**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

# INFLUENCIA DEL APEGO EN EL DESARROLLO MOTOR DEL NIÑO INSTITUCIONALIZADO DE 3 A 18 MESES DE LA CASA HOGAR PARA SUS NIÑOS EN LAS CIUDADES DE QUITO Y LATACUNGA EN EL PERIODO DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 2018

**Elaborado por:**

**CAMILA FRANCESCA FREIRE MOYNA**

**Quito, febrero 2019**

# RESUMEN

El trabajo se propuso determinar la influencia de los diferentes tipos de apego en el desarrollo motor en el niño institucionalizado entre 3 a 18 meses. El enfoque fue cuantitativo de tipo observacional de nivel transversal descriptivo en una población conformada por 19 niños. La recopilación de información se realizó a través de fuentes bibliográficas primarias. Para puntuar el nivel de desarrollo motriz se utilizó la Escala de Desarrollo Motor de Alberta, mientras que para el tipo de apego se aplicó la Escala de Apego de Massie-Campbell, para obtener datos de edad y sexo se registró a los participantes mediante un checklist. El 81,25% de participantes mostraron un apego inseguro evitativo junto con un retraso motriz, indicando que el tipo de apego desarrollado por el niño si influye en su nivel motriz alcanzado, con respecto a las variables edad y sexo, no se encontró relación alguna.

**Palabras Clave:** Niño institucionalizado, Apego, Desarrollo Motor.

# ABSTRACT

This study defines the influence of different attachment types in motor development on institutionalized children aged between the 3 to 18 months in a population conformed by 19 children. It was an observational quantitative study with a cross-sectional descriptive level. The information was collected through primary bibliographic sources. To rate the level of motor development, Alberta´s Motor Infant Scale was used, while to define the attachment type the Massie – Campbell Attachment During Stress Scale was applied. To get age and sex data, children were register through a checklist. 81.25% of the universe showed an avoidant insecure attachment with motor delay, suggesting that attachment type developed by children influences on his motor development. Between ages and sex variables and the attachment type no relationship was found.



**Key words:** Institutionalized children, Maternal Attachment, Motor development

# DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Jayco, Mayte, Shirley, Héctor, Nuno, Irina, Panchito, Ariel, Vicky, Mateo, Johan, Jordy, Lucho, Marisol, Amelia, Ashanti, Leo, Samuel, Daniel, Axel, Cristofer, Feli, Jair, Guido, Mela, Dylan, Isaac y Jennifer del HPSN en Pichincha

….Y a cada uno de los niños de la extensión en Cotopaxi

A mi hermana Victoria, mi confidente y mejor amiga, y para quien estaré presente durante toda su vida.

Para mi pequeño Nico,

que llegaste al mundo en adversas circunstancias como un guerrero. Te dedico este proyecto porque fuiste tú mi motivación para realizarlo.

Sé con certeza que Jehová tiene un plan especial para ti.

Con todo mi amor,

Camila.



# AGRADECIMIENTO

A mi directora, Mgtr. Carolina Turriaga, a mi lector, Dr. Jorge Albán y al Lic. Juan Carlos Cajo, profundamente agradecida por el apoyo, conocimiento y el especial interés que mostraron para concretar este proyecto; no solo por su aporte académico, sino como magníficos seres humanos que dejan una huella y que refuerzan mi espíritu para ejercer mi profesión con la ética y la moral que los caracteriza. ¡Gracias queridos profes!

Al Hogar Para Sus Niños, por abrirme sus puertas y permitirme formar parte del hogar como voluntaria. A Vanessa Leines, por su apoyo incondicional y por confiar plenamente en mí para poder realizar este trabajo.

A mis padres, por creer desde siempre en mí, por acompañarme en cada paso que doy y no dejarme caer jamás. Los amo con todo mi corazón papitos, gracias por ser el motor de mis triunfos.

A mi Cristopher Sebastián por su amor único e incondicional me que alienta a no rendirme y porque saca la mejor versión de mí.

Y por supuesto, a mis dos mejores amigos Thais y Sinchi

# TABLA DE CONTENIDO

**RESUMEN** ... **ii**
**ABSTRACT** ... **iii**
**DEDICATORIA** ... **iv**
**AGRADECIMIENTO** ... **vi**
**INDICE DE TABLAS** ... **ix**
**INDICE GRAFICOS** ... **x**
**INDICE DE ANEXOS** ... **xi**
**INTRODUCCIÓN** ... **1**
**Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN** ... **2**
**1.1. Planteamiento del Problema** ... **2**
**1.2. Justificación** ... **4**
**1.3. Objetivos** ... **5**
1.3.1. Objetivo general ... 5
1.3.2. Objetivos específicos ... 5
**1.4. Metodología** ... 5
1.4.1. Tipo de estudio ... 5
1.4.2. Población de estudio ... 5
1.4.3. Criterios de inclusión y exclusión ... 6
1.4.3.1. Criterios de Inclusión ... 6
1.4.3.2. Criterios de Exclusión ... 6
**1.5. Fuentes, Técnicas e Instrumentos** ... **6**
**1.6. Plan de recolección y análisis de información** ... **7**
**Capítulo II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS** ... **8**
**2.1. El Desarrollo** ... **8**
2.1.1. Definición del Desarrollo Humano ... 8
2.1.2. Tipos de Desarrollo ... 8
**2.2. Desarrollo Motor** ... 9
2.2.1. Desarrollo motor o psicomotor ... 9
2.2.2. Características generales y leyes del desarrollo motor ... 9
2.2.3. Estadios del desarrollo motor ... 10
2.2.3.1. Patrones posturales del niño hasta los 18 meses. ... 11
2.2.4. Relación entre el desarrollo motor y cognitivo ... 12
2.2.5. Escala Motriz Infantil de Alberta (AIMS) ... 14
**2.3. El Apego** ... 15
2.3.1. Definición del apego ... 15
2.3.2. Factores que influyen en el desarrollo del apego ... 16
2.3.3. Fases que predisponen a la formación del apego y la determinación de su tipo. 16

2.3.4. Tipos de apego....17
2.3.5. Escala de Massie – Campbell....18
**2.4. El Niño Institucionalizado**....19
2.4.1. El apego en el niño institucionalizado....19
2.4.2 Influencia de la afectividad desarrollada en la evolución cognitiva-motora del niño institucionalizado....20
**2.5. La Institucionalización en el Ecuador**....21
2.5.1. Estadísticas de acogimiento institucional para el año 2018 en Ecuador....21
2.5.2. Proceso de acogimiento institucional del menor....22
**2.6. Fundación "Hogar Para Sus Niños"**....23
2.6.1. Creación de la Fundación "Hogar Para Sus Niños"....23
2.6.2. Visión, Misión y Valores Institucionales....24
2.6.2.1. Visión....24
2.6.2.2. Misión....24
2.6.2.3. Valores Institucionales....24
2.6.3. Estructura de la Institución, Autoridades y Personal....25
**2.7. Hipótesis....25**
**2.8. Operacionalización De Variables....26**
**CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN....27**
**3.1. Resultados....27**
3.1.1. Descripción sociodemográfica de la población de estudio....27
3.1.2. Asociación entre el tipo de apego y el desarrollo motor....29
3.1.3. Asociación entre el tipo de apego y la edad....30
3.1.4. Asociación entre el tipo del apego y el sexo....31
**3.2. Discusión**....32
**LIMITACIONES DEL ESTUDIO....36**
**CONCLUSIONES....37**
**RECOMENDACIONES....38**
**BIBLIOGRAFÍA....39**
**ANEXOS....44**

# INDICE DE TABLAS

**Tabla 1:** PATRONES POSTURALES DEL NIÑO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA SEGÚN LA ONTOGÉNESIS POSTURAL DE VOJTA.....11
**Tabla 2:** ETAPAS DEL PERIODO SENSORIOMOTOR DESCRITAS POR PIAGET.....13
**Tabla 3:**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....26
**Tabla 4:** ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE APEGO Y EL DESARROLLO MOTOR .....29
**Tabla 5:** ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE APEGO Y LA EDAD.....30
**Tabla 6:** ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE APEGO Y EL SEXO.....31

# INDICE GRAFICOS

**Gráfico 1:** PORCENTAJES DE RANGOS DE EDAD DE LOS PARTICIPANTES .....27
**Gráfico 2:** PORCENTAJE RESPECTO AL SEXO DE LOS PARTICIPANTES.....28
**Gráfico 3:** PORCENTAJES DEL TIPO DE APEGO OBTENIDOS.....28
**Gráfico 4:** RELACIÓN TIPO DE APEGO-PERCENTIL AIMS.....29
**Gráfico 5:** RELACIÓN TIPO DE APEGO-EDAD .....30
**Gráfico 6:** RELACIÓN TIPO DE APEGO-SEXO .....31

# INDICE DE ANEXOS

**Anexo 1:** ESCALA DE DESARROLLO MOTOR DE ALBERTA .....44
**Anexo 2:** ESCALA DE APEGO DE MASSIE-CAMPBELL.....50
**Anexo 3:** CHECKLIST DE EDAD Y SEXO.....51
**Anexo 4:** OFICIO A “HOGAR PARA SUS NIÑOS”.....52

# INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace referencia a la influencia del apego, definido como el vínculo afectivo que desarrolla el niño con un adulto receptivo a sus necesidades, frente al nivel de su desarrollo motor.

Por otra parte, la característica principal de la población institucionalizada, que, si bien, es una medida acogida para salvaguardar el bienestar y no vulnerar los derechos de los menores, es que afecta al desarrollo en general.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar las causas por las que se procede a la internación de menores. Entre las primeras causas se encuentran el abandono, la negligencia y el abuso; partiendo desde ahí y tomando en cuenta la fisiología y maduración de los diferentes sistemas corporales, se puede predecir ya, que el niño que proviene de esta situación va a mostrar retraso en sus áreas afectiva, cognitiva y motriz, principalmente por una pobre estimulación de su figura de apego y de sus pares con quienes conviven.

El trabajo de investigación nace por el interés de determinar si una de las causas por las que es tan marcado el retraso motor en la institucionalización (frente a sus pares que crecen en un hogar) está en relación con la privación de la interacción con su primera figura de apego, la madre. Respecto al ámbito profesional, el interés del estudio pretende que los fisioterapeutas que ejercen su labor con niños en esta condición tengan noción de algunas herramientas que favorezcan su trabajo.

Para determinar la existencia de la influencia del apego en el desarrollo motriz del niño, se realizó un estudio transversal descriptivo, en niños entre 3 a 18 meses que fueron evaluados a través de escalas observacionales para determinar el tipo de apego que habían desarrollado y puntuar el nivel motriz logrado para su edad, posteriormente se asoció y correlacionó el apego obtenido, con el nivel motriz y dos variables demográficas: edad y sexo de la población.

El estudio se basa en la teoría del desarrollo motor para la edad en estudio. considerando, además, la teoría Piagetiana de la evolución cognitiva. Con respecto al apego, se describen los posibles tipos que el niño puede presentar, y se describe la situación del menor institucionalizado respecto a lo mencionado.

# Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

## 1.1. Planteamiento del Problema

El vínculo de apego que establece una madre con su hijo, es relevante en el desarrollo infantil, ya que el ser protegido y consolado ante situaciones adversas o estresantes por un relativo, que en general suele ser la madre, da al niño una base segura que le permite sentirse seguro para explorar el mundo (Bowlby, 1998).

Si bien el apego materno es clave para el desarrollo del niño, la génesis está en el vínculo materno-fetal, esto es el lazo emocional unidireccional que desarrolla la madre hacia su hijo no nacido. Se puede predecir a través de diferentes escalas aplicadas a la madre durante el embarazo, el tipo y la calidad del vínculo postparto, ya que generalmente, el afecto que ha creado la madre no cambia (Roncallo, Sánchez De Miguel, & Arranz, 2015).

El vínculo materno-fetal, se ve influenciado por diferentes factores; el principal es el grado en que la mujer tiene comportamientos que demuestran filiación y la interacción con su hijo por nacer (Cabanyes, 2014). Seguido a esto, se encuentran varios factores psicosociales que envuelven a la futura madre, como: la cultura, la edad, el estado civil, condiciones económicas y el nivel académico, produciendo variaciones en el comportamiento fetal e incluso alteraciones fetales durante el desarrollo, en caso de ser negativas (Roncallo et al., 2015)

Dentro de la práctica, Giraldo-Montoya, Castañeda-Palacio, & Mazo (2017) señalan cuatro aspectos que indican una adecuada interacción madre-hijo, bases para el desarrollo de un buen tipo de apego, estos son:

A. El frecuente contacto físico de la diada primordialmente durante los primeros seis meses y la capacidad de la madre para calmar al niño en brazos.
B. La sensibilidad de la madre ante las diferentes manifestaciones que da el niño;
C. Un ambiente regulado para que el bebé perciba las consecuencias de sus acciones.
D. El deleite de ambos al estar juntos.

Según Ainsworth & Bell (1970) los tipos de apego que el niño puede desarrollar son: El apego seguro, apego evitativo y el apego ambivalente.

El desarrollo motor es un medio de diagnóstico de cada etapa del neurodesarrollo infantil, sin embargo, está considerado como un intermedio entre el desarrollo físico (desarrollo del sistema musculo-esquelético) y cognitivo (componentes socio afectivos y psicológicos) del niño (Chávez Torres, 2003)

Sahler & Carr (2009) afirman que la cognición es el "conjunto de procesos a partir de los cuales se adquiere información a través de los sentidos y del aprendizaje, se analiza, se envía a los centros corticales apropiados, se organiza y almacena la memoria para consulta futura y se utiliza en la resolución de problemas". Por otro lado Piaget, describiendo las etapas cognitivas por las que atraviesa el niño, define al periodo sensoriomotor, que comprende el nacimiento hasta los dos años, como una etapa en que el desarrollo mental del niño permite al niño interactuar con el mundo a través del movimiento y de sus percepciones obtenidas a partir de la exploración en su entorno (Bernaldo de Quirós Aragón, 2012)

Dentro de esta etapa cognitiva, con respecto al desarrollo motor del niño, Vojta (2011), clasifica al desarrollo postural en cuatro estadios, además aclara que, el desarrollo motor es la concientización de reflejos que poco a poco el niño los irá adaptando a sus necesidades y realizándolos con intención y que está ligado siempre al desarrollo psicosocial, sensorial y emocional. Los estadios del desarrollo motor, son:

I. Estadio de los reflejos primitivos (0 a 6 semanas)
II. Estadio de desaparición de los reflejos primitivos (7 a 13 semanas)
III. Estadio de diferenciación de la motricidad gruesa (4to-7mo/8vo mes)
IV. Estadio de la verticalización y comienzo del desarrollo de la motricidad fina (8vo/9no- 12do-14to mes)

En América Latina y el Caribe para el 2013, se tuvo una cifra mayor a 240.000 casos de institucionalización, siendo la mayoría por negligencia por parte de los cuidadores de los menores, los niños menores de tres años ocupan un espacio importante dentro del colectivo variando entre el 12% al 26% del total de casos (Palummo, 2013).

Para el año 2018, en el Ecuador, el total de los menores reportados en unidades de acogimiento institucional es de 2.436 niños niñas y adolescentes, de los cuales, un 57% (1.381) corresponden al sexo femenino y un 43% (1.055) al sexo masculino (Villegas, 2018).

Las tres primeras causas de institucionalización de menores, se encuentra en primer lugar, la negligencia, seguido del abandono y el maltrato. El rango de edad predominante

de los niños, niñas y adolescentes en las instituciones de acogimiento es 12 a 17 años con un total de 997 casos, seguido el grupo etario entre los 7 a 11 años con 761 casos, 296 casos en el grupo etario de 4 a 6 años y finalmente 277 casos entre 0 a 3 (Villegas, 2018).

Ahora bien, López & Palummo (2013) afirman que en la mayoría de casos de niños institucionalizados, existe un retraso en el desarrollo debido a la falta de los estímulos e interacción necesarios en cada etapa que el niño atraviesa, por parte de la persona a cargo de él, haciendo la siguiente relación: “por cada tres meses que un niño de corta edad reside en una institución pierde un mes de desarrollo”.

El niño institucionalizado, que no se aferra a alguien, por la experiencia de deprivación por la separación de su figura de apego, presenta reacciones afectivo motrices disociadas, debido a carencias de ciertos cuidados y estímulos y a la presencia de otros anormales y que, generalmente en las instituciones de acogida, es supervisado por varias personas, produce que el cerebro no se desarrolle correctamente, presentando inestabilidad en diferentes áreas (López & Palummo, 2013).

## 1.2. Justificación

El interés en el tema de investigación nace a partir de las marcadas diferencias existentes que describe la literatura, en el desarrollo en general entre niños que crecen en un hogar y aquellos que por diferentes circunstancias son acogidos por organismos encargados del cuidado de menores de edad.

Varios estudios se han realizado acerca del desarrollo en relación al lenguaje, al área cognitiva, socio-afectiva o incluso acerca de la relación del mismo con la lactancia materna; partiendo de la investigación del tema, no se encontró el mismo interés por el área motriz en el niño institucionalizado, por tal motivo surge la necesidad de abordar el tema, buscando mejorar las condiciones adaptativas al mundo en cada etapa de su niñez.

Se recalca que, en las primeras etapas de vida, la motricidad se desarrolla a partir de la maduración o desaparición de los reflejos primitivos y la exploración del entorno que lo rodea. El niño institucionalizado, se encuentra sin los estímulos y los cuidados necesarios independientemente de la edad en la que se encuentre, además de contar con la presencia de otros que no son correctos o adecuados, viéndose, su desarrollo motor afectado; por esta razón, el estudio gira en torno a la etapa sensorio-motora, en la que cognitivamente, el niño conoce el mundo a través de los sentidos y el espacio que lo rodea; en cuanto al área motriz, domina los movimientos globales, comienza la verticalización y empieza el

desarrollo de movimientos finos. Para lograr esto, el niño debe contar con una base que genere confianza, con el objetivo de que no tenga temor para descubrir el mundo exterior, de ahí que, el apego es primordial para lograr a través de la construcción de un adecuado vínculo afectivo y emocional, que el niño se sienta libre y motivado para conocer el mundo.

## 1.3. Objetivos

### 1.3.1. Objetivo general

Determinar la influencia de los diferentes tipos de apego en el desarrollo motor en el niño institucionalizado de 3 a 18 meses de la Fundación Casa Hogar para Sus Niños durante los meses de agosto y septiembre de 2018.

### 1.3.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población de estudio según edad y sexo.
2. Identificar el tipo de apego desarrollado en los participantes.
3. Asociar el tipo de apego del niño institucionalizado de 3 a 18 meses con el desarrollo motor, edad y sexo.
4. Correlacionar el tipo de apego del niño institucionalizado de 3 a 18 meses con el desarrollo motor, edad y sexo.

## 1.4. Metodología

### 1.4.1. Tipo de estudio

Bajo el enfoque cuantitativo se desarrolló un estudio descriptivo con el objetivo de asociar la relación entre las variables tipos de apego con el desarrollo motor en el niño institucionalizado entre 3 a 18 meses.

### 1.4.2. Población de estudio

La población del presente estudio estuvo conformada por 19 niños de la Fundación Hogar Para Sus Niños de las sedes Pichincha y Cotopaxi, por esto se trabajó con todo el universo. Las edades estuvieron comprendidas entre 3 a 18 meses. Se redujo la población de estudio a 16 participantes por adopción, falta de registro de nacimiento y diagnóstico de displasia de cadera.

## 1.4.3. Criterios de inclusión y exclusión

### 1.4.3.1. Criterios de Inclusión

- Niños acogidos por la fundación con un tiempo mínimo de estancia de 3 meses
- Niños prematuros previa realización de la edad corregida
- Niños prematuros sin diagnóstico de retraso motor

### 1.4.3.2. Criterios de Exclusión

- Niños con diagnóstico de parálisis cerebral
- Niños con enfermedades neurológicas o traumatológicas congénitas/adquiridas
- Niños menores a 3 meses 0 días de edad y mayores a 18 meses 29 días de edad
- Niños en proceso de reinserción familiar
- Niños sin registro de fechas de nacimiento

## 1.5. Fuentes, Técnicas e Instrumentos

Las fuentes utilizadas para la obtención de información y el desarrollo de la presente investigación fueron primarias, evidenciado en la compilación de información de los participantes, y secundarias, a través de la recopilación de información de libros, artículos científicos y bibliografías.

El estudio aplicó la Escala de Desarrollo Motor de Alberta (anexo 1) que evalúa el desarrollo motor de los niños entre 0 a 18 meses partiendo de la observación de la actividad motriz espontánea del niño, la Escala de Apego de Massie-Campbell (anexo 2), que determina el tipo de apego desarrollado en el infante a través de la observación de su comportamiento y el empleo de un checklist para obtener datos de edad y sexo.

## 1.6. Plan de recolección y análisis de información

La recolección de datos se realizó durante agosto y septiembre de 2018, en donde se realizaron los test correspondientes de Apego y Desarrollo Motor y la compilación de información de sexo y edad. La aplicación de las Escalas fue de manera individual con una duración total de 60 minutos aproximadamente.

El análisis de la información obtenida se llevó a cabo durante los meses de diciembre y enero de 2019, mediante la clasificación, tabulación y la realización de diagramas y tablas.

# CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS

## 2.1. El Desarrollo

### 2.1.1. Definición del Desarrollo Humano

Se conoce como desarrollo humano a todos los procesos estables y en los que se producen cambios durante el ciclo de vida de la persona (Papalia, Martorell, & Duskin-Feldman, 2017). Estos procesos están influenciados de forma variable por factores biológicos como la maduración neurológica, crecimiento musculoesquelético y el desarrollo de la movilidad; socio-emocionales como la cultura, personalidad, relaciones interpersonales y las emociones, factores intelectuales, por ejemplo, el estilo del aprendizaje, el lenguaje y las estrategias para pensar y solucionar problemas; y, factores ambientales, que son el entorno en donde la persona va a desarrollarse, siendo en primer momento la familia, para luego ampliarse con amigos y compañeros (García, 2015).

### 2.1.2. Tipos de Desarrollo

Papalia et al. (2017) , indican que el desarrollo humano puede clasificarse en los siguientes ámbitos:

1) Desarrollo cognoscitivo que incluye a todos los procesos mentales como el lenguaje, memoria, aprendizaje, atención y razonamiento (Papalia et al., 2017).
2) Desarrollo Psicosocial, comprendiendo el cambio de las emociones, la personalidad y las relaciones sociales (Papalia et al., 2017).
3) Desarrollo físico, es el crecimiento corporal y los cambios estructurales cualitativos característicos de una determinada edad. Payne & Isaacs (2016), hacen la diferenciación entre esta terminología con la del desarrollo motriz, así:
4) Desarrollo Motor, hace referencia a la transformación de las habilidades motrices y el movimiento en general del ser humano a lo largo de la vida; en cuanto al campo del estudio, este determina ciertos periodos de tiempo junto con sus causas y consecuencias de hitos en el desarrollo motor que marcan el comienzo de una nueva etapa en la vida del individuo (Payne & Isaacs, 2016).

Los cuatro ámbitos están en permanente interacción y se ven fuertemente influenciados al cambio del otro. Tomando en cuenta que, un “ desarrollo adecuado”, comprende la edad adecuada que son los patrones y secuencias ya conocidas por las que pasa el infante en

diferentes etapas, y las características y oportunidades únicas de cada individuo (National Association for the Education of Young Children, 2018).

## 2.2. Desarrollo Motor

### 2.2.1. Desarrollo motor o psicomotor

Esta investigación excluye el término “psicomotor” ya que este indica la interacción entre los centros nerviosos superiores como iniciador del movimiento con el órgano efector, sin tomar en cuenta a los movimientos reflejos, creados en centros inferiores del sistema nervioso central. De esta manera, con el término “motor” se hace referencia a cualquier forma de movimiento (Payne & Isaacs, 2016).

### 2.2.2. Características generales y leyes del desarrollo motor

Un adecuado desarrollo motor (DM) es siempre cualitativo, ya que no se habla de una ganancia o aumento medible, sino del perfeccionamiento de las estrategias ya aprendidas para realizarlas con mayor eficiencia y economía; sigue una secuencia y es acumulativo porque todo patrón está precedido por otro ya dominado y del que el niño puede hacer uso a su voluntad y, siempre está orientado hacia un objetivo. Finalmente, este es multifactorial porque está influenciado por características físicas, emocionales y cognitivas individuales, pudiendo existir variaciones independientemente de la edad del niño (Payne & Isaacs, 2016).

Es importante no confundir ciertos conceptos respecto al desarrollo del movimiento. La diferenciación indica la progresión que tiene el movimiento, comenzando desde lo global y grueso hacia lo fino. La integración es el aumento de las habilidades ya instauradas (Payne & Isaacs, 2016). Se entiende como crecimiento a todos los cambios medibles en las estructuras corporales (aumento de tamaño) propias de cada etapa como el peso, talla, masa muscular, etc. Todo lo anterior mencionado es resultado de la maduración, que es la progresión funcional de las estructuras corporales (Haibach, Reid, & Collier, 2017).

El área motriz, para un funcionamiento óptimo depende de la maduración de los sistemas musculo-esquelético y nervioso en especial, que si bien en todas las personas tienen un comienzo similar, están influenciados también por factores genéticos y ambientales (Gómez, Pulido Valdeolivas, & Fiz Pérez, 2015).

Atendiendo a lo anterior, la maduración de las estructuras hace que el desarrollo hace que el DM, obedezca a las siguientes leyes:

I. Ley Cefalocaudal: El desarrollo motor siempre progresa de la cabeza hacia los pies, siendo entonces, los primeros músculos que el niño controle a voluntad los de cabeza y cuello (Haywood & Getchell, 2014).
II. Ley Proximodistal: El control del tronco ocurre primero que el de las extremidades superiores e inferiores (Haywood & Getchell, 2014).
III. Ley de lo "Grueso a lo Fino": El desarrollo y control de músculos grandes precede a los grupos de músculos pequeños (Haywood & Getchell, 2014).
IV. Ley de lo "General a lo específico": Hace referencia a la diferenciación e integración de estructuras para lograr movimientos más precisos y secuenciales (Haywood & Getchell, 2014).

Por último, hay que diferenciar los tipos de movimiento; la motricidad fina corresponde a aquella producida por grupos de músculos pequeños, como por ejemplo las actividades manuales, mientras que, la motricidad gruesa, está dominada por grupo de músculos grandes, responsables de los movimientos en masa (Payne & Isaacs, 2016).

### 2.2.3. Estadios del desarrollo motor

El presente estudio atribuye la evolución motriz al desarrollo postural del primer año de vida descrito por Vojta (2005), quien afirma la existencia de patrones programados genéticamente, definiéndolos como la "ontogénesis motora", propia de cada especie.
Cada uno de estos patrones programados (hitos motores), tienen su correspondiente contenido cinesiológico, que sin presencia de daño neurológico aparecen tras la maduración de sus estructuras responsables.

Los patrones, al ser innatos en el niño, son invariables, por lo que su observación permite diferenciar lo atípico, pero hay que mencionar también, que están sujetos a cambios internos y externos como los sentidos, componentes emocionales, relaciones interpersonales y sobre todo la cognición, que están regulados por el SN, y, por otro lado, este que, también se modifica tras su estímulo; estas influencias (individuales) predicen la conducta motriz del niño (Vojta, 2011)

De esta manera Vojta (2011), para su definición, toma en cuenta, además del patrón postural global correspondiente a la edad, las funciones sensoriales y otros patrones de interacción social y emocional, alegando que las áreas socio-afectivas y sensoriales tienen un impacto en el desarrollo motriz del niño, sobre todo en sus primeras etapas. Los cuatro estadios del desarrollo postural son:

I. Estadio de los reflejos primitivos (0 a 6 semanas)
II. Estadio de desaparición de los reflejos primitivos (7 a 13 semanas)
III. Estadio de diferenciación de la motricidad gruesa (4to-7mo/8vo mes)
IV. Estadio de la verticalización y comienzo del desarrollo de la motricidad fina (8vo/9no- 12do-14to mes)

Para evitar confusión, el autor recalca que la postura siempre precede al movimiento y por ello, los mecanismos posturales maduran antes que cualquier patrón postural, también que el niño tiene ya un control postural automático desde el nacimiento y ante estímulos específicos, aparece de manera refleja hasta que, con la secuencia de maduración, el niño sea capaz de utilizarlo a voluntad. De esta manera, demuestra un orden en la maduración del SNC, señalando, que lo coherente sería que la evaluación para el desarrollo motor del recién nacido hasta el primer año de vida, debería llevar el nombre de “Diágnostico del Desarrollo Postural” (Vojta, 2011).

#### 2.2.3.1. Patrones posturales del niño hasta los 18 meses.

Dentro de los estadios del desarrollo postural en el primer año de vida, se propone una tabla que detalla los patrones posturales que, en un desarrollo normal, deberían presentarse (Vojta, 2011).

**Tabla 1: PATRONES POSTURALES DEL NIÑO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA SEGÚN LA ONTOGÉNESIS POSTURAL DE VOJTA**

| Edad | Patrones Posturales |
|---|---|
| **Recién Nacido** | ▪ Supino/Prono: Se caracterizan por el predominio del patrón flexor, movimientos en bloque y, posturas inestables y asimétricas. |
| **6 semanas** | ▪ Supino: Patrón Global del Esgrimista<br>▪ Prono: Apoyo en el tercio medio de los antebrazos. |
| **3 meses** | ▪ Supino: Coordinación mano-mano-boca<br>▪ Prono: Apoyo simétrico en codos |

| | |
|---|---|
| **4 meses** | ▪ Supino: Prensión lateral |
| **4.5 meses** | ▪ Prono: Apoyo simétrico en un codo |
| **5 meses** | ▪ Supino: Prensión en la línea media<br>▪ Prono: Patrón Natatorio |
| **6 meses** | ▪ Supino: Giro de supino a prono<br>▪ Prono: Apoyo en palmas de las manos con codos extendidos.<br>▪ Sedestación asistida. |
| **7 meses** | ▪ Supino: Coordinación mano-pie-boca<br>▪ Sedestación oblicua con apoyo en codo |
| **8 meses** | ▪ Sedestación oblicua con codo en extensión<br>▪ Arrastre |
| **9 meses** | ▪ Gateo inmaduro |
| **10 meses** | ▪ Gato maduro<br>▪ Sedestación independiente |
| **11 meses** | ▪ Bipedestación<br>▪ Marcha Lateral |
| **12-18 meses** | ▪ Marcha libre<br>o 12 meses: Se sostiene de superficies estables, alternando con las manos para soltar y agarrar nuevamente.<br>o 14 meses: Capaz de detenerse y seguir, mantiene una amplia base de sustentación, abducción de brazos durante la marcha.<br>o 16 meses: Durante el movimiento es capaz de realizar cambios corporales en los diferentes planos del espacio.<br>o 18 meses: Capaz de mantenerse en cuclillas y levantarse desde el suelo. |

Fuente: El descubrimiento de la motricidad ideal (Vojta, 2011)
Elaborado por: Camila Freire

### 2.2.4. Relación entre el desarrollo motor y cognitivo

Piaget es uno de los mayores exponentes del desarrollo cognitivo. En su teoría constructivista del aprendizaje, indica que este se genera por medio del movimiento y de estímulos sensoriales presentes en el medio físico y social del niño, esto implica que las representaciones mentales del ser humano aumentan según su capacidad de adaptación y asimilación del ambiente (Saldarriaga Zambrano, Bravo Cedeño, & Loor Rivadeneira, 2016).

En su teoría, Piaget clasifica cuatro periodos del desarrollo de la cognición, según la edad del niño. Estos son: 1) Periodo Sensoriomotor, comprende el nacimiento del niño hasta los 2 años, 2) Periodo preoperatorio, que ocurre entre los 2 a 7 años, 3) Periodo

operacional concreto, entre los 7 a 11 años y 4) Periodo formal a partir de los 12 años en adelante; a continuación se detalla únicamente el primer periodo cognitivo, puesto que es en este que cursa la edad de la población de estudio (Valdés, 2014)

El periodo sensoriomotriz, al ser prelingüístico, se caracteriza esencialmente por la idea del desarrollo de la inteligencia como resultado del movimiento y de experiencias sensoriales, se subdivide en seis etapas en las que predominan el egocentrismo, la circularidad, la experimentación y la imitación (Valdés, 2014)

El cuadro indica, las edades comprendidas entre cada subetapa sensoriomotora.

**Tabla 2: ETAPAS DEL PERIODO SENSORIOMOTOR DESCRITAS POR PIAGET**

| Etapas Sensoriomotoras | Edad |
|---|---|
| 1. Actividad Refleja | Nacimiento-1er mes |
| 2. Reacciones circulares primarias | 1er-4to mes |
| 3. Reacciones circulares secundarias | 4to-8vo mes |
| 4. Formación de esquemas secundarios | 8vo-12do mes |
| 5. Reacciones circulares terciarias | 12-18vo mes |
| 6. Creación de nuevas representaciones mentales | 18-24to mes |

FUENTE: Human Motor Development (Payne & Isaacs, 2016)
ELABORADO POR: Camila Freire

La etapa de la actividad refleja, señala que el movimiento reflejo al ser el primer tipo de movimiento, que aparecen únicamente ante estímulos específicos, permiten al recién nacido el comienzo del razonamiento ya que con el tiempo, por la experiencia de este tipo de movimiento, se logra determinar y manejar la conducta en distintas ocasiones (Siegler & Jenkins, 2014).

La etapa de las reacciones circulares primarias, se destaca por el comienzo del movimiento voluntario y describe que el niño comienza a darse cuenta a través de la repetición de movimientos que no se alejan de la línea media, puede lograr un objetivo, o sea, el aumento de las capacidades cognitivas favorecen a alcanzar el movimiento deseado y al mismo tiempo se enriquecen por los logros motores del infante (Siegler & Jenkins, 2014).

Durante las reacciones circulares secundarias (tercera etapa), el entorno que rodea al niño juega un papel fundamental, ya que junto con la maduración de los sistemas sensoriales y ciertas habilidades como la imitación y el agarre, le permiten adaptarse a estos y comprender que la presencia de ciertos elementos o acciones hacen que logre mantener una conducta (dentro de un periodo de tiempo) (Payne & Isaacs, 2016).

En la etapa de formación de esquemas secundarios, por las conductas aprendidas anteriormente y con el aumento de su repertorio motor con el arrastre, el niño empieza a explorar su alrededor y gracias a esto, cognitivamente, comienza a relacionar objetos y situaciones con determinadas actividades o respuestas, así el desarrollo motor es el que promueve al desarrollo de la cognición (Payne & Isaacs, 2016).

Luego, en la etapa de reacciones circulares terciarias, el niño busca nuevas maneras para lograr sus objetivos a partir de los conocimientos y relaciones adquiridas, además, comienza a entender la relación espacial con personas y objetos (Payne & Isaacs, 2016).

La última etapa es la creación de nuevas representaciones mentales, gracias a las combinaciones mentales, donde el niño comienza a entender el porqué de sus conductas frente a las diferentes situaciones que se presentan, ya que tienen la capacidad total de reconocerse y reconocer todo lo que le rodea, sus propiedades y su función (Payne & Isaacs, 2016).

### 2.2.5. Escala Motriz Infantil de Alberta (AIMS)

Es una escala observacional que valora el comportamiento motriz espontáneo en niños a término y pretérmino entre 0 a 18 meses de edad para establecer la presencia de retraso en el desarrollo motor, registrando patrones normales que muestran destrezas motrices inmaduras o bien, patrones de movimiento anormal (Serrano Gómez & Camargo Lemos, 2013).

La AIMS, basándose en los conceptos de neuromaduración de las estructuras del SN y en la teoría de los sistemas dinámicos, se enfoca en la puntuación de la conducta motriz gruesa del niño, tomando en cuenta los siguientes componentes del movimiento: 1) Postura de los diferentes segmentos corporales, 2) Carga de peso, y 3) Control de la musculatura antigravitatoria (Manacero & Lahorgue, 2008).

Las posturas que se toman en cuenta se clasifican en prono (21 ítems), supino (9 ítems), sedestación (12 ítems) y bipedestación (16 ítems). A cada ítem se le otorga una puntuación de 0 o 1, si es que el patrón que se evalúa fue o no observado (Canales Torres, 2018). La puntuación total junto con la edad real del niño se ubica en una tabla categórica percentiles que indican el estado motriz respecto a su edad, así:

a) **Rango de Percentiles entre < 5 a 10:** Indica un desarrollo motor atípico
b) **Rango de Percentiles entre 11 a 25**: Indica un rendimiento motor sospechoso para la edad
c) **Rango de Percentiles entre 26 a 75:** Indica un desempeño motor esperado para la edad
d) **Rango de Percentiles entre 76 a 90:** Indica un buen desarrollo motor para la edad
e) **Rango de Percentiles entre 91 a 100:** Indica un desarrollo motor excelente para la edad

## 2.3. El Apego

### 2.3.1. Definición del apego

El apego es el vínculo afectivo que se desarrolla entre el recién nacido y su cuidador principal, que, generalmente es la madre (Bowlby, 1998).

Hay que tomar en cuenta que la relación se desarrolla durante el primer año de vida y que repercute a futuro en el desarrollo cognitivo, sobre todo, es por eso que no se limita a la respuesta por parte del adulto, como figura de apego a cubrir las necesidades de alimentación, vestimenta o limpieza sino a la respuesta afectiva expresada de diferentes maneras como la sonrisa, sonidos producidos, miradas, el tacto, etc. producidas por el niño, y durante situaciones de estrés, formándose una base segura y confiable para poder explorar su alrededor, de modo que, el apego desarrollado direcciona a conocer cómo será el desarrollo del niño según la relación y las experiencias creadas con su primera figura (Moneta, 2014).

## 2.3.2. Factores que influyen en el desarrollo del apego

Si bien el apego materno es clave para el desarrollo del niño, la génesis está en el vínculo materno-fetal, esto es el lazo emocional unidireccional afectivo, cognitivo y conductual que desarrolla la madre hacia su hijo no nacido. Las esferas de la cognición y la parte emocional de la madre son el factor primordial para dar origen y que se establezca un vínculo, de modo que, la progenitora, empieza a recrear e imaginar cómo será físicamente e incluso la personalidad del no nato, de manera que puede predecir a través de diferentes escalas aplicadas a la madre durante el embarazo, el tipo y la calidad del vínculo postparto, ya que generalmente, el afecto que ha creado la madre no cambia (Roncallo et al., 2015).

Ahora bien, dentro del área afectiva, están todas las conductas que demuestran filiación y la interacción con su hijo por nacer, especialmente en las últimas etapas de la gestación cuando el feto empieza a moverse se distinguen más de sus características en las econosonografías. La mantención de conductas positivas tomando en cuenta el bienestar del feto, como el evitar el consumo de alcohol o drogas, o la estimulación temprana también son indicadores de la formación de un vínculo estable (Cabanyes, 2014).

No se puede dejar de lado a los factores psicosociales que envuelven a la futura madre, como: la cultura, la edad, el estado civil, condiciones económicas, el nivel académico, y otras como las condiciones en las que se concibió, la planeación del bebé, y, el descanso y la alimentación que lleva la futura madre, que producen variaciones en el comportamiento fetal e incluso alteraciones fetales durante el desarrollo, en caso de ser negativas como la ansiedad o la depresión durante el embarazo (Roncallo et al., 2015).

## 2.3.3. Fases que predisponen a la formación del apego y la determinación de su tipo

Echavarría & Mesa (2015) indican las cuatro etapas que influyen y determinan el tipo de apego a formarse. La etapa de orientación y señales indiscriminadas ocurre entre la octava a duodécima semana y se caracteriza porque el niño acepta y emite señales de manera indiscriminada si es que le producen comodidad y seguridad; en la segunda etapa, de socialización discriminada, el niño comienza a mostrar preferencia hacia la persona que es su figura principal de apego, esta etapa finaliza entre los seis y ocho meses de edad; en la etapa de mantenimiento de proximidad hacia la figura de apego, el niño intenta mantenerse

en comunicación mediante la vocalización, señales y la marcha ocurre entre los seis o siete meses hasta el primer año de vida, para finalmente, a partir y en delante de los veinte y cuatro meses, lograr una adaptación hacia el objetivo que él quiera lograr a través de la regulación de la díada, partiendo de esto, a través del ejemplo de cuando el niño comienza a caminar o gatear, Arguello, González, & Joubert (2015), interpretan que para que el niño logre un desarrollo normal y un tipo de apego que no le produzca efectos negativos a futuro, se debe mantener el vínculo creado de forma afectiva y sin interrupciones.

Por otra parte, dentro de la práctica, Giraldo-Montoya et al. (2017), señalan cuatro aspectos que indican una adecuada interacción madre-hijo, bases para el desarrollo de un buen tipo de apego, estos son:

A. El frecuente contacto físico de la diada primordialmente durante los primeros seis meses y la capacidad de la madre para calmar al niño en brazos.
B. La sensibilidad de la madre ante las diferentes manifestaciones que da el niño;
C. Un ambiente regulado para que el bebé perciba las consecuencias de sus acciones.
D. El deleite de ambos al estar juntos.

### 2.3.4. Tipos de apego

A partir de una investigación realizada por Ainsworth & Bell (1970) se definen tres tipos de apego:

**A. Apego Seguro:** Caracterizado porque el niño utiliza a la persona con quien formó el vínculo como una base segura, de modo que se muestra independiente ante situaciones cotidianas, pero ante situaciones de estrés o extraños se mantiene cerca de su cuidador mientras se adapta o responde al nuevo escenario (Gross, Stern, Brett, & Cassidy, 2017)

**B. Apego Evitativo:** El niño que ha desarrollado este tipo de apego, se muestra independiente y desvinculado a la figura de apego puesto que no interactúa con él, mostrándose apático o evitándolo; ante una situación de estrés o una persona extraña, muestra muy poco recelo y su comportamiento es amistoso (Gross et al., 2017).

**C. Apego Ambivalente**: Este se caracteriza porque el niño tiene poca participación con el adulto, pero al momento de ser alejado de él, se provoca una intensa angustia que no lo deja parar de llorar buscando proximidad de tal manera que le es

imposible seguir realizando la actividad previa; ante situaciones extrañas se muestra muy temeroso (Gross et al., 2017).

Como se describió, la formación del apego depende de la díada cuidador-niño, por lo que resulta fundamental conocer el comportamiento del adulto que forma parte del vínculo para los tres diferentes casos. Se habla del apego seguro cuando esta figura generalmente es sensible y perceptiva a las necesidades del niño, respondiendo de manera adecuada según la situación; el cuidador que forma parte del apego evitativo es apático y en algunos casos puede mostrarse hostil y rechazar al niño; el adulto, parte de un apego ambivalente se caracteriza por no estar disponible para el niño cuando es necesario teniendo una actitud insensible, pero en otras ocasiones llega a ser impertinente e inconsciente en el trato que mantenido (Basso, 2016).

### 2.3.5. Escala de Massie – Campbell

Es una escala observacional aplicada a en niños de 0 a 18 meses, que se propone identificar la presencia o no de varios indicadores de la calidad del apego, evaluados a través de la conducta de la diada cuidador-niño y con ello, determinar el tipo en el vínculo presente (Ferreyros, 2017).

La evaluación se realiza durante una situación de estrés para el niño, por ejemplo, la alimentación, cambio de ropa, baño, etc., con el fin de observar en el niño, la respuesta frente a la situación con respecto a su cuidador y el medio, por otro lado, se observa también el comportamiento del cuidador frente a las reacciones del niño (Tarragó-Riverola & Mañosa, 2014).

Los indicadores a observar, bien detallados en el trabajo de Berlanga (2014) son los mismo tanto para el cuidador como para el niño:

A. **Mirada:** Se refiere a la intensidad y la mantención de mirada.
B. **Vocalización:** Toma en cuenta los sonidos realizados por el niño y las palabras del adulto que tengan como fin la interacción.
C. **Tacto:** Toma en cuenta el contacto entre ambos, siempre y cuando sea para jugar o con algún fin afectivo, no valida el tomar en brazos al niño.
    - Tocando (a): Indica la búsqueda del contacto físico entre ambos.
    - Tocando (b): Indica la evitación del contacto en la díada.

D. **Sostén:** Es la calidad del contacto piel a piel, se fija en la postura, si es armónica o forzada.
E. **Afecto:** Es el ambiente emocional en el que se encuentra el niño con su cuidador, si es tensa, apática, cariñosa, etc.
F. **Proximidad:** Hace referencia a la conducta que tiene la díada ante momentos de estrés, si el cuidador prefiere estar junto al niño o alejarse de él y si este lo sigue con su mirada o con su cuerpo.

## 2.4. El Niño Institucionalizado

### 2.4.1. El apego en el niño institucionalizado

Hay que tomar en cuenta los motivos por los que un niño entra a la institución de acogimiento. La mayoría en relación con la vulneración de sus derechos, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes, abandono, o bien, en raras ocasiones, la presencia de una discapacidad física o mental o la muerte del responsable de la criatura, considerando todo lo anterior mencionado como una situación de riesgo, de modo que se opta por el internamiento del menor (Carbonell, 2013). Si bien la institucionalización es el medio de actuación del Estado para garantizar los derechos y una vida digna de los niños, se deja de lado la atención y estimulación de la parte afectiva, viendo al menor nada más, como un ser que requiere de las atenciones de cuidado básico (Palummo, 2013).

Varias son las diferencias que existen en el ambiente de una institución con la de un núcleo familiar, se destacan la presencia de varios factores como la rotación del personal, el número de niños acogidos frente a la cantidad de personal dedicado a su cuidado y sobre todo que este es un trabajo remunerado donde no existe compromiso o lazos que los unan con los menores (Toledo, 2018).

Tomando en cuenta al número de cuidadores y su rotación en dentro la institución, frente a la cantidad de niños acogidos, cabe citar a Montano (2011), quien, indica que el número máximo de figuras con quienes el niño de temprana edad va a formar vínculos afectivos debe ser de dos o tres personas, siempre y cuando respondan de manera positiva a su cuidado, situación que no se cumple en los centros de acogimiento para menores, de manera que se ven en la obligación de crear rutinas y horarios para mantener el control y seguir un orden, producto de esto, la formación de vínculos inestables y superficiales en el

niño porque se encuentra rodeado de personas en su misma condición y dentro de su rango de edad, o sea, la imposibilidad de formar un relación de apego de seguro con una sola persona. (Toledo, 2018).

Se apoya la idea anterior, ya que el área afectivo-emocional en la institucionalización generalmente se evalúa a través de la teoría del apego, sabiendo que son “muy pocos los menores acogidos quienes logran desarrollar un apego seguro” (Ibañez, 2014).

### 2.4.2 Influencia de la afectividad desarrollada en la evolución cognitiva-motora del niño institucionalizado

Las edades comprendidas en el presente estudio entran en la etapa de la primera infancia, en la que el niño a través de estímulos internos y externos, y el establecimiento de vínculos adquiere las habilidades necesarias para su relación con su medio. Las experiencias vividas en esta etapa tienen consecuencias a lo largo de la vida del ser humano, sin embargo, es en la infancia y en la adolescencia cuando se presentan problemas físicos, motrices o cognitivos, en caso haber vivido cualquier tipo de situación adversa, por el contrario, experiencias positivas, enriquecen y mantienen estas capacidades (Toledo, 2018).

Para lograr un desarrollo apropiado, el niño requiere de un ambiente óptimo, donde su entorno emocional sea estable, seguro y personal, ya que por él mismo no es capaz de comprender el funcionamiento del medio externo y se maneja por reflejos e instintos, así el adulto responsable a través de la estimulación ayuda a la regulación de las emociones, aprendizaje y otras situaciones que propician el comienzo del desarrollo cognitivo del niño (Toledo, 2018).

Por un lado, Sena (2015) y Galvis (2015) , explican que el riesgo de retraso en el desarrollo depende del tiempo que el niño permanezca en la institución y de la edad en la que ingresó a esta. La experiencia de deprivación ante la pérdida su cuidador provoca aun en edades tempranas, angustia, miedo y el sentimiento de abandono (Castrillón & Vanegas, 2014). Esto se refleja durante los dos primeros meses en llanto hasta que la persona más cercana lo sujete fuertemente para tranquilizarlo, al tercer mes, el niño rechaza el contacto y se mantiene tendido en cama, dando paso al retraso motor y la posibilidad de enfermarse (Toledo, 2018).

Ibañez (2014) afirma que las instituciones de acogimiento para menores en riesgo, tomando en cuenta los cuidados efectivos como la protección y un tipo de crianza estables, no logran un ambiente propicio para el desarrollo cognitivo, socioemocional y, físico; en cuanto al área física, cabe aclarar que la autora toma en cuenta al área motriz, dentro esta:

> Se ha comprobado que, a mayor tiempo de estancia en un albergue, menor es su expectativa de desarrollo….que se explica no sólo a partir de las deficiencias nutricionales o de servicios médicos, sino también como resultado del abandono socioemocional (Ibañez, 2014).

El enunciado anterior se respalda gracias al siguiente aporte:

> Una institucionalización precoz y prolongada tiene efectos perjudiciales sobre la salud y sobre el desarrollo físico y cognitivo del niño y que por cada tres meses que un niño de corta edad reside en una institución pierde un mes de desarrollo (López & Palummo, 2013).

En cuanto al área cognitiva, indica que "puede verse también afectada, lo cual se refleja en problemas de atención y puntuaciones bajas en tareas que implican memoria de trabajo, autocontrol y planeación, y en la capacidad de trasladar el pensamiento a diferentes escenarios" (Ibañez, 2014), mientras que Galvis (2015) dice que el tipo y calidad de estos cuidados son factores asociados ante la presencia de retraso cognitivo.

## 2.5. La Institucionalización en el Ecuador

### 2.5.1. Estadísticas de acogimiento institucional para el año 2018 en Ecuador

Para el año 2018 el total de los menores reportados en unidades de acogimiento institucional es de 2.436 niños niñas y adolescentes, de los cuales, un 57% (1.381) corresponden al sexo femenino y un 43% (1.055) al sexo masculino (Villegas, 2018).

Las tres primeras causas de institucionalización de menores, se encuentra en primer lugar, la negligencia, seguido del abandono y el maltrato. El rango de edad predominante de los niños, niñas y adolescentes en las instituciones de acogimiento es 12 a 17 años con un total de 997 casos, seguido el grupo etario entre los 7 a 11 años con 761 casos, 296 casos en el grupo etario de 4 a 6 años y finalmente 277 casos entre 0 a 3 años (Villegas, 2018).

En cuanto a la distribución territorial, las unidades de institucionalización están divididas por zonas:

- Zona 1: Con sede en Ibarra y cobertura para Carchi, Esmeraldas, Imbabura y Sucumbíos
- Zona 2: Con sede en Tena y cobertura para Napo, Orellana y Pichincha a excepción de Quito
- Zona 3: Con sede en Ambato y cobertura para Pastaza, Cotopaxi, Tungurahua y Chimborazo
- Zona 4: Con sede en Portoviejo y cobertura para Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas
- Zona 5: Con sede en Babahoyo y cobertura para Los Ríos, Santa Elena, Bolívar, Galápagos y Guayas
- Zona 6: Con sede en Cuenca y cobertura para Azuay, Cañar y Morona Santiago
- Zona 7: Con sede en Loja y cobertura para El Oro, Loja y Zamora Chinchipe
- Zona 8: Con sede en Guayaquil y cobertura para Guayas, Durán y Samborondón
- Zona 9: Con sede en Quito y cobertura para Pichincha

De la mencionadas, las zonas con mayor número de menores institucionalizados son: Zona 9 con 701 casos, zona 1 con 321 casos y zona 8 con 263 casos (Villegas, 2018).

Por último, cabe mencionar que, de los casos reportados, se determina que existen 2.055 niños sanos, 44 con discapacidad física y solo 6 casos con discapacidad psico-social (Villegas, 2018).

### 2.5.2. Proceso de acogimiento institucional del menor

El acogimiento institucional está planificado para niños, niñas y adolescentes entre 0 meses y 17 años 11 meses de edad, que no viven con sus padres o con su familia extendida, encontrándose en una situación de abandono y/o que se vulneren otros de sus derechos (Egas, 2017).

Como primer punto en el proceso de acogimiento, se toma la medida de protección administrativa de custodia de emergencia por parte de una persona del equipo de policía, DINAPEN o bien de la casa de acogida para el menor y se procede a informar al juez las condiciones por las cuales se opta por el proceso de acogimiento (Egas, 2017).

Una vez que el niño es asignado a una casa familia o a un centro de acogimiento institucional, en los primeros treinta días, se procede a realizar evaluaciones psicológicas iniciales, completando el informe dado antes a la autoridad competente, se procede con el Proyecto Integral de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes (PAINA) que permite planificar el trabajo individual a realizar en las áreas del desarrollo que se muestren carentes o débiles, tomándolas como prioritarias durante el tiempo de permanencia (Egas, 2017).

Contando con el diagnóstico psicológico, social y legal del menor y de su familia y si es que se logra ubicar a los padres o familiares que muestran interés en asumir el cuidado y protección del niño, se elabora el Proyecto Global de Familia que planifica el grado y el plan de intervención y apoyo del equipo técnico para la familia además de que establece compromisos de los cambios necesarios para el retorno del niño al medio familiar; el seguimiento y la evaluación del proyecto se realiza durante cuatro meses, con el propósito de determinar si el menor es apto para el retorno (Egas, 2017).

Por otro lado, si es que no ha sido posible localizar a los padres u otros familiares, se realiza un proceso con una duración de 90 días que busca la declaración del estado de adoptabilidad del menor por parte del juez competente (Egas, 2017).

## 2.6. Fundación “Hogar Para Sus Niños”

### 2.6.1. Creación de la Fundación “Hogar Para Sus Niños”

El Hogar Para Sus Niños es una organización no-gubernamental y sin fines de lucro, que acoge a niños en situación de riesgo, actualmente, albergando un total de 57 menores. Se fundó en 1991 en la ciudad de Quito, por Clark y Melinda Vaughn, desde la creación del proyecto, la Familia Vaughn, directores y fundadores de la organización, dirigían en el país el hogar hasta el año 2011, sin embargo, se retiraron debido a motivos de salud. A partir de la fecha, Melinda Vaughn continua al frente de la fundación desde los Estados Unidos junto con Verónica Rodríguez, quien actualmente es la directora nacional de HPSN (Hogar Para Sus Niños, 2019).

En un principio la Casa Hogar estaba ubicada en el sector de Cotocollao para posteriormente trasladarse al sector de Bellavista de Carreta, donde labora hasta la actualidad y que, acogía a menores de hasta cuatro años. En el año 2001, el hogar acogió a 20 niños de diferentes grupos etarios sin capacidades diferentes, de manera que para el

año 2003, se vio necesaria la creación de otra casa dentro de la institución (Hogar Para Sus Niños, 2019).

En Quito, “Hogar Para Sus Niños” cuenta con dos casas en las que los menores son distribuidos según su edad. Casa Vaughn recibe a niños de 0 a 2 años y cuenta con tres dormitorios, dos baños, cocina-comedor y una sala; Casa Harlow, se encuentran 3 dormitorios, 2 baños, cocina-comedor, sala y una pequeña sala de lectura y juegos (Hogar Para Sus Niños, 2019).

En el 2005, “Hogar Para Sus Niños” abrió una casa hogar en Cotopaxi; esta está divida, en la planta baja se encuentra Casa Bourdeau, que recibe a niños entre 0 a 5 años 11 meses, y en el segundo piso, se encuentra Casa Esperanza que alberga a niños y adolescentes con diferentes discapacidades de grados moderado a severo, con el objetivo de brindarles un hogar hasta su deceso (Hogar Para Sus Niños, 2019).

## 2.6.2. Visión, Misión y Valores Institucionales

### 2.6.2.1. Visión

“El Hogar Para Sus Niños (HPSN) existe como un ministerio enfocado en Cristo para niños en situación de riesgo, en donde se les provee un ambiente de amor y apoyo con el deseo de unirlos con su familia, ya sea de origen o adoptiva, abogando siempre en representación de ellos” (Hogar Para Sus Niños, 2019).

### 2.6.2.2. Misión

“Una familia permanente y cariñosa para cada niño, en un plazo máximo de seis meses” (Hogar Para Sus Niños, 2019).

### 2.6.2.3. Valores Institucionales

Hogar Para Sus Niños (2019), para lograr su propósito, se maneja con los siguientes valores institucionales:

I. Amor
II. Trabajo en Equipo
III. Apoyo incondicional

IV. Humildad
V. Adaptabilidad
VI. Creatividad
VII. Innovación
VIII. Honestidad
IX. Comunicación franca y directa
X. Autoestima
XI. Estabilidad emocional

### 2.6.3. Estructura de la Institución, Autoridades y Personal

Hogar Para Sus Niños (2019), está dirigido por Melinda Vaughn como Directora Ejecutiva y Verónica Rodríguez como Directora Nacional.

Cada sucursal, tanto en Pichincha como en Cotopaxi, cuentan con los siguientes departamentos:

I. Departamento Administrativo, conformado por un asistente administrativo, un coordinador de comunicación, un asistente de dirección, un comunicador, un supervisor de “tías” que son las personas encargadas del cuidado de los niños, un chofer, área contable y guardianía;
II. Departamento Técnico, se compone de un trabajador social, un psicólogo clínico infantil, parvulario, terapista físico y terapista del lenguaje,
III. Equipo de cuidadoras para Pichincha y Cotopaxi, con 19 tías (cuidadoras) para Pichincha y 17 para Cotopaxi

## 2.7. Hipótesis

Existe relación entre los tipos de apego y el desarrollo motor en el niño institucionalizado de 3 a 18 meses de la casa hogar para sus niños en las ciudades de Quito y Latacunga en el periodo de agosto y septiembre de 2018.

## 2.8. Operacionalización De Variables

### Tabla 3:OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición | Tipo | Escala/Categoría | Indicador | Fuente |
|---|---|---|---|---|---|
| Apego | Vínculo afectivo desarrollado entre el niño y su madre/cuidador | Cualitativa | 1. Apego Seguro<br>2. Apego Ambivalente<br>3. Apego Evitativo | 1. Porcentaje de niños con apego seguro.<br>2. Porcentaje de niños con apego ambivalente<br>3. Porcentaje de niños con apego evitativo | Escala de Apego de Massie-Campbell |
| Desarrollo Motor | Cambio en las capacidades motrices del ser humano desde el nacimiento hasta la vejez | Cualitativa | 1. Menor a P5<br>2. Entre P5 – P10<br>3. Entre P10 – P25<br>4. Entre P25 – P50<br>5. Entre P50 – P75<br>6. Igual a P90 | 1. Porcentaje de niños con DM ubicado bajo P5.<br>2. Porcentaje de niños con DM ubicado entre P5 - P10.<br>3. Porcentaje de niños con DM ubicado entre P10 - P25.<br>4. Porcentaje de niños con DM ubicado entre P25 - P50.<br>5. Porcentaje de niños con DM ubicado entre P50 - P75.<br>6. Porcentaje de niños con DM ubicado en P90. | Escala de Desarrollo Motor de Alberta |
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento | Cuantitativa | 1. 0m 29d - 3m 29d<br>2. 4m 0d - 5m 29d<br>3. 6m 0d - 8m 29d<br>4. 9m 0d - 11m 29d<br>5. 12m 0d - 18 m 29d | 1. Porcentaje de niños de 0m 29 d – 3m 29d<br>2. Porcentaje de niños de 4m 0d – 5m 29d<br>3. Porcentaje de niños de 6m 0d – 8m 29d<br>4. Porcentaje de niños de 9m 0d – 11m 29d<br>5. Porcentaje de niños de 12m 0d – 18m 29d | Checklist con nombre y edad del niño |
| Sexo | Condición orgánica, masculina o femenina, que diferencia a los machos de las hembras | Cualitativa | 1. Femenino<br>2. Masculino | 1. Porcentaje de mujeres<br>2. Porcentaje de varones | Checklist con nombre y sexo del niño |

Elaborado por: Camila Freire

# CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

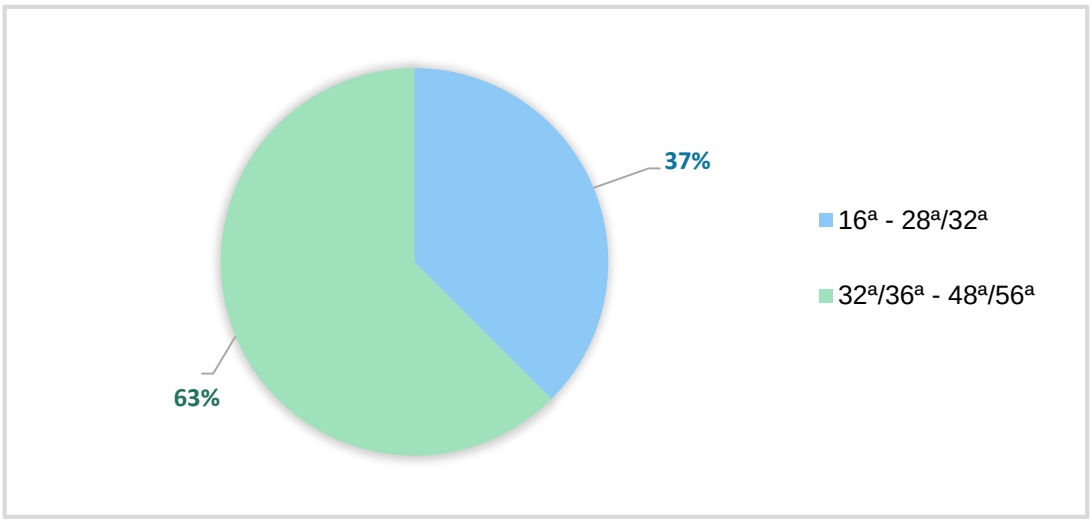
## 3.1. Resultados

### 3.1.1. Descripción sociodemográfica de la población de estudio

La edad se clasificó según los estadios el desarrollo postural de Vojta. El mayor porcentaje de niños correspondió al estadio que comprende entre 32ª/36ª - 48ª/56ª semanas de edad (62,5%), seguido de aquellos ubicados entre la 16ª - 28ª/32ª semanas de vida, y, no se obtuvo participantes con edades entre las 0 a 13 semanas de vida (gráfico 1).

**GRÁFICO 1**

**PORCENTAJES DE RANGOS DE EDAD DE LOS PARTICIPANTES**

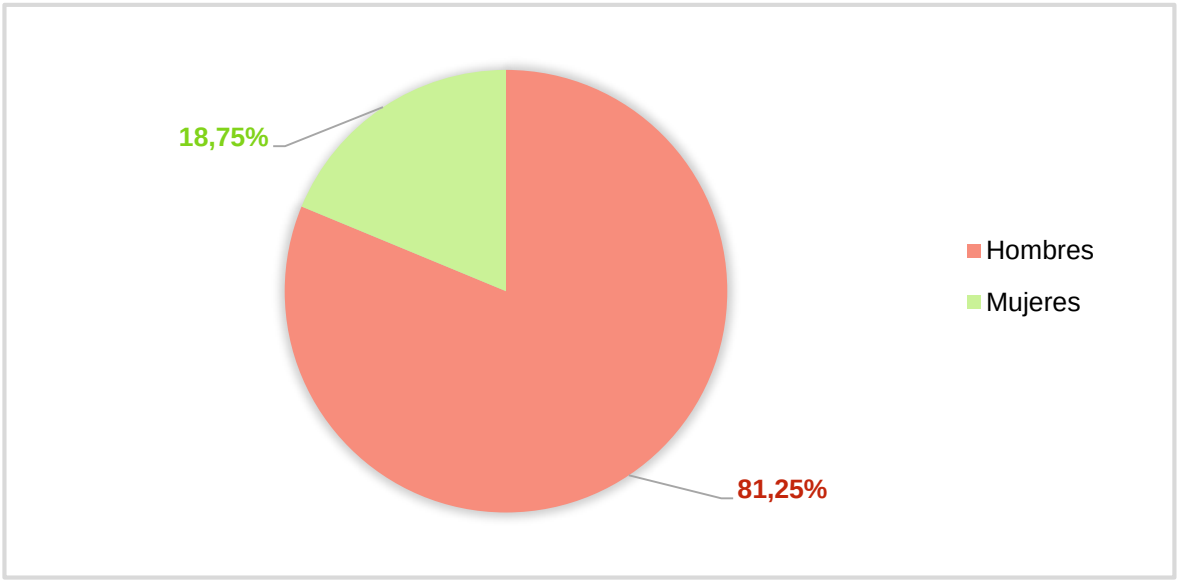



Elaborado por: Camila Freire

Respecto a la variable sexo, el 81,25% correspondía a hombres y el 18,75% a mujeres (gráfico 2).

## GRÁFICO 2

## PORCENTAJE RESPECTO AL SEXO DE LOS PARTICIPANTES

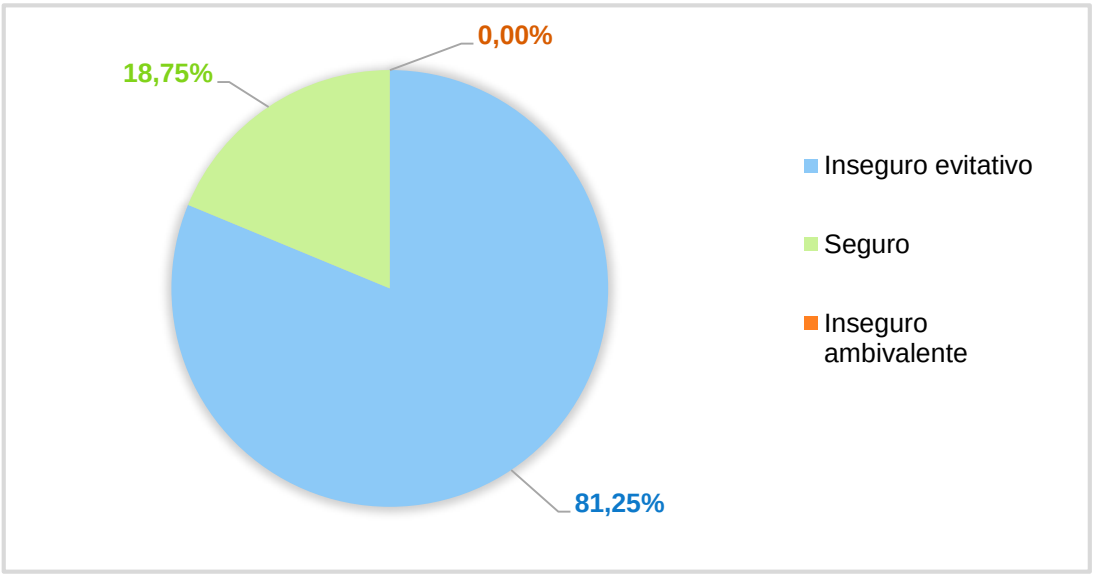



Elaborado por: Camila Freire

Según el tipo de apego, se encontró que el 81,25% de los niños ha desarrollado un apego inseguro evitativo, el 18,75% corresponde a un apego seguro, y, en ningún participante se determinó un apego inseguro ambivalente (gráfico 3).

## GRÁFICO 3

## PORCENTAJES DEL TIPO DE APEGO OBTENIDOS




Elaborado por: Camila Freire

## 3.1.2. Asociación entre el tipo de apego y el desarrollo motor

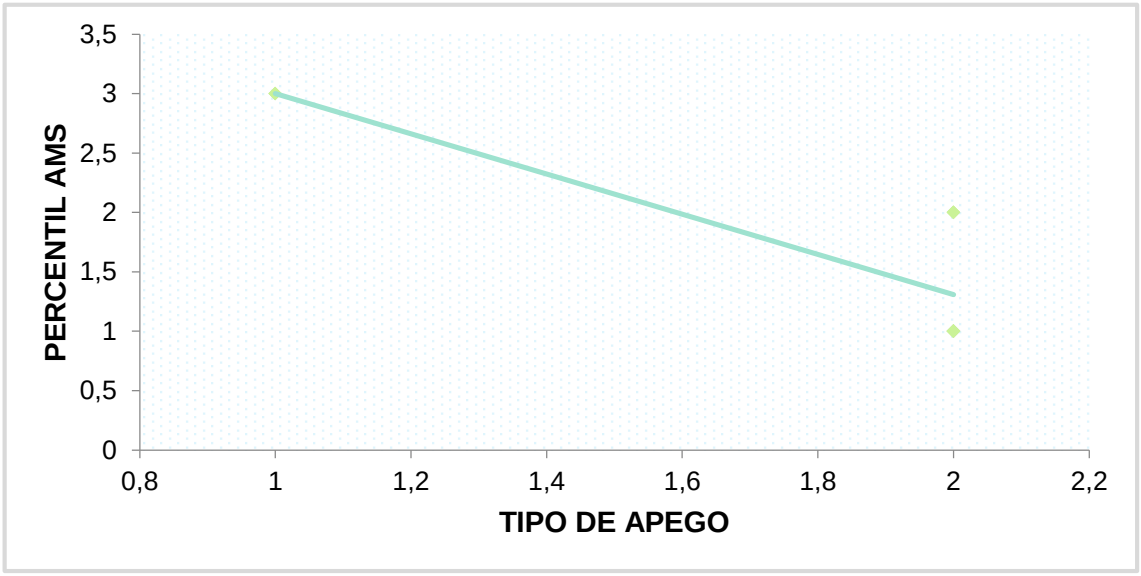
**Tabla 4: ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE APEGO Y EL DESARROLLO MOTOR**

| TIPO DE APEGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Característica** | | N(TA=%) | N(TA=%) | N(TA=%) | Valor de P |
| | | TA (%) | TA (%) | TA (%) | |
| **Percentil AIMS** | | | | | 0.00034 |
| | ≤ P5-P10 | 0 (0,00%) | 9(69,23%) | 0(0,00%) | |
| | Entre P11-P25 | 0 (0,00%) | 7(30,77%) | 0(0,00%) | |
| | Entre P26-P75 | 3(100,00%) | 0(0,00%) | 0(0,00%) | |
| | Entre P76-P90 | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | |
| | Entre P91-P100 | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | |

Elaborado por: Camila Freire

**GRÁFICO 4**

**RELACIÓN TIPO DE APEGO-PERCENTIL AIMS**




Elaborado por: Camila Freire

Partiendo con el tipo de apego, 3 participantes se encuentran dentro del grupo que ha desarrollado un apego seguro, encontrándose el 100,00% en el Percentil entre P26-P75. El grupo conformado por aquellos que desarrollaron un apego inseguro evitativo cuenta con 13 niños en total, de los cuales: 9 (69,23%) se encuentran en el Percentil ≤ P5-P10 y 7 (30,77%) entre P11-P25; mientras que para el apego inseguro ambivalente no se registró ningún participante (tabla 4).

Esta asociación, indica significancia, puesto que p=0.00034 (tabla 4)

El gráfico 4 indica la relación negativa significativa de estas variables donde r= -0.8462

### 3.1.3. Asociación entre el tipo de apego y la edad

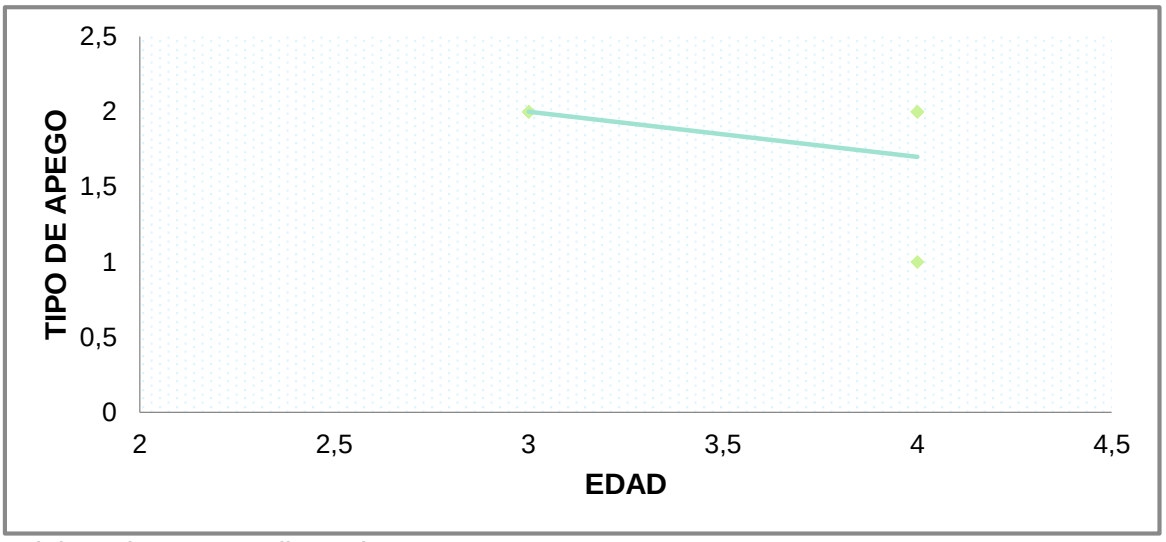
**Tabla 5: ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE APEGO Y LA EDAD**

| TIPO DE APEGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Característica** | | N(TA=%) | N(TA=%) | N(TA=%) | Valor de P |
| | | TA (%) | TA (%) | TA (%) | |
| **Edad** | | | | | 0.1366 |
| | 0 - 6ª semana | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | |
| | 7ª - 13ª semana | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | |
| | 16ª - 28ª/32ª semana | 0 (0,00%) | 6(46,15%) | 0 (0,00%) | |
| | 32ª/36ª - 48ª/56ª semana | 3(100,00%) | 7(53,85%) | 0 (0,00%) | |

Elaborado por: Camila Freire

**GRÁFICO 5**

**RELACIÓN TIPO DE APEGO-EDAD**




Elaborado por: Camila Freire

El grupo que tiene un apego seguro (3 personas (100,00%)) se encuentra dentro de las 32ª/36ª - 48ª/56ª semanas de vida; mientras que aquellos que presentan apego inseguro evitativo, se distribuyen así: 6 niños (46,15%) cursan entre la 16ª - 28ª/32ª semana de vida y 7 niños (53,85%) la 32ª/36ª - 48ª/56ª semana de vida.

Esta asociación no tiene significación debido a que p=0.1366 (tabla 5).

La correlación de estas variables es negativa débil con r= -0.3721, (gráfico 5).

## 3.1.4. Asociación entre el tipo del apego y el sexo

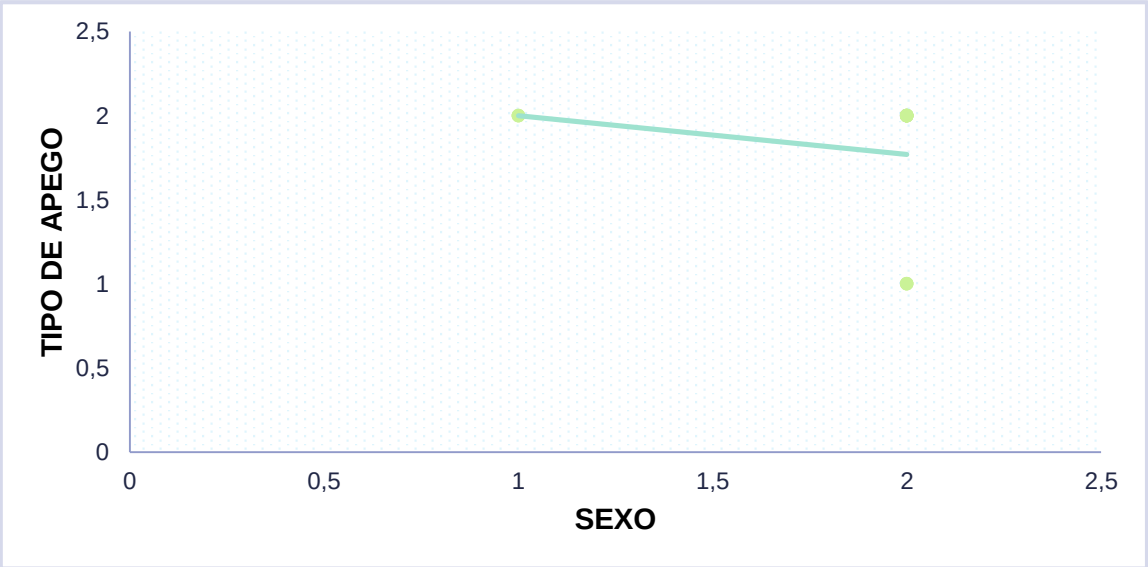
**Tabla 6: ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE APEGO Y EL SEXO**

| TIPO DE APEGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Característica** | | N(TA=1) | N(TA=2) | N(TA=3) | Valor de P |
| | | TA (%) | TA (%) | TA (%) | |
| **Sexo** | | | | | 0.356 |
| | Femenino (F) | 0 (0,00%) | 3(23,08%) | 0 (0,00%) | |
| | Masculino (M) | 3(100,00%) | 10(76,92%) | 0 (0,00%) | |

Elaborado por: Camila Freire

## GRÁFICO 6

## RELACIÓN TIPO DE APEGO-SEXO




Elaborado por: Camila Freire

La tabla 6, indica que, los niños que tienen un apego seguro son, 3 varones (100,00%), quienes tienen un apego inseguro evitativo son 10 varones (76,92%) y 3 mujeres (23,08%). No existen niños con apego inseguro ambivalente.

La asociación tipo de apego y sexo no muestra asociación, ya que p=0.356.

Las variables tienen una relación negativa débil con r= -0.230.

## 3.2. Discusión

El estudio se basó en determinar si el tipo de apego desarrollado en el niño institucionalizado entre los 3 a los 18 meses influye en su desarrollo motriz, tomando en cuenta las variables de edad, sexo y el percentil de la AIMS que indica el grado de desarrollo motor.

Los participantes en la aplicación de las escalas de evaluación de apego y desarrollo motor fueron 19 niños institucionalizados con edades entre los 3 y 18 meses, de los que se excluyó a 3 por las siguientes razones: adopción, falta de registro de nacimiento y diagnóstico de displasia de cadera.

El 81,25% de los niños ha desarrollado un apego inseguro evitativo, el 18,75% corresponde a un apego seguro, y, en ningún participante se determinó un apego inseguro ambivalente.

Como primer punto, se obtuvo que el tipo apego si interviene en el desarrollo motriz del niño, por la correlación significativa negativa entre estas dos variables, de modo que, mientras mayor es el percentil alcanzado en la Escala Motriz Infantil de Alberta (nivel de desarrollo), la afectividad desarrollada es buena, o sea, el niño posee un apego seguro, sin embargo, su relación no indica que el apego sea una causa determinante para el desarrollo motor.

En el estudio no hubo ningún participante con un buen desarrollo motor y apego inseguro, o bien, un patrón de apego seguro y habilidades motrices deficientes. Además, solo el 18,75% de la población mantenía el desarrollo motor esperado para su edad junto con un apego seguro, en contraposición, del total del niños con apego inseguro evitativo, el 69,23% obtuvo en la valoración motriz resultados atípicos con respecto a su edad, mientras que el otro 30,77% indicaba que hay un desarrollo sospechoso, ninguno obteniendo resultados positivos respecto a la motricidad; similares resultados obtuvieron Roeber, Tober, Bolt, & Pollak (2012),al relacionar el tiempo de permanencia y la experiencia de privación emocional (consecuencia del apego presente) en 33 niños post institucionalizados entre 8 a 15 años, frente a 34 niños que habían crecido en un hogar funcional de la misma edad, obteniendo que, todos los post institucionalizados presentaron retraso motor, sin embargo aquellos que habían permanecido mayor tiempo en acogimiento y que, mientras mayor era la deprivación, las habilidades motrices eran más pobres, frente a los otros 34 (criados en un hogar) que mostraron un buen desarrollo motriz.

Vorria et al. (2006), investigaron el desarrollo en niños que habían permanecido por lo menos sus dos primeros años de vida institucionalizados tras un corto periodo de tiempo de ser adoptados; estos mostraron tener un pobre desarrollo cognitivo-motriz y afectivo como resultado de la internación a temprana edad a comparación de sus pares. Esto indica la importancia de la estimulación sensorial y la afectividad en la génesis del neonato como base para su desarrollo.

Por otro lado, Moreno Mora & Barahona Anangonó (2016), muestran que, dentro de lo que se considera maltrato infantil, el abandono y la negligencia (como características psicosociales de personas con una escolaridad, nivel socioeconómico bajos) por parte de los cuidadores de los menores y, considerando la afirmación de Palummo (2013), quien hace una comparación entre los niños abandonados acogidos en una institución y aquellos que aún permanecen bajo las condiciones expuestas antes, son muy pocas las posibilidades de lograr un lazo afectivo bueno que les proporcione confianza para explorar su alrededor; obtuvieron que estos eran los factores que más desencadenaban un retraso cognitivo y motor.

Respecto a la edad, los resultados indican que el desarrollo del tipo de apego no tiene asociación alguna con la edad en la que el niño se encuentre, a pesar de que su débil correlación que indica que, dentro de los rangos en estudio, el niño de mayor edad tiende a desarrollar un apego inseguro evitativo.

La clasificación de la edad se realizó según los estadios del desarrollo postural de Vojta, del total de niños con un apego evitativo, el 46,15% se encuentra entre la 16ª - 28ª/32ª semana de vida y se encuentran en el estadio de la diferenciación de la motricidad gruesa, y el 53,85% están en el estadio de la verticalización y comienzo de la motricidad fina, y están dentro de las 32ª/36ª - 48ª/56ª semanas.

El estudio de Lecannelier (2006), con niños institucionalizados y que en su mayoría tenían un patrón de apego evitativo, con rango de edad entre los 3 a 8 meses, mostró que aquellos entre los 4 y 6 meses, o sea, los de menor edad, no presentaron problemas en el desarrollo motor; este resultado, en parte, contradice a los expuestos en el presente estudio, sin embargo se debe tomar en cuenta que en el rango de edades que comprende el estadio de la diferenciación de la motricidad gruesa, se encuentran todas las edades expuestas en el estudio.

Zeanah, Smyke, Koga, & Carlson (2005) analizaron las conductas de apego en infantes que habían permanecido la mayor parte de su vida en una institución de acogida, analizando la calidad de los cuidados recibidos y las competencias cognitivo-motrices y

afectivas logradas por los menores; si bien no existió una asociación entre la edad, género y la etnia, los participantes presentaban trastornos en el apego.

Así mismo, se interpretó que no existe una asociación entre el sexo del niño y el apego que este desarrolle. En cifras, se obtuvo que 18,75% eran mujeres y todas tenían un apego evitativo; en cuanto a los valores, el 62,5% tenían un apego evitativo y el otro 18,75% había desarrollado un apego seguro.

El resultado obtenido se respalda con el trabajo de Giagazoglou, Kouliousi, Sidiropoulou, & Fahantidou (2012) al comparar en un grupo equitativo entre mujeres y varones institucionalizados y otro de niños que tuvieron una crianza de hogar; este estudio tomó en cuenta las carencias ambientales, sociales y la falta de estimulación en los centros de acogimiento de menores, señalando que esto genera un privación social y emocional en el niño que termina en un pobre desarrollo afectivo, no obstante, no contó con una especificación del apego desarrollado en estos; se obtuvo que el niño institucionalizado independientemente de su género presenta una afectividad atípica y alteraciones motrices; complementando la idea, (Zaccagnino, Cussino, Preziosa, Veglia, & Carassa, 2015) analizaron las representaciones del apego en niños que habían sido retirados de su hogar por abuso o negligencia, con una estancia mínima de 12 meses en acogimiento, encontraron que a pesar de no haber diferencias en cuanto al sexo de los menores, estos presentaron en altos porcentajes apego inseguro y desordenes afectivos.

Fisiológicamente, las emociones, dentro de estas, la afectividad, están reguladas por el hipocampo, amígdala cerebral, corteza cingulada, hipotálamo y por la corteza orbitofrontal, sin embargo algunas de estas cumplen funciones específicas relacionadas a respuestas, producto de la empatía y percepción creadas por un vínculo afectivo (Reguera Nieto, 2014).

Entonces, el estímulo afectivo activa los diferentes sistemas sensoriales, que envían información al hipocampo, este a su vez regula la frecuencia respiratoria, cardíaca y la tensión arterial, según el tipo de estímulo de entrada. La amígdala cerebral, es la encargada de la identificación y producción de estados afectivos; áreas dorsales como el hipocampo, que está impulsado por la amígdala y la corteza prefrontal, además de regular el eje hipotálmo-hipófisis- glándulas suprarrenales, participan, integrando funciones ejecutivas y la memoria estímulo-respuesta a partir de los eventos afectivos vivenciados (López Mejía, Valdovinos de Yahya, Méndez-Díaz, & Mendoza-Fernández, 2009).

Cabe recalcar que una emoción es el reflejo del estado corporal ante una situación concreta, ya que está regulado por respuestas autónomas, periféricas y musculo-

esqueléticas. La amígdala, es la responsable de la expresión somática de estas. (López Mejía et al., 2009).

Existen varios medios por los que las emociones son expresadas a través del movimiento. En primer lugar, están los Generadores de Patrones Centrales (CPG), son redes neuronales presentes en la medula espinal, que producen movimientos automáticos y rítmicos (Gómez-Soriano & Taylor, 2012). En el comienzo del desarrollo, estos, tienen el circuito emoción involuntaria- sistema límbico-corteza motora, puesto que el niño, con las diferentes sensaciones y el movimiento como respuesta, comienza a percibir y a dar un significado a las cosas y acciones. (López Mejía et al., 2009)

Hay que mencionar además a las neuronas espejo, que, son las encargadas de percibir diferentes reacciones motrices de otras personas y copiarlas, de modo que, al aprender ya un patrón y verlo, estas se activan y reflejan lo mismo, de ahí que son esenciales para el comienzo del desarrollo humano (Caccuri, Mimiza, & Basso, 2016)

La sensopercepción, que precede a lo cognitivo-motriz, es la capacidad para "captar estímulos que proceden del exterior o del interior del organismo y procesarlo en áreas específicas" (Caccuri et al., 2016), y a pesar de que esta comienza en el periodo intrauterino y fomenta al desarrollo del SN, es pobre debido a su maduración caudo-cefálica, de ahí que, los primeros movimientos son reflejos (y tomando en cuenta que la mielinización en la corteza ocurre primero en las áreas primarias (hasta el 7mo mes intrauterino), encargadas de la recepción de cualquier tipo de estímulo y creación del movimiento, luego siguen las áreas secundarias, responsables de la asociación de estímulos y de su memoria hasta el primer mes posnatal y finalmente las áreas terciarias, que presentan cambios durante toda la vida, al no tener un fin en su maduración, le permiten al niño relacionar varios fenómenos de alta complejidad), se comprende que, en la génesis, el niño sano, tiene sus capacidades sensoriales mejor desarrolladas con relación a sus las habilidades cognitivas y motrices, además "no hay fenómeno motor sin que previamente medie un proceso sensitivo que lo origina" (Caccuri et al., 2016), y uno de los factores clave para que un desarrollo psicomotor sea continuo y provechoso es la formación del vínculo de apego, para el niño de corta edad, como su mayor influencia ambiental.

Siguiendo la idea Piagetiana, el periodo sensoriomotor, es un juego recíproco entre el comienzo de la cognición y la motricidad, que partiendo de los mecanismos descritos antes, requiere de la repetición inconsciente hasta lograr las diferentes destrezas propias de cada edad, esto se refuerza a través de la neuroplasticidad natural, que es la capacidad del SN para modificarse morfológica y funcionalmente, formando nuevas conexiones nerviosas como respuesta a estímulos y cambios fisiológicos internos y externos que siguen la

ontogénesis del desarrollo, además de que está influenciada a cambios perceptivos; entonces si el menor no está dotado, en primer lugar de un funcionamiento normal de sus sentidos y que a partir de estos, comienza a percibir y relacionar estímulos internos y externos, no va a existir una exploración del medio y con esto, no se producen nuevas conexiones nerviosas, haciendo que el desarrollo físico, motor y psíquico se estanque (Garces & Suarez, 2014).

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La población del presente estudio no fue considerable en cuanto a tamaño (16 participantes) de modo que se pudo haber creado un sesgo en cuanto a sus resultados estadísticos. Si bien, se obtuvo valores que indicaron el grado de asociación y correlación, no son significativos tomando en cuenta la gran dimensión de niños con las mismas características.

Asimismo, se contó con 16 varones y 3 mujeres, siendo la caracterización en cuanto al sexo desigual y muy marcada, de manera que, pudo existir sesgo en los valores de asociación y correlación en esta.

En cuanto a los rangos de edad, la clasificación de los estadios del desarrollo postural propuestos por Vojta limitan rangos etarios muy extensos, y por esta razón se obtuvo una clasificación únicamente en dos grupos, pudiendo existir sesgo dentro de esta variable.

# CONCLUSIONES

- El 81, 25% de la población presentó retraso motriz (desarrollo motor atípico o rendimiento motor sospechoso para la edad) junto con un apego inseguro evitativo desarrollado, además de que no se halló una relación de apego seguro-retraso motor o bien, apego inseguro-nivel motriz esperado para la edad.
- El tipo de apego presente en los menores institucionalizados con edades comprendidas entre los 3 a 18 meses de edad fue mayoritariamente inseguro evitativo.
- No se encontró relación alguna entre el apego desarrollado en los participantes con su edad o su sexo.

# RECOMENDACIONES

- A pesar de la gran labor que realizan los centros de institucionalización para menores, las carencias afectivas que proporcionan a los niños son grandes. Considerando que el rango de edad en el que se realizó el estudio, esto clave para el desarrollo en su amplio concepto, se propone la instauración de un plan en el que se designe a un/a cuidadora por cada dos o tres niños, quien mantendrá periodos de tiempo exclusivos y personalizados para cada uno de ellos (niños) diariamente, con el objetivo de que se logre potenciar las áreas del desarrollo rezagadas y estimularlas para lograr la normalidad de las mismas a través de la formación de un vínculo que le brinde seguridad al menor.

- Con respecto a la reproductibilidad del estudio se sugiere recrearlo con una población mayor y homogénea en cuanto al sexo para determinar el grado de asociación con el apego en el menor en situación de acogimiento institucional, así mismo, organizar a los participantes en rangos de edad más cortos con el propósito de especificar su asociación con el tipo de apego que tiende a desarrollarse.

- Sería interesante, también diseñar un estudio, dentro del área de la psicología, que analice los antecedentes familiares, el pasado del niño y las circunstancias por las cuales fue retirado de su hogar para ser institucionalizado, y de esta manera, determinar como actúa el sistema límbico frente a estímulos afectivos no adecuados para el menor.

# BIBLIOGRAFÍA


Ainsworth, M., & Bell, S. (1970). ***Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña*.** *Lecturas de psicología del niño* (Vol. 1). Madrid.

Arguello, J., González, M. A., & Joubert, M. (2015). ***Niños institucionalizados: Cómo desarrollan la identidad y el apego*.** Buenos Aires. Retrieved from https://www.aacademica.org/000-015/339

Basso, G. (2016). **Cuidado individualizado del recién nacido y su familia.** En *Neurodesarrollo en Neonatología* (1a ed., pp. 69–81). Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.

Berlanga, C. (2014). ***Aplicación del método madre canguro en puérperas con depresión posparto y alteración del vínculo maternofilial*.** Escoles Universitàries d'Infermeria Gimbernat. Retrieved from http://eugdspace.eug.es/xmlui/handle/123456789/22

Bernaldo de Quirós Aragón, M. (2012). ***Los objetivos de la intervención.*** En *Psicomotricidad. Guía de evaluación e intervención* (1a ed., pp. 81–83). Madrid: Ediciones Pirámide.

Bowlby, J. (1998). ***Seguridad, Ansiedad y sufrimiento.*** En *La Separación afectiva* (3a ed., pp. 44–49). España: Editorial Paidós.

Cabanyes, J. (2014). ***El comportamiento fetal: Una ventana al neurodesarrollo y al diagnóstico temprano.*** *Pediatria de Atencion Primaria*, *16*(63), e101–e110. https://doi.org/10.4321/S1139-76322014000400012

Caccuri, R., Mimiza, M., & Basso, G. (2016). ***Fisiología del Desarrollo. Bases de la Integración Sensorial.*** En *Neurodesarrollo en Neonatología* (1a ed., pp. 29–43). Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.

Canales Torres, N. J. (2018). ***Escala Motora Infantil De Alberta En El Desarrollo Motor Grueso Del Niño Prematuro*.** Universidad Peruana Cayetano Heredia. Retrieved from http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3655/Escala_CanalesTorres_Nilda.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Carbonell, O. (2013). ***La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la Primera Infancia.*** *Ciencias Psicológicas*, *7*(2), 201–2017. Retrieved from http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v7n2/v7n2a08.pdf

Castrillón, L. C., & Vanegas, J. (2014). ***El Vínculo Reparador Entre Los Niños Deprivados y Las Instituciones De Protección Social.*** *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica. UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN*, *57*(1), 14.

Chávez Torres, R. (2003). ***Neurodesarrollo Neonatal e Infantil: Un enfoque multi-inter y***

***transdisciplinario en la prevención del daño*** (1a ed.). México: Ed. Médica Panamericana.

Echavarría, D., & Mesa, M. (2015). ***Incidencia de las Funciones Ejecutivas en los Vínculos de Apego*.** Universidad de la Sabana. Recuperado de https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/23519/Daniela Echavarría %28tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Egas, J. (2017). ***Modelo de Atención de Entidades de Acogimiento de Administración Directa del MIES*.** Recuperado de file:///G:/8vo/DISERTACION/PAPAERS PARA REVISAR/MODELO-DE-ATENCION-PARA-ACOGIMIENTO-INSTITUCIONAL.pdf

Ferreyros, M. (2017). ***Apego seguro y desarrollo del infante en poblaciones vulnerables***, *25*(2), 139–152. Recuperado de www.unife.edu.pe

Galvis, E. (2015). ***Perspectiva Cultural del Desarrollo Infantil en las Instituciones de Protección.*** *Revista Colombiana de Psicologia*, *24*(1), 29–46. https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.42064

Garces, M. V., & Suarez, J. C. (2014). ***Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos.*** *Revista CES Medicina*, *28*(1), 119–132.

García, S. (2015). ***Factores que Intervienen en el Desarrollo del niño y Desarrollo del Personalismo.*** *Publicaciones Didácticas*, 85–88. Recuperado de http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/058033/articulo-pdf

Giagazoglou, P., Koulioussi, C., Sidiropoulou, M., & Fahantidou, A. (2012). ***The effect of institutionalization on psychomotor development of preschool aged children***. *Investigado en Developmental Disabilities*, *33*(3), 964–970. https://doi.org/10.1016/J.RIDD.2011.12.016

Giraldo-Montoya, D., Castañeda-Palacio, H., & Mazo, H. (2017). ***Factores demográficos relacionados con el apego materno infantil Demographic factors related to maternal and child attachment*.** Medellín. https://doi.org/10.22267/rus.171902.82

Gómez-Soriano, J., & Taylor, J. (2012). ***Neuroplasticidad.*** En *Neurorrehabillitación, Métodos específicos de valoración y tratamiento* (pp. 89–96). Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Gómez, A., Pulido Valdeolivas, I., & Fiz Pérez, L. (2015). ***Desarrollo neurológico normal del niño.*** Recuperado de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix09/07/n9-640e1-e7_R.Bases_Gomez.pdf

Gross, J. T., Stern, J. A., Brett, B. E., & Cassidy, J. (2017). ***The multifaceted nature of prosocial behavior in children: Links with attachment theory and research.*** *Social Development*, *26*(4), 661–678. https://doi.org/10.1111/sode.12242

Haibach, P., Reid, G., & Collier, D. (2017). ***Aprendizaje y Desarrollo Motor*.** (E. Campo, Ed.) (1a ed.). Colombia: Editorial Kinesis.

Haywood, K., & Getchell, N. (2014). ***Life span motor development*.** (M. Scharg, C. Drews, & S. Huls, Eds.) (6a ed.). Nueva Zelanda: Human Kinetics.

Hogar Para Sus Niños. (2019a). ***Nuestras Casas.*** Recuperado en Enero 5, 2019, from http://www.hogarparasusninios.org/index.php/nuestras-casas/quito

Hogar Para Sus Niños. (2019b). ***Nuestro Equipo***. Recuperado en Enero 5, 2019, from http://www.hogarparasusninios.org/index.php/2016-01-13-21-02-10/historia

Ibañez, G. (2014, April). ***El derecho fundamental: la vida en familia.*** *Cuidados Alternativos Para La Infancia*, 5–8. Recuperado de https://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2015/05/DFensor_04_2014.pdf

Lecannelier, F. (2006). ***Apego e institucionalización: un estudio empírico.*** Buenos Aires. Recuperado de https://www.aacademica.org/000-039/223

López, A., & Palummo, J. (2013). ***INTERNADOS. Las prácticas judiciales de institucionalización por protección de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Montevideo*.** Montevideo. Recuperado de http://observatoriojudicial.org.uy/wp-content/uploads/2013/11/Internados_web.pdf

López Mejía, D. I., Valdovinos de Yahya, A., Méndez-Díaz, M., & Mendoza-Fernández, V. (2009). ***El Sistema Límbico y las Emociones : Empatía en Humanos y Primates***. *Psicología Iberoamericana*, *17*(2), 60–69. https://doi.org/10.2754/avb200877030355

Manacero, S., & Lahorgue, M. (2008). ***Evaluation of motor performance of preterm newborns during the first months of life using the Alberta Infant Motor Scale (AIMS).*** *Journal de Pediatría*, *84*(1), 53–59. https://doi.org/10.2223/JPED.1741

Moneta, M. E. (2014). ***Apego y pérdida: Redescubriendo a John Bowlby.*** *Revista Chilena de Pediatria*, *85*(3), 265–268. https://doi.org/10.4067/S0370-41062014000300001

Montano, G. (2011). ***Alteraciones del apego en adopciones tardías. Sus consecuencias y posibles abordajes terapéuticos.*** *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, *7*(4), 29–41. Recuperado de http://www.bvspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272011070402.pdf

Moreno Mora, R., & Barahona Anangonó, M. (2016). ***Maltrato infantil y factores sociodemográficos-ambientales asociados a niños con retraso del desarrollo psicomotor.*** *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, *6*(1), 17–25. Recuperado de http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69487

National Association for the Education of Young Children. (2018). ***Developmentally Appropriate Practice (DAP) Introduction | NAEYC.*** Recuperado en Diciembre 27, 2018, from https://www.naeyc.org/resources/topics/dap

Palummo, J. (2013). ***La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe Coordinación de la publicación*****.** Panamá. Recuperado de https://www.relaf.org/biblioteca/UNICEFLaSituaciondeNNAenInstitucionesenLAC.pdf

Papalia, D., Martorell, G., & Duskin-Feldman, R. (2017). ***Desarrollo Humano*** (13a ed.). México: McGraw-Hill.

Payne, G., & Isaacs, L. (2016). ***Human Motor Development*****.** (B. Mejia, Ed.) (9th ed.). New York: Routledge. Recuperado de https://scholarworks.sjsu.edu/faculty_books/165

Reguera Nieto, E. A. (2014). ***Apego, cortisol y estrés, en infantes: una revisión narrativa.*** *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *34*(124), 753–772. https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000400008

Roeber, B. J., Tober, C. L., Bolt, D. M., & Pollak, S. D. (2012). ***Gross motor development in children adopted from orphanage settings NIH Public Access.*** *Dev Med Child Neurol*, *54*(6), 527–531. https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2012.04257.x

Roncallo, C., Sánchez De Miguel, M., & Arranz, E. (2015). ***Maternal-foetal bonding: implications for psychological development and proposal for early intervention***, *8*(2), 14–23. https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706

Sahler, O., & Carr, J. (2009). ***Ciencias de la conducta y cuidado de la salud*** (1a ed.). México: Editorial El Manual Moderno.

Saldarriaga Zambrano, P. J., Bravo Cedeño, G. R., & Loor Rivadeneira, M. R. (2016). ***La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea.*** *Dominio de Las Ciencias*, *2*, 127–137. https://doi.org/ISSN 24778818

Sena, S. (2015). ***La Construcción de la Historia en Adolescentes Institucionalizados.*** Universidad de la República de Uruguay. Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/7574/1/Sena%2C Sandra.pdf

Serrano Gómez, M. E., & Camargo Lemos, D. M. (2013). ***Reproducibilidad de la Escala Motriz del Infante de Alberta (Alberta Infant Motor Scale) aplicada por fisioterapeutas en formación.*** *Fisioterapia*, *35*(3), 112–118. https://doi.org/10.1016/j.ft.2012.09.002

Siegler, R., & Jenkins, E. (2014). ***How Children Discover New Strategies*** (1a ed.). New York: Psychology Press.

Tarragó-Riverola, R., & Mañosa, M. (2014). ***Aplicaciones clínicas en el tratamiento de niños prematuros.*** *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* (21st ed., pp. 1–144). Bilbao: Editorial Selene. Retrieved from http://www.sepypna.com/documentos/PSIQUIATRIA-57.pdf#page=35

Toledo, M. (2018). ***El apego en niños institucionalizados*****.** Universidad de la República Oriental del Uruguay. Recuperado de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos finales/ Archivos/tfg._mariana_toledo_.pdf

Valdés, A. (2014). ***Etapas del desarrollo cognitivo de Piaget*****.** Universidad Marista de Guadalajara. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/327219515

Villegas, D. (2018). ***Informe de Acogimiento Institucional*****.** Recuperado de https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Noviembre-A.I..pdf

Vojta, V. (2005). ***Las bases del diagnóstico del desarrollo.*** En *Alteraciones motoras cerebrales infantiles* (1a ed., pp. 32–48). Madrid: Ediciones Morata.

Vojta, V. (2011). ***Metodología. Procedimientos Diagnósticos.*** *En El descubrimiento de la motricidad ideal : el desarrollo de los patrones motores innatos en el primer año de vida : análisis cinesiológico y muscular* (pp. 21–41). Madrid: Ediciones Morata.

Vorria, P., Papaligoura, Z., Sarafidou, J., Kopakaki, M., Dunn, J., Van IJzendoorn, M. H., & Kontopoulou, A. (2006). ***The development of adopted children after institutional care: a follow-up study.*** *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(12), 1246–1253. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01666.x

Zaccagnino, M., Cussino, M., Preziosa, A., Veglia, F., & Carassa, A. (2015). ***Attachment Representation in Institutionalized Children: A Preliminary Study Using the Child Attachment Interview.*** *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *22*(2), 165–175. https://doi.org/10.1002/cpp.1882

Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., & Carlson, E. (2005). ***Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania.*** *Child Development*, *76*(5), 1015–1028. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x

# ANEXOS

**Anexo 1: ESCALA DE DESARROLLO MOTOR DE ALBERTA**

# ALBERTA INFANT MOTOR SCALE

## *Record Booklet*

Name _____ Date of Assessment Year / Month / Day

Identification Number _____ Date of Birth / /

Examiner _____ Chronological Age / /

Place of Assessment _____ Corrected Age / /

| | Previous Items Credited | Items Credited in Window | Subscale Score |
|---|---|---|---|
| Prone | | | |
| Supine | | | |
| Sit | | | |
| Stand | | | |

Total Score _____ Percentile _____

Comments/Recommendations

# Alberta Infant Motor Scale

STUDY #

## PRONE

Prone Lying (1)



Physiological flexion
Turns head to clear nose from surface

Prone Lying (2)



Lifts head symmetrically to 45°
Cannot maintain head in midline

Prone Prop



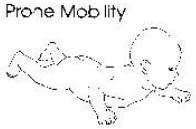
Elbows behind shoulders
Unsustained head raising to 45°

Forearm Support (1)



Lifts and maintains head past 45°
Elbows in line with shoulders
Chest centered

Prone Mobility



Head to 90°
Uncontrolled weight shifts

Forearm Support (2)



Elbows in front of shoulders
Active chin tuck with neck elongation

## SUPINE

Supine Lying (1)



Physiological flexion
Head rotation: mouth to hand
Random arm and leg movements

Supine Lying (3)



Head in midline
Moves arms but unable to bring hands to midline

Supine Lying (2)



Head rotation toward midline
Nonobligatory ATNR

Supine Lying (4)



Neck flexors active—chin tuck
Brings hands to midline

Hands to Knees



Chin tuck
Reaches hands to knees
Abdominals active

## SITTING

Sitting With Support



Lifts and maintains head in midline briefly

Sitting With Propped Arms



Maintains head in midline
Supports weight on arms briefly

Pull to Sit



Chin tuck: head in line or in front of body

## STANDING

Supported Standing (1)



May have intermittent hip and knee flexion

Supported Standing (2)



Head in line with body
Hips behind shoulders
Variable movement of legs

Extended Arm Support



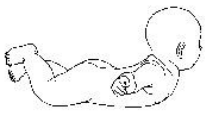
Arms extended
Chin tuck and chest elevated
Lateral weight shift

Rolling Prone to Supine Without Rotation



Movement initiated by head
Trunk moves as one unit

Swimming



Active extensor pattern

Reaching from Forearm Support



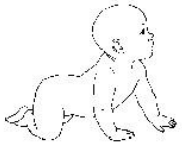
Active weight shift from one side
Controlled reach with free arm

Pivoting



Pivots
Movement in arms and legs
Lateral trunk flexion

Four-Point Kneeling (1)



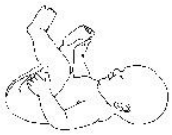
Legs flexed, abducted, and externally rotated
Lumbar lordosis
Maintains position

Rolling Prone to Supine with Rotation



Trunk rotation

Hands to Feet



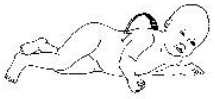
Can maintain legs in mid-range
Pelvic mobility present

Rolling Supine to Prone Without Rotation



Lateral head righting
Trunk moves as one unit

Rolling Supine to Prone with Rotation



Trunk rotation

Active Extension



Pushes into extension with legs

Unsustained Sitting



Scapular adduction and humeral extension
Cannot maintain position

Sitting With Arm Support



Thoracic spine extended
Head movements free from trunk; propped on extended arms

Unsustained Sitting Without Arm Support



Cannot be left alone in sitting indefinitely

Weight Shift in Unsustained Sitting



Weight shift forward, backward, or sideways
Cannot be left alone in sitting

Sitting Without Arm Support (1)



Arms move away from body
Can play with a toy
Can be left alone in sitting

Reach With Rotation in Sitting



Sits independently
Reaches for toy with trunk rotation

Supported Standing (3)



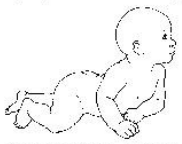
Hips in line with shoulders
Active control of trunk
Variable movements of legs

Propped Sidelying



Dissociation of legs
Shoulder stability
Rotation within body axis

Reciprocal Crawling



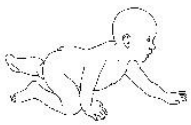
Reciprocal arm and leg movements with trunk rotation

Four-Point Kneeling to Sitting or Half-Sitting



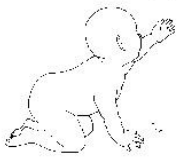
Plays in and out of position
May get to sitting

Reciprocal Creeping (1)



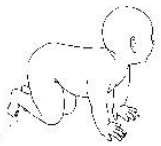
Legs abducted, and externally rotated
Lumbar lordosis: weight shift side to side with lateral trunk flexion

Reaching from Extended Arm Support



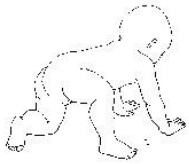
Reaches with extended arm
Trunk rotation

Four-Point Kneeling (2)



Hips aligned under pelvis
Flattening of lumbar spine

Modified Four-Point Kneeling



Plays in position
May move forward

Sitting to Prone



Moves out of sitting to achieve prone lying
Pulls with arms; legs inactive

Sitting to Four-Point Kneeling



Actively lifts pelvis, buttocks, and unweighted leg to assume four-point kneeling

Sitting Without Arm Support (2)



Position of legs varies
Infant moves in and out of positions easily

Pulls to Stand With Support



Pushes down with arms and extends knees

Pulls to Stand/Stands



Pulls to stand; shifts weight from side to side

Supported Standing With Rotation



Rotation of trunk and pelvis

Cruising Without Rotation



Cruises sideways without rotation

Half-Kneeling



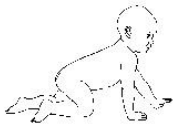
May assume standing or play in position

Controlled Lowering Through Standing



Controlled lowering from standing

Reciprocal Creeping (2)



Lumbar spine flat
Moves with trunk rotation

Cruising With Rotation



Cruises with rotation

Stands Alone



Stands alone momentarily
Balance reactions in feet

Early Stepping



Walks independently, moves quickly with short steps

Standing from Modified Squat



Moves from squat to standing with controlled flexion and extension of hips and knees

Standing from Quadruped Position



Pushes quickly with hands to get to standing

Walks Alone



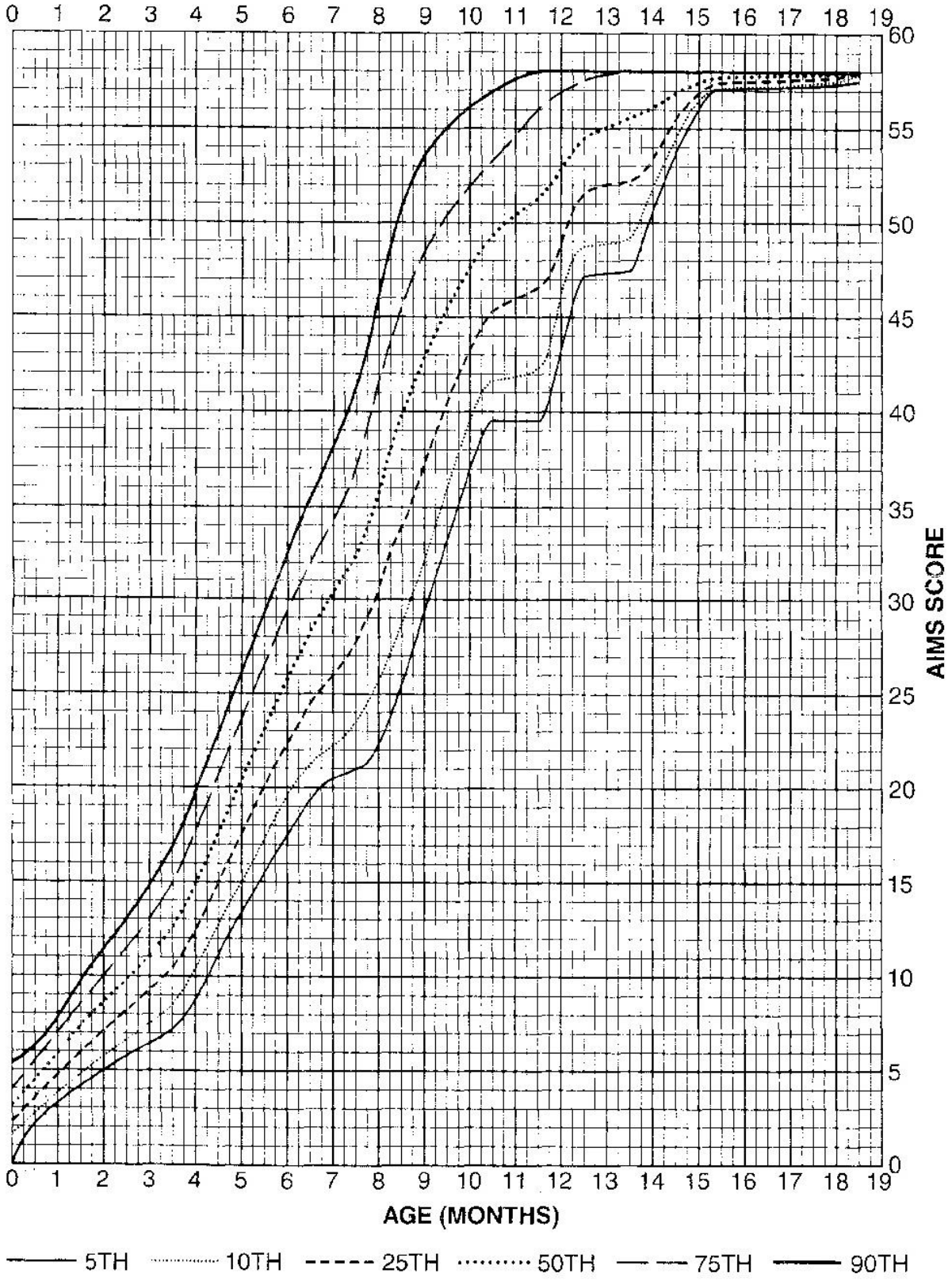
Walks independently

Squat



Maintains position by balance reactions in feet and position of trunk

# Percentile Ranks



## *Anexo* 2: ESCALA DE APEGO DE MASSIE-CAMPBELL

# Escala de Massie-Campbell

*Conductas del niño o niña durante el evento estresante*

| Observar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | x |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Mirada | Siempre evita la cara de la madre. | Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre. | Ocasionalmente mira la cara de la madre. | Frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas. | Fija la mirada a la madre por períodos largos de tiempo. | No observado |
| 2. Vocalización | Callado, nunca vocaliza. | Rara vez vocaliza o lloriquea. | Ocasionalmente vocaliza, llanto leve. | Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso. | Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo. | No observado |
| 3a. Tocando | Nunca toca o tiende hacia la madre. | Rara vez toca a la madre. | Ocasionalmente toca a la madre. | Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia. | Si están cerca, siempre toca a la madre. | No observado |
| 3b. Tocado | Siempre evita ser tocado por la madre. | Frecuentemente evita ser tocado por la madre. | Generalmente evita ser tocado por la madre. | Rara vez evita ser tocado por la madre. | Nunca evita que la madre lo toque. | No observado |
| 4. Sosteniendo | Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre. | No se relaja en manos de la madre; la empuja. | Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja. | Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja. | Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella, nunca la evita. | No observado |
| 5. Afecto | Siempre está intensamente angustiado y temeroso. | Frecuentemente irritable, temeroso o apático. | Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro. | Tensión ocasional. En general sonríe. | Siempre sonriente. | No observado |
| 6. Proximidad o cercanía | Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza. | Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón. | Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. | Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. | Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. | No observado |

*Respuesta del acompañante frente al estrés del niño o niña*

| Observar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | x |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Mirada | Siempre evita mirar la cara del niño/a. | Rara vez mira al niño/a a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño/a. | Ocasionalmente mira al niño/a a la cara. | Frecuentes miradas, largas y cortas, a la cara del niño/a. | Fija la mirada a la cara del niño por períodos largos. | No observado |
| 2. Vocalización | Callada, nunca vocaliza. | Palabras escasas o murmura. | Ocasionalmente vocaliza al niño. | Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos. | Vocalizaciones intensas todo el tiempo. | No observado |
| 3a. Tocando | Nunca toca o tiende al niño/a. | Rara vez toca al niño. | Ocasionalmente toca al niño/a. | Frecuentemente tiende al niño y lo toca. | Si el niño está cerca, siempre lo toca. | No observado |
| 3b. Tocada | Siempre evita ser tocada por el niño. | Frecuentemente evita ser tocada por el niño. | Ocasionalmente evita ser tocada por el niño. | Rara vez evita ser tocada por el niño. | Nunca evita ser tocada por el niño. | No observado |
| 4. Sosteniendo | Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo. | Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada. | Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente. | Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza. | Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo. | No observado |
| 5. Afecto | Siempre está intensamente angustiada y temerosa. | Frecuentemente irritable, teme-rosa o apática. | Ansiedad moderada y/o agradada o poco claro. | Tensión ocasional. En general sonríe. | Siempre sonríe. | No observado |
| 6. Proximidad o cercanía | Se va de la pieza. | Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza. | Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño. | Contacto físico frecuente con el niño. | Siempre en contacto físico con el niño. | No observado |

Nombre acompañante
*apellido paterno* *apellido materno* *nombres*

Relación o parentesco con el niño o niña

Nombre del niño o niña
*apellido paterno* *apellido materno* *nombres*

R.U.N.

Fecha de la evaluación
*día* *mes* *año*

Estilo del apego
- ◯ Seguro
- ◯ Inseguro / evitante
- ◯ Inseguro / ambivalente

En caso de existir, describa la Conducta Problemática de Apego (CDA)

**Anexo 3: CHECKLIST DE EDAD Y SEXO**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**Institución Contraparte:** Fundación Hogar Para Sus Niños
**Nombre del Estudiante:** Camila Francesca Freire Moyna.
**N° Cédula:** 1725050973
**Carrera:** Terapia Física **Nivel:** 8vo Nivel
**Proyecto:** Influencia del apego en el desarrollo motor en el niño institucionalizado de 3 a 18 meses

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Nombre:** _____

**Edad Real:** ____ (dd)/____ (mm)/____ (aa)

**Sexo:** F (__) M (__)

## Anexo 4: OFICIO A "HOGAR PARA SUS NIÑOS"

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Enfermería
Secretaría

PUCE

Quito, 31 de julio de 2018
Oficio No.144-ENF-DT-018

Señora
Verónica Rodríguez
**Directora Nacional**
**Fundación "Hogar para sus niños"**
Presente. -

De mi consideración:

Con un atento saludo, solicito a usted muy comedidamente, se sirva autorizar que la señorita **Camila Francesca Freire Moyna** con C.C.**1725050973**; estudiante de séptimo nivel de la carrera de Terapia Física de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, pueda obtener datos para su trabajo de disertación titulado: "**Influencia del tipo de apego en el desarrollo motor en el niño institucionalizado de 3 a18 meses**", bajo la tutoría de la docente Mtr. Carolina Turriaga. Esta investigación se desarrollará entre los meses de agosto y septiembre de 2018.

La mencionada estudiante aplicará un estudio de observación (postura de carácter transversal por medio de escalas de desarrollo motor en niños de 3 a 18 meses, donde se observará la postura y tipo de apego).

Cabe manifestar que para la aplicación de esta actividad se contará con el consentimiento informado, a la vez que los resultados de la investigación serán compartidos con usted, a fin de que se pueda considerar los beneficios futuros que proporcionará este trabajo.

Agradezco de antemano por su valiosa gestión, me suscribo.

Atentamente,

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECRETARÍA
Quito

Dr. Alex Jaramillo
**Secretario-Abogado**
**Facultad de Enfermería**

Para niños en riesgo
ECUADOR

Vanesa Leiva
23/08/2018
15:05.

Av. 12 de octubre 1076 y Patria
Apartado postal 17-01-2184
Telf.: (+593) 2991-700 ext. 1615/1160/1088
Quito – Ecuador www.puce.edu.ec

JESUITAS ECUADOR