



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

TESIS

**“APEGO MATERNO Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE
NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO, DEL CENTRO DE
SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO 2018”**

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

SILVIA MARILYN TARAZONA SALAZAR

HUÁNUCO – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, por ser mi impulso en mis momentos de debilidad, mi guía en cada momento de mi vida, gracias a él he conseguido lograr cada una de mis metas.

A mis amados padres (Wily y Delia) por el apoyo incondicional que me brindaron en el camino de mi superación, y a todas aquellas personas quienes forman parte de mi vida.

A mis dos queridas hermanas, por estar siempre allí en mis momentos de felicidad y tristeza, no tengo palabras para describir lo feliz que me siento al tenerlas a mi lado.

Silvia Marilyn

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme permitido finalizar este trabajo de estudio, aunque en momentos despertó lágrimas, incertidumbre y dudas en mi persona que finalmente resultó ser lo que esperaba y me llenó de satisfacción.

A mis adorados padres por el apoyo moral y económico a quienes admiro con todo mi corazón, a mis dos queridas hermanas por todo el cariño, la lealtad y el apoyo que me brindan día tras día incondicionalmente.

A la casa más alta, la Universidad Alas Peruanas-Filial de Huánuco, donde tuve el honor de egresar como profesional calificado para servir los retos del trabajo día a día.

A mis amigos (os) y al Mg. Luis Alberto, Laguna Arias por brindarme sus conocimientos y asesoría en este proceso de investigación.

A todas aquellas personas que de una u otra forma fueron partícipes de esta investigación.

La autora

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo “Describir apego materno y desarrollo psicomotriz en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018”. El estudio fue de tipo cuantitativo no experimental, observacional, transversal. El nivel de tipo correlaciona y el diseño correlacional transversal. La técnica utilizada fue la entrevista y la observación y los instrumentos que se aplicó es el cuestionario y la guía de observación, siendo la muestra de 36 madres de niños y niñas menores de un año.

Los resultados obtenidos mediante la prueba Chi cuadrado, determinan un valor p-significancia de 0.090 mayor a 0.05, por lo que se evidencia que no existe relación significativa entre el apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018. Del mismo modo el 36.1% (13) madres presentan un apego seguro, el 33.3% (12) presentan un apego inseguro evitante y el 30.6% (11) presentan un apego inseguro ambivalente

Con respecto al Desarrollo psicomotriz en madres de niños (as) específicamente en menores de un año; el 94.4 % (34) tienen desarrollo psicomotriz normal y solo 5.6% (2) riesgo de trastorno de desarrollo, no se encontró niños con trastorno.

Palabras claves: Apego materno, desarrollo psicomotriz.

ABSTRACT

The objective of this research study was to "Describe maternal attachment and psychomotor development in mothers of children under one year of age, from the Aparicio Pomares Health Center, Huánuco 2018". The study was quantitative non-experimental, observational, cross-sectional. The type level correlates and the transversal correlational design. The technique used was the interview and observation and the instruments that were applied is the questionnaire and the observation guide, being the sample of 36 mothers of children under one year.

The results obtained by the Chi square test, determine a p-significance value of 0.090 greater than 0.05, so it is evident that there is no significant relationship between maternal attachment and psychomotor development of children under one year of age. Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018. In the same way, 36.1% (13) mothers have a secure attachment, 33.3% (12) have an insecure avoidant attachment and 30.6% (11) have an ambivalent insecure attachment

With respect to psychomotor development in mothers of children (as) specifically in children under one year of age; 94.4% (34) have normal psychomotor development and only 5.6% (2) risk of developmental disorder, no children with disorder were found.

Key words: Maternal attachment, psychomotor development.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	ii
ASGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x
 CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema.....	12
1.2. Formulación del Problema.....	17
1.3. Objetivos de la Investigación.....	17
1.3.1. Objetivo General.....	17
1.3.2. Específicos.....	18
1.4. Justificación del Estudio.....	18
1.5. Limitaciones de la Investigación.....	20
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio.....	21
2.2. Bases Teóricas.....	27
2.3. Definición de Términos.....	55
2.4. Hipótesis.....	57
2.4.1. Hipótesis General.....	57
2.4.2. Hipótesis Específicos.....	57
2.5. Variables.....	58
2.5.1. Definición Conceptual de la Variables.....	58
2.5.2. Definición Operacional de la Variable.....	59
2.5.3. Operaciones de la Variable.....	60
 CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Tipo y Nivel de Investigación.....	62

3.2. Descripción del Ámbito de la Investigación.....	63
3.3. Población y Muestra.....	64
3.4. Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos.....	66
3.5. Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	68
3.6. Plan de Recolección y Procesamiento de Datos.....	68
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1. Análisis descriptivo.....	72
4.2. Prueba de hipótesis.....	89
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	94
CONCLUSIONES.....	98
RECOMENDACIONES.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
ANEXOS.....	104

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 01. Características del desarrollo psicomotriz de niño o niña menor de un año.....	39
Tabla N° 02 Características sociodemográficos (edades) de las madres de niños menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco-2018.....	72
Tabla N° 03. Características sociodemográficos (grado de Instrucción) de las madres de niños menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco-2018.....	74
Tabla N° 04. Características sociodemográficos (ocupación) de las madres de niños menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco-2018.....	75
Tabla N° 05. Conductas del niño durante el evento estresante en el apego materno en madres de niño y niñas menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.....	76
Tabla N° 06. Conductas de la madre durante el evento estresante del niño en el apego materno en madres de niño y niñas menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.....	77
Tabla N° 07. Conductas de niño y de la madre durante el evento estresante sobre el apego materno en madres de niño (as) menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.....	78
Tabla N° 08. Tipo de apego materno en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.....	83
Tabla N° 09. Desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.....	84
Tabla N° 10. Desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año por dimensiones del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.....	85

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01. Edad de las madres de niños menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.....	73
Figura 02. Grado de instrucción de madres de niños menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.....	74
Figura 03. Ocupación de las madres de niños menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.....	75
Figura 04. Conductas del niño durante el evento estresante en las madres de niños menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.....	76
Figura 05. Conductas de la madre durante el evento estresante del niño, en las madres de niños menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.....	77
Figura 06. Tipo de apego materno en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018	83
Figura 7. Desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.....	84

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), El apego materno es aquel que se genera luego del parto normal en un lapso de 45 a 60 minutos de contacto piel a piel lo cual permite garantizar un desarrollo emocional adecuado del niño y fortalecerá la lactancia materna. La importancia del apego permanece en cuánto amor y cuidado recibe el bebé durante sus primeros dos años de vida, tiempo en que se desarrolla su seguridad emocional.

Al nacer, los niños y niñas no solamente necesitan una buena atención médica, asimismo también requieren del afecto y contacto necesario con su madre desde el primer momento para fortalecer su buen desarrollo emocional. La influencia positiva del apego materno fue estudiada en Estados Unidos en los años noventa, por toda una escuela neurofisiológica que quiso descubrir las actitudes de las madres con sus pequeños, las que muchas veces son inconscientes, aunque muy favorables. En ese sentido, se dieron cuenta que el contacto físico con los bebés, contribuía a madurar “el sistema subcortical del cerebro de manera armónica.

El Desarrollo Psicomotor es la ganancia de habilidades motoras que un niño consigue a lo largo de su infancia. Que corresponde con una maduración del sistema nervioso y se forma a partir del juego. Gracias a él, el niño se expresa a sí mismo y a todo lo que le rodea.

En base a lo mencionado, el objetivo del presente estudio es evaluar el apego Materno y Desarrollo Psicomotriz en niñas y niños menores de un año. El objetivo del estudio está orientado a motivar al profesional de enfermería a desarrollar actividades preventivos promocionales destinados a proteger; promover y fomentar la salud del niño, mejorando e incrementado los conocimientos y prácticas de las madres a cerca del apego materno.

El presente estudio está constituido en V capítulos: CAPÍTULO I: Introducción, se muestra el origen del problema, la formulación del problema a investigar,

los objetivos planteados para el presente estudio, la justificación del mismo, es decir la relevancia o importancia que presenta la realización del presente investigación y el propósito del estudio, y sus limitaciones del presente estudio. CAPÍTULO II: Se presenta la revisión de la literatura que son los antecedentes, es decir los estudios realizados anteriormente y que guarden relación con la presente tesis, así mismo se presenta la base teórica, conceptual en la que sustenta, construyendo el soporte teórico analítico del presente estudio, he incluye además el planteamiento de la hipótesis, la definición conceptual y operacional, operacionalización de la variable de la presente investigación. CAPÍTULO III: Dentro del material y método o diseño metodológico el cual se presenta el tipo y nivel de la investigación teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del estudio; la población y la muestra que forman parte del estudio; la validez y confiabilidad, además se presenta la técnica e instrumento del plan de recolección y procedimiento de datos. En el CAPÍTULO IV, se presentan los resultados del estudio: presentación y tratamiento estadístico de datos, el análisis descriptivo y el análisis inferencial de los resultados; y por último en el CAPÍTULO V: Se presenta la discusión de los resultados, las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

La autora.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En todos los seres humanos el vínculo del apego se retrasa unos meses en aparecer, ya que sobrelleva una compleja mezcla de conductas entre la madre y su hijo y obtiene una gran variedad de formas. Este apego ha evolucionado a través de cuatro etapas:

La primera fase del pre apego materno incluye desde su nacimiento del niño hasta las seis primeras semanas aproximadamente, durante esta fase de periodo, la conducta del niño desarrolla reflejos ya determinados genéticamente que tienen un gran valor para la supervivencia del niño con el entorno que lo rodea. A través de la sonrisa, el llanto y la mirada, el bebé atrae la atención de su madre, como también de otros seres humanos; y, al mismo tiempo el niño es capaz de responder a los estímulos que vienen de otras personas.

En la segunda fase de la formación del apego materno se inicia desde las seis semanas de vida hasta los seis meses de edad. En esta fase, el niño orienta su conducta y responde a su madre de una manera más clara de cómo lo había hecho hasta entonces. Sonríe, balbucea y sigue con la mirada a su madre de la forma más firme que al resto de las personas que lo rodean. Sin embargo, el niño en esta fase todavía no

muestra ansiedad cuando se les separa de la madre a pesar de reconocerla perfectamente. No es la ausencia de la madre lo que les provoca irritación, sino la pérdida de contacto humano como cuando, por ejemplo, al niño se les deja solos en una habitación.

En la tercera fase de apego materno propiamente dicha está comprendido en el niño entre los 6-8 meses hasta los 18-24 meses de edad. A esta edad el vínculo afectivo que siente el niño hacia su madre es tan claro y evidente que el niño suele mostrar gran ansiedad y enojo cuando se le separa de ésta. A partir de los ocho meses de edad el bebé puede rechazar el contacto físico incluso con un familiar muy cercano ya que lo único que desea y le calma es estar en los brazos de su madre.

La cuarta fase del apego materno es la formación de relaciones recíprocas en los niños comprende desde los 18-24 meses de edad en adelante. Una de las características más importantes a estas edades en los niños es la aparición del lenguaje como también la capacidad de representarse mentalmente a la madre, lo que le permite anunciar su retorno cuando la madre está ausente. (1)

El apego es una relación afectuosa, cariñosa, íntima, profunda e importante que establecemos todos los seres humanos racionales, este apego afectivo se determina por ser una relación que es duradera en el tiempo, suele ser estable, relativamente consistente, y es permanente durante la mayor parte de la vida de una persona. (2)

Dan Siegel, es uno de los grandes expertos mundiales en neurociencia, que explica cómo funciona el cerebro y cómo funciona la conexión de la mente que afirma que el apego materno es la clave fundamental en el desarrollo del niño, más importante que un exceso de estimulación sensorial durante los primeros años de desarrollo, por lo cual son los patrones de interacción entre el niño y la madre y/o

cuidador responsable. La investigación hecha sobre el apego indica que la interacción interpersonal colaborativa, no la estimulación sensorial excesiva, sería la clave muy importante para un buen desarrollo saludable y satisfactorio en el niño. Dicho vínculo de confianza es muy indispensable e importante para el buen desarrollo de la autoestima y personalidad. Si un niño o niña no adquiere crear este vínculo, puede sufrir el Trastorno del Apego. (3)

Según los estudios que se realizaron en las Naciones Unidas en su estudio de investigación – 2016, en su estadística de cada año en Latinoamérica menciona que existe un 34.5% de familias biparentales con hijos, mientras que un 8.5% pertenece a familias biparentales sin hijos, en cambio el 1.6% son familias relacionados con el problema de investigación el apego monoparentales, en un 14.5% pertenecen a familias extensas, en tanto que con el 1.1% son familias compuestas y en un 0.2% son familias sin núcleo. (4)

Mapa Mundial de la Familia (2013) encontró que las familias biparentales están disminuyendo en muchas regiones del mundo pero todavía representan un mayor porcentaje a nivel mundial. Existe la posibilidad de que los niños y niñas que son menores a 18 años que se encuentran viviendo en familias biparentales en mayor porcentaje están en las regiones de Asia y el Medio Oriente, mientras que en América, Europa, Oceanía y África existe un mayor índice de niños que viven con uno o ninguno de sus padres, existiendo en estas regiones problemas en la formación de vínculos parentales. En América alrededor de la mitad y las tres cuartas partes de los niños viven en hogares biparentales es decir con ambos padres biológicos o no, con cifras que oscilan con el 53% en Colombia hasta el 78% en Canadá. (5)

Según World Family Map (2014) en América del Norte, Oceanía y Europa existe un mínimo índice de niños y niñas que viven con uno o ninguno de sus padres. En el país de Europa Occidental alrededor del

11% y el 15% de los niños pertenecen a una familia monoparental, en cambio en las regiones de Estados Unidos en un 27% los infantes viven con uno de los padres, mientras que el Reino Unido tiene un 24% y Nueva Zelanda también con un 24% de los niños que pertenecen a familias monoparentales. En una extensa parte de América Central y de América del Sur también del África Subsahariana, existe la posibilidad de que los niños y niñas convivan con uno o ninguno de los progenitores se presenta mayor en otras regiones, alrededor del 13% en Nigeria y en un 43% en Sudáfrica los niños pertenecen a familias monoparentales, mientras que el 4% de los niños en Argentina y un 20% de los niños en Sudáfrica y Uganda viven en hogares sin ninguno de sus padres. En relación a los países sudamericanos relacionados con el problema que fueron analizados en esta investigación, se concluye que en un mayor porcentaje de los infantes que viven sin ninguno de sus progenitores se encuentra en Colombia con el 11%. Sin embargo existe un elevado porcentaje de infantes sudafricanos entre un 20% y 43% que conviven con uno de sus padres o sin ninguno de ellos. (6)

Según la UNICEF (2013) en Latinoamérica ha existido un aumento de porcentajes en hogares monoparentales que están encabezados por madres con un 10.9% y hogares monoparentales extensos con un 17.2%, mientras que en un promedio ponderado se muestra que existe un 63.6% de familias nucleares, en un 19% familias extensas, con el 1.4% familias compuestas y en un 16% de niños que viven en hogares sin sus padres. Estos datos revelan que los vínculos afectivos que establecen los niños en Latinoamérica son alterados debido al tipo de hogar en donde se desenvuelven. (7)

En un estudio realizado dentro del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], (2014) describe que en Ecuador a nivel de la sierra, las provincias con altos porcentajes en la formación de pertenencia y que establecieron su primer vínculo hacia la madre son en Loja con 37.927

niños que representan al 84.3% de la población total de niños, en los Ríos con 73.650 niños que son el 83.8% de la población entablaron su primer vínculo, en la provincia de Bolívar con 18.969 niños que representan al 82.2% de la población pudieron construir su primer vínculo. En cambio en las provincias en las que existe un menor porcentaje de pertenencia de las madres con los niños y menos fomentación del vínculo afectivo son la provincia de Chimborazo con 35.989 niños que representan al 67.6% de la población, en Pichincha 188.742 niños que son el 68.4% de la población tuvieron la oportunidad de establecer el primer vínculo, mientras que en Cotopaxi con un 33.607 de niños que son el 70.2% de la población cumplen con entablar su primer vínculo. **(8)**

Díaz (2015) en su investigación realizada en la ciudad de Ambato sobre el apego parental y su influencia en el desarrollo de la Autoestima de los estudiantes de los colegios Jorge Álvarez y los Andes, evidencio que el 48.66% de la población mostraron un apego seguro hacia la madre, en cambio con un 31.54% presenta un apego inseguro mostraron que en la niñez este grupo existía una ambivalencia hacia su madre, mientras que un 12.08% presento un apego desorganizado posiblemente existía la ausencia de la figura materna, en tanto que el 7.72% se encontró que en la infancia podrían haber presentado un apego evitativo. **(9)**

En la mayoría de la población mundial, peruana, se muestra problemas en adquirir el Desarrollo Psicomotor en sus cuatro áreas: áreas de motricidad gruesa, fina, adaptabilidad, en la audición, lenguaje y en el área personal social. Las deducciones de la presente investigación accederá a las madres y a todos los profesionales de salud, a conocer cuán importante y valioso es el apego materno en el desarrollo y crecimiento emocional de los niños, brindando nuevas alternativas con el fin de fortalecer y mejorar el apego materno influenciando en su desarrollo psicomotriz del niño

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación del apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018?

1.2.2. Problemas específicos:

¿Cómo es el apego materno en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018?

¿Cómo es el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018?

¿Cuál es la relación del apego materno seguro y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018?

¿Cuál es la relación del apego materno inseguro evitante y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018?

¿Cuál es la relación del apego materno inseguro ambivalente y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación del apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar el apego materno en niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Determinar el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Determinar la relación del apego materno seguro y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Determinar la relación del apego materno inseguro evitante y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Determinar la relación del apego materno inseguro ambivalente y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

1.4. Justificación del estudio.

En la etapa de la vida de todo ser humano, el vínculo del apego es una de las grandes tendencias en el ser humano, el apego es afectiva que le lleva a la unión familiar las mismas favorecen la supervivencia del individuo y asegura el cuidado materno, es por ello que la investigación se justifica:

Teórica.

Porque la madre como principal responsable del cuidado del niño (a) debe conocer conceptos básicos de las diferentes teorías del apego lo cual aportará nuevos conocimientos básicos sobre la gran importancia que tiene el apego en el tema del desarrollo del niño y niña. Por lo que el tema de apego es una gran necesidad humana para llegar a formar

vínculos afectivos sólidos y estrechos con un cuidador principal responsable que sea próximo, seguro de confianza, afectivo, y que cubra también todas las necesidades básicas que requiere un bebé(10).

Porque básicamente el vínculo no está solamente establecido o basado solamente en dar la comida, sino que también va más allá de la necesidad de tu bebé de ser alimentado y nutrido. Un bebé siempre busca esa cercanía de la madre ya sea a través del llanto, la necesidad de ser arrullado, las sonrisas, la succión, el balbuceo y el llanto porque necesita ser aceptado y protegido completamente e incondicionalmente. Y eso es la base de la continuidad y prolongación de todo ser humano. Como también los niños y niñas que crean un buen apego saludable y seguro ven a sus padres o cuidadores responsables como una fuente de consuelo y el trabajo de investigación que aportan en lo teórico, una plataforma sólida desde la que pueden explorar el mundo y jugar. Desde el instante en que llegan al mundo, los niños y niñas siempre están listos para comunicarnos sus necesidades básicas y fisiológicas. A medida que aprendemos y reconocemos lo que necesitan los niños nos encargamos de proporcionárselo, como también les vamos instruyendo muchas cosas sobre el mundo que los rodea. (11).

Práctica

Porque el presente estudio de investigación contribuye conocimiento a la disciplina en correspondencia a las creencias en la forma del cuidado, valores, prácticas comportamientos y expresiones sobre el apego, y así permitiéndole al profesional de enfermería y a todos los profesionales de salud entender y comprender desde lo punto cultural, la relación de apego, para prácticas de Enfermería culturalmente adecuados, para que logren el contacto y/o intervención de la madre con sus bebés, facilitándoles el proceso de apego. Es importante también que las enfermeras evalúen y potencien conductas para que

las madres puedan expresarse libremente con sus hijos y de esta manera se estará en capacidad de alentarles al primer contacto con sus hijos y a la participación en el cuidado a sus hijos recién nacidos, para formar sentimientos de confianza y seguridad con otras personas.

Social

Socialmente el apego materno será y es uno de los aspectos más significativas en la formación del individuo de su buen desarrollo en la niñez dependerá su carácter, desenvolvimiento positivo en la sociedad, consigo mismo y con los demás. Por todo ello el presente trabajo permitirá obtener información adecuada y actualizada que se brinda a la madre y/o cuidador responsable del niño, se espera incrementar los conocimientos, que serán de gran utilidad para mejorar el apego materno.

1.5. Limitaciones de la investigación

- Escasos recursos humanos y económicos para la realización el estudio.
- No se cuenta con suficientes trabajos de investigación a nivel local como antecedentes de estudio.
- Limitado acceso para el recojo de la información.
- Poca disponibilidad de tiempo por parte de las madres encuestadas.
- Problemas para tener acceso a la información y la recopilación de datos estadísticos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Antecedentes internacionales

Según Bazantes M. (2018), Ecuador; En el estudio titulado “Estilos de Apego y su incidencia en el Desarrollo psicomotor infantil, del Centro de Desarrollo Infantil Ambato, Ecuador - 2018”. En sus conclusiones se evidencia en la investigación acerca de los estilos de apego 8 niños que es el 20% de la población muestra no presentan ningún tipo de apego, mientras que 23 niños que representan el 57% de los niños presentan un apego ansioso estos niños muestran llanto y desesperanza cuando están arriesgados al entorno extraña que es el apartamiento de su figura de apego, en cambio que 2 de los niños que es el 5% evidencia un apego ambivalente, tiene una angustia desmandada , suelen no tranquilizarse con el retorno de su figura de apego y 7 de los niños que es el 18% de la población, estos niños muestran un apego evitativo hacia su cuidador, no presentan incertidumbre, ni angustia ante la separación de la figura de apego grueso presentan normalidad, mientras que en el 37% restante se evidencia dificultad en el desarrollo psicomotor. En el desarrollo motor fino 22 niños que representan al 55% no presentan problemas en esta área, en tanto que 18 niños que es el 45% evidencian dificultad en el

desarrollo motor fino. Dentro del lenguaje se observa que los 53% de los niños y niñas evaluados presentan sensatez en el desarrollo del lenguaje, mientras que el 47% de los evaluados presentaron peligro en esta área. **(12)**

Según Ramírez N. (2017) Colombia. Desarrolló un estudio Titulado “Las cualidades del apego en los niños preescolares con madres trabajadoras Colombia – 2017”. Donde obtuvo las primordiales conclusiones del estudio; establecieron que los niños tenían un estilo de apego materno seguro hacia la madre, en presencia de ella indagaban el medio, en los tiempos de separación se notaban y se veían claramente afectados, aunque continuaban con su actividad exploratoria. Además se demostró que la calidad del cuidado alternativo ya sea como (guarderías, jardines infantiles, niñeras, etc.) permite igualmente el desarrollo de un vínculo de apego seguro entre los niños y las madres. **(13)**.

Según Guzmán, Carrasco, Figueroa, Trabucco y Vilca. (2016) Chile. En el estudio titulado “Estilos de Apego y Dificultades de Regulación emocional aplicada en Estudiantes Universitarios de Chile-2016”. Consiguió resultados con una muestra de 548 estudiantes, con edades comprendidas entre 18 a 28 años, se examinó las estrategias de regulación emocional donde variaron según los estilos de apego. Se evidencia que las personas que presentan un apego seguro tienen menos problemas en su estado emocional, un segundo resultado obtenido es que las personas seguras en el apego presentan un rebote emocional igual a los que mostraron apegos espantosos y preocupados. Las personas con un apego seguro también pueden tener bajos niveles de descontrol de impulsos, presentan una mejor aceptación de las experiencias emocionales y tienen la capacidad de enfrentar mejor las tareas bajo circunstancias de estrés, tienen una solución más directa, planifican y buscan ayuda. Mientras que las personas con un apego ansioso tienen un bajo descontrol, tienen rechazo e indiferencia, se distancian de sí mismos y de los estímulos

que les ocasionan estrés, estas personas presentan una mayor confusión en sus emociones. (14)

Según Estrella Ofelia Álvarez Pacheco. (2016) Chile. En su estudio realizado y titulado "Modos de apego materno y nivel de desarrollo psicomotor del niño(a), Concepción Chile-2016" La prevalencia de déficit DSM fue del 10.76%. El 16,6% presentó apego materno seguro en la muestra total. Sin embargo, al desagregar por casos y controles, el 28,6% de las madres del grupo casos presentó apego seguro versus el 71,4% de las madres del grupo control.

Las mamás de niños diagnosticados con déficit del DSM a mayor edad, no presentaron estilos de apego seguro, solo se observó en este grupo la presencia de apego materno inseguro.

El área de mayor afección de déficit del DSM fue lenguaje, independiente de la edad en que se haya aplicado la evaluación y el tipo de test. (15)

Según Campos, Castillo y Cifre. (2014) España. En su estudio realizado sobre el "Apego y psicopatología en Adolescentes y jóvenes que han sufrido humillación, España – 2014" Obtuvo resultados con una muestra de 40 jóvenes y adolescentes, de los cuales un mayor porcentaje ha sufrido negligencia familiar, en un menor porcentaje presento maltrato emocional y un pequeño porcentaje ha sufrido maltrato sexual. La recolección de información sobre los estilos de apego, se han encontrado que más de la mitad de la muestra presenta apego inseguro, mientras que en relación al apego seguro se evidencia un menor porcentaje. De la población que presento un apego inseguro en su mayoría presenta un apego evitativo y en menor porcentaje presentan apego temeroso. Mientras que en la sintomatología patológica se observa que la totalidad de la población presenta hostilidad, encontrando síntomas obsesivos - compulsivos, con un mismo porcentaje la población presento ideación paranoide, igualmente presentaron psicoticismo, mientras que en un menor

porcentaje se evidencia sensibilidad interpersonal. Concluyendo que el maltrato familiar está relacionado en mayor prevalencia con el apego inseguro. (16)

Según Santelices M. Besoain C. Escobar, M. (2015). En una investigación titulado " Monoparentalidad, trabajo Materno y Desarrollo Psicomotor Infantil", su objetivo es la relación que puede existir entre el Desarrollo Psicomotor Infantil, la marcha del trabajo de la madre y la disposición familiar, con una muestra de 199 niños con una edad de 8 a 24 meses, se evaluó a través de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor 0-24 meses (EEDP), la información de la configuración y jornada de trabajo fue extraída por medio de una entrevista a los padres, donde se evidencio que los niños con un porcentaje mayor tienen un desarrollo normal, en un menor porcentaje pertenecen a una zona de riesgo en el desarrollo psicomotor, mientras que con una baja población presenta retraso, en tanto que menos de la mitad de la población viven en familias monoparentales y un porcentaje superior a la mitad de los individuos de estudio tienen una familia biparental. Por otro lado las madres que trabajan fuera del hogar o trabajan de manera temporal es menor a la mitad del porcentaje total las madres que trabajan media jornada es un porcentaje inferior a las demás jornadas y una población un tanto menor a la mitad de la población trabajan en jornada completa. En conclusión se halló que las familias monoparentales no tienen diferencias en el desarrollo psicomotor de las madres que trabajan fuera del hogar o medio tiempo, pero se evidencio que las familias biparentales no se ven afectadas el desarrollo psicomotor por que las madres trabajen jornadas completas, mientras que los niños que provienen de familias monoparentales tienen un desarrollo psicomotor en riesgo que a los infantes cuyas madres también trabajan jornada completa, con la diferencia que provienen de una familia biparental. (17)

Hernández N. Landrove I. Matos A. Cuba 2014. Investigaron acerca del Desarrollo Psicomotor al año de edad en niños con referencias de asfixia del Hospital Vladimir Ilich Lenin. Con una muestra de 16

pacientes, se evaluó por medio de la escala de Gesell para determinar el desarrollo psicomotor, se demostró que más de la mitad de los infantes presentaron algún tipo de alteración en su desarrollo psicomotor, de los cuales su mayoría presenta un retardo moderado seguido de un retraso ligero y en un menor porcentaje se evidencia un retraso severo. Como conclusión los neonatos que presentaron asfixia al nacer manifestaron alteraciones en el desarrollo psicomotor predominando el retraso moderado, cuyas alteraciones tienen relación con el sexo masculino. **(18)**

Según Podestá, Alarcón, Muñoz, Legue, Bustos y Barría. Chile 2013. Un estudio elaborado en la Universidad de Austral de Chile con niños y madres que fueron diagnosticados con depresión posparto, sobre la alteración del Desarrollo Psicomotor en hijos de aquellas mujeres con esta suerte en la ciudad de Valdivia, con una muestra de 360 niños, se utiliza un estudio observacional de corte transversal, escala de evaluación de Desarrollo Psicomotor y la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EDPE), se evaluó a los 18 meses de edad de los niños, donde se halló la presencia de una relación entre la depresión posparto y el desarrollo psicomotor alterado en los niños, siendo mayormente esta primero en las madres solteras o con parejas inestables y en una madre con más de 12 años de estudio, mostrando una mayor alteración en el desarrollo psicomotor en los niños que habían presentado incidentes graves de Ira. **(19)**

Según Lejarraga, Kelmansky, Passcucci, Masautis, Insua, Lejarraga et al. Argentina 2016. Realiza un estudio acerca de la apreciación del Desarrollo Psicomotor del niño en grupos de una población de Cuenca Matanza Riachuelo que pertenece a Argentina que son familias que no cumplen con las necesidades básicas, evidenciando la existencia de un retraso en el desarrollo marcado en las poblaciones que se encuentran desfavorables y con una preferencia continua en el retraso con la edad. Los recién nacidos no presentan ningún tipo de retraso en su

desarrollo, este es evidenciado a partir del año y medio de vida recordemos que en el desarrollo infantil está involucrado los cambios sensorio- motriz, emocional, la inteligencia, la expresión del lenguaje y el aprendizaje, midiendo las potenciales en el infante y su desempeño en la adultez. **(20)**

Bravo (2016) en Ambato se ejecutó un estudio acerca de la Estimulación Multisensorial en el Desarrollo de infantes prematuros del Hospital Del Seguro Ambato encontrando que los niños de 4 meses después de la estimulación multisensorial presentan un avance de la mitad hasta casi una totalidad en las conductas de las áreas motriz gruesa, fina, cognitiva, social y juego. Mientras que los niños de 5 meses presentan de más de la mitad de la población hasta casi en su totalidad adquirieron nuevas conductas en el desarrollo motriz gruesa, fina, cognitiva, social y juego, en cambio en una minoría avanzo de nada hasta alcanzar un cuatro por ciento en el avance. En tanto que en los seis meses de edad se ve un progreso en el Desarrollo Psicomotor del neonato de un 79% al 91% adquiriendo nuevas conductas motrices en cambio en un menor porcentaje obtuvo un cero por ciento al tres por ciento de avance en el Desarrollo Psicomotriz. **(21)**

Según Santana Aviles, Bárbara Victoria Ambato. Ecuador 2015. En su estudio realizado y titulado “Estimulación Psicomotriz en el Desarrollo de las destrezas motoras gruesas en niños de 3 a 6 años con parálisis cerebral en la fundación de niños especiales San Miguel”. Encontró las siguientes conclusiones:

- Puedo concluir en indicar que la Estimulación Psicomotriz si provee en el desarrollo de las destrezas motoras gruesas en niños y niñas que muestran parálisis cerebral.
- Como conclusión adquirimos que los niños y niñas con parálisis cerebral que concurren a la Fundación de niños especiales San Miguel muestran un retraso en desarrollo de las habilidades motoras gruesas.

- En conclusión, con la aplicación de las actividades como la Estimulación Psicomotriz los niños y niñas mejoran adecuadamente y paulatinamente el desarrollo de las destrezas motoras gruesas.(22)

Antecedentes Nacionales.

Según Vila B. (2016) Surco. En el estudio titulado “Relación entre la actitud materna y el Desarrollo Psicomotor de niños pre escolares de 3 a 5 años de la Institución particular Mariscal Cáceres Surco Agosto 2016”. Obtuvo las siguientes conclusiones: Existe un porcentaje de madres que presentaron una actitud de indiferencia relacionado al desarrollo psicomotor, por lo tanto se acepta la hipótesis. La mayoría de los niños de 3 a 5 años de edad muestran un Desarrollo Psicomotor de riesgo en su desarrollo psicomotor, por lo cual se acepta la hipótesis planteada. Y no existe relación significativa entre las dimensiones de actitud materna y Desarrollo Psicomotor, por lo cual se rechaza la Hipótesis Planteada. (23)

María lucía Rey de Castro M. Alarco. Realizó estudio titulado “Representaciones de Apego en Madres Adolescentes de nivel socioeconómico bajo Perú es una investigación en la que se experimentaba la transmisión intergeneracional del apego materno entre tres generaciones, abuelas, madres e hijos. (24).

En el ámbito local. No se encontraron antecedentes locales para el presente estudio de investigación.

2.2. Bases teóricas

La investigación tomara como referencia al psicoanalista Bowlby como principal precursor de la teoría de apego y sus seguidores siendo el psicoanálisis la escuela fundadora de los vínculos parentales en la niñez.

Corbin (2017) define al apego como los vínculos emocionales que las personas forman con otros individuos a lo largo del tiempo, primero lo hace con sus padres, y luego con sus amigos, pareja, compañeros y sus hijos. (25)

2.2.1. Definición de Apego Materno

Según el Neonatólogo Hugo Muñoz (2018). Es aquel que se genera después del parto y que permite certificar un buen desarrollo emocional adecuado del niño. La importancia del apego materno está en cuánto amor recibe el bebé durante sus primeros dos años de vida, tiempo en que se desarrolla su seguridad emocional del niño.

El apego seguro.

Comienza con un parto tranquilo y sereno, donde la madre recibe el apoyo afectivo adecuado por parte de su entorno familiar. De esta forma, “el apego se inicia con el período del postparto. La influencia positiva del apego materno fue estudiada y aprendida en los Estados Unidos de América en la época de los años noventa, por toda una escuela neurofisiológica que quiso revelar las actitudes de las madres con sus pequeños hijos, las que en muchas ocasiones son involuntarios, aunque muy favorables. (26)

2.2.2. Teorías de Apego.

Corbin (2017) En su teoría del apego que surgió hace un siglo, en el año 1907, con la finalidad para exponer las incompatibilidades individuales también conocidos como estilos de apego haciendo referencia a como la gente piensa, se siente y se sobrelleva en las relaciones interpersonales.

2.2.2.1. Teorías conductistas.

Menciona sobre el modelo de la disminución del impulso: En la cual se da a conocer el valor vital al papel de la alimentación en la interacción que se establece entre la madre y su hijo. Las conductas de dependencia son debidas a un impulso secundario aprendido como resultado de una asociación repetida entre la figura de la madre y la satisfacción de saciar el hambre.

Modelo del condicionamiento operante

Las niñas y niños miran, sonrían y buscan siempre la cercanía materna debido a la respuesta que adoptan por parte de estas- REFUERZO. Las observaciones nos indican que las niñas y niños agraviados siguen buscando el contacto físico con sus progenitores. Estos modelos no explican por qué y de qué manera los lazos establecidos desde la infancia permanecen a través del ciclo vital incluso cuando la figura de apego está muy ausente, y lo por tanto, no puede satisfacer los impulsos primarios ni proporcionar ningún tipo de refuerzo social.

Hipótesis propuestas por los psicoanalistas.

Modelo (en líneas usuales) que defiende que la calidad de la interacción madre e hijo produce, una consecuencia crucial en el desarrollo posterior de la personalidad del sujeto, y la seguridad emocional será necesaria para la exploración del medio ambiente y un dominio cognitivo.

Sigmund Freud. : Con su teoría "Inhibición, síntoma y angustia" estudio en el cual no muestra ninguna predisposición a aceptar a la existencia de respuestas primarias de seguimiento que fueran susceptibles de establecer un vínculo afectivo entre la madre y él bebe. El niño se va apegar siempre a la madre porque esta le da de comer y además le estimula sus zonas erógenas (teoría del impulso secundario).

Anna Freud.- Desde sus iniciales exposiciones teóricas se desprende una defensa de la " teoría del impulso secundario", pero desde sus estudios se ve una aproximación a las " conductas instintivas primarias": Solo al segundo año de vida el apego materno surge del niño hacia la madre para que alcance su pleno desarrollo emocional y físico. Las niñas y niños se apegan incluso a madres que están consecutivamente de mal humor y a veces se comportan de manera desalmada con ellos.

Melanie Klein.- En su teoría manifiesta que la relación " va más allá de la mera satisfacción de necesidades fisiológicas", pero en sus últimas publicaciones que hizo en el año 1975 se muestra dudosa: y hace hincapié en la primacía del pecho y la oralidad. Expresa también que el niño y la niña desde su iniciación tiene conciencia de que existe " algo más" teoría en donde se refiere de un deseo primario de regreso al vientre materno.

Spitz.- Adhiere a la tesis de Sigmund Freud acerca de la teoría del impulso secundario, también defiende que las auténticas relaciones objétales surgen de la necesidad de alimento. La mayor parte de ellos se muestran descontentos con la teoría del impulso secundario, pero no se consideran capaces de remplazarla por otra tesis.

2.2.2.2. Teoría etológica de Bowlby

Su teoría de Bowlby es hoy en día, la guía más aceptada a la hora de querer explicar las relaciones y necesidades del apego materno. Inspirada siempre en los estudios de impronta, por ello es un fenómeno gracias al cual las crías adquieren ser alimentadas y, al mismo tiempo, quieren estar protegidas de sus posibles depredadores. El periodo crítico: es el tiempo limitado de la vida en el que el organismo esta biológicamente preparado para obtener ciertas conductas, todo ello a condición de que

reciba una estimulación apropiada del medio ambiente que lo rodea.

Bowlby.- Defiende y define que " las tendencias innatas del bebe hacen que los adultos estén cerca para ayudarles a sobrevivir". Así mismo los adultos están preparados por la evolución para indicar a las señales del bebe, proporcionándoles el buen cuidado necesario y brindándoles la calidad oportuna en la interacción social. Se considera también que la aplicación científica del modelo etológico al desarrollo infantil emprende en el año 1969, fecha en la que Bowlby el primero de sus tres libros dedicados al respecto. Este psiquiatra y psicoanalista británico observo los problemas emocionales de los niños que se criaban en instituciones y encontró que estos niños tenían una gran dificultad en formar y mantener relaciones cercanas.

2.2.2.3. La teoría de Bowlby.

Reproduce el principio fundamental de la etología clásica y es quien protege y defiende que el establecimiento de y brinde un fuerte vínculo afectivo y materno de madre/niño lo cual será vital para la supervivencia del bebe. Este vínculo de apego se desarrolla sencillamente durante un periodo crítico o sensible.

Factores que afectan al desarrollo del apego

Los estudios realizados nos demuestran que los niños que tienen apego materno seguro suelen tener madres amables, cariñosas y aceptables que no fastidian ni lesionan a sus hijos. Sin embargo, los niños con apego materno inseguro son hijos de madres que escasean de todas o alguna de estas condiciones.

Privación materna e institucionalización.- El teorista Spitz hizo una investigación en Niños institucionalizados que habían sido desamparados por sus madres: niños de 3 meses y 1 año

de edad: mostraban una extrema sensibilidad a las infecciones, así como un evidente retraso en el desarrollo lo cual estuvo metidos en cúbilos, sin estimulación y una cuidadora para 7 u 8 niños, que no se daba abasto lo cual es conocido como (Separación maternal muy prolongada).

Depresión analítica.- Es donde se ve que son niños que pertenecen a un albergue y es allí donde pierden peso, lloran y sufren de insomnio y es considerada como la. (Depresión irreversible).

Tanto como el teorista Bowlby y Spitz fueron ellos quienes revelaron que todas las instituciones eran perjudiciales, ni que los bebés y niños que fueron separados de sus madres sufrían un daño irreparable. También manifiestan que el daño es importante, pero no irreversible. Estos bebés y niños que han vivido en condiciones penosas y precarias en las instituciones de sus países de origen, vienen y se reintegran a nuestra sociedad con un gran retraso en relación con los niños de su edad. Pero, si el nivel socio-afectivo-cultural de la familia que adopta es lo suficientemente elevado como para poder ofrecer a estos niños los estímulos afectivos y cognitivos de los que han carecido, es muy posible que el retraso que sufrieron los niños vaya desapareciendo y que se igualen a los niños de su edad con el pasar del tiempo.

Calidad de crianza:

Apego seguro.- Son aquellos padres que son sensibles a las peticiones y necesidades (lloro), que intentaban adaptar su conducta a la de su hijo.

Apego inseguro Evitante.- Son madres que siempre evitan el contacto físico y directo y se comportaban de una manera acostumbrada en las interacciones del cuidado del bebé.

Apego inseguro Ambivalente.- El niño o niña en este tipo de apego puede mostrarse prudente o angustiado antes de la alejamiento, con escasa exploración. Preocupado por la madre durante todo el procedimiento, puede parecer rabioso o paciente. No logra establecerse y confortarse ni por más que se reencuentra con la madre y normalmente continúa centrando su atención en la madre y sigue llorando descontroladamente, y no logra volver a la exploración tras el reencuentro.

Características del niño.- Existen estudios realizados en el que se relacionan los partos complicados, con niños prematuros y enfermedades en los primeros meses de vida e incluso el temperamento del niño con dificultades en el establecimiento del vínculo afectivo. Un temperamento difícil del niño puede inducir una angustia que haya complicado el vínculo afectivo. Si los padres tienen recursos afectivos, sociales y cognitivos para manejarlo, se evitara esos tipos de problemas y se mejorara el futuro del niño. (27)

2.2.3. Definición del desarrollo psicomotriz en niños: Habilidades propias de la edad.

Son destrezas propias de la edad del niño se entiende por Desarrollo Psicomotor a la adquisición de habilidades y que pertenece tanto a la maduración de las estructuras nerviosas en el cerebro, médula ósea, nervios y músculos, etc., como al aprendizaje que el bebé, y más adelante luego niño posee, hace descubriéndose a sí mismo y al mundo que le rodea en su entorno. Este Desarrollo Psicomotor comienza desde que el niño es un embrión y comienza a formarse su sistema nervioso. Es trascendental saber que el Desarrollo Psicomotor es céfalo-caudal: primero se consiguen las funciones motoras de la cabeza (como el sostén cefálico) y luego las de las piernas y próximo-distal: desde el centro del cuerpo hacia fuera (de la

columna vertebral hacia las manos). Además sabemos que primero aparecerán movimientos reflejos, posteriormente movimientos involuntarios que con el juego y el hacer, se convertirán en movimientos voluntarios. (28).

García (2016) manifiesta en su estudio que realiza que el Desarrollo Psicomotor es un proceso continuo que empieza desde la concepción hasta la madurez, con una continuidad casi estándar en todos los niños, pero con la existencia de una poca variación en su ritmo. En este lapso en el que el infante adquiere distintas destrezas, entre ellas: motora, manipulativa, lenguaje y social, que aceptan una independencia al medio creciente y de adaptación. El Desarrollo Psicomotor depende de una madurez apropiada del Sistema nervioso central, y también con un entorno estable y adecuado.

2.2.3.1. Teorías del desarrollo psicomotor.

Jean Piaget.- Enfoca en su teoría en la epistemología genética, porque estudio el principio y desarrollo de las capacidades cognitivas desde su base armónica, biológica, genética, hallando que cada individuo o cada ser humano se desarrollan a su propio ritmo. Refiere el curso del desarrollo cognitivo desde la fase del recién nacido, donde prevalecen los componentes reflejos, hasta la etapa adulta caracterizada por procesos conscientes de conducta para piaget la motricidad interviene a diferentes niveles en el desarrollo de las funciones cognitivas. Sostiene también que es a través de los procesos de asimilación y la acomodación que el individuo adquiere nuevas representaciones mentales pasando por un proceso de menor equilibración a un estado de mayor, como la capacidad que tiene el individuo de incorporar esquemas a los ya existentes y cambiar según sus condiciones biológicas y ambientales llevándolo a la maduración. Piaget afirma que “todos los mecanismos cognoscitivos reposan en la motricidad”.

Arnoldgesell. Ha tenido una gran influencia sobre los estudios normativos sobre el desarrollo motor de las niñas, niños. Para este autor la maduración es el mecanismo interno a través del cual se consigue progresar en las distintas áreas de la conducta destacando como: conducta adaptiva, social motriz y verbal. En fin, destaca la relevancia de los procesos internos madurativos en el desarrollo psicomotor. Demostrando el grado de independencia entre el dominio del comportamiento y afirmando que la conducta motriz tiene implicaciones neurológicas.

Sigmund Freud. Representa el tipo de modelo psicoanalítico en el desarrollo humano, donde enfoca la motricidad como relación. Dicha teoría aportó la revitalización de lo corporal en el desarrollo de la personalidad infantil y adulta. Dividió el proceso del desarrollo en varios estadios: El oral, anal, fálico, latencia y el genital

E.A. Fleishman. Esta teoría representa al modelo factorial, donde estudia la combinación de los diferentes comportamientos psicomotores. Sustenta que desde la infancia el niño y niña se desarrollan y obtienen a través de diferentes situaciones de aprendizaje facultades motrices, las cuales van a permitirle al adulto alcanzar cierta estabilidad en su vida.

Jerome. S. Brunner. Señala n su teoría que el Desarrollo Psicomotor del niño es la ganancia de capacidades psicomotrices consideradas como un proceso en el cual el niño aprende a construir secuencias de movimientos adecuados a sus intereses y a los intentos de las acciones ligándose estrechamente a los demás factores del desarrollo, y muy en particular a la actividad viso motriz. Señala también que el desarrollo de las capacidades del niño comprende tres componentes esenciales e importantes: la intención, que implica la acción motriz, los mecanismos de percepción y de coordinación.

B.J. Cratty. Este modelo hace referencia a la síntesis de la conducta del niño. Entre las cuales menciona un modelo de cuatro canales en donde se presenta una conexión: Perceptual, motor, verbal y cognitivo. Respaldo en las capacidades motrices, su relaciones con la facultades cognoscitivas y afectivas. También habla que: Cada persona tiene su propia experiencia motriz, los seres humanos tienen un ritmo individual y propio para el desarrollo de sus capacidades y de poder maniobrar mentalmente las acciones físicas.

Lev. Vigotsky. Este autor hace énfasis: sobre la interacción social, en donde el conocimiento viene a ser un proceso de interacción entre el sujeto y el medio socio- cultural, el lenguaje es como una herramienta necesaria para llevarse a cabo el conocimiento, el cual va a permitir el control de las acciones, existencia de dos funciones mentales primordiales: la primera que viene a ser las inferiores (innatas) que son determinadas genéticamente y la segunda que viene a ser las superiores que son (adquiridas culturalmente), mediante la interacción social y el proceso de mediación, el cual va a permitir llevar al individuo de su desarrollo real a su desarrollo potencial con el test peruano del desarrollo del niño (29).

2.2.3.2. Áreas del desarrollo psicomotor:

Área motora.- El área motora está relacionada con la habilidad que tiene el ser humano para moverse y desplazarse, permitiendo al niño tomar contacto con todo aquello que le rodea, y estas habilidades se desarrollan muy rápido durante los primeros años de vida de un niño, porque el crecimiento y desarrollo del niño es acelerado, en comparación con cualquier otra periodo de la vida de la persona.

El área motriz siempre comprende la coordinación entre lo que se ve y lo que se toca, que lo hace capaz al niño de tomar los

objetos con los dedos y luego a pintar, dibujar, manipular, etc. Para desarrollar dicha área es necesario dejar al niño tocar, explorar e incluso llevarse a la boca lo que ve, luego permitir que manipule pero supervisándolo para evitar cualquier peligro.

El desarrollo del niño siempre ocurre en forma secuencial y progresiva.

Desarrollo motor grueso.- Tiene que ver con el desarrollo del movimiento corporal de los segmentos gruesos de su cuerpo: cabeza, brazos y piernas; como también tienen que ver con los cambios de posición del cuerpo y la capacidad de mantener el equilibrio.

Desarrollo motor fino.- El área motora fina es la coordinación de los movimientos musculares pequeños que ocurren en partes del cuerpo como los dedos generalmente coordinados entre ojos y manos.

Un ejemplo de control de la motricidad fina es recoger un pequeño elemento con el dedo índice y pulgar. El desarrollo del motor fino inicia en los primeros meses de vida.

Área de coordinación.- En esta área es la aparición del reflejo de la prensión o la capacidad de atrapar objetos con la mano, y la necesidad de explorarlos es el logro más importante de esta área. Para ello se requiere un desarrollo adecuado de la visión. El niño ve ya desde los primeros días de vida, aunque de forma muy borrosa, y mira y reconoce a su madre. Y ya a partir de los 2 meses de edad el niño comienza a seguir objetos grandes con la mirada siendo capaz de girar plenamente la cabeza en busca del objeto y a los 3 meses de edad. A los 4 meses edad el niño posee ya una buena visión y comienza el interés por las cosas.

Área lenguaje.- Es la comunicación y penetración de ideas, pensamientos y emociones, lenguaje verbal, lenguaje mímico mediante (gestos y caricias). El niño en esta área tiene que oír

perfecto y acertar para poder comunicarse mediante gestos y así poder hablar. El recién nacido oye y llora o se angustia cuando oye un ruido fuerte. Presta especial atención a la voz humana y mira al que le habla a los dos meses. Comienza a girar la cabeza en dirección al sonido a los 3 meses de edad y a partir de los 5 meses de edad el niño localiza de forma más precisa. Y a partir de los 9 meses de edad el niño reconoce su nombre y una negativa por el tono de voz empleado. En los primeros meses de vida el niño se expresa mediante el llanto y hace los primeros gorgoritos y a los 2 meses de edad.

Área social.- Esta área social es un proceso gradual y progresivo, determinado por una serie de innovaciones de la conducta, de la forma de pensar y de sentir, de la forma como debe interactuar con los demás y de la forma de como relacionarse con el ambiente que lo rodea. Estas transformaciones se relacionan con la aparición de nuevas necesidades, intereses y motivos, con la adquisición de habilidades y conocimientos y con el uso cada vez más efectivo de la experiencia. Estos cambios se muestran en una serie ordenada y predecible (30).

2.2.3.3. Características del desarrollo psicomotor.

La característica más significativas e importantes del Desarrollo Psicomotor es la edad a la que aparecen las diferentes habilidades o logros, es muy distinta a la de un niño a otro. No todos los niños se sientan, andan o hablan a la misma edad. Sin embargo, todos los niños experimentan en el mismo orden: primero se sientan, luego andan y finalmente corren. Esta instrucción progresiva depende primordialmente de la maduración del cerebro del niño, siendo en los primeros años de la vida los más importantes y en los que precisa una mayor estimulación.

Tabla 1. Características del desarrollo psicomotriz de niño o niña menor de un año.

EDADES	MOTOR GRUESO	LENGUAJE	MOTOR FINO	SOCIAL PERSONAL
RECIÉN NACIDO	Hipertonía fisiológica. En prono, postura fetal: Rodillas debajo del abdomen. En supino, posición asimétrica (reflejo tónico asimétrico del cuello) Mueve todas las extremidades.	Gemidos. Reacciona al sonido.	Manos cerradas, a menudo con los pulgares aducidos. Es capaz de fijar la mirada en la cara pero la visión es confusa.	Responde a la cara y a la voz de los padres. Pseudosonrisa.
1 MES	En prono, levanta momentáneamente la cabeza. Las rodillas ya no están debajo del abdomen. Continúa elevada la cadera. Mueve todas las extremidades.		Manos abiertas con frecuencia. Se fija en la cara y la sigue.	Responde a la cara y la voz de los padres. Cuando llora, se calma al hablarle o al cogerlo. La sonrisa social aparece entre las 4 y 6 semanas.
2 MESES	En prono, levanta la cabeza y la parte superior del tórax, con apoyo en antebrazos. Sosteniéndolo erguido, sujeta la cabeza de forma inconstante.	Balbucesos y vocalizaciones cuando le hablan.	Coordinación mano – mano. Fijación, convergencia y enfoque. Sigue objeto 180°.	Sonríe y vocaliza cuando le hablan. Muestra interés por los estímulos visuales y auditivos. Disfruta al interactuar con los adultos.
4 MESES	En prono, cabeza a 90°, con apoyo en las manos. Caderas extendidas. Supino estable, cabeza en la línea media. Lleva las manos a las rodillas. En tracción a sentado, la cabeza está alineada con el tronco. Buen control cefálico (3 meses). Puede girar de prono a supino (sin rotación de columna)	Monosílabos (le, be, pa, ma). Hace “pedorretas”, “ajo”. Gira la cabeza al sonido.	Abre las manos. Extiende el brazo para coger un objeto y se lo lleva a la boca (presión cúbito – palmar). Juega con el sonajero en la mano durante mucho tiempo y lo agita, pero no puede cogerlo si lo tira. Mira inmediatamente los objetos móviles.	
6 MESES	En prono, apoyo sobre manos y pubis. En supino, se agarra los pies. En tracción sentada, participa activamente. Se mantiene sentado con apoyo. Sujeta su peso con las piernas si le mantienen en bipedestación. Puede girar de supino a prono (sin rotación de columna)	Sílabas (da-da, ba-ba) Se gira hacia el sonido a 40-50cm del nivel del oído.	Levanta la mano para ir a por un objeto. Transfiere objetos de una mano a otra. Coge objetos pequeños (pinza digito-palmar) Se coge los pies con las manos.	Reconoce a los padres de forma diferenciada. Sabe dormirse solo. Puede comenzar a mostrar ansiedad ante los extraños. Puede masticar.
9 MESES	Sabe sentarse solo y se mantiene estable, gira el tronco.	Bisílabos no referenciales	Pinza índice-pulgar inmadura.	Responde a su nombre. Sujeta el biberón.

	Se desplaza para coger un objeto Gatea. Puede hacer fuerza para ponerse de pie. Se mantiene de pie agarrado a los muebles.	(papa, mama, tata) Entiende unas pocas palabras: (no, adiós) Localiza sonidos por encima o debajo de su nivel.	Se dirige a los objetos con el dedo índice. Golpea y deja caer los objetos.	Come con los dedos. Puede mostrar ansiedad ante extraños. Da palmitas, dice adiós. Juega al escondite con un pañuelo.
12 MESES	Se mantiene de pie sólo. Anda agarrado de una mano. Puede dar unos pocos pasos sólo. Puede arrastrarse sobre la nalga y la mano.	Vocabulario de 2-3 palabras con significado además de papa y mama. Sabe el significado de las palabras.	Deja de llevarse objetos a la boca. Empieza a tirarlos al suelo (liberación voluntaria) Pinza índice-pulgar precisa. Señala con el dedo índice. Busca con la mirada objetos caídos u ocultos.	Puede dar un beso si se lo piden. Come solo. Bebe de un vaso. Pasa los brazos por las mangas con ayuda.

Fuente: Instrumento de evaluación del desarrollo psicomotriz de niña o niño.

Autora: Dra. Adriana Rebaza Flores. (MINSA).

Componentes del Desarrollo Motor Grueso.

Control de la cabeza. Al minuto del nacimiento, la totalidad de los bebés pueden voltear su cabeza de un punto a otro cuando se encuentran acostados de espaldas. Dentro de los primeros dos a tres meses de vida elevan la cabeza cada vez más alto.

Cerca al cuarto mes casi todos los bebés logran mantener su cabeza erguida en cuanto son alzados o mantienen la posición de sentados.

Control de las manos. Entre los tres o cuatro meses la mayoría de niños alcanzan a mantener sostenido un objeto mediano, pero se les dificulta al hacerlo con uno de menor tamaño. Luego, empiezan a agarrar objetos con una mano y pasarlos a la otra. Entre el séptimo y décimo mes sus manos presentan la suficiente coordinación para levantar objetos de tamaño pequeño con un movimiento de “pinza”. Después los movimientos siguientes llegan a ser precisos y así a los 14 meses de edad el bebé promedio consigue levantar una torre con 3 cubos.

Locomoción. Transcurridos 3 meses, él bebe logra rodar sobre sí mismo, primero de adelante hacia atrás y más tarde de atrás para adelante, antes de este momento, a veces los infantes se ruedan accidentalmente. Él bebe promedio puede permanecer sentado sin que lo sostengan y más tarde entre los 5 a 6 meses, aquí también empiezan a explorar su alrededor por su iniciativa, en varias formas: gatean reptando su barriga y empujan el cuerpo con sus brazos, se sientan y se desplazan a brincos o corren rápidamente, empujándose hacia adelante con piernas y brazos. A los 10 meses los infantes van por casi todas partes muy bien, valiéndose de estas formas, es así que los padres deben estar pendientes de ellos.

Todos esos hitos que se ven en el desarrollo sellan grandes progresos en su camino hacia el mayor logro motor de los infantes: como caminar. Durante varios meses después de pararse sin ayuda, los bebes ensayan caminar sin sujetarse de muebles, tras esto y después de varios intentos los niños pueden ponerse de pie solos, empiezan a dar sus primeros pasos, se caen, vuelven a gatear y consecutivamente tratan de caminar una vez más hasta poder lograrlo sin temblar y caer.

Psicomotricidad y el esquema corporal. La maduración de la percepción, permite la asimilación y del proceso corporal, el juicio del cuerpo. En el cual el niño percibe su cuerpo y lo acomoda en el espacio captado por sus sentidos, esto finaliza al primer año de vida. Más después y ya adquirida la capacidad de reconocer su propio cuerpo la imagen corporal se sobrepone a la de los objetos externos. En ese momento las funciones intelectuales alcanzan una autonomía respecto a las psicomotrices.

Influencias ambientales en el desarrollo motor. El papel del medio ambiente es limitado, la experiencia temprana podría afectar los promedios de maduración en algunas esferas, como la visión (Lipsitt, 1986). Por lo general cuando un niño recibe cuidados de salud adecuados acompañado de una buena nutrición y libertad física su desarrollo motor se encontrara en la normalidad (Clarke- Stewart, 1997).

Desarrollo Motor Fino.

El desarrollo del motor fino forma referencias a todos los ejercicios que elaboramos particularmente con las manos, y para las cuales debe haber un control óculo-manual como lo son:

Escribir, Dibujar, Punzar, Cortar, Rasgar, Usar Herramientas, Coser, Hilvanar, Coger los cubiertos, Moldear y Amasar.

Desarrollo del lenguaje

Seradell (2004) manifiesta que las investigaciones actuales han destacado la gran importancia del desarrollo mental en la etapa sensorio motora, en los dos primeros años y con relación al lenguaje las actividades sensorio motrices pre lingüísticas parece un factor indispensable para la aparición del lenguaje y su desarrollo. Cuando él bebe empieza a hablar se encuentra en la capacidad de realizar más actividades de las que puede expresar y aprende a hacerlas antes que mencionarlas.

El niño emite sus primeros sonidos y palabras articuladas sin que estas tengan para él un sentido igual que para un adulto. El niño identifica progresivamente una palabra con su significado, esto dependerá de que su estructura mental se haya desarrollado adecuadamente en la etapa en la cual la inteligencia se observa por el progresivo dominio de su cuerpo y sus sentidos. Los primeros sonidos se producen a partir de los 3 o 4 meses de vida, los niños comienzan a producir sonidos a manera de balbuceos donde se distingue una secuencia semejante en todas las lenguas, esto parece indicar que es una capacidad innata, programada por los genes y no por influencias del medio ambiente. El niño juega en su cuna por periodos prolongados de tiempo y así practica la producción de las palabras, en este proceso es vital la influencia de los adultos y el ambiente, el infante trata de emular lo que percibe en su entorno. Los niños tratan de copiar expresiones que escuchan, las abrevian de acuerdo a sus capacidades y poco a poco terminan completándolas.

Cuando los infantes comienzan a pronunciar y utilizar palabras, estas no tienen el valor que los adultos les asignan, deberá el niño recorrer un largo proceso hasta encontrarse en ese estadio. Inicialmente, el niño emplea la palabra que ha logrado pronunciar con el significado asignado por él. Es así que se generaliza los significados de ciertas palabras, aunque puede existir también restricción, según sus interpretaciones al momento de aprenderlas. Durante la primera etapa en la formación del lenguaje el infante designa una palabra a determinado objeto y de este modo cuando se le pide mencionar una larga palabra podría comentar “soga”.

Desarrollo Social

Hitos en las primeras relaciones sociales. Cuando estas empiezan se presentan una serie de dificultades que manifiestan el progreso social desde momentos tempranos del desarrollo. Entre el segundo mes de vida del bebé empieza la risa social, unida al interés por las personas. Esta es un símbolo que empieza a los cuatro o seis semanas de existencia inician las respuestas a estímulos externos y gradualmente van asociados con estímulos sociales y con el rostro. Se manifiesta por esta etapa un interés por las personas privilegiadas y aunque no se dé un reconocimiento de las personas en cuanto a tales y menos una diferenciación entre ellas.

Tras los siete u ocho meses (tomado como referencia) se crean vínculos más estrechos con una o más personas, en particular con la madre o la persona que más acostumbra el niño, además aparece también la ansiedad por separación, los infantes demuestran expresiones de enfado cuando se produce una separación, si esta se prolonga, él infantes entra en un estado de enfado, ansiedad, agitación y tanto reencuentros como separaciones tienen un carácter emocional marcado.

Expresiones emocionales. En él bebe, que no logre hablar las emociones que se le presenten tienen una gran beneficio para emprender la comunicación con los demás, informar sus necesidades. Se puede esperar que la aparición de emociones dependa del momento en que puedan desempeñar una función de adaptación.

Desarrollo Psicomotor Normal.

Es la ganancia de nuevas funciones que sigue una secuencia firme en los distintos campos, pero libremente en cada uno de ellos. Esto hace que el niño tenga un mosaico de destrezas y habilidades a las distintas edades, que manifiesta el camino recorrido hasta ese momento en el área del desarrollo psicomotor, de la manipulación de objetos, del lenguaje, de la socialización, etc.”(Hernández, 1994).

Retraso en el desarrollo psicomotor

La Academia Americana de Pediatría precisa a los inconvenientes del desarrollo psicomotor como todos aquellos retratos crónicos y de inicio precoz que tienen en común la dificultad en la adquisición de destrezas sociales, de lenguaje, motoras o cognitivas que inducen una huella demostrativa en el progreso del desarrollo de un niño. Se muestra cuando existe frustración en el alcance de las conductas esperadas para un rango concluyente de edad.

2.2.3.4. Riesgo para Trastorno del Desarrollo.

Es la posibilidad que tiene una niña o un niño por sus circunstancias pre, peri o postnatales, circunstancias del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo), de mostrar en los primeros años de la vida, dificultades de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de procedimiento, pudiendo ser estos, transitorios o definitivos.

2.2.3.5. Trastorno del Desarrollo.

Es la desorientación significativa del “curso” del desarrollo, como resultado de acontecimientos de salud o de relación con el entorno que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos que se ven en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma sincera, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno.

2.2.3.6. Crecimiento Adecuado o Normal.

Es la posición en la que la niña o niño evidencia la ganancia de peso e aumento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados (+2DE). La preferencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

2.2.3.7. Crecimiento Inadecuado o Riesgo del Crecimiento.

Es la condición en la que la niña o niño que fácilmente evidencia pérdida, ganancia mínima o ganancia excesiva de peso y talla, por lo tanto tendremos será que la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores sean los siguientes P/E o T/E se localizan dentro de los puntos de corte de normalidad (+2DE).

2.2.3.8. Factores Condicionantes de la Salud, Nutrición y Desarrollo del Niño.

Son aquellas variables de origen genético y ambiental con aquellos componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales y políticos que determinan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y niño.

2.2.3.9. Factores Protectores.

Son aquellos modelos especiales tales como actitudes, conductas, y colectivas adecuadas que se van conformando en un medio social y que incluyen aspectos relacionados con la salud del niño, educación, vivienda, afectos y conductas sanas y saludables que favorecerán el crecimiento y desarrollo de la niña o niño durante sus cinco primeros años de vida ya que en dicha edad será muy importante para que adquiere un buen desarrollo.

2.2.3.10. Factores de Riesgo.

Son aquellas características, circunstancias o situación detectable que agranda la probabilidad de sufrir, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden desarrollar el efecto aislado de cada uno de ellos originando un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

2.2.3.11. Estimulación Temprana.

Son conjunto de acciones que tienen base científica, que son aplicada de forma metódica y secuencial en la atención de la niña y niño, desde su nacimiento del niño hasta los 36 meses de edad con el único objetivo de fortalecer el vínculo afectivo entre padres e hijos y finalmente proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potenciales físicas, cognitivas, emocionales y sociales.

2.2.3.12. Programa de Crecimiento y Desarrollo Colectivo.

Son aquellas actividades grupales que se ejecutan con la presencia de los padres y madres cuyos hijos tengan la misma edad, para acompañarlos en el proceso de crecimiento de sus

hijos y así demostrarles que la mejor forma de invertir en el futuro de la familia será a través de ejercicios de prevención que permitan corregir las habilidades y el desarrollo de los más pequeños de la casa. El programa de crecimiento y desarrollo arriesgan a fortalecer básicamente la comunicación, teniendo en cuenta y uniendo grupos etarios similares para mejorar la atención infantil en todos los establecimientos de salud a través de una actividad central y sub-actividades grupales, al igual que encuentros individuales.

2.2.3.13. Evaluación del desarrollo.

Consideraciones previas.

La valoración del desarrollo psicomotor se realiza obligatoriamente y necesariamente a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días es de responsabilidad del profesional de enfermería conjuntamente con la madre.

La evaluación del desarrollo psicomotriz se ejecuta en cada control del crecimiento y desarrollo de acuerdo al esquema vigente y de ser posible en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud.

En la evaluación del desarrollo psicomotriz se basa primordialmente en la observación y la aplicación de las escalas del desarrollo, lo cual permite descubrir los llamados signos de alerta que vienen a ser la expresión clínica de una desorientación del patrón normal del desarrollo. Este no se sospecha necesariamente la presencia de patología neurológica, pero si su detección obliga a realizar necesariamente un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste la presencia de la patología necesariamente se debe iniciar una intervención terapéutica con profesionales de salud capacitada.

2.2.3.14. Instrumentos para la evaluación del desarrollo de la niña y niño menor de un año.

El instrumento se aplicara en niñas y niños de 0 a 11 meses: Test Peruano de Desarrollo del Niño (TPD).El Test es quien determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos:

- a.** Comportamiento motor postural, que contiene las siguientes líneas de desarrollo:
 - Control de cabeza y tronco - sentado.
 - Control de cabeza y tronco - rotaciones.
 - Control de cabeza y tronco - marcha.
- b.** Comportamiento viso motor, que contiene las siguientes líneas de desarrollo: Uso de brazo, mano y visión.
- c.** Comportamiento del lenguaje, que contiene las siguientes líneas de desarrollo: Audición, lenguaje comprensivo y lenguaje expresivo.
- d.** Comportamiento personal social, que contiene las siguientes líneas de desarrollo: Alimentación vestido e higiene, juego y comportamiento social.
- e.** Inteligencia y Aprendizaje.

2.2.3.15. Consideraciones previas a la evaluación.

La evaluación debe hacerse con la colaboración de los padres o responsable del cuidado del niño, en un ambiente adecuado sin ruidos ni molestos, con ropa cómoda, tratando de que la niña o niño se sienta menos temeroso. Se hablara a los padres de los logros del desarrollo que su hijo debe alcanzar según su edad, para que puedan estimularlo convenientemente en su hogar.

En la primera evaluación examinar sobre la existencia de factores de riesgo para el desarrollo.

Para la aplicación de los instrumentos de evaluación, el profesional de enfermería debe ser experto y tener conocimiento en el manejo de la guía y la batería respectiva para cada prueba, garantizando que durante la evaluación la atención del examinador se centre en la niña o niño y no en el material impreso.

Los instrumentos deben administrarse solo si la niña o niño está sereno y muestra condiciones apropiadas de salud. Si la niña o niño llora, está quisquilloso, con sueño o enfermo, se debe orientar y citar a los padres y/o responsables del cuidado de la niña y niño para su evaluación posterior que debe asistir sin falta.

2.2.3.16. Criterios para la interpretación de resultados

La interpretación de resultados será de acuerdo al instrumento utilizado.

Evaluación de niñas y niños de 0 a 11 meses utilizando el Test Peruano de desarrollo del niño. Los resultados pueden ser:

- a.** Desarrollo normal: Cuando la niña y el niño hace todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.
- b.** Riesgo para trastorno del desarrollo: Cuando el niño o niña hace todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y presenta un factor de riesgo.
- c.** Trastorno del desarrollo: Cuando el niño o niña no hace una o más de las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y en la lectura del perfil se encuentra:

Desviación a la izquierda de un mes en un solo hito; izquierda de un mes en dos o más hitos.

Desviación a la izquierda de un solo hito, asociado a un factor de riesgo.

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

- a. Desarrollo normal:** Es cuando la niña y el niño hace todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.
- b. Déficit del desarrollo:** Es cuando una o más de las conductas evaluadas en el niño y en la niña están en proceso de desarrollo o no las ejecuta.

2.2.3.17. Manejo de problemas del desarrollo según nivel de complejidad y capacidad resolutive.

Durante la evaluación del desarrollo psicomotor el profesional de enfermería explicara e indicara a los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño, el modo correcto y las pautas necesarias para realizar una estimulación al niño de acuerdo a los resultados obtenidos:

- a. Desarrollo normal:** Felicitar a los padres o cuidadores y mencionar los logros obtenidos del niño o niña vinculados a las prácticas realizadas.
- b. Riesgo para trastorno del desarrollo:** Analizar con los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño el factor o situación de riesgo detectado en el niño e identificar mecanismos para su disminución. Manifiestar y demostrar medidas y pautas de estimulación.

c. Trastorno del desarrollo: El manejo se hará con base a los factores causales que se hayan encontrados y de acuerdo a lo descrito a continuación:

Si el perfil la muestra desviación a la izquierda de un mes en uno o más hitos: explicar y demostrar a los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño las medidas y pautas de estimulación que debe realizar en casa relacionadas con los factores y el trastorno encontrado, durante 2 meses, según el esquema del desarrollo psicomotriz. Realizar como mínimo una visita domiciliaria antes del siguiente del siguiente control. Reevaluar al niño cada mes necesariamente. Si después de 2 meses de seguimiento que se hizo aplicando las pautas de estimulación no mejora el niño, entonces se optara para referirlo al establecimiento de salud de mayor y alta complejidad para que reciba una atención adecuada y óptima.

Si el perfil del desarrollo muestra desviación a la izquierda de dos o más meses de edad en uno o más hitos o el perfil la muestra desviación a la izquierda de un solo hito asociado a un factor de riesgo: Referirlo inmediatamente al establecimiento de salud de mayor complejidad y asegurarse que la referencia sea efectiva; así mismo el profesional de enfermería debe verificar la contra referencia para continuar con el seguimiento.

Déficit del Desarrollo: Explicar e indicar medidas y pautas de estimulación y citar a la madre que en 2 semanas debe retornar para su control, si mejora continuar con los controles rutinarios de acuerdo al calendario y esquema del desarrollo psicomotor según la edad, si esto no mejora necesariamente se debe derivar al nivel superior para su respectiva evaluación por especialista capacitado. Si los padres no llevan a la niña o niño al

establecimiento de referencia indicado, el profesional de enfermería debe organizar las acciones con el equipo multidisciplinario y otras instituciones responsables de la protección del niño a fin de hacer efectiva la referencia.

La referencia se realizara al establecimiento con capacidad resolutive para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del desarrollo y se ajustara a la normatividad vigente, adicionalmente se enviara una copia de la ficha de evaluación del desarrollo.

2.2.3.18. Estimulación del desarrollo y cuidado integral del niño de acuerdo a su edad.

La estimulación del desarrollo psicomotor fortalece el vínculo afectivo entre los padres o cuidadores y sus niños y niñas, con lo cual se consolida la seguridad, autoestima y confianza del niño o niña. Incluye actividades puntuales para mejorar las habilidades y destrezas de la niña o niño en áreas muy específicas del desarrollo psicomotor como: Lenguaje, motor, social, emocional y cognitiva. Y se lleva a cabo en el consultorio de crecimiento y desarrollo de manera individual en forma colectiva a través de sesiones demostrativas agrupando a los niños según su edad cronológica.

Las pautas de estimulación del desarrollo y cuidado integral del niño deben estar de acuerdo a la edad del niño y el nivel de desarrollo de la niña o niño, considerando siempre el contexto socioeconómico y cultural de la familia.

El material que se maneja para la estimulación puede ser elaborado con la participación conjunta del personal de salud, padres y la comunidad en general considerando siempre los patrones culturales locales y regionales.

2.2.3.19. Evaluación.

La evaluación del desarrollo psicomotriz se realizara de acuerdo a la edad cronológica de la niña o el niño, calculada en meses, considerando para ello los 30 días cumplidos, considerar que un mes y 28 días se reconoce como un mes y en cambio un mes y 29 días ya se considera 2 meses.

Desarrollo se realizara de acuerdo a los siguientes criterios:

SI: Cuando la niña o el niño ha conseguido la conducta esperada en el periodo que corresponda según la edad cronológica.

NO: Cuando la niña o el niño no ha conseguido la conducta esperada en el periodo que corresponda según la edad cronológica.

EP: En proceso, cuando la niña o el niño no ejecuta totalmente la conducta esperada en el periodo que corresponda según la edad cronológica.

2.2.3.20. Instrumento de evaluación.

El instrumento para evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de un año, es el test peruano de evaluación de desarrollo psicomotor dentro de ello se encuentra la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EDDP) que serán aplicados en niños de 0 a 24 meses de edad según la edad cronológica.

2.2.3.21. Manejo de la niña o niño:

El niño debe estar siempre acompañado preferentemente por sus padres o adulto responsable quien proporcionara la información oportuna.

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.

2.2.3.22. Llenado de ficha.

El llenado del formato de evaluación del desarrollo se realizara de la siguiente manera:

Registrar el Nombre de la niña o niño y el No Historia Clínica según corresponda. En la parte posterior del formato se encuentra una lista de preguntas que se debe aplicar a los padres de la niña o niño con el fin de obtener y registrar información relacionada a antecedentes, enfermedades asociadas y otros. Encerrar en un círculo el mes correspondiente a la edad cronológica de la niña o niño. Una vez concluida la evaluación, se unirán las marcas de todos y cada uno de los hitos logrados, mediante una línea que partirá desde la edad cronológica encerrada en el círculo hasta la última marca.

Los espacios en blanco del esquema, significan que el hito inmediato anterior todavía está desarrollándose durante el trecho de estos espacios y pueden ser marcados como correctos en el mes cronológico en que se está evaluando al niño, naturalmente si la ejecución del mencionado hito es exitosa.

2.2.3.23. Interpretación de los resultados.

Si el perfil de desarrollo obtenido no muestra desviación se cataloga como ***Desarrollo Normal***.

Si la línea del desarrollo esta desviada a la izquierda de la edad cronológica actual, se cataloga como ***Trastorno del desarrollo***.

Si la línea de desarrollo esta desviada a la derecha de la edad cronológica actual, se cataloga como adelanto del desarrollo.

Si no hay desviación de la línea a la izquierda pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo se cataloga como ***Riesgo para Trastorno del Desarrollo***.

2.2.3.24. Test peruano de evaluación del desarrollo.

Es un instrumento para evaluación del desarrollo del niño de 0 a 11 meses que da a conocer: el comportamiento motor postural, el comportamiento viso motor, el comportamiento de lenguaje, el comportamiento social y la inteligencia (32).

2.3. Definición de términos

Apego. Es un vínculo afectivo que se construye entre dos seres humanos, y que dadas sus características específicas, suele darse primariamente entre los padres y sus hijos, desde el periodo del embarazo, el apego fortalece la lactancia materna.

Apego materno. Es el instinto básico de protección que tiene la especie humana para poder sobrevivir en el medio que le rodea.

Desarrollo Psicomotor. Es el proceso mediante el cual permite al niño a relacionarse, conocer y adecuarse al medio que lo rodea. Este proceso de desarrollo incluye aspectos básicos como el lenguaje expresivo y comprensivo, coordinación viso-motora, motricidad gruesa,

equilibrio y el aspecto social-afectivo, que está coherente con el desarrollo.

Desarrollo. Es el proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones como en los aspectos biológicos, psicológicos, cognoscitivos, nutricionales, sexuales, ecológicos, culturales, éticos y sociales.

Niño. Etimológicamente, el término “niño” viene del latín *infans* que representa “el que no habla” y es todo ser humano menor de dieciocho años de edad.

Área motora gruesa. Se define motricidad gruesa como la habilidad que el niño va adquiriendo, para mover armoniosamente los músculos de su cuerpo, y mantener el equilibrio.

Área motora fina. Esta área se refiere a las acciones que implican pequeños grupos musculares de la cara, manos y pies se refiere concretamente a las palmas de las manos, los ojos, dedos y músculos que rodean especialmente a la boca, dicha coordinación entre lo que el ojo ve y las manos tocan.

Área cognitiva. En esta área el niño ya empieza a comprender su entorno a través de estructuras ya sea mediante una interacción con el entorno. Para desarrollar de dicha área el niño necesita de experiencias, así el niño podrá desarrollar sus niveles de pensamiento, su capacidad de razonar, poner atención, seguir instrucciones y reaccionar de forma rápida ante diversas situaciones

Área del lenguaje. En esta área se describe a las habilidades en las que el niño podrá comunicarse con su entorno que lo rodea, podrá expresarse mediante gestos y palabras, y a la vez debe comprender el significado de las mismas. Este último aspecto se desarrolla primero.

Área socio afectiva. Esta área fortalece el área socio-emocional mediante el vínculo con la madre en una iniciación, dicha área permitirá

al niño sentirse amado y seguro de sí mismo, así como manejar su propia conducta y expresar sus propios sentimientos. Y ya posteriormente logrará socializar con los demás niños en una sociedad determinada.

Estimulo. Es todo cambio del medio o fracción de cambio que provoca una actividad determinada de un organismo. Los estímulos se toman a través de tres sistemas sensoriales: el interoceptivo, el propioceptivo y el interoceptivo.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Hi: La relación es significativa entre el apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Ho: La relación no es significativa entre el apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

2.4.2. Hipótesis específicas

El apego materno en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018, es inseguro evitante.

El desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018, no son adecuados y están en riesgo.

La relación es significativa entre el apego materno seguro y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

La relación es significativa entre el apego materno inseguro evitante y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

La relación es significativa entre el apego inseguro ambivalente y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

2.5. Variables

Variable Correlacional 1

Apego Materno.

Variable Correlacional 2

Desarrollo psicomotriz

2.5.1. Definición conceptual de la variable.

Variable Correlacional 1

Apego materno: Es un vínculo afectivo que se establece entre la madre y el hijo desde el momento del nacimiento y que dadas sus características específicas, suele darse primariamente entre los padres y sus hijos, desde el periodo del embarazo.

Variable Correlacional 2

Desarrollo Psicomotor. Es el proceso mediante el cual le permite al niño y niña relacionarse, conocer y adaptarse al medio que lo rodea. Este proceso básicamente incluye aspectos muy importantes como el lenguaje expresivo y comprensivo, coordinación viso-motora, motricidad gruesa.

Variables Intervinientes:

Edad de la madre.

La edad de la madre se da en cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo; o una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, mediana edad y tercera edad.

Nivel de instrucción de la madre.

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Ocupación de la madre.

Es el trabajo, labor o quehacer que desempeña la madre

2.5.2. Definición operacional de la variable.

Variable Correlacional 1:

Apego materno: Es una relación afectiva que se da entre dos seres humanos racionales , y que dadas sus características específicas, suele darse primariamente entre los padres y sus hijos, desde el inicio del periodo del embarazo, el mismo que será medido mediante la Escala de Massie –Campbell

Variable Correlacional 2:

Desarrollo Psicomotor. Es el proceso por el cual le permite al niño relacionarse, conocer y adecuarse con el medio que lo rodea. Este proceso incluye aspectos muy importantes como el lenguaje expresivo y comprensivo, coordinación viso-motora, motricidad gruesa, equilibrio y el aspecto social-afectivo, que está relacionado con la autoestima, el mismo que será medido mediante el Test Peruano del Desarrollo Psicomotor.

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL	INSTRUMENTOS
VARIABLE CORRELACIONAL 1								
Apego materno	Cualitativa	Es una relación afectiva que se establece entre dos seres humanos, y que dadas sus características específicas, suele darse primariamente entre los padres y sus hijos, desde el periodo del embarazo.	Es el vínculo afectivo entre la madre e hijo, este vínculo es intenso, permanente y favorece la lactancia. Este apego se basa en la capacidad que tiene la madre y el hijo de reconocerse como propios, desde el nacimiento.	<p>Apego seguro</p> <p>Apego inseguro evitante</p> <p>Apego inseguro ambivalente</p>	<p>➤ Mirada</p> <p>➤ Vocalización</p> <p>➤ Tocando</p> <p>➤ Tocado</p> <p>➤ Sostenimiento</p> <p>➤ Afecto</p> <p>➤ Proximidad o cercanía</p> <p>➤ Mirada</p> <p>➤ Vocalización</p> <p>➤ Tocando</p> <p>➤ Tocado</p> <p>➤ Sostenimiento</p> <p>➤ Afecto</p> <p>➤ Proximidad o cercanía</p> <p>➤ Mirada</p> <p>➤ Vocalización</p> <p>➤ Tocando</p> <p>➤ Tocado</p> <p>➤ Sostenimiento</p> <p>➤ Afecto</p> <p>➤ Proximidad o cercanía.</p>	Nominal	Buenos Regulares Deficientes	Instrumento: Escala de Massie – Campbell

VARIABLE CORRELACIONAL 2								
Desarrollo Psicomotor	Cualitativa	Es el proceso por el cual le permite al niño relacionarse, conocer y adaptarse al medio que lo rodea. Este proceso incluye aspecto como el lenguaje expresivo y comprensivo, coordinación visomotora, motricidad gruesa, equilibrio y el aspecto social-afectivo, que está relacionado con la autoestima.	El desarrollo psicomotor será evaluado a través del test peruano de evaluación del desarrollo de la niña y niño de 0 a 36 meses, que determina el perfil en 12 líneas del desarrollo correspondientes a los comportamientos: Comportamiento motorpostural, Comportamiento visomotor, Comportamiento del lenguaje, Inteligencia y Aprendizaje.	<p>Área de movimiento.</p> <p>Área de coordinación.</p> <p>Área de lenguaje.</p> <p>Área de socialización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Habilidad motriz fina. ➤ Habilidad motriz gruesa. ➤ Lenguaje expresivo. ➤ Percepción a través de los sentidos. ➤ Lenguaje comprensivo ➤ Desarrollo de su autoestima. ➤ Formación de hábitos y valores. ➤ Esquema corporal. 	Nominal	Normal Riesgo Trastorno	Instrumento: Test Peruano del Desarrollo Psicomotor
VARIABLES INTERVINIENTES								
Edad	Cuantitativa	Edad en años cumplidos hasta la fecha de la entrevista	Edad cumplida de la madre		➤ Edad cumplido.	Razón		Cuestionario
Grado de Instrucción de la madre		Grado de estudio de la madre o cuidador responsable.	Responde al grado de Instrucción de la madre al momento de la encuesta.		➤ Grado de estudio concluido	Ordinal		
Ocupación		Es el rol que tiene la madre diariamente en sus actividades diarias de su vida.	Responde a sus actividades diarias de las madres.		➤ Ama de casa, Comerciante, Estudiante, Trabajador dependiente e independiente, otros.	Nominal		

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Tipo y nivel de investigación.

3.1.1. Tipo de investigación.

La disertación tiene un enfoque cuantitativo, porque permite medir y cuantificar numéricamente las variables en estudio, constando un manejo estadístico de los datos; no se realiza más pruebas en la población, los resultados del presente estudio que se presentaran es estadísticos de los reactivos utilizados en la investigación.

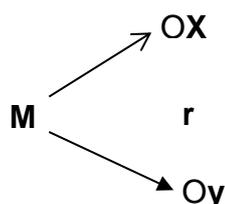
El tipo de investigación es no experimental porque no se manipulan las variables, descriptivo-correlacional, de acuerdo a la ocurrencia de los hechos y el registro de la información, será retrospectivo porque los datos serán recogidos después de los acontecimientos ocurridos.

3.1.2. Nivel de investigación.

Es correlacional puesto que trata de investigar el grado de relación, asociación o dependencia entre variables en un contexto particular.

Diseño de investigación.

El diseño de investigación será de tipo descriptivo, correlacional-transversal ya que se medirá las variables para establecer la relación que hay entre ellas con la toma de datos que se realizará en un momento dado como se muestra en el gráfico adjunto:



Dónde:

M = Muestra.

X = El apego materno en madres de niños y niñas menores de un año.

Y = Desarrollo psicomotriz.

r = Relación entre las dos variables.

3.2. Descripción del ámbito de la investigación.

El presente estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Aparicio Pomares, que se encuentra ubicada en la región, departamento y provincia de Huánuco, en el distrito de Huánuco, Jr. Junín N° 321 – 323, donde cuentan con los servicios de Medicina, Enfermería, Psicología, Odontología, Obstetricia, Triage, Tópico de emergencia, Estrategias Sanitarias, Farmacia así como el personal Administrativo, Mantenimiento y Vigilancia. El programa de Crecimiento y Desarrollo se encuentra bajo la responsabilidad de una enfermera con el apoyo del técnico en enfermería quienes atienden diariamente a un promedio de 10 niños. El horario de atención del consultorio CRED así como el Centro de Salud es de Lunes a Sábado de 7.30 am a 13.30 pm y los Domingos el servicio de emergencia las 24 horas.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

La población de niños y niñas menores de un año según el registro de atención de Crecimiento y Desarrollo desde el mes de Mayo hasta Setiembre del año 2018 fue de 112 niños (as); Dentro de ello se consideró los criterios de inclusión e exclusión que quedan 40 niños (as). En el estudio se centró en aquellas madres de niños (as) menores de un año pertenecientes al Centro de Salud Aparicio Pomares; en donde se aplicó la fórmula para la muestra en estudio que es de 36 madres de niños menores de un año.

Criterio de Inclusión:

- Madres y/o responsables encargados del cuidado de niños y niñas que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
- Madres y/o cuidadores sin trastornos o alteraciones mentales de niños y niñas menores de un año.
- Niñas (os), y madres que asisten regularmente a sus controles de Crecimiento y Desarrollo puntualmente.
- Madres que saben leer y escribir.
- Madres que pertenezcan a la misma jurisdicción del Centro de Salud.
- Madres que hablan castellano.

Criterio de Exclusión: No se considera a las madres:

- Que no acepten firmar el consentimiento Informado.
- Con algún trastorno o alteración mental.
- Que tengan limitaciones para comunicarse: sordo-mudos, alteraciones mentales, deficiencias auditivas y visuales.

- Que pertenezcan a otros Establecimientos de Salud.
- Niños prematuros.
- Niños con problemas neurológicos.

3.3.2. Muestra y muestreo.

Unidad de análisis

Madres de niños (as) menores de un año que asistieron al consultorio CRED.

Marco Muestral.

Cuaderno o registro de seguimiento de niños y niñas menores de un año que acudieron a su control CRED en el Centro de Salud Aparicio Pomares.

Tamaño de la Población Muestral

Para determinar el tamaño de la muestra se aplica la siguiente formula:

$$n = \frac{N(Z\alpha/2)^2 * p * q}{e^2(N - 1) + (Z\alpha/2)^2 * p * q}$$

N= Población total según registro < de año	N	112
N= Población de la muestra	N=	40
n= Muestra.	n=	36
Z$\alpha/2$= Nivel de confianza	Z=	95% = 1.96
p= Probabilidad de éxito.	p=	95% = 0.95
q= Probabilidad de fracaso.	q=	5% = 0,05
e= Precisión	e=	5% = 0,05

3.3.3. Muestra.

Para determinar la muestra se usó el método probabilístico o aleatorio teniendo la misma probabilidad de ser elegidos, criterios de inclusión e exclusión para formar parte de la muestra, dando un total de 36 madres de niños y niñas, aptas para la investigación.

3.3.4. Tipo de muestreo.

La población de selección de la muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico, considerando los criterios de inclusión e exclusión y se emplea el muestreo aleatorio simple.

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

3.4.1. Técnica.

La técnica que se emplearon en el presente estudio fue primeramente la observación, la cual permitieron observar la relación del apego materno y desarrollo psicomotriz de niño y niñas menores de un año en las madres de la muestra en estudio.

3.4.2. Instrumentos de recolección de datos.

Los instrumentos de recolección de datos fueron los siguientes: Cuestionario de Escala de Massie – Campbell cuyos indicadores es de apego madre-bebé en circunstancias de stress (ADS) el (Anexo 1): En su presentación física constató el título del estudio, Introducción e instrucciones declarando cómo van a desarrollar, donde se dio a conocer los objetivos de la investigación así como la solicitud de participación de la madre. La Escala ADS consistió en dos pautas de observación, una para la madre y otra para el bebé en cada una de las extensiones

mencionadas anteriormente. Estos elementos del apego se valoraron en una escala de 1 a 5 puntos donde los puntajes 1 y 2 se refieren a tendencias de evitar contacto o a no responder relacionadas a estilo de apego inseguro evitativo. De 3 y 4 en general implicó un rango normal de las conductas con tendencia a estilo de apego seguro y los puntajes de 5 en general implican una tendencia a sobre reaccionar con actitud intrusiva y exagerada lo que determina un estilo de apego inseguro ambivalente. Puede contemplarse la opción que no se establezca un patrón constante entre la madre y el niño por lo que estaría presente el patrón disarmónico estableciendo un estilo de apego desorganizado.

El evento fue de 14 items con 5 Indicadores conductas del niño y de la madre frente al estrés, constó de 5 items con sus indicadores. Valor final es de: Bueno (5 puntos); Regular (3 y 4 puntos); y Deficiente (1 y 2 puntos).

Guía de Observación del desarrollo psicomotriz de niño: Test Peruano del Desarrollo del niño en donde se encuentra la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EDDP) de 0 a 24 meses de edad. Constó de 50 indicadores (Anexo 2): Constaron las opciones de marcar (SI) o (NO). Dando los valores finales como:
SI = Normal NO = Riesgo T = Trastorno.

Uno de instrumentos (la Guía de Observación de desarrollo Psicomotriz), fue sometidos a validez de contenido y constructo, a través de Juicio de Expertos (5), habiendo recibido sugerencias, las cuales se usaron para mejorar el instrumento; realizando a su vez, la Prueba Binomial. Siendo el resultado menor a 0.05, lo que significa que el instrumento es válido. Para la confiabilidad se realizó la prueba piloto mediante la aplicación de los instrumentos a una población parecida y su validación fue a través de la prueba estadística de Alfa de Cronbach, siendo el resultado que evidenció la confiabilidad.

3.5. Validez y confiabilidad del instrumento.

Validez delfos o de jueces: Para validar el contenido de los instrumentos del actual estudio, ya han sido validados por instituciones académicos como es el caso del cuestionario de escala de Massie-Cambell; pero la guía de observación se sometió a juicios de expertos (3) que son especialistas en investigación y conducen el área Neonatología y de crecimiento y desarrollo del niño (CRED); a quienes se les programa una serie de cuestionarios en cuanto al contenido del instrumento y a su estructura. A cada juez se les proporciona una documentación respectiva: oficio, hoja de instrucciones, constancia de validación, matriz de consistencia y los respectivos instrumentos con la finalidad de realizar la validez de contenido de cada uno de ellos, emitiendo su punto de vista con respecto a las dimensiones y reactivos del instrumento.

Confiabilidad:

Para medir la confiabilidad de los instrumentos se utilizó la prueba de Kuder Richardson (KR-20) por tener las respuestas dos opciones únicamente y, para que sea confiable dicho coeficiente debe ser mayor que 0.7, para ello los datos se registrarán al aplicar el instrumento de toma de datos a piloto en el C.S Aparicio Pomares Huánuco, pero en madres que no se encuentren dentro de la muestra de estudio. El resultado de esta prueba fue de 0.891 y 0.818 para cada uno de los instrumentos por lo que resultaron confiables.

3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos.

3.6.1. Procedimientos de recolección de datos.

Se solicitó la autorización y los permisos respectivos para la ejecución del estudio, al jefe de la Microred Aparicio Pomares.

Capacitación al equipo de encuestadores para la aplicación de los instrumentos. Antes de la aplicación de los instrumentos se nos autorizó el permiso del coordinador (a) del consultorio de Neonatología y Crecimiento Desarrollo a cargo de enfermería del dicho centro de salud, asimismo se solicitó el consentimiento informado y la autorización de los participantes, coordinándose la fecha para la aplicación de instrumentos que es en base a las fechas programadas, luego de la aplicación de los mismos se agradeció la participación de la muestra en estudio.

La identidad de los encuestados fue manejada a través de códigos. El control de calidad de los instrumentos de recolección de datos se continúa durante todo el estudio de investigación.

3.6.2. Elaboración de datos.

Revisión de los datos: Se inspeccionó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección para el control de calidad.

Codificación de los datos: Se codificó los datos en la etapa de recolección para poder diferenciar los diferentes tipos de datos y variables en estudio; se clasificó los datos en variables cualitativas y cuantitativas.

Procesamiento de los datos: Para dicho procedimiento se utilizó el programa SPSS (v. 23.0) for Windows.

Plan de tabulación: Con la base de los datos que se ha logrado fue para responder al problema y objetivos planteados en el presente proyecto de investigación, se tabularon los datos en tablas de frecuencia y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, lo cual facilitó la observación de la variable, determinantes sociodemográficos considerando en el presente estudio.

3.6.3. Análisis de los datos.

Análisis descriptivo e inferencial

Se manejó un análisis descriptivo, para las variables categóricas, las medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo a la necesidad del estudio.

Para la prueba de hipótesis se manejó la estadística inferencial empleando el coeficiente de correlación de Pearson y el Chi-cuadrado.

Aspectos éticos de la investigación.

Previo a la aplicación de las encuestas, se pidió que revisen el consentimiento informado y que firmen si están de acuerdo a participar en el presente estudio; de igual manera se considera los principios bioéticos de: **Beneficencia**, ya que el estudio indaga el beneficio de los participantes al evaluar la adopción de medidas preventivas frente al desarrollo psicomotriz, con el único fin de promover el bienestar y el buen desarrollo normal del niño; **No maleficencia**, porque se relaciona con la máxima de no hacer daño; sostiene reglas morales concretas que imputa límites a la autonomía profesional y del paciente; **Justicia**, Como un concepto íntegro, requiere que se les proporcione a las madres de estudio lo que es formal; **Autonomía**, Se define como capacidad de las personas de reflexionar sobre sus fines personales y de obrar de acuerdo con sus normas y valores, a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para terceros.

Todas las personas cuya autonomía estén disminuida, tienen derecho a la protección de: **Fidelidad**, valor esencial al desarrollar el presente estudio y es reconocido internamente; además entre nosotros y hacia nuestros madres de estudio es la herramienta clave de nuestro triunfo profesional; **Honestidad**, es

un valor necesario en cualquier humanidad es por eso que el estudio exige de todo su personal el cumplimiento de este valor y así mismo estamos comprometidos a brindar el mismo hacia todas la personas relacionadas con nosotros.

Consideraciones éticas.

Para la recolección de datos, se realizó las coordinaciones con el Médico jefe del Centro de Salud, la enfermera encargada del consultorio de Neonatología y Crecimiento y Desarrollo del niño y la previa autorización de la madre a través de su consentimiento informado.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE ESTUDIO

4.1. Resultados descriptivo.

Luego de recolectar los datos fueron procesados y presentados en tablas y gráficos para realizar el análisis y la interpretación respectiva; Al analizar las características sociodemográficas del grupo de estudio observamos lo siguiente:

Tabla 2. Características Sociodemográficos (Edad) de las madres de niños (as) menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Edades de las madres	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 20 años	4	11.1 %
De 20 a 29 años	17	47.2 %
De 30 a 39 años	13	36.1 %
Mayores de 40 años	2	5.6 %
Total	36	100 %

Fuente: Cuestionario de Escala de Massie- Campell, aplicado en Setiembre 2018

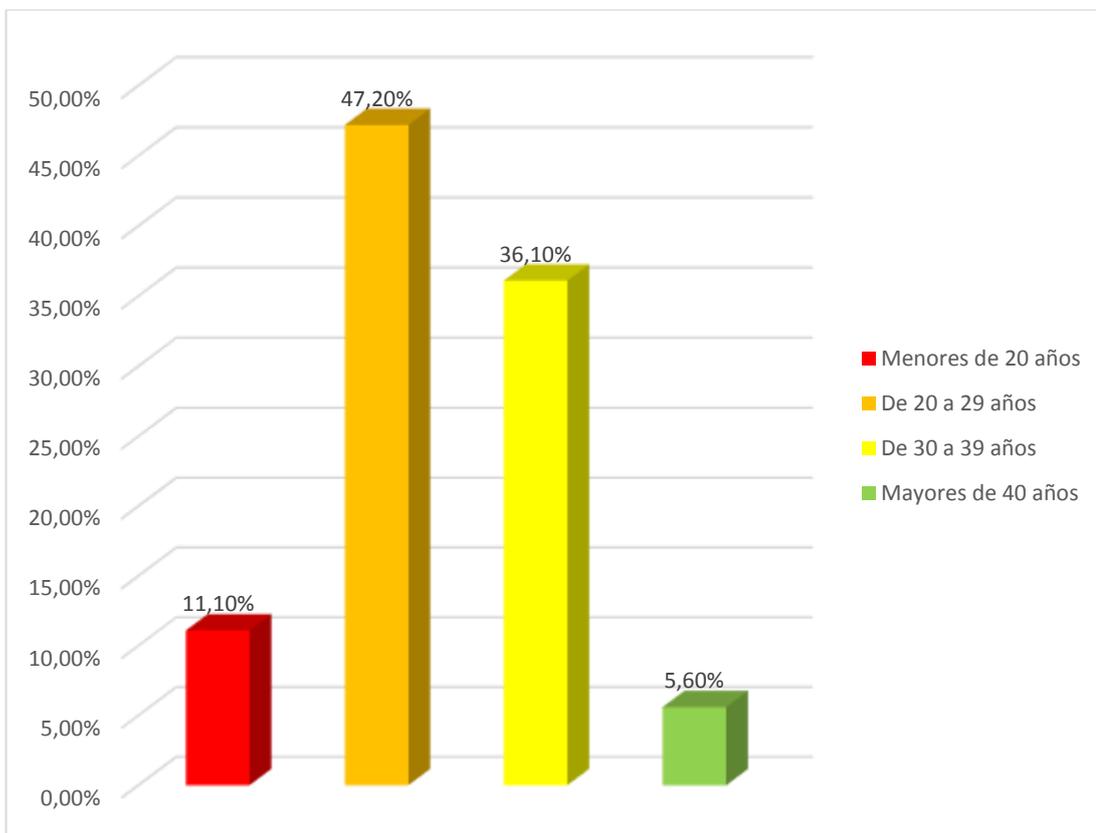


Figura 1. Edades de las madres de niños menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

En la presente tabla y figura relacionada a la variable de edad se observó que, el 11.1 % (4) de aquellas las madres encuestadas tenían menores de 20 años, el 47.2 % (17) entre 20 a 29 años, el 36.1 % (13) de 30 a 39 años y mayores de 40 años el 5.6 % (2); las edades fluctuaron entre 18 y 44 años de edad en la madres de niños menores de un año.

Tabla 3. Características Sociodemográficos (Grado de instrucción) de las madres de niños (as) menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Grado de instrucción			Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta			8	22.2%
Primaria completa			12	33.3%
Secundaria incompleta			3	8.3%
Secundaria completa			9	25.0%
Educación universitaria	técnica	no	4	11.1%
total			36	100 %

Fuente: Cuestionario de Escala de Massie- Campell, aplicado en Setiembre 2018

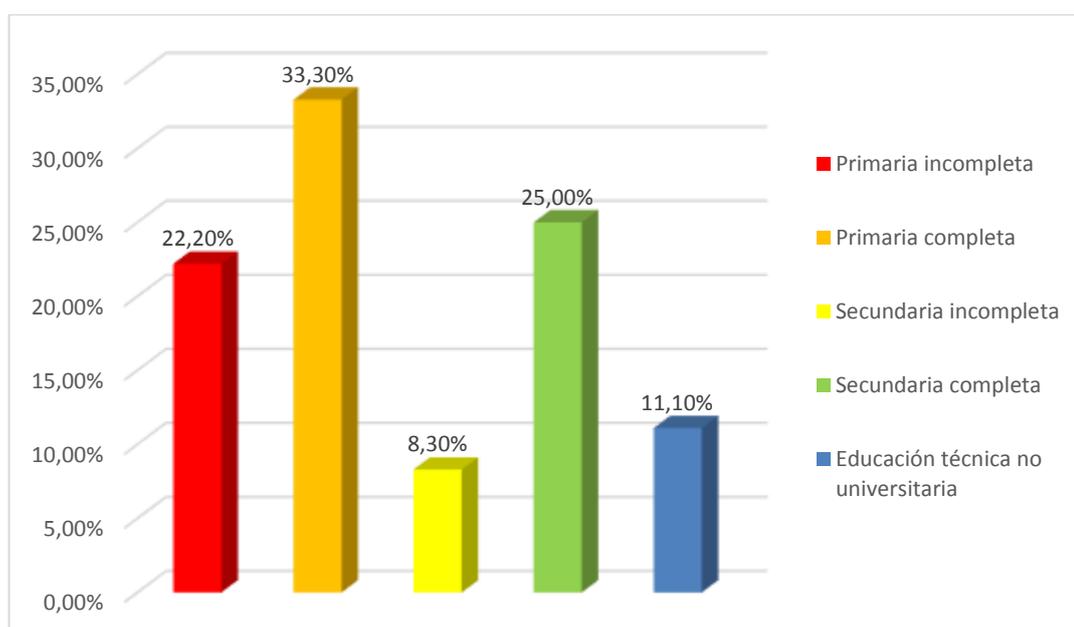


Figura 2. Grado de instrucción de las madres de niños menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

En la presente tabla y figura relacionado al grado de instrucción se evidenció que el 22.2 % (08) de las madres tienen primaria incompleta, el 33.3 % (12) primaria completa, el 8.3 % (3) secundaria incompleta, el 25 % (9) secundaria completa y el 11.1 % (4) madres tienen educación técnica no universitaria.

Tabla 4. Características sociodemográficos (ocupación) de las madres de niños (as) menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Ocupación de la madre o cuidador del niño	Frecuencia	Porcentaje
Trabajador dependiente	3	8.3%
Trabajador independiente	2	5.6%
Ama de casa	22	61.1%
Comerciante	7	19.4%
Estudiante	2	5.6%
Total	36	100 %

Fuente: Cuestionario de Escala de Massie- Campell, aplicado en Setiembre 2018

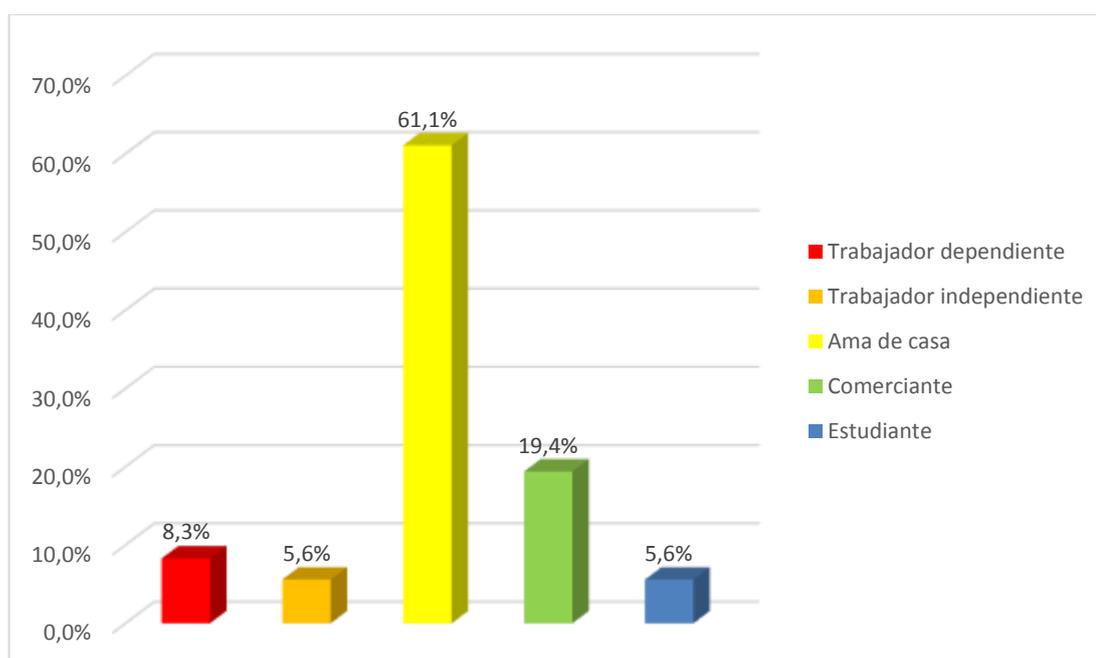


Figura 3. Ocupación de las madres de niños menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Sobre la ocupación se observó el 8.3 % (03) madres son trabajadores dependientes, el 5.6 (2) trabajadores independientes, el 61.1 % (22) de las madres refieren dedicarse exclusivamente ama de casa, 19.4 % (7) es comerciante, excepto dos madre que refirió ser estudiante el 5.6 % (2).

Tabla 5. Conductas del niño durante el evento estresante en el apego materno en madres de niño y niñas menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Conductas de niño durante el evento estresante.	Frecuencia	Porcentaje
Buenos (5 Puntos)	27	75.0%
Regulares (3 y 4 Puntos)	6	16.7%
Deficientes (1 y 2 Puntos)	3	8.3%
Total	36	100.0%

Fuente: Cuestionario de Escala de Massie- Campbell, aplicado en Setiembre 2018

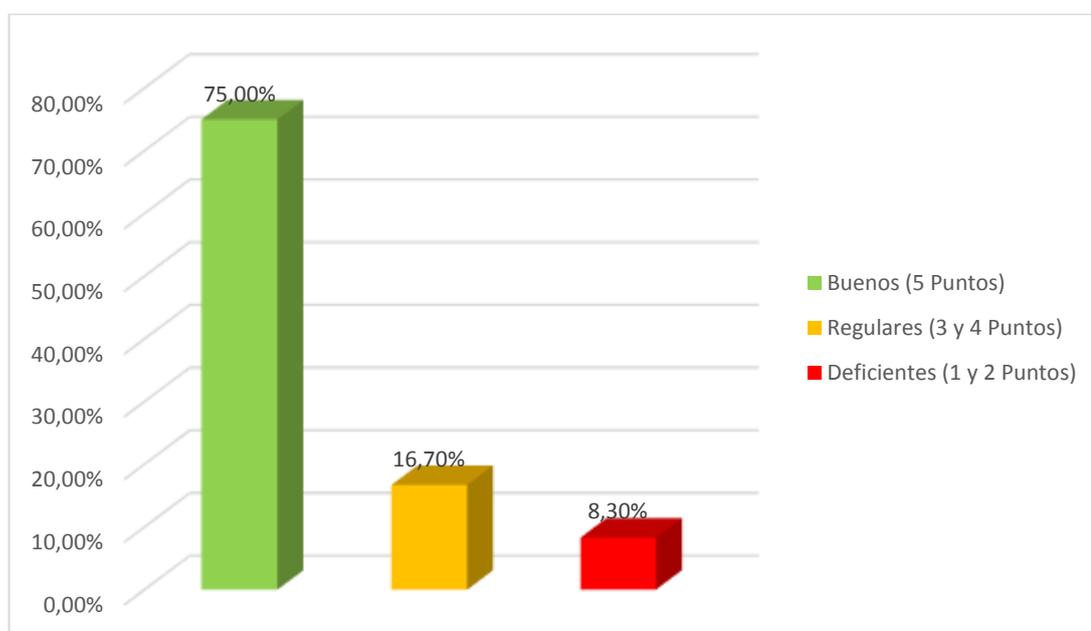


Figura 4. Conductas del niño durante el evento estresante en las madres de niños menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

En la tabla y figura 4. Los resultados que fueron obtenidos luego de aplicar la Escala Massie Campbell se observaron indicadores de apego madre-hijo en circunstancias de stress en la muestra de 100 % (36) madres; de los cuales un 75 % (27) de ellas se localizan en el estilo de apego seguro (Bueno) mientras que en el 16.7 % (6) solo alcanzan un apego Regular y el 8.3 % (3) tienen un apego desorganizado (Deficientes).

Tabla 6. Conductas de la madre durante el evento estresante del niño, el apego materno en madres de niño y niñas menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Conductas de la madre frente al estrés del niño.	Frecuencia	Porcentaje
Buenos (5 Puntos)	15	41.6%
Regulares (3 y 4 Puntos)	11	30.6%
Deficientes (1 y 2 Puntos)	10	27.8%
Total	36	100.0%

Fuente: Cuestionario de Escala de Massie- Campell, aplicado en Setiembre 2018

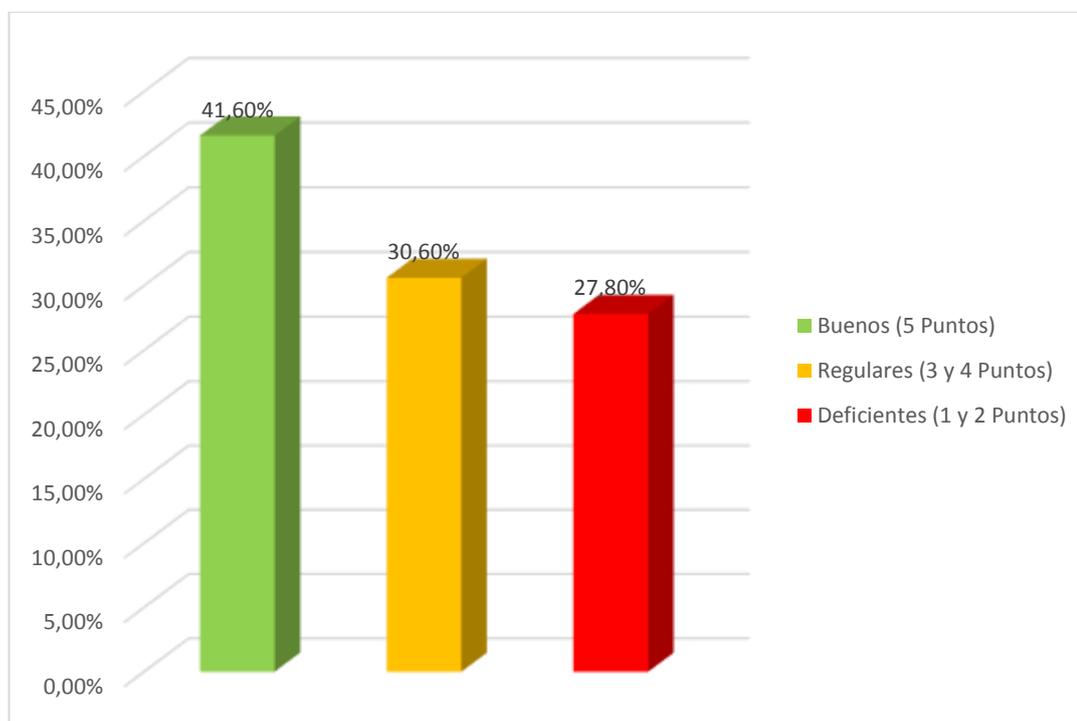


Figura 5. Conductas de la madre durante el evento estresante del niño, en las madres de niños menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

En la tabla y figura 5. En la observación de indicadores de apego madre e hijo en situaciones de stress del niño. El 41.7 % (15) madres tienen el modo de apego materno seguro (Bueno), el 30.6 % (11) alcanzan Apego Regular; y 27.8 % (10) tiene apego Deficientes.

Tabla 7. Conductas de niño y de la madre durante el evento estresante sobre el apego materno en madres de niño (as) menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Conductas de niño durante el evento estresante			
Item 1. Mirada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre evita la cara de la madre.	28	77.8	77.8
Fija la mirada a la Madre por períodos largos de tiempo.	8	22.2	100.0
Item 2. Vocalización			
Callado, nunca vocaliza.	26	72.2	72.2
Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	1	2.8	75.0
Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	1	2.8	77.8
Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	8	22.2	100.0
Item 3. Tocando			
Nunca toca o tiende hacia la madre.	29	80.6	80.6
Ocasionalmente toca a la madre.	1	2.8	83.3
Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	1	2.8	86.1
Si están cerca, siempre toca a la madre.	5	13.9	100.0
Item 4. Tocado			
Siempre evita ser tocado por la madre.	29	80.6	80.6
Generalmente evita ser tocado por la madre.	1	2.8	83.3
Rara vez evita ser tocado por la madre.	1	2.8	86.1
Nunca evita que la madre lo toque.	5	13.9	100.0
Item 5. Sosteniendo			
Resiste violentamente.			
Se arquea alejándose de la madre.	30	83.3	83.3
Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro.	1	2.8	86.1
Ocasionalmente la empuja.			

Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	2	5.6	91.7
Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella, nunca la evita.	3	8.3	100.0
Item 6. Afecto			
Siempre está intensamente Angustiado y temeroso.	30	83.3	83.3
Tensión ocasional. En general sonrío.	1	2.8	86.1
Siempre sonriente.	5	13.9	100.0
Item 7. Proximidad o cercanía			
Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	32	88.9	88.9
Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	1	2.8	91.7
Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	3	8.3	100.0
Total	36	100.0	

Conductas de la madre durante el evento estresante del niño

Item 8. Mirada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre evita mirar la cara de la niña o niño.	31	86.1	86.1
Fija la mirada a la cara de la niña o niño por períodos largos.	5	13.9	100.0
Item 9. Vocalización			
Callada, nunca vocaliza.	32	88.9	88.9
Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	2	5.6	94.4
Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	2	5.6	100.0

Item 10. Tocando			
Nunca toca o tiende a la niña o niño.	31	86.1	86.1
Frecuentemente Tiende a la niña o al niño y lo toca.	2	5.6	91.7
Si la niña o niño está cerca, siempre lo toca.	3	8.3	100.0
Item 11. Tocado			
Siempre evita ser tocada por la niña o niño.	30	83.3	83.3
Ocasionalmente Evita ser tocada por la niña o niño.	1	2.8	86.1
Rara vez evita ser tocada por la niña o niño.	2	5.6	91.7
Nunca evita ser tocada por la niña o niño.	3	8.3	100.0
Item 12. Sosteniendo			
Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	3	8.3	8.3
Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	7	19.4	27.8
Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	10	27.8	55.6
Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	16	44.4	100.0
Item 13. Afecto			
Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	26	72.2	72.2
Ansiedad moderada y/o agradada o poco claro.	3	8.3	80.6
Tensión ocasional. En general sonrío.	2	5.6	86.1
Siempre sonrío.	5	13.9	100.0

Item 14. Proximidad o cercanía			
Se va de la pieza. Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza.	3	8.3	8.3
Se para o se sienta Intermitentemente dentro del alcance del niño.	6	16.7	33.3
Contacto físico Frecuente con el niño.	12	33.3	66.7
Siempre en contacto físico con el niño.	12	33.3	100.0
Total	36	100.0	

Fuente: Cuestionario de Escala de Massie- Campell, aplicado en Setiembre 2018

En la tabla número 6. Se observa en conductas del niño en la mirada 77.8 % (28) niños siempre evita la cara de la madre y el 22.2 % (8) precisa la mirada a la madre por etapas largos de tiempo. Con respecto a conductas de la madre durante el estrés de los niños, el 86.1 % (31) siempre evita, mira la cara del niño (a), solo el 13.9 % (5) madres precisa la mirada a la cara del niño por etapas largas.

En la vocalización del niño y niña el 72.2 % (26) es callado, nunca vocalizan y el 2.8 % (1) Ocasionalmente vocalizan y tienen un llanto intenso; pero el 22.2 % (8) tienen llanto intenso e incontrolable en la mayor parte del periodo. Mientras en las conductas de las madres el 88.9 % (32) calla, nunca vocaliza; solo el 5.6 % (2) hablan y murmuran, conversa y hace sonidos, edemas hacen vocalizaciones intensa todo el tiempo.

Con respecto al palpando el 80.6 (29) niños nunca toca o tiende hacia la madre; pero si ocasionalmente dilata hacia a la madre y la toca con frecuencia el 2.8 % (1). El 86.1 % (31) madre nunca toca; el 5.6 % (2) frecuentemente tiende a la niña y lo toca; el 8.3 % (3) madres si la niña está cerca, siempre lo toca.

Se observa que los niños tocados el 80.6 % (29) siempre evitan ser tocados por la madre; 2.8 % (1) habitualmente evitan ser tocado y rara vez evita ser tocado por su propia madre; el 13.9 % (5) nunca impide que la madre lo toque. Mientras en las conductas de la madre el 83.3 % (30) impide ser tocado por niño; el 2.8 % (1) esporádicamente; 5.6 % (2) rara vez evita ser tocada; y nunca evita ser tocada por la niña (o) es el 8.3 (3).

Con respecto al sosteniendo en las conductas del niño, el 83.3 % (30) resiste violentamente; 2.8 % (1) descansa en brazos de la madre; el 5.6 % (2) Moldea su cuerpo al de la madre, y el 8.3 (3) Activamente arque el cuerpo hacia a la madre. Mientras en las conductas de las madres, el 8.3 % (3) sostiene al niño en forma tiesa; 19.4 % (7) apoyo al niño sobre su pecho u hombro; 27.8 % (10) Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza; el 44.4 (16) Inclina al cuerpo hacia al niño (a) luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.

El afecto del niño, el 83.3 % (36) siempre esta intensamente angustiado y temeroso; 2.8 % (1) Tensión ocasional; 13.9 (5) Siempre sonriente. Mientras en las madres, el 72.2 % (26) siempre esta angustiada; 8.3 % (3) Ansiedad moderada y/o agrada o poco claro; 5.6 (2) Tensión ocasional; el 13,9 % (5) siempre sonrío.

En la proximidad o cercanía, el 88.9 % (32) niños nunca sigue a la madre, el 2.8 % (1) Con frecuencia sigue a la madre; el 8.3 (3) siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. El 8.3 % (3) se va de la fracción y frecuentemente fuera del alcance del niño; 16.7 (6) se para o sienta intermitentemente dentro del alcance del niño; y el 33.3 % (12) contacto físico frecuente, y siempre contacto físico con el niño.

Tabla 8. Tipo de apego materno de madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Tipo de apego materno	Frecuencia	Porcentaje
Seguro (5 Puntos)	13	36.1%
Inseguro ambivalente (3 y 4 Puntos)	11	30.6%
Inseguro evitante (1 y 2 Puntos)	12	33.3%
Total	36	100.0%

Fuente: Cuestionario de Escala de Massie- Campell, aplicado en Setiembre 2018

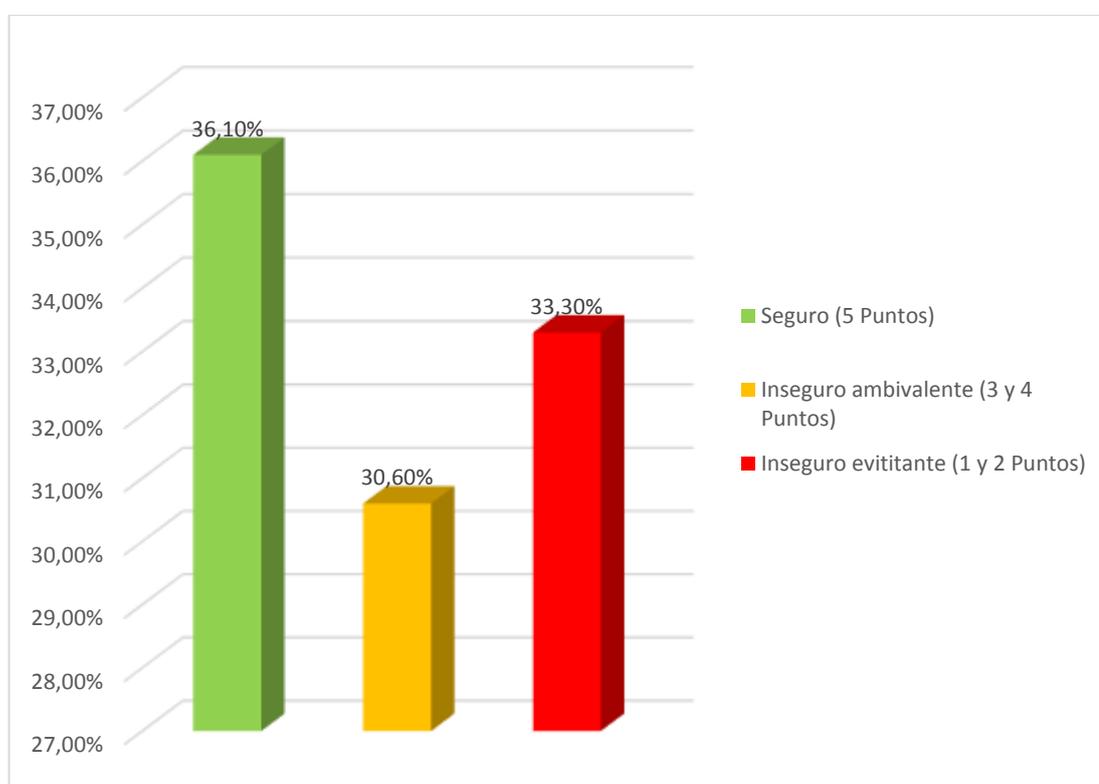


Figura 6. Tipo de apego materno de madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

En figura 6 y tabla 8; se observa que el 36.1% (13) madres presentan un apego seguro, el 33.3% (12) presentan un apego inseguro evitante y el 30.6% (11) presentan un apego inseguro ambivalente

Tabla 9. Desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de trastorno de Desarrollo	2	5.6%
Normal	34	94.4%
Total	36	100.0%

Fuente: Test peruano de evaluación del desarrollo del niño.

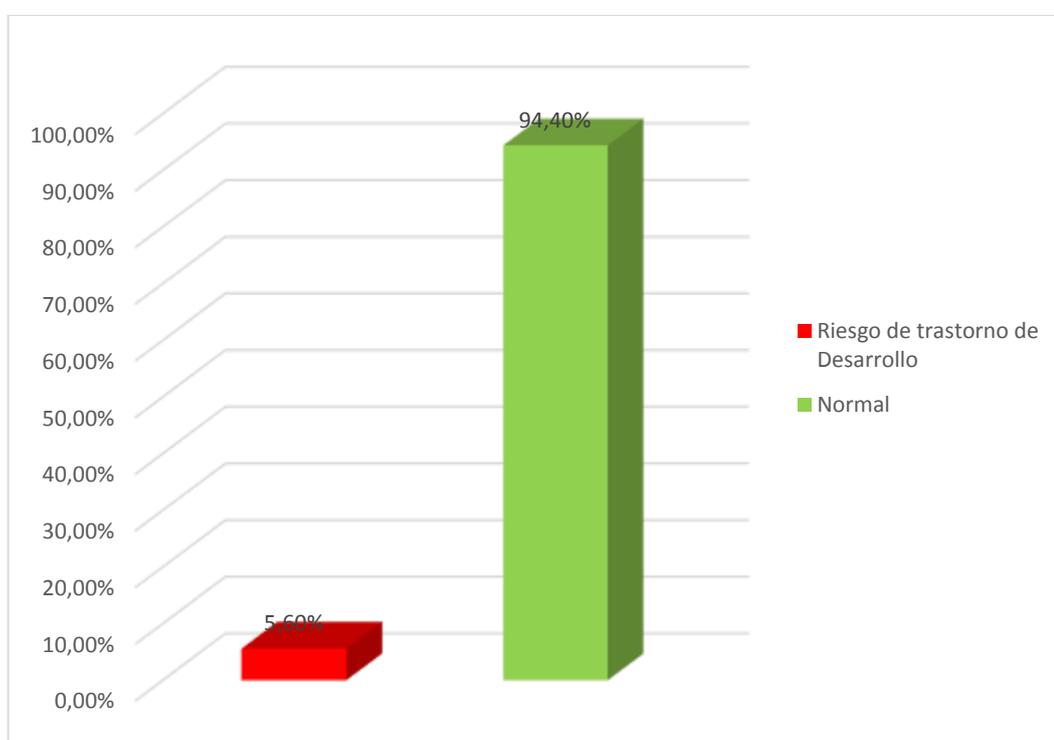


Figura 7. Desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

En figura 7 y tabla 9; se observa con respecto al desarrollo psicomotriz; el 94.4 % (34) presentan desarrollo normal; solo el 5,6% (2) niños presentan riesgo de trastorno de desarrollo y no se observa y/o evidencia niños con trastorno.

Tabla 10. Desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año por dimensiones, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

1.- Movimientos asimétricos brazo y piernas.			
SI/NO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	34	94.4	94.4
No	2	5.6	100.0
2.- Levanta la cabeza por momentos.			
Si	34	94.4	94.4
No	2	5.6	100.0
3.- Puesto de pie extiende las piernas.			
Si	36	100.0	100.0
4.- Aprieta cualquier objeto colocado a su mano.			
Si	34	94.4	94.4
No	2	5.6	100.0
5.- Frunce el sueño y rechaza con parpadeo la luz intensa.			
Si	33	91.7	91.7
No	3	8.3	100.0
6.- Detiene sus movimientos al oír un sonido.			
Si	34	94.4	94.4
No	2	5.6	100.0
7.- Sonríe con la voz de su madre.			
Si	36	100.0	100.0
8.- Lloro por una causa hambre, frío, sueño.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
9.- Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
10.- Parado no sostiene el peso de su cuerpo.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
11.- Sigue con la mirada a objetos sin sonido a un ángulo de 90°.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
12.- Emite sonido o “agu” cuando se le habla.			
Si	36	100.0	100.0
13.- Sonríe ante cualquier rostro.			
Si	36	100.0	100.0
14.- La cabeza acompaña al movimiento de tronco no cae.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0

15.- Apoyo inestable sobre antebrazos.			
Si	36	100.0	100.0
16.- Manos abiertas abre brazo ante objetos.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
17.- Sigue con la mirada objetos cercanos sin sonido en un ángulo de 180°.			
Si	34	94.4	94.4
No	2	5.6	100.0
18.- Voltear al oír sonido de la campana.			
Si	36	100.0	100.0
19.- Responde diferente a la voz molesta y a la voz alegre.			
Si	36	100.0	100.0
20.- Juega con las manos.			
Si	36	100.0	100.0
21.- Se alegra cuando le van a dar el pecho.			
Si	36	100.0	100.0
22.- Toma un objeto con ambas manos.			
Si	36	100.0	100.0
23.- Lleva los juguetes a la boca.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
23.- Dorso recto apoyo hacia adelante con descarga de peso.			
Si	36	100.0	100.0
24.- Comienza a pararse.			
Si	36	100.0	100.0
25.- Reconoce a su madre.			
Si	36	100.0	100.0
27.- Se repite así mismo y en respuesta a los demás.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
28.- Se lleva a la boca algo que le ponen en la mano.			
Si	36	100.0	100.0
29.- Juega con sus manos y pies.			
Si	36	100.0	100.0
30.- Gira fácilmente			
Si	36	100.0	100.0
31.- Coge un objeto encada mano.			
Si	36	100.0	100.0
32.- Localiza diferencia y reacciona ante sonidos con movimientos completos de la cabeza.			
Si	36	100.0	100.0
33.- Comprende ven, chau, upa (levantarlo).			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
34.- Toca su imagen en el espejo.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0

35.- Sentado sin apoyo.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
36.- Dice "pa – pa – ma " a cualquier persona.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
37.- Pinza índice pulgar – torre.			
Si	36	100.0	100.0
38.- Llama o grita para establecer contacto con otros.			
Si	36	100.0	100.0
39.- Lanza objetos a cierta distancia disfruta con el sonido.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
40.- Responde diferente a la voz molesta y a la voz alegre.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
41. - Encuentra objetos ocultos.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
42.- Camina apoyándose en las cosas.			
Si	34	94.4	94.4
No	2	5.6	100.0
43. - Dice papa y mama.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
44.- Busca el juguete en la caja.			
Si	34	94.4	94.4
No	2	5.6	100.0
45. - Pinza fina.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
46.- Responde a una orden simple e identifica objetos.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
Total	36	100.0	
47. - Imita gestos.			
Si	34	94.4	94.4
No	2	5.6	100.0
48.- Come del plato con las manos.			
Si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
49.- Sujeto de la mano empuja la pelota con un pie.			
si	35	97.2	97.2
No	1	2.8	100.0
50. - Explora su juguete.			
Si	30	83.3	83.3
No	6	16.7	100.0
Total	36	100.0	

Fuente: Test peruano de evaluación del desarrollo del niño (Anexo 3).

En la presente tabla se evidencia el Desarrollo Psicomotriz del niño (a) menor de un año en estudio, el 94.4 % (34) los niños si responden a los ítems como: movimientos asimétricamente de brazos y piernas, levanta la cabeza por tiempos, comprime cualquier objeto colocado a su mano, detiene sus movimientos al oír un sonido, el niño sigue con la mirada a objetos cercanos sin sonido en un ángulo de 180°, camina con ayuda y apoyándose busca juguete en la caja y también imita gestos y solo un 5.6 % (2) de niños no responden.

El 100% (36) responden a los siguientes indicadores o preguntas: Puesto de pie extiende las piernas, sonrío con la voz de su madre, expresa sonido como “agu” cuando se le habla , y sonrío ante cualquier rostro, tiene apoyo inestable sobre los antebrazos, voltear al oír sonido de la campana, responde diferente molesta y a la voz alegre, el niño juega con las manos, se deleita cuando le van a dar el pecho, agarra un objeto con ambas manos, mantiene el dorso recto con apoyo hacia adelante con descarga de peso, empieza a pararse, explora a su madre, se lleva a la boca algo que le ponen en la mano, juega con sus manos y pies, gira cómodamente, agarra un objeto en cada mano, localiza la diferencia y reacciona ante sonidos con movimientos completos de la cabeza, pinza el índice pulgar-torre, llama o grita para formar contacto con otros.

El 91.7 % (33) si responde al desarrollo psicomotor. Encoge el sueño y rechaza con parpadeo la luz intensa, y tan solo el 8.3 % (3) no lo responden.

El 97.2 % (35) de los niños si responden lloran por una causa ya sea de hambre, frio y sueño; cuando llora el niño se tranquiliza solo cuando es alzado o acariciado por su madre, parado aun no puede sostener el peso de su cuerpo. Sigue con la mirada a un objeto sin sonido a un ángulo de 90°; la cabeza acompaña al movimiento de tronco y no se cae; manos abiertas abre brazo ante objetos; se repite así mismo y en respuesta a los demás; comprende ven, chau, upa (levantarlo); toca su imagen en el espejo; Sentado sin apoyo, lanza objetos a cierta trayecto disfruta con el sonido, responde diferente a la voz que fastidia y a la voz alegre, sabe encontrar objetos ocultos y ya empieza a decir papá y mamá, tiene pinza fina responde a un orden simple e identifica objetos; sujeto de la mano empuja la pelota con un pie; y solo el 2.7 % (1) de niños no responden a ninguna de los ítems.

Finalmente se observa que el 83.3 % (30) explora su juguete y el 16.7 % (6) no explora.

4.2. Prueba de hipótesis.

Para la prueba de la hipótesis general se formuló la hipótesis nula y la hipótesis de investigación y por ser las variables cualitativas o categóricas y ser la muestra menor de 50 sujetos, se utilizó el coeficiente de Chi Cuadrado de Homogeneidad.

Para el proceso de datos se utilizó el Software SPSS (v. 22.0)

Los pasos a seguir fueron los siguientes:

- 1) Viene a ser la formulación de la hipótesis nula y la hipótesis de investigación
- 2) Nivel de significación: 5% (0.05)
- 3) Estadístico de prueba: Chi Cuadrado
- 4) Decisión

Si $P < 0,05$; se rechaza H_0

Si $P > 0,05$; se acepta H_0 .

Prueba de la hipótesis general

1. Formulación de hipótesis estadísticas:

Hi: La relación es significativa entre el apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Ho: La relación no es significativa entre el apego materno y Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

1. Estadístico de prueba – Chi cuadrado

Pruebas de chi cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,813	2	0,090
Razón de verosimilitudes	5,017	2	0,081
Asociación lineal por lineal	0,059	1	0,808
N° de casos válidos	36		

Decisión

Como el p-valor o significancia es mayor que el error estimado o error de riesgo, entonces se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis de investigación (H_1)

Conclusión

Se puede observar según los resultados obtenidos que se realizaron mediante la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor p-significancia de 0.090 mayor a 0.05, por lo que se evidencia que no existe relación significativa entre el Apego Materno y Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Prueba de las hipótesis específicas:

Hipótesis específica 3

Hi: La relación es significativa entre el Apego Materno seguro y el Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Ho: La relación no es significativa entre el Apego Materno seguro y el Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Pruebas de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,912	2	0,076
Razón de verosimilitudes	6,617	2	0,076
Asociación lineal por lineal	0,075	1	0,791
N°de casos válidos	36		

Decisión

Como el p-valor o significancia es mayor que el error estimado o error de riesgo, entonces se acepta la hipótesis nula (Ho) y se rechaza la hipótesis de investigación (Hi)

Conclusión

Se puede observar según los resultados que fueron obtenidos mediante la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor p-significancia de 0.076 mayor a 0.05, por lo que se evidencia que no existe relación significativa entre Apego Materno seguro y el Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Hipótesis específica 4

Hi: La relación es significativa entre el Apego Materno inseguro evitante y el Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Ho: La relación no es significativa entre el Apego Materno inseguro evitante y el Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Pruebas de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,863	2	0,069
Razón de verosimilitudes	8,197	2	0,091
Asociación lineal por lineal	0,149	1	0,719
N° de casos válidos	36		

Decisión

Como el p-valor o significancia es mayor que el error estimado o error de riesgo, entonces se acepta la hipótesis nula (Ho) y se rechaza la hipótesis de investigación (Hi)

Conclusión

Se puede observar según los resultados que fueron obtenidos mediante la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor p-significancia de 0.069 mayor a 0.05, por lo que se evidencia que no existe relación significativa entre el Apego Materno inseguro evitante y el Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Hipótesis específica 5

Hi: La relación es significativa entre el Apego inseguro ambivalente y el Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Ho: La relación no es significativa entre el apego inseguro ambivalente y el Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Pruebas de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,068	2	0,148
Razón de verosimilitudes	7,984	2	0,185
Asociación lineal por lineal	0,108	1	0,919
N° de casos válidos	36		

Decisión

Como el p-valor o significancia es mayor que el error estimado o error de riesgo, entonces se acepta la hipótesis nula (Ho) y se rechaza la hipótesis de investigación (Hi)

Conclusión

Se puede observar según los resultados que fueron obtenidos mediante la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor p-significancia de 0.148 mayor a 0.05, por lo que evidencia que no existe relación significativa entre el apego inseguro ambivalente y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el estudio elaborado sobre el “Apego Materno y Desarrollo Psicomotriz en madres de niños y niñas menores de un año, del centro de salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018”. Se tuvo resultados muy buenos que se considera que los niños y niñas en edades muy tempranas incluso desde el momento de su nacimiento solicitan necesidades afectivas y sociales que son tan importantes como las biológicas y que necesitan también los niños a ser tocados, mimados, consentidos para que establecen vinculaciones afectivas con el único fin de facilitar un buen desarrollo integral sistémico del niño. Y que se pueden observar según los resultados que fueron obtenidos mediante la prueba Chi cuadrado, y se obtuvo un valor p-significancia de 0.090 mayor al 0.05, por lo que se demuestra que no existe relación significativa entre el Apego Materno y Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Para el estudio contamos con el 11.1 % (4) de las madres menores de 20 años, el 47.2 % (17) entre 20 a 29 años, el 36.1 % (13) de 30 a 39 años y mayores de 40 años el 5.6 % (2); las edades fluctuaron contamos entre 18 y 44 años de edad en la madres de niños menores de un año.

La gran totalidad se evidenció que el 33.3 % (12) primaria completa, el 22.2 % (08) de las madres tienen primaria incompleta, el 11.1 % (4) madres tienen

educación técnica no universitaria, el 25 % (9) secundaria completa, el 8.3 % (3) secundaria incompleta.

En respecto a la ocupación de las madres, el 61.1 % (22) de las madres refieren dedicarse exclusivamente ama de casa, 19.4 % (7) es comerciante, el 8.3 % (03) madres son trabajadores dependientes, el 5.6 (2) trabajadores independientes y estudiantes el 5.6 % (2).

Con respecto a las conductas de la madre durante el evento estresante, fueron aplicados con la Escala de Massie Campbell de observación de indicadores de apego madre y bebé en situaciones de stress en la muestra de 100 % (36) madres; de los cuales el 75 % (27) de ellas se encuentran en la manera del apego seguro (bueno) mientras que el 16.7 % (6) alcanzan un apego regular y solo el 8.3 % (3) tiene apego desorganizado y eficientes.

Con el apego madre e hijo en situaciones de stress del niño. El 41.7 % (15) madres tan solo tienen el estilo de Apego Materno seguro (bueno), el 30.6 % (11) solo alcanzan a tener el apego regular; y finalmente 27.8 % (10) tiene apego deficientes.

Estos resultados que se hicieron se relacionan con investigaciones que se hicieron anteriormente como presentaremos el caso de Ramírez N. (2017) Colombia. Desarrolló un estudio Titulado “Los estilos de Apego en los niños preescolares con madres trabajadoras en Colombia en el año 2017”.

Donde consiguió las principales conclusiones del estudio; establecieron que los niños tenían un estilo de apego seguro hacia la madre, en presencia de ella exploraban el medio que lo rodea, en los tiempos de ausencia de su madre se notaban claramente afectados, aunque continuaban con su actividad exploratoria. De la misma manera hacemos la contrastación con Vila B. (2016) Surco. En su estudio titulado “Relación entre la actitud materna y el desarrollo psicomotor de niños pre escolares de 3 a 5 años de la Institución particular Mariscal Cáceres Surco Agosto 2016”. En donde existe un porcentaje de madres que mostraron una actitud de indiferencia relacionado al Desarrollo Psicomotor, por lo tanto se acepta la hipótesis. La mayoría de los niños de 3

a 5 años presentan un desarrollo psicomotor de riesgo en su desarrollo psicomotor, por lo tanto se acepta la hipótesis planteada. No existe relación entre las dimensiones actitud materna y desarrollo psicomotor, por lo tanto se rechaza la hipótesis planteada.

Contrastamos los resultados también de, Bazantes M. (2018), Ecuador; En el estudio titulado “Estilos de apego y su incidencia en el Desarrollo Psicomotor infantil, centro de desarrollo infantil Ambato, Ecuador - 2018”. Se evidencia en la investigación acerca de los estilos de apego 8 niños que es el 20% de la población muestra no presentan ningún tipo de apego, mientras que 23 niños que representan el 57% de los niños presentan un apego ansioso estos niños manifiestan llanto y desesperanza cuando están expuestos a la situación extraña que es la separación de su figura de apego; en el desarrollo motor fino 22 niños que representan al 55% no presentan problemas en esta área, en tanto que 18 niños que es el 45% evidencian dificultad en el desarrollo motor fino. Dentro del lenguaje se observa que el 53% de los niños evaluados presentan normalidad en el desarrollo del lenguaje, mientras que el 47% de los evaluados presentaron dificultad en esta área.

En la tabla 10, observamos que del 100 % (36) madres aplicados en el estudio; el 41.7 % (15) madres presentan apego materno “bueno”; y el 30.6 % (11), apego materno “regulares”; de cuales el 5.6 % (2) niños (a) tienen desarrollo psicomotriz en “riesgo”; solo el 27.8 % (10) madres tiene apego materno “deficientes”; haciendo un total de 94.4 % (34) niños (as) tienen desarrollo psicomotriz “normal. Y según el estadístico de prueba Chi 2 de 4.8; con 2 grado de libertad y p valor de 0,090 ($p > 0,05$); con probabilidad de error 9% el desarrollo psicomotor influye en el apego materno; pero el valor de la Chi 2 es inferior al punto crítico para un grado de independencia, de la misma forma el p valor es superior al error alfa establecido. Por lo que se vuelve a aceptar la hipótesis de nula, el desarrollo psicomotriz en niños no es independiente del apego materno.

Comparamos con, Lejarraga, Kelmansky, Passcucci, Masautis, Insua, Lejarraga et al. Argentina 2016. Realizó un estudio acerca de la evaluación

del Desarrollo Psicomotor del niño en grupos de una población de Cuenca Matanza Riachuelo que pertenece a Argentina que son familias que no cumplen con las necesidades básicas, evidenciando la existencia de un retraso en el desarrollo marcado en las poblaciones que se encuentran desfavorables y con una tendencia progresiva en el retraso con la edad. Los recién nacidos no presentan ningún tipo de retraso en su desarrollo, este es evidenciado a partir del año y medio de vida recordemos que en el desarrollo infantil está involucrado los cambios sensorio- motriz, emocional, la inteligencia, la expresión del lenguaje y el aprendizaje, midiendo las potenciales en el infante y su desempeño en la adultez.

Como se ha visto en las bases teóricas de diversos autores el apego materno y desarrollo psicomotor de niños y niñas esto quedo también demostrado en este artículo, por ello es importante que el estudiante de enfermería y el profesional de enfermería posea un buen cúmulo de conocimientos con el único de poder garantizar que el Apego va influenciado con el Desarrollo del niño.

Para realizar más asimilaciones no se encontraron otras tesis publicadas y acertadas al tema de estudio realizado.

CONCLUSIONES

- Se estableció que según los resultados que fueron obtenidos mediante la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor p-significancia de 0.090 mayor a 0.05, por lo que se evidencia que no existe relación significativa entre el Apego Materno y Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.
- Se comprobó que según los resultados obtenidos mediante la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor p-significancia de 0.076 mayor a 0.05, por lo que se evidencia que no existe relación significativa entre Apego Materno seguro y el Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.
- Se comprobó que el 36.1% (13) madres presentan un apego seguro, el 33.3% (12) presentan un apego inseguro evitante y el 30.6% (11) presentan un apego inseguro ambivalente, ello implica que existe diferencias no significativas entre los tipos de apego, sin embargo entre el apego seguro e inseguro (evitante y ambivalente) existe una gran diferencia; el apego inseguro evitante se encontró menor porcentaje madres que impedían el contacto físico, y se comportaban de manera frecuente en las interacciones de cuidado del niño; a diferencia del apego inseguro ambivalente–ansioso, incrementa las conductas del apego como forma de mantener la proximidad de la madre.
- Con respecto al Desarrollo psicomotriz en madres de niños (as) específicamente en pequeños de un año; el 94.4 % (34) tienen desarrollo psicomotriz normal y solo 5.6% (2) riesgo de trastorno de desarrollo, no se encontró niños con trastorno.

RECOMENDACIONES

- A los profesionales de la salud: Enfermero (as) a continuar con las actividades promocionales; enfatizando el trabajo en sesiones educativas. A sí mismo felicitar a aquellas madres que se encuentran en un nivel “bueno”. Para garantizar la sostenibilidad de la lucha contra el apego materno y el Desarrollo Psicomotriz de los niños (as).
- Los enfermeros (as) comprometidos en el área atención del recién nacido (neonatología), promoción de la Salud, al personal de salud que realiza APS, enfermeros (as) que laboran CRED, realizar un buen monitoreo, inspección y evaluación a las madres con el fin de fortalecer la información que recibe sobre la importancia que tiene el Apego Materno, Desarrollo Psicomotriz y la estimulación temprana para obtener un buen vínculo afectivo y seguro entre la madre e hijo.
- A los docentes universitarios que intensifiquen trabajos académicos y prácticos en el área de salud educativa, a fin de mejorar competencias del Apego Materno, porque el vínculo afectivo no está simplemente en dar la comida sino que también va más allá de la necesidad emocional del niño (a).
- Brindar mayor información a las madres sobre la importancia que tiene el apego materno durante los dos primeros años de vida del niño con el único fin de fortalecer el vínculo afectivo entre madres e hijos incondicionalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lecannelier F. Centro Especializado en Infancia (CEEIN)-2018. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/columna/que-es-el-apego-y-como-podemos-fomentarlo-con-nuestros-hijas/>
2. Nami R. Desarrollo del apego - 2018. Disponible en: <https://www.trastornolimite.com/trastornos/el-desarrollo-del-apego>
3. Dan Siegel. (2016) Experto en neurociencia. (University of California, Los Angeles). Disponible en: <https://www.facebook.com/strategiapsi/posts/dan-siegel-uno-de-los/200348083486707/>
4. Naciones Unidas (2016). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40972/4/S1601037_mu.pdf.
5. Mapa Mundial De La Familia, (2013), Disponible en: http://www.childtrends.org/wpcontent/uploads/2013/05/Mapa_mundial_familia_2013.pdf
6. World Family Map (2014). Mapa de los cambios en la familia y consecuencias en el bienestar infantil. Disponible en: <http://worldfamilymap.org/2014/wpcontent/uploads/2014/09/WorldFamilyMapE SP.pdf>
7. Unicef (2013). Mejorar la Nutrición Infantil. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/Spanish_UNICEFNutritionReport_low_res_10May2013.pdf
8. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2014), Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/ECV/Publicaciones/ECV_Folleto_de_ind_sociales.pdf

9. Díaz C. (2015). Apego parental y su influencia en la autoestima de estudiantes del primer a tercer año de bachillerato de los colegios Jorge Álvarez y los andes de la ciudad de píllaro. Tesis de Grado. Ambato-Ecuador. Disponible en:
<http://redi.uta.edu.ec/bitstream/123456789/12295/1/Díaz%20Sánchez,%20Cristian%20Sebastián.pdf>
10. Eva Beceril Rodriguez.Luordes Alvarez Trígueros. 2012. Disponible en:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/865/BecerrilRodriguezE.pdf>
11. Baby Center en Español. Disponible en:
<https://espanol.babycenter.com/a15300062/por-qu%C3%A9-es-importante-el-apego>
12. Bazantes Naranjo, Mónica Alexandra (2018), Ecuador; “Estilos de apego y su incidencia en el desarrollo psicomotor infantil, centro de desarrollo infantil Ambato, Ecuador - 2018”. Disponible en:
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/27349/2/Bazantes%20Naranjo%20M%C3%B3nica%20Alexandra%20tesis.pdf>
13. Marisol Sánchez Acero (2017). Disponible en:
<https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/8350/tesis%20definitiva.docx%20123.CD1.pdf;sequence=1>
14. Guzmán M., Carrasco N., Figueroa C. y Vilca D. (2016). Estilos de Apego y Dificultades de Regulación Emocional en Estudiantes Universitarios. Psykhe (Santiago). 25 (1). 1-13.
<http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.25.1.706>
15. Estrella Ofelia Álvarez Pacheco. Concepción-Chile-2016. Disponible en:
http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/2099/Tesis_Estilo_de_Apego_materno.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Camps S., Castillo J. y Cifre I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas Clínica y Salud. 25 (1). 67-74.

17. Santelices, M., Besoain, C. Y Escobar, M. (2015). Monoparentalidad, trabajo materno y desarrollo psicomotor infantil: un estudio chileno en niños que asisten a salas cuna en contexto de pobreza. *Universitas Psychologica*, 14(2), 675-684. <http://dx.doi.org.10.11144/Javeriana.upsy14-1.mtmd>
18. Hernández N., Landrove I y Matos A, (2014), Desarrollo psicomotor al año de edad en niños con antecedentes de asfixia al nacer. *Correo Científico Médico* 18 (3). 469– 478
19. Podestá L., Alarcón A., Muñoz S., Legue M., Bustos L. y Barrían M. (2013), Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión posparto de la ciudad de Valdivia- Chile. *Revista Médica de Chile* 141 (4) 464-470. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872013000400007>.
20. Lejarraga H., Kelmansky D., Passcucci M., Masautis A., Insua I., Lejarraga C. y Nunes F. (2016). Evaluación del desarrollo psicomotor del niño en grupos de población como indicador positivo de salud. *Arch Argent Pediatric* 114 (1) 23-29.
21. Bravo D. (2016). “Estimulación multisensorial en el desarrollo de los niños prematuros de 0 a 6 meses del hospital del seguro Ambato. Tesis de Grado. Ambato- Ecuador. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23750/2/Bravo%20Olmedo%20Diana%20Mariuxi%20Tesis%20en%20PDF.pdf>
22. Santana Aviles, Bárbara Victoria Ambato. Ecuador 2015. “Estimulación psicomotriz en el desarrollo de las habilidades motoras gruesas en niños de 3 a 6 años con parálisis cerebral en la fundación de niños especiales san miguel”. Disponible en:

<http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/11432>
23. Bryan Alexander Vila Racchumi. (2016) Surco. “Relación entre la actitud materna y el desarrollo psicomotor de niños pre escolares de 3 a 5 años de la Institución particular Mariscal Cáceres Surco Agosto 2016”. Disponible en:

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1443/T-TPLE-%20Bryan%20Alexander%20%20Vila%20Racchumi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

24. María lucía Rey de Castro Alarco. “Representaciones de apego en madres adolescentes de nivel socioeconómico bajo Perú. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/407>.
25. Corbin J. (2017) La Teoría del Apego y el vínculo entre padres e hijos. Psicología y mente [online]. Disponible en:

<https://psicologiaymente.net/desarrollo/teoria-apego-padres-hijos>
26. Muñoz H. (2018). Neunatólogo. Lactancia materna y la importancia del apego. Disponible en: <https://www.facemama.com/lactancia/importancia-del-apego.html>
27. Ob Cit N° 25
28. Ricardo R. (2017) Guía de estimulación temprana de 0 a 8 años. Disponible en: <http://www.hacerfamilia.com/bebes/desarrollo-psicomotriz-ninos-asegurarse-todo-va-bien-20170507154501.html>
29. García A. (2016) Desarrollo psicomotor y signos de alarma. Disponible en:

http://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf
30. On Cit N° 25

ANEXOS

ANEXO 01

Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre a madre de familia:

A nombre del C. S Aparicio Pomares, y el estudiante de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas – Filial de Huánuco, queremos agradecerle por su interés en participar en la presente investigación, la cual detallamos a continuación:

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio tiene el propósito de: Determinar apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Para ello es importante identificar al grupo que estará constituido por madres de niños de un año. Las madres y/o personas responsables de los niños (as) deberán responder a las preguntas planteadas en el cuestionario.

Proporcionar información válida y confiable que permitirá reforzar e implementar estrategias de prevención dirigidas a los padres de familia y a los profesionales de la salud, que aborden en temas del apego materno y desarrollo psicomotriz.

RIESGOS PARA LA SALUD

El participar en el presente estudio no representa ningún riesgo para las madres y los niños, pues solo se recogerán información de la madre y/o persona responsable según su vida diaria y real, durante la encuesta.

CONFIDENCIALIDAD

Los datos que proporcione en los cuestionarios y la guía de observación serán de carácter confidencial, ni su nombre ni los del niño serán utilizados en propósitos ajenos a la investigación.

CONSENTIMIENTO

Si usted se ha informado adecuadamente y accede participar en el Proyecto “Apego materno y desarrollo psicomotriz en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018”, por favor firme a continuación y guarde una copia de este documento, que para estos fines viene a ser constancia de los acuerdos entre usted y los responsables del estudio.

YO, _____, con documento de identidad (DNI) N° _____ (responsable del cuidado del niño) he leído, entiendo el presente documento, y acepto que yo junto con mi niño (a) participe en el proyecto descrito.

Dirección: _____

Fecha y Hora de aceptación _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE
DNI:

FIRMA DEL TESTIGO (ENCUESTADOR)

ANEXO 02

CUESTIONARIO DE ESCALA DE MASSIE – CAMPBELL

FECHA: ____/____/____

Código

TITULO DE ESTUDIO. “Apego Materno y Desarrollo Psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018”.

INSTRUCCIONES: La Escala ADS consiste en dos pautas de observación, una para la madre y otra para el bebé en cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente. Estos elementos del apego se evalúan en una escala de 1 a 5 puntos donde los puntajes 1 y 2 se refieren a tendencias de evitar contacto o a no responder relacionadas a estilo de apego inseguro evitativo. De 3 y 4 en general implican un rango normal de las conductas con tendencia a estilo de apego seguro y los puntajes de 5 en general implican una tendencia a sobre reaccionar con actitud intrusiva y exagerada lo que determina un estilo de apego inseguro ambivalente. Puede contemplarse la opción que no se establezca un patrón constante entre la madre y el niño por lo que estaría presente el patrón disarmónico estableciendo un estilo de apego desorganizado.

I. DATOS GENERALES

1. Edad:

2. Grado de instrucción.

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| a. Sin instrucción | d. Secundaria incompleta |
| b. Primaria incompleta | e. Secundaría completa |
| c. Técnica no universitaria | f. Educación superior |
| d. Primaria completa | g. Educación Superior universitario |

3. Ocupación

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| a. Trabajador dependiente | e. Estudiante |
| b. Trabajador Independiente | f. Otros |
| c. Ama de casa | Especificar..... |
| d. Comerciante | d. No sabe. |

II. CONDUCTAS DE NIÑA O NIÑO DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE.

Conducta del niño a observar	1	2	3	4	5	Puntaje asignado
1. Mirada	Siempre evita la cara de la madre.	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.	Ocasionalmente mira la cara de la madre.	Frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas.	Fija la mirada a la Madre por períodos largos de tiempo.	
2. Vocalización	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea.	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	
3. Tocando	Nunca toca o tiende hacia la madre.	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca, siempre toca a la madre.	
4. Tocado	Siempre evita ser tocado por la madre.	Frecuentemente Evita ser tocado por la madre.	Generalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	
5. Sosteniendo	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre.	No se relaja en manos de la madre; la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella, nunca la evita.	
6. Afecto	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonriente.	
7. Proximidad o cercanía	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	

Conducta de la madre frente al estrés del niño. Observar	1	2	3	4	5	Puntaje asignado
8. Mirada	Siempre evita mirar la cara de la niña o niño	Rara vez mira a la niña o niño cara. Miradas evasivas a la cara de la niña o niño	Ocasionalmente mira al niño o niña a la cara.	Frecuentes miradas, Largas y cortas, a la cara de la niña o del niño.	Fija la mirada a la cara de la niña o niño por períodos largos.	
9. Vocalización	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza la niña o niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	
10. Tocando	Nunca toca o tiende a la niña o niño.	Rara vez toca a la niña o niño.	Ocasionalmente toca a la niña o niño.	Frecuentemente Tiende a la niña o al niño y lo toca.	Si la niña o niño está cerca, siempre lo toca.	
11. Tocado	Siempre evita ser tocada por la niña o niño.	Frecuentemente evita ser tocada por la niña o niño.	Ocasionalmente Evita ser tocada por la niña o niño.	Rara vez evita ser tocada por la niña o niño.	Nunca evita ser tocada por la niña o niño.	
12. Sosteniendo	Rechaza a la niña o niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene Contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	
13. Afecto	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa o apática.	Ansiedad moderada y/o agradada o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonríe.	
14. Proximidad o cercanía	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza.	Se para o se sienta Intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico Frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	

PUNTAJE:

BUENO	5 puntos
REGULAR	3 y 4 puntos
DEFICIENTE	1 y 2 puntos

ANEXO 03

GUIA DE OBSERVACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DEL NIÑO

FECHA: ____/____/____

Código

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: “Apego materno y desarrollo psicomotriz en madres de niños menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018”.

INSTRUCCIONES: El presente test forma parte de un estudio orientado a obtener información de la relación sobre la evaluación del desarrollo de la niña o niño, por lo tanto sírvase a marcar con un chec la valoración que corresponde al criterio que se está evaluando. Para tal efecto cíñase a la valoración de las equivalencias que contiene la tabla siguiente.

Gracias por su colaboración.

Test peruano de evaluación del desarrollo Psicomotriz del niño.

SI = NORMAL NO = RIESGO T = TRASTORNO DEL DESARROLLO

Nº	0-1 MES	SI	NO	DIAGNOSTICO
1	Movimientos asimétricos brazo y piernas.			N R T
2	Levanta la cabeza por momentos.			
3	Puesto de pie extiende las piernas.			
4	Aprieta cualquier objeto colocado a su mano.			
5	Frunce el sueño y rechaza con parpadeo la luz intensa.			
6	Detiene sus movimientos al oír un sonido.			
7	Sonríe con la voz de su madre.			
8	Llora por una causa hambre, frio, sueño.			
9	Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado.			

2 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
10	Parado no sostiene el peso de su cuerpo.			N R T
11	Sigue con la mirada a objetos sin sonido a un ángulo de 90°.			
12	Emite sonido o "agu" cuando se le habla. Sonríe ante cualquier rostro.			
3 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
13	La cabeza acompaña al movimiento de tronco no cae.			N R T
14	Apoyo inestable sobre antebrazos.			
15	Manos abiertas abre brazo ante objetos.			
16	Sigue con la mirada objetos cercanos sin sonido en un ángulo de 180°.			
17	Voltear al oír sonido de la campana.			
18	Responde diferente a la voz molesta y a la voz alegre.			
19	Juega con las manos.			
20	Se alegra cuando le van a dar el pecho.			
4 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
21	Toma un objeto con ambas manos.			N R T
22	Lleva los juguetes a la boca.			
5 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
23	Dorso recto apoyo hacia adelante con descarga de peso.			N R T
24	Comienza a pararse.			
25	Reconoce a su madre.			
26	Se repite así mismo y en respuesta a los demás.			
27	Se lleva a la boca algo que le ponen en la mano.			
28	Juega con sus manos y pies.			
6 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
29	Gira fácilmente			N R T
30	Coge un objeto encada mano.			
31	Localiza diferencia y reacciona ante sonidos con movimientos completos de la cabeza.			
32	Comprende ven, chau, upa (levantarlo).			
33	Toca su imagen en el espejo.			
7 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
34	Sentado sin apoyo.			N R T
35	Dice "pa – pa – ma " a cualquier persona.			
8 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
36	Pinza índice pulgar – torre.			N R T
37	Llama o grita para establecer contacto con otros.			
38	Lanza objetos a cierta distancia disfruta con el sonido.			
9 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
39	Responde diferente a la voz molesta y a la voz alegre.			N R T
40	Encuentra objetos ocultos.			

10 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
41	Camina apoyándose en las cosas.			N R T
42	Dice papa y mama.			
43	Busca el juguete en la caja.			
11 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
44	Pinza fina.			N R T
45	Responde a una orden simple e identifica objetos.			
46	Imita gestos.			
47	Imita imágenes			
48	Come del plato con las manos.			
49	Sujeto de la mano empuja la pelota con un pie.			
50	Explora su juguete.			

CLASIFICACIÓN:	
NORMAL (3) RIESGO (2) TRASTORNO DEL DESARROLLO (1)	De acuerdo al test peruano de evaluación del desarrollo del niño: "Escala de evaluación del desarrollo psicomotor del niño" (EDDP).

ANEXO 04
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS



ANEXO 04

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, ANTONIA EVELINA ISIDRO CABALLERO con DNI
N° 82413121 de profesión ENFERMERA
ejerciendo actualmente como J.E.F.F. DE SERVICIO
en la institución HOSPITAL REGIONAL HERMILO VANDIZAN MEDRANO - HCO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación en instrumento "CUESTIONARIO DEL DE ESCALA DE MASSIE – CAMPBELL", a su efecto de su aplicación a la muestra de estudio correspondiente.

I. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

CARACTERÍSTICAS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
El instrumento responde al planteamiento y objetivo del problema.	X			
Presentación del instrumento.		X		
Congruencia de ítems.		X		
Relevancia del contenido.		X		
Calidad de redacción de los ítems.		X		
Claridad y precisión de los ítems.		X		
Pertinencia.		X		

II. DECISIÓN DE EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: **SI (X)** **NO ()**.
Aportes y sugerencias:

El cuestionario de Escala de Massie - Campbell es de uso
útil y exclusivamente para el propósito de su validación.

Huánuco 24 de Diciembre del 2018.

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilo Vandizan Medrano"

Antonia Isidro Coballera

C.E.P. 20956 - R.N.E. 6487
Firma y sello:

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

“CUESTIONARIO DEL DE ESCALA DE MASSIE – CAMPBELL”

INSTRUCCIONES:

Sr. (a) Experto, por favor sirva se marcar con una “X”, la opción que considera que debe aplicarse en cada ítems según su apreciación.

Las categorías que serán evaluadas son: redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir las correcciones pertinentes. Agradezco anticipadamente sus valiosos aportes.

Item	ESCALA			OBSERVACIONES
	Dejar (1)	Modificar (2)	Eliminar (3)	
1.	X			
2.	X			
3.	X			
4.	X			
5.	X			
6.	X			
7.	X			
8.	X			
9.	X			
10.	X			
11.	X			
12.	X			
13.	X			
14.	X			

Evaluado por: Lic. Exp. Antonia Inostro Caballero

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Herminio Valdizan Tledrano"

Firma: Antonia Inostro Caballero
CER: 19956 - RNE: 6487
Especialista Neonatología

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Gianny Raymunda Garay Cabrera con DNI N° 41346240 de profesión Enfermera ejerciendo actualmente como Enfermera asistencial en la institución Hospital materno infantil Carlos Showling Ferrnari

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación en instrumento "CUESTIONARIO DEL DE ESCALA DE MASSIE – CAMPBELL", a su efecto de su aplicación a la muestra de estudio correspondiente.

I. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

CARACTERÍSTICAS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
El instrumento responde al planteamiento y objetivo del problema.		X		
Presentación del instrumento.			X	
Congruencia de ítems.		X		
Relevancia del contenido.		X		
Calidad de redacción de los ítems.		X		
Claridad y precisión de los ítems.		X		
Pertinencia.		X		

II. DECISIÓN DE EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: **SI (X)** **NO ()**.

Aportes y sugerencias:

.....

Huánuco, 23 de Octubre del 2018.


 Gianni Garay Cabrera
 LIC. EN ENFERMERÍA
 CEP. 46760

Firma y sello.

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

“CUESTIONARIO DEL DE ESCALA DE MASSIE – CAMPBELL”

INSTRUCCIONES:

Sr. (a) Experto, por favor sirva se marcar con una "X", la opción que considera que debe aplicarse en cada items según su apreciación.

Las categorías que serán evaluadas son: redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir las correcciones pertinentes. Agradezco anticipadamente sus valiosos aportes.

Item	ESCALA			OBSERVACIONES
	Dejar (1)	Modificar (2)	Eliminar (3)	
1.	✓			
2.		✓		<i>Ordenar es una variable ordinal suprimir la opción no sabe.</i>
3.		✓		
4.	✓			
5.	✓			
6.	✓			
7.	✓			
8.	✓			
9.	✓			
10.	✓			
11.	✓			
12.	✓			
13.	✓			
14.	✓			
15.	✓			
16.	✓			

Evaluado por: *mg. Giammy Garay Cabrera*

Firma: *[Firma manuscrita]*

Giammy Garay Cabrera


ANEXO 06

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Gianny Raymunda Garay Cabrera con DNI N° 41346240 de profesión Enfermera ejerciendo actualmente como Enfermera asistencial en la institución Hospital Materno Infantil Carlos Shumway Ferrari

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación en instrumento "TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DEL NIÑO", a su efecto de su aplicación a la muestra de estudio correspondiente.

III. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

CARACTERÍSTICAS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
El instrumento responde al planteamiento y objetivo del problema.	X			
Presentación del instrumento.			X	
Congruencia de ítems.	X			
Relevancia del contenido.	X			
Calidad de redacción de los ítems.		X		
Claridad y precisión de los ítems.		X		
Pertinencia.		X		

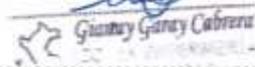
IV. DESICIÓN DE EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ().

Aportes y sugerencias:

.....

Huánuco, de 23 Octubre del 2018.

Firma y sello.

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

"TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DEL NIÑO",

INSTRUCCIONES:

Sr. (a) Experto, por favor sirva se marcar con una "X", la opción que considera que debe aplicarse en cada ítems según su apreciación.

Las categorías que serán evaluadas son: redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir las correcciones pertinentes. Agradezco anticipadamente sus valiosos aportes.

Indic.	ESCALA			OBSERVACIONES
	Dejar (1)	Modificar (2)	Eliminar (3)	
1.	X			
2.	X			
3.	X			
4.	X			
5.	X			
6.	X			
7.	X			
8.	X			
9.	X			
10.	X			
11.	X			
12.	X			
13.	X			
14.	X			
15.	X			
16.	X			
17.	X			
18.	X			
19.	X			
20.	X			
21.	X			
22.	X			
23.	X			
24.	X			
25.	X			
26.	X			
27.	X			
28.	X			

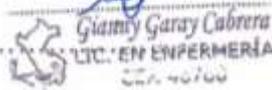
mg. Gianni Garay Cabrera



 Gianni Garay Cabrera
 LIC. EN ENFERMERÍA

29.	X			
30.	X			
31.	X			
32.	X			
33.	X			
34.	X			
35.	X			
36.	X			
37.	X			
38.	X			
39.	X			
40.	X			
41.	X			
42.	X			
43.	X			
44.	X			
45.	X			
46.	X			
47.	X			
48.	X			
49.	X			
50.	X			

Evaluado por: Mg. Gianni Garay Cabrera

Firma: 

 Gianni Garay Cabrera
 L.T.C. EN ENFERMERIA
 C.R. 40700

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, con DNI N° de profesión ejerciendo actualmente como en la institución.....

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación en instrumento "CUESTIONARIO DEL DE ESCALA DE MASSIE – CAMPBELL", a su efecto de su aplicación a la muestra de estudio correspondiente.

I. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

CARACTERÍSTICAS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
El instrumento responde al planteamiento y objetivo del problema.		X		
Presentación del instrumento.			X	
Congruencia de ítems.		X		
Relevancia del contenido.		X		
Calidad de redacción de los ítems.		X		
Claridad y precisión de los ítems.		X		
Pertinencia.		X		

II. DECISIÓN DE EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ().

Aportes y sugerencias:

.....

Huánuco 24 de octubre del 2018.


 Lic. Ent. Vitislana Aceto Lujado
 CEP. N° 18559-EAGSS N° 4384
 MAGE: R° 187081
 Firma y sello.

ANEXO 05

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

"CUESTIONARIO DEL DE ESCALA DE MASSIE – CAMPBELL"

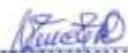
INSTRUCCIONES:

Sr. (a) Experto, por favor sirva se marcar con una "X", la opción que considera que debe aplicarse en cada ítems según su apreciación.

Las categorías que serán evaluadas son: redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir las correcciones pertinentes. Agradezco anticipadamente sus valiosos aportes.

Item	ESCALA			OBSERVACIONES
	Dejar (1)	Modificar (2)	Eliminar (3)	
1.	✓			
2.	✓			
3.		✓		
4.	✓			
5.	✓			
6.	✓			
7.	✓			
8.	✓			
9.	✓			
10.	✓			
11.	✓			
12.	✓			
13.	✓			
14.	✓			

Evaluado por: mg. Tuto Larado Vituliana

Firma: 
 Lic. Enf. Vituliana Tuto Larado
 CEP. N° 15558-EAGSS N° 4334
 RNC: N° 10121

ANEXO 06

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Vitaliana Tucto Lavado con DNI N° 22884111 de profesión Enfermera ejerciendo actualmente como Enfermera asistencial en la institución Centros de Salud A. Patricia Pomares.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación en instrumento "TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DEL NIÑO", a su efecto de su aplicación a la muestra de estudio correspondiente.

III. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

CARACTERÍSTICAS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
El instrumento responde al planteamiento y objetivo del problema.	X			
Presentación del instrumento.			X	
Congruencia de ítems.	X			
Relevancia del contenido.	X			
Calidad de redacción de los ítems.		X		
Claridad y precisión de los ítems.		X		
Pertinencia.		X		

IV. DECISIÓN DE EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: **SI () NO ().**
Aportes y sugerencias:

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

Huánuco, de del 2018.


Dr. Enf. Vitaliana Tucto Lavado
 CEP N° 18558-EA055 N° 4384

 Firma y sello.

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

"TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DEL NIÑO",

INSTRUCCIONES:

Sr. (a) Experto, por favor sirva se marcar con una "X", la opción que considera que debe aplicarse en cada ítems según su apreciación.

Las categorías que serán evaluadas son: redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir las correcciones pertinentes. Agradezco anticipadamente sus valiosos aportes.

Indic.	ESCALA			OBSERVACIONES
	Dejar (1)	Modificar (2)	Eliminar (3)	
1.	X			
2.	X			
3.	X			
4.	X			
5.	X			
6.	X			
7.	X			
8.	X			
9.	X			
10.	X			
11.	X			
12.	X			
13.	X			
14.	X			
15.	X			
16.	X			
17.	X			
18.	X			
19.	X			
20.	X			
21.	X			
22.	X			
23.	X			
24.	X			
25.	X			
26.	X			
27.	X			
28.	X			

29.	X			
30.	X			
31.	X			
32.	X			
33.	X			
34.	X			
35.	X			
36.	X			
37.	X			
38.	X			
39.	X			
40.	X			
41.	X			
42.	X			
43.	X			
44.	X			
45.	X			
46.	X			
47.	X			
48.	X			
49.	X			
50.	X			

Evaluado por: Mg. Tucta Larado Vitahana

Firma: 
 Dr. Erd. Vitahana Tucta Larado
 CEP. N° 15558-EAG53 N° 4358
 RNC: N° 00124

ANEXO 5

SOLICITUD DE PERMISO PARA APLICAR LOS INSTRUMENTOS

"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

SOLICITO: AUTORIZACION PARA LA
APLICACIÓN DE ENCUESTA

JEFE DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES.

Yo, Silvia Marilyn Tarazona Salazar, con DNI. N° 46570688, con domicilio en la ciudad de Huánuco, egresada de la Universidad ALAS PEUANAS de la Facultad de Enfermería, ante usted me presento con debido respeto y expongo:

Que, estando realizando mi tesis de investigación sobre "APEGO MATERNO Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO EN EL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES HUANUCO 2018". Solicito a usted señor Jefe del EE. SS autorización para la aplicación de dichas encuestas, para el día 09 de Setiembre del 2018, hora: 10:00am a 12:30pm.

POR LO EXPUESTO:

Por lo que solicito a usted acceder a mi petición por ser de Justicia.

Huánuco, 31 de agosto del 2018.


.....
46570688
SILVIA MARILYN TARAZONA SALAZAR

Recibido
31/8/2018

MINISTERIO DE SALUD
.....
Lic. Enf. Maribel Vega
Exp. Enf. en Centro Quirúrgico
C.E.P. 34353 RNE 018416

ANEXO 6
MATRIZ DE CONSISTENCIA

APEGO MATERNO Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES - HUÁNUCO-2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación del apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cómo es el apego materno en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018?</p> <p>¿Cómo es el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018?</p> <p>¿Cuál es la relación del apego materno seguro y el</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación del apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar el apego materno en niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.</p> <p>Determinar el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.</p> <p>Determinar la relación del apego materno seguro y el</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: La relación es significativa entre el apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.</p> <p>Ho: La relación no es significativa entre el apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>El apego materno en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018, es inseguro evitante.</p>	<p>V1: Apego Materno</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Apego seguro.</p> <p>Apego inseguro evitante.</p> <p>Apego inseguro</p> <p>Ambivalente.</p> <p>V2: Desarrollo Psicomotriz</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Área de movimiento.</p> <p>Área de coordinación.</p>	<p>Tipo y nivel de investigación: El tipo de investigación es no experimental, descriptivo-correlacional.</p> <p>Diseño de estudio: Descriptivo, Correlacional-Transversal</p> <p>Población y muestra: La población de niños y niñas menores de un año según el registro de atención de Crecimiento y Desarrollo desde el mes de Mayo hasta Setiembre del año 2018 fue de 112 niños (as); Dentro de ello se consideró los criterios de inclusión e exclusión que quedan 40 niños (as). En el estudio se centró en aquellas madres de niños</p>

<p>desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018?</p> <p>¿Cuál es la relación del apego materno inseguro evitante y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018?</p> <p>¿Cuál es la relación del apego materno inseguro ambivalente y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018?</p>	<p>desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.</p> <p>Determinar la relación del apego materno inseguro evitante y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.</p> <p>Determinar la relación del apego materno inseguro ambivalente y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.</p>	<p>El desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018, no son adecuados y están en riesgo.</p> <p>La relación es significativa entre el apego materno seguro y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.</p> <p>La relación es significativa entre el apego materno inseguro evitante y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.</p> <p>La relación es significativa entre el apego inseguro ambivalente y el desarrollo psicomotriz de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.</p>	<p>Área de lenguaje. Área de socialización</p>	<p>(as) menores de un año pertenecientes al Centro de Salud Aparicio Pomares; en donde se aplicó la fórmula para la muestra en estudio que es de 36 madres de niños menores de un año.</p> <p>Técnicas e instrumentos: La técnica utilizada será la observación y los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Massie –Campbell y la Guía de Observación del desarrollo psicomotriz de niño: “Test Peruano del Desarrollo del niño”. (EDDP) de 0 a 24 meses de edad.</p>
--	--	---	--	---

ANEXO 7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Centro de Salud Aparicio Pomares, es el lugar de estudio.



Aplicando la Guía de observación a madres de niños y niñas menores de un año del Centro de Salud Aparicio Pomares.



Aplicando Test peruano de Evaluación del Desarrollo Psicomotriz del niño.



ANEXO 8 INSTRUMENTOS APLICADOS

Código

027

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre a madre de familia:

A nombre del C. S Aparicio Pomares, y el estudiante de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas – Filial de Huánuco, queremos agradecerle por su interés en participar en la presente investigación, la cual detallamos a continuación:

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio tiene el propósito de: Determinar apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Para ello es importante identificar al grupo que estará constituido por madres de niños de un año. Las madres y/o personas responsables de los niños (as) deberán responder a las preguntas planteadas en el cuestionario.

Proporcionar información válida y confiable que permitirá reforzar e implementar estrategias de prevención dirigidas a los padres de familia y a los profesionales de la salud, que aborden en temas del apego materno y desarrollo psicomotriz.

RIESGOS PARA LA SALUD

El participar en el presente estudio no representa ningún riesgo para las madres y los niños, pues solo se recogerán información de la madre y/o persona responsable según su vida diaria y real, durante la encuesta.

CONFIDENCIALIDAD

Los datos que proporcione en los cuestionarios y la guía de observación serán de carácter confidencial, ni su nombre ni los del niño serán utilizados en propósitos ajenos a la investigación.

CONSENTIMIENTO

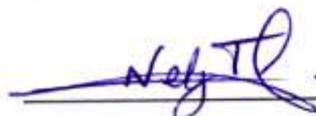
Si usted se ha informado adecuadamente y accede participar en el Proyecto "Apego materno y desarrollo psicomotriz en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018", por favor firme a continuación y guarde una copia de este documento, que para estos fines viene a ser constancia de los acuerdos entre usted y los responsables del estudio.

YO, Nely Trejillo Perota, con documento de identidad (DNI) N° 4620270 (responsable del cuidado del niño) he leído, entiendo el presente documento, y acepto que yo junto con mi niño (a) participe en el proyecto descrito.

Dirección: CRUZ VERDE SIN
Fecha y Hora de aceptación 10-09-18 Hora: 11:45 am.



FIRMA DEL REPRESENTANTE
DNI: 46540688



FIRMA DEL TESTIGO (ENCUESTADOR)

ANEXO 02

CUESTIONARIO DE ESCALA DE MASSIE – CAMPBELL

FECHA: 10 / 09 / 18

Código 087

TITULO DE ESTUDIO. "Apego materno y su influencia en desarrollo psicomotriz en madres de niños menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018".

INSTRUCCIONES: La Escala ADS consiste en dos pautas de observación, una para la madre y otra para el bebé en cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente. Estos elementos del apego se evalúan en una escala de 1 a 5 puntos donde los puntajes 1 y 2 se refieren a tendencias de evitar contacto o a no responder relacionadas a estilo de apego inseguro evitativo. De 3 y 4 en general implican un rango normal de las conductas con tendencia a estilo de apego seguro y los puntajes de 5 en general implican una tendencia a sobre reaccionar con actitud intrusiva y exagerada lo que determina un estilo de apego inseguro ambivalente. Puede contemplarse la opción que no se establezca un patrón constante entre la madre y el niño por lo que estaría presente el patrón disarmónico estableciendo un estilo de apego desorganizado.

I. DATOS GENERALES

1. Edad: 2.9 años.....

2. Grado de instrucción.

- | | |
|---|-------------------------------------|
| a. Sin instrucción | d. Secundaria incompleta |
| <input checked="" type="radio"/> b. Primaria incompleta | e. Secundaria completa |
| c. Técnica no universitaria | f. Educación superior |
| d. Primaria completa | g. Educación Superior universitario |

3. Ocupación

- a. Trabajador dependiente
 - b. Trabajador Independiente
 - c. Ama de casa
 - d. Comerciante
 - e. Estudiante
 - f. Otros
- Especificar.....
- d. No sabe.

II. CONDUCTAS DE NIÑA O NIÑO DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE.

Conducta del niño a observar	1	2	3	4	5	Puntaje asignado
1. Mirada	Siempre evita la cara de la madre.	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.	Ocasionalmente mira la cara de la madre.	Frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas.	Fija la mirada a la Madre por períodos largos de tiempo.	5
2. Vocalización	Callado, nunca vocaliza.	Rara vez vocaliza o lloriquea.	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	5
3. Tocando	Nunca toca o tiende hacia la madre.	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca, siempre toca a la madre.	5
4. Tocado	Siempre evita ser tocado por la madre.	Frecuentemente Evita ser tocado por la madre.	Generalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	5
5. Sosteniendo	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre.	No se relaja en manos de la madre; la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella,	4

			Ocasionalmente la empuja.		nunca la evita.	
6. Afecto	Siempre está intensamente Angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonriente.	5
7. Proximidad o cercanía	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	5
Conducta de la madre frente al estrés del niño. Observar	1	2	3	4	5	Puntaje asignado
8. Mirada	Siempre evita mirar la cara de la niña o niño	Rara vez mira a la niña o niño cara. Miradas evasivas a la cara de la niña o niño	Ocasionalmente mira a la niña o niño a la cara.	Frecuentes miradas, Largas y cortas, a la cara de la niña o del niño.	Fija la mirada a la cara de la niña o niño por periodos largos.	5
9. Vocalización	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza la niña o niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	5

10. Tocando	Nunca toca o tiende a la niña o niño.	Rara vez toca a la niña o niño.	Ocasionalmente toca a la niña o niño.	Frecuentemente Tiende a la niña o al niño y lo toca.	Si la niña o niño está cerca, siempre lo toca.	5
11. Tocado	Siempre evita ser tocada por la niña o niño.	Frecuentemente evita ser tocada por la niña o niño.	Ocasionalmente Evita ser tocada por la niña o niño.	Rara vez evita ser tocada por la niña o niño.	Nunca evita ser tocada por la niña o niño.	4
12. Sosteniendo	Rechaza a la niña o niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene Contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	5
13. Afecto	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa o apática.	Ansiedad moderada y/o agradada o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonríe.	4
14. Proximidad o cercanía	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza.	Se para o se sienta Intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico Frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	5

PUNTAJE.

BUENO	5 puntos
REGULAR	3 y 4 puntos
DEFICIENTE	1 y 2 puntos

ANEXO N° 03

GUIA DE OBSERVACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DEL NIÑO

FECHA: 10 / 09 / 18

Código

027

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: "Apego materno y su influencia con desarrollo psicomotriz en madres de niños menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018".

INSTRUCCIONES: El presente test forma parte de un estudio orientado a obtener información de la influencia sobre la evaluación del desarrollo de la niña o niño, por lo tanto sírvase a marcar con un chec la valoración que corresponde al criterio que se está evaluando. Para tal efecto cíñase a la valoración de las equivalencias que contiene la tabla siguiente.

Gracias por su colaboración.

Test peruano de evaluación del desarrollo Psicomotriz del niño.

SI = NORMAL NO = RIESGO T = TRASTORNO DEL DESARROLLO

N°	0-1 MES	SI	NO	DIAGNOSTICO
1	Movimientos asimétricos brazo y piernas.	✓		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">N</div> R T
2	Levanta la cabeza por momentos.	✓		
3	Puesto de pie extiende las piernas.	✓		
4	Aprieta cualquier objeto colocado a su mano.	✓		
5	Frunce el sueño y rechaza con parpadeo la luz intensa.	✓		
6	Detiene sus movimientos al oír un sonido.	✓		
7	Sonríe con la voz de su madre.	✓		
8	Llora por una causa hambre, frio, sueño.	✓		
9	Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado.	✓		

2 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
10	Parado no sostiene el peso de su cuerpo.	✓		N R T
11	Sigue con la mirada a objetos sin sonido a un ángulo de 90°.	✓		
12	Emite sonido o "agu" cuando se le habla. Sonríe ante cualquier rostro.		✓	
3 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
13	La cabeza acompaña al movimiento de tronco no cae.	✓		N R T
14	Apoyo inestable sobre antebrazos.	✓		
15	Manos abiertas abre brazo ante objetos.	✓		
16	Sigue con la mirada objetos cercanos sin sonido en un ángulo de 180°.	✓		
17	Voltear al oír sonido de la campana.		✓	
18	Responde diferente a la voz molesta y a la voz alegre.	✓		
19	Juega con las manos.	✓		
20	Se alegra cuando le van a dar el pecho.	✓		
4 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
21	Toma un objeto con ambas manos.		✓	N R T
22	Lleva los juguetes a la boca.	✓		
5 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
23	Dorso recto apoyo hacia adelante con descarga de peso.	✓		N R T
24	Comienza a pararse.	✓		
25	Reconoce a su madre.	✓		
26	Se repite así mismo y en respuesta a los demás.	✓		
27	Se lleva a la boca algo que le ponen en la mano.	✓		
28	Juega con sus manos y pies.	✓		
6 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
29	Gira fácilmente	✓		N R T
30	Coge un objeto encada mano.	✓		
31	Localiza diferencia y reacciona ante sonidos con movimientos completos de la cabeza.	✓		
32	Comprende ven, chau, upa (levantarlo).	✓		
33	Toca su imagen en el espejo.	✓		
7 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
34	Sentado sin apoyo.	✓		N R T
35	Dice "pa – pa – ma " a cualquier persona.	✓		
8 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
36	Pinza índice pulgar – torre.	✓		N R T
37	Llama o grita para establecer contacto con otros.	✓		
38	Lanza objetos a cierta distancia disfruta con el	✓		

	sonido.			
9 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
39	Responde diferente a la voz molesta y a la voz alegre.	↙		N R T
40	Encuentra objetos ocultos.	↙		
10 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
41	Camina apoyándose en las cosas.	↙		N R T
42	Dice papa y mama.	↙		
43	Busca el juguete en la caja.		↙	
11 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
44	Pinza fina.	↙		N R T
45	Responde a una orden simple e identifica objetos.		↙	
46	Imita gestos.	↙		
47	Come del plato con las manos.	↙		
48	Sujeto de la mano empuja la pelota con un pie.	↙		
49	Explora su juguete.			

CLASIFICACION:	De acuerdo al test peruano de evaluación del desarrollo del niño.
NORMAL (3)	
RIESGO (2)	
TRASTORNO DEL DESARROLLO (1)	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre a madre de familia:

A nombre del C. S Aparicio Pomares, y el estudiante de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas – Filial de Huánuco, queremos agradecerle por su interés en participar en la presente investigación, la cual detallamos a continuación:

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio tiene el propósito de: Determinar apego materno y desarrollo psicomotriz de niños y niñas en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018.

Para ello es importante identificar al grupo que estará constituido por madres de niños de un año. Las madres y/o personas responsables de los niños (as) deberán responder a las preguntas planteadas en el cuestionario.

Proporcionar información válida y confiable que permitirá reforzar e implementar estrategias de prevención dirigidas a los padres de familia y a los profesionales de la salud, que aborden en temas del apego materno y desarrollo psicomotriz.

RIESGOS PARA LA SALUD

El participar en el presente estudio no representa ningún riesgo para las madres y los niños, pues solo se recogerán información de la madre y/o persona responsable según su vida diaria y real, durante la encuesta.

CONFIDENCIALIDAD

Los datos que proporcione en los cuestionarios y la guía de observación serán de carácter confidencial, ni su nombre ni los del niño serán utilizados en propósitos ajenos a la investigación.

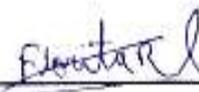
CONSENTIMIENTO

Si usted se ha informado adecuadamente y accede participar en el Proyecto "Apego materno y desarrollo psicomotriz en madres de niños y niñas menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018", por favor firme a continuación y guarde una copia de este documento, que para estos fines viene a ser constancia de los acuerdos entre usted y los responsables del estudio.

yo, Fiorcita Ramos Pineda, con documento de identidad (DNI) N° 79757225 (responsable del cuidado del niño) he leído, entiendo el presente documento, y acepto que yo junto con mi niño (a) participe en el proyecto descrito.
Dirección: Ji. Aparicio Pomares Bajo el mirador
Fecha y Hora de aceptación 10-09-18 10:40am



FIRMA DEL REPRESENTANTE
DNI:46570688



FIRMA DEL TESTIGO (ENCUESTADOR)

ANEXO 02

CUESTIONARIO DE ESCALA DE MASSIE – CAMPBELL

FECHA: 10 / 09 / 18

Código 028

TITULO DE ESTUDIO. "Apego materno y su influencia en desarrollo psicomotriz en madres de niños menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018".

INSTRUCCIONES: La Escala ADS consiste en dos pautas de observación, una para la madre y otra para el bebé en cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente. Estos elementos del apego se evalúan en una escala de 1 a 5 puntos donde los puntajes 1 y 2 se refieren a tendencias de evitar contacto o a no responder relacionadas a estilo de apego inseguro evitativo. De 3 y 4 en general implican un rango normal de las conductas con tendencia a estilo de apego seguro y los puntajes de 5 en general implican una tendencia a sobre reaccionar con actitud intrusiva y exagerada lo que determina un estilo de apego inseguro ambivalente. Puede contemplarse la opción que no se establezca un patrón constante entre la madre y el niño por lo que estaría presente el patrón disarmónico estableciendo un estilo de apego desorganizado.

I. DATOS GENERALES

1. Edad:28 años.....

2. Grado de instrucción.

- | | |
|--|-------------------------------------|
| a. Sin instrucción | d. Secundaria incompleta |
| b. Primaria incompleta | e. Secundaria completa |
| <input checked="" type="radio"/> c. Técnica no universitaria | f. Educación superior |
| d. Primaria completa | g. Educación Superior universitario |

3. Ocupación

- a. Trabajador dependiente
- b. Trabajador Independiente
- c. Ama de casa
- d. Comerciante
- e. Estudiante
- f. Otros
- Especificar.....
- d. No sabe.

II. CONDUCTAS DE NIÑA O NIÑO DURANTE EL EVENTO ESTRESANTE.

Conducta del niño a observar	1	2	3	4	5	Puntaje asignado
1. Mirada	Siempre evita la cara de la madre.	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.	Ocasionalmente mira la cara de la madre.	Frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas.	Fija la mirada a la Madre por períodos largos de tiempo.	5
2. Vocalización	Callado, nunca vocaliza.	Rara vez vocaliza o lloriquea.	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	4
3. Tocando	Nunca toca o tiende hacia la madre.	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca, siempre toca a la madre.	5
4. Tocado	Siempre evita ser tocado por la madre.	Frecuentemente Evita ser tocado por la madre.	Generalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	5
5. Sosteniendo	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre.	No se relaja en manos de la madre; la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella,	5

			Ocasionalmente la empuja.		nunca la evita.	
6. Afecto	Siempre está intensamente Angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonriente.	5
7. Proximidad o cercanía	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	5
Conducta de la madre frente al estrés del niño. Observar	1	2	3	4	5	Puntaje asignado
8. Mirada	Siempre evita mirar la cara de la niña o niño	Rara vez mira a la niña o niño cara. Miradas evasivas a la cara de la niña o niño	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentes miradas, Largas y cortas, a la cara de la niña o del niño.	Fija la mirada a la cara de la niña o niño por períodos largos.	5
9. Vocalización	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza la niña o niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	4

10. Tocando	Nunca toca o tiende a la niña o niño.	Rara vez toca a la niña o niño.	Ocasionalmente toca a la niña o niño.	Frecuentemente Tiende a la niña o al niño y lo toca.	Si la niña o niño está cerca, siempre lo toca.	5
11. Tocado	Siempre evita ser tocada por la niña o niño.	Frecuentemente evita ser tocada por la niña o niño.	Ocasionalmente Evita ser tocada por la niña o niño.	Rara vez evita ser tocada por la niña o niño.	Nunca evita ser tocada por la niña o niño.	5
12. Sosteniendo	Rechaza a la niña o niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tesa o rara, no relajada.	Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene Contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	4
13. Afecto	Siempre está intensamente Angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa o apática.	Ansiedad moderada y/o agradada o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonríe.	5
14. Proximidad o cercanía	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza.	Se para o se sienta Intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico Frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	5

PUNTAJE.

BUENO	5 puntos
REGULAR	3 y 4 puntos
DEFICIENTE	1 y 2 puntos

ANEXO N° 03

GUIA DE OBSERVACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DEL NIÑO

FECHA: 10 109 118

Código

028

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: "Apego materno y su influencia con desarrollo psicomotriz en madres de niños menores de un año, del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2018".

INSTRUCCIONES: El presente test forma parte de un estudio orientado a obtener información de la influencia sobre la evaluación del desarrollo de la niña o niño, por lo tanto sírvase a marcar con un chec la valoración que corresponde al criterio que se está evaluando. Para tal efecto cíñase a la valoración de las equivalencias que contiene la tabla siguiente.

Gracias por su colaboración.

Test peruano de evaluación del desarrollo Psicomotriz del niño.

SI = NORMAL NO = RIESGO T = TRASTORNO DEL DESARROLLO

Nº	0-1 MES	SI	NO	DIAGNOSTICO
1	Movimientos asimétricos brazo y piernas.	✓		<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> N R T </div>
2	Levanta la cabeza por momentos.	✓		
3	Puesto de pie extiende las piernas.	✓		
4	Aprieta cualquier objeto colocado a su mano.	✓		
5	Frunce el sueño y rechaza con parpadeo la luz intensa.	✓		
6	Detiene sus movimientos al oír un sonido.	✓		
7	Sonríe con la voz de su madre.	✓		
8	Llora por una causa hambre, frio, sueño.	✓		
9	Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado.	✓		

2 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
10	Parado no sostiene el peso de su cuerpo.	✓		N R T
11	Sigue con la mirada a objetos sin sonido a un ángulo de 90°.	✓		
12	Emite sonido o "agu" cuando se le habla. Sonríe ante cualquier rostro.	✓		
3 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
13	La cabeza acompaña al movimiento de tronco no cae.	✓		N R T
14	Apoyo inestable sobre antebrazos.	✓		
15	Manos abiertas abre brazo ante objetos.	✓		
16	Sigue con la mirada objetos cercanos sin sonido en un ángulo de 180°.	✓		
17	Voltear al oír sonido de la campana.	✓		
18	Responde diferente a la voz molesta y a la voz alegre.		✓	
19	Juega con las manos.	✓		
20	Se alegra cuando le van a dar el pecho.	✓		
4 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
21	Toma un objeto con ambas manos.	✓		N R T
22	Lleva los juguetes a la boca.	✓		
5 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
23	Dorso recto apoyo hacia adelante con descarga de peso.	✓		N R T
24	Comienza a pararse.	✓		
25	Reconoce a su madre.	✓		
26	Se repite así mismo y en respuesta a los demás.	✓		
27	Se lleva a la boca algo que le ponen en la mano.	✓		
28	Juega con sus manos y pies.	✓		
6 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
29	Gira fácilmente	✓		N R T
30	Coge un objeto encada mano.	✓		
31	Localiza diferencia y reacciona ante sonidos con movimientos completos de la cabeza.	✓		
32	Comprende ven, chau, upa (levantarlo).	✓		
33	Toca su imagen en el espejo.	✓		
7 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
34	Sentado sin apoyo.	✓		N R T
35	Dice "pa – pa – ma " a cualquier persona.	✓		
8 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
36	Pinza índice pulgar – torre.	✓		N R T
37	Llama o grita para establecer contacto con otros.	✓		
38	Lanza objetos a cierta distancia disfruta con el	✓		

	sonido.			
9 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
39	Responde diferente a la voz molesta y a la voz alegre.	✓		(N) R T
40	Encuentra objetos ocultos.	✓		
10 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
41	Camina apoyándose en las cosas.	✓		(N) R T
42	Dice papa y mama.	✓		
43	Busca el juguete en la caja.	✓		
11 MESES		SI	NO	DIAGNOSTICO
44	Pinza fina.	✓		(N) R T
45	Responde a una orden simple e identifica objetos.	✓		
46	Imita gestos.	✓		
47	Come del plato con las manos.	✓		
48	Sujeto de la mano empuja la pelota con un pie.	✓		
49	Explora su juguete.	✓		

CLASIFICACION:	De acuerdo al test peruano de evaluación del desarrollo del niño.
NORMAL (3)	
RIESGO (2)	
TRASTORNO DEL DESARROLLO (1)	

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
**ACTA DE TITULACIÓN PROFESIONAL
N° 009 – GT – D – FMHyCS – UAP**

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Alas Peruanas (Artículo 27), bajo la Presidencia de la Mg. Noemi Carbonelli Tuiro, en el salón de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Enfermería, cito en el Distrito de Huánuco, Provincia de Huánuco, siendo las 15:00 Horas del día 06 de diciembre del 2018, se inició la sesión pública de sustentación de la Tesis:

“APEGO MATERNO Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO, DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO 2018”

Presentado por el (la) Bachiller:

TARAZONA SALAZAR, SILVIA MARILYN

Para optar el Título Profesional de Enfermera(o)

El resultado de la sustentación es el siguiente:

JURADO EXAMINADOR		CALIFICACIÓN			
Presidente	Mg. Noemi Carbonelli Tuiro	Aprobado	<input checked="" type="checkbox"/>	Desaprobado	<input type="checkbox"/>
Secretario	Mg. Zósimo E Castillo Lovatón	Aprobado	<input checked="" type="checkbox"/>	Desaprobado	<input type="checkbox"/>
Miembro	Mg. Elisa Simanelte Gallardo Mauricio	Aprobado	<input checked="" type="checkbox"/>	Desaprobado	<input type="checkbox"/>

Concluyendo que el(a) Bachiller Obtuvo el Promedio final de:

Aprobado por **unanimidad** Aprobado por **mayoría** Desaprobado

Se Recomienda La Publicación de la Tesis SI NO

Siendo las 16:20 Horas culminó el proceso y en fe de lo cual se sentó la presente acta.


Mg. Zósimo E Castillo Lovatón
Secretario
Nro. Colegiatura: 02, 17305




Mg. Elisa Simanelte Gallardo Mauricio
Miembro
Nro. Colegiatura: 23910




Mg. Noemi Carbonelli Tuiro
Presidente
Nro. Colegiatura: 14263



Formulario de Autorización de Registro y Publicación de Producción Académica en el Repositorio Institucional de la UAP

A LOS AUTORES Y CREADORES DE NUESTRA UNIVERSIDAD:

En la actualidad los Repositorios Institucionales representan una estrategia de información y comunicación de las instituciones académicas, el formar parte de un Repositorio Institucional, contribuye a fomentar el nivel de competitividad, visibilidad, imagen pública y relevancia de un investigador y la posibilidad de ser consultado y difundido mundialmente, a través de su obra, mediante un archivo de formato electrónico.

Al depositar su obra en el Repositorio Institucional UAP, el autor concede a la Universidad Alas Peruanas S.A., una Licencia no exclusiva sobre su creación y el logro del propósito enunciado.

Datos del Autor			
Nombres y Apellidos:	Silvia Marilyn; Tarazona Salazar.		
DNI:	46570688	Teléfono:	978001265
E-Mail:	dsg-206@hotmail.com		
Datos de la Investigación			
<input type="checkbox"/>	Trabajo académico		
<input type="checkbox"/>	Trabajo de Investigación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Tesis		
<input type="checkbox"/>	Artículo Académico		
<input type="checkbox"/>	Libros y/o Capítulos de Libro		
<input type="checkbox"/>	Otros, especificar en Anexo "A" adjunto. (Ver Cuadro)		
Título:	APEGO MATERNO Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO; DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES; HUANCOCO 2018?		
Asesor:	Mg. Luis Alberto; Laguna Arias		
Año:	2018	Carrera Profesional:	Enfermería
Licencias			

A. Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el registro y publicación en acceso abierto de mi Artículo / Trabajo de Investigación / Artículos Académicos/ Libros y/o capítulos de libro/ Tesis en el Repositorio institucional de la Universidad Alas Peruanas. Con esta autorización de depósito de mi Artículo / Trabajo de Investigación / Tesis, entre otros, otorgo a la Universidad Alas Peruanas S.A., una licencia no exclusiva para reproducir (en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación), distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi Trabajo de Artículo / Trabajo de Investigación / Tesis (Incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios provistos por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de Tesis UAP, Colección de Tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, y libre de remuneraciones.

Declaro que el presente Artículo / Trabajo de Investigación / Artículos Académicos/ Libros y/o capítulos de libro /Tesis, es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, o coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha tesis no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Alas Peruanas consignará el nombre del/los autor/es de la tesis, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X):

- SI, autorizo que se deposite inmediatamente de acceso abierto
- SI, autorizo que se deposite y publique de acceso abierto partir de la fecha:
 - 01 Año
 - 02 Años
 - 03 Años
 - NO, Autorizo


FIRMA


Huella Digital

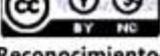
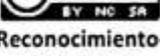
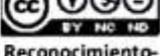
Surco, 10 de Diciembre del 2018.

DECLARACIÓN DE REVISIÓN DE ESTILO

* La siguiente es OPCIONAL, pero es importante porque el licenciamiento Creative Commons fija las condiciones de uso de su tesis en la Web. Si desea obviar esta parte, vaya a la última hoja del formulario, coloque su firma y fecha para completar su autorización.

B. Licencia Creative Commons: Otorgamiento de una licencia Creative Commons

Si usted concede una licencia Creative Commons sobre su tesis, mantiene la titularidad de los derechos de autor de ésta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de ésta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente, bajo las condiciones siguientes:

MARQUE	TIPO LICENCIA	DESCRIPCIÓN
	 Reconocimiento CC BY	Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.
	 Reconocimiento- CompartirIgual CC BY-SA	Esta licencia permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre tu obra incluso para propósitos comerciales, siempre que te atribuyan el crédito y licencien sus nuevas obras bajo idénticos términos. Cualquier obra nueva basada en la tuya, lo será bajo la misma licencia, de modo que cualquier obra derivada permitirá también su uso comercial.
	 Reconocimiento- SinObraDerivada CC BY-ND	Esta licencia permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.
	 Reconocimiento- NoComercial CC BY-NC	Esta licencia permite a otros entremezclar, ajustar y construir a partir de su obra con fines no comerciales, y aunque en sus nuevas creaciones deban reconocerle su autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.
	 Reconocimiento- NoComercial- CompartirIgual CC BY-NC-SA	Esta licencia permite a otros entremezclar, ajustar y construir a partir de su obra con fines no comerciales, siempre y cuando le reconozcan la autoría y sus nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.
	 Reconocimiento- NoComercial- SinObraDerivada CC BY-NC-ND	Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales, sólo permite que otros puedan descargar las obras y compartirlas con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se pueden cambiar de ninguna manera ni se pueden utilizar comercialmente.



Firma



Huella Digital

Surco, 10 de Diciembre del 2018

Datos del Autor			
Nombre y Apellidos:	Silvia Marilyn Tarazona Salazar.		
DNI:	46570688	Teléfono:	978003265
E-Mail:	dsg-206@hotmail.com		
Datos de la Investigación			
<input type="checkbox"/>	Trabajo Académico		
<input type="checkbox"/>	Trabajo de Investigación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Tesis		
<input type="checkbox"/>	Artículo Académico		
<input type="checkbox"/>	Libros y/o Capítulos de Libro		
<input type="checkbox"/>	Otros, especificar en Anexo "A" adjunto. (Ver Cuadro)		
Título:	"APEGO MATERNO Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO; DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES; HUANCÚO 2018."		
Asesor:	Mg. Luis Alberto Laguna Arias		
Año:	2018	Carrera Profesional:	ENFERMERIA
Declaratoria			
<p>Declaro que he leído este Artículo / Trabajo de Investigación / Tesis en su totalidad referenciado en este documento, he hecho la revisión y corrección de estilo del presente trabajo de tesis considerando lo señalado en la Guía y Manual de Tesis de la Universidad Alas Peruanas y del Manual de Estilo de la APA/VANCOUVER, versión en inglés.</p> <p>Asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y soy consciente que este compromiso de fidelidad tiene connotaciones académicas y éticas.</p> <p>En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad Alas Peruanas.</p>			


FIRMA

Huella Digital

Surco, 10 de Diciembre del 2018.