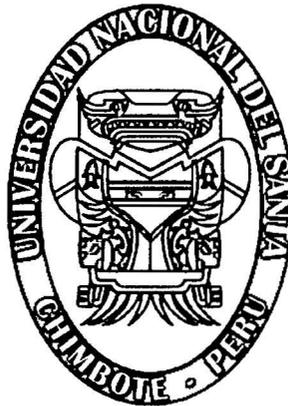




**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**



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



**ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS  
MATERNOS EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR  
DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.  
PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO.  
CHIMBOTE, 2013.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TESISTA:**

**Bach: Enf. PUMARICA PELÁEZ, FIORELLA CAROLINA**

**ASESORA:**

**Dra. SERRANO VALDERRAMA, CARMEN**

**NUEVO CHIMBOTE  
2014**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS MATERNOS EN EL  
DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.  
PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE**

**LICENCIADA EN ENFERMERIA.**

**TESISTA:**

**Bach. Enf. PUMARICA PELÁEZ, Fiorella Carolina**

**ASESORA:**

**Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen**

**NUEVO CHIMBOTE, 2014**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**REVISADO Y V°. B° DE:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Serrano Valderrama', is written over a horizontal dashed line.

**Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen**

**ASESORA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**REVISADO Y V°. B° DE:**

**Mg. RODRÍGUEZ BARRETO, Yolanda**

**Presidente**

**Mg. PINTO FLORES, Irene**

**Secretaria**

**Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen**

**Integrante**

## **DEDICATORIA**

A **DIOS** que iluminó mi camino y me brindo su compañía en tiempos difíciles por darme la dicha de ver el sol de cada mañana y hacer de mi una persona dichosa.

A mi querido hijo: **Uriel Carrillo** y amado esposo: **Fernando Carrillo**, quienes son el motor que guía mi vida para la superación y por darme su amor y comprensión incondicional

A mis padres: **Norma Peláez y Braulio Pumarica**, por brindarme el privilegio de ser una profesional, por enseñarme a salir adelante con esfuerzo y por brindarme su constante apoyo.

**FIGRELLA PUMARICA**

## **AGRADECIMIENTO**

A mi asesora: DRA. CARMEN SERRANO VALDERRAMA Por la excelente labor desarrollada como asesora, guiándome constantemente con dedicación y gran conocimiento en todas las etapas del trabajo de tesis, que fueron elementos claves para lograr la finalización del presente trabajo. Por su amistad, asesoramiento, orientación, comprensión y paciencia durante el desarrollo y culminación de la presente tesis y el apoyo incondicional durante mi formación académica.

## INDICE GENERAL

Pág.

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>13</b>
<b>II.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>35</b>
<b>III.</b>	<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>43</b>
<b>IV.</b>	<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
	4.1 RESULTADOS	54
	4.2 DISCUSIÓN	76
<b>V.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
	5.1 CONCLUSIONES	90
	5.2 RECOMENDACIONES	91
<b>VI.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>93</b>
<b>VII.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>109</b>

## INDICE DE TABLAS

Pág.

**TABLA N° 01: ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS  
MATERNOS DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD  
MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.** 54

**TABLA N° 02: DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A  
5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE,  
2013.** 64

**TABLA N° 03: ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS  
MATERNOS RELACIONADOS AL DESARROLLO PSICOMOTOR  
EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES  
ALTO. CHIMBOTE, 2013.** 66

## INDICE DE FIGURAS

Pág.

<b>FIGURA N° 01:</b> EDAD DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.	56
<b>FIGURA N°02:</b> RESIDENCIA DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.	57
<b>FIGURA N°03:</b> NÚMERO DE HIJOS DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.	58
<b>FIGURA N° 04:</b> OCUPACIÓN DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.	59
<b>FIGURA N° 05:</b> TENENCIA DE PAREJA DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.	60

**FIGURA N°06:** GRADO DE INSTRUCCION DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013. 61

**FIGURA N°07:** PROCEDENCIA DE LA MADRE DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013. 62

**FIGURA N°08:** INGRESO ECONOMICO DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013. 63

**FIGURA N° 09:** DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013. 65

**FIGURA N° 10:** FACTORES SOCIOECONÓMICOS MATERNOS: EDAD DE LA MADRE RELACIONADO AL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. CHIMBOTE, 2013. 68

**FIGURA N° 11:** FACTORES SOCIOECONÓMICOS  
MATERNO: RESIDENCIA DE LA MADRE RELACIONADO AL  
DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.  
CHIMBOTE, 2013. 69

**FIGURA N° 12:** FACTORES SOCIOECONÓMICOS  
MATERNO: NUMERO DE HIJOS RELACIONADO AL  
DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.  
CHIMBOTE, 2013. 70

**FIGURA N° 13:** FACTORES SOCIOECONÓMICOS  
MATERNOS: OCUPACION RELACIONADO AL DESARROLLO  
PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. CHIMBOTE, 2013. 71

**FIGURA N° 14:** FACTORES SOCIOECONÓMICOS  
MATERNOS: TENECIA DE PAREJA RELACIONADO AL  
DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.  
CHIMBOTE, 2013. 72

**FIGURA N° 15:** FACTORES SOCIOECONÓMICOS  
MATERNOS: GRADO DE INSTRUCCION RELACIONADO AL  
DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.  
CHIMBOTE, 2013. 73

**FIGURA N° 16: FACTORES SOCIOECONÓMICOS  
MATERNOS: PROCEDENCIA RELACIONADO AL  
DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.  
CHIMBOTE, 2013.**

74

**FIGURA N° 17: FACTORES SOCIOECONÓMICOS  
MATERNOS: INGRESO ECONOMICO RELACIONADO AL  
DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.  
CHIMBOTE, 2013.**

75

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, tiene como objetivo general conocer los antecedentes socioeconómicos maternos en el desarrollo psicomotor del niño de 2 a 5 años. La población estuvo conformada por madres y sus niños de 2 a 5 años que acuden al Puesto de Salud Miraflores Alto, Chimbote 2013. En la recolección de datos se aplicó el cuestionario: Antecedentes Socioeconómicos Maternos, y el test de Desarrollo Psicomotor de 2 a 5 años (TEPSI). El procesamiento y análisis de datos se realizó en el Software especializado en Estadística y Epidemiología: EPIINFO, en sus 2 niveles. Llegando a las siguientes conclusiones: El 65.7% de las madres tiene de 20 a 35 años, el 89.9% reside en zona urbano marginal; el 40% tiene entre 1 y 2 hijos; el 51.4% son amas de casa; el 77.1 % tienen pareja, el 65.7% presenta grado de instrucción secundaria; el 91% proceden de la costa; y el 68.6% presenta ingreso económico mínimo vital. El 80% de los niños pre escolares presentan un desarrollo psicomotor normal, el 14.3% presentan un riesgo en el desarrollo psicomotor y el 5.7% presentan un retraso en el desarrollo psicomotor. No existió relación estadística significativa entre los antecedentes maternos: Edad, residencia, número de hijos, ocupación, tenencia de pareja, grado de instrucción, procedencia e ingreso económico, con el desarrollo psicomotor en los niños de 2 a 5 años.

**Palabras claves:** factores socioeconómicos, desarrollo psicomotor niños

## **ABSTRACT**

This research paper descriptive, correlational cross-sectional general objective maternal socioeconomic backgrounds meet in the psychomotor development of children of 2-5 years. The population consisted of mothers and their followers children 2-5 years old in the Growth and Development Strategy, 2013 Chimbote. Socioeconomic Background Maternal and test Psychomotor Development of 2-5 years (TEPSI): In data collection questionnaire was applied. The processing and analysis was performed on specialized in Statistics and Epidemiology Software: EPIINFO, in its 2 levels. Reached the following conclusions: The 65.7 % of the mothers is from 20 to 35 years old, 89.9 % resides in zone urban marginally; 40 % has between 1 and 2 children; 51.4 % is housewives; 77.1 % has pair, 65.7 % presents degree of secondary instruction; 91 % comes from the coast; and 68.6 % presents economic revenue vital minimum. The 80 % of the children pre school presents a psychomotor normal development, 14.3 % presents a risk in the psychomotor development and 5.7 % presents a delay in the psychomotor development. There did not exist statistical significant relation between the mother precedents: Age, residence, number of children, occupation, possession of pair, degree of instruction, origin and economic revenue, with the psychomotor development in the children from 2 to 5 years.

**Keywords:** socioeconomic factors, psychomotor development children

## I. INTRODUCCION

Durante las etapas de crecimiento y desarrollo en los periodos fetal, infantil y juvenil, las características y proporciones de incremento somático y de maduración funcional, permiten distinguir diferentes "edades vitales" que esquemáticamente y en términos generales corresponden a las conocidas como recién nacidos, lactantes, preescolares, escolares, adolescentes. Estos hechos se hacen evidentes en las características que va adquiriendo el niño en base a los cambios anatómicos y fisiológicos, y que permite distinguir las etapas por las que atraviesa (1).

El crecimiento y desarrollo están íntimamente ligados, son el resultado de interacción de conjunto de factores genéticos, aportados por la herencia y las condiciones de vida (física, biológica, nutricionales, psicosociales y económicas, etc.) los cuales al ser desfavorables influirán en el potencial del niño, el cual se verá limitado dependiendo de la intensidad y persistencia de los factores agresores (2).

El vocablo Crecimiento ha sido usado comúnmente para referirse a aquellos aspectos de la maduración que pueden ser reducidos a medidas de magnitud, es decir un proceso que se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño; es inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales.

Debido a que estos dos aspectos no se pueden separar, el término crecimiento y desarrollo se le da, generalmente, un significado unitario, que implica tanto la magnitud como la calidad de los cambios en el proceso de maduración. El desarrollo está inserto en la cultura del ser humano; es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social, por una parte entonces, se estudia el aumento en tamaño del organismo (medición de peso y talla básicamente o antropometría) y por otra la aparición sucesiva de nuevas habilidades (motoras, sociales, afectivas, y de lenguaje) (3).

El desarrollo psicomotor es un proceso dinámico, gradual y permanente, en el que se da la evolución de la capacidades para realizar una serie de movimiento corporales y acciones, así como la representación mental y consciente de lo mismos debido a la interacción con el medio ambiente que le rodea y a la maduración del sistema nervioso central (SNC), tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible, el progreso es en sentido céfalo caudal y de proximal distal (Ibid).

Se puede definir al desarrollo psicomotor como la progresiva adquisición de habilidades, biológicas, psicológicas y sociales en el niño, que manifestación la maduración externa del SNC, en donde comienza a dominar niveles cada vez más complejo de movimiento, pensamiento,

relaciones con los demás, con los objetos y el medio ambiente. Hoy en día se sabe que este desarrollo psicomotor además de depender de la maduración de las estructuras nerviosas (Sistema Nervioso Central y Sistema Nervioso Parasimpático) de un crecimiento adecuado, depende también del aprendizaje, el ambiente, las tareas y de la experiencia (Ibid).

La participación materna en el cuidado del niño es fundamental y relevante, constituye el agente de la salud de mayor nivel por el tiempo y amor que dedica, por el conocimiento que tiene de su propio hijo y por el interés de verlo sano. Así mismo la madre adquiere un papel relevante en la crianza de su vástago ya que la mujer conforme avanza su edad adquiere mayor madurez emocional tomando más conciencia de su rol al cumplir como madre (4) (5).

Las madres con bajo nivel de instrucción presentan una barrera limitante para captar y poner en práctica los conocimientos impartidos por los educadores sobre los cuidados que deben tener en un niño menor de un año, así se puede observar que el nivel secundario y superior, asegura los conocimientos científicos de la salud sobre el óptimo crecimiento y desarrollo del niño a diferencia de las madres adolescentes con nivel bajo y/o analfabetos ya que reciben muy poco los conocimientos y por ende su aprendizaje es muy lento poniendo en riesgo el crecimiento y desarrollo de su niño (6).

Se dice que el ser humano es producto de la cultura (hábitos, ideas, creencias, costumbres y comportamiento) es por eso que las madres que provienen de la costa hacen uso de los medios educativos por el cual difunden la cultura dando acceso a mayores formas de satisfacer sus necesidades básicas de ellas y de su niño a diferencia de la madre de la sierra y de la selva quienes están más arraigadas con sus creencias y costumbres que muchas veces obstaculizan el óptimo Crecimiento y Desarrollo del niño (7).

El Ministerio de Salud, a través de la Norma Técnica de control de crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, viene implementando políticas y estrategias orientadas a disminuir las causas que amenazan la vida y el crecimiento normal del niño mediante la utilización de nuevas técnicas y cuidados de enfermería que garanticen el crecimiento y desarrollo integral del Niño, detectando oportunamente riesgos para su salud de esa manera el Test de Evaluación Psicomotriz (TEPSI) mide el rendimiento del niño de 2 a 5 años en 3 áreas: coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. (8).

El control de crecimiento y desarrollo (CRED), debe ser ejecutado en forma sistemática, periódica e integral, dando prioridad al niño menor de 5 años. Dicho control es realizado, evaluado y supervisado prioritariamente por la enfermera, mediante acciones preventivas promocionales (examen físico, evaluaciones del crecimiento y desarrollo y conocimientos de la

madre sobre cuidados del niño). Una tarea importante de toda enfermera es lograr que todos los niños que lleguen al consultorio de Crecimiento y Desarrollo, reciban una evaluación integral y eficiente (9).

Según recientes estudios realizados, al menos el 10% de la población a nivel mundial sufre de algún tipo de discapacidad. Esto significa que de niños no fueron controlados y tratados a tiempo. Antes la preocupación apuntaba a que los niños estén bien nutridos y no mueran, ahora se busca que además de eso tengan una buena calidad de vida y que sean útiles para la sociedad (10).

La primera infancia es el período de desarrollo cerebral más intenso de toda la vida. Es fundamental proporcionar una estimulación y nutrición adecuadas para el desarrollo durante los tres primeros años de vida, ya que es en estos años cuando el cerebro de un niño es más sensible a las influencias del entorno exterior. Un rápido desarrollo cerebral afecta al desarrollo cognitivo, social y emocional, que ayuda a garantizar que cada niño o niña alcance su potencial y se integre como parte productiva en una sociedad mundial en rápido cambio.

Cuanto más estimulante sea el entorno en la primera infancia, mayor será el desarrollo y el aprendizaje del niño. El desarrollo lingüístico y cognitivo es especialmente intenso desde los seis meses a los tres años de vida. Los niños que pasan su primera infancia en un entorno menos estimulante, o menos acogedor emocional y físicamente, verán afectados su desarrollo cerebral y sufrirán retrasos cognitivos, sociales y de comportamiento. Estos niños, en momentos posteriores de su vida,

tendrán dificultades para enfrentarse a situaciones y entornos complejos. Los niveles altos de adversidad y estrés durante la primera infancia pueden aumentar el riesgo de enfermedades relacionadas con el estrés y de problemas de aprendizaje hasta bien avanzada la edad adulta (11).

A nivel mundial, en la actualidad cada año, más de 200 millones de niños menores de cinco años no alcanzan su pleno potencial cognitivo, físico y social. La mayoría de estos niños viven en Asia meridional y África subsahariana. Debido a su desarrollo deficiente, muchos niños son propensos al fracaso escolar y, por consiguiente, sus ingresos en la edad adulta suelen ser bajos. También es probable que estas personas tengan hijos a una edad muy temprana y que proporcionen a sus hijos una atención de salud, nutrición y estimulación deficientes, contribuyendo así a la transmisión intergeneracional de la pobreza y el desarrollo deficiente. A pesar de las abundantes pruebas, el sector de la salud ha tardado en fomentar el desarrollo en la primera infancia y en apoyar a las familias proporcionándoles información y conocimientos (12).

En el Perú, la niñez es uno de los grupos más vulnerables y desprotegidos. Los niños son los más afectados por la pobreza, no solo porque su bienestar y calidad de vida dependen de las decisiones de los padres y del entorno familiar y comunitario, sino por el impacto que esta tiene sobre su proceso de acumulación de capital humano. Las condiciones de vida en las que los niños se desenvuelven son críticas, la pobreza afecta diariamente a los niños, así aproximadamente de 3.8

millones de pobres extremos, el 2.1 millones son niños. El número de niños que vive bajo la línea de la pobreza es de 6.5 millones.

Analizando el problema desde otro enfoque, se encuentra que 2 de cada 3 niños menores de 5 años viven bajo la línea de la pobreza, mientras 2 de cada 10 viven en condiciones de pobreza extrema. Bajo condiciones de pobreza, la inversión que las familias pueden realizar en el desarrollo de sus hijos es insuficiente (13).

En el Perú la población infantil, en edades entre 0 a 5 años comprenden el 12% de la población total. Siendo este grupo etario el más importante para el futuro de nuestro país. Mientras un 35% del total de la población peruana vive en situación de pobreza, esta cifra se eleva a 49% entre los niños y niñas de 0 a 5 años y a 48% entre los de 6 a 11 años. En el caso de la pobreza extrema, el 12% del total de la población peruana se encuentra en esta situación frente al 19% de los niños y niñas de 0 a 5 años. Sin embargo, entre los años 2006 y 2009 se han producido dos cambios importantes: en primer lugar, la pobreza monetaria ha pasado de 45% a 35% a nivel nacional. En segundo lugar, si bien la niñez peruana sigue presentando mayores tasas de pobreza extrema que el total de la población nacional, se observa una reducción en esta brecha, en especial en el caso de los más pequeños. Mientras en el año 2006, la pobreza extrema alcanzaba al 16% de la población total y al 27% de los niños y niñas de 0 a 5 años, en el 2009 estas cifras son de 12% y 19%, respectivamente.

Según los estos estudios realizados en el Perú acerca de la situación de pobreza y pobreza extrema en los niños menores de 5 años, se corrobora directamente la pobreza como en factor que limita el crecimiento y desarrollo en los niños menores de 5 años, situación que afecta el futuro de todo el país (14).

En el 2010, según la Red de Salud Pacifico Norte; apenas un 54% de niños pasaron por el CRED cuando debió haber llegado al 80%. Hasta el mes de Junio del 2011 se ha llegado al 40 por ciento. Así mismo el promedio de controles de crecimiento y desarrollo en menores de 36 meses se incrementó en 22.9%. En los 66 distritos ancashinos las coberturas de CRED en el menor de 5 años es muy baja alcanzando el 31.8% en el I Semestre 2011 (15).

A continuación presentamos estudios relacionados con algunas variables.

**En el Ámbito INTERNACIONAL: Se reportan pocos estudios relacionados a la presente tesis; teniendo en consideración los siguientes:**

**En QUITO, Castellanos, R y Cols. (1997),** estudiaron acerca de “Factores de riesgo asociados al retraso psicomotor en niños de 0 a 5 años de edad”; concluyendo que el desarrollo está influenciado por factores genéticos y ambientales; de estos factores la asfixia perinatal es el más frecuente relacionado con el retraso en el desarrollo (16).

**En MÉXICO: Ramos, A. y Cols. (2006),** en su investigación “La prematurez y sus repercusiones en el crecimiento y desarrollo del niño, en la zona Metropolitana de Guadalajara – México”, concluyeron que respecto al desarrollo psicomotor se encontraron que en el primer grupo de niños preescolares que nacieron prematuros, los problemas de desarrollo se detectaron en más de uno de cada cinco y, en el segundo grupo de niños preescolares que nacieron a término, se encontró, a menos de uno de cada diez, lo que nos dice que hay una diferencia ampliamente significativa (17).

**En COLOMBIA: Cardona S. Y Cols. (2007),** en su investigación, “Principales hallazgos en el programa de crecimiento y desarrollo de los niños hasta los 60 meses de edad en ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia) 2007”, obtuvieron los siguientes resultados, que en esta muestra infantil de Manizales, tanto el grado deficiente de nutrición como aspectos fenotípicos, afectan de manera negativa los índices de talla, peso

y perímetro cefálico, encontrándose por debajo de la media poblacional estándar (18).

**En URUGUAY: Martell M. y Cols. (2007)**, en su investigación “Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana de Montevideo”, obtuvieron algunos de los siguientes resultados, Grupo I: 18 nacidos de pretérmino con un peso al nacer menor a 1.250 gramos (riesgo biológico); grupo II: 18 nacidos de término de peso adecuado, procedentes de hogares que requerían ayuda nutricional (riesgo ambiental), y grupo III: 18 nacidos de término de peso adecuado, que concurrían a la escuela pública y cuyos padres tenían trabajo estable (grupo control). El crecimiento se evaluó a través del peso, la talla y el perímetro craneano. Para medir la capacidad cognitiva se aplicó la escala de inteligencia de Weschler (WISC III). Resultados: el promedio del coeficiente de la escala completa fue de 88,6 en el grupo I (se excluyeron dos por presentar lesiones graves), 87,5 en el grupo II y 108,5 en el grupo III. Las diferencias entre el grupo I y II no fueron significativas, mientras el grupo III fue más alto que ambos ( $p < 0,001$ ). El crecimiento fue más bajo ( $p < 0,05$ ) en el grupo de pretérmino en los tres parámetros. Conclusiones: los niños nacidos prematuros y aquellos provenientes de un bajo nivel socioeconómico presentan alta incidencia de alteraciones cognitivas en esta serie de niños estudiados (19).

**En CHILE: Guzmán, S y Monje, R. (2009), en su estudio “Hogar CONIN y su trabajo en el desarrollo psicomotor”, se observó que un 30% de los padres eran adolescentes y con 10% de consumo de drogas y alcohol; un 55% con escolaridad básica incompleta pertenecientes al sector rural dificultando las posibilidades para una buena estimulación de los niños y un 35% son casos sociales asociado a retraso del desarrollo psicomotor. En relación a los antecedentes perinatales el 50% corresponde a cesáreas con un 15% de sufrimiento fetal, y un 10% a partos normales con 5% de sufrimiento fetal. En relación a las patologías, el 60% de los menores presenta problemas respiratorios a repetición, 35% neurológicas y un 10% genéticas. Un 50% de los menores presenta desnutrición y un 75% de ellos presenta diagnóstico del Desarrollo Psicomotor con retraso. Los últimos controles muestran que un 55% permanece con el mismo diagnóstico, un 70% presenta retraso mixto, un 25% retraso del lenguaje asociado a familias disfuncionales y padres de baja escolaridad y sólo un 5% del área motora (20).**

**En el Ámbito NACIONAL: No se han encontrado estudio a la presente investigación; pero ponemos en consideración los siguientes estudios que tuvieron relación con algunas variables.**

**En AREQUIPA: Ruiz, R; y Cols. (1999),** en su estudio "Evaluación del desarrollo psicomotor en niños de 3-5 años de edad, con el antecedente de hipoglicemia neonatal", luego de procesar los datos se determinó que el desarrollo psicomotor evaluado por el TEPSI con el test total tuvo un rango de normalidad en el 82.35%, en riesgo el 11.76% y retraso un 5.88%, con el subtest lenguaje se obtuvo normalidad en el 82.35% de los casos, riesgo en 11.76% y retraso 0.00%. Además se ha determinado que el grupo de niños con antecedentes de hipoglicemia tienen tres veces más riesgo de tener un desarrollo psicomotor anormal que los niños nacidos sin este antecedente y que a menor valor de glicemia se encontró un mayor grado de alteración psicomotriz (21).

**En LIMA; Melchor, S. (2004),** en su investigación titulada, "Caracterización de la demanda de atención del programa de crecimiento y desarrollo en niños menores de 3 años en la Región de Tacna – 2004", concluyo que de un total de 1252 hogares seleccionados 26.2 % correspondiendo a hogares con niños menores de 3 años, de los cuales 95.1 % demandaron el control CRED y 4.9 % no realizaron control, correspondiendo a los niños de 1 a 11 meses 36.5 %, de 12 a 23 meses 27 % y de 24 a 36 meses 36.5 %. El 52.6 % de las madres entrevistadas tenían nivel de instrucción secundaria, siendo éste el grupo que más

demandó el servicio de CRED. La mayoría de las madres encuestadas demandó atención en el servicio CRED. Las causas identificadas de la no demanda fueron falta de tiempo de las madres, demora en la atención y maltrato del personal. La mayor demanda de servicio CRED fue en los servicios periféricos del MINSA (22).

**En TRUJILLO; Andaluz Z. y Rosa I. (2005)**, investigaron "Desarrollo psicomotor y factores extrínsecos: estado nutricional y nivel socioeconómico en niños menores de 5 años del Centro de Salud "Santísimo Sacramento" La Esperanza, Trujillo, concluyeron que el 73 % de los menores de cinco años estuvo bien nutrido, que el 76 % de los mismos tuvo resultados satisfactorios en el desarrollo psicomotor, y que el 99 % perteneció a niveles socio - económicos modestos. Además se pudo observar que el estado nutricional de estos menores de cinco años tenían relación significativa con su desarrollo psicomotor y poca relación con el nivel socio – económico (23).

**En LIMA; Hendenmann M. y Cols. (2006)**, investigaron "Algunos factores socioculturales de la madre que influyen en el control de crecimiento desarrollo de sus hijos menores de cinco años. A.A.H.H. Esmeralda de los Andes Huanta II - Canto Grande", encontrándose que el 70 % de madres analfabetas no llevaron al control a sus hijos; mientras que 71.4 % con educación superior los hacían controlar por cita regular, siendo estadísticamente significativo; también se encontró que el 43.9 % de madres que hacían controlar por cita regular, refirieron que los

llevaban para el control de peso y talla, mientras que 66.7 % que los llevaban en forma irregular los hacían para recibir orientación de cómo mantener al niño sano, encontrándose significancia estadística de estos resultados. En cuanto al grado de instrucción y las razones que tenían las madres para hacer controlar a sus hijos, obtuvimos que 71.4 % de madres con educación superior controlaban a sus niños regularmente (24).

**En LIMA: Villarreal, S. (2009)**, en su investigación titulada, "Relación del nivel socio-económico con el crecimiento y desarrollo", concluyo que la población de status socio-económicos alto, medio y bajo; los niños de status socio-económicos alto tienen valores más altos, en promedio, en la talla (T), peso (P), Área Muscular (A.M.) y Área de Grasa (A.G) que sus pares de status socio-económicos medio y bajo. Comparados con niños de una muestra de referencia de USA, son de menor tamaño en T.P, A.M. y A.G.; y es mayor la diferencia cuanto más decrece el status socio-económicos. El A.M. y el A.G. utilizados como indicadores del nivel nutricional de la población nos sugiere que los niños de los status socio-económicos medio y bajo de las tres ciudades, especialmente Cerro de Pasco, presentan una más grande y extendida desnutrición crónica de energía y de proteína, relacionado con un status socio-económicos deficitario. El presente trabajo no incluye la población rural, de ninguna ciudad, que tiene lugar a una variación en las medidas antropométricas, en relación al medio ambiente y su estado nutricional a través de la evaluación antropométrica (25).

**En el Ámbito LOCAL: No se han encontrado estudio a la presente investigación; pero ponemos en consideración los siguientes estudios que tuvieron relación con algunas variables.**

**En NUEVO CHIMBOTE: Castañeda, M y Urbina, M (2001),** en su estudio "Relación entre la estimulación temprana que brinda la madre y el nivel de desarrollo psicomotor del preescolar de 4-5 años del Centro de Educación Inicial N° 1651 Pueblo Joven San José Guadalupe", los resultados indican que existe una proporción significativa de niños de 4 a 5 años con desarrollo psicomotor en retraso y en riesgo, además de cada 10 niños, 4 de ellos presentaron retraso en el nivel de desarrollo psicomotor; en el área de coordinación y motricidad, prevalece un desarrollo psicomotor normal; a diferencia del área de lenguaje que concentra una mayor proporción con un desarrollo psicomotor en riesgo y retraso; El nivel de desarrollo psicomotor del preescolar de 4 a 5 años se relaciona significativamente con la estimulación temprana que brinda la madre (26).

**En NUEVO CHIMBOTE: Balarezo, I y Silva, L (2001),** en su estudio "Nivel de información de la Madre Sobre Estimulación Temprana y su Relación con el Desarrollo Psicomotor del Niño Pre-escolar del Jardín de Niños Corazón de María N° 179-Distrito de Guadalupe- 2001", se llegó a las siguientes conclusiones: La mayoría de niños del estudio presentaron desarrollo psicomotor normal y un menor porcentaje de los niños presentaron riesgos o retrasos en su desarrollo; y el Nivel de Información de la Madre sobre Estimulación Temprana con el Desarrollo Psicomotor del Pre-escolar, no guardan relación significativa entre ambas variable (27).

**En NUEVO CHIMBOTE: López, M, Robles, G, y Valdivia, J. (2002),** en su investigación titulada “Factores infantiles y su asociación con el desarrollo motor grueso en niños menores de 16 meses asistentes al programa de control de crecimiento y desarrollo de los hospitales del Ministerio de Salud, encontraron que: el 80.91% de los niños menores de 16 meses asistentes al Programa de CRED de los hospitales del Ministerio de Salud presentaron un desarrollo motor grueso adecuado y sólo 19, 1 % un desarrollo motor grueso inadecuado. Respecto a la asociación de variables: el Sexo y el Uso de andador presentaron asociación estadística significativa ( $p < 0,05$ ), con el Desarrollo Motor Grueso; mientras que el Peso al nacer según Edad Gestacional, Estado Nutricional, Uso de cuna, Apgar del niño y la Ictericia Neonatal no presentaron asociación estadística significativa ( $p > 0,05$ ) con el Desarrollo Motor Grueso (28).

**En NUEVO CHIMBOTE, Julca, E. y Napan, K (2006),** investigaron “Factores maternos e institucionales asociados al control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año”, encontrándose que la mayoría de niños menores de un año tiene una asistencia regular al CRED (63.7%) y, un poco más de la cuarta parte de la población (36.5%) tiene asistencia irregular. Existe relación significativa de asistencia al control de crecimiento y desarrollo con la ocupación ( $p = 0.0015$ ) y número de hijos ( $p = 0.0361$ ). Y, ser madre de 35 años a más (OR=2.0), grado de instrucción primaria (OR=2.7), más de tres hijos (OR=2.6), una ocupación diferente a ama de casa (OR=2.2), ser divorciada (OR=2.2) y residir en

una zona urbano marginal (OR=1.3), se constituyen en riesgo para una asistencia irregular al CRED. Existe relación significativa de asistencia al CRED con el tiempo de espera ( $p=0.0186$ ). Horario de atención ( $p=0.00014$ ), y costo de atención ( $p=0.00000000$ ). Y, esperar más de dos horas (OR=4.4), con horario de atención inadecuada (OR=4.2), de mala atención recibida (OR=2.2)y, de costo no accesible (OR=8.6) de los servicios de CRED se constituyen en riesgo elevado para una asistencia irregular al CRED (29).

**En NUEVO CHIMBOTE: Felipe, L. y Lavandera, K (2006)**, en su estudio “Estado nutricional asociado al desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años. Asentamientos Humano la Grama, Distrito de Nepeña”, se llegó a las siguientes conclusiones: Existe una proporción significativa de niños con Normal 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 5 años (30).

**En NUEVO CHIMBOTE: Arrivasplata, J. y Ramos, C. (2007)**, en su investigación “Cumplimiento al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un año asociado con algunos factores socioeconómicos y nivel de conocimiento de la madre adolescente. Comunidad Villa Hermosa”, encontrándose que la mayoría de niños menores de un año de madres adolescentes 73.3% no cumplen con el

control de crecimiento y desarrollo. Algunos factores socioeconómicos de la madre adolescente, como edad, número de hijos, ocupación tenencia de pareja, grado de instrucción y lugar de parto no se asocian significativamente con el cumplimiento al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un año. El nivel de conocimiento de la madre adolescente se asocia significativamente con el cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo en niños menores de un año. Tener un nivel de conocimiento malo se constituye en un riesgo elevado para el no cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (31).

**En NUEVO CHIMBOTE: López, I y Mondalgo R (2008), en su estudio “Desarrollo psicomotor del niño de 6 meses a 4 años relacionado al nivel de conocimiento de la madre cuidadora sobre estimulación temprana en wawawasis A.A.H.H 10 de Setiembre y San Miguel”, se llegó a las siguientes conclusiones: Existe una proporción significativa de niños de 6 meses a 4 años de los wawawasis con un nivel de desarrollo psicomotor en riesgo y retraso. El nivel de conocimiento de las madres cuidadoras sobre estimulación temprana se relaciona significativamente con el nivel de desarrollo psicomotor del niño de 6 meses a 4 años de los wawawasis (32).**

En el Hospital la Caleta, las atenciones de CRED durante el año 2012 fueron de 2186 atenciones, correspondiendo solo al 39% de la población infantil menor de 5 años, cifras que han disminuido en el año 2013 siendo solo el 35% de atenciones aproximadamente, mientras el 38% de estas atenciones evidencian riesgo en el desarrollo psicomotor y

15% presentan retraso en el desarrollo psicomotor, en los niños que acudieron a sus controles (33).

En el Hospital Eleazar Guzmán Barrón, se puede evidenciar que existe mayor cobertura de atenciones de crecimiento y desarrollo siendo en el año 2012 con 5410 atenciones en donde 1225 de estas indican riesgo en el desarrollo psicomotor y 525 retraso en el desarrollo psicomotor en el niño de 2 a 5 años (34).

Según la Red De Salud Pacifico Norte en el año 2012, se logró atender a 6037 niños de 2 a 4 años siendo el 37% de la población infantil, con una meta anual de 10618 niños, de una población total de 15618 niños de 2 a 5 años. En el año 2013 estas cifras han disminuido ya que se logro atender a 3567 niños de 2 a 4 años, donde corresponde solo al 34.6% de su meta anual, que fue 10312 niños, de un total de 18354 niños de 2 a 5 años. (35).

Según estos datos, cabe resaltar la poca afluencia de niños al control de crecimiento y desarrollo entre las edades de 2 a 5 años, por lo que existe desconocimiento acerca de la importancia de llevar a sus niños al CRED y el riesgo que conlleva para el niño, presentar retraso en algunas de las áreas que implica el crecimiento y desarrollo, así como conocer el estado de salud de sus niños, de esta manera, se corrobora que un niño que no a potencializado sus habilidades, destrezas e inteligencia como cualquier otro niño controlado oportunamente afecta de manera directa el futuro de todo un país.

Conociendo esta realidad me motivó a investigar los antecedentes socioeconómicos maternos en el desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años.

Además en mis practicas pre profesionales tanto en Módulo de Pediatría del Hospital Eleazar Guzmán Barrón como en el Hospital La Caleta existe un porcentaje importante de niños con riesgo y/o retraso en el desarrollo psicomotor así como grupos de niños que alcanzaban un desarrollo psicomotor normal durante sus evaluaciones. Así mismo pude observar que gran parte de las madres desconoce la importancia de que su niño tenga óptimo crecimiento y desarrollo. Se observo también que los niños que acuden con sus madres a los controles en su mayoría son menores de 2 años, por lo existe gran desinterés en el grupo etáreo de 2 a 5 años

Por todo lo expuesto y ante el limitado número de estudios orientados al grupo etáreo de 2 a 5 años me motivo a realizar el presente trabajo de investigación, planteando el siguiente problema:

**¿Cómo se relacionan los antecedentes socioeconómicos maternos en el desarrollo psicomotor del niño de 2 a 5 años. Puesto de Salud Miraflores Alto, Chimbote, 2013?**

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer la relación de los antecedentes socioeconómicos maternos en el desarrollo psicomotor del niño de 2 a 5 años en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Chimbote, 2013.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar los antecedentes socioeconómicos maternos en el Puesto de Salud Miraflores Alto. Chimbote, 2013.
- Identificar el desarrollo psicomotor del niño de 2 a 5 años en el Puesto de Salud Miraflores Alto. Chimbote, 2013.
- Determinar los antecedentes socioeconómicos maternos relacionados al desarrollo psicomotor del niño de 2 a 5 años en el Puesto de Salud Miraflores Alto. Chimbote, 2013.

**El presente estudio de investigación tiene importancia significativa:**

**Para el sector salud, el presente estudio motivará la realización de programas educativos dirigidos a la comunidad enfatizando la importancia de acudir a los controles de crecimiento y desarrollo con el fin de evaluar y prevenir algún retraso en el niño, detectando oportunamente problemas de salud que afecten, su óptimo desarrollo, para ser hombres y mujeres que aporten en bien de su comunidad y de su patria.**

**Así mismo los resultados permitirán dar a conocer al profesional de enfermería, como se relacionan los antecedentes socioeconómicos maternos con el desarrollo psicomotor de los niños, incentivándoles a tomar medidas estratégicas de intervención dirigidas a mejorar el compromiso de las madres a acudir a los controles y brindar un cuidado que garantice el bienestar de los niños y niñas que acuden al control de crecimiento y desarrollo.**

**Por último, se espera que los resultados de esta investigación contribuyan a fortalecer próximas investigaciones de estudiantes y/o docentes de enfermería u otros profesionales de salud, dando a conocer los antecedentes socioeconómicos maternos que afectan el desarrollo psicomotor del niño de 2 a 5 años en el Puesto de Salud Miraflores Alto.**

## **II. MARCO TEORICO**

El presente trabajo de investigación se sustenta en el Enfoque de Riesgo el cual 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.

El enfoque de riesgo es un método de trabajo en la atención de salud de las personas, familias y las comunidades basado en el concepto de riesgo, este se define como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud. Este enfoque se basa en la observación de que no todas las personas, familias y comunidades tienen las mismas probabilidad o riesgo de enfermar o morir, sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros. Esta diferencia un gradiente de necesidades de cuidado, que va desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo de presentar un daño, hasta un máximo necesario solo para aquello con alta probabilidad de sufrir en el futuro, alteraciones de su salud. Este supone cuidados no igualitarios de la salud (36).

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 (36).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños. Estas intervenciones se orientan por un lado a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan en aquellas que están más expuestas (Ibid).

El enfoque de riesgo tiene los siguientes componentes: Riesgo, Factor (factor de riesgo o factor protector), Vulnerabilidad y Probabilidad (factor de daño o beneficio) (37).

**Factor**, se refiere al agente o elemento que contribuye a los accidentes y/o enfermedades.

**Riesgo**, es una medida que refleja la probabilidad que una o más características o factores contribuyan a que se produzca un hecho, daños o incrementen la aparición de consecuencias adversas para la salud. Se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención (38).

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud y figuran en las numerosas sugerencias acerca de las aplicaciones en la asistencia sanitaria. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integridad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea

adecuada, sin embargo no conduce a la certeza de que el daño se produzca (39).

Un **factor de riesgo** es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un incremento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido", en tanto que otros autores lo definen como: "Característica o factor que se ha observado que está asociado con un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad. Un factor de riesgo no implica necesariamente una relación de causalidad"(Ibid).

Los **factores socioeconómicos** son características que se encuentran dentro del entorno de la madre y que afectan directamente el desarrollo del niño (40).

La **edad de la madre**, determina características fisiológicas y psicológicas para cada etapa de la vida, así tenemos que la edad es factor ligado a la vida de los niños, ya que las madres más jóvenes no siempre están identificadas con su rol y aun no están capacitadas para la crianza de su hijo repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo. y las madres adultas cuya edad cronológica refleja maduración emocional más estable, asumen su papel con suficiente satisfacción y aceptación participando en actividades que están dirigidas a lograr un óptimo estado de salud del niño, toman conciencia de sus responsabilidades que les permite adoptar

mejores actitudes y decisiones firmes en la práctica preventiva de la salud de su hijo, favoreciendo mejor su crecimiento y desarrollo (41).

**La residencia:** el área rural muestra cifras de mayor fecundidad comparado con el área urbana, ya que está demostrado que una familia con más hijos no puede suplir las necesidades básicas de cada uno, también está demostrado que las zonas rurales tienen como menor acceso al agua potable, alumbrado público entre otros, los cuales no muestran adecuada salubridad para la crianza de los niños por la enfermedades digestivas y respiratorias que ocasionan estos problemas en el crecimiento y desarrollo en los niños (42).

**El número de hijos,** constituye un factor de riesgo para el desarrollo psicomotor normal del niño. Las madres con mayor número de hijos son las que menos tiempo tienen para dedicarse en el cuidado integral de cada uno de ellos, esto se asocia con la ocupación de la madre, debido a que están sujetas a muchas actividades restringiendo el tiempo de dedicación a sus hijos (43).

**La ocupación,** al igual que en muchos países los cambios económicos , sociales y culturales en la sociedad peruana han condicionado que la mujer tenga que trabajar fuera del hogar , situación que influye en el desarrollo de los hijos (44).

La **tenencia de pareja** constituye un factor de riesgo para el normal crecimiento y desarrollo, una madre soltera, está en mayor riesgo de no brindar los cuidados necesarios a sus hijos, debido a que es ella quien asume el rol de madre y padre que no cuenta con el apoyo emocional y recursos económicos necesarios, por lo que tiene que salir a trabajar, descuidando así la salud y el bienestar de los niños, no asegurando el adecuado desarrollo psicomotor de sus hijos (45).

El **grado de instrucción** es el nivel educativo alcanzados por las mujeres así encontramos que la baja educación en las mujeres, es un factor de riesgo desarrollo óptimo en el niño ya que el bajo nivel de instrucción forma una barrera fuertemente limitante para captar y poner en práctica los conocimientos impartidos por los educadores sobre los cuidados en el niño, así se puede observar que el nivel secundario y superior asegura los conocimientos científicos de salud básica siendo los más importantes los que se refieren a aspectos higiénicos y de prevención de enfermedades (46).

La **Procedencia**, de la madre es considerada como el lugar geográfico donde nació, por lo que puede provenir de una zona urbana, urbana marginal o rural; las cuales son indicadores de los diferentes estratos socioeconómicos de la sociedad. La procedencia también es un elemento clave para identificar las prácticas adecuadas en el cuidado del niño ya que las personas que viven en zonas alejadas tienen acceso limitado a los centros de salud por las distancias existentes entre dichos

lugares y la poca confianza en la realización de estas actividades, debido a sus costumbres y creencias, en cambio las madres que residen en zonas urbanas, tienen mayor acceso a los centros de salud y al estar informadas sobre los cuidados que deben brindar a su niño, realizarán prácticas que van a contribuir con el desarrollo psicomotor (47).

**Los ingresos económicos** es el ingreso monetario que tiene una familia mensualmente; se ha establecido que un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de educación son importantes indicadores de un rango de problemas de salud., Muchos estudios reportan que la pobreza se encuentra relacionada con una menor oportunidad de que los padres brinden oportunidades de visa y de salud adecuadas, en el Perú las zonas pobres presentan menor búsqueda de atención por problemas de salud (48).

**La vulnerabilidad**, como la medida de la susceptibilidad o predisposición intrínseca, extrínseca de una persona o grupo a sufrir un daño a su salud y tener dificultad para recuperarse de ello; siendo la mujeres y los niños el grupo mas vulnerable, dependiendo de las condiciones socioeconómicas por las cuales atraviesan. Para efecto de la presente investigación se considera al niño de 2 a 5 años (49).

**Probabilidad**, es el componente resultado del enfoque de riesgo que se expresa en daño o beneficio (50).

**Daño**, es el resultado, afección o situación no deseada en función de la cual se mide el riesgo. La prevención del daño centra su atención en reducir la vulnerabilidad e identificar los factores de mayor riesgo y

evaluarlos. En tal sentido la probabilidad de daño para efecto de nuestra investigación lo constituye el riesgo y el retraso en el desarrollo psicomotor del niño de 2 a 5 años. Para evitar el daño tendríamos que conocer los diversos factores de riesgo de la madre. (51).

**La probabilidad de beneficio** para efectos de la investigación lo constituye el normal desarrollo psicomotor.

**FACTORES DE RIESGO**

- FACTORES SOCIOECONOMICOS MATERNOS**
- EDAD
  - RESIDENCIA
  - NUMERO DE HIJOS
  - OCUPACION
  - TENENCIA DE PAREJA
  - GRADO DE INSTRUCCION
  - PROCEDENCIA
  - INGRESO ECONOMICO

**FACTORES PROTECTORES**

**VULNERABILIDAD**

**DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS**



**PROBABILIDAD**

**BENEFICIO**

▪ Desarrollo psicomotor normal

**DAÑO**

▪ Desarrollo psicomotor riesgo  
▪ Desarrollo psicomotor retraso

ESQUEMA DEL ENFOQUE DE RIESGO ADAPTADO A LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

### **III. MATERIAL Y MÉTODO**

#### **3.1. MÉTODO DE ESTUDIO**

El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo, Correlacional de Corte Transversal.

- **Descriptivo:** porque se describe la relación existente entre 2 variables
- **Correlacional:** porque determina el grado de relación entre 2 variables, para luego responder a los objetivos predeterminados en el trabajo de investigación.
- **Corte Transversal:** porque estudia la variables simultáneamente en un determinado momento.

#### **3.2. POBLACIÓN:**

##### **3.2.1. Universo.**

La población de estudio estuvo conformada por 115 madres y sus niños de 2 a 5 años, que acuden al CRED del Puesto de Salud Miraflores Alto.

##### **3.2.2. Unidad de análisis.**

Madre y su niño de 2 a 5 años de edad, que acuden al CRED del Puesto de Salud Miraflores Alto.

### **3.2.3. Marco Muestral:**

En el presente estudio de investigación se considero como marco muestral el registro de niños inscritos en el Programa de CRED del Puesto de Salud Miraflores Alto.

### **3.2.4. Criterios de inclusión.**

- Madres y sus niños que voluntariamente acepten participar.
- Niños continuadores de 2 a 5 años, inscritos en el Programa CRED.
- Niños de ambos sexos.

### **3.2.5 Diseño muestral:**

La muestra estuvo constituida por 35 madres y sus niños de 2 a 5 años, inscritos en el Programa CRED del Puesto de Salud Miraflores Alto. Chimbote, según criterios de inclusión.

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS.

Se dio cumplimiento a los principios éticos como la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; respetando la integridad física y psicológica del niño.

- A. **Autonomía:** Se basa en el respeto a la capacidad de decisión de la madre sobre aquello que le afecta sobre su vida y salud; respetando su decisión de participación de la madre y su hijo en el trabajo de investigación.
- B. **Beneficencia:** Actuar en bien del niño para su mejor crecimiento y desarrollo respetando la voluntad de la madre y el niño.
- C. **No maleficencia** Es respetar la integridad física y psicológica del niño y la madre en cada momento en que estemos en interacción con los mismos; no perjudicando y respetando sus decisiones.
- D. **Justicia:** 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.

### **3.4 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.**

#### **A. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

##### **ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS MATERNOS:**

**Definición Conceptual:** Conjunto de características sociales y económicas que afectan el modo de vida de la persona.

- **EDAD:**

**Definición Conceptual:** Tiempo en años cumplidos que tiene la madre desde que nació hasta el día de la aplicación de la encuesta.

**Definición Operacional:** Mediante la escala ordinal:

✓ 14 – 19

✓ 20 - 35

✓ 36 a más.

- **RESIDENCIA:**

**Definición Conceptual:** Lugar donde residen y conviven diariamente la madre con su entorno familiar:

**Definición Operacional:** Mediante la escala nominal:

✓ Urbano.

✓ Urbano-marginal.

✓ Rural.

- **NÚMERO DE HIJOS:**

**Definición Conceptual:** Cifra numérica del total de hijos que conforman la familia hasta la fecha de la encuesta:

- ✓ 1 hijo.
- ✓ 2 hijos.
- ✓ 3 hijos
- ✓ Más de 3 hijos.

- **OCUPACIÓN:**

**Definición Conceptual:** Actividad predominante que desempeña una persona para su desarrollo y productividad, en un tiempo y espacio determinado.

**Definición Operacional:** Mediante la escala nominal:

- ✓ Estudiante.
- ✓ Ama de casa.
- ✓ Trabajo fuera del hogar.

- **TENENCIA DE PAREJA:**

**Definición Conceptual:** Relación de pareja, al margen del estado conyugal de la madre.

**Definición Operacional:** Mediante la escala nominal:

- ✓ Con pareja.
- ✓ Sin pareja.

- **GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

**Definición Conceptual:** Año de estudios alcanzados por la madre hasta el momento de aplicar el instrumento.

**Definición Operacional:** Mediante la escala nominal:

- ✓ Sin instrucción.
- ✓ Primaria.
- ✓ Secundaria.
- ✓ Superior.

- **PROCEDENCIA:**

**Definición Conceptual:** Considerado como el lugar de nacimiento y/o lugar donde haya pasado la mayor parte de su vida.

**Definición Operacional:** Mediante la escala nominal:

- ✓ Costa.
- ✓ Sierra.
- ✓ Selva.

- **INGRESOS ECONÓMICOS:**

**Definición Conceptual:** Admisión de dinero que percibe la familia para el sustento familiar.

**Definición Operacional:** Mediante la escala nominal:

- ✓ Menor del ingreso mínimo vital
- ✓ Ingreso mínimo vital
- ✓ Mayor del ingreso mínimo vital

## **B. VARIABLE DEPENDIENTE**

### **DESARROLLO PSICOMOTOR:**

**Definición Conceptual:** Es el grado de desarrollo psíquico y físico del niño en las áreas de coordinación, lenguaje y motricidad.

**Definición Operacional:** Mediante escala nominal del (TEPSI)

- ✓ Normal: Mayor o igual de 40 puntos.
- ✓ Riesgo: De 30 – 39 puntos.
- ✓ Retraso: Menor o igual a 29 puntos.

### **3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

En el trabajo de investigación se recolectará los datos empleando los siguientes instrumentos:

- a) Cuestionario Semiestructurado: Antecedentes socioeconómicos Maternos. (ANEXO N° 01).**

El cuestionario fue elaborado por la investigadora, consta de 10 ítems, sobre Antecedentes Socio Económicos Maternos: edad, residencia, número de hijos, ocupación, tenencia de pareja, grado de instrucción, procedencia, ingresos económicos.

- b) El Test de Desarrollo Psicomotor De 2 - 5 años (TEPSI). (ANEXO N° 02).**

El Test del Desarrollo Psicomotor de 2 - 5 años (TEPSI) validado por las psicólogas chilenas Margarita Haeussler y Teresa Marchant, en 1985, evalúa el rendimiento del desarrollo infantil en tres áreas: Coordinación, Lenguaje y Motricidad, mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. El test es aplicado de manera individual; el cual consta de 52 ítems o tareas organizadas en 16 ítems de subtest coordinación, 24 ítems de subtest lenguaje y 12 ítems de subtest motricidad, con un tiempo de evaluación aproximado de 30 a 40 minutos.

El Test de Desarrollo Psicomotor de 2-5 Años (TEPSI) permite ubicar el rendimiento del niño mediante el análisis de ítems y características psicométricas y lo categoriza en: Normalidad, Riesgo y retraso.

De acuerdo al siguiente puntaje:

- ✓ Normalidad: mayor o igual de 40 puntos.
- ✓ Riesgo: 30 – 39 puntos.
- ✓ Retraso: menor o igual a 29 puntos.

### **3.6 CONTROL DE CALIDAD DE INSTRUMENTOS**

#### **CONFIABILIDAD Y VALIDEZ**

El cuestionario semi estructurado: Antecedentes Socioeconómicos Maternos (anexo N° 01), fue validado por juicio de expertos y el Test de Desarrollo Psicomotor de 2 - 5 años (anexo N° 02); fue elaborado y validado por las psicólogas chilenas Margarita Haeussler y Teresa Marchant.

### **3.7 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Para la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente a la Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa; y al Director del Puesto de Salud Miraflores Alto, para su conocimiento y autorización correspondiente.

Se aplicó el cuestionario semiestructurado: Antecedentes Socioeconómicos Maternos (anexo N° 01); en el Puesto de Salud Miraflores, en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre; en donde las madres contestaron a las preguntas marcando las respuestas que creyeron conveniente.

En la aplicación del TEPSI (anexo N°02) se evaluó mediante la observación y orientación de la investigadora la conducta del niño frente a situaciones propuestas por la investigadora, esto se realizó en un espacio tranquilo y sin distractores.

Cada instrumento fue aplicado por la investigadora en un tiempo aproximado de 30 - 40 minutos.

### 3.8 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS:

El procesamiento y análisis estadístico se realizó en el SOFTWARE especializado en Estadística y Epidemiología: EPIINFO; en sus 2 niveles; previa codificación de los datos obtenidos:

El análisis estadístico.

- **Descriptivo:** Tablas unidimensionales, cifras absolutas y relativas, media aritmética y moda.
- **Analítico:** Tablas bidimensionales, para determinar la relación entre las variables en estudio se realizó la prueba estadística no paramétrica Chi Cuadrado, se consideró el Nivel de significancia de la probabilidad de equivocarse es menos al 5% ( $P < 0.05$ ). Las figuras estadísticas se realizaron en Software Harvard Graphic.

#### IV. RESULTADOS Y DISCUSION

##### 4.1. RESULTADOS:

**TABLA N° 01: ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS MATERNOS DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.**

<b>ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS MATERNOS</b>	<b>Fi</b>	<b>Hi</b>
<b>EDAD DE LA MADRE</b>		
14 – 19 años	7	20.0
20 – 35 años	23	65.7
36 a más años	5	14.3
<b>RESIDENCIA</b>		
Urbano	5	14.3
Urbano - marginal	29	82.9
Rural	1	2.9
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>		
1 hijo	14	40.0
2 hijos	14	40.0

3 hijos	5	14.3
Más de 3 hijos	2	5.7

<b>OCUPACIÓN</b>
------------------

<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>
-----------------------------

Sin instrucción	18	51.9
-----------------	----	------

Trabaja fuera del hogar	18	37.3
-------------------------	----	------

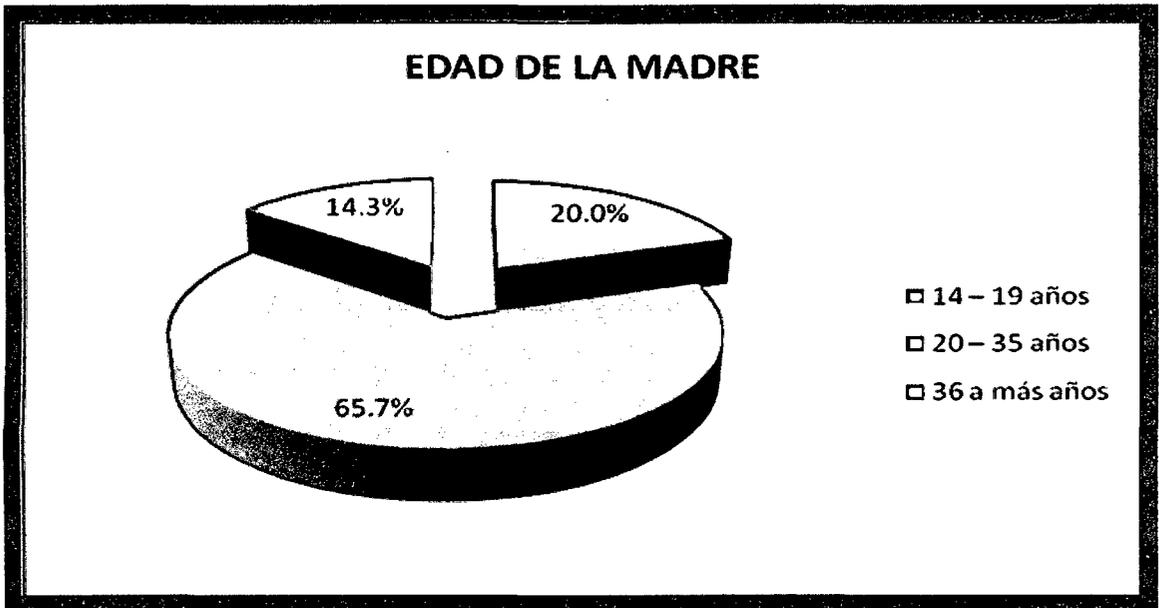
<b>TENENCIA DE PAREJA</b>
---------------------------

Con pareja	27	77.1
------------	----	------

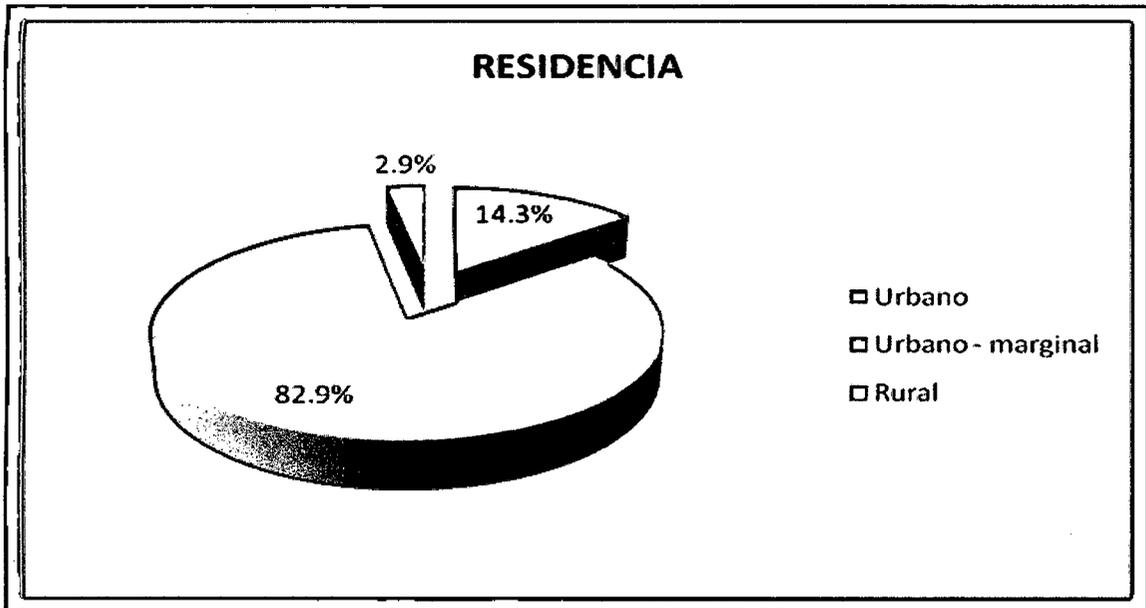
Sin pareja	8	22.9
------------	---	------

**TABLA N° 01: Continuación.**

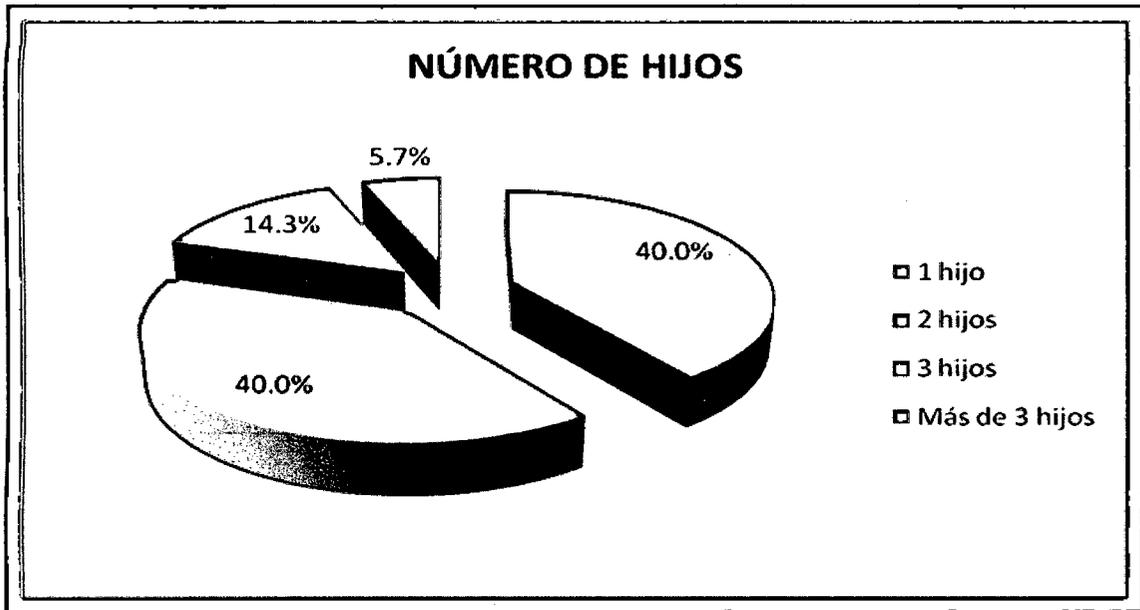
---



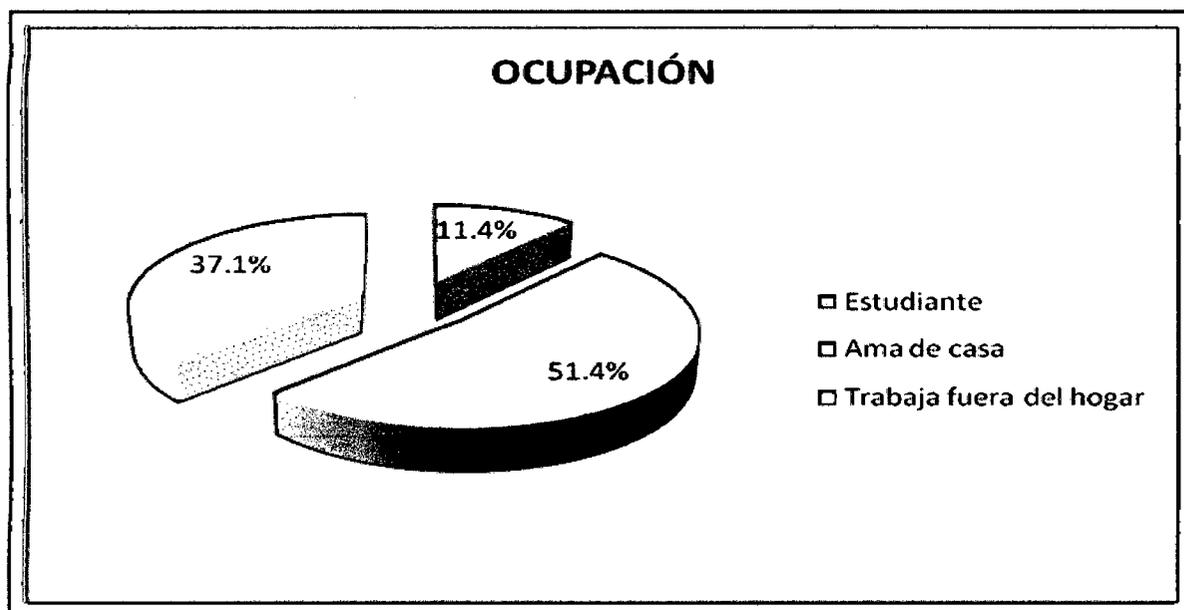
**FIGURA N° 1: EDAD DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.**



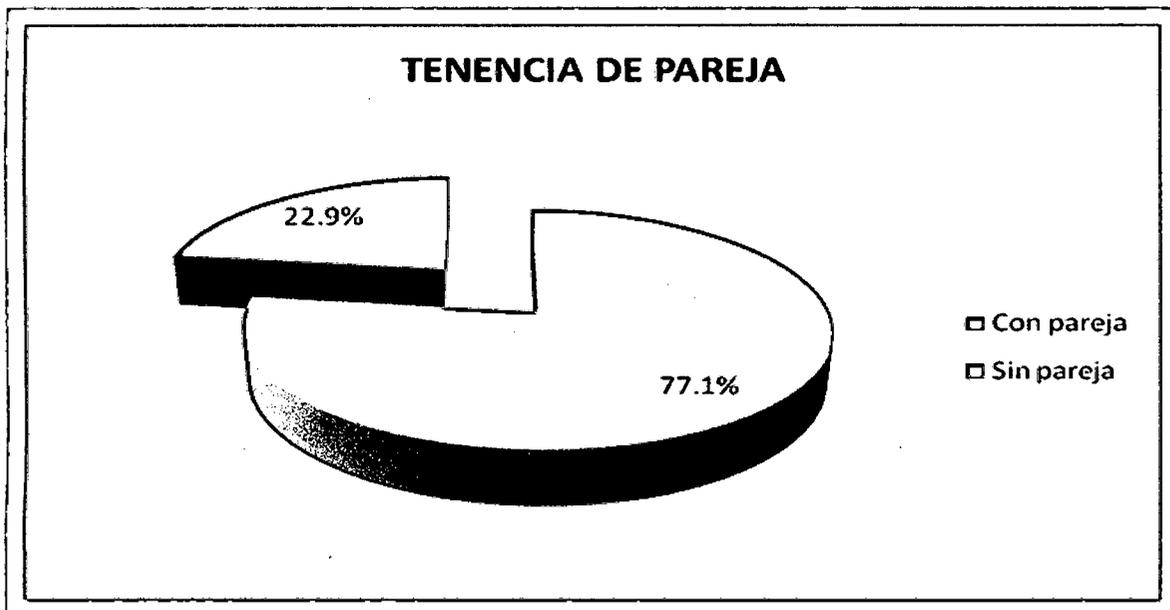
**FIGURA N° 2: RESIDENCIA DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.  
PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.**



**FIGURA Nº 3: NÚMERO DE HIJOS DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.  
PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.**



**FIGURA Nº 4: OCUPACIÓN DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.  
PUERTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.**



**FIGURA N° 5:** TENENCIA DE PAREJA DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.

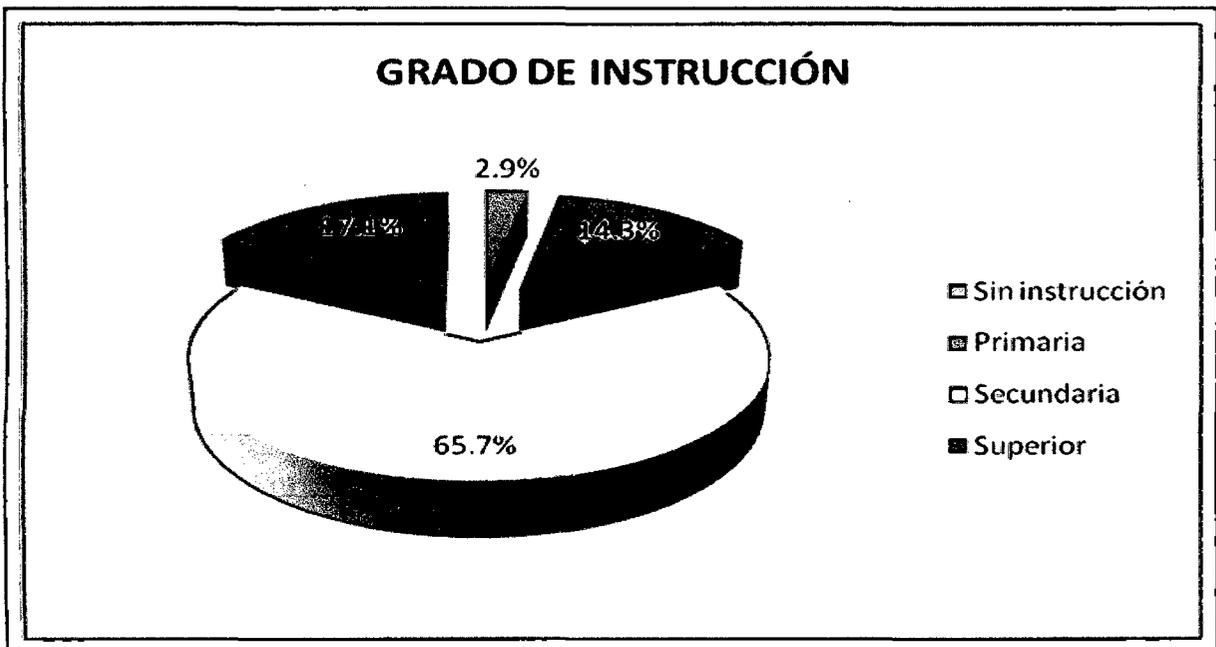
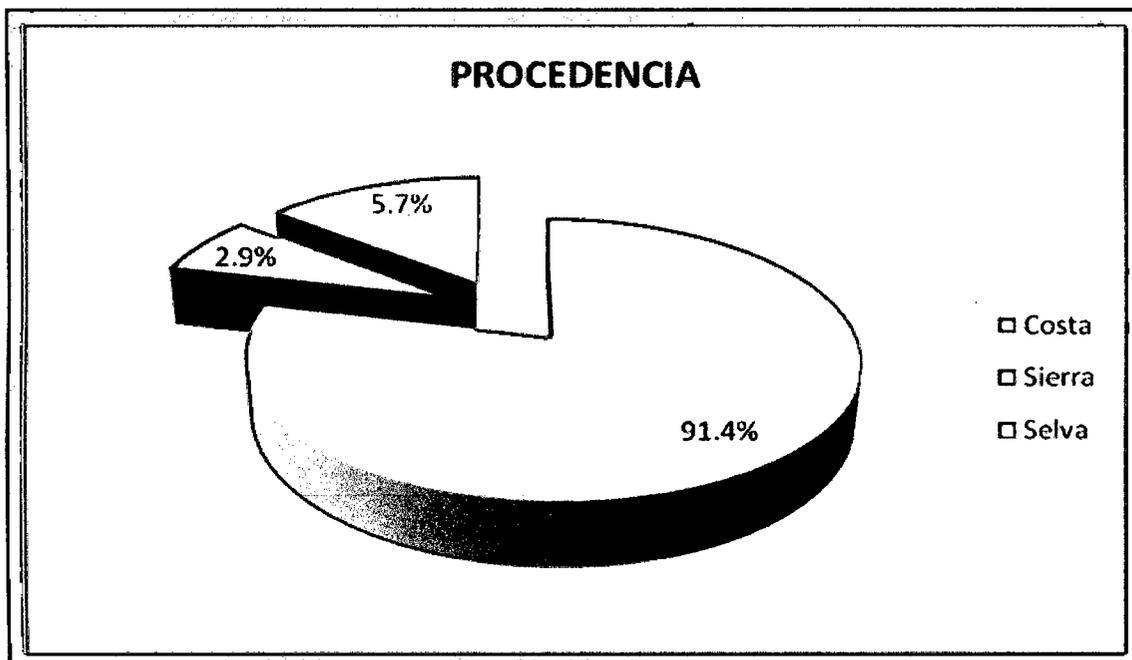
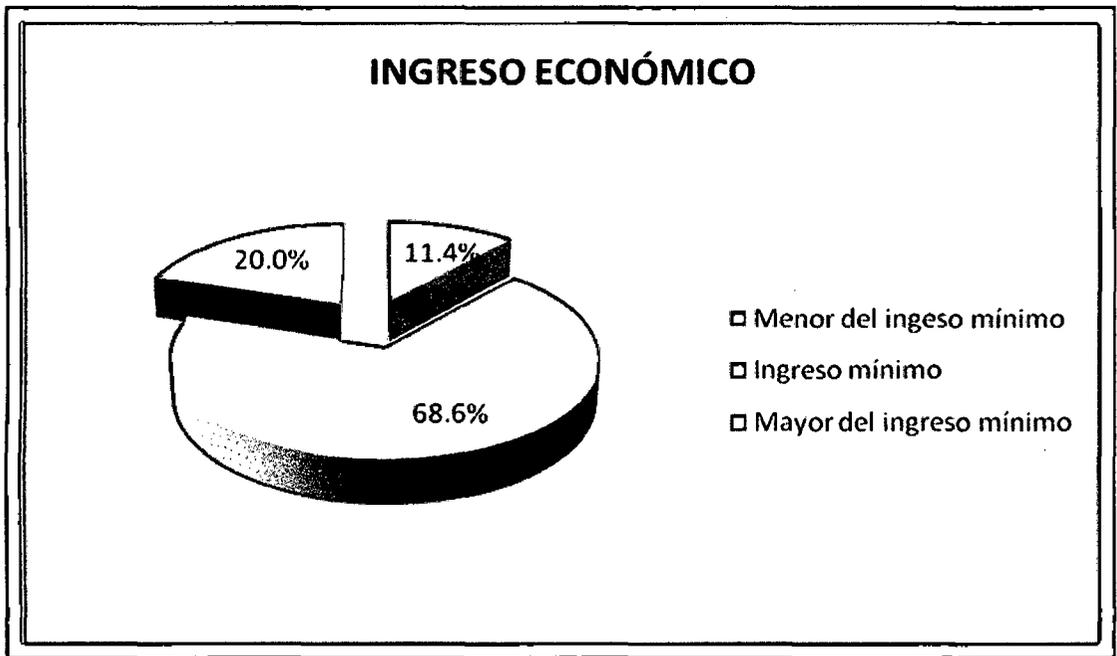


FIGURA N° 6: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.



**FIGURA N° 7: PROCEDENCIA DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS.  
PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.**

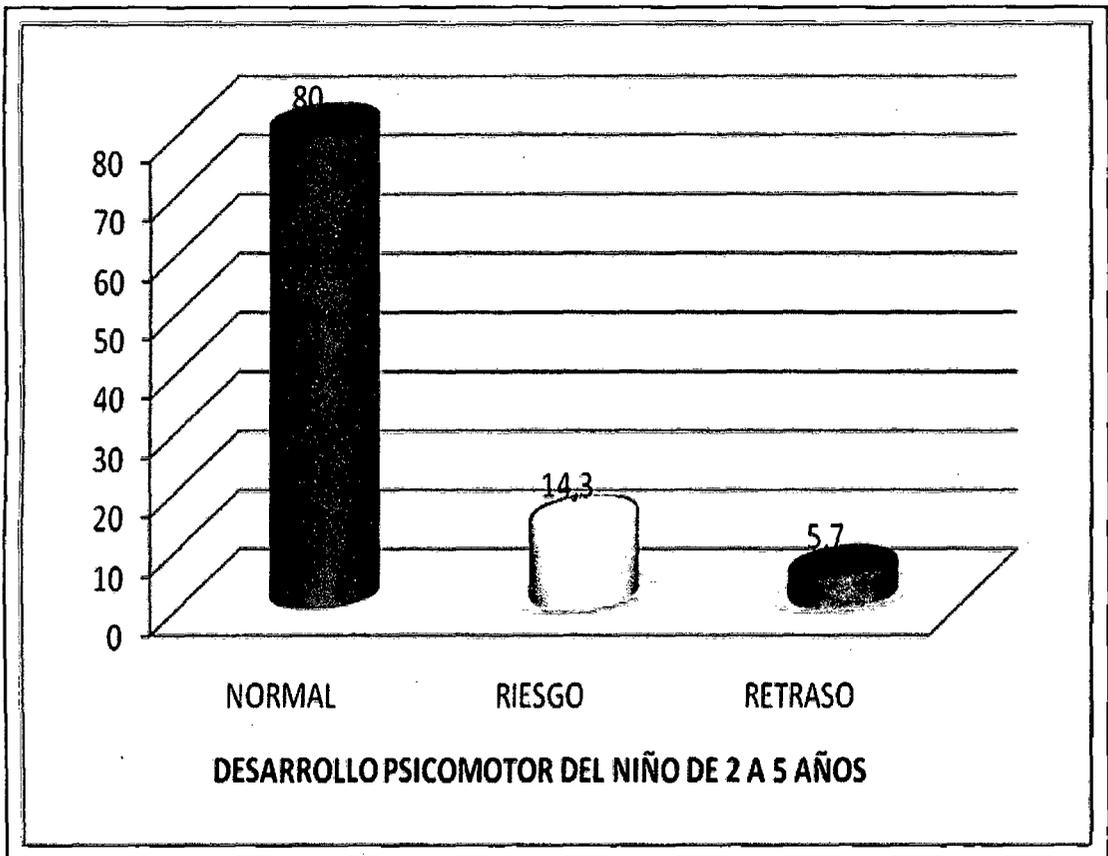


**FIGURA N° 8: INGRESO ECONÓMICO DE LA MADRE DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.**

**TABLA N° 02: DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS.  
PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.**

<b>DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS</b>	<b>Fi</b>	<b>Hi</b>
NORMAL	28	80.0
RIESGO	5	14.3
RETRASO	2	5.7
TOTAL	35	100

**FUENTE:** Niño de 2 – 5 años del Puesto de Salud Miraflores Alto.



**FIGURA N° 9:** DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.

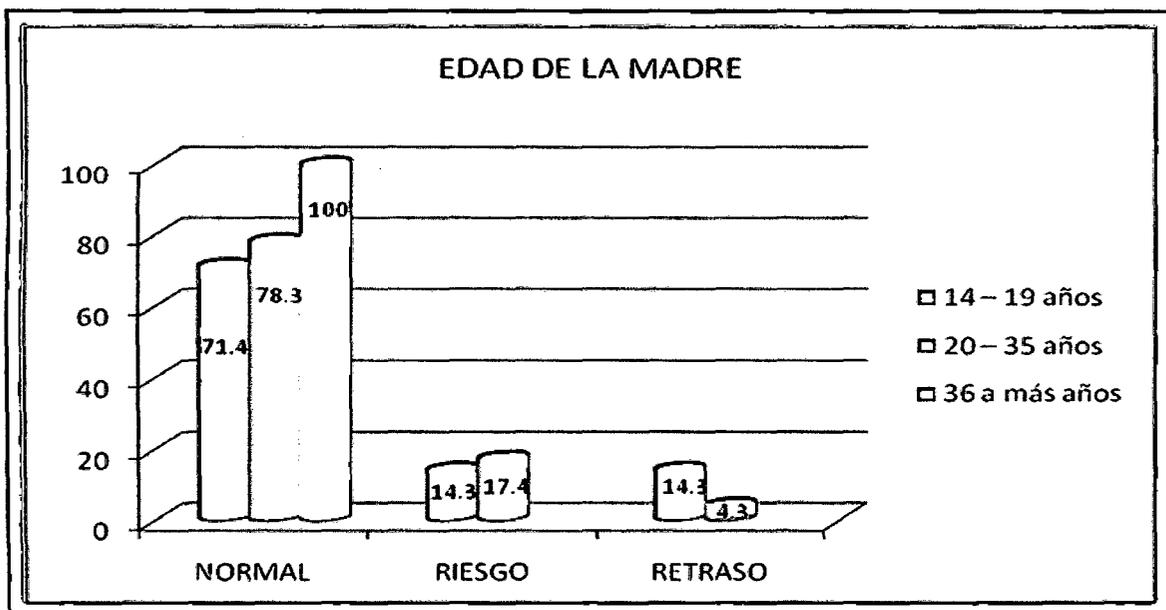
**TABLA Nº 03: ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS MATERNOS RELACIONADOS AL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO. CHIMBOTE, 2013.**

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS MATERNOS	DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS							
	NORMAL		RIESGO		RETRASO		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	Fi	Hi
<b>EDAD DE LA MADRE</b>								
14 – 19 años	5	71.4	1	14.3	1	14.3	7	20.0
20 – 35 años	18	78.3	4	17.4	1	4.3	23	65.7
36 a más años	5	100	0	0	0	0	5	14.3
$X^2_o = 2,453$ GL= 4 p= 0,653 No sig.								
<b>RESIDENCIA</b>								
Urbano	4	80	0	0	1	20	5	14.0
Urbano - marginal	23	79.3	5	17.3	1	3.4	29	82.9
Rural	1	100	0	0	0	0	1	2.9
$X^2_o = 3,190$ GL= 4 p= 0,527 No sig.								
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>								
1 hijo	12	85.7	1	7.1	1	7.1	14	40.0
2 hijos	12	85.7	2	14.3	0	0	14	40.0
3 hijos	3	60	1	20	1	20	05	14.3
Más de 3 hijos	1	50	1	50	0	0	02	5.7
$X^2_o = 5,739$ GL= 6 p= 0,453 No sig.								
<b>OCUPACIÓN</b>								
Estudiante	2	50	1	25	1	25	4	11.4
Ama de casa	15	83.3	2	11.1	1	5.6	18	51.4
Trabaja fuera del hogar	11	84.6	2	15.4	0	0	13	37.1
$X^2_o = 4,316$ GL= 4 p= 0,365 No sig.								

**TABLA N° 03: Continuación.**

<b>TENENCIA DE PAREJA</b>								
Con pareja	23	85.2	3	11	1	3.7	27	77.0
Sin pareja	05	62.5	2	25	1	12.5	8	23.0
$X^2_o = 2,066$ GL= 2      p= 0,356      No sig.								
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>								
Sin instrucción	1	100	0	0	0	0	1	3.0
Primaria	5	100	0	0	0	0	5	14.3
Secundaria	17	74	5	22	1	4	23	65.7
Superior	5	83	0	0	1	17	6	17.0
$X^2_o = 4,701$ GL= 6      p= 0,583      No sig.								
<b>PROCEDENCIA</b>								
Costa	26	81	4	13	2	6	32	91.0
Sierra	1	100	0	0	0	0	1	3.0
Selva	1	25	1	25	0	0	2	6.0
$X^2_o = 2,469$ GL= 4      p= 0,650      No sig.								
<b>INGRESO ECONÓMICO</b>								
< del Ingreso Mínimo Vital	2	50	1	25	1	25	4	11.0
Ingreso Mínimo	20	83	4	17	0	0	24	69.0
> del ingreso Mínimo Vital	6	86	0	0	1	14	7	20.0
$X^2_o = 6,804$ GL= 4      p= 0,147      No sig.								
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>80</b>	<b>5</b>	<b>14.3</b>	<b>2</b>	<b>5.7</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Niño de 2 – 5 años del Puesto de Salud Miraflores Alto.



**FIGURA Nº 10: FACTORES SOCIOECONÓMICOS MATERNOS: EDAD RELACIONADO AL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. CHIMBOTE, 2013.**

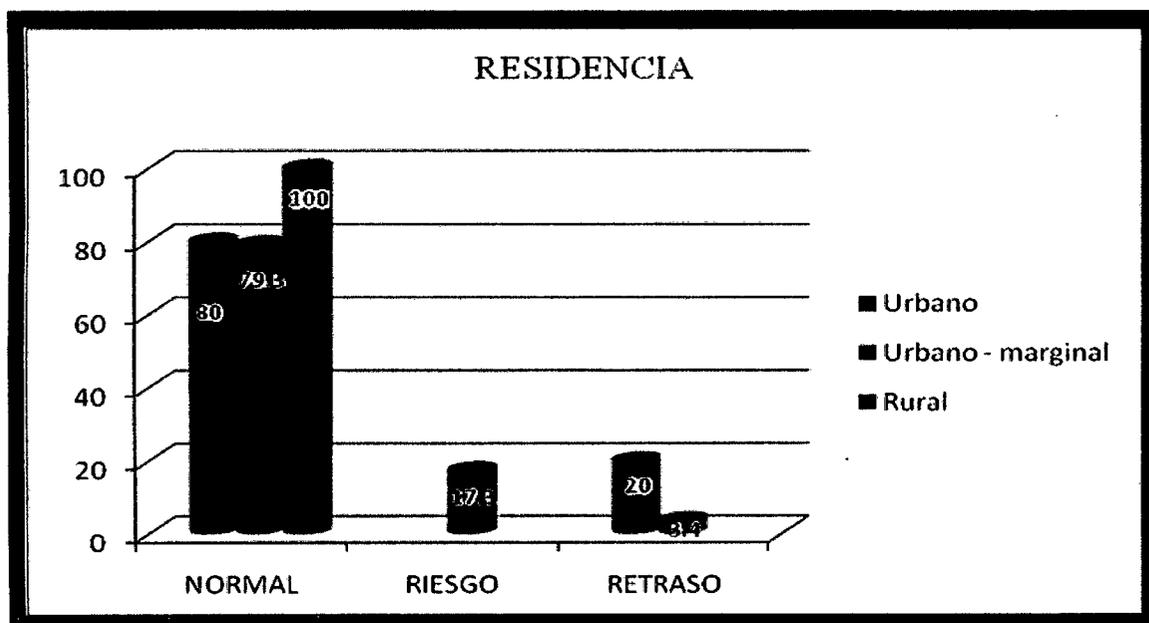
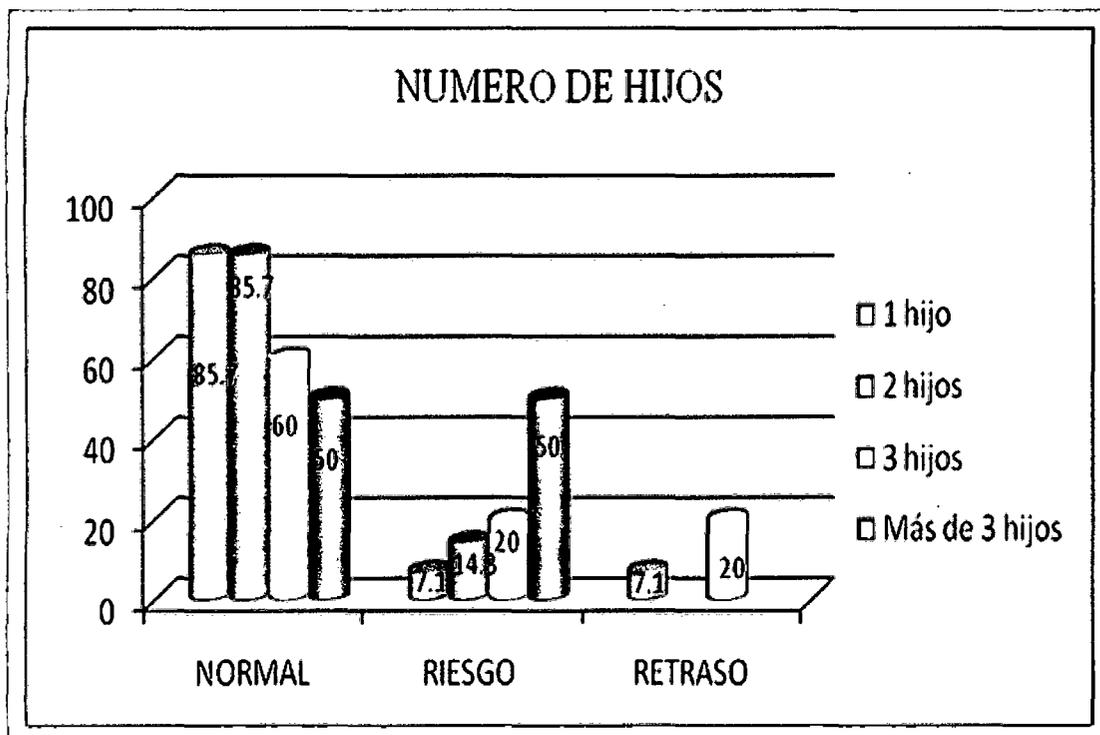
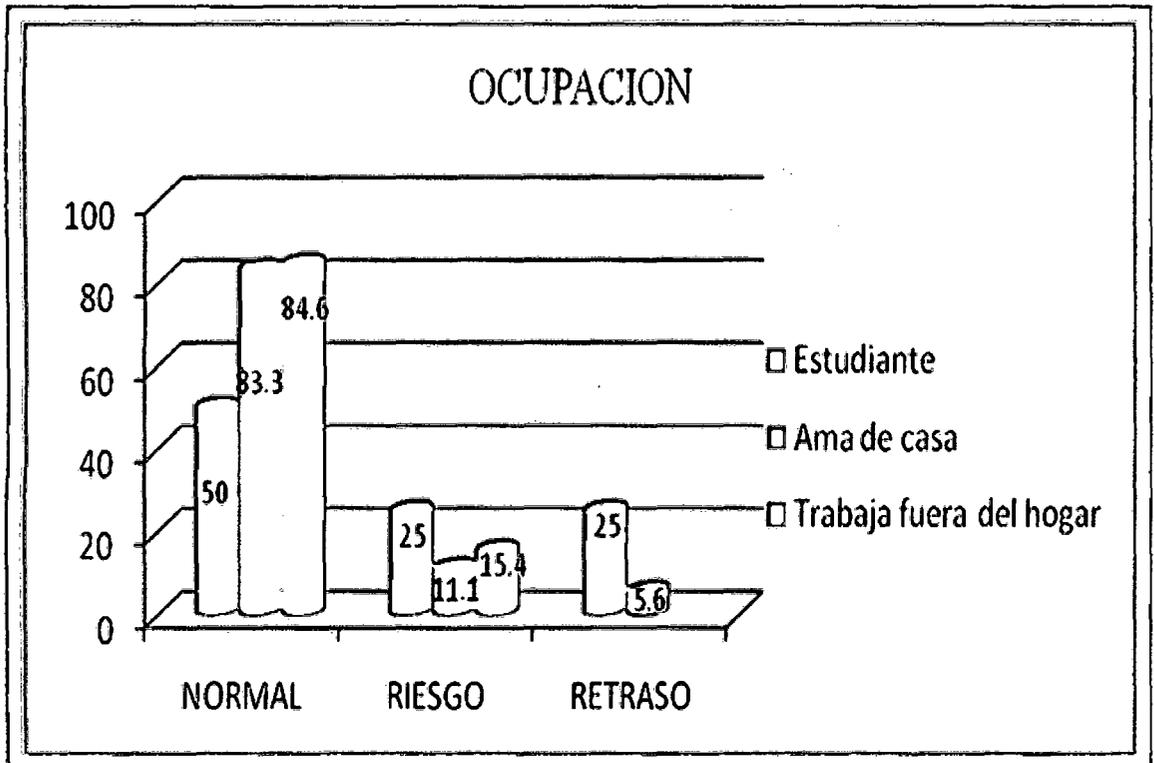


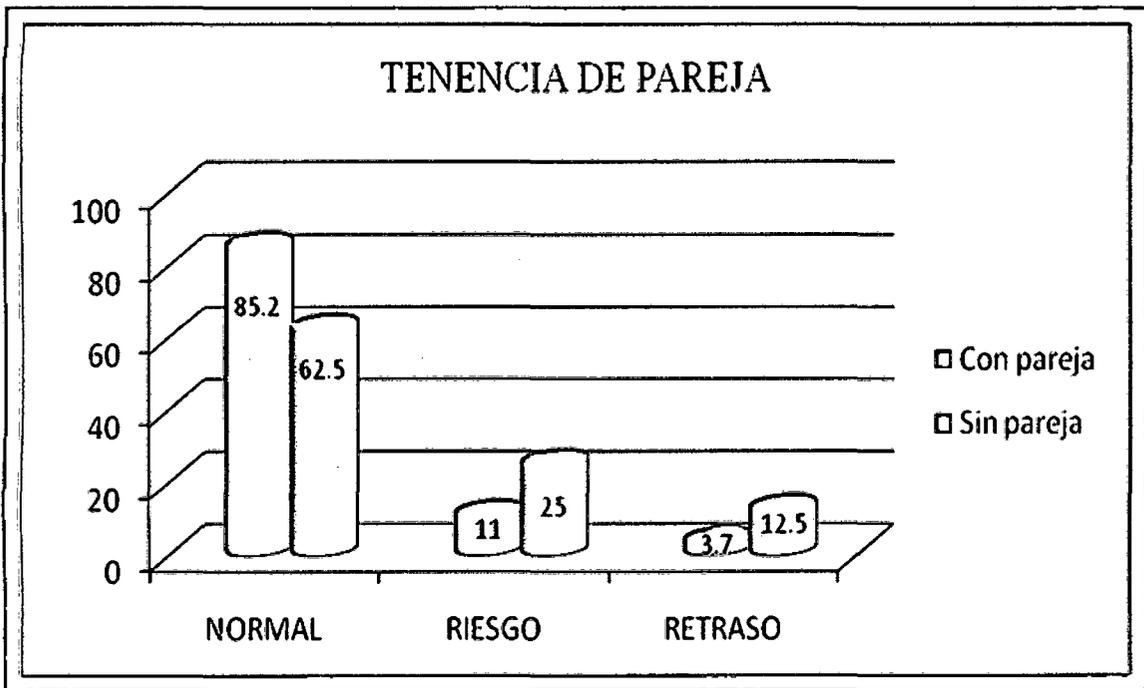
FIGURA N° 11: FACTORES SOCIOECONÓMICOS MATERNO: RESIDENCIA RELACIONADO AL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. CHIMBOTE, 2013.



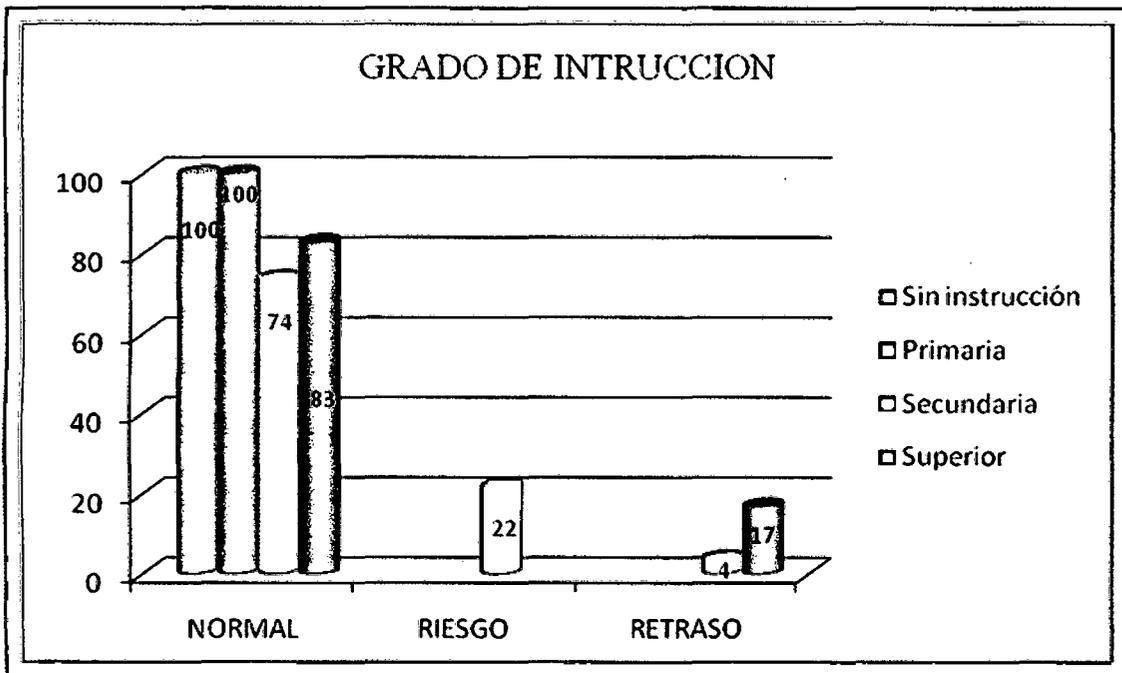
**FIGURA N° 12:** FACTORES SOCIOECONÓMICOS MATERNOS: NUMERO DE HIJOS RELACIONADO AL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. CHIMBOTE, 2013.



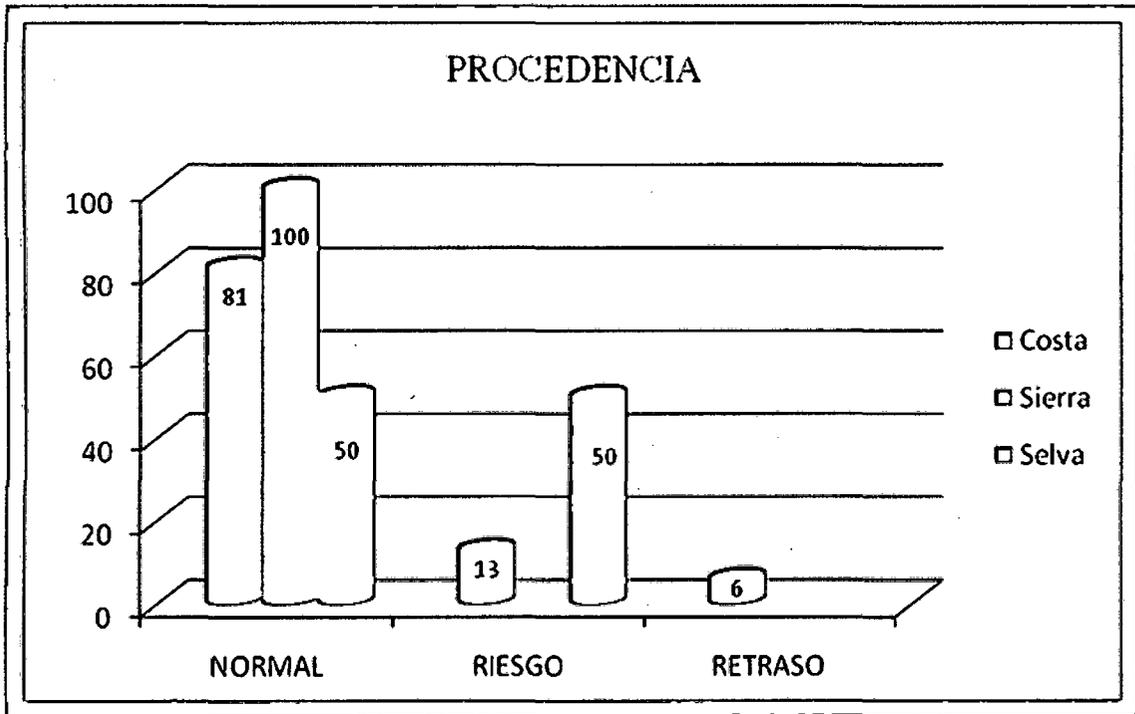
**FIGURA N° 13:** FACTORES SOCIOECONÓMICOS MATERNOS: OCUPACION RELACIONADO AL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. CHIMBOTE, 2013.



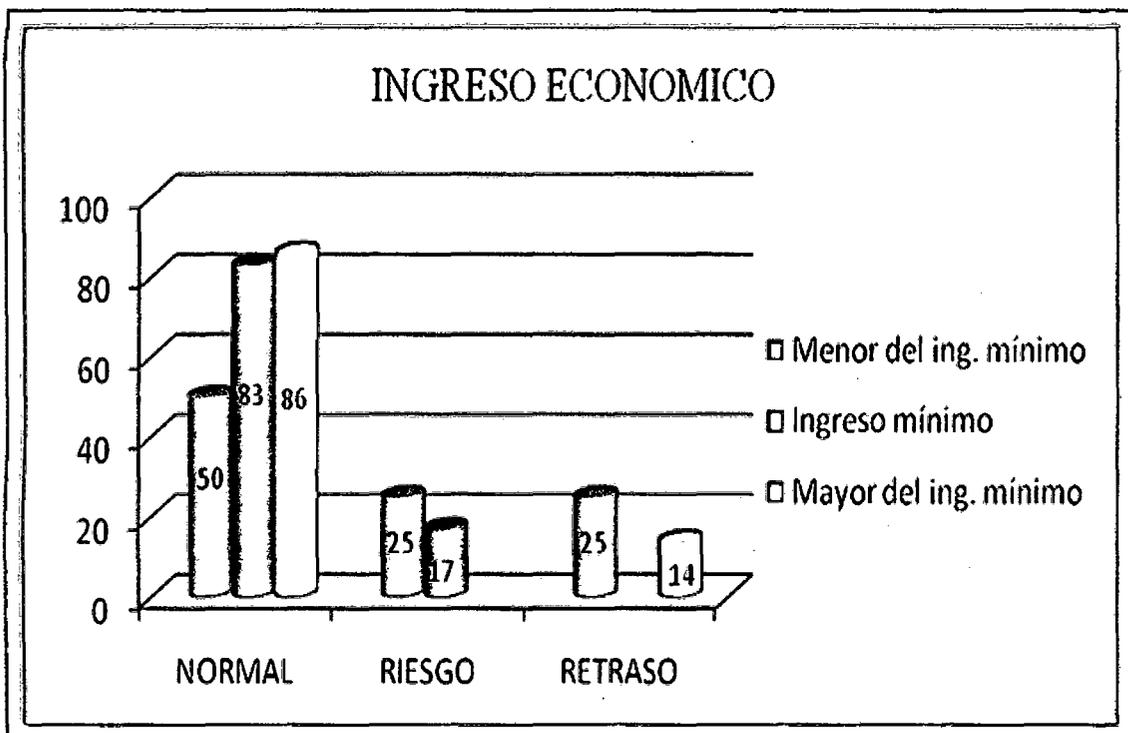
**FIGURA N° 14:** FACTORES SOCIOECONÓMICOS MATERNOS: TENENCIA DE PAREJA RELACIONADO AL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. CHIMBOTE, 2013.



**FIGURA N° 15:** FACTORES SOCIOECONÓMICOS MATERNOS: GRADO DE INTRUCCION RELACIONADO AL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. CHIMBOTE, 2013.



**FIGURA N° 16:** FACTORES SOCIOECONÓMICOS MATERNOS: PROCEDENCIA RELACIONADO AL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. CHIMBOTE, 2013.



**FIGURA N° 17:** FACTORES SOCIOECONÓMICOS MATERNOS: INGRESO ECONOMICO RELACIONADO AL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS. CHIMBOTE, 2013.

## **4.2. ANALISIS Y DISCUSION:**

**En la TABLA N°1: Sobre Antecedentes Socioeconómicos Maternos del Niño de 2 a 5 Años, se observa que:**

Según, **EDAD**, el 65.7% de madres oscila sus edades entre los 20 - 35 años, el 20% de madres entre 14 - 19 años y el 14.3% de 36 años a más. Evidenciándose que el grupo que predomina son las edades de 20 a 35 años.

Los resultados coinciden con **Langle, S. y Tolentino, L.**; quienes encontraron que la edad de 25 a 34 años es la que tiene mayor porcentaje de hijos de 2 a 5 años (52).

La edad de la madre determina características fisiológicas y psicológicas para cada etapa de la vida del niño, así tenemos que la edad es un factor ligado a la vida de los niños, ya que las madres más jóvenes no siempre están identificadas con su rol y aun no están capacitadas para la crianza de su hijo, y las madres adultas cuya edad cronológica refleja maduración emocional más estable, toman conciencia de sus responsabilidades que les permite adoptar mejores actitudes y decisiones firmes.

Las madres con edad óptima, poseen mayor madurez emocional, pues toman conciencia de su rol a cumplir dentro del hogar en el cuidado de los hijos, participando en actividades que están dirigidas a lograr el óptimo estado de salud del niño (53).

Según **RESIDENCIA**, el 82.9% de las madres residen en el área urbano marginal, el 14.3% en zona urbana y el 2.9% en zona rural. Evidenciándose que predomina la zona urbano marginal.

Los resultados difieren con **Flores, R. y Cols**, quienes encontraron que el 82.9% de las madres viven en zona urbana marginal (54).

El área rural muestra cifras de mayor fecundidad comparado con el área urbana, ya que está demostrado que una familia con más hijos no puede suplir las necesidades básicas de cada uno, también está demostrado que las zonas rurales tienen como menor acceso al agua potable, alumbrado público entre otros, los cuales no muestran adecuada salubridad para la crianza de los niños por la enfermedades digestivas y respiratorias que ocasionan estos problemas en el crecimiento y desarrollo en los niños (55).

Según **NÚMERO DE HIJOS**, el 40% de las madres tienen 1 hijo, el 40% tienen 2 hijos, el 14.3% tienen 3 hijos y el 5.7% tienen más de 3 hijos. Evidenciándose que predomina las madres que tienen 1 y 2 hijos.

Los resultados son semejantes a **Corales, J. y Chamílco, T.**; quienes encontraron que el 84.4% de madres tiene entre 1 y 2 hijos (56).

El número de hijos, es un factor que interviene en la actitud de la madre frente a las actividades que realiza para sí mismo y para sus hijos, pues mientras menos sea el número de hijos, más tiempo tiene para dedicarse a sí misma y a cada uno de ellos, así mismo la madre con mayor número de hijos son las que

menos tiempo tiene para dedicarse en el cuidado integral de cada uno de ellos.  
(Ibid).

Según **OCUPACIÓN**, el 51.4% de las madres son amas de casa, el 37.1% trabaja fuera del hogar y el 11.4% estudia. Evidenciándose que predomina el 51.4% de madres que son amas de casa.

Los resultados coinciden con **Corales, J. y Chamilco, T.** quienes encontraron que la mayoría de madres tiene de ocupación ama de casa (56).

La madre que trabaja fuera del hogar condiciona que el niño pase largas horas a cargo de sus hermanos, parientes, o vecinos, quienes no podrían brindar el cuidado, afecto y seguridad materna necesaria. Así mismo la madre realiza un trabajo muy arduo cuidando de la familia y criando a los hijos, ya que la madre que desempeña una función agregada a su rol en el hogar, va a restar tiempo y dedicación en la atención y cuidado de su menor hijo. las madres que trabajan fuera del hogar tienen menores oportunidades de participar en programas y practicar en casa actividades que promuevan el desarrollo psicomotor normal de sus hijos, por lo que la madre tiene que laborar la mayor parte del día fuera de casa, de esa manera descuida su atención y cuidado en el niño. (57).

Según **TENENCIA DE PAREJA**, el 77.1% de las madres tienen pareja, el 22.9% no tienen pareja. Evidenciándose que predomina el 77.1% de madres con pareja.

Los datos obtenidos son parecidos a los reportados por **Aliaga, J. y Cols.** quienes encontraron que el 51.35 % de madres tiene pareja (58).

Una madre soltera, muchas veces no tiene el apoyo emocional ni económico que necesita, por lo cual no asume su rol de madre, de esa manera descuida la salud física y mental de su niño poniendo en grave riesgo su desarrollo.

Una madre sin pareja está en mayor riesgo de no brindar los cuidados necesarios a sus hijos, debido a que ella es quien asume el rol de madre y padre, además de no contar con el apoyo emocional, y recursos económicos necesarios, por lo que tiene que salir a trabajar, descuidando así la salud y el bienestar de los niños (Ibid).

Según **GRADO DE INSTRUCCION**, el 65.7% de las madres presentan grado de instrucción secundaria, el 17.1% superior, el 14.3% primaria y el 2.9% sin instrucción. Evidenciándose que predomina un grado de instrucción secundaria.

Los datos obtenidos son similares a los reportados por **Aliaga, J. y Cols. (2010)**, encontraron que el grado de instrucción en su mayoría es secundaria con el 43.24 % (58).

En el presente estudio se observa que hay un mayor porcentaje de mujeres con grado de instrucción secundaria, consideramos que la educación es un factor muy importante cuando se trata de la comprensión y el entendimiento de cualquier información (59).

Según la **PROCEDENCIA**, el 91.4% de las madres procede de la costa, el 5.7% de la selva y el 2.9% de la sierra. Evidenciándose que predomina la procedencia de la costa.

Los datos obtenidos coinciden los reportados por **Cupe, N; Callupe, L. y Quispe, M. (2004)**, donde el 88.57% de los niños con crecimiento normal corresponden a madres cuya procedencia es Lima, mientras que 35% de niños con retardo en el crecimiento pertenecen a madres procedentes de provincias (60).

Según nuestros resultados la región costa indica ser una zona más favorecida, con los medios de transporte, servicios de salud, educación y saneamiento básico, que vienen hacer muy importante para el desarrollo humano. de esta manera la procedencia es un elemento clave para identificar practicas adecuadas en el cuidado del niño ya que las personas que viven en la sierra o selva tiene poca confianza en la realización de las acciones que realiza el profesional de la salud, debido a sus costumbres y creencias (61).

Según **INGRESO ECONÓMICO**, se aprecia que el 68.6% de las madres perciben un ingreso económico mínimo vital, el 20% mayor del ingreso mínimo vital y el 11.4% menor del ingreso mínimo vital. Evidenciándose que predomina un ingreso económico mínimo vital.

Estos resultados son semejantes con lo reportado por **Rivas, M** quien reporta que la mayoría de los padres tienen un ingreso mensual mayor de 600 soles (sueldo mínimo vital) (62).

Los ingresos económicos nos permiten accesibilidad a diferentes servicios, un bajo nivel de ingresos son importantes indicadores de un rango de problemas de salud. La pobreza se encuentra relacionada con una menor oportunidad de detección temprana de enfermedades y menor búsqueda de atención por problemas de salud (63).

En la **TABLA N° 02: En el Desarrollo Psicomotor en Niños de 2 a 5 Años**, se observa que el 80% de los niños presentan desarrollo psicomotor normal, el 14,3% desarrollo psicomotor en riesgo y el 5.7% desarrollo psicomotor en retraso.

Los resultados son semejantes a **Cadillo, J. y De La Cruz, K. (2010)**, investigaron “Antecedentes y desarrollo psicomotor del niño a los 2 años de edad y algunos factores maternos”, obtuvieron los siguiente resultados: el 69% de niño tuvo normal desarrollo psicomotor, el 22.7% tuvo riesgo y el 9.1% en retraso (64).

En la investigación se encontró que la mayoría de niños de 2 a 5 años presentan desarrollo psicomotor normal; los datos demuestran una adecuada estimulación en el desarrollo psicomotor del niño, esto puede deberse al conjunto de cambios que está experimentando nuestra sociedad en cuanto a la educación, ya que se han creado más jardines infantiles,

PRONOEI, CUNA MAS, WAWA WASI, en donde los padres matriculan a sus niños a partir de los 2 años y en el que se les brinda a los padres más conocimientos sobre estimulación, a sus niños, existiendo en dicho lugares un registro en cuanto al crecimiento y desarrollo del niño, promoviendo eficazmente un desarrollo psicomotor normal.

Así mismo en la evaluación del TEPSI en sus 3 áreas que son: coordinación, lenguaje y motricidad; se pudo observar que el área más afectada es de la motricidad, seguido de la coordinación y por ultimo del lenguaje.

**En La TABLA N° 03: Antecedentes Maternos Relacionados al Desarrollo Psicomotor en Niños de 2 a 5 Años; se encontró que:**

En relación a la **edad**, el 100% de las madres que tienen 36 años a mas presentan hijos con desarrollo psicomotor normal, el 17.4% de madres de 20 a 35 años presentan hijos con riesgo en el desarrollo psicomotor, y el 14.3% de madres de 14 a 19 años sus hijos presentan retraso en el desarrollo psicomotor.

No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los hallazgos coinciden con lo reportado por **Camones, E. y Cois. (1994)**. En su estudio denominado "Influencia de algunos factores maternos en la asistencia del infante al control de Crecimiento y Desarrollo, en la cual no se encontró relación estadística significativa entre la edad y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (64).

La edad de la madre es un factor ligado a la vida de los niños, en los resultados encontrados, la mayoría de niños con retraso en el desarrollo psicomotor sus madres tienen edades de 14 a 19 años por lo que está comprobado que el embarazo en adolescentes es un determinante en el retraso cognitivo y psicomotor de los niños menores de 5 años. Las madres adolescentes tienen más probabilidades de iniciar el control de su embarazo pasado la semana 30, solo el 7% de ellas daban el pecho a sus hijos, y sus posibilidades de seguir estudiando se veían seriamente limitadas, por lo que solían tener peores empleos y menores ingresos económicos, en comparación con las mujeres que habían tenido hijos más tarde.

En relación con la **residencia**, se observa que el 100% de madres que reside en la zona rural, presentan un normal desarrollo psicomotor normal; el 17.3% que residen en zonas urbano marginal, sus hijos tienen riesgo en el desarrollo psicomotor y el 20% de la zona urbana, tienen niños con retraso en su desarrollo psicomotor.

No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados difieren con **Bejarano, E. y Villanueva, M. (2011)**, en su investigación, en su estudio denominado "Cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo en lactantes menores de 1 año y factores institucionales y socioculturales maternos". En la cual existe relación significativa entre el cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo, y residir en una zona urbano marginal (66).

En el estudio se encontró que la madres que residen en una zona urbana, sus niños presentan retraso en el desarrollo psicomotor, demostrando que vivir en zona urbana con mayor acceso a la educación, salud, no es garantía de un adecuado desarrollo psicomotor en el niño.

En relación al **número de hijos**, el 85.7% de madres que tienen entre 1 y 2 hijos, sus niños presentan un desarrollo psicomotor normal; el 50% de madres que tienen más de 3 hijos, sus niños presentan un riesgo en el desarrollo psicomotor y el 20% de las madres que tienen 3 hijos presentan retraso en el desarrollo psicomotor

No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados encontrados difieren con **Albitrez, V, Alegre, J. y Carlín, F.** en su investigaron "Algunos factores maternos y funcionales del subprograma de Crecimiento y Desarrollo y su influencia en la asistencia al control del niño menor de 1 año", encontrando relación significativa entre los factores maternos número de hijos con la asistencia al control de Crecimiento y Desarrollo del niño en de 1 año (67).

En el presente estudio está demostrado que las madres con más de 3 o más hijos tienen mayor riesgo de que sus niños presenten retraso en desarrollo psicomotor, esto debido a que la madre tiene que repartir su tiempo en cuidar muchos niños disminuyendo la preocupación de estimularlos a favor de su crecimiento y desarrollo lo cual provoca que este punto pase a ser un asunto ultimo dentro de las prioridades de la madre y

la familia que pasan primero por la alimentación, vestuario y cuidado de todos los hijos.

En relación a la **ocupación** el 84.6% de las madres que trabajan fuera del hogar, presentan un desarrollo psicomotor normal, el 25% que son estudiantes, sus niños presentan un riesgo en el desarrollo psicomotor y el 25% del mismo grupo, sus niños presentan riesgo en el desarrollo psicomotor.

No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los hallazgos coinciden con lo reportado por **Mathiesen, M y Cols.** (2009); en su estudio denominado "Características familiares y desarrollo psicomotor en niños y niñas de dos y tres años que asisten a sala cuna", quienes encontraron que no existe una relación significativa entre el desarrollo psicomotor y la ocupación (68).

En la investigación se ha demostrado que las madres que son estudiantes, no dedican mucho tiempo en el cuidado de su niño por lo que presentan retraso y riesgo respectivamente, la mujer que estudia y que trabaja, la ha llevado a afectar su vida personal principalmente en el ámbito familiar, descuidado a sus hijos y minimizando el tiempo y dedicación que estos necesitan, esto ha llevado a que la calidad de educación en los niños de estos tiempos no sea la misma, tal vez la economía en el hogar ha mejorado pero la desatención que sufren en la infancia, es un factor trascendental para posibles conflictos de salud en el futuro del infante.

En relación a la **tenencia de pareja** se observa que el 85.2% de madres con pareja sus hijos presentan un normal desarrollo psicomotor; el 25% de las madres sin pareja sus hijos tienen riesgo en el desarrollo psicomotor y el 12.5% de madres también sin pareja, tienen niños con retraso en su desarrollo.

No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los hallazgos difieren con lo reportado por **Díaz, P (1998)**. En su estudio relacionado a los "Factores maternos que influyen en el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 - 5 años del Centro de Salud Leoncio Prado Rímac". Los resultados demostraron que existe relación estadística significativa entre la tenencia de pareja y el desarrollo psicomotor (69).

En el estudio se encontró que la mayoría de madres tienen pareja y sus niños presentan desarrollo psicomotor normal, por lo que una relación estable influye positivamente en el bienestar psicológico, físico e intelectual del niño ya que la madre tiene un soporte para brindarle más oportunidades a su hijo.

Además las distintas funciones de la familia, tales como: asegurar la supervivencia física, propiciar un entorno afectuoso, establecer vínculos con cada miembro de la familia, proteger a los hijos de la violencia o el divorcio, son funciones que van a influir sobre el desarrollo psicomotor del niño y en el aprendizaje de estos.

En relación al **grado de instrucción**, se observa que el 100% de madres sin instrucción y con educación primaria sus hijos presentan desarrollo psicomotor normal, el 22% de madres con grado de instrucción secundaria sus hijos presentan riesgo en el desarrollo psicomotor y el 17% de madres con grado de instrucción superior sus hijos presentan retraso en el desarrollo psicomotor.

No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los hallazgos difieren con lo reportado por **Díaz, P (1998)**. En su estudio relacionado a los "Factores maternos que influyen en el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 - 5 años del Centro de Salud Leoncio Prado Rímac". Los resultados demostraron que el grado de instrucción tiene significancia estadística en el desarrollo psicomotriz del niño (69).

En el estudio se observa que la madres con educación superior sus niños presentan retraso en el desarrollo psicomotor, probablemente se dé porque en la actualidad la participación femenina en los diferentes campos laborales y educacionales es más amplia, la mujer se ha comprometido a no depender o ayudar en la estabilidad del hogar, para dar una seguridad económica a su familia, principal estímulo para salir adelante, ya que su ingreso se ha vuelto imprescindible para la supervivencia de los hogares, es por ello que la mujeres tienden se capacitan más, estudias más cursos, en beneficio de su profesión, descuidando el desarrollo psicomotor de sus niños. En caso contrario de la madre sin instrucción y con grado de instrucción primaria, probablemente estas madres sean amas de casa y se

dediquen exclusivamente al cuidado de sus niños promoviendo satisfactoriamente el desarrollo psicomotor normal.

No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

No se han encontrado estudios que se relacionen directamente con estas variables.

En relación a la **procedencia** el 100% de las madres que proceden de la Sierra sus niños presentan un desarrollo psicomotor normal, el 25% que proceden de la selva sus niños presentan riesgo en el desarrollo psicomotor y el 6% de las madres que son de la costa sus niños presentan un retraso en el desarrollo psicomotor.

No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

No se han encontrado estudios que se relacionen directamente con estas variables.

En relación al **ingreso económico mensual** el 86% de las madres con un ingreso mayor del mínimo vital, sus hijos presentan un desarrollo psicomotor normal, el 25% con menor ingreso mínimo vital, sus niños presentan un riesgo en el desarrollo psicomotor y el 25% también con menor ingreso mínimo vital, sus hijos presentan un retraso en el desarrollo psicomotor.

No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados encontrados coinciden con **Caicedo, P y Cols. (2008)**, en su estudio referente a la “Evaluación del desarrollo psicomotor e identificación de factores socio-ambientales relacionados, en niños de dos hogares familiares y dos jardines infantiles del Instituto Colombiano de bienestar familiar de Popayán”. Llegando a la conclusión que los ingresos promedio mensuales de los padres, no son factores de riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor (70).

En el presente estudio está demostrado que la madres con menor ingreso mínimo vital sus niños presentan riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor, esto afecta el vínculo madre - hijo en las familias de escasos recursos la cual se ve afectada por la situación de lucha diaria por sobrevivir y el tiempo y energía que la madre podría destinar a la estimulación y potenciación de las capacidades psicomotrices de los hijos se ven disminuidos.

Además para crecer sano física, mentalmente y psicológicamente, el niño necesita, además del vinculo con sus cuidadores, posibilidades de intercambio activo con su medio, oportunidades para explorar, conocer personas , lugares, objetos y situaciones diversas, ensayar, cometer errores y aprender de ellos, cuando no hay una posibilidad económica de brindarle al niño lo que necesita y más aun cuando en la vivienda pobre existe hacinamiento, no se dispone de tiempo necesario para el cuidado del niño las posibilidades para que el niño se desarrolle se reducen drásticamente.

## **V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES.**

- ✎ El 65.7% de las madres tiene de 20 a 35 años, el 89.9% reside en zona urbano marginal; el 40% tienen de 1 y 2 hijos; el 51.4% son amas de casa; el 77.1 % tienen pareja, el 65.7% grado de instrucción secundaria; el 91% proceden de la costa; y el 68.6% presentan ingreso económico mínimo vital.
  
- ✎ El 80% de los niños pre escolares presentan desarrollo psicomotor normal, el 14.3% presentan un riesgo en el desarrollo psicomotor y el 5.7% retraso en el desarrollo psicomotor.
  
- ✎ No existió relación estadística significativa entre los antecedentes maternos: Edad, residencia, número de hijos, ocupación, tenencia de pareja, grado de instrucción, procedencia e ingreso económico, con el desarrollo psicomotor en los niños de 2 a 5 años.

## **5.2 RECOMENDACIONES:**

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se sugiere que:

- Los profesionales de enfermería debemos realizar la educación con métodos más pedagógicos y utilizar herramientas que sean atractivas para que las madres las tomen en cuenta y las entiendan sin dificultad, así mismo ampliar el campo de trabajo a los PRONOEI, CUNA MAS, WAWA WASI, orientando y supervisando la labor de las madres cuidadoras, orientando y brindando una atención eficiente y eficaz del CRED en dicho lugares.
- Incluir y promover la integración de la madre y el padre que participa en la crianza y cuidado diario de los niños, en la educación sobre el desarrollo psicomotor.
- Crear instancias de educación más específicas tomando en cuenta el entorno biosicosocial de la madre, como talleres o charlas en los centros comunales o juntas de vecinos y así favorecer los lazos entre la familia y los centros de salud.
- Para las enfermeras especialistas en el área de crecimiento y desarrollo, el presente estudio les servirá como estímulo para su desarrollo profesional.

- En el SERUMS la enfermera debe utilizar estrategias para lograr el crecimiento y desarrollo normal de los niños mediante la ejecución del SIVICO, organizando a la comunidad, fomentando la participación de los líderes comunales como promotores de salud y agentes comunales en actividades de educación sanitaria para la sensibilización de la población y así lograr un desarrollo psicomotor óptimo.
- Se recomienda que el lugar donde apliquen el TEPSI, presente las condiciones adecuadas para aplicarlo como: el espacio sea amplio, ordenado, limpio, ventilado e iluminado.

## **VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. **DIAZ, G. Y, COLS. (2001).** Enfermería de la infancia y la adolescencia. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, Madrid.
2. **MINSA (2010).** Normas de Atención del Niño menor de 5 años. Edit. Minsa. Lima – Perú
3. **ARIAS, R (2005)** Crecimiento y Desarrollo del Niño. Escuela de Salud San Pedro Claver. Accesado el día 01-03-12. Disponible en <http://www.ilustrados.com/documentos/crecimientodesarrollonino.doc>
4. **SCHONHAUT, L; ALVAREZ, J; y SALINAS, P. (2008)** Revista Chilena De Pediatría “El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor”. Chile. Accesado el 15-10-13, Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79s1/art05.pdf>

5. **ISSLER, R. (2005).** Embarazo en la adolescente, revista de postgrado de la Catedral Vía Medicina Accesado el día 07-06-13. Disponible en [http://med.edu.ar/revista1077emb\\_adol.html](http://med.edu.ar/revista1077emb_adol.html).
6. **AUSBEL, D (1995).** Psicología Educativa. 1ra. Ed. Edit. Trillas. México
7. **CALDWELL, L. (2001).** La Educación Materna y su influencia en la Morbilidad y Mortalidad Infantil. Foro Mundial de la Salud.
8. **MINISTERIO DE SALUD (2006).** Normas de Atención del niño menor de 5 años. MINSA. Perú.
9. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2010)** Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
10. **MENEGHELLO, J. (2005).** Tratado de Pediatría. 5º Ed. Buenos Aires .Editorial Médica Panamericana.

11. **OMS. (2009).** Desarrollo en la primera infancia. Accesado el 20-11-13. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/index.html>
12. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Salud Materno Infantil y Atención Primaria de salud en la América. publicación científica. 4112. Washington.1990.
13. **UNICEF. (2011).** Estado de la Niñez en el Perú. Accesado el 15-12-13. Disponible en: [http://www2.minedu.gob.pe/digesutp/formacioninicial/wp\\_descargas/bdigital/037\\_Estado\\_Ninez\\_enPeru\\_2010.pdf](http://www2.minedu.gob.pe/digesutp/formacioninicial/wp_descargas/bdigital/037_Estado_Ninez_enPeru_2010.pdf)
14. **DE LA PAZ S. (2007).** El trabajo infantil en el Perú. Accesado el 12-11-13. Disponible en: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:199532/FULLTEXT01.pdf>
15. **RED DE SALUD PACIFICO NORTE.** Área estadística de la Red Pacifico Norte 2011.
16. **CASTELLANOS R. Y, COLS. (1997).** Factores de riesgo asociados a retraso psicomotor en niños de 0 a 5 años de edad. Revista Médica Científica. Quito-Ecuador. Accesado el 09-11-13. Disponible en: <http://www.scielosp.org>.

17. **RAMOS A. Y COLS. (1998).** “La prematuridad y sus repercusiones en el crecimiento y desarrollo del niño, en la zona Metropolitana de Guadalajara – México”. Accesado el 19-12-13. Disponible en: <http://www.scielosp.org>.
  
18. **CARDONA S. Y COLS. (2007).** “Principales hallazgos en el programa de crecimiento y desarrollo de los niños hasta los 60 meses de edad en ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia) 2007”. Accesado el 15-12-13. Disponible en: <http://www.scielosp.org>.
  
19. **MARTELL M. Y COLS. (2007).** “Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana de Montevideo”. Accesado el 07-06-12. Disponible en: <http://www.scielosp.org>.
  
20. **GUZMÁN S Y MONJE R. (2009).** En su estudio denominado “Hogar CONIN y su trabajo en el desarrollo psicomotor”. Institución CONIN de Valdivia, Región de los Ríos-Chile. Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería. Universidad Austral de Chile. Valdivia-Chile.

21. **RUIZ R; Y RICARDO N. (1999).** Evaluación del desarrollo psicomotor en niños de 3-5 años de edad, con el antecedente de hipoglicemia neonatal. Hospital Honorio Delgado de Arequipa. Facultad de Medicina; Tesis para la obtención del grado de Bachiller. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa Perú.
  
22. **MELCHOR, S. (2004).** "Caracterización de la demanda de atención del programa de crecimiento y desarrollo en niños menores de 3 años en la Región de Tacna – 2004. "Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
  
23. **ANDALUZ Z. Y ROSA L. (2005),** investigaron "Desarrollo psicomotor y factores extrínsecos: estado nutricional y nivel socioeconómico en niños menores de 5 años del Centro de Salud "Santísimo Sacramento" La Esperanza, Trujillo. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional de Trujillo.

24. **HENDENMANN M. Y, COLS. (2006)**, investigaron "Algunos factores socioculturales de la madre que influyen en el control de crecimiento desarrollo de sus hijos menores de cinco años. A.A.H.H. Esmeralda de los Andes Huanta II - Canto Grande". "Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
25. **VILLARREAL, S. (2009)**, en su investigación titulada, "Relación del nivel socio-económico con el crecimiento y desarrollo". Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
26. **CASTAÑEDA, M.; Y URBINA, M. (2001)**. Relación entre la estimulación temprana que brinda la madre y el nivel de desarrollo psicomotor del preescolar de 4-5 años. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
27. **BALAREZO, I; Y SILVA, L. (2001)**. Nivel de información de la Madre Sobre Estimulación Temprana y su Relación con el Desarrollo Psicomotor del Niño Pre-escolar. Jardín de Niños Corazón de María N° 179-Distrito de Guadalupe-2001. Tesis para optar Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Chimbote-Perú.

28. **LÓPEZ, M. Y, COLS. (2002).** “Factores infantiles y su asociación con el desarrollo motor grueso en niños menores de 16 meses asistentes al programa de control de crecimiento y desarrollo de los hospitales del Ministerio de Salud”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional del Santa. Chimbote.
29. **JULCA, E. Y NAPAN, K (2006).** “Factores maternos e institucionales asociados al control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional del Santa. Chimbote.
30. **FELIPE, L; Y LAVANDERA, K. (2006).** Estado nutricional asociado al desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años. Asentamientos Humano la Grama, Distrito de Nepeña. Tesis para optar Título Profesional de Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Chimbote-Perú.
31. **ARRIVASPLATA, J. Y RAMOS, CECILIA (2007).** en su investigación “Cumplimiento al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un año asociado con algunos factores socioeconómicos y nivel de conocimiento de la madre adolescente. Comunidad Villa

Hermosa". Tesis para optar el grado de licenciatura  
Universidad Nacional del Santa. Chimbote.

32. **LÓPEZ, I. Y MONDALGO R. (2008).** Desarrollo psicomotor del niño de 6 meses a 4 años relacionado al nivel de conocimiento de la madre cuidadora sobre estimulación temprana. Wawawasis A.A.H.H 10 de Setiembre y San Miguel-Chimbote. Tesis para optar Título Profesional de Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Chimbote-Perú.
33. **HOSPITAL LA CALETA.** Área de Estadística e Informática.
34. **HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON.** Área de Estadística e Informática.
35. **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH (DIRESA)** Área de Estadística.
36. **LABOR, J. (2002).** Enfoque de Riesgo. Boletín Práctica Médica. Cuba. Accesado el 11-10-13. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/boprime/v2n0900/02.htm>.

37. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1990).** Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Accesado el 10-01-14. Disponible en: <http://paltex.paho.org/bookdetail.asp?bookId=PXE06>.
38. **KRAUSKOPF, D. (1992).** El enfoque de Riesgo y su Aplicación a las Conductas en la Adolescencia. Una Perspectiva Psicosocial. En prensa, OPS. Washington.
39. **FLETCHER, P. (2005).** Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie Paltex. Perú.
40. **INEI (2002).** Factores de riesgo, características y tendencias de la salud materno-infantil. Accesado el 13-01-14 disponible en: [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0561/Libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0561/Libro.pdf)[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0506/Libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0506/Libro.pdf)
41. **CAMPOS, A. (2001).** Seguimiento al hijo de madre adolescente. Accesado el 13-01-14. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21\\_5-6\\_05/mgi115-605.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi115-605.htm)

42. **GOMEZ, M. (2008).** Influencia del Hábitat Sobre el Desarrollo Psicomotor a la Edad de 18 Meses. Accesado el 13/01/14. disponible en: <http://spaoyex.es/sites/default/files/pdf/Voxpaed16.1pags26-32.pdf>
43. **INGALLS, J Y COLS. (2002).** Salud Materno Infantil Enfermería. Accesado el 10/01/14. disponible en [http://books.google.com.mx/books?id=zMRsAAAAMAAJ&dq=inauthor%3A%22A.%20Joy%20Ingalls%22&hl=es&source=gbs\\_similarbooks](http://books.google.com.mx/books?id=zMRsAAAAMAAJ&dq=inauthor%3A%22A.%20Joy%20Ingalls%22&hl=es&source=gbs_similarbooks)
44. **DURAN, B. (2009).** La Ocupación de la Madre Como Factor Determinante del Estado Nutricional de Niños Menores de 7 Años de Ciudad Juárez. Accesado el 13/01/14. disponible en <http://sirio.uacj.mx/ICB/RedCIB/publicaciones/Tesis>
45. **CORTES, M Y COLS. (2007).** Existencia de Alteraciones en el Desarrollo Psicomotor en Niños Menores de 5 Años en los Estratos Socioeconómicos Bajos. Accesado el 11-01-14. Disponible en: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos>

46. **LIRA, M. (1994).** Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor del niño de nivel socioeconómico bajo. Accesado el 15-01-14. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v65n1/art05.pdf>
47. **MARTINA, G. Y COLS. (2002).** Apuntes sobre bioestadística para Enfermería. Imprenta de la facultad de Medicina UNMSM-Perú.
48. **TIQUE, J. (2012).** Factores que Afectan el Desarrollo Psicomotor en Infantes de 8 a 24 Meses del Jardín Social Perlitás del Otún de Pereira 2012 Accesado el 14-01-14 disponible en: <http://recursosbiblioteca.utp.edu.co/tesis/textoyanexos/37286132T595.pdf>
49. **CINTERFOR (2000).** Riesgo en la Salud. Accesado el 14/01/14. disponible en: [www.Cinterfor.org.uy/jóvenes/doc/](http://www.Cinterfor.org.uy/jóvenes/doc/).
50. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2005).** Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención perinatal, centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humanos. 2da edición. Serie Paltex, para ejecutores de programas de salud.

51. **BARILLAS, J. (2004).** Enfoque epidemiológico de riesgo en la atención a la salud. Material didáctico, área Conducta Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas, Fase I.
52. **LANGLE, S. Y TOLENTINO, L. (2007).** “Desarrollo psicomotor en niños de 6 meses y antecedentes maternos”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional del Santa. Chimbote.
53. **WHALEY, Y WONG, D. (1995).** Enfermería Pediátrica. 4ª edit. Edit. Mosby Doyma Libros Madrid – España.
54. **FLORES, R. Y COLS. (2004).** “Influencia de los factores maternos y socio-económicos en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año Hospital Nacional Docente Madre- niño “San Bartolomé”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
55. **MEDELLÍN, G. (1996).** Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano. Tomos I y II. Colombia.

56. **CORALES, J. Y CHAMILCO, T. (2011)**, "Antecedentes Materno Relacionado Al Desarrollo Psicomotor En Niño Preescolares, Institución Educativa Inicial N322. Chimbote 2011". Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional del Santa. Chimbote.
57. **REEDER, S. (1992)**. Enfermería Materno Infantil. 3<sup>ra</sup> ed. Edit. Harla. México, D.F.
58. **ALIAGA, J. Y COLS. (2010)**, en su investigación titulada, "Características socioculturales, ingreso económico y actitudes de las madres de niños de 1 a 4 años con retraso del lenguaje consultorio de crecimiento y desarrollo, Hospital Nacional Cayetano Heredia". Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
59. **SOCIEDAD CUBANA DE MEDICINA. (1999)**. Revista Cubana de Medicina Integral Factores de Riesgo en el Proceso de la Salud. Accesado el 29-12-13. Disponible en: [bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_499/mgi18499.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_499/mgi18499.htm)
60. **CUPE, N. CALLUPE, L. Y QUISPE, M. (2004)**. "Algunos factores socio-económicos de las madres adolescentes y su influencia en el crecimiento y desarrollo del menor de 1

año en el Hospital Materno Infantil Juan Pablo II Villa El Salvador de Mayo a Julio del 2004."Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

61. **POLLITT, E. Y COLS (2003).** Desarrollo Infantil y Rendimiento Escolar en el Perú. Accesado el 13/01/14. Disponible en: <http://grade.org.pe/download/pubs/InvPolitDesarr-12.pdf>
62. **RIVAS, S. (2000).** Algunos factores biosocioculturales maternos y el Crecimiento y Desarrollo niño preescolar. Tesis para optar el título de licenciado de enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo.
63. **VALDEZ, M. (2011).** Influencia del Nivel Socioeconómico Familiar Sobre el Desarrollo Psicomotor de Niños y Niñas de 4 a 5 Años de Edad de la Ciudad De Talca – Chile. Accesado el 18/01/14. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v20-2/4.pdf>
64. **CADILLO, J. Y DE LA CRUZ, K. (2008-2010).** "Antecedentes y desarrollo psicomotor del niño a los 2 años de edad y algunos factores maternos". Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional del Santa. Chimbote.

65. **CAMONES Y CARRIÓN (1994)**, investigaron: “Influencia de algunos factores maternos en la asistencia del infante al Control de Crecimiento y Desarrollo” Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional de Trujillo.
66. **BEJARANO, E. Y VILLANUEVA, M. (2011)**. “Cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo en lactantes menores de 1 año y factores institucionales y socioculturales maternos. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional del Santa. Chimbote.
67. **ALBITREZ, V, ALEGRE, J. Y CARLÍN, F. (1996)**. “Algunos factores maternos y funcionales del subprograma de Crecimiento y Desarrollo y su influencia en la asistencia al control del niño menor de 1 año”, Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en el Universidad Nacional del Santa. Chimbote.
68. **MATHIESEN, M. Y COLS. (2009)**. Características familiares y desarrollo psicomotor en niños y niñas de dos y tres años que asisten a sala cuna. Estudios pedagógicos. Universidad Austral de Chile. Valdivia-Chile. Disponible en:<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1735/173514137005.pdf>

69. **DÍAZ P. (1998).** Factores maternos que influyen en el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 – 5 años. Centro de Salud Leoncio Prado, Rímac- Perú. Tesis para optar el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú.
70. **CAICEDO, P. Y COLS. (2008).** Evaluación del desarrollo psicomotor e identificación de factores socio-ambientales relacionados en niños de dos hogares familiares y dos jardines infantiles. Instituto Colombiano de bienestar familiar (ICBF) de Popayán-Colombia. Tesis para optar Título Profesional de Enfermería. Universidad del Cauca. Popayán- Colombia.

# **ANEXO**

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



**ANEXO N° 01**

**Cuestionario Semiestructurado: Antecedentes Socioeconómicos Maternos**

**Autor: Pumarica Pelaez, Fiorella.**

Estimada madre, este cuestionario realizado por la investigadora tiene como finalidad determinar los antecedentes socio económicos maternos, se le ruega la mayor sinceridad de sus respuestas, los cuales serán utilizados en la más estricta reserva y confidencialidad.

**ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS:**

**1. EDAD:**

- a) 14 – 19 ( )
- b) 20 – 35 ( )
- c) 36 a más. ( )

**2. RESIDENCIA:**

- a) Urbano. ( )
- b) Urbano-marginal. ( )
- c) Rural. ( )

**3. NÚMERO DE HIJOS:**

- a) 1 hijo. ( )
- b) 2 hijos. ( )
- c) 3 hijos. ( )
- d) Más de 3 hijos ( )

**4. OCUPACIÓN:**

- a) Estudiante. ( )
- b) Ama de casa ( )
- c) Trabajo fuera del hogar ( )

**5. TENENCIA DE PAREJA:**

- a) Con pareja. ( )
- b) Sin pareja. ( )

**6. GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

- a) Sin instrucción. ( )
- b) Primaria. ( )
- c) Secundaria. ( )
- d) Superior. ( )

**7. PROCEDENCIA:**

- a) Costa. ( )
- b) Sierra. ( )
- c) Selva. ( )

**8. INGRESOS ECONÓMICOS:**

- a) Menor Del Ingreso Mínimo Vital. ( )
- b) Sueldo Mínimo Vital. ( )
- c) Mayor Del Ingreso Mínimo Vital. ( )

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

E.A.P. ENFERMERIA



ANEXO Nº 02

TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS: TEPESI

Autores: Margarita Haeussler y Teresa Marchant

Nombre del niño:.....

Fecha de nacimiento:.....

Edad.....años.....meses.....días

.....

Fecha de examen:.....

Nombre del padre:.....

Nombre de la madre:.....

Dirección:.....

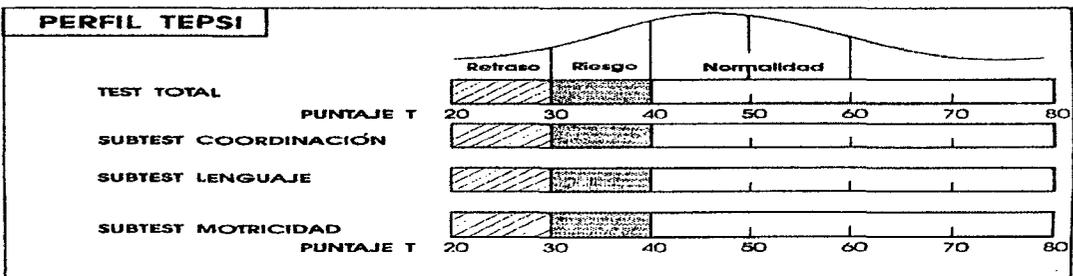
Examinador:.....

Resultado Test Total	
Puntaje Bruto	.....
Puntaje T	.....
Categoría	<input type="checkbox"/> Normal > 6 = 40 Ptos. <input type="checkbox"/> Riesgo 30 - 39 Ptos. <input type="checkbox"/> Retraso < 6 = 29 Ptos.

OBSERVACIONES:.....

Resultado Subtests		
	Puntaje Bruto	Puntaje T
Coordinación	.....	.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## PROTOCOLO DEL TEPsi

### SUBTEST COORDINACION

- |         |   |
|---------|---|
| ( ) 1C  | Traslada agua de un vaso a otro sin derramar (2 vasos)                |
| ( ) 2C  | Construye un puente con tres cubos con modelo presente (6 cubos)      |
| ( ) 3C  | Construye una torre de 8 o más cubos (12 cubos)                       |
| ( ) 4C  | Desabotona (Estuche)  |
| ( ) 5C  | Abotona (Estuche)   |
| ( ) 6C  | Enhebra una aguja (Aguja de lana; hilo)                               |
| ( ) 7C  | Desata cordones (tablero c/cordón)                                    |
| ( ) 8C  | Copia una línea recta (Lám.1; 1 lápiz; reverso hoja reg.)             |
| ( ) 9C  | Copia un círculo (Lám.2; lápiz; reverso hoja reg.)                    |
| ( ) 10C | Copia una cruz (Lám.4; lápiz; reverso hoja reg.)                      |
| ( ) 11C | Copia un triángulo (Lám.4; lápiz; reverso hoja reg.)                  |
| ( ) 12C | Copia un cuadrado (Lám.4; lápiz; reverso hoja reg.)                   |
| ( ) 13C | Dibuja 9 o más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.) |
| ( ) 14C | Dibuja 6 o más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.) |
| ( ) 15C | Dibuja 3 o más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.) |
| ( ) 16C | Ordena por tamaño (Tablero; barritas)                                 |

<input type="text"/>	<b>TOTAL SUBTEST COORDINACION: PB</b>
----------------------	---------------------------------------

## SUBTEST LENGUAJE

- |          |   |
|----------|---|
| ( ) 1 L  | Reconoce grande y chico (Lám.6) Grande.....Chico.....   |
| ( ) 2 L  | Reconoce más y menos (Lám.7) Más.....Menos.....   |
| ( ) 3 L  | Nombra animales (Lám.8)<br>Gato..... Perro..... Chancho..... Pato.....<br>Paloma..... Oveja..... Tortuga..... Gallina.....                                  |
| ( ) 4 L  | Nombra objetos (Lám.5) <span style="float: right;">Paraguas.....</span><br>Vela.....Escoba.....Tetera..... Zapatos.....<br>Reloj.....SERRUCHO.....Taza..... |
| ( ) 5 L  | Reconoce largo y corto (Lám.1)<br><br>Verbaliza acciones (Lám.11)   |
| ( ) 6 L  | Cortando..... Saltando.....<br>Planchando..... Comiendo.....  |
| ( ) 7 L  | Conoce la utilidad de objetos <span style="float: right;">Cuchara.....</span><br>Lápiz.....Jabón..... Escoba.....<br>Cama.....Tijera.....                   |
| ( ) 8 L  | Discrimina pesado y liviano (Bolsa con arena y esponja)<br>Pesado.....Liviano.....  |
| ( ) 9 L  | Verbaliza su nombre y apellido<br>Nombre..... Apellido.....   |
| ( ) 10 L | Identifica sexo.....  |

( ) 11 L

Conoce el nombre de sus padres

( ) 12 L

Papá.....Mamá.....

Da respuestas coherentes a situaciones planteadas

Hambre..... Cansado..... Frío.....

( ) 13 L

Comprende preposiciones (Lápiz)

( ) 14 L

Detrás..... Sobre..... Debajo.....

Razona por analogías opuestas Hielo.....

( ) 15 L

Ratón.....Mamá.....

Nombra Colores (Papel lustre azul, amarillo, rojo)

( ) 16 L

Azul.....Amarillo..... Rojo.....

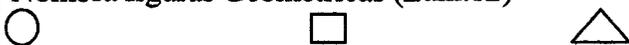
Señala colores Amarillo.....

Azul.....Rojo.....

( ) 17 L

Nombra figuras Geométricas (Lám.12)

( ) 18 L



Señala figuras Geométricas (Lám.12)

( ) 19 L



Describe escenas (Lám.13 y 14)

( ) 20 L

13.....

14.....

( ) 21 L

Reconoce absurdos (Lám.15)

( ) 22 L	Usa plurales (Lám.16)
	Reconoce antes y después (Lám.17)
( ) 23 L	Antes..... Después.....
	Define Palabras
	Manzanas.....
	Pelota.....
	Zapato.....
	Abrigo.....
( ) 24 L	Nombra características de objetos (Pelota, globo inflado; bolsa, arena)
<input type="checkbox"/>	Pelota.....
	Globo inflado.....
	Bolsa.....
	<b>TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB</b>

### SUBTEST MOTRICIDAD

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 M  | Salta con los dos pies en el mismo lugar       |
| <input type="checkbox"/> 2 M  | Camina 10 pasos llevando un vaso lleno de agua |
| <input type="checkbox"/> 3 M  | Lanza una pelota en una dirección determinada  |
| <input type="checkbox"/> 4 M  | Se para en un pie sin apoyo 10 seg. o más      |
| <input type="checkbox"/> 5 M  | Se para en un pie sin apoyo 5 seg. o más       |
| <input type="checkbox"/> 6 M  | Se para en un pie sin apoyo 1seg. o más        |
| <input type="checkbox"/> 7 M  | Camina en punta de pies 6 o más pasos          |
| <input type="checkbox"/> 8 M  | Salta 20cms. Con los pies juntos (Hoja reg.)   |
| <input type="checkbox"/> 9 M  | Salta en un pie tres o más veces sin apoyo     |
| <input type="checkbox"/> 10 M | Coge una pelota                                |
| <input type="checkbox"/> 11 M | Camina hacia adelante topando talón y punta    |
| <input type="checkbox"/> 12 M | Camina hacia atrás topando punta y talón       |

TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB