



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

**“CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE EL DESARROLLO
MOTOR EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL
CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL
CENTRO DE SALUD LA QUERENCIA, ESPERANZA BAJA.
HUARAL. 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: ANZUALDO CONTRERAS XIOMARA ANALY

HUARAL - PERÚ

2017

**“CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE EL DESARROLLO
MOTOR EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL
CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL
CENTRO DE SALUD LA QUERENCIA, ESPERANZA BAJA.
2014”**

A Dios, a mis padres y hermanos, por su inmenso apoyo económico, moral y por ayudarme a realizar uno de mis más acariciados sueños, concluir mi carrera

*A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, A mis adorados padres por sus enseñanzas, apoyo y amor incondicional que día a día me han brindado,
A mí adorada madre por ser una madre ejemplar, por todo su apoyo, paciencia, amor y lucha por hacernos cada día unas mejores personas. A mi padre por habernos dado todo su amor, ayuda y dedicación. A los docentes por transmitirnos sus valiosos conocimientos, aprendizajes y experiencias para ser mejores profesionales. A todos ustedes desde mi corazón mil gracias*

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulada “Conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. 2014” cuyo objetivo general fue determinar los conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. Estudio de tipo cuantitativo descriptivo, de nivel aplicativo, no experimental, de diseño descriptivo, se conto con una muestra de 217 madres de niños menores de 3 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. A través de los resultados se llevo a las siguientes conclusiones:

Las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, Esperanza Baja, fluctúan entre las edades de 27 a 32 años, tienen estudios de secundaria, y un poco más de la mitad tienen dos hijos menores de 3 años, y su condición laboral es dependiente. En respuesta al objetivo general se puede decir que las madres de niños menores de 3 años no tienen muchos conocimientos sobre el desarrollo motor fino y grueso. Respondiendo al primer objetivo específico tenemos que las madres de niños de menores de 3 años que acuden consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, hay un gran desconocimiento sobre el desarrollo motor fino. Respondiendo al segundo objetivo específico tenemos que las madres de niños de menores de 3 años que acuden consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, hay un gran desconocimiento sobre el desarrollo motor grueso evidenciándose falta de información por ende deficiencias en la labor educadora de la enfermera

Palabras claves: conocimiento, desarrollo motor

ABSTRAC

The present research study entitled "Knowledge of mothers on motor development in children under 3 years attending the office of growth and development of the health center, hope, low. 2014 ", whose general objective was to determine the knowledge of mothers about motor development in children under 3 years of age who attend the office of growth and development of the health center. A quantitative, descriptive, non-experimental, descriptive design study was carried out with a sample of 217 mothers of children under 3 years of age attending the office of growth and development of the health center. Through the results the following conclusions were reached:

Mothers of children under 3 years of age who attend the office of growth and development of the Querencia, Esperanza Baja health center fluctuate between the ages of 27 and 32, have secondary education, and a little more than half have two Children under 3 years of age, and their employment status is dependent. In response to the general objective it can be said that mothers of children under 3 years do not have much knowledge about fine and coarse motor development. Responding to the first specific objective we have that the mothers of children under 3 years old who attend clinic growth and development of the Querencia health center, there is a great lack of knowledge about fine motor development. Responding to the second specific objective we have that the mothers of children under 3 years of age who attend the growth and development clinic of the Querencia health center, there is a great lack of knowledge about the gross motor development evidencing lack of information due to deficiencies in the educative work Of the nurse.

Keywords: knowledge, motor development

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRAC

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema General	2
1.2.2. Problemas Específicos	2
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	3
1.5. Limitaciones de la investigación	4

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	11
2.3. Definición de términos	34
2.4. Variables	34
2.4.1. Definición conceptual de la variable	34
2.4.2. Definición operacional de la variable	34
2.4.3. Operacionalización de la variable	35

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	36
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	36
3.3. Población y muestra	37
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	37
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	38
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	38
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	39
CAPÍTULO V: DISCUSION	46
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
Tabla 1	
Perfil de las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, Esperanza Baja. 2014	40
Gráfico 1	
Conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, Esperanza Baja. 2014	41
Gráfico 2	
Conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor grueso en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. 2014	42
Gráfico 3	
Conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor fino en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. 2014	44

INTRODUCCIÓN

Durante su crecimiento y desarrollo el niño experimenta grandes cambios y progresos en los diferentes ámbitos de desarrollo, tanto mental, como motor, afectivo social y en lo referente al lenguaje

Interesa resaltar que cada niño tiene su propio ritmo de crecimiento y desarrollo y que los momentos evolutivos que en esta guía se presentan responden a una generalidad. Es importante que tengamos presente la importancia del ambiente familiar y educativo como factores que inciden y determinan claramente su desarrollo.

Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo posterior de la persona puesto que la dependencia del niño de los que le rodean y la plasticidad cerebral, propia de esta etapa, requieren de un ambiente socio-estimular y afectivo que le permita tanto satisfacer sus necesidades como desarrollar al máximo sus capacidades.

Es importante tener en cuenta que el desarrollo en estas edades es tan progresivo como trascendental para su evolución futura, por lo que creemos imprescindible para padres y educadores conocer las diferentes etapas por las que los niños van pasando, con el fin de adecuar su actuación a las peculiaridades evolutivas de cada niño, considerando que cada uno presenta un ritmo diferente de progreso en función de sus posibilidades y situación personal y social.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Anualmente mueren en el mundo casi diez millones de niños menores de cinco años. Un número casi 20 veces mayor de niños, más de 200 millones, sobreviven pero no llegan a desarrollar todas sus potencialidades humanas. Todo niño tiene tanto derecho a desarrollarse como a sobrevivir. Estos casos de mortalidad infantil se dan debido al poco presupuesto que invierte los países subdesarrollados en el área de salud; como en el Perú solamente invierte un promedio de 2714 millones de dólares (15%) y en el país vecino de Chile se invierte un promedio de 4000 millones a pesar que cuenta con menos población que en el Perú. (1)

El crecimiento ha sido definido como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo. Que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular. En tanto el desarrollo es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas. (2)

Este periodo de crecimiento provoca cambios proporcionales en su cuerpo, conforme avanza el desarrollo físico del niño se ampliará igualmente la capacidad de su respuesta motora, que será determinada

por la maduración física y sobre todo por la oportunidad que hemos de brindar mediante la ejecución de las actividades como el gateo, caminar, correr, saltar, etc

En la primera visita de la madre al servicio de CRED, se dan normas sencillas de estimulación si detectamos o se tiene una sospecha de retraso se pide una segunda visita y una vez ratificada la existencia de un retraso madurativo debemos derivar al niño a un servicio especializado para completar el estudio y orientación terapéutica.

En el centro de salud la querencia, esperanza baja, con frecuencia se puede observar la falta de interés por parte de los padres sobre el desarrollo motor de su niño así como también la poca comunicación de la enfermera hacia la madre en ocasiones atribuido al excesivo trabajo ya que no solo ve el consultorio de CRED sino también el programa de TBC dificultando su labor y dejando inconcluso la información sobre el desarrollo motor en el niño como estimularlo, qué medidas tomar ante un retraso en su desarrollo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. 2014?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son los conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor grueso en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. 2014?

¿Cuáles son los conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor fino en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. 2014?

1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar los conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. 2014

1.3.2. Objetivos Específicos

Identificar los conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor grueso en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. 2014

Identificar los conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor fino en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. 2014

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

El desarrollo motor juega un papel muy importante en el posterior progreso de las habilidades básicas de aprendizaje desde la capacidad para mantener la atención, la coordinación viso motora, cobra especial relevancia en niños de 2 a 4 años, quienes atraviesan una etapa crucial e importante para poder así afrontar dificultades y experiencias que se les van a presentar en el transcurrir de la vida diaria. Si el niño es estimulado y tiene un buen nivel de desarrollo psicomotor estará preparado físicamente

y mentalmente para aborras situaciones que exigen poner en práctica este desarrollo ⁽³⁾

En los primeros años de vida es fascinante. Desde que nacen, los bebés van desarrollando su sistema motor, sus movimientos y el modo en el que manipula su entorno, a un ritmo muy rápido y continuo. La maduración del sistema nervioso, responsable del desarrollo motor, tiene un orden preestablecido y por ello el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible, aunque no sea exacta en cada bebé y niño, ya que depende de factores diversos.

Este es un resumen de las capacidades motoras que los bebés y niños tienen hasta los seis años de edad, una guía de lo que "deberían" ser capaces de hacer, aunque puede haber diferencias en cuanto al ritmo del desarrollo.

1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra solo pertenece a los niños de 0 a 3 años de edad atendidos en el consultorio de CRED del centro de salud la querencia, esperanza baja

La segunda limitación corresponde a que los resultados sólo servirán para las instituciones donde se llevara a cabo la investigación.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

ANDRACA, Isidora; PINO, Paulina; DE LA PARRA, Alicia; RIVERA, Francisca y CASTILLO, Marcela en su estudio Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. Chile, 2007. Tuvo como objetivo, evaluar el efecto de factores de riesgo para el desarrollo infantil en niños, de nivel socioeconómico bajo, nacidos en óptimas condiciones biológicas pero expuestos a condiciones sociales adversas. Se estudiaron a lactantes de ambos sexos en número de 788, fueron exhaustivamente estudiados en términos de: alimentación, crecimiento, ambiente físico y psicosocial. Se controlaron prospectivamente hasta los 12 meses de edad, momento en que se evaluó el desarrollo mental (MDI) y motor (PDI) a través de la escala de Bayley. A partir de las variables medidas se identificó 18 factores de riesgo, los que fueron dicotomizados (bajo y alto riesgo. Los principales resultados son: Lactancia materna, temperamento del niño, inteligencia materna y estimulación en el hogar se asocian consistentemente con MDI y PDI. Luego de ajustar por covariables, la estimulación en el hogar persiste como factor significativo en la explicación de la

variabilidad del MDI y PDI, en tanto que el sexo del niño se consolida como factor condicionante del desarrollo motor. El efecto acumulado de 7 o más factores de riesgo se asocia con una disminución significativa de los puntajes de desarrollo. La combinación de categorías de riesgo de temperamento infantil, inteligencia materna, rol del padre y estimulación en el hogar alcanza mejor predicción del desarrollo infantil que otras combinaciones puestas a prueba en este estudio. Se llegó a la siguiente conclusión:

“Aún en niños biológicamente indemnes, el desarrollo psicomotor se afecta negativamente ante la presencia de condiciones ambientales adversas que actúan simultáneamente”⁽⁴⁾

ONTIVEROS Mendoza, Esperanza; CRAVIOTO, Joaquín; SÁNCHEZ Pérez, Carmen; BARRAGÁN Mejía, Gerardo en su estudio titulado *Evaluación del desarrollo motor en función de género, estimulación disponible en el hogar y nivel socioeconómico en niños de 0 a 3 años de edad del área rural* México. 2002. El objetivo de este trabajo fue evaluar el desarrollo motor grueso, de niños de 0 a 3 años de edad, en función de género, nivel socioeconómico y estimulación disponible en el hogar, y elaborar una escala de desarrollo aplicable a la población rural mexicana. **Material y métodos.** Se estudiaron 82 niños en los que se evaluó el desarrollo motor utilizando la escala para el diagnóstico del desarrollo de Gesell, modificada para su calificación por Cravioto. Se observó que utilizando esta forma de calificación, los niños se ubican por debajo de la norma propuesta por Gesell. Por esta razón, empleando el orden y la edad a la que se presentaron las conductas de desarrollo motor en el total de los niños examinados, se construyó una escala, con la cual se realizaron comparaciones, en función de género, nivel socioeconómico y calificación total en estimulación disponible en el hogar. **Resultados.** Los datos indican que el nivel socioeconómico alto tiene mejores calificaciones a la misma edad

y género que los niños de familias de medio y bajo índice socioeconómico. Por género se observó que el femenino abandona tempranamente el gateo y presenta tardíamente la conducta de correr respecto al masculino. Por disponibilidad total de estimulación en el hogar se observó que los niños con calificación alta abandonan el gateo y presentan la conducta de correr a más temprana edad que los de baja calificación. Conclusiones.

“Esta escala ajustada para la población estudiada, permitió discriminar con niveles de significancia estadística el desarrollo motor en función del nivel socioeconómico del niño. Se propone el uso de esta escala como norma para la evaluación de la población infantil en el área rural mexicana. Desarrollo motor; clase socioeconómica; estimulación en el hogar; prueba de Gesell. (AU) ⁽⁵⁾

GARCÍA Tornel, Florensa; GARCÍA García, J.J; REUTER, J; CLOW, C; REUTER, L, en su estudio Nuevo método de evaluación del desarrollo psicomotor basado en la información de los padres. España. 2010. Se procedió a la traducción al castellano del cuestionario KIDS, que se basa en la información proporcionada por los padres al responder las preguntas del cuestionario. Se incluyeron niños sanos con edades entre 1 y 15 meses procedentes de consultas pediátricas de poblaciones urbanas y semiurbanas de Catalunya. Teniendo como resultados: La muestra final estuvo compuesta por 662 sujetos. La consistencia test–retest fue $r=0,99$ ($p<0,001$); la consistencia interobservadores de $r=0,98$ ($p<0,001$); la consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,9947. La correlación entre las edades de desarrollo derivadas del Denver Developmental Screening Test y del EDIK fue de $r=0,96$ ($p<0,001$). Se halló correlación entre la puntuación de la EDIK y la edad cronológica ($r=0,96$; $p<0,001$). Llegando a la conclusión:

“La gran precisión y validez concurrente hallados demuestran que la EDIK puede evaluar el desarrollo psicomotor del niño hasta los quince meses de edad con la información proporcionada por los padres”⁽⁶⁾

MARTINEZ Muñoz, Constanza; URDANGARIN Mahn, Daniela en su estudio evaluación del desarrollo psicomotor de niños institucionalizados menores de 1 año mediante tres Herramientas distintas de evaluación. Chile. 2007 La evaluación del desarrollo psicomotor de niños institucionalizados menores de un año mediante tres herramientas distintas de evaluación. Un estudio no experimental, descriptivo y transversal. Para que el desarrollo progrese de una forma normal, el niño debe estar estimulado correctamente y rodeado de un ambiente adecuado. En diversos estudios se ha demostrado que los niños institucionalizados carecen de estos estímulos, lo cual repercute en su desarrollo produciéndose muchas veces un retraso psicomotor. Es muy importante detectar a tiempo este retraso para poder intervenir y prevenir futuras consecuencias. Para esto se han diseñado diversas herramientas de evaluación. En este estudio se aplicaron la .Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses de Soledad Rodríguez. (EEDP), la Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia. (EDPPI) y el Diagnóstico Funcional del desarrollo según el método de Munich. (DFDM) a 55 niños institucionalizados menores de un año, con el fin de responder si los resultados arrojados presentaban diferencias significativas. El estudio contó con tres evaluadores distintos. Cada uno de los cuales aplicó sólo una de las herramientas a la totalidad de los niños en salas habilitadas en las instituciones con las condiciones exploratorias necesarias. Llegando a la conclusión:

“El número de niños con retraso que arrojaba cada herramienta, 96% de retraso según el DFDM, 22% según EDPPI, mientras que el EEDP arroja sólo un 5% de retrasos. Esto analizado

estadísticamente arroja diferencias significativas entre el EEDP y el DFDM, y entre el DFDM y EDPPI. Además se revelaron importantes carencias presentadas por el EEDP, la herramienta más difundida a nivel nacional”⁽⁷⁾

ALBAN, Angie Tatiana en su estudio comparativo del desarrollo psicomotor grueso en dos instituciones educativas de la ciudad de Quito comprendido en edades de 2 – 4 años. Quito Ecuador 2007. Estudio de tipo descriptivo cuantitativo no experimental, comparativo de cohorte transversal. Después de haber realizado el análisis de las encuestas aplicadas a las maestras de algunos centros infantiles, y de la observación del grupo de niños y niñas de dos a cuatro años de los dos centros infantiles seleccionados, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

“La comparación de los dos centros infantiles, nos da como resultado que no es un factor influyente el tiempo que pasan los niños /as en la institución con su desarrollo motor; ya que las dos instituciones analizadas han alcanzado un adecuado progreso de las habilidades. Un adecuado desarrollo motor grueso está influenciado por la calidad de las actividades y de la estimulación que reciben los niños y niñas dentro de un período dado, respetando las etapas evolutivas de los niños /as. El esquema corporal juega un papel importante, porque si los párvulos /as no han logrado una adecuada interiorización y el reconocimiento del mismo no podrán realizar ninguna de las actividades sencillas. Para la mayoría de las educadoras el desarrollo de la motricidad gruesa es importante, por lo cual ven la necesidad de estimularlo realizando actividades que favorezcan el buen desenvolvimiento de las habilidades, para que lleguen a ser autónomos, independientes, sociables, etc. Pero existe un grupo menor de maestras que no le da la importancia debida por lo cual no las realizan diariamente. Existen maestras que están conscientes que algunas actividades no han sido lo suficientemente trabajadas y que deben buscar desarrollarlas más”⁽⁸⁾

2.1.2. Antecedentes Nacionales

LEZAMA QUIQUIACO María Luz “Desarrollo psicomotor y madurez social con relación al estado nutricional de niños de 3 meses a 6 años de la Cuna Jardín del Instituto Nacional de Salud del Niño” 2002, Perú. Se utilizó el diseño descriptivo correlacional de corte transversal, tuvo una población de 122 alumnos, con la siguiente conclusión:

“No se encuentra relación entre el desarrollo psicomotor y la madurez social no se relacionan con el estado nutricional de los niños de 3 meses a 6 años de la Cuna – Jardín del INSN. Se encuentra relación entre el desarrollo psicomotor y la madurez social. Dentro de los datos importantes encontrados se observa que en el estado nutricional según grupos de edades los niños de 3 meses a 2 años; obtuvieron 82% en eutróficos, con 18% en obesos donde la mayoría de los padres tienen mayor preocupación en el cuidado en entre ellos el nutricional.”⁽⁹⁾

LUNA MUÑOZ, RONULFO FERNANDO Estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños en el Instituto Chávez de la Rosa Arequipa 1998, Perú. De una población de 53 niños albergados en el Instituto Chávez de la Rosa, se estudiaron a 33, los cuales reunieron los criterios de inclusión. Llegaron a la conclusión:

“Las áreas más comprometidas fueron las del lenguaje (57%) y personal social (30%), con una diferencia muy altamente significativa con respecto al resto de la población en general, no encontrándose asociación entre el mal estado de nutrición antropométrico y el retraso en el desarrollo psicomotriz en estos niños. Como aporte se recomienda estimulación psicomotriz temprana de los niños, desde que ingresan a la Institución; de preferencia en las áreas de lenguaje y personal-social”.⁽¹⁰⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Desarrollo del niño

Después de dar los primeros pasos y de decir las primeras palabras, los niños siguen creciendo y aprenden a correr, a trepar a conversar. Todo les llama la atención y pronto son capaces de llegar a lugares que antes estaban fuera de su alcance. Aunque dependen mucho del adulto, indudablemente comienzan a expresar sus propias ideas. Sus capacidades físicas suelen ir más allá de su juicio.

Según Erikson, el ser humano atraviesa por diferentes etapas durante su desarrollo dentro de ellas tenemos. ⁽¹¹⁾

Etapa incorporativa o fase oral: Va desde el nacimiento hasta los 2 años de edad. Al nacer el niño, pasa de depender en forma absoluta de su medio ambiente. Si la madre y la familia proporcionan un cuidado continuo, consistente y adecuado a las necesidades del niño, se generará una sensación de confianza, traducida en esperanza y optimismo frente a la vida y si el cuidado es variable, impredecible, caótico o maligno, se generará una sensación de desconfianza.

Etapa niñez temprana o fase muscular anal: Va desde un año hasta los tres años; aquí se fija la noción de autonomía del niño. A medida que el niño controla sus esfínteres, usa músculos para moverse, vocalizar, desarrollará una sensación de ser autónomo y aparte de sus padres. Si hay sensación de mucho control, de ser avergonzado ante los primeros fracasos, pueden surgir sentimientos de vergüenza, duda, inseguridad. Los resultantes de un desenlace positivo de esta etapa, es la sensación de tener una voluntad propia.

El preescolar

La edad preescolar comprende, entre los 2 a 5 años, es una etapa de progresivos y evidentes cambios en el crecimiento y desarrollo de los niños. Aunque la velocidad de crecimiento disminuye, este crecimiento es más estable. ⁽¹²⁾

El crecimiento de los niños ya no es tan rápido en los años siguientes tienen un crecimiento continuo, el peso de los niños va aumentando lento pero constantemente en proporción con piernas y brazos, su sistema muscular y nervioso están madurando, al igual que el crecimiento de su estructura ósea. El cartílago se va convirtiendo en hueso con mayor rapidez y sus huesos se van haciendo más duros. La nutrición tiene gran influencia en el crecimiento óseo, el grosor, la forma y el número de huesos del cuerpo. La alimentación debe ser completa, esto se logra combinando diariamente las sustancias que aportan vitaminas, proteínas, nutrientes inorgánicos y los que dan energía, permitiendo cumplir su metabolismo basal.

Debido a los cambios corporales en el crecimiento y en sus aptitudes para concentrarse y perfeccionar sus actividades se mejoran notablemente las destrezas motoras primarias, los movimientos amplios del cuerpo como el correr, saltar y lanzar. Las destrezas motoras precisas, las capacidades que involucran pequeños movimientos corporales se desarrollan más despacio. No obstante, a la larga los niños son capaces de juntar un rompecabezas de madera, dibujar con un lápiz y utilizar una cuchara y un tenedor.

El conocimiento que el niño tiene del mundo depende de la información que recibe su cuerpo, sus percepciones, su actividad motora y las formas en que se percibe a sí mismo. Casi todo lo que un niño hace desde el nacimiento hasta los primeros años, de alguna manera sienta las bases, no sólo para las habilidades

físico-motoras posteriores, sino también para los procesos cognoscitivos así como el desarrollo emocional y social.

Los niños aprenden experimentando así como también aprenden de sus juegos. El niño es un explorador, toca los objetos, exploran lugares a fin de averiguar su contextura, verlos y oírlos. Su exploración sensorial culmina en los conceptos de “arriba”, “abajo”, “derecho”, “apretado” y muchos otros. Cuando un niño camina sobre un trozo de madera por la playa, no sólo aprende el equilibrio, sino además el concepto cognoscitivo de “estrecho” y el concepto emocional de “seguridad”.⁽¹³⁾

Muchos aspectos del desarrollo provienen de una base físico-motora. Algunas secuencias del desarrollo son continuas, como sucede con la progresión del garabateo a la escritura; otras parecen un poco discontinuas. De manera análoga, deben clasificar y comparar los pensamientos antes de abordar las ideas complejas.

Las acciones que en un principio son realizadas por su voluntad posteriormente llegan a ser parte de una destreza más compleja y propositiva. Los orígenes de los pensamientos complejos no siempre son obvios.

Características del desarrollo infantil

- **Multidimensional:** Cambios que se producen en diferentes dimensiones: como en el físico, en las habilidades motoras, en la capacidad de pensar, de razonar, de sentir y de relacionarse con los demás.
- **Integral:** Todos los componentes se interrelacionan entre sí, ya que las variaciones que ocurren en una dimensión influyen sobre el comportamiento de las otras.
- **Continuo:** Se inicia en el momento de la concepción y continúa a lo largo de toda la vida. Los cambios en las condiciones del

medio en que un niño se desarrolla afecta el desarrollo alcanzado.

- **Interactuante:** El niño crece y se desarrolla en un medio físico y social con el cual interactúa, de ahí que las acciones no sólo deben estar dirigidas al niño sino también al medio, las personas y los objetos con que él se relaciona
- **Único:** Aunque existen determinadas secuencias en el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños, su intensidad o velocidad varían de un niño a otro. Esta variación es el resultado de la interacción entre las potencialidades genéticas del niño y el medio en que se desarrolle.

2.2.2. Desarrollo Motriz

Es una progresión de etapas cada vez más complejas (hitos) a través de las cuales los bebés logran controlar el uso de sus músculos para la postura erguida, el equilibrio y la movilidad (desde mantener la cabeza erguida hasta darse vuelta, sentarse, gatear y estar de pie), así como la manipulación de objetos para la interacción con el entorno.

En los niños muy pequeños los patrones de movimiento parecen inicialmente aleatorios y bastante variables. A medida que el niño alcanza el desarrollo motriz, el movimiento se vuelve más decidido y las habilidades motoras se incorporan a las actividades de la vida diaria. Esto incluye sostener y manipular objetos, darse vuelta, sentarse por sí mismo, gatear, caminar, alimentarse, jugar y por último, cuidarse a sí mismo.

Este avance depende de una exitosa integración de varios procesos de desarrollo interrelacionados. Por ejemplo, la falta de logros en algunas habilidades motrices finas puede relacionarse tanto con la cognición como con el control motriz.

En general, el desarrollo motriz incluye:

- Habilidades motrices gruesas (habilidades de los grandes músculos como controlar la cabeza, sentarse, pararse y desplazarse)
- Habilidades motrices finas (habilidades de los músculos pequeños como agarrar, soltar y manipular objetos)
- Habilidades orales-motoras (comer, tragar, producir sonidos y hablar)

El desarrollo motriz típico generalmente ocurre en una secuencia ordenada y predecible, aunque la velocidad a la que se logran las habilidades motrices y la edad en que esto sucede varían un poco entre un niño y otro. Aunque todos los niños se desarrollan a su propio ritmo, la secuencia tiende a ser similar. (Por ejemplo, los niños con desarrollo motriz típico se sientan en forma independiente antes de tratar de pararse).

Los hitos motrices son los eventos motores por los cuales es posible medir el avance del desarrollo general de un niño. Que un niño se retrase en alcanzar los hitos motrices suele ser el primer motivo de preocupación de los padres o del proveedor de atención médica.

La actividad motriz le sirve al hombre para poder actuar en el medio donde se desarrolla y de esta manera modificarlo y modificarse. Así todo movimiento es el resultado de la contracción motriz de las actividades que realiza el cuerpo.

Wallon demostró que el desarrollo motor, que surge de la sensibilidad, durante el desarrollo de toda la persona. De ahí que el movimiento nace de la coordinación del esquema corporal con la estructuración espacio – temporal, de esta forma establece el vínculo con la vida afectiva y social. ⁽¹⁴⁾

La motricidad gruesa es el dominio corporal de todas las partes gruesas del cuerpo como son las extremidades superiores, inferiores, el tronco, etc. Haciéndolas mover siguiendo la voluntad de cada persona, con esto se busca que cada movimiento sea sincronizado, armónico y preciso para que pueda vencer los obstáculos tanto de los objetos, como del espacio y del terreno en el que se encuentra.

Según la doctora Susana Collado Vásquez la motricidad gruesa hace referencia a movimientos amplios como la coordinación general y visomotora, tono muscular, equilibrio etc.⁽¹⁵⁾

Componentes del desarrollo motriz

Hay varios componentes básicos que proporcionan una base para el desarrollo de las habilidades motrices en los niños pequeños. Estos son:

- Tono muscular. Es afectado por todos los niveles del sistema nervioso, desde el cerebro a los nervios periféricos. Puede ser afectado por la elasticidad del músculo y sus tendones, por la capacidad del sistema nervioso para enviar mensajes al músculo y por la capacidad del músculo para recibir y responder a esos mensajes.

Un tono muscular anormal o atípico puede considerarse como la incapacidad de ajustar adecuada y correctamente la tensión muscular para realizar una tarea o función. El tono muscular puede ser demasiado bajo o demasiado alto para realizar las actividades de manera eficaz y efectiva.

El tono muscular anormal se describe por lo común como *hipotonía* (tono muscular anormalmente bajo o deprimido) o bien como *hipertonía* (tono muscular anormalmente alto o excesivo). Generalmente los niños con hipotonía parecen “blandos” y tienen menos resistencia al estiramiento pasivo. Los niños con hipertonía generalmente parecen rígidos y tienen

más resistencia al estiramiento pasivo del músculo. Los dos principales formas de la hipertonia son espasticidad (hipertonicidad dependiente de la velocidad con resistencia inicial al movimiento y luego relajación evidente) y rigidez (resistencia constante al movimiento pasivo cualquiera sea la velocidad).

- Reflejos primitivos. Los reflejos primitivos son movimientos involuntarios que tienden a dominar la motricidad en los primeros 3 a 4 meses de vida del bebé. Generalmente ya no son visibles a los 6 a 9 meses de edad.
- Reacciones de enderezamiento y equilibrio. El enderezamiento y el equilibrio son reacciones de balanceo que nos hacen corregir nuestra postura/posición en respuesta a la fuerza de gravedad. Enderezamiento es la capacidad de mantener verticales la cabeza, el tronco y las extremidades; equilibrio es la capacidad de mantener y recobrar el equilibrio. Estas reacciones, que aparecen en el primer año de vida, son esenciales en el desarrollo de algunas habilidades motrices complejas como sentarse, gatear, ponerse de pie y caminar. Su desarrollo sugiere que el desarrollo motriz parece estar continuando normalmente.
- Reacciones posturales. El control postural es la capacidad de establecer y mantener una posición estable sobre la base de un apoyo. Requiere de un tono muscular adecuado y reacciones de enderezamiento y equilibrio adecuadas. El desarrollo motriz depende del control postural para dar estabilidad a las actividades de movimiento.

Desarrollo motriz grueso

Dominio Corporal Dinámico: Se caracteriza por la capacidad que adquiere una persona para dominar las diferentes partes gruesas de su cuerpo, es decir de movilizarlas de acuerdo a su voluntad siguiendo una consigna dada con cierta armonía y precisión.

- **Coordinación general:** Aquí se considera todos los movimientos que el niño va a realizar en general, con la intervención de todas las partes del cuerpo en las diferentes edades. Así tenemos: ⁽¹⁶⁾

Los movimientos parciales de las diferentes partes del cuerpo, estos se refieren a cuando toma conciencia de su cuerpo, de que lo puede mover y de que lo puede ver ya que ha alcanzado una madurez neuro – muscular – ósea con lo que podrá realizar ejercicios que le darán la agilidad y el dominio muscular, dándole la facilidad de poder realizar los movimientos.

Desplazamiento, se refiere a la capacidad que adquiere un niño para poder movilizarse de un lugar a otro con total independencia, para lograr esto es necesario que se den algunas situaciones pero dadas las circunstancias de algunos niños, estas no son necesarias que se den en el orden que debería ser, pero si es importante dar oportunidad de que lo hagan en algún momento.

Escaleras: Se refiere a la capacidad que adquiere para subir y bajar las, dándole la agilidad que necesita para que adquiere mayor independencia.

Carrera: A esta se la considera como uno de los aspectos que tiene más larga duración en su desarrollo, debido al perfeccionamiento y coordinación que debe alcanzar.

Saltar: Este se refiere a la capacidad que ha adquirido para elevar al cuerpo del suelo, esto implica que: tenga la fuerza necesaria en sus piernas, tener equilibrio para volver a tomar contacto con el suelo sin hacerse daño y tener el dominio para poder realizar desplazamientos según la edad.

Rastreo: El rastreo es la capacidad de desplazarse con el cuerpo en contacto con el suelo. En un inicio el niño lo realizan como una forma de locomoción pero a medida que pase el tiempo lo hará como un juego.

Trepar: Esta acción es una actividad que el niño y la niña realizan con la utilización de sus manos y de sus piernas, permitiendo que se dé una mejor interiorización del conocimiento de su cuerpo dándole una mayor seguridad y confianza en sí mismo. ⁽¹⁷⁾

Equilibrio: Se entiende por equilibrio a la capacidad de mantener una posición, de poder volver a la postura normal después de haber realizado alguna actividad. El equilibrio se presenta de manera refleja, autónoma y voluntaria. Para que se pueda dar el equilibrio en el niño es necesario: ⁽¹⁸⁾

Ritmo: Capacidad que debe adquirir el niño en la realización de los diferentes movimientos, además es importante que pueda repetirlos. Con la ejercitación del ritmo el niño debe interiorizar las diferentes nociones, la relación que existe entre el espacio y el tiempo, ⁽¹⁹⁾

- **Coordinación viso - motora.** Es una parte importante del desarrollo motor grueso del niño, porque tiene una relación con la motricidad fina; ya que las dos necesitan que se presente la coordinación en la realización de las diferentes actividades que se le ofrezcan al niño, el dominio que se presente dentro de la motricidad gruesa ayudará a que se dé un mejor dominio en la motricidad fina. Así la para que se dé una buena coordinación viso - motriz es necesario presentar diferentes experiencias al niño, con el cuerpo, con la visión, con el oído, y con los movimientos del cuerpo o del objeto. ⁽²⁰⁾

Dominio Corporal Estético: Se entiende por dominio corporal estático a la realización de las actividades que conllevan a que el niño interiorice su esquema corporal. Es importante mencionar que dentro de este dominio se encuentra la respiración y la relajación porque forman parte importante en el conocimiento del yo. ⁽²¹⁾

Respiración: Es un acto de beneficio personal, pero para que se pueda dar es necesario la interferencia entre un acto eficaz respiratorio, la toma de conciencia y la capacidad de atención. La importancia que tiene el acto de respirar eficazmente, es para que se pueda dar cuando sea necesaria su regulación. Este ejercicio de autorregulación en el niño se da en los momentos que se le proporcione para su relajación. Así el pequeño va tomando conciencia del acto de respirar y de las dos fases que este mecanismo tiene. ⁽²²⁾

Motricidad Fina: Toma en cuenta algunos aspectos que determinaran su buen funcionamiento, los mismos que le ayudaran en su desarrollo. Dándole seguridad en la elaboración de actividades que requieran la precisión de rasgos exactos. Así tenemos ⁽²³⁾

Esquema Corporal: Es importante ya que cuando el niño lo conoce se identifica como ser humano y diferente a los demás seres vivos. ⁽²⁴⁾ Es decir el niño establece una buena relación con sigo mismo y con su entorno, además ayudará a que no se presenten en lo posterior problemas que puedan afectar su personalidad.

Según Paúl Schilder, el esquema corporal es la representación mental, tridimensional, que cada uno de nosotros tiene de sí mismo. ⁽²⁵⁾ El esquema corporal se establece desde el nacimiento, ya que la madre a través de las caricias, los contactos que mantiene con su bebe, le va proporcionando una idea de todo lo que es su cuerpo. ⁽²⁶⁾

Eje Corporal: es la comprensión de la organización del cuerpo con relación a un eje vertical dentro de un espacio que se lo divide en dos partes.. ⁽²⁷⁾

- **Lateralidad:** se trata de un proceso que se produce a nivel neurológico, esto quiere decir que la dominancia que se presente dependerá del hemisferio dominante, ya sea este el hemisferio izquierdo o el derecho. ⁽²⁸⁾ La lateralidad es una capacidad o un proceso que se desarrolla para que se pueda dar una orientación en el espacio. Para ello es necesario la utilización de los conceptos espaciales, como: arriba – abajo, adelante – atrás, derecha – izquierda. Es importante tener en cuenta que los niños no tienen un dominio lateral a nivel cerebral, ya que esto va a presentarse durante la maduración cerebral; de esta maduración se va dar el predominio de unos de los lados del cuerpo. ⁽²⁹⁾

Mazet y Houzel piensan que una lateralización tardía o insuficiente, acompañada de una mala integración del esquema corporal y la organización espacial no solo repercute sobre las actividades precisas y fijas como la escritura, sino también sobre la motricidad en general. ⁽³⁰⁾

Afecciones que puede retrasar el desarrollo motriz

- **Prematuridad:** El desarrollo motriz se vincula estrechamente a la edad de gestación que a la edad cronológica en los bebés prematuros. Muchas afecciones médicas pueden afectar el desarrollo motriz en los niños pequeños. Puede que algunas afecciones como las convulsiones, hidrocefalia, infecciones auditivas crónicas, raquitismo o trastornos metabólicos no afecten directamente el desarrollo motriz, pero ellas pueden producir retrasos motores.
- **Enfermedades pulmonares crónicas o enfermedades cardíacas congénitas graves:** estos niños pueden demostrar hipotonía y debilidad muscular. Carecen de la energía necesaria para el desarrollo motriz grueso típico, pero a menudo sus habilidades motrices finas son normales. Generalmente, a medida que mejoran las condiciones

cardíacas o pulmonares, también mejora el desarrollo motriz. Sin embargo, algunos niños con enfermedades pulmonares o cardíacas crónicas pueden seguir siendo hipotónicos, desarrollando trastornos neuromotores menores o incluso parálisis cerebral.

- **Dependencia de la tecnología:** los niños con ostomías o que necesitan apoyo técnico de soporte vital pueden presentar retrasos. Los tubos de traqueotomía o las sondas de alimentación por gastrostomía suelen dificultar la colocación del niño boca abajo, lo que puede alterar la secuencia normal del desarrollo motriz.
- **Problemas gastrointestinales:** la molestia que siente el niño por el reflujo gastroesofágico y la preocupación de los padres por no exacerbar el reflujo pueden hacer que se evite la posición prona (boca abajo). Un reflujo severo que produzca dificultad respiratoria también puede limitar la exploración de la motricidad. Estos niños pueden demostrar retrasos en la motricidad gruesa, pero por lo general las habilidades motrices finas se desarrollan normalmente.
- **Nutrición:** los niños que sufren de desnutrición crónica o retraso del crecimiento a menudo son hipotónicos y débiles, faltos de vitalidad y presentan retrasos en la motricidad. El desarrollo motriz tiende a mejorar cuando mejora la condición nutricional.
- **Medicamentos recetados:** muchos medicamentos pueden afectar las funciones neurológicas, lo que a su vez puede afectar el desarrollo motriz. Los medicamentos contra las convulsiones pueden producir letargo y/o hipotonía. Los bebés en el útero expuestos a ciertos medicamentos pueden demostrar una hipertonicidad que a menudo dura varios meses.
- **Visión:** dado que el mantenimiento del tono muscular se relaciona con la exploración de la motricidad, esta suele verse afectada en los niños con percepción visual limitada. Por consiguiente, los niños ciegos pueden demostrar retrasos para

alcanzar objetos, sentarse, gatear y caminar. Además, el modo de andar inicial en estos niños es por lo general de base ancha, porque carecen de la información visual usada normalmente para el equilibrio.

Trastorno de la motricidad

Los trastornos de la motricidad involucran anormalidades leves a graves del tono muscular, postura, movimiento y adquisición de habilidades motrices. Para estas normas, el análisis de los trastornos de la motricidad se limitará a los trastornos de la motricidad en el desarrollo y a los trastornos estáticos del sistema nervioso central (específicamente la parálisis cerebral).

Trastornos de la motricidad en el desarrollo

Los trastornos de la motricidad en el desarrollo son los retrasos de la motricidad que forman parte de un retraso general en el desarrollo, los trastornos de la motricidad provocados por una hipotonía y el trastorno neuromotor leve.

- **Retrasos en el desarrollo global:** En general, los hitos motrices pueden ser más fácilmente reconocibles que los hitos cognitivos en el primer año de vida. Los retrasos en las habilidades motrices o las diferencias cualitativas en el movimiento pueden ser el primer signo de un problema en aquellos niños en quienes después se diagnostica un daño cognitivo. Dado que algunos síndromes son genéticos, es importante identificar al niño lo más pronto posible para que se ofrezca orientación en planificación familiar.
- **Hipotonía:** La hipotonía muscular dificulta que el niño mantenga su postura contra la gravedad, reduciendo así la potencia muscular y retrasando la adquisición de habilidades motrices. La inestabilidad para sentarse y estar de pie puede extenderse a algunos problemas con las habilidades motrices finas. Generalmente, a medida que el niño madura y aumenta

la potencia muscular para compensar la hipotonía, estos retrasos tienden a ser menos notables. Algunos niños con hipotonía pueden tener dificultades de coordinación persistentes o, posteriormente, dificultades de aprendizaje.

Trastorno neuromotor leve: El trastorno neuromotor leve es un deterioro de la coordinación motriz que no es consecuencia de un retraso mental u otros trastornos neurológicos como la parálisis cerebral. Esta afección también puede denominarse trastorno del desarrollo de la coordinación, síndrome del niño torpe, trastorno del desarrollo específico de la función motriz y parálisis cerebral mínima. Los niños con esta afección muestran capacidades motoras finas o gruesas significativamente por debajo del nivel esperado según la función cognitiva. Entre ellos tenemos.

Parálisis cerebral: La parálisis cerebral es una afección neurológica crónica que deteriora la motricidad. El término parálisis cerebral se refiere a una combinación de síntomas, no a una enfermedad específica. Los síntomas de la parálisis cerebral se deben a una lesión cerebral estática (no progresiva) que ocurre antes de que el cerebro se desarrolle plenamente. Antes de diagnosticar la parálisis cerebral se deben excluir todas las lesiones neurológicas potencialmente progresivas. Hay muchos tipos de lesiones cerebrales que pueden causar parálisis cerebral, y así también hay muchos tipos de parálisis cerebral. La gravedad, síntomas y afecciones asociadas varían ampliamente, dependiendo de la naturaleza y magnitud de la lesión cerebral. Para fines descriptivos y de diagnóstico la parálisis cerebral suele clasificarse según la anormalidad neurológica presente, el patrón y severidad de la participación de brazos y piernas, y/o el grado de deterioro de la motricidad funcional.

Causas de los trastornos de la motricidad

Incluso después de investigaciones extensas, no es posible encontrar causas en la vasta mayoría de los niños que tienen un trastorno de la motricidad. En los niños sin factores de riesgo fácilmente identificables es crucial excluir los trastornos metabólicos o genéticos.

- **Leucomalacia periventricular** (*lesión cerebral isquémica*): El tejido cerebral puede dañarse si no recibe bastante sangre. Esta es una lesión cerebral isquémica. Los bebés prematuros son particularmente vulnerables a un tipo de lesión cerebral isquémica llamada leucomalacia periventricular. Este tipo de lesión es normalmente simétrica (afecta a ambos lados del cuerpo) y produce generalmente tipos dipléjicos de trastornos de la motricidad (todas las extremidades resultan afectadas, pero el deterioro es mayor en las piernas que en los brazos).
- **Infarto hemorrágico periventricular**: Si existe hemorragia periventricular o hemorragia intraventricular (sangrado importante en el cerebro), puede ocurrir una lesión cerebral y necrosis (muerte del tejido cerebral). Observada más a menudo en bebés prematuros, este tipo de lesión generalmente lleva a diversos grados de hemiplejía (que solamente afecta un lado, estando generalmente la pierna más involucrada que el brazo o en igual medida que este).
- **Malformaciones cerebrales**: En el cerebro en desarrollo las anomalías suelen producir trastornos de la motricidad. Por esta razón suelen realizarse estudios neuroimagenológicos en niños que muestran síntomas de trastornos de la motricidad.
- **Encefalopatía hipóxico-isquémica**: Durante mucho tiempo se pensó que la hipoxia (falta de oxígeno) en el recién nacido era la principal causa de la parálisis cerebral. Aunque ahora se considera una causa menor, puede ser un factor en algunos niños que desarrollan más tarde un trastorno de la motricidad.

- **Encefalopatía bilirrubínica:** La bilirrubina es algo que se produce normalmente en la sangre. Un nivel anormalmente alto de bilirrubina en un recién nacido inmaduro o enfermo puede alcanzar un área del cerebro que controla los movimientos involuntarios. Esto puede producir un trastorno del movimiento.

Los trastornos de la motricidad tienen muchas otras causas posibles. Estas pueden llevar a diversos grados de deterioro de la motricidad y posiblemente otros trastornos del desarrollo. Entre los ejemplos están la infección intrauterina, infección posnatal (meningitis, sepsis), lesión cerebral traumática, abandono o abuso infantil, patología de la médula espinal (como la espina bífida) o dislocación congénita de la cadera.

Prevención de trastornos de la motricidad

Es importante identificar lo más pronto posible a los niños en riesgo de trastornos de la motricidad, de modo que se pueda iniciar una vigilancia apropiada del desarrollo, así como la identificación y control de los retrasos y trastornos de la motricidad. La identificación temprana y una intervención apropiada pueden promover mejores resultados funcionales a largo plazo y contribuir a maximizar el desarrollo general del niño. La identificación temprana de trastornos de la motricidad en recién nacidos y bebés puede ocurrir de varias maneras. Si el niño es prematuro o tiene otros factores de riesgo conocidos de problemas de desarrollo, la posibilidad de un trastorno de la motricidad puede identificarse al nacer.

Sin embargo, la mayoría de los bebés con trastornos de la motricidad son bebés nacidos a término con períodos neonatales sin complicaciones. Los informes de los padres acerca de ciertas conductas o falta de avance en el desarrollo del niño y/o la observación directa del niño durante las visitas de atención médica rutinaria pueden dar lugar a preocupaciones por un posible problema motor.

Además, los profesionales deben tener una sólida base de conocimientos acerca del típico desarrollo neonatal y temprano, los patrones atípicos de desarrollo y las herramientas de la evaluación que se utilizan. Entre las otras características profesionales importantes se incluye comprender la importancia de la observación, reconocer las indicaciones que da el niño y ser sensible a las necesidades de los padres.

Los bebés que tienen trastornos de la motricidad suelen presentar retrasos en otros dominios del desarrollo y se encuentran en alto riesgo de problemas de salud. Por consiguiente, es probable que muchos profesionales diferentes se involucren en un proceso continuo de evaluación e intervención para estos niños. Es importante que todas las personas que trabajan con el niño y la familia

Además, los profesionales deben tener una sólida base de conocimientos acerca del típico desarrollo neonatal y temprano, los patrones atípicos de desarrollo y las herramientas de la evaluación que se utilizan. Entre las otras características profesionales importantes se incluye comprender la importancia de la observación, reconocer las indicaciones que da el niño y ser sensible a las necesidades de los padres.

Los bebés que tienen trastornos de la motricidad suelen presentar retrasos en otros dominios del desarrollo y se encuentran en alto riesgo de problemas de salud. Por consiguiente, es probable que muchos profesionales diferentes se involucren en un proceso continuo de evaluación e intervención para estos niños. Es importante que todas las personas que trabajan con el niño y la familia

Al trabajar con niños y familias es esencial considerar las prioridades de los padres, el estilo de crianza y el sistema de apoyo práctico y emocional de la familia. Puede haber diferencias culturales y familiares en las expectativas acerca de cosas tales como el desarrollo de las habilidades adaptativas o de autoayuda y de la independencia, el juego y la interacción social, el uso pragmático del idioma y el contacto ocular.

Identificación de niños con trastorno de la motricidad

- **Desarrollo de los reflejos:** Una de las maneras en que se evalúa rutinariamente el desarrollo motriz en los niños pequeños es la evaluación de la presencia y calidad del desarrollo de los reflejos. En general, la persistencia de los reflejos primitivos más allá de aproximadamente los 6 meses de edad es un indicio clínico de posibles problemas motores y/o otros problemas del desarrollo. Si bien no siempre se clasifican como parte de la constelación de reflejos primitivos, dos de los reflejos más obvios presentes al nacimiento son los de *succión* y de *agarre*. Estos reflejos además se integran a los patrones de movimiento normal en los primeros 6 meses del niño y son indicadores igualmente importantes del desarrollo infantil.
- **Reflejo de succión:** El reflejo de succión es un movimiento de adelante hacia atrás que hace la lengua. Los problemas de succión temprana suelen identificarse con amamantamientos que continuamente exceden.
- **Reflejo de agarre palmar:** El reflejo de agarre palmar (como al agarrar y sujetarse del dedo de alguien) se puede descubrir fácilmente en el período neonatal. Se consideran anormales la ausencia de este reflejo en el período neonatal, la persistencia del reflejo más allá de los 6 meses o una persistente posición de manos empuñadas.
- **Reflejo de Moro.** activada por un súbito movimiento de la cabeza y/o cuello del niño hacia adelante o hacia atrás, la respuesta de Moro es una rápida apertura de brazos seguida

por una postura de “abrazo”. La ausencia del reflejo o una asimetría (los movimientos no son iguales a ambos lados) pueden indicar una condición anormal.

- **Reflejo positivo de apoyo:** el reflejo positivo de apoyo consiste en una plena extensión de rodillas y tobillos seguida por su flexión. La respuesta de mantener las piernas estiradas durante más de 30 segundos es anormal a cualquier edad
- **Reflejo tónico asimétrico del cuello (ATNR):** al girar la cabeza del niño hacia un lado mientras este se encuentra acostado de espaldas se activa la “postura de esgrima”. Este reflejo, cuando es fuerte y persistente pasados los 6 meses, suele producir una postura asimétrica y falta de variabilidad en los movimientos de brazos y piernas. Esta postura se considera anormal cuando dura más de 30 segundos a cualquier edad
- **Reflejo tónico laberíntico (TLR):** al extender el cuello, los hombros se tiran hacia atrás y las piernas se extienden alejándose del cuerpo. La flexión de la cabeza y/o cuello produce una posición fetal
- **Tono muscular en el período neonatal:** La valoración del tono muscular es otra de las maneras en que se evalúa rutinariamente el desarrollo motriz de los niños pequeños. Esto se puede hacer observando los movimientos espontáneos del niño y la posición de brazos y piernas en reposo. También puede usarse como indicadores del tono muscular a los ángulos poplíteos (curvatura en las articulaciones de la rodilla). En el recién nacido, el ángulo poplíteo es normalmente un ángulo recto. La medición del ángulo poplíteo puede ser útil para identificar a los bebés y niños pequeños en riesgo de parálisis cerebral y otros problemas del desarrollo motriz.
- **El tono postural** es otro término que se usa para describir el tono muscular en los niños pequeños. Se trata del desarrollo del control de cabeza y tronco a medida que el bebé aprende a moverse en contra de la gravedad. Para lograr un tono postural adecuado los músculos deben tener suficiente tono para resistir

la fuerza de gravedad, pero no tanto como para evitar un movimiento controlado. El ángulo poplíteo se mide con el paciente supino, la cadera flexionada en 90° y la rodilla extendida hasta el punto de resistencia. Este ángulo se puede medir con dos métodos diferentes: A) método de Dubowitz y (B) método de Bleck

- **Patrones anormales de movimientos generales:** Las actividades motrices espontáneas son movimientos generalizados que ocurren en los bebés pequeños en los primeros 4 a 5 meses después del término. Estos movimientos, así como aquellos asociados con las actividades motrices como rodar, gatear y caminar, son indicadores sensibles de la función cerebral. Los movimientos generales que carecen de complejidad y variabilidad pueden ser un indicio clínico de un posible problema motor. La falta de movimientos generales también debe ser motivo de preocupación. Los niños con parálisis cerebral comúnmente presentan anomalías de los movimientos generales. Los movimientos anormales pueden ser lentos y monótonos o bien rápidos y caóticos

Factores de riesgo para los trastornos de la motricidad

Factores de riesgo durante el embarazo

- Diabetes o hipertiroidismo maternos
- Alta tensión arterial materna
- Infección vaginal o intrauterina
- Nutrición materna deficiente
- Convulsiones maternas
- Cuello incompetente (riesgo de parto prematuro)
- Hemorragia materna por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta
- Teratógenos (alcohol, drogas, exposición a la radiación)

Factores de riesgo en el parto

- Ruptura prolongada de las membranas amnióticas durante más de 24 horas que produce infección
- Ritmo cardíaco fetal muy deprimido (lento) durante el parto, indicando que el feto sufre dolor
- Nacimientos múltiples
- Presentación anormal, por ejemplo de nalgas, cara o tronco, que produce un parto difícil
- Complicaciones o trauma durante el parto

Factores de riesgo neonatal

- Nacimiento prematuro (menos de 37 semanas de gestación)
- Bajo peso al nacimiento (menos de 1500 gramos)
- Hipoxia o asfixia (oxígeno insuficiente), isquemia cerebral (deficiente flujo de sangre al cerebro)
- Meningitis
- Hemorragia intraventricular (IVH) (sangrado en los espacios interiores del cerebro o en el tejido cerebral)
- Leucomalacia periventricular (PVL) (daño del tejido cerebral debido a falta de oxígeno o problemas con el flujo sanguíneo)

Otros factores de riesgo

- Síndromes genéticos
- Anormalidades cromosómicas
- Antecedentes familiares de retardos

Indicios de un posible trastorno de la motricidad

- Patrones de movimiento o tono asimétricos (no iguales a ambos lados)
- Mayor tono flexor pasivo en los brazos en comparación con las piernas
- Desequilibrio del tono extensor y flexor del cuello y tronco
- Hipotonía (flaccidez) del tronco: El bebé se resbala de las manos cuando se lo sostiene por debajo de los brazos en posición vertical

- Cuelga con flaccidez sobre la mano cuando se sostiene en posición prona (boca abajo)
- Pies con flexión plantar
- Se cae hacia atrás cuando está en posición sentada
- Gatea como dando saltos de conejo
- Camina en puntas de pie
- Coloca las piernas como tijeras mientras está de pie
- Se sienta con las piernas en posición de “w” (postura de sastre inversa)
- Hiperextensión de cabeza y cuello en posición prona junto con significativo retraso de la cabeza al tirarlo para sentarlo

Kathryn E. Barnard. La madre crea un hogar y hace de la casa un ámbito cálido, seguro lleno de amor para sus hijos, guía el hogar, la familia, es la figura central en la vida de sus hijos, conserva este vínculo aun cuando los niños ya han crecido y necesitan independizarse, asume la responsabilidad de conducir el desarrollo de los niños dentro de su familia, incluyendo áreas como salud, educación y orientación vocacional, asume la responsabilidad de las decisiones cotidianas, hace participar a los niños en aquellas decisiones que les conciernen de acuerdo a su madurez, asegura el bienestar y promueve el desarrollo en los aspectos; físico, afectivo, intelectual, social y espiritual

Barnard establece que el sistema padres-hijo es influenciado por las características individuales de cada uno de sus miembros y que dichas características se modifican para generar conductas adaptativas. Este modelo se centra en el entrenamiento a los padres como terapeutas, cuyo objetivo central es prestar apoyo y orientaciones para hacer frente al comportamiento del niño.

Vásquez Buceta el cuidado y amor maternal es un sentimiento real que se tiene a los hijos, se dan en todos los aspectos, ya sea espiritual, material, satisfaciendo sus necesidades básicas, y más

aún cuando éste sufre alguna dolencia. La familia, es el pilar fundamental del desarrollo del individuo, por lo cual el apoyo que los profesionales de la salud, ofrezcan, en especial la enfermera, debe ser abordada desde un enfoque integrador, globalizador, a la vez que personalizado, respecto a cada uno de los miembros y su influencia en el sistema familiar.

Forguieri, considera a la madre como la cuidadora primaria por el conocimiento que tiene de su propio hijo, por el tiempo y amor que le dedica; en consecuencia, es la persona adecuada para intervenir en el cuidado de su niño, el papel de las madres es esencial, transmitiendo confianza y compensando la falta de estimulación y de conexión con el mundo exterior.

Nola J. Pender en su Modelo de Promoción de la Salud, se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que defiende la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento. Este modelo de Pender tiene una estructura similar al de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad y abarca también los comportamientos que favorecen la salud

La teoría de la **Madeleine Leininger** sobre la transculturización plantea concretamente que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, grupo o individuo puede definir el logro de objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería. De esta manera se prodigaron cuidados que respetan los sistemas genéricos o tradicionales y aplican a su vez los sistemas profesionales, logrando así un estado de salud holístico con una asistencia de enfermería coherente con la cultura.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Control de niño sano:** Es un control o supervisión de salud en la cual consiste Conjunto de actividades destinada a la prevención, detección, y tratamiento oportuno de enfermedades, además del acompañamiento y educación al niño y su familia, con el fin de lograr un adecuado desarrollo y crecimiento
- **Crecimiento y Desarrollo:** El crecimiento es el incremento en el peso y la talla de los niños. El desarrollo es la maduración de las funciones del cerebro y de otros órganos vitales
- **Morbilidad:** Es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida.

2.4. VARIABLE

Univariable = conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor en niños menores de 3 años

2.4.1. Definición Conceptual de la variable

Es el conjunto de acciones que un profesional realiza para llevar a cabo su función. Está relacionado con la puesta en práctica de una serie de actividades y procedimientos propios y específicos del campo profesional en que se desenvuelve la persona.

2.4.2. Definición Operacional de la variable

Es la detección del perfil motriz y, como un dispositivo clínico, que puede ayudar a la comprensión de los problemas de comportamiento de aprendizaje

2.4.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor en niños menores de 3 años	Motora fina Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none">▪ Agarra, soltar y manipular objetos▪ Comer, tragar, producir sonidos y hablar▪ Pinta, garabatea, rayas y círculos ▪ Camina armoniosamente y con elegancia.▪ Salta con los dos pies juntos.▪ Pedalear en triciclo.▪ Sube las escaleras alternado los pies▪ Permanece parado en un pie por más tiempo.▪ Controla esfínteres

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo cuantitativo descriptivo, comparativo. Hernández Sampiere refiere que los trabajos con enfoque cuantitativo, utilizan estadística para presentar los resultados, de nivel aplicativo ya que plantea resolver el problema, no experimental. Según Kelinger refiere que los trabajos de tipo no experimental es la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o ha que son inherentes no manipulables, de diseño descriptivo ya que solo describe la variable no la manipula la estudia tal como se presenta

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El 23 de Septiembre de 1982 fue inaugurada, el Local del centro de salud la querencia, esperanza baja donado por la señora Ana Oshiba de Fukuda. En el año 1994 se inicia el Programa de Focalización dotando al Establecimiento de personal profesional Médico, Enfermera, Obstetrix, Odontólogo y tres Técnicas de enfermería. De esta forma se mejoró el servicio a la comunidad. En la primera planta se remodelaron y techaron los ambientes de Consultorio de Enfermería, Laboratorio, Sala de Computo, Depósito y Servicios Sanitarios. Se construyeron en la segunda planta: un Auditorio con su barra y los Servicios Sanitarios. Gracias a la

calidad y calidez con que brindan la atención este eficiente equipo de Salud de este Establecimiento, así como por su buena infraestructura ha sido declarado como Centro Modelo de Atención Integral. El entusiasmo siempre presente hizo posible que pese a la crisis económica que vivimos se hiciera realidad el sueño de adquirir un Terreno más para la ampliación del Establecimiento, ahora cuenta con nuevos ambientes en el 1er. Piso, Sala de partos, Tópico, Sala de observación, Consultorio de Enfermería, 2do. Piso, Servicio de Laboratorio equipado (Con un Equipo de Bioquímica, Microcentrifuga), Dirección, Servicio de Ecografía, y la Oficina de Estadística e Informática y por último el Seguro Integral de Salud), actualmente tenemos del 3er. Piso construido en el cual se encuentra el Auditorio. Las gestiones y perspectivas son muy positivas; todos estos logros y los venideros han sido y serán posibles gracias al trabajo en equipo del personal de Salud y de la Comunidad identificada con el desarrollo de la misma.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La presente investigación tiene como población a las 217 madres de niños menores de 3 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja

3.3.2. Muestra

La muestra estará conformada por las 217 madres de niños menores de 3 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja

3.4. TÉCNICA O INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizara será la observación por ser las más adecuadas para cumplir con el objetivo del estudio y obtener información sobre el desarrollo motor de los niños atendidos en el centro de salud la querencia,

esperanza baja. Se elaboro como instrumento una ficha para recolectar la información requerida.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para la recolección de datos se utilizara una Ficha de Evaluación del Estado motor. El instrumento será sometido a validez de contenido a través del juicio de expertos profesionales de enfermería con experiencia en el área para que otorgaran su opinión en cuanto a reducción, numero ítems y concordancia a entre ítems y objetivos para determinar la confiabilidad del instrumento, luego se realizara una prueba piloto, al que se le aplicara la prueba estadística alpha de cronbach para medir la confiabilidad.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se establecerá coordinaciones con la jefatura de del centro de salud la querencia, esperanza baja para la realización del proyecto a fin de obtener el consentimiento de la institución. Posterior a ello se realizo las coordinaciones con la enfermera encargada del consultorio de CRED para la aplicación del instrumento, se considerando 45 minutos aproximadamente, para su aplicación previa autorización de la madre del niño.

Luego de la recolección de datos, se procederá a elaborar la tabla de códigos para procesar los datos. Los resultados serán presentados en tablas y gráficos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico se uso el programa Excell.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados en forma manual y con el programa Excel agrupados de tal forma, que se presenta en la tabla y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta una tabla de perfil de las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja y luego los gráficos, ambos relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base a las 217 madres

Tabla 1

Perfil de las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, Esperanza Baja.

2014

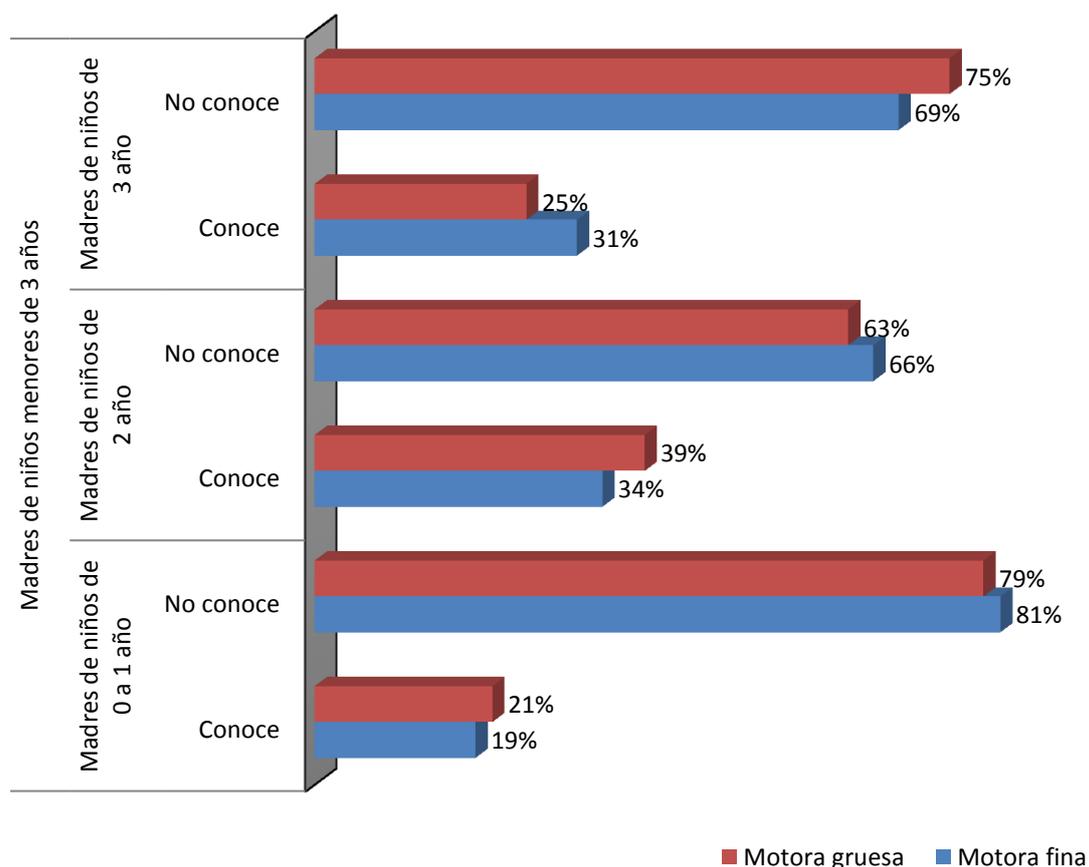
Perfil	Madres de niños menores de 3 años	
	f	f%
Edad		
21 a 26	67	31%
27 a 32	76	35%
33 a 38	43	20%
39 a 44	31	14%
Total	217	100%
Grado de instrucción		
Primaria	7	3%
Secundaria	198	91%
estudiante	12	6%
Total	217	100%
Número de hijos menor de 3 años		
solo 1	37	17%
solo 2	121	56%
solo 3	59	27%
Total	217	100%
Condición Laboral		
Dependiente	167	77%
Independiente	24	11%
Ama de casa	26	12%
Total	217	100%

Fuente: Encuesta a las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, Esperanza Baja. 2014

Del 100% de las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, Esperanza Baja, el 35% fluctúan entre las edades de 27 a 32 años, el 91% tienen solo estudios de secundaria, el 56% tienen dos hijos menores de 3 años, el 77% su condición laboral es dependiente

Gráfico 1

Conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, Esperanza Baja. 2014

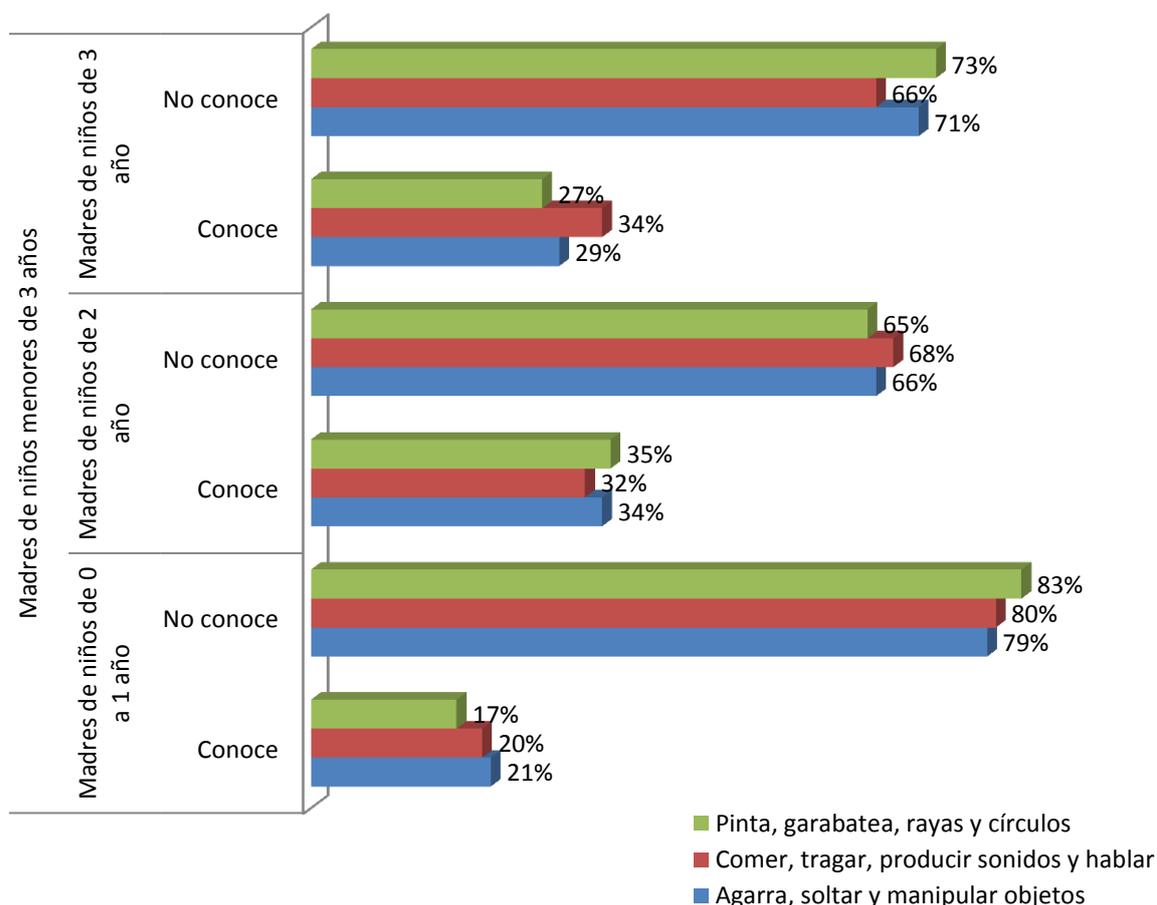


Fuente: Encuesta a las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, Esperanza Baja. 2014

Las madres de niños de 0 a 1 años que acuden consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, el 81% no tienen conocimientos sobre el desarrollo motor fina, el 79% no tienen conocimientos sobre el desarrollo motor grueso. Las madres de niños de 2 años, el 66% no tienen conocimientos sobre el desarrollo motor fina, el 63% no tienen conocimientos sobre el desarrollo motor grueso. Las madres de niños de 3 años, el 69% no tienen conocimientos sobre el desarrollo motor fina, el 75% no tienen conocimientos sobre el desarrollo motor grueso.

Gráfico 2

Conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor grueso en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. 2014



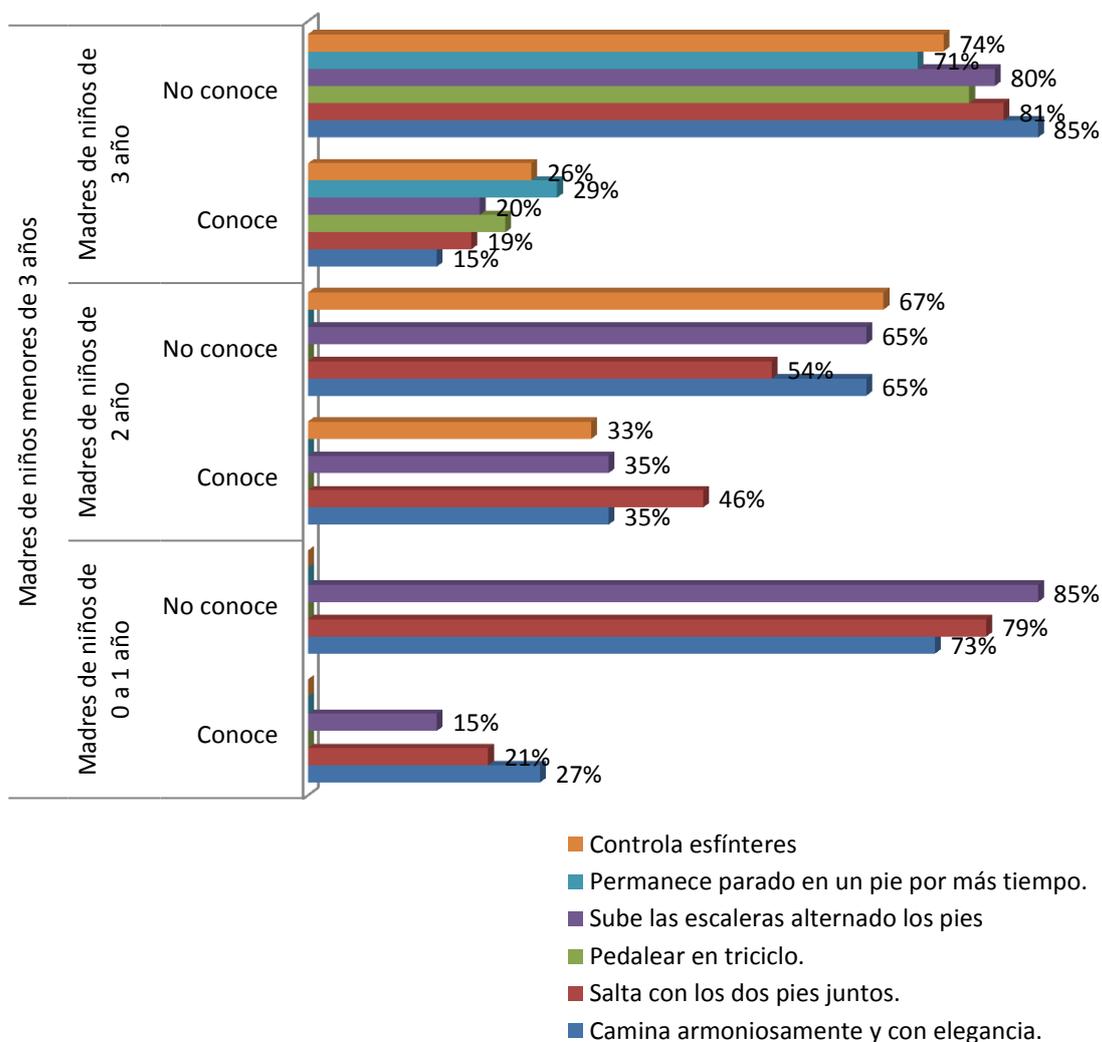
Fuente: Encuesta a las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, Esperanza Baja. 2014

Las madres de niños de 0 a 1 años que acuden consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, el 79% de las madres desconoce como su niño debe agarra, soltar y manipular objetos, el 80% desconocen cómo y cuándo dar de lactar, tiempo, postura así como también el inicio de la alimentación complementaria que comer, como comer, los sonidos y cuando inicia a hablar, el 83% de las madres desconocen cómo enseñarles a garabatear. Las madres de niños de 2 años, el 66% de las madres desconoce como su niño debe manipular los objetos, el 68% desconoce que alimentos se

les puede dar a los niños, el número de palabras o frases que puede hablar, el 65% de las madres desconocen cómo enseñarles a garabatear, pintar y hacer rayas. Las madres de niños de 3 años, el 71% de las madres desconoce cómo manipular los objetos, el 66% desconoce el número de palabras y frases que debe hablar, el 73% de las madres desconocen cómo enseñarles a pintar, garabatear, rayas y círculos

Gráfico 3

Conocimientos de las madres sobre el desarrollo motor fino en niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja. 2014



Fuente: Encuesta a las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, Esperanza Baja. 2014

Las madres de niños de 0 a 1 años que acuden consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, el 73% de las madres desconoce cómo debe caminar armoniosamente y con elegancia, el 79% desconocen cómo debe enseñarle a saltar a su niño con los dos pies juntos, el 83%

desconocen cómo debe enseñarle a subir las escaleras alternado los pies, Las madres de niños de 2 años, el 65% de las madres desconoce cómo debe enseñarle a camina armoniosamente y con elegancia, el 54% de las madres desconocen cómo debe enseñarle a salta con los dos pies juntos, el 65% de las madres desconocen cómo debe enseñarle a subir las escaleras alternado los pies, el 67% de las madres desconocen cómo debe enseñarle a controla esfínteres. Las madres de niños de 3 años, el 65% de las madres desconoce cómo debe enseñarle a camina armoniosamente y con elegancia, el 54% de las madres desconocen cómo debe enseñarle a salta con los dos pies juntos, el 77% de las madres desconocen cómo debe enseñarle a peladear un triciclo, el 65% de las madres desconocen cómo debe enseñarle a subir las escaleras alternado los pies, el 67% de las madres desconocen cómo debe enseñarle a controla esfínteres

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El desarrollo motor grueso y fino, también conocido como motricidad fina y gruesa, está relacionado con las áreas motoras de la persona, de posición y movimiento, que entran en juego.

Muchas veces la falta de conocimiento por parte de los padres involucra la falta de compromiso para estimular al niño y favorecer el desarrollo motor fino y grueso, a través de la encuesta se tuvo que las madres de niños de 0 a 1 años que acuden consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, el 81% no tienen conocimientos sobre el desarrollo motor fina, el 79% no tienen conocimientos sobre el desarrollo motor grueso. Las madres de niños de 2 años, el 66% no tienen conocimientos sobre el desarrollo motor fina, el 63% no tienen conocimientos sobre el desarrollo motor grueso. Las madres de niños de 3 años, el 69% no tienen conocimientos sobre el desarrollo motor fina, el 75% no tienen conocimientos sobre el desarrollo motor grueso. Las diferencias entre el desarrollo motor grueso y el fino residen en las áreas implicadas. La motricidad gruesa está referida a los cambios de posición del cuerpo y a la capacidad para mantener el equilibrio, es decir, que implica el uso hábil del cuerpo como un todo e incluye la postura y la movilidad. El área motora fina se relaciona con los movimientos finos coordinados entre ojos y manos, implica el uso de partes individuales del cuerpo, como decimos especialmente las manos, aunque también otros grupos de músculos pequeños.

En el desarrollo motor de los bebés los hitos se pueden diferenciar entre motricidad gruesa y fina prácticamente desde el nacimiento. Podemos decir que el desarrollo motor grueso es el primero en hacer su aparición, desde el momento en el que el bebé empieza a sostener su cabeza. Sentarse sin apoyo, gatear, caminar, correr, saltar, subir escaleras... son otros logros de motricidad gruesa que, con el paso de los años, irá adquiriendo y aprendiendo el niño. El desarrollo motor fino se hace patente un poco más tarde, y comienza a intentar coger los objetos y manipular su entorno. La motricidad fina incluirá tareas como dar palmadas, realizar torres de piezas, tapar o destapar objetos, hasta alcanzar niveles muy altos de complejidad. Las primeras capacidades correspondientes a la motricidad gruesa y fina, si el bebé no tiene problemas sensoriales o físicos, suelen adquirirse simplemente en relación con el entorno. Estos resultados coinciden con los resultados en el estudio de GARCÍA Tornel, Florensa; GARCÍA García, J.J; REUTER, J; CLOW, C; REUTER, L, y los enmarcados por LUNA MUÑOZ, RONULFO FERNANDO

CONCLUSIONES

1. Las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, Esperanza Baja, fluctúan entre las edades de 27 a 32 años, tienen estudios de secundaria, y un poco más de la mitad tienen dos hijos menores de 3 años, y su condición laboral es dependiente
2. En respuesta al objetivo general se puede decir que las madres de niños menores de 3 años no tienen muchos conocimientos sobre el desarrollo motor fino y grueso.
3. Respondiendo al primer objetivo específico tenemos que las madres de niños de menores de 3 años que acuden consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, hay un gran desconocimiento sobre el desarrollo motor fino
4. Respondiendo al segundo objetivo específico tenemos que las madres de niños de menores de 3 años que acuden consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la Querencia, hay un gran desconocimiento sobre el desarrollo motor grueso evidenciándose falta de información por ende deficiencias en la labor educadora de la enfermera

RECOMENDACIONES

1. Las enfermeras deben motivar en los padres a estimular al niño en realizar cada una de las diversas actividades que involucre el desarrollo motor fino y grueso de esta manera podrán desarrollar todos sus sentidos y capacidades psicomotrices, con una motivación adecuada.
2. Desarrollar talleres de capacitación para las enfermeras, actualizándolas y sensibilizándolas en una labor tan importante para conducir y aprovechar el desarrollo de la motricidad
3. Realizar sesiones educativas para sensibilizar a los padres de cuán importante es el desarrollo motor ya que eintegra elementos cognitivos, afectivos, y nos muestra al niño, tal como es, desplegando sus extraordinarias potencialidades de perfección, las que paulatinamente actualizará a través del proceso de enseñanza-aprendizaje.

REERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pradanos A. La pobreza es la primera causa de mortalidad infantil en el mundo. El diario Montañés. 8 de mayo del 2008; Sec. 8: p.1
2. MINSA - Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.pe/portal/p2005/docconsulta.asp>
3. La Torre V, Vergara C. Manual para evaluación de la salud del niño. Lima: Departamento Académico de Pediatría, Facultad de Medicina, UNMSM; 1997
4. ANDRACA, Isidora; PINO, Paulina; DE LA PARRA, Alicia; RIVERA, Francisca y CASTILLO, Marcela en su estudio Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. Chile, 2007.
5. ONTIVEROS Mendoza, Esperanza; CRAVIOTO, Joaquín; SÁNCHEZ Pérez, Carmen; BARRAGÁN Mejía, Gerardo en su estudio titulado Evaluación del desarrollo motor en función de género, estimulación disponible en el hogar y nivel socioeconómico en niños de 0 a 3 años de edad del área rural” México. 2002
6. GARCÍA Tornel, Florensa; GARCÍA García, J.J; REUTER, J; CLOW, C; REUTER, L, en su estudio Nuevo método de evaluación del desarrollo psicomotor basado en la información de los padres. España. 2010.
7. MARTINEZ Muñoz, Constanza; URDANGARIN Mahn, Daniela en su estudio evaluación del desarrollo psicomotor de niños institucionalizados menores de 1 año mediante tres Herramientas distintas de evaluación. Chile. 2007
8. ALBAN, Angie Tatiana en su estudio comparativo del desarrollo psicomotor grueso en dos instituciones educativas de la ciudad de quito comprendido en edades de 2 – 4 años. Quito Ecuador 2007
9. LEZAMA QUIQUIACO María Luz “Desarrollo psicomotor y madurez social con relación al estado nutricional de niños de 3 meses a 6 años de la Cuna Jardín del Instituto Nacional de Salud del Niño” 2002

10. LUNA MUÑOZ, RONULFO FERNANDO Estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños en el Instituto Chávez de la Rosa Arequipa 1998, Perú.
11. Erik Erikson. Etapas del desarrollo. Disponible en: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/desarrolloerikson.pdf> [citado 3 Enero 2011]
12. El Preescolar. Disponible en: Elpreescolarhoy.blogspot.com/2008/09/preescolaralimentacion-delnio.html [citado 11 Febrero 2011]:
13. Ibid. pag. 2
14. ZAPATA, Oscar; La Psicomotricidad y el niño; pág. 47.
15. [http:// scollvas.galeon.com](http://scollvas.galeon.com)
16. Resumen de COMELLAS & CARBO, Ma. Jesús; La Psicomotricidad en Preescolar; pág. 18.
17. COMELLAS & CARBO, Ma. Jesús; La Psicomotricidad en Preescolar; pág. 20 - 26.
18. COMELLAS & CARBO, Ma. Jesús; La Psicomotricidad en Preescolar; pág. 27.
19. COMELLAS & CARBO, Ma. Jesús; La Psicomotricidad en Preescolar; pág. 28
20. COMELLAS & CARBO, Ma. Jesús; La Psicomotricidad en Preescolar; pág. 31
21. COMELLAS & CARBO, Ma. Jesús; La Psicomotricidad en Preescolar; pág. 33.
22. GAZZANO, Elena; Educación Psicomotriz; pág: 60.
23. COMELLAS & CARBO, Ma. Jesús; La Psicomotricidad en Preescolar; pág. 13.
24. COMELLAS & CARBO, Ma. Jesús; La Psicomotricidad en Preescolar; pág. 13.
25. ZAPATA, Oscar; La Psicomotricidad y el Niño; pág. 45.
26. www.educacion.upa.cl/diversidad/PSICOMOTRICIDAD.htm
27. COMELLAS & CARBO, Ma. Jesús; La Psicomotricidad en Preescolar; pág. 67

28. COMELLAS & CARBO, Ma. Jesús; La psicomotricidad en Preescolar; pág. 68
29. www.educacion.upa.cl/diversidad/PSICOMOTRICIDAD.htm
30. www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a10n5.htm

ANEXOS

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	MÉTODO DE ANÁLISIS
<p>El presente estudio es de tipo cuantitativo descriptivo, comparativo. Hernández Sampiere refiere que los trabajos con enfoque cuantitativo, utilizan estadística para presentar los resultados, de nivel aplicativo ya que plantea resolver el problema, no experimental.</p> <p>Según Kelinger refiere que los trabajos de tipo no experimental es la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o son inherentes no manipulables, de diseño descriptivo ya que solo describe la variable no la manipula la estudia tal como se presenta</p>	<p>Población La presente investigación tiene como población a 321 niños entre las edades de 0 años a 3 años 11 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja</p> <p>Muestra La muestra estará conformada por los 321 niños entre las edades de 0 años a 3 años 11 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud la querencia, esperanza baja</p>	<p>La técnica que se utilizara será la observación por ser las más adecuadas para cumplir con el objetivo del estudio y obtener información sobre el desarrollo motor de los niños atendidos en el centro de salud la querencia, esperanza baja. Se elaboro como instrumento una ficha para recolectar la información requerida.</p>	<p>Para la recolección de datos se utilizara una Ficha de Evaluación del Estado motor. El instrumento será sometido a validez de contenido a través del juicio de expertos profesionales de enfermería con experiencia en el área para que otorgaran su opinión en cuanto a reducción, numero ítems y concordancia a entre ítems y objetivos para determinar la confiabilidad del instrumento, luego se realizara una prueba piloto, al que se le aplicara la prueba estadística alpha de cronbach para medir la confiabilidad.</p> <p>Se establecerá coordinaciones con la jefatura de del centro de salud la querencia, esperanza baja para la realización del proyecto a fin de obtener el consentimiento de la institución. Posterior a ello se realizo las coordinaciones con las enfermera encargada del consultorio de CRED para la aplicación del instrumento, se considerando 45 minutos aproximadamente, para su aplicación previa autorización de la madre del niño.</p> <p>Luego de la recolección de datos, se procederá a elaborar la tabla de códigos para procesar los datos. Los resultados serán presentados en tablas y gráficos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico se uso el programa Excell.</p>

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

FICHA DE EVALUACION

I.- DATOS GENERALES

1. Edad.....
2. Género: Masculino Femenino
3. Grado de instrucción.....
4. Estado civil.....
5. Ocupación

II. DATOS ESPECIFICOS

Si = 1

Con dificultad = 2

No puede = 3

Mami su niño realiza estas actividades (marcar según edad)

Edad	Desarrollo motor	1	2	3
0 a 4 meses	1. Levanta la cabeza. 2. Mantiene las manos predominantemente abiertas. 3. Sostiene un objeto con los dedos y la palma de la mano			
4 a 8 meses	4. Mantiene levantada la cabeza y el pecho. 5. Coge los objetos. 6. Rueda sobre el estómago y queda en posición supina. 7. Sentado con apoyo gira la cabeza a ambos lados. 8. Se lleva un objeto a la boca. 9. Junta las manos en la línea media. 10. Coge un caramelo con varios dedos.			
8 a 12 meses	11. Se sienta sin ayuda. 12. Se pone de pie apoyándose en cosas o personas. 13. Gatea, se arrastra, se desliza. 14. Pasa los objetos de una mano a otra. 15. Da un juguete. 16. Se pone boca abajo estando boca arriba. 17. Suelta un objeto deliberadamente para coger otro			

12 a 18 meses	18. Permanece de pie sin ayuda. 19. Camina con ayuda. 20. Sube una escalera gateando o con ayuda. 21. Domina la conducta o <u>el agarre de pinza</u> . 22. Comienza a comer por sí mismo. 23. Construye una torre con tres cubos. 24. Se sienta en una silla pequeña.			
18 a 24 meses	25. Camina sin apoyo. 26. Corre. 27. Se levanta sin apoyo. 28. Tira y chuta una pelota. 29. Sube y baja las escaleras con ayuda colocando ambos pies en cada escalón. 30. Mete anillas en un soporte. 31. Usa un caballito de mecer o una silla mecedora. 32. Imita un movimiento circular. 33. Se pone en cuclillas y vuelve a ponerse de pie.			
2 a 3 años	34. Es un acróbata pues le gusta los juegos fuertes y de revolcones. 35. Puede subir y bajar gradas sólo, pero usa los dos pies en cada escalón. 36. Puede correr con mayor agilidad y empieza a dominar las frenadas bruscas. 37. Puede saltar el último escalón. 38. La marcha es más firme y segura, baila, realiza giros, arrastra objetos, los levanta apoyándolos en su cuerpo, reptar. 39. Sostiene el equilibrio sobre los dos pies juntos. 40. Se sienta en cuclillas. 41. Se sostiene de rodillas, debido a que son más flexibles al igual que sus tobillos. 42. Empuja y tira de las cosas. 43. Camina en punta de los pies, inconscientemente. 44. Se sube a una silla. Y se mantiene inmóvil con los pies juntos y los brazos a los lados. 45. Retrocede 5 pasos y lanza una pelota sin perder el equilibrio. 46. Camina con postura desgarbada y oscilando el cuerpo. 47. Puede acelerar su paso sin perder el equilibrio. 48. Se cuelga con ambas manos. 49. Patea una pelota. 50. Ayuda a vestirse y desvestirse. 51. Camina de lado y para atrás. 52. Demuestra alegría aplaudiendo, bailando, saltando.			

3 a 4 años 11 meses	<p>Motor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se valen por si mismos al vestirse y desvestirse. 2. Saltan con los dos pies. 3. Permanecen más tiempo en una posición. 4. Camina en puntillas. 5. Sube y baja gradas alternando pies. 6. Mantiene el equilibrio en un pie y en una línea. 7. Reconoce su imagen corporal. 8. Corre cambiando la carrera con otras acciones. 9. Camina en diferentes planos. 10. Pedalea un triciclo. 11. Repta por diferentes planos. 12. Lanza de diferentes formas. 13. Camina libremente hacia atrás, adentro, adelante. 14. Ayuda a guardar cosas. 15. Se para en un solo pie, momentáneamente, con la otra flexionada. 16. Salta de una silla pequeña. 17. Se mantiene de rodillas y se levanta sin caminar. 18. Realiza movimientos rítmicos con palma y pies. 19. Corre rítmicamente, acelerando y retardando la marcha. 20. Mueve brazos, manos, dedos con un ritmo dado. 21. Camina o corre manteniendo más juntas las piernas. 22. Alcanza objetos con una mano. 23. Sube y baja con facilidad de una silla o una cama. 24. Salta sobre una cuerda extendida en el piso con los pies juntos. 25. Trata de caminar en equilibrio sobre una tabla. 26. Salta de un escalón a otro. 27. Recibe una pelota con los brazos extendidos. 28. Pone una rodilla en tierra manteniendo los brazos a lo largo del cuerpo con los pies juntos. Mantiene esta posición con el tronco vertical, sin mover los brazos ni el otro pie, sin sentarse sobre el talón. 29. Lanza pelotas con las manos, colocándose en puntas de pies. 30. Se quita él solo el pantalón, medias, zapatos, camisa. 31. Se arrastra y desliza. 32. Marcha entre dos líneas muy juntas trazadas en el suelo, conservando el equilibrio. 			
--	--	--	--	--