



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**“CALIDAD DE CUIDADO DE LAS ENFERMERAS A MADRES
GESTANTES EN EL CENTRO DE SALUD SAGRADA FAMILIA –
SAN JUAN DE MIRAFLORES: LIMA-PERÚ, 2015”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

BACHILLER: BUITRON VILLALVA YESENIA YOHANA

LIMA – PERÚ

2017

**“CALIDAD DE CUIDADO DE LAS ENFERMERAS A MADRES
GESTANTES EN EL CENTRO DE SALUD SAGRADA FAMILIA –
SAN JUAN DE MIRAFLORES: LIMA-PERÚ, 2015”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la calidad de cuidado de las enfermeras a madres gestantes en el Centro de Salud Sagrada Familia de San Juan de Miraflores, Lima – Perú 2015. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 36 madres gestantes, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario de alternativa múltiple de 15 ítems, organizado por las dimensiones: gestación, nutrición e higiene. La validez del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos obteniendo un valor de (0,801); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,831). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el Chi Cuadrado con un valor de (10,41), y un nivel de significancia $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

La calidad de cuidado de las enfermeras a madres gestantes en el Centro de Salud Sagrada Familia de San Juan de Miraflores, Lima, es Bajo.

PALABRAS CLAVES: *Cuidado de calidad de enfermería, gestación, nutrición e higiene.*

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the quality of care of nurses to pregnant mothers at the San Juan de Miraflores Family Health Center in Lima, Peru. It is a descriptive cross-sectional study, with a sample of 36 mothers. For the collection of information, a questionnaire of multiple alternative of 15 items was used, organized by the dimensions: gestation, nutrition and hygiene. The validity of the instrument was made by expert judgment obtaining a value of (0,801); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.831). The Hypothesis test was performed using the Chi square with a value of (10.41), and a significance level $p < 0.05$.

CONCLUSIONS

The quality of care of nurses to pregnant mothers in the San Juan de Miraflores Family Health Center in Lima is Low.

KEY WORDS: *Nursing quality care, gestation, nutrition and hygiene.*

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

3

1.3. Objetivos de la investigación

3

1.3.1. Objetivo general

3

1.3.2. Objetivos específicos

3

1.4. Justificación del estudios

4

1.5. Limitaciones

5

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

6

2.2. Base teórica

7

2.3. Definición de términos

31

2.4. Hipótesis

32

2.5. Variables

32

2.5.1. Definición conceptual de las variables

32

2.5.2. Definición operacional de las variables

32

2.5.3. Operacionalización de la variable

33

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	34
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	35
3.3. Población y muestra	35
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	36
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	36
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	38
CAPÍTULO V: DISCUSION	43
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

El concepto de calidad en el área de la salud, en el sentido de hacer las cosas bien o lo mejor posible, no es nuevo; sin embargo, la filosofía que preside la obtención de la calidad no se basa en la premisa de la simple mejora de los productos o servicios que se brindan, sino en la adecuación de estos a las necesidades del paciente. Se trata de la consecución del equilibrio entre las necesidades del paciente y los servicios ofrecidos.

La calidad puede ser estudiada en varias áreas distintas; en este caso se buscó analizar la calidad de atención desde la perspectiva del usuario a quien se le brinda un determinado servicio.

Se considera como calidad de cuidado al conjunto de características técnicas, científicas, materiales y humanas que debe reunir el cuidado de la salud de las enfermeras a fin de lograr un óptimo cuidado y educación para el paciente; pero esto implica que el sistema de salud esté basado en una educación constante para el bienestar de la población.

“El control prenatal es el principal medio que los servicios de salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo. La implementación de este sistema como medio de control ayuda a identificar los factores de riesgo de la gestante y su hijo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. Para lograr todos estos objetivos, el control prenatal debe reunir las siguientes características: Debe ser “precoz: debe iniciarse como mínimo en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo, para establecer fehacientemente la edad gestacional, posibilitar acciones de prevención y promoción de salud y detectar factor de riesgo.

Debe ser “periódico: la frecuencia dependerá del nivel de riesgo médico, social y psicológico”.

El entrenamiento del personal de enfermería puede llegar a brindar un alto nivel de calidad en atención a las gestantes, proporcionando mayor asesoramiento,

generando más confianza para resolver inquietudes, lo que consecuentemente resulta en niveles más altos de satisfacción.

El propósito de este estudio, por tanto, fue desarrollar una evaluación de la percepción de la calidad de cuidado de las enfermeras a madres gestantes que asisten al mismo en el Centro de Salud Sagrada Familia de la calidad de cuidado de las enfermeras a madres gestantes. Igualmente se buscó conocer los aspectos del proceso asistencial que generan mayor y menor satisfacción entre las mismas.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se estima que 25,6% de los niños menores de cinco años peruanos tiene un déficit de talla para la edad, es decir no ha logrado expresar su potencial de crecimiento debido a limitaciones en la ingesta de alimentos y en el acceso a cuidados adecuados, que entre otras consecuencias dan lugar a una alta prevalencia de infecciones. La prevalencia de enanismo nutricional (talla/edad menor de dos desviaciones estándar de la normalidad) a nivel nacional esconde grandes diferencias en el interior del país, por ejemplo en el departamento de Huancavelica este daño es ocho veces más frecuente que en Tacna.

La política de salud del Estado peruano se orienta a promover una adecuada nutrición de los peruanos, para reducir la desnutrición crónica infantil, y aunque reconoce que esto requiere mejoras en niveles de empleo e ingresos, declara que el Ministerio de Salud le corresponde el control del estado nutricional de las personas. Dentro de las diversas actividades regulares del MINSA, aquellas en las que mejor se concreta este propósito son las de crecimiento y desarrollo, ya que declaran tener como objetivo “promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años”.

Aunque el modelo de atención del Ministerio de Salud se encuentra en revisión en la búsqueda de una atención integral, centrada en la persona y no en la oferta de servicios, es casi seguro que dentro de los cuidados esenciales a los niños el nuevo modelo incluirá dentro de las atenciones individuales específicas al control de crecimiento y desarrollo (CRED).¹

Es claro que los niños en esta etapa tan importante del desarrollo humano tienen que tener un mayor cuidado ya que en estos primeros años de vida ellos empezarán a manifestar sus cualidades y habilidades que posteriormente ellos desarrollarán y aplicaran a la vida diaria.

Las edades comprendidas entre los 3 y los 5 años o edad de los preescolares, durante estos años, los niños dejan de ser niños pequeños y se convierten en exploradores del mundo llenos de vida. Un niño se desarrolla en las siguientes áreas principales:

Desarrollo físico. En estos años, un niño adquiere más fuerza y comienza a verse más alto y delgado. El crecimiento físico es más lento que en los primeros 3 años de vida, pero los cambios exteriores pueden ser sorprendentes.

Desarrollo cognitivo. Un niño de esta edad realiza grandes progresos para poder pensar y razonar. En estos años, los niños aprenden las letras de su nombre, a contar y los colores. Su juego se torna más creativo a medida que aprenden a imaginar.

Desarrollo emocional y social. Entre los 3 y los 5 años, los niños aprenden gradualmente a manejar sus sentimientos. Comienzan a sentir vergüenza o culpa cuando hacen algo que está mal. A los 5 años, los amigos comienzan a ser importantes.

Lenguaje. La capacidad de utilizar palabras crece rápidamente en estos años. A los 2 años, la mayoría de los niños pueden decir al menos 50 palabras. A los 5 años, es posible que un niño sepa miles de palabras y que pueda mantener conversaciones y contar historias.

Desarrollo sensorial y motor a los 3 años, la mayoría de los niños pueden subir escalones de a uno por vez, patear una pelota y dibujar trazos simples con un lápiz. A los 5 años, la mayoría pueden vestirse y desvestirse por sí solos; dibujar a una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas; y escribir algunas letras en minúscula y mayúscula.

Por lo general, los niños se mueven de un punto (o hito) importante en su desarrollo al próximo siguiendo un patrón natural. Por ejemplo, la mayoría de los niños dicen palabras sueltas antes de poder formular oraciones. Sin embargo, cada niño crece y adquiere habilidades a su propio ritmo. Es común que un niño esté adelantado en un área, como el lenguaje, pero que esté un poco atrasado en otra. ²

Según el estudio que realiza anualmente la OMS, está disminuyendo el número de niños que padecen insuficiencia ponderal. Se calcula que el porcentaje de menores de cinco años aquejados de insuficiencia ponderal ha bajado de un 25% en 1990 a un 16% en 2010. Actualmente ya es un problema de salud el que los niños no se tengan un crecimiento proporcional con el desarrollo psicomotriz con normalidad en los diferentes aspectos ya mencionados, ya que esto puede ser ocasionado por diferentes factores, pero está en claro que este programa de crecimiento y desarrollo apoya a los niños en la prevención oportuna de que estos sean detectados a tiempo y se pueda corregir su problema de nivel de crecimiento y desarrollo psicomotriz, es por lo tanto que este estudio manifestara los índices en riesgo y normalidad que en cuanto porcentaje nos proporcionada el estudio de nuevos caracteres con el propósito que facilite conocer los niveles en que se encuentran los niños de este distrito que acuden al del centro de Salud San Genaro, Chorrillos. Mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador se aplicara el TEPSI, es un test de tamizaje, es decir es una evaluación gruesa que permite conocer el nivel de rendimiento en cuanto a desarrollo psicomotor de niños entre 3 y 5 años en relación a una norma, como respuesta a la necesidad de contar con un instrumento de medición se refleje efectivamente las características del desarrollo de los niños de una región o país; de esta manera obtendremos los resultados esperados, en las áreas de coordinación, lenguaje y motricidad. El test será administrado en forma individual. ³

El porcentaje de los niños asistentes al control de CRED del del centro de Salud San Genaro, Chorrillos a sus controles se les detecto un índice de

crecimiento y desarrollo bajo para la edad que ellos tienen. Teniendo en cuenta esta realidad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es la relación entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el crecimiento de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014?
- ¿Cuál es el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General:

- Determinar la relación entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014.

1.3.2 Objetivo Específico

- Determinar el crecimiento de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014
- Determinar el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio permitirá conocer de forma específica, la relación entre las variables crecimiento y desarrollo psicomotriz en los niños atendidos en el CRED. en el Centro de Salud San Genaro Chorrillos- Lima 2014.

En primer lugar, el presente trabajo de investigación tiene una justificación teórico-práctico; porque va a permitir pasar de los estudios de nivel aplicativo a estudios de tipo asociativo.

En segundo lugar, la presente investigación tiene una relevancia social, porque beneficiara en los niños atendidos en el CRED. en el Centro de Salud San Genaro Chorrillos- Lima 2014, Específicamente al conocerse los resultados, los mismos permitirán tomar las medidas prevención en los riesgos que afecten al crecimiento y desarrollo normal del niño.

En tercer lugar, la investigación es original no existe estudio alguno realizado en el Centro de Salud, aun no existen estudios que correlacionan este tipo de variables.

Finalmente, se consideró la factibilidad para realizar el presente estudio porque se conoce el tema, se cuenta con el presupuesto, se tiene la disponibilidad de tiempo y se tiene acceso directo a la información necesaria.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una limitación relevante corresponde a la población de estudio, ya que el test muestra solo las capacidades de los niños. Por otro lado, la gran demanda de atenciones de las personas que asisten al Centro de salud.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Francisco Beas Franco. Título: La Auxiología ciencia que estudia el crecimiento y desarrollo, 2007- Chile. Estudiaron el crecimiento y desarrollo. Objetivo de construir las primeras graficas o curvas del crecimiento normal, el método que se utilizo fue el experimental, la población estuvo conformada por los profesionales médicos y profesionales de la salud, los instrumentos utilizados fueron cuestionarios y guías de observación.

...Concluyeron entre otros:

“Evaluar a nuestros niños sobre la base de curvas generadas en países desarrollados, en los cuales el crecimiento se ha expresado en forma óptima. En países más pobres donde la disparidad socioeconómica es más acentuada, los niños provenientes de grupos de niveles socioeconómicos más altos tienen mayor estatura final que los de menor ingresos,

pudiéndose establecerse diferencias de hasta 10 o 15 centímetros en la talla final de ambos grupos”⁴.

Loreto Andrea Espejo Vergara, Juan Antonio Salas Pérez.

Título: correlación entre el desarrollo psicomotor y el rendimiento escolar, en niños de primer año de educación básica, pertenecientes a establecimientos municipales de dos comunas urbanas de la región metropolitana. 2004-Chile. Objetivo; una educación óptima del niño, especialmente en los primeros años de la vida, ya que éstos son decisivos en la formación y el desarrollo de la inteligencia, personalidad y el comportamiento social que alcanzará el niño en los años venideros. A nivel internacional (Estados Unidos, Francia, Japón), la salud escolar es un área de crucial impacto para la salud infantil (Michelini y cols. 2000). Se decidió trabajar con niños de primer año básico porque, según la literatura, se encontró que es un grupo que en Chile no recibe mayor evaluación ni intervención desde el punto de vista psicomotor.

...concluyeron entre otros:

“En nuestro país, la mayoría de los estudios que evalúan Desarrollo Psicomotor (DPM) se centran en preescolares, pues es sabido que intervenciones precoces obtienen mejores resultados. En el niño, todos estos cambios comprenden, por una parte, el progreso en la capacidad de reconocer estímulos del ambiente y, por otra, el desarrollo de la capacidad de moverse en este medio ambiente a través del perfeccionamiento de las vías y los órganos motores. Ambos avances permiten ampliar la capacidad de resolución de los centros de integración, aumentando el repertorio de respuestas adaptativas.”⁵

Adriana Álvarez. Título: Desarrollo del lenguaje en niños de 3 a 4 años: el paso a los procesos morfológicos. 2004 – Argentina. A partir de los dieciocho meses el desarrollo del vocabulario en los niños se produce en forma acelerada, a razón de 8 a 10 palabras

por día. A la edad de 3 años el niño puede tomar parte en conversaciones y ser comprendido, pues ya tiene a su disposición, aunque en forma incompleta, las variadas herramientas que componen el sistema lingüístico. Aparte del léxico o vocabulario, dispone de un sistema fonológico, de una sintaxis, es decir, de un conjunto de reglas que determinan la forma correcta que deben tener las oraciones del español, y de un sistema morfológico, que determina la buena formación de las palabras.

...concluyeron entre otros:

“Hemos visto que los niños tienden a emplear palabras ya existentes en un alto porcentaje, sean éstas apropiadas para indicar la función del instrumento o no. El uso de esta estrategia podría ser interpretado como una solución lingüística simple y correcta al problema de tener que formar una palabra nueva. La tarea que se le presenta al niño en este estudio se vuelve “un problema” porque son los adultos (los entrevistadores) los que recurren al niño como fuente de conocimiento sobre el mundo. En la vida cotidiana, este proceso se da a la inversa: los niños buscan en los adultos el nombre de los objetos. También es frecuente que recurran a una descripción mediante una frase. El predominio de frases verbales y su incremento luego del modelo podría indicar que los niños perciben la necesidad de utilizar un verbo en el nuevo sustantivo o nombre del objeto, y, al presentárseles la dificultad que implica la formación de un derivado deverbal o de un compuesto Verbo+ Núcleo, recurren a procesos sintácticos.”⁶

2.1.2. Aspectos Nacionales

Ernesto Pollitt. Título: realizaron estudios sobre la importancia del niño no solo en el extremo final de la cadena causal, sino como parte integral de dicha secuencia como la consecuencia de la desnutrición en el escolar peruano. 2002 - Perú. Con el objetivo de conocer el déficit de conocimientos del niño se debe a su

desarrollo psicobiológico originando cambios cerebrales o alteraciones en su estilo de vida, el método de la investigación fue descriptiva transversal, la población estuvo conformada por los profesionales psicología y de salud nutricional, la técnica utilizada encuestas, instrumento cuestionarios.

...Concluyeron entre otros:

“Con buena salud, que incluye una adecuada nutrición para sus necesidades fisiológicas, y con buena educación el niño alcanzará el máximo de sus potencialidades para lograr su bienestar, razón de ser y objetivo final de todo ser humano” ⁷.

J. Luis segura, Cecilia Sánchez Carrión, Giovanna Baltazar, Amada Lavado. Título: Crecimiento y desarrollo infantil del nivel primario. 2006 – Perú. Presentaron un registro de datos en un servicio de crecimiento y desarrollo infantil del nivel primario. Objetivos determinar el tiempo empleado en el registro de datos en las consultas de los servicios de crecimiento y desarrollo. Las deficiencias en la calidad de la producción y procesamiento de los datos, debilita su análisis y uso, lo que tiene consecuencias negativas sobre la gestión de los recursos que consume el Control de Crecimiento y Desarrollo. Cuando el usuario entra al consultorio, el responsable de CRED lo pesa, talla y, si pertenece al grupo de niños menores de un año, le toma la medida del perímetro cefálico. Posteriormente, se hace la evaluación de desarrollo, mediante la aplicación del «Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor.

...concluyendo entre otros:

“Los autores consideran que a efectos de proteger el tiempo del proveedor, el sistema de registro de datos debiera unificarse, en un arreglo que devuelva información útil tanto para el seguimiento individual como de la población a cargo de un establecimiento o conjunto de establecimientos de salud” ⁸.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años:

Las investigaciones de Piaget repercuten en los estudios de psicomotricidad desde el momento en que resalta el papel de las acciones motrices en el proceso del acceso al conocimiento.

Periodo sensorio-motor: relaciones topológicas y organización del esquema corporal (0-2 años).

Se caracteriza por un gran desarrollo mental y la conquista del universo que rodea al niño a partir de las operaciones y los movimientos.

Este periodo pasa por 6 estadios:

1º Estadio: actividad refleja (0-1 mes).

Aparición de los reflejos que marcan las funciones de asimilación por el organismo de las aportaciones externas, acomodación del organismo a las características externas y organización, que determinarán la formación de las estructuras intelectuales posteriores.

2º Estadio: reacciones circulares primarias (1º-4º mes).

Desde el punto de vista motor, tenemos un niño que el final de este estadio va a conseguir el control de la cabeza y los semi-volteos, no se gira completamente pero gira hacia un lado y otro. Desde el punto de vista psicomotor tenemos un niño que coordina e integra las acciones. Estas acciones se repiten muchas veces y de la misma manera, por eso se llaman circulares. Tienen otra característica: la intencionalidad, muy relacionada con la causa-efecto. El niño empieza a manifestar indicios de pensamiento.

3º estadio: reacciones circulares secundarias (4-8 meses).

En el aspecto motor tenemos un niño que se sienta y gira completamente. En el aspecto psicomotor tenemos un perfeccionamiento de la causa-efecto que se manifiesta en conductas de tirar objetos o mover el sonajero (el niño se da cuenta que si lo mueve éste sonará).

Coordinación entre visión y prensión. Se sienta y es capaz de coger objetos que tiene alrededor.

En cuanto al conocimiento del esquema corporal, junta sus manos y se la lleva a la boca y a los 5 meses se chupa el pie. Se lo chupa porque está en la etapa oral, conoce los objetos a través de la boca.

4º Estadio: coordinación de esquemas secundarios (8-12 meses).

En el plano motor destaca la bipedestación. En este estadio el niño va a iniciar la marcha (puede aparecer en cualquier momento entre los 10-16 meses).

Una característica importante que se da en este estadio es la permanencia del objeto. Si al niño le escondes un objeto tiene conciencia de ello y lo busca (es un signo importante de inteligencia). Esto ocurre porque el niño se da cuenta de la separación de los objetos y de la gente con respecto a él.

La gran movilidad que alcanza el niño en este estadio le ofrece perspectivas nuevas del espacio. Con esto va a conseguir la relación “entre”.

Hay otra gran adquisición: la marcha. Ésta permite la orientación de su cuerpo en el espacio; el tomo de conciencia del eje vertical; es capaz de sortear obstáculos gracias al concepto de “entre”.

5º Estadio: reacciones circulares terciarias (12-18 meses).

A nivel motor: marcha y carrera (la carrera es torpe). La característica fundamental en este estadio es la “asimilación” y

“acomodación”. Entre los 12-18 meses asimilación y acomodación están mezcladas, pero a partir de este estadio la acomodación pasa a dirigir la asimilación, lo que significa que el niño atenderá y se quedará con lo que más le interesa.

La mayor conquista se centra en la adquisición progresiva de las relaciones espaciales y de los movimientos del propio cuerpo llegando a descubrir las diferentes posiciones de los brazos.

El interés por la posición y desplazamiento de los objetos entre si, le conduce a la relación de continente-contenido que hará que coloque unos objetos dentro de otros, los invierta y los vacíe. A nivel espacial, estas acciones nos indican que intuye la relación de contorno o envoltura.

En cuanto al esquema corporal, adquiere el conocimiento del rostro en su totalidad hacia el año y 4 meses.

6º Estadio: invenciones de medios nuevos a través de combinaciones mentales (18-24 meses).

En este estadio, en lugar de estar controladas en cada una de sus etapas y a posteriori por los hechos mismos, su búsqueda está controlada a priori: el niño prevé, antes de ensayarlas, qué maniobras fallarán y cuáles tendrán éxito.

Con respecto al esquema corporal, va diferenciando mejor las partes del cuerpo y de la cara y las relaciones que guardan entre si. Aparece la imitación generalizada inmediata, por la que el niño busca el equivalente de las partes de su cuerpo sobre otra persona.

La invención de medios nuevos se produce por el grado de conciencia de las relaciones lo suficientemente profundo como para permitirle hacer previsiones razonadas e invenciones por mera combinación mental. Tras adquirirla, los esquemas de acción son mayores y no se limitan al descubrimiento.

Aparece también la representación como consecuencia de la interiorización de las conductas, superándose el tanteo sensorio-motor.

Periodo pre-operativo: desarrollo del pensamiento simbólico y pre-conceptual (2-7 años).

Por la aparición de la función simbólica y de la interiorización de los esquemas de acción en representaciones, el niño empieza a traducir la percepción del objeto a una imagen mental. Pero la noción de cuerpo todavía está muy subordinada a la percepción. Este periodo se divide en dos estadios:

1º Estadio: la aparición de la función simbólica.

Esta función desarrolla la capacidad de que una palabra o un objeto reemplaza lo que no está presente. La adquisición de esta capacidad permite que el niño opere sobre niveles nuevos y no solo actúe sobre las cosas que están a su alcance. Hace posible el juego simbólico, el lenguaje y la representación gráfica.

La imitación y la aparición de símbolos mentales: la imagen mental nace en la actividad sensorio-motriz y la imitación es el acto por el que se reproduce un modelo.

El uso de los símbolos mentales exige una imitación diferida en la que el niño no se limitará a copiar un modelo, sino que deberá usar un símbolo mental a partir del cual será capaz de reproducir la acción.

La reproducción correcta y total de la imitación es difícil por el carácter pre-categorial del pensamiento del niño.

El juego simbólico: el juego simbólico, en contraste con el ejercicio, permite al niño de este periodo representar mediante gestos diferentes formas, direcciones y acciones cada vez más complejas de su cuerpo.

Es una necesidad para recuperar su estabilidad emocional y para su ajuste a la realidad.

El lenguaje: es el tercer aspecto de la función simbólica y viene determinado por el uso de las palabras.

En el estadio sensorio-motor las palabras estaban relacionadas con las acciones y los deseos del niño. Con la aparición de la función simbólica, el niño empieza a utilizar palabras que representan cosas o acontecimientos ausentes.

El lenguaje del niño del periodo sensorio-motor estaba ligado a la acción tiempo y espacio próximo. El del periodo pre-operativo permite introducir al pensamiento relaciones espacio-temporales más amplias, librándose de la pura acción inmediata. A los 3 años, el niño puede además de percibir, representar las partes de su cuerpo.

El dibujo: la primera forma del dibujo aparece entre los 2 y los 2 años y medio. Es la época del grafismo en la que el dibujo no es imitativo, sino un juego de ejercicio. El dibujo permite que el niño represente todo lo que sabe de su esquema corporal y de las relaciones espaciales.

2º Estadio: Organizaciones representativas.

Una característica importante de este periodo es el egocentrismo. Es una tendencia a centrar la atención en un solo rasgo llamativo de su razonamiento, lo que produce que no pueda proyectar las relaciones espaciales ni aceptar el punto de vista de los demás. Aparece en el lenguaje, razonamiento, juicios y explicaciones del niño, porque es esencialmente de orden intelectual y sirve para ordenar la actividad psíquica del niño.

Durante el periodo preoperatorio se desarrolla en el niño la lateralidad, que consiste en el conocimiento del lado derecho e

izquierdo del cuerpo. Este conocimiento hace posible la orientación del cuerpo en el espacio.

Las nociones de derecha e izquierda no son más que el nombre de una mano o una pierna para el niño, porque no puede instrumentarlas como relaciones espaciales.

Las referencias en su orientación espacial serán las de su cuerpo: arriba-abajo, delante-detrás, derecha-izquierda. Estas relaciones las posee a nivel perceptivo (no representativo) y por eso las establece como ejes referenciales.⁹

2.2.2.- Áreas del desarrollo psicomotor

2.2.2.1. Motor grueso

La motricidad permite al niño relacionarse con su entorno. La motricidad depende de la integridad del sistema piramidal, extra piramidal, de los circuitos tono reguladores, de los pares craneales (tronco cerebral), que rigen los movimientos de cabeza y cuello; y de los nervios espinales (ME), que rigen los movimientos del tronco y extremidades (Arce, C. 1999)

El control postural normal anti gravitatorio comienza con el control cefálico y progresa en dirección *céfalo-caudal*; esta gradiente se observa en la secuencia de las adquisiciones motoras (sedente-bipedestación-marcha). Mientras que en las extremidades se da la gradiente *próximo-distal*, y para los diversos patrones de prensión la gradiente *cúbito-radial*. La performance motora puede apreciarse utilizando segmentos de un test general del desarrollo diseñado para niños normales o por pruebas específicas para examinar las habilidades motoras.

Existen 3 métodos clínicos (*Neuhauser*) para la valoración y registro del comportamiento motor en niños (motoscópico, motométrico y motográfico). El método motoscópico es el más empleado: Observación, descripción del movimiento y sus características (posturas y comportamiento motor).¹⁰

2.2.2.2. Motor fino

La prensión es una manifestación de la corticalización funcional; es el prototipo del acto cortical. La prensión está mucho más relacionada al desarrollo cognoscitivo que la motricidad gruesa a este.

- Iniciativa ideo motriz (Baruk, 1948/1953) "antes de ella y sin ella no existe prensión"; se manifiesta por primera vez hacia el 3er mes. Cuando el lactante fija visualmente un objeto; genera una imagen mental lo cual se traduce en un impulso motor, manifestado por una agitación de sus brazos tratando de alcanzarlo ("movimiento de marioneta")

- Se debe determinar el tipo de prensión (involuntaria - por contacto - voluntaria) y los diversos patrones de prensión.

- Según Halverson (1931) el desarrollo motor fino en relación a la prensión implica 4 etapas o momentos:

- Localización visual del objeto.
- Aproximación (acercamiento)
- Prensión p.d. (grasp)
- Exploración

- La aproximación (lateral, intermedia y directa) y la prensión basan su evolución ontogenética en las leyes o gradientes próximo-distal y cubito-radial respectivamente.

- La ley próximo-distal se refiere a la secuencia de progresión de los movimientos gruesos como los del hombro y luego los del codo, preceden al control de los movimientos más dístales como los digitales (eje longitudinal).

- La ley cúbito-radial (eje transversal) se relaciona a la progresión de la prensión la cual se inicia en la región

cubicado hipotenar y termina en la región radial o tenar con la oposición del pulgar y el índice (pinza fina)

- La aproximación lateral (4-5 m) se caracteriza por el transporte en "bloque", movimiento de palanca originado en el hombro (proximal). Está relacionada a la prensión cubito-palmar. No existe oposición del pulgar, los objetos son tomados hacia el lado cubital.

- La aproximación intermedia (7-8 m) con la participación del hombro y el codo; modificándose el patrón de prensión al tipo dígito-palmar. Patrones relacionados: prensión palmar simple de tipo "rascado" (6 m) entre los 4 últimos dedos - palma y la pinza baja o inferior de *Gesell* (7-8 m) que acontece entre el borde lateral del índice y la base del pulgar ("tope" a los otros dedos, aún no hay oposición).

- La aproximación directa (9no m) implica la participación del hombro, codo y muñeca (pan articular), se relaciona a la prensión de tipo pinza fina o pinza superior de *Gesell*. Utiliza las yemas del índice y pulgar (dígito-digital), es una pinza de precisión constituyendo la expresión de la maduración de la prensión como característica humana.

- El aflojamiento voluntario (12 m) es de capital importancia. Se efectúa apertura manual voluntaria: Dar un objeto al pedirselo, colocarlo en un recipiente. ¹¹

2.2.3. Lenguaje

Para Piaget el lenguaje se reduce a una forma de inteligencia por lo que no construye una teoría explícita sobre la adquisición del lenguaje, aunque se puede extraer:

El lenguaje y el pensamiento en el niño: establece la primacía del pensamiento sobre el lenguaje. El lenguaje es el resultado del

desarrollo cognitivo, es un subproducto de la inteligencia. Introduce la noción de “lenguaje egocéntrico” que es previo al lenguaje socializado y fruto de los inicios de la descentración cognitiva. El lenguaje egocéntrico es el lenguaje de los niños que están con otros niños, pero, no se están comunicando, hablan para ellos mismos. El pensamiento en su origen y desarrollo es egocéntrico, de ahí, en primer lugar, surge un lenguaje egocéntrico y luego un lenguaje socializado, el lenguaje comunicativo.

La formación del símbolo en el niño: explica el modo en que el lenguaje se subordina a la inteligencia. El lenguaje (junto con la imitación diferida, las imágenes mentales, el dibujo, etc.) es una manifestación de una función de la inteligencia, la función simbólica que se desarrolla al final del periodo psicomotor, primer periodo en que divide el desarrollo de la inteligencia y que finaliza a los 24 meses. Así, las primeras palabras del niño no serían lenguaje, sino simples etiquetas.

La imagen mental en el niño: explica los procesos mentales que hacen posible el lenguaje. Las representaciones serían instrumentos figurativos al servicio de la expresión y socialización del pensamiento. Dichas representaciones se manejan mediante operaciones del pensamiento que sirven para manejar los símbolos del lenguaje. Así hay una época preoperatoria, donde el niño aún no sabe realizar operaciones, y una operatoria, en la que ya sí sabe.

Lenguaje y pensamiento tienen orígenes distintos y a lo largo del desarrollo se produce una creciente interconexión funcional por la que el pensamiento se hace verbal y el habla racional, reguladora y planificadora de la acción. Aunque el lenguaje tenga que ver con la mente, el pensamiento no se reduce a lenguaje.¹²

El lenguaje infantil es inicialmente social, un modo de comunicación con los adultos, exterior en forma y función. Paulatinamente se interioriza y se hace egocéntrico, se interioriza la función que es ya intelectual, se transmiten pensamientos; conservando una forma externa, hasta que finalmente se convierte en pensamiento verbal, el pensamiento que uno concibe.

2.2.4.- Tipos de juegos:

Edad Preescolar:

Juegos	Descripción de conducta
Juego desocupado	El niño no se compromete con otros niños; puede contemplar pasivamente las actitudes de los demás.
Juego solitario	Juega sólo de forma independiente. Jugar con juguetes es su primera finalidad.
El espectador	Observa a los otros niños jugando, y comenta o se ríe de lo que ve.
Juego paralelo	Los niños juegan próximos unos de otros, con los mismos juguetes y ocupándose en las mismas actividades. No es compartido.
Juego asociativo	Los niños juegan cerca y utilizan una gran variedad de intercambios sociales para dar a entender que reconocen al compañero: haciendo preguntas, mostrando éxitos, etc.
Juego cooperativo	Los niños comparten metas o intereses comunes, hay una adaptación de roles recíproca como en el caso de obedecer turnos, y compartir un sentido de identificación con el grupo, los líderes y las reglas formales del grupo.

2.2.5.- El crecimiento:

Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc.

Se inicia desde el momento de la concepción y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico.

Monitoreo del crecimiento: Es el conjunto de actividades que se aplica de manera individual, periódica y secuencial, tiene como finalidad, promover un crecimiento favorable, a través de la detección oportuna de alteraciones en el crecimiento. Debido a que el incremento de peso y talla durante los primeros años de edad muestran patrones típicos de mayor velocidad, una desaceleración o detención en el crecimiento, dentro de los valores considerados como normales, implica realizar una evaluación en base a los factores que hayan desencadenado ese proceso.

Por lo tanto, el monitoreo enfatiza sus esfuerzos en evaluar el progreso de la ganancia de peso, longitud o altura de acuerdo como avanza la edad de la niña o niño, esto nos presenta dos condiciones: Ganancia adecuada de peso/talla. Ganancia inadecuada de peso/talla: Gana poco peso/talla No gana peso/talla Pierde peso Ganancia excesiva de peso/talla. En tal sentido el monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento,

que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual del niño. Riesgo nutricional: Se refiere a la ganancia inadecuada de peso o talla, la que estará en función de la tendencia de la curva de crecimiento. ¹³

Teóricas que fundamentan la Investigación

- **Ramona Mercer:** Teoría de la Adopción del Rol Maternal: Ramona T. Mercer inició su carrera profesional como enfermera en 1950 cuando consiguió el diploma de enfermera en la escuela St. Margaret en Alabama. Se licenció en Enfermería en 1962 por la Universidad de Nuevo México, Albuquerque. En 1964 realizó una licenciatura superior en Enfermería Materno Infantil en la Universidad de Emory y finalizó su doctorado en enfermería maternal en la Universidad de Pittsburgh en 1973. A lo largo de su carrera Mercer ha recibido numerosos premios, como por ejemplo: premio del departamento de salud, educación y servicio público de salud y bienestar; en 1982 recibió el premio de la enfermera de salud materno infantil del año que la concede la National Foundation of the March Dimes. Esta teoría de la adopción del rol maternal de Mercer y su modelo fueron presentados en 1991. Mercer ha escrito numerosos artículos, editoriales y comentarios, cuando inició su investigación se centraba en las conductas y necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades post parto y madres de niños con discapacidad, se interesa por el estudio de las relaciones familiares, el estrés preparto en las relaciones familiares y el rol maternal y sobre todo las madres de las diferentes edades

Para realizar la teoría de la adopción del rol maternal, el estímulo para investigar proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora RevaRubin que es muy conocida por su trabajo en la definición y descripción de la identidad del rol maternal como proceso de unión al niño y de la identidad del rol maternal o verse a uno mismo en el rol y sentirse cómodo con él. Su interés por investigar hizo que revisara muchas teorías para analizarlas profundamente y sacar una conclusión de que variables afectan a la opción del rol maternal.

Ramona M. utiliza las dos formas lógicas: La lógica deductiva que se basa en investigaciones anteriores sobre la adopción del rol maternal según Reva Rubin; y la lógica inductiva que son las investigaciones que ella misma hace en las mujeres gestantes y dónde halla las diferencias. ⁽²⁰⁾.

Las teorías de los roles y evolutivas suministraron un marco básico a la teoría de la adopción del rol maternal de Mercer. Esta teoría se fundamenta particularmente en el enfoque interaccionista de la teoría de los roles, basado en los postulados de Mead sobre representación de roles y en la teoría de Turner acerca del “yo central”. Al mismo tiempo, el proceso de adquisición de roles estudiado por Thornton y Nardi sirvió también para modelar la teoría de Mercer, así como los trabajos de Burr, Leigh, Day y Constantine. También cabe reseñar la influencia de las teorías de proceso evolutivos de Werner y Erikson. La obra de Mercer se basa además en la teoría general de los sistemas de Ludwig Von Bertalanffy, como se evidencia en su descripción de la familia como un sistema dinámico que incluye subsistemas individuales y duales.

La complejidad de sus intereses de investigación condujo a Mercer a basar sus trabajos en otras muchas fuentes teóricas, con el fin de identificar y estudiar las variables que influyen en la adopción del rol maternal. Aunque gran parte de su obra se basa en las teorías de Rubin, Mercer se declara también deudora de la investigación de Gottlieb sobre la vinculación y los roles de cuidador. Además Mercer seleccionó las variables maternas e infantiles de su investigación, basándose en una revisión amplia de las publicaciones y las conclusiones de numerosos investigadores. Entre las variables maternas se incluyen la edad en el primer parto, la experiencia en partos, la separación precoz de los niños, el estrés social, el apoyo social, los rasgos de personalidad, el autoconcepto, las actitudes de seguimiento del niño y la salud. También se consideraban temperamento del bebé y su estado de salud.

- Aplicación de datos empíricos: La teoría de Mercer se basa en las pruebas obtenidas en sus amplias investigaciones. Aunque fueron

los trabajos de Reva Rubin sobre la adopción del rol maternal los que alentaron el interés inicial de Mercer en este campo, el ámbito de su obra trascendió al de su predecesora para abarcar el estudio de las madres adolescentes, de edades avanzadas, enfermas y con niños con defectos, además del de las familias que sufrían estrés previo al parto, los padres de alto riesgo, las madres que habían dado a luz a sus hijos mediante cesárea, la vinculación paterno filial y la competencia en el rol paternal. ⁽²¹⁾.

Mientras que Rubin se centró en la adopción del rol maternal desde el momento de la aceptación del embarazo hasta un mes después del parto, Mercer ha ampliado su estudio hasta un período de 12 meses después del nacimiento.

- **Nola Pender: Modelo de Promoción de la Salud:** El modelo de promoción de la salud identifica en el individuo factores cognitivos-perceptivos que son modificable por las características situacionales, personales e interpersonal, lo cual de como resultado conductas favorecedoras de la salud.

Los siguientes factores son cognitivos- preceptuales y se definen como mecanismo motivación a los primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud:

1. **Importancia de salud:** Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.
2. **Control de salud percibida:** La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud.
3. **Auto eficacia percibida:** La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible puede influir la realización de otras conductas.
4. **Definición de la salud:** La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedades

hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.

5. **Estado de salud percibido:** El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de salud.
6. **Beneficio percibido de las conductas:** Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar y mantener conductas promotoras de la salud cuando consideren que los beneficios de dicha conducta son altos.
7. **Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud:** La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es deficitaria o inevitable puede influir su intención de llevarla a cabo.

Otros factores modificantes como son la edad, sexo, educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto cuidados sanitarios, se consideran como influencia directa sobre las conductas.

Tomando como base la citada teoría se considera el modelo de promoción de la salud como una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud para prevenir enfermedades. En este caso las madres de familia deben tomar decisiones favorables sobre estimulación temprana ya que a través de la estimulación pueden prevenir y detectar problemas de hijo menor de 1 año a tiempo⁽²¹⁾

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- 2.3.1. **Preescolar:** A los niños de tres a cuatro años con frecuencia se les llama preescolares. Los niños pre-escolares aprenden mucho y expresan interés en el mundo que los rodea. Les gusta tocar, probar, oler, oír y experimentar por su cuenta. Tienen mucho interés en aprender; ellos aprenden a través de la

experimentación y de las acciones. Los pre-escolares aprenden de sus juegos. Se mantienen ocupados desarrollando habilidades, usando el idioma, y luchando por obtener un mejor control interno de sus acciones.

2.3.2. Crecimiento: Todos los seres humanos pasamos por un proceso mediante el cual aumentan su tamaño y se desarrollan hasta alcanzar la forma y la fisiología propias de su estado de madurez, desde el momento de la concepción hasta la adultez.

2.3.3. Desarrollo Psicomotriz: Es la progresiva adquisición de habilidades biológicas, psicológicas y sociales en el niño, definida como la manifestación externa de la maduración del SNC. Este último proceso tiene un orden preestablecido, otorgándole al DPM una secuencia clara, predecible, progresiva e irreversible. El desarrollo de un niño representa, además, la interacción entre la herencia y el ambiente

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

Existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CCD. del centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

2.4.2 Hipótesis específica:

HO: No existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CCD. del centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

H1: Existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CCD. del centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

2.5. VARIABLES

2.5.1.- Definición Conceptual de la Variable

Según los grandes estudios manifestados por las diversas entidades de salud nos manifiestan la gran importancia del crecimiento, ya que es muy trascendental en nuestros primeros años de vida, es el aumento de talla, y dentro de este concepto hay que incluir también el aumento de masa corporal y el crecimiento de todos los órganos y sistemas. Ya que posteriormente de esto se va involucrar en los futuros problemas de salud.

Siendo el desarrollo psicomotor la madurez psicológica y muscular que tiene una persona, en este caso un niño. Los aspectos psicológicos y musculares son las variables que constituyen la conducta o la actitud. Al contrario del intelectual que está dado por la maduración de la memoria, el razonamiento y el proceso global del pensamiento.

2.5.2.- Definición operacional de la variable

El crecimiento y el desarrollo psicomotriz se relacionan ya que en los niños tiene una importancia trascendental pues deben ir aumentando los niveles de acuerdo a la edad cronológica que estos manifiesten; en nuestras primeras etapas de vida nos desarrollamos según las capacidades y habilidades aprendidas, posteriormente de acuerdo a como hemos ido evolucionando y captando en nuestros primeros años, nos manifestaremos en la adultez.

2.5.3.- Operacionalización de Variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
CRECIMIENTO	PESO	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de su peso actual • Evaluación de su peso según su talla • Evaluación nutricional según su peso
	TALLA	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de talla actual • Evaluación de su talla según su peso.
DESARROLLO PSICOMOTOR	PSICOMOTRIZ FINA	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La ley próximo-distal</i> • La ley cúbito-radial • La aproximación lateral • La aproximación intermedia • La aproximación directa • aflojamiento voluntario
	LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> • El cognitivo • El social-afectivo • El auditivo • El motor (órganos fonarticuladores)
	MOTRICIDAD GRUESA	<ul style="list-style-type: none"> • Levanta la cabeza • Agarrar objetos con las dos manos

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación es cuantitativo. El presente trabajo de investigación es de diseño no experimental, de nivel aplicativo, de cohorte transversal y correlacional. Es de diseño no experimental porque no se manipulará las variables de estudio. Es de nivel descriptivo porque describe la realidad a estudiar, es decir del problema. Es de cohorte transversal porque el estudio se realizará en un momento dado en el tiempo. Recolectamos datos en un tiempo único. Es correlacional porque relacionara a dos variables que son crecimiento y desarrollo psicomotriz.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó CRED. del centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

El área de estudio es el CRED con personal de salud capacitado en esta área del centro.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en que se realizó el estudio fue en el del centro de Salud San Genaro, Chorrillos, donde asisten aproximadamente 50 y 70 niños diarios pero la muestra solo fue de 20 niños que acuden al programa CRED(crecimiento y desarrollo), se tomaron los siguientes criterios:

Criterio de inclusión:

-Niños de 3 a 5 años que acudieron a su control CRED del del centro de Salud San Genaro, Chorrillos

Criterio de exclusión:

-Niños menores de 2 años.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica:

- Entrevista
- Cuestionario - fichas

Instrumento:

El instrumento es el cuestionario que consta de 3 pregunta generales que es la edad del niño, peso, talla, y 15 preguntas con alternativa para responder de manera precisa y correcta de acuerdo a como se desarrolló el niño en cada pregunta.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento, se hizo mediante el juicio de expertos, participando profesionales de enfermería, nutrición de la Universidad Alas Peruanas; cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento. En la evaluación de los jueces salió como resultado 0.62 lo cual es viable.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto para el alfa de crombach dando como resultado 0.68 lo cual está bien para su estudio.

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

El plan de recolección de datos se llevó a efecto en el Centro de Salud San Genaro, ubicado en la Av. Principal altura de la calle 12 Aahh San Genaro pertenece a la DISA Lima SUR, RED Barranco Chorrillos -Surco Micro red Villa, Unidad ejecutora es la Red de servicios de Salud Barranco-Chorrillos -Surco.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CRED DEL CENTRO DE SALUD SAN GENARO, CHORRILLOS – LIMA 2014.

Desarrollo	Crecimiento						Total	
	10 a 12		13 a 15		16 a 17		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Retraso	4	29%	1	7%	0	0%	5	36%
Riesgo	4	29%	1	7%	1	7%	6	43%
Normal	1	6%	1	7%	1	8%	3	21%
Total	9	64%	3	21%	2	15%	14	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, los niños con un peso de 10 a 12 tienen un desarrollo en retraso y riesgo del 29%(4) respectivamente, los niños con un peso de 16 a 17 años tienen un desarrollo normal del 8%(1). Estos resultados nos muestra que existe una relación entre ambas variables.

**CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CRED.
DEL CENTRO DE SALUD SAN GENARO, CHORRILLOS – LIMA 2014**

**TABLA 2:
PESO DE LOS NIÑOS**

Peso	N° Niños	%
10 a 12	9	64%
13 a 15	3	21%
16 a 17	2	15%
Total	14	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 2, los niños de 2 a 5 años tienen un peso de 10 a 12 en un 64%(9), de 13 a 15 años en un 21%(3) y de 16 a 17 en un 15%(2).

TABLA 3: TALLA DE LOS NIÑOS

TALLA	N° NIÑOS	%
0.78 a 0.84	8	58%
0.85 a 0.91	3	21%
0.92 a 0.99	3	21%
Total	14	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 3, los niños de 2 a 5 años tienen la talla de 0,78 a 0,84 en un 58%(8), de 0,85 a 0,91 en un 21%(3) y de 0,92 a 0,99 en un 21%(3).

TABLA 4: IMC DE LOS NIÑOS

IMC	N° NIÑOS	%
15 a 16	5	36%
17 a 18	7	49%
19 a 20	2	15%
Total	14	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 4, los niños de 2 a 5 años tienen un IMC de 17 A 18 en un 49%(7), de 15 a 16 en un 36%(5) y de 19 a 20 en un 15%(2).

TABLA 5

**DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS ATENDIDOS
EN EL CRED. DEL CENTRO DE SALUD SAN GENARO, CHORRILLOS –
LIMA 2014.**

CRECIMIENTO	N° NIÑOS	%
RETRASO	5	36%
RIESGO	6	43%
NORMAL	3	21%
Total	14	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 5, los niños tienen un crecimiento en riesgo en un 43%(6), de retraso en un 36%(5) y Normal en un 21%(3).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General

H1: Existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CCD. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

Ho: Existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CCD. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$

Tabla 6: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Crecimiento	Desarrollo
Crecimiento	Correlación de Pearson	1	,933**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	14	145
Desarrollo	Correlación de Pearson	,933**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	14	14

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 6, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,933, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Crecimiento y Desarrollo, con un nivel de significancia de valor $p<0,05$.

Siendo cierto que: Existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CCD. del centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Los niños con un peso de 10 a 12 tienen un desarrollo en retraso y riesgo del 29%(4) respectivamente, los niños con un peso de 16 a 17 años tienen un desarrollo normal del 8%(1). Estos resultados nos muestran que existe una relación entre ambas variables.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Los niños de 2 a 5 años tienen un peso de 10 a 12 en un 64%(9), de 13 a 15 años en un 21%(3) y de 16 a 17 en un 15%(2). Tienen la talla de 0,78 a 0,84 en un 58%(8), de 0,85 a 0,91 en un 21%(3) y de 0,92 a 0,99 en un 21%(3). Tienen un IMC de 17 A 18 en un 49%(7), de 15 a 16 en un 36%(5) y de 19 a 20 en un 15%(2).

OBJETIVO ESPECIFICO 2

los niños tienen un crecimiento en riesgo en un 43%(6), de retraso en un 36%(5) y Normal en un 21%(3).

CONCLUSIONES

PRIMERO

Los niños en mayor porcentaje tienen un desarrollo en retraso y riesgo respectivamente. Estos resultados nos muestran que existe una relación entre ambas variables. Comprobado estadísticamente por la R de Pearson con un valor de 0,933 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

SEGUNDO

Los niños de 2 a 5 años tienen en mayor porcentaje un peso de 10 a 12, una talla de 0,78 a 0,84 y tienen un IMC de 17 A 18.

TERCERO

Los niños tienen un crecimiento en riesgo en mayor porcentaje.

RECOMENDACIONES

Promover que el Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud San Genaro de Chorrillos, elabore, diseñe e implemente estrategias de intervención, en la cual la enfermera brinde información sobre estimulación temprana a las madres de niños de 2 a 5 años que presentan desarrollo psicomotriz en riesgo y crecimiento bajo en estatura y bajo peso.

Promover que los estudiantes de enfermería se realicen estudios acerca de conocimientos, prácticas y actitudes de las madres sobre el crecimiento y desarrollo de sus niños.

Realizar talleres y visitas domiciliarias a las madres de los niños de 2 a 5 años, que permita recabar información y monitorear en el hogar el proceso de ejecución de las madres en el crecimiento y desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Univisión Hola Doctor. Crecimiento y desarrollo de niños entre 2 y 5 años. Venezuela. 2006. Disponible en:
<http://salud.univision.com/es/salud-infantil/crecimiento-y-desarrollo-desde-los-2-hasta-los-5-a%C3%B1os#ta6549>
2. Dra. Andreina Cattani O. Características del crecimiento y desarrollo físico. Argentina. 2000 Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/crecdess.html>
3. Haussler M; Marchant T. TEPSI. 1era ed. Chile: Ministerio De Salud; 1996.
4. Francisco B. Franco. ¿Por qué los niños crecen...o no crecen? 1era ed. Santiago de Chile: Mavalltda; 2007
5. Universidad Pontificia Católica. Pollitt Ernesto. Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano. 1era ed. Perú.
6. Desarrollo psicomotor. 2006. Disponible en: <http://www.arcesw.com/dpm.htm>
7. Dr. Alexei Korchounov - según OMS. Argentina. 2005
http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Desnutricion
8. Diferencias entre el crecimiento y desarrollo. Disponible en:
<http://www.salud.com/salud-infantil/diferencias-entre-crecimiento-y-desarrollo.asp>
9. Universidad de Chile. “Correlación entre el Desarrollo Psicomotor y el Rendimiento Escolar, en niños de primer año de Educación Básica, pertenecientes a establecimientos municipales de dos comunas urbanas de la Región Metropolitana”. 2004. Disponible en:
http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/espejo_l/sources/espejo_l.pdf
10. Universidad Nacional del Comahue, Argentina. Adriana Álvarez. Desarrollo del Lenguaje en niños de 3 a 4 años: El pasó a los Procesos Morfológicos 2001. Disponible en: <http://www.rioei.org/deloslectores/903alvarez.pdf>

11. Universidad de Chile. "Sistemas de servicios de información y bibliotecas, SISIB". Cibertesis. Tesis electrónicas en línea. 2002. (consultado 11 junio del 2011). Disponible en: <http://www.cybertesis.net/>
12. Más Sarabia Maheli, Alberti Vázquez Lizet, Espeso Nápoles Nelia. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. Rev Hum Med [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2011 agosto 27] ; 5(2):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200006&lng=es
13. Niveles de desarrollo. 2008. Disponible en: <http://desarrolloperuano.blogspot.com/2007/12/leves-mejoras-en-los-niveles.html>
14. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 2011 agosto 27]; 22(4): 245-252. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000400005&lng=es

ANEXOS

**ANEXO 1:
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

“RELACION ENTRE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS EN EL CRED.DEL CENTRO DE SALUD SAN GENARO -
CHORRILLOS- LIMA 2014

BACHILLER: CHACCHI ROSADO, EVELYN LORENA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	indicadores
¿Cuál es la relación entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014? 1.2.2. Problemas	1.3. Objetivos 1.3.1.- Objetivo General: -Determinar el crecimiento de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014 Determinar el	HI: Existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014	CRECIMIENTO	Peso Talla	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de su peso actual - Evaluación de su peso según su talla - Evaluación nutricional según su peso ❖ Evaluación de talla actual ❖ Evaluación de su talla según su peso

<p>Específicos:</p> <p>¿Cuál es el crecimiento de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014?</p> <p>¿Cuál es el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima</p>	<p>desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014.</p>	<p>HO:</p> <p>No existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014</p>	<p>DESARROLLO PSICOMOTRIZ</p>	<p>Motor Fino</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La ley próximo-<i>distal</i> ➤ La ley cúbito-radial ➤ La aproximación lateral ➤ La aproximación intermedia ➤ La aproximación directa ➤ aflojamiento voluntario
---	--	---	--------------------------------------	--------------------------	---

2014?

Lenguaje

- El cognitivo
- El social-afectivo
- El auditivo
- El motor (órganos fonarticuladores)

Motor Grueso

- Levanta la cabeza
- Agarrar objetos con las dos manos

ANEXO 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
<p>Método:</p> <p>El enfoque a utilizar en esta investigación es cuantitativo, porque los planteamientos que realiza el investigador son específicos y delimitados desde el inicio de estudio, las hipótesis se realizan previamente, es decir antes de recolectar y analizar datos. La recolección de datos se fundamenta en la medición y el análisis en procedimientos estadísticos.</p> <p>Tipo de investigación:</p> <p>El presente trabajo de investigación es de tipo aplicativo de corte transversal, descriptivo porque presenta los hechos o fenómenos tal como son, dando a conocer la variable; de corte transversal, porque estudia la variable en un momento único en el tiempo.</p>	<p>Técnica:</p> <p>Entrevista-encuesta</p> <p>Instrumento:</p> <p>El instrumento es el cuestionario. El cuestionario consta de en 20 enunciados de opción múltiple y respuestas cerradas.</p>

ANEXO 3

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita.

$$n = \frac{N Z^2 PQ}{d^2(N - 1) + Z^2 PQ}$$

Dónde:

N= Tamaño de la población

Z= 95 % de confianza: 1.96

PQ = Proporción: 0.25

d2 = error de estimación: 10 %

Reemplazando:

$$n = \frac{25(1.96)^2 (0.25)}{0.1^2(65-1) + (1.96)^2 (0.25)}$$

$$n = \frac{33.614}{1.6004}$$

$$n = 21.0035$$

ANEXO 4

INSTRUMENTO

I.- Presentación:

Buenos días, soy alumna de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, estoy realizando un estudio de investigación cuyo título es “Relación entre crecimiento y desarrollo psicomotriz entre niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima en los meses de agosto a diciembre ,2014

Con el objetivo de determinar la relación que existe entre los conocimientos y la práctica que aplica el profesional de enfermería. Agradezco su colaboración, esperando así que sus respuestas sean veraces, asimismo se le comunica que esta información es de carácter confidencial.

II.- Introducción:

A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con el tema, serán marcadas con un aspa (x) la alternativa que el niño realice. Muchas gracias.

III.- Datos Generales:

- Edad del niño: a) 3 b) 4 c) 5
- Peso:
- Talla:
- IMC:

A) Subtest de Coordinación

1.- ¿Traslada agua de un vaso a otro sin derramar? (2 vasos)

- a) Si b) No

2.- ¿Construye una torre con 5 cubos?

- a) Si b) No

3.- ¿Copia un círculo? (con lápiz)

- a) Si b) No

4.- ¿Copia una cruz?

- a) Si b) No

5.- ¿Copia un triángulo?

- a) Si b) No

B) Subtest Lenguaje

6.- ¿Reconoce grande de pequeño?

- a) Si b) No

7.- ¿Nombra animales?

- a) Si b) No

8.- ¿Nombra objetos?

- a) Si b) No

9.- ¿Verbaliza su nombre y apellido?

- a) Si b) No

10.- ¿Nombra colores?

- a) Si b) No

C) Subtest Motricidad

11.- ¿Salta con los pies en el mismo lugar?

- a) Si b) No

12.- ¿Camina diez pasos llevando un vaso con agua?

- a) Si b) No

13.- ¿Camina en punta de pies en una dirección determinada?

- a) Si b) No

14.- ¿Coge una pelota?

- a) Si b) No

15.- ¿Se para en un pie, apoyándose 5 segundos?

- a) Si b) No

TABLA DE VALORES: PUNTAJES

RETRASO	RIESGO	NORMALIDAD
De 16 - 18	De 19 - 21	De 22- 24

ANEXO 6

TABLA BINOMIAL DE JUECES EXPERTOS

INSTRUMENTO:		“RELACION ENTRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOMOTRIS EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS EN EL CRED.DEL CENTRO DE SALUD SAN GENARO -CHORRILLOS- LIMA 2014								
JUECES	INDICADORES	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL	Proporción de Concordancia (P)
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado	0.6	0.56	0.6	0.5	0.6	0.55	0.6	4.01	0.57
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables	0.7	0.7	0.53	0.55	0.55	0.6	0.59	4.22	0.60
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0.7	0.5	0.7	0.6	0.55	0.45	0.82	4.32	0.61
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento	0.6	0.66	0.58	0.58	0.6	0.5	0.7	4.22	0.60
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0.7	0.6	0.55	0.6	0.6	0.6	0.6	4.25	0.60
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0.61	0.6	0.6	0.55	0.5	0.7	0.64	4.2	0.6
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0.55	0.65	0.64	0.6	0.6	0.55	0.7	4.29	0.61
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0.6	0.75	0.7	0.8	0.59	0.7	0.65	4.79	0.68
									0.62	
9. METODOLÓGICA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0.55	0.6	0.7	0.75	0.75	0.75	0.7	4.8	0.68
TOTAL		0.62	0.62	0.62	0.61	0.59	0.6	0.66		5.55

Es válido si P es ≥ 0.60

ANEXO 7

TABLA MATRIZ

PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL	
1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	21	1.4
2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	24	1.6
3	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	21	1.4
4	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	20	1.3
5	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	18	1.2
6	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	22	1.4
7	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	24	1.6
8	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	21	1.4

9	1	1	2	2	1	1	1		1	2	2	1	1	1	2	21	1.4
10	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	24	1.6
11	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	24	1.6
12	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	22	1.4
13	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	19	1.2
14	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	24	1.6
15	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	22	1.4
TOTAL	21	18	17	22	21	23	27	22	17	19	27	23	16	28	25	327	21.8

ANEXO 8

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA DE CROMBACH

$$\alpha = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(\frac{1 - \sum S_i}{S_t} \right)$$

$$\alpha > 0.5$$

Donde:

K: Número de Ítem

$\sum S_i$: Sumatoria de la varianzas por ítems.

S t: Varianza de la escala.

INSTRUMENTOS:

1. Nivel de aplicación: = 0.35

En este caso se puede decir que el instrumento es confiable

$$\alpha = \left[\frac{16}{16-1} \right] \left[\frac{1 - 1.50}{1.50} \right]$$

$$\alpha = 1.06 \quad [0.33]$$

$$\alpha = 0.35$$

TABLA 1

TABLA DE CODIFICACION

EDAD DE LOS NIÑOS

EDAD	Fi	%
2 años	4	20
3 años	8	40
4 años	3	15
5 años	5	25
Total	20	100%

Tenemos que en el centro de salud del centro de Salud San Genaro, Chorrillos, el 100% de niños asistentes al programa CRED, un 20% de niños tiene 2 años 40% de niños tienen 3 años, un 15% de niños tienen 4 años y un 25% de niños tienen 5 años.

TABLA 2
CODIFICACION DE INSTRUMENTO

PREGUNTAS	RESPUESTAS	CODIFICACION
1	SI	2
	NO	1
2	SI	2
	NO	1
3	SI	2
	NO	1
4	SI	2
	NO	1
5	SI	2
	NO	1
6	SI	2
	NO	1
7	SI	2
	NO	1
8	SI	2
	NO	1
9	SI	2
	NO	1
10	SI	2
	NO	1

11	SI	2
	NO	1
12	SI	2
	NO	1
13	SI	2
	NO	1
14	SI	2
	NO	1
15	SI	2
	NO	1

TABLA 3**CODIFICACION**

“RELACION ENTRE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS EN EL CRED.DEL CENTRO DE SALUD SAN GENARO -CHORRILLOS- LIMA 2014”

N. DE NIÑOS	PESO(kg)	TALLA(cm)	IMC	PUNTAJE DESARROLLO
1	12	0.78	19	22
2	11.9	0.80	18	19
3	12	0.81	18	17
4	10.9	0.80	17	19
5	10	0.80	16	21
6	11.5	0.81	17	19
7	10.7	0.79	16	23
8	11	0.78	17	18
9	10	0.85	16	17
10	14.1	0.87	19	18
11	14	0.88	18	18
12	14.1	0.98	18	24
13	16	0.97	16	21
14	16.1	0.99	16	19