

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-----------|
| 1. Planteamiento del problema | 2 |
| 1.1. Descripción del problema | 2 |
| 1.2. Delimitación del problema | 2 |
| 1.3. Preguntas de investigación | 2 |
| 2. Objetivos | 3 |
| 2.1. Objetivo general | 3 |
| 2.2. Objetivos específicos | 3 |
| 3. Justificación | 4 |
| 4. Marco teórico | 6 |
| 4.1. Antecedentes y contextualización del problema de investigación | 6 |
| 4.2. Neurodesarrollo | 9 |
| 4.3. Procesos biológicos del desarrollo cerebral | 10 |
| 4.3.1. Desarrollo cerebral en el período embrionario | 11 |
| 4.3.2. Desarrollo cerebral en el período fetal | 13 |
| 4.3.3. Desarrollo cerebral en el período postnatal | 16 |
| 5. Población y métodos | 19 |
| 5.1. Tipo y diseño de la investigación | 19 |
| 5.2. Unidad de análisis | 19 |
| 5.3. Población y muestra | 19 |
| 5.4. Selección de los sujetos a estudio | 20 |
| 5.5. Definición y operacionalización de variables | 20 |
| 5.6. Hipótesis | 25 |
| 5.7. Técnicas de recolección de información e instrumentos de medición | 25 |
| 5.8. Plan de análisis de datos | 26 |
| 5.9. Principios éticos en la investigación | 27 |

SECCIÓN 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

1.2 Delimitación del problema

1.2.1. Ámbito geográfico:

1.2.2. Ámbito institucional:

1.2.3. Ámbito poblacional:

1.2.4. Ámbito temporal:

1.2.5. Ámbito temático:

1.3 Preguntas de investigación

SECCIÓN 2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- 2.1.1. Establecer la asociación entre factores sociodemográficos, económicos, familiares y médicos con el riesgo en el neurodesarrollo en niños menores de 5 años que asisten a servicios de atención primaria en el distrito de Quetzaltenango, mediante evaluaciones con el “Cuestionario Edades y Etapas 3” durante 2025.

2.2 Objetivos específicos

- 2.2.1. Clasificar los resultados del “Cuestionario Edades y Etapas 3” según grupos de edad para detectar patrones específicos de riesgo en los dominios del neurodesarrollo.
- 2.2.2. Evaluar la asociación entre factores socioeconómicos, demográficos, ambientales y antecedentes perinatales y el riesgo de retraso en el neurodesarrollo utilizando el “Cuestionario Edades y Etapas 3”.
- 2.2.3. Analizar la relación entre acceso a servicios de atención primaria durante el periodo prenatal y postnatal con la presencia de riesgo de retraso en el neurodesarrollo.

SECCIÓN 3. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos del desarrollo, también conocidos como retrasos del desarrollo, constituyen un grupo heterogéneo de condiciones que afectan el aprendizaje, el lenguaje, el comportamiento o las habilidades motoras. [1] Estos retrasos se identifican cuando un niño no alcanza los hitos de desarrollo esperados en comparación con sus pares de la misma población [2]. Por ello es importante destacar que el retraso en el desarrollo no es un diagnóstico en sí mismo, sino un término descriptivo utilizado en la práctica clínica para indicar un fenotipo amplio que requiere una evaluación más detallada para determinar las áreas específicas de desarrollo afectadas. Hay tres tipos de retraso en el desarrollo basado en el número de dominios involucrados: 1) Retraso aislado en el desarrollo: involucra un solo dominio; 2) Múltiples retrasos en el desarrollo: 2 o más dominios o líneas de desarrollo afectados; y, 3) Retraso global en el desarrollo: retraso significativo en la mayoría de los dominios de desarrollo. [3] Aunque la etiología de la mayoría de los retrasos en el desarrollo es idiopática, cuando se identifica, puede incluir factores genéticos, ambientales y/o psicosociales. [4]

En Guatemala, según el informe de la línea de base de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2021/2022 de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, solo el 1.9% de las madres de niños entre 2 y 5 años reportaron que sus hijos habían asistido alguna vez a un programa de primera infancia, y apenas el 0.6% asiste actualmente a un Centro Comunitario de Desarrollo Infantil Temprano. Más preocupante aún, solo el 49.8% de los niños de 24 a 59 meses se encuentran en el camino adecuado de desarrollo, salud, aprendizaje y bienestar psicosocial. [5]

A nivel global, según un reporte de UNICEF en 2023, se estima que 250 millones de niños menores de 5 años están en riesgo de no alcanzar su potencial de desarrollo. Aproximadamente 200 millones de niños menores de 5 años no están creciendo, no presentan un adecuado desarrollo global, debido a la desnutrición en la primera infancia. Además, más de 2 de cada 5 niños entre 3 y 4 años no reciben la estimulación temprana ni el cuidado parental adecuados. Como resultado de estas y otras amenazas, el 29% de los niños de 3 a 5 años no están logrando un desarrollo apropiado. [6]

El neurodesarrollo infantil es un proceso complejo y dinámico que sienta las bases para el futuro cognitivo, emocional y social de los individuos. En Quetzaltenango, Guatemala, existe una

brecha significativa en la investigación sobre los factores que influyen en el desarrollo neurológico de los niños menores de 5 años. Esta carencia de datos locales específicos obstaculizan la implementación de intervenciones efectivas y políticas públicas adecuadas.

Para llevar a cabo este estudio en Quetzaltenango, es necesario un equipo de 5 investigadores debido a la complejidad y el alcance de la muestra, la cual comprende 1,701 niños. La distribución del trabajo se detalla a continuación:

- Carga de trabajo y distribución: Cada investigador estará a cargo de evaluar aproximadamente 340 niños, lo cual permite una división equitativa para asegurar una atención detallada en cada caso. Esto es crucial para mantener la calidad de los datos y la consistencia en la recolección de información, aspecto necesario para la validez del estudio.
- Tiempo estimado de evaluación: Cada evaluación individual tomará alrededor de 30 a 50 minutos. Esto representa aproximadamente 1,417 horas en total o 283 horas por investigador. La presencia de 5 investigadores optimiza el proceso y asegura que las evaluaciones se realicen en el tiempo programado.
- Cobertura de múltiples puntos de atención: La investigación se llevará a cabo en tres servicios de atención primaria de Quetzaltenango: el Centro de Salud de Quetzaltenango, el Puesto de Salud de Pacajá y el Puesto de Salud de San José Chiquilajá.
- Atención a casos en riesgo: Los niños identificados con riesgo en el neurodesarrollo y sus padres o tutores recibirán plan educacional y material de apoyo para promover actividades de estimulación temprana en casa. El mismo lo llevará a cabo el investigador utilizando herramientas recomendadas por UNICEF.

En conclusión, la integración de un equipo de 5 investigadores permite abordar de manera exhaustiva y precisa los desafíos de la evaluación de neurodesarrollo en niños menores de 5 años en Quetzaltenango. Los resultados esperados no solo aportarán evidencia científica local, sino que también promoverán intervenciones que puedan mejorar el desarrollo integral de los niños, sensibilizando a las autoridades y profesionales de la salud sobre la importancia de intervenciones tempranas y costo efectivas en el desarrollo de la primera infancia.

SECCIÓN 4. MARCO TEÓRICO

4.1 Antecedentes y contextualización del problema de investigación

En un estudio transversal realizado por Mehner et al. (2019), titulado "La asociación de la puntuación de riesgo acumulativo con los resultados de ASQ-3 en una región rural empobrecida de Guatemala", se evaluó una muestra de conveniencia de 148 madres con niños de 12 a 52 meses de edad en una zona rural de Guatemala. El objetivo principal fue desarrollar una puntuación de riesgo compuesta por factores fácilmente obtenibles para diseñar intervenciones e identificar a los niños de alto riesgo que más se beneficiarían de estas. Se utilizaron encuestas de interacción madre-hijo y "Cuestionario Edades y Etapas 3" para evaluar el desarrollo. Los resultados mostraron que el 58 % de los niños tenían puntuaciones anormales en ≥ 1 dominio del ASQ-3, y el 35 % en ≥ 2 dominios. Se desarrollaron tres puntuaciones de riesgo: Riesgo Demográfico Materno (DR), Interacción Madre-Hijo (MCI) y Riesgo Combinado (CR). La probabilidad de tener ≥ 2 dominios con puntuaciones anormales aumentó significativamente con un puntaje DR creciente (OR, 1.46 [IC 95 %, 1.15-1.86] $p < 0.05$) y un puntaje CR creciente (OR, 2.08 [IC 95 %, 1.41-3.07], $p < 0.05$). Los autores concluyeron que un índice de riesgo acumulativo combinado de factores demográficos e interacciones madre-hijo parece ser una herramienta útil para predecir qué niños tienen puntuaciones anormales en múltiples dominios del desarrollo. [7]

En el contexto específico de Guatemala, un análisis del informe de la línea de base de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2021/2022 revela datos preocupantes: la cobertura de programas de primera infancia es extremadamente limitada, con apenas un 1.9 % de niños entre 2 y 5 años que han asistido alguna vez a estos programas. Más alarmante aún es que solo el 49.8 % de los niños guatemaltecos entre 24 y 59 meses muestran un desarrollo adecuado en las dimensiones de salud, aprendizaje y bienestar psicosocial [5]. Estos datos son consistentes con las observaciones de Mehner et al. [7] en zonas rurales de Guatemala, donde encontraron que el 58 % de los niños evaluados presentaban puntuaciones anormales en al menos un dominio del ASQ-3.

En una revisión sistemática y meta-análisis realizada por Wondmagegn et al. (2024), titulada "Prevalencia y determinantes del retraso del desarrollo entre los niños en países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática y un metanálisis", se analizaron 21 estudios primarios publicados entre 2010 y 2024, involucrando a un total de 54,067 niños en países de ingresos

bajos y medios. El objetivo principal fue evaluar la prevalencia combinada del retraso del desarrollo confirmado y sus determinantes entre los niños en estos países. Los resultados mostraron una prevalencia combinada de retraso del desarrollo del 18.83 % (IC 95 %: 15.53-22.12 %). En el análisis de subgrupos, se observó una alta prevalencia de retraso del desarrollo [26.69 % (IC 95 %: 15.78-37.60)] en estudios realizados en África. Los determinantes significativos del retraso del desarrollo fueron la educación materna [OR: 3.04; IC 95 % (2.05, 4.52)] y el bajo peso al nacer [OR: 3.61; IC 95 % (1.72, 7.57)]. Los autores concluyeron que la prevalencia combinada de retraso del desarrollo en países de ingresos bajos y medios era alta en comparación con los países de altos ingresos, especialmente en África, y que el nivel educativo materno y el peso al nacer estaban significativamente asociados con los retrasos del desarrollo. [8]

En un estudio transversal comunitario realizado en áreas urbanas de Etiopía por Delbiso et al. (2024), titulado "Desarrollo de la primera infancia y estado nutricional en la Etiopía urbana", se evaluaron 627 pares de madres e hijos de 12-36 meses de edad entre julio y septiembre de 2022. El desarrollo infantil temprano (DIT) se evaluó utilizando el "Cuestionario Edades y Etapas 3", mientras que el estado nutricional se determinó mediante mediciones antropométricas. Los resultados mostraron que los retrasos en los dominios del DIT eran comunes, especialmente en el dominio motor fino (41.9 %). Más de la mitad de los niños (52.8 %) presentaban retraso en el crecimiento. Se encontró que el retraso en el crecimiento y el bajo peso estaban asociados con retrasos en el DIT, mientras que la desnutrición aguda no lo estaba. Los niños con retraso en el crecimiento tenían más probabilidades de tener peores retrasos en el DIT en los dominios motor fino (OR = 1.54; IC 95 %: 1.11-2.15), motor grueso (OR = 1.47; IC 95 %: 1.05-2.04) y resolución de problemas (OR = 1.41; IC 95 %: 1.02-1.96) en comparación con los niños sin retraso en el crecimiento. De manera similar, los niños con bajo peso tenían más probabilidades de tener peores retrasos en el DIT en los dominios motor grueso (OR = 1.91; IC 95 %: 1.20-3.04) y motor fino (OR = 1.90; IC 95 %: 1.15-3.15) en comparación con los niños de peso normal. [9]

Domek et al. (2023) realizaron un estudio piloto para evaluar los efectos a largo plazo de una intervención simple con títeres de dedo para promover el desarrollo infantil temprano en el ámbito de atención primaria. La muestra incluyó 172 niños de familias principalmente de bajos ingresos, divididos en cohortes de intervención temprana (2 meses) y tardía (6 o 12 meses). Se utilizó el "Cuestionario Edades y Etapas 3" para evaluar el desarrollo infantil hasta los 36 meses. Los resultados mostraron que la intervención temprana se asoció con mejores trayectorias de desarrollo socioemocional en comparación con la intervención tardía (diferencia en pendiente de

0.12, $p=0.018$). También se observaron diferencias que se acercaron a la significancia estadística en comunicación ($p=0.056$) y en la puntuación combinada no motora ($p=0.052$). No se encontraron diferencias significativas en los dominios de resolución de problemas, motricidad gruesa y fina. Los autores concluyeron que la intervención con títeres de dedo puede proporcionar una forma simple, de bajo costo y escalable de fomentar interacciones cuidador-infante que promuevan el desarrollo del lenguaje y socioemocional, especialmente cuando se proporciona en la infancia temprana. Este estudio destaca la importancia de las intervenciones tempranas en atención primaria y su potencial impacto en el desarrollo infantil a largo plazo. [10]

En un estudio transversal, descriptivo y exploratorio realizado por Ramos y Della Barba (2021), titulado Cuestionarios de edades y etapas de Brasil en el seguimiento del desarrollo en la primera infancia, se analizaron 392 niños de 5 a 50 meses de edad que asistían a 6 Centros de Educación Infantil (CEIs) en un municipio del interior del estado de São Paulo, Brasil. El objetivo principal fue delinear el perfil del desarrollo global de los niños utilizando el “Cuestionario Edades y Etapas 3” edición Brasil (ASQ-BR) y verificar la aplicabilidad de este instrumento por parte de los maestros preescolares. Los resultados mostraron que la mayoría de los niños presentaron un desarrollo dentro de lo esperado, con los mejores desempeños en los dominios de Motricidad Gruesa (79.44 %), Comunicación (72.34 %) y Resolución de Problemas (69.54 %). Sin embargo, se observó una incidencia significativa de riesgo en los dominios Personal-Social (22.08 %) y Motricidad Fina (19.03 %). En el análisis por sexo, las niñas obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los niños en los dominios de Motricidad Fina y Personal-Social. Los autores concluyeron que el ASQ-BR se presenta como un instrumento potencial para el cribado del desarrollo infantil en guarderías y preescolares, permitiendo a los profesionales reflexionar sobre su propia práctica y atender mejor las necesidades individuales de los niños. [11]

Oumer et al. (2022), titulado “El retardo de crecimiento y bajo peso, pero no la desnutrición aguda, están asociados con el retraso en el desarrollo infantil en el suroeste de Etiopía”, se analizaron 507 pares de madres e hijos en el Suroeste de Etiopía. El objetivo principal fue identificar la relación entre diferentes formas de malnutrición y el retraso en el desarrollo infantil entre niños de 12 a 59 meses de edad. Los resultados mostraron una prevalencia de retraso en el desarrollo del 29.4 % (IC 95 %: 25.4-33.4 %). En el análisis de subgrupos, se observaron retrasos en el desarrollo de habilidades motoras gruesas (17.2 %), comunicación (16.8 %), resolución de problemas (13.4 %), habilidades personales-sociales (10.8 %) y motricidad fina (10.1 %). Los determinantes significativos del retraso en el desarrollo fueron el trabajo materno fuera del hogar [AOR: 2.9; IC

95 % (1.8, 4.8)], el nacimiento prematuro [AOR: 3.2; IC 95 % (1.4, 7.0)], la iniciación temprana de la alimentación complementaria [AOR: 2.5; IC 95 % (1.37, 4.6)], el retraso en el crecimiento [AOR: 3.0; IC 95 % (1.9, 4.7)], el bajo peso [AOR: 2.3; IC 95 % (1.1, 4.7)] y una baja puntuación de diversidad dietética [AOR: 3.1; IC 95 % (1.3, 7.5)]. Los autores concluyeron que el retraso en el desarrollo infantil es un problema de salud pública en la región y está fuertemente asociado con la desnutrición crónica, el bajo peso, el consumo de una dieta poco diversificada y prácticas subóptimas de alimentación infantil. [12]

En el distrito de Quetzaltenango, Guatemala, la vulnerabilidad económica, el acceso limitado a servicios de salud y los factores nutricionales representan un riesgo significativo para el neurodesarrollo infantil. Al igual que en otros países de ingresos bajos y medios, las condiciones adversas en esta región pueden influir negativamente en los hitos del desarrollo infantil temprano.

Esta problemática local se enmarca en un contexto global igualmente preocupante. Según UNICEF[6], aproximadamente 250 millones de niños menores de 5 años a nivel mundial están en riesgo de no alcanzar su potencial de desarrollo, con cerca de 200 millones afectados por desnutrición en la primera infancia. Particularmente relevante para nuestro estudio es que más de 2 de cada 5 niños entre 3 y 4 años no reciben la estimulación temprana ni el cuidado parental adecuados, factores que Domek et al.[10] identificaron como críticos para el desarrollo del lenguaje y socioemocional.

La unión de los datos nacionales con los hallazgos globales subraya la necesidad de investigaciones específicas en contextos como Quetzaltenango, donde factores socioeconómicos, nutricionales y de acceso a servicios de salud pueden influir significativamente en los patrones de desarrollo infantil.

4.2 Neurodesarrollo

El neurodesarrollo es un proceso dinámico de interacción entre el niño y el entorno que lo rodea, necesario para el aprendizaje y la productividad. Abarca diversos dominios neurológicos esenciales: sensorial, motor, lingüístico, visuo-espacial, intelectual, memoria, cognición social y función ejecutiva. [13]

El desarrollo del cerebro humano es un proceso prolongado que comienza en la tercera semana gestacional con la diferenciación de células progenitoras neurales y se extiende al menos hasta la adolescencia tardía, posiblemente durante toda la vida. Los procesos que contribuyen al

desarrollo cerebral van desde eventos moleculares de expresión genética hasta influencias ambientales. Es fundamental entender que estos diferentes niveles y tipos de procesos interactúan para sustentar la serie continua de eventos que definen el desarrollo cerebral. [14]

Tanto la expresión genética como los estímulos ambientales son esenciales para el desarrollo cerebral normal, y la alteración de cualquiera de estos factores puede modificar fundamentalmente los resultados neurales. Sin embargo, ni los genes ni los estímulos son determinantes absolutos del resultado final. El desarrollo cerebral se caracteriza más apropiadamente como una serie compleja de procesos dinámicos y adaptativos que operan a lo largo del desarrollo para promover la diferenciación de nuevas estructuras y funciones neurales. [14]

Los primeros años de vida se caracterizan por un desarrollo acelerado, durante el cual numerosas estructuras neuronales se construyen y organizan. En esta etapa crucial, las experiencias tienen mayor capacidad de penetrar profundamente y modelar el desarrollo futuro del niño. Procesos como la poda neuronal o sináptica y la metilación del ADN permiten que las experiencias modifiquen el cerebro en desarrollo, por lo que interacciones biológicas y del entorno son importantes en el neurodesarrollo. [15]

4.3 Procesos biológicos del desarrollo cerebral

El cerebro humano evoluciona a partir de un grupo limitado de células embrionarias hasta convertirse en el sistema orgánico más complejo, todo ello durante los escasos 280 días que comprende la gestación humana. Lo que distingue principalmente el desarrollo fetal humano del de otras especies es precisamente el cerebro, con su masiva corteza prefrontal y su extraordinaria capacidad para investigar y reflexionar sobre su propia naturaleza y funcionamiento. [16]

Durante el neurodesarrollo, los eventos genéticos y epigenéticos se entrelazan siguiendo una regulación estricta, tanto temporal como espacial, transformando un delgado disco de neuroepitelio indiferenciado en un sofisticado sistema de múltiples capas. [16]

El proceso de desarrollo cerebral, genéticamente predeterminado, comprende siete fases claramente definidas que se despliegan a lo largo de un extenso período evolutivo. [17] Mientras algunas de estas fases están circunscritas a períodos específicos, otras mantienen su actividad durante intervalos temporales más prolongados. Las características de estas fases se sintetizan en el cuadro 4.1.

Cuadro 4.1: Siete fases del desarrollo cerebral

| Fase del desarrollo | Proceso |
|------------------------------------|---|
| 1. Nacimiento celular | Origen de las neuronas y la glia |
| 2. Migración celular | Movimiento de las células a su posición funcional |
| 3. Diferenciación celular | Las células precursoras se transforman en un tipo de célula especializada |
| 4. Maduración celular | Crecimiento de dendritas y axones |
| 5. Sinaptogénesis | Formación de sitios de comunicación de célula a célula |
| 6. Muerte celular y poda sináptica | Muerte celular programada y desmantelamiento de circuitos no usados |
| 7. Mielinización | Formación de la vaina de mielina que aumenta la velocidad de neurotransmisión |

Fuente: Kolb, B y Whishaw, I y Campbell T. [17]

4.3.1 Desarrollo cerebral en el período embrionario

Gastrulación: establecimiento de las capas germinales primordiales

Uno de los primeros pasos cruciales en el desarrollo cerebral ocurre durante la tercer semana de gestación, cuando la masa celular interna bilaminar, compuesta por el epiblasto y el hipoblasto, experimenta el proceso de gastrulación para formar las tres capas germinales embrionarias fundamentales: endodermo, mesodermo y ectodermo. [16]

Este proceso se inicia con la aparición de la línea primitiva en la superficie del epiblasto y la definición del polo cefálico, denominado nodo primitivo. La formación de la línea primitiva está principalmente controlada por la activación de la vía de señalización Wnt. [18]

Durante la gastrulación, el epiblasto adquiere la capacidad de migrar hacia la línea primitiva mediante el proceso de transformación epitelio-mesenquimal. La disminución de la adhesión celular permite que las células migratorias del epiblasto se invaginen en la región del nodo y la línea primitiva, deslaminen y desplacen a las células del hipoblasto para formar el endodermo y el mesodermo. Las células restantes del epiblasto se diferencian en ectodermo. El mesodermo dorsal da origen a la notocorda, estructura que posteriormente induce al ectodermo suprayacente a engrosarse y formar la placa neural, dando lugar al neuroectodermo. Este momento marca el final de la gastrulación y el inicio de la neurulación. [16]

La gastrulación también establece visiblemente los ejes primarios del embrión y del sistema nervioso: lateral, anteroposterior y dorsoventral. Para el día embrionario 20, las tres capas germinales (endodermo, mesodermo y ectodermo) están completamente formadas, siendo el ectodermo la capa que dará origen tanto a la piel como al sistema nervioso central. [16]

Neurulación: formación del tubo neural

La neurulación es el proceso mediante el cual se forma el tubo neural a partir del plegamiento de la placa neural epitelial. En humanos, este proceso ocurre en dos fases distintas: la neurulación primaria, durante las semanas 3 y 4 de gestación, que conduce al desarrollo del cerebro y la médula espinal, y la neurulación secundaria, durante las semanas 5 y 6, con la formación de la porción inferior de la médula espinal sacra y coccígea. [16]

La placa neural se forma aproximadamente el día embrionario 21 y para el día 22 el surco neural se hace evidente. La fusión del surco neural comienza el día 23 para formar el tubo neural, cerrándose primero la sección central. La porción rostral del tubo neural, habitada por las primeras células migratorias, se convertirá en el cerebro, mientras que la porción caudal, que recibe células migratorias posteriores, formará la médula espinal. Las regiones rostral y caudal del tubo neural son las últimas en cerrarse. [19]

Durante la neurulación, la población de células madre neurales experimenta una rápida expansión mediante división celular simétrica de las células neuroepiteliales (CNE). Las CNE generadas en este periodo están influenciadas por la expresión de las moléculas de señalización *Emx2* y *Pax6*, que producen progenitores destinados a regiones cerebrales específicas. [19]

Para satisfacer la demanda de neuronas que poblarán el cerebro, alrededor del día 25, las CNE comienzan a dividirse de manera simétrica, produciendo dos CNE con cada división, proceso que continúa hasta aproximadamente el día 42. Poco antes del inicio de la neurogénesis, estas células pierden sus uniones estrechas, comienzan a expresar genes gliales e inician su transformación en células gliales radiales. [14]

Formación de vesículas cerebrales primarias y secundarias

Al finalizar la neurulación, el embrión mide entre 3 y 5 mm de longitud, y para el final de la octava semana gestacional alcanza entre 27 y 31 mm, un incremento de diez veces su tamaño. Durante este periodo, la forma del sistema nervioso primitivo cambia dramáticamente. [14]

Justo antes del cierre completo del tubo neural, el extremo anterior del tubo comienza a expandirse formando las tres vesículas cerebrales primarias: el prosencéfalo (la vesícula más anterior, precursora del cerebro anterior), el mesencéfalo (vesícula media, precursora de las estructuras del cerebro medio) y el rombencéfalo (vesícula posterior, que se desarrollará como cerebro posterior). [14]

Estos tres segmentos se subdividen posteriormente y, al final del periodo embrionario, están presentes las cinco vesículas cerebrales secundarias. El prosencéfalo se divide en telencéfalo y diencefalo, mientras que el rombencéfalo se divide en metencéfalo y mielencéfalo. El mesencéfalo permanece sin subdividirse. Estas cinco subdivisiones se alinean a lo largo del eje rostro-caudal del embrión y establecen la organización primaria del sistema nervioso central. [14]

4.3.2 Desarrollo cerebral en el período fetal

Los eventos embrionarios de las primeras seis semanas de desarrollo establecen el patrón tridimensional del cerebro y la médula espinal, determinando el destino de las primeras células neurales. Las etapas posteriores del desarrollo se caracterizan por una proliferación y diferenciación masiva de neuronas y células gliales, seguidas por la migración y organización de la corteza cerebral y cerebelosa, el crecimiento dendrítico, la sinaptogénesis y, finalmente, la formación de vainas de mielina alrededor de las neuronas. [16]

Durante esta fase del desarrollo cerebral, el cerebro previamente liso adquiere el patrón de plegamiento con giros y surcos típicamente observados en el cerebro maduro. Este proceso de desarrollo no consiste en fases temporalmente separadas, sino en una superposición continua de proliferación, migración y organización neuronal. [19]

Fase 1 - Nacimiento celular

Todas las neuronas y células gliales derivan de centros proliferativos especializados cercanos a la superficie pial: la zona ventricular, la zona subventricular y, como se ha descrito más recientemente, la zona subventricular externa. El crecimiento cerebral se caracteriza por la proliferación neuronal entre las semanas 8 y 15 del desarrollo, y posteriormente por la generación de glía radial que cambia a una multiplicación principalmente glial a mediados del segundo trimestre, extendiéndose hasta la vida posnatal. Cierta proliferación neuronal ocurre más tarde en la gestación, principalmente en la capa granular externa del cerebelo y en la zona subventricular. [16]

El primordio cortical está compuesto por células madre neurales pluripotentes en división y células progenitoras neurales más restrictivas que colectivamente forman la zona ventricular. Estas células neurales se dividen mediante el proceso único de movimiento nuclear intercinético. A medida que el núcleo se mueve en consonancia con el ciclo celular, el ambiente a lo largo del eje apical-basal expone los núcleos a diferentes señales, proliferativas versus neurogénicas.

Estos eventos proliferativos tempranos aumentan dramáticamente el grosor y la superficie de la zona ventricular, particularmente en el prosencéfalo. [16]

Derivadas de la zona ventricular, las células de la glía radial mantienen mayor pluripotencia y son capaces de producir tanto neuronas como células gliales (astrocitos y oligodendrocitos). Las células gliales radiales son células no neuronales elongadas que cumplen dos funciones: actúan como andamio guía para la posterior migración de neuronas y como progenitores neurogénicos y gliales. [16]

Fase 2 - Migración celular

Entre las semanas 12 y 20 de gestación, millones de neuronas postmitóticas se desplazan desde sus sitios de origen en la zona ventricular y la zona subventricular hacia la corteza en desarrollo y los núcleos profundos, donde residirán durante toda la vida, ocupando posiciones específicas para formar la corteza de seis capas, observable a las 28 semanas de gestación. El momento y la dirección de estas múltiples migraciones simultáneas están estrictamente regulados, y los trastornos de este proceso son poco comunes. [16]

Después de que las células se generan en la zona ventricular o subventricular, migran de manera radial a lo largo de las células gliales radiales. Las células que forman las capas más profundas de la corteza cerebral salen primero. [16]

Fase 3 - Diferenciación celular

Las especializaciones del cerebro humano surgen durante etapas concretas del neurodesarrollo, un proceso controlado espacial y temporalmente cuya ontogenia es generalmente compartida entre los mamíferos. La diferenciación neuronal no constituye un evento aislado, sino un proceso continuo que comienza con células precursoras, continúa a través de la generación, migración e integración de neuronas recién formadas en circuitos específicos, y prosigue durante un prolongado período de maduración neuronal funcional. [20]

El neurodesarrollo se inicia con la proliferación de células neuroepiteliales que se transforman en diferentes poblaciones de progenitores neurales. Estos progenitores dan origen a diversos subtipos neuronales que migran hacia regiones cerebrales específicas, estableciendo las bases estructurales y funcionales del cerebro en formación. [20]

En la corteza cerebral, los primeros progenitores que aparecen son la glía radial apical, que continúan expandiéndose y produciendo tipos adicionales de progenitores amplificadores,

como los progenitores intermedios y la glía radial basal o externa. Este conjunto de progenitores corticales eventualmente da origen a las neuronas corticales, que posteriormente migran hacia la superficie exterior y forman las distintas capas de la corteza en un orden de adentro hacia afuera. [20]

Los progenitores intermedios producen neuronas, mientras que las células de glía radial dan origen tanto a neuronas de proyección como a astrocitos. A medida que se forman capas sucesivas del manto cortical, los progenitores se vuelven más limitados en los tipos celulares que pueden generar. [20]

Cuando las células madre multipotentes se diferencian primero en células progenitoras neurales y posteriormente en neuronas, las alteraciones en la metilación del ADN, las modificaciones de histonas, la accesibilidad de la cromatina y la composición de variantes de histonas median cambios específicos en la transcripción génica asociados con cada etapa del desarrollo. [20]

Fase 4 - Maduración celular

Una vez que las neuronas alcanzan su destino final, extienden dendritas y un axón en un intento de establecer conexiones con otras células y convertirse en parte integral de una red de comunicación. Las dendritas recopilan información de otras neuronas, mientras que el axón proporciona un medio para enviar información a neuronas ubicadas más adelante en la línea de comunicación. Muchas dendritas se extienden desde una neurona para recibir información de células en la red, pero un solo axón transmite la información procesada por la célula. [19]

Para establecer contactos apropiados, el axón posee un cono de crecimiento en su extremo principal. Este cono de crecimiento es guiado mediante el muestreo de moléculas trópicas producidas localmente que finalmente ayudan al axón a encontrar su objetivo previsto. Una vez identificado ese objetivo, se forma una conexión llamada sinapsis, que proporciona el medio para la comunicación célula a célula. En el contexto de la sinapsis, el axón se considera el terminal presináptico y la dendrita, el terminal postsináptico. [19]

Fase 5 - Sinaptogénesis

El momento de la formación de sinapsis varía a lo largo del cerebro en desarrollo. Los principios básicos de la sinaptogénesis incluyen la formación de las sinapsis más tempranas en las zonas marginal y de la subplaca, un aumento en el número de sinapsis en la placa cortical

hasta un pico que excede el número adulto, y un período posterior de eliminación sináptica. En el cerebro, las sinapsis se observan inicialmente en neuronas de la subplaca y la zona marginal. [16]

Inicialmente, las dendritas aparecen como procesos gruesos con algunas ramificaciones finas. A medida que avanza el desarrollo, aparece un gran número y variedad de espinas dendríticas. Posteriormente comienza la eliminación sináptica, y se pierde una gran proporción de sinapsis. [16]

Los factores que estimulan la formación y el desarrollo de sinapsis en el cerebro en desarrollo incluyen tanto eventos independientes de la actividad como eventos dependientes de la actividad que ocurren después del desarrollo de receptores en neuronas diana y la generación de actividad eléctrica. [16]

Fase 6 - Muerte celular y poda sináptica

La formación del cerebro también depende de procesos degenerativos que comienzan en el período prenatal. La muerte celular programada o apoptosis se inicia para reducir el número de células en el cerebro que no han logrado establecer conexiones útiles o tienen conexiones infrutilizadas. [19]

La muerte celular y la eliminación selectiva de procesos neuronales y sinapsis, o poda en el desarrollo cerebral, son críticas para el comportamiento posnatal normal. Típicamente, aproximadamente la mitad de las neuronas en la región cortical mueren antes de la maduración final. Este proceso de muerte celular programada, la apoptosis, se inicia y se mantiene por la expresión de genes específicos. Un aspecto crítico en las fases finales de la secuencia hacia la muerte celular es la activación de caspasas. [16]

La apoptosis parece ser desencadenada fundamentalmente por la competencia neuronal por cantidades limitadas de factores tróficos, generados por el objetivo, la entrada aferente o la glía asociada, permitiendo el emparejamiento numérico de poblaciones neuronales interconectadas y la eliminación de proyecciones aberrantes o incorrectas. [16]

4.3.3 Desarrollo cerebral en el período postnatal

Aunque la producción y migración de neuronas son principalmente eventos prenatales, el desarrollo cerebral continúa de manera significativa después del nacimiento. La proliferación y

migración de progenitores gliales se extiende durante un período prolongado después del nacimiento, mientras que la diferenciación y maduración de estas células prosigue a lo largo de toda la infancia. [14]

En el período postnatal, la neurogénesis continúa únicamente en un grado muy limitado. No obstante, en la zona subventricular, nuevas neuronas siguen emergiendo y migrando hacia el bulbo olfatorio. Asimismo, se producen neuronas en el giro dentado del hipocampo, donde migran desde la capa subgranular solamente hasta la cercana capa granular. Estas formas excepcionales de neurogénesis parecen continuar durante toda la vida adulta, pero producen solo un pequeño porcentaje de la población neuronal total. [14]

En contraste con la neurogénesis limitada, la proliferación y migración de progenitores gliales continúa durante un período prolongado mientras los oligodendrocitos y astrocitos se diferencian. [14]

La sinaptogénesis que comenzó en el período prenatal continúa en el período postnatal y a lo largo de toda la vida del individuo. La apoptosis continúa desempeñando un papel fundamental en el desarrollo cerebral durante el período postnatal. Las sinapsis poco utilizadas son eliminadas en un proceso denominado poda sináptica, que optimiza los circuitos neuronales para mejorar la eficiencia funcional. [19]

Fase 7 - Mielinización

Aunque cierta mielinización ocurre en el período prenatal, este proceso se intensifica después del nacimiento y continúa hasta bien entrada la tercera década de vida. El proceso de mielinización predice la maduración de áreas corticales. Las áreas motoras y sensoriales primarias del cerebro se mielinizan primero, mientras que las áreas de asociación lo hacen en último lugar. [19]

En el tercer trimestre de gestación, los oligodendrocitos inmaduros desarrollan extensiones lineales mientras envuelven los axones en preparación para la mielinización. En el sistema nervioso central, los oligodendrocitos forman hasta 40 segmentos separados de mielina en múltiples axones, a diferencia del sistema nervioso periférico, donde las células de Schwann mielinizan axones individuales. [16]

Este proceso es seguido por la diferenciación hacia el oligodendrocito maduro, que podría desencadenarse en parte por señales dependientes de la actividad axonal. Los oligodendrocitos

maduros se convierten en la etapa oligodendroglial predominante en los meses posteriores al nacimiento a término y dan origen a la mielinización. [16]

Después del inicio de la mielinización, los procesos intracelulares comienzan a intensificarse para crear la composición rica en lípidos de la mielina. El colesterol, los fosfolípidos y los glucoesfingolípidos representan el 70 % de la membrana mielínica. Estas células han desarrollado un sistema altamente eficaz para mantener la proporción óptima de clases de lípidos en la membrana estrechamente envuelta para realizar su función aislante durante la conducción nerviosa. [16]

SECCIÓN 5. POBLACIÓN Y MÉTODOS

5.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio de enfoque cuantitativo, diseño analítico, observacional, prospectivo de corte transversal.

5.2 Unidad de análisis

- 5.2.1. Unidad primaria de muestreo: Servicios de atención primaria en salud de la ciudad de Quetzaltenango, en específico el Puesto de Salud de San José Chiquilajá, Puesto de Salud de Pacajá y el Centro de Salud de Quetzaltenango.
- 5.2.2. Unidad de análisis: Información sobre aspectos sociodemográficos, económicos, familiares, perinatales, nutricionales, médicos, de interacción y estimulación de los niños y su evaluación de riesgo de acuerdo a los dominios del desarrollo de comunicación, área motora gruesa y fina, resolución de problemas y área socio-individual.
- 5.2.3. Unidad de información: Madres o encargados y niños que acudan a servicios de atención primaria de la ciudad de Quetzaltenango.

5.3 Población y muestra

- 5.3.1. Población o universo: Niños menores de 5 años en el área de salud del distrito de Quetzaltenango.
- 5.3.2. Marco muestral: Niños menores de 5 años que acuden a servicios de atención primaria en el Puesto de Salud de San José Chiquilajá, Puesto de Salud de Pacajá y el Centro de Salud de Quetzaltenango.
- 5.3.3. Muestra: 1,701 niños menores de 5 años que acudan a servicios de atención primaria seleccionados en Quetzaltenango.

El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los niños que cumplan con los criterios de inclusión y asistan a los servicios de atención primaria participantes, hasta alcanzar el tamaño de muestra deseado de 1,701 niños.

5.4 Selección de los sujetos a estudio

5.4.1. Criterios de inclusión:

- Niños de 0 a 59 meses de edad que acuden a servicios de atención primaria para controles de crecimiento y desarrollo, vacunación o consulta médica.
- Padres o cuidadores que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

5.4.2. Criterios de exclusión:

- Niños con diagnóstico previo de trastornos del neurodesarrollo o discapacidad intelectual
- Padres o cuidadores que no acepten participar en el estudio o se retiren durante el proceso.

5.5 Definición y operacionalización de variables

Las variables cualitativas incluyen: sexo (nominal: masculino, femenino), etnia (nominal: maya, ladino), residencia (nominal: rural, urbano), escolaridad del cuidador (ordinal: ninguna hasta universitario), servicios básicos como agua, servicios sanitarios, eliminación de basura y alumbrado (todas nominales), propiedad de casa, condición y tipo de empleo, estado civil, tipo de parto y atención del mismo (nominales).

Las variables cuantitativas comprenden: edad (continua: años, meses), número de personas en casa y hermanos (discretas), exposición a dispositivos electrónicos y tiempo de juego cuidador-niño (continuas), edad gestacional y peso al nacer (discretas y continuas respectivamente), controles prenatales (discreta), indicadores antropométricos de talla/edad y peso/talla (escala), y las cinco dimensiones del neurodesarrollo evaluadas mediante cuestionarios (cuantitativas de escala: comunicación, motricidad gruesa y fina, resolución de problemas y socio-individual).

Se describen de forma ordenada en la siguiente tabla:

Tabla 5.5.1 Operacionalización de variables

| Tabla 3.3.1 Operacionalización de variables | | | | | | |
|---|-------------------|--------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| Variable | Subvariable | Microvariable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable y escala de medición | Instrumento de medición |
| Factores que afectan el neurodesarrollo | Sociodemográficos | Sexo | Características biológicas que definen a hombres y mujeres | Masculino | Cualitativa, nominal | Boleta de recolección de datos |
| | | | | Femenino | | |
| | | Edad | Tiempo que ha vivido una persona | Años, meses | Cuantitativa, continua | |
| | | Etnia | Grupo formado por personas que comparten un origen cultural común | Maya | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Ladino | | |
| | | Residencia | El lugar donde una persona vive | Rural | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Urbano | | |
| | | Escolaridad del cuidador | Conjunto de cursos que el cuidador sigue en un establecimiento docente | Ninguna | Cualitativa, ordinal | |
| | | | | Primaria | | |
| | | | | Básico | | |
| | | | | Diversificado | | |
| | | | | Universitario | | |
| | | Agua para consumo del hogar | Agua que se utiliza para beber, cocinar, preparar alimentos, higiene personal y otros usos domésticos | Río, lago, tonel, camión y otro | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Pozo público o privado | | |
| | | | | Chorro público | | |
| | | | | Red de tubería | | |
| | | Tipo de servicio sanitario | Perteneiente o relativo a las instalaciones higiénicas de una casa | No tiene | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Excusado lavable | | |
| | | | | Letrina/Pozo ciego | | |
| | | | | Inodoro | | |
| | | Forma de eliminar la basura | Lugar donde se tiran residuos y desperdicios | Otra | Cualitativa, nominal | |
| | | | | La quema | | |
| | | | | La entierra | | |
| | | | | La tira en cualquier lugar | | |
| | | | | Servicio municipal o privado | | |
| | | Tipo de alumbrado | Conjunto de luces que alumbran dentro del hogar | Candela | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Gas, solar, otro | | |
| | | | | Eléctrico | | |
| | | Fuente de energía para cocinar | Recursos de energía disponibles dentro de la casa para la preparación de alimentos | Leña | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Gas corriente, carbón y otros | | |
| | | | | Electricidad | | |
| | | | | Gas propano | | |
| | | Propiedad de casa | Condición de pertenencia de un edificio o residencia | No tiene | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Alquilada | | |
| | | | | Propia | | |

Tabla 5.5.1 Operacionalización de variables (continuación)

| Variable | Subvariable | Microvariable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable y escala de medición | Instrumento de medición |
|---|----------------------------|--|---|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| Factores que afectan el neurodesarrollo | Económicos | Condición de empleo | Distingue entre personas con trabajo y sin trabajo | Desempleado | Cualitativa, nominal | Boleta de recolección de datos |
| | | | | Empleado | | |
| | | Tipo de empleo | Categoría o clase de ocupación, oficio o trabajo que una persona desempeña | Informal | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Formal | | |
| | | Acceso a IGSS | Acceso a seguridad social y servicios del IGSS | No | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Sí | | |
| | Familiares | Número total de personas en la casa | Cantidad de personas que viven en una misma casa | Persona | Cuantitativa, discreta | |
| | | Número de hermanos | Persona que tiene en común con otra el mismo padre y la misma madre, o solo uno de ellos. | Hermanos | Cuantitativa, discreta | |
| | | Condición civil del cuidador | Condición de una persona en relación a matrimonio, que se hacen constar en el registro civil | Soltero | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Unido | | |
| | | | | Casado | | |
| | Interacción y estimulación | Exposición a dispositivos electrónicos | Contacto o uso de tecnología digital | Horas/día | Cuantitativa, continua | |
| | | Tiempo de juego cuidador-niño | Acción y efecto de jugar por entretenimiento y aprendizaje | Horas/día | Cuantitativa, continua | |
| | Perinatales | Atención prenatal | Conjunto de acciones que se realizan para cuidar la salud de la madre y el feto durante el embarazo | Controles durante el embarazo | Cuantitativa, discreta | |
| | | Edad gestacional al nacer | Semanas de embarazo completadas al momento de nacer | < 28 semanas | Cuantitativa, discreta | |
| | | | | < 32 semanas | | |
| | | | | ≥ 32 semanas | | |
| | | | | ≥ 34 semanas | | |
| | | | | ≥ 37 semanas | | |
| | | Peso al nacer | Peso del niño al nacer en libras y onzas | < 2 lb 3 onz | Cuantitativa, continua | |
| | | | | < 3 lb 5 onz | | |
| | | | | < 5 lb 8 onz | | |
| | | | | ≥ 5 lb 8 onz | | |
| | | | | ≥ 8 lb 13 onz | | |
| | | Tipo de parto | Proceso mediante el cual la madre expulsa el producto de la concepción | Cesárea | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Parto eutócico | | |
| Atención de parto | | Tipo de asistencia durante el parto | Comadrona | Cualitativa, nominal | | |
| | | | CAIMI | | | |
| | Hospital privado | | | | | |
| | Hospital público | | | | | |
| | Seguro social | | | | | |

Tabla 5.5.1 Operacionalización de variables (continuación)

| Variable | Subvariable | Microvariable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable y escala de medición | Instrumento de medición |
|---|---------------|---|--|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| Factores que afectan el neurodesarrollo | Nutricionales | Lactancia materna (primeros 6 meses) | Primer período de la vida de los mamíferos, en el cual se alimentan solo de leche | Fórmula | Cualitativa, nominal | Boleta de recolección de datos |
| | | | | Mixta | | |
| | | | | Lactancia materna exclusiva | | |
| | | Lactancia materna (6 a 12 meses) | Acción de amamantar o de mamar | No | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Si | | |
| | | Lactancia materna (12 a 24 meses) | Acción de amamantar o de mamar | No | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Si | | |
| | | Longitud o talla para la edad | Indicador antropométrico de crecimiento lineal relativo a la edad y comparado con distribuciones normales establecidas por la OMS | Retardo del crecimiento severo | Cuantitativa, escala | Tallímetro y balanza, boleta de recolección de datos |
| | | | | Retardo del crecimiento moderado | | |
| | | | | Normal | | |
| | | Peso para la longitud o talla | Indicador antropométrico de peso relativo la longitud o talla y comparado con distribuciones normales establecidas por la OMS | Desnutrición aguda severa | Cuantitativa, escala | |
| | | | | Desnutrución aguda moderada | | |
| | | | | Normal | | |
| | | Suplementación con perla de vitamina A | Vitamina liposoluble. Esencial para el desarrollo y mantenimiento de la función visual y reproductiva, el crecimiento óseo, la inmunidad, la eritropoyesis y la función pulmonar | No sabe | Cualitativa, nominal | Boleta de recolección de datos |
| | | | | Nunca recibió | | |
| | | | | Si recibió | | |
| | | Suplementación con vitaminas y minerales en polvo | Minerales y vitaminas que brindan los servicios de atención primaria | No sabe | Cualitativa, nominal | |
| | | | | Nunca recibió | | |
| | | | | Si recibió | | |
| | Médicos | Hospitalizaciones durante el período neonatal | Admisiones hospitalarias durante los primeros 28 días de vida | Hospitalizaciones | Cuantitativa, discreta | Carné de vacunación, boleta de recolección de datos |
| | | Esquema de vacunación completo para la edad | Administacion de todas las vacunas recomendadas para una persona segun su edad | No | Cualitativa, nominal | |
| | Si | | | | | |

Tabla 5.5.1 Operacionalización de variables (continuación)

| Variable | Subvariable | Microvariable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable y escala de medición | Instrumento de medición |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------|--|------------------------|---------------------------------------|--|
| Riesgo en el neurodesarrollo infantil | Dominios del neurodesarrollo | Comunicación | Habilidades lingüísticas receptivas y expresivas, incluyendo balbuceo, vocalización, escucha y comprensión | Riesgo significativo | Cuantitativa, escala | Cuestionarios Edades y Etapas en su edición 3 en español |
| | | | | Zona de monitoreo | | |
| | | | | Desarrollo típico | | |
| | | Área motora gruesa | Control postural, movimientos corporales amplios, equilibrio y coordinación general | Riesgo significativo | Cuantitativa, escala | |
| | | | | Zona de monitoreo | | |
| | | | | Desarrollo típico | | |
| | | Área motora fina | Destreza manual, coordinación visomotora, manipulación de objetos y precisión de movimientos | Riesgo significativo | Cuantitativa, escala | |
| | | | | Zona de monitoreo | | |
| | | | | Desarrollo típico | | |
| | | Resolución de problemas | Capacidades cognitivas, como aprendizaje, memoria, y razonamiento | Riesgo significativo | Cuantitativa, escala | |
| | | | | Zona de monitoreo | | |
| | | | | Desarrollo típico | | |
| | | Socio-Individual | Autorregulación emocional, interacción social, autonomía personal y adaptación al entorno familiar y comunitario | Riesgo significativo | Cuantitativa, escala | |
| | | | | Zona de monitoreo | | |
| | | | | Desarrollo típico | | |

5.6 Hipótesis

- 5.6.1. Hipótesis nula (H0): No existe una asociación significativa entre factores sociodemográficos, condiciones económicas, interacción familiar, exposición a dispositivos electrónicos, antecedentes médicos perinatales y postnatales, y el riesgo en el neurodesarrollo de niños menores de 5 años en servicios de atención primaria de Quetzaltenango.
- 5.6.2. Hipótesis alternativa (H1): Existe una asociación significativa entre factores sociodemográficos, condiciones económicas, interacción familiar, exposición a dispositivos electrónicos, antecedentes médicos perinatales y postnatales, y el riesgo en el neurodesarrollo de niños menores de 5 años en servicios de atención primaria de Quetzaltenango.

5.7 Técnicas de recolección de información e instrumentos de medición

- 5.7.1. Técnicas de recolección de información: Para llevar a cabo este estudio de cohorte prospectivo, se implementarán las siguientes fases:
- 5.7.1.1) Fase preliminar (Febrero de 2025): Se obtuvieron los permisos correspondientes a las autoridades de salud del departamento de Quetzaltenango para acceder a los servicios de atención primaria seleccionados. Se determinaron estrategias para garantizar la uniformidad en la recolección de los datos entre los investigadores.
- 5.7.1.2) Fase de recolección de datos: Se identificarán y reclutarán niños menores de 5 años que cumplan con los criterios de inclusión en los servicios de atención primaria participantes. Tras obtener el consentimiento informado de los padres o tutores, se realizará:
- Evaluación basal del neurodesarrollo mediante la aplicación del “Cuestionario Edades y Etapas 3”, seleccionando la versión específica según la edad del niño.
 - Aplicación de un cuestionario estructurado para recolectar información sobre factores potencialmente asociados al neurodesarrollo.
- 5.7.1.3) Fase de clasificación y análisis: Los resultados de cada niño serán evaluados conforme al puntaje obtenido en el “Cuestionario Edades y Etapas 3” y clasificados en tres categorías:
- Desarrollo típico: puntaje en el área blanca, indicativo de un desarrollo acorde a su edad.
 - Requiere monitoreo: puntaje en el área gris, señalando habilidades ligeramente por debajo del promedio.

- Retraso en el desarrollo: puntaje en el área negra, sugiriendo la necesidad de intervención especializada.

Se analizarán las asociaciones entre los factores de exposición identificados y los resultados de neurodesarrollo en la evaluación.

5.7.2. Instrumentos de recolección de información Para este estudio de cohorte prospectivo, se emplearán los siguientes instrumentos:

- “Cuestionario Edades y Etapas 3”: Adaptado al idioma español y ajustado por edad. Esta herramienta validada de tamizaje del desarrollo identifica riesgos de problemas de neurodesarrollo en niños de 2 a 66 meses. Será aplicado por los investigadores con información proporcionada por los padres o tutores y mediante observación directa de actividades específicas. El “Cuestionario Edades y Etapas 3” evalúa cinco áreas del desarrollo: comunicación, motricidad gruesa, motricidad fina, resolución de problemas, habilidades socioindividuales.
- Cuestionario de factores de exposición: Instrumento estructurado diseñado específicamente para este estudio que recopilará información sobre:
 - Variables sociodemográficas (edad, sexo, etnia, nivel educativo de los padres)
 - Variables económicas (empleo de los padres, acceso a seguridad social)
 - Variables de interacción familiar (tiempo de juego, disponibilidad de juguetes)
 - Variables médicas (prematuridad, peso al nacer, tipo de parto, lactancia, estado nutricional, etc.)

5.8 Plan de análisis de datos

- 5.8.1. Preparación de los datos: Los datos en formato físico serán digitados para su uso en el software estadístico Rstudio y python con los paquetes numpy y pandas. Se realizará una limpieza de los datos para identificar y corregir posibles errores de entrada. Los puntajes obtenidos en cada área del desarrollo del “Cuestionario Edades y Etapas 3” se convertirán a valores estadísticos.
- 5.8.2. Análisis descriptivo de datos de la cohorte completa: Se calcularán frecuencias y porcentajes de los diferentes factores de riesgo presentes en la población a estudiar. Se calcularán medidas de tendencia central como media, mediana, y desviación estándar de los puntajes del neurodesarrollo.

5.8.3. Análisis comparativo de los resultados del “Cuestionario Edades y Etapas 3” de la cohorte completa utilizando las siguientes herramientas estadísticas:

- Chi-cuadrado: para determinar si hay asociación significativa entre las variables categóricas y riesgo del retraso en el neurodesarrollo, se utilizará para evaluar factores de riesgo individuales y comparar con desarrollo normal versus desarrollo en riesgo.
- Análisis de variancia (ANOVA): para comparar medias de puntajes del neurodesarrollo en más de dos grupos diferentes de una misma categoría y determinar su variación, por ejemplo para evaluar el riesgo del neurodesarrollo en valores Z y medidas de tendencia central con el grado de escolaridad de los padres de los niños: ninguna, primaria, básico, diversificado, universitario.

5.8.4. Análisis de asociación de los resultados del “Cuestionario Edades y Etapas 3” del grupo estudiado utilizando:

- Odds ratio (OR): para comparar las probabilidades de que se presente riesgo en el neurodesarrollo entre dos grupos diferentes. Por ejemplo para comparar si los niños con padres que tienen un trabajo formal o informal tienen mayor probabilidad o no, de presentar riesgo en el neurodesarrollo.

5.8.5. Presentación de resultados: se elaborarán tablas y gráficos apropiados con intervalos utilizando el software Rstudio y paquetes de CRAN como ggplot2 para análisis y creación de datos informativos.

5.9 Principios éticos en la investigación

Esta investigación se adherirá a los principios éticos clave, tales como:

- Consentimiento informado: explicando claramente los objetivos del estudio a los padres o tutores y obteniendo su autorización.
- Confidencialidad: los datos se mantendrán anónimos y se utilizarán exclusivamente para fines de investigación.
- Beneficencia y no maleficencia: buscando maximizar beneficios potenciales sin causar daños a los participantes.

- El “Cuestionario Edades y Etapas 3” es una herramienta validada, respaldada por evidencia científica y recomendada por instituciones como UNICEF para su uso en evaluación del neurodesarrollo infantil en servicios de atención de salud. [21]

BIBLIOGRAFÍA

1. CDC. Developmental Disability Basics. Centers of Disease Control. Disponible en: <https://www.cdc.gov/child-development/about/developmental-disability-basics.html> [Accedido: 02-02-2025]
2. Aites J y Schonwald A. Developmental-behavioral surveillance and screening in primary care. UpToDate. 2025. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/developmental-behavioral-surveillance-and-screening-in-primary-care> [Accedido: 25-01-2025]
3. Bellman M, Byrne O y Sege R. Developmental assessment of children. BMJ 2013 Jan; 346:e8687-e8687. DOI: 10.1136/bmj.e8687. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e8687>
4. Khan I y Leventhal B. Developmental Delay. StatPearls Publishing. 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562231/> [Accedido: 01-02-2025]
5. SESAN. Informe de la línea de base de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2021/2022. Gobierno de la República de Guatemala. 2022. Disponible en: <https://portal.siinsan.gob.gt/wp-content/uploads/lineabase.pdf> [Accedido: 15-01-2025]
6. UNICEF. Early Childhood Development. United Nations Children's Fund. 2023. Disponible en: https://www.unicef.org/media/145336/file/Early_Childhood_Development_-_UNICEF_Vision_for_Every_Child.pdf [Accedido: 15-01-2025]
7. C. Mehner L, J. Domek G, Abdel-Maksoud M, Jimenez-Zambrano A, J. Asturias E, M. Lamb M y Berman S. The association of cumulative risk scoring with ASQ-3 outcomes in a rural impoverished region of Guatemala. Pediatric Dimensions 2019; 4. DOI: 10.15761/pd.1000198. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15761/pd.1000198>
8. Wondmagegn T, Girma B y Habtemariam Y. Prevalence and determinants of developmental delay among children in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Public Health 2024 Apr; 12. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1301524. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2024.1301524>

9. Delbiso TD, Nigatu YD y Tilahun N. Early childhood development and nutritional status in urban Ethiopia. *Maternal & Child Nutrition* 2024 Mar; 20. DOI: 10.1111/mcn.13638. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.13638>
10. Domek GJ, Silveira L, Kuffel H, Szafran LH, Jimenez-Zambrano A y Camp BW. Using the Ages & Stages Questionnaire to assess later effects of an infant intervention promoting language in primary care. *BMC Pediatrics* 2023 Apr; 23. DOI: 10.1186/s12887-023-03953-y. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-023-03953-y>
11. RAMOS MM y BARBA PCSD. Ages and Stages Questionnaires Brazil in monitoring development in early childhood education. *Anais da Academia Brasileira de Ciências* 2021; 93. DOI: 10.1590/0001-3765202120201838. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0001-3765202120201838>
12. Oumer A, Girum T, Fikre Z, Bedewi J, Nuriye K y Assefa K. Stunting and Underweight, but not Wasting are Associated with Delay in Child Development in Southwest Ethiopia. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics* 2022 Jan; Volume 13:1-12. DOI: 10.2147/phmt.s344715. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/phmt.s344715>
13. Kelly D y McCain D. Neurodevelopmental and Executive Function and Dysfunction. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Ed. por Kliegman R y St. Geme III J. 22.^a ed. Elsevier, 2024. Cap. 49
14. Stiles J y Jernigan TL. The Basics of Brain Development. *Neuropsychology Review* 2010 Nov; 20:327-48. DOI: 10.1007/s11065-010-9148-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11065-010-9148-4>
15. Julian MM y Lumeng JC. The Biopsychosocial Model. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. Ed. por Feldman H, Elias E, Blum N, Jimenez M y Stancin T. 5.^a ed. Elsevier, 2023. Cap. 2
16. Yuskaitis C y Pomeroy S. Development of the Nervous System. *Fetal and Neonatal Physiology*. Ed. por Polin R, Abman S, Rowitch D y Benitz W. 6.^a ed. Elsevier, 2022. Cap. 124
17. Kolb B, Whishaw I y Campbell T. An introduction to brain an behavior. New York: Worth Publishers, 2016
18. Moore K, Persaud T y Torchia M. The Developing Human: Clinically Oriented Embryology. Elsevier, 2025

19. Gibb R y Kovalchuk A. Brain Development. *The Neurobiology of Brain and Behavioral Development*. Elsevier, 2018 :3-27. DOI: 10.1016/b978-0-12-804036-2.00001-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-12-804036-2.00001-7>
20. Lindhout FW, Krienen FM, Pollard KS y Lancaster MA. A molecular and cellular perspective on human brain evolution and tempo. *Nature* 2024 Jun; 630:596-608. DOI: 10.1038/s41586-024-07521-x. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41586-024-07521-x>
21. UNICEF. Instrumentos y metodologías de evaluación del desarrollo infantil temprano. United Nations Children's Fund Argentina. 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/documents/instrumentos-y-metodologias-de-evaluacion-desarrollo-infantil-temprano> [Accedido: 20-01-2025]