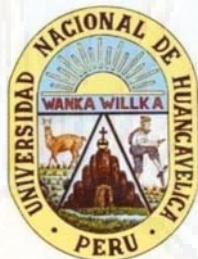


“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**COEFICIENTE Y PERFIL DE DESARROLLO
PSICOMOTOR SEGÚN TIPO DE FAMILIA EN NIÑOS
DE 0 A 2 AÑOS, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD SAPALLANGA, HUANCAYO 2019**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**PRESENTADO POR:
GARCIA INGA, BELINDA OLGA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

HUANCABELICA – PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 16 días del mes de octubre a las 14:30 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del

(la) Egresado(a):

GARCIA INGA BELINDA OLGA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares

Secretario : Dr. Leonardo Leyva Yataco

Vocal : Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

Coeeficiente y perfil de desarrollo psicomotor
segun tipo de familia en niños de 0 a 2 años
atendidos en el Centro de salud Sapallanga
Huancayo 2019.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 565-2019 concluyendo a las 15:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: Aprobado por unanimidad.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 16 de octubre 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE HUANCAYELICA
PRESIDENTE
Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
VOCAL
Mg. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

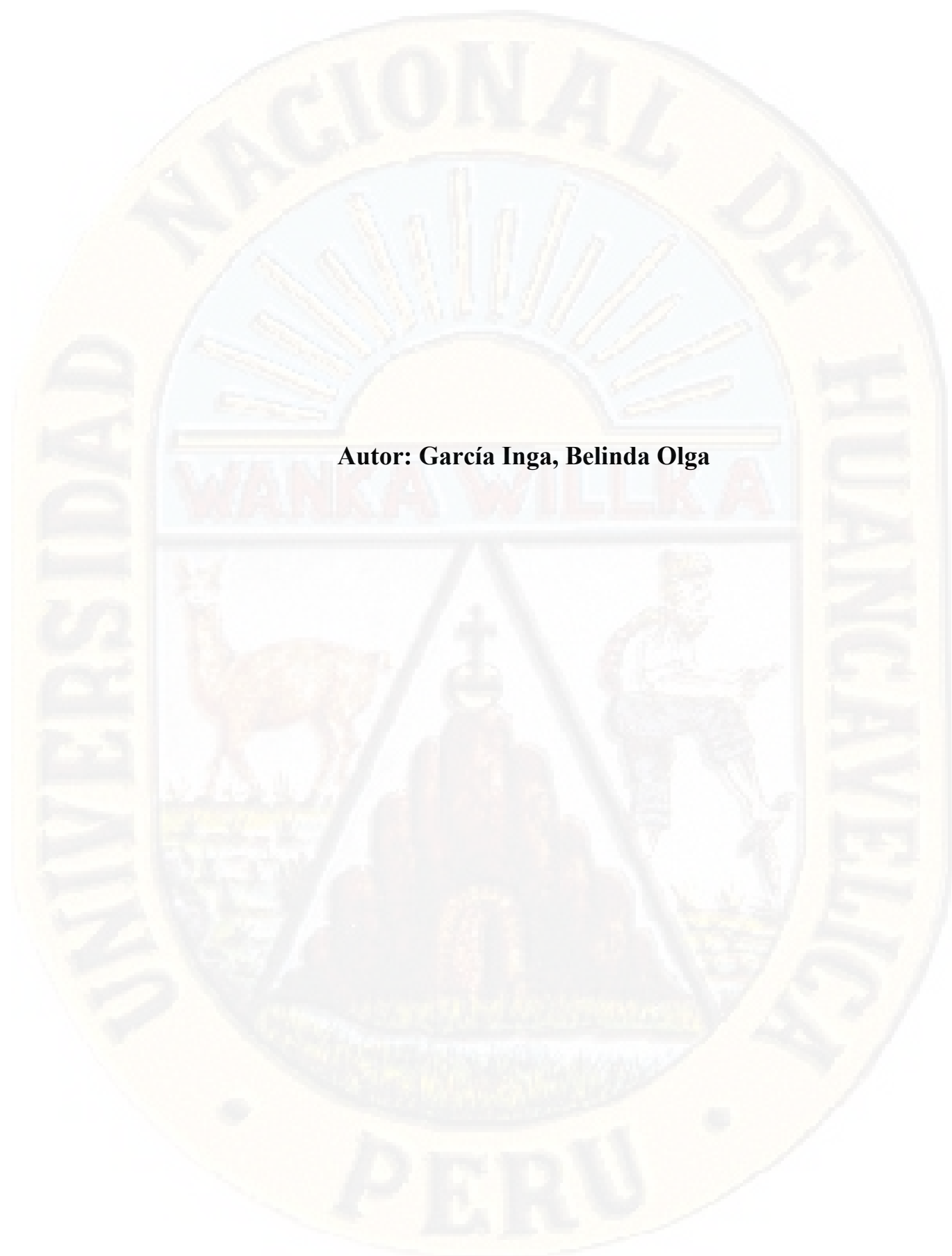
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. LEONARDO LEYVA YATACO
DOCENTE ASOCIADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
VºBº DECANO
Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
DECANA

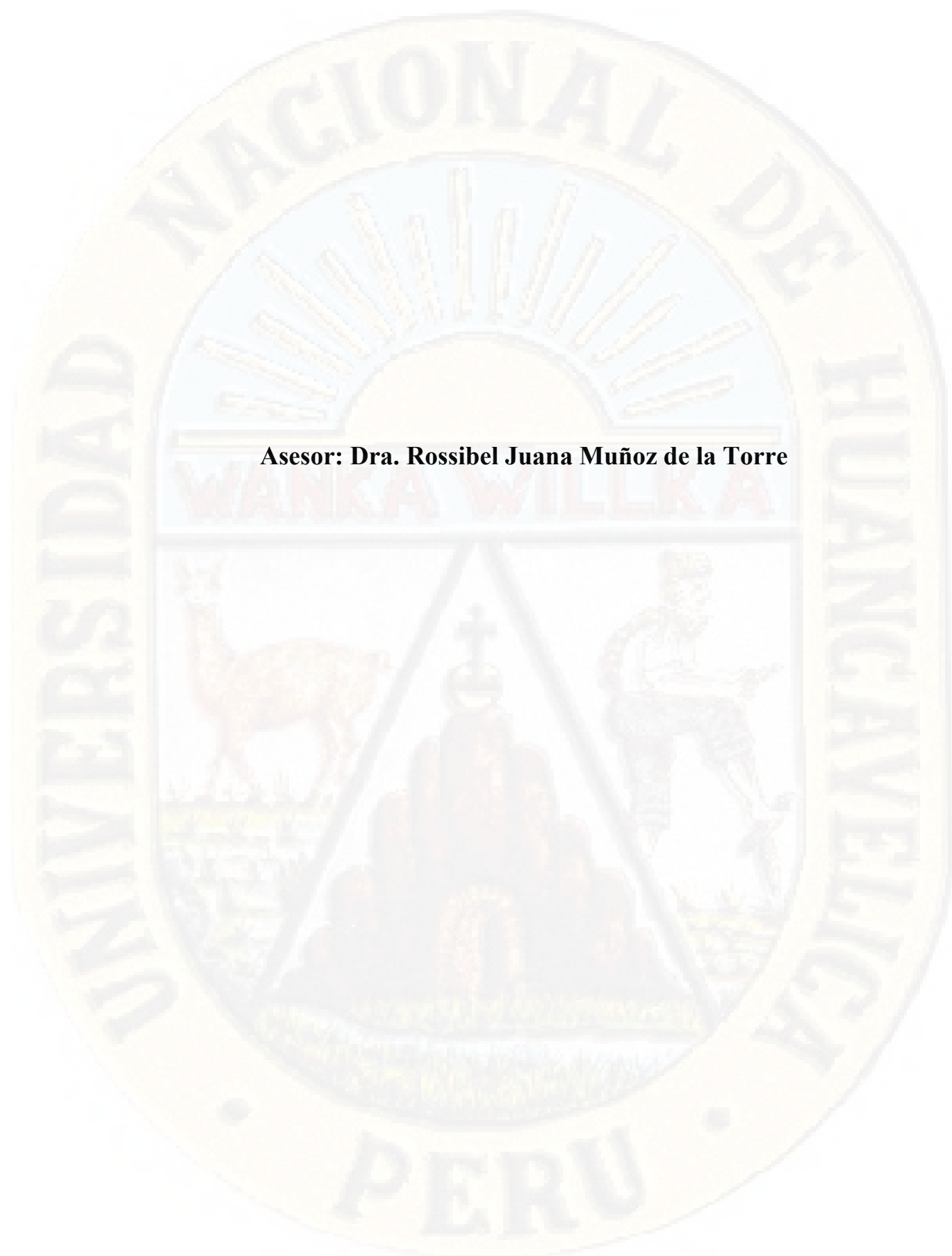
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE
VºBº SECRETARIA DOC.
C.O.P. N° 38759
Kelly V. Rivas Laurente

TESIS

**COEFICIENTE Y PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR
SEGÚN TIPO DE FAMILIA EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS,
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA,
HUANCAYO 2019.**



Autor: García Inga, Belinda Olga



Asesor: Dra. Rossibel Juana Muñoz de la Torre

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a Dios a mis padres a mi hijo por su apoyo incondicional para cumplir con mis metas.

Belinda

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud por los conocimientos impartidos a lo largo de estos meses de especialización.

A los docentes de la Universidad Nacional de Huancavelica, por su guía, apoyo en el logro de esta especialidad.

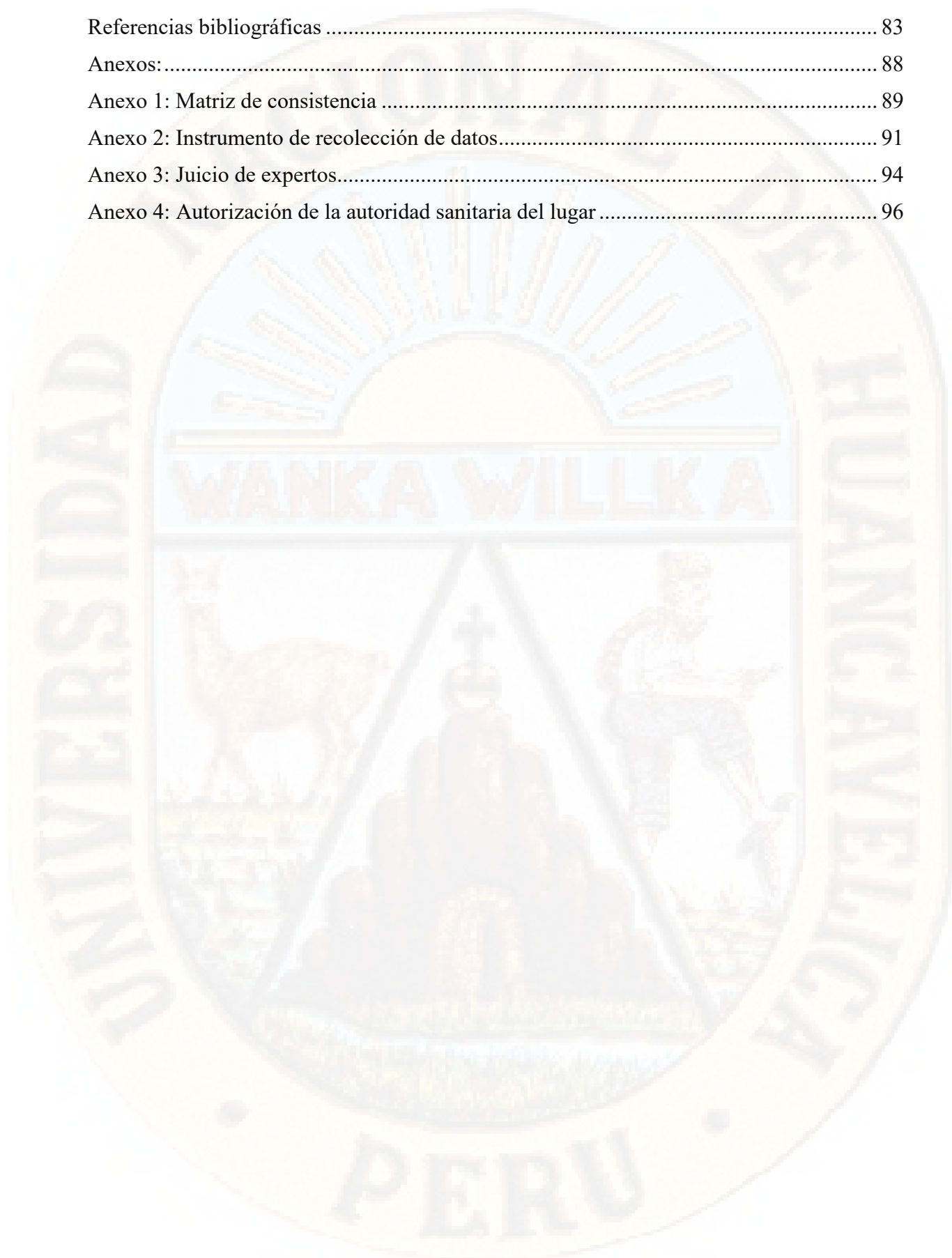
Al Jefe del Centro de Salud de Sapallanga, por su apoyo y colaboración para la recolección de datos.

La autora

Índice

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice	viii
Índice de tablas	x
Resumen	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema.....	15
1.2. Formulación del problema.....	17
1.3. Objetivos de la investigación.....	18
1.4. Justificación	19
1.5. Limitaciones	19
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definición de términos	59
2.4. Variables de estudio	61
2.5. Operacionalización de variable	62
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito temporal y espacial.....	63
3.2. Tipo de investigación	64
3.3. Nivel de investigación	64
3.4. Métodos de investigación	64
3.5. Diseño de investigación.....	65
3.6. Población, muestra y muestreo.....	65
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
3.8. Procedimiento de recolección de datos	67
3.9. Técnicas y procesamiento de análisis de datos.....	67
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
4.1. Presentación e interpretación de datos.....	69
4.2. Discusión de resultados	75
Conclusiones.....	79
Recomendaciones	81

Referencias bibliográficas	83
Anexos:	88
Anexo 1: Matriz de consistencia	89
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	91
Anexo 3: Juicio de expertos.....	94
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	96



Índice de tablas

Tabla 1.	Edad de las madres de los niños de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.	69
Tabla 2.	Características de los padres de los niños de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.	70
Tabla 3.	Coefficiente y perfil de desarrollo psicomotor en los niños de 0 a 2 años atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.	71
Tabla 4.	Perfil de desarrollo psicomotor según coeficiente de desarrollo en los niños de 0 a 2 años atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.	72
Tabla 5.	Coefficiente de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.	73
Tabla 6.	Perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.	74

Resumen

Objetivo. Determinar el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019.

Método. La investigación fue observacional, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todos los niños(as) de 0 a 2 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, de enero a junio del 2019, con evaluación de desarrollo psicomotor; según registros estadísticos fueron un total de 47 niños(as). La muestra fue censal. Las técnicas fueron el análisis documental y la encuesta, los instrumentos fueron la ficha de recolección de datos y el cuestionario respectivamente.

Resultados. La edad promedio de las madres fue de 30,5 años, el 75% tuvieron más de 25 años y el 25% tuvieron más de 38 años. El 8,5% de las madres tuvieron primaria completa, el 42,6% tuvieron secundaria incompleta y el 48,9% tuvieron secundaria completa. El 25,5% de los padres tuvieron secundaria incompleta y el 74,5% tuvieron secundaria completa. El 68,1% de las madres fueron convivientes y el 31,9% fueron casadas. El 61,7% de las familias fueron nucleares y el 38,3% fueron familias extendidas. El 83% de los niños tuvieron un coeficiente de desarrollo normal y el 17% presentaron riesgo según el coeficiente de desarrollo. El 83% tuvieron un perfil de desarrollo psicomotor normal, el 8,5% presentaron déficit en el área de coordinación, el 6,4% tuvieron déficit en el área Social y el 2,1% tuvieron déficit en el área de Lenguaje. En los niños con riesgo en el desarrollo, se encontraron déficits en el área de coordinación, social y lenguaje; en un 50%, 37,5% y 12,5% respectivamente. Los niños con riesgo en el desarrollo, se presentaron en mayor proporción en las familias extendidas (22,2%), los niños con un coeficiente de desarrollo normal se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares (86,2%). Los niños con déficits en el área de coordinación se presentaron en mayor proporción en las familias extendidas (16,7%), los déficits en el área social se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares (6,9%), los déficits en el área de lenguaje se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares (3,4%).

Conclusiones. En los niños con riesgo en el desarrollo, se encontraron déficits en las áreas de coordinación, social y lenguaje. El riesgo en el desarrollo, se presentó en mayor proporción en las familias extendidas, los niños con desarrollo normal se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares. Los déficits en la coordinación se presentaron en mayor proporción en las familias extendidas, los déficits en el área social se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares y los déficits en el área de lenguaje se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares.

Palabras clave: Desarrollo psicomotor, coeficiente de desarrollo, perfil de desarrollo, tipo de familia, niños de 0 a 2 años.

Abstract

Objective. To determine the coefficient and profile of psychomotor development according to type of family in children from 0 to 2 years old, treated at the Sapallanga health center from January to June 2019. **Method.** The research was observational, cross-sectional of descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all children from 0 to 2 years old attended in the Sapallanga Health Center, from January to June 2019, with psychomotor development evaluation; according to statistical records there were a total of 47 children. The sample was census. The techniques were the documentary analysis and the survey, the instruments were the data collection sheet and the questionnaire respectively. **Results:** The average age of the mothers was 30,5 years, 75% were over 25 years old and 25% were over 38 years old. 8,5% of the mothers had full elementary school, 42,6% had incomplete high school and 48,9% had full secondary school. 25,5% of parents had incomplete high school and 74,5% had full high school. 68,1% of the mothers were living together and 31,9% were married. 61,7% of the families were nuclear and 38,3% were extended families. 83% of the children had a normal development coefficient and 17% had a risk according to the development coefficient. 83% had a normal psychomotor development profile, 8,5% had a deficit in the coordination area, 6,4% had a deficit in the Social area and 2,1% had a deficit in the Language area. In children at risk of development, deficits were found in the area of coordination, social and language; 50%, 37,5% and 12,5% respectively. Children at risk of development were presented in greater proportion in extended families (22,2%), children with a normal development coefficient presented in greater proportion in nuclear families (86,2%). Children with deficits in the coordination area presented a greater proportion in extended families (16,7%), deficits in the social area appeared in a greater proportion in nuclear families (6,9%), deficits in The language area was presented in a greater proportion in nuclear families (3,4%). **Conclusions:** In children at risk of development, deficits were found in the areas of coordination, social and language. The risk in the development, appeared in greater proportion in the extended families, the children with normal development appeared in greater proportion in the nuclear families. Coordination deficits were presented in greater proportion in extended families, deficits in the social area were presented in greater proportion in nuclear families and deficits in the language area were presented in greater proportion in nuclear families.

Keywords: Psychomotor development, development coefficient, development profile, type of family, children from 0 to 2 years.

Introducción

El desarrollo psicomotor (DPM) resulta de la interacción de factores propios del individuo (biológicos) y aquellos vinculados a determinantes del contexto psicosocial (familia, condiciones de vida, redes de apoyo, entre otras) (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 10% de la población de cualquier país está constituida por personas con algún tipo de deficiencia (3, 4).

Los grupos de poblaciones pertenecientes a las poblaciones vulnerables, carecen de condiciones y oportunidades para el desarrollo biológico, psicológico y social; cerca de quince por ciento de la población infantil presenta retrasos significativos en su desarrollo y una proporción muy elevada presenta alteraciones que, al no ser diagnosticadas oportunamente, afectan tanto la salud como la calidad de vida, además de tener consecuencias sobre el desarrollo potencial (5).

Los problemas de desarrollo en el niño pueden presentarse de diversas maneras: como alteraciones en el desarrollo motor, en el lenguaje, en la interacción personal-social, en lo cognitivo, entre otros; la mayoría de las veces existen compromisos que afectan más de una función, en este caso, el niño tiene alteraciones funcionales mixtas en su desarrollo (3, 5).

La familia es el contexto donde aprendemos modos de vida que pueden favorecer o perjudicar nuestra salud; aquí, se transmite una cultura que incluye la de la salud y que influirá en el tipo de autocuidados y comportamiento general; reconocer el rol de la familia en el cuidado y la promoción de la salud, nos obliga a los profesionales a establecer relaciones de una mayor igualdad y cooperación con ella (7).

El desarrollo en la primera infancia constituye la base del desarrollo humano y debe ser un aspecto clave para determinar el grado de éxito de las sociedades; la medición a nivel mundial de la situación del desarrollo en la primera infancia, basada en métodos comparables, permitirá que las sociedades puedan determinar su grado de éxito (8).

Muchos niños de países en desarrollo no alcanzan a realizar todas sus potencialidades porque sus familias son muy pobres; no cuentan con una nutrición y unos cuidados adecuados, y sus oportunidades de aprender son limitadas (9).

En la región Junín, específicamente en el distrito de Sapallanga no hay estudios sobre lo mencionado anteriormente; situación que motivó estudiar el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 2 años, específicamente el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia; los resultados de este estudio nos permitirán conocer y caracterizar esta situación según el contexto en el que vive el niño(a), con la finalidad de implementar mejoras en la atención del niño(a); conocer las características permitirán un manejo integral más adecuado y enfocarnos con más pertinencia en la atención o procedimiento a realizar.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

El desarrollo psicomotor (DPM) resulta de la interacción de factores propios del individuo (biológicos) y aquellos vinculados a determinantes del contexto psicosocial (familia, condiciones de vida, redes de apoyo, entre otras) (1).

Según Young y Fujimoto (2); el desarrollo humano es moldeado por una interacción dinámica y continua entre la biología y la experiencia; la cultura influye en cada uno de los aspectos del desarrollo y esto se ve reflejado en las prácticas de crianza y creencias, diseñadas para promover una saludable adaptación; durante su maduración, los niños no son sujetos pasivos, puramente receptores de información o enseñanzas, sino que participan activamente en este proceso, explorando y dominando gradualmente el ambiente que los rodea.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 10% de la población de cualquier país está constituida por personas con algún tipo de deficiencia (3, 4). En América Latina con una población estimada de 930 millones, 690 mil habitantes para el 2009, existen aproximadamente 93 millones de personas con algún problema de desarrollo, incluyendo a niños (5).

Por otro lado, los grupos de poblaciones pertenecientes a las poblaciones vulnerables que viven en situaciones de pobreza, minorías, poblaciones indígenas e inmigrantes entre otras, carecen de condiciones y oportunidades para el desarrollo biológico, psicológico y social; cerca de quince por ciento de la población infantil presenta retrasos significativos en su desarrollo y una proporción muy elevada presenta alteraciones que, al no ser diagnosticadas oportunamente, afectan tanto la salud como

la calidad de vida, además de tener consecuencias sobre el desarrollo potencial; se suman a lo anterior varios problemas como: alteraciones de la conducta, falta de adaptación al medio ambiente, fracaso escolar, situaciones y perfiles violentos, incapacidades, morbilidad aguda, crónica y las patologías emergentes de la esfera psico-afectiva y del comportamiento (5).

Los problemas de desarrollo en el niño pueden presentarse de diversas maneras: como alteraciones en el desarrollo motor, en el lenguaje, en la interacción personal-social, en lo cognitivo, entre otros; la mayoría de las veces existen compromisos que afectan más de una función, en este caso, el niño tiene alteraciones funcionales mixtas en su desarrollo (3, 5).

La noción de retraso psicomotor implica, como diagnóstico provisional, que los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros 3 años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada; es preciso distinguir el retraso psicomotor global, que afecta no sólo a las adquisiciones motrices sino también al ritmo de aparición de las habilidades para comunicarse, jugar y resolver problemas apropiados a su edad; en este caso cabe pensar que el retraso psicomotor persistente en esos primeros años puede estar preludiar un futuro diagnóstico de retraso mental; En otras ocasiones el retraso es sólo evidente en un área específica, como las adquisiciones posturo motrices (la mayor parte de las veces, acompañándose de anomalías cualitativas del tono muscular), el lenguaje o las habilidades de interacción social (6).

La detección precoz de los problemas de desarrollo es un proceso continuo de vigilancia de desarrollo infantil que en niños menores de seis años se constituye en una estrategia de gran impacto, una vez que está dirigido al primer nivel de atención de la salud, donde cerca de ochenta por ciento de la demanda principalmente materna e infantil es atendida por el sistema de salud (5).

La familia es el contexto donde aprendemos modos de vida que pueden favorecer o perjudicar nuestra salud; aquí, se transmite una cultura que incluye la de la salud y que influirá en el tipo de autocuidados y comportamiento general; reconocer el rol de

la familia en el cuidado y la promoción de la salud, nos obliga a los profesionales a establecer relaciones de una mayor igualdad y cooperación con ella; Las relaciones de poder tradicionales, que se basan en el saber del profesional y su posición clave para permitir el acceso a diversos servicios sociales y de salud, han de ser sustituidas por alianzas terapéuticas, en pro de la salud donde se apoye y fortalezca el rol de la familia en la salud (7).

El desarrollo en la primera infancia constituye la base del desarrollo humano y debe ser un aspecto clave para determinar el grado de éxito de las sociedades; la medición a nivel mundial de la situación del desarrollo en la primera infancia, basada en métodos comparables, permitirá que las sociedades puedan determinar su grado de éxito (8).

Muchos niños de países en desarrollo no alcanzan a realizar todas sus potencialidades porque sus familias son muy pobres; no cuentan con una nutrición y unos cuidados adecuados, y sus oportunidades de aprender son limitadas (9).

En la región Junín, específicamente en el distrito de Sapallanga no hay estudios sobre lo mencionado anteriormente; situación que motivó estudiar el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 2 años, específicamente el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia; los resultados de este estudio nos permitirán conocer y caracterizar esta situación según el contexto en el que vive el niño(a), con la finalidad de implementar mejoras en la atención del niño(a); conocer las características permitirán un manejo integral más adecuado y enfocarnos con más pertinencia en la atención o procedimiento a realizar.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características de los padres del niño(a) de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019?
- ¿Cuál es el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor en los niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019?
- ¿Cuál es el coeficiente de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019?
- ¿Cuál es el perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características de los padres del niño(a) de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019.
- Determinar el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor en los niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019.
- Determinar el coeficiente de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019.
- Determinar el perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019.

1.4. Justificación

El estudio obedeció a la necesidad de conocer el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de la provincia de Huancayo de enero a junio del 2019.

La mayoría de los(as) niños(as) tienen un desarrollo psicomotor normal; pero es pertinente conocer si su desarrollo psicomotor es adecuado o si presentan limitaciones en algunas áreas, en el contexto en el cual viven para poder brindar una atención integral continua que permitan prevenir riesgos y promocionar la salud en su desarrollo.

Los resultados de este estudio nos permitirán conocer y caracterizar esta situación según el contexto en el que vive el niño y el tipo de familia en la cual vive; por otro lado, esta información permitirá reorientar las intervenciones sanitarias y mejorar las competencias del personal asistencial para ayudar a estimular algunas áreas en el desarrollo del niño o corregir algunos procedimientos. Así mismo los resultados permitirán plantear acciones de capacitación en salud familiar y comunitaria para que el personal de salud desarrolle competencias que permitan integrar a las familias en la atención y cuidados del niño de manera efectiva.

1.5. Limitaciones

Los resultados encontrados no pueden ser completamente representativos en todos los contextos o realidades, debido a que la investigación solo abarco una jurisdicción andina con predominancia urbana; pero los resultados son muy aplicables para conocer las características de cómo se presenta la evaluación del desarrollo psicomotor específicamente su coeficiente y perfil según sus familias a fin implementar estrategias acordes a sus realidades para contribuir a mejorar el desarrollo infantil con la participación de la familia.

Es importante realizar estudios adicionales en otros contextos para tener una visión más integral de la evaluación del desarrollo psicomotor y según sus familias.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Schonhaut et al (10); compararon la evaluación tradicional del desarrollo psicomotor versus una prueba autoadministrada, con el propósito de evaluar la aplicabilidad de un cuestionario de autoreporte para el screening del desarrollo psicomotor (DSM) en atención primaria de salud (APS); Para ello se analizó el grado de acuerdo entre el cuestionario Ages and Stages (ASQ) y la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), que es el método empleado de rutina en APS; Además, se exploraron las percepciones y valoraciones comparativas de profesionales que participaron en la aplicación de dichos test; Metodología: Estudio cuanti-cualitativo, realizado entre noviembre 2008 y diciembre 2009; en dos centros de salud de la Región Metropolitana de Chile se reclutó lactantes nacidos de término, que acudieron a control sano; a los 8 y 18 meses se les solicitó a los padres o cuidadores principales completar el ASQ y un profesional de APS aplicó el EEDP; se midió la correlación y concordancia entre ambos test; se aplicaron entrevistas individuales y mini focus groups a los profesionales participantes en las evaluaciones; Resultados: Fueron reclutados 330 lactantes, la frecuencia de déficit del DSM fue 8,79% en EEDP y 12,73% en ASQ ($p < 0,05$); Hubo correlación entre ambas evaluaciones ($r = 0,5$) y la concordancia en la pesquisa de déficit de DSM fue buena ($\kappa = 0,576$); En el análisis cualitativo destacó la valoración positiva del ASQ, tanto como instrumento de medición, como guía para promover el DSM; Para suplir las debilidades del ASQ, relacionadas con la modalidad de autoreporte, en grupos de mayor riesgo socio cultural o educacional, los centros de salud adoptaron diferentes estrategias; Conclusiones: El ASQ pesquisó significativamente más déficits del DSM que el EEDP, mientras que la correlación y concordancia entre ambas pruebas fueron

adecuadas; considerando las ventajas comparativas del ASQ en opinión de los profesionales, se propone que los centros de APS que deseen implementar ASQ, tomen una estrategia progresiva basada en la integración de los padres, madres y cuidadores en la observación del desarrollo de sus hijos.

Silva (11); en su tesis investigo sobre el perfil familiar de niños con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor en control en el consultorio externo Valdivia; con el objetivo de caracterizar el perfil de las familias de los niños con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor asistentes al Programa de Estimulación del Consultorio Externo Valdivia al mes de abril del 2006; este estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal; los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de un instrumento de tipo cuantitativo en el domicilio de las madres de los niños asistentes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, durante los meses de junio-julio del año 2006; El instrumento estuvo constituido por 4 ítems, cada uno relacionado con características de la madre, el padre, la familia y el niño, con un total de 62 preguntas cerradas; De la totalidad de las familias de los niños que se encontraban clasificados en riesgo o retraso del desarrollo psicomotor fueron encuestadas 26, 23 niños en riesgo y 3 de niños en retraso; los resultados arrojaron, entre otros, que los niños en riesgo (88,46%) tienen en su mayoría entre 2 y 3 años; familias de tipo nuclear biparental (60,86%), que principalmente se encuentran en la etapa de familias con hijos adolescentes; que según cohesión son aglutinadas (extremas) y relacionadas (balanceadas), y según adaptabilidad la mitad es extrema y la otra mitad balanceada; por otro lado, los niños en retraso (11,54%) tienen una edad de 1, 4 y 5 años; dos de ellos poseen familias de tipo nuclear (monoparental y biparental, respectivamente) y uno tiene una familia extensa monoparental; dos familias se ubican en la etapa de crianza inicial de los hijos, mientras que la tercera posee hijos adolescentes; según el grado de cohesión dos son familias balanceadas (semi relacionadas y relacionadas), y según adaptabilidad dos son caóticas (extremas).

A nivel nacional.

Martínez (12); en su tesis estudio el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses de tres salas de estimulación temprana, departamento de Tumbes; con el objetivo de determinar el nivel de desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses de tres Salas

de Estimulación Temprana (SET) del departamento de Tumbes; Materiales y Métodos: El estudio fue cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal; se efectuó en 3 SET del distrito de San Juan de la Virgen del departamento de Tumbes en el año 2018, se realizó a un total de 45 niños de 6 a 24 meses; para la evaluación de la variable desarrollo psicomotor se aplicó la Escala de Evaluación de Desarrollo psicomotor (EEDP); Resultados: El 84,4% se encontró en un desarrollo normal, 15,6% en situación de riesgo; no se evidenció retraso en el total de la población y el 23,5% de la población en riesgo pertenecía a la SET N°1; En cuanto a las áreas del desarrollo en el total de la población predominó un 13,3% con déficit en el área social, 6,7% con déficit en el área motora y de lenguaje, y un 4,4% con déficit en el área de coordinación, además la SET N°1 presentó mayor déficit en todas las áreas a excepción del área de lenguaje; En cuanto al desarrollo psicomotor según las edades el 22,7% de los niños menores de 12 meses se encontraban en riesgo al igual que el 16,7% de niños entre los 18 a 24 meses, 26,7% de la población en riesgo se encontraba en la SET N°1 en niños menores de 12 meses; Del total de la población con riesgo del desarrollo psicomotor el 9,53% correspondían al sexo femenino, el 20,83% al sexo masculino y en la SET N°1 el sexo masculino evidenció mayor riesgo de desarrollo psicomotor con 33,3%; Conclusiones: En los niños de 6 a 24 meses de las tres salas de estimulación temprana pertenecientes al distrito San Juan de la Virgen en el departamento de Tumbes, se registró que el nivel de desarrollo psicomotor normal predominó con un 84,4%, seguido del nivel de riesgo que representó 15,6%, no hubo ningún caso con retraso.

Figuerola y Vásquez (13); en su tesis investigaron el desarrollo psicomotor en niños menores de un año que acuden a la estrategia de crecimiento y desarrollo del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque; Con el objetivo de determinar el nivel desarrollo psicomotor en niños menores de un año que acuden a la estrategia de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque – Enero 2016; El tipo de investigación fue cuantitativa descriptiva, la población conformada por 130 niños menores de un año inscritos en la estrategia de Crecimiento y Desarrollo, la muestra la integraron 58 niños obtenidos estadísticamente y de tipo probabilístico aleatorio estratificado; se utilizó para la recolección de datos la técnica de la observación y como instrumento el test peruano,

estructurado en 80 ítems que permitió identificar al desarrollo psicomotor; los datos fueron procesados en el sistema Excel y presentados en tablas, al análisis se realizó en base al marco teórico durante el proceso de investigación; Se aplicaron los principios éticos y de rigor científico; Se concluye por su edad que el 84% de los niños atendidos presentaron un desarrollo normal en las áreas viso motor postural, lenguaje y personal social y el 16% se encontraron en riesgo de desarrollo siendo el área que se encuentra en mayor riesgo el viso motor postural; Estos resultados garantizan que la mayoría de niños tendrán un adecuado desarrollo durante la etapa de su crecimiento, no sufrirán dificultades en el ámbito de la capacidad motriz, social y emocional.

Narváez (14); en su tesis hizo una comparación de la escala de evaluación del desarrollo psicomotor y test peruano, aplicado en niños de 6 meses de edad; con el objetivo de comparar el desarrollo psicomotor evaluado con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor y Test Peruano en niños de 6 meses de edad en el Hospital San Juan de Dios de Ayaviri, Puno; el estudio fue descriptivo y transversal, con diseño comparativo; la muestra estuvo conformada por 28 niños, los que fueron evaluados con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) (14 niños) y con el Test Peruano de Desarrollo (TPD) (14 niños). Para la recolección de datos se utilizó como instrumentos la guía de observación haciendo uso el Protocolo de la Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor, Perfil del Desarrollo Psicomotor y el Test Peruano de Desarrollo del Niño; En el análisis de la información se utilizó la estadística descriptiva porcentual y la contrastación de la hipótesis con la prueba T-Student, para comprobar si existe diferencia o similitud del desarrollo psicomotor del niño de 6 meses de edad con las dos escalas mencionadas; los resultados obtenidos fueron: el 85,7% de los niños evaluados con la escala EEDP, presentan desarrollo normal en el área de coordinación, en el área social y lenguaje 64,3% y en el área motora el 78,6% de los niños; con el Test Peruano el 64,3% de los niños presentan un desarrollo normal en el comportamiento del lenguaje, 85,7% presenta adelanto en viso motor, 85,7% en el comportamiento social y 57,1% en inteligencia/aprendizaje; Comparando los resultados de ambas escalas, se obtuvo con el EEDP 57,1% de los niños con desarrollo normal y el riesgo y retraso en el 21,4%; mientras con el Test Peruano 42,9% de los niños presentan desarrollo normal y trastornos del desarrollo

en el 50% de los niños; Por tanto se concluye que, no existe diferencia estadística ($p=0,2722$) entre ambas escalas; aunque en forma porcentual la EEDP detecta mayor porcentaje de niños con desarrollo psicomotor normal y el Test Peruano mayor porcentaje de niños con trastornos en el desarrollo; por tanto, se rechaza la hipótesis planteada.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Definiciones de psicomotricidad

Los primeros planteamientos de la psicomotricidad tuvieron una finalidad reeducativa y terapéutica en la que se intentaba la reeducación de: deficientes físicos y sensoriales, deficientes mentales y trastornos del aprendizaje; hoy en día, la educación psicomotriz se entiende como estrategia de intervención educativa que se ajusta a las sugerencias metodológicas de la LOGSE para la Educación Infantil (15), y debe atender, por este orden, a tres grandes bloques de objetivos: afectivos, psicomotores y cognitivos; sin embargo, y a pesar de esta aceptación unánime, la realidad es que cuando el niño abandona esta etapa, son los aprendizajes intelectuales (objetivos cognitivos): lectura, escritura y cálculo, los que ocupan la mayor parte de la jornada escolar; En este sentido, y de cara a la postulada formación integral del individuo, la escuela debería contribuir durante la enseñanza primaria no sólo a la adquisición de esos aprendizajes básicos, sino también a proporcionar una enseñanza basada en el movimiento (16).

El concepto de psicomotricidad se relaciona directamente con la concepción del desarrollo psicológico del niño según la cual la causa del desarrollo se debe a la interacción activa del niño con su medio, en un proceso que va desde el conocimiento y control del propio cuerpo hasta el conocimiento y acción sobre el mundo externo (17). Un simple análisis semántico de este vocablo nos lleva a contemplar por separado los dos componentes que lo integran: «psico» y «motricidad»:

- o El concepto «psico» hace referencia a la actividad psíquica en sus dos niveles: cognitivo y socioafectivo (17).
- o El concepto «motricidad» alude directamente al cuerpo y al movimiento (espacio/tiempo) (17).

Por tanto, se entiende por psicomotricidad «la facultad que permite, facilita y potencia el desarrollo perfectivo físico, psíquico y social del niño a través del movimiento» (17).

Esta concepción de psicomotricidad muestra una noción del desarrollo según la cual existe una identidad entre las funciones neuro motrices (desarrollo corporal y motor) y sus funciones psíquicas (desarrollo cognitivo y socio afectivo), que tiene lugar mediante un proceso que es único y unidireccional, en el que el cuerpo del niño es el elemento básico de contacto con el mundo exterior (16). Desde este punto de vista, la educación psicomotriz hace uso de técnicas orientadas a la correcta construcción y asimilación de lo que se denomina «esquema corporal», bajo el supuesto de que el desarrollo de las complejas capacidades mentales propias de la etapa adulta: análisis, síntesis, abstracción, simbolización y manipulación del mundo externo, de los objetos, de los acontecimientos y de sus relaciones (características esenciales de lo que se suele llamar «inteligencia») sólo se consigue si éstas han sido experimentadas previamente por el niño a través de su propia actividad corporal (16).

2.2.2. Definiciones de desarrollo psicomotor

Se refiere al conjunto de habilidades que el niño va logrando, producto de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC) y de la interacción con el medio (18).

El desarrollo psicomotor es la expresión de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC); Muchas veces se utilizan estos dos conceptos como sinónimos, pero cabe hacer la diferencia y aclarar que uno es la consecuencia o la evidencia del otro (18).

La motricidad es la vía final común de expresión del SNC; Cuando hablamos de movimiento o más ampliamente de motricidad, tendemos a asociarlo con el movimiento de una extremidad o de todo el cuerpo; sin embargo, también una sonrisa es un acto motriz, así como una expresión de asombro o pena; En este sentido, hasta el más mínimo acto o gesto implican un fenómeno motriz, lo que no comienza cuando el niño empieza a caminar, sino ya intraútero (18).

Por otra parte, la "herramienta" que permite el movimiento es el músculo, pero éste no "se manda solo", sino que está supeditado a la orden que reciba, orden proveniente del sistema nervioso, orden que llega de manera consciente o no (18).

Si todo acto motor está regulado y comandado por el sistema nervioso, cabe entonces plantear que no hay mejor forma de evaluar la función del mismo que analizar cómo nos movemos y cómo nos comportamos; muchas veces se plantea incluso que con sólo ver caminar a un paciente ya se tiene realizada más de la mitad del examen neurológico; esto no sólo desde el punto de vista motor, sino también referente al estado anímico del paciente; basta fijarse en nosotros mismos, cómo varía nuestra forma de caminar si estamos contentos o tristes, cansados o descansados (18).

Es así como un adecuado análisis del desarrollo psicomotor nos permitirá inferir detalles acerca del funcionamiento del SNC y su proceso de maduración; por supuesto, para poder utilizarlo en la detección de alteraciones del SNC, es indispensable saber cuándo y cómo debiera esperarse la aparición de los diferentes hitos del desarrollo, y más importante aún, qué características presentan (18).

¿A qué llamamos hito del desarrollo? Éstos se refieren a aquellas habilidades del desarrollo claramente identificables y que marcan una nueva etapa; Para considerar un hito como alcanzado, debe estar en forma permanente y no sólo casual; Ya lo analizaremos en más detalle cuando describamos los más importantes (18).

2.2.3. Conceptos: normalidad - idealidad - rango de dispersión - variabilidad

Uno de los primeros puntos es saber muy bien cómo es el desarrollo normal para poder detectar sus alteraciones.

El pediatra inglés Ronald Illingworth (3); ya lo mencionaba en su libro EL DESARROLLO INFANTIL EN SUS PRIMERAS ETAPAS, expresando que "para reconocer lo anormal es indispensable saber antes cómo es lo normal" (18). Pero ¿qué es normal?, o más aún, ¿somos normales nosotros?

Muchas veces se tienden a justificar algunas anormalidades, atribuyéndolas a la variabilidad que existe entre un individuo y otro; pero citando nuevamente a este autor, "mientras más se aparte un niño de las conductas esperadas para su edad, menos probable es que se trate de una variante de la normalidad"; Surgen entonces nuevas preguntas como: ¿a qué edad se espera que un niño realice tal o cual acción?, ¿tiene un niño un retraso?, ¿qué hechos puedo yo atribuir a las diferencias individuales?, ¿cuánto tiempo puedo esperar? (18).

Para poder responder estas preguntas, tenemos primero que aclarar nuevamente algunos conceptos como normalidad e idealidad, rango de dispersión y variabilidad, y es lo que se hará a continuación.

2.2.3.1. Normalidad - Idealidad

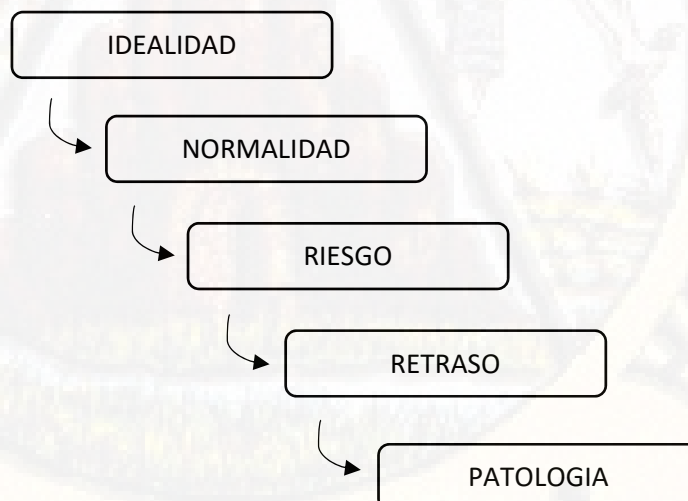
En el área del desarrollo, el concepto de normalidad no se refiere estrictamente al concepto estadístico, en base al cual la normalidad se refiere a lo que le ocurre o realiza la mayoría de los individuos dentro de una población; Aquí, en cambio, el concepto de normalidad se refiere más bien a lo que el niño debiera o no hacer; Es a partir de esto que entra el concepto de idealidad, que se refiere a lo que sería ideal que el niño hiciera, no solamente en función de la edad, sino sobre todo en función de la calidad de sus movimientos; La mayoría nos movemos en el rango de la normalidad, teniendo pequeños déficits en una u otra área, es decir, no somos ideales, pero sí funcionales (18).

Todos queremos tener niños normales, y debido a eso es que hay un gran número de textos y manuales, especialmente dirigidos a los padres que buscan guiarlos en la estimulación de sus hijos; Ya se hablará de estimulación en el capítulo correspondiente, pero baste aquí decir que la estimulación adecuada es aquella que permite o facilita el proceso normal del desarrollo del niño en todos sus ámbitos, buscando su participación activa; No se trata de sobre estimular a los niños y exigirles más allá de sus capacidades, pretendiendo, como pareciera a veces en algunos textos, que se deseara tener lactantes genios, capaces de descifrar

jeroglíficos, ser concertistas y manejar el computador a perfección; Se trata de tener un parámetro con respecto al cual orientarse, una regla para medir el desarrollo, una vara sobre la cual no hay nada más, en suma, "de nivelar por lo alto" (18).

La normalidad y la anormalidad están en una gradiente que va desde la idealidad a la patología, como se muestra en la Figura 01; No son situaciones completamente separadas, al niño no "le da" ni tampoco nace con parálisis cerebral, sino que se va transformando en paralítico cerebral a lo largo del primer año de vida; es así como en primera instancia aparecen una serie de elementos como una postura o movimientos anormales, que corresponde a una etapa de riesgo; A medida que pasa el tiempo, se van haciendo más notorios, determinando generalmente además una tardanza en la aparición de los hitos del desarrollo psicomotor y con ello la etapa de retraso, para finalmente estructurarse como parálisis cerebral, es decir, la etapa de la patología (18).

Figura 01. Gradiente del desarrollo desde la idealidad a la patología.



2.2.3.2. Rango de dispersión - variabilidad

Se refieren éstos al factor temporal, al cuándo; el rango de dispersión representa el "plazo" que tengo para que aparezca un determinado hito; A medida que va pasando el tiempo y dado que las habilidades del desarrollo van siendo cada vez más complejas, estos plazos van aumentando; por ejemplo, la sonrisa social aparece normalmente alrededor de las 6 a 8 semanas, es decir, existe un rango de apenas 2 semanas; en cambio, la marcha libre aparece en promedio alrededor de los 12 a 14 meses, pero tiene un rango de 8 meses, que va desde los 10 a los 18 meses; la lectoescritura se consigue en torno a los 6 a 7 años, en los primeros cursos de educación básica; Sin embargo, hay niños que a los 4 años ya aprenden a leer y otros que lo lograrán recién a los 8 años (18).

Que un chico camine a los 10 meses y otro lo haga a los 14 es lo que llamamos variabilidad, lo propio de cada individuo, el producto de la mezcla entre la expresión de su carga genética y la interacción con su entorno, lo que en suma nos hace diferentes unos de otros dentro de un margen común (18).

Que un niño adquiriera una habilidad antes que el promedio no debe causar preocupación, lo que sí debe hacerlo es que sobrepase el límite mayor; Como ya se mencionó, mientras más cerca esté del límite, mayor es el riesgo de que se trate de una alteración del desarrollo; En otras palabras, es tan normal el niño que caminó a los 10 meses como el que lo hizo a los 18, siempre y cuando haya cumplido adecuadamente las etapas anteriores del desarrollo; No obstante, notar recién a los 18 meses que un niño tiene una alteración o patología porque no caminó, es demasiado tarde, especialmente porque con seguridad ese niño tampoco se sentó a la edad que debía, no giró o no tomó los objetos como debía (18).

Por último y con respecto a la edad, es fundamental manejar el concepto de edad corregida, es decir, descontar las semanas o

meses que el niño haya nacido antes; La maduración del Sistema Nervioso Central es un proceso genéticamente determinado y el hecho de producirse el parto antes de tiempo, en la mayoría de los casos por factores independientes del feto, no cambia ni acelera este proceso; Por lo tanto, es indispensable realizar dicha corrección, que debiera hacerse por lo menos hasta los 24 meses de edad en relación al tema del desarrollo y según la siguiente fórmula, partiendo de la base que el embarazo normal dura 40 +/- 2 semanas (18):

$\text{Edad cronológica} - \text{semanas que nació antes} = \text{edad corregida}$
--

Ejemplo: niño de 6 meses de edad cronológica, pero que nació de 32 semanas de gestación:

Paso 1: calcular tiempo de prematurez

40 semanas (edad de término ideal) - 32 semanas (semanas de gestación) = 8 semanas

Paso 2: transformar semanas en meses

8 semanas equivale aproximadamente a 2 meses

Paso 3: calcular edad corregida en meses

6 meses - 2 meses = 4 meses

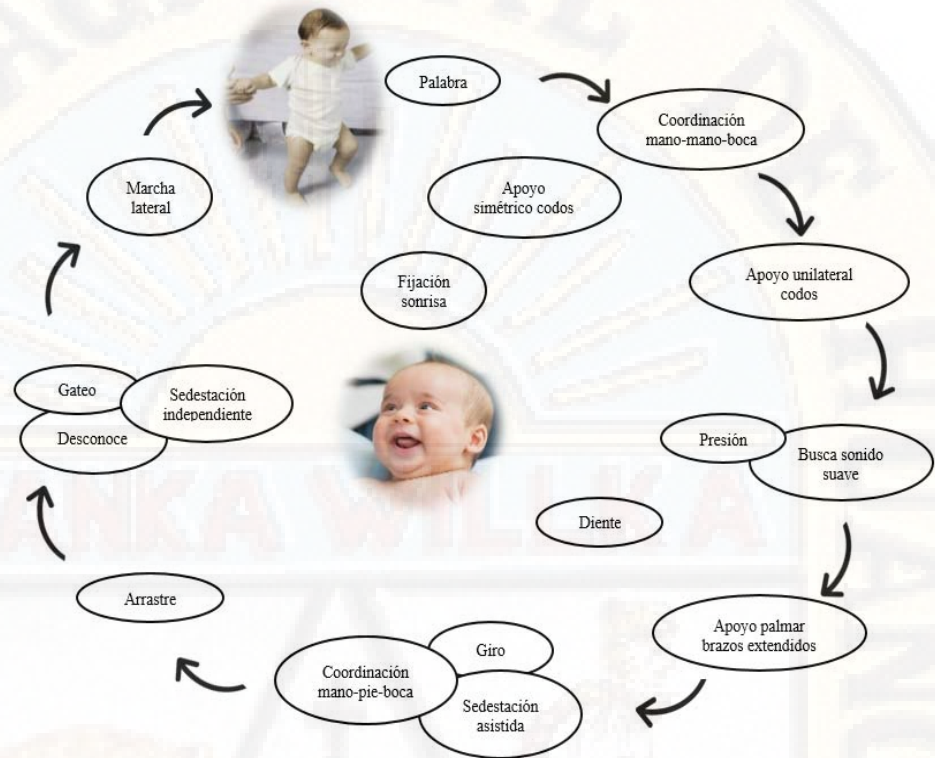
En general, podemos aplicar la siguiente tabla de descuentos:

Semanas de gestación	Meses a descontar .
36 a 34 semanas	1 mes
33 a 30 semanas	2 meses
29 a 26 semanas	3 meses
25 a 24 semanas	4 meses
< 24 semanas	prácticamente no viable

2.2.4. Proceso del desarrollo psicomotor

No menos importante es que el desarrollo psicomotor, que ya lleva implícito el concepto de evolución, es un verdadero proceso en el que cada nueva habilidad es consecuencia de la anterior y, a su vez, necesaria para las que se desarrollarán más adelante (18).

Es lo que hemos llamado Espiral del Desarrollo



En esta espiral se han considerado algunos de los hitos más importantes durante el primer año de vida, y cada uno de ellos lleva en sí mismo una espiral propia; Para instalarse como habilidad ya establecida, debe haber pasado por varios pasos previos, un niño no empieza a tomar cosas de un día para otro, sino que sigue una verdadera secuencia de ir abriendo la mano, alcanzar la línea media, desprender el brazo del cuerpo para, por último, llegar a tomar un objeto; Sin embargo, para lograrlo es necesario no solamente que la mano funcione adecuadamente, sino que además tenga un control postural que le permita liberar el brazo del cuerpo (18).

Cuando alrededor de los 4 meses aparece el patrón de la coordinación mano-mano- boca, que consiste en que el niño sea capaz de juntar ambas manos en la línea media, separando los brazos del cuerpo, lo hace alzando las

extremidades inferiores y sosteniéndolas en esa posición; Esta postura la mantiene sin mayor esfuerzo; Al hacer esto, está utilizando los mismos juegos musculares que ocupará al sentarse, pero sin tener que vencer aún la fuerza de gravedad; es decir, el patrón de coordinación mano-mano-boca es un precursor de la sedestación (18).

A esta edad es cuando se los suele sentar apoyados en cojines, con el planteamiento y la óptica de adulto de estimularlo a través de que mire lo que ocurre a su alrededor; Sin embargo, en el fondo se está impidiendo y entorpeciendo el desarrollo de los patrones musculares normales (18).

Algo muy parecido ocurre con el giro coordinado de supino a prono; Aquí el patrón es muy similar al que se ocupará al pararse y caminar, alternando el movimiento de las extremidades superiores e inferiores; Este patrón se mantiene a lo largo de toda la vida y es el que ocupamos también para trepar como el niño de la foto, o subir y bajar escaleras; Es a esta edad cuando usualmente se empieza a poner los niños en el andador, nuevamente entorpeciendo el curso normal del desarrollo, sin pensar además en los riesgos y poco beneficio real que aporta este elemento (18).

2.2.5. Objetivo de la evaluación

Es importante tener claro cuál es el objetivo de hacer una evaluación de desarrollo; éste debiera por sobre todas las cosas, detectar oportunamente sus alteraciones, y gracias a eso tener la posibilidad de iniciar a tiempo un tratamiento; es decir, evaluar con un enfoque preventivo, buscando evitar o al menos aminorar la instauración de patologías discapacitantes en la infancia, como la parálisis cerebral infantil (18).

Hay muchos estudios y trabajos que hablan de la capacidad plástica del Sistema Nervioso Central. Papalia (19); se refiere a cómo el crecimiento del cerebro está determinado genéticamente, especialmente en el período prenatal, para después del nacimiento ser "moldeado" por las diferentes vivencias que experimenta el niño. Esta capacidad de cambiar es lo que se ha denominado plasticidad cerebral; gracias a ella es que, entre otras cosas, cuando se produce una lesión en el SNC, las funciones que debían realizarse

por determinadas áreas puedan ser asumidas total o parcialmente por otras (20).

En el fondo, al realizar una evaluación de desarrollo no debiéramos enfrentarla partiendo de la base que queremos controlar que ese niño se esté desarrollando bien, sino más bien siendo "mal pensados" y sospechando que pudiera tener una alteración. Con ello se trata de no justificar las alteraciones que encontremos, detectándolas lo más pronto posible, para luego buscar su causa y empezar oportunamente un tratamiento, no dilatando en controles que sólo llevarán a que se haga más evidente la alteración y más difícil su manejo (20).

2.2.6. Control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años

El control del crecimiento y desarrollo es una intervención de salud que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hacer un acompañamiento a la familia, detectar precoz y oportunamente los riesgos, alteraciones o trastornos y presencia de enfermedades; facilitar su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir riesgos, deficiencias y discapacidades e incrementar las oportunidades, así como los factores protectores del desarrollo integral de la niña y el niño; El resultado esperado, a nivel de la madre, padre y cuidadores de niñas y niños, es la mejora de sus prácticas de alimentación crianza y cuidado, pilar fundamental para la promoción del desarrollo infantil temprano (21).

El control del crecimiento y desarrollo incluye en su proceso la valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento

- a) Valoración: Implica la recopilación, organización, validación y registro de datos, utilizando técnicas e instrumentos como la observación, entrevista, exploración física, exámenes de ayuda diagnóstica, interconsulta, entre otros; el registro se realiza en los instrumentos establecidos para tal efecto (21).
- b) Diagnóstico: Implica el análisis de los datos recolectados durante la valoración, los cuales permitirán identificar problemas reales y/o

potenciales; Una identificación correcta del diagnóstico proporcionará una intervención eficaz (21).

- c) Intervención: Involucra actividades y/o acciones a seguir, ya sea que se apliquen a nivel individual, familiar o a nivel de la comunidad; Para diagnósticos de riesgo, las intervenciones van dirigidas a modificar o eliminar los factores de riesgo (21).
- d) Seguimiento: El seguimiento se realiza en cada contacto con la niña y el niño; Para, tal efecto, los datos y hallazgos, como producto de la valoración, los diagnósticos y las intervenciones deben ser consignados en la historia clínica y el carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años, a fin de facilitar el seguimiento (21)..

2.2.6.1. Evaluación de factores de riesgo biopsicosociales.

Durante el control del crecimiento y desarrollo se identificarán los diferentes factores de riesgo que pudieran influir o afectar el óptimo crecimiento y desarrollo infantil (21).

La primera evaluación psicosocial se realiza en el primer control (recién nacido), integrando y reevaluando los factores identificados durante el control prenatal; en los controles siguientes se revalúa la situación de riesgo detectado en los controles anteriores (21).

Los factores de riesgos individuales, sociales y medio-ambientales, que a la luz de la evidencia afectan el desarrollo infantil y que deben tomarse en cuenta durante el control del crecimiento y desarrollo son (21):

- o Niño o niña sin controles.
- o Niño o niña en adopción.
- o Ausencia de cuidador estable.
- o Menor de 34 semanas de gestación o peso de nacimiento < de 2500 g.
- o Enfermedad biológica y congénita en el recién nacido.
- o Enfermedad crónica en la niña o niño.

- o Alteración del desarrollo psicomotor (DSM).
- o Malnutrición por déficit en la niña o niño.
- o Discapacidad física en la niña o niño.
- o Comportamiento alterado del sueño, alimentación y/o sedentarismo en la niña o niño.
- o Alteración de la salud mental en la niña o niño: abuso sexual, maltrato físico, psicológico y emocional
- o Niña o niño sin acceso a educación por ruralidad extrema y/o sin vacante.
- o Niña o niño fuera del sistema escolar formal.

El abordaje de los factores de riesgo sicosociales y familiares requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario capacitado (21).

Para el manejo de casos de niñas y niños con riesgo psicosocial, el profesional de la salud responsable del control del crecimiento y desarrollo deberá (21):

- o Identificarse y se mantenerse conectado permanentemente con los diferentes actores que conforman la red de protección y apoyo familiar o materno infantil en el ámbito de su jurisdicción (21).
- o Establecer un sistema de referencia y contra referencia local con instituciones o entidades especializadas en el manejo de niñas y niños con vulnerabilidad psicosocial (21).

Si se identifica factores de riesgo ambientales, el profesional de la salud responsable del control del crecimiento y desarrollo informará a la instancia encargada del saneamiento ambiental correspondiente a su ámbito (21).

2.2.6.2. Evaluación física y neurológica

El examen físico se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño, utilizando

diversas técnicas (inspección, auscultación, palpación y percusión) e instrumentos como (21).

- o Estetoscopio pediátrico/neonatal.
- o Linterna.
- o Cinta métrica acrílica.
- o Guantes.
- o Pantoscopio.
- o Podoscopio.
- o Termómetro de uso personal (digital).
- o Tensiómetro pediátrico.
- o Camilla pediátrica.
- o Solera.
- o Papel toalla, jabón líquido, y/o alcohol gel.
- o Estufas o ventilador (de acuerdo a la necesidad de cada región).

De acuerdo a la edad de la niña y el niño, el examen físico se realizará en una camilla, una colchoneta, en brazos de la madre o sentado en la falda del padre o cuidador; Independientemente de la edad de la niña o niño, se debe explicar el procedimiento a realizar, utilizando un lenguaje claro, sencillo y directo tanto a la niña o niño como a la madre, padre o cuidador principal; Durante el examen físico se deberá privilegiar el respeto en el trato, respeto al pudor y la participación de la niña o el niño en el proceso; Pese que en la presente norma se establecen los puntos clave a examinar en cada control del crecimiento y desarrollo, el criterio clínico y las necesidades de cada niña, niño o familia son los que imperan a la hora de realizar el examen físico (21).

La evaluación neurológica es parte de la evaluación física y se realiza de acuerdo a la edad de la niña o niño.

Es condición indispensable, antes de iniciar el examen físico, asegurar las medidas de bioseguridad (lavado de manos,

desinfección de los instrumentos y equipo médico a utilizar), la privacidad y la temperatura adecuada del ambiente.

2.2.6.3. Evaluación de la función visual

La evaluación de la función y del sistema visual se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño; El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo debe considerar la importancia de la visión en el desarrollo integral de la niña o niño; La falta de detección temprana de errores refractarios puede comprometer su potencial visual de forma permanente, debido a que la falta de estímulo visual conduce a una disminución en la agudeza visual; El objetivo de la evaluación durante el control del crecimiento y desarrollo es la identificación precoz de anomalías de la visión de la niña o niño y referir oportunamente para su evaluación y manejo por un especialista (21).

Las niñas y niños nacidos que presenten factores de riesgo en la función visual, deben ser referidos inmediatamente para su evaluación por el especialista (21).

Se consideran factores de riesgo en los recién nacidos para la función visual:

- o Recién nacidos prematuros, especialmente los de menos de 1500 g. de peso al nacer.
- o Niños con hipoxia al nacer, sufrimiento fetal.
- o Síndrome de Down y otras cromosomopatías.
- o Anormalidades congénitas de otros órganos o sistemas (especialmente neurológicas: microcefalia, hidrocefalia, agenesia de cuerpo calloso, entre otros).
- o Retardo en el crecimiento intrauterino o bajo peso al nacer.
- o Historia familiar de retinoblastoma, catarata congénita o glaucoma congénito.

- o Familiar cercano con ceguera o visión subnormal de causa no traumática.
- o Ametropías altas de padre, madre, hermanos, hermanas (uso de lentes de potencia alta).
- o Traumas craneofaciales.
- o Enfermedades sistémicas: síndrome de Marfán, neurofibromatosis, síndrome de Sturge Weber, entre otros.

2.2.6.4. Evaluación de la función auditiva

La evaluación de la función y del sistema auditivo se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño (21).

El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo debe considerar la importancia de la audición en el desarrollo integral durante el proceso de aprendizaje de la niña y el niño; así mismo, hay que tener presente que la pérdida de la función auditiva es causa de déficit irreversible en la comunicación y las habilidades psicosociales, de cognición y alfabetización; igualmente, corresponde atender el diagnóstico precoz (antes de los 3 meses), la implementación temprana del tratamiento con prótesis auditivas bilaterales (antes de los 6 meses) y un seguimiento apropiado, así como la educación a la familia permiten que niñas y niños hipoacúsicos se desarrollen en forma similar a sus pares norma-oyentes o de acuerdo con su nivel cognitivo (21).

El objetivo de la evaluación es la identificación precoz de cualquier elemento (factores de riesgo, antecedentes conductuales), que pudiera relacionarse a una hipoacusia (congénita o adquirida) y referir oportunamente para su evaluación y manejo por un especialista; Se consideran factores de riesgo para hipoacusia en el recién nacido (21):

- o Permanencia por más de cinco días en UCI/UTI neonatal.

- o Infecciones neonatales (citomegalovirus, toxoplasmosis, meningitis bacteriana, sífilis, rubeola, virus herpes).
- o Infecciones durante el periodo de lactante (meningitis bacteriana o viral).
- o Alteraciones craneofaciales, especialmente las que comprometen hueso temporal y pabellón auricular (fisura labio palatino).
- o Peso menor a 2000 g.
- o Prematurez.
- o Hiperbilirrubinemia que requirió transfusión sanguínea.
- o Historia familiar de hipoacusia sensorineural.
- o Síndromes asociados a hipoacusia: neurofibromatosis, osteopetrosis, síndrome de Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell y Lange-Nielson.
- o Uso de ototóxicos (gentamicina o furosemida).
- o Ventilación mecánica por más de 10 días.
- o Distress respiratorio.
- o Fractura del hueso temporal.
- o Quimioterapia.

Se considera factores de riesgo para hipoacusia en preescolares y escolares:

- o Antecedente familiar de hipoacusia.
- o Retraso severo del lenguaje.
- o Antecedente de meningitis bacteriana.
- o Fractura de hueso temporal.
- o Presencia de algún síndrome que se asocie a hipoacusia tales como neurofibromatosis, osteopetrosis, síndrome de Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell y Lange-Nielson.
- o Uso de ototóxicos (gentamicina, furosemida o quimioterápicos).
- o Uso de reproductores de música a altos volúmenes, en forma usual (más de 75% del volumen total del aparato).

- o Otorrea intermitente indolora
- o Otitis media aguda a repetición

En el **menor de 24 meses**, sospechar de hipoacusia si están ausentes los siguientes antecedentes conductuales (21):

- o **Desde el nacimiento hasta los 3 meses:** se sobresalta con ruidos fuertes, se despierta con algunos ruidos, parpadea o abre los ojos en respuesta a los ruidos.
- o **De 3 a 6 meses:** se tranquiliza con la voz de la madre, detiene sus juegos cuando escucha sonidos nuevos y busca la fuente de sonidos nuevos fuera de su alcance.
- o **De 6 a 9 meses:** disfruta con juguetes nuevos, gorjea con inflexión, dice disílabos (8-9 meses) o ma-má.
- o **De 12 a 15 meses:** responde a su nombre y al "no", sigue órdenes simples, utiliza vocabulario de 3 a 5 palabras e imita algunos sonidos.
- o **De 18 a 24 meses:** conoce algunas partes de su cuerpo, aumenta su vocabulario, cerca de los 24 meses genera frases de 2 palabras.

Entre preescolares y escolares, se sospecha de hipoacusia si presentan los siguientes antecedentes conductuales (21):

- o Necesita que le repitan palabras.
- o Usa gestos para comunicarse.
- o No sigue las instrucciones en la sala de clases, según lo referido por los profesores.
- o Fija la atención en los labios cuando se le habla.
- o Alteración en lenguaje detectado en TEPSI de 36 meses.
- o Ante la presencia de factores de riesgo descritos anteriormente o sospecha de hipoacusia, se derivará a la niña o niño al especialista.

2.2.6.5. Evaluación para descartar enfermedades prevalentes

En cada control del crecimiento y desarrollo, el profesional de la salud explorará la presencia de alguna enfermedad, así como identificará la ocurrencia de enfermedad entre el último control y el actual (21).

La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas se realiza siguiendo la metodología AIEPI; El dosaje de hemoglobina en niñas y niños se realizará a los 4, 9 y 18 meses y a partir de los 24 meses, una vez al año; El descarte de parasitosis en niñas y niños se realiza a partir del primer año de edad, una vez al año; Cuando un establecimiento de salud no cuente con uno de los métodos para el tamizaje o dosaje antes mencionados, se referirá a un establecimiento de mayor complejidad (21).

2.2.6.6. Evaluación del Desarrollo

Para evaluar el desarrollo de la niña y el niño se usará las siguientes escalas:

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) mide el rendimiento de la niña y el niño de 0 a 2 años frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor; Evalúa las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora (21).

Para esta escala de evaluación del desarrollo psicomotor, se obtiene los diagnóstico por intermedio de dos procedimientos:

a. Por el perfil de desarrollo psicomotor

Es una apreciación del rendimiento de la niña y niño, a través de las distintas áreas del desarrollo (coordinación, social, lenguaje y motor); De esta manera se aprecia la desviación de la curva del desarrollo; Marcar una línea vertical a la

derecha de la edad cronológica, en meses de la niña o niño, atravesando las 4 áreas del desarrollo; Se observan los últimos ítems aprobados de cada área, encerrándolos en un círculo y uniéndolos; Si la línea está hacia adelante (derecha), el desarrollo psicomotor tiene un buen o alto rendimiento; si está quebrada y va hacia atrás (izquierda), debe considerarse una de las áreas como riesgo y como retraso si es más de uno o proyectado a más de dos áreas (21).

b. Por el coeficiente de desarrollo

Para obtener el Coeficiente de Desarrollo (CD) debe convertirse la razón (EM/EC) a un puntaje estándar, el valor obtenido se clasificará según los puntajes:

- o mayor o igual a 85 : Normal
- o entre 84 a 70 : Riesgo
- o menor o igual 69 : Retraso

El Test de Evaluación Psicomotriz (TEPSI) mide el rendimiento de la niña y niño de 2 a 5 años en 3 áreas en la coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de su conducta frente a situaciones propuestas por el examinador.

El diagnóstico de interpretación de este instrumento se clasifica a través de dos procedimientos:

**a. Por el puntaje de desarrollo psicomotor obtenido:
Puntaje T.**

Para obtener el Puntaje T (PT) se suman los ítems aprobados por áreas del desarrollo psicomotor (coordinación, lenguaje y motora), calificándose como puntaje bruto (PB). El valor obtenido se clasificará según los siguientes puntajes:

- o mayor o igual a 40 : Normal.
- o entre 39 a 20 : Riesgo.
- o menor o igual 19 : Retraso.

b. Por el perfil de desarrollo psicomotor.

Permite observar en forma gráfica el rendimiento total basados en el puntaje T y de los subtest obtenidos en las distintas áreas del desarrollo de coordinación, lenguaje y motora.

El Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED), es una simplificación de la EEDP y TEPSI para ser utilizado tanto por el personal profesional de la salud como no profesional de la salud.

Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED) para el niño de 0 a 30 meses; Para obtener el diagnóstico de este tamizaje se encierra en un círculo la edad cronológica trazando una línea en todas las áreas evaluadas; Luego se unirán las marcas de todos y cada uno de los hitos logrados; Con esta línea continua se obtiene el perfil de desarrollo psicomotor de la niña o niño evaluado (21).

El diagnóstico que se obtiene puede ser:

- o Desarrollo normal: si el perfil de desarrollo psicomotor obtenido no muestra desviación.
- o Adelanto del desarrollo psicomotor: si la línea de desarrollo está desviada a la derecha de la edad cronológica actual.
- o Trastorno del desarrollo: si la línea del desarrollo está desviada a la izquierda de la edad cronológica actual.
- o Riesgo para trastorno del desarrollo: si no hay desviación de la línea a la izquierda, pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo.

Se establece evaluar el desarrollo psicomotor de la niña y niño menor de 5 años de la siguiente manera:

De 0 a 30 meses con TPED.

De 2 y 18 meses con EEDP.

De 4 años con TEPSI.

Si una niña o un niño mayor de 2 meses acude al establecimiento de salud, sin controles previos de Crecimiento y Desarrollo, debe iniciarse con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) (21).

En casos de niñas y niños prematuros se debe considerar la edad cronológica corregida.

En coherencia con los principios de autonomía, seguridad y juego libre, la aplicación de los instrumentos de evaluación debe considerar la observación en situaciones espontáneas de juego libre, exploración y movimiento, sin forzar ni estimular; Un indicador está logrado cuando la niña o niño es capaz de hacerlo por su propia iniciativa (21).

2.2.6.7. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor: 0 a 2 años

Esta escala busca evaluar el nivel de desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0 a 2 años, considerando cuatro áreas de desarrollo, a saber (21):

- 1 **Motora (M):** comprende coordinación corporal general y específica, reacciones posturales y locomoción.
- 2 **Lenguaje (L):** comprende el lenguaje verbal y no verbal, reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones, comprensión y emisión verbales.
- 3 **Social (S):** comprende la habilidad del niño para reaccionar frente a personas y para aprender por medio de la imitación.
- 4 **Coordinación (C):** comprende las reacciones del niño que requieren organización temporo - espacial de algunas funciones.

Aplicación de la evaluación:

El niño o la niña debe estar confortable, se le debe informar brevemente al acompañante el objetivo del test y anotar en hoja de registro los datos de identificación del evaluado. Se debe calcular la edad cronológica considerando los días y los meses, restando a la fecha de aplicación la fecha de nacimiento. En caso de ser años diferentes se suma 12 meses por cada año de diferencia con el mes de aplicación (21).

Ejemplo:	Año	Meses	Días
Fecha de evaluación	2013	08	25
Fecha de nacimiento	2013	01	01
Resultado		7	24

Una vez hecha la resta, los meses se multiplican por 30 y se le suman los días restantes.

$(\text{Meses} \times 30) + \text{Días adicionales} = \text{edad de desarrollo en días}$

Ej: $(7 \times 30) + 24 = 234$

Teniendo clara la edad cronológica se selecciona el mes base para comenzar con la aplicación

Meses	Mínimo	Máximo
7	6 meses 16 días	7 meses 15 días
8	7 meses 16 días	8 meses 15 días
9	8 meses 16 días	9 meses 15 días
18	17 meses 16 días	18 meses 15 días

Se debe comenzar la prueba en el mes inferior a la edad cronológica en meses; Si el niño o la niña fracasa en los 5 ítems

debe evaluarse el mes anterior a este, así sucesivamente; En caso de que acerté alguno se continúa con la edad siguiente, así sucesivamente hasta que falle en todos los ítems correspondientes a una edad, en ese momento se da por terminada la aplicación (21).

Ej: En este caso corresponde la edad cronológica se encuentra en el rango de los 8 meses, por lo tanto, se partirá con los ítems del mes 7.

Interpretación

Lo primero que hay que hacer es considerar la edad mental, la cual está determinada por el mes mayor en el que el niño o la niña cumple con los 5 ítems, este se considera línea base y se multiplica por 30; Luego se le suman los puntajes de los ítems de los meses superiores a línea base en los que el niño o la niña respondió con éxito; Finalmente se suman los días de la línea base y el puntaje adicional, obteniéndose la edad mental en días (21).

Supongamos que en este caso el niño respondió con éxito los 5 ítems de los 7 y los 8 meses, respondió con éxito el ítem 44 y 45 (correspondiente de los 9 meses) y fracasó en todos ítems correspondientes a 10 meses. En este caso se considera los 8 meses como línea base y se suman 6 puntos más por ítem.

Ej: $(8 * 30) + 12$ puntos adicionales EM=252 días

Razón entre edad mental y edad cronológica

Para obtener este indicador se divide la edad mental por la edad cronológica:

Razón: EM/EC Ej: $252/234=1,07$

Puntaje estándar

Una vez obtenida la razón se debe buscar en la tabla correspondiente a la edad el Puntaje Estándar (PE).

Ej: 1,07 en la tabla de 8 meses corresponde a un PE de 0,95 8 meses con EM/EC: $1,07 = PE: 0,95$

Coeficiente de desarrollo

Determinar el coeficiente de desarrollo según el siguiente criterio:

PE	Coeficiente de desarrollo (CD)
Mayor o igual a 0.85	Normal
Entre 0.84 y 0.70	Riesgo
Menor o igual a 0.69	Retraso

En este caso el niño tendría un Coeficiente de desarrollo “Normal”

Perfil de desarrollo psicomotor

Además, se debe especificar si existe déficit o no en alguna área particular, independiente que el coeficiente de desarrollo se encuentre dentro del rango “Normal”; Para ello en la tabla “Perfil del desarrollo psicomotor” se debe encerrar con un círculo el número del último ítem que el niño o la niña respondió con éxito en cada área; Si el último ítem respondido con éxito de un área se encuentra en una edad inferior a la edad cronológica, ésta se considerará como en “Déficit” (21).

Perfil del desarrollo psicomotor.

Área	Meses															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24	
Coordinación	4	8	12	16	22	27	32	39	43	46	52	57	64	68	75	
			13	17	23	29	35		44	49		59	65			
Social	1	6	11	20	21	30	34		45	47	54		61	70	73	
		8								50						
Lenguaje	2	7	12	17	21	30	33	40	45	50	54	60	61	66	72	
		10	15	20							55		67	70	74	
Motora	3		18	24			36	41		51		62				
	5	9	14	19	25	26	31	37	38	42		56	63		71	

Zonas achuradas:

Á. Social (8 y 15 meses): Marcar un círculo en la zona achurada si tuvo éxito el ítem de la edad anterior del área (7 y 12 meses, respectivamente)

Á. Motora (10 y 21 meses): Marcar un círculo en la zona achurada si tuvo éxito en ambos ítems de la edad anterior del área (9 y 18 meses, respectivamente)

Tablas de conversión de razón entre edad mental y cronológica a puntajes estándar

8 meses

EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE
0,76	0,60	0,90	0,76	1,04	0,92	1,18	1,08	1,32	1,24
0,77	0,61	0,91	0,77	1,05	0,93	1,19	1,09	1,33	1,25
0,78	0,62	0,92	0,78	1,06	0,94	1,20	1,10	1,34	1,26
0,79	0,63	0,93	0,79	1,07	0,95	1,21	1,12	1,35	1,28
0,80	0,64	0,94	0,80	1,08	0,97	1,22	1,13	1,36	1,29
0,81	0,66	0,95	0,82	1,09	0,98	1,23	1,14	1,37	1,30
0,82	0,67	0,96	0,83	1,10	0,99	1,24	1,15	1,38	1,31
0,83	0,68	0,97	0,84	1,11	1,00	1,25	1,16	1,39	1,32
0,84	0,69	0,98	0,85	1,12	1,01	1,26	1,17	1,40	1,33
0,85	0,70	0,99	0,86	1,13	1,02	1,27	1,18	1,41	1,35
0,86	0,71	1,00	0,87	1,14	1,03	1,28	1,20	1,42	1,36
0,87	0,72	1,01	0,89	1,15	1,05	1,29	1,21	1,43	1,37
0,88	0,74	1,02	0,90	1,16	1,06	1,30	1,22	1,44	1,38
0,89	0,75	1,03	0,91	1,17	1,07	1,31	1,23	1,45	1,39
								1,46	1,40

18 meses

EM/EC	PE*	EM/EC	PE*	EM/EC	PE*	EM/EC	PE*	EM/EC	PE*
0,74	0,51	0,88	0,66	1,02	0,81	1,16	0,96	1,3	1,11
0,75	0,52	0,89	0,67	1,03	0,82	1,17	0,97	1,31	1,12
0,76	0,53	0,9	0,68	1,04	0,83	1,18	0,98	1,32	1,13
0,77	0,54	0,91	0,69	1,05	0,84	1,19	0,99	1,33	1,14
0,78	0,55	0,92	0,7	1,06	0,85	1,2	1	1,34	1,15
0,79	0,56	0,93	0,71	1,07	0,86	1,21	1,01	1,35	1,16
0,8	0,57	0,94	0,72	1,08	0,87	1,22	1,02	1,36	1,17
0,81	0,58	0,95	0,73	1,09	0,88	1,23	1,03	1,37	1,18
0,82	0,59	0,96	0,74	1,1	0,89	1,24	1,04	1,38	1,19
0,83	0,6	0,97	0,75	1,11	0,9	1,25	1,05	1,39	1,2
0,84	0,61	0,98	0,76	1,12	0,91	1,26	1,06	1,4	1,21
0,85	0,63	0,99	0,78	1,13	0,93	1,27	1,07		
0,86	0,64	1	0,79	1,14	0,94	1,28	1,09		
0,87	0,65	1,01	0,8	1,15	0,95	1,29	1,1		

* Puntaje estándar nivel socioeconómico medio alto

Ítems escala de evaluación del desarrollo psicomotor: 0 a 2 años

1 mes	1. (S) Fija la mirada en el rostro del animador 2. (L) Reacciona al sonido de la campanilla 3. (M) Aprieta el dedo índice del examinador 4. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°) 5. (M) Movimiento de cabeza en posición prona	6 c/u
2 meses	6. (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador 7. (LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador. 8. (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador 9. (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada 10. (L) Vocaliza dos sonidos diferentes**	6 c/u
3 meses	11. (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa de del examinador 12. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 13. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°) 14. (M)Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada 15. (L) Vocalización prolongada **	6 c/u
4 meses	16. (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece 17. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 18. (M)En posición prona se levanta a sí mismo 19. (M)Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada 20. (LS) Ríe a carcajadas **	6 c/u
5 meses	21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla 22. (C)Palpa el borde de la mesa 23. (C) Intenta prehensión de la argolla 24. (M)Tracciona hasta lograr la posición sentada 25. (M)Se mantiene sentado con leve apoyo	6 c/u
6 meses	26. (M) Se mantiene sentado solo, 6 c/u momentáneamente 27. (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída 28. (C) Coge la argolla 29. (C) Coge el cubo 30. (LS) Vocaliza cuando se le habla **	6 c/u
7 meses	31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más 32. (C) Intenta agarrar la pastilla 33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares 34. (S) Cooperar en los juegos 35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano	6 c/u
8 meses	36. (M) Se sienta solo y se mantiene erguido 37. (M) Tracciona hasta lograr la posición de pie 38. (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos 39. (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo 40. (L) Dice da-da o equivalente	6 c/u

9 meses	41. (M) Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble 42. (M) Camina sostenido bajo los brazos 43. (C) Coge la pastilla con participación del pulgar 44. (C) Encuentra el cubo bajo el pañal 45. (LS) Reacciona a los requerimientos verbales*	6 c/u
10 meses	46. (C) Coge la pastilla con pulgar e índice 47. (S) Imita gestos simples 48. (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros 49. (C) Junta cubos en la línea media 50. (SL) Reacciona al "no, no"	6 c/u
12 meses	51. (M) Camina algunos pasos de la mano 52. (C) Junta las manos en la línea media 53. (M) Se pone de pie solo ** 54. (LS) Entrega como respuesta a una orden 55. (L) Dice al menos dos palabras **	12 c/u
15 meses	56. (M) Camina solo 57. (C) Introduce la pastilla en la botella 58. (C) Espontáneamente garabatea 59. (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros 60. (L) Dice al menos tres palabras **	18 c/u
18 meses	61. (LS) Muestra sus zapatos 62. (M) Camina varios pasos hacia el lado 63. (M) Camina varios pasos hacia atrás 64. (C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella 65. (C) Atrae el cubo con un palo	18 c/u
21 meses	66. (L) Nombra un objeto de los cuatro presentado 67. (L) Imita tres palabras en el momento del examen 68. (C) Construye una torre con tres cubos 69. (L) Dice al menos seis palabras ** 70. (LS) Usa palabras para comunicar deseos **	18 c/u
24 meses	71. (M) Se para en un pie con ayuda 72. (L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados 73. (S) Ayuda en tareas simples ** 74. (L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca 75. (C) Construye una torre con cinco cubos	18 c/u

** indica que se trata de una pregunta a la madre o acompañante

2.2.7. La Familia

Para la Organización Mundial de la Salud, “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas; La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” (22).

La familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas.

Según definición de Horwitz la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y que, por lo general, están ligadas por lazos de parentescos; La definición expuesta por Wynne refiere que la familia es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivo y secundario; En ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar (23).

Entendemos por familia, cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas comparten un compromiso en una relación íntima y personal, los miembros consideran su identidad como apegada de modo importante al grupo y el grupo tiene una identidad propia (24).

La familia es una relación primordial, que existe desde el inicio, tanto en sentido filogenético (en cuanto que la familia está en el origen de la especie humana), como en sentido ontogénico (en cuanto que, en cualquier tiempo y lugar, el individuo se introduce en la sociedad, y madura su participación, de forma más humana cuanto mejor está apoyado por la mediación de la familia) (25).

La familia se la puede considerar como un ámbito de convivencia, que delimita una porción de la vida social, en virtud de metas definidas, vinculando a las personas en niveles profundos de su ser y arrancando de los nexos biopsíquicos más elementales (26).

2.2.7.1. Tipología familiar (27)

En base a su ESTRUCTURA:

- o Nuclear: padre, madre e hijos.
- o Extensa: más abuelos.

- o Extensa compuesta: más otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados)
- o Monoparental: padre o la madre y los hijos.

En base a su DESARROLLO:

- o Primitiva: clan u organización tribal.
- o Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
- o Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

En base a su INTEGRACION:

- o Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente (socuare)
- o Semi-integrada: no cumplen sus funciones
- o Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

En base a su DEMOGRAFIA:

- o Urbana
- o Rural
- o Suburbana

En base a su OCUPACIÓN:

- o Campesina obrera empleada
- o Profesional Comerciante

2.2.7.2. Clasificación de las familias

Existen numerosas clasificaciones de la familia, De la Revilla clasifica la familia haciendo referencia a la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos (se refiere a parientes o no en su localidad); familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados) (28).

La familia binuclear se constituye cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores; Existen personas sin familia (adulto

soltero, viudo, divorciado); equivalente familiar (individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar, como por ejemplo, pareja de homosexuales cuando viven juntos en la misma casa) (28).

Gonzáles (24) la clasifica en:

- o familia nuclear: el padre, la madre y los hijos.
- o familia nuclear extensa: consta de una familia nuclear, y otros familiares que puedan vivir con ellos en el mismo hogar.
- o familia monoparental: formada solo por un padre o madre, que puede haber estado casado o no y por uno o más hijos.
- o familia mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos.
- o familia binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida.
- o familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio.
- o familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo, que viven juntos con sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual.

Clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso salud-enfermedad.

En los últimos decenios, la estructura y la definición de lo que es la familia se ha ampliado. Las nuevas tendencias en la formación, la estructura y la función de la familia se están desplazando hacia:

- 1) la familia formada por un solo padre o madre y los hogares encabezados por mujeres;
- 2) el aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias;
- 3) el mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral en números sin precedentes y los cambios en los roles de género dentro de la familia, lo que desplaza el equilibrio de las responsabilidades económicas en las familias (22).
- 4) el tamaño de la familia y del hogar en descenso;
- 5) mayor carga que recae sobre los miembros de la familia en edad de trabajar debido a los dependientes jóvenes y a los mayores; Además, el hogar ha surgido como una unidad socioeconómica fuerte que, con frecuencia, ocupa el lugar de la familia formada exclusivamente por padres e hijos y los miembros de la familia ampliada (22).

2.2.7.3. La familia como sistema

Sistema: existen muchas definiciones sobre sistema, para cuestiones de la práctica se adopta la Von Bertalanffy “es un grupo de partes y objetos que interactúan y forman un todo y que se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida”; o “conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos” (29).

A partir de la década del 60 uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas; Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos; Así entonces la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular,

donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa (23).

Un sistema se dice que es abierto, cuando mantiene relaciones con su entorno, y es cerrado cuando no lo hace.

El desarrollo ordenado como grupo familiar y la armonía que guarden dependerá de lo abierto y permeable que la familia sea; así a mayor permeabilidad y selección del material que la estimula, la familia será mas sana; a mayor restricción o menor selectividad del estímulo que a ella penetre, mas peligro de enfermedad (23).

2.2.7.4. Ciclo vital familiar

Los individuos experimentan trascendentales cambios psicológicos a lo largo de su vida, los cuales, además, se producen en determinadas etapas observables y predecibles; Del mismo modo, el sistema familiar entraña importantes cambios psicosociales, también observables, y predecibles etapas: la formación de la pareja, el nacimiento de los hijos, los años escolares, la adolescencia, el despegue de los hijos, la jubilación y la viudez; Al igual que en el ciclo vital individual, cada fase viene caracterizada por la existencia de unas tareas que la familia debe realizar; y cada transición, cada paso de un estadio a otro, supone cambio y por tanto, dificultades (30).

En la mayoría de los modelos, se cree que la familia cubre importantes necesidades emocionales, las cuales varían según las diferentes etapas del ciclo vital; Al igual que en el desarrollo humano, las transiciones entre las distintas etapas del Ciclo Vital Familiar se consideran situaciones importantes y potencialmente estresantes; Cuando las tareas de una etapa no se completan de manera satisfactoria, el desarrollo se detendrá o surgirán síntomas, ocasionando problemas en fases más avanzadas (30).

Existen numerosos estudios sobre el Ciclo Vital Familiar empezando por Duvall quien, al igual que Erikson, describe el desarrollo de la familia en ocho fases, tomando en cuenta las edades y el número de los hijos de la pareja; La Organización Mundial de la Salud también tiene su propia clasificación; Nosotros seguiremos el modelo propuesto por Carter y McGoldrick, que divide el Ciclo Vital Familiar en seis etapas (con sus respectivas tareas), (Ver cuadro 1 y 2), con la ventaja a nuestro entender, de ser fácilmente identificables y sencillas de recordar por el médico de familia, para ser utilizadas en la práctica diaria (30).

El concepto de crisis vital partía del supuesto de que hay una estructura anterior, en movimiento, que será sometida a nuevas posibilidades; Esa estructura relacional, se va formando en la pareja desde el inicio entre los que la constituirán; Así es que se considera como la primera de las etapas del ciclo vital de una familia la del noviazgo de los componentes de la pareja ("etapa del galanteo" para Jay Haley) (30).

Diversos autores agregan o quitan algunos momentos del desarrollo familiar de la categoría de ciclo vital, pero nosotros haremos una inclusión más amplia, en virtud de que esas etapas de cambio o novedosas en la familia, pueden ser el origen de un conflicto planteado en la consulta (30).

Otras etapas que más tarde vendrán son: la del matrimonio en sí, la llegada del primer hijo, la escolarización, el matrimonio y sus hijos adolescentes, que generalmente encuentra a quienes deben transitar ese momento atravesando además la crisis vital individual de la edad adulta; Otras etapas críticas son el abandono del hogar por parte de los hijos, la jubilación de alguno o de ambos miembros de la pareja, y el fallecimiento de uno de ellos (30).

Cuadro 1. Varias clasificaciones del Ciclo Vital Familiar

Etapa del Ciclo	Conferencia Nacional de la Vida Familiar (1948)	Duval (1957)	Worby (1971)	Salomón (1973)
I	Pareja sin hijos	Pareja sin hijos	Formación de la familia	Matrimonio
II	Hijo mayor: 30 meses	Hijo mayor: 30 meses	Nacimiento del primero	Nacimiento del primogénito y de los demás hijos
III	Hijo mayor: 2½-5 años	Hijo mayor: 2½-6 años	Individualización temprana del mayor	III Individualización de los miembros de la familia
IV	Hijo mayor: 5-12 años	Hijo mayor: 6-13 años	Emergencia de la sexualidad en el hijo	(IV) Verdadera partida de la familia
V	Hijo mayor: 13-19 años	Hijo mayor: 13-20 años	Adolescencia del mayor	(V) Integración de la pérdida
VI	Desde que el primero abandona hasta que se va el último	Desde que el primero abandona hasta que el último se va	(VI) Padres solos	
VII	Últimos años	Desde el nido vacío hasta la jubilación		
VIII		De la jubilación hasta la muerte de ambos cónyuges		

Adaptado de Rowe C.P. Citado por Geyman J.P. (1980)

Tomado del libro "Salud familiar para América Latina". Autor Diego Mejía Gómez. (Pag. 54).

Cuadro 2. Modelo propuesto por Carter y McGoldrick

Etapa I	Formación: noviazgo, matrimonio, constitución de la pareja
Etapa II	Expansión: desde que nace el primer hijo hasta que nace el ultimo hijo
Etapa III	Consolidación: desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar
Etapa IV	Apertura: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último hijo
Etapa V	Postparental: desde que el último hijo abandona el hogar hasta que muere el primer cónyuge. Pareja en la edad madura
Etapa VI	Disolución y ancianidad: desde que muere el primer cónyuge hasta la muerte del superviviente

2.2.8. Características sociales

Las características sociales son una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma (31).

Estas características en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (31).

2.2.8.1. Edad

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez.

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil o el embarazo.

2.2.8.2. Educación de los padres

La educación ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad y mortalidad de las personas; Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para ella, sus hijos y/o familia; por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; Mosley menciona que en países

subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (32).

2.2.8.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (33).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás (34).

Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos:

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra.

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades.

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (35).

2.3. Definición de términos

Desarrollo. Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y

social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales (21).

Atención temprana del desarrollo. Es el conjunto de acciones que promueve el desarrollo infantil temprano y está orientado a potenciar las capacidades y las condiciones del ambiente donde interactúan la niña y el niño desde su nacimiento hasta los cinco años de edad, para facilitar su mejor crecimiento y desarrollo (21).

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). Es un instrumento de medición del desarrollo y funciones psicológicas. Evalúa cuatro áreas: lenguaje, social, coordinación y motora. El test se encuentra estandarizado para niños de 0 a 24 meses (21).

La familia. Es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella (28).

Características. Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al aspecto social, médico, personal biológico, económico, físico entre otros.

Coeficiente de Desarrollo (CD). Es un coeficiente que permite valorar el desarrollo psicomotor. Es el porcentaje del total de puntos aprobados; se obtiene de la razón (EM/EC), el valor se convierte del puntaje estándar multiplicado por 100 (21).

Perfil de desarrollo psicomotor. Permite conocer de manera más precisa el desarrollo del niño, en las distintas áreas de desarrollo. Aunado al coeficiente de desarrollo, se debe efectuar una apreciación del rendimiento del niño en las distintas áreas del desarrollo; para determinar si hay déficit o el niño está normal en esa área (21).

2.4. Variables de estudio

Variable: Coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años.

Dimensión: Características de los padres.

Edad de la madre del niño en años

Nivel de Instrucción de la madre

Nivel de Instrucción del padre o pareja

Estado civil de la madre

Dimensión: Familia.

Tipo de familia del niño

Dimensión: Coeficiente de desarrollo.

Coeficiente de desarrollo

Dimensión: Perfil de desarrollo psicomotor.

Interpretación del perfil en el área de Coordinación

Interpretación del perfil en el área Social

Interpretación del perfil en el área de Lenguaje

Interpretación del perfil en el área Motora

2.5. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años.	Es el porcentaje del total de puntos aprobados en la evaluación nivel de desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0 a 2 años y la especificación si existe déficit o no en alguna área en particular, independiente del puntaje obtenido en el coeficiente de desarrollo y su clasificación según tipo de familia	Aplicación de la ficha de recolección de datos sobre coeficiente de desarrollo y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años.	Características de los padres	Edad de la madre del niño	Edad de la madre del niño en años cumplidos	Numérico
				Nivel de Instrucción de la Madre	Nivel de Instrucción de la Madre del niño de 0 a 2 años	Sin instrucción (1)
						Inicial (2)
						Primaria incompleta (3)
						Primaria completa (4)
						Secundaria incompleta (5)
						Secundaria completa (6)
						Superior incompleta (7)
				Superior completa (8)		
			Nivel de Instrucción del padre o pareja	Nivel de Instrucción del padre o pareja del niño de 0 a 2 años	Sin instrucción (1)	
					Inicial (2)	
					Primaria incompleta (3)	
		Primaria completa (4)				
		Secundaria incompleta (5)				
		Secundaria completa (6)				
		Superior incompleta (7)				
		Superior completa (8)				
		Estado civil de la madre	Estado civil de la madre del niño de 0 a 2 años	Soltera (1)		
				Conviviente (2)		
				Casada (3)		
				Viuda (4)		
		Divorciada (5)				
		Familia	Tipo de familia del niño	Tipo de familia del niño de 0 a 2 años	Familia Nuclear (Ambos padres e hijos) (1)	
					Familia Extendida (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes en la tercera generación) (2)	
					Familia Ampliada (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes como tíos, sobrinos, etc.) (3)	
					Familia Monoparental (El padre o la madre y los hijos) (4)	
					Familia Reconstituida (Un hombre o una mujer con hijos inician una convivencia y forman una nueva familia) (5)	
					Equivalente familiar (Grupo de amigos, hermanos, personas solas, etc.) (6)	
Coeficiente de desarrollo	Coeficiente de desarrollo del niño de 0 a 2 años	Coeficiente de desarrollo del niño de 0 a 2 años	Normal (1)			
			Riesgo (2)			
Perfil de desarrollo psicomotor	Perfil de desarrollo psicomotor en el niño de 0 a 2 años	Interpretación del perfil en el área de Coordinación	Déficit (1) Normal (2)			
			Interpretación del perfil en el área Social	Déficit (1) Normal (2)		
				Déficit (1) Normal (2)		
				Déficit (1) Normal (2)		

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

La investigación sobre coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, se realizó en el distrito de Sapallanga, de la Provincia de Huancayo en el periodo de enero a junio del 2019.

El distrito de Sapallanga es uno de los 28 distritos que conforman la Provincia de Huancayo, ubicada en el Departamento de Junín, bajo la administración del Gobierno Regional de Junín, en el Perú. La capital del distrito se encuentra localizado en la Latitud Sur: 12°02'20" S (N) 12°10'43" S (S) y Longitud Oeste: 75°02'52" W (E). El ámbito jurisdiccional de Sapallanga se encuentra a una altitud de 3299 msnm, los centros poblados se encuentran ubicados desde los 3278 hasta 3299 msnm y se encuentra rodeada de cerros que circundan.

La superficie del Distrito es 119.02 km²; su población es de 20,314 habitantes, su densidad poblacional es de 171 habitantes/km².

El Distrito de Sapallanga limita de la siguiente manera:

Por el Este limita con la Hacienda Acopalca

Por el Oeste limita con los Distritos de Huayucachi, Viques y Huacrapuquio

Por el Norte limita con el Distrito de Chilca

Por el Sur limita con el Distrito de Pucara

La temperatura media fluctúa entre los 11°C y 17° C, las máximas entre 22 y 29° C; y las mínimas entre 7 y -4° C durante el invierno (Mayo y Agosto), la temperatura mínima por debajo de 0°C con gran frecuencia ocurre de Mayo a Septiembre, y constituye la mayor limitación climática de las tierras para la agricultura en el Valle y el Distrito de Sapallanga; la presencia de temperaturas por debajo de 0°C

principalmente en las noches con cielo despejado trae consigo la incidencia de heladas de enfriamiento nocturno (de irradiación).

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, descriptiva, de corte transversal. Observacional porque no existió intervención del investigador, los datos reflejaron la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, por lo que no existió períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con finalidades puramente descriptivas. Su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (36-38).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable en forma independiente. Es decir, busco especificar las propiedades de la variable, la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento (36, 39-41).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo. Es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares; Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación; Es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general (42).

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (42).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (38, 40, 41).

Donde:

M O

M: Niños(as) de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo enero a junio del 2019

O: Características de los padres, Coeficiente de desarrollo y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todos los niños(as) de 0 a 2 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, de enero a junio del 2019, con evaluación de desarrollo psicomotor; según registros estadísticos fueron un total de 47 niños(as).

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (38, 40, 43, 44).

3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todos los niños(as) de 0 a 2 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, de enero a junio del 2019, con evaluación de desarrollo psicomotor (38, 40, 43, 44).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva, no se vulneró los derechos humanos, se respetó la dignidad de todos los seres humanos más allá de las condiciones de desarrollo humano.

Para el desarrollo del estudio se utilizó dos técnicas: el análisis documental y la encuesta.

3.7.1. El análisis Documental

Se utilizó esta técnica para el recojo de información sobre la evaluación del desarrollo psicomotor en los niños de 0 a 2 años atendidos en el centro de salud Sapallanga.

La técnica utilizada fue el **análisis documental** (45); Esta técnica permitió el análisis documental de las Historias Clínicas, registro de atención de los niños con evaluación de desarrollo psicomotor. La información fue recolectada por los investigadores de campo previamente capacitados y estandarizados para tal fin. Las **Fuentes Secundarias** fueron las Historia Clínica, registros de seguimiento, de atención, registro de la prueba EEDP.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; fue elaborada en base al planteamiento del problema, objetivos, variables de estudio y los indicadores (45).

3.7.2. La encuesta

Se utilizó esta técnica para el recojo de información sobre las características de los padres entre otros; se realizó visitas domiciliarias.

La técnica utilizada fue la **encuesta**; esta técnica utilizó un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogió y analizó una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población, del que se pretendió explorar, describir y/o explicar una serie de características (45).

El instrumento fue el **cuestionario** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; el cual fue elaborado en base al planteamiento del problema, propósito, objetivos y variables de estudio.

Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fue transportada al software SPSS 20, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Primero: Se realizó el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el proceso de investigación.

Segundo: Se validó el instrumento de recolección de datos por juicio de expertos; buscando que el instrumento mida o capture los datos que realmente sirvan para el propósito para el cual fue construido. La valoración de los expertos fue cualitativa. En el instrumento de investigación, el contenido o ítems utilizados para las mediciones y sus resultantes fueron consideradas pertinentes para la investigación.

Tercero: Luego se solicitaron los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del Centro de Salud. El permiso o autorización fue importante para el acceso a los registros de atención, libro de seguimiento entre otros.

Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y aplicación del cuestionario de investigación.

Quinto: Con la debida autorización del director del Centro de Salud, se tuvo una reunión con el responsable del área de atención integral del niño(a) y el responsable de la Oficina de Estadística e Informática, para las coordinaciones previa a la recolección de información. Luego se procedió a la revisión de los registros de atención, libro de seguimiento y posteriormente se aplicó el cuestionario a la madre del niño en las visitas domiciliarias.

Sexto: Se codifico y tabulo los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exporto la base de datos del Excel al programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

3.9. Técnicas y procesamiento de análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2013; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 20 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo, hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central. Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando a la población estudiada.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigó el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

Tabla 1. Edad de las madres de los niños de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

Estadísticos de la edad de la madre del niño en años							
Numero de Madres	Media	Moda	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
47	30,5	25	19	44	25	30	38

Fuente: Cuestionario sobre el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

En la tabla 1. Del total de madres de niños de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor, atendidos en el centro de salud Sapallanga de Huancayo. La edad promedio fue de 30,5 años, la edad de 25 años fue la más frecuencia en el grupo de madres, la edad mínima fue de 19 años y la edad máxima de 44 años. El 75% tuvieron más de 25 años, el 50% tuvieron más de 30 años y el 25% tuvieron más de 38 años.

Tabla 2. Características de los padres de los niños de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

Características de los padres de los niños	Frecuencia n=47	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nivel de Instrucción de la madre			
Primaria completa	4	8,5	8,5
Secundaria incompleta	20	42,6	51,1
Secundaria completa	23	48,9	100,0
Nivel de Instrucción del padre			
Secundaria incompleta	12	25,5	25,5
Secundaria completa	35	74,5	100,0
Estado Civil de la madre			
Conviviente	32	68,1	68,1
Casada	15	31,9	100,0
Tipo de familia del niño(a)			
Familia Nuclear (Ambos padres e hijos)	29	61,7	61,7
Familia Extendida (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes)	18	38,3	100,0

Fuente: Cuestionario sobre el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

Tabla 2. Del total de madres de niños de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor, atendidos en el centro de salud Sapallanga de Huancayo. El 8,5% (4) tuvieron primaria completa, el 42,6% (20) tuvieron secundaria incompleta, el 48,9% (23) tuvieron secundaria completa. El 51% tuvieron primaria o secundaria incompleta. En los padres de los niños con evaluación de desarrollo psicomotor; el 25,5% (12) tuvieron secundaria incompleta y el 74,5% (35) tuvieron secundaria completa.

El 68,1% (32) de las madres fueron convivientes y el 31,9% (15) fueron casadas.

El 61,7% (29) fueron familias nucleares y el 38,3% (18) fueron familias extendidas.

Tabla 3. Coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor en los niños de 0 a 2 años atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

Evaluación del desarrollo psicomotor	Frecuencia n=47	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Coeficiente de desarrollo			
Normal	39	83,0	83,0
Riesgo	8	17,0	100,0
Perfil de desarrollo psicomotor			
Normal	39	83,0	83,0
Déficit en el área de Coordinación	4	8,5	91,5
Déficit en el área Social	3	6,4	97,9
Déficit en el área de Lenguaje	1	2,1	100,0

Fuente: Cuestionario sobre el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

Tabla 3. Del total de niños de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor, atendidos en el centro de salud Sapallanga de Huancayo. El 83% (39) tuvieron un coeficiente de desarrollo normal y el 17% (8) tuvieron como resultado según el coeficiente de desarrollo riesgo.

El 83% (39) tuvieron un perfil de desarrollo psicomotor normal, el 8,5% (4) presentaron déficit en el área de coordinación, el 6,4% (3) presentaron déficit en el área Social y el 2,1% (1) presentaron déficit en el área de Lenguaje.

Tabla 4. Perfil de desarrollo psicomotor según coeficiente de desarrollo en los niños de 0 a 2 años atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

Perfil de desarrollo psicomotor	Coeficiente de desarrollo					
	Normal		Riesgo		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sin Déficit	39	100%	0	0,0%	39	83,0%
Déficit en el área de Coordinación	0	0%	4	50,0%	4	8,5%
Déficit en el área Social	0	0%	3	37,5%	3	6,4%
Déficit en el área de Lenguaje	0	0%	1	12,5%	1	2,1%
Total	39	100%	8	100,0%	47	100,0%

Fuente: Cuestionario sobre el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

Tabla 4. Del total de niños de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor, atendidos en el centro de salud Sapallanga de Huancayo. En los niños con riesgo según el coeficiente de desarrollo, se encontraron los déficits según el perfil de desarrollo psicomotor en el área de coordinación, social y lenguaje en un 50%, 37,5% y 12,5% respectivamente.

Tabla 5. Coeficiente de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

Coeficiente de desarrollo	Tipo de familia del niño(a)					
	Familia Nuclear (Ambos padres e hijos)		Familia Extendida (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes)		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Normal	25	86,2%	14	77,8%	39	83,0%
Riesgo	4	13,8%	4	22,2%	8	17,0%
Retraso	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	29	100,0%	18	100,0%	47	100,0%

Fuente: Cuestionario sobre el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

Tabla 5. Del total de niños de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor, atendidos en el centro de salud Sapallanga de Huancayo. Los niños clasificados con riesgo según el coeficiente de desarrollo, se presentaron en mayor proporción en las familias extendidas (22,2%) en comparación a las familias nucleares (13,8%). Los niños con un coeficiente de desarrollo normal se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares (86,2%) en comparación a las familias extendidas (77,8%).

Tabla 6. Perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

Perfil de desarrollo psicomotor	Tipo de familia del niño(a)					
	Familia Nuclear (Ambos padres e hijos)		Familia Extendida (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes)		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Normal	25	86,2%	14	77,8%	39	83,0%
Déficit en el área de Coordinación	1	3,4%	3	16,7%	4	8,5%
Déficit en el área Social	2	6,9%	1	5,6%	3	6,4%
Déficit en el área de Lenguaje	1	3,4%	0	0,0%	1	2,1%
Total	29	100,0%	18	100,0%	47	100,0%

Fuente: Cuestionario sobre el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo de enero a junio del 2019.

Tabla 6. Del total de niños de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor, atendidos en el centro de salud Sapallanga de Huancayo.

Los niños con déficit en el área de coordinación se presentaron en mayor proporción en las familias extendidas (16,7%) en comparación a las familias nucleares (3,4%).

Los niños con déficit en el área social se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares (6,9%) en comparación a las familias extendidas (5,6%).

Los niños con déficit en el área de lenguaje se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares (3,4%) en comparación a las familias extendidas (0%).

4.2. Discusión de resultados

De las madres de los niños de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor, atendidos en el centro de salud de Sapallanga. La edad promedio fue de 30,5 años, la edad de 25 años fue la más frecuencia en el grupo de madres, la edad mínima fue de 19 años y la edad máxima de 44 años. El 75% tuvieron más de 25 años, el 50% tuvieron más de 30 años y el 25% tuvieron más de 38 años. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. Es importante considerar que tres de cada cuatro gestantes tuvieron más de 25 años, a partir de esta edad la mujer presenta una maduración en todos los aspectos fisiológica, psicológicas entre otros; por lo cual este grupo de edad es una oportunidad para las intervenciones sanitarias, sobre todo en la promoción de la salud infantil y salud familiar.

El 8,5% (4) de las madres tuvieron primaria completa, el 42,6% (20) tuvieron secundaria incompleta, el 48,9% (23) tuvieron secundaria completa. El 25,5% (12) de los padres tuvieron secundaria incompleta y el 74,5% (35) de los padres tuvieron secundaria completa. No se halló estudios similares para poder contrastar estos resultados. En las madres de los niños más de la mitad no tienen secundaria completa y en los padres uno de cada cuatro no tiene secundaria completa. Estos resultados indican que aún existe un limitado acceso a la educación por diversos factores que debe ser tomado en consideración para las acciones sanitarias; así mismo para la implementación de políticas y estrategias educativas integrales; por parte del sector educación, que mejore el acceso a los servicios educativos para la población en el ámbito de estudio; un mejor nivel educativo en la población permitirá que la población tenga una mejor comprensión a la información que le brinda el sistema de salud sobre el cuidado y desarrollo infantil; estilos de vida saludable, promoción de la salud entre otro.

El 68,1% (32) de las madres fueron convivientes y el 31,9% (15) fueron casadas. No se halló estudios similares para poder contrastar estos resultados. En este contexto socio cultural andino el ser convivientes es una relación estable, algo similar a la de estar casados; esto explica la mayor proporción de parejas convivientes. Es

importante que las visitas domiciliarias en la atención primaria fortalezcan esta relación familiar; así como el autocuidado familiar.

El 61,7% (29) fueron familias nucleares y el 38,3% (18) fueron familias extendidas. Los resultados son similares a lo hallado por Silva (11), quien encontró una mayor proporción de familias nucleares.

En la muestra estudiada solo se hallaron dos tipos de familia las nucleares y la extendidas; así mismo más de la mitad fueron familias nucleares; probablemente esto se deba a las características del contexto socio cultural donde se realizó la investigación. La mayor proporción de familias nucleares se explican por el estado civil encontrado el cual es conviviente y casado; por el contexto en el cual viven las familias que puede estar influenciado por algunos aspectos urbanos o por circunstancias propias de la relación de pareja, como familias recién constituidas o jóvenes. Es importante que el sistema de salud conozca esta característica para implementar estrategias de intervención que contribuyan a mejorar el desarrollo normal del niño; ya que cada tipo de familia tiene algunas ventajas que debe ser aprovechadas.

El 83% (39) de los niños tuvieron un coeficiente de desarrollo normal y el 17% (8) presentaron riesgo según el coeficiente de desarrollo. Los resultados concuerdan con lo hallado por Schonhaut et al (10), Martínez (12), Narváez (14), quienes hallaron que aproximadamente ocho de cada diez niños estudiados tuvieron un desarrollo normal. El estudio muestra que aproximadamente dos de cada diez niños tuvo un coeficiente de desarrollo de riesgo, probablemente existan factores de riesgo que influyan en este proceso de desarrollo de potencialidades como el nivel de instrucción entre otros; lo cual requiere ser investigado en este contexto socio cultural para la implementación de estrategias que permitan controlar estos riesgos y poder desarrollar las potencialidades del niño. Así mismo estos niños requieren de un seguimiento y acompañamiento familiar; a través de visitas domiciliarias que incluyan la sensibilización familiar e involucramiento en el cuidado, desarrollo y bienestar del niño con un enfoque holístico.

El 83% (39) de los niños tuvieron un perfil de desarrollo psicomotor normal, el 8,5% (4) presentaron déficit en el área de coordinación, el 6,4% (3) presentaron déficit en el área Social y el 2,1% (1) presentaron déficit en el área de Lenguaje. En los niños con riesgo en el desarrollo, se encontraron déficits en el área de coordinación, social y lenguaje; en un 50%, 37,5% y 12,5% respectivamente.

Los resultados fueron diferentes a lo hallados por Martínez (12), Figueroa y Vásquez (13), quienes encontraron déficit en las cuatro áreas en diferentes proporciones, siendo mayor el déficit en el área social; así mismo los resultados indican que en este contexto los déficits en el desarrollo se encontraron en los niños con coeficiente de desarrollo de riesgo.

Los resultados diferentes probablemente se deban a ciertos determinantes como el nivel de instrucción de los padres, familias recién constituidas entre otros que requieren estudios más profundos. Es pertinente que el personal de salud contemple estas áreas de déficits según el perfil de desarrollo de cada niño para el seguimiento respectivo y recuperación del niño con involucramiento familiar; acciones que deben ser desarrolladas en el mismo contexto donde vive el niño, tornándose en una acción mas objetiva en el proceso de enseñanza a las familias para contribuir al desarrollo de potencialidades del niño.

Los niños con riesgo en el desarrollo, se presentaron en mayor proporción en las familias extendidas (22,2%) en comparación a las familias nucleares (13,8%). Los niños con un coeficiente de desarrollo normal se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares (86,2%) en comparación a las familias extendidas (77,8%). Los niños con déficit en el área de coordinación se presentaron en mayor proporción en las familias extendidas (16,7%) en comparación a las familias nucleares (3,4%). No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. Lo hallado probablemente se deba a que en las familias extendidas por su característica existen ciertos factores que influyen un poco más en el desarrollo del niño; como podría ser una limitada protección y/o cuidado del niño de manera exclusiva, por diversos factores sociales económicos inherentes a una familia con mas miembros aparte de los padres e hijos. Para los servicios de salud esta situación debe tomarse como una oportunidad para sensibilizar a la familia e involucrarla en el desarrollo de potencialidades del niño; así mismo el personal de salud debe realizar un seguimiento

con un acompañamiento más cercano y dinámico; que permita la estimulación correspondiente en las áreas con déficits y su reevaluación correspondiente buscando la recuperación del niño y si no hubiese recuperación garantizar la continuidad de la atención con un especialista.

Los niños con déficit en el área social se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares (6,9%) en comparación a las familias extendidas (5,6%). Los niños con déficit en el área de lenguaje se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares (3,4%) en comparación a las familias extendidas (0%). No se encontraron estudios similares para contrastar estos resultados; pero la mayor proporción de déficits en el área social y de lenguaje en las familias nucleares; probablemente se deban a que en este tipo de familias los niños tienen una menor oportunidad de relacionarse con mas personas, de compartir o que presenten inseguridad porque son cuidados por personas ajenas a la familia como empleadas o cuidadores debido a que los padres trabajan o que las condiciones de la vivienda sean inadecuadas o la calidad del ambiente de juego es inadecuada.

Estos aspectos son importantes para que el sistema de salud implemente estrategias de intervención mas integrales donde a pesar de las diversas actividades de los padres exista un mayor involucramiento de los mismos en la estimulación de sus hijos para un desarrollo psicomotriz adecuado; las visitas domiciliarias por parte del personal de salud son imprescindibles en este proceso para el seguimiento, acompañamiento, supervisión y control en el desarrollo del niño.

Las sesiones demostrativas de estimulación por parte del personal de salud en la familia para contribuir a fortalecer las prácticas de estimulación en el niño.

Conclusiones

- Primero. La edad promedio de las madres de los niños fue de 30,5 años, tres de cada cuatro madres tuvieron más de 25 años; este grupo de edad es una oportunidad para las intervenciones sanitarias, sobre todo en la promoción de la salud infantil y salud familiar.
- Segundo. En las madres de los niños más de la mitad no tienen secundaria completa y en los padres uno de cada cuatro no tiene secundaria completa; lo que indica que aún existe un limitado acceso a la educación por diversos factores que debe ser tomado en consideración para las acciones sanitarias; así mismo para la implementación de políticas y estrategias educativas integrales.
- Tercero. Aproximadamente siete de cada diez madres fueron convivientes y tres de cada diez casadas; en el contexto andino el ser convivientes es una relación estable.
- Cuarto. En el estudio se hallaron dos tipos de familias las nucleares y la extendidas; en las cuales seis de cada diez familias fueron nucleares y cuatro de cada diez fueron familias extendidas; esto probablemente se deba a las características del contexto socio cultural donde se realizó la investigación.
- Quinto. Aproximadamente dos de cada diez niños tuvieron un coeficiente de desarrollo de riesgo y ocho de cada diez tuvieron un coeficiente de desarrollo normal.
- Sexto. Según el perfil de desarrollo psicomotor los niños presentaron déficit en el área de coordinación, Social y Lenguaje; así mismo todos estos déficits estuvieron presentes en los niños con un coeficiente de desarrollo de riesgo.
- Séptimo. Los niños con riesgo en el desarrollo, se presentaron en mayor proporción en las familias extendidas en comparación a las familias nucleares; así mismo los niños con un coeficiente de desarrollo normal se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares en comparación a las familias extendidas.
- Octavo. Los niños con déficit en el área de coordinación se presentaron en mayor proporción en las familias extendidas en comparación a las familias nucleares.

Noveno. Los niños con déficit en el área social se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares en comparación a las familias extendidas; así mismo los niños con déficit en el área de lenguaje se presentaron en mayor proporción en las familias nucleares en comparación a las familias extendidas. La mayor proporción de déficits en el área social y de lenguaje en las familias nucleares; probablemente se deban a que en este tipo de familias los niños tienen una menor oportunidad de relacionarse con mas personas entre otros.

Recomendaciones

Al gobierno regional

El limitado acceso en la educación por diversos factores debe ser tomado en consideración para las acciones sanitarias; así mismo para la implementación de políticas y estrategias educativas integrales; por parte del sector educación, que mejore el acceso a los servicios educativos para la población en el ámbito de estudio; un mejor nivel educativo en la población permitirá que la población tenga una mejor comprensión a la información que le brinda el sistema de salud.

Al sector salud

Es importante que el sistema de salud conozca el tipo de familia de los niños con evaluación de desarrollo psicomotor; ya que esta información les permitirá adecuar el abordaje en la intervención familiar que contribuyan a mejorar el desarrollo normal del niño; ya que cada tipo de familia tiene algunas ventajas que deben ser aprovechadas.

Es pertinente que el personal de salud luego de la evaluación del niño tenga presente las áreas de déficits según el perfil de desarrollo de cada niño para el seguimiento respectivo y recuperación del mismo con involucramiento familiar; es recomendable que estas acciones sean desarrolladas en el mismo contexto donde vive el niño, tornándose en una acción mas objetiva en el proceso de enseñanza a las familias para contribuir al desarrollo de potencialidades del niño.

Las condiciones familiares para los servicios de salud deben ser vistas como oportunidades para implementar nuevas estrategias acordes al contexto y la temporalidad para sensibilizar a la familia e involucrarla en el desarrollo de potencialidades del niño; así mismo el personal de salud debe realizar un seguimiento con un acompañamiento más cercano y dinámico; que permita la estimulación correspondiente en las áreas con déficits y su reevaluación correspondiente buscando la recuperación del niño y si no hubiese recuperación garantizar la continuidad de la atención con un especialista.

Las visitas domiciliarias por parte del personal de salud son imprescindibles en este proceso para el seguimiento, acompañamiento, supervisión y control en el desarrollo del niño. Las sesiones demostrativas de estimulación por parte del personal de salud en la familia para contribuir a fortalecer las prácticas de estimulación en el niño. Por otra parte, estas visitas domiciliarias deben ser integrales con el equipo de salud a fin de contribuir al fortalecimiento de la relación familiar; así como el autocuidado de la salud.

Los riesgos y déficits en el desarrollo psicomotriz probablemente estén relacionados con algunos factores de riesgo que influyan en este proceso de desarrollo de potencialidades como el nivel de instrucción entre otros; lo cual requiere ser investigado en este contexto socio cultural para la implementación de estrategias que permitan controlar estos riesgos.

Referencias bibliográficas

1. Vericat A, Orden AB. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:2977-84.
2. Young ME, Fujimoto Gómez G. Desarrollo infantil temprano: lecciones de los programas no formales. *Acción pedagógica*. 2004;13(2):186-98.
3. Organización Mundial de la Salud. Opportunities for all: a community rehabilitation project for slums. Philippines: Organización Mundial de la Salud; 1995. 54-76 p.
4. Bewdrigal GP. Revisión sistemática sobre eficacia y costo de intervenciones para el desarrollo bio-psicosocial de los niños. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
5. Figueiras AC, Neves de Souza IC, Ríos VG, Benguigui Y. Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil 0-6 años en el contexto de AIEPI. Proyecto de Curso de Vida Saludable. Área de Salud Familiar y Comunitaria. 2da ed. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
6. Narbona J, Schlumberger E. Retraso psicomotor. *Asoc Españ Pediatr*. 2008;21:152-7.
7. De la Cuesta Benjumea C. Familia y salud. *Revista ROL de Enfermería*. 1995(203-204):21.
8. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Diez datos acerca del desarrollo en la primera infancia como determinante social de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. [cited 02 de julio 2019]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/es/.
9. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Temas. Salud del niño. Desarrollo. Recién nacidos, lactantes y niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. [cited 02 de julio 2019]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/.
10. Schonhaut B, Armijo R, Millán K, Herreros A, Hernández R, Salgado V, et al. Comparación de la evaluación tradicional del desarrollo psicomotor versus una prueba autoadministrada. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. 2012;51(2):126-33.
11. Silva Quintul V. Perfil familiar de niños con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor en control en el consultorio externo Valdivia [Tesis de grado]. Valdivia: Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina; 2007.

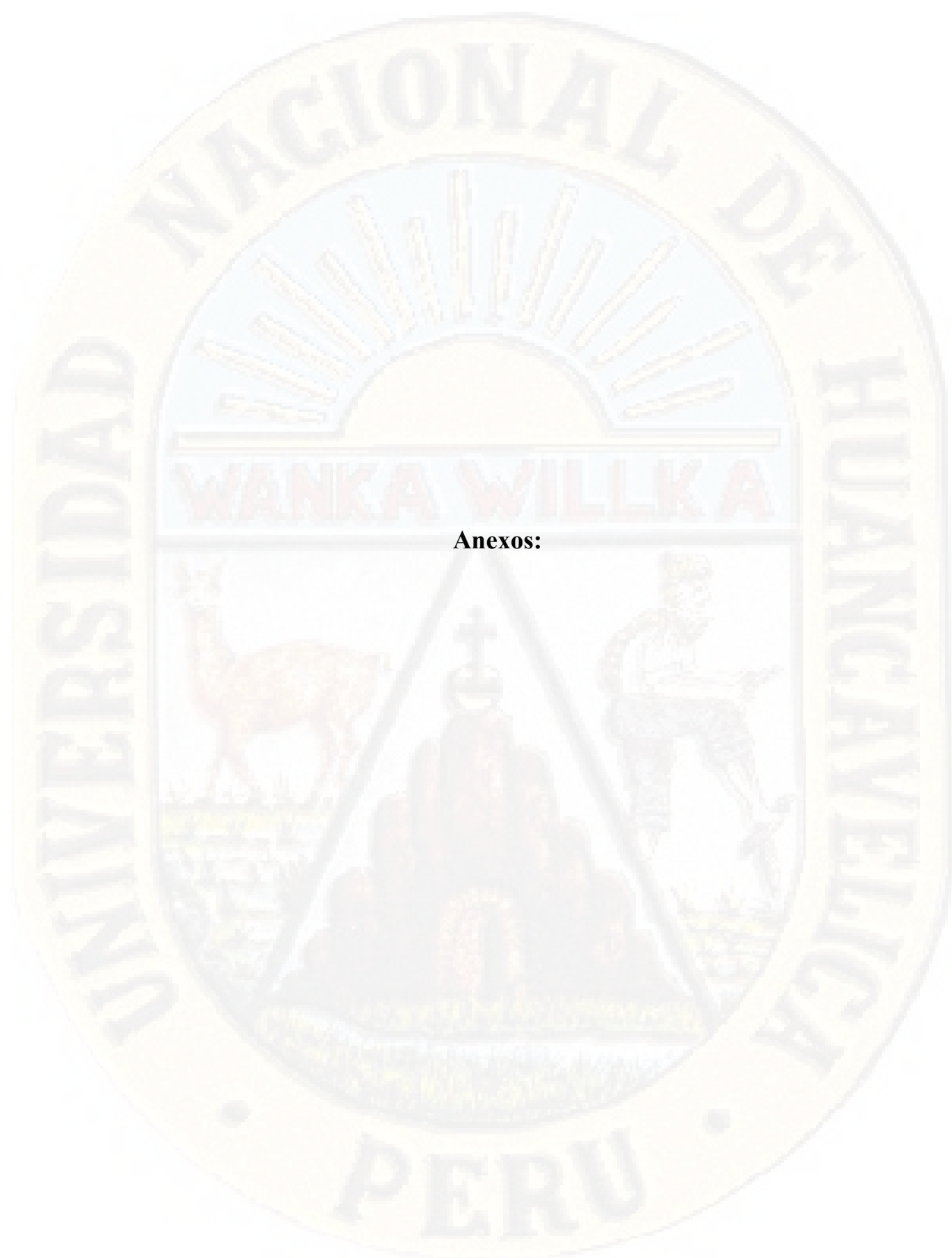
12. Martínez Cabrejo VY. Desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses de tres salas de estimulación temprana, departamento de Tumbes, 2018 [Tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2018.
13. Figueroa Zapata TdR, Vasquez Alzamora CNK. Desarrollo psicomotor en niños menores de un año que acuden a la estrategia de crecimiento y desarrollo del Hospital Provincial Docente Belen Lambayeque 2016. [Tesis de grado]. Lambayeque-Perú: Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
14. Narvaez Sarcco RL. Comparación de la escala de evaluación del desarrollo psicomotor y test peruano, aplicado en niños de 6 meses de edad en el Hospital San Juan de Dios de Ayaviri - Puno 2016. [Tesis de Grado]. Puno - Perú: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería; 2016.
15. Llorca M, Vega A. Psicomotricidad y globalización del currículum de educación infantil. Málaga: Editorial Aljibe; 1998.
16. Martín Domínguez D. Psicomotricidad e intervención educativa. Madrid: Ediciones Pirámide; 2014. 232 p.
17. García Núñez JA, Martínez López P. Psicomotricidad y educación preescolar. 7ma ed. Madrid: Editorial García Nuñez; 1994.
18. Delgado V, Contreras S. Desarrollo psicomotor en el primer año de vida. Santiago: Editorial Mediterráneo; 2010.
19. Papalia DE, Martorell G. Desarrollo humano. 13va ed. México: McGraw-Hill; 2016. 656 p.
20. Zuluaga JA. Neurodesarrollo y Estimulación Temprana. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.
21. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. NTS N° 137 - MINSA/2017/DGIESP. Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2017.
22. OMS-OPS. La familia y la salud. 37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003.p.5.
23. Ortiz Gómez MT. La salud familiar. Revista cubana de medicina general integral. 1999;15(4):439-45.
24. Gonzalez E. Psicología del ciclo vital. 2da ed. España: Editorial CCS; 2002. p. 65-6.

25. Donati P. Manuale di sociologia della famiglia. Italia: Gius. Laterza & Figli Spa; 2014.
26. López EM. Familia y sociedad: una introducción a la sociología de la familia: Ediciones Rialp; 2000.
27. Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de medicina familiar. 3ª. Edición Editorial Medicina familiar Mexicana México. 2006.
28. De la Revilla L, Muñoz EB. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma 1994.
29. Arias L, Montero J, Castellanos J. Fundamentos y principios de medicina familiar: enfoque sistémico y la medicina familiar. Colombia: Ministerio de Salud de Colombia; 1995.
30. Arias Castillo L, Domingo Alarcón J, Ruiz Puyana CE, Mora Villa-Roel SL, Dallos Arenales MI, Erazo Caicedo CA, et al. Fundamentos en Salud Familiar. ASCOFAME-FUPADS. Bogota: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; 2008. 360 p.
31. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
32. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
33. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
34. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
35. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San marcos, Facultad de Medicina; 2005.
36. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
37. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
38. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: MCGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.

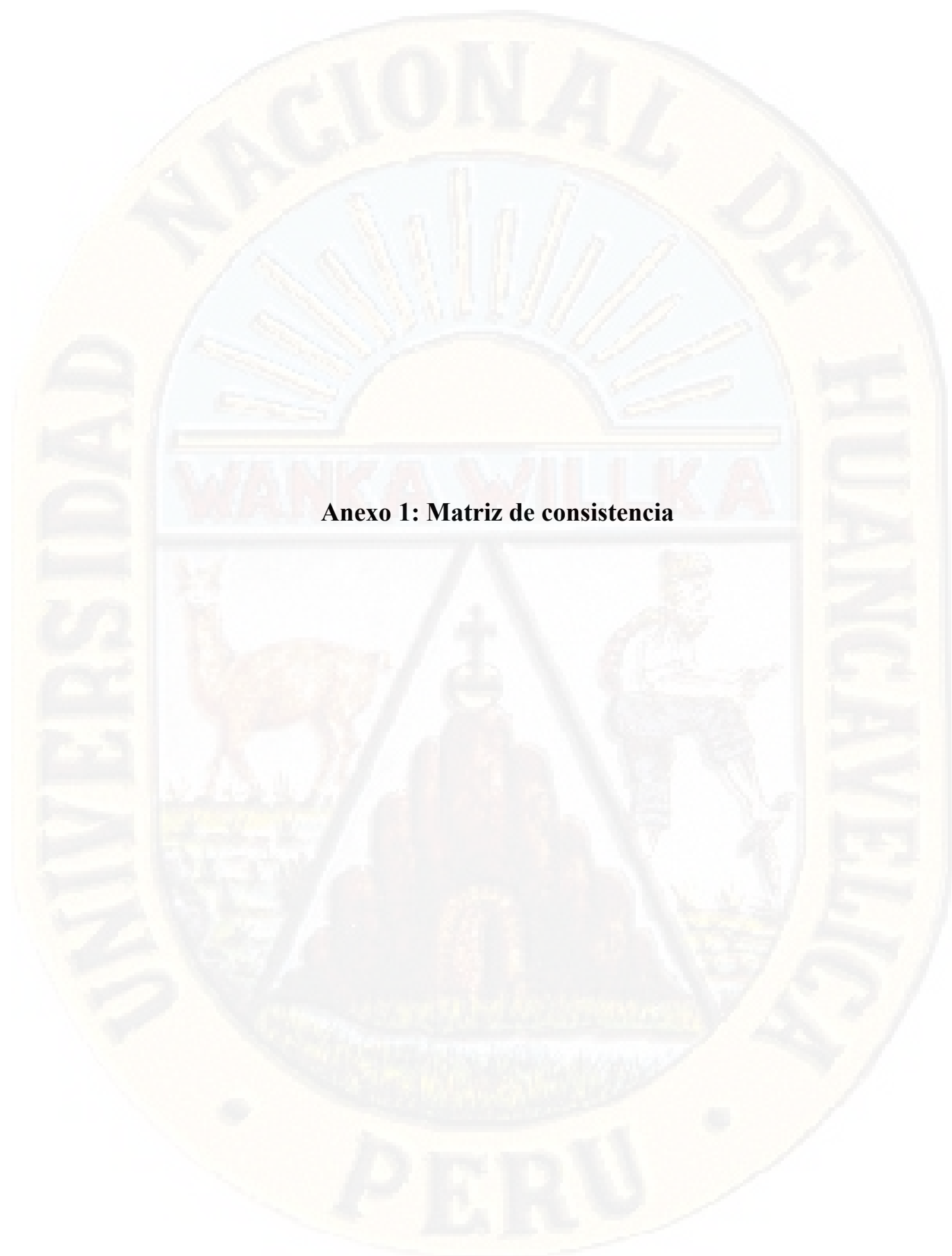
39. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
40. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
41. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
42. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
43. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
44. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
45. García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1993. 141-70 p.
46. Ortiz Gómez MT, Louro Bernal I, Jiménez Cangas L, Silva Ayzaguer LC. La salud familiar: caracterización en un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 1999;15:303-9.
47. Mendoza-Solís L, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en medicina familiar. 2006;8(1):27-32.
48. Cuba M, Jurado A, Romero Z, Cuba M. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. Revista Medica Herediana. 2013;24(1):12-6.
49. Cueva Arana V, Olvera Guerra JF, Chumacera López RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2005;43(3):267-71.
50. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Revista Panamericana de Salud Pública. 2002;11:365-73.

51. Pérez Giraldo B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes: Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Aquichan. 2003;3(1):21-31.





Anexos:

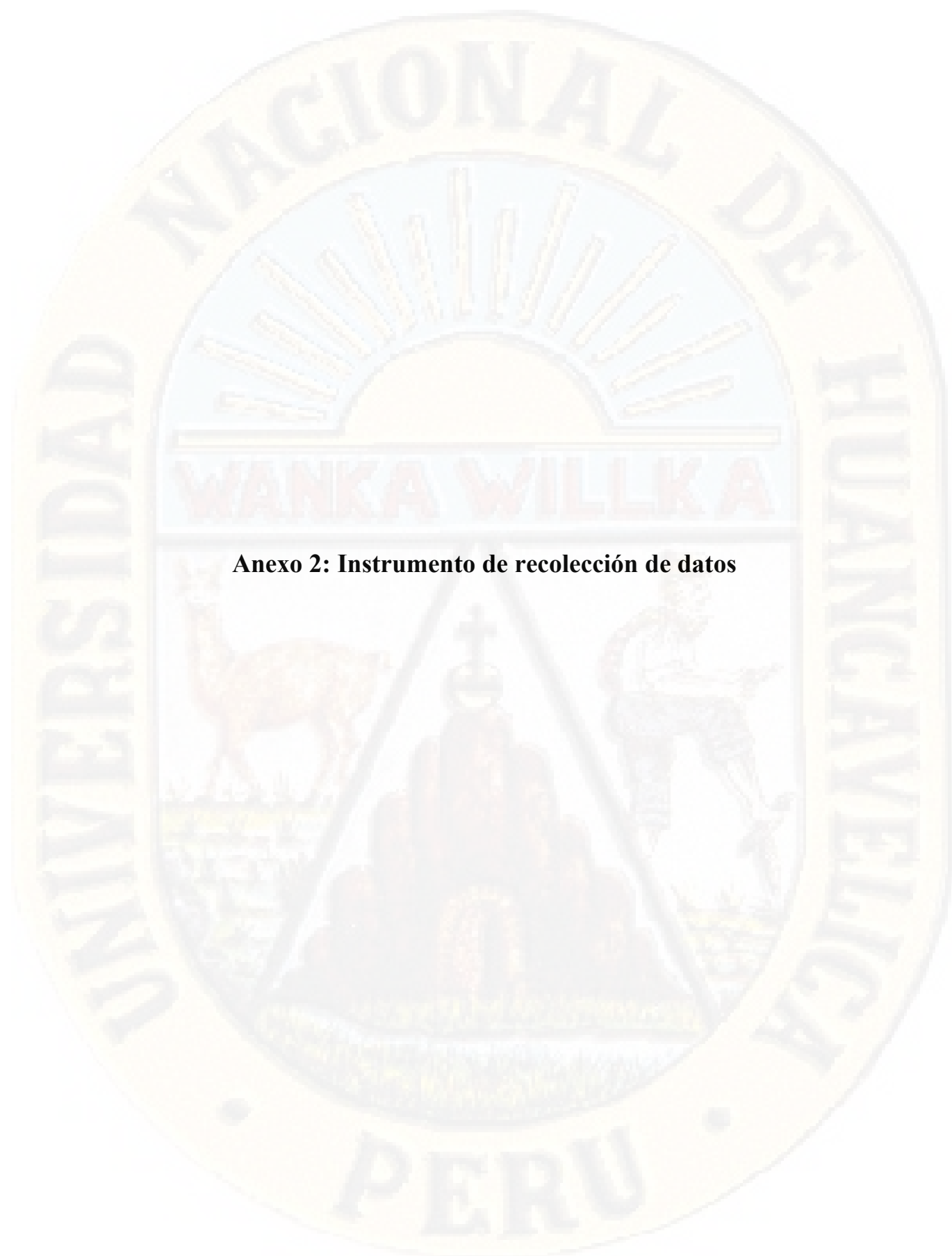


Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: COEFICIENTE Y PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR SEGÚN TIPO DE FAMILIA EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA, HUANCAYO 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuál es el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019? Problemas específicos ¿Cuáles son las características de los padres del niño(a) de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019? ¿Cuál es el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor en los niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019? ¿Cuál es el coeficiente de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019? ¿Cuál es el perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019?	Objetivo general Determinar el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019. Objetivos específicos - Identificar las características de los padres del niño(a) de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019. - Determinar el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor en los niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019. - Determinar el coeficiente de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019. - Determinar el perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de enero a junio del 2019.	El estudio obedeció a la necesidad de conocer el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga de la provincia de Huancayo de enero a junio del 2019. La mayoría de los(as) niños(as) tienen un desarrollo psicomotor normal; pero es pertinente conocer si su desarrollo psicomotor es adecuado o si presentan limitaciones en algunas áreas, en el contexto en el cual viven para poder brindar una atención integral continua que permitan prevenir riesgos y promocionar la salud en su desarrollo. Los resultados de este estudio nos permitirán conocer y caracterizar esta situación según el contexto en el que vive el niño y el tipo de familia en la cual vive; por otro lado, esta información permitirá reorientar las intervenciones sanitarias y mejorar las competencias del personal asistencial para ayudar a estimular algunas áreas en el desarrollo del niño o corregir algunos procedimientos. Así mismo los resultados permitirán plantear acciones de capacitación en salud familiar y comunitaria para que el personal de salud desarrolle competencias que permitan integrar a las familias en la atención y cuidados del niño de manera efectiva.	Coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años.	Características de los padres	Edad de la madre del niño Nivel de Instrucción de la Madre Nivel de Instrucción del padre o pareja Estado civil de la gestante	Edad de la madre del niño en años cumplidos Nivel de Instrucción de la Madre del niño de 0 a 2 años Nivel de Instrucción del padre o pareja del niño de 0 a 2 años Estado civil de la madre del niño de 0 a 2 años	Númérico Sin instrucción (1) Inicial (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Superior incompleta (7) Superior completa (8) Sin instrucción (1) Inicial (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Superior incompleta (7) Superior completa (8) Saltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5)	Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986). Tipo de investigación investigación observacional, descriptiva, de corte transversal. Diseño de Investigación El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno Esquema: M O M: Niños(as) de 0 a 2 años con evaluación del desarrollo psicomotor atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo enero a junio del 2019 O: Características de los padres, Coeficiente de desarrollo y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia. Población, muestra, muestreo La población: Fueron todos los niños(as) de 0 a 2 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, de enero a junio del 2019, con evaluación de desarrollo psicomotor; según registros estadísticos fueron un total de 47 niños(as). Muestra: El estudio fue censal, por lo que no fue necesario una muestra.
				Familiar	Tipo de familia del niño	Tipo de familia del niño de 0 a 2 años	Familia Nuclear (1) Familia Extendida (2) Familia Ampliada (3) Familia Monoparental (4) Familia Reconstituida (5) Equivalente familiar (6)	
				Coeficiente de desarrollo	Coeficiente de desarrollo del niño de 0 a 2 años	Coeficiente de desarrollo del niño de 0 a 2 años	Normal (1) Riesgo (2) Retraso (3)	
				Perfil de desarrollo psicomotor	Perfil de desarrollo psicomotor en el niño de 0 a 2 años	Interpretación del perfil en el área de Coordinación Interpretación del perfil en el área Social Interpretación del perfil en el área de Lenguaje Interpretación del perfil en el área Motora	Deficit (1) Normal (2) Deficit (1) Normal (2) Deficit (1) Normal (2) Deficit (1) Normal (2)	



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

FORMATO N° 01

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS SOBRE COEFICIENTE Y PERFIL DE DESARROLLO
PSICOMOTOR SEGÚN TIPO DE FAMILIA EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS**

Investigación: Coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el centro de salud Sapallanga, Huancayo 2019.

INSTRUCCIONES: El llenado del instrumento de recolección de datos será en base a las preguntas realizadas a la madre del niño y los registros que se encuentran en las historias clínicas, registros de atención, informes de visita domiciliaria y encuestas; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

I. DATOS GENERALES:

- | | | | | | | | |
|--|----------------------|-------------------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1.1. Ficha N° | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1.2. Responsable del llenado: | _____ | | | | | | |
| 1.3. Fecha del llenado: | ____/____/201__. | Hora del llenado: | | ____:____ | horas | | |
| 1.4. Región: | _____ | | | | | | |
| 1.5. Provincia: | _____ | | | | | | |
| 1.6. Distrito: | _____ | | | | | | |
| 1.7. N° de historia clínica del niño: | _____ | | | | | | |
| 1.8. Edad de la madre del niño: | _____ años. | | | | | | |
| 1.9. Nivel de Instrucción de la madre: | | | | 1.10. Nivel de Instrucción del padre o pareja: | | | |
| 1.9.1. Sin instrucción | (1) | 1.10.1. Sin instrucción | | | (1) | | |
| 1.9.2. Inicial | (2) | 1.10.2. Inicial | | | (2) | | |
| 1.9.3. Primaria incompleta | (3) | 1.10.3. Primaria incompleta | | | (3) | | |
| 1.9.4. Primaria completa | (4) | 1.10.4. Primaria completa | | | (4) | | |
| 1.9.5. Secundaria incompleta | (5) | 1.10.5. Secundaria incompleta | | | (5) | | |
| 1.9.6. Secundaria completa | (6) | 1.10.6. Secundaria completa | | | (6) | | |
| 1.9.7. Superior incompleta | (7) | 1.10.7. Superior incompleta | | | (7) | | |
| 1.9.8. Superior completa | (8) | 1.10.8. Superior completa | | | (8) | | |

1.11. Estado civil de la madre:

- 1.11.1. Soltera (1)
- 1.11.2. Conviviente (2)
- 1.11.3. Casada (3)
- 1.11.4. Viuda (4)
- 1.11.5. Divorciada (5)

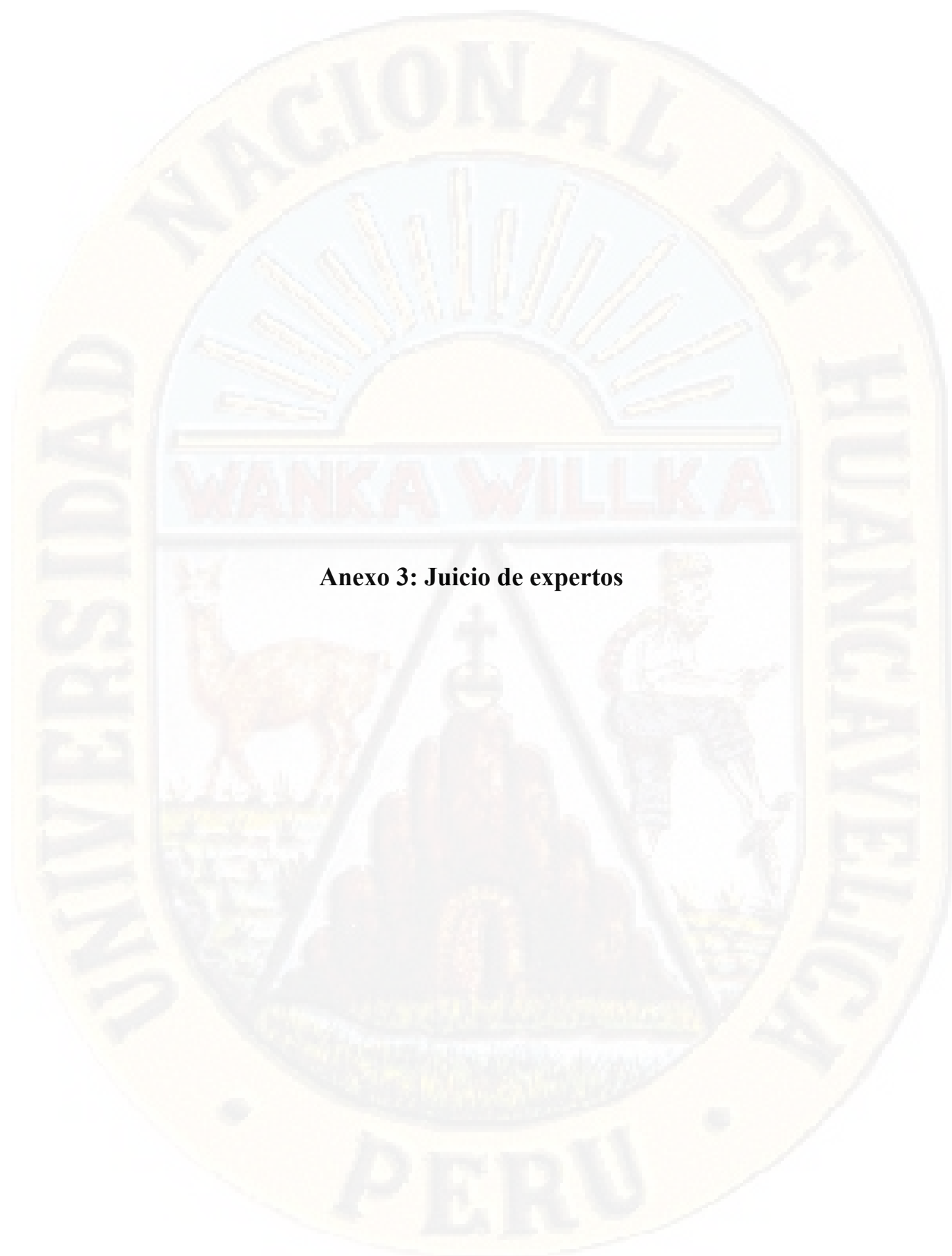
II. DATOS PROPIOS DEL ESTUDIO (marque con una "X" o registrar los datos según corresponda)

2.1. TIPO DE FAMILIA DEL NIÑO(A):

- 2.1.1. Familia Nuclear (Ambos padres e hijos) (1)
- 2.1.2. Familia Extendida (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes en la tercera generación) (2)
- 2.1.3. Familia Ampliada (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes como tíos, sobrinos, etc.) (3)
- 2.1.4. Familia Monoparental (El padre o la madre y los hijos) (4)
- 2.1.5. Familia Reconstituida (Un hombre o una mujer con hijos inician una convivencia y forman una nueva familia) (5)
- 2.1.6. Equivalente familiar (Grupo de amigos, hermanos, personas solas, etc.) (6)

2.2. DESARROLLO PSICOMOTOR Y PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO(A):

- 2.2.1. Fecha de nacimiento del niño(a): ____ / ____ / ____ (día/mes/año)
- 2.2.2. Fecha de evaluación del niño(a): ____ / ____ / ____ (día/mes/año)
- 2.2.3. Edad cronológica: _____ días
- 2.2.4. Mes base para evaluación: _____ mes(es)
- 2.2.5. Edad mental: _____ días
- 2.2.6. Coeficiente de desarrollo (CD):
 - Normal (1)
 - Riesgo (2)
 - Retraso (3)
- 2.2.7. Perfil de desarrollo psicomotor:
 - 2.2.7.1. Interpretación de perfil en el Área de Coordinación:
 - Déficit (1) Normal (2)
 - 2.2.7.2. Interpretación de perfil en el Área Social:
 - Déficit (1) Normal (2)
 - 2.2.7.3. Interpretación de perfil en el Área de Lenguaje:
 - Déficit (1) Normal (2)
 - 2.2.7.4. Interpretación de perfil en el Área Motora:
 - Déficit (1) Normal (2)



Anexo 3: Juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: Instrumento de recolección de datos sobre coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años

Investigación: COEFICIENTE Y PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR SEGÚN TIPO DE FAMILIA EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA, HUANCAYO 2019.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
- 1.2. Grado académico : _____
- 1.3. Mención : _____
- 1.4. DNI/ Celular : _____
- 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
- 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓ A	↓ B	↓ C	↓ D	↓ E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \text{-----}$

3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	☐	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	☐	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	☐	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	☐	<0,81 – 1,00]

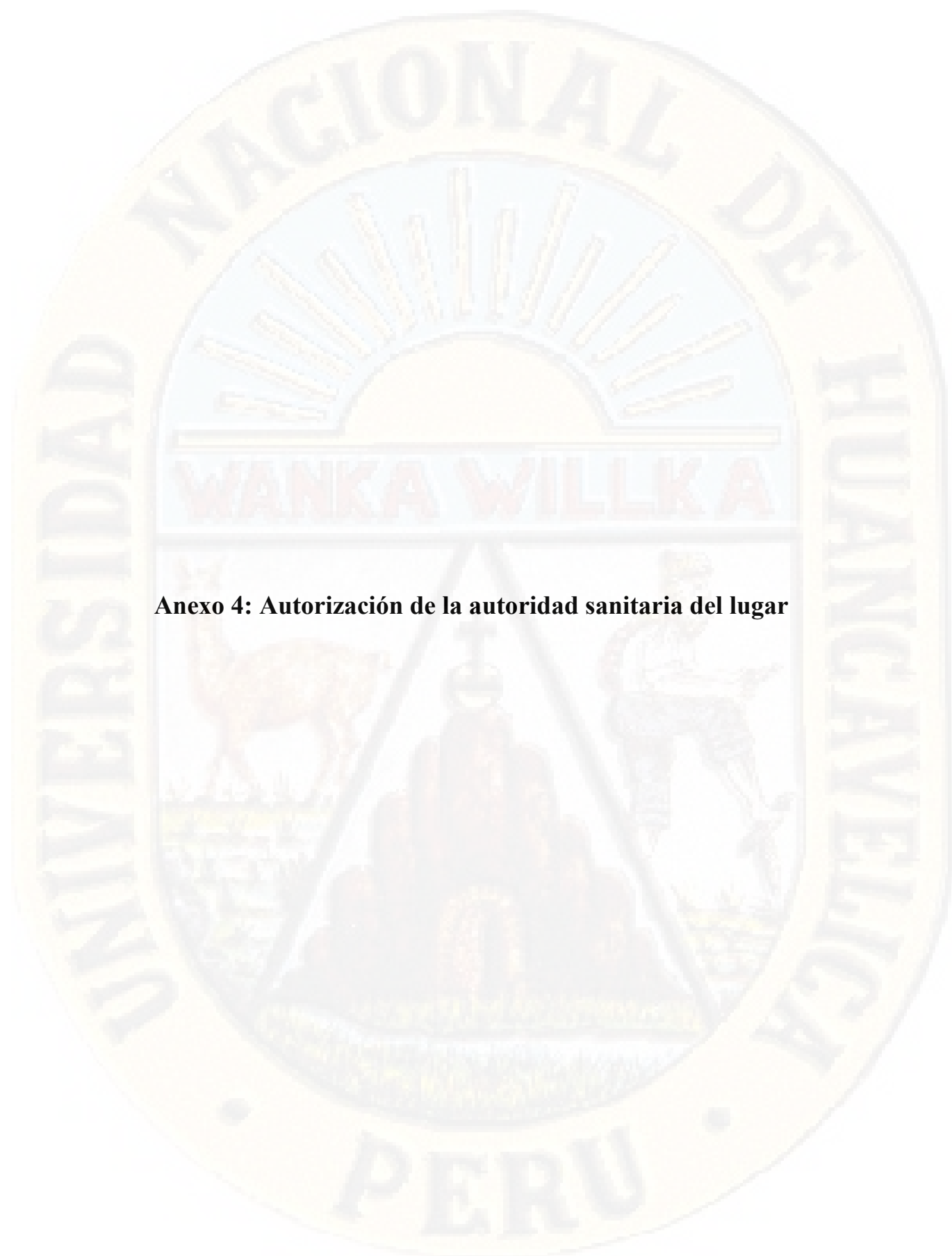
4. RECOMENDACIONES:

.....

.....

.....

Firma del Juez



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD DE SAPALLANGA - JUNÍN

SD.

Yo, García Inga, Belinda Olga identificado (a) con D.N.I. N° _____, Enfermera de profesión, egresada de la especialidad en ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre el coeficiente y perfil de desarrollo psicomotor según tipo de familia en niños de 0 a 2 años, atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Huancayo 2019.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso como observador a la evaluación del desarrollo psicomotor en los niños de 0 a 2 años atendidos en el establecimiento; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Concepción, 07 de Enero del 2019.

Firma del Interesado