



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**“FRECUENCIA DEL PERFIL PSICOMOTOR EN NIÑOS
MENORES DE DOS AÑOS DE MADRES
ADOLESCENTES DEL CENTRO MATERNO INFANTIL
LOS SUREÑOS DE PUENTE PIEDRA LIMA - 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

KATHIA CARBAJAL ALARCÓN

ASESORA:

Lic. BEATRIZ HORNA ZEVALLOS

Lima – Perú

2015

HOJA DE APROBACIÓN

KATHIA CARBAJAL ALARCÓN

**“FRECUENCIA DEL PERFIL PSICOMOTOR EN NIÑOS
MENORES DE DOS AÑOS DE MADRES ADOLESCENTES DEL
CENTRO MATERNO INFANTIL LOS SUREÑOS DE PUENTE
PIEDRA LIMA - 2015”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas.

LIMA – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi mayor fortaleza de vida.

A mis padres, Elmer Carbajal y Victoria Alarcón, por su esfuerzo, sacrificio y por trasmitirme el espíritu de superación.

A mis abuelitos, Hipólito y Rosa por ser el mejor ejemplo de vida. QDDG.

A mi único hermano Brian, por su confianza y cariño.

A AFAT, por su amor, comprensión y ayuda.

A mi toda familia en especial a mis tías Susana y Noemi, por su apoyo maternal.

A mi tío Daniel, por sus consejos que son fundamentales para mi formación como persona y profesional, "QDDG.

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica de Fisioterapia y Rehabilitación UAP-Filial Arequipa, por su formación.

Al Lic. T.M. Jorge Fernández, por su apoyo y ayuda constante.

Al Centro Materno Infantil los Sureños, por permitirme realizar la presente investigación y abrirme las puertas de su instalación.

RESUMEN

El desarrollo psicomotor constituye un aspecto evolutivo del ser humano, pues es la progresiva adquisición de habilidades, conocimientos y experiencias en el niño, siendo la manifestación externa de la maduración del sistema nervioso central.

El tipo de estudio realizado es descriptivo transversal, el objetivo fue conocer la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños de Puente Piedra, Perú 2015. La población objeto de estudio fueron 111 niños de madres adolescentes de quince a diecinueve años. Los participantes fueron autorizados por sus padres a previa firma del consentimiento informado, seguidamente los instrumentos utilizados fueron “ *El Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño*” (CONAI), que permitió medir el perfil general del niño; así mismo detectar los retrasos funcionales y orgánicos; desde recién nacidos hasta los treinta meses de edad, y un cuestionario que fue completado según la información de documentos reales en la entrevista personal al padre- madre u apoderado, teniendo como variables la puntuación de apgar, peso, talla, sexo del niño, paridad, tipo de parto, grado de instrucción, lugar de procedencia de la madre.

Los resultados más representativos del 100% de la población según el perfil psicomotor fueron, los niños con riesgo en el desarrollo en un 64.9%, de los cuales el 20.7% de los niños presentaron retraso en el desarrollo, mientras que el 14.4% de los niños demostraron tener un desarrollo psicomotor normal, así mismo no se evidenció a ningún niño con desarrollo psicomotor normal alto. Mientras que el 63.1% de los niños fueron varones y el 36.9% mujeres, evidenciándose mayores riesgos en el desarrollo, tanto en los hijos de madres primíparas en 97.2% al igual de las que procedentes de Lima en 90.3%, y en niños con apgar a los 5 minutos en 100%, ya que los mayores retrasos en el desarrollo se dan en los hijos cuyas de madres son amas de casa en 95.7%, y oscilan entre las edades de 18 a19 años en 30.4% y 34.8% respectivamente.

Palabras claves: Perfil psicomotor, desarrollo, retraso, riesgo, normal, madre adolescente.

ABSTRACT

Psychomotor development is an evolutionary aspect of being human, it is the progressive acquisition of skills, knowledge and experience in the child, being the outward manifestation of the maturation of the central nervous system.

The type of study performed is cross descriptive, the objective was to determine the frequency of psychomotor profile in children under two years of teenage mothers the Mother and Child Center Southerners Puente Piedra, Peru 2015. The study population was 111 children of mothers adolescents from fifteen to nineteen. Participants were authorized by their parents after signing the informed consent, then the instruments used were "El Peruano Assessment Test Development of Children" (CONAI), which allowed them to measure the overall profile of the child; likewise detect functional and organic delays; from birth to thirty months old, and a questionnaire was completed by the actual documents information on personal interviews the mother or father representative, having as variables Apgar score, weight, height, sex of the child, parity , type of birth, level of education, place of origin of the mother.

The most representative results of 100% of the population according page were psychomotor, children with developmental risk in 64.9%, of which 20.7% of children had developmental delay, while 14.4% of children proved to have normal psychomotor development, himself no child with normal psychomotor development was evidenced high. While 63.1% of the children were male and 36.9% female, showing higher risks in the development, both the children of first-time mothers in just 97.2% of that coming from Lima in 90.3%, and in children with Apgar 5 minutes at 100%, as higher developmental delays occur in children whose mothers are housewives 95.7%, ranging between the ages of 18 a19 years in 30.4% and 34.8% respectively.

Keywords: Profile psychomotor development, delay, risk, normal, teenage mother.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Perfil psicomotor.

Tabla 2. Perfil psicomotor con respecto Apgar 1 minuto.

Tabla 3. Perfil psicomotor según Apgar 5 minuto.

Tabla 4. Perfil psicomotor con relación a la edad.

Tabla 5. Perfil psicomotor con relación al peso.

Tabla 6. Perfil psicomotor con relación a la talla.

Tabla 7. Perfil psicomotor con relación al sexo.

Tabla 8. Perfil psicomotor con relación a la edad de la madre.

Tabla 9. Perfil psicomotor con relación al número de partos.

Tabla 10. Perfil psicomotor con relación al tipo de parto.

Tabla 11. Perfil psicomotor con relación al grado de instrucción de la madre.

Tabla 12. Perfil psicomotor con relación a la ocupación de la madre.

Tabla 13. Perfil psicomotor con relación al lugar de procedencia.

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Perfil psicomotor.

Gráfico 2. Perfil psicomotor con relación Apgar 1 minuto.

Gráfico 3. Nivel de desarrollo psicomotor según Apgar 5 minuto.

Gráfico 4. Perfil psicomotor con relación a la edad.

Gráfico 5. Perfil psicomotor con relación al peso.

Gráfico 6. Perfil psicomotor con relación a la talla.

Gráfico 7. Perfil psicomotor con relación al sexo.

Gráfico 8. Perfil psicomotor con relación a la edad de la madre.

Gráfico 9. Perfil psicomotor con relación al número de partos.

Gráfico 10. Perfil psicomotor con relación al tipo de parto.

Gráfico 11. Perfil psicomotor con relación al grado de instrucción de la madre.

Gráfico 12. Perfil psicomotor con relación a la ocupación de la madre.

Gráfico 13. Perfil psicomotor con relación al lugar de procedencia.

ÍNDICE

CARATULA.....	01
HOJA DE APROBACIÓN.....	02
DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTO.....	04
RESUMEN.....	05
ABSTRACT.....	06
LISTA DE TABLAS.....	07
LISTA DE GRAFICOS.....	08
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema.....	12
1.2. Formulación del Problema.....	16
1.2.1. Problema General.....	16
1.2.2. Problemas Específicos.....	16
1.3. Objetivos.....	17
1.3.1. Objetivo General.....	17
1.3.2. Objetivos Específicos.....	18
1.4. Justificación.....	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Bases Teóricas.....	21
2.2. Antecedentes.....	29
2.2.1. Antecedentes Internacionales.....	29
2.2.2. Antecedentes Nacionales.....	34
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Diseño del Estudio.....	37
3.2. Población.....	37
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	37
3.2.2. Criterios de Exclusión.....	37
3.3. Muestra.....	38
3.4. Operacionalización de Variables.....	38
3.5. Procedimientos y Técnicas.....	40
3.6. Plan de Análisis de Datos.....	47
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS	
4.1. Resultados.....	48
4.2. Discusiones de resultados.....	65
4.3. Conclusiones.....	69
4.4. Recomendaciones.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	80
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	99

INTRODUCCIÓN

Los avances en la etapa infantil van lográndose poco a poco, siguiendo una secuencia constante, lógica y progresiva en el desarrollo psicomotor que está estrechamente relacionado con la adquisición de habilidades. El niño en su período de desarrollo neuronal, en cada etapa de progreso embrionario, fetal, neonatal, presenta una serie de evoluciones en relación con sus movimientos, habilidades y destrezas. Sin embargo, existen muchos factores que influyen negativamente en este proceso, y éstos pueden ser: Genéticos, ambientales y psicosociales y por características de los padres (edad, escolaridad, oficio, empleo).

Por lo que el embarazo adolescente viene a formar parte de un problema de Salud Pública que genera cambios bio-sico-sociales en la joven, modificando su estilo de vida, siendo el embarazo una condición de riesgo materno por las posibles complicaciones que pueden acarrear desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal; llegando a repercutir en la nutrición, crecimiento y “desarrollo psicomotor”, siendo la base fundamental de adquisiciones y habilidades motoras que un niño adquiere a lo largo de su infancia, para el progreso en los demás ámbitos de desarrollo como el cognitivo, lingüístico y social, puesto que el niño aprende mediante la exploración sensorial para lo cual es imprescindible el movimiento, considerando que existen logros o hitos no alcanzados que los niños deben adquirir dentro de una determinada edad y que no están apareciendo o lo están haciendo de forma inadecuada, por lo que se debe identificar oportunamente para prevenir complicaciones a futuro que pueden poner en riesgo dicho desarrollo y generar alteraciones en la psicomotricidad.

Al evidenciar la problemática que se vive en nuestro país, nació la necesidad de promover campañas educativas que motiven a los padres a estimular a sus menores hijos.”

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), manifiesta que el 60% de los niños menores de 6 años no se encuentran debidamente estimulados, evidenciándose una mayor incidencia en las áreas rurales, debido a la falta de educación de los padres (1), estimando que 16 millones de muchachas de 15 a 19 años dan a luz cada año, en la mayoría de países con ingresos medios y bajos, presentando un embarazo y parto complicado, siendo la segunda causa de muerte en todo el mundo, especialmente en los hijos de madres adolescentes enfrentándose a (2,3) riesgos psicosociales y maternos biológicos, los que inciden en forma negativa en el niño llegando afectar fundamentalmente en su desarrollo psicomotor, crecimiento y nutrición (4), considerando la incidencia del riesgo de muerte, a diferencia de los nacidos en mujeres de 20 a 24 años, conllevando a una serie de alteraciones. Por lo que constituye un problema de salud pública que no debe ser considerado solo en términos del presente, sino del futuro (2,3).

Según el nuevo patrón de crecimiento de la OMS, la prevalencia promedio de baja talla es 23.5%, con los nuevos estándares OMS (5), en un estudio de crecimiento y desarrollo refiere que las ventajas de normal adquisición de hitos del desarrollo motor grueso son amplias, atribuyendo las diferencias encontradas en patrones de crianza (6); enfatizando la importancia de la ganancia de peso en el primer año de vida. Si bien ha disminuido la prevalencia en los últimos 20 años, el número total de niños desnutridos puede subir si la población de niños menores de 5 años incrementa (5).

Puesto que en el 2009, más de 8,1 millones de niños murieron antes de cumplir 5 años (2,7).

La OMS y la UNICEF refieren que los niños de las zonas rurales de los países en desarrollo tienen el doble de probabilidades de sufrir bajo peso que los de las zonas urbanas, y un 50% más probabilidades de sufrir retraso en el crecimiento (8,9).

Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana (2,9). El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

Con el propósito de contribuir a todo este desarrollo, el Gobierno Nacional a través del MINSA instauró una norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años cuya finalidad es: “Contribuir a mejorar el desarrollo integral de la población infantil a través de la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, promoviendo la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos del crecimiento y desarrollo, para su atención y referencia oportuna; promoviendo prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario” (2,7).

Tomando en cuenta que los niños representan el futuro; tanto su crecimiento y desarrollo saludable deben ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades, señala que “un ambiente psicosocial pobre en estímulos y en experiencias, los niños rinden menos que aquellos que viven en

ambientes estimulantes” resalta la importancia de las variables de tipo psicosocial como la interacción madre-hijo, tipo de familia, ocupación, relaciones familiares, entre otras, como las de mayor peso o influencia con el nivel de desarrollo alcanzado por el niño (10).

En América Latina y el Caribe, el embarazo adolescente constituye un hecho biopsicosocial importante representando de 15 al 25% del total de embarazos, conllevando a un problema de Salud Pública a nivel mundial, que atenta contra la salud de la madre como la del hijo (2,11).

Así mismo en países latinos en vías de desarrollo se aborda con gran fuerza el problema de estimulación temprana, dirigida a niños que se encuentran en extrema pobreza, de no ser estimulados oportunamente podrían tener una vida desfavorable (12) puesto que se ha comprobado que en los últimos 25 años la mortalidad infantil ha disminuido progresivamente; sin embargo, cada vez son más los afectados por factores adversos que dañan su normal crecimiento y desarrollo. Entre estos factores se encuentran la carencia de estímulos que limitan el desarrollo psicomotor de los niños desde los primeros meses de vida, especialmente en aquellos que viven en sectores urbano marginales y rurales. (13).

En Bolivia, Perú, Colombia, Ecuador y Guatemala, en general ha habido una tendencia en la reducción en la desnutrición crónica desde los años 80 y varía desde 8% en Argentina hasta 54.5% en Guatemala y en 50% Brasil, según la alta prevalencia de pobreza, esta tendencia ha sufrido un estancamiento en algunos de ellos. Países como El Salvador y Nicaragua han logrado disminuir la prevalencia de baja talla aún más en algunas regiones pobres, demostrando que es posible lograrlo en el resto de los países de la región (5). Considerando que el 49.2% de la población

adolescente en el Perú el son mujeres y el 12.5 % de este grupo están embarazadas o ya son madres de las cuales algunas integran este tipo de tendencia nutricional con sus hijos (14).

En Chile, la prevalencia estimada de alteraciones del DPM es de un 12 a un 16% en países industrializados, cifra que aumenta significativamente cuando se incluyen los problemas de comportamiento y dificultades escolares. De acuerdo a la última Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2006, en Santiago, un 11% de los niños presenta retraso del DPM y un 30% está en riesgo (15,16).

Según el Proyecto Perinatal Nacional Colaborativo confirmó el valor de las puntuaciones bajas de Apgar menor de 3 a los 10, 15 y 20 minutos de vida, al producir unos índices de mortalidad de 18%, 48% y 59%, respectivamente. La probabilidad que se produzcan secuelas neurológicas se aumenta entre 2 y 5 veces (17).

Según datos del Ministerio de Salud 2005, la prevalencia de déficit del Desarrollo Psicomotor (DSM) en Atención Primaria de Salud (APS) es de 6,6% a los 18 meses y 10,5% a los 4 años (18), y el 70% de la mortalidad infantil se concentra en el 50% de la población pobre (13).

En base a lo mencionado anteriormente, el terapeuta físico, como parte del equipo de la red asistencial de salud pública, constituye una pieza clave para el desarrollo adecuado del niño, pues es quien se encarga de controlar y prevenir complicaciones en el futuro, siendo su principal función la evaluación para detectar oportunamente alteraciones que puedan afectar el desarrollo normal esperado para la edad del niño. Es importante informar a los padres sobre las etapas de crecimiento y desarrollo por las que transita su hijo, y enseñarles técnicas de estimulación que favorecen al niño a que

logre el máximo de sus capacidades adquisitivas y alcance su mayor potencial,

Así mismo los padres con su amor y constancia pueden ayudarlos a maximizar sus potenciales físicos, intelectuales y afectivos de sus niños.

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor con respecto al apgar en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor con respecto a la edad de los niños de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor con respecto al peso en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor con respecto a la talla en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor con respecto al sexo en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?

- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto a la edad de las madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto a la paridad de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto al tipo de parto de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto al grado de instrucción de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto a la ocupación de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?
- ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto al lugar de procedencia de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Conocer la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia del perfil psicomotor con respecto al apgar en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.
- Identificar la frecuencia del perfil psicomotor con respecto a la edad de los niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.
- Determinar la frecuencia del perfil psicomotor con respecto al peso en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.
- Determinar la frecuencia del perfil psicomotor con respecto a la talla en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.
- Determinar la frecuencia del perfil psicomotor con respecto al sexo en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.
- Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto a la edad de las madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra
- Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto a la paridad de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.
- Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto al tipo de parto de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.

- Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto al grado de instrucción de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.
- Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto a la ocupación de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.
- Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto al lugar de procedencia de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.

1.4. Justificación:

En base al objetivo principal la finalidad de esta investigación fue la de conocer la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra, ya que la OMS y la UNICEF reporta que los niños menores de seis años que no se encuentran debidamente estimulados por la falta de educación de los padres, considerando que muchos de ellos son adolescentes ya atraviesan por un embarazo que se ha convertido en un problema de salud pública por ser la segunda causa de muerte, por lo que se suman mayores indicadores y riesgos psicosociales y maternos biológicos, llegando a afectar de forma negativa en el desarrollo psicomotor, crecimiento y nutrición puesto que en países en desarrollo los niños de zonas rurales tienen el doble de probabilidades de sufrir bajo peso que los de las zonas urbanas, y un 50% más probabilidades de sufrir retraso en el

crecimiento. Por lo que es importante detectar oportunamente cualquier resultado desfavorable que pueda repercutir con el desarrollo normal del niño, así mismo promocionar e incentivar a las madres o familiares de la importancia de llevar la secuencia de habilidades motoras que un niño adquiere a lo largo de su infancia, y las recomendaciones con el fin de estimular al niño a que logre el máximo de sus capacidades, teniendo un papel relevante en el progreso de las habilidades básicas del aprendizaje, desde la capacidad, para mantener la atención, la coordinación visomotora o la orientación espacial, reflejándose en el comportamiento, lo emocional y la seguridad del niño; así disminuir consideraciones a futuro.

Por lo tanto los resultados de esta investigación demuestran que el 64,4% y 20,7% representa el riesgo y retraso del desarrollo, así mismo el apgar entre el 1er y 5to minuto representa un 95.7%, por lo que la edad más representativa fue entre el 1er y 6to mes con 43,5% y el 60,9% y 56,5% representan el peso y la talla y con mayor frecuencia en varones en un 56.5% de los niños con retraso, por lo que se incentivará a promover programas de estimulación temprana que contribuyan con el progreso del desarrollo normal del niño.

La investigación permitirá a otros investigadores desarrollar futuras investigaciones de mayor complejidad tomando como antecedentes los resultados obtenidos en la presente investigación pretendió tener un impacto social contribuyendo a favor del buen desarrollo psicomotor y bienestar de los niños.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas:

1. DESARROLLO PSICOMOTOR

El Desarrollo Psicomotor es un fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva con habilidades (16,19) tanto físicas, biológicas, psicológicas y sociales en el niño (1,20,21) que incluye cambios en el plano físico o motor (su capacidad para dominar movimientos), en el plano intelectual (su capacidad para pensar y razonar), en el plano emocional (su capacidad para sentir), en el plano social (su capacidad para relacionarse con los demás) y en el plano sensorial (su capacidad para recibir los diferentes estímulos del medio), siendo estas áreas del desarrollo del niño fundamentales para su maduración y crecimiento (22), por lo que constituye una manifestación externa de la maduración del sistema nervioso central (20), pudiendo alcanzar la autonomía del movimiento voluntario el cual evoluciona a partir de la conducta refleja y las respuestas automáticas accidentales como los cambios secuenciales, progresivos e irreversibles el cual está condicionado por múltiples factores que influyen en el desarrollo (23). Siendo un proceso gradual y permanente de transformaciones (24) en el cual se pueden presentar múltiples alteraciones e interrupciones con mayor frecuencia durante los seis primeros meses de vida, manifestando dificultades en el aprendizaje (22). Por lo que el desarrollo psicomotor y actividad refleja reviste gran importancia; ya que su identificación presupone el conocimiento básico del desarrollo del Sistema Nervioso Central.

En la vida del niño influyen muchos factores preexistente que van a condicionar en gran parte su futuro, durante su primer año de vida el niño se desarrolla con rapidez sorprendente, tanto en su capacidad perceptiva como sus habilidades motrices.

Así tenemos que en el recién nacido:

- Predomina hipotonía en cabeza y tronco.
- Hipertonía en extremidades.
- Reencuentra posición fetal.
- Fija la mirada, visión confusa.
- Grasping (reflejo arcaico de prensión palmar)

2. DESARROLLO DEL PERFIL MOTOR DE ACUERDO A LA EDAD

1 mes:

- Persiste semiflexión de extremidades.
- Manos flexionadas.
- En prono inicia movimientos
- Sigue objetos a 90°.
- Persiste Grasping.

2 meses:

- Al llevarlo a posición sentado, la cabeza suele caer hacia atrás.
- Algunas veces la cabeza se mantiene por instantes.
- En decúbito prono: se mantiene sostenido sobre antebrazos 45°.
- En decúbito supino: semiflexión miembros inferiores.
- Lenguaje: Arrullo cuando se le habla.

- Sonrisa social:
- Sigue con la vista objetos a 180°.
- Grasping discreto con frecuencia las manos abiertas.

3 meses:

- A esta edad lo importante es que en decúbito prono se mantiene sobre antebrazos y eleva la cabeza de 45° a 90°.
- En prono, caderas en extensión 0°.
- Inicia observación de las manos.
- Sostiene un objeto al contacto con la mano.
- Voltea al sonido.
- Ríe cuando está contento.
- Gira la cabeza para seguir un objeto.

4 meses:

- Inicia medio giro.
- En prono; eleva sobre antebrazos el tronco y realiza movimientos como si “nadara”.
- En supino; intenta poner un pie sobre la rodilla opuesta.
- La planta de los pies totalmente apoyadas sobre el plano de la mesa.
- Al llevarlo a la posición sentado, la cabeza sigue el resto del cuerpo.
- Sostiene por instantes los objetos.
- Visión: semejante al adulto.
- Lenguaje: voltea al ruido.

5 meses:

- Ayuda a pasar de decúbito supino a sentado.

- En prono, eleva el tronco y echa la cabeza hacia atrás.
- Apoyándose en el tórax, extiende extremidades.
- Logra alternancia, movimientos miembros inferiores.
- Prensión voluntaria, palmar, global todavía imprecisa.

6 meses:

- En posición prona, puede utilizar sus manos para jugar, así como le gusta tocar sus pies.
- Si se sostiene de brazos, salta sobre sus pies, estadio "saltador".
- Gira de supino a prono.
- Sostiene objetos uno en cada mano.
- Lenguaje: balbuceo.
- Reconoce voz mamá.
- Social: prefiere a mamá.

7 meses:

- Agarra sus pies y se los lleva a la boca.
- Sentado sin apoyo tiende las manos hacia delante para no caer, estadio "paracaidista".
- Sentado tiene mayor control sobre él y puede inclinarse para sostener objetos.
- Pasa "rodando" de supino a prono.
- En prono con facilidad sostiene un objeto y golpea fuertemente en el plano de mesa/piso.
- Inicia pinza inferior entre pulgar y meñique.

8 meses:

- Control total del tronco.

- Gira en ambos sentidos (supino-prono-supino).
- Pasa de supino a sentado.
- En prono puede elevarse manteniéndose en manos y pies.
- Si tiene un objeto en cada mano, suelta uno para coger otro..
- El índice empieza a participar en la prensión.
- Reclama su juguete preferido.

9 meses:

- Inicia gateo hacia atrás.
- Logra pasar decúbito supino a bipedestación sosteniéndose, lo logra por instantes y cae.
- Entiende toma-dame.
- Pinza superior (base pulgar e índice).

10 meses:

- Se pone de pie y da pasos laterales, agarrándose de muebles, se cae con frecuencia.
- Gatea hacia delante, alterno.
- Juega a taparse y descubrirse
- Transfiere objetos entre una mano a la otra
- Pinza fina (parte distal pulgar e índice).

12-13 meses:

- Se sienta sin apoyo
- Gusto por introducir y retirar objetos (dentro-fuera).
- Duplica silabas

11-14 meses:

- Camina con apoyo.
- Apunta todo con el índice (orificios, hendiduras).
- Encaja círculos.
- Lenguaje: 2 palabras además de mamá y papá.
- Se agacha y recoge objetos.
- Lanza pelota.

15 a 18 meses:

- Ejecuta gestos a pedido
- Coloca cubos en un recipiente
- Dice una palabra
- Camina sin apoyo

18 a 24 meses:

- Identifica dos objetos
- Garabatea espontáneamente
- Dice tres palabras
- Camina para atrás (25,26)

3. ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa bonita de la vida, fue considerada por largo tiempo solo como un tránsito entre la niñez y la adultez, en la que se va dejando de ser niños, para comenzar un complicado proceso biológico que nos transforma en adultos. En este período ocurren muchísimos cambios en el cuerpo, en el que participan de una u otra manera todos los órganos y sistemas que lo componen. Existen distintas definiciones de la adolescencia, así, la OMS la define como “la etapa que transcurre entre los

10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años”.

Otra clasificación, lo hace:

- Adolescencia Precoz (menor de 15 años)
- Adolescencia Intermedia (16 a 17 años)
- Adolescencia Tardía (entre 18 y 19 años).

En esta etapa se abre a los jóvenes un ancho campo de descubrimientos y a la vez de confusión, aparecen intereses y sentimientos nunca antes experimentados que llevan al adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado. Uno de estos conflictos está en la esfera sexual, con el riesgo para las muchachas, tanto por la inmadurez como por la poca información recibida, de la aparición de un embarazo (5,27,28).

4. EMBARAZO

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar positivamente; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud (29).

5. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa

adolescente. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, constituyendo un problema de Salud Pública a nivel mundial representando del 15 al 25% del total de embarazo, a nivel de América Latina y el Caribe el porcentaje se ha incrementado alarmantemente por lo que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social (30-33).

6. MADRE ADOLESCENTE

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero aún más durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo, además de las complicaciones futuras que puede generar.

Se estima que anualmente, 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres lo que equivale aproximadamente a 22,5 millones de niños nacidos en estas circunstancias por año. La gran mayoría de estos nacimientos

ocurren en países no desarrollados, por ejemplo, en América Latina la cifra está en el orden de los 3 millones aproximadamente de nacimientos en madres adolescentes.

En las madres adolescentes el embarazo tiene mayores riesgos maternos y perinatales cuanto mayor es la cercanía a la menarquía (34).

2.2. Antecedentes:

2.2.1. Antecedentes Internacionales:

- Un estudio realizado en México (2015). *Indicadores de riesgo del Perfil de Conductas de Desarrollo como instrumento para la detección temprana de retrasos y alteraciones del desarrollo*. Se realizó un estudio transversal comparativo con el propósito de analizar la validez de discriminación de los Indicadores de Riesgo del Perfil de Conductas de Desarrollo Revisados (INDIPCD-R), como instrumento de tamizado, para la detección temprana de retrasos y alteraciones del desarrollo en infantes de 6 meses a 4 años de edad, en una población de 145 infantes provenientes de una clínica y dos estancias infantiles (CENDI). Concluyendo que los Indicadores de Riesgo del Perfil de Conductas de Desarrollo-Revisados son un instrumento de tamizado que discrimina al niño que presenta alteraciones en su desarrollo de aquéllos cuyo desarrollo es normal y no se encuentran en riesgo. Se demostró de forma válida y confiable que niños con aparente desarrollo normal, sin diagnóstico específico, pueden presentar alteraciones en el desarrollo, donde se encontró que el perfil de conductas del desarrollo PCD-R no detectó a dichos niños con indicadores de riesgo porque realizaban conductas esperadas para su edad (35).

- En Argentina (2008). *Resultados Perinatales en Madres Adolescentes*. Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo realizado de manera prospectiva con el objetivo de conocer los factores de riesgo neonatales más frecuentes y su relación con el embarazo adolescente, cuya población en estudio fueron todas las madres adolescentes menores de 20 años de edad del Servicio de Maternidad del Hospital “Dr. José R. Vidal”. Obteniendo como resultados: El 30,5% de los partos correspondieron a madres adolescentes. En dicho grupo etario las complicaciones perinatales más observadas fueron el bajo peso al nacer, el puntaje Apgar menor a 7 al primer minuto y la prematurez. Concluyendo que las adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar parto pretérmino, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal. Palabras claves: Embarazo adolescente- Puntuación de apgar- Bajo peso al nacer (36).
- En Chile (2008). *Embarazo adolescente*. Se realizaron dos estudios con el objetivo de identificar los factores de riesgo y las consecuencias del embarazo adolescente. La muestra comprendió de un total de 740 alumnos, donde en un primer estudio se dieron a conocer los resultados de este programa, en una población de edades entre los 12 y 18 años, de estudiantes de enseñanza básica y media fueron divididos en un grupo control y otro de estudio. En un segundo estudio evaluó la eficacia del TeenStar en un establecimiento educacional en enseñanza media, este análisis contó con una muestra de 1290 mujeres que se dividieron en tres grupos dependiendo su año de inicio en la enseñanza media; demostrando conclusiones generales de ambos estudios, se puede decir que el programa TeenStar basado en la abstinencia fue efectivo en la prevención de embarazo adolescente no deseado; en donde los jóvenes retardaron

su iniciación sexual o discontinuaron su actividad sexual. De esta manera el Programa de Educación Sexual de este tipo sería una opción para enfrentar el problema del embarazo adolescente y Enfermedades de Transmisión Sexual. Se concluye que efectivamente ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de actividad sexual juvenil, cuya consecuencia principal ha sido un aumento del embarazo adolescente. Consideramos importante poder identificar cuáles son los principales factores de riesgo que aumentan la prevalencia de dicha condición, para así poder desarrollar estrategias destinadas a abordar la situación, tanto con medidas de prevención primaria, como secundarias (37).

- En Chile (2007). *Factores de riesgo de test de Apgar bajo en recién nacidos*. Realizaron un estudio de tipo descriptivo, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo maternos, perinatales y neonatales asociado a un Puntaje de Apgar (PA) bajo. En una población de 57 241 recién nacidos (RN). En la investigación 1 167 presentaron un PA \leq 3 al minuto (2,1%) y 291 presentaron además un puntaje \leq 5 a los 5 minutos (0,5%). Los factores de riesgo de PA bajo estadísticamente significativos fueron en RN de muy bajo peso, RN pretermino, parto prolongado, fórceps entre otros. En conclusión se identificaron factores de riesgo de PA bajo en nuestra población, los cuales deben ser considerados para un adecuado manejo perinatal (38).
- En Chile (2007). *Estudio Comparativo de Factores Psicosociales Asociados al Riesgo y Retraso del Desarrollo Psicomotor entre Niños Mapuche y no Mapuche Controlados en El Programa de Estimulación del Cesfam Panguipulli*. Realizaron un estudio cuantitativo de tipo transversal y

observacional, cuyo propósito fue comparar los factores psicosociales asociados al riesgo y retraso del desarrollo psicomotor entre niños mapuche y no mapuche controlados en el programa de estimulación del Cesfam Panguipulli. La muestra de estudio corresponde a 44 niños y niñas, entre 12 y 59 meses que eran controlados en el centro de salud, a quienes se les aplicó varios instrumentos de evaluación: un cuestionario, una ficha clínica, un tarjetón del programa infantil y el test TEPSI o EEDP, y se les aplicó sesiones de estimulación de desarrollo psicomotor. En la investigación se encontró que el 75% de los niños presenta riesgo en su desarrollo; el área del desarrollo que presenta mayor prevalencia de déficit corresponde al lenguaje (54,9%), seguida del área motora, de coordinación y social (39).

- En la Habana (2005). *Seguimiento al hijo de madre adolescente*. Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo entre 2 grupos poblacionales grupo A y grupo B. Se identificaron algunas variables perinatológicas y otras obtenidas en la consulta de seguimiento al grupo riesgo, cuya muestra en el grupo A comprendió a los 253 recién nacidos de madres con edad inferior a los 20 años que se siguieron en consulta externa durante los 3 primeros años de la vida. Por lo que se realizó el procesamiento estadístico para variables cualitativas y cuantitativas y se midió la probabilidad asociada. Se encontró un índice de bajo peso al nacer de un 12,2 %, con un 9,1 % de recién nacidos pretérminos y el 13,8 % de partos instrumentados. Predominó el normopeso en consultas de seguimiento, y los ingresos hospitalarios fueron bajos, y se demostró la importancia de esta consulta en la orientación profiláctica del rol de la familia y la madre adolescente (3).

- En México (1995). *Embarazo en adolescentes: seguimientos de sus hijos durante el primer año de vida*. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo longitudinal, con el objetivo de conocer el estado nutricional y el desarrollo psicomotor, durante el primer año de vida, de los hijos de madre adolescente. En una población de 64 recién nacidos sanos, divididos en dos grupos, fueron seguidos durante el primer año de vida. El grupo A se formó con hijos de madre adolescente (13 a 18 años de edad) y el B con los de madre adulta (23 a 28 años). Con la finalidad de buscar diferencias en el desarrollo, demostrando que no se encontraron diferencias significativas entre madres de ambos grupos en: estado socioeconómico, escolaridad, ocupación y estado civil, aunque el porcentaje de los niños que mostraron algún grado de alteración en su desarrollo psicomotor fue mayor en el grupo A (18.1%) cuando se comparó con el grupo control (10.7%). En conclusión no existe diferencia en el estado nutricional ni en el desarrollo psicomotor entre los niños de madre adolescente y los de madre adulta durante el primer año de vida (40).
- En Santiago de Chile (1991). *Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas*. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal, con el objetivo de evaluar el efecto de factores de riesgo para el desarrollo infantil en niños, de nivel socioeconómico bajo, nacidos en óptimas condiciones biológicas pero expuestos a condiciones sociales adversas. En una población de 943 lactantes de ambos sexos que fueron exhaustivamente estudiados en términos de: alimentación, crecimiento, ambiente físico y psicosocial. Se evaluó el desarrollo psicomotor de niños de 4, 8, 12, 15, 18 y 21 meses que concurrían a control del niño sano en el Consultorio Lucas Sierra (SSMN),

mediante una escala de evaluación del desarrollo psicomotor otorga a cada examinado una calificación estándar, denominada coeficiente de desarrollo (CD), que puede interpretarse como sigue: CD > 84: normal (menor a 1 DE bajo el promedio). CD 70 a 84: alerta (entre 1 y 2 DE bajo el promedio). CD < 70: retraso (inferiores a 2 DE bajo el promedio) Se controlaron prospectivamente hasta los 12 meses de edad, momento en que se evaluó el desarrollo mental (MDI) y motor (PDI) a través de la escala de Bayley. El propósito de este estudio fue evaluar en qué medida, características del niño y sus padres, que se registran habitualmente en la ficha del niño, podrían considerarse indicadores de riesgo para el desarrollo psicomotor. Demostrando en este estudio que el desarrollo psicomotor de niños biológicamente indemnes se ve afectado por factores adversos durante el primer año. Tal efecto es menor que el descrito en niños biológicamente vulnerables, pero es suficiente para generar desventajas psicosociales capaces de perturbar el desarrollo (41).

2.2.2. Antecedentes Nacionales:

- En Lima - Perú (2013). *Factores Sociodemográficos Maternos que Influyen en la práctica De Estimulación Temprana Y Desarrollo Psicomotor en niños lactantes*. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, observacional, diseño; descriptivo correlacional de corte transversal, con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos maternos que influyen en la práctica de estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños lactantes cuya muestra fue no probabilística incluyendo a 44 lactantes con sus respectivas madres. Se determinó que los factores sociodemográficos maternos son

favorables según grado de instrucción 68%, ocupación 82%, estructura familiar 68% y vivienda 64%. Así mismo los lactantes evaluados tuvieron desarrollo normal 75% y riesgo 25%. Concluyendo que el mayor porcentaje de lactantes evaluados con la Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotriz (EEDP) tienen desarrollo normal y un mínimo porcentaje presentan riesgo (42).

- En el Perú, el comportamiento sexual y la edad de inicio de las relaciones sexuales varían según la identidad étnica, región de procedencia, nivel educativo y estrato socioeconómico al que se pertenece. Las adolescentes en situación de pobreza y exclusión social son las más vulnerables, tanto en las áreas urbano-marginales como en las áreas rurales del país (Grupo de Trabajo Prevención del embarazo adolescente GTPEA 2012).

Las complicaciones en el embarazo y el aborto constituyen una de las cinco causas principales de muerte entre mujeres de 15 a 19 años de edad. El embarazo adolescente y sus consecuencias afectan los derechos a la vida y a la salud de los adolescentes y también impide el derecho a la educación y a la no discriminación en todas las esferas de la vida.

El 13.2% de las mujeres entre 15 a 19 años de edad ya son madres o están gestando por primera vez. En el área rural son el 21,5% y en la selva son el 27.5%. Los mayores porcentajes de adolescentes madres o embarazadas se presentan en las mujeres sin educación (56,7 %), en las residentes de la selva (27,5 %), entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (26,1 %) y en el área rural (21,5 %). Mientras que en Lima Metropolitana se aprecian menores porcentajes (7,7 %), entre

aquellas con educación superior (4,4%) y en las del quintil superior de riqueza (2,6%) (INEI 2013: 105,106 y 107).

Entre los años 2000 y 2011, se ha observado una tendencia hacia el incremento de la proporción de madres adolescentes en los departamentos de Madre de Dios (de 23.6 a 27.9%), Pasco (de 13.4 a 17.0%), Ica (de 8.8 a 14.6%), Tumbes (de 11.1 a 17.5%), Piura (de 9.7 a 13.3%), Junín (de 10.4 a 15.1%), Puno (de 12.0 a 14.5%), Moquegua (de 7.1 a 9.1%) y Tacna (de 8.0 a 9.0%) (GTPEA 2012).

Se identifican dos tipos de escenarios geográficos donde el embarazo en adolescentes se concentra con mayor proporción: 1) zonas rurales en la selva de los departamentos de Loreto, Madre de Dios, Ucayali, San Martín y Amazonas; y 2) zonas urbano-marginales de áreas metropolitanas de Lima, Callao, Piura y Trujillo.

El embarazo adolescente comporta consecuencias en el desarrollo personal y educativo, pues el 56.7% de adolescentes no tiene educación y el 4,4% de adolescentes embarazadas tienen educación superior (INEI 2013) (43).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio:

Estudio descriptivo de tipo transversal.

3.2. Población:

Todos los niños menores de dos años de madres adolescentes que acuden al control post-natal del “Centro Materno Infantil Los Sureños” del Distrito de Puente Piedra, Lima Perú; durante el mes de mayo a junio del 2015; (N=120).

3.2.1. Criterios de Inclusión:

- Niños nacidos a término entre las 37-42 semanas gestacionales.
- Niños sin diagnóstico de patologías.
- Niños cuyos padres aceptaron participar de este estudio, previa firma del consentimiento informado.
- Niños que asisten al Centro Materno Infantil “Los Sureños” del distrito de Puente piedra.
- Madres adolescentes (15-19 años).

3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Niños con antecedentes de riesgo natales y postnatales.
- Niños prematuros.
- Niños con lesiones neurológicas.
- Niños con enfermedades sistémicas.
- Niños con alteraciones congénitas o genéticas.

- Niños que hayan recibido estimulación temprana.
- Niños cuyos padres no aceptaron participar de este estudio, previa firma del consentimiento informado.
- Niños que no asisten al Centro Materno Infantil “Los Sureños” del distrito de Puente piedra.

3.3. Muestra:

Se carece de formula muestral ya que se tomó a una población de 111 niños menores de dos años de madres adolescentes, que acudieron al control post-natal en el Centro Materno Infantil Los Sureños, en el distrito de Puente Piedra; durante el periodo descrito. Se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.4. Operacionalización de Variables:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Forma de Registro
Principal:				
Perfil Psicomotor	Manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central.	CONAII	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retraso: Menor o igual a 69 ▪ Riesgo: 84 y 70 ▪ Normal: Entre 85 y 115 ▪ Normal Alto: Por encima del 115
Secundarias:				

Apgar	Valoración clínica sobre el estado general después del nacimiento del bebé.	Tarjeta CRED	Continua	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puntaje de 0 a 10 al 1ro y 5to minuto
Peso del niño	El peso equivale a la fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto de apoyo.	Balanza pediátrica	Continua	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kilogramos
Talla del niño	Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo.	Infantómetro	Continua	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centímetros
sexo	Es el estado biológico, social y legal que nos identifica como hombres y mujeres.	Documento Nacional de Identidad.	Binaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino ▪ Femenino
Edad de la madre	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, que se expresa en horas, días, meses y años.	Documento Nacional de Identidad.	Continua	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Años
Tipo de parto	Forma de término del parto.	Ficha de recolección de datos.	Binaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normal ▪ Cesárea.
Paridad	Número de hijos.	Ficha de recolección de datos.	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primípara ▪ Múltipara
Lugar de Procedencia	Lugar de origen.	Ficha de recolección de datos.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lima ▪ Provincia

Grado de instrucción	Nivel de educación alcanzado por las personas de acuerdo a las características del sistema educacional del país.	Ficha de recolección de datos.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primaria ▪ Secundaria ▪ Superior
Ocupación	Actividad productiva o responsabilidad que desempeña una persona en el ámbito familiar o social.	Ficha de recolección de datos.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudia ▪ Trabaja ▪ Ama de casa.

3.5. Procedimientos y Técnicas:

Para llevar a cabo la recopilación de la información de este estudio, se presentó una carta que fue dirigida al Jefe del Centro Materno Infantil Los Sureños, solicitando autorización para llevar a cabo el estudio e ingresar al área de Crecimiento y Desarrollo. Previo a la evaluación se solicitó a la madre o apoderado firmar el formato de consentimiento informado (ANEXO N° 1) en donde autorizan que se lleve con normalidad los procedimientos de dicha evaluación. Se entrevistó a la madre con el fin de obtener información necesaria para la investigación también se solicitó la tarjeta de control de crecimiento y desarrollo del niño (CRED), verificando la puntuación de Apgar. Inicialmente se explicó el procedimiento que se llevaría a cabo durante toda la evaluación del perfil psicomotor con el Esquema del Desarrollo del Niño CONAII –INR “Consejo Nacional Para la Integración del Impedido - Instituto Nacional de Rehabilitación” (ANEXO N° 3), seguidamente se obtuvo el peso y la talla utilizándose una balanza de marca GREETMED modelo GT130-200

y un infantómetro de madera; así mismo todos los niños fueron evaluados por la misma investigadora con el fin de reducir los errores de medición.

A. ESQUEMA DE DESARROLLO DEL NIÑO (CONAII-IRN)

TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

Es una guía para el seguimiento y anticipación de las etapas del desarrollo donde se establece una relación de contacto directo madre-niño (cara a cara) enfatizando el rol de interacción verbal y del área cognitiva que son las más difíciles de lograr en un medio ambiente de bajos recursos; refuerza así, la relación afectiva del niño con la madre haciéndola más duradera.

La ficha CONAII da la importancia que merecen las áreas socio-emocionales que inciden en la seguridad y confianza del Niño y pretende ayudar a elevar el desarrollo de la creatividad, la curiosidad por explorar actividades nuevas lo que desarrolla su potencial intelectual y facilita su integración audiovisual, esencial para el aprendizaje de la lectura.

“El Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño” (CONAII) es un instrumento que da a conocer el desarrollo del niño, y que permite evaluar el perfil general del niño de 0 a 30 meses que se divide en 12 ítems y 88 hitos.

Validación del Test Peruano de Evaluación del Desarrollo

Esta ficha fue validada por la organización PRISMA en el cono Sur de Lima, Perú, aplicándose a nuestra población y desde entonces hasta la actualidad, a través del programa de Rehabilitación Basada en la

Comunidad (RBC) en Puno, Chimbote, Cajamarca y Lima, (Cono Sur y Cono Norte).

El esquema de CONAIL – INR diseñado en esta investigación se integran criterio y necesidades globales de evaluación rápida, que además de los sistemas de desarrollo motor; comunicación y social contiene aspectos que permiten evaluar factores y elementos del desarrollo cognoscitivo del niño, para ayudarlo a desarrollar mejor su inteligencia y en adelante constituir un acicate para profundizar estudios sobre estos factores.

El esquema que el INR se planteó, cuido de colocar hitos que tuvieran en buena parte de ellos una correlación neurológica que le dé mayor sensibilidad a la prueba para la detección de lesiones orgánicas en forma precoz; este Test por fácil aplicación y bajo costo estaría al alcance masivo de la población y permitirá establecer programas de estimulación.

Características del Esquema de Desarrollo CONAIL - INR

La mayoría de las escalas de desarrollo se refieren a las cuatro áreas Clásicas básicas: Motor fina, Motor gruesa Social y Lenguaje. Nosotros hemos querido enfatizar los hitos clásicos que son fundamentales para el desarrollo de funciones cognoscitivas, así: además de lenguaje comprensivo y expresivo tenemos una línea de conducta para inteligencia y aprendizaje: y aunque todavía no deberíamos asignar la palabra “inteligencia” para estas edades del niño, lo hacemos con la expresa intención de subrayar que en nuestros países tanto los padres

como lo profesionales deberían poner mayor interés en las funciones de aprendizaje que permitan a nuestros niños un mayor y mejor desarrollo de su productividad lo que redundará sobre su calidad de vida. También están desdobladas las áreas sociales – emocionales en -. Comportamiento social, alimentación, vestido e higiene y juego, que dan apoyo al desarrollo intelectual del niño.

El esquema del Desarrollo del Niño tiene además las siguientes características:

En el eje de las ordenadas, o columna de la izquierda están colocadas las líneas del desarrollo, correspondientes a los diferentes comportamientos (*) que son:

Comportamiento Motor Postural: Que incluye las siguientes líneas de desarrollo.

- Control de cabeza - tronco Sentado. A
- Control de cabeza - tronco Rotación. B
- Control de cabeza – tronco Marcha. C

Comportamiento Visomotor: Que incluye las siguientes líneas de desarrollo.

- Uso de brazo y mano. D
- Visión. E

Comportamiento del Lenguaje: Que incluye las siguientes líneas de desarrollo.

- Audición. F

- Lenguaje comprensivo. G
- Lenguaje expresivo. H

Comportamiento Personal - Social: Que comprende las siguientes líneas de desarrollo.

- Comportamiento social. I
- Alimentación vestido e higiene. J
- Juego. K

Inteligencia- aprendizaje

- Inteligencia – aprendizaje. L

(*) Comportamiento o conducta como la forma en que se manifiesta determina.

MANEJO DEL NIÑO

- El niño debe estar acompañado preferentemente por sus padres o adulto responsable de su cuidado a fin de que pueda proporcionar la información pertinente.
- La niña o el niño deben ser evaluados despiertos y sanos y en un ambiente carente de distracciones.
- Es conveniente explicar a padres o adulto responsable de su cuidado los objetivos de la prueba para obtener su mejor colaboración.
- Todo estímulo o manipulación del niño por el evaluador debe ser realizado con suavidad y sin incomodarlo.
- En caso de utilizar material de evaluación, debe ser mostrado al niño únicamente cuando vaya a ser usado y debe ser retirado de su vista cuando ya no sea necesario.

- Se evitará apartar bruscamente al niño de alguna actividad interesante para él; para someterlo a otra prueba; se evitará también presionarlo para que responda antes de que esté listo para hacerlo. La rapidez con que se administre la prueba deberá adaptarse al temperamento del niño y a la experiencia de la evaluación.

B. Mediciones del peso y talla

La confiabilidad en la toma del peso dependió de:

- Estado emotivo del niño.
- Vestimenta ligera (pañal o trusa y chaqueta o polo).
- Sensibilidad de la balanza y su mantenimiento.

BALANZA

La balanza con la cual se hicieron la toma de peso de cada uno de los niños fue una balanza pediátrica mecánica de marca GREETMED modelo GT 130-200 en las cuales tiene las siguientes especificaciones técnicas.

- Capacidad Máxima: 20 Kg. (44 Lb.)
- División de Escala: 50 g (0-10 Kg.)/2 Oz. (0-22 Lb.)
- Área de Plataforma: 454 x 270 mm.
- Dimensión Total: 545 x 370 x 150 mm.
- Precisión: 5 gr.

INFANTÓMETRO

Es un instrumento que se emplea para medir la longitud de niños menores de dos años y se mide en posición horizontal.

Características

Es de madera, puede ser fijo cuando su diseño es para uso en el establecimiento de salud, y es móvil o portátil cuando se necesita transportar a campo.

Técnica para medir la longitud del niño y la niña

- Con la ayuda de la madre, se acuesta al niño y con sus manos por la parte de atrás coloque la cabeza lentamente sobre el infantómetro, para que mire en sentido recto, hacia arriba.
- Colocar sus manos sobre los oídos del niño con sus dedos pulgares hacia adentro contra sus otros dedos, con sus brazos directamente rectos y de manera cómoda, Asegure que línea de visión del niño debe ser perpendicular al piso.
- Su cabeza debe estar en línea recta con la cabeza del niño. Mire hacia los ojos del niño.
- Luego verificar si los talones del niño tocando el tope móvil inferior del infantómetro y con la mano derecha sujete firmemente.
- Leer tres veces la medida acercando y alejando el tope móvil aproximándolo al 0,1 cm inmediato inferior.
- Retirar el tope móvil inferior del infantómetro, luego retire su mano izquierda de los tobillos o rodillas del niño y sosténgalo mientras se escribe la medida.

3.6. Plan de Análisis de Datos:

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 22.0. Se determinaron medidas de tendencia central. Se emplearon tablas de frecuencia y de contingencia. Se obtuvo como resultados del 100% de la población, el 64,9% de los niños presentaron riesgo en el desarrollo psicomotor, de los cuales el 20,7% los niños se registraron con retraso en el desarrollo psicomotor, mientras que el 14,4% de los niños demostraron tener un desarrollo psicomotor normal, así mismo no se registró ningún niño con desarrollo psicomotor normal alto.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Se recolectaron 111 niños menores de dos años, de madres adolescentes, quienes acudieron al control post-natal del “Centro Materno Infantil Los Sureños” del Distrito de Puente Piedra. El 63,1% de los niños fueron varones y el 36,9% fueron mujeres. El promedio de las edades fue de $9,43 \pm 7,20$ meses, con una mediana de 7 meses, moda de 2 meses y un rango de edades entre 1 y 24 meses.

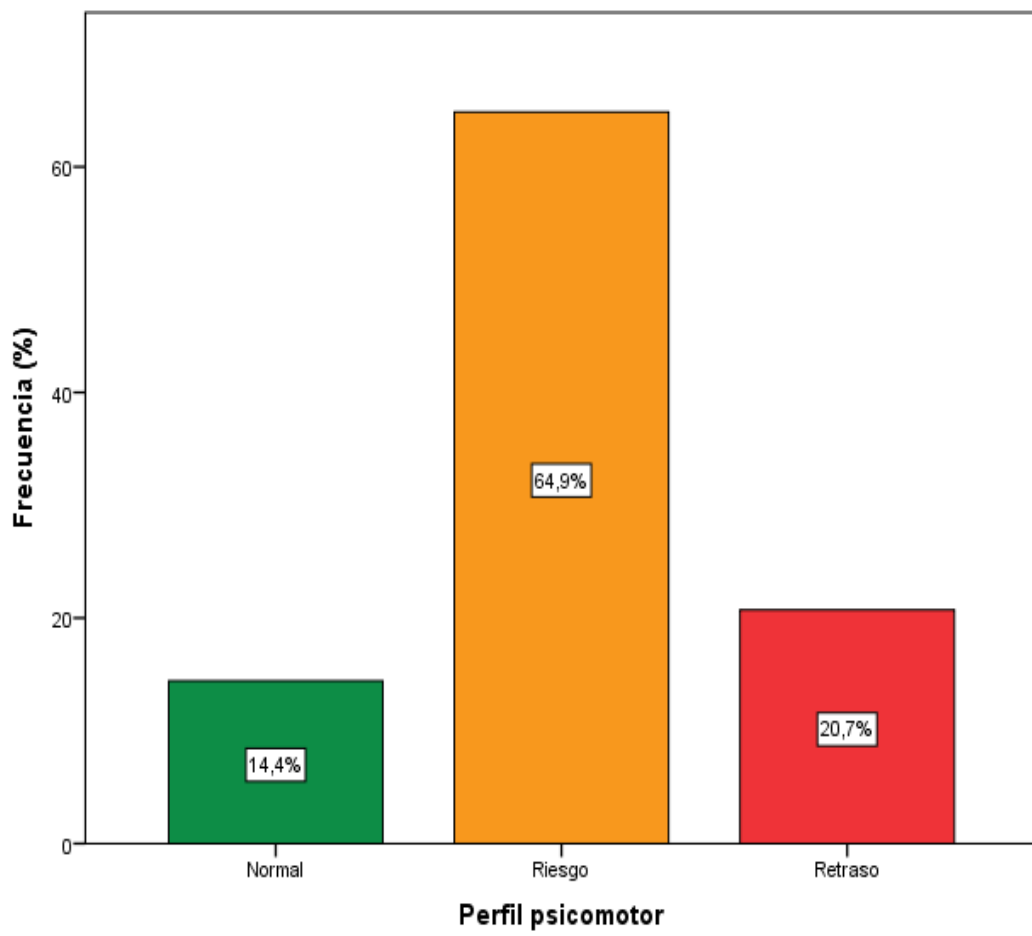
PERFIL PSICOMOTOR

Tabla 1. Perfil psicomotor.

Perfil psicomotor	n	%
Normal alto	0	0,0
Normal	16	14,4
Riesgo	72	64,9
Retraso	23	20,7
Total	111	100,0

De acuerdo al puntaje estándar para la determinación del perfil psicomotor, ningún niño tuvo desarrollo psicomotor normal alto, el 14,4% tuvieron desarrollo psicomotor normal, el 64,9% estuvieron en riesgo y el 20,7% tuvieron retraso en el desarrollo psicomotor (Tabla 1).

Gráfico 1. Perfil psicomotor.



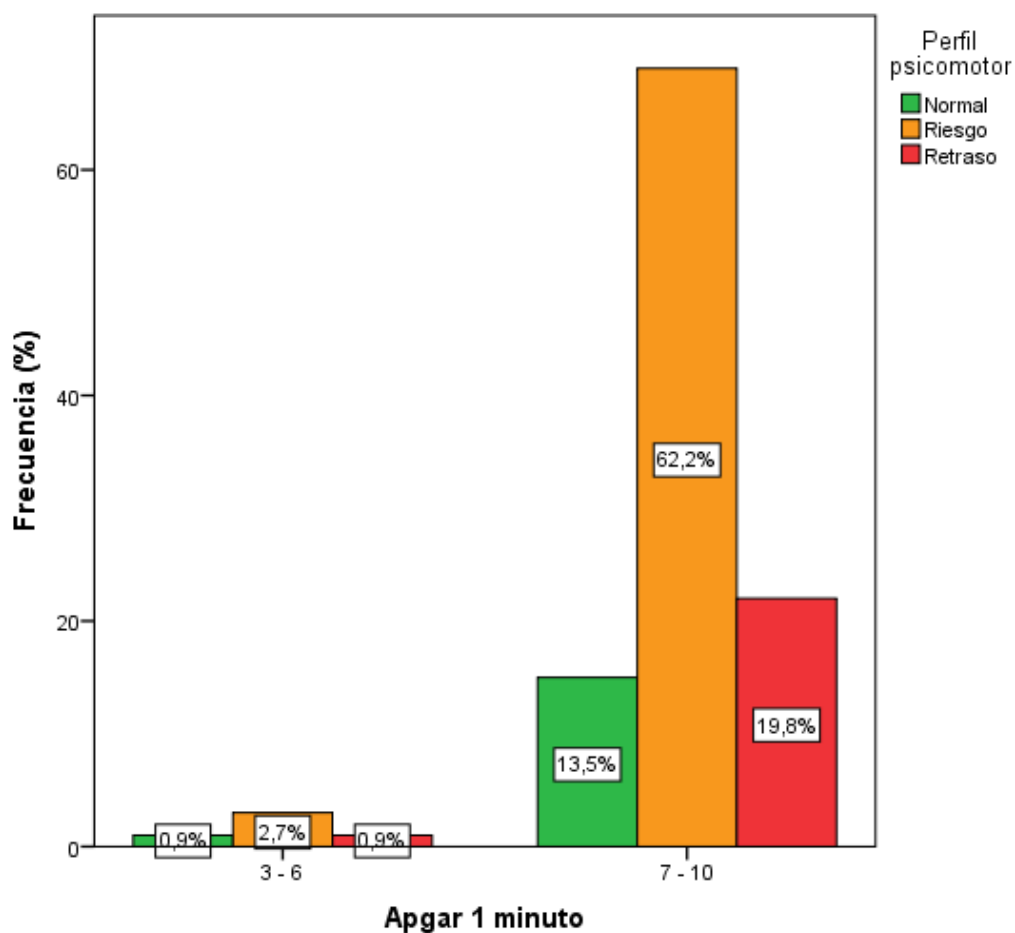
PERFIL PSICOMOTOR CON RELACION APGAR 1 MINUTO

Tabla 2. Perfil psicomotor con respecto Apgar 1 minuto.

Variable de estudio		Desarrollo psicomotor			Total
		Normal	Riesgo	Retraso	
Apgar 1 minuto	3 - 6	1 6,3%	3 4,2%	1 4,3%	5 4,5%
	7 - 10	15 93,8%	69 95,8%	22 95,7%	106 95,5%
Total		16 100,0%	72 100,0%	23 100,0%	111 100,0%

En relación al Apgar del 1^{er} minuto, el 4,5% de los niños tuvieron entre 3 a 6 y el 95,5% tuvieron entre 7 a 10. De todos los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, el 4,3% tuvieron entre 3 a 6 y el 95,7% tuvieron entre 7 a 10 (Tabla 2).

Gráfico 2. Perfil psicomotor con relación Apgar 1 minuto.



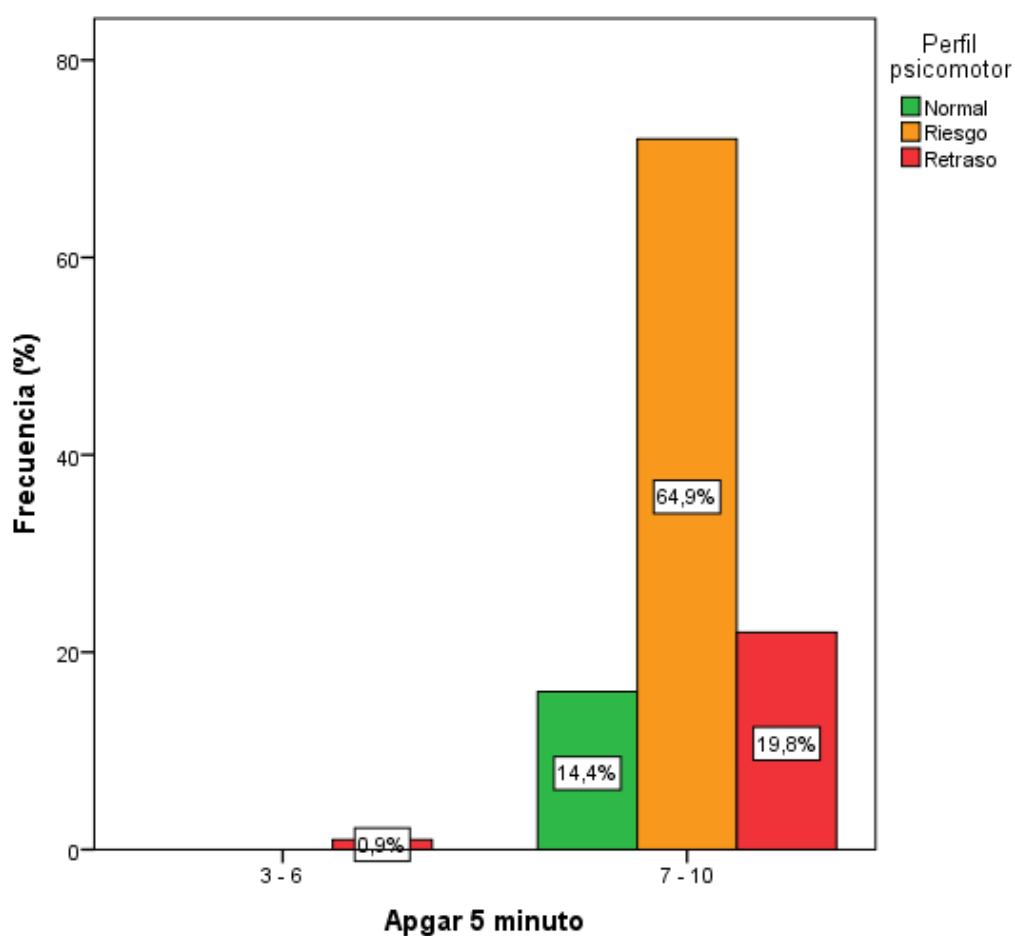
PERFIL PSICOMOTOR CON RELACION APGAR 5 MINUTO

Tabla 3. Perfil psicomotor según Apgar 5 minuto.

Variable de estudio		Desarrollo psicomotor			Total
		Normal	Riesgo	Retraso	
Apgar 5 minuto	3 - 6	0 0,0%	0 0,0%	1 4,3%	1 0,9%
	7 - 10	16 100,0%	72 100,0%	22 95,7%	110 99,1%
Total		16 100,0%	72 100,0%	23 100,0%	111 100,0%

En relación al Apgar a los 5 minutos, el 0,9% de los niños tuvieron entre 3 a 6 y el 99,1% tuvieron entre 7 a 10. De todos los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, el 4,3% tuvieron entre 3 a 6 y el 95,7% tuvieron entre 7 a 10 (Tabla 3).

Gráfico 3. Nivel de desarrollo psicomotor según Apgar 5 minuto.



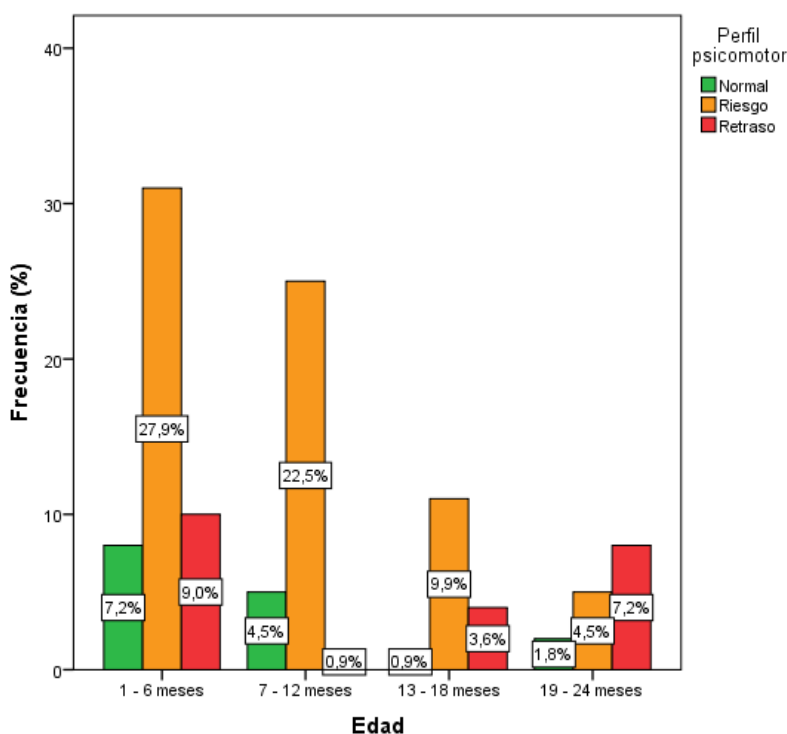
PERFIL PSICOMOTOR CON RELACION A LA EDAD

Tabla 4. Perfil psicomotor con relación a la edad.

Variable de estudio	Desarrollo psicomotor			Total	
	Normal	Riesgo	Retraso		
Edad	1 - 6 meses	8 50,0%	31 43,1%	10 43,5%	49 44,1%
	7 - 12 meses	5 31,3%	25 34,7%	1 4,3%	31 27,9%
	13 - 18 meses	1 6,3%	11 15,3%	4 17,4%	16 14,4%
	19 - 24 meses	2 12,5%	5 6,9%	8 34,8%	15 13,5%
	Total	16 100,0%	72 100,0%	23 100,0%	111 100,0%

En relación a la edad, el grupo más representativo fueron los niños entre 1 a 6 meses con 44,1%, seguido de los niños con 7 a 12 meses con 27,9%, niños de 13 a 18 meses con 14,4% y niños de 19 a 24 meses con 13,5%. De todos los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, los niños con 1 a 6 meses de edad, fueron los más frecuentes con 43,5%, seguido de los niños con 19 a 24 meses con 34,8% (Tabla 4).

Gráfico 4. Perfil psicomotor con relación a la edad.



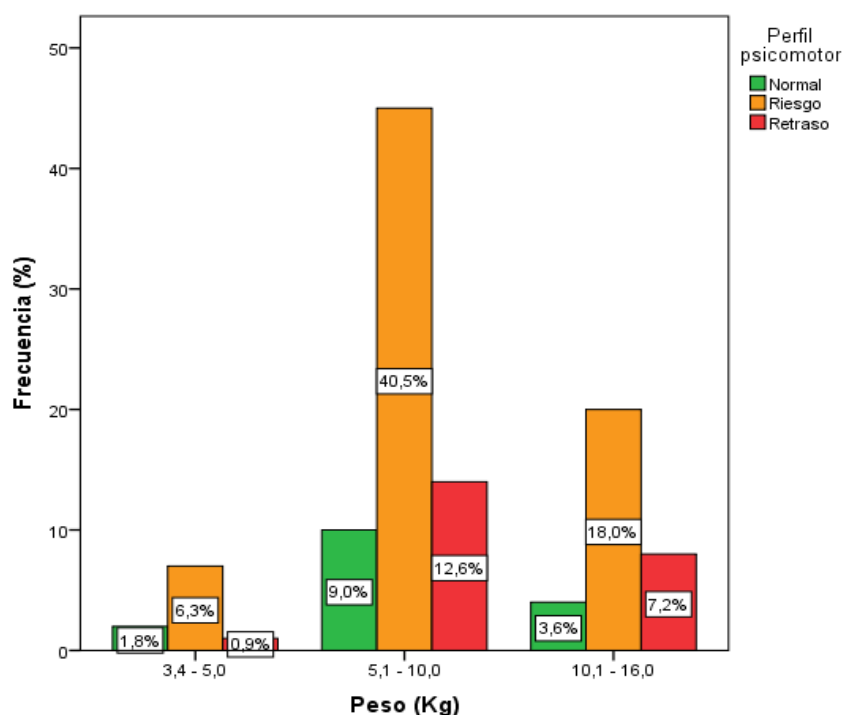
PERFIL PSICOMOTOR CON RELACION AL PESO

Tabla 5. Perfil psicomotor con relación al peso.

Variable de estudio	Desarrollo psicomotor			Total
	Normal	Riesgo	Retraso	
Peso (Kg)	2	7	1	10
	12,5%	9,7%	4,3%	9,0%
	10	45	14	69
	62,5%	62,5%	60,9%	62,2%
	4	20	8	32
	25,0%	27,8%	34,8%	28,8%
Total	16	72	23	111
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En relación al peso, el 9,0% de los niños tuvieron entre 3,4 a 5 Kg de peso, el 62,2% tuvieron entre 5,1 a 10 Kg y el 28,8% tuvieron entre 10,1 a 16 Kg. De todos los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, los que pesaron entre 5,1 a 10 Kg, fueron los más frecuentes con 60,9%, seguido de los que pesaron entre 10,1 a 16 Kg con 34,8% y los que pesaron entre 3,4 a 5 Kg con 4,3% (Tabla 5).

Gráfico 5. Perfil psicomotor con relación al peso.



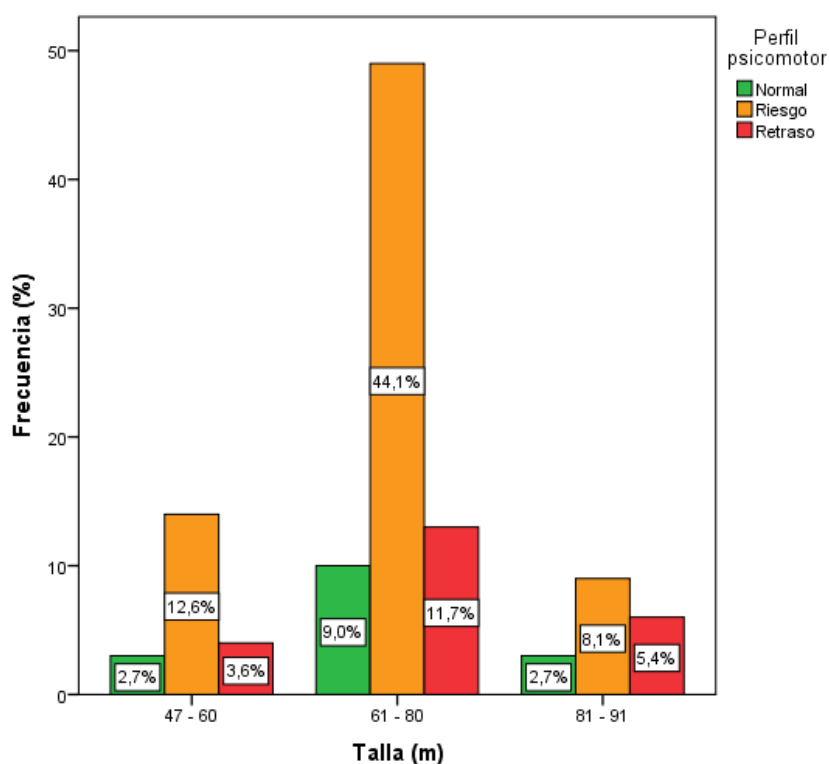
PERFIL PSICOMOTOR CON RELACION A LA TALLA

Tabla 6. Perfil psicomotor con relación a la talla.

Variable de estudio	Desarrollo psicomotor			Total	
	Normal	Riesgo	Retraso		
Talla (cm)	47 – 60	3 18,8%	14 19,4%	4 17,4%	21 18,9%
	61 – 80	10 62,5%	49 68,1%	13 56,5%	72 64,9%
	81 – 91	3 18,8%	9 12,5%	6 26,1%	18 16,2%
Total	16 100,0%	72 100,0%	23 100,0%	111 100,0%	

En relación a la talla, el grupo más representativo fueron los niños entre 61 a 80 cm de talla con 64,9%, seguido de los niños entre 47 a 60 cm con 18,9% y niños entre 81 a 91 cm con 16,2%. De todos los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, los niños que medían entre 61 a 80 cm, fueron los más frecuentes con 56,5% (Tabla 6).

Gráfico 6. Perfil psicomotor con relación a la talla.



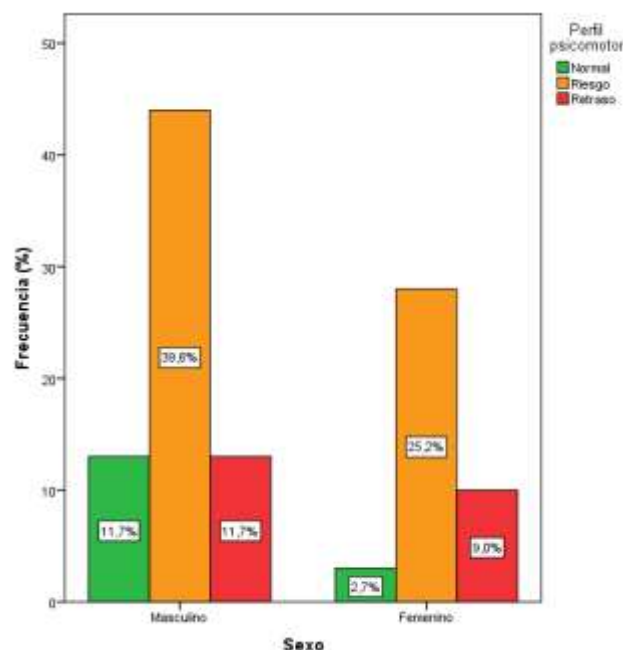
PERFIL PSICOMOTOR CON RELACION AL SEXO

Tabla 7. Perfil psicomotor con relación al sexo.

Variable de estudio		Desarrollo psicomotor			Total
		Normal	Riesgo	Retraso	
Género sexual	Masculino	13 81,3%	44 61,1%	13 56,5%	70 63,1%
	Femenino	3 18,8%	28 38,9%	10 43,5%	41 36,9%
Total		16 100,0%	72 100,0%	23 100,0%	111 100,0%

En relación al sexo el más representativo fue el masculino con 63,1%. El 56,5% de los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, fueron varones y el 43,5% fueron mujeres. El 61,1% de los niños con riesgo, fueron varones y el 38,9% fueron mujeres (Tabla 7).

Gráfico 7. Perfil psicomotor con relación al sexo.



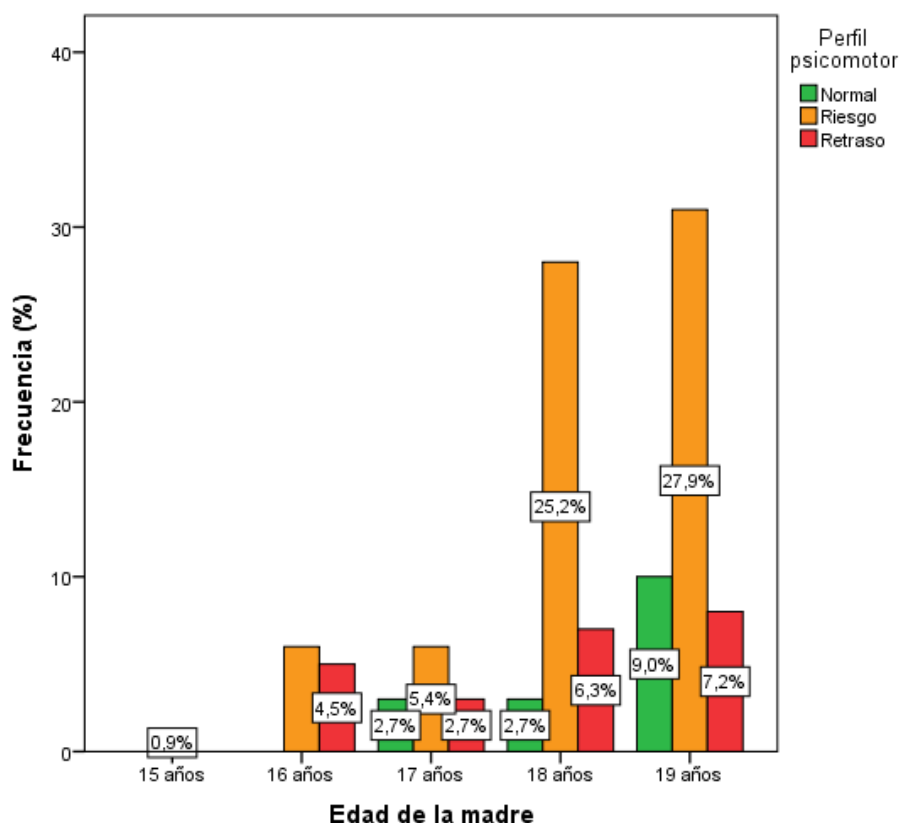
PERFIL PSICOMOTOR CON RELACION A LA EDAD DE LA MADRE

Tabla 8. Perfil psicomotor con relación a la edad de la madre.

Variable de estudio	Desarrollo psicomotor			Total	
	Normal	Riesgo	Retraso		
Edad de la madre	15 años	0 0,0%	1 1,4%	0 0,0%	1 0,9%
	16 años	0 0,0%	6 8,3%	5 21,7%	11 9,9%
	17 años	3 18,8%	6 8,3%	3 13,0%	12 10,8%
	18 años	3 18,8%	28 38,9%	7 30,4%	38 34,2%
	19 años	10 62,5%	31 43,1%	8 34,8%	49 44,1%
	Total	16 100,0%	72 100,0%	23 100,0%	111 100,0%

En relación a la edad de la madre, las más representativas fueron las madres de 19 y 18 años, con 44,1% y 34,2% respectivamente. Las mismas edades también corresponden a las madres con mayor frecuencia dentro de los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, con 34,8% y 30,4%, respectivamente (Tabla 8).

Gráfico 8. Perfil psicomotor con relación a la edad de la madre.



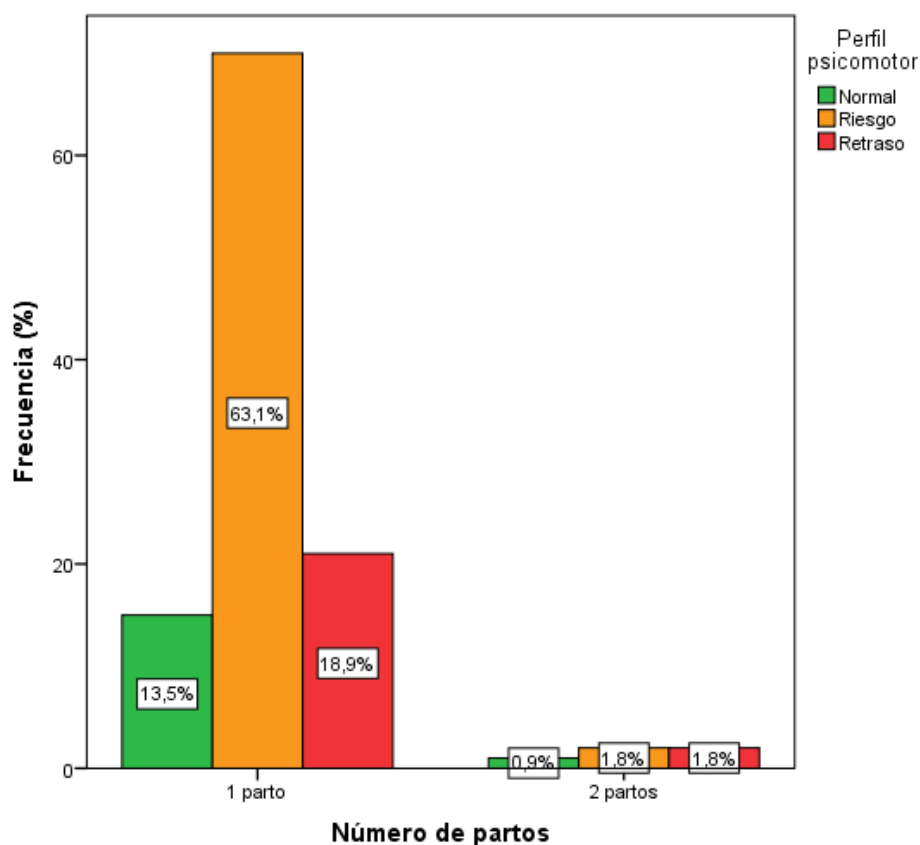
PERFIL PSICOMOTOR CON RELACION AL NUMERO DE PARTOS (PARIDAD)

Tabla 9. Perfil psicomotor con relación al número de partos.

Variable de estudio		Desarrollo psicomotor			Total
		Normal	Riesgo	Retraso	
Número de partos	1 parto	15 93,8%	70 97,2%	21 91,3%	106 95,5%
	2 partos	1 6,3%	2 2,8%	2 8,7%	5 4,5%
Total		16 100,0%	72 100,0%	23 100,0%	111 100,0%

En cuanto al número de partos de la madre, el 95,5% tuvieron un parto y el 4,5% tuvieron dos partos. Asimismo, de todas las madres adolescentes de los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, el 91,3% tuvieron un parto y el 8,7% dos partos (Tabla 9).

Gráfico 9. Perfil psicomotor con relación al número de partos.



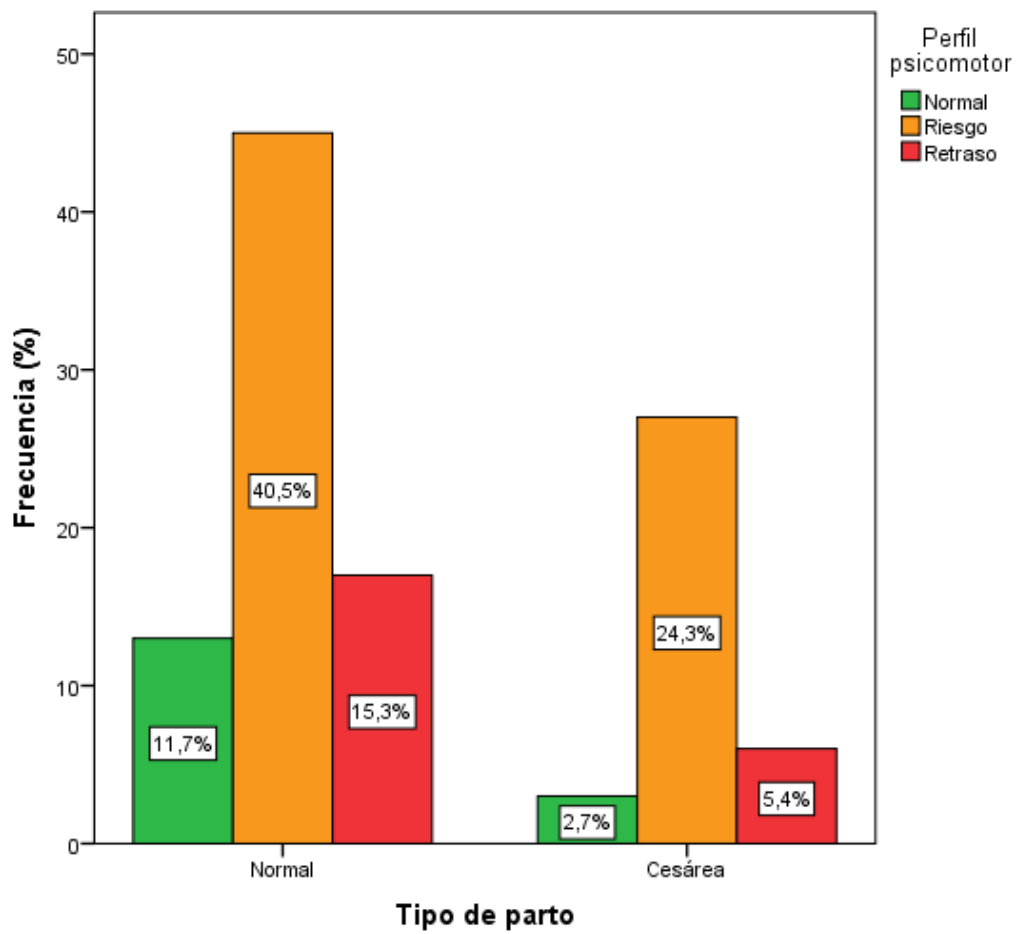
PERFIL PSICOMOTOR CON RELACION AL TIPO DE PARTO

Tabla 10. Perfil psicomotor con relación al tipo de parto.

Variable de estudio		Desarrollo psicomotor			Total
		Normal	Riesgo	Retraso	
Tipo de parto	Normal	13 81,3%	45 62,5%	17 73,9%	75 67,6%
	Cesárea	3 18,8%	27 37,5%	6 26,1%	36 32,4%
Total		16 100,0%	72 100,0%	23 100,0%	111 100,0%

En relación al tipo de parto, el 67,6% de los niños nacieron por parto normal y el 32,4% por cesárea. De todos los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, el 73,9% nacieron por parto normal y el 26,1% por cesárea (Tabla 10).

Gráfico 10. Perfil psicomotor con relación al tipo de parto.



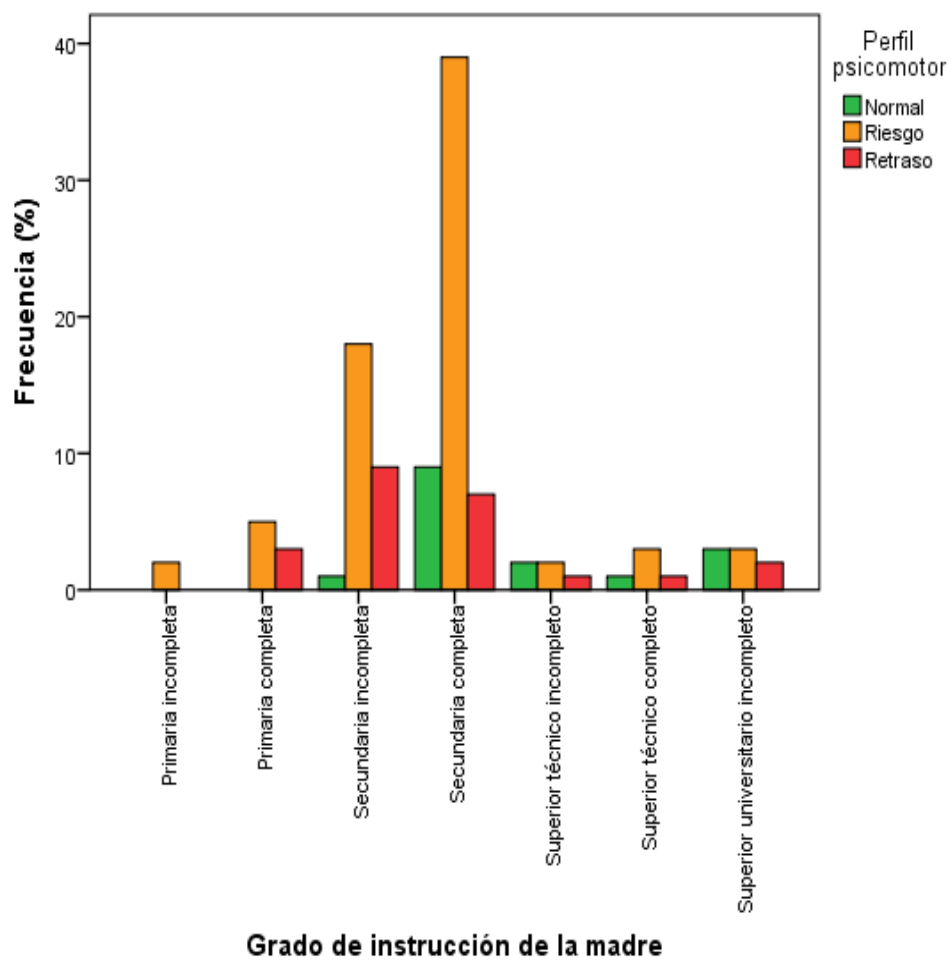
PERFIL PSICOMOTOR CON RELACION AL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

Tabla 11. Perfil psicomotor con relación al grado de instrucción de la madre.

Variable de estudio	Desarrollo psicomotor			Total	
	Normal	Riesgo	Retraso		
Grado de instrucción de la madre	Primaria incompleta	0 0,0%	2 2,8%	0 0,0%	2 1,8%
	Primaria completa	0 0,0%	5 6,9%	3 13,0%	8 7,2%
	Secundaria incompleta	1 6,3%	18 25,0%	9 39,1%	28 25,2%
	Secundaria completa	9 56,3%	39 54,2%	7 30,4%	55 49,5%
	Superior técnico incompleto	2 12,5%	2 2,8%	1 4,3%	5 4,5%
	Superior técnico completo	1 6,3%	3 4,2%	1 4,3%	5 4,5%
	Superior universitario incompleto	3 18,8%	3 4,2%	2 8,7%	8 7,2%
	Total	16 100,0%	72 100,0%	23 100,0%	111 100,0%

De acuerdo al grado de instrucción de las madres, las que tuvieron secundaria completa fueron las más frecuentes con 49,5%, seguido de las madres con secundaria incompleta con 25,2%. Asimismo, el 9,0% tuvieron nivel superior técnico y sólo el 7,2% tuvieron nivel superior universitario. De todos las madres de los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, las más representativas tenían nivel secundaria incompleto (39,1%) y secundaria completa (30,4%). (Tabla 11).

Gráfico 11. Perfil psicomotor con relación al grado de instrucción de la madre.



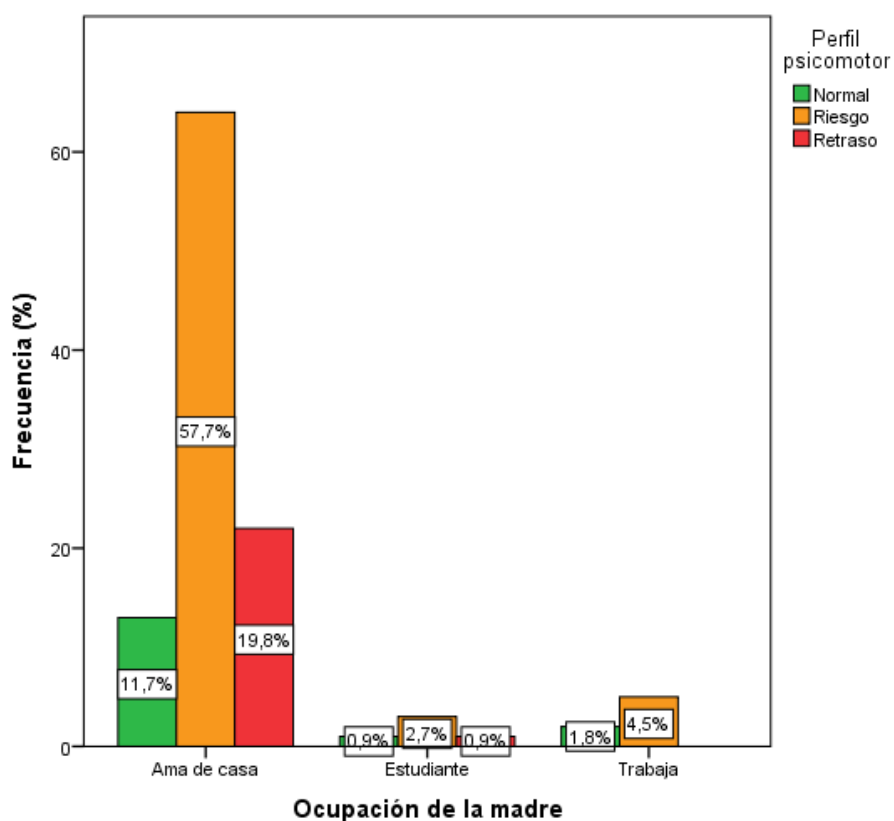
PERFIL PSICOMOTOR CON RELACION A LA OCUPACIÓN DE LA MADRE

Tabla 12. Perfil psicomotor con relación a la ocupación de la madre.

Variable de estudio	Desarrollo psicomotor			Total	
	Normal	Riesgo	Retraso		
Ocupación de la madre	Ama de casa	13 81,3%	64 88,9%	22 95,7%	99 89,2%
	Estudiante	1 6,3%	3 4,2%	1 4,3%	5 4,5%
	Trabaja	2 12,5%	5 6,9%	0 0,0%	7 6,3%
Total	16 100,0%	72 100,0%	23 100,0%	111 100,0%	

En relación a la ocupación de la madre, el 89,2% eran amas de casa, el 6,3% trabajaban y el 4,5% estudiaban. Asimismo, de todas las madres de los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, el 95,7% fueron amas de casa y el 4,3% estudiaban (Tabla 12).

Gráfico 12. Perfil psicomotor con relación a la ocupación de la madre.



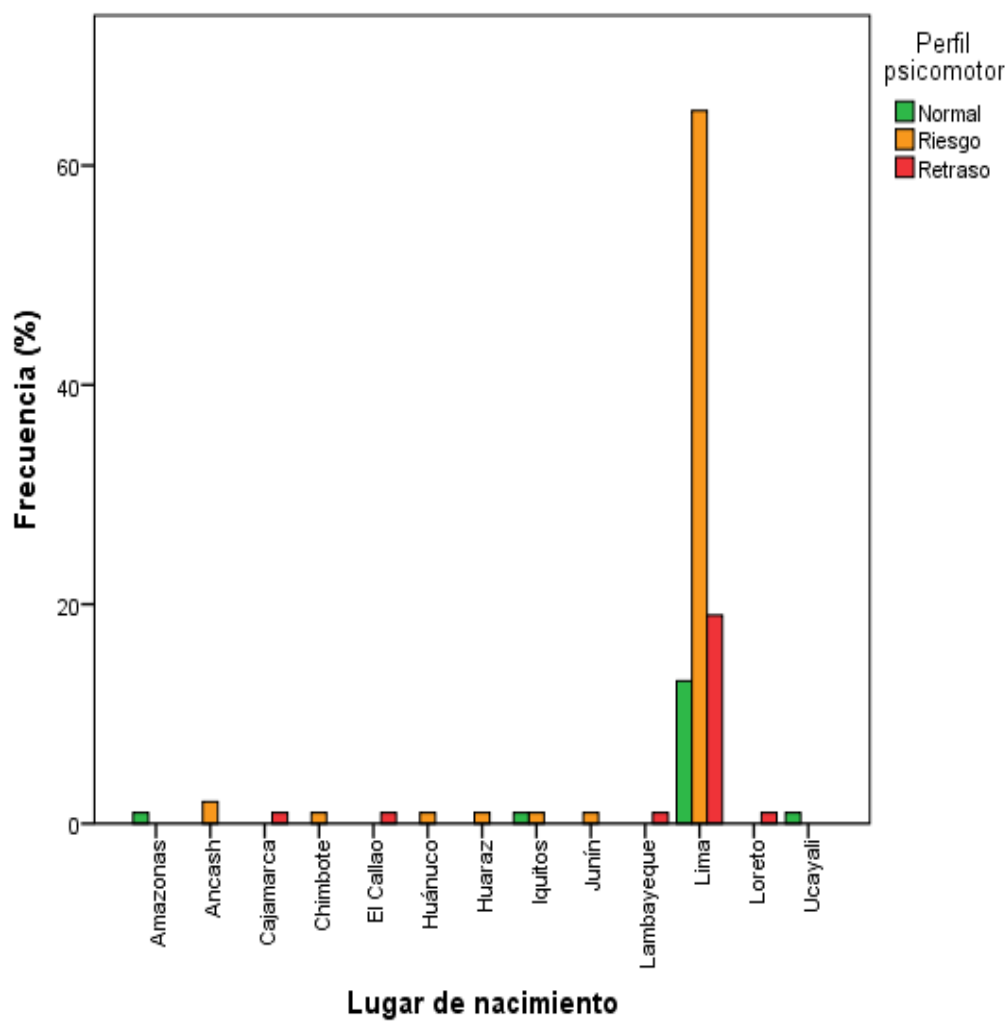
PERFIL PSICOMOTOR CON RELACION AL LUGAR DE PROCEDENCIA

Tabla 13. Perfil psicomotor con relación al lugar de procedencia.

Variable de estudio	Desarrollo psicomotor			Total	
	Normal	Riesgo	Retraso		
Lugar de nacimiento	Amazonas	1 6,3%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,9%
	Ancash	0 0,0%	2 2,8%	0 0,0%	2 1,8%
	Cajamarca	0 0,0%	0 0,0%	1 4,3%	1 0,9%
	Chimbote	0 0,0%	1 1,4%	0 0,0%	1 0,9%
	El Callao	0 0,0%	0 0,0%	1 4,3%	1 0,9%
	Huánuco	0 0,0%	1 1,4%	0 0,0%	1 0,9%
	Huaraz	0 0,0%	1 1,4%	0 0,0%	1 0,9%
	Iquitos	1 6,3%	1 1,4%	0 0,0%	2 1,8%
	Junín	0 0,0%	1 1,4%	0 0,0%	1 0,9%
	Lambayeque	0 0,0%	0 0,0%	1 4,3%	1 0,9%
	Lima	13 81,3%	65 90,3%	19 82,6%	97 87,4%
	Loreto	0 0,0%	0 0,0%	1 4,3%	1 0,9%
	Ucayali	1 6,3%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,9%
	Total	16 100,0%	72 100,0%	23 100,0%	111 100,0%

En relación al lugar de procedencia, el 87,4% de las madres nacieron en Lima, y el 12,6% estuvieron distribuidas en distintos puntos del país. Asimismo, de todos los niños con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor, la mayoría de las madres procede de Lima, con 82,6% de frecuencia (Tabla 13).

Gráfico 13. Perfil psicomotor con relación al lugar de procedencia.



4.2. DISCUSIONES DE RESULTADOS

1. Garrido, Hermosilla³⁹ y Mendoza, Subiría⁴². En su estudio cuyo propósito fue comparar los factores psicosociales asociados al riesgo y retraso del desarrollo psicomotor de los niños, en donde se encontró que el 75% de los niños presenta riesgo en su desarrollo. A diferencia del presente estudio en donde el 64,9% de la totalidad de los niños estuvieron con riesgo y el 20,7% tuvieron retraso en el desarrollo psicomotor, considerando que son hijos de madre adolescentes, en donde se evidencia menor frecuencia de riesgo en el desarrollo psicomotor.
2. Benitez, Locatella, Obregón³⁶ Salvo, Flores, Alarcón, Paredes³⁸. Realizaron un estudio con el objetivo de conocer los factores de riesgos neonatales más frecuentes y su relación con el embarazo adolescente menores de 20 años de edad. Obteniendo como resultados que el 30,5% de los partos correspondieron a madres adolescentes de dicho grupo etario de las cuales las complicaciones perinatales más observadas fueron el bajo peso al nacer, el puntaje Apgar menor a 7 al primer minuto y la prematuridad. A diferencia del presente estudio el 100% de los partos pertenece a las madres adolescentes de las cuales el (95,5%) fueron primíparas, asimismo entre los 18 a 19 años el (30,4% y 34,8%) representan con mayor frecuencia retraso en el desarrollo, mientras que el peso de los niños entre los 5,1 y 10 kg representa el (62,5%) de riesgo en el desarrollo psicomotor y según el Apgar al 1er minuto de puntaje mayor a 7 representa el (95.5%) del total de la población, mientras que al 5to minuto el (99.1%) representa el puntaje mayor a 7, de los cuales la frecuencia más significativa de los niños con retraso en el desarrollo psicomotor pertenece al apgar registrado a los 5 minutos de dicho puntaje con (95.7%), se demostró que a pesar de

tener un apgar mayor a 7 existe la probabilidad de no llevar un desarrollo psicomotor normal en el niño, mientras que Benitez, Locatella y Obregón asociaron el puntaje de apgar menor a 7 al bajo peso del niño, demostrando que las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar parto pretérmino cuyos hijos corren el riesgo de nacer con bajo peso, pudiendo contribuir desfavorablemente con el desarrollo adecuado del niño.

3. Andraca, Pinto, De La Parra, Rivera, Castillo⁴¹. Buscaron evaluar el efecto de factores de riesgo para el desarrollo infantil en niños, de nivel socioeconómico bajo, nacidos en óptimas condiciones biológicas pero expuestos a condiciones sociales adversas, con resultados en una población compuesta por niños de ambos sexos, en donde el (48% son varones), según el grado de instrucción los padres presentan un nivel de educación levemente inferior ($8,7 \pm 3,3$), 45,6% completó la básica, 51,3% la media, y 3,3% habían iniciado la educación superior. Considerando la falta de educación materna, se destacó que sólo 37,8% no supera el nivel básico de educación.

En el presente estudio se coincidió con el género sexual más representativo que fue el masculino con 63,1%. así mismo el 56,5% de los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, fueron varones y el 43,5% fueron mujeres, en relación al grado de instrucción de todas las madres adolescentes el 49,5 % de las madres completaron estudios básicos, mientras que el 25,2% no pudo culminar estudios básicos, considerando que de ellas mismas frecuencia más representativa de los niños con retraso en el desarrollo psicomotor es de (39,1%) y de las madres que completaron estudios básicos (secundaria completa) representan un (30,4%). No

coincidiendo con el estudio descrito por referirnos a una población de padres adolescentes provenientes de una zona urbana marginal, en donde sus condiciones sociodemográficas tienen cierta influencia sobre nivel educativo de los adolescentes, así mismo es reflejada en los cuidados del desarrollo del niño.

4. Bolaños, Mina y Ramos. Buscaron identificar los retrasos y alteraciones del desarrollo en infantes de 6 meses a 4 años de edad en donde (67%) representa el género masculino, en cuanto al grado de instrucción la mayoría tiene estudios superiores completos en (78%), así mismo se reportó que los niños de 6 a 23 meses presentaron retraso al (100%). En el presente estudio el género más representativo fue el masculino y según el grado de instrucción casi la mitad de la población completo estudios básicos (secundaria completa) (Andraca, Pinto, De La Parra, Rivera, Castillo)⁴¹. Asimismo de los niños de 1 a 6 meses de edad representan mayor frecuencia de retraso en el desarrollo en (43,5%), de los cuales no se coincide con el estudio descrito.
5. Escobedo, Fletes, Velázquez, Flores, López⁴⁰, Thompson y Mendoza, Subiría⁴² Buscaron conocer el estado nutricional y el desarrollo psicomotor, durante el primer año de vida, de los hijos de madre adolescente donde demuestran que no se encontraron diferencias significativas entre madres de ambos grupos según lo socioeconómico, escolaridad, ocupación y estado civil, aunque el porcentaje de los niños de madres adolescentes que mostraron algún grado de alteración en su desarrollo psicomotor fue 18%. A diferencia del presente estudio en donde la ocupación las madres adolescentes que laboran en casa (amas de casa) representan un 89,2%

de la totalidad. Así mismo el 97.7% sus niños presentaron retraso en el desarrollo psicomotor, siendo la frecuencia más representativa.

6. Alonso, Campo, González, Rodríguez, Medina³ y Benitez, Locatella, Obregón³⁶. Reportaron un índice de bajo peso al nacer de un 12,2 %, con un 9,1 % en recién nacidos pretérminos y el 13,8 % de partos instrumentados, donde predominó el normopeso de los hijos de madres adolescente. En el presente estudio se consideró el peso actual de los niños, en donde el (62.5%) representaron riesgo en el desarrollo psicomotor, de los cuales el (81.3%) de los niños nacieron por parto normal.
7. León, Minassian, Borgoño³⁷ y Álvarez, Carillo, Peña, Zamata, Samamé, Palomino, Ramos⁴³. Realizaron dos estudios con el objetivo de identificar los factores de riesgo y las consecuencias del embarazo adolescente, en una población de edades entre los 12 y 18 años. En el presente estudio la edad más representativa según la edad mas reproductiva la madre adolescente fue a los 19 años en un (44.1%) del total de la población, asimismo el (34.8%) representa la edad en la que sus niños tienen mayor frecuencia de retraso en el desarrollo psicomotor.

4.3. CONCLUSIONES

1. Se logró conocer la frecuencia del perfil psicomotor de los niños menores de dos años, en donde el sólo el 14,4% de la población está en condiciones normales. Ya que la cifra más representativa es la de riesgo con un 64,9%, seguido de los niños que presentaron 20,7% de retraso en el desarrollo psicomotor.
2. Se logró identificar la frecuencia del perfil psicomotor de los niños según la puntuación apgar al 1er minuto, en donde el 95,8% representó el retraso en el desarrollo psicomotor y al 5to minuto se registró el 100% de niños con riesgo en el desarrollo psicomotor.
3. Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor según la edad, en donde el 43.5% representaron a los niños con retraso en el desarrollo psicomotor entre las edades de 1 a 6 meses.
4. Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor según el peso, en donde el 62.5% representa a los niños con riesgo en el desarrollo psicomotor entre 5,1 a 10 kg. Mientras que el 60.9% presentaron retraso en el desarrollo.
5. Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor según la talla, en donde el 68.1% representaron a los niños con riesgo en el desarrollo psicomotor entre los 61 a 80 cm, mientras que el 56.5% presentaron retraso en el desarrollo.
6. Se logró determinar que el sexo más representativo fue masculino con un 63,1%, mientras que el 39.9% pertenece a mujeres.
7. Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor, según la edad madre adolescente, en donde un 44.1% representó la mayor cantidad de

- madres con sólo 19 años, mientras que el 34.8% demostraron estar con retraso en el desarrollo psicomotor.
8. Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor, según la paridad de la madre de las cuales el 97,2% representaron a los niños con riesgo en el desarrollo psicomotor.
 9. Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor del niño, según el tipo de parto, en donde el 67.6% representaron a los niños que nacieron por parto normal, ya que el 32.4% fue por cesárea, mientras que el 73.9% representó a los niños con retraso en el desarrollo psicomotor nacidos por parto normal.
 10. Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor de los niños, según el grado de instrucción de la madre, en donde el 49.5% de la población sólo tiene estudios secundarios, mientras que el 39.1% presentó mayor retraso en el desarrollo psicomotor correspondiendo a las madres con estudios secundarios incompletos.
 11. Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor según la ocupación de la madre, en donde 89.2% representó a las madres amas de casa, mientras que un 4.5% a las madres que estudian y un 6.3% a las que trabajan, de los cuales el 95.7% de niños con retraso en el desarrollo psicomotor, pertenecen a las madres de amas de casa.
 12. Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor según el lugar de procedencia de las madres, donde el 87,4% de las madres nacieron en Lima, y el 12,6% estuvieron distribuidas en distintos puntos del país, mientras que 90.3% representaron a los niños con riesgo en el desarrollo psicomotor que correspondieron a la ciudad de Lima.

4.4. SE RECOMIENDA

1. Que el ministerio de salud del Perú, intensifique sus programas de prevención con respecto a un adecuado desarrollo psicomotor normal.
2. La creación de programas de estimulación temprana en las zonas rurales y urbano marginales, para disminuir la frecuencia de riesgos y retrasos en el desarrollo psicomotor del niño.
3. Que el personal de salud sea debidamente capacitado para la evaluación clínica del test de apgar.
4. Implementar un programa de estimulación temprana, acorde a la edad del niño en los Centros Maternos Infantiles.
5. Que los niños de peso y talla no adecuado para su edad, acudan con sus padres o apoderados a los centros de salud, para recibir consejería nutricional y de ser necesario sus niños sean ubicados en los programas de alimentación del estado y evitar riesgos de desnutrición que pueden afectar en el desarrollo psicomotor normal del niño.
6. Que el personal de salud que evalúa a niños en sus controles programados, sean debidamente capacitados para identificación de posibles casos de riesgos y retrasos en el desarrollo psicomotor del niño.
7. Incentivar la creación de estrategias interdisciplinarias dirigidas al desarrollo integral en los niños.
8. Que los centros asistenciales promuevan campañas de estimulación temprana y evitar riesgos y retrasos en su desarrollo psicomotor del niño en un futuro.
9. La creación de áreas de capacitación en centros asistenciales de salud dirigidas a padres y madres adolescentes.

10. Que el ministerio de salud, promueva nuevas estrategias para favorecer el buen crecimiento y desarrollo del niño.
11. Es necesario motivar a futuras investigaciones, para que se promueva la capacitación materna adolescente y que puedan favorecer a la estimulación temprana de sus hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado FR. Factores Sociodemográficos Maternos que Influyen en la Práctica de Estimulación Temprana y Desarrollo Psicomotor en Niños Lactantes Centro de Salud José Carlos Mariátegui. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma – Escuela de Enfermería de Padre Luis Tezza; 2013. [citado: 2015, enero]. Disponible en:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/308/1/Alvarado_fd.pdf
2. OMS. El Embarazo en la adolescencia. 2014. [citado: 2015, Marzo]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
3. Alonso RM, Campo A, González A, Rodríguez B, Medina L. Seguimiento al hijo de madre adolescente. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2005;21(5-6): 1-8
4. Vázquez AI, Almirall AM, de la Cruz F, Álvarez E. Embarazo en la adolescencia: repercusión biosocial durante el primer año de vida. Revista Cubana de Pediatría. 1997; 69(2):82-88.
5. UNICEF. Biblioteca Sede OPS. “Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica. 2008. Lima, Perú” Washington; 2009 ISBN: 978-92-75-32972- 6. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf)
6. Schonhaut L, Schönstedt M, Álvarez J, Salinas P, Armijo I. Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. Revista chilena de pediatría. 2010;81(2):123-128
7. MINSA. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años. 2010. [citado: 2015, Enero]. Disponible

en:

<http://xa.yimg.com/kq/groups/23751477/1619301149/name/Norma+Tecnica+Crecimiento+y+desarrollo.pdf>

8. OMS. Desarrollo en la primera infancia. 2009. [citado: 2015, Febrero].
Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/index.html>
9. UNICEF. Equidad: Reducir las diferencias para impulsar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2011. [citado: 2015, Marzo]. Disponible en:
<http://home.wfp.org/stellent/groups/public/documents/resources/wfp231464.pdf>
10. Pando M, Aranda A, Amezcua T, Mendoza P, Pozos E. Estimulación temprana y desarrollo madurativo del niño en zonas rurales del estado de Jalisco. Rev Psiquitria Fac Med Barna. 2004;31:(3):123-128. Disponible en:
www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2004_3/ps-31-3-002.pdf
11. Pineda S, Aliño M. El concepto de adolescencia [internet]. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf
12. Pando MM, Aranda BC, Amezcua ST, Salazar EJ, Torres LT. Estimulación Temprana en niños menores de 4 años de familias marginadas. Revista Mexicana de Pediatría. 2004; 71(6):273-277. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2004/sp046c.pdf>
13. UNICEF. Homo Sapiens-alimentando al cerebro. 2006 [citado: 2015, Marzo].
Disponible en:
http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/crecimiento_y_desarrollo.pdf

14. Minsa.gob.pe [Internet]. Perú: Intranet; 2011. [actualizado en el 2012; citado 10 enero 2015]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/prevembarazo/prvemb_embarazosadolescentes.html
15. Schonhaut L, Herrera ME, Acevedo K, Villarreal V. Estrategias de pesquisa del déficit del desarrollo psicomotor en atención primaria. *Revista Pediatría Electrónica*. 2008;5(3): 0718-0918.
16. Schonhaut L, Álvarez L, Salinas P. El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor. *Revista Chilena de Pediatría*. 2008;79(1):26-31.
17. Echandía CA, Ruiz JG. Apgar bajo al nacer y convulsiones neonatales. Desarrollo motor grueso en el primer año de vida. *Colombia Médica Corporación Editora Médica del Valle*. 2006;37(1):21-30. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/408/1094>
18. Schonhaut L, Armijo I, Millán T, Herreros J, Hernández R, Salgado A M, Cordero M A. Comparación de la Evaluación Tradicional del Desarrollo Psicomotor versus una Prueba Autoadministrada. *Revista chilena de pediatría*. 2010;81(6): 498-505.
19. Cabezuelo G, Frontera P. El desarrollo psicomotor desde la infancia hasta la adolescencia. Madrid España, 9a ed. Narcea, S.A; 2005
20. Tamayo V, Muñoz DI. Caracterización del Perfil Psicomotor y Prevalencia de las dificultades del aprendizaje en los niños y niñas de primaria de la Institución Educativa Inem, sede Guillermo Echavarría Misas. Medellín, Colombia: Universidad CES Programa de Fisioterapia; 2011. [citado: 2015, marzo]. Disponible en:

http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1386/4/Perfil_psicomotor_prevalencia_dificultades_aprendizaje.pdf

- 21.** MINSA. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0-24 meses. 2010. [citado: 2015, febrero]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2333.PDF>
- 22.** Monrroy K, Peña C. Descripción del Desarrollo Psicomotor y Procesamiento Sensorial en niños con Déficit Atencional con Hiperactividad pertenecientes a comunas del área Norte de la Región Metropolitana. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Medicina; 2005 [citado: 2015, marzo]. Disponible en: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/110631>
- 23.** Mendoza AM, Ocampo D, Valles Y, Veléz JD. Factores Asociados al Desarrollo Motor en los niños y niñas de 6 meses que asisten al Programa de Crecimiento y Desarrollo en ese Metrosalud Santo Domingo Savio. Medellín, Colombia: Universidad CES, Universidad Autónoma de Manizales convenio CES-UAM Programa de Fisioterapia; 2010. [citado: 2015, marzo]. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1391/4/Factores asociados desarrollo.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1391/4/Factores_asociados_desarrollo.pdf)
- 24.** MINSA. Estimulación del desarrollo psicomotor de 0-6 años. 2010 [citado: 2015, febrero]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1037_DGSP22.pdf
- 25.** Coutiño B. Desarrollo Psicomotor. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. 2002; 14(2,4): 58-60
- 26.** OPS. Organización Panamericana de Salud. Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Washington, E.U.A. 2^{da} ed.2011 .Disponible en:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/educacion/content/download/174413/858409/file/Manual%20para%20la%20Vigilancia%20de%20desarrollo.pdf>

27. Fernández Y, Escalona JR. Comportamiento del embarazo en la adolescencia. *Revista Pediatría Electronica*. 2011; 8(1):0718-0918
28. Fernández LS, Carro E, Oses D, Pérez L. Caracterización de la gestante adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2004;30(2):1561-3062
29. Alcolea S, Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo. [Internet]. 1ra ed. Madrid. INGESA; 2011 [actualizado 2011; citado 12 enero 2015]. Disponible en:
<http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>
30. Menéndez GE, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 38(3): 0138-600X
31. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica*. 2008; 5(1):0718-0918
32. Minsa.gob.pe [Internet]. Perú: Intranet; 2013 [actualizado en el 2014; citado 10 enero 2015]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/_cont.asp?pg=1
33. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2002;67(6): 0717-7526

- 34.** Fernández LS, Carro E, Oses D, Pérez L. Caracterización de la gestante adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2004;30(2):1561-3062
- 35.** Bolaños C, Mina M, Ramos G. Indicadores de riesgo del Perfil de Conductas de Desarrollo como instrumento para la detección temprana de retrasos y alteraciones del desarrollo. *Acta Pediatr Mex*. 2015;36(3):135-146. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2015/apm153b.pdf>
- 36.** Benitez N, Locatelli VA, Obregón KS, Abreo GI. Argentina. Resultados Perinatales en Madres Adolescentes. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2008;(2):187. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista187/2_187.pdf
- 37.** León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica*. 2008; 5(1):0718-0918
- 38.** Salvo H, Flores J, Alarcón J, Nachar R, Paredes A. Factores de riesgo de test de Apgar bajo en recién nacidos. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (3): 253-260: disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s03704106200700030003
- 39.** Garrido K, Hermosilla V. Estudio comparativo de factores psicosociales asociados al riesgo y retraso del desarrollo psicomotor entre niños mapuche y no mapuche controlados en el programa de estimulación del Cesfam Panguipulli. Santiago, Chile: Universidad Austral de Chile; 2007. [citado 2015, febrero]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmg241e/doc/fmg241e.pdf>

- 40.** Escobedo E, Flestes J.A, Velázquez V, Flores G, López M, Thompson Oscar. Embarazo en adolescentes: seguimientos de sus hijos durante el primer año de vida. Bol Med Hosp Infant Mex.1995; 52(7):415-419
- 41.** De Andraca I, Pinto P, De La Parra A, Rivera F, Castillo M. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. Revista de Saúde Pública. 1998. 32(2):479 – 487
- 42.** Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013.30(3): 1726-4634
- 43.** Álvarez B, Carillo GS, Peña G, Zamata R, Samamé S, Palomino V, Ramos M. Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo Cairo + 20: hacia una lectura de la plataforma para la acción de Cairo a 20 años en el Perú (1994-2014). Primera edición, Junio 2013. Perú.

ANEXOS

ANEXO N° 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

**“DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS DE
MADRES ADOLESCENTES DEL CENTRO MATERNO INFANTIL LOS
SUREÑOS”**

Kathia C.

Introducción

Siendo egresada de la Universidad Alas Peruanas - Filial Arequipa, declaro que en este estudio se pretende describir el Desarrollo Psicomotor en niños menores de dos años hijos de madres adolescentes que acuden al control post-natal del "Centro Materno Infantil los Sureños". Para lo cual Ud. Está permitiendo la participación voluntaria de su menor hijo. Para tal efecto, se realizará una entrevista personal, obteniendo datos del menor para su registro. Luego se pasará a la evaluación correspondiente del menor, se le realizará 2 tomas fotográficas según la secuencia de su desenvolvimiento. Su participación será por única vez.

En la vida del niño influyen muchos factores preexistentes que van a condicionar su futuro. El desarrollo de las habilidades motrices no puede separarse de la evolución psicológica del niño la cual es causa y efecto simultáneamente de psicomotricidad. Durante los primeros años de vida, el niño se desarrolla con

rapidez sorprendente, tanto en su capacidad perceptiva como sus habilidades motrices. El desarrollo psicomotor del niño implica de manera global a un ser en crecimiento y, de momento, totalmente incapaz de sobrevivir sin los cuidados y el amor sobre todo de los padres o bien de otros adultos que sustituyan sus funciones, proporcionando estímulos y al mismo tiempo apoyo emocional y psíquico, siendo la base indispensable para el sustento de su vida.

Riesgos

No hay riesgo para su menor hijo ya que se tomara las medidas de prevención desde un inicio hasta el final de la evaluación física de forma directa. Solo se le realizará 2 tomas fotográficas.

Beneficios

Los resultados de la evaluación con CONAII ayudan a identificar el desarrollo psicomotor de niños de acuerdo a su edad cronológica y neurológica, considerando indispensable dicha evaluación para el bienestar del menor.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad de las personas que participen en esta investigación. La información recolectada en este estudio acerca de usted, será puesta fuera de alcance; y nadie sino solo la investigadora, tendrá acceso a ella. Asimismo, se le asignará un código para poder analizar la información sin el uso de sus datos personales. Solo la investigadora sabrá cuál es su código. La información física (fichas) y virtual (CD) se mantendrán encerradas en un casillero con llave, al cual solo tendrá acceso la investigadora. No será compartida ni entregada a nadie.

¿Con quién debo contactarme cuando tenga preguntas sobre la investigación y mi participación?

Egresado: Kathia Carbajal Alarcón

E-mail: kathia_decaryim@hotmail.com

Celular: 973587474

Asesor de Tesis:

E-mail: beatrizhornaz@hotmail.com

Celular: 995525744

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Alas Peruanas – Filial Lima, al teléfono 433552, Anexo 2 .

Declaración del Participante e investigadora

- Yo, _____,
declaro que mi participación en este estudio es voluntaria.
- La investigadora del estudio declara que la negativa a participar y su deseo de retirarse del estudio no involucrará ninguna multa o pérdida de beneficios.

Costos por mi participación

El estudio en el que Ud. participa no involucra ningún tipo de pago.

Número de participantes

Este es un estudio a nivel local en el cual participarán como mínimo 251 niños voluntarios.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo de la participación del niño es formar parte de la población de menores que acuden al control post-natal de CRED del "Centro Materno Infantil los Sureños", realizando un test de evaluación, con el objetivo de identificar el desarrollo psicomotor del niño menor de dos años, así mismo informando a la madre, padre o apoderado del estado en el que encuentra el menor.

Si existiera algún retraso en el desarrollo en el niño, se le brindara las recomendaciones para su mejoría.

YO, _____

Identificado (a) con N° de Código: _____

Doy consentimiento a la investigadora para hacerme una entrevista personal y realizarle a mi niño 2 tomas fotográficas en distintos planos, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

SI

NO

Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de la información, para revisiones posteriores.

SI

NO

Firma del participante

INVESTIGADORA

DNI: _____

ANEXO N° 2

 <p><u>“CENTRO MATERNO INFANTIL LOS SUREÑOS”</u> <u>PUENTE PIEDRA</u></p> <p><u>FICHA DE RECOLECCION DE DATOS</u></p> <p>CODIGO: _____ FECHA: _____ GENERO: NIÑO <input type="checkbox"/> NIÑA <input type="checkbox"/> TALLA: _____ PESO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ PROCEDENCIA: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE ATENCION DEL PARTO: Domiciliaria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> C.Salud <input type="checkbox"/></p> <p>DIRECCION ACTUAL: _____ _____</p> <p>EDAD DE LA MADRE: _____ ESTADO CIVIL: Soltera <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> conviviente <input type="checkbox"/></p> <p>GRADO DE INSTRUCCIÓN: Primaria: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Superior: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/></p> <p>OCUPACION: Ama de casa <input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> estudiante <input type="checkbox"/></p> <p>PARIDAD DE LA MADRE: Primípara <input type="checkbox"/> Multípara <input type="checkbox"/></p>	<p>EDAD GESTACIONAL: <input type="checkbox"/> Parto de término: 37 y 42 sem <input type="checkbox"/> Parto pretérmino: 28 y 37 sem <input type="checkbox"/> Parto postérmino: después de 42 sem</p> <p>TIPO DE PARTO:</p> <p>PARTO VAGINAL: <input type="checkbox"/></p> <p>- Parto natural o espontaneo <input type="checkbox"/> - Parto vaginal asistido <input type="checkbox"/></p> <p>PARTO ABDOMINAL O POR CESÁRIA: <input type="checkbox"/></p> <p>ANTECEDENTES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>PRE-NATAL: _____ _____ _____</p> <p>NATAL: _____ _____ _____</p> <p>POST-NATAL: _____ _____ _____</p> <p>• APGAR : 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>• CRED: Normal <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/></p> <p>Obs: _____ _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO N° 3



TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

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

ANEXO N° 4

CONSTANCIA DE CALIBRACION DE LA BALANZA

IMPORTACION, DISTRIBUCION Y VENTA DE EQUIPOS MEDICOS Y LABORATORIO 

CARTA DE BUEN FUNCIONAMIENTO Y OPERATIVIDAD

Equipo	:	BALANZA PEDIATRICA MECANICA
Marca	:	GREETMED
Modelo	:	GT130-200
Procedencia	:	CHINA

Consta por el siguiente documento que se le otorga a la empresa:

MENDOZA CORDOYA RICHARD LENIN
Con RUC: 10103518283, que el equipo con las características descritas, cumple con las especificaciones técnicas suscritas por el fabricante en cuanto al Boco Funcionamiento y la Operatividad.

Recomendaciones:

- Realizar el mantenimiento preventivo verificación del sistema eléctrico en los plazos establecidos.
- No someter el equipo a movimientos bruscos.
- Realizar el mantenimiento preventivo en los plazos establecidos.

Frecuencia de mantenimiento

- Realizar cada seis meses un mantenimiento preventivo.

Para cualquier duda comunicarse con el Área de Servicio Técnico.

Atte.

Kendal Import S.A.C.


Kendal Import S.A.C.
María Patricia Huedia
Gerente General

Año de la tecnología y la innovación

  Central Telefónica
748 1020 / 748 2022
 Servicio Técnico: 417 / 414 / 415 / 400
 Servicio Técnico: 600 / 601 / 602
 telefoniacad@kendalimport.com.pe

 Tendencia: Av. El Dorado 1000 # 100, 101, 104
 Oficina Post-venta:
Jr. Martín 244 B-1000 Lima - Perú
 TSE: Área Post-venta: 407 / 409
 telefoniacad@kendalimport.com.pe

 **SAP**
Sistema de Información Empresarial

ANEXO N° 5

BALANZA PEDIATRICA MECANICA

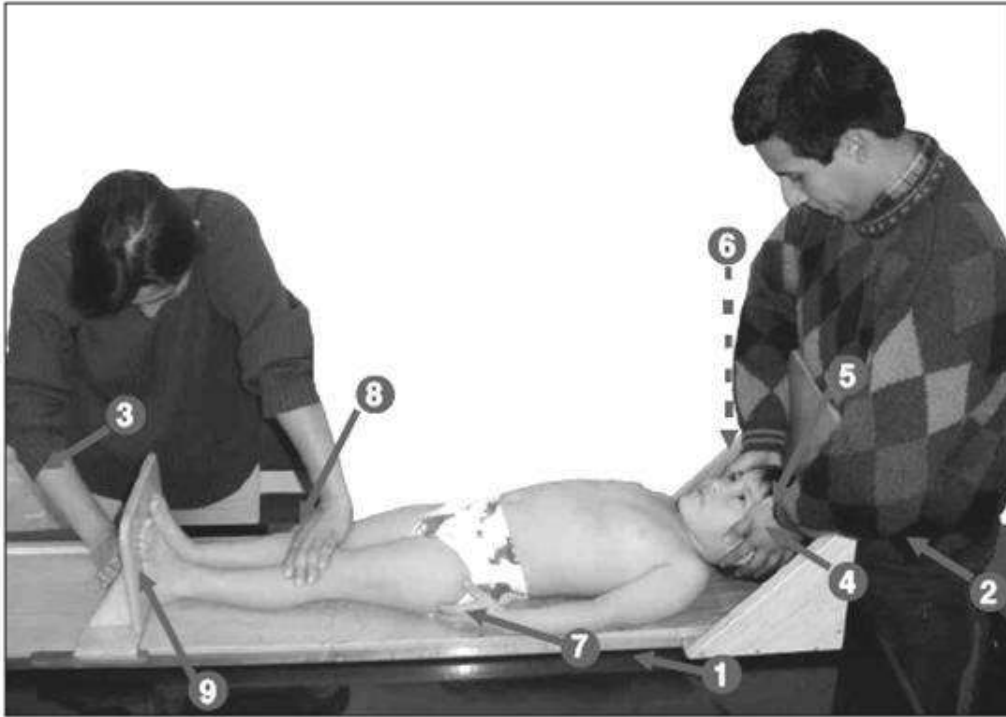


INFANTOMETRO



ANEXO N° 6

FORMA CORRECTA DE TALLAR.



ANEXO N° 7

EVALUACION PERFIL PSICOMOTOR



Imagen 1. Niña de 5 meses de edad, no cumplió con el comportamiento motor postural, sin control de cabeza – tronco sentado.



Imagen 2. Niña de 3 meses de edad, con buen control de cabeza y apoyo en antebrazo.



Imagen 3. Niña con 8 meses de edad, cumplió con el comportamiento motor postural y visomotor, lenguaje, personal- social y aprendizaje.

EVALUACION PERFIL PSICOMOTOR



Imagen 4. Niño de 4 meses de edad, no cumplió con el comportamiento motor postural, sin control de cabeza.



Imagen 5. Niña de 7 meses de edad, cumplió con el comportamiento motor postural y visomotor, lenguaje, personal- social, inteligencia y aprendizaje.

ANEXO N° 8

PESO DE LOS NIÑOS



Imagen 6. Niña de 3 meses con 6,300 kg de peso.



Imagen 7. Niña de 3 meses con 5,600kg de peso.

TALLA DE LOS NIÑOS



Imagen 8. Niña de 3 meses, con 66cm de talla.



Imagen 9. Niño de 5 meses con 72,5 cm de talla.

ANEXO N° 9

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

CONTROL DE ATENCIÓN DEL NIÑO

Fecha	Edad meses	Peso	Comerías de peso		Talla	Comerías de talla		Cita
			g	Condición		cm	Condición	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Bueno ● Malo ●

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES

FIERRO		VITAMINA "A"		OTRO
Fecha	Edad	Fecha	Edad	Dosis

			S	No	Diag				S	No	Diag
	1 mes	Movimientos asimétricos de brazos y piernas			N		12 meses	Camina sola con pobre equilibrio y piernas separadas			N
		Aprieta cualquier objeto colocado en su mano						Hace garabatos			
	2 meses	Dañone sus movimientos al ser sonado					14 meses	Dice dos palabras sueltas además de "Papá y Mamá"			N
		Cuando llora se tranquiliza al ser abrazado o acariciado						Forzajea hasta sacarse los zapatos			
	3 meses	Sigue con la mirada objetos sin sonido en ángulo de 90°			N		16 meses	Mete un dedo en un frasco			N
		Emite sonidos o "aga" cuando se le habla						Identifica figuras de objetos comunes			
	4 meses	Sonríe ante cualquier objeto					18 meses	Arrastra juguetes			T
		Al contacto con un objeto abre y cierra la mano						Come en la mesa con los demás			
	5 meses	La cabeza acompaña al movimiento del tronco - no cae			N		20 meses	Sentado en el suelo se para solo			N
		Sigue con la mirada objetos cercanos sin sonido en ángulo de 180°						Hace torre de 3 cubos			
	6 meses	Vibra al oír el sonido de la campana					22 meses	Dice palabras frase "Mamá teta"			T
		Juega con sus manos						Utiliza un objeto para alcanzar otro			
	7 meses	Toma un objeto con ambas manos			N		24 meses	Defiende su juguete			N
		Lleva los juguetes a la boca						Come			
	8 meses	Mantiene el dorso recto con apoyo de manos hacia delante			N		26 meses	Avisa para hacer sus necesidades			T
		Se reptar al mismo y en respuesta a los demás						Avisa para hacer sus necesidades			
	9 meses	Reconoce su nombre			T		28 meses	Defiende su juguete			N
		Juega con sus manos y pies						Come			
	10 meses	Gira sobre su campo fácilmente			N		30 meses	Utiliza un objeto para alcanzar otro			N
		Coge un objeto en cada mano						Avisa para hacer sus necesidades			
	11 meses	Comprende "ves" "chau"			T		32 meses	Comprende dos frases sencillas consecutivas "Recoge el cubo y dándolo"			N
		Mira cuando cae un objeto						Intenta quitarse las prendas inferiores			
	12 meses	Se mantiene sentado sin apoyo			N		34 meses	Juega con otros niños			T
		Dice "Pe-Pe" "Ma-Ma" a cualquier persona						Hace torre de 7 cubos			
	13 meses	Hace piras (de 3-4 cubos)			N		36 meses	Comprende 3 frases "Siéntate, quítate los zapatos y dímelo"			N
		Llama o grita para establecer contacto con otros						Hace torre de 10 cubos			
	14 meses	Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido			T		38 meses	Dice oraciones simples "Mamá vamos allá", "Mamá quiero pan"			T
		Comprende el "No"						Desenrosca la tapa de un frasco para mirar dentro			
	15 meses	Encuentra objetos ocultos			N		40 meses	Hace un puente con 3 cubos			N
		Comprende el "No"						Pasa una página, dirige una figura de un libro y la nombra			
	16 meses	Comprende el "No"			T		42 meses	Se pone alguna ropa			T
		Encuentra objetos ocultos						Coloca los anos en orden de tamaños			
	17 meses	Hacer piras (de 3-4 cubos)			N		44 meses	Nombra animales (de 8 mencionados)			N
		Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido						Nombra colores (rojo, azul y amarillo)			
	18 meses	Hacer piras (de 3-4 cubos)			N		46 meses	Copia una cruz			D
		Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido						Se para en su pie 10 segundos o más			
	19 meses	Hacer piras (de 3-4 cubos)			N		48 meses	Se para en su pie 10 segundos o más			N
		Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido						Verbaliza su nombre y apellidos			
	20 meses	Hacer piras (de 3-4 cubos)			N		50 meses	Conoce la utilidad de objetos (cuchara, tijera, jeringa)			N
		Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido						Copia una cruz			
	21 meses	Hacer piras (de 3-4 cubos)			N		52 meses	Abstrae y desabstrae un estuche			D
		Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido						Camina en punta de pies seis pasos o más			

N: Normal D: Déficit T: Trastorno del desarrollo

Ministerio de Salud

CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA

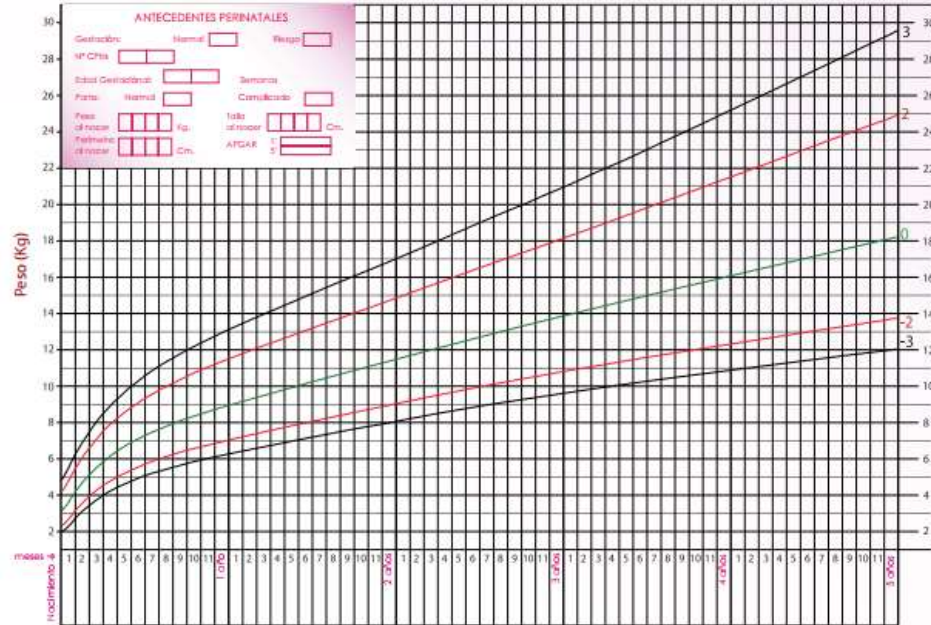
N° HC:	N° Carpeta FAM:
Cod. de Afiliación:	CUVDNI:
Fecha de Nacimiento:	
Nombres y Apellidos:	
- De la Niña:	DNI:
- De la Madre:	DNI:
- Del Padre:	DNI:
Dirección:	
E-mail:	Teléfono:
Establecimiento:	
Programa de Apoyo Social:	

VACUNACIÓN (Anotar Fechas):

Tuberculosis (BCG):	(Recién Nacido)
Antihepatitis (HvB):	(Recién Nacido)
Antipolio:	(OPV ó IPV*) *Condición Especial
Fechas de las próximas dosis: / /	
1ra (2 meses)	3ra (6 meses)
2da (4 meses)	
Pentavalente: (DPT + Hib + HvB)	
Fechas de las próximas dosis: / /	
1ra (2 meses)	3ra (6 meses)
2da (4 meses)	
Neumococo: menor de 1 año 1 año	
Fechas de las próximas dosis: / /	
1ra (2 meses)	3ra (12 meses)
2da (4 meses)	
Rotavirus:	
Fechas de las próximas dosis: / /	
1ra (2 meses)	2da (4 meses)
Influenza: 1er Año	
Fechas de las próximas dosis: / /	
1ra (7 meses)	2da (8 meses)
Sarampión, Rubéola y Paperas (SPR):	
12 Meses	
15 Meses	
1er. Refuerzo DPT + Hib (18 meses ó 8 meses después de la 3era Pentavalente):	
2do. Refuerzo DaPT (4 años) Refuerzo SPR (4 años)	
VPH	
10 años	
DT	
A partir de 10 años	
1ra Dosis	2da Dosis
3ra Dosis	1ra Dosis
2da Dosis	3ra Dosis

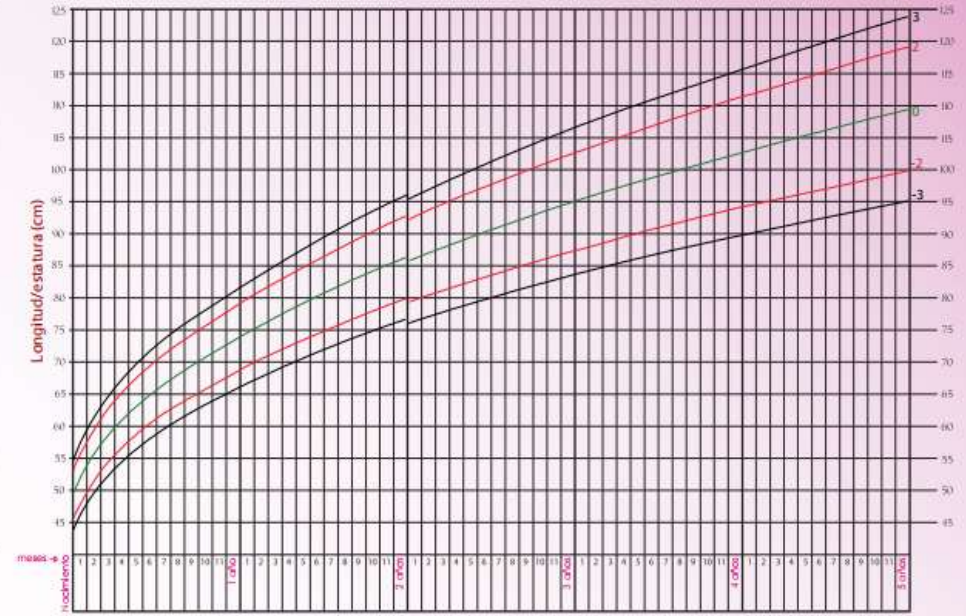
GRAFICA PESO-EDAD

TENDENCIA DE LA GANANCIA DE PESO
Buena ↗ Mala ↘



GRAFICA TALLA-EDAD

TENDENCIA DEL CRECIMIENTO
Buena ↗ Mala ↘



Lactancia Materna Exclusiva

0 a 6 meses



Lactancia Materna y alimentación complementaria

6 a 7 meses

* Iniciar la alimentación papilla, mazamora o puré



7 a 8 meses

* Además de aplastado debe consumir alimentos triturados.



9 a 11 meses

* Debe consumir alimentos picados



Lactancia materna y Alimentación familiar

12 a 24 meses



Alimentación completa

24 meses a más



RECUERDA

Lava siempre tus manos y las de tu niña:

- * Antes de preparar los alimentos.
- * Antes de Comer.
- * Después de ir al baño.
- * Después de cambiar pañales.

Regala a tu hijo una sonrisa sana

- * Lleva a tu hijo al odontólogo antes del 3º mes de vida.
- * Realiza la higiene bucal de tu hijo después de cada comida sobre todo antes de dormir.
- * Visita al odontólogo cada 3 meses para control.

CONTROL DE ATENCIÓN DEL NIÑO

Fecha	Edad meses	Peso	Ganancia de peso		Talla	Ganancia de talla		Cita
			gr	Condición		cm	Condición	

Bueno ● Malo ●

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES

HIERRO		VITAMINA "A"		OTRO	
Fecha	Edad	Fecha	Edad	Dosis	

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

		Si No Digo				Si No Digo		
1 mes		Movimientos simétricos de brazos y piernas			N			N
		Aprende cualquier objeto colocado en su mano						
		Delinea sus movimientos al oír un sonido			T			T
		Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado						
2 meses		Sigue con la mirada objetos sin sonido en ángulo de 90°			N			N
		Emite sonidos o "aga" cuando se le habla						
		Sonríe ante cualquier rostro			T			T
		Al contacto con un objeto abre y cierra la mano						
3 meses		La cabeza acompaña al movimiento del tronco - no cae			N			N
		Sigue con la mirada objetos cercanos sin sonido en ángulo de 180°						
		Vuelve al oír el sonido de la campana			T			T
		Juega con sus manos						
4 meses		Toma un objeto con ambas manos			N			N
		Lleva los juguetes a la boca						
					T			T
5 meses		Mantiene el dorso recto con apoyo de manos hacia delante			N			N
		Se repite así mismo y en respuesta a los demás						
		Reconoce su nombre			T			T
		Juega con sus manos y pies						
6 meses		Gira sobre su cuerpo fácilmente			N			N
		Coge un objeto en cada mano						
		Comprende "sí" y "no"			T			T
		Mira cuando cae un objeto						
7 meses		Se mantiene sentado sin apoyo			N			N
		Dice "Pa-Pa" "Ma-Ma" a cualquier persona						
					T			T
8 meses		Hace pinza índice pulgar - torpe			N			N
		Llama o grita para establecer contacto con otros						
		Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido			T			T
9 meses		Comprende el "No"			N			N
		Encuentra objetos ocultos						
					T			T
10 meses		Camina apoyándose en las cosas			N			N
		Dice "Papá" y "Mamá"						
		Busca el juguete en la caja			T			T
11 meses		Hace pinza fina			N			N
		Responde a una orden simple e identifica objetos						
		Sujeto de una mano empuja la pelota con el pie			T			T
		Explora su juguete			T			T

N: Normal D: Déficit T: Trastorno del desarrollo

AVIHANDMO A CPE/ED A NUESTROS NIÑOS AVIHANDMO A CPE/ED A NUESTRO DAIK



CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO

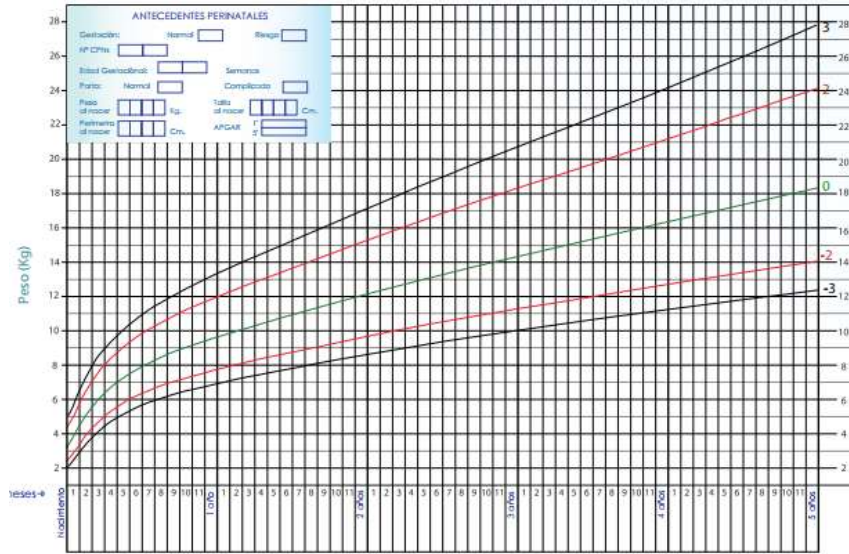
N° HC:	N° Carpeta FAM:
Cod.de Afiliación:	CUIDNI:
Fecha de Nacimiento:	- Del Niño:
Nombres y Apellidos: _____	
- De la Madre:	DNI:
- Del Padre:	DNI:
Dirección:	
E-mail:	Teléfono:
Establecimiento:	
Programa de Apoyo Social:	

VACUNACIÓN (Anular Fechas):

Tuberculosis (BCG):	(Recién Nacido)	
Antihpatitis (Hvb):	(Recién Nacido)	
Antipolio: (OPV ó IPV*)	*Condición Especial	
Fecha de las próximas dosis:	/ /	/ /
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)
Pentavalente: (DPT + Hib + Hvb)		
Fecha de las próximas dosis:	/ /	/ /
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)
Neumococo:	menor de 1 año 1 año	
Fecha de las próximas dosis:	/ /	/ /
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (12 meses)
Rotavirus:		
Fecha de las próximas dosis:	/ /	/ /
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	
Influenza:	1er Año	
Fecha de las próximas dosis:	/ /	/ /
1ra (7 meses)	2da (8 meses)	
Sarampión, Rubéola y Paperas (SPR):	Antiamearilica:	
12 Meses	15 Meses	
1er. Refuerzo DPT + Hib (18 meses o 6 meses después de la 3era Pentavalente):	2do. Refuerzo DaPT (4 años) Refuerzo SPR (4 años)	

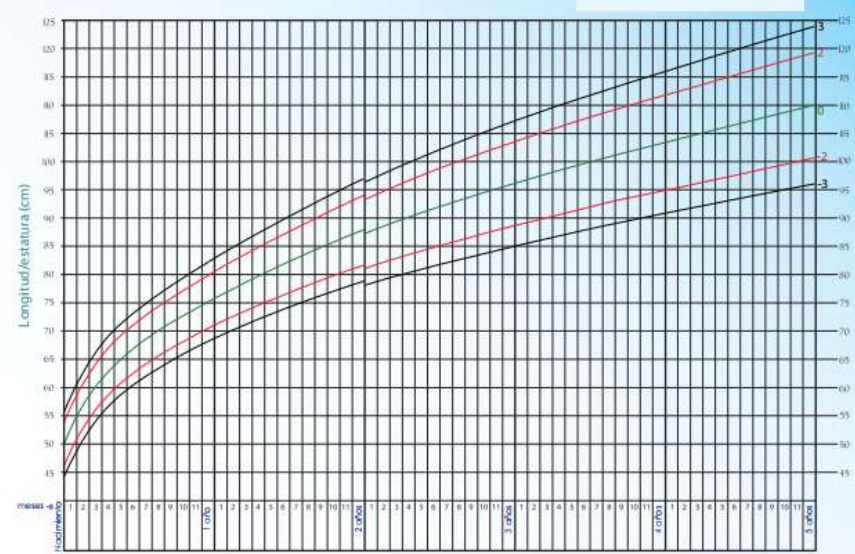
GRAFICA PESO-EDAD

TENDENCIA DE LA GANANCIA DE PESO
 Bueno → Mala



GRAFICA TALLA-EDAD

TENDENCIA DEL CRECIMIENTO
 Bueno → Mala



Lactancia Materna Exclusiva



0 a 6 meses

Lactancia Materna y alimentación complementaria



6 a 7 meses
 * Iniciar la alimentación papilla, mazamorra o puré

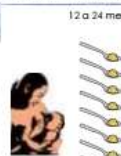


7 a 8 meses
 * Además de aplastado debe consumir alimentos triturados



9 a 11 meses
 * Debe consumir alimentos picados

Lactancia materna y Alimentación familiar



12 a 24 meses

Alimentación completa



24 meses a más



RECUERDA

- Lava siempre tus manos y las de tu niño:**
- * Antes de preparar los alimentos.
 - * Antes de Comer.
 - * Después de ir al baño.
 - * Después de cambiar pañales.

Regala a tu hijo una sonrisa sana

- * Lleva a tu hijo al odontólogo antes del 3º mes de vida.
- * Realiza la Higiene bucal de tu hijo después de cada comida sobre todo antes de dormir.
- * Visita al odontólogo cada 3 meses para control.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	METODOLOGÍA
<p>1. Problema General: ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?</p> <p>2. Problemas Específicos: ¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor con respecto al apgar en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor con respecto a la edad de los niños de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor con respecto al peso en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor con respecto a la talla en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor con respecto al sexo en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto a la edad de las madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?</p>	<p>1. Objetivo General: Conocer la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.</p> <p>2. Objetivos Específicos: Determinar la frecuencia del perfil psicomotor con respecto al apgar en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.</p> <p>Identificar la frecuencia del perfil psicomotor con respecto a la edad de los niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor con respecto al peso en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor con respecto a la talla en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor con respecto al sexo en niños menores de dos años de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto a la edad de las madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años</p>	<p>1.VARIABLE PRINCIPAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Perfil psicomotor <p>2.VARIABLES SECUNDARIAS:</p> <p>Apgar</p> <p>Edad</p> <p>Peso del niño</p> <p>Talla del niño</p> <p>Sexo</p> <p>Paridad</p> <p>Tipo de parto</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Ocupación</p> <p>Lugar de Procedencia</p>	<p>Test peruano de evaluación</p>	<p><u>DISEÑO DE ESTUDIO:</u> Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.</p> <p><u>POBLACIÓN:</u> Todos los niños menores de dos años que acuden al control post-natal del “Centro Materno Infantil Los Sureños” del Distrito de Puente Piedra, Lima Perú; durante el mes de mayo a junio del 2015; (N=120).</p> <p><u>MUESTRA:</u> Se pretende estudiar a un mínimo 120 niños que acuden al Centro Materno Infantil Los Sureños.</p>

<p>¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto a la paridad de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto al tipo de parto de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto al grado de instrucción de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto a la ocupación de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto al lugar de procedencia de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra?</p>	<p>con respecto a la paridad de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto al tipo de parto de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto al grado de instrucción de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto a la ocupación de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños menores de dos años con respecto al lugar de procedencia de madres adolescentes del Centro Materno Infantil Los Sureños en Puente Piedra.</p>		<p>Tarjeta de crecimiento y desarrollo (CRED)</p> <p>Ficha de Recolección de datos.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------	--