	8,2%	2,4%	55,9%
Bilateral	Frecuencia 2	52	21	75
	% del total 1,2%	30,6%	12,4%	44,1%

**Tabla N° 14:** Prueba del Chi – Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	103,72 <sup>a</sup>	2	0,000

Razón de verosimilitudes	124,46	2	0,000
Asociación lineal por lineal	85,14	1	0,000
N de casos válidos	170		

Tabla N°15: **Modelo logístico Lineal**

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Desarrollo	Intersección	-6,437	0,934	3,462	1	0,014			
Psicomotor	Displasia	-5,999	0,883	46,142	1	0,000	0,002	0,000	0,014
	G.etáreo (2)			15,699	2	0,000			
	G.etáreo (3)	-3,025	1,320	5,254	1	0,022	0,049	0,004	0,645
	G.etáreo (4)	-0,638	1,290	0,244	1	0,621	0,528	0,042	6,627

a. La variables de referencia es la edad: G.etáreo.

Tabla N° 16: **Modelo Logístico Lineal**

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Desarrollo	Intersección	2,803	1,612	2,798	1	0,000			
Psicomotor	Displasia	-5,132	0,768	44,698	1	0,000	0,006	0,001	0,027
	Sexo	1,551	1,034	2,250	1	0,134	4,717	0,622	35,796

a. La variable de referencia es sexo

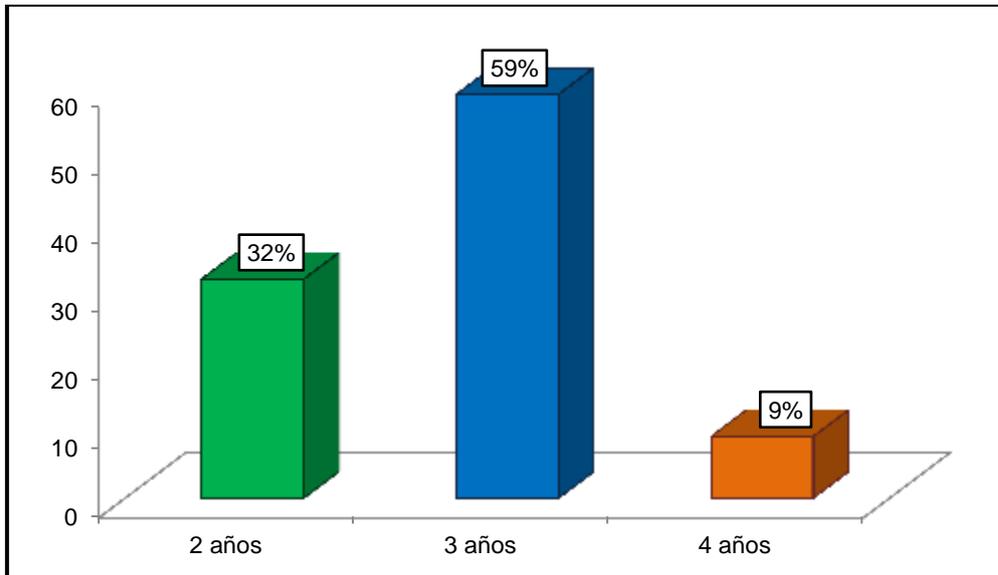
Tabla N° 17: **Modelo Logístico Lineal**

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Desarrollo	Intersección	2,803	1,420	3,899	1	0,048			
Psicomotor	Displasia	-5,510	,820	45,143	1	0,000	0,004	0,001	0,020
	Tiempo tratamiento (1)			11,287	2	0,004			
	Tiempo tratamiento (1)	-1,920	,993	3,741	1	0,053	0,147	0,021	1,026
	Tiempo tratamiento (2)	-1,855	,578	10,291	1	0,001	0,157	0,050	0,486

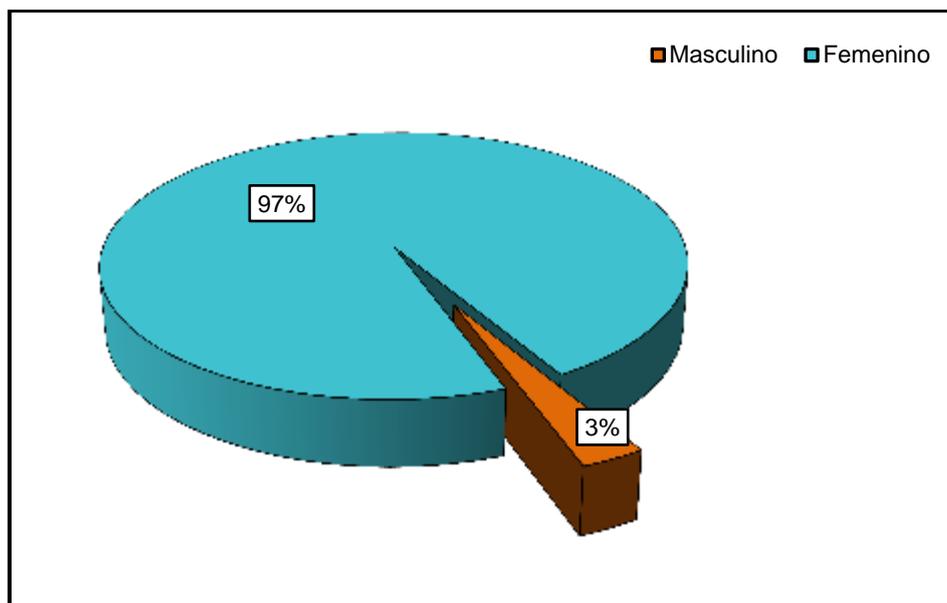
a. La variable de referencia es el Tiempo de tratamiento

## LISTA DE GRÁFICOS

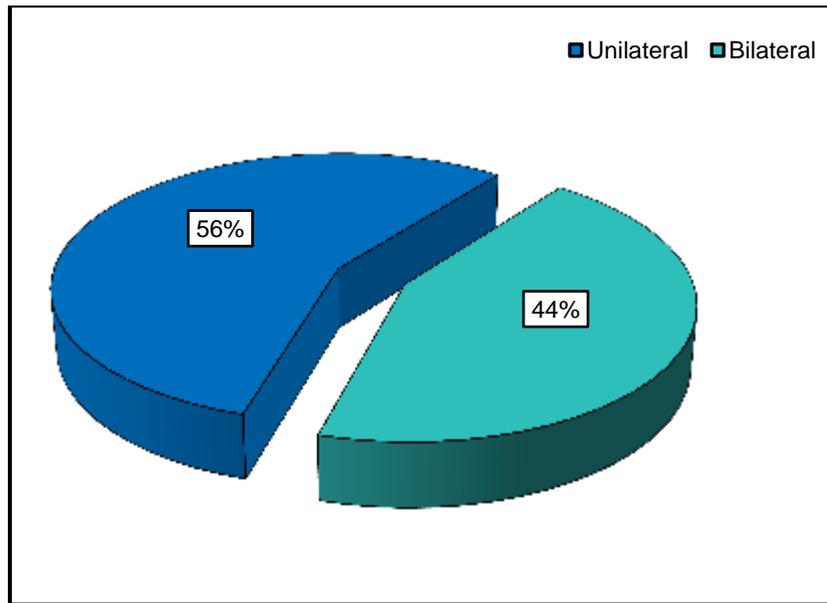
**Gráfico N° 1:** Edad etaria de la muestra



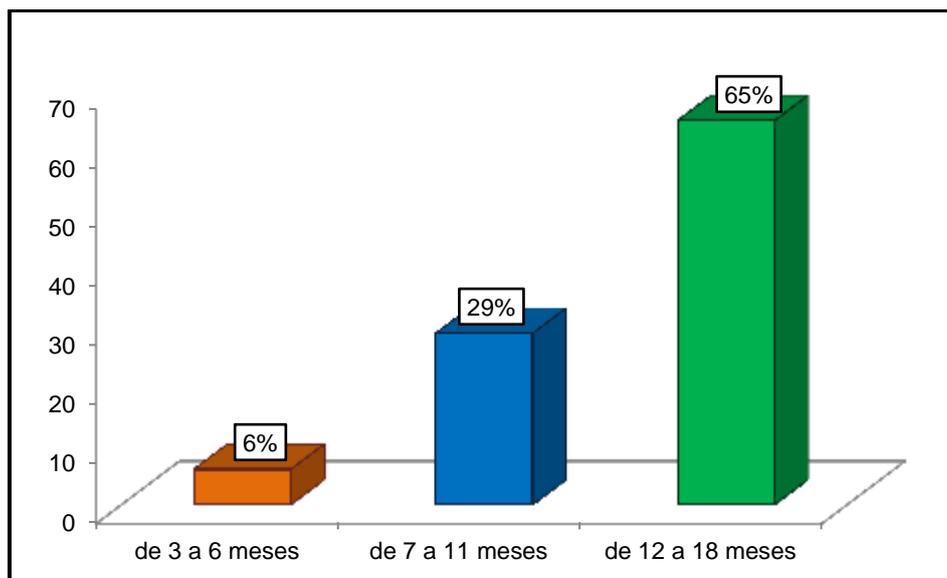
**Gráfico N° 2:** Sexo de la muestra



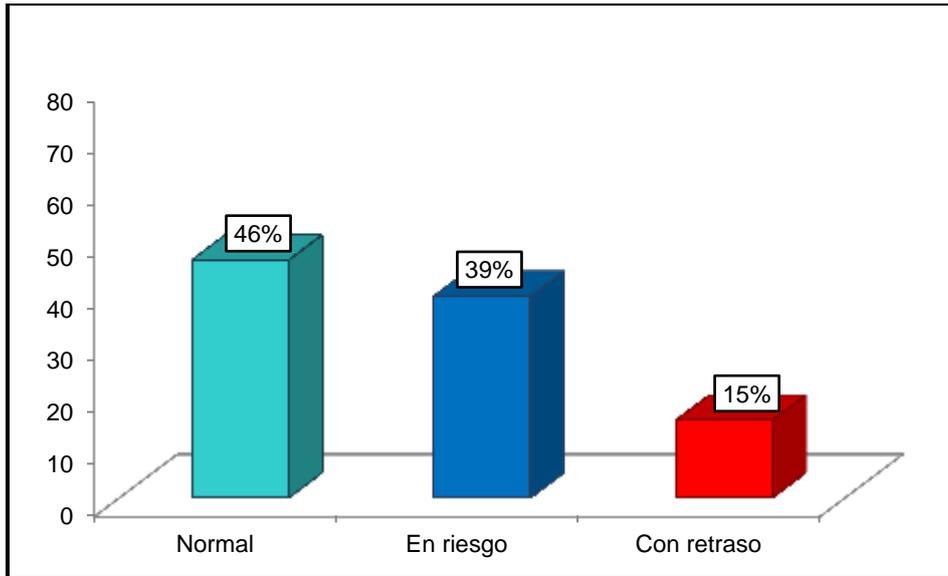
**Gráfico N° 3:** Displasia de cadera que presento la muestra



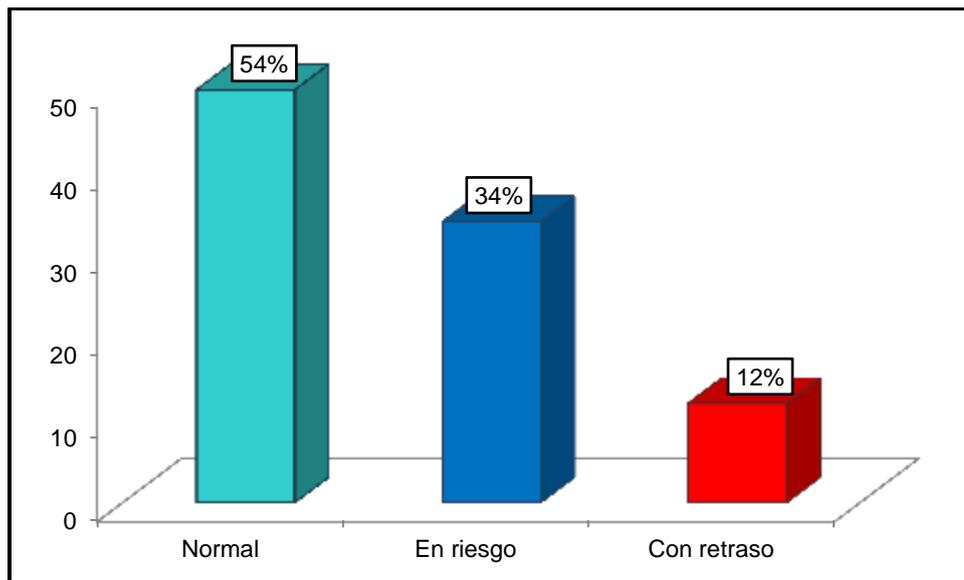
**Gráfico N° 4:** Distribución por tiempo de tratamiento



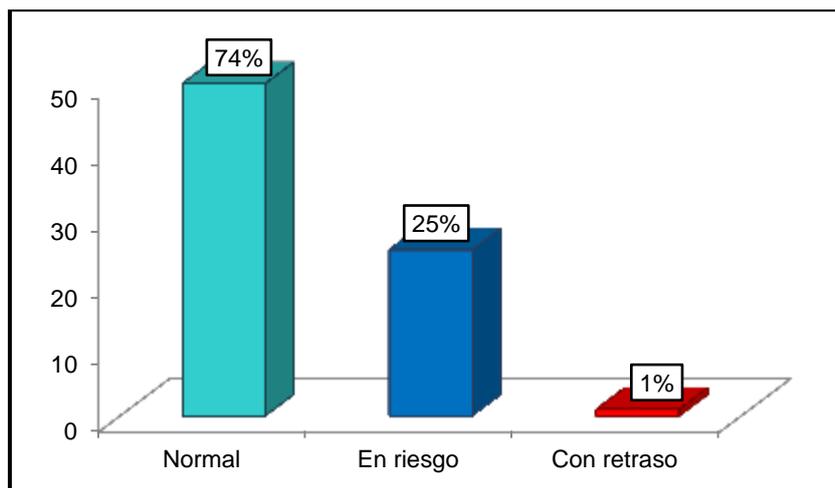
**Gráfico N° 5:** Desarrollo del área de coordinacion



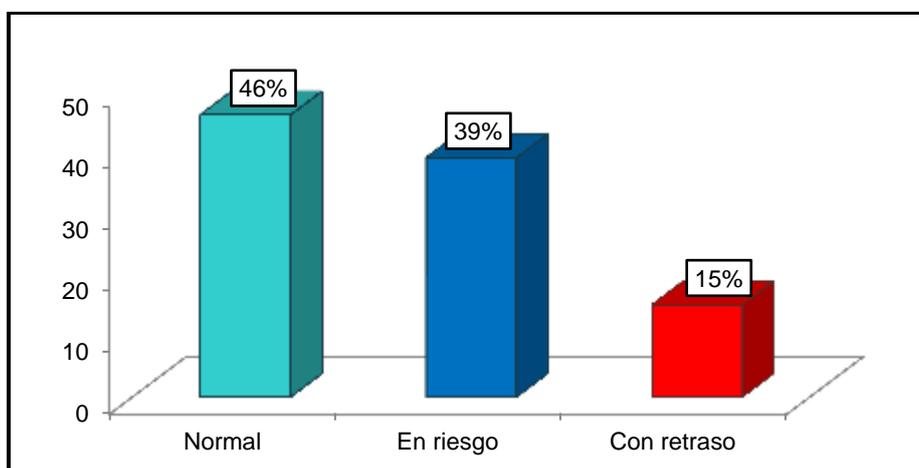
**Gráfico N° 6:** Desarrollo del área de motricidad



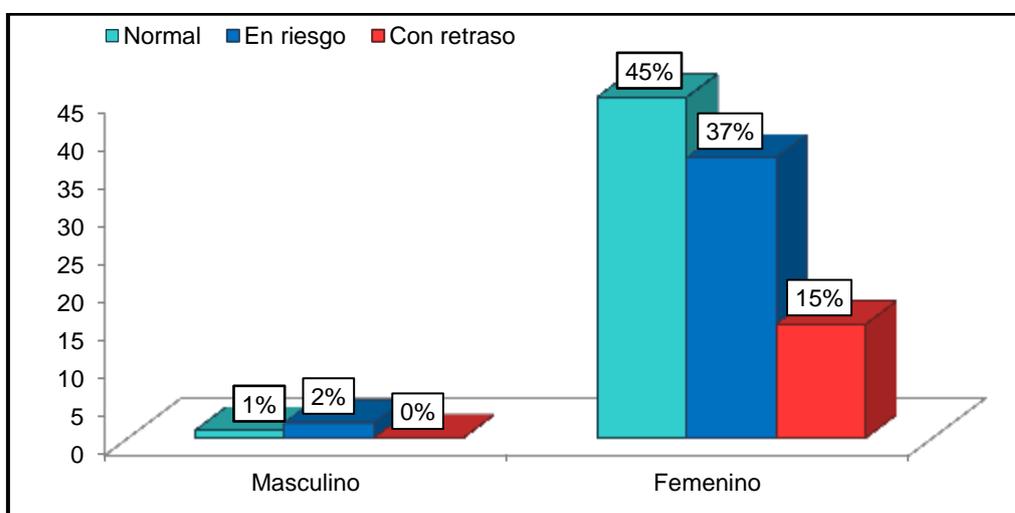
**Gráfico N° 7:** Desarrollo del área del lenguaje



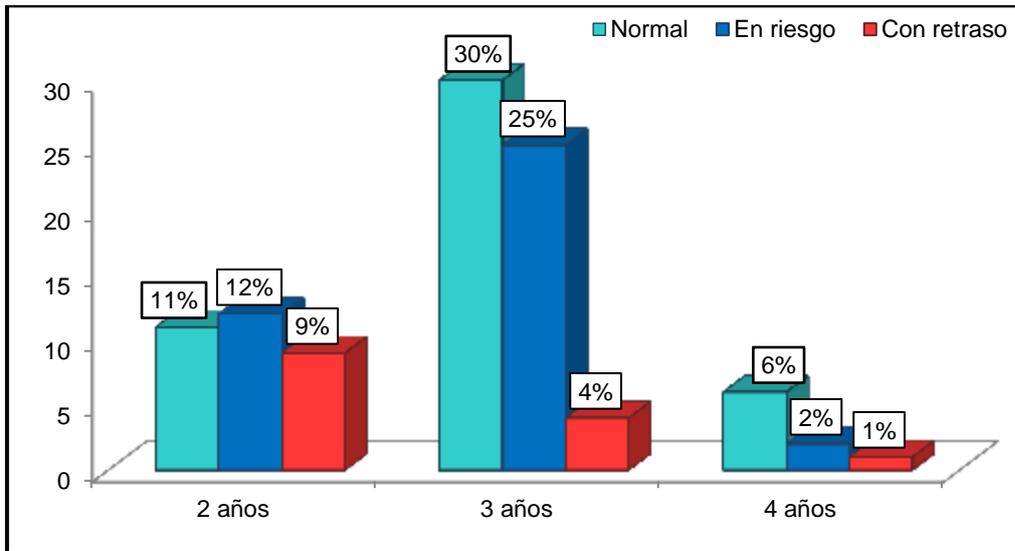
**Gráfico N° 8: Desarrollo Psicomotor de la Muestra**



**Gráfico N° 9: Sexo de la muestra y desarrollo psicomotor**



**Gráfico N° 10: Desarrollo psicomotor de la muestra por edad**



**Gráfico N° 11: Desarrollo psicomotor de la muestra por tiempo de tratamiento**

