

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS ASOCIADOS AL
DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS.
PUESTO DE SALUD PIRPO – SIHUAS, 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

TESISTAS:

Bach. Apaza Ayala Mirian Rosa

Bach. Valladares Ramírez Erika Linda

ASESORA:

Mg. Melgarejo Valverde Esperanza

Chimbote - Perú

2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



REVISADO Y Vº "B" DE:

Mg. Esperanza Melgarejo Valverde

ASESORA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



JURADO EVALUADOR:

**Dr. Juan Miguel Ponce Loza
PRESIDENTE**

**Mg. Irene Pinto Flores
INTEGRANTE**

**Mg. Esperanza Melgarejo Valverde
INTEGRANTE**

DEDICATORIA

A Dios y la Virgen de Chapi porque han estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar....

A mis padres, Rosa y Miguel, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, siendo mí apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba; es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

A mi hijo Joaquín, eres el amor de mi vida y todo lo hago por ti. "Hijo mío, cuánto tiempo desde el último abrazo que te dí, espero con el alma volver a sentir el roce de tu piel y el dulce mirar de tus ojos que hablan sin hablar y hacen sentir sin tocar, te amo hijo mío.

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo: a mis tíos María y Abel, a mis primos, sobrinos, mi hermana Jaquy, mis amigas: Evelyn, Karen, Diana, Rosmery, Hayda, Lola, Deysy, al pequeño Doky

Mirian

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres Lola y Washigton., que fueron las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi amor incondicional

A Mis hermanos, Jimmy, Sharo y Shirley por el ejemplo de lucha, coraje y trabajo que me brindan día a día, por estar conmigo y aceptarme aun con mis defectos , los llevo en mi corazón siempre.

A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para tí, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de tí, gracias por estar siempre a mi lado, Marvin.

A Mi sobrino, Yamil, a quien con su existencia e inocencia ha llenado mi vida de luz y alegría, me ha llenado de valor para no rendirme nunca, levantarme siempre y seguir adelante, te amo bebe, todos mis logros te los dedico a ti porque eres mi única razón de ser y existir en esta vida.

Erika

AGRADECIMIENTO

A nuestra ALMA MATER “Universidad Nacional del Santa”, en especial a la Escuela Académico Profesional de Enfermería, que nos abrió las puertas a un mejor futuro y nos brindó la oportunidad de adquirir y madurar conocimientos en ella.

A nuestra asesora, Mg. Esperanza Melgarejo Valverde, por su confianza, apoyo y comprensión brindada durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A nuestro jurado evaluador , el Dr Juan Miguel Ponce, la Mg Irene Pinto, y la Mg Esperanza Melgarejo, por su apoyo y guía quienes nos permitieron lograr nuestro objetivo nunca alcanzara el decir “Gracias” a estas maravillosas personas.

Al equipo que conforma la Escuela Profesional de Enfermería quienes con su apoyo y cariño nos permitieron cumplir con nuestra añorada meta los llevaremos muy presentes en nuestra vida familiar y laboral.

Mirian y Erika

INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
I. INTRODUCCION	14
II. MARCO TEORICO	25
III. METODOLOGIA	32
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1 RESULTADOS	45
4.2 ANALISIS Y DISCUSION	67
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES	78
5.2 RECOMENDACIONES	79
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	80
ANEXOS	87

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.	45
TABLA N° 02 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNOS ASOCIADAS CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	47
TABLA N° 03 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL NIÑO ASOCIADAS CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	55

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
FIGURA N° 01	DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.	46
FIGURA N° 02	EDAD MATERNA ASOCIADAS CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	48
FIGURA N° 03	NÚMERO DE HIJOS ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	49
FIGURA N° 04	OCUPACIÓN MATERNA ASOCIADA CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	50
FIGURA N° 05	TENENCIA DE PAREJA ASOCIADA CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	51
FIGURA N° 06	GRADO DE INSTRUCCIÓN MATERNA ASOCIADA CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	52

FIGURA N° 07	INGRESO ECONOMICO FAMILIAR ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	53
FIGURA N° 08	TIPO DE FAMILIA ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	54
FIGURA N° 09	EDAD DEL NIÑO ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	57
FIGURA N° 10	SEXO DEL NIÑO ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	58
FIGURA N° 11	NUMERO DE HERMANOS ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	59
FIGURA N° 12	DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA ASOCIADA CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	60
FIGURA N° 13	HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	61

FIGURA N° 14	ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	62
FIGURA N° 15	INMUNIZACIÓN ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	63
FIGURA N° 16	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ASOCIADAS CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	64
FIGURA N° 17	PARASITOSIS INTESTINAL ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	65
FIGURA N° 18	ANEMIA ASOCIADA CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015	66

RESUMEN

La presente investigación es de tipo descriptivo explicativo de corte transversal, con el objetivo general de conocer las características sociodemográficas asociadas al desarrollo psicomotor en el niño menor de 5 años, Puesto de Salud Pirpo, Sihuas, 2015.

La muestra estuvo constituida por 38 niños menores de cinco años y sus madres que asisten al Puesto de Salud Pirpo. Para la recolección de datos se utilizó el Test Peruano de evaluación de Desarrollo del niño, Test Abreviado o pauta Breve y, la ficha de análisis de datos y Cuestionario sobre Características Sociodemográficas del niño menor de cinco años y de su madre. El procesamiento y análisis de los datos se realizó empleando el programa estadístico SPSS 20, en sus dos niveles: descriptivo y analítico, llegando a las siguientes conclusiones:

Existe una proporción significativa de Riesgo para Trastorno del Desarrollo utilizar (34.2%) y Trastorno para el desarrollo Psicomotor (28.9%), y el 36.8% presenta desarrollo psicomotor normal.

Entre las características sociodemográficas maternas, el tipo de familia se relaciona significativamente con el desarrollo psicomotor ($p=0,022$); asimismo, el tener más de 34 años de edad ($OR=4.6$), más de 4 hijos ($OR=5.8$), ocupación de empleada ($OR=5.8$), tener pareja ($OR=1.7$), no tener instrucción ($OR=5.8$) y, tener una familia nuclear ($OR=9.3$), se constituyen en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo.

Entre las características sociodemográficas del niño, la duración de la lactancia materna ($p=0,002$), estado nutricional ($p=0,007$) y, parasitosis intestinal ($p=0,006$), se relacionan significativamente con el desarrollo psicomotor; asimismo, el tener 12 a 23 meses de edad ($OR=5.7$), sexo femenino ($OR=2.2$), tener de 3 a más hermanos ($OR=7.1$), durar de 3 a 6 meses la lactancia materna ($OR=19.8$), tener desnutrición crónica ($OR=6.7$), tener inmunización incompleta ($OR=2.6$), no cumplir con el CRED ($OR=2.6$), presentar parasitosis intestinal ($OR=9.6$), se constituyen en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo; y, presentar anemia no se constituye en riesgo para un trastorno para el desarrollo ($OR=1.1$).

Palabras clave: Desarrollo psicomotor; sociodemográfico; Enfermería.

ABSTRACT

This research is explanatory descriptive cross-sectional, with the overall objective of meeting the sociodemographic characteristics associated with psychomotor development in children under 5 years Pirpo Health Post, Sihuas, 2015.

The sample consists of 38 children under five and their mothers to attend the Health Post Pirpo. Peruvian Assessment Test Child Development, Test Short Short or guideline was used to collect data and the data- analysis and questionnaire on sociodemographic characteristics of children under five and their mother. Processing and analysis of data was performed using the SPSS statistical program, on two levels: descriptive and analytical, reached the following conclusions:

A significant proportion of Risk for Developmental Disorder (34.2%) and for the psychomotor development disorder (28.9%) and 36.8% have normal psychomotor development.

Among maternal sociodemographic, family type was significantly related to psychomotor development ($p = 0.022$); Also, having more than 34 years ($OR = 4.6$), more than 4 children ($OR = 5.8$), employed occupation ($OR = 5.8$), having a partner ($OR = 1.7$), no instruction ($OR = 5.8$) and have a nuclear family ($OR = 9.3$), constitute very high risk for a condition for development.

Among the sociodemographic characteristics of the child, the duration of breastfeeding ($p = 0.002$), nutritional status ($p = 0.007$) and intestinal parasitosis ($p = 0.006$) were significantly associated with psychomotor development; Also, having 12 to 23 months of age ($OR = 5.7$), female sex ($OR = 2.2$), have 3 more siblings ($OR = 7.1$), take 3 to 6 months of breastfeeding ($OR = 19.8$), have chronic malnutrition ($OR = 6.7$), have incomplete immunization ($OR = 2.6$), not meet the CRED ($OR = 2.6$), submit intestinal parasitosis ($OR = 9.6$), they constitute very high risk for a disorder for developing; and anemia present is not at risk for a condition for development ($OR = 1.1$).

Keywords: Psychomotor development; demographic; Nursing.

I. INTRODUCCIÓN

Desde la etapa prenatal en el niño existen estímulos naturales, desarrollados involuntariamente por la madre y otros estímulos complementarios que igual son desarrollados por la madre pero de forma voluntaria, con el fin de que el bebé en el vientre pueda desarrollar de mejor forma sus sentidos (vestibular, auditivo, visual, táctil y gustativo). Así como existen estímulos prenatales existen estímulos postnatales; estos cubren las áreas del desarrollo motor, cognitivo, afectivo y lingüístico caracterizados como un proceso neurofisiológico (1).

Los problemas del desarrollo en el niño pueden presentarse de diversas maneras: como alteraciones en el desarrollo motor, en el lenguaje, en la interacción personal-social, en lo cognitivos, etc. La mayoría de las veces existen compromisos que afectan más de una función (2).

El control de desarrollo psicomotor del niño se efectúa en todos y cada uno de los niveles de atención, siendo el profesional de enfermería el encargado de detectar precozmente factores que pueden influenciar en el normal desarrollo psicomotor del menor de cinco años (3).

El profesional de enfermería responsable del control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud sociabiliza con los padres o cuidadores la importancia del plan individualizado de cada niño o niña en que se define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, administración de vacuna, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades (3).

Las Bases legales como la Ley N° 26842, Ley General de Salud, Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, Ley N°29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal de la Salud, el D.S N° 016-2009-S.A, se aprueba el plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS), que contiene el régimen de beneficios con el listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las Garantías Explícitas.

Con la Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, se aprobó el documento "La salud Integral Compromiso de Todos. El modelo Integral de Salud.

Con la Resolución Ministerial N°292-2006/MINSA, se aprobó la Norma Técnica Sanitaria (NTS) N° 040-MINSA/DGSP-V1. "Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la niña y el niño (3).

Los programas de Salud en el Perú han contribuido en forma eficaz a disminuir la tasa de morbi-mortalidad infantil. Aun cuando esta ha disminuido, su nivel sigue siendo alto y esconde grandes desigualdades entre los grupos poblacionales de diferentes niveles socio-económicos. Los niños(as) de los sectores pobres y marginales comienzan tempranamente un camino de retraso en el desarrollo del lenguaje en el pensamiento simbólico, que se prolonga en el fracaso escolar, en dificultades para la integración cultural y social en la comunidad. Se detecta un perfil propio del desarrollo psicomotor de los niños (as) de sectores pobres urbanos, que muestran que el fenómeno inicial sería una inhibición de la capacidad de representación simbólica y de la interacción social (1) (2).

En consecuencia, aun cuando el grupo infantil ha tenido prioridad en la atención de la salud, los problemas que afectan a este grupo poblacional todavía persisten siendo uno de los problemas más persistentes en retraso en el desarrollo psicomotor del niño. El desarrollo psicomotriz se genera, organiza y mantiene en el medio natural donde crece el niño: este medio es la familia o en su ausencia los distintos sistemas que dependen de los patrones culturales de la comunidad y de la organización de los servicios de atención a los niños(as) (4).

Este problema afecta a las familias de diferentes estratos sociales, evidenciándose mayormente en las comunidades rurales y urbanas marginales.

El desarrollo de cada niño está influenciado por la cultura del grupo humano al que pertenece (por ej. localidad rural o urbana) y por la cultura de su familia. Así, existen determinados factores de estimulación, promoción de ciertos intereses; modelos conductuales específicos; valores sociales, religiosos, etc. A pesar de ser conocido, debe destacarse la influencia que tiene sobre el

desarrollo el nivel socio económico al cual pertenece el niño. Este nivel determina distintas oportunidades de estimulación, de educación, valores sociales diferentes que se pueden reflejar en las variaciones del desarrollo normal (4)

En el ámbito Internacional se reportan las siguientes investigaciones relacionados con las variables de estudio:

En Argentina, Gómez, M. (2002), en su estudio titulado: "Influencia de la lactancia materna sobre el desarrollo psicomotor y mental del niño" Llegando a las siguientes conclusiones :La lactancia materna tiene una influencia positiva sobre el desarrollo mental del niño a los 18 y 24 meses de edad, cuando su duración es igual o superior a cuatro meses, independientemente del efecto de otros factores medioambientales o genéticos, El desarrollo psicomotor del niño no está influido significativamente por el tipo de lactancia recibida en ninguna de las edades estudiadas, ni entre los grupos de lactancia natural comparados. La inteligencia del padre y de la madre ha influido favorablemente en el desarrollo mental del niño tanto a los 18 como a los 24 meses de edad. La edad más joven de la madre determina un desarrollo psicomotor mayor del niño a la edad de 18 y 24 meses. Las madres que amamantan a sus hijos tienen características distintas respecto a las que no lo hacen, en cuanto a mayor nivel educativo y superior coeficiente intelectual (5).

En Chile, Garrido, K. y, Hermosilla , V. (2007), en su estudio: "Comparativo de factores psicosociales asociados al riesgo y retraso del desarrollo psicomotor entre niños mapúche y no mapuche controlados en el programa de estimulación del CESFAM panguipulli durante el periodo Octubre a Noviembre 2007" Llegando las siguientes conclusiones :En ambas clasificaciones étnicas, la mayoría de los niños presenta déficit en el área de lenguaje, concentrándose entre los 2 y 3 años de edad, representado mayoritariamente por varones (66%), que habitan en sectores urbanos (68%) y que tienen una baja adherencia a instituciones de educación (15,5%). Es frecuente encontrar familias de tipo nuclear biparental y extensa monoparental, con reconocimiento como jefe de hogar al padre o abuelo, con una buena percepción del funcionamiento (6).

En Cuba, Díaz C. Yasser y, Pérez (2007), estudiaron "Caracterización de la población preescolar. Consultorio 14. Policlínico Plaza de la Revolución, 2007", en el que se exploraron variables demográficas, estado nutricional, desarrollo psicomotor, morbilidad aguda y enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes. En el grupo estudiado predominó el sexo masculino con un 60% y la edad de dos años (26.6%). El 60% de los niños clasificó como eutrófico y la malnutrición por exceso (26.6%), predominó sobre la malnutrición por defecto (13.3%). En el 93.3% de los casos el desarrollo psicomotor fue evaluado como normal. Las principales causas de morbilidad agudas fueron las infecciones respiratorias (53.3%) y las diarreicas (26.6%). Con relación a las afecciones crónicas el asma resultó ser la única diagnosticada entre los pacientes afectados, la cual estuvo presente en el 40% de la totalidad de casos (7).

En España, Gómez, M. y, Colab. (2008), investigaron "Influencia del hábitat sobre el desarrollo psicomotor a la edad de 18 meses". Mediante análisis de regresión múltiple muestran que los niños rurales tienen 9,3 puntos más en el desarrollo psicomotor respecto a los urbanos. Se encontró una correlación lineal estadísticamente significativa entre la edad materna y el desarrollo psicomotor del niño. Los niños de hábitat rural tienen mayor desarrollo psicomotor a los 18 meses. La edad más joven en las madres rurales ha influido positivamente el desarrollo psicomotor del niño a la edad estudiada (8)

En México, Osorio, E; Torres, L; Hernández, M y Colab. (2010), investigaron "Estimulación en el hogar y desarrollo motor en niños mexicanos de 36 meses .2010". Se evaluó el desarrollo motor grueso y fino de 169 infantes (50.9% varones) mediante la Escala de Desarrollo Motor de Peabody y se determinó la calidad de estimulación en el hogar en una evaluación previa con la Escala HOME a los 30 meses de edad. Resultados: La estimulación total en el hogar se asoció significativamente con un mejor desempeño en las áreas motora gruesa y fina. Concluyendo que: Equilibrio y locomoción en la motricidad gruesa y agarre e integración viso motora en la motricidad fina son los componentes motores asociados a aspectos particulares de la estimulación como la interacción madre-hijo, el reforzamiento de acciones positivas en forma verbal y la presencia de límites claros (9)

En México, Ontiveros, E; Cravioto, J; Sánchez, C. y Colab. (2010), estudiaron "Evaluación del desarrollo motor en función del género, estimulación disponible en el hogar y nivel socioeconómico en niños de 0 a 3 años de edad del área rural.2010".Mexico.Se estudiaron 82 niños en los que se evaluó el desarrollo motor utilizando la escala para el diagnóstico del desarrollo de Gesel I, modificada para su calificación por Cravioto. Resultados: El nivel socioeconómico alto tiene mejores calificaciones a la misma edad y género que los niños de familias de medio y bajo índice socioeconómico. Por género se observó que el femenino abandona tempranamente el gateo y presenta tardíamente la conducta de correr respecto al masculino. Por disponibilidad total de estimulación en el hogar se observó que los niños con calificación alta abandonan el gateo y presentan la conducta de correr a más temprana edad que los de baja calificación. Se concluyó que: Esta escala ajustada para la población estudiada, permitió discriminar con niveles de significancia estadística el desarrollo motor en función del nivel socioeconómico del niño. Se propone el uso de esta escala como norma para la evaluación de la población infantil en el área rural mexicana (10).

En el Ámbito Nacional se reportan los siguientes trabajos de investigación:

En Lima, Escobar, Y. (2000), investigó "Influencia del nivel socioeconómico y conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de sus hijos de 24 a 60 meses :Centro de Salud Ciudad y Campo 2000.Lima-Perú".Los resultados demostraron que las madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Ciudad y Campo-Rímac ,tenían un nivel socioeconómico bajo superior en mayor porcentaje y en menor porcentaje el nivel medio, no hallándose un nivel bajo tal vez esto se deba a la poca población. y el nivel de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana de acuerdo a la edad de sus hijos ,la mayoría de ellas tiene un nivel de conocimiento medio. Hallándose una relación estadísticamente significativa entre el diagnóstico del Test de Evaluación del desarrollo psicomotor y la edad del niño, observándose que a mayor edad mayor normalidad (11).

En Lima, Calagua, G.; Congona, C. (2002), investigaron "Conocimientos y prácticas sobre estimulación temprana en el desarrollo psicomotor del lactante en el C.S.Colina.Lima-Perú. "Concluyendo que: El 69%de las madres tienen conocimientos acerca de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor, el 50%de las madres realizan prácticas sobre Estimulación Temprana de forma incorrecta y el 50% restante realizan prácticas de forma correcta; las madres que tienen conocimiento medio o bajo realizan prácticas de forma incorrecta (12).

En Trujillo, Maslucan, I. Y Velayarce, Z. (2010), investigaron "Conocimiento materno sobre estimulación temprana y desarrollo psicomotor del lactante mayor, ESSALUD-Trujillo, 2010". Obtuvo que la mayoría de madres del presente estudio presentan un nivel de conocimiento materno sobre estimulación temprana en el lactante mayor bueno 60% seguido de un 30.7% regular y un 9.3% deficiente. La mayoría de lactantes mayores del presente estudio presentan grado de desarrollo psicomotor normal un 64%, en riesgo 34%y 2 % en retraso. Existe relación altamente significativa ($p < 0.000$) entre el nivel de conocimiento materno sobre estimulación temprana y el desarrollo psicomotor del lactante mayor (13).

En Lima, Herrera C. y Otros, (2011), estudiaron "Desarrollo Psicomotor de niños de 4 años de edad según características sociodemográficas de la madre ,Lima- Perú 2011", llegó a las siguientes conclusiones: el 92,5% de los niños tenía desarrollo normal; el 5,6% riesgo, y 1,9% retraso. El 71,7% de los niños de madres de 20 a 39 años tenía desarrollo normal. El 62,2% de los niños de madres con grado de instrucción secundaria tenía desarrollo normal, y 5,6% riesgo. Los niños de madres con grado de instrucción superior tenían 1,9% retraso. El 62,3% de los niños de madres convivientes tenía desarrollo normal y 5,6% riesgo, mientras que 1,9% de los niños de madres casadas tenía retraso. El 47,2% de los niños de madres amas de casa tenían desarrollo normal y el 3,7% riesgo; y el 1,9% de los niños cuyas madres trabajan fuera de su casa tenían retraso. El 32% de los niños con desarrollo normal tenían un hermano; el 3,7% de los niños con desarrollo en riesgo tenía seis hermanos, y 1,9% de los niños con desarrollo psicomotor en retraso tenía un hermano. Conclusiones: los niños de 4 años de edad mostraron desarrollo psicomotor normal. El mayor

porcentaje de niños con desarrollo psicomotor normal se relaciona con la edad de la madre (de 20 a 39 años), con estado civil conviviente, con grado de instrucción secundaria y con el menor número de hermanos (14).

En Lima, Alvarado, F. (2013), investigó "Factores sociodemográficos maternos que influyen en la práctica de estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños lactantes centro de salud José Carlos Mariátegui" llegando a las siguientes conclusiones :Se determinó que los factores sociodemográficos maternos son favorables según grado de instrucción 68%, ocupación 82%, estructura familiar 68% y vivienda 64%. Mientras que las prácticas de estimulación temprana de las madres de lactantes son medianamente adecuadas 68%, adecuadas 16% e inadecuada 16%. Así mismo los lactantes evaluados tuvieron desarrollo normal 75% y riesgo 25%. Los factores intervinientes de estado nutricional fue encontrado normal, inmunizaciones completas y la enfermedad prevalente frecuente las IRAS. Los factores sociodemográficos según grado de instrucción, ocupación, estructura familiar tienen relación con las prácticas de estimulación temprana de las madres y con el desarrollo psicomotor de lactantes a diferencia del factor relacionado con la vivienda que es independiente de las prácticas que las madres desarrollan con sus niños y por ende del desarrollo psicomotor de los lactantes (15)

En el Ámbito Regional se reportan los siguientes trabajos de investigación:

En Nuevo Chimbote, Felipe L., y, Lavandera K. (2006), en su estudio: "Estado nutricional asociado al desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años. Asentamientos Humano la Gama, Distrito de Nepeña", llegó a las siguientes conclusiones: Existe una porción significativa de niños con Desarrollo Psicomotor (72.7%), y aproximadamente 1 de cada 10 niños sufre desarrollo psicomotor en retraso (9.1%) y 2 de cada 10 niños sufre desarrollo psicomotor en riesgo (18.2%), siendo las áreas más afectadas la coordinación y lenguaje. El estado nutricional se asocia significativamente al Desarrollo Psicomotor del niño de cinco años (16).

En Nuevo Chimbote, López Y. y, Mondalgo K. (2008), estudiaron "Desarrollo Psicomotor del niño de 6 meses a 4 años relacionado al Nivel de Conocimiento

de la madre cuidadora sobre Estimulación Temprana en Wawa Wasi AA. HH 10 de Septiembre y San Miguel Chimbote", realizada a 30 madres cuidadoras y 150 niños, se obtuvo que la mayoría de niños presentaron un nivel de desarrollo psicomotor (99.3%) seguido de un nivel de desarrollo en retraso (0,7%) y el nivel de conocimiento de la madre cuidadora sobre estimulación temprana se relaciona significativamente en el desarrollo psicomotor del niño de 6 meses a 4 años, es decir, a mayor nivel de conocimiento, mejor desarrollo psicomotor (17).

En Nuevo Chimbote, Langle S. y, Tolentino L. (2008), estudiaron "Desarrollo Psicomotor en niños de 6 meses y Antecedentes Maternos Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. 2007". Realizada a 53 niños de 6 meses y su madres. Concluyeron que un 60,4% de los niños presenta un desarrollo psicomotor normal y 39,6% presenta un déficit en el desarrollo psicomotor. Mientras que los antecedentes maternos; la mayoría de las madres tuvieron edades entre 25 a 34 años, estado conyugal conviviente, grado de instrucción secundaria, amas de casa, con un hijo, sin hábitos nocivos y no presentan antecedentes patológicos. No existiendo relación estadística entre los antecedentes maternos sociales y el desarrollo psicomotor en niños menores de 6 meses. Si encontrándose relación estadística significativa $p < 0,05$ entre los antecedentes maternos y el desarrollo psicomotor en el niño de 6 meses ($p=0,032$) (18).

En Nuevo Chimbote, Gamarra R., e, Infantes D. (2009), estudiaron "Perfil epidemiológico del desarrollo psicomotor en pre escolares del Distrito Nuevo Chimbote", se llegó a las siguientes conclusiones: Existe un alto índice de prevalencia (89.0%) del desarrollo psicomotor normal en pre escolares del Distrito Nuevo Chimbote y con mínima proporción desarrollo psicomotor en riesgo y retraso (6.5% y 4.5% respectivamente). (92.5%) del desarrollo psicomotor normal en el área de coordinación y una mínima prevalencia (7.5%) en riesgo y ningún retraso. (85.4%) del desarrollo normal en el área del lenguaje y con mínima prevalencia (9.6%) en riesgo y retraso (5.0%). (95.0%) del desarrollo normal en el área de motricidad y con mínima prevalencia en riesgo (3.1%) y retraso (1.9%). Entre las características socio demográficas del pre escolar, el área de residencia se relaciona significativamente con el

desarrollo psicomotor en preescolares ($p=0.0116$). La edad y el sexo, se comporta independientemente del desarrollo psicomotor. Entre las características socio demográficas de la madre, la edad de la madre ($p=0.0032$), ocupación ($p=0.05$), tenencia de pareja ($p=0.033$), grado de instrucción ($p=0.033$) y, procedencia ($p=0.0021$) se relacionan significativamente con el desarrollo psicomotor en preescolares. El número de hijos se comporta independientemente del desarrollo psicomotor (19).

En Nuevo Chimbote, Mendoza A. y, Palacios K. (2013), investigaron "Desarrollo Psicomotor del Lactante Menor y Nivel de Conocimientos maternos sobre Estimulación Temprana. Hospital Eleazar Guzmán Barrón .Nuevo Chimbote 2013". Conformada por el total de madres y lactantes menores inscriptos en los registros de CRED del Módulo de Pediatría del Hospital Eleazar Guzmán Barrón en los meses de Febrero y Marzo se obtuvo que el 73.3% de los lactantes menores tienen un desarrollo psicomotor normal, 24,4% tienen un trastornos en el desarrollo y el 2.2% tiene un riesgo para trastorno en el desarrollo. El 73.3% presentan un nivel de conocimientos alto sobre estimulación temprana, el 22.2% un nivel d conocimientos medio, y un 4,4% un nivel de conocimientos bajo sobre estimulación temprana. No existe asociación estadística significativa entre el desarrollo psicomotor del lactante menor y el nivel de conocimiento materno sobre Estimulación temprana (20).

El Puesto de Salud Pirpo se ubica en la comunidad de Pirpo del distrito de Huayllabamba, tiene una jurisdicción de cuatro comunidades como son Huaracuy, Gasajpampa, Uchugaga y el mismo Pirpo sumando en total 496 habitantes en esta jurisdicción. Pirpo pertenece a la provincia de Sihuas en el departamento de Ancash, dicha provincia Limita por el norte con la Provincia de Pallasca; por el este con el Departamento de La Libertad; por el sur con la Provincia de Pomabamba y; por el oeste con la Provincia de Huaylas y la Provincia de Corongo. El puesto de salud Pirpo cuenta con personal de salud en su mayoría técnico y un profesional Licenciada en Enfermería que lleva a cabo los diferentes niveles de atención. Cabe resaltar que la población de Pirpo se caracteriza por sus costumbres y creencias solidas que están presentes en el momento de atención al menor de cinco años. Sus habitantes se dedican en su mayoría a actividades como la agricultura y ganadería entre otros. Tiene un

bajo índice de analfabetismo. Además de ser una comunidad en la cual no se han realizado estudios orientados a constatar las características sociodemográficas al desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años, así como ser una zona rural carente de los estímulos de las ciudades desarrolladas, el menor de cinco años puede presentar alteraciones en el desarrollo psicomotor.

Por lo antes expuesto y no habiéndose reportado investigaciones sobre esta problemática y conocedores de la importancia del desarrollo psicomotor del niño es motivo de realizar el presente trabajo de investigación, planteando el siguiente problema:

¿Cuáles son las características sociodemográficas asociadas al desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años, Puesto de Salud Pirpo, Sihuas, 2015?

1.1. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL:

Conocer las características sociodemográficas asociadas al desarrollo psicomotor en el niño menor de 5 años, Puesto de Salud Pirpo, Sihuas 2015.

b. OBJETIVO ESPECÍFICOS::

1. Identificar el desarrollo psicomotor en el niño menor de 5 años, Puesto de Salud Pirpo, Sihuas 2015.
2. Determinar la asociación entre las características sociodemográficas maternas y el desarrollo psicomotor en el niño menor de 5 años, Puesto de Salud Pirpo, Sihuas 2015.
3. Determinar la asociación entre las características sociodemográficas del niño y el desarrollo psicomotor en el niño menor de 5 años, Puesto de Salud Pirpo, Sihuas 2015.

1.2. HIPÓTESIS:

Algunas características sociodemográficas se asocian significativamente con el desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años de edad, Puesto de Salud Pirpo, Sihuas 2015.

La presente investigación es importante, para los profesionales de salud, especialmente para enfermería, ya que se cumple un rol fundamental en la primera infancia del niño(a), fortaleciendo y ampliando los conocimientos sobre el desarrollo psicomotor. Promoviendo una atención de calidad y detectando oportunamente alteraciones y daños que afecten el óptimo desarrollo de los infantes.

Para la Región Ancash se fomentara la creación de estrategias preventivas promocionales tan necesarias e importantes en las zonas rurales a fin de mejorar el nivel de desarrollo psicomotor ya que es un indicador importante en la salud de la población más vulnerable (niños).

Para la Escuela Académico Profesional de Enfermería los resultados servirán como fuente bibliográfica para la elaboración de futuras investigaciones relacionados al tema puesto que hay un escaso avance de estudios rurales, los cuales ampliarán éstos conocimientos aportando a la ciencia y tecnología innovadoras alternativas de solución eficientes y efectivos que implanten sobre el problema.

Para las instituciones de salud proporcionada información objetiva de esta problemática que afecta la salud del niño.

Para la sociedad conocer la problemática real sobre el desarrollo psicomotor del niño menos de cinco años generando un plan estratégico de atención de cada niño(a).

Para los familiares se pretende lograr una mayor participación, observación y detección en las deficiencias en sus hijos.

II. MARCO TEORICO

La presente investigación se sustenta en la Metodología del Enfoque de Riesgo (21).

El enfoque de riesgo, conforme a su definición como categoría por la Organización Mundial de la Salud es: “El método clínico-epidemiológico de abordaje del riesgo, los factores de riesgo y la condición de riesgo individual o colectiva, mediante el cual los servicios de salud pública planifican y ejecutan las acciones pertinentes para modificarlos o eliminarlos en las personas, familias y comunidades”. (21)

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir las necesidades de atención. Ayuda a determinar prioridades de salud. Es una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud, pretende mejorar la salud para todos, priorizando la atención a aquellos grupos que más la requieran. (21) (22) (23).

El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento, mayor probabilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen al niño a sufrir daño a la salud. En toda persona existe la probabilidad de enfermarse, morir o accidentarse, siendo en algunas dichas probabilidad mayor que en otros (23).

Es un enfoque no igualitario, discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención, captando a grupos especialmente vulnerables de sufrir enfermedad, accidente o muerte, dentro de los cuales encontramos a los niños; quienes constituyen uno de los principales grupos de riesgo cuya nutrición y desarrollo infantil se ven afectados directamente por categorías como ambientales: especialmente la alimentación (24) (25)

La hipótesis en la que se basa el enfoque de riesgo es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderá las necesidades de atención de la población (niños menores de 5 años) y, por ello

favorecerá la efectividad de las intervenciones del personal de salud contribuyendo a mejorar la calidad de atención (23) (24).

En un sentido amplio los componentes del enfoque de riesgo son: riesgo (factor de riesgo / factor protector), vulnerabilidad y probabilidad (daño / beneficio).

El concepto de *riesgo* ocupa un lugar central en la atención primaria de salud y figuran en él numerosas sugerencias acerca de las aplicaciones en la asistencia sanitaria. Estas ideas han surgido precisamente por la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud. El riesgo se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención (25), siendo una medida que refleja la probabilidad que se produzca un hecho, daños o aparición de consecuencias adversas para la salud.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancias detectables en personas o grupos, asociadas con un aumento en la probabilidad de experimentar daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daño a la salud.

Su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predice. La combinación de los factores de riesgo en los mismos individuos incrementan aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud (24) (25).

Los factores de riesgo son aquellos que caracterizan a la persona, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente y estos pueden ser:

- Biológicos: ciertos grupos de edad.
- Ambientales: abastecimiento deficiente de agua, alimentación.
- Comportamiento: fumar, alcoholismo.
- Atención de salud: calidad, baja cobertura.
- Sociales-culturales: educación.
- Económicos: ingreso.

- Interacción: biológicos asociados con otros (25).

La combinación de estos y otros factores de riesgo en los mismos individuos incrementa aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud.

El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos mayor probabilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a la persona a sufrir un daño en la salud, potenciando la probabilidad que la intervención en el grupo humano sea la adecuada (26) (27).

Para efectos de la presente investigación factores de riesgo son las características sociodemográficas maternos que considera: edad, número de hijos, ocupación, tenencia de pareja, grado de instrucción, ingreso económico familiar y, tipo de familia; y las características sociodemográficas del niño que considera: edad, sexo, número de hermanos, duración de la lactancia materna, hospitalización, estado nutricional, inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo, parasitosis intestinal y, anemia; los cuales repercuten en el desarrollo psicomotor del niño (28) (29).

La Vulnerabilidad, se define como la medida de la susceptibilidad o predisposición intrínseca de una persona a sufrir un daño a su salud, en sí, es el resultado de un número de características interactuantes: Biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, culturales, etc., las que reunidas confieren un riesgo particular ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad o daño en el futuro. Según la Organización Mundial de la Salud en los países en desarrollo se considera a la pobreza y desarrollo sin equidad como causas de vulnerabilidad a daño (21) (23).

La Probabilidad: se expresa en Daño/Beneficio. Daño es el resultado, afección o situación no deseada en función de la cual se mide un riesgo. Gran parte del trabajo de prevención del daño centra su atención en reducir la vulnerabilidad y con el fin de poder hacerlo se deben identificar cuáles son los factores de mayor riesgo y evaluarlos. Así, evitar que los niños no tengan trastorno para el

desarrollo psicomotor (daño) implica analizar una diversidad de factores de riesgo. En contraste, los niños con desarrollo psicomotor normal, se considera como beneficio para la salud y la vida, que también están relacionados a características o factores que actúan como protectores (21) (23) (30).

El desarrollo psicomotor (DSM) es un proceso evolutivo, multidimensional e integral, mediante el cual el individuo va dominando progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas. El término *desarrollo psicomotor* (DPM) se atribuye al neuropsiquiatra alemán Carl Wernicke (1848-1905), quien lo utilizó para referirse al *fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia* (31). Las habilidades mencionadas comprenden la comunicación, el comportamiento y la motricidad del niño (32). Illingworth (33), aportó una de las definiciones más precisas expresando que *el desarrollo psicomotor es un proceso gradual y continuo en el cual es posible identificar etapas o estadios de creciente nivel de complejidad, que se inicia en la concepción y culmina en la madurez, con una secuencia similar en todos los niños pero con un ritmo variable*. Ambas concepciones remiten a conceptos de evolución o cambio y de gradualidad y continuidad de dichos cambios. Esto permite concebir el DPM como un proceso que posibilita al niño realizar actividades progresivamente más complejas y consecutivas o secuenciales. Por ejemplo, para adquirir la marcha, un niño debe antes poder sentarse, luego pararse y finalmente caminar (34).

Una de las particularidades del desarrollo psicomotor es la existencia de variaciones interindividuales. Estas variaciones en los niños pequeños, dificultan a menudo distinguir entre los cambios que podrían considerarse normales o esperables y los retrasos de maduración provenientes de desórdenes temporales o permanentes, siendo cada camino diferente y particular, con trayectorias caracterizadas por continuidades y discontinuidades (35). Esto es así porque durante el desarrollo, la adquisición progresiva de funciones no se realiza según un programa secuencial rígido, sino que por el contrario, presenta variaciones en el ritmo o tiempo de desarrollo que requiere cada nueva habilidad lograda, así como también en la edad cronológica en que es esperable el logro de una habilidad o evento determinado. Un ejemplo

conocido es la adquisición de la marcha, que puede variar entre los 9 y los 16 meses de edad del niño (36).

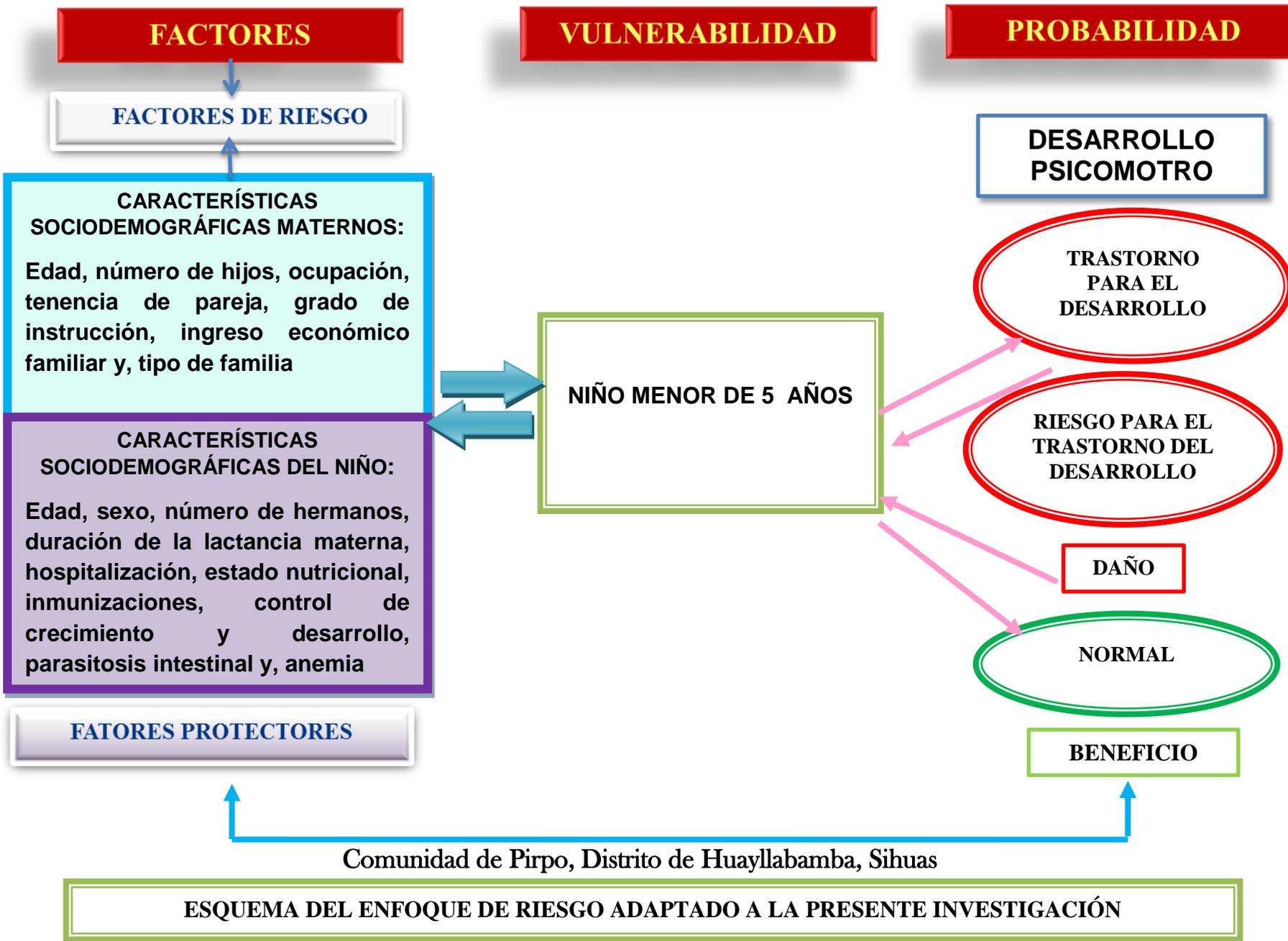
El desarrollo psicomotor (DPM) resulta de la interacción de factores propios del individuo (biológicos) y aquellos vinculados a determinantes del contexto psicosocial (familia, condiciones de vida, redes de apoyo, entre otras). Según Young y Fujimoto Gómez (37) *el desarrollo humano es moldeado por una interacción dinámica y continua entre la biología y la experiencia. La cultura influye en cada uno de los aspectos del desarrollo y esto se ve reflejado en las prácticas de crianza y creencias, diseñadas para promover una saludable adaptación.* Durante su maduración, los niños no son sujetos pasivos, puramente receptores de información o enseñanzas, sino que participan activamente en este proceso, explorando y dominando gradualmente el ambiente que los rodea. Las relaciones sociales del entorno del niño son básicas para un desarrollo saludable, generando factores de protección o *resiliencia*⁷; pero también pueden constituir factores de riesgo (38).

El DPM puede presentar variantes o alteraciones diversas: (2)

Trastorno del Desarrollo, es la desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación con el entorno que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno. Operativamente se aprecia al determinar el perfil de desarrollo como resultado de la evaluación a través de instrumento definido en la presente norma.

Riesgo para Trastorno del Desarrollo, es la probabilidad que tiene una niña o un niño por sus antecedentes pre, peri o postnatales, condiciones del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo), de presentar en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento, pudiendo ser éstos, transitorios o definitivos.

Desarrollo Adecuado o Normal, se habla de un proceso que permite al niño adquirir habilidades adecuadas para su edad.



III. METODOLOGÍA

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal.

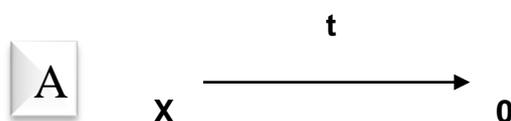
Descriptivo: porque se describe la relación entre dos variables.

Correlacional: porque determina el grado de relación entre dos variables, para luego responder a los objetivos predeterminados en el trabajo de investigación.

Transversal: porque estudia las variables simultáneamente en un determinado momento.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO:

El diseño de estudio del presente trabajo de investigación fue no experimental, con una sola población, que corresponde al siguiente esquema:



Dónde:

A: niños(as) menor de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Pirpo, Sihuas.

X1: Desarrollo Psicomotor del niño (a) menor de 5 años.

O1: Características sociodemográficas de los niños(as) menor de 5 años (edad, sexo, área de residencia) y, madres de los niños (as) menor de 5 años (edad, ocupación, grado de instrucción).

t: 2015

3.3. POBLACIÓN:

La población de estudio estuvo conformada por 38 niños(as) menor de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Pirpo.

a. Unidad de análisis

Niño menor de 5 años y su madre que asistan al servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Puesto de Salud Pirpo, Sihuas.

b. Marco muestral

Registro de niños que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Pirpo, Sihuas.

c. Criterios de inclusión

a) Niño:

- Niño de 0 - 5 años.
- Niño de ambos sexos.
- Niño nacido a término.
- Niño sin alteraciones de salud que afecten su desarrollo psicomotor.
- Niño inscrito en el programa de CRED.

b) Madre:

- Madre sin alteraciones que afecten su salud mental y física.
- Madre que asistan regularmente al servicio de CRED.
- Madre que no hayan tenido embarazo de gemelos o mellizos, etc.

d. Muestra

Estuvo conformada por el total de la población $N = 38$ niños(as) menor de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Pirpo, según criterios de inclusión.

e. Aspectos éticos

Se dio cumplimiento a los principios éticos como la autonomía, beneficencia y no beneficencia, justicia, anonimato y confidencialidad, integridad científica, responsabilidad respetando la integridad del entorno del menor.

• Autonomía:

Se basó en el respeto de decisión de la madre sobre aquello que le afecta sobre su vida y su salud; respetando su decisión de participación de la madre y de su hijo en el trabajo de investigación.

- **Beneficencia:**

Actuar en beneficio del otro. Actuar en bien del niño y de su madre para su mejor crecimiento y desarrollo, respetando la voluntad de la madre y del niño.

- **No maleficencia:**

Ante todo no hacer daño, no perjudicar. Es respetar la Integridad física y psicológica del niño y de la madre en cada momento en que estemos en interacción con los mismos, no perjudicando y respetando sus decisiones.

- **Justicia:**

Constante y Perpetua voluntad de dar a cada uno su propio Derecho. La madre y su hijo tienen derecho a un trato justo y equitativo, antes, durante y después de la recolección de datos, sin excepción alguna; respetando la privacidad durante todo el estudio.

- **Anonimato y Confidencialidad:**

Privacidad de la identificación del familiar, garantizando que la información es accesible solamente para aquellos autorizados a tener acceso.

- **Integridad científica:**

Es la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a una investigación, así como el análisis y comunicación de sus resultados. La integridad o rectitud deben regir no solo la actividad científica de un investigador, sino que debe extenderse a sus actividades de enseñanza y a su ejercicio profesional.

- **Responsabilidad:**

El investigador tiene una responsabilidad social científica, es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias de la realización y la difusión de su investigación implican para los participantes y para la sociedad en general. Esta tarea no puede ser delegada a otras personas. Ni el acto de delegar ni el acto de recibir instrucciones liberan de responsabilidad.

3.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

A. VARIABLE DEPENDIENTE

1. Desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años

Definición Conceptual

Progreso que el niño adquiere desde que nace, y lo muestra en su pensamiento, lenguaje y su relación con los demás en forma secuencial y relacionada (39).

Definición operacional:

Se midió mediante escala nominal:

- Desarrollo Psicomotor Normal
- Riesgo para Trastorno del Desarrollo.
- Trastorno para el desarrollo.

B. VARIABLE INDEPENDIENTE :

1. Características sociodemográficas del niño menor de 5 años

a. Edad:

Definición conceptual:

Tiempo en años cumplidos del niño que ha vivido desde que nació hasta el día de la aplicación del instrumento. Para el presente estudio se tomara los años cumplidos (40).

Definición operacional:

Se midió mediante escala de intervalo:

- Recién Nacido
- De 01 a 11 meses
- De 12 a 23 meses
- De 24 a 59 meses

b. Sexo :

Definición conceptual:

Condición orgánica que distingue al macho de la hembra tanto en los seres racionales como en los irracionales (39).

Definición operacional:

Se midió mediante escala nominal:

- Femenino
- Masculino

c. Numero de hermanos

Definición Conceptual:

Cantidad de hermanos que tiene el Niño/a (41)

Definición operacional:

- Entre 1 y 2 hermanos.
- Entre 3 y 4 hermanos.
- 5 o más hermanos.
- Hijo único.

d. Duración de la Lactancia Materna

Definición conceptual

Tiempo durante el que el niño/a recibió Lactancia Materna por amamantamiento (42).

Definición operacional:

- Entre 3 y 6 meses
- Entre 7 y 12 meses
- Entre 13 a 24 meses

e. Hospitalización

Definición conceptual:

Ingreso a un hospital cuando el niño se encuentra enfermo o herido para su examen, diagnóstico y tratamiento (43).

Definición operacional:

Se medirá mediante escala nominal:

- Si
- No

f. Estado Nutricional

Definición conceptual:

Es la evaluación a través de las mediciones del peso y talla. Es la base del monitoreo del crecimiento y desarrollo (2).

Definición operacional:

Se midió a través de la escala ordinal:

- Desnutrición Crónica.
- Desnutrición Aguda
- Normal

g. Inmunizaciones

Definición conceptual:

Es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad (2).

Definición operacional:

Se medirá mediante escala nominal.

- Completa
- Incompleta.

h. Control de crecimiento y desarrollo (CRED)

Definición conceptual:

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería con el objetivo de vigilar de manera oportuna y precoz riesgos, alteraciones o trastornos (2).

Definición operacional:

Se midió mediante escala nominal.

- Si Cumple.
- No Cumple.

i. Parasitosis intestinal

Definición conceptual:

Son infestaciones causadas por parásitos que se alojan principalmente en el sistema digestivo. Afectan principalmente a los niños, entre 1 y 5 años. Los más frecuentes son: Oxiurus, Ascaris, Giardias (44).

Definición operacional:

Se midió mediante escala nominal.

- Presenta.
- No presenta.

j. Anemia

Definición conceptual:

Se define como una concentración baja de hemoglobina en la sangre. Se detecta mediante un análisis de laboratorio en el que se descubre un nivel de hemoglobina en la sangre menor de lo normal (45).

Definición operacional:

- Con anemia.
- Sin anemia.

2. Características sociodemográficas de la madre menor de 5 años

a. Edad:

Definición conceptual:

Tiempo en años cumplidos de la madre que ha vivido desde que nació hasta la aplicación del día del instrumento (44).

Definición operacional:

Se midió mediante escala de intervalo

- Menor de 19 años
- De 19 a 34 años
- Mayor de 34 años

b. Número de hijos

Definición conceptual:

Cifra numérica del total de hijos que conforma la familia hasta la fecha de la aplicación del instrumento (46).

Definición operacional:

Se midió mediante escala de intervalo.

- Menor de 2 hijos
- 2 a 4 hijos
- Mayor de 4 hijos

c. Ocupación :

Definición conceptual

Actividad predominante que desempeña una persona para su desarrollo y productividad, en un tiempo y espacio determinado (47).

Definición operacional:

Se midió mediante escala nominal

- Ama de casa (se dedica a las tareas del hogar y o labores del campo).
- Estudiante.
- Comerciante (madre que se dedica a hacer negocios comprando y vendiendo productos).
- Empleada (madre que desempeña una ocupación intelectual).

d. Tenencia de pareja :

Definición conceptual:

Relación de pareja al margen del estado conyugal de la madre del niño menor de 5 años (48).

Definición operacional:

Se midió mediante escala nominal:

- Sin pareja.
- Con pareja

e. Grado de instrucción :

Definición conceptual:

Año de estudios alcanzados por la madre hasta el momento de aplicar el instrumento (44).

Definición operacional:

Se midió mediante escala nominal:

- Sin instrucción
- Primaria
- Secundaria
- Superior

f. Ingreso económico familiar :

Definición conceptual:

Designa a todos aquellos ingresos económicos con los que cuenta una familia, esto obviamente incluye al sueldo, salario, de todos aquellos miembros de la misma que trabajan (49).

Definición operacional:

Se midió mediante escala de intervalo:

- Menor que 161
- 161 a 302 nuevos soles
- 303 a 750 nuevos soles

g. Tipo de Familia :

Definición conceptual:

El tipo de familia en la que nace y se cría un niño afecta significativamente a las creencias, valores, expectativas, roles, comportamientos, e interrelaciones que tendrá a lo largo de su vida (50).

Definición operacional:

Se midió mediante escala nominal:

- Nuclear.
- Extensa.
- Monoparental.
- Compuesta.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio de investigación se utilizó la técnica de análisis de contenido y la encuesta, se recolectó los datos empleando los siguientes instrumentos:

- a. Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del niño. Esquema de Desarrollo. CONAII-INR 1995 (Anexo N°2).** Elaborado por Méndez; Araujo, Cock, R. y Colab, validado y aplicado por el Ministerio de Salud (MINSa) Perú, desde el año 1995, con el objetivo de determinar el Desarrollo Psicomotor a partir del nacimiento hasta los 30 meses para

promover su desarrollo integral ayudándolo así a alcanzar el máximo de sus potenciales. Tiene las siguientes características:

- En la línea Horizontal, se ubican las edades de evaluación.
- En la línea Vertical se describen las líneas de comportamiento:
 - Control de cabeza y tronco sentado (A)
 - Control de cabeza y tronco rotaciones (B)
 - Control de cabeza y tronco de marcha (C)
 - Uso del brazo y mano (D)
 - Visión (E)
 - Audición (F)
 - Lenguaje comprensivo (G)
 - Lenguaje expresivo (H)
 - Comportamiento social (L)
 - Alimentación vestido e higiene (J)
 - Juego (K)
 - Inteligencia y aprendizaje(L)

Los hitos están ubicados en la coordenada de edad y línea de comportamiento correspondiente. Los espacios en blanco, equivalen al hito inmediato anterior.

La evaluación del desarrollo se realizó de acuerdo a la edad cronológica de la niña o el niño, calculada en meses, considerando para ello los 30 días cumplidos, considerando que un mes y 28 días se reconoce como un mes y en cambio un mes y 29 días ya se considera 2 meses. Hasta los 12 meses de edad, la evaluación es mensual. Después de los 12 meses de edad, la edad referida es 15, 18, 21,24 y 30 meses.

La evaluación comienza con la columna de hitos del mes anterior; a la que corresponde la edad cronológica de la niña o niño en meses, a partir de ella se evalúa la línea de comportamiento horizontalmente y hacia la derecha hasta llegar al hito más alto que pueda obtenerse colocando en este último hito una marca (X).

Los hitos que se han graficado en la ficha para ayudar visual y cuyo grado de dificultad de obtención es variable se califica como presentes o

ausentes según sean o no observados (explorados por el examinador) o referidos por los padres o adulto responsable del cuidado del niño.

Se encierra en un círculo el mes correspondiente a la edad cronológica de la niña o niño. Una vez concluida la evaluación, se unen las marcas de todos y cada uno de los hitos logrados, mediante una línea que partirá desde la edad cronológica encerrada en el círculo hasta la última marca. Esta línea continua, así obtenida será el perfil del desarrollo.

De acuerdo a ello se dio la siguiente clasificación:

- Desarrollo Psicomotor Normal: Si el perfil de desarrollo obtenido no muestra desviación.
- Riesgo para Trastorno del Desarrollo: Si no hay desviación de la línea a la izquierda pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo.
- Trastorno del desarrollo: Si la línea del desarrollo está desviada a la izquierda pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo.
- Trastorno del desarrollo: Si la línea del desarrollo está desviada a la izquierda de la edad cronológica actual.

b. Test Abreviado o Pauta Breve.

El instrumento para evaluación del desarrollo del niño de 3 y 4 años fue el test abreviado o pauta breve, es una simplificación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor para niños de 0 a 24 meses (EEDP) y el Test de Desarrollo Psicomotor para la niña y el niño de 2 a 4 años (TEPSI).

El Test consta de 55 ítems, los 45 primeros corresponden al EEDP y evalúa 4 áreas (Lenguaje, motricidad, coordinación y social), los 10 ítems restantes corresponden al TEPSI y evalúa 3 áreas (Lenguaje, coordinación y motricidad).

Evaluación de la niña o niño de 3 y 4 años utilizando el Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) o Pauta Breve (PB) los resultados pueden ser:

- a. Desarrollo normal: Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.

b. Déficit del desarrollo: Cuando una ó más de las conductas evaluadas en el niño están en proceso de desarrollo o no las ejecuta

c. Ficha de análisis de datos del niño menor de 5 años

Instrumento elaborado por las autoras tomando como bases la Norma Técnica de Crecimiento y Desarrollo.

d. Cuestionario sobre de características sociodemográficas de la madre del niño menor de 5 años.

Instrumento elaborado por las autoras tomando como bases otras investigaciones

3.6. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS DATOS

Los instrumentos Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del niño, Esquema de Desarrollo, CONAII-INR 1995 y, el Test Abreviado o Pauta Breve son aplicados por el Ministerio de Salud (MINSA) del Perú.

3.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la ejecución del presente estudio de investigación se siguió los siguientes pasos:

- Se solicitó la autorización a través de la dirección de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa al jefe del Puesto de Salud Pirpo, Sihuas.
- La autorización para la aplicación de los instrumentos fue solicitada al jefe del Puesto de Salud Pirpo, Sihuas.
- Se estableció la fecha, hora y tiempo necesarios para la aplicación de los instrumentos.
- La aplicación del instrumento fue aplicado por las investigadoras en una semana, a dedicación exclusiva.

3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El procesamiento y el análisis estadístico se realizó en el SOFTWARE especializado en estadística. SPSS v.20, en sus dos niveles descriptivo y analítico.

Nivel Descriptivo: Los resultados se presentan en tablas unidimensionales y bidimensionales, media aritmética, desviación estándar, frecuencia absoluta y relativa.

Nivel Analítico: se aplicó la prueba estadística e independencia de criterio chi cuadrado (χ^2) y la prueba de riesgo Odd Ratio (OR), con un 5 % de significancia y un 95% de confiabilidad, para determinar la relación y riesgo que existe entre las variables de estudio. Para los gráficos se utilizó el Software Harvard Graphic

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

TABLA Nro. 01: DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS	f_i	h_i
Trastorno para el desarrollo	11	(29.0)
Riesgo para Trastorno del Desarrollo	13	34.2
Normal	14	36.8
TOTAL	38	100.0

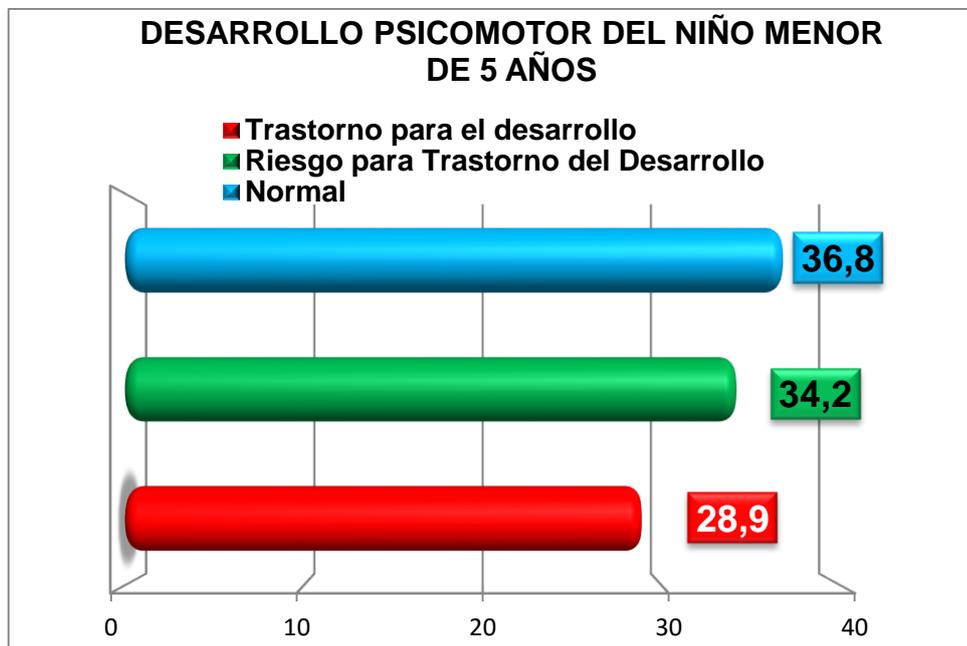
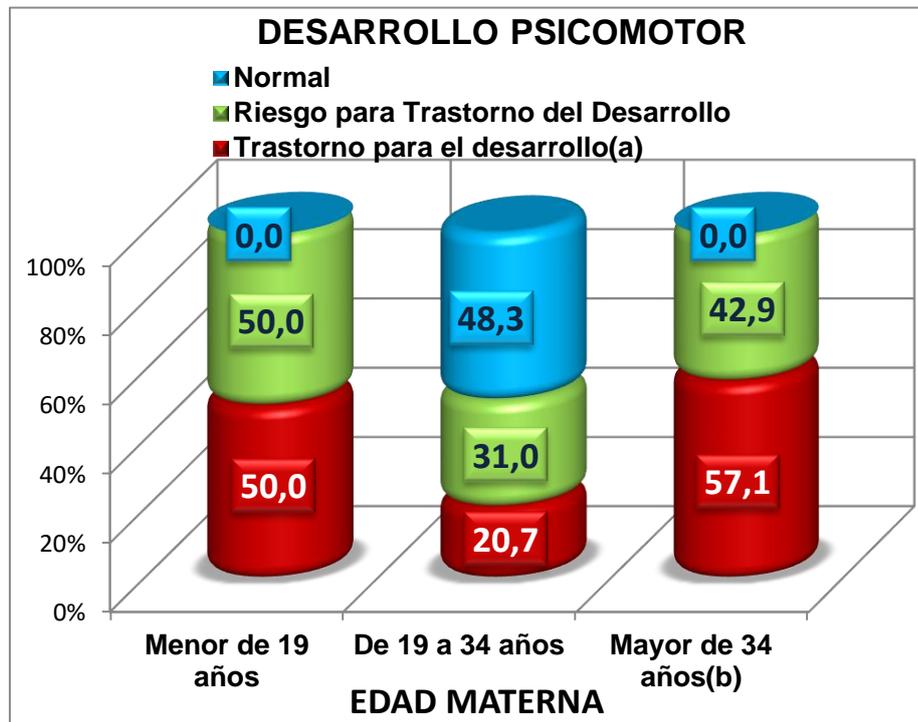


FIGURA Nro. 01: DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.

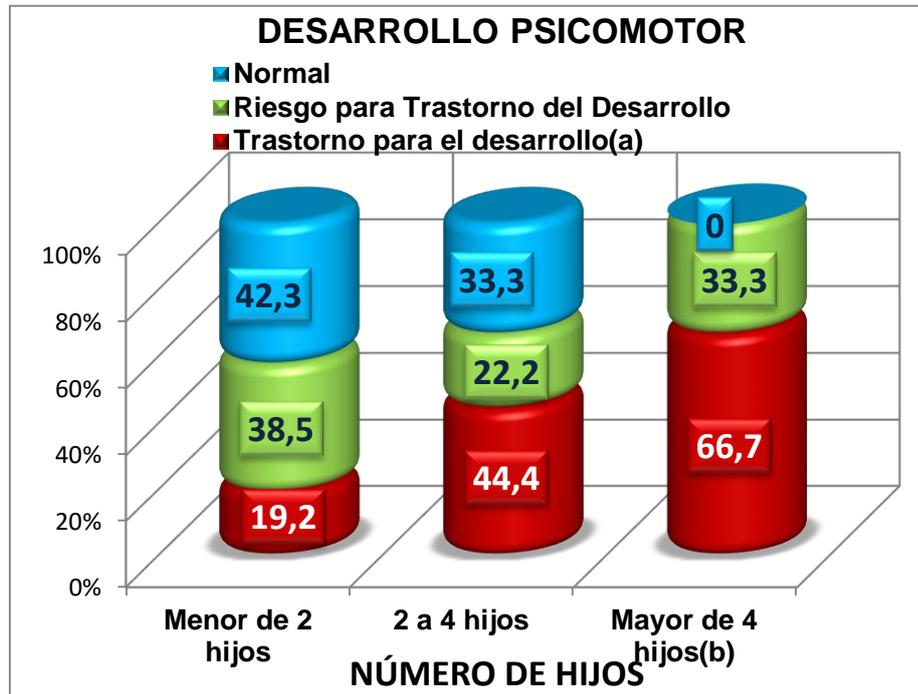
TABLA Nro. 02: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNOS ASOCIADAS CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS MATERNOS	DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS						TOTAL	
	Trastorno para el desarrollo ^a		Riesgo para Trastorno del Desarrollo		Normal		f _i	h _i
	f _i	h _i	f _i	h _i	f _i	h _i		
TOTAL	11	28.9	13	34.2	14	36.8	38	100.0
EDAD								
Menor de 19 años	1	50.0	1	50.0	0	0.0	2	5.3
De 19 a 34 años	6	20.7	9	31.0	14	48.3	29	76.3
Mayor de 34 años ^b	4	57.1	3	42.9	0	0.0	7	18.4
$X^2 = 7,641$ gl = 4 p = 0.106 No Significativo; ^{a/b} OR= 4.6 Riesgo muy elevado Media = 28,24± 6,7 años								
NÚMERO DE HIJOS								
Menor de 2 hijos	5	19.2	10	38.5	11	42.3	26	68.4
2 a 4 hijos	4	44.4	2	22.2	3	33.3	9	23.7
Mayor de 4 hijos ^b	2	66.7	1	33.3	0	0.0	3	7.9
$X^2 = 4,931$ gl = 4 p = 0.294 No Significativo; ^{a/b} OR= 5.8 Riesgo muy elevado								
OCUPACIÓN								
Ama de casa	9	30.0	9	30.0	12	40.0	30	78.9
Estudiante	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	5.3
Comerciante	0	0.0	2	66.7	1	33.3	3	7.9
Empleada ^b	2	66.7	0	0.0	1	33.3	3	7.9
$X^2 = 8,407$ gl = 6 p = 0.210 No Significativo; ^{a/b} OR= 5.8 Riesgo muy elevado								
TENENCIA DE PAREJA								
Sin pareja	1	20.0	3	60.0	1	20.0	5	13.2
Con pareja ^b	10	30.3	10	30.3	13	39.4	33	86.8
$X^2 = 1,722$ gl = 2 p = 0.423 No Significativo; ^{a/b} OR= 1.7 Riesgo moderado								
GRADO DE INSTRUCCIÓN								
Sin instrucción ^b	2	66.7	1	33.3	0	0.0	3	7.9
Primaria	6	37.5	6	37.5	4	25.0	16	42.1
Secundaria	2	12.5	5	31.3	9	56.3	16	42.1
Superior	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	7.9
$X^2 = 6,847$ gl = 6 p = 0.335 No Significativo; ^{a/b} OR= 5.8 Riesgo muy elevado								
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR (S/.)								
Menor que 161 ^b	5	55.6	2	22.2	2	22.2	9	23.7
161 a 302	4	16.0	11	44.0	10	40.0	25	65.8
303 a 750	2	50.0	0	0.0	2	50.0	4	10.5
$X^2 = 7,486$ gl = 4 p = 0.112 No Significativo; ^{a/b} OR= 4.8 Riesgo muy elevado								
TIPO DE FAMILIA								
Nuclear ^b	10	41.7	8	33.3	6	25.0	24	63.2
Extensa	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	2.6
Monoparental	1	33.3	2	66.7	0	0.0	3	7.9
Compuesta	0	0.0	2	20.0	8	80.0	10	26.3
$X^2 = 14,773$ gl = 6 p = 0.022 Significativo; ^{a/b} OR= 9.3 Riesgo muy elevado								



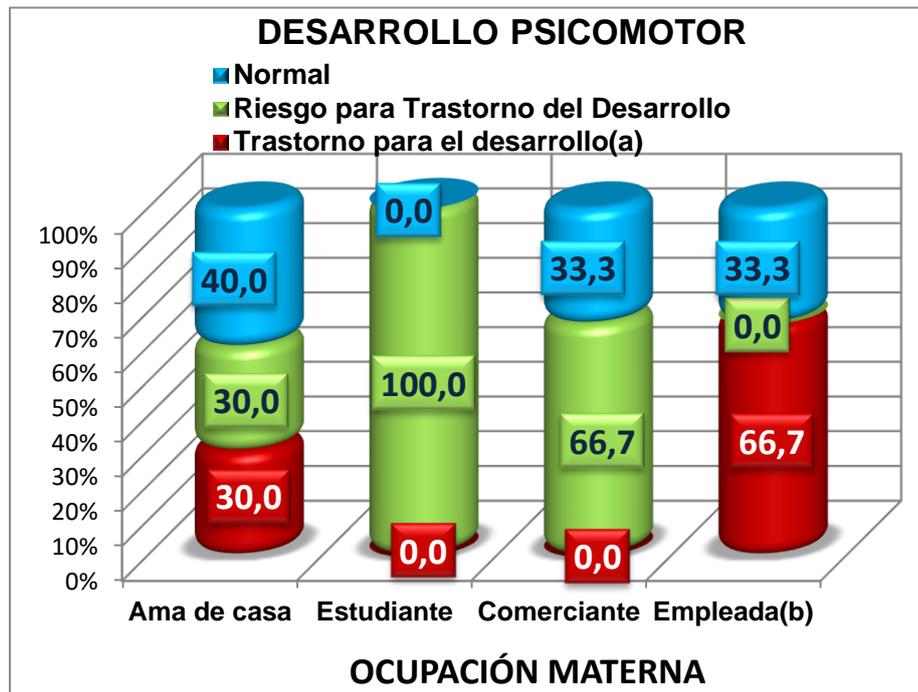
$X^2 = 7,641$ gl = 4 p = 0.106 No Significativo; ^{a/b}OR= 4.6 Riesgo muy elevado
Media = 28,24± 6,7 años

FIGURA Nro. 02: EDAD MATERNA ASOCIADAS CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



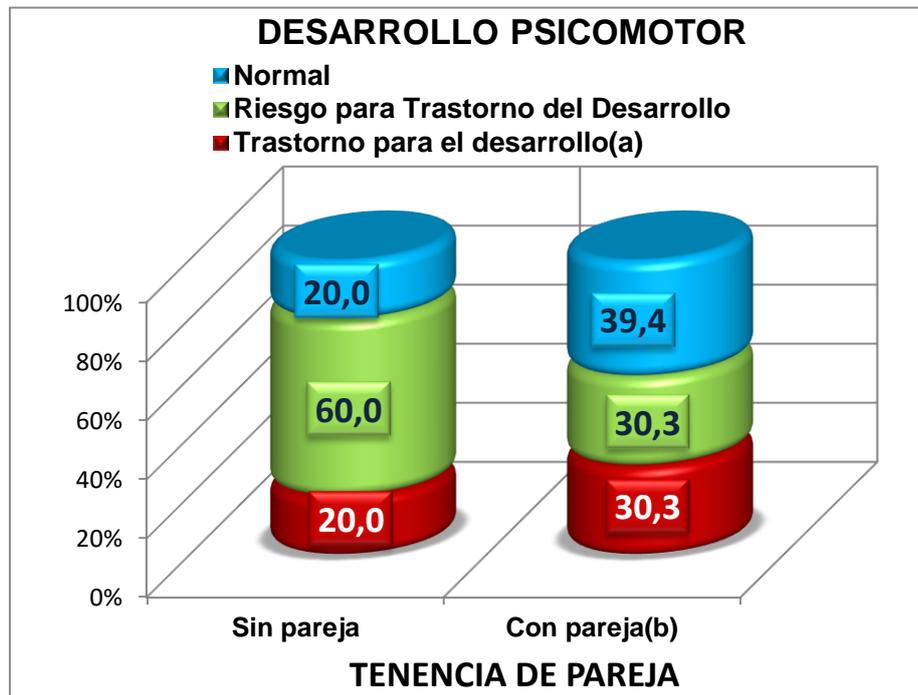
$X^2 = 4,931$ $gl = 4$ $p = 0.294$ No Significativo; ^{a/b}OR= 5.8 Riesgo muy elevado

FIGURA Nro. 03: NÚMERO DE HIJOS ASOCIADAS CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



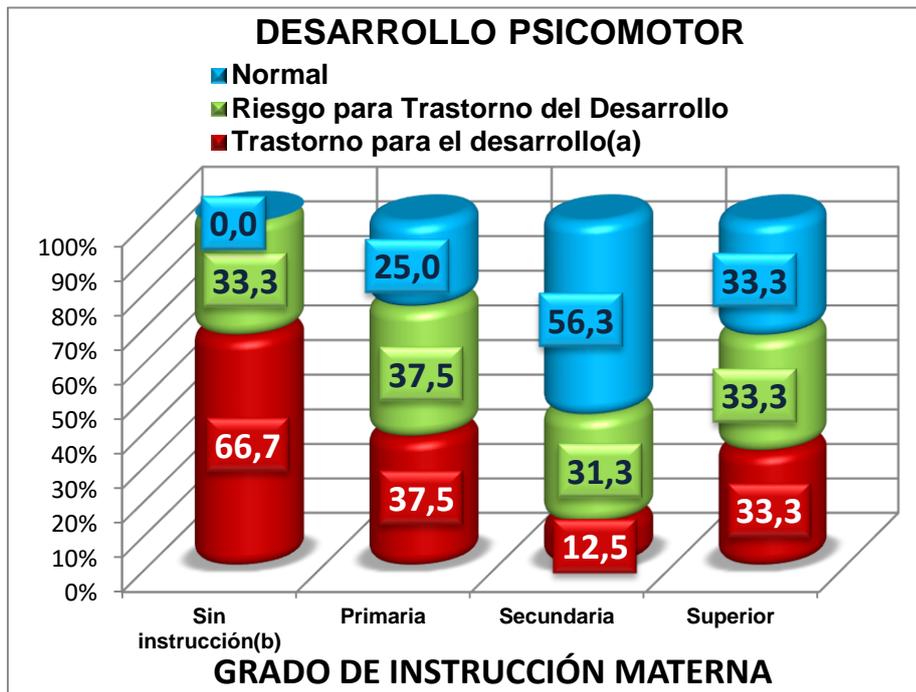
$X^2 = 8,407$ gl = 6 p = 0.210 No Significativo; ^{a/b}OR= 5.8 Riesgo muy elevado

FIGURA Nro. 04: OCUPACIÓN MATERNA ASOCIADA CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



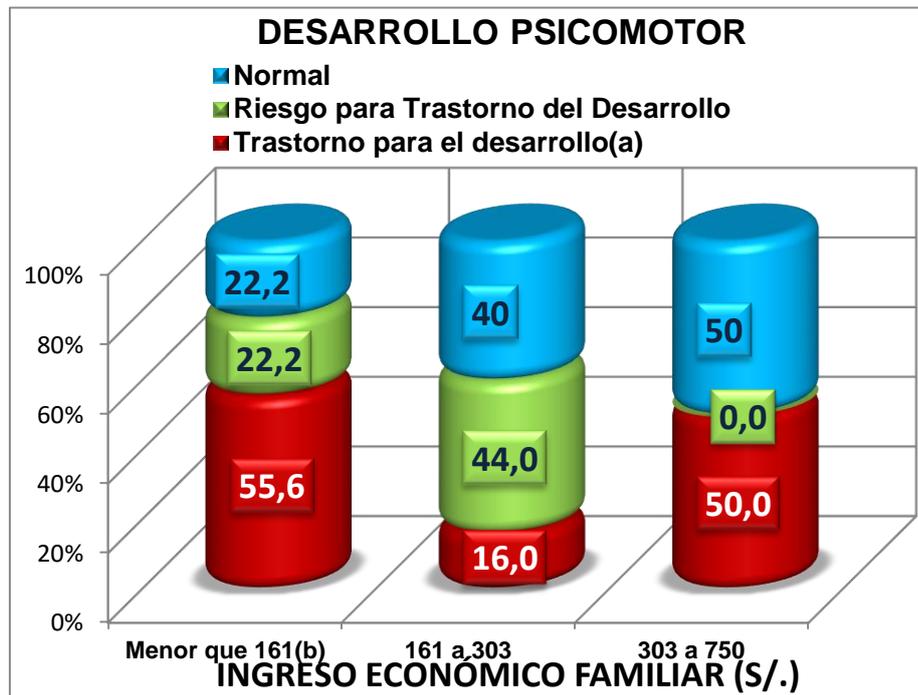
$X^2 = 1,722$ gl = 2 p = 0.423 No Significativo; ^{a/b}OR= 1.7 Riesgo moderado

FIGURA Nro. 05: TENENCIA DE PAREJA ASOCIADA CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



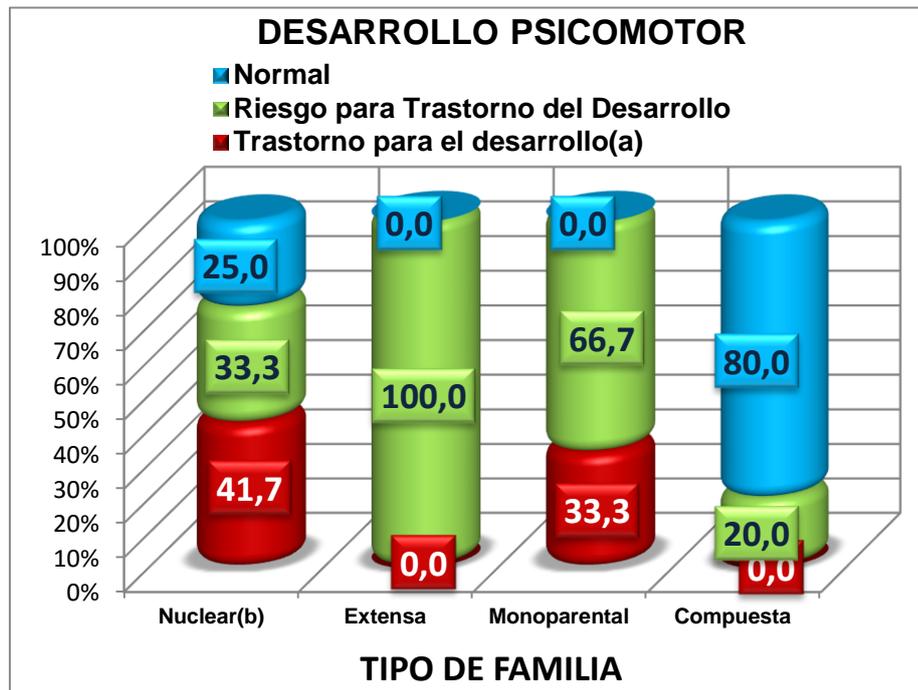
$X^2 = 6,847$ gl = 6 $p = 0.335$ No Significativo; ^{a/b}OR= 5.8 Riesgo muy elevado

FIGURA Nro. 06: GRADO DE INSTRUCCIÓN MATERNA ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



$X^2 = 7,486$ gl = 4 p = 0.112 No Significativo; ^{a/b}OR= 4.8 Riesgo muy elevado

FIGURA Nro. 07: INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



$X^2 = 14,773$ gl = 6 p = 0.022 Significativo; ^{a/b}OR= 9.3 Riesgo muy elevado

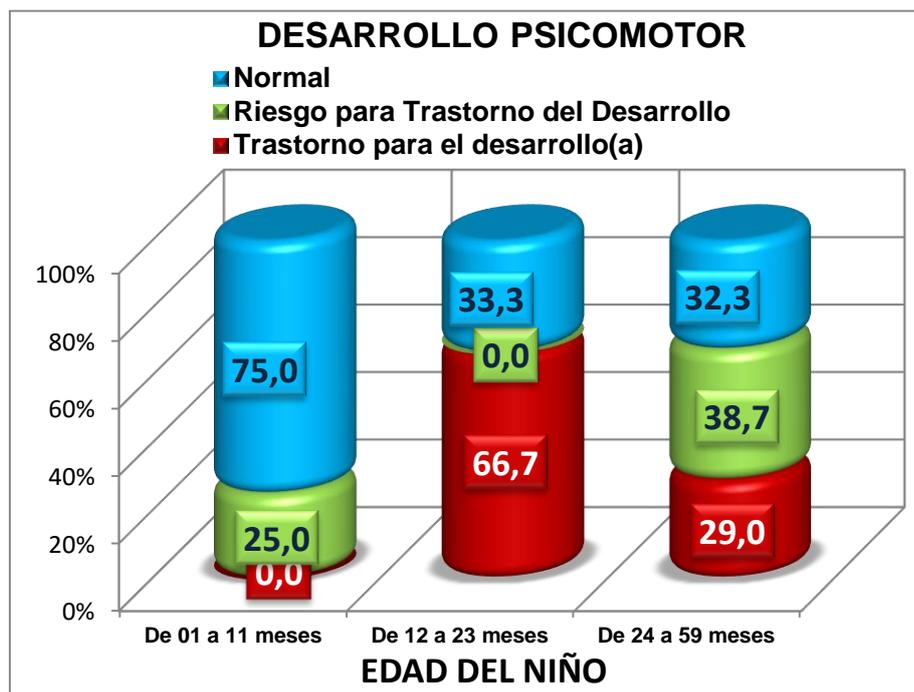
FIGURA Nro. 08: TIPO DE FAMILIA ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.

TABLA Nro. 03: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL NIÑO ASOCIADAS CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DEL NIÑO	DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS						TOTAL	
	Trastorno para el desarrollo ^a		Riesgo para Trastorno del Desarrollo		Normal		f _i	h _i
	f _i	h _i	f _i	h _i	f _i	h _i		
TOTAL	11	28.9	13	34.2	14	36.8	38	100.0
EDAD								
De 01 a 11 meses	0	0.0	1	25.0	3	75.0	4	10.5
De 12 a 23 meses	2	66.7	0	0.0	1	33.3	3	7.9
De 24 a 59 meses	9	29.0	12	38.7	10	32.3	31	81.6
X ² = 5,709 gl = 4 p = 0.222 No Significativo; Media = 36,32± 14,02 meses ^{a/b} OR= 5.7 Riesgo elevado								
SEXO								
Femenino ^b	7	36.8	4	21.1	8	42.1	19	50.0
Masculino	4	21.1	9	47.4	6	31.6	19	50.0
X ² = 3,027 gl = 2 p = 0.220 No Significativo; ^{a/b} OR= 2.2 Riesgo elevado								
NÚMERO DE HERMANOS								
Entre 1 y 2 hermanos	2	15.4	6	46.2	5	38.5	13	34.2
Entre 3 y 4 hermanos ^b	2	66.7	1	33.3	0	0.0	3	7.9
5 o más hermanos ^c	2	66.7	1	33.3	0	0.0	3	7.9
Hijo único	5	26.3	5	26.3	9	47.4	19	50.0
X ² = 7,501 gl = 6 p = 0.227 No Significativo; ^{a/b+c} OR= 7.1 Riesgo muy elevado								
DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA								
Entre 3 y 6 meses ^b	9	64.3	4	28.6	1	7.1	14	36.8
Entre 7 y 12 meses	2	10.5	7	36.8	10	52.6	19	50.0
Entre 13 y 24 meses	0	0.0	2	40.0	3	60.0	5	13.2
X ² = 16,117 gl = 4 p = 0.002 Significativo; ^{a/b} OR= 19.8 Riesgo muy elevado								
HOSPITALIZACIÓN								
Si	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	2.6
No	10	27.0	13	35.1	14	37.8	37	97.4
X ² = 2,521 gl = 2 p = 0.284 No Significativo								
ESTADO NUTRICIONAL								
Desnutrición Crónica ^b	5	62.5	3	37.5	0	0.0	8	21.1
Desnutrición Aguda	2	20.0	6	60.0	2	20.0	10	26.3
Normal	4	20.0	4	20.0	12	60.0	20	52.6
X ² = 14,197 gl = 4 p = 0.007 Significativo; ^{a/b} OR= 6.7 Riesgo muy elevado								
INMUNIZACIONES								
Completa	10	27.8	13	36.1	13	36.1	36	94.7
Incompleta ^b	1	50.0	0	0.0	1	50.0	2	5.3
X ² = 2,264 gl = 2 p = 0.322 No Significativo; ^{a/b} OR= 2.6 Riesgo elevado								

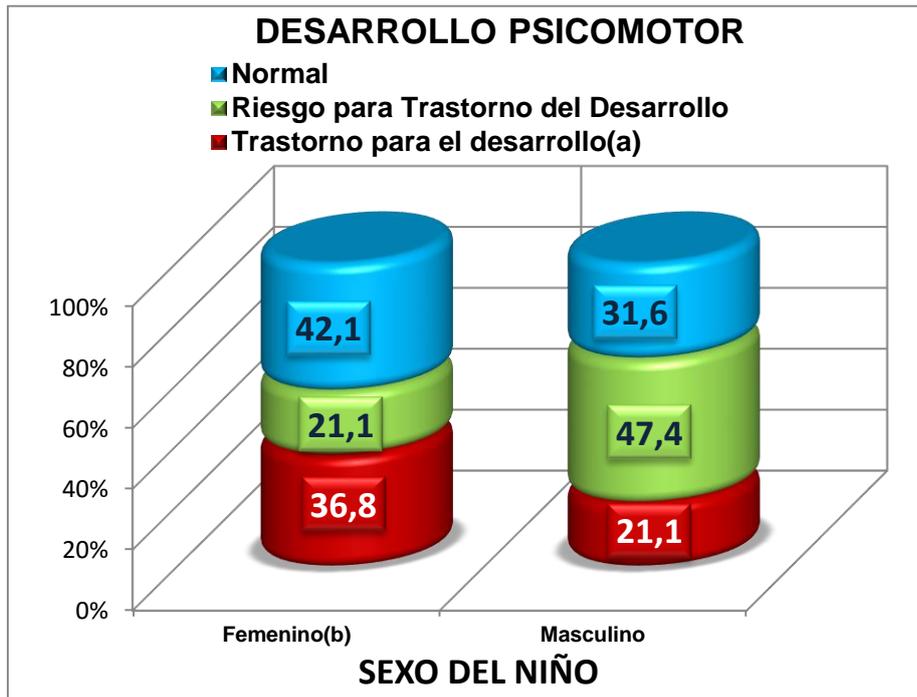
TABLA Nro. 03: ... Continuación.

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS MATERNOS	DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS						TOTAL	
	Trastorno para el desarrollo ^a		Riesgo para Trastorno del Desarrollo		Normal		f _i	h _i
	f _i	h _i	f _i	h _i	f _i	h _i		
TOTAL	11	28.9	13	34.2	14	36.8	38	100.0
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO								
Si cumple	10	27.8	13	36.1	13	36.1	36	94.7
No cumple ^b	1	50.0	0	0.0	1	50.0	2	5.3
X² = 2,264 gl = 2 p = 0.322 No Significativo; ^{a/b}OR= 2.6 Riesgo elevado								
PARASITOSIS INTESTINAL								
Presenta	6	66.7	3	33.3	0	0.0	9	23.7
No presenta	5	17.2	10	34.5	14	48.3	29	76.3
X² = 10,283 gl = 2 p = 0.006 Altamente Significativo; ^{a/b}OR= 9.6 Riesgo elevado								
ANEMIA								
Con anemia ^b	3	27.3	5	45.5	3	27.3	11	28.9
Sin anemia	8	29.6	8	29.6	11	40.7	27	71.1
X² = 1,256 gl = 2 p = 0.534 No Significativo; ^{a/b}OR= 1.1 sin Riesgo								



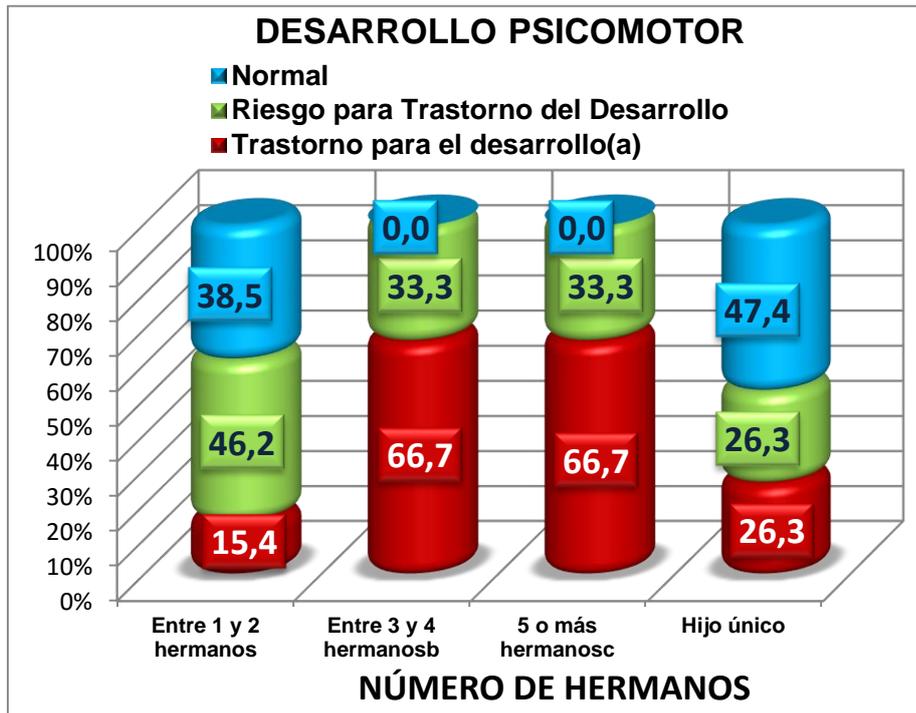
$X^2 = 5,709$ gl = 4 p = 0.222 No Significativo; Media = 36,32± 14,02 meses
^{a/b}OR= 5.7 Riesgo elevado

FIGURA Nro. 09: EDAD DEL NIÑO ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



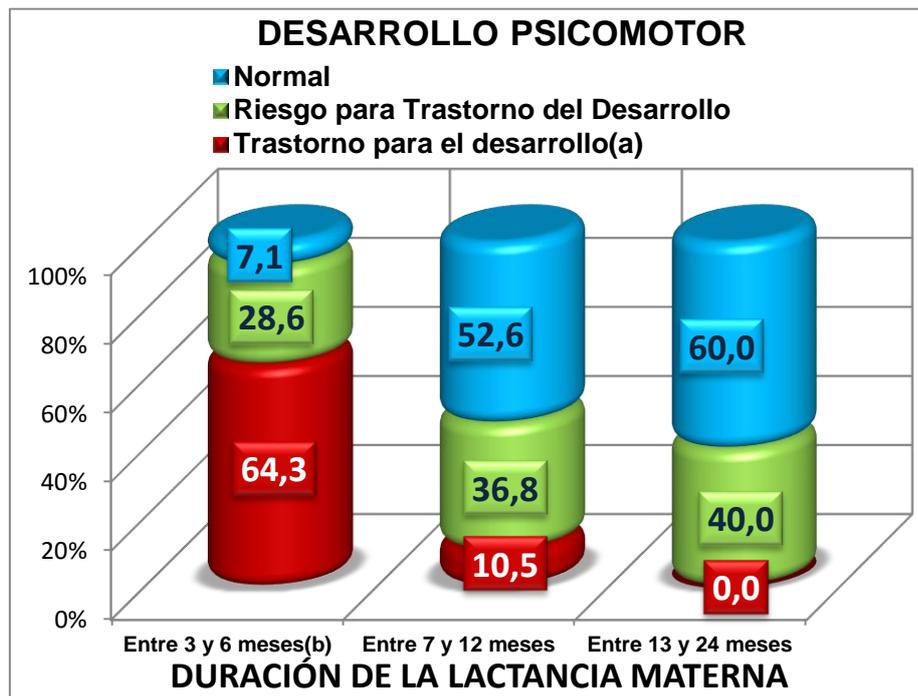
$X^2 = 3,027$ gl = 2 p = 0.220 No Significativo; ^{a/b}OR= 2.2 Riesgo elevado

FIGURA Nro. 10: SEXO DEL NIÑO ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



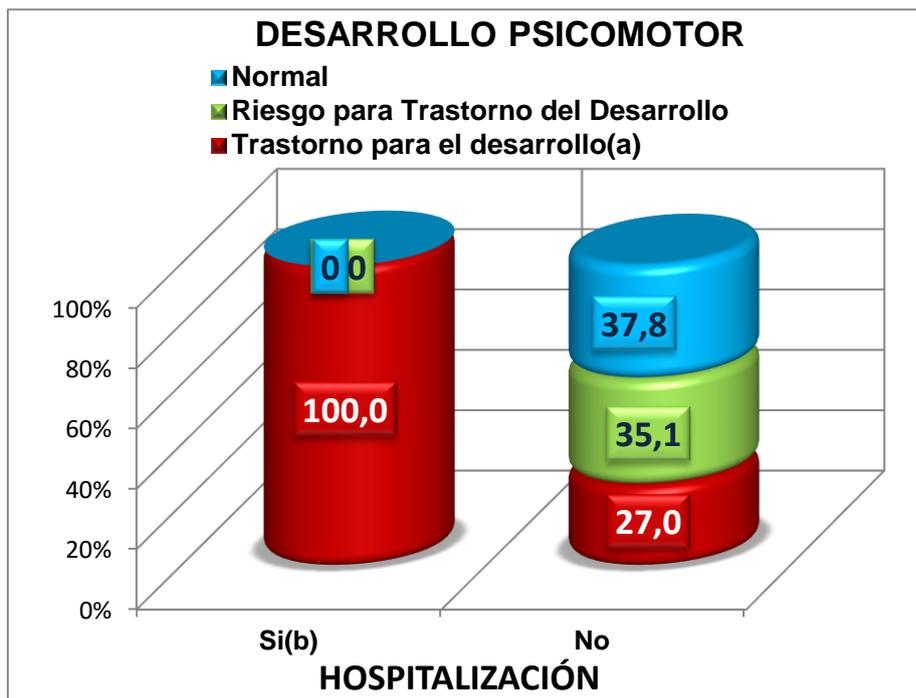
$X^2 = 7,501$ gl = 6 $p = 0.227$ No Significativo; ^{a/b+c}OR= 7.1 Riesgo muy elevado

FIGURA Nro. 11: NÚMERO DE HERMANOS ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



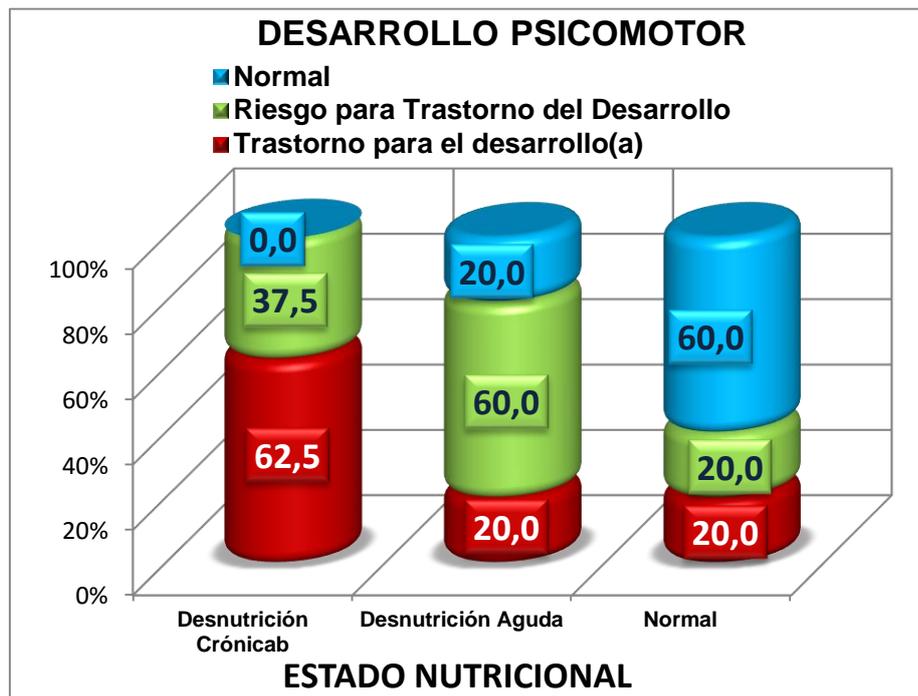
$X^2 = 16,117$ gl = 4 p = 0.002 Significativo; ^{a/b}OR= 19.8 Riesgo muy elevado

FIGURA Nro. 12: DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



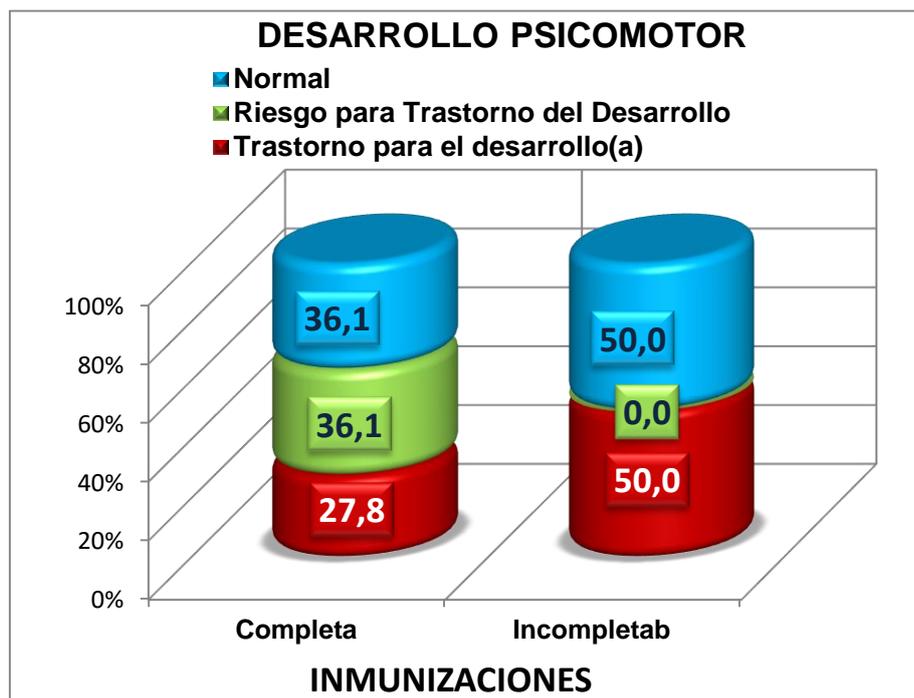
$X^2 = 2,521$ gl = 2 p = 0.284 No Significativo

FIGURA Nro. 13: HOSPITALIZACION ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



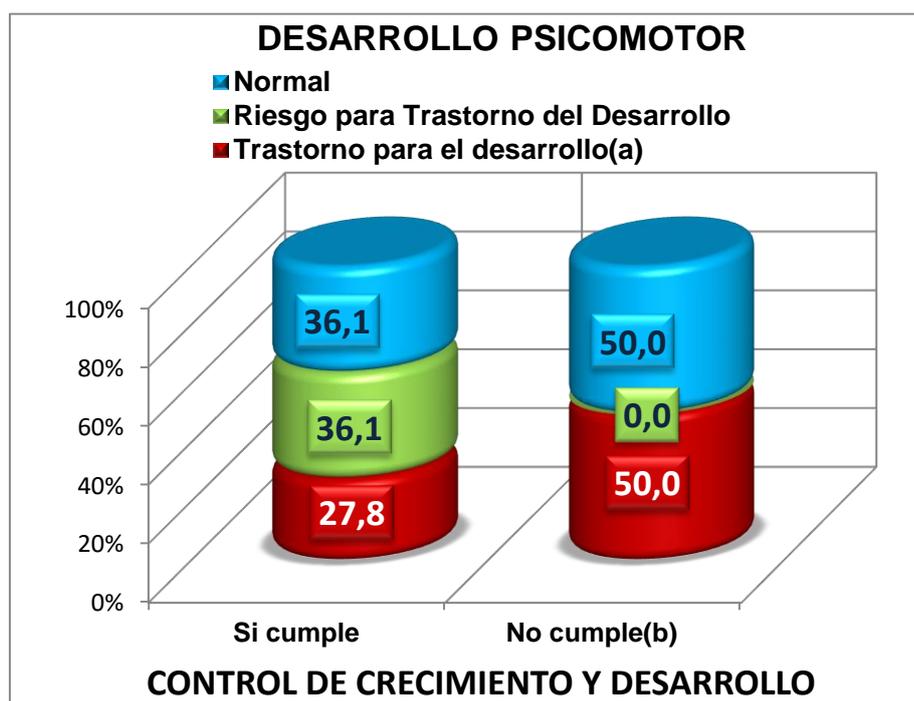
$X^2 = 14,197$ gl = 4 p = 0.007 Significativo; ^{a/b}OR= 6.7 Riesgo muy elevado

FIGURA Nro. 14: ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



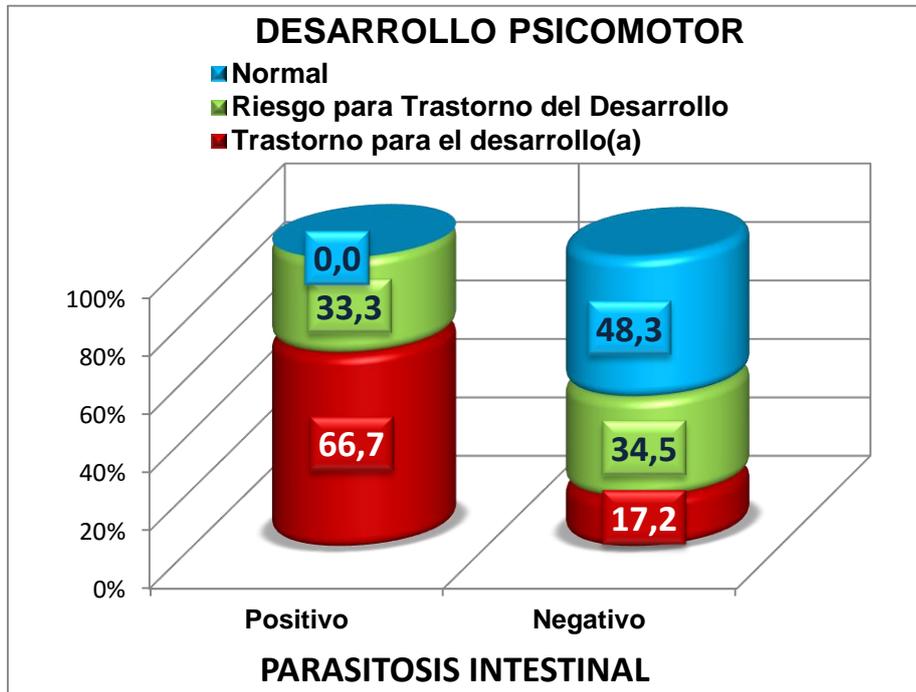
$X^2 = 2,264$ gl = 2 p = 0.322 No Significativo; ^{a/b}OR= 2.6 Riesgo elevado

FIGURA Nro. 15: INMUNIZACION ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



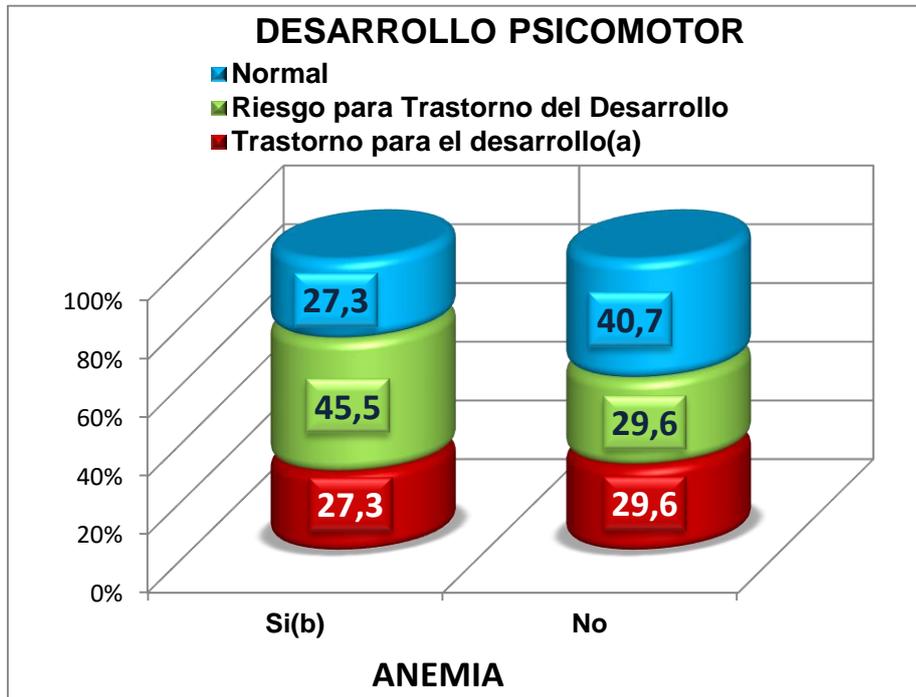
$X^2 = 2,264$ gl = 2 p = 0.322 No Significativo; ^{a/b}OR= 2.6 Riesgo elevado

FIGURA Nro. 16: CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



$X^2 = 10,283$ gl = 2 p = 0.006 Altamente Significativo; ^{a/b}OR= 9.6 Riesgo elevado

FIGURA Nro. 17: PARASITOSIS INTESTINAL ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.



$X^2 = 1,256$ gl = 2 p = 0.534 No Significativo; ^{a/b}OR= 1.1 sin Riesgo

FIGURA Nro. 18: ANEMIA ASOCIADO CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, PUESTO DE SALUD PIRPO, SIHUAS 2015.

4.2 ANALISIS Y DISCUSIÓN

En la Tabla N° 01 sobre el desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años, Puesto de Salud Pirpo, Sihuas 2015, se observa, que la mayoría tiene un desarrollo normal (36.8%), seguido de Riesgo para Trastorno del Desarrollo (34.2%) y Trastorno para el desarrollo (28.9%).

Los resultados son similares a los reportados por Maslucan, I. Y Velayarce, Z. (13), Langle S. y, Tolentino L. (18), quienes encontraron aproximadamente una tercera parte de la población con desarrollo psicomotor normal y con riesgo para trastorno del desarrollo, y difieren a los reportados por Díaz C. Yasser y, Pérez (7), Herrera C. y Otros (14), Alvarado, F. (15), Felipe L., y, Lavandera K. (16), López Y. y, Mondalgo K. (17), Gamarra R., e, Infantes D. (19), Mendoza A. y, Palacios K. (20), quienes encontraron más del 70.0% con desarrollo psicomotor normal.

El desarrollo psicomotor normal se logra porque el sistema nervioso ha madurado lo suficiente, que le permite el perfeccionamiento de sus habilidades. Los resultados obtenidos no son alentadores ya que más del 60% de los niños presentan Riesgo para Trastorno del Desarrollo y Trastorno para el desarrollo, lo cual va a repercutir a nivel cognoscitivo más adelante (37)

El desarrollo psicomotor debe ser integral y armonioso para el niño(a). La falta de logros significa la posibilidad de riesgo o retraso, el retraso del desarrollo psicomotor de los niños(as) se manifiesta en la etapa escolar, en el hecho de que un importante número de ellos repite unos o más cursos durante este periodo y un número también significativo abandona tempranamente la escuela (16) (32). (Mejorar redacción, hacer un solo párrafo, están haciendo redundancia, esto se debe evitar en un informe de tesis. Aplica en toda la discusión, hablar en probabilidad de la ocurrencia de la complicación, recuerde es un trabajo descriptivo no es experimental)

El desarrollo psicomotor se genera, organiza y mantiene en el medio natural donde crece el niño: este medio es la familia o en su ausencia los distintos sistemas que dependen de los patrones culturales de la comunidad y de la organización de los servicios de atención a los niños (33).

En tal sentido, el desarrollo psicomotor gira principalmente en torno a algunos temas específicos referidos a la experiencia vivida que parten del cuerpo para llegar, mediante el descubrimiento y uso de diversos lenguajes (corporal, sonoro-musical, gráfico, plástico, etc.), a la representación mental, al verdadero lenguaje y específicamente: a la emergencia y elaboración de la personalidad del niño, de su 'yo' como fruto de la organización de las diferentes competencias motrices y del desarrollo del esquema corporal, mediante el cual el niño toma conciencia del propio cuerpo y de la posibilidad de expresarse a través de él; a la toma de conciencia y organización de la lateralidad; a la organización y estructuración espacio-temporal y rítmica; y a la adquisición y control progresivo de las competencias grafomotrices en función del dibujo y la escritura (31) (32) (33).

En la Tabla N° 02, sobre las características sociodemográficas maternos asociadas con el desarrollo psicomotor en el niño menor de 5 años, Puesto de Salud Pirpo, Sihuas 2015, se observa lo siguiente:

Respecto a la edad materna, la mayoría tiene de 19 a 34 años de edad (76.3%), seguido con menor proporción las mayores de 34 años de edad (18.4%) y con mínima proporción las menores de 19 años de edad (5.3%). El promedio de edad de las madres es de $28,24 \pm 6,7$ años de edad. Entre las madres mayores de 34 años de edad presentan mayor trastorno para el desarrollo (57.1%), entre las madres de 19 a 34 años de edad, la mayoría presenta normal desarrollo psicomotor (48.3%) y, entre las menores de 19 años de edad prevalece el trastorno para el desarrollo (50.0%) y riesgo para el trastorno del desarrollo (50.0%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre la edad y el desarrollo psicomotor ($p=0,106$). Sin embargo, ante la prueba de riesgo, el tener más de 34 años de edad se constituye en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo ($OR=4.6$), es decir, existe 4.6 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si la madre tiene más de 34 años de edad.

Los resultados son similares a los reportados por Herrera C. y Otros (14), Gamarra R., e, Infantes D. (19), quienes encontraron mayor porcentaje de niños con desarrollo psicomotor normal en madres con edad de 20 a 39 años, asimismo, determinaron que la edad se comporta independientemente con el desarrollo

psicomotor y difieren a los reportados por Gómez, M. (5), quien encontró relación significativa entre la edad de la madre y el desarrollo psicomotor.

La edad de la madre es un factor ligado a la vida de los niños, los resultados encontrados, la mayoría de madres de 19 a 34 años, presenta lactantes con un desarrollo psicomotor normal, probablemente se explique, a que poseen mejor madurez emocional, pues toman conciencia de su rol a cumplir dentro del hogar en el cuidado de sus hijos, asumiendo su papel de madre con suficiente satisfacción y aceptación, participando en actividades que están dirigidas a lograr un óptimo estado de salud del niño. Sin embargo la edad cronológica como signo de madre responsable, no es garantía de la madurez emocional del individuo, porque no siempre refleja la capacidades para asumir cabalmente actividades de promoción de salud del niño; situación que se ve reflejada en el estudio, donde madres mayores de 34 años de edad presentan mayor trastorno para el desarrollo (57.1%) (47).

El número de hijos de la madre, la mayoría tiene menos de 2 hijos (68.4%), seguido con menor proporción de 2 a 4 hijos (23.7%) y con mínima proporción más de 4 hijos (7.9%). Entre las madres que tienen más de 4 hijos y de 2 a 4 hijos presentan mayor trastorno para el desarrollo (66.7% y 44.4% respectivamente) y, entre las madres que tienen menos de 2 hijos, la mayoría presenta normal desarrollo psicomotor (42.3%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre número de hijos y el desarrollo psicomotor ($p=0,294$). Sin embargo, ante la prueba de riesgo, el tener más de 4 hijos se constituye en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo (OR=5.8), es decir, existe 5.8 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si la madre tiene más de 4 hijos.

Los resultados son similares a los reportados por Gamarra R., e, Infantes D. (19), quienes determinaron que el número de hijos se comporta independientemente del desarrollo psicomotor, pero el tener más de 4 hijos tienen mayor riesgo de presentar trastorno para el desarrollo.

Respecto a la ocupación de la madre, la mayoría es ama de casa (78.9%), seguido con menor proporción estudiante (5.3%), comerciante (7.9%) y empleada (7.9%). Entre las madres empleadas presentan mayor trastorno para el desarrollo (66.7%), las estudiantes y comerciantes presentan más riesgo para el trastorno para el

desarrollo (100.0% y 66.7% respectivamente) y, entre las madres ama de casa, la mayoría presenta normal desarrollo psicomotor (40.0%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre ocupación de la madre y el desarrollo psicomotor ($p=0,210$). Sin embargo, ante la prueba de riesgo, el tener la ocupación de empleada se constituye en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo ($OR=5.8$), es decir, existe 5.8 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si la madre tiene la ocupación de empleada.

Los resultados difieren a los reportado por Alvarado, F. (15), Gamarra R., e, Infantes D. (19), quienes determinaron que la ocupación de la madre se relacionan significativamente con el desarrollo psicomotor.

Los resultados reflejan que las ocupaciones fuera de casa presentan mayor probabilidad de trastorno y riesgo en el desarrollo psicomotor del niño, debido a que el niño se queda largas horas a cargo de otras personas que no brindan al niño el afecto, la seguridad materna, el ambiente psicosocial oportuno para que éste desarrollo adecuadamente sus oportunidades (33).

Sobre la tenencia de pareja de la madre, la mayoría tiene pareja (86.8%), seguido con menor proporción las madres sin pareja (13.2%). Entre las madres sin pareja presentan mayor riesgo para el trastorno para el desarrollo (60.0%) y, entre las madres con pareja, la mayoría presenta normal desarrollo psicomotor (39.4%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre tenencia de pareja de la madre y el desarrollo psicomotor ($p=0,423$). Sin embargo, ante la prueba de riesgo, el tener pareja se constituye en riesgo moderado para un trastorno para el desarrollo ($OR=1.7$), es decir, existe 1.7 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si la madre tiene pareja.

Los resultados difieren a lo reportado por Gamarra R., e, Infantes D. (19), quienes determinaron que la tenencia de pareja se relacionan significativamente con el desarrollo psicomotor en niños.

Las madres sin pareja o independientemente del estado conyugal en que se encuentren tienen hijos con riesgo para el trastorno del desarrollo, ya que la función de la madre de cuidar y proteger al niño creando un ambiente de seguridad física

social y emocional, la conlleva a buscar los medios necesarios para criarlo, constituyéndose en madre y padre, por lo que se aúna el factor ocupación y el nivel socioeconómico, que influyen en el niño de manera significativa.

La ocupación o condición laboral de la madre asociado con la tenencia de pareja de la madre pueden guardar relación directa con el desarrollo Psicomotor del niño puesto que una madre separada o divorciada que se dedica a trabajar fuera del hogar restará tiempo a actividades dirigidas al cuidado y desarrollo de sus hijos trayendo como consecuencia un desarrollo psicomotor en riesgo o con algún retraso en las diferentes áreas de desarrollo psicomotor del niño.

Respecto al grado de instrucción de la madre, la mayoría tiene primaria (42.1%) y secundaria (42.1%), seguido con menor proporción las madres sin instrucción (7.9%) y superior (7.9%). Entre las madres sin instrucción presentan mayor riesgo para el trastorno para el desarrollo (66.7%), entre las madres con primaria la mayoría presenta trastorno para el desarrollo (37.5%) y riesgo para el trastorno para el desarrollo (35.7%); entre las madres con secundaria, la mayoría presenta normal desarrollo psicomotor (56.3%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre el grado de instrucción de la madre y el desarrollo psicomotor ($p=0,335$). Sin embargo, ante la prueba de riesgo, el no tener instrucción se constituye en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo ($OR=5.8$), es decir, existe 5.8 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si la madre no tiene instrucción.

Los resultados son similares a lo reportado por Herrera C. y Otros (14), quienes identificaron que el mayor porcentaje de niños con desarrollo psicomotor normal se relaciona con el grado de instrucción secundaria.

Los resultados difieren a lo reportado por Alvarado, F. (15), Langle S. y, Tolentino L. (18), Gamarra R., e, Infantes D. (19), quienes determinaron que el grado de instrucción se relacionan significativamente con el desarrollo psicomotor del niño. Sobre el tipo de familia, la mayoría es nuclear (63.2%), seguida por la compuesta (26.3%) y con menor proporción monoparental y extensa (7.9% y 2.6% respectivamente). Las de tipo de familia nuclear presentan mayor riesgo para el trastorno para el desarrollo (41.7%), entre las extensas y monoparental la mayoría presenta riesgo para el trastorno para el desarrollo (100.0% y 66.7%

respectivamente) y, entre las familias compuestas, la mayoría presenta normal desarrollo psicomotor (80.0%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe relación significativa entre el tipo de familia y el desarrollo psicomotor ($p=0,022$). Asimismo, ante la prueba de riesgo, el tener una familia nuclear se constituye en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo ($OR=9.3$), es decir, existe 9.3 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si pertenece a una familia nuclear.

Los resultados son similares a lo reportado por Alvarado, F. (15), quien determino que la estructura familiar tienen relación con el desarrollo psicomotor.

En la Tabla N° 03, sobre las características sociodemográficas del niño asociadas con el desarrollo psicomotor en el niño menor de 5 años, Puesto de Salud Pirpo, Sihuas 2015, se observa lo siguiente:

Respecto a la edad del niño, la mayoría tiene de 24 a 59 meses de edad (81.6%), seguido con menor proporción las mayores de 01 a 11 meses de edad (10.5%) y con mínima proporción los de 12 a 23 meses de edad (7.9%). El promedio de edad de los niños es de $36,32 \pm 14,02$ meses de edad, equivalente a 3 años de edad aproximadamente. Entre los niños de 12 a 23 meses presentan mayor trastorno para el desarrollo (66.7%), entre los de 24 a 59 meses de edad, la mayoría presenta riesgo para el trastorno del desarrollo (38.7%) y, los de 01 a 11 meses de edad presentan normal desarrollo psicomotor (75.0%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre la edad y el desarrollo psicomotor ($p=0,222$). Sin embargo, ante la prueba de riesgo, el tener 12 a 23 meses de edad se constituye en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo ($OR=5.7$), es decir, existe 5.7 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si el niño tiene 12 a 23 meses de edad.

Sobre el sexo del niño, en ambos géneros presentan por igual proporción, femenino (50.0%) y masculino (50.0%). Entre los niños de sexo masculino presentan mayor riesgo para el trastorno del desarrollo (47.4%) y, entre los de sexo femenino, la mayoría presenta normal desarrollo psicomotor (42.1%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre sexo y el desarrollo psicomotor ($p=0,220$). Sin embargo, ante la prueba de riesgo, el tener sexo femenino se

constituye en riesgo elevado para un trastorno para el desarrollo ($OR=2.2$), es decir, existe 2.2 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si el niño es del sexo femenino.

Los resultados son similares a lo reportado por Gómez, M. y, Colab. (8), Gamarra R., e, Infantes D. (19), quienes refieren que los niños de hábitat rural tiene mayor desarrollo psicomotor a los 18 meses, y la edad y el sexo del niño, se comporta independientemente del desarrollo psicomotor. Asimismo, los resultados difieren con lo reportado por Herrera C. y Otros (14), Escobar, Y. (11), quien observó que a mayor edad del niño mayor normalidad en el desarrollo psicomotor.

Respecto al número de hermanos, la mayoría son hijos únicos (50.0%), seguido de 1 y 2 hermanos (34.2%), con menor proporción, entre 3 y 4 hermanos (7.9%) y de 5 más hermanos (7.9%). Entre los niños que tienen entre 3 y 4 hermanos y, de 5 más hermanos presentan mayor trastorno del desarrollo (66.7% respectivamente), entre los de 1 y 2 hermanos, la mayoría presenta riesgo para el trastorno del desarrollo (46.2%) y, entre los de hijo único presentan la mayoría presentan normal desarrollo psicomotor (47.4%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre número de hermanos y el desarrollo psicomotor ($p=0,227$). Sin embargo, ante la prueba de riesgo, el tener de 3 a más hermanos se constituye en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo ($OR=7.1$), es decir, existe 7.1 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si el niño tiene de 3 a más hermanos.

Los resultados difieren con lo reportado por Herrera C. y Otros (14), quienes refieren que el 32% de los niños con desarrollo normal tenían un hermano.

Sobre la duración de la lactancia materna, la mayoría dura de 7 a 12 meses (50.0%), seguido de 3 a 6 meses (36.8%) y, con menor proporción, de 13 a 24 meses (13.2%). Entre los que duran de 3 a 6 meses presentan mayor trastorno del desarrollo (64.3%), entre los que duran de 7 a 12 meses y, de 13 a 24 meses, la mayoría presentan normal desarrollo psicomotor (52.6% y 60.0% respectivamente). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe relación significativa entre duración de la lactancia materna y el desarrollo psicomotor ($p=0,002$). Asimismo, ante la prueba de riesgo, el durar de 3 a 6 meses la lactancia materna se constituye

en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo (OR=19.8), es decir, existe 19.8 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si el niño lactó entre 3 a 6 meses.

Los resultados son similares a lo reportado por Gómez, M. (5), quien afirma que la lactancia materna tiene una influencia positiva sobre el desarrollo mental del niño a los 18 y 24 meses de edad, cuando su duración es igual o superior a cuatro meses, independientemente del efecto de otros factores medioambientales o genéticos.

Respecto a la hospitalización del niño, la mayoría no se ha hospitalizado (97.4%) y solo el 2.1% si se ha hospitalizado. Entre los niños que se han hospitalizado, todos presentan trastorno para desarrollo (100.0%) y, entre los que no se han hospitalizado, la mayoría presenta normal desarrollo psicomotor (37.8%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre hospitalización y el desarrollo psicomotor ($p=0,284$).

Sobre el estado nutricional del niño, la mayoría presenta un estado normal (52.6%), seguido de desnutrición aguda (26.3%) y, desnutrición crónica (21.1%). Entre los niños con desnutrición crónica presentan mayor trastorno del desarrollo (62.5%), entre los niños con desnutrición aguda, la mayoría presentan riesgo para el trastorno del desarrollo (60.0%) y, los niños con estado normal, la mayoría presenta normal desarrollo psicomotor (60.0%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe relación significativa entre estado nutricional y el desarrollo psicomotor ($p=0,007$). Asimismo, ante la prueba de riesgo, el tener desnutrición crónica se constituye en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo (OR=6.7), es decir, existe 6.7 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si el niño presenta desnutrición crónica.

Los resultados son similares a lo reportado por Felipe L., y Lavandera K. (16), determinaron que el estado nutricional se asocia significativamente al Desarrollo Psicomotor del niño de cinco años.

La alimentación deficiente se asocia con bajo rendimiento mental, no sólo en épocas tempranas sino también en edad escolar, sin embargo algunos investigadores piensan que es consecuencia únicamente de la condición social a través de la

deprivación ambiental. Diversos estudios sugieren que la deficiencia energética limita la actividad física, la interacción del niño con su madre y con el ambiente y, por lo tanto, los estímulos, al grado que incide en el desarrollo de funciones importantes. (32) (36).

Respecto a la inmunización del niño, la mayoría presenta inmunización completa (94.7%) y solo el 5.3% tiene inmunización incompleta. Entre los niños con inmunización incompleta presentan mayor trastorno del desarrollo (50.0%) y, entre los niños con inmunización completa, la mayoría presentan riesgo para el trastorno del desarrollo y normal desarrollo psicomotor (36.1% respectivamente). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre inmunizaciones y el desarrollo psicomotor ($p=0,322$). Sin embargo, ante la prueba de riesgo, el tener inmunización incompleta se constituye en riesgo elevado para un trastorno para el desarrollo ($OR=2.6$), es decir, existe 2.6 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si el niño tiene inmunización incompleta.

Sobre el control de crecimiento y desarrollo del niño, la mayoría cumple con el CRED (94.7%) y solo el 5.3% no cumple con el CRED. Entre los niños que no cumplen con el CRED presentan mayor trastorno del desarrollo (50.0%) y, entre los niños que cumplen con el CRED, la mayoría presentan riesgo para el trastorno del desarrollo y normal desarrollo psicomotor (36.1% respectivamente). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre el control de crecimiento y desarrollo y el desarrollo psicomotor ($p=0,322$). Sin embargo, ante la prueba de riesgo, el no cumplir con el CRED se constituye en riesgo elevado para un trastorno para el desarrollo ($OR=2.6$), es decir, existe 2.6 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si el niño no cumple con el CRED.

Respecto a la parasitosis intestinal, la mayoría de los niños no tienen parasitosis intestinal (76.3%) y el 23.7% presenta parasitosis intestinal. Entre los niños con parasitosis intestinal presentan mayor trastorno del desarrollo (66.7%) y, entre los niños sin parasitosis intestinal, la mayoría presentan normal desarrollo psicomotor (48.3%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe relación altamente significativa entre parasitosis intestinal y el desarrollo psicomotor ($p=0,006$). Asimismo, ante la prueba de riesgo, el presentar parasitosis intestinal se constituye en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo ($OR=9.6$), es decir, existe

9.6 veces más riesgo que el niño presente trastorno para el desarrollo, si el niño tiene parasitosis intestinal.

Sobre la anemia, la mayoría de los niños no presentan anemia (71.1%) y el 28.9% presenta anemia. Entre los niños con anemia presentan mayor riesgo para el trastorno del desarrollo (45.5%) y, entre los niños sin anemia, la mayoría presentan normal desarrollo psicomotor (40.7%). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre anemia y el desarrollo psicomotor ($p=0,534$). Asimismo, ante la prueba de riesgo, el presentar anemia no se constituye en riesgo para un trastorno para el desarrollo ($OR=1.1$).

Las características sociodemográficas de la madre y del niño, están asociados a múltiples factores, siendo uno de los determinantes el nivel socioeconómico, que por ende afectan el desarrollo psicomotor del niño.

Numerosas publicaciones dan cuenta de que la proporción de niños que presentan trastorno del desarrollo o riesgo para el trastorno del desarrollo psicomotor es mucho mayor en aquéllos que crecen en sectores pobres (38). El nivel socioeconómico bajo debería ser un factor de riesgo, pero por ser una condición muy heterogénea y afectar a un porcentaje significativo de la población, no permite por sí sólo focalizar la atención de salud. Si bien la proporción de niños con trastorno del desarrollo psicomotor es mayor en la población socioeconómica bajo que en la de su homónimo medio alto, muchos niños que crecen en condiciones precarias se desarrollan normalmente (29) (40). La psicología evolutiva se ha acumulado conocimientos sobre las influencias ambientales positivas y negativas para el desarrollo infantil, de manera que teóricamente, no sería difícil explicar porque en los sectores pobres el desarrollo psíquico se ve más afectado, debido a que el desarrollo emocional y social del niño surge de la relación que establece con las personas que lo cuidan (39) (40). La calidad de este vínculo depende del grado de aceptación con que el adulto recibe al niño, su sensibilidad e intuición para captar lo que éste expresa, su destreza para interpretar correctamente lo que desea y la posibilidad de responder en forma oportuna. El vínculo con los cuidadores genera un sentimiento de bienestar y confianza básica (40)(46).

La importancia de identificar los factores de riesgo de trastorno del desarrollo o riesgo para el trastorno del desarrollo psicomotor en el niño es reconocerlos y tomar

acciones de prevención que requieran de una acción más dirigida para favorecer la expresión de su potencial (40)

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

De los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Existe una proporción significativa entre trastorno y riesgo para el desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años (36.8% y 29.0%, respectivamente)
2. Entre las características sociodemográficas maternos, el tipo de familia se asocia significativamente con el desarrollo psicomotor ($p=0,022$), sin embargo, el tener más de 34 años de edad, ocupación empleada, más de 4 hijos, tener pareja, sin instrucción e ingreso económico familiar se constituyen en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo del niño menor de 5 años (OR=4.6, OR=5.8, OR=5.8, OR=1.7, OR=5.8, OR=9.3, respectivamente).
3. Entre las características sociodemográficas del niño, duración de la lactancia materna, estado nutricional y parasitosis intestinal se asocian significativamente con el desarrollo psicomotor ($p=0,002$, $p=0,007$, $p=0,006$, respectivamente), sin embargo, tener de 3 a más hermanos, tener 12 a 23 meses de edad, sexo femenino, tener inmunización incompleta, no cumple control de crecimiento y desarrollo se constituyen en riesgo muy elevado para un trastorno para el desarrollo del niño menor de 5 años (OR=7.1, OR=5.7, OR=2.2, OR=2.6, OR=2.6, respectivamente) y con anemia no se constituye un riesgo para trastorno del desarrollo (OR=1.1).

5.2 RECOMENDACIONES:

1. Los resultados encontrados nos muestran la importancia del rol que la enfermería cumple en la educación al paciente por lo que es necesario que el profesional de enfermería se dedique más al campo de prevención y promoción de la salud.
2. Al Puesto de Pirpo, a través de la estrategia Crecimiento y Desarrollo del niño coordinar, planificar y ejecutar estrategias de trabajo multidisciplinarias de calidad, tendientes a concientizar en las madres la importancia del desarrollo psicomotor del niño.
3. A las instituciones del sector Educación, para que promuevan la formulación de programas educativos sobre el desarrollo psicomotor de lactante y de esa manera puedan inculcar en el futuro profesional conocimientos, valores; que le permitan brindar así una educación efectiva a las madres y a la sociedad.
4. A los estudiantes en formación y a los profesionales de la salud, realizar otros estudios de investigación que permitan profundizar esta problemática, particularmente sobre las áreas del desarrollo psicomotor y otros factores que en el trabajo no se han considerado.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FRASER, Y. y Colab.. (2015). ¿Qué es el Desarrollo Infantil? Disponible en: <http://educamosjuntos.univalle.edu.co/descargables/Desarrollocerebroinfantil.pdf>. Acceso 17/06/2015.
2. MINISTERIO DE SALUD MINSA (2013). Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y niño menor de 5 años. MINSA/DGSP-V.01, Lima-Perú.
3. MINISTERIO DE SALUD (2006). Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el contexto del AIEPI. Lima - Perú
4. MINISTERIO DE SALUD (2013) "Evaluación del crecimiento y desarrollo del niño o niña. Parte I" .Chimbote –Perú.
5. GOMEZ M. (2002). "Influencia de la lactancia materna sobre el desarrollo psicomotor y mental del niño". Tesis Doctoral para optar el grado de Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad de Córdoba. Disponible en [:http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/275/13207192.pdf?sequence=1](http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/275/13207192.pdf?sequence=1). Acceso 10/10/2015
6. GARRIDO, K. y Hermosilla, V. (2007). Comparativo de factores psicosociales asociados al riesgo y retraso del desarrollo psicomotor entre niños mapúche y no mapuche controlados en el programa de estimulación del CESFAM panguipulli durante el periodo Octubre a Noviembre 2007". Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Universidad Austral de Chile. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmg241e/doc/fmg241e.pdf>. Acceso 15/10/2015
7. DIAZ C. Y. y Colab (2007). "Caracterización de la población preescolar". Cuba. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/10757/Caracterizacion-poblacion-preescolar-Consultorio-Policlinico-Plaza.html> . Acceso 16/08/2015.

8. GOMEZ, M. y Colab. (2008).” Influencia del hábitat sobre el desarrollo psicomotor a la edad de 18 meses”. Investigación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha. Vox pediátrica .Volumen 16 N°1;2008.Disponible en <http://spaoyex.es/sites/default/files/pdf/Voxpaed16.1pags26-32.pdf> .Acceso el 17 /10/2015.
9. OSORIO, I. y Colab.(2010).”Estimulación en el hogar y desarrollo motor en niños mexicanos de 36 meses .2010”.Mexico.Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n1/v52n1a03.pdf> Acceso el 10/10/2015.
10. ONTIVEROS, E.; Cravioto, J; Sanchez, C. y Colb. (2010). "Evaluación del desarrollo motor en función del género, estimulación disponible en el hogar y nivel socioeconómico en niños de 0 a 3 años de edad del área rural 2010”. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=286247&indexSearch=ID> .Acceso el 14 /10/2015
11. ESCOBAR, Y. (2000). Influencia del nivel socioeconómico y conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de sus hijos de 24 a 60 meses :Centro de Salud Ciudad y Campo 2000.Lima-Perú.Universidad Peruana Cayetano Heredia “Escuela de Enfermeras San Felipe. Informe de Tesis para obtener el título profesional .Disponible en http://www.bases_bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/ Accedido el 15/10/2015.
12. CALAGUA, G.; Congona, C. (2002). Conocimientos y prácticas sobre estimulación temprana en el desarrollo psicomotor del lactante en el C.S.Colina.Lima-Perú. Disponible en http://www.cybertesis.edu.pe/siabib/2007/vela_pcpdfvela_pc.pdf. Acceso el 11/10/2015

13. MASLUCAN, I. y Velayarce, Z. (2010). "Conocimiento materno sobre estimulación temprana y desarrollo psicomotor del lactante mayor .ESSALUD-TRUJILLO, 2010.Tesis para optar el Título de Enfermería. Disponible en <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/19743.pdf> .Acceso el 18/10/2015
14. HERRERA C. y Otros (2011). Desarrollo Psicomotor de niños de 4 años de edad según características sociodemográficas de la madre. Lima-Perú. Disponible en <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2415> Acceso el 20 /10/2015
15. ALVARADO, F. (2013). Factores sociodemográficos maternos que influyen en la práctica de estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños lactantes centro de salud José Carlos Mariátegui. Disponible en http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/308/1/Alvarado_fd.pdf
16. FELIPE L .y, Colab (2006). Estado nutricional asociado al desarrollo psicomotor en niños menores de cinco años .Asentamientos Humano la Gama. Distrito de Nepeña. Nuevo Chimbote 2006.Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú.
17. LÓPEZ Y., y Colab. (2008). Desarrollo Psicomotor del niño de 6 meses a 4 años relacionado al Nivel de Conocimiento de la madre cuidadora sobre Estimulación Temprana en Wawa Wasi AA.HH 10 de Septiembre y San Miguel. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú.
18. LANGLE. S., y, Colab. (2007). Desarrollo Psicomotor en niños de 6 meses y Antecedentes Maternos Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2007.Tesis para optar el grado de licenciado en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú.
19. GAMARRA R., y, Colab. (2010). Perfil epidemiológico del desarrollo psicomotor en pre escolares del Distrito Nuevo Chimbote 2009. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. . Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú.

20. MENDOZA A., y, Colab. (2014). "Desarrollo Psicomotor del Lactante Menor y Nivel de Conocimientos maternos sobre Estimulación Temprana. Hospital Eleazar Guzmán Barrón Nuevo Chimbote 2013". Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú.
21. MUKODSI Caram M. y Otros (2007) "Enfoque de Riesgo" Washington En: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEylAykAVkCnoAgYYT.php>
22. RODRÍGUEZ, A. (1997). Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. Dirección Nacional de Estomatología. Ministerio de Salud Pública. Revista Cubana de Estomatología. En: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol34_1_97/est07197.htm
23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986). Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie Paltex. OPS – OMS. Washington.
24. BREILH, J. (1985). Investigación en ciencias de la salud. 3 era ed. Ed. S. y S. Bolivia.
25. FELIPE L., Lavandera K. (2006), Estado nutricional asociado al desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años. Asentamiento Humano la Grama, distrito de Nepeña, 2006.
26. QUINTANILLA, M. (2000). Teoría del conocimiento en el diccionario de filosofía contemporánea. En: <http://www.filosofia.org>.
27. PAPALIA, D. (1992). Psicología del desarrollo. 5ta edición. Editorial Mc Graw – Hill. Bogotá – Colombia.
28. MORALES, E. (1989). Factores que influyen en el desarrollo psicomotriz del pre – escolar del CEI 1589. Campiña de Moche. Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería". Universidad Nacional de Trujillo.
29. SENADO, J. (1999). Los Factores de Riesgo en el Proceso Salud - Enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr. La Habana – Cuba
30. CINTERFOR (2000). Riesgo en la Salud. En Página Web: <http://www.cinterfor.org.uy/jovenes/doc/>

31. SCHONHAUT L, Álvarez J, Salinas P. (2008). El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor. *Rev Chil Pediatr* 2008; 79(Supl. 1):26-31.
32. POÓ Arguelles P. (2008). Desarrollo psicomotor. La normalidad y los signos de alerta. *Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria* 2008; 53-55. [sitio en Internet]. [acesado en 2013 ago 4]. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/MR_Psicomotor_normalidad_signos_alerta.pdf.
33. ILLINGWORTH RS. (1983). *El Desarrollo Infantil en sus Primeras Etapas*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica S.A.; 1983.
34. VERICAT, Agustina, & Orden, Alicia Bibiana (2013). El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2977-2984. Retrieved December 01, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000022&lng=en&tlng=es.
35. YOUNG ME. (2003). *Desarrollo del Niño en la Primera Infancia: Una Inversión en el Futuro*. Washington: Publicaciones Banco Mundial. Washintong.
36. PÓO Arguelles P. (2006). Desarrollo psicomotor: características evolutivas de 0-3 años, signos de alerta. Resúmenes de la V Reunión Anual de la Sociedad Asturiana de Pediatría de Atención Primaria. Oviedo: Sociedad Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.
37. YOUNG ME, (2005). Fujimoto Gómez G. Desarrollo infantil temprano: lecciones de los programas no formales. *Acción pedagógica* 2004; 13(2):186-198. Cyrulnik B. *Los Patitos Feos*. La resiliencia. Una Infancia infeliz no determina la vida. Madrid: Gedesa.
38. LANDERS C, Mercer R, Molina H, Young ME. (2006). *Desarrollo Integral en la Infancia: Una prioridad para la Salud*. Santiago de Chile: OPS.
39. KORTS (1990). *Psicología del Desarrollo de la Infancia y adolescencia*. Tercera edición. Ed. Harder. Barcelona.

40. SCHONHAUTB, L.; Rojas, P.; y Kaempfer, A. (2005). Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en pre escolares de nivel socioeconómico bajo: Comuna urbano rural. Región metropolitana". Chile
41. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA (2012). Desarrollo Infantil Y Competencias en la Primera Infancia. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles178053_archivo_PDF_libro_desarrolloinfantil.pdf. Acceso 05/07/2015.
42. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). Duración optima de la Lactancia Materna Exclusiva". Disponible en :http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/ .Acceso 10/10/2015.
43. WIKIPEDIA (2015). Hospitalización. Disponible: <https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital> Acceso el 1/09/2015.
44. SANCHEZ M .Aparicio (2000). Enfermería Comunitaria. Concepto de Salud y factores que la condicionan. Edit. Mc Graw-Hill Interamericana. España.
45. WIKIPEDIA (2015). Anemia. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Anemia> Acceso el 19/10/2015
46. SANTROCK. W. Jhon (2003). Psicología del Desarrollo. Ed. Mc Graw-Hill. Interamericana de España. España.
47. PAPALIA S. Diane (2007). Desarrollo Humano. Novena Edición Ed. Graw Hill México. México.
48. WATSON R, y, Day H. (1991). Psicología del niño y del adolescente. 1ra ed. Ed. Limusa. México.
49. DEFINICION ABC. (2015). Definición de Ingreso Familiar. Disponible: <http://www.definicionabc.com/economia/ingreso-familiar.php>. Acceso el 1/09/2015.

50. WORDPRESS (2012). Familia: Definición y Tipos. Disponible:
<https://escuelaspadres.wordpress.com/2012/01/11/familia-definicion-y-tipos/>. Acceso el 1/09/2015.

ANEXOS

ANEXO N° 01
FICHA DE ANALISIS DE DATOS DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

- a. Edad :** _____
- De 01 a 11 meses ()
 - De 12 a 23 meses ()
 - 24 a 59 meses ()
- b. Sexo:**
- Femenino ()
 - Masculino ()
- c. Numero de hermanos**
- Entre 1 y 2 hermanos. ()
 - Entre 3 y 4 hermanos. ()
 - 5 o más hermanos. ()
 - Hijo único. ()
- d. Duración de la Lactancia Materna**
- Entre 3 y 6 meses ()
 - Entre 7 y 12 meses ()
 - Entre 13 y 24 meses ()
- e. Hospitalización:**
- Si ()
 - No ()
- f. Estado Nutricional:**
- Riesgo Nutricional: Déficit o Exceso. ()
 - Desnutrición Aguda. ()
 - Desnutrición Crónica. ()
 - Obeso. ()
 - Normal. ()
- g. Inmunizaciones:**
- Completa. ()
 - Incompleta. ()
- NOTA: ver Anexo 04
- h. Control De Crecimiento y Desarrollo (CRED):**
- Si Cumple. ()
 - No Cumple. ()
- NOTA: ver Anexo 05
- i. Parasitosis Intestinales:**
- Presenta. ()
 - No presenta. ()
- j. Anemia**
- Con anemia ()
 - Sin anemia ()

ANEXO N° 2

CUESTIONARIO SOBRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MADRE DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

a. Edad: _____

- Menor de 19 años. ()
- De 19 a 34 años. ()
- De 34 años o + ()

b. Número de hijos :

- Menor de 2 hijos. ()
- 2 a 4 hijos. ()
- Mayor que 4 hijos. ()

c. Ocupación de la madre:

- Ama de casa (se dedica a las tareas del hogar y o labores del campo). ()
- Estudiante. ()
- Comerciante (madre que se dedica a hacer negocios comprando y vendiendo negocios). ()
- Empleada (madre que desempeña una ocupación intelectual). ()

d. Tenencia de pareja:

- Sin pareja. ()
- Con pareja. ()

e. Grado de instrucción:

- Sin instrucción. ()
- Primaria. ()
- Secundaria. ()
- Superior. ()

f. Ingreso Familiar:

- 161 a 303 nuevos soles. ()
- 303 a 750 nuevos soles. ()
- Mayor a 750 nuevos soles. ()

g. Tipo de Familia:

- Nuclear. ()
- Extensa. ()
- Monoparental. ()
- Compuesta. ()

ANEXO N° 03

SI CUMPLE ()
 NO CUMPLE ()

INMUNIZACIONES	BCG	HVB	APO			PENTAVALE NTE			ROTAVIR US		NEUMOCOCO			INFLUENZ A		SPR		AMA	DPT	
			1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	1°	2°	3°	1°	2°	1°	R		1° R	2° R
R.N																				
1 MES																				
2 MESES																				
3 MESES																				
4 MESES																				
5 MESES																				
6 MESES																				
7 MESES																				
8 MESES																				
9 MESES																				
10 MESES																				
11 MESES																				
12 MESES																				
15 MESES																				
18 MESES																				
23 MESES																				
2 AÑOS																				
3 AÑOS																				
4 AÑOS																				
5 AÑOS																				

ANEXO N° 04

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	RN		MENOR DE UN AÑO											1 AÑO						2 AÑOS				3 AÑOS				4 AÑOS				5 AÑOS
	1°	2°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1 MES																																
2 MESES																																
3 MESES																																
4 MESES																																
5 MESES																																
6 MESES																																
7 MESES																																
8 MESES																																
9 MESES																																
10 MESES																																
11 MESES																																
1 AÑO																																
2 AÑOS																																
3 AÑOS																																
4 AÑOS																																
5 AÑOS																																

SI CUMPLE () NO CUMPLE ()

ANEXO N° 05

TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

ACTIVIDAD	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES	
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO SENTADO								FISIOLOG. LOGRADOS										
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO ROTACIONES							CONDUCTA LOGRADA											
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO EN MARCHA																		
USO DEL BRAZO Y MANO																		
VISION																		
AUDICION																		
LENGUAJE COMPRENSIVO																		
LENGUAJE EXPRESIVO																		
COMPORTAMIENTO SOCIAL																		
ALIMENTACION VESTIDO E HIGIENE																		
JUEGO																		
INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE																		
ACTIVIDAD	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES	

ANEXO Nº 06

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

		Si	No	Diag			Si	No	Diag
	Movimientos asimétricos de brazos y piernas			N	1-2 meses	Camina solo con pobre equilibrio y piernas separadas			N
	Aprende a cualquier objeto colocado en su mano					Ofrece un juguete			
	Detiene sus movimientos al oír un sonido			T		Hace garabatos			T
	Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado								
	Sigue con la mirada objetos sin sonido en ángulo de 90°			N	1-4 meses	Dice dos palabras sueltas además de "Papá y Mamá"			N
	Emite sonidos o "agu" cuando se le habla					Forceja hasta sacarse los zapatos			
	Sonríe ante cualquier rostro			T					T
	Al contacto con un objeto abre y cierra la mano				1-6 meses	Mete un fregol en un frasco			N
	La cabeza acompaña al movimiento del tronco - no cae			N		Identifica figuras de objetos comunes			
	Sigue con la mirada objetos cercanos sin sonido en ángulo de 180°					Arastra juguetes			T
	Voltea al oír el sonido de la campana			T		Come en la mesa con los demás			
	Juega con sus manos				1-8 meses	Sentado en el suelo se para solo			N
	Toma un objeto con ambas manos			N		Hace torre de 3 cubos			
	Lleva los juguetes a la boca			T		Dice palabras, frases "Mamá teta"			T
					1-20 meses	Utiliza un objeto para alcanzar otro			
	Mantiene el torso recto con apoyo de manos hacia delante			N		Defiende su juguete			N
	Se repite así mismo y en respuesta a los demás					Come			
	Reconoce su nombre			T		Avisa para hacer sus necesidades			T
	Juega con sus manos y pies				1-22 meses				
	Gira sobre su cuerpo fácilmente			N		Comprende dos frases sencillas consecutivas "Recoge el cubo y dímelo"			N
	Coge un objeto en cada mano					Intenta quitarse las prendas inferiores			
	Comprende "ven" "chuu"			T	1-24 meses	Juega con otros niños			T
	Mira cuando cae un objeto								
	Se mantiene sentado sin apoyo			N		Hace torre de 7 cubos			N
	Dice "Pa-Pa" "Ma-Ma" a cualquier persona			T		Comprende 3 frases "Siéntate, quítate los zapatos y dímelo"			
					1-30 meses	Dice oraciones simples "Mamá vamos calle", "Mamá quiero pan"			T
	Hace pinza índice pulgar -torpe			N		Desenrosca la tapa de un frasco para mirar dentro			
	Ullama o grita para establecer contacto con otros					Hace un puente con 3 cubos			N
	Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido			T		Pasa una página, elige una figura de un libro y la nombra			
					1-3 años	Se pone alguna ropa			T
	Comprende el "No"			N		Coloca los autos en orden de tamaños			N
	Encuentra objetos ocultos					Nombra animales (de 8 menciona 6)			
				T		Nombra colores (rojo, azul y amarillo)			
					1-4 años	Copia una cruz			D
	Camina apoyándose en las cosas			N		Se para en un pie 10 segundos o más			
	Dice "Papá" y "Mamá"					Verbaliza su nombre y apellidos			
	Busca el juguete en la caja			T		Conoce la utilidad de objetos (cuchara, lápiz, tijera, jabón)			N
						Copia un círculo			
	Hace pinza fina			N		Abotona y desabotona un estuche			D
	Responde a una orden simple e identifica objetos					Camina en punta de pies seis pasos o más			
	Sujeto de una mano empuja la pelota con el pie			T					
	Explora su juguete								

N: Normal D: Déficit T: Trastorno del desarrollo

ANEXO N° 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es **“Características sociodemográficas asociados al desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años. puesto de salud pirpo – sihuas, 2015”**.

El Propósito de este estudio es Conocer la percepción del familiar del cuidado de la enfermera en el área de la comunicación y apoyo emocional. Servicio de Cuidados Críticos del Adulto.

El presente proyecto investigación está siendo conducida por **Mirian Apaza Ayala y Erika Valladares Ramírez** con la asesoría de la profesora Mg. **Esperanza Melgarejo Valverde** de la **Universidad Nacional del Santa**.

Yo,..... doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando. Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e informado del estudio y que puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido para esto, puede comunicarme con:

Nombre de las investigadoras:

Nombre de la asesora:

Dirección:

Dirección:

Institución

Institución

Teléfono:

Teléfono

Email.

Email.

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....

.....

Firma del participante y fecha

Nombre del participante

.....

.....

Firma del investigador y fecha

Nombre del investigador