



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA
MÉDICA ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

**DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE ALDEAS
INFANTILES DEL DISTRITO DE PUENTE PIEDRA LIMA
2016.**

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

RODRIGUEZ DELGADO, JACKELINE JANETH.

ASESOR: Lic. TM. MAYK GUTARRA GOYTENDIA.

Lima, Perú

2016

HOJA DE APROBACIÓN

RODRIGUEZ DELGADO, JACKELINE JANETH.

**“DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE ALDEAS
INFANTILES DEL DISTRITO DE PUENTE PIEDRA - LIMA
2016”**

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

LIMA – PERÚ

2016

Se Dedicar este Trabajo:

Dedico de manera especial a mis padres pues fueron el principal apoyo para la construcción de mi vida profesional, dando en mí las mejores bases de responsabilidad y deseo de superación.

A mi hermana por tenerme como guía en el transcurso de su vida y a mi menor hija por ser enseñarme lo que es el amor y deseos de éxitos.

Gracias dios por ofrecerme el amor y calidez de la familia en la cual amo.

Se Agradece por su Contribución para el Desarrollo de esta Tesis a:

Dedico de manera especial a mis padres pues fueron el principal apoyo para la construcción de mi vida profesional, dando en mí las mejores bases de responsabilidad y deseo de superación.

A mi hermana por tenerme como guía en el transcurso de su vida y a mi menor hija por ser enseñarme lo que es el amor y deseos de éxitos.

Gracias dios por ofrecerme el amor y calidez de la familia en la cual amo.

Epígrafe:

El niño que no juega no es niño, pero el hombre que no juega perdió para siempre al niño que vivía en él y que le hará mucha falta.

Pablo Neruda (1904-1973).

RESUMEN

La edad preescolar es un periodo de cambios importantes. El niño va a avanzar mucho en el lenguaje, en la motricidad fina y gruesa. Estos cambios permitirán que el niño sea cada vez más autónomo y que sea capaz de socializarse, todo ello requiere de un adecuado perfil motor. Con los resultados obtenidos se logró conocer el perfil psicomotor de los niños de dos Aldeas Infantiles del distrito de Puente Pierda, en donde el 66% presentaron un perfil psicomotor normal, 31% presentaron un perfil psicomotor bueno, el 2% presentaron un perfil psicomotor Dispráxico y 1 % presentaron un perfil psicomotor Superior, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; Se observa el mayor porcentaje de la muestra presentó un Perfil Psicomotor Normal. En relación con la Aldea Infantil Rayito de Luz destaca el perfil psicomotor normal con un 70% y en la Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta destaca el perfil psicomotor bueno con un 36%. respecto a la edad rangos de 7 y 9 años, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; solo 1 presentó un perfil psicomotor Dispráxico; 26% presentaron un perfil psicomotor normal; 12% presentaron un perfil psicomotor, bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior, según el sexo destaca el masculino con 34% perfil psicomotor normal, 15% perfil psicomotor bueno y 1% perfil psicomotor superior, en comparación con el femenino se muestra que el 32% perfil psicomotor normal, 16% perfil psicomotor bueno, según el nivel socioeconómico que el 98% pertenecía al nivel socioeconómico D, con 65% perfil psicomotor normal, 30% perfil psicomotor bueno, 1% perfil psicomotor superior, 2% perfil psicomotor Dispráxico, 0% perfil psicomotor deficitario.

Palabras clave: perfil psicomotor, Dispráxico, deficitario, socioeconómico.

Summary

Preschool age is a period of important changes. The child will make much progress in the language, fine and gross motor skills. These changes will allow the child to be increasingly autonomous and able to socialize, all this requires proper profile motor. Con the results were able to confirm the Psychomotor profile of children two Children's Villages district of Puente See, where 66% had normal psychomotor profile, 31% had a good psychomotor profile, 2% had a psychomotor profile dyspraxic and 1% had a higher psychomotor profile, none had a deficit psychomotor profile; the highest percentage of the sample presented a Psychomotor Normal profile is observed. Regarding Children's Village Rayito de Luz highlights the normal psychomotor profile with 70% and in the Children's Village Mother Teresa highlights the good Psychomotor profile with 36% ranks. Regarding the age of 7 and 9 years, none had psychomotor deficit profile; only 1 had a psychomotor profile dyspraxic; 26% had a normal psychomotor profile; 12% had a psychomotor, good profile and none had a psychomotor profile superior, by sex highlights the male with 34% normal psychomotor profile, 15% good Psychomotor profile and 1% higher Psychomotor profile compared to women shows that the 32% normal psychomotor profile, 16% good psychomotor profile according to socioeconomic level that 98% belonged to socioeconomic level D, with 65% normal psychomotor profile, 30% good psychomotor profile, 1% higher psychomotor profile, 2% psychomotor profile dyspraxic, 0% deficit psychomotor profile.

Keywords: Psychomotor profile, dyspraxic, deficit, socioeconomic

ÍNDICE

PORTADA	0
HOJA DE APROBACIÓN.....	1
DEDICATORIA:	2
AGRADECIMIENTO:	3
EPÍGRAFE:.....	4
RESUMEN	5
SUMARY	6
LISTA DE TABLAS	9
LISTA DE FIGURAS	10
INTRODUCCION	11
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1. Planteamiento del Problema:.....	12
1.2. Formulación del Problema:.....	15
1.2.1. Problema General.....	15
1.2.2. Problemas Específicos:	15
1.3. Objetivos:.....	16
1.3.1. Objetivo General:.....	16
1.3.2. Objetivos Específicos:	16
1.4. Justificación:.....	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Bases Teóricas:.....	18
2.1.1 DEFINICIÓN DE PSICOMOTRICIDAD.....	18

2.1.2 ÁREAS DE DESARROLLO:	18
2.1.3 CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS. .24	
2.2. Antecedentes:.....	27
2.2.1. Antecedentes Internacionales:.....	27
2.2.2. Antecedentes Nacionales:	29
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	30
3.1. Diseño del Estudio:.....	30
3.2. Población:.....	30
3.2.1. Criterios de Inclusión:	30
3.2.2. Criterios de Exclusión:	30
3.3. Muestra:.....	31
3.4. Operacionalización de Variables:.....	32
3.5 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:.....	33
3.5.1 Procedimiento:.....	33
3.5. Plan de Análisis de Datos:.....	39
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	40
4.1. RESULTADOS.....	40
4.2. Discusión de Resultados:.....	58
4.3. Conclusiones:.....	61
4.4. Recomendaciones:.....	63
4.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS	71
ANEXO N° 3	73
ANEXO N° 2	74
MATRIZ DE CONSISTENCIA	77

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Distribución por edad.....	40
Tabla N° 2: Distribución de la muestra por edad	41
Tabla N° 3: Distribución de la Muestra por sexo.....	42
Tabla N° 4: Sexo de la muestra.....	43
Tabla N° 5: Distribución por Nivel Socioeconómico.....	44
Tabla N° 6: Distribución de la muestra por Nivel Socioeconómico	45
Tabla N° 7: Lugar de procedencia por Aldea Infantil.	46
Tabla N° 8: Distribución de la muestra por Lugar de procedencia	47
Tabla N° 9: Perfil Psicomotor de la muestra por Aldea Infantil.	48
Tabla N° 10 Perfil Psicomotor de la muestra	50
Tabla N° 11: Perfil Psicomotor de la muestra por edad	50
Tabla N° 12: Perfil Psicomotor de la muestra por sexo	52
Tabla N° 13: Perfil Psicomotor de la muestra por IMC	53
Tabla N° 14: Perfil Psicomotor de la muestra por NSE.....	55
Tabla N° 15: Perfil Psicomotor de la muestra por Lugar de Procedencia	57

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 1: Distribución por edad	41
Figura N° 2: Distribución por edad de la muestra	41
Tabla N° 4: Sexo de la muestra.....	43
Figura N° 4: Distribución de la muestra por sexo.....	43
Figura N° 5: Distribución por Nivel Socioeconómico.....	45
Figura N° 6: Distribución de la muestra por Nivel Socioeconómico	46
Figura N° 7: Lugar de procedencia por Aldea Infantil	47
Figura N° 8: Distribución de la muestra por Lugar de procedencia	48
Figura N° 9: Perfil Psicomotor de la muestra por Aldea Infantil.	49
Figura N° 10: Perfil Psicomotor de la muestra.....	50
Figura N° 11: Perfil Psicomotor de la muestra por edad	51
Figura N° 12: Perfil Psicomotor de la muestra por sexo	53
Figura N° 13: Perfil Psicomotor de la muestra por IMC	54
Figura N° 14: Perfil Psicomotor de la muestra por NSE	56
Figura N° 15: Perfil Psicomotor de la muestra por Lugar de Procedencia	58

INTRODUCCION

El desarrollo psicomotor es un proceso evolutivo, multidimensional e integral, mediante el cual el individuo va dominando progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas. Las Alteraciones del desarrollo neuromadurativo se relacionan con bajo rendimiento y deserción escolar, trastornos neurológicos, psiquiátricos, emocionales y conductuales, déficit en las habilidades sociales, problemas de aprendizaje, menores oportunidades laborales y morbilidad en la adultez.

Si bien cada ser humano al nacer tiene un potencial de desarrollo determinado congénitamente, su expresión final es resultado de la interacción de la genética con estímulos recibidos desde el entorno familiar, social, y comunitario. Probablemente ese sea el motivo por el cual la intervención temprana tiene alto impacto en el pronóstico de los niños con déficit del desarrollo. Por esta razón la detección precoz es una actividad central en los controles de supervisión de salud y supone un desafío permanente en pediatría, especialmente al evaluar niños con factores de riesgo sociales o biológicos.

Los avances en la etapa infantil van lográndose poco a poco, siguiendo una secuencia constante, lógica y progresiva en el desarrollo psicomotor que está estrechamente relacionado con la adquisición de habilidades. El niño en su período de desarrollo neuronal, en cada etapa de progreso embrionario, fetal, neonatal, presenta una serie de evoluciones en relación con sus movimientos, habilidades y

destrezas. Sin embargo, existen muchos factores que influyen negativamente en este proceso, mermando su desarrollo normal.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema:

A través de los años el desarrollo de habilidades de los infantes, en el mundo ha ido evolucionando según, la gran influencia de la atención temprana de estimulación, que han conllevado que las capacidades motrices, de lenguaje, cognitivas, estén mejorado a través de los años, estos programas de atención temprana, que se trabajan ya desde hace varios años en Europa y en América, que son efectivos en el desarrollo de habilidades en los infantes.

Según la UNICEF, se considera infantes mundialmente a los niños menores de 8 años de edad, siendo una edad fundamental para su desarrollo cognitivo, social, emocional y físico. Ya que sus cerebros en desarrollo son plásticos y sensibles a los cambios como miles de millones de circuitos neuronales integradas se establecen a través de la interacción de la genética, el medio ambiente y la experiencia. El desarrollo óptimo del cerebro requiere de un ambiente estimulante, los nutrientes adecuados y la interacción social con los cuidadores atentos.

(1)

El artículo de Pedro Pablo Berruezo, (psicomotricista y Presidente de la Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español), titulado Hacia un marco conceptual de la Psicomotricidad a partir del desarrollo de su práctica en Europa y en España, describe la situación actual de la

Psicomotricidad en el contexto europeo para luego detenerse en el desarrollo y evolución del contexto psicomotor en nuestro país. Enfatiza un hecho crucial acaecido en los últimos años en el panorama del desarrollo de la Psicomotricidad en España: la constitución de la Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español (FAPEE). (2)

En Estados Unidos no cuentan con psicomotricistas que puedan abordar la problemática de los síntomas psicomotores en la infancia. En EEUU es muy común la medicación con psicotrópicos a niños desde muy temprana edad. (Desde los cuatro años y a veces menos). Esto como único tratamiento terapéutico. En casos como por ejemplo, de hiperactividad, inhibición psicomotriz, etc. (3)

Según la OPS, La niñez de América Latina y el Caribe, perteneciente a grupos vulnerables (en situación de pobreza, minorías, poblaciones indígenas, población emigrante) carece de condiciones y oportunidades para el desarrollo biopsicosocial. Alrededor del 15% de la población infantil presenta retrasos significativos del desarrollo y una proporción muy elevada presenta alteraciones que, al no ser diagnosticadas oportunamente, afectan tanto la salud como la calidad de vida, además de tener consecuencias sobre el potencial de desarrollo y otros problemas, como las conductas de inadaptación, el fracaso escolar, las adicciones, las situaciones violentas, las discapacidades, así como la morbilidad aguda, la crónica y las patologías emergentes.(4)

En México no se contaba con una prueba de evaluación del desarrollo infantil con propiedades psicométricas. La prueba EDI se desarrolló con este fin. Para determinar las propiedades psicométricas de la EDI como prueba de

tamizaje para los problemas de desarrollo infantil en menores de cinco años, se realizó un estudio transversal que incluyó pacientes menores de cinco años en tres entidades de la República Mexicana: Chihuahua, Yucatán y Distrito Federal. (5)

En Chile, el gobierno considera la implementación de un Sistema de Protección Social, uno de cuyos pilares básicos es el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia - Chile Crece Contigo, el que busca generar una red de programas y servicios que favorezcan el pleno desarrollo de las potencialidades y logren igualar oportunidades de los niñas y los niños de Chile. Así, se espera que al año 2010 todos los niños y las niñas nacidos en el sector público de salud estén cubiertos por este sistema. (6)

En el Perú, según la UNICEF, hemos llegado a la segunda década del Siglo XXI con 30 millones de habitantes. Los peruanos y peruanas menores de 18 años conforman el 37% de la población. Los niños y niñas menores de 5 años representan el 12%. (7)

El Ministerio de Salud, (MINSA - Perú), ha integrado para la evaluación de la población infantil, tres instrumentos de medición de desarrollo: la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), el Test del Desarrollo Psicomotor (TEPSI) y el Test Abreviado Peruano), que viene siendo utilizada durante muchos años por las(os) enfermeras(os) en el área de crecimiento y desarrollo (CRED) de los centros de salud público; la finalidad de su uso es la detección temprana de posibles alteraciones en el desarrollo psicomotor infantil. (8)

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

- ¿Cuál es la Frecuencia Desarrollo Psicomotor en Niños de dos Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra Lima 2016?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es la Frecuencia Del Desarrollo Psicomotor en niños de dos Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra con respecto a la edad?
- ¿Cuál es la Frecuencia del Desarrollo Psicomotor en niños de dos Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra con respecto al sexo?
- ¿Cuál es la Frecuencia del Desarrollo Psicomotor en niños de dos Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra con respecto al IMC?
- ¿Cuál es la Frecuencia del Desarrollo Psicomotor en niños de dos Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra con respecto al nivel socioeconómico?
- ¿Cuál es la Frecuencia del Desarrollo Psicomotor en niños de dos Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra con respecto al lugar de procedencia?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

- Conocer la Frecuencia del Desarrollo Psicomotor en Niños de dos Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra Lima 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar la Frecuencia Del Desarrollo Psicomotor en niños de dos Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra con respecto a la edad.
- Determinar la Frecuencia del Desarrollo Psicomotor en niños de dos Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra con respecto al sexo.
- Determinar la Frecuencia del Desarrollo Psicomotor en niños de dos Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra con respecto al IMC.
- Determinar la Frecuencia del Desarrollo Psicomotor en niños de dos Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra con respecto al nivel socioeconómico.
- Determinar la Frecuencia del Desarrollo Psicomotor en niños de tres Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra con respecto al lugar de procedencia.

1.4. Justificación:

La finalidad de la presente investigación es Conocer la Frecuencia la Frecuencia del Desarrollo Psicomotor en Niños de dos Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra Lima 2016. A través del Test de desarrollo psicomotor de TEPSI. Los niños, niñas y adolescentes que por diversas razones viven sin el cuidado de sus padres o los que están en riesgo de perderlo son los más expuestos a la pobreza, discriminación y exclusión, factores que, a su vez, pueden hacerlos más vulnerables al abuso, explotación y al abandono.

Debido a que las deficiencias del desarrollo psicomotor de nuestros niños y niñas conlleva, a problemas atención y conducta, y se ve reflejado en las calificaciones en su institución educativa que se guía de las normas de calificación nacional, que deja pasar estos déficit hasta llegar a la educación primaria. Es por esto necesario realizar un diagnóstico situacional en relación a las variables y con los resultados que obtengamos diseñar estrategias o programas de intervención que nos permitan optimizar el desarrollo psicomotor, y mejorar sus habilidades motrices. Creando un precedente para que sirva como modelo y pueda ser aplicado en poblaciones con características similares.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas:

2.1.1 DEFINICIÓN DE PSICOMOTRICIDAD

El concepto de Psicomotricidad surge, a principios de siglo XX, vinculado a la psicología para destacar la estrecha relación entre lo psicológico (psique) y la forma manifestarse (motricidad). Aparece en un intento de superar el modelo anatomo-clínico, entendiendo a la persona como una unidad que vive y se expresa globalmente. Durante su evolución la Psicomotricidad ha ido incorporando nuevos enfoques y conceptos muy relacionados con las tendencias impuestas en cada periodo histórico-científico del momento. (9)

2.1.2 ÁREAS DE DESARROLLO:

Esquema Corporal

El esquema corporal como la representación mental del propio cuerpo, de sus segmentos, de sus posibilidades de movimiento y de sus limitaciones espaciales (10)

Tiene su inicio desde la vida uterina, pues en la vida fetal las exigencias metabólicas del crecimiento del niño son suplidas, debido a que su organismo está en simbiosis con la madre. El feto, en el útero materno ya vive en un universo de sensaciones cutáneas, sonoras y propioceptivas. A partir de las informaciones propioceptivas laberínticas y articulares, comienza el desarrollo de la actividad sensorio motora que continúa después del nacimiento con los estímulos externos, una vez que la organización tónica es la responsable por el ajuste postural, donde el niño podrá asociar

la satisfacción e insatisfacción de las necesidades fundamentales, ya que el niño o la niña va tomando conciencia de su esquema corporal comienza a organizar el conocimiento del espacio que lo rodea en función de su propio cuerpo. Un conocimiento adecuado de su esquema corporal va a posibilitar una correcta estructuración espacio-temporal, una coordinación motora y postural adecuada, y como resultado de todo esto va a conducir a una cierta seguridad en las relaciones interpersonales del niño con las personas con las que interactúa. (11,12)

Tono muscular

El tono es el grado de tensión de los músculos de nuestro cuerpo. Es una función que no se puede concebir como algo estático, sino dinámico. El tono es el elemento primordial de integración del esquema corporal, por su doble función: como posibilitador del movimiento y como vehículo de las emociones. (13)

A través del tono se produce una integración central de los mensajes de la vida de relación (músculos estriados a través del sistema nervioso central) y de la vida vegetativa (músculos lisos a través del sistema nervioso simpático y parasimpático) que mantienen el estado central de excitación y condicionan el comportamiento general del individuo. Bajo la influencia de las regulaciones globales de la actividad, el tono constituye una expresión orgánica y psíquica de enlentecimiento o de estimulación que determina la evolución del comportamiento del individuo. En la psicomotricidad se trabaja con una función tónica es la mediadora del desarrollo motor, puesto que organiza el todo corporal, el equilibrio, la posición y la postura que son las

bases de la actuación y el movimiento dirigido e intencional. El tono depende de un proceso de regulación neuromotora y neurosensorial. (14)

Relajación

La relajación es importante para la regulación del organismo y la prevención de aquellos estados de tensión muscular, y como técnica complementaria en los programas de salud. Para conseguir una relajación eficaz, es fundamental el conocimiento del organismo, los sistemas que lo integran en sus aspectos físicos, psíquicos y sociales. (15)

La relajación, es la reducción voluntaria del tono muscular. Puede realizarse de forma global o segmentaria. En la escuela de Educación Infantil se utiliza, entre otras cosas, para descansar después de una actividad motriz dinámica, para interiorizar lo que se ha experimentado con el cuerpo y para la preparación o finalización de una actividad. Para conseguir una buena relajación es necesario silencio, una temperatura agradable, llevar ropa cómoda y, sobre todo, volver al movimiento sin brusquedades. ya que durante la fase de relajación, la presión dentro del músculo disminuye y se produce un intercambio sanguíneo arterial venoso, lo que determina un mayor aporte de oxígeno y por ende, una mejora en el estado de nutrición de la musculatura. (16,17)

Respiración

La respiración: es aquella función mecánica regulada por centros respiratorios bulbares, consistente en asimilar el oxígeno del aire necesario para la nutrición de sus tejidos y desprender el dióxido de carbono del

cuerpo. Con su educación se pretende que sea nasal y regular. A los dos o tres años el niño tomará conciencia de su respiración y a los cuatro o cinco podrá controlarla con ejercicios torácicos, abdominales y motrices de inspiración y expiración. Brindando al infante una respiración completa alcance para normalización los estados de nerviosismo, irritabilidad y ansiedad provocados por factores exógenos, y disminuir la tensión muscular y la fatiga, de tal manera que el niño debe aprender a respirar correctamente, la forma de respiración más idónea es la torácico-abdominal: en la inspiración el volumen del tórax y abdomen aumentan; durante la expiración el abdomen se hunde y el tórax, costillas y clavículas bajan progresivamente. (18,19)

Coordinación del movimiento

La coordinación motriz es el conjunto de capacidades que organizan y regulan de forma precisa todos los procesos parciales de un acto motor en función de un objetivo motor preestablecido. Dicha organización se ha de enfocar como un ajuste entre todas las fuerzas producidas, tanto internas como externas, considerando todos los grados de libertad del aparato motor y los cambios existentes de la situación. La coordinación gruesa o global, hace referencia a la integración de los segmentos de todo el cuerpo, interactuando conjuntamente (movimientos ejecutados por la contracción y relajación de grandes grupos musculares). Asimismo la coordinación está conformada por capacidad de equilibrio, capacidad de ritmo, capacidad de orientación espacio-temporal, capacidad de reacción motora, capacidad de diferenciación kinestésica, capacidad de adaptación y transformación y capacidad de combinación - de acoplamiento de los movimientos. La

coordinación es el factor primario de la localización espacial y de las respuestas direccionales precisas. Las percepciones de los sentidos juegan un papel importante en el desarrollo, las percepciones de todos nuestros sentidos, van a ser la base de la coordinación. Primero existe una capacidad temprana de formar esquemas mentales, producto de la experiencia con el medio, de esa manera se forma patrones a la coordinación y de regulación propioceptiva-vestibular. Los movimientos dependen de los estímulos que provienen de los centros vestibulares centrales. (20)

A la coordinación motriz han coincidido en clasificarla varios autores en función de las partes del cuerpo que intervienen para su realización, por lo que la coordinación se puede clasificar en coordinación: motriz gruesa o global, viso motriz y motriz fina. La coordinación gruesa o global, hace referencia a la integración de los segmentos de todo el cuerpo, interactuando conjuntamente (movimientos ejecutados por la contracción y relajación de grandes grupos musculares); La coordinación viso motriz, referida a la coordinación ojo mano, ojo pie, se define como el trabajo conjunto y ordenado de la actividad motora y la actividad visual; se ordenan movimientos, para que el resultado sea una acción precisa; La coordinación motriz fina es la encargada de realizar los movimientos precisos, ejecutados por grupos musculares pequeños, está asociada con el trabajo instrumental de la mano y de los dedos, donde interactúa con el espacio, el tiempo y la lateralidad. (21)

Lateralidad

La lateralidad es un proceso que tiene una base neurológica, y es una etapa más de la maduración del sistema nervioso, por lo que la dominancia de un lado del cuerpo sobre el otro va a depender del predominio de uno u otro hemisferio. En este sentido se considera una persona diestra cuando hay predominio del hemisferio izquierdo y una persona zurda, cuando la predominancia es del hemisferio derecho, y se va desarrollando siguiendo un proceso que pasa por tres fases: fase de identificación, (0-2 años), fase de alternancia, de definición por contraste de rendimientos (2- 4 años), fase de automatización, de preferencia instrumental (4-7 años). (22,23)

Estructuración espacio-temporal

La estructuración espacio-temporal es la toma de conciencia de los movimientos en el espacio y el tiempo de forma coordinada. Según Mucchielli, la estructuración espacio-temporal implica un paso más en el orden de complejidad de la organización del espacio y el tiempo, derivado del análisis intelectual que supone conjugar los datos obtenidos a través de estas percepciones y que permite encadenar movimientos, comparar velocidades, seguir diversas secuencias de movimiento representadas por un ritmo, etc. Para llegar a la estructuración hay previamente, que superar la fase de percepción y orientación espacial y temporal, en función de las experiencias vividas. Superada la fases de cuerpo vivido y percibido, sobre los siete u ocho años, el niño está en condiciones de acceder a la representación descentralizada de Piaget, en la que ya no necesita organizar y orientar todo en función de su cuerpo y puede recurrir ponerse en el lugar de otras personas y objetos, como punto de referencia para centrar su acción. Según Piaget, la estructuración espacio-temporal permite al niño

obrar sobre un espacio virtual sobre los nueve años. Encontramos dos niveles en la estructuración espacio-temporal: Experiencia vivida: ajuste global del espacio-tiempo, que conduce a una buena orientación espacio-temporal por medio de la motricidad; Estructuración espacio-temporal: cuando se pasa al plano mental e intelectual los datos de la experiencia vivida. (19)

2.1.3 CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS.

DESARROLLO PSICOMOTOR EN INFANTES DE 3 AÑOS.

En su desarrollo motor grueso, desde los tres años puede realizar ciertas actividades como: Para en un pie durante dos o tres segundos, logra sube escaleras alternando pies sin apoyo puede realizar salto vertical amplio, también es capaz de anda en triciclo y atrapa la pelota con los brazos tiesos. (15)

Su motricidad fina, desarrollada a esta edad, le permite copiar un círculo, cortar con tijera aun mal, no consigue seguir trazos, pero puede insertar cuentas en un pasador. (15)

Cognitivamente es capaz de vacía líquido de un recipiente a otro, ya pide que le lean cuentos, puede identificar su sexo, ya nombra a un amigo, se viste con ayuda y necesita control diurno de esfínteres. (15)

En el área de comunicación, usa oraciones compuestas de 4 a 5 palabras, puede pronunciar los sonidos de los siguientes fonemas: /m/, /n/, /p/, /w/, /t/, /k/, /b/, /j/, /l/, /s/, /ch/, usa formas posesivas como: “mío”, “mía”, “tuyo”, “de”, más el nombre (de mi mamá), y los pronombres reflexivos “te” y “se”, usa

formas verbales simples y complejas tales como: “estoy jugando”, “voy a jugar”, usa las oraciones de negación utilizando palabras tales como: “nada”, “nunca”, “nadie” y “ni”, empieza a usar oraciones compuestas unidas por “y”, “que”, “donde”, “como”, expresa verbalmente fatiga (dice que está cansado). (20)

DESARROLLO PSICOMOTOR EN INFANTES DE 4 AÑOS.

En el área de motricidad gruesa el infante, ya puede saltar en un pie dos o tres veces, se para en un pie durante cuatro a ocho segundos, hace saltos de 25 a 50 cm de largo. (15)

En el desarrollo de la motricidad fina, ya dibuja la figura humana en tres partes, logra copiar una cruz, un cuadrado, también puede hacer un nudo simple y puede escribir parte de su nombre. (15)

El infante cognitivamente, puede contar cuentos, consigue poner palabras a los sentimientos, también ya sabe qué hacer en caso de frío, hambre o cansancio, logra apuntar letras y números al nombrarlos, se viste solo (incluye botones) y se pone los zapatos. (15)

En la comunicación, ya utiliza oraciones empleando de 4 a 5 palabras, hace preguntas usando: “Quién”, “¿Por qué?”, utiliza oraciones complejas, utiliza correctamente el tiempo pasado y pronuncia adecuadamente los fonemas: /m/, /n/, /p/, /f/, /w/, /y/, /ll/, /k/, /b/, /d/, /g/, /r/, /ch/, /s/. (20)

DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 5 AÑOS.

En el área de motricidad grueso el infante, puede caminar y correr con soltura y seguridad manteniendo el equilibrio, puede saltar en dos pies en sentido vertical sobre obstáculos de 20 a 30 cm en altura y en sentido horizontal longitudes de aproximadamente 50 a 70 cm, también puede saltar de un pie a otro alternadamente, de manera autónoma, logra subir y bajar escaleras alternando los pies, también trepar y reptar a diferentes ritmos. (21)

En el desarrollo de la motricidad fina, Corta en línea recta usando las tijeras (22)

El infante cognitivamente, comienza las relaciones espaciales como: “arriba”, “abajo”, “detrás”, “cerca”, “lejos”, puede definir objetos por su uso (tú comes con el tenedor) y puede decir de qué están hechos los objetos, ya sabe su dirección y organiza objetos de pequeño a grande, de liviano a pesado, etc. (22,23).

En la comunicación el infante, realiza oraciones utilizando de 5 a 6 palabras, ya posee un vocabulario de aproximadamente 2,000 palabras, comienza a usa los sonidos del habla (fonemas) correctamente con las posibles excepciones de /rr/ y /z/. (23)

2.2. Antecedentes:

2.2.1. Antecedentes Internacionales:

La investigación realizada en España (2008) Valoración del estado psicomotor de los niños del hogar infantil Ormaza de la comuna Nor-oriental de Pereira, mediante el Test de Tepsi. En esta investigación se evaluó el estado de desarrollo psicomotor de un grupo de 68 niños (34 niños y 34 niñas). El cual identifico el estado del desarrollo psicomotor actual y las falencias presentes de niños entre los 2 y 5 años, en cuanto a coordinación, lenguaje y motricidad. Los resultados evidencian que las niñas tienen un mejor desempeño psicomotor que los niños; una predisposición por parte de los niños hombres a presentar trastornos psicomotrices, y una disminución progresiva con el aumento de la edad; específicamente en las edades entre los 5 a los 6 años. (24)

Estudio realizado en Chile (2010) Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo. Comuna urbano rural, Región Metropolitana tuvo como objetivo identificar factores de riesgo (FR) para déficit DSM en preescolares de bajo nivel socioeconómico, pertenecientes a un centro de salud familiar (CESFAM), comuna urbano rural, área norte, Región Metropolitana se realizó una revisión retrospectiva de 159 fichas individuales y familiares de preescolares sanos, con TEPSI correspondiente a los 4 años, durante el último trimestre. Se concluyó que se identifican los factores de riesgo de déficit del desarrollo psicomotor en la infancia, destacando el bajo nivel socioeconómico y las acciones de prevención y educación. La importancia de conocer los FR es identificar

aquellos niños que requieren de una intervención más dirigida, para favorecer la expresión de su potencial (25)

En estudio realizado en Chile (2010) pretende determinar la influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años de edad de la ciudad de Talca. La muestra incluyó a 81 niños y niñas cuya edad oscilaba entre tres o cuatro años. La Prueba de Desarrollo psicomotor, TEPSI, se utilizó para evaluar el desarrollo obteniendo como resultados. Se observa, que el 86,8% de los 228 niños/as pertenecientes a la muestra posee un desarrollo psicomotor normal. Por el contrario, llama la atención el alto porcentaje alcanzado por los niños/as en el subtest de lenguaje (18,5%), en las categorías de Riesgo y Retraso relacionados con la falta de estimulación, hogares disfuncionales y bajo ingresos económicos. (26)

2.2.2. Antecedentes Nacionales:

Estudio realizado en Lima 2014. Evolución del desarrollo psicomotor en niños menores de 4 años en situación de abandono. Estudio cuantitativo, método observacional, diseño exploratorio descriptivo, de corte prospectivo; realizado en la Casa Hogar de Villa el Salvador que brinda atención integral a niños con apoyo de un equipo multiprofesional que estimula el desarrollo psicomotor, afectivo y espiritual; la población lo constituyeron 20 niños albergados en la Casa Hogar. Los datos fueron recolectados entre julio-diciembre 2011 utilizando como instrumento una ficha de registro para los datos sociodemográficos, observación participante y dos escalas de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP y TEPSI). El análisis de datos fue mediante la estadística descriptiva. Resultados: el desarrollo psicomotor de los niños mejoró, siendo que en los datos basales el 40% de niños fue calificado como normal y 25% en retraso. Al finalizar el estudio, un 83,3% de niños alcanzó la calificación de normalidad y solo el 16,7% estaba en riesgo. Según áreas, hubo mejoría en la motora ($p=0,0049$) y lenguaje ($p=0,0016$). Conclusiones: el desarrollo psicomotor de los niños mejoró ostensiblemente, destacando el trabajo colaborativo del equipo multiprofesional, con impacto en el desarrollo integral del menor. (27)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio:

Estudio descriptivo transversal.

3.2. Población:

Todos los niños pertenecientes a las Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra Lima 2016. N= (250).

3.2.1. Criterios de Inclusión:

- Todos los Niños cuyos apoderados acepten voluntariamente participar en el estudio previa firma de un consentimiento informado. (ver anexo 3).
- Todos los Niños que acepten voluntariamente participar en el estudio previa firma de un asentimiento informado.(ver anexo 4)
- Los Niños con rango de edades entre 4 a 12 años de edad.
- Niños de ambos sexos
- Niños que pertenezcan a las Aldeas Infantiles Rayito de Luz y Madre Teresa de Calcuta del Distrito de Puente Piedra.

3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Todos los niños cuyos apoderados no acepten participar en el estudio.
- Niños que no aceptaron participar de este estudio.
- Niños de otras aldeas infantiles.
- Niños que no permitieron ser evaluados, ni colaboraron.
- Niños que se ausentaron el día de la evaluación en la fecha y hora programada.

- Niños con algún tipo de diagnóstico ya confirmado de retraso psicomotor.

3.3. Muestra:

Se llegó a la muestra a través de los criterios de selección. Todos los niños pertenecientes a las Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra Lima 2016. N= (250). Se utilizó el muestreo no probalístico de tipo aleatorio simple.

3.4. Operacionalización de Variables:

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE RIESGO																																																																								
Perfil Psicomotor	Evolución de los distintos aspectos del individuo que se engloban y actúan bajo el concepto psicomotricidad.	Batería psicomotora de Vítor Da Fonseca.	Ordinal	TIPOS DE PERFIL PSICOMOTOR PUNTAJE DE LA BPM Superior: 27-28 Bueno: 22-26 Normal: 14-21 Dispráxico: 9-13 Deficitario: 7-8																																																																								
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE RIESGO																																																																								
Edad	tiempo de vida de en años	Documento nacional de identidad (DNI)	Discreta	Números entre 4 a 12 años de edad.																																																																								
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Documento nacional de identidad (DNI)	Binaria	<ul style="list-style-type: none"> • masculino • femenino 																																																																								
I.M.C	Medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo.	El obtenido en la base de las tablas de la CDC/NCHS para varones y mujeres mediante la expresión matemática: $\text{peso}/(\text{talla})^2$	Nominal	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">VARONES</th> </tr> <tr> <th>Edad</th> <th>Bajo peso</th> <th>Normal</th> <th>Sobrepeso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>6</td><td>≤13,0</td><td>14,0 - 16,9</td><td>17,0 - 18,3</td></tr> <tr><td>7</td><td>≤14,0</td><td>14,1 - 17,3</td><td>17,4 - 19,0</td></tr> <tr><td>8</td><td>≤14,2</td><td>14,3 - 17,8</td><td>17,9 - 20,0</td></tr> <tr><td>9</td><td>≤14,4</td><td>14,5 - 18,5</td><td>18,6 - 21,0</td></tr> <tr><td>10</td><td>≤14,6</td><td>14,7 - 19,3</td><td>19,4 - 22,0</td></tr> <tr><td>11</td><td>≤15,0</td><td>15,1 - 20,1</td><td>20,2 - 23,1</td></tr> <tr><td>12</td><td>≤15,4</td><td>15,5 - 20,9</td><td>21,0 - 24,1</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">MUJERES</th> </tr> <tr> <th>Edad</th> <th>Bajo peso</th> <th>Normal</th> <th>Sobrepeso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>6</td><td>≤13,8</td><td>13,9 - 17,0</td><td>17,1 - 18,7</td></tr> <tr><td>7</td><td>≤13,8</td><td>13,9 - 17,5</td><td>17,6 - 19,5</td></tr> <tr><td>8</td><td>≤14,0</td><td>14,1 - 18,2</td><td>18,3 - 20,5</td></tr> <tr><td>9</td><td>≤14,2</td><td>14,3 - 19,1</td><td>19,2 - 21,7</td></tr> <tr><td>10</td><td>≤14,6</td><td>14,7 - 19,8</td><td>19,9 - 22,8</td></tr> <tr><td>11</td><td>≤14,9</td><td>15,0 - 20,7</td><td>20,8 - 24,0</td></tr> <tr><td>12</td><td>≤15,4</td><td>15,5 - 21,7</td><td>21,8 - 25,1</td></tr> </tbody> </table>	VARONES				Edad	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	6	≤13,0	14,0 - 16,9	17,0 - 18,3	7	≤14,0	14,1 - 17,3	17,4 - 19,0	8	≤14,2	14,3 - 17,8	17,9 - 20,0	9	≤14,4	14,5 - 18,5	18,6 - 21,0	10	≤14,6	14,7 - 19,3	19,4 - 22,0	11	≤15,0	15,1 - 20,1	20,2 - 23,1	12	≤15,4	15,5 - 20,9	21,0 - 24,1	MUJERES				Edad	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	6	≤13,8	13,9 - 17,0	17,1 - 18,7	7	≤13,8	13,9 - 17,5	17,6 - 19,5	8	≤14,0	14,1 - 18,2	18,3 - 20,5	9	≤14,2	14,3 - 19,1	19,2 - 21,7	10	≤14,6	14,7 - 19,8	19,9 - 22,8	11	≤14,9	15,0 - 20,7	20,8 - 24,0	12	≤15,4	15,5 - 21,7	21,8 - 25,1
VARONES																																																																												
Edad	Bajo peso	Normal	Sobrepeso																																																																									
6	≤13,0	14,0 - 16,9	17,0 - 18,3																																																																									
7	≤14,0	14,1 - 17,3	17,4 - 19,0																																																																									
8	≤14,2	14,3 - 17,8	17,9 - 20,0																																																																									
9	≤14,4	14,5 - 18,5	18,6 - 21,0																																																																									
10	≤14,6	14,7 - 19,3	19,4 - 22,0																																																																									
11	≤15,0	15,1 - 20,1	20,2 - 23,1																																																																									
12	≤15,4	15,5 - 20,9	21,0 - 24,1																																																																									
MUJERES																																																																												
Edad	Bajo peso	Normal	Sobrepeso																																																																									
6	≤13,8	13,9 - 17,0	17,1 - 18,7																																																																									
7	≤13,8	13,9 - 17,5	17,6 - 19,5																																																																									
8	≤14,0	14,1 - 18,2	18,3 - 20,5																																																																									
9	≤14,2	14,3 - 19,1	19,2 - 21,7																																																																									
10	≤14,6	14,7 - 19,8	19,9 - 22,8																																																																									
11	≤14,9	15,0 - 20,7	20,8 - 24,0																																																																									
12	≤15,4	15,5 - 21,7	21,8 - 25,1																																																																									
Nivel socioeconómico	Medida total y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona	Ficha de recolección de datos	Ordinal	NSA (nivel socioeconómico A) NSB (nivel socioeconómico B) NSC (nivel socioeconómico C) NSD (nivel socioeconómico D) NSE. (nivel socioeconómico E)																																																																								

3.5 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

3.5.1 Procedimiento:

Se solicitara el permiso a las autoridades correspondientes de las Aldeas Infantiles Rayito de Luz y Madre Teresa de Calcuta del Distrito de Puente Piedra Lima 2016. A través de una carta de presentación avalada por la universidad Alas Peruanas, para obtener la autorización correspondiente y poder recolectar los datos requeridos, siguiendo con el procedimiento se realizará una reunión con los apoderados de los niños que cumplan con la edad acorde al tema de estudio, se le brindara una charla sobre la psicomotricidad, invitándoles a que los niños participen de este estudio brindándoles una hoja que confirmará su participación siendo el consentimiento informado (Anexo N°1), Se les entregará un cronograma de las actividades, donde se ubicará, las fechas de evaluación y las actividades a realizar cada día de sección .

A. Tallímetro de madera

El Tallímetro de madera se construyó tomando en cuenta las indicaciones y consideraciones de la Guía Técnica de Elaboración y Mantenimiento de Infantómetros y Tallímetro de Madera avalado por el ministerio de salud del Perú y por la Unicef.

Validación:

Según el estudio piloto comparativo realizado para establecer el margen de error entre el Tallímetro de madera y un antropómetro CESCORF tipo Holtain. Se encontró en el final del estudio un margen de error de 0.52cm. Datos proporcionados por el Lic. Kevin Falcón en su estudio realizado IMC y Lesiones de Rodilla.

Procedimiento:

1. Pediremos al niño que se quite el calzado y el máximo de prenda de vestir.
2. Pediremos al niño que suba al Tallímetro dándole la espalda.
3. El evaluador se coloca al costado del Tallímetro.
4. Pedimos al niño que se mantenga quieto con ambos talones juntos y toda la planta del pie sobre la superficie, rodillas rectas, ambos miembros superiores pegado al tronco, mirada al frente (asegurándonos que la cabeza este en el plano Frankfort).
5. Pediremos al niño que tome aire.
6. El evaluador baja la corredera del Tallímetro hasta el vértex craneal para tomar la medida.
7. Con ayuda de un colaborador tomamos nota de la talla.

B. Balanza

Se trabajara con la Balanza personal electrónica de vidrio templado, pantalla LCD 30mm, cuatro sensores, autoencendido, usa dos pilas AAA, con las siguientes especificaciones técnicas:

- Instrumento : Balanza.
- Encendido : Con pisado de pie.
- Apagado : Automático al bajarse de la balanza.
- Tiempo de Estabilización : En 03 segundos
- Alcance de Indicación : 0 kg – 150 kg
- Div. Min. De Escala (d) : 0,1 kg

- Div. De Verificación (e) : 0,1 kg
- E.M.P (Error Máximo Permitido) (g) : ± 300g
- Clase de Exactitud : III
- Capacidad Mínima : 2,0 kg
- Marca : CAMRY
- Modelo : EB9321H
- Tipo : Electrónica
- Procedencia : China
- Número de Serie : 205010

Calibrado por la empresa MCV EQUIPOS Y SERVICIOS S. A. C. con N° certificado de calibración MCVM-01539-2014, responsable James Leonel Cubas Almengor, con certificación por El Servicio Nacional de Metrología – SNM del Instituto Nacional de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

Procedimiento:

- 1) Se colocar la balanza en una base estable sin irregularidades, plana, lisa y rígida.
- 2) se le pedirá al niño que tenga el menor número de ropa posible.
- 3) Se presionara el botón de ON/OFF para encender la balanza y esperar que figure el marcador en 00.
- 4) Pediremos al niño o niña que suba a la balanza y que coloque ambos pies paralelos, en el centro de la plataforma.
- 5) Se registrara el peso indicado por la balanza por el colaborador.

Descripción del instrumento:

Batería psicomotriz (BPM) de Víctor da Fonseca.

Descripción:

Creado a partir de una serie de pruebas estandarizadas en forma individual en Europa (1998) por Vítor Da Fonseca, psicomotricista de origen portugués, desarrolla una línea de intervención psicomotriz, denominada Psicomotricidad Cognitiva. La cual, es asumida por el mismo autor como un conjunto de situaciones o actividades que procuran analizar dinámicamente el perfil psicomotriz del niño (perfil intra-individual), procurando cubrir su integración psiconeurológica, en concordancia privilegiada con la organización funcional del cerebro propuesta por el psiconeurólogo Luria, para tratar de cuantificar la relación de tal perfil, con su potencial dinámico. (8)

Se trata de un instrumento de observación basado en un conjunto de tareas que permite detectar déficits funcionales, o su ausencia en términos psicomotrices.

Este instrumento está compuesto por elementos psicomotores divididos en 7 factores psicomotrices:

- Tonicidad
- Equilibrio
- Lateralidad
- Noción del cuerpo
- Estructuración espacio temporal
- Praxia global
- Praxia fina.

Estos factores según Luria están comprendidos por unidades básicas: Según da Fonseca (2008).

Unidades Funcionales	Tópicos a evaluar BPM - Da Fonseca.
Primera Unidad Funcional	<ul style="list-style-type: none">• tonicidad• Equilibrio

Segunda Unidad Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Lateralidad • Noción del cuerpo • Estructuración Espacio-Temporal
Tercera Unidad Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Praxia Global • Praxia Fina

Administración:

La administración de la Batería Psicomotriz es relativamente simple. Los materiales que requiere son extremadamente económicos y fuera de cualquier sofisticación. La finalidad es detectar e identificar niños que no poseen las competencias psicomotoras necesarias para su aprendizaje y su desarrollo, las edades de aplicación serán de 4-14 años.

Es una batería de observación que permite al especialista (educador, profesor, psicólogo, terapeuta) observar varios componentes del comportamiento psicomotor del niño de una forma estructurada y no estereotipada. Está creada para evaluar niños entre 4 y 12 años. Su aplicación puede llevar cerca de 30-40 minutos para un observador entrenado (Da Fonseca 1998).

Propiedades psicométricas

Fiabilidad:

Este instrumento tiene una altísima confiabilidad demostrada con el alfa de Crombach del 91% y una capacidad predictiva del 73% y además define 7 dimensiones linealmente independientes, quiere decir que la correlación es igual a 0.

Validez:

Se resalta que es una batería que detalla muy bien cada uno de los procedimientos que se deben llevar a cabo para la ejecución de las diversas pruebas, facilitando la

realización de las mismas por parte de los evaluados y la comprensión de la aplicación por parte de los evaluadores. Los resultados que arroja son claros permitiendo obtener una respuesta precisa. Validado en Chile y posteriormente de adaptación transcultural.

Puntuación:

La puntuación de manera general, en todos los factores y subfactores (26), el nivel de realización es medida numéricamente de la siguiente forma:

- **4 puntos:** Realización perfecta, precisa, económica y con facilidad de control (excelente, óptimo; objetivando facilidades de aprendizaje).
- **3 puntos:** Realización completa adecuada y controlado (bueno, disfunciones indiscernibles, no objetivando dificultades de aprendizaje).
- **2 puntos:** Débil realización con dificultades de control y señales desviadas.
- **1 punto:** Ausencia de respuesta, realización imperfecta, incompleta, inadecuada y descoordinada. (Muy débil; disfunciones evidentes y obvias, objetivando dificultades de aprendizaje significativas).

Según una puntuación de 1 a 4 puntos, obteniendo la puntuación media de cada factor la cual es redondeada. Esta puntuación traduce de forma global cada factor, la cual deberá ser transferida a la primera página de la BPM, donde se encuentra el respectivo perfil psicomotriz. La puntuación máxima de la prueba es de 28 puntos (4 x 7 factores), la mínima es de 7 puntos (1 x 7) y la media es de 14 puntos.

Según los resultados del puntaje se clasifican:

TIPOS DE PERFIL PSICOMOTOR	PUNTAJE DE LA BPM
Superior	27-28
Bueno	22-26
Normal	14-21
Dispráxico	9-13

Deficitario	7-8
-------------	-----

3.5. Plan de Análisis de Datos:

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el Programa SPSS Versión 23.0 luego se utilizó tablas de contingencia análisis de frecuencia y asociación de variables. Los resultados muestran que

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE EDAD DE LA MUESTRA POR ALDEA INFANTIL

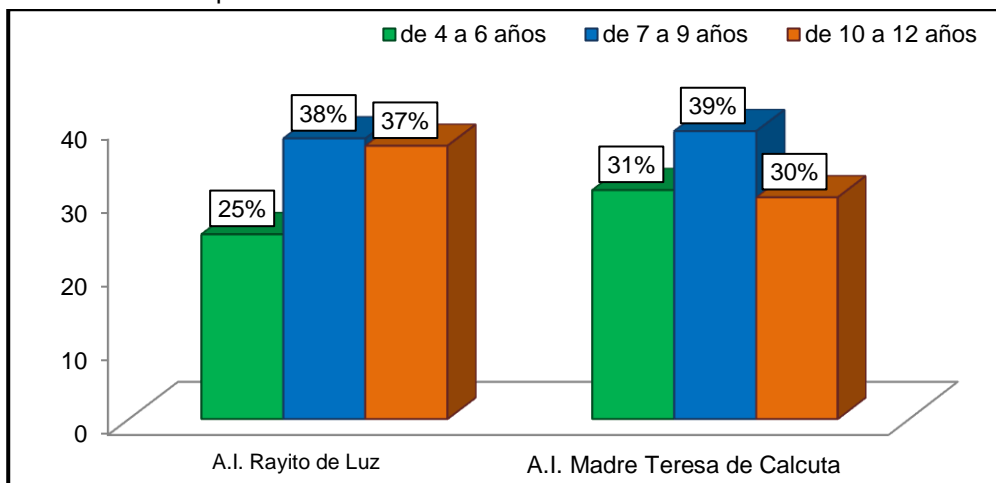
Tabla Nº 1: Distribución por edad

Edad	Aldea Infantil Rayito de Luz		Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
de 4 a 6 años	32	25,5%	39	31,2%
de 7 a 9 años	47	37,7%	49	39,2%
de 10 a 12 años	46	36,8%	37	29,6%
Total	125	100%	125	100%

Fuente: elaboración propia

La tabla Nº 1 presenta la conformación de los grupos etáreos de la muestra en la Aldea infantil Rayito de Luz del Distrito de Puente Piedra, 32 niños tenían entre 4 y 6 años; 47 niños tenían entre 7 y 9 años y 46 niños tenían entre 10 y 12 años. En la Aldea infantil Madre Teresa de Calcuta, 39 niños tenían entre 4 y 6 años; 49 niños tenían entre 7 y 9 años y 37 niños tenían entre 10 y 12 años. Se observa que ambas Aldeas infantiles la mayor parte de la muestra estuvo formada por niños cuyas edades eran entre 7 y 9 años.

Figura N° 1: Distribución por edad



Los porcentajes y su comparación se muestran en la figura N° 1.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD

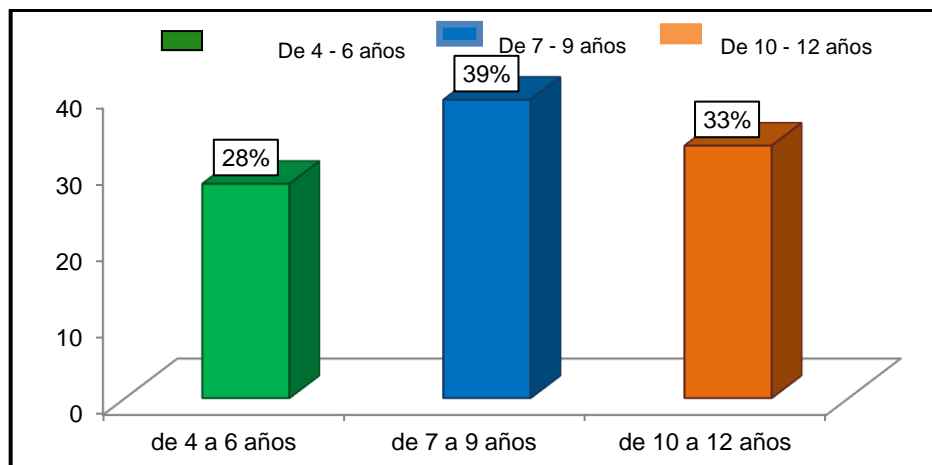
Tabla N° 2: Distribución de la muestra por edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
4 a 6 años	71	28,3	28,4
7 a 9 años	96	38,5	66,8
10 a 12 años	83	33,2	100,0
Total	250	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla N° 2 presenta la distribución de la muestra por edad. 71 niños tenían entre 4 y 6 años de edad; 96 niños tenían entre 7 y 9 años de edad y 83 niños tenían entre 10 y 12 años de edad. Se observa que la mayor parte de la muestra tenía entre 7 y 9 años de edad.

Figura N° 2: Distribución por edad de la muestra



La figura N° 2 muestra los porcentajes correspondientes.

DISTIBUCION DE LA MUESTRA RESPECTO AL SEXO POR ALDEA INFANTIL

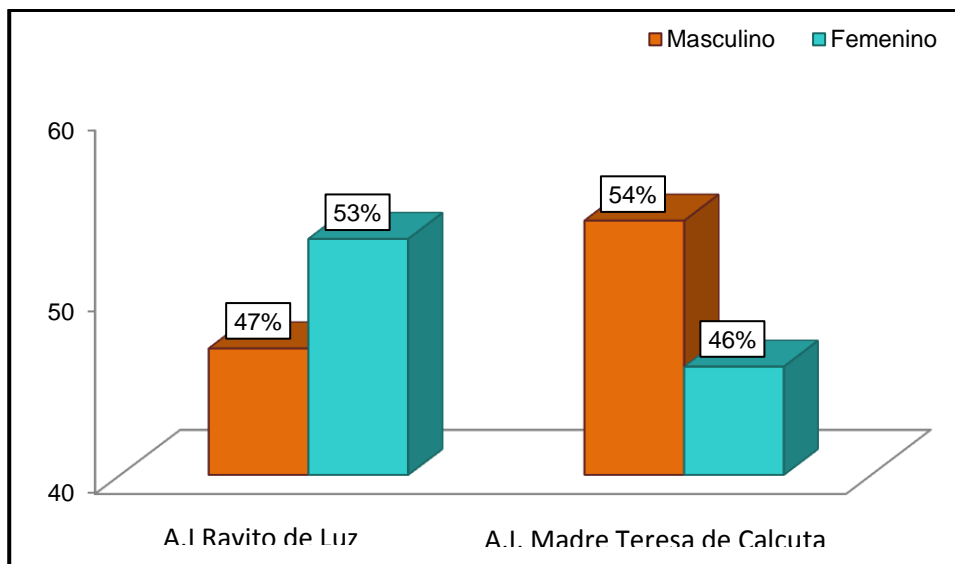
Tabla N° 3: Distribución de la Muestra por sexo

	Aldea Infantil Rayito de Luz		Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	59	47,2%	68	54,4%
Femenino	66	52,8%	57	45,6%
Total	125	100%	208	100%

Fuente: elaboración propia

La tabla N° 3 presenta el sexo de la muestra por aldea infantil. En la Aldea Infantil Rayito de Luz, 59 niños eran del sexo masculino y 66 eran del sexo femenino. En la Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta, 68 niños eran del sexo masculino y 57 eran del sexo femenino. Se observa que en la Aldea Infantil Rayito de Luz la muestra estuvo formada en su mayoría por mujeres mientras que en la Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta la mayoría eran hombres.

Figura N° 3: Distribución por sexo



Los porcentajes y su comparación se muestran en la figura N° 3.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO

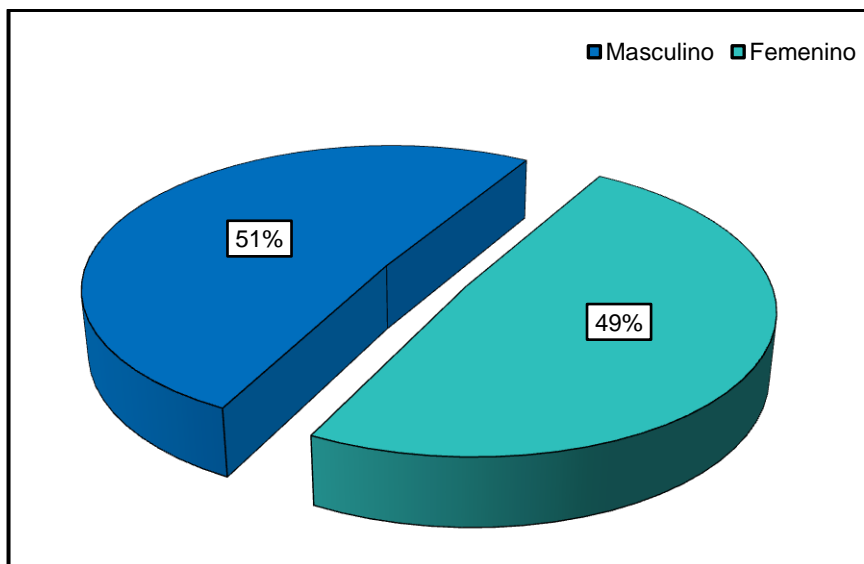
Tabla N° 4: Sexo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Masculino	127	50,8	50,8
Femenino	123	49,2	100,0
Total	250	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla N° 4 presenta la distribución de la muestra por sexo. La muestra estuvo conformada por 250 niños, de los cuales 127 niños eran del sexo masculino y 123 niños eran del sexo femenino. Se observa que la muestra estuvo conformada, casi en la misma cantidad, por niños del sexo masculino y femenino.

Figura N° 4: Distribución de la muestra por sexo



La figura N° 4 muestra los porcentajes correspondientes.

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA RESPECTO AL NIVEL SOCIOECONÓMICO POR ALDEA INFANTIL.

Tabla N° 5: Distribución por Nivel Socioeconómico

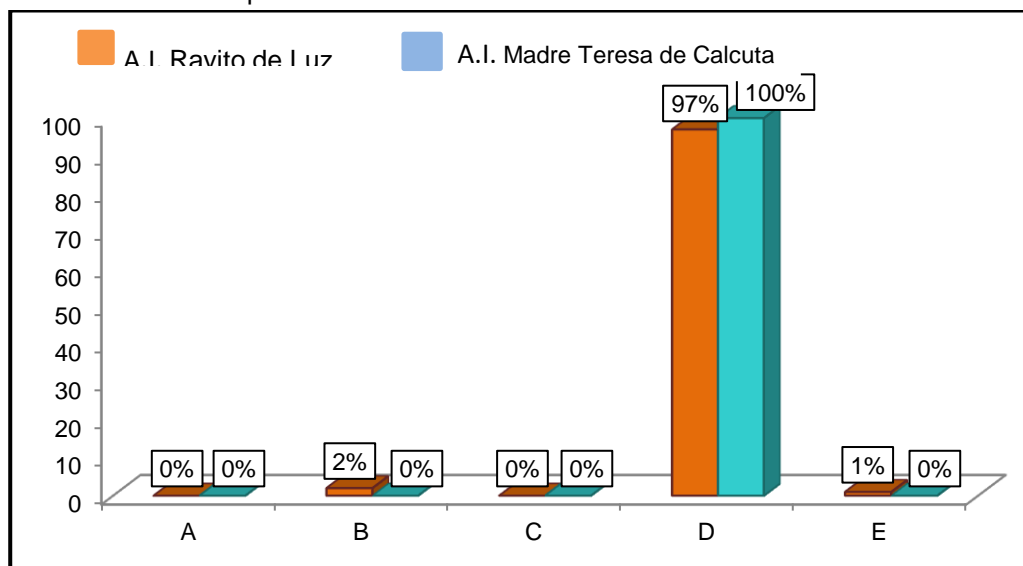
	Aldea Infantil Rayito de Luz		Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
A	0	0,0%	0	0,0%
B	3	2,4%	0	0,0%
C	0	0,0%	0	0,0%
D	121	96,8%	125	100,0%
E	1	0,8%	0	0,0%
Total	125	100%	125	100%

Fuente: elaboración propia

La tabla N° 5 presenta la distribución de la muestra por el Nivel Socioeconómico al cual pertenecían en cada Aldea Infantil en la Aldea Infantil Rayito de Luz. ningún niño pertenecía al NSE A; 3 pertenecían al NSE B; ninguno pertenecía al NSE C; 12 pertenecían al NSE D y solo 1 pertenecían al NSE E. En la Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta, ningún niño pertenecía al NSE A; ninguno pertenecía al NSE B;

ninguno pertenecía al NSE C; 125 pertenecían al NSE D y ninguno pertenecía al NSE E.

Figura Nº 5: Distribución por Nivel Socioeconómico



La figura Nº 5 muestra los porcentajes correspondientes.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL SOCIOECONÓMICO

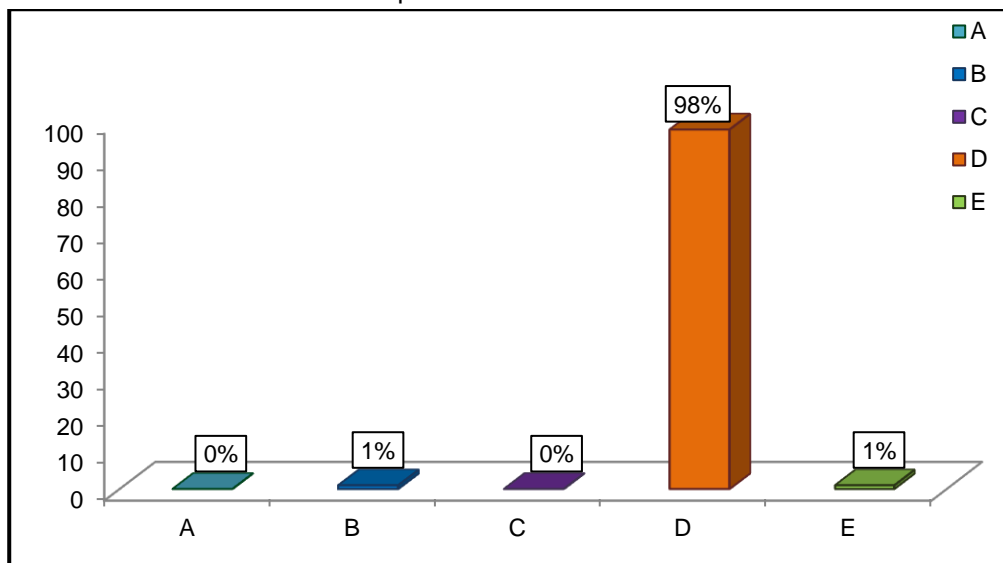
Tabla Nº 6: Distribución de la muestra por Nivel Socioeconómico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
A	0	0,0%	0,0%
B	3	1,2%	1,2%
C	0	0,0%	1,2%
D	246	98,4%	99,6%
E	1	0,4%	100,0%
Total	250	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla Nº 6 presenta la distribución de la muestra por el Nivel Socioeconómico. Ningún niño pertenecía al NSE A; 3 pertenecían al NSE B; ninguno pertenecía al NSE C; 246 pertenecían al NSE D y solo 1 pertenecían al NSE E.

Figura N° 6: Distribución de la muestra por Nivel Socioeconómico



La figura N° 6 muestra los porcentajes correspondientes.

DISTRIBUCION DE LA DE LA MUESTRA LUGAR RESPECTO AL LUGAR DE PROCEDENCIA POR ALDEA INFANTIL.

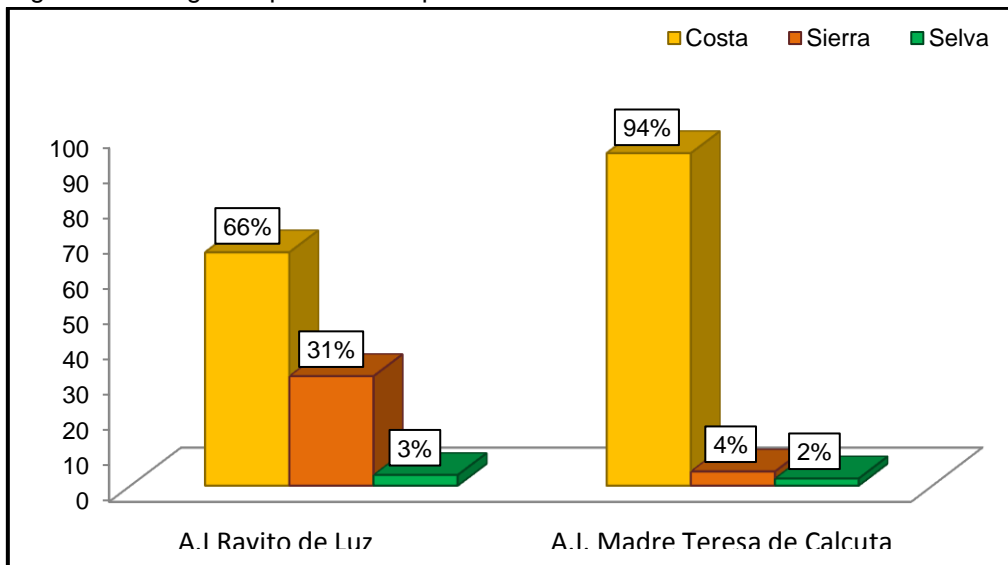
Tabla N° 7: Lugar de procedencia por Aldea Infantil.

	Aldea Infantil Rayito de Luz		Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Costa	82	65,6%	118	94,4%
Sierra	39	31,2%	5	4,0%
Selva	4	3,2%	2	1,6%
Total	125	100%	125	100%

Fuente: elaboración propia

La tabla N° 7 presenta la distribución de la muestra por el Lugar de Procedencia de los niños en cada Aldea Infantil. En la Aldea Infantil Rayito de Luz, 82 niños procedían de la Costa; 39 niños procedían de la Sierra y 4 niños procedían de la Selva. En la Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta, 116 niños procedían de la Costa; 5 niños procedían de la Sierra y 2 niños procedían de la Selva.

Figura N° 7: Lugar de procedencia por Aldea Infantil



La figura N° 7 muestra los porcentajes correspondientes.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR LUGAR DE PROCEDENCIA

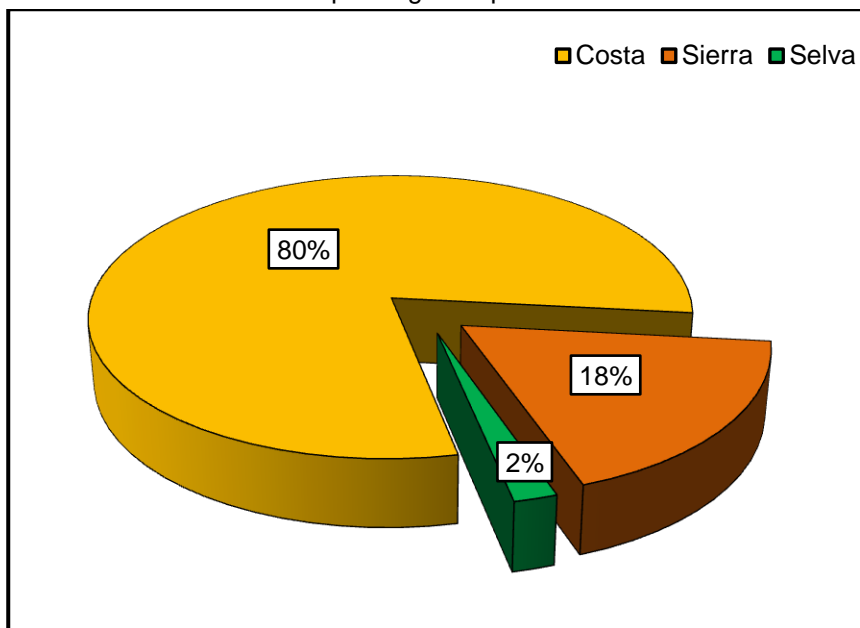
Tabla N° 8: Distribución de la muestra por Lugar de procedencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Costa	200	80,0%	80,0%
Sierra	44	17,6%	97,6%
Selva	6	2,4%	100,0%
Total	250	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla N° 8 presenta la distribución de la muestra por el Lugar de Procedencia. 200 niños procedían de la Costa; 44 niños procedían de la Sierra y 6 niños procedían de la Selva.

Figura N° 8: Distribución de la muestra por Lugar de procedencia



La figura N° 8 muestra los porcentajes correspondientes.

EVALUACION DEL PERFIL PSICOMOTOR DE LA MUESTRA POR ALDEA INFANTIL.

Tabla N° 9: Perfil Psicomotor de la muestra por Aldea Infantil.

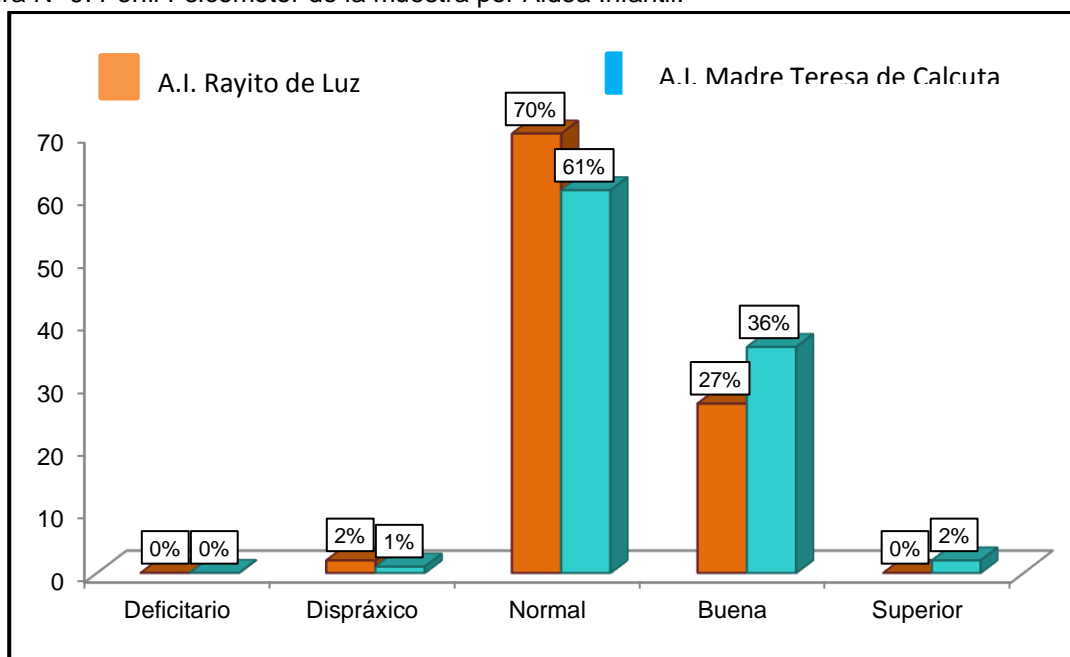
	Aldea Infantil Rayito de Luz		Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Deficitario	0	0,0%	0	0,0%
Dispráxico	3	2,4%	1	0,8%
Normal	88	70,0%	76	60,8%
Buena	34	27,2%	45	36,0%
Superior	0	0,0%	3	2,4%
Total	125	100%	125	100%

Fuente: elaboración propia

En la tabla N° 9 se presenta la evaluación del Perfil Psicomotor de la muestra por Aldea Infantil. En la Aldea Infantil Rayito de Luz, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; 3 presentaron un perfil psicomotor Dispráxico; 88 presentaron un perfil psicomotor normal, 34 presentaron un perfil psicomotor bueno

y ninguno presentó un perfil psicomotor Superior. En la Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; solo 1 presentó un perfil psicomotor Dispráxico; 76 presentaron un perfil psicomotor normal, 45 presentaron un perfil psicomotor bueno y solo 3 presentaron un perfil psicomotor Superior.

Figura N° 9: Perfil Psicomotor de la muestra por Aldea Infantil.



La figura N° 9 muestra los porcentajes correspondientes

EVALUACION DEL PERFIL PSICOMOTOR DE LA MUESTRA

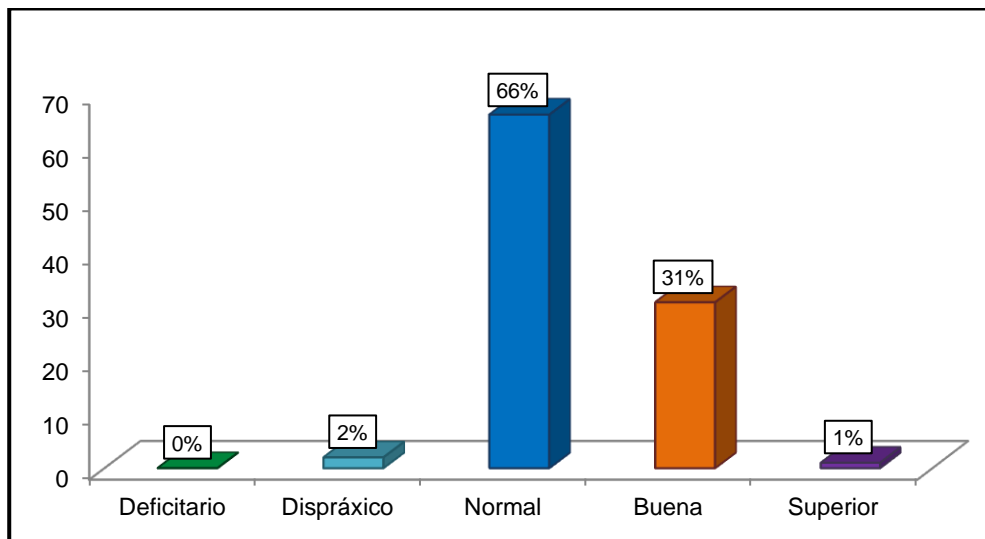
Tabla N° 10 Perfil Psicomotor de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Deficitario	0	0,0%	0,0%
Dispráxico	4	1,6%	1,6%
Normal	164	65,7%	67,3%
Buena	79	31,5%	98,8%
Superior	3	1,2%	100,0%
Total	250	100%	

Fuente: elaboración propia

En la tabla N° 10 se presenta la evaluación del Perfil Psicomotor de la muestra. Ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; 4 presentaron un perfil psicomotor Dispráxico; 164 presentaron un perfil psicomotor normal, 79 presentaron un perfil psicomotor bueno y 3 presentaron un perfil psicomotor Superior. Se observa que la mayor parte de la muestra presentó un Perfil Psicomotor Normal.

Figura N° 10: Perfil Psicomotor de la muestra



La figura N° 10 muestra los porcentajes correspondientes.

PERFIL PSICOMOTOR DE LA MUESTRA POR EDAD

Tabla N° 11: Perfil Psicomotor de la muestra por edad

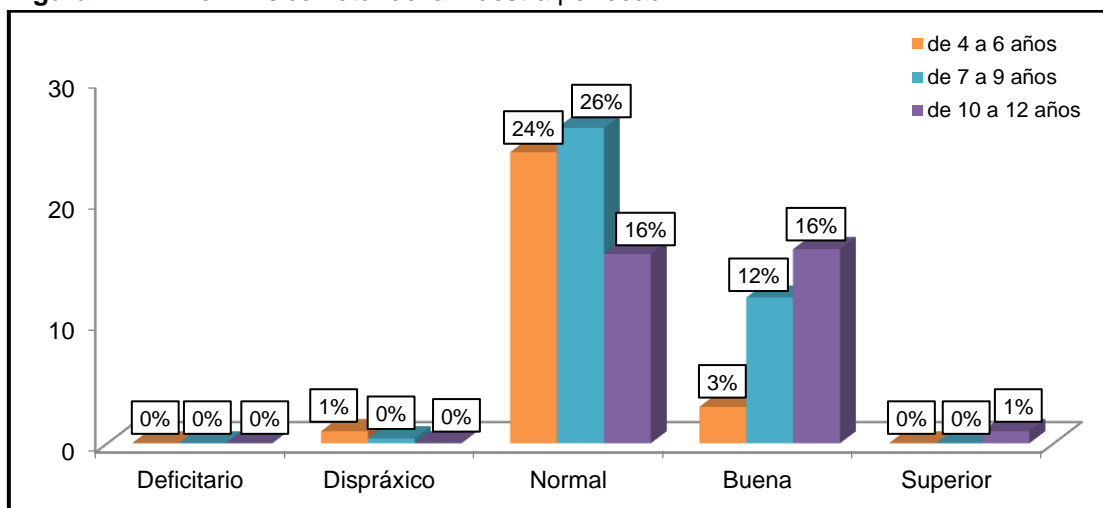
	Perfil Psicomotor de la muestra					Total
	Deficitario	Dispráxico	Normal	Buena	Superior	

de 4 a 6 años	0	3	60	8	0	71
de 7 a 9 años	0	1	65	30	0	96
de 10 a 12 años	0	0	39	41	3	83
Total	0	4	164	79	3	250

Fuente: elaboración propia

En la tabla N° 11 se presenta la evaluación del Perfil Psicomotor de la muestra por edad entre 4 y 6 años. Ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; 3 presentaron un perfil psicomotor Dispráxico; 60 presentaron un perfil psicomotor normal; 8 presentaron un perfil psicomotor, bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior. De los que tenían entre 7 y 9 años, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; solo 1 presentó un perfil psicomotor Dispráxico; 65 presentaron un perfil psicomotor normal; 30 presentaron un perfil psicomotor, bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior. De los que tenían entre 10 y 12 años, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; ninguno presentó un perfil psicomotor Dispráxico; 39 presentaron un perfil psicomotor normal; 41 presentaron un perfil psicomotor, bueno y solo 3 presentaron un perfil psicomotor superior.

Figura N° 11: Perfil Psicomotor de la muestra por edad



La figura N° 11 muestra los porcentajes correspondientes tabla N° 27 se presenta la evaluación del Perfil Psicomotor de la muestra por edad. De los que tenían entre 4 y 6 años, ninguno presentó un perfil psicomotor.

PERFIL PSICOMOTOR DE LA MUESTRA POR SEXO

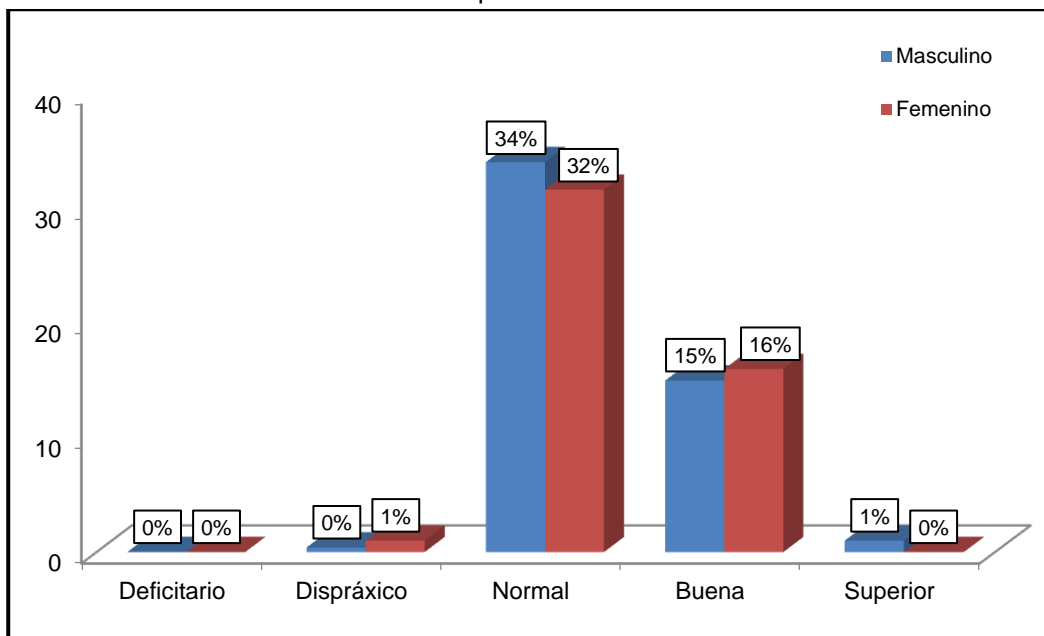
Tabla N° 12: Perfil Psicomotor de la muestra por sexo

	Perfil Psicomotor de la muestra					Total
	Deficitario	Dispráxico	Normal	Bueno	Superior	
Masculino	0	1	85	38	3	127
Femenino	0	3	79	41	0	123
Total	0	4	164	79	3	250

Fuente: elaboración propia

En la tabla N° 12 se presenta la evaluación del Perfil Psicomotor de la muestra por sexo. En los niños, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; solo 1 presentó un perfil psicomotor Dispráxico; 85 presentaron un perfil psicomotor normal; 38 presentaron un perfil psicomotor, bueno y 3 presentaron un perfil psicomotor superior. En las niñas, ninguna presentó un perfil psicomotor deficitario; 3 presentaron un perfil psicomotor Dispráxico; 79 presentaron un perfil psicomotor normal; 41 presentaron un perfil psicomotor, bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior.

Figura N° 12: Perfil Psicomotor de la muestra por sexo



La figura N° 12 muestra los porcentajes correspondientes.

PERFIL PSICOMOTOR DE LA MUESTRA POR CLASIFICACIÓN DEL IMC

Tabla N° 13: Perfil Psicomotor de la muestra por IMC

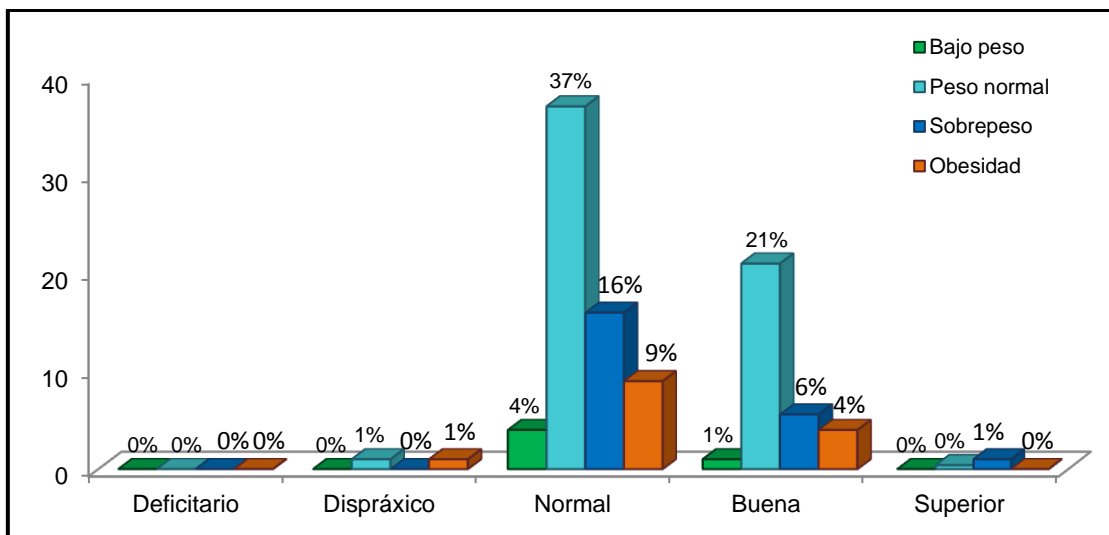
	Perfil Psicomotor de la muestra					Total
	Deficitario	Dispráxico	Normal	Buena	Superior	
Bajo peso	0	0	10	2	0	12
Peso normal	0	2	92	52	1	147
Sobrepeso	0	0	40	14	2	56

Obesidad	0	2	22	11	0	35
Total	0	4	164	79	3	250

Fuente: elaboración propia

En la tabla N° 13 se presenta la evaluación del Perfil Psicomotor de la muestra por Clasificación del IMC. De los que tenían bajo peso, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; ninguno presentó un perfil psicomotor Dispráxico; 10 presentaron un perfil psicomotor normal; 2 presentaron un perfil psicomotor, bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior. De los que tenían peso normal, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; solo 2 presentaron un perfil psicomotor Dispráxico; 92 presentaron un perfil psicomotor normal; 52 presentaron un perfil psicomotor bueno y solo 1 presentó un perfil psicomotor superior. De los que tenían sobrepeso, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; ninguno presentó un perfil psicomotor Dispráxico; 40 presentaron un perfil psicomotor normal; 14 presentaron un perfil psicomotor, bueno y solo 2 presentaron un perfil psicomotor superior. De los que tenían obesidad, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; solo 2 presentaron un perfil psicomotor Dispráxico; 22 presentaron un perfil psicomotor normal; 11 presentaron un perfil psicomotor, bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior.

Figura N° 13: Perfil Psicomotor de la muestra por IMC



La figura N° 13 muestra los porcentajes correspondientes.

PERFIL PSICOMOTOR DE LA MUESTRA POR NIVEL SOCIOECONÓMICO

Tabla N° 14: Perfil Psicomotor de la muestra por NSE

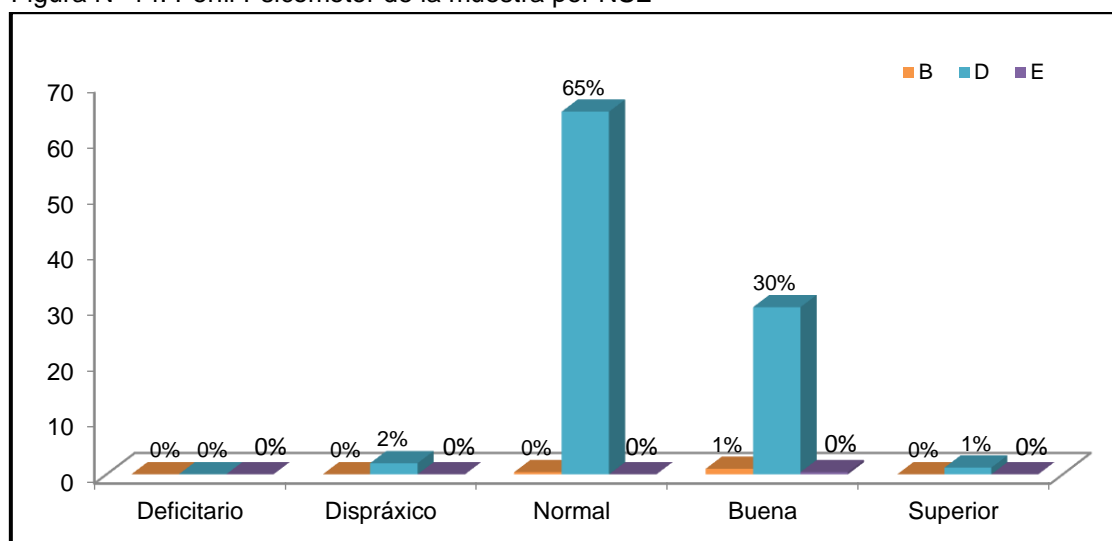
	Perfil Psicomotor de la muestra					Total
	Deficitario	Dispráxico	Normal	Bueno	Superior	
A	0	0	0	0	0	0
B	0	0	1	2	0	3
C	0	0	0	0	0	0
D	0	4	163	76	3	246
E	0	0	0	1	0	1
Total	0	4	164	79	3	250

Fuente: elaboración propia

En la tabla N° 14 se presenta la evaluación del Perfil Psicomotor de la muestra por Nivel Socioeconómico. Ningún niño de la muestra pertenecía a los niveles socioeconómicos A y C. de los que pertenecían al NSE B, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; ninguno presentó un perfil psicomotor Dispráxico; solo 1 presentó un perfil psicomotor normal; 2 presentaron un perfil psicomotor, bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior. De los que pertenecían al NSE D,

ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; solo 4 presentaron un perfil psicomotor Dispráxico; 163 presentaron un perfil psicomotor normal; 76 presentaron un perfil psicomotor, bueno y solo 3 presentaron un perfil psicomotor superior. De los que pertenecían al NSE E, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; ninguno presentó un perfil psicomotor Dispráxico; ninguno presentó un perfil psicomotor normal; solo 1 presentó un perfil psicomotor bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior.

Figura N° 14: Perfil Psicomotor de la muestra por NSE



La figura N° 14 muestra los porcentajes correspondientes.

PERFIL PSICOMOTOR DE LA MUESTRA POR LUGAR PROCEDENCIA

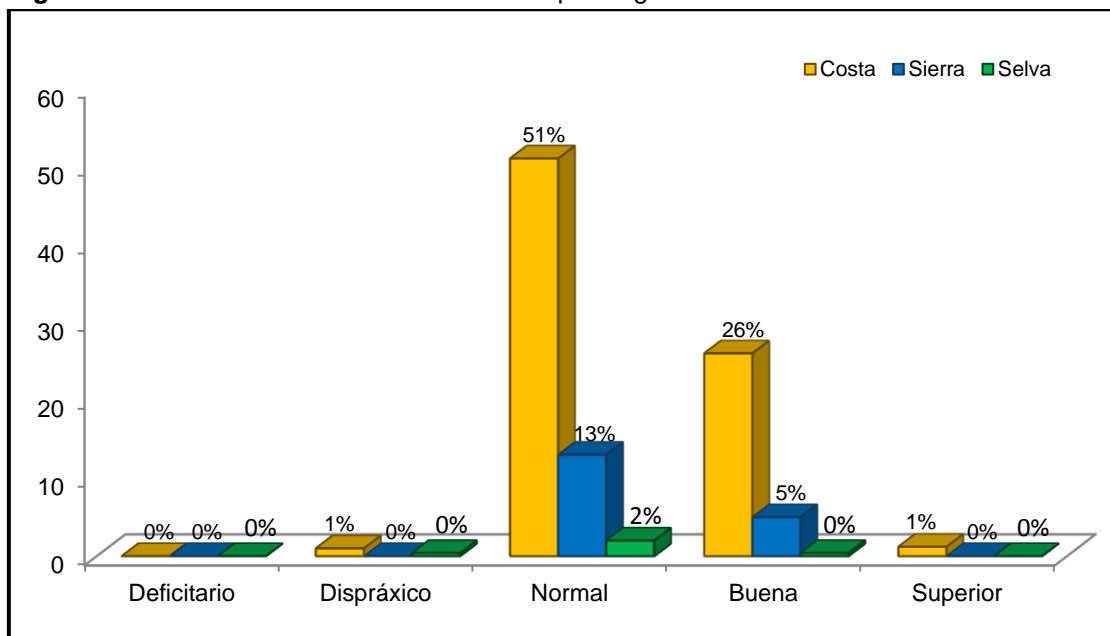
Tabla Nº 15: Perfil Psicomotor de la muestra por Lugar de Procedencia

	Perfil Psicomotor de la muestra					Total
	Deficitario	Dispráxico	Normal	Bueno	Superior	
Costa	0	3	128	66	3	200
Sierra	0	0	32	12	0	44
Selva	0	1	4	1	0	6
Total	0	4	164	79	3	250

Fuente: elaboración propia

En la tabla Nº 15 se presenta la evaluación del Perfil Psicomotor de la muestra por Lugar de Procedencia. De los que procedían de la costa, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; 3 presentaron un perfil psicomotor Dispráxico; 128 presentaron un perfil psicomotor normal; 66 presentaron un perfil psicomotor bueno y solo 3 presentaron un perfil psicomotor superior. De los procedían de la sierra, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; ninguno presentó un perfil psicomotor Dispráxico; 32 presentaron un perfil psicomotor normal; 12 presentaron un perfil psicomotor bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior. De los que procedían de la selva, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; solo 1 presentó un perfil psicomotor Dispráxico; 4 presentaron un perfil psicomotor normal; solo 1 presentó un perfil psicomotor bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior.

Figura N° 15: Perfil Psicomotor de la muestra por Lugar de Procedencia



La figura N° 15 muestra los porcentajes correspondientes.

4.2. Discusión de Resultados:

La investigación realizada en España en el año 2008. “Valoración del estado psicomotor de los niños del hogar infantil Ormaza de la comuna Nor-oriental de Pereira”. Los resultados evidencian que las niñas tienen un mejor desempeño psicomotor que los niños; una predisposición por parte de los niños hombres a presentar trastornos psicomotrices, y una disminución progresiva con el aumento de la edad; específicamente en las edades entre los 5 a los 6 años. En comparación a nuestro estudio los resultados muestran que destaca el sexo masculino con 34% perfil psicomotor normal, 15% perfil psicomotor bueno y 1% perfil psicomotor superior, mientras que el sexo femenino con 32% perfil psicomotor normal, 16% perfil psicomotor bueno y Rangos de edades de 7 y 9 años, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; solo 1 presentó un perfil psicomotor Dispráxico; 26% presentaron

un perfil psicomotor normal; 12% presentaron un perfil psicomotor, bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior.

Estudio realizado en Chile en el año 2010. “Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo”. Los resultados muestran que se identifican los factores de riesgo de déficit del desarrollo psicomotor en la infancia, destacando el bajo nivel socioeconómico y las acciones de prevención y educación. La importancia de conocer los FR es identificar aquellos niños que requieren de una intervención más dirigida, para favorecer la expresión de su potencial. Del mismo modo nuestro estudio fue desarrollado en aldeas infantiles una población de riesgo para la adecuada secuencia motora y déficit cognitivo por los diversos factores asociados como la desnutrición, abandono, condición socioeconómica baja. El nivel socioeconómico que el 98% pertenecía al nivel socioeconómico D, con 65% perfil psicomotor normal, 30% perfil psicomotor bueno, 1% perfil psicomotor superior, 2% perfil psicomotor Dispráxico, 0% perfil psicomotor deficitario.

- En estudio realizado en Chile en el año 2010. “pretende determinar la influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años de edad de la ciudad de Talca”. Los resultados muestran que el 86,8% de los 228 niños/as pertenecientes a la muestra posee un desarrollo psicomotor normal. Por el contrario, llama la atención el alto porcentaje alcanzado por los niños/as en el subtest de lenguaje (18,5%), en las categorías de Riesgo y Retraso relacionados con la falta de estimulación, hogares disfuncionales y bajo ingresos económicos. En

comparación con nuestro estudio los resultados obtenidos se logró conocer el perfil psicomotor de los niños de dos Aldeas Infantiles del distrito de Puente Pierda, en donde el 66% presentaron un perfil psicomotor normal, 31% presentaron un perfil psicomotor bueno, el 2% presentaron un perfil psicomotor Dispráxico y 1 % presentaron un perfil psicomotor Superior, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; Se observa el mayor porcentaje de la muestra presentó un Perfil Psicomotor Normal. En relación con la Aldea Infantil Rayito de Luz destaca el perfil psicomotor normal con un 70% y en la Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta destaca el perfil psicomotor bueno con un 36%.

Estudio realizado en lima en el año 2014. “Evolución del desarrollo psicomotor en niños menores de 4 años en situación a abandono”. Los resultados: el desarrollo psicomotor de los niños mejoró, siendo que en los datos basales el 40% de niños fue calificado como normal y 25% en retraso. Al finalizar el estudio, un 83,3% de niños alcanzó la calificación de normalidad y solo el 16,7% estaba en riesgo. Según áreas, hubo mejoría en la motora ($p=0,49$) y lenguaje ($p=0,0016$). Así mismo lo mencionan los resultados obtenidos en el desarrollo de este estudio ya que se logró conocer el perfil psicomotor de los niños de dos Aldeas Infantiles del distrito de Puente Pierda, en donde el 66% presentaron un perfil psicomotor normal, 31% presentaron un perfil psicomotor bueno, el 2% presentaron un perfil psicomotor Dispráxico y 1 % presentaron un perfil psicomotor Superior, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; Se observa el mayor porcentaje de la muestra presentó un Perfil Psicomotor Normal. En relación

con la Aldea Infantil Rayito de Luz destaca el perfil psicomotor normal con un 70% y en la Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta destaca el perfil psicomotor bueno con un 36%.

4.3. Conclusiones:

- Con los resultados obtenidos se logró conocer el perfil psicomotor de los niños de dos Aldeas Infantiles del distrito de Puente Pierda, en donde el 66% presentaron un perfil psicomotor normal, 31% presentaron un perfil psicomotor bueno, el 2% presentaron un perfil psicomotor Dispráxico y 1 % presentaron un perfil psicomotor Superior, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; Se observa el mayor porcentaje de la muestra presentó un Perfil Psicomotor Normal. En relación con la Aldea Infantil Rayito de Luz destaca el perfil psicomotor normal con un 70% y en la Aldea Infantil Madre Teresa de Calcuta destaca el perfil psicomotor bueno con un 36%.

Los resultados del Perfil Psicomotor respecto a la edad la presentan:

- Rangos de 4 y 6 años, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; 1% presentaron un perfil psicomotor Dispráxico; 24% presentaron un perfil psicomotor normal; 3% presentaron un perfil psicomotor bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior.
- Rangos de 7 y 9 años, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; solo 1 presentó un perfil psicomotor Dispráxico; 26% presentaron un perfil psicomotor normal; 12% presentaron un perfil psicomotor, bueno y ninguno presentó un perfil psicomotor superior.
- Rangos de 10 y 12 años, ninguno presentó un perfil psicomotor deficitario; ninguno presentó un perfil psicomotor Dispráxico; 16% presentaron un perfil psicomotor normal; 16% presentaron un perfil

psicomotor bueno y solo 1% presentaron un perfil psicomotor superior.

- El perfil psicomotor de la muestra según el sexo destaca el masculino con 34% perfil psicomotor normal, 15% perfil psicomotor bueno y 1% perfil psicomotor superior, en comparación con el femenino se muestra que el 32% perfil psicomotor normal, 16% perfil psicomotor bueno.
- Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor de la muestra según el IMC: Bajo peso con un 4% con perfil psicomotor normal, 1% perfil psicomotor bueno. Peso normal 37% perfil psicomotor normal, 21% perfil psicomotor bueno, 1% perfil psicomotor superior, sobrepeso 16% con perfil psicomotor normal, 6% perfil psicomotor bueno, obesidad 9%% con perfil psicomotor normal, 4%% perfil psicomotor bueno.
- Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor de la muestra según el nivel socioeconómico que el 98% pertenecía al nivel socioeconómico D, con 65% perfil psicomotor normal, 30% perfil psicomotor bueno, 1% perfil psicomotor superior, 2% perfil psicomotor Dispráxico, 0% perfil psicomotor deficitario.
- Se logró determinar la frecuencia del perfil psicomotor de la muestra según lugar de procedencia destaca la costa con mayores porcentajes, 51% perfil psicomotor normal, 26% perfil psicomotor bueno, 1% perfil psicomotor superior, la sierra con 13% perfil psicomotor normal, 5% perfil psicomotor bueno, la selva con 2% perfil psicomotor normal.

4.4. Recomendaciones:

Con los resultados obtenidos se recomienda

- Incentivar la creación de estrategias multidisciplinarias, dirigidas a favorecer el desarrollo integral en los niños, promover y desarrollar programas de estimulación temprana a fin de evitar riesgos y retrasos en el desarrollo psicomotor del niño en un futuro ya que son niños que tienen mayor riesgo al déficit motor y cognitivo.
- Instaurar programas de trabajo con comedores populares y vasos de leche dirigidas a familias en comunidades de extrema pobreza, teniendo como objetivo principal prevenir el abandono infantil. Se debe promover que los niños se desarrollen adecuadamente, dentro de sus propias familias, con la ayuda de la comunidad. Procurando fortalecer las capacidades de madres, padres y vecinos para que estos provean a los niños y niñas el entorno que necesitan para desarrollarse en un entorno seguro y protector.
- Estructurar un programa de tratamiento fisioterapéutico inmediato que implique potenciar al máximo las habilidades psicomotrices, acorde a la edad del niño y por ende mejorar su rendimiento académico.
- Se recomienda la creación de programas de estimulación temprana en las zonas rurales y urbano marginales, para disminuir la frecuencia de

riesgos y retrasos en el desarrollo psicomotor del niño. A través de capacitaciones a las personas implicadas en este acontecimiento.

- Evaluaciones periódicas a realizadas por profesionales calificados en el tema y realizar capacitaciones a profesores y padres de familia para la identificación de posibles casos de riesgos y retrasos en el desarrollo psicomotor del niño.
- Motivar a futuras investigaciones, para que se promueva la capacitación y difusión de información concerniente al desarrollo psicomotor y sus posibles implicancias en la alteración de un perfil inadecuado.

4.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Unicef [base de datos en Internet]. Desarrollo de la primera infancia, Conjunto visual, Estado actual + Progreso, [Actualizado en noviembre del 2014; Acceso 21 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://data.unicef.org/ecd/overview>
2. Berruezo P P, Hacia un marco conceptual de la Psicomotricidad a partir del desarrollo de su práctica en Europa y en España. ISSN 1575–0965. Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 2000; 37 (14,1): 21-33. Disponible en: http://ww.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1223397067.pdf
3. Revista de psicomotricidad.com [<http://www.revistadepsicomotricidad.com>]. **Denver Colorado. EEUU: Plaza MS**; 19 de febrero de 2011. Psicomotricidad abordaje desde la salud. Disponible en: <http://www.revistadepsicomotricidad.com/2011/03/psicomotricidad-abordaje-desde-la-salud.html>
4. Molina H. Enfoque conceptual del desarrollo infantil. En: Organización Panamericana de la Salud. Informe del Encuentro Internacional Desarrollo Infantil en el Marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio,

Belem de Pará, Brasil, 8 al 10 de junio 2004. 41- 48 p. Disponible en:
<http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-belem.pdf>

5. Gustavo E. Capítulo 1, Identificación de riesgo de retraso. En: Villaseñor I F. Manual para la evaluación de menores de cinco años con riesgo de retraso en el desarrollo. Primera edición. México D.F.: Secretaría de Salud, 2013. 19- 22p. Disponible en:
<http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/EDI/ManualparaEvaluacionMenoresde5conRiesgodeRetrasoenelDesarrollo.pdf>
6. Molina H, Victoria M. Antecedentes. Cordero M. Manual para el Apoyo y Seguimiento del Desarrollo Psicosocial de los Niños y Niñas de 0 a 6 Años. Primera Edición. Chile: Atenas; 2008. 7-15 p. Disponible en:
http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2008_Manual-para-el-Apoyo-y-Seguimiento-del-Desarrollo-Psicosocial-de-los-Ninos-y-Ninas-de-0-a-6-Anos.pdf
7. UNICEF Perú. [base de datos en Internet]. [Fecha de acceso 21 de noviembre del 2015]. Disponible en:
http://www.unicef.org/peru/spanish/children_13264.htm
8. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control del crecimiento y desarrollo de la Niña y Niño Menor de Cinco Años, Resolución Ministerial N° 990-2010/ MINSA; 2010. Disponible en:
http://www.midis.gob.pe/dqsyse/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT_CRED_MINSA2011.pdf
9. Maldonado A. La psicomotricidad en España a través de la revista psicomotricidad- CITAP (1981-1996) [tesis doctoral]. Barcelona; 2008. Disponible en:

http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2656/MAMP_TESIS.pdf;jsessionid=3DBFE60790A3ED1F394E9E510B007F15.tdx1?sequence=1

10. Ministerio de educación pública de Costa Rica. Programa de estudio Educación Preescolar. Costa Rica; 2014. Disponible en: http://www.ande.cr/media/posts/programa_preescolar_17_01_14.pdf
11. Da Costa C. C. Como desarrollar el esquema corporal en la equinoterapia. Segundo Congreso Brasileño de Equinoterapia. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/como_desarrollar_el_esquema_corporal_en_la_equinoterapia.pdf
12. Ministerio de educación. Orientación para el desarrollo psicomotriz para el niño con necesidades educativas especiales. Perú: Dirección general de educación básica especial; 2010. Disponible en: <http://digesutp.minedu.gob.pe/minedu/05-bibliografia-para-ebe/10-orientaciones-para-el-desarrollo-psicomotriz-del-nino-con-necesidades-educativas-especiales.pdf>
13. Polonia B. Terapia ocupacional en la infancia: teoría y práctica. 1ra Edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.
14. BERRUEZO, P.P. (2000): El contenido de la psicomotricidad. En Bottini, P. (ed.) Psicomotricidad: prácticas y conceptos. pp. 43-99. Madrid: Miño y Dávila. (ISBN: 84-95294-19-2). Disponible en: <https://www.um.es/cursos/promoedu/psicomotricidad/2005/material/contenidos-psicomotricidad-texto.pdf>
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS): Perú. Seguro Social de Salud (EsSalud). Manual de relajación- Lima: OPS; EsSalud. 2000; 1-

78p.

Disponible

en:

<http://www.bvsde.paho.org/texcom/manualesMEC/relajacion.pdf>

16. Ardanaz T. La psicomotricidad en educación infantil. Revista Digital Innovación y experiencias educativas. 2009; 16: 1- 10. Disponible en:
http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/TAMARA_ARDANAZ_1.pdf
17. Robles H. La coordinación y motricidad asociada a la madurez mental en niños de 4 a 8 años. AV. PSICOL. 2008; 16(1): 139-59p. Disponible en:
<http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/coordinacionmotricidad.pdf>
18. Gómez I. ¿Cómo se desarrolla el esquema corporal en la etapa infantil?. Revista Digital Innovación y experiencias educativas. 2009; 24: 1- 30. Disponible en:
http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_24/INMACULADA_GOMEZ_2.pdf
19. Caballero L. [base de datos en Internet]. Educación Física de Base, [Acceso 21 de noviembre del 2014]. Disponible en:
http://tecnologiaedu.us.es/cursos/35/html/cursos/t03_luiscaballero/3-6.htm
20. Ministerio de salud de Chile, NORMA TÉCNICA: Programa Nacional de Salud de la Infancia. 2013: 1-430p. Disponible en:
http://www.saludinfantil.org/Norma%20Tecnica%20Programa%20Nacional%20de%20Salud%20en%20la%20Infancia.%20MINSAL%20Chile%202014_borrador%20final.pdf

21. Quezada M. Desarrollo del lenguaje 0 a 6 años. 1998; 1-8. Disponible en:
<http://www.waece.org/biblioteca/pdfs/d059.pdf>
22. Ministerio de educación de Ecuador, Currículo de educación inicial lowres. 2014: 1- 280. Disponible en: <http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/06/curriculo-educacion-inicial-lowres.pdf>
23. Maryland State Department of Education, Entendiendo y Apoyando el Desarrollo de su Hijo/a entre los 3 y los 5 Años de Edad. 2008: 1-16p. Disponible en
[:http://www.marylandpublicschools.org/NR/rdonlyres/676DD433-449C-4A26-B364-0936353CBE4E/24428/IPSC span 35.pdf](http://www.marylandpublicschools.org/NR/rdonlyres/676DD433-449C-4A26-B364-0936353CBE4E/24428/IPSC_span_35.pdf)
24. Blanco E E. Programa para el desarrollo psicomotor de niños y niñas de la comunidad 'La Medinera' en El Limoncito. Revista digital Efdportes.com. 2011; 16: 156. Disponible en:
<http://www.efdeportes.com/efd156/programa-para-el-desarrollo-psicomotor.htm>
25. Unicef. 2007. Programa de estimulación del desarrollo infantil “Juguemos con nuestros hijos” (Implementación y evaluación). Chile. Disponible en:
[http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/Jugemos corregido.pdf](http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/Jugemos_corregido.pdf)
26. Oramas L. (2000). Propuesta de un programa de práctica psicomotriz para niños de 2 a 3 años .Tesis de licenciatura. Universidad Metropolitana. Escuela de Educación. Venezuela. Disponible en:
<http://repositorios.unimet.edu.ve/docs/34/LB1140O73P4.pdf>. Revisado el 2 de enero del 2015.

27. Gastiaburú G M. PROGRAMA “JUEGO, COOPERO Y APRENDO” PARA EL DESARROLLO PSICOMOTOR NIÑOS DE 3 AÑOS DE UNA I.E. DEL CALLAO [Tesis para obtener Licenciatura]. Callao: Facultad de Educación, Universidad San Ignacio de Loyola; 2012. Disponible en: http://repositorio.usil.edu.pe/wp-content/uploads/2014/07/2012_Gastiabur%C3%BA_Programa-Juego-coopero-y-aprendo-para-el-desarrollo-psicomotor-de-ni%C3%B1os-de-3-a%C3%B1os-de-una-IE-del-Callao.pdf
28. Haeussler I M, Marchant T. Test de desarrollo psicomotor en niños de 2 a 5 años (TEPSI). 10ma Ed. Chile: AUTOR-EDITOR, 2002.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

TÍTULO: “DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE ALDEAS INFANTILES

DEL DISTRITO DE PUENTE PIEDRA LIMA 2016”

Introducción

Siendo egresada de la Universidad “Alas Peruanas”, declaro que en este estudio se pretende conocer el Desarrollo Psicomotor en niños de Aldeas Infantiles del distrito de Puente Piedra. Para lo cual su niño(a) está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una entrevista personal a través de una ficha de recolección de datos con la ayuda de usted y paso seguido. Se evaluará con la batería de Víctor da Fonseca para determinar si presenta algún Retraso Psicomotor. Su participación será por única vez.

Riesgos

No hay riesgo para su niño(a) ya que no se le realizará ninguna evaluación clínica ni física de forma directa o invasiva. Sólo se le realizará una evaluación a través la batería de Víctor da Fonseca.

Beneficios

Los resultados de su evaluación postural contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación actual del Desarrollo Psicomotor y de las posibles complicaciones a futuro para poder informar e intervenir oportunamente en nuestro medio.

Confidencialidad

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

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

Egresada:

E-mail:

Celular:

Dirección:

Asesor de Tesis:

E-mail:

Celular:

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad “Alas Peruanas”, al teléfono: 01-43335522, Anexo: 2.

Declaración del Participante e Investigadores

- Yo, _____, declaro que la participación de mi menor hijo(a) en este estudio es voluntaria.
- Los investigadores del estudio declaramos que la negativa de la persona a participar y su deseo de retirarse del estudio no involucrará ninguna multa o pérdida de beneficios.

Costos por mi participación

El estudio en el que su menor hijo(a) participa no involucra ningún tipo de pago.

Número de participantes

Este es un estudio a nivel local en el cual participarán como mínimo 300 personas voluntarias.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque su menor hijo(a) forma parte de la población que Aldeas Infantiles del distrito de Puente Piedra. Las mismas que están en riesgo de desarrollar diversas complicaciones.

Yo: _____,

Identificada con N° de Código: _____

Doy consentimiento a la investigadora para hacer una entrevista a mi menor hijo(a) y realizar la investigación, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

SI

NO

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

SI

NO

Firma del Padre de Familia

INVESTIGADORA

ANEXO N° 3

Asentimiento para participar en un estudio de investigación

Institución: Universidad Alas Peruanas

Investigador:

Título: "DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE ALDEAS INFANTILES DEL DISTRITO DE PUEENTE PIEDRA LIMA 2016."

Propósito del Estudio:

Hola _____ mi nombre es..... estoy realizando un estudio para evaluar si tienes algún problema en tu Desarrollo Psicomotor a través de un test y una ficha de recolección de datos.

Si deseas participar en este estudio te haremos algunas preguntas personales y realizaras algunas actividades. Para lo cual debes estar con ropa cómoda, en este estudio ninguna de las pruebas causa dolor.

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente no recibirás dinero, únicamente la satisfacción de colaborar para determinar la cantidad de niños, de tu colegio, tienen alguna alteración en el Desarrollo Psicomotor.

Si deseas hablar con alguien acerca de este estudio puedes llamar a: Lic. al teléfono..... (Lima), asesora principal.

¿Tienes alguna pregunta?

¿Deseas colaborar con este estudio?

Si ()

No ()

Testigo (si el participante es analfabeto)

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigado

Nombre: DNI:

Fecha:

ANEXO N° 2

BATERIA PSICOMOTORA (BPM) DESTINADA AL ESTUDIO DEL PERFIL PSICOMOTOR DEL NIÑO (VITOR DA FONSECA, 1975)

Nombre.....
 Sexo..... Fecha De Nacimiento / / Edad.... Años.... Meses....
 Fases De Aprendizaje.....
 Observador..... Fecha De La Observación / /

		4	3	2	1	Observación e interpretaciones
1°UNIDAD	Tonicidad					
	Equilibrio					
2°UNIDAD	Lateralidad					
	Noción Del Cuerpo					
	Estructuración Espacial- Temporal					
3°UNIDAD	Praxia Global					
	Praxia Fina					

Escala de puntuación:

1. Realización imperfecta, incompleta y descoordinada (débil) perfil Apráxico.
2. Realización con dificultades de control (satisfactorio) perfil Dispráxico.
3. Realización controlada y adecuada (buena) perfil Eupráxico.
4. Realización perfecta, controlada, armoniosa y bien controlada (excelente) perfil hiperpráxico.

RECOMENDACIONES (proyecto terapéutico pedagógico)

.....

 ...

Aspecto somático: Ecto () Meso () Endo ()

Desviaciones Posturales:

.....

CONTROL RESPIRATORIO

Inspiración	4	3	2	1
Espiración	4	3	2	1
Apnea	4	3	2	1
Fatigabilidad	4	3	2	1

TONICIDAD

Hipotonicidad	Tono Normal	Hipertonicidad

EXTENSIBILIDAD

MMII	4	3	2	1
MMSS	4	3	2	1
Pasividad	4	3	2	1

PARATONIA

MMII	4	3	2	1
MMSS	4	3	2	1

DIADOCOCINESIAS

Mano Derecha	4	3	2	1
Mano Izquierda	4	3	2	1

SINCINESIAS

Bucales	4	3	2	1
Contralaterales	4	3	2	1

EQUILIBRIO ESTÁTICO

Inmovilidad	4	3	2	1
Apoyo Rectilíneo	4	3	2	1
Punta de los pies	4	3	2	1
Apoyo en un pie	4	3	2	1

EQUILIBRIO DINÁMICO

Marcha Controlada	4	3	2	1
Evolución en el banco:	4	3	2	1
1. Hacia adelante	4	3	2	1
2. Hacia atrás	4	3	2	1
3. Del lado derecho	4	3	2	1
4. Del lado izquierdo	4	3	2	1
Pie cojo izquierdo	4	3	2	1
Pie cojo derecho	4	3	2	1
Pies juntos adelante	4	3	2	1
Pies juntos atrás	4	3	2	1
Pies juntos c/ojos cerrados	4	3	2	1

LATERALIDAD

Ocular	4	3	2	1
Auditivo	4	3	2	1
Manual	4	3	2	1
Pedal	4	3	2	1
Innato	4	3	2	1
Adquirido	4	3	2	1

NOCION DEL CUERPO

Sentido kinestésico	4	3	2	1
Reconocimiento D-I	4	3	2	1
Autoimagen cara imitación de gestos	4	3	2	1
Dibujo del cuerpo	4	3	2	1

ESTRUCTURACION ESPACIO-TEMPORAL

Organización Rítmica	4	3	2	1
Estructuración Dinámica	4	3	2	1
Representación topográfica	4	3	2	1
Estructuración rítmica	4	3	2	1

1	●										4	3	2	1
2	●			●							4	3	2	1
3	●	●									4	3	2	1
4	●	●									4	3	2	1
5	●										4	3	2	1

PRAXIA GLOBAL

Coordinación óculo manual	4	3	2	1
Coordinación óculo pedal	4	3	2	1
Dismetría	4	3	2	1
- Disociación:				
Miembros superiores	4	3	2	1
Miembros inferiores	4	3	2	1
Agilidad	4	3	2	1

PRAXIA FINA

Coordinación dinámica manual	4	3	2	1
Tamborilear	4	3	2	1
Velocidad - precisión	4	3	2	1
● Número de puntos	4	3	2	1
● Numero de cruces	4	3	2	1

ANALISIS DEL PERFIL PSICOMOTOR

.....

.....

.....

MATRIZ DE CONSISTENCIA

DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE ALDEAS INFANTILES DEL DISTRITO DE PUENTE PIEDRA LIMA 2016.

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES
<p>GENERAL</p> <p>Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños de Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra lima 2016.</p>	<p>GENERAL</p> <p>Conocer la frecuencia del perfil psicomotor en niños de Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra lima 2016.</p>	<p>Frecuencia del perfil psicomotor</p>	<p>Tonicidad Equilibrio Lateralidad Noción del cuerpo Estructura espacio – tiempo Praxia global Praxia fina</p>	<p>Da Fonseca</p> <p>Superior 27 - 28 Buena 22- 26 Normal 14-21 Dispráxico 9 - 13 Deficitario 7 - 8</p>
<p>ESPECIFICO</p> <p>Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor en niños de Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra lima 2016, con respecto a la edad.</p> <p>Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor niños de Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra lima 2016. con respecto al sexo</p> <p>Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor niños de Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra lima 2016 con respecto al IMC.</p> <p>Cuál es la frecuencia del perfil psicomotor niños de Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra lima 2016. con respecto al nivel socioeconómico</p> <p>Cuál es la frecuencia del perfil niño de Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra lima 2016. Con respecto al lugar de procedencia.</p>	<p>ESPECIFICO</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor niños de Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra lima 2016.con respecto a la edad.</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños de Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra lima 2016. con respecto al sexo</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños de Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra lima 2016. con respecto al IMC</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños de Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra lima 2016. con respecto al nivel socioeconómico</p> <p>Determinar la frecuencia del perfil psicomotor en niños de Aldeas Infantiles del Distrito de Puente Piedra lima 2016. Con respecto al lugar de procedencia.</p>	<p>Edad</p>	<p>4 – 12</p>	<p>Ficha Recolección de datos</p>
		<p>Sexo</p>	<p>f/ m</p>	
		<p>IMC</p>	<p>peso / talla</p>	
		<p>Nivel Socioeconómico</p>	<p>NSA, NSB, NSC, NSD, NDE</p>	
		<p>Lugar de procedencia</p>	<p>Costa Sierra selva</p>	

--	--	--	--	--