



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE
ENFERMERÍA**

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE
DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIVEL DE
CONOCIMIENTOS DEL CUIDADOR FAMILIAR Y EL
DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS.**

P. J. EL PORVENIR B - CHIMBOTE, 2007.

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

Br. ELENA ESTHER REYNA MÁRQUEZ

ASESORA:

Dra. YOLANDA RODRÍGUEZ NÚÑEZ

CHIMBOTE – PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR

Ms. Enf. FREDDY WILSON MOSQUEIRA POEMAPE

PRESIDENTE

Ms. Enf. NILDA MARGOT MARCELO ALVAREZ

SECRETARIO

Ms. Enf. MARIA ELENA LÓPEZ LOZANO

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

A mi asesora la Dra. Yolanda Rodríguez Núñez, por sus consejos y orientaciones durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A la Licenciada de Enfermería Julissa Sifuentes Loli por su apoyo en la realización de las evaluaciones del desarrollo psicomotor de los niños del pueblo joven El Porvenir y a Raúl Reyna Gómez por la realización del material gráfico.

Además quiero agradecer de manera muy especial a las madres y niños del pueblo joven El Porvenir por haberme dado la oportunidad de trabajar con ellos en la aplicación del programa educativo, que permitió el éxito del presente trabajo de investigación.

ELENA.

DEDICATORIA

A Dios, con mi inquebrantable fe,
por darme la vida y ser el guía
permanente hacia un camino
lleno de triunfos y
satisfacciones en mi
carrera profesional.

A mi familia, en retribución a su
sacrificio y apoyo invaluable
durante mis estudios de maestría,
a mis hermanos por su apoyo en
la realización del presente trabajo
de investigación.

A mi hogar que lo conforma mi
esposo y mis dos preciosas hijas,
por su inagotable paciencia,
tolerancia y comprensión
durante el trabajo de
investigación.

ELENA.

RESUMEN

Investigación de tipo pre - experimental, se realizó con el objetivo de determinar la efectividad del programa educativo sobre desarrollo psicomotor en el nivel de conocimientos del cuidador familiar y el desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años en el pueblo joven El Porvenir B. Con una población muestral de 27 cuidadoras familiares y sus niños menores de cinco años. Para la recolección de datos se aplicó el programa educativo sobre desarrollo psicomotor, el cuestionario sobre desarrollo psicomotor, la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP) en niños menores de 2 años y el test de desarrollo psicomotor (TEPSI) en niños de 2 a 5 años. Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 18.0, Se concluyó que: La mayoría de cuidadoras familiares antes de la aplicación del programa educativo sobre desarrollo psicomotor presentaron un nivel bajo de conocimientos; después del programa educativo la mayoría presentó un nivel alto de conocimientos. La mayoría de niños menores de cinco años antes del programa educativo sobre desarrollo psicomotor presentaron un nivel de desarrollo normal, un porcentaje considerable en riesgo y un mínimo porcentaje con retraso; luego del programa educativo el nivel normal de desarrollo se elevó a la gran mayoría de los niños, una mínima parte presentaron riesgo y el nivel retraso se mantuvo igual, sin variación. Finalmente el programa educativo es efectivo para mejorar el nivel de conocimientos en los cuidadores familiares y el desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años en el P. J. El Porvenir B.

Palabras clave: Efectividad del programa educativo, desarrollo psicomotor y cuidador familiar.

ABSTRACT

Type pre-experimental research, was carried out in order to determine the effectiveness of the educational program on psychomotor development at the level of knowledge of the family caregiver and the psychomotor development of the child under the age of five years in the young people The future B. With a sample population of 27 family caregivers and their children under five years. The educational program on psychomotor development, the questionnaire on psychomotor development, the scale of evaluation of psychomotor development (EEDP) in children less than 2 years and the test of psychomotor development (TEPSI) in children 2 to 5 years was applied to data collection. Data were processed in the package info-SPSS-software version 18.0, it was concluded that: the majority of family carers before the implementation of the educational program on psychomotor development showed a low level of knowledge; After the educational program the majority presented high level of knowledge. The majority of children under five years old before the educational program on psychomotor development showed a level of normal development, a considerable percentage of risk and a small percentage with delay; After the educational program the normal level of development was elevated to the vast majority of children, presented a fraction risk and level delay remained the same, unchanged. Finally the educational program is effective to improve the level of knowledge on family caregivers and the development of psychomotor of the child under the age of 5 years in PJ The future B.

Key Words: educational program effectiveness, psychomotor development and family caregiver.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	9
2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Bases teóricas.....	10
III. METODOLOGÍA	26
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	26
3.2 Población y muestra.....	27
3.3 Definición y operacionalización de variables.....	28
3.4 Técnicas e instrumentos.....	30
3.5 Plan de análisis.....	33
3.6 Consideraciones éticas.....	34
IV. RESULTADOS	36
4.1 Resultados.....	36
4.2 Análisis de resultados.....	44
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
5.1 Conclusiones.....	61
5.2 Recomendaciones.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01.....	36
Nivel de conocimientos sobre desarrollo psicomotor del cuidador familiar del niño menor de cinco años antes y después de la aplicación del programa educativo. P. J. El Porvenir B – Chimbote, 2007.	
TABLA N° 02.....	37
Nivel de desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años antes y después de la aplicación del programa educativo. P. J. El Porvenir B – Chimbote, 2007.	
TABLA N° 03.....	38
Estadísticos descriptivos del puntaje total de conocimientos sobre desarrollo psicomotor antes y después de la aplicación del programa educativo en el cuidador familiar de los niños menores de 5 años. P. J. El Porvenir B – Chimbote, 2007.	
TABLA N° 04.....	40
Prueba de hipótesis de t student de diferencias de medias de muestras relacionadas a la variable puntaje total de conocimientos sobre desarrollo psicomotor antes y después de la aplicación del programa educativo en el cuidador familiar de los niños menores de 5 años. P. J. El Porvenir B – Chimbote, 2007.	
TABLA N° 05.....	41
Estadísticos descriptivos del puntaje total del desarrollo psicomotor antes y después de la aplicación del programa educativo en el cuidador familiar de los niños menores de 5 años. P. J. El Porvenir B – Chimbote, 2007.	
TABLA N° 06.....	43
Prueba de hipótesis de t student de diferencias de medias de muestras relacionadas de la variable puntaje total de la prueba de desarrollo psicomotor antes y después de la aplicación del programa educativo en el cuidador familiar de los niños menores de 5 años. P. J. El Porvenir B – Chimbote, 2007.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

GRÁFICO N° 01.....	36
Nivel de conocimientos sobre desarrollo psicomotor del cuidador familiar del niño menor de cinco años antes y después de la aplicación del programa educativo. P. J. El Porvenir B – Chimbote, 2007.	
GRÁFICO N° 02.....	37
Nivel de desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años antes y después de la aplicación del programa educativo. P. J. El Porvenir B – Chimbote, 2007.	
FIGURA N° 01.....	39
Estadísticos descriptivos del puntaje total de conocimientos sobre desarrollo psicomotor antes y después de la aplicación del programa educativo en el cuidador familiar de los niños menores de 5 años. P. J. El Porvenir B – Chimbote, 2007.	
FIGURA N° 02.....	42
Estadísticos descriptivos del puntaje total del desarrollo psicomotor antes y después de la aplicación del programa educativo en el cuidador familiar de los niños menores de 5 años. P. J. El Porvenir B – Chimbote, 2007.	

I. INTRODUCCIÓN

El objetivo de la investigación es determinar la efectividad del programa educativo sobre desarrollo psicomotor en el nivel de conocimientos y desarrollo del niño menor de cinco años, con el propósito de aportar al conocimiento en el campo de Enfermería, de aspectos relevantes como las intervenciones educativas dentro de los establecimientos de salud y su importancia en mejorar la salud del niño y prevenir riesgos en el desarrollo del mismo.

Investigaciones demuestran que es muy importante el desarrollo en la primera infancia en relación a la personalidad, inteligencia y comportamiento en la sociedad; si los niños de corta edad no reciben el cuidado necesario, no se explota en ellos todas sus capacidades y habilidades; las consecuencias son enormes, acumulativas y prolongadas. Por ello, es prioridad del cuidador familiar, familia y organizaciones brindar al niño las oportunidades necesarias para que tenga un adecuado crecimiento y desarrollo.

El estudio consta de Capítulo I. Introducción, en el cual se expone el origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos e hipótesis. Capítulo II. Revisión de la literatura, en el cual se expone antecedentes, base teórica. Capítulo III. Metodología, en el que se incluye el nivel, tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos; procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y análisis de los resultados. Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

Los primeros años de vida de un niño son los más importantes, es el periodo de más rápido aumento en tamaño físico y de logros más notables en el desarrollo de toda la vida de un individuo. En éste periodo se establecen los patrones básicos del aprendizaje y representa la única oportunidad que dispone cada persona para desarrollar normalmente el cerebro, el cuerpo y realizar plenamente

su potencial genético. Se caracteriza por un proceso ordenado de maduración física, intelectual y social, y también es considerado muy vulnerable a factores de influencia positiva y negativa de los que depende que el crecimiento y desarrollo sean óptimos (1).

Entre el nacimiento y los primeros años tienen lugar los cambios más drásticos. El niño pasa de los movimientos descoordinados del recién nacido en el que predomina la actividad refleja (por ejemplo el reflejo de prensión que si se estimula provoca el cierre involuntario de los dedos formando un puño), a la coordinación motora del adulto a través de una serie de pautas de desarrollo complejas, por ejemplo el caminar que suele dominarse entre los 13 y los 15 primeros meses (2).

La capacidad para comprender y utilizar el lenguaje es uno de los principales logros de la especie humana y esto también se logra durante la primera infancia. Una característica asombrosa del desarrollo del lenguaje es su velocidad de adquisición; la primera palabra se aprende hacia los doce meses, y a los 2 años de edad la mayoría de los niños tiene ya un vocabulario de unas 270 palabras, luego utilizan el lenguaje cada vez más, pero sin comprender el significado de todas las palabras (3).

En el aspecto Psicosocial el niño desde que empieza a caminar aprende la forma de interactuar y cerca de los tres años aprende a relacionarse con otros niños y los adultos, además aprende lo que es correcto y lo que no. La primera tarea Psico Social es adquirir un sentido de iniciativa, los niños comienzan la etapa del aprendizaje energético, juegan, viven plenamente y se caracterizan por su conducta enérgica, emprendedora. Al alcanzar una mayor independencia del adulto y de tener la posibilidad de relacionarse más libremente con el medio que le rodea, comienza a conocerse así mismo por su aspecto externo; en este proceso es capaz de identificarse como masculino o femenino por los genitales que porta (3).

Es así como el desarrollo psicomotor del niño evoluciona, pero no es una condición que se logra en forma espontánea, el niño necesita estimulación sensorial, motriz, socio emocional y de lenguaje; todos estos cambios y experiencias del niño ocurren dentro del ambiente familiar, gran parte de su desarrollo es un ser dependiente de los adultos de su núcleo familiar que toma un lugar importante en el desarrollo físico, mental y psicológico del niño (4).

El proceso biológico de crecimiento y desarrollo se genera, organiza y mantiene en el medio natural donde crecen los niños; este medio es la familia, que se ha comparado acertadamente con una segunda placenta que excluye influencias, modifica otras y añade algunas propias. La familia se convierte así en componente principal que genera el ambiente propicio para el desarrollo de los niños ya que estos lo consideran como las personas más importantes durante los primeros años formativos (3, 4).

La familia cumple tres funciones principales y una de ellas es brindarles bienestar psicológico y emocional, la relación inicial entre los padres y el niño es importante para el ajuste emocional ulterior del propio niño, también provee cuidados al niño y se hace cargo de satisfacer sus necesidades básicas de alimento, vestido, abrigo, protección contra los daños y cuidados de la salud (4).

Tanto para Freud, S. y Piaget, J. en Cuminsky, M. (5), las experiencias son importantes para el niño desde que nace para un adecuado desarrollo sensorio motriz, específicamente se refieren a las experiencias afectivas con la madre, este aspecto es muy importante ya que en esta etapa el niño conoce el mundo a través de los sentidos los cuales son estimulados por el contacto del niño con su madre.

La familia está considerada como un sistema abierto que consiste en componentes que interactúan entre sí y con su medio. Al igual que en cualquier sistema, todo lo que afecta a un componente afecta a los demás por lo tanto al

cumplir con su función de cuidadora la cultura, creencias y conocimientos sobre salud que presenten van a influir en el adecuado desarrollo del niño (1).

Para que la familia y la madre pueda cumplir con el rol de cuidadora y agente de salud para el niño tiene que poseer conocimientos adecuados acerca del desarrollo y cuidado integral del niño, muchas madres tienen un nivel de información inadecuado, creencias y actitudes erróneas que interactúan con el niño y dan como resultado un desarrollo defectuoso en el niño (4).

En el Perú, el cuidado y la atención de la problemática infantil es una de las prioridades de las políticas del sector salud. El ministerio de salud (MINSA) como órgano rector del sector salud en nuestro país dentro de sus políticas de salud utiliza como estrategia el programa de crecimiento y desarrollo del niño cuyo propósito es mejorar la situación de salud infantil realiza actividades preventivo promocionales, donde se evalúa de manera integral y con prioridad a la población menor de cinco años, empleando para ello el modelo de atención integral de salud del niño (6).

El programa es administrado por una enfermera que se encarga de brindar la atención al niño menor de cinco años tratando de ofrecer los paquetes básicos de atención integral de salud al niño en todos los establecimientos de salud de primer nivel pero no se logra obtener los resultados esperados por la falta de presupuesto y de personal de salud; tornándose en una atención dirigida al motivo de consulta, atención infantil rutinaria, escasas intervenciones preventivas como es la educación en salud.

Por otro lado existen padres que no consideran importante la asistencia del niño a este programa lo que se refleja en una cobertura nacional que no supera el 80 % en niños menores de 5 años que también es un motivo por el cual la enfermera no cumple con el rol encomendado. La estrategia que se utiliza es la visita casa por casa tratando de captar niños nuevos así como continuar con la atención de los niños que desertaron al programa, pero existe el inconveniente de que es uno

de los programas con menos presupuesto lo que hace imposible cumplir con lo propuesto (7).

En relación a la estadística poblacional de los niños menores de 5 años, según el instituto de estadística e informática (INEI) es de 2' 997 308 cerca al 15 % de la población peruana estimada para el año 2005 a nivel regional no se cuentan con cifras exactas de este grupo etáreo pero a nivel local según datos del MINSA el distrito de Chimbote existen 37,135.00 niños menores de cinco años.

Por lo antes mencionado se planteó la siguiente interrogante: **¿Cuál es la efectividad del programa educativo sobre desarrollo psicomotor en el nivel de conocimientos del cuidador familiar y del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años del pueblo joven El Porvenir B – Chimbote, 2007?**

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general:

Determinar la efectividad del programa educativo sobre desarrollo psicomotor en el nivel de conocimientos del cuidador familiar y desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años del P. J. El Porvenir B – Chimbote.

Para poder conseguir el objetivo general, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

Identificar el nivel de conocimientos sobre desarrollo psicomotor en el cuidador familiar del niño menor de cinco años del P. J. El Porvenir B – Chimbote.

Identificar el nivel de desarrollo psicomotor del niño menor de cinco del P. J. Porvenir B – Chimbote.

Identificar la efectividad del programa educativo sobre desarrollo psicomotor en el nivel de conocimientos del cuidador familiar del niño menor de cinco años del P. J. El Porvenir B – Chimbote.

Identificar la efectividad del programa educativo en el desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años del P. J. El Porvenir B – Chimbote.

Para la presente investigación se planteó la siguiente hipótesis general:

Ho. El programa educativo sobre desarrollo psicomotor no es efectivo para mejorar el nivel de conocimientos del cuidador familiar y el desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años del pueblo joven El Porvenir B en Chimbote.

Ha. El programa educativo sobre desarrollo psicomotor es efectivo para mejorar el nivel de conocimientos del cuidador familiar y el desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años del pueblo joven El Porvenir B en Chimbote.

Además se planteó las siguientes hipótesis específicas:

Ho. El programa educativo sobre desarrollo psicomotor es efectivo para mejorar el nivel de conocimientos del cuidador familiar del niño menor de cinco años del pueblo joven El Porvenir B en Chimbote.

Ha. El programa educativo sobre desarrollo psicomotor no es efectivo para mejorar el nivel de conocimientos del cuidador familiar del niño menor de cinco años del pueblo joven El Porvenir B en Chimbote.

Ho. El programa educativo sobre desarrollo psicomotor es efectivo para mejorar el desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años del pueblo joven El Porvenir B en Chimbote.

Ha. El programa educativo sobre desarrollo psicomotor no es efectivo para mejorar el desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años del pueblo joven El Porvenir B en Chimbote

Finalmente se justificó realizar la investigación debido a que permitió determinar la efectividad de un programa educativo en la familia en el desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años tratando de cambiar aspectos negativos sobre el desarrollo del niño, consiguiendo la adquisición de conductas adecuadas y pautas en el cuidado integral del niño, a la vez promoviendo de esta manera el interés del sector salud por los resultados de las intervenciones educativas de enfermería y ayudando a crear estrategias para elevar los conocimientos de la familia y mejorar el desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años promoviendo su bienestar.

En los profesionales de Enfermería la presente investigación busca promover la formulación de programas educativos dirigidos a la familia y así contribuir en la necesidad educativa primaria de la madre y los demás miembros y por consiguiente evitar alteraciones en el desarrollo de este grupo de niños. A la vez incrementar su dominio en el área de salud materno infantil, lo que fortalecerá su rol de liderazgo en el seno del equipo de salud, mejorando la calidad de atención que brinda a los niños y a la familia.

Así mismo, proporciona un modelo de atención educativo a la familia cuidadora del niño, la enfermera podrá aplicar el programa buscando mejorar la situación de aquellas familias, también podrá analizar y evaluar los avances y logros de las mismas con respecto al desarrollo del mismo. Facilitará la atención de enfermería implementando un programa en el área de crecimiento y desarrollo que es manejado como rutina para la conserjería de las madres de los niños usuarios al programa.

Los resultados del presente trabajo de investigación permiten estudiar las relaciones que existen entre el niño y la familia, en busca de un mejor cuidado al

niño. Así mismo, promueve el desarrollo de prácticas de enfermería que perciba a la familia como el ente cuidador y estimulante del desarrollo del niño menor de cinco años.

Para las instituciones de formación profesional, los resultados de la investigación contribuyen en la ampliación de los contenidos curriculares referente a la salud infantil además de servir como fuente bibliográfica o de referencia que permita desarrollar futuros trabajos de investigación similares, buscando alternativas de solución para mejorar el desarrollo psicomotor.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.2 Antecedentes de la investigación

En el ámbito internacional no se encontraron investigaciones relacionadas al presente trabajo, sin embargo a nivel nacional se citaron las siguientes evidencias empíricas:

Barzola, C. y Colab. (8), en su estudio de Impacto de un programa educativo en profesores de educación inicial y primaria sobre primeros auxilios en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima, observando que el nivel de conocimiento se elevó positivamente, lográndose un incremento porcentual del 100%, siendo estos resultados altamente significativos.

Uriol, E. y Colab. (9), en su estudio efectividad de un modelo educativo de enfermería en el nivel de auto cuidado de los internos del penal de Trujillo, concluye que el modelo educativo de Enfermería desarrollado en el pabellón “A” del Penal de Trujillo, fue efectivo al mejorar en forma significativa su nivel de auto cuidado.

Álvarez, A. (10), en el estudio “Efectividad del Modelo Educativo de enfermería sobre promoción de la Salud en el nivel de Conocimientos de Promotores juveniles de Alto Moche-Trujillo”, los resultados permitieron llegar a la conclusión de que el modelo educativo de enfermería, desarrollada en los promotores juveniles del C.N.80706 de Alto Moche, fue efectivo al mejorar en forma significativa el nivel de conocimientos sobre promoción de salud.

Calland, D. y Ortega, R. (11), en el estudio “efectividad de un programa educativo sobre quemaduras en las socias de los clubes de madres la ciudadela de Pachacutec Ventanilla - Callao”, afirmaron que el programa

educativo sobre quemaduras brindado a las socias de los clubes de madres de la ciudadela de Pachacutec fue efectivo al mejorar el nivel de conocimiento después de aplicado en Programa Educativo.

Chachi, J. y Chignalli, S. (12), en su estudio “efectividad del programa educativo sobre primeros auxilios en alumnos de secundaria del turno noche que cursan una pre profesionalización en el colegio politécnico Lucie Rynning de Antunes de Mayolo. Rimac”, concluyen que el programa educativo es significativo por la alta significancia numérica hallada entre el pre test y post test .

A nivel local, Villanueva, K. y Colab. (13), determinaron la efectividad del programa educativo sobre promoción de la Salud: “Hacia una comunidad protegida, en el nivel de conocimiento de los alumnos del cuarto grado de educación secundaria del colegio nacional Técnico Villa María, del distrito de Nuevo Chimbote, los cuales después de aplicar el Programa en el grupo experimental elevaron su nivel de conocimientos en forma significativa, determinándose la efectividad del Programa Educativo.

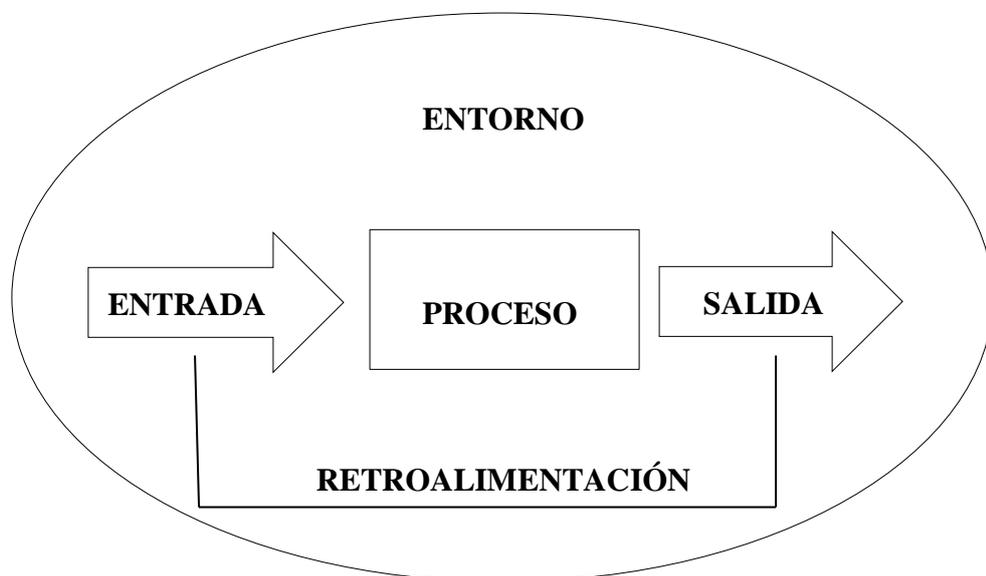
Araujo, L. y Flores, E. (14), en su estudio efectividad de un programa educativo sobre prevención de tuberculosis en el nivel de conocimientos y actitud de la familia del paciente con tuberculosis afirman que el programa educativo Aprendiendo sobre tuberculosis tuvo una efectividad familiares de los pacientes.

2.2. Bases teóricas

La presente investigación, tuvo como principal sustento teórico, a la teoría de sistemas de Ludwig von Bertalanffy aplicado en el ámbito de la enfermería con el fin de ofrecer distintas explicaciones, de modo que permita comprender, predecir y controlar los fenómenos producidos por

las interacciones entre seres humanos, salud, ambiente y enfermería y en consecuencia guiar la aplicación del programa educativo. Sistema, se define como un todo constituido por partes interrelacionadas en el que las partes tienen una función y el sistema como un todo tiene otra función. Los elementos organizados se constituyen en componentes que se estructuran en un proceso para alcanzar un propósito y son entrada, proceso, salida, retroalimentación y ambiente (15).

TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS



Para la investigación los elementos de la teoría de sistemas están definidos de la siguiente manera:

Sistema, se define como un todo constituido por partes interrelacionadas en el que las partes tienen una función y el sistema como un todo tiene otra función. Los elementos organizados se constituyen en componentes que se estructuran en un proceso para alcanzar un propósito y son entrada, proceso, salida, retroalimentación y ambiente (15).

Entrada, es todo elemento proveniente del ambiente que se incorpora al sistema para contribuir al logro de los objetivos. Estos insumos son de carácter humano y material, y determinan si un programa dispone de los recursos necesarios. Para efectos de la investigación está constituido por el niño menor de cinco años y la cuidadora familiar (15).

Proceso, es el camino por el cual el sistema trata que los elementos de entrada (transformados, modificados o no) logren ordenadamente el producto que concuerde con el objetivo fijado. Está constituido por las actividades que realiza el profesional de Enfermería en la atención al cliente. Para la investigación el proceso es la aplicación del programa educativo de acuerdo al enfoque andrológico de educación para adultos y las evaluaciones del desarrollo psicomotor (15).

Salida, es el producto del sistema constituido por el conjunto de resultados o egresos del proceso de transformación de los insumos y mide los efectos del programa a corto plazo. Para la investigación está constituida por el desarrollo psicomotor del niño y el nivel de conocimientos de la madre sobre desarrollo psicomotor (15).

Ambiente, es el conjunto de circunstancias y condiciones externas e internas. Retroalimentación, proceso dentro del sistema por el cual toda información referente al desarrollo del producto se compara con el objetivo esperado, para analizar nuevamente la entrada y el proceso del sistema. Este elemento permite reforzar o modificar la información y/o comportamiento del profesional de Enfermería (15).

El elemento de entrada es el cuidador familiar, dentro del entorno familiar existe un integrante que asume los cuidados o promoción de la salud del niño, desde que éste nace necesita cuidados físicos, cuidados nutricionales, un vínculo afectivo con la familia, en casi todos los hogares éste rol lo

asume la madre y en otros un familiar, lo importante es que conozca que asistencia necesita el niño (15).

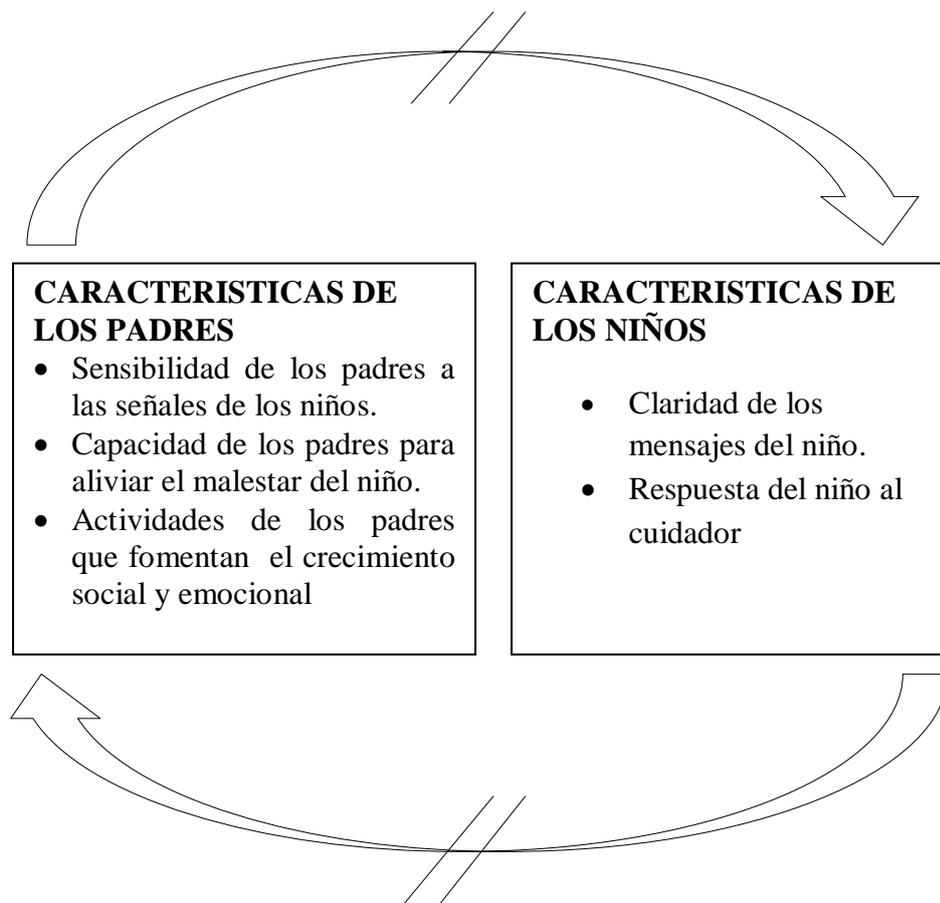
Así mismo, se sustenta en la teoría del aprendizaje social (Albert Bandura) y la teoría de la acción razonada (Fishbein), que postula sobre la importancia del proceso cognoscitivo en la modificación de la conducta, además identifica en la persona factores cognitivo-preceptuales, como mecanismos de conductas para la salud preventiva, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la Salud cuando existe una pauta para la acción (16).

El modelo está basado en una síntesis de investigaciones de estudios de promoción de conductas de salud, y su utilidad radica en que introduce el orden entre conceptos que pueden explicar la ocurrencia de las conductas promotoras de la salud y que estas pueden ser parte integral del estilo de vida de un individuo. Los viejos patrones conductuales pueden ser extinguidos y nuevos patrones de conducta para alcanzar la salud y el bienestar, enfatizando que las conductas de promoción de la salud representa al ser humano actuando sobre su ambiente y como el, intenta mejorar niveles de salud (16).

El modelo muestra que las conductas promotoras de salud están determinadas o influenciadas por diversos factores y uno de ellos son los cognitivos perceptuales, es decir factores de percepción individual. Los factores cognitivos preceptuales son mecanismos motivacionales primarios, para la adquisición y mantenimiento de la promoción de la salud. Cada factor ejerce una influencia directa en la probabilidad de compromiso de acciones de promoción de la salud (16).

También se sustenta en el modelo de interacción de padres – hijo, de Kathryn E. Barnard (17), el interés central del modelo está relacionado a la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, considerando al conjunto padres- hijo como un sistema interactivo. Ella sostiene que este sistema está influido por las características individuales de cada miembro, que pueden modificarse de manera que satisfagan las necesidades del sistema. También define la modificación como una conducta adaptativa.

MODELO DE KATHERYNE BARNARD



El modelo centrado en el entrenamiento a los padres, con énfasis en el desarrollo del niño y en los padres como terapeutas, cuyo objetivo es el

de prestar apoyo y orientaciones a estos para que puedan hacerle frente a las reacciones comportamentales del hijo. Así mismo fomenta la relación padre-hijo interviniendo sobre ambos, este proceso de intervención temprana con la participación de la familia, para que sea efectivo debe caracterizarse por la calidad de sus miembros, sentimientos de unión y corresponsabilidad con el "problema", nivel cultural, valores morales, éticos, sociales y de principios de cada uno de sus integrantes (17).

El modelo presenta los siguientes elementos principales:

Claridad de los mensajes del niño (características del niño), para participar en una relación sincronizada, el niño debe enviar señales a la persona que lo cuida. El acierto y la claridad con que se manifiestan estos mensajes facilitarán o dificultará su interpretación por los padres e inducirá los cambios oportunos en su actitud. Los niños muestran signos de muchas clases: sueño, alegría, alerta, hambre y saciedad, así como los cambios en la actividad corporal. Cuando un niño se manifiesta con señales confusas o ambiguas puede deteriorarse la capacidad de adaptación de los cuidadores (17).

Respuesta del niño al cuidador (características del niño), al igual que el niño debe enviar señales a sus padres para reclamar cambios de actitud de ellos, también ha de aprender a leer los signos que estos le transmiten para adaptar a su vez su conducta. Obviamente, si el niño no responde a las claves que le envíen las personas que lo cuidan, no será posible la adaptación (17).

Sensibilidad de los padres a las señales de los niños (características del padre) los padres, igual que los niños, deben ser capaces de leer con precisión las señales que se comunican para modificar su actitud en el sentido oportuno. Pero además existen otras influencias que actúan sobre la sensibilidad de los padres. Cuando están preocupados por otros aspectos de sus vidas, como los laborales o los económicos, los conflictos

emocionales o las tensiones matrimoniales, es posible que no alcancen su grado normal de sensibilidad. Solo cuando se mitigan estas tensiones, los padres serán capaces de leer adecuadamente los signos que transmiten sus pequeños (17).

Capacidad de los padres para aliviar el malestar del niño (características del padre) algunas señales enviadas por el niño indican la necesidad de que los padres le ayuden. La eficacia que estos demuestran para aliviar las tensiones de sus hijos depende de varios factores, en primer lugar han de darse cuenta de la existencia de estas tensiones, después han de conocer la acción adecuada que puede mitigarlas y por último, deben estar en buena disposición para poner en práctica este conocimiento (17).

Actividades de los padres que fomentan el crecimiento social y emocional (características del padre) la capacidad para emprender actividades que fomenten el crecimiento social y emocional depende de la adaptación global de los padres. Estos han de ser capaces de mostrar afecto al niño, de comprometerse en interacciones sociales como las que se asocian a la alimentación (17).

La base de esta teoría está constituida por conceptos principales:

Enfermería, en un primer momento la definió como un proceso mediante el cual el paciente es ayudado a mantener y a promover su independencia. Este proceso puede ser educativo, terapéutico o de restablecimiento; implica la facilitación del cambio, más probablemente un cambio en el entorno. Quince años más tarde, definió la enfermería como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud. En el contexto de cuidado centrado en la familia, el papel es ayudar a las familias a ofrecer condiciones que promuevan el crecimiento y el desarrollo de los miembros familiares (17, 18).

Persona, la describe como a un ser humano, habla de la capacidad de participar en una interacción en la que ambas partes del dúo aportan cualidades, habilidades y respuestas que afectan a la interacción. Este término incluye a los bebés, a los niños y a los adultos (18).

La salud, es un estado dinámico del ser en el que el potencial de desarrollo y el potencial conductual de un individuo se realiza hasta el mayor número posible. Cada ser posee fuerzas y limitaciones que proceden de la interacción de los factores ambientales y hereditarios. Durante los periodos de bienestar, puede que un individuo o una familia necesiten diferentes tipos de ayuda para obtener información con respecto a asuntos de salud, para recibir una pauta anticipada y un consejo terapéutico para resolver a los problemas o para desempeñar prácticas de salud corrientes cuando se enfrenten a un problema de salud progresivo o crónico (18).

El entorno incluye todas las experiencias con las que el niño se encuentra: gente, objetos, lugares, sonidos, sensaciones visuales y táctiles así como recursos sociales y financieros, otras personas y una adecuación del hogar y la comunidad, así como todas las cualidades que afectan también al cuidador (18).

El crecimiento y desarrollo del ser humano es un proceso dinámico, que comienza con la concepción y se continúa con el nacimiento, alcanzando notable intensidad en los dos primeros años de vida, caracterizado por un crecimiento físico rápido y maduración continua del sistema nervioso central, que permite las transformaciones de las habilidades del niño para controlar su cuerpo y comunicarse con el mundo físico y social que lo rodea. A este período se le considera como el más vulnerable a la influencia del medio ambiente, ya que va a modificar de una u otra forma el desarrollo psicomotriz, en donde las necesidades nutricionales y estímulos psicoafectivos son muy altos e indispensables (5).

Dicho proceso se produce mediante una secuencia ordenada que aproximadamente es igual en todos los individuos, sin embargo en ciertas edades se observan destacadas variaciones entre los niños normales, los cuales reflejan la respuesta activa del desarrollo individual según los innumerables factores hereditarios y ambientales (16).

Actualmente el concepto que se tenía sobre el desarrollo del niño ha variado. Antes se creía que el niño a medida que aumentaba en edad, adquiría espontáneamente madurez y perfeccionaba sus funciones paulatinamente. Igualmente que la inteligencia correspondía a la edad que tuviese. Esto no deja de ser cierto, pero se ha comprendido, de acuerdo a excelentes investigaciones en este campo, que puede ser mejorado su comportamiento desde el nacimiento a través de las modificaciones del medio ambiente que lo rodea, es decir, la capacidad de aprendizaje de los niños desde temprana edad es superior a lo que se pensaba, y son susceptibles de mejorar si se emplean métodos adecuados. Así como el cuerpo del niño crece, su conducta evoluciona; a través del proceso del desarrollo (6).

De acuerdo con varias teorías más amplias, el desarrollo se sucede en una secuencia de etapas que todos los individuos pasan en el mismo orden pero no necesariamente a la misma edad. El modelo de desarrollo Psicosexual de Sigmund Freud, de Eric Erikson y las de Jean Piaget son teorías que intentan explicar las fases del desarrollo del niño (5).

Piaget, J. en Cuminsky, M. (5), supone la existencia de una capacidad, continuamente en crecimiento, para la adquisición de conocimientos, capacidad que se desarrolla en una secuencia ordenada. El presenta 4 periodos 2 de los cuales se dan en la infancia temprana. Los niños aprenden a conocer el mundo a través de sus sentidos y de sus conductas motoras más que pensando sobre él, como harían los niños de más edad y

los adultos. Es por tanto, un tiempo de aprendizaje a través de la acción: los niños responde primariamente, de forma refleja, organizando su actividad en relación al entorno aprenden a coordinar la información de los diferentes sentidos y a mostrar una conducta dirigida a un objetivo.

El más importante logro del periodo sensorio - motor, el concepto de permanencia del objeto (o personal), es la comprensión de que un objeto (o persona) continúa existiendo aunque ya no lo podemos ver. Entre los 8 y 12 meses lo buscaran si ven que ha sido ocultado. Entre los 12 y 18 meses pueden seguir los movimientos que ven pero no imaginan lo que ven. No es hasta los 18 meses de edad cuando los niños alcanzan un dominio maduro de este concepto (5, 6).

Luego presentan una nueva habilidad para usar símbolos como las palabras para representar personas, lugares y objetos. Durante este periodo pueden pensar en objetos que no tiene delante, imitar acciones que no ven, aprenden números y usar el lenguaje. Empiezan a entender que un objeto continuo siendo el mismo, aunque su forma cambie y puedan comprender la relación entre dos sujetos (como accionar un interruptor y el encendido de la luz) (19).

El psicoanalista Eric Erikson presentó la única teoría importante del desarrollo de los seres humanos que cubre todo el proceso de la vida. Erikson trabajo sobre el concepto Freudiano del Yo para considerar la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad. Considero 8 etapas en el desarrollo a lo largo de la vida, dentro de las cuales hablan acerca de la infancia (19).

La primera etapa es la crisis de confianza básica frente a la desconfianza básica que se da desde el momento del nacimiento hasta los 18 meses es el determinante básico para resolver con éxito esta crisis. Los niños basan sus conclusiones sobre la forma en que son cuidados, principalmente en la

satisfacción de sus necesidades alimenticias, pero también en la forma que son cogidos, protegidos y cuidados confortablemente y en seguridad. El niño que confía en su madre (a quien Erikson considera la cuidadora primaria) es capaz de permitir que se aleje de su campo de visión porque está seguro de que volverá (19).

La segunda etapa la crisis de la autonomía frente a vergüenza y duda, de los 18 meses a los 3 años, los niños se sienten en el sentido de confianza ya establecido, se dedican a explorar su entorno con sus recién desarrolladas habilidades para moverse y utilizar el lenguaje. Aprenden cuál es su independencia (autonomía) y cuáles son sus limitaciones. Un fuerte sentido de la duda les ayuda conocer sus propios límites y el desarrollo de la vergüenza indica los inicios de la distinción entre lo correcto y lo equivocado (19).

La tercera etapa la crisis de la iniciativa frente a la culpa, de los 3 a 6 años, el conflicto básico en esta etapa se establece entre la iniciativa de planear y llevar a cabo actividades y los remordimientos sobre lo que el niño quiere realizar. Los niños han de aprender a regular estos aspectos de la personalidad y poder, por tanto, desarrollar un sentido de responsabilidad y ser capaces de disfrutar de la vida (19).

La teoría psicoanalítica clásica de Sigmund Freud sobre el desarrollo psicosexual describe que la personalidad se desarrolla en una secuencia de 5 etapas y da comienzo en la infancia. Cuatro de estas etapas reciben su nombre por las partes del cuerpo que son fuentes primarias de gratificación en cada fase Freud advirtió que la maduración de la personalidad de un individuo está muy determinada por las 3 primeras etapas. La etapa oral (del nacimiento a los 12 – 18 meses) la zona erógena es la boca, a través de la cual él bebe consigue placer con la comida, chupando y mordiendo succionando logra más que la simple obtención de nutrición para el cuerpo, es un fuente de placer en sí mismo (5).

La etapa anal (12 – 18 meses a los 3 años) durante el segundo año la zona erógena se traslada al ano a medida que el niño aprende a controlar la evacuación. Los bebés encuentran sexualmente gratificante el acto de retener o expulsar las heces (5).

La etapa fálica (de 3 a 6 años): esta etapa, que toma su nombre de la palabra falo término usado para designar al pene, empieza cuando el niño obtiene placer en la región genital. De acuerdo con el complejo de Edipo, que aparece durante esta etapa, el niño prodiga amor y afecto a su madre compitiendo con su padre por el amor y afecto hacia ella. El complejo de Electra es la contrapartida femenina al de Edipo. La niña se enamora de su padre y es ambivalente hacia su madre (5).

El cuidado del desarrollo psicomotor del niño está a cargo del ministerio de salud mediante el programa de crecimiento y desarrollo brindado por el profesional de enfermería que realiza actividades preventivas y promocionales como es la educación en salud (20).

La evaluación se realiza utilizando dos instrumentos llamados Test: “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses” (E.E.D.P) de S. Rodríguez y cols. _ “Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años (TEPSI) de I. M. Haeussler y T. Marchant (21).

El Test del Desarrollo Psicomotor (TEPSI) es un instrumento de evaluación del desarrollo psíquico infantil, es una evaluación que permite conocer el nivel de rendimiento del niño mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. Tiene como objetivo medir los niveles del desarrollo psicomotor de manera global y en sus áreas básicas para detectar de forma gruesa los riesgos o retraso en su desarrollo psicomotor, con el propósito de prevenir futuros déficits de rendimiento preescolar y generar estrategias educativas (21). Se administra el test a niños o niñas desde los 2 años, 0 meses, 0 días

hasta los 5 años, 0 meses y 0 días. El test está compuesto de 52 ítem o tareas organizadas en tres sub - test:

Sub - test de coordinación: se compone de 16 ítems, a través de los cuales se evalúa motricidad fina y respuesta grafo motriz, en diferentes situaciones que requieren control y coordinación de movimientos finos. Se evalúa la capacidad del niño para manipular objetos y dibujar; a través de conductas como construir una torre, enhebrar una aguja, reconocer, copiar figuras y dibujar una figura humana.

Sub - test de lenguaje: se compone de 24 ítems, a través de los cuales se evalúa el lenguaje expresivo y comprensivo , la capacidad de comprender y ejecutar ciertas ordenes, el manejo de conceptos básicos, de vocabulario y la capacidad para describir y verbalizar. Se evalúa a través de conductas como nombrar objetos, definir palabras, verbalizar acciones, describir escenas representadas en láminas.

Sub - test de motricidad: se compone de 12 ítems, a través de los cuales se evalúan movimientos y control del cuerpo en actos breves o largos, el equilibrio, la habilidad del menor para manejar su propio cuerpo a través de conductas como agarrar una pelota, saltar de un pie, andar en puntitas, pararse de un solo pie y otras.

La escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) mide el rendimiento del niño de 0 a 2 años, frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. Evalúa las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora (22).

Lenguaje (L): Esta área abarca tanto el lenguaje verbal, como el no verbal, reacciones al sonido, vocalizaciones y emisiones verbales.

Social (S): El comportamiento social se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a las personas y aprender por medio de la imitación.

Coordinación (C): Esta área comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones (óculo – motriz y de adaptación ante los objetos).

Motora (M): Se refiere al control de postura y motricidad.

La aplicación de los programas educativos que son herramientas o instrumentos que constituyen una táctica global donde el éxito depende de la elección de la estrategia que permite al personal de salud enfatizar sus acciones de Promoción y Prevención, que incentivan la participación para la reflexión y análisis de un tema, estos son capaces de motivar un cambio de conducta, además de la educación de técnicas de fácil comprensión y nuevos conocimientos, permitiendo aprovechar la capacidad de aprendizaje de los adultos (23).

El programa educativo es un proceso de enseñanza aprendizaje con un plan establecido con antelación, en el que se establece objetivos que se desean lograr según el conjunto de contenidos y actividades educativas que se han formulado (1). Su finalidad es incrementar el nivel de conocimientos y promover la adopción de comportamientos saludables mediante el cambio de actitud positiva hacia la salud (23).

Los programas educativos tienen como principios básicos, los siguientes: Deben responder a las necesidades e intereses de aquellos para quienes han sido planeadas, debe contar con la aceptación y ser flexible para permitir cualquier modificación que surja como consecuencia de una necesidad imprevista, Deben ser adecuados al trabajo y a las capacidades necesarias e intereses tanto de la organización, como del grupo para quienes es planteado (24).

Para la elaboración de un programa educativo se debe tener en cuenta 4 etapas: Planeamiento, Esta etapa implica trazar el programa educativo, fundamentando, formulando objetivos, teniendo en consideración la metodología, medios y materiales necesarios, elaboración de sesiones educativas, y las evaluaciones a realizar; ejecución, Se lleva a cabo el desarrollo de las sesiones educativas, manteniendo la claridad en la presentación, logrando el dominio teórico de los temas desarrollados, que permita resolver acertadamente las preguntas o situaciones nuevas planteadas; evaluación, de estructura, que implica analizar la forma de organización y planificación, de resultado, donde se verá el cumplimiento de objetivos (teniendo en cuenta los conocimientos, habilidades y actitudes) y el impacto, que serían los cambios ocurridos en beneficio de la población (21).

La aplicación del programa educativo se sustenta en el modelo andragógico que se fundamenta en la horizontabilidad de la enseñanza aprendizaje y en las características que posee el aprendiz que participa de la educación de adultos. Es por ello que el aprendizaje desde el punto de vista andragógico corresponde a un paradigma en el cual el proceso, se transforma en una interacción de iguales donde el facilitador orienta al que aprende, y facilita la información que el usuario habrá de utilizar para enriquecimiento de su experiencia en una actividad determinada permite al aprendiz junto al educador desarrollar experiencias de aprendizaje pertinentes y relevantes. Mediante el modelo andragógico se promueve que se haga un esfuerzo para ayudar a las personas a desarrollarse y a evolucionar hacia la realización de sus potencialidades. Se busca extender la dimensión tanto afectiva como intelectual de los individuos (24).

El modelo andragógico consiste de cinco supuestos donde se presentan las características particulares del aprendiz adulto y su relación particular con el proceso de enseñanza aprendizaje:

- El adulto es un ente altamente dirigido. El clima instruccional debe ser uno relajado, informal, cálido, colaborativo, respetuoso y fortalecedor. Este ambiente propicia que el adulto se sienta aceptado, respetado y reciba el respaldo necesario (20).

-Se debe enfatizar en el diagnóstico de las necesidades del aprendiz. Los aprendices deben involucrarse en el proceso de planificación del aprendizaje, se sugiere que el educador sirva como recurso facilitador de este proceso. El proceso de enseñanza aprendizaje es responsabilidad tanto del aprendiz como del educador. El adulto tiene ciertas experiencias que se convierten en un recurso muy importante para su aprendizaje y el de otros. Por lo tanto, se recomienda: diagnosticar las necesidades, por mutuo acuerdo, entre el aprendiz y el facilitador (20).

-Utilizar técnicas en las cuales se promueva que el aprendiz participe y comparta sus experiencias. Proveer oportunidades para que los estudiantes apliquen el aprendizaje a sus vidas. Incorporar actividades que estimulen al aprendizaje a reflexionar en torno a sus experiencias objetivamente y aprender de ellas. El adulto atraviesa por unas etapas o tareas de desarrollo que lo orientan para aprender. Los objetivos del programa deben establecerse por mutuo acuerdo con los aprendices (20).

-El adulto desea aplicar inmediatamente los conocimientos que va adquiriendo. Los educadores deben estar atentos a las particularidades de los aprendices y desarrollar experiencias de aprendizaje, tales como los contratos y proyectos que atiendan las mismas. La organización de la secuencia del aprendizaje para el adulto debe responder a las áreas problemáticas con las cuales éste se confronta y no meramente con la materia de enseñanza (20).

-La evaluación del aprendizaje debe fundamentarse en la recopilación de evidencia válida que lleve a cabo el aprendiz junto a sus pares, facilitadores y expertos (20).

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de la investigación:

Tipo: El estudio constituyó una investigación de enfoque cuantitativo (25).

Diseño: Pre - experimental (25).

GEL	01	X	02
-----	----	---	----

Dónde:

GEL = Grupo experimental niños menores de 2 años

01= Pre-Prueba experimental niños menores de 2 años.

02= Post - Prueba al grupo experimental niños menores de 2 años.

X = Variable independiente

GEI	03	X	04
-----	----	---	----

Dónde:

GEI= Grupo experimental niños de 2 a 5 años

03= Pre - Prueba al grupo experimental niños de 2 a 5 años.

04= Post - Prueba al grupo experimental niños de 2 a 5 años.

X = Variable independiente

GEC	05	X	06
-----	----	---	----

Dónde:

GEC: Grupo experimental cuidador familiar

05= Pre – Prueba en el cuidador familiar

06= Post – Prueba en el cuidador familiar

X = Variable independiente

3.2. Población y muestra:

Población muestral:

La población estuvo constituida por 27 niños menores de cinco años y su cuidador familiar del pueblo joven El Porvenir B del distrito de Chimbote.

Unidad de análisis:

Cada menor de cinco años del pueblo joven El Porvenir B y su cuidador Familiar del pueblo joven El Porvenir B.

Criterios de inclusión:

Del niño:

- Niños hasta los 4 años, 11 meses 29 días de edad.
- Niños que residan en el pueblo joven El Porvenir B durante los dos meses de la aplicación del programa educativo.

Del cuidador familiar

- Persona responsable del cuidado diario del niño menor de cinco años.
- Cuidador familiar que resida en el pueblo joven El Porvenir B.

Criterios de exclusión:

Del niño:

- Niños que padezcan de enfermedades sensorio motoras o que afecten el sistema nervioso central y que comprometan el desarrollo psicomotor normal de niño.

- Niños gemelos o mellizos

Del cuidador familiar

- Persona responsable del cuidado diario del niño menor de cinco años.
- Cuidador familiar que resida en el pueblo joven El Porvenir B.

3.3. Definición y operacionalización de variables:

a. Variable independiente:

Efectividad del programa educativo

Definición conceptual:

Es un conjunto de sesiones relacionadas y estructuradas previamente; construidas en formas sistemática, con base científica y relación lógica, flexible; centrado básicamente en la educación al cuidador del niño sobre la importancia del desarrollo psicomotriz y su estimulación (23).

Definición operacional:

Se midió con la escala ordinal y se operacionalizó de la siguiente manera:

Efectivo:

Si se mejora el nivel del desarrollo psicomotor de niño menor de cinco años, el niño tendrá que presentar un puntaje igual o mayor a 85 en el EEDP y igual o mayor a 40 en el TEPSI.

No efectivo:

Si se mantiene o no mejora el nivel de desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años, cuando el niño presenta un puntaje menor de 85 en el EEDP y 40 en el TEPSI.

b. Variable dependiente:

Desarrollo psicomotor:

Definición conceptual:

Proceso por el cual los seres vivos logran la mayor capacidad funcional de sus sistemas mediante una diferenciación progresiva de los aspectos motores de la actividad psíquica (15).

Definición operacional:

Se midió en escala nominal: y se operacionalizó de la siguiente manera.

Normal: Cuando el niño obtiene un puntaje de:

Mayor de 85 en el EEDP

Mayor o igual de 40 en el TEPSI.

Retraso: Cuando el niño obtiene un puntaje de:

Menor de 69 en el EEDP

Menor de 29 en el TEPSI

Riesgo: Cuando el niño obtiene un puntaje de:

De 84 – 70 en el EEDP

De 30 – 39 en el TEPS

3. Nivel de conocimientos sobre desarrollo psicomotriz:

Definición nominal:

Es el grado de conocimiento o entendimiento que tiene la cuidadora familiar sobre desarrollo psicomotor.

Definición operacional:

Se midió en escala ordinal y se operacionalizó de la siguiente manera.

Nivel de Conocimientos	Puntaje
Nivel de conocimientos Alto	15 - 20
Nivel de conocimiento Medio	10 - 15
Nivel de conocimiento Bajo	0 - 10

3.4. Técnicas e instrumentos

Técnicas:

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación de los instrumentos.

Instrumento de recolección de datos.

En el presente trabajo de investigación se utilizaron 2 instrumentos para la recolección de datos que se detallan a continuación:

Cuestionario sobre desarrollo psicomotor:

Instrumento elaborado por la autora, para medir el nivel de conocimientos que tiene el cuidador familiar sobre el desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años, el cual consta de dos partes; la primera son datos informativos del cuidador familiar y la segunda conformado por 20 preguntas de tipo cerradas y de respuesta única.; contiene preguntas sobre el desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años, importancia y estimulación. La puntuación de los ítems correspondientes serán de un punto por respuesta correcta y cero puntos la incorrecta (Ver anexo n° 01).

Escala de evaluación del desarrollo psicomotor:

Instrumento elaborado y validado por el ministerio de salud (22) y se utiliza para determinar el desarrollo psicomotor de niño menor de 2 años, la cual consta de 4 áreas de evaluación Coordinación, Lenguaje, motora y social (Ver anexo n° 02).

El resultado de la escala se ubicó en tres categorías.

NORMAL: Cuyo puntaje es de mayor igual a 85 puntos.

RIESGO: Cuyo puntaje varía entre 84 y 70 puntos.

RETRASO: Cuyo puntaje es de menor a 69 puntos.

Test de evaluación del desarrollo psicomotor:

Instrumento elaborado y validado por el ministerio de salud se utiliza para determinar el desarrollo psicomotor de los niños de 2 a 5 años. El test consta de 3 áreas Coordinación, lenguaje y motricidad (Ver anexo n° 03).

El resultado del test se ubicó en tres categorías:

NORMAL: Cuyo puntaje es mayor o igual a 40 puntos.

RIESGO: Cuyo puntaje varía entre 30 y 39 puntos.

RETRASO: Cuyo puntaje es de menor o igual a 29 puntos.

Estos instrumentos han sido validados y actualmente son utilizados por el Ministerio de salud (MINSA).

Programa educativo

Elaborado por la autora, constituido por seis sesiones educativas sobre el desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años (Ver anexo n° 04).

Control de calidad de los datos

Se garantizó la calidad de los datos a través de la confiabilidad y validez de los instrumentos siendo éstos la prueba objetiva y el programa educativo.

Con el propósito de garantizar la validez de los instrumentos, en su consistencia, congruencia y pertinencia fueron sometidos a una prueba piloto, la cual se realizó a 15 cuidadores familiares con características similares a la del estudio a fin de no contaminar la población.

Para darle mayor calidad al estudio se realizó la validez interna con la correlación ítems- ítems, ítems total, reduciendo al mínimo los errores de selección efectos confusores y errores de información (Ver anexo n° 05).

Luego de aplicar la prueba piloto fue evaluado mediante el método Alfa de Cronbach (25) y evidencia una confiabilidad para la Escala Total de 0.70 (Muy Confiable) (Ver anexo n° 06).

3.5 Plan de análisis

3.5.1 Procedimiento para la recolección de datos

En esta investigación se realizaron los siguientes procedimientos:

- Se coordinó con el dirigente y la presidenta del vaso de leche del pueblo joven El Porvenir B para la realización de la investigación.
- Luego se citó a las cuidadoras de los niños menores de 5 años a una reunión y se obtuvo el consentimiento para participar en la investigación.
- Se procedió a realizar las visitas domiciliarias para aplicar el cuestionario y medir el nivel de conocimientos sobre desarrollo psicomotor antes de la aplicación del programa educativo.
- Se realizó la evaluación del desarrollo Psicomotor a los niños menores de cinco años, mediante la aplicación del EEDP para niños menores de 2 años y el TEPSI para los niños de 2 a 5 años.
- Luego se procedió a realizar la intervención y se aplicó el programa educativo constituido por 6 sesiones, una sesión por semana.
- Posterior a ello, se volvió a aplicar el cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre desarrollo psicomotor y se volvió a evaluar el desarrollo psicomotor a los niños menores de cinco años.

3.5.2 Procesamiento y análisis de datos

Los análisis estadístico se hizo de la siguiente manera, en un primer momento de manera diagnóstica se describió los niveles iniciales de las variables dependientes antes de la aplicación del programa, para lo cual se realizó un análisis descriptivo, con gráfico de barras, Q-Q y Box plot; en un segundo momento se analizó los resultados en el post test para los dos grupos en estudio. Se calculó los datos estadísticos descriptivos de tendencia central y de dispersión. Luego se realizó un análisis de diferencia de medias; teniendo en cuenta la verificación de los supuestos de normalidad, para ello se aplicó el test de normalidad de K-S, con el fin de comprobarse la distribución de los datos si es normal o no. Por último se aplicó la prueba de T de student de diferencias de medias para aceptar o rechazar la hipótesis. Se empleó además un gráfico de cajas para observar dichas diferencias. (Ver anexo n° 07)

3.6 Consideraciones éticas

Durante la investigación y aplicación de los instrumentos se respetó y cumplió los principios de ética (25).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándole a la cuidadora familiar que la investigación sería anónima y que la información obtenida sería solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de las cuidadora

de los niños menores de cinco años, siendo útil sólo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a la cuidadora familiar el tipo y los fines de la investigación, cuyos resultados se encontrarían plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con la cuidadora familiar que aceptó voluntariamente participar en el presente trabajo (Ver anexo n° 08).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados:

TABLA N° 01

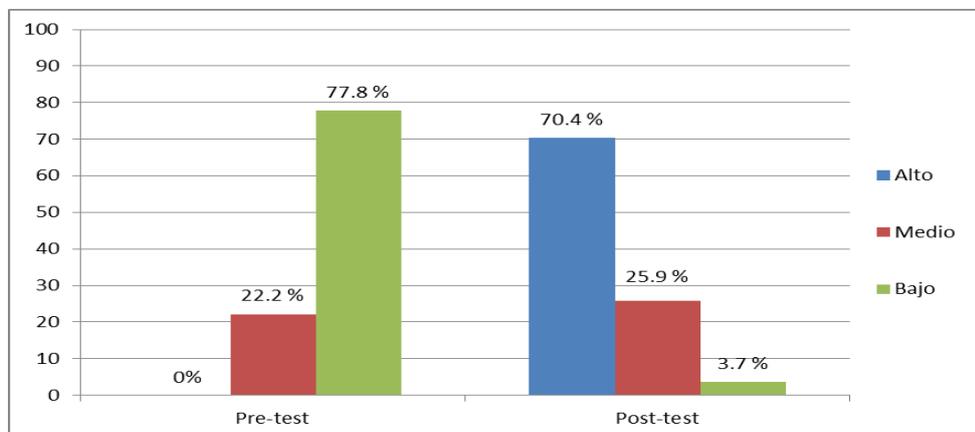
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL CUIDADOR DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO. P. J. EL PORVENIR B – CHIMBOTE, 2007.

Nivel de conocimientos	Pre-test		Post-test	
	N°	%	N°	%
Alto	0	0	19	70,4
Medio	6	22,2	7	25,9
Bajo	21	77,8	1	3,7
Total	27	100,0	27	100,0

Fuente: Cuestionario sobre desarrollo psicomotor en el niño menor de 5 años, elaborado por Reyna E. Aplicado a las cuidadoras de los niños menores de cinco años del P.J. El Porvenir B – Chimbote, diciembre 2007.

GRAFICO N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL CUIDADOR DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO. P. J. EL PORVENIR B – CHIMBOTE, 2007.



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

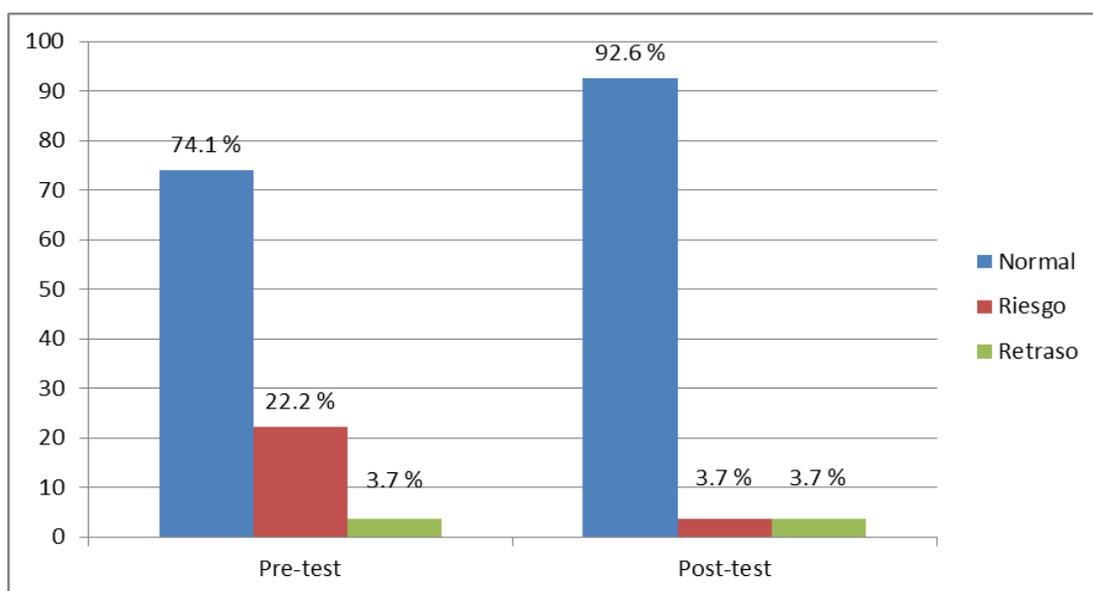
NIVEL DE DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO. P. J. EL PORVENIR B- CHIMBOTE, 2007.

Nivel de desarrollo psicomotor	Pre-test		Post -test	
	N°	%	N°	%
Normal	20	74,1	25	92,6
Riesgo	6	22,2	1	3,7
Retraso	1	3,7	1	3,7
Total	27	100,0	27	100,0

Fuente: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de 2 años (EEDP) y test de desarrollo psicomotor para el niño de 2 a 5 años (TEPSI) elaborados por el MINSA. Aplicado a los niños menores de cinco años del P.J. El Porvenir - Chimbote, Diciembre 2007.

GRAFICO N° 02

NIVEL DE DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO. P. J. EL PORVENIR B- CHIMBOTE, 2007.



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 03

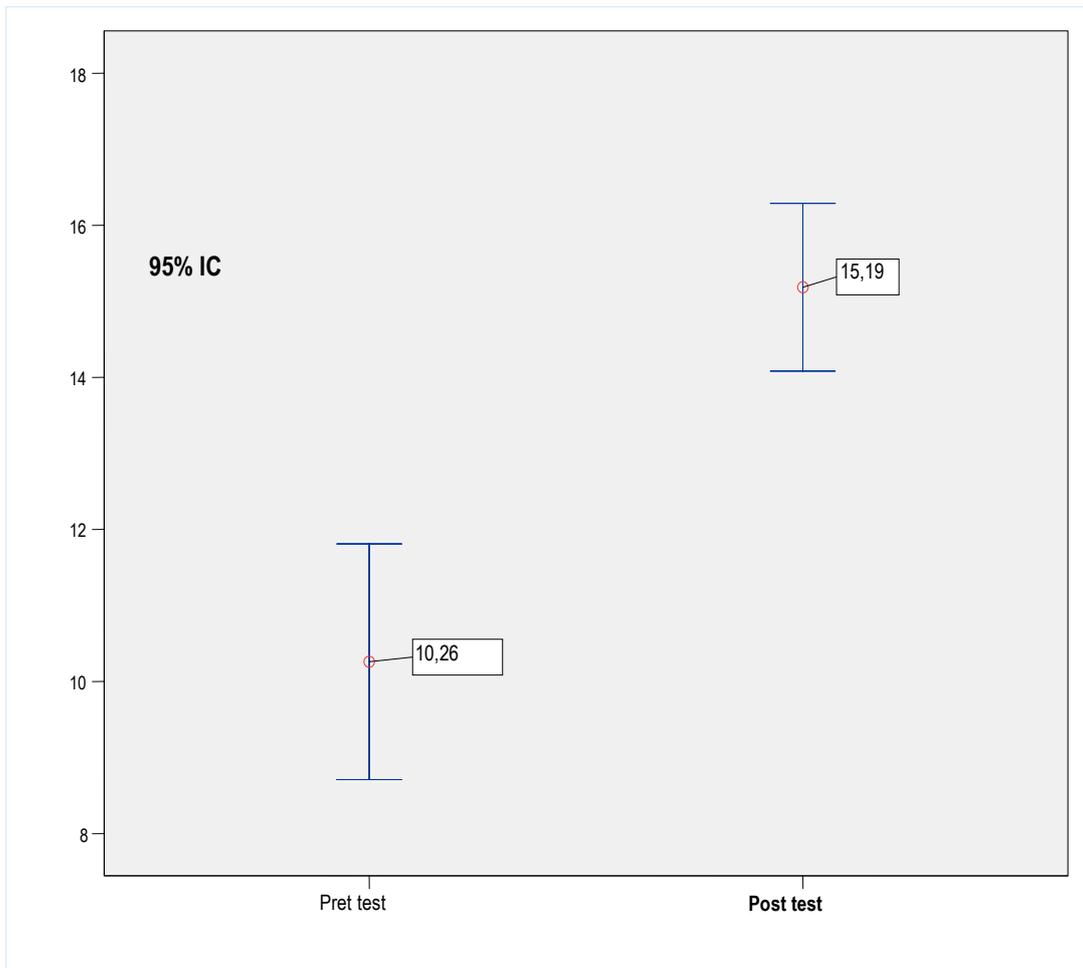
ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DEL PUNTAJE TOTAL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DESARROLLO PSICOMOTOR ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. P. J. “PORVENIR” DE CHIMBOTE, 2007.

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Pret	10,26	27	3,918	,754
Post	15,19	27	2,788	,537

Fuente: Cuestionario sobre desarrollo psicomotriz y estimulación temprana en el niño menos de 5 años elaborado por Reyna E. Aplicado a las cuidadoras de los niños menores de cinco años del P.J. El Porvenir B – Chimbote, diciembre 2007.

FIGURA N° 01

ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DEL PUNTAJE TOTAL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DESARROLLO PSICOMOTOR ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. P. J. EL PORVENIR B DE CHIMBOTE, 2007.



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N° 04

PRUEBA DE HIPOTESIS DE T STUDENT DE DIFERENCIAS DE MEDIAS DE MUESTRAS RELACIONADAS A LA VARIABLE PUNTAJE TOTAL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DESARROLLO PSICOMOTOR ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. P. J. EL PORVENIR B DE CHIMBOTE, 2007.

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig.
	Media	Desv. típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Pret - Post	-4,926	3,540	,681	-6,326	-3,525	-7,230	26	,000

Fuente: Cuestionario sobre desarrollo psicomotriz y estimulación temprana en el niño menos de 5 años elaborado por Reyna E. Aplicado a las cuidadoras de los niños menores de cinco años del P.J. El Porvenir B – Chimbote, diciembre 2007.

TABLA N° 05

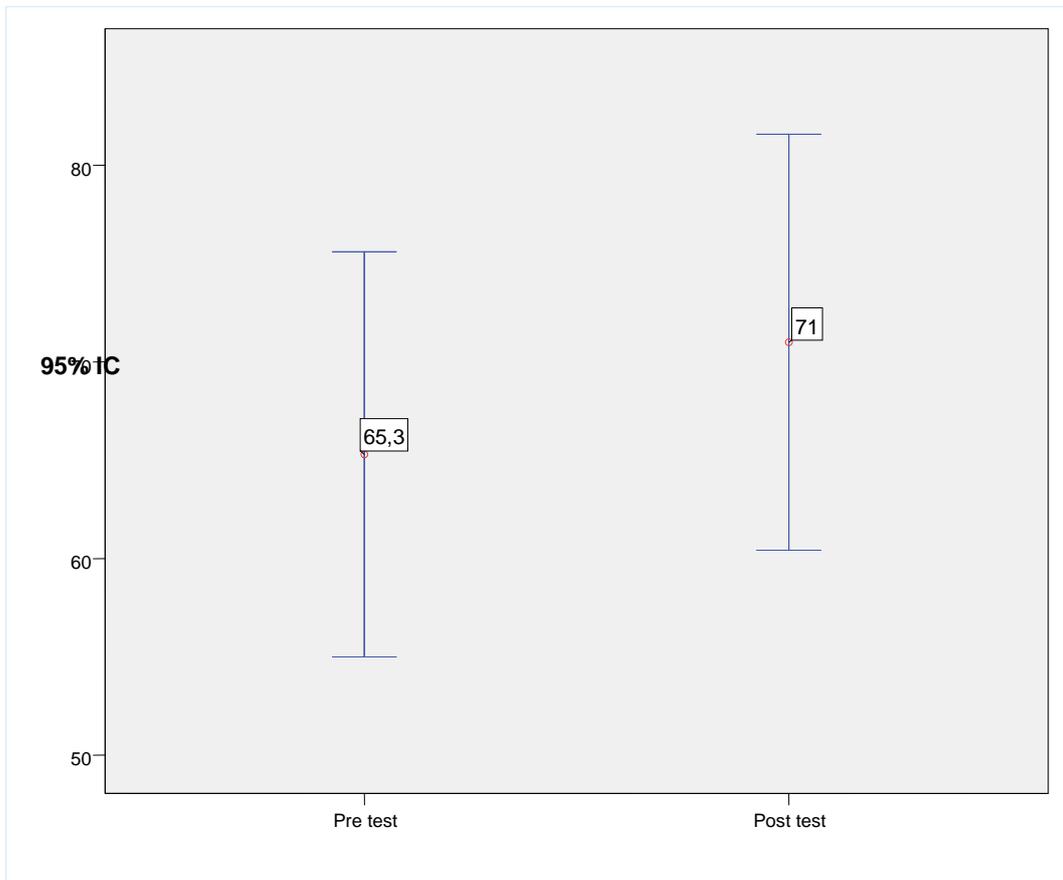
ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DEL PUNTAJE TOTAL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL PUEBLO JOVEN EL PORVENIR B DE CHIMBOTE, 2007.

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Pret	65,30	27	26,044	5,012
Post	71,00	27	26,748	5,148

Fuente: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de 2 años (EEDP) y test de desarrollo psicomotor para el niño de 2 a 5 años (TEPSI) elaborados por el MINSA. Aplicado a los niños menores de cinco años del P.J. El Porvenir B- Chimbote, diciembre 2007.

FIGURA N° 02

ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DEL PUNTAJE TOTAL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL PUEBLO JOVEN EL PORVENIR B DE CHIMBOTE, 2007.



Fuente: Tabla N° 5

TABLA N° 06

PRUEBA DE HIPOTESIS DE T STUDENT DE DIFERENCIAS DE MEDIAS DE MUESTRAS RELACIONADAS DE LA VARIABLE PUNTAJE TOTAL DE LA PRUEBA DE DESARROLLO PSICOMOTOR ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN LAS CUIDADORAS FAMILIARES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. PUEBLO JOVEN “PORVENIR” CHIMBOTE 2007

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig.
	Media	Desv. típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Pret - Post	-5,704	9,953	1,915	-9,641	-1,766	-2,978	26	,006

Fuente: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de 2 años (EEDP) y test de desarrollo psicomotor para el niño de 2 a 5 años (TEPSI) elaborados por el MINSA. Aplicado a los niños menores de cinco años del P.J. El Porvenir - Chimbote, diciembre 2007.

4.2. Análisis de los resultados:

En la Tabla N° 01: Se observa que antes de la aplicación del programa educativo, en el pre - test, el 77,8% de cuidadoras tenían un nivel de conocimiento bajo y el 22,2 % presentó un nivel de conocimiento medio. Ninguna de las encuestadas evidenció un nivel de conocimientos alto. El resultado del post – test, después de la aplicación del programa educativo, muestra resultados satisfactorios, un 70,4% de cuidadoras presentan nivel de conocimientos alto, 25,9% un nivel de conocimiento medio y solo un 3,7% un nivel de conocimientos bajo.

Lo encontrado en la investigación evidencia que antes de la aplicación del programa educativo durante el pre-test, las cuidadoras de los niños menores de cinco años no conocían sobre el desarrollo psicomotor y la estimulación temprana, desconocían las áreas a evaluarse y que actividades deberían realizar para desarrollar determinada área. Se observó que las madres reconocían algunas actividades que se les realiza a sus niños en las evaluaciones del desarrollo psicomotor cada vez que son llevados a sus consultas en el programa de crecimiento y desarrollo pero no conocían las áreas a las que pertenecían ni tampoco la importancia de estimular esas habilidades en los niños.

Por otro lado, luego de la aplicación del programa educativo, en el pos-test, se observa que elevaron el nivel de conocimientos en relación al desarrollo psicomotor del niño y la estimulación temprana, solo una mínima parte obtuvieron un nivel de conocimientos bajo.

Los resultados se relacionan a lo encontrado por Vela, C. (26), en su estudio sobre Efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses del Centro de Salud Mi Perú, Ventanilla. En donde se obtuvo que antes de la aplicación de la consejería de enfermería, 60% (9) tenían un nivel de conocimiento bajo y

40% (6) conocimiento medio. Posteriormente a la aplicación de la consejería de enfermería, 13% (2) conocimiento medio y 87% (13) alto.

Así mismo, se relacionan a lo obtenido por Escalona, J. y López, M. (27), en su estudio Impacto de un programa sobre estimulación temprana en niños bajo peso al nacer en el policlínico “José Martí”, Gibara. 2008. En donde obtuvo que antes de la aplicación del programa educativo, el nivel de conocimientos sobre la Estimulación temprana del neurodesarrollo y la importancia del mismo era de forma general bajo, 36 madres obtuvieron la evaluación de insuficiente para un 83.72 %. Después de la aplicación del programa educativo los resultados fueron otros, aquí se apreció que el nivel de conocimientos sobre la Estimulación temprana del neurodesarrollo y la importancia del mismo se elevó, pues el mayor número de madres alcanzó la calificación de suficiente, 41 madres, que representó el 95.34 %.

A pesar que un sinnúmero de factores intraorgánicos que influyen en el desarrollo de los niños, muchas de las habilidades que ellos adquieren dependen fundamentalmente de sus interacciones con sus cuidadores y el medioambiente social más amplio. Se considera que el conocimiento de los padres acerca del desarrollo puede influir en diferentes aspectos del desarrollo del niño así como puede funcionar también como un mecanismo facilitador de cambios en el desarrollo. El conocimiento de los padres sobre el desarrollo del niño puede ser definido como la comprensión que estos poseen acerca de las normas y los hitos del desarrollo, los procesos del desarrollo del niño y la familiaridad con las habilidades del cuidado de un bebé (28).

El conocimiento de los padres sobre el desarrollo del niño ha sido mencionado frecuentemente como un factor relativo a los resultados en el desarrollo del niño. Puede definirse como la comprensión de “procesos, hitos y pautas del desarrollo del niño, y familiaridad con las habilidades de los cuidadores”. Al respecto, se cree que el conocimiento de los padres proporciona una organización cognitiva global para la adaptación o

anticipación de cambios en el desarrollo de los niños. Las madres con alto nivel cultural responden más sensiblemente a las iniciaciones de sus niños, en tanto que aquellas con expectativas imprecisas sobre el desarrollo de sus hijos tienden a ser más violentas. Estudios en la materia han indicado que cuando las madres poseen mayores conocimientos del desarrollo del niño e infante, muestran mayores niveles de habilidades parentales y se producen menos problemas de conducta (28).

En el P. J. El Porvenir B, la mayoría de familias incluyendo a las cuidadoras y niños investigados viven en una situación de pobreza, carecen de un adecuado nivel educativo motivo por el cual se encontró en el pre-test calificaciones bajas, también probablemente por el poco o nulo esfuerzo del personal de salud de brindar una información concreta en relación al desarrollo del niño.

La problemática que se presenta tiene su origen en lo siguiente, muchas de las madres que asisten a los controles con sus hijos afirman y dicen entender las indicaciones y tareas que deben realizar en el hogar, siendo que muchas veces no las comprenden, pero por vergüenza o por despreocupación no lo manifiestan. Entonces al salir del centro de salud dejan a un lado las indicaciones y vuelven a sus hogares sin haber asimilado toda la información.

En la norma técnica para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, el Minsa (29), contempla que la consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollara de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la

niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las practicas adecuadas y corrigiendo las de riesgo.

Por otra parte, es reconocido que muchas madres llevan a sus hijos a los controles solo para lograr acceder a los beneficios que se les entrega como la leche o los medicamentos, sin que tengan una mayor preocupación por las otras áreas del desarrollo de sus hijos. También se observa la delegación por parte de la madre, de las funciones dentro de las pautas de crianza, a jardines infantiles los cuales pasan a ser formadores de los niños al pasar la mayor parte del día en ellos. Esto sucede en muchas casos debido a situaciones relacionado con el trabajo de las madres que por tratar de dar una mejor calidad de vida o para lograr cubrir las necesidades básicas de la familia se ve obligada a trabajar fuera del hogar.

La existencia en la mayoría de los hogares de más de 2 niños de los cuales preocuparse y debido a la poca formación de las madres, en la importancia que tiene el desarrollo psicomotor, provoca que este punto pase a ser un asunto ultimo dentro de las prioridades de la madre y la familia que pasan primero por la alimentación, vestuario y cuidado de otros hijos. El vínculo madre- hijo en las familias de escasos recursos se ve afectada por la situación de lucha diaria por sobrevivir y el tiempo y energía que la madre podría destinar a la estimulación y potenciación de las capacidades psicomotrices de los hijos se ven disminuidos (30).

Es fundamental la ampliación del trabajo de Enfermería sobre estimulación, educación y prevención a la cuidadora y al resto de la familia participante en la crianza y cuidado de los niños, para lograr un adecuado desarrollo psicomotor y concienciar al entorno del niño la importancia que tiene dentro del crecimiento y adaptación al medio que lo rodea.

La práctica permite validar y confrontar la aplicación de los modelos y teorías de enfermería como fundamentos conceptuales indispensables para

el ejercicio profesional de enfermería en los distintos escenarios del cuidado, valida la necesidad de la valoración de la percepción de los padres de la interacción padre - hijo, donde el proceso educativo, logra mejorar las relaciones de autoridad basados en la comunicación y la confianza, permitiendo a los padres reconocer las señales y respuestas del niño hacia su cuidador, definir conductas para actuar ante los comportamientos que presentan sus hijos, descubren los cuidados para aliviar la sensación de malestar del niño, y fomentar el crecimiento cognitivo, social y emocional durante su crecimiento y desarrollo (31).

En la Tabla N° 02: Se observa que antes de la aplicación del programa educativo, en la evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años, un 74,1% de niños presentaron un desarrollo psicomotor normal, un 22,2% en riesgo y un 3,7% en retraso. El resultado de la evaluación del desarrollo psicomotor después de la aplicación del programa educativo, muestra que el 92,6% de niños alcanzaron un desarrollo psicomotor normal y solo un 3,7% alcanzaron un desarrollo en riesgo y retraso.

Los resultados evidencian que la mayoría de niños menores de cinco años presentaron un desarrollo psicomotor normal y un porcentaje considerable riesgo en el desarrollo psicomotor, esto antes de la aplicación del programa educativo, los niños no realizaban las actividades propuestas tanto por el EEDP y TEPSI, todo esto probablemente por el déficit de conocimiento de la madre en el tema o por falta de estimulación por parte de ellas hacia los niños. Sin embargo se notó después de la aplicación del programa educativo que hubo un aumento de porcentaje en los niños en el nivel normal y disminución del porcentaje de niños en el nivel en riesgo.

Esto se relaciona con lo obtenido por Vela, C. (26), en su estudio sobre Efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses del Centro de Salud Mi Perú, Ventanilla. En donde encontró sobre del desarrollo psicomotor según la

evaluación del EEDP de los lactantes de 0 – 6 meses tenemos que antes de la aplicación de las sesiones de consejería de enfermería el 60% (9) tuvo un Desarrollo Psicomotor normal, 33,3% (5) en riesgo y 6,7 % (1) retraso. Después de la aplicación de las sesiones de enfermería sobre estimulación temprana, se obtuvo en un 100% (15) el desarrollo psicomotor normal para los lactantes de 0 – 6 meses.

El desarrollo psicomotor, o la progresiva adquisición de habilidades en el niño, es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC), es el proceso evolutivo multidimensional e integral, que comienza en la vida intrauterina y continúa después del nacimiento mediante el cual el niño va logrando habilidades y respuestas cada vez más complejas que le van a permitir adaptarse e interactuar con el mundo. Para lograr esta tarea óptimamente se requiere integridad de las estructuras cerebrales involucradas, un buen nivel de salud y un medio ambiente adecuado (32).

A partir de esa definición se puede decir que es fundamental tener conocimiento de los distintos factores que participan en el desarrollo psicomotor de un niño para determinar en donde se producen las falencias y poder realizar evaluaciones y posteriores estimulaciones que estén enfocadas a permitir un desarrollo normal del niño sano y evitar tener niveles de riesgo y retraso.

El desarrollo psicomotor normal de un niño requiere de la participación activa de distintos factores que pueden favorecer o entorpecer el adecuado desenvolvimiento del niño en el medio que lo rodea. Dentro de los factores que pueden influir en el desarrollo psicomotor de un niño podemos definir variables como una buena nutrición, estimulación sensorial adecuada y oportuna, y un sólido vínculo madre-hijo. Este último factor se manifiesta con gran importancia debido a la estimulación temprana que las madres pueden ejercer sobre el desarrollo psicomotor de sus hijos pequeños. Dentro

de la psicología evolutiva se han hecho estudios sobre cómo afectan las influencias ambientales tanto positivas y negativas en el desarrollo psicomotor infantil. Estos estudios han demostrado que el desarrollo emocional y social de los niños depende en gran medida de la relación que establecen con las personas que lo cuidan (32).

En el estudio encontramos que la mayoría de cuidadoras de los niños menores de 5 años, son sus madres, y por lo tanto ella representa el primer eslabón de la interrelación del niño con el medio que lo rodea. Además es, en la mayor parte de los casos, la persona que acude a los controles de salud de los hijos y es a quien los profesionales del equipo multidisciplinario se dirige y capacitan para lograr un mejor desarrollo integral de su hijo. Sin embargo en la evaluación del desarrollo psicomotor previo al programa educativo se puede observar niveles de riesgo y retraso.

Las madres acuden al P.S. La Unión en donde reciben consejería cada vez que sus hijos son evaluados en el control de crecimiento y desarrollo. Sin embargo todavía existen alteraciones del desarrollo psicomotriz en niños menores de 5 años. Probablemente sea debido a que la madre, que actúa como factor primordial en el desarrollo psicomotor de sus hijos, no está aplicando de manera correcta la información entregada por el personal de salud, o en todo caso no se le está brindando la información teniendo en cuenta las características de la cuidadora, por lo que las acciones para mejorar este problema deben ir enfocadas a reforzar y a mejorar la educación por parte del equipo de salud con un enfoque biopsicosocial integrando en esta educación a la familia.

Después de la aplicación de la aplicación del programa educativo se realizó la evaluación del desarrollo psicomotor al niño y se tuvo como resultados que en el nivel normal aumentaron considerablemente la cantidad de niños y disminuyeron la cantidad de niños con riesgo y retraso en el desarrollo.

En la Tabla N° 03: Se observa que en el pre test el puntaje promedio de la prueba de conocimientos fue de 10.26, con una desviación estándar de 3.92 y un error típico de la media de 0.75 y el promedio en el post test alcanzó un puntaje de 15.2, con una desviación estándar de 2.8 y un error típico de la media de 0.54. Tal como se corrobora en la Fig. N° 01 a nivel descriptivo se observó la diferencia de medias entre el pre test y post test.

Estos resultados nos demuestran que los cuidadores familiares de los niños menores de cinco años antes de participar en el programa educativo sobre desarrollo psicomotriz presentaban un nivel de conocimientos de medio alto obteniendo un puntaje promedio de 10,26 y después de participar del programa educativo obtuvieron un puntaje promedio de 15,2 presentando un nivel de conocimientos alto; los resultados del Pre- test se deben probablemente a que los cuidadores familiares pertenecen a un nivel educativo bajo, escaso tiempo para dedicarlo a la estimulación del desarrollo de los niños y por el desconocimiento de la importancia del desarrollo psicomotriz del niño menor de cinco años. Posiblemente algunas cuidadoras ignoran las funciones que cumplen la familia al cuidado de otro miembro y una de ellas es brindarles bienestar psicológico y emocional; la relación inicial entre los padres, cuidadores y el niño es importante para el ajuste emocional ulterior del propio niño, también debe proveer cuidados al niño y satisfacer sus necesidades básicas de alimento, vestido, abrigo, protección contra los daños y cuidados de la salud (4).

Por esta razón y para que la familia y la madre pueda cumplir con el rol de cuidador y agente de salud para el niño tiene que poseer conocimientos adecuados acerca del desarrollo y cuidado integral del niño (4).

La atención de salud relacionada al cuidado del niño menor de 5 años esta cargo del profesional de enfermería que realiza actividades preventivo promocionales como es la educación en salud y una de las actividades es

educar a las cuidadoras de los niños menores de cinco años, lo que muchas veces no se puede realizar por el escaso personal de salud (20).

El cuidador familiar del niño menor de 5 años, sea este la madre, abuela o el familiar más cercano debe poseer los conocimientos necesarios sobre desarrollo psicomotor y su importancia en el futuro del niño; esto redundará en un mejor cuidado hacia el niño, asistencia al consultorio de CRED, participación de sesiones educativas y el fácil reconocimiento de señales de un riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor.

El personal de salud de los establecimientos deben ejecutar estrategias que cumplan con el objetivo de disminuir las alteraciones en el desarrollo psicomotor, la propuesta de esta investigación es brindar un programa educativo pero teniendo en cuenta la teoría de la educación para adultos en donde se propone una educación horizontal y el aprendiz aplica los conocimientos obtenidos inmediatamente en su día a día. La enfermera participa como facilitadora de las sesiones educativas.

En la Tabla N° 04: Se observa que la diferencia entre promedio del Pre test y el promedio de post test es de -4.926, con una desviación estándar de 3.5 y un error típico de la media de 0.681, que los límites de los intervalos de confianza al 95% son de -6.33 el inferior y -3.525 el superior (no contiene el cero) y para saber si la diferencia es significativa se comprueba la siguiente hipótesis:

H_0 “No existe diferencia significativa entre el puntaje promedio alcanzado en el pre test y post test de la Prueba de conocimientos sobre desarrollo psicomotor” ($\bar{X}_1 = \bar{X}_2$).

H_a “Existe diferencia significativa entre el puntaje promedio alcanzado en el pre test y post test de la Prueba de conocimientos sobre desarrollo psicomotor” ($\bar{X}_1 \neq \bar{X}_2$).

Habiéndose encontrado que el valor del estadígrafo de la t de estudiantes es igual a -7.2, y que su significancia es igual a 0,000 con 26 grados de libertad; siendo éste menor que el nivel de significación de 0,05 ($p < 0,05$) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa de que existen diferencias significativa entre las medias de pre test y post test, por lo que se concluye que el Programa educativo fue efectivo para mejorar los conocimientos en desarrollo psicomotriz de las cuidadoras de los niños menores de 5 años en el P.J. El Porvenir.

Lo que comprueba que el programa educativo sobre desarrollo psicomotriz es efectivo para mejorar el nivel de conocimientos de los cuidadores familiares de los niños menores de cinco años lo que coincide con los resultados obtenidos por Flores C, Muñoz G. (33), en su estudio sobre efectividad del programa educativo desarrollando habilidades con estimulación temprana para mejorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en madres con niños de 2 a 5 Años de la I.E.I N° 143, La Era, Lima 2008. En donde se encontró que el 8% de las madres presentó un nivel de conocimiento deficiente, el 23% un nivel de conocimiento regular, mientras que el 69% presentó un nivel de conocimiento bueno. Referente a los datos relacionados con la actitud de las madres, el 35% presentó una actitud negativa y el 65% presentó actitud positiva. En cuanto a las prácticas de las madres, el 81% presentó prácticas buenas, mientras que el 19% mostró prácticas excelentes. Se llegó a la conclusión de que el Programa educativo “Desarrollando mis habilidades con estimulación temprana” ha sido efectivo en el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre estimulación temprana en las madres con niños de 2 a 5 años con un nivel de confianza al 95%, según los resultados obtenidos.

De igual manera coincide con los resultados por Villanueva, K, y col.(13) en su estudio sobre Efectividad del Programa Educativo sobre Promoción de la Salud: “Hacia una comunidad protegida, en el nivel de conocimiento de los alumnos del cuarto grado de educación secundaria del Colegio Nacional Técnico Villa María, del distrito de Nuevo Chimbote, los cuales después de aplicar el Programa en el grupo experimental elevaron su nivel de conocimientos en forma significativa, determinándose la efectividad del Programa Educativo. Aunque no corresponde a la misma variable de estudios, demuestra que los programas educativos realizados por el personal de Enfermería son efectivos para elevar los conocimientos de las madres.

También existe similitud en los resultados encontrados por: Manrique, J. (34), en su estudio sobre efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12 - 36 meses que asisten al programa “sala de educación temprana” Lima-Cercado, se encontró que del 100% (30) cuidadores encuestados, antes de la aplicación del programa educativo, 57% (17) conocen sobre la prevención de la anemia ferropénica. Mientras que después de la aplicación del programa educativo 100% (30) cuidadores, evidenciaron conocer sobre la prevención de la anemia ferropénica. Además, se observa que los conocimientos se incrementaron en un 43%, después de la aplicación del programa educativo, el cual fue comprobado por la prueba T de Student.

Esto demuestra que interviniendo en la población mediante un programa educativo puede mejorar el nivel de conocimientos en temas referente a los cuidados de la salud y que implementándolos en los diferentes establecimientos de salud puede ser una solución para la falta de educación en la población, que sucede por el escaso personal.

En la Tabla N°5: Se observa que en el pre-test el puntaje promedio de la prueba de desarrollo psicomotriz fue de 65,3, con una desviación estándar

de 26,04 y un error típico de la media de 5,01 y el promedio del pos-test alcanzó un puntaje de 71,00 con una desviación estándar de 26,74 y un error típico de la media de 5,14.

Lo que nos demuestra que el puntaje de las evaluaciones del desarrollo psicomotor del niño mejoraron, es muy posible que las cuidadoras luego de recibir las capacitaciones durante el programa educativo hayan realizado en sus niños las pautas aconsejadas y así estimularlo hasta obtener ese resultado, lo que se evidencia en el nivel de conocimientos aumentado.

Estos resultados se relacionan o lo encontrado por Rodríguez, J. (35), en su estudio sobre consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas y desarrollo psicomotor de los niños menores de 1 año. Centro de salud materno infantil El Bosque. 2009. En donde se encontró que durante el pre-test, el 60% de los niños presentaron un desarrollo psicomotor normal, el 36.67% presentaron riesgo en el desarrollo psicomotor, y el 3.33% un desarrollo psicomotor en retraso y después que se aplicó la consejería sobre estimulación temprana, se encontró que el 80.00% de los niños menores de una año presentaron un desarrollo psicomotor normal, y el 20.00% obtuvieron un desarrollo psicomotor en riesgo. Se concluyó que la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en las madres primerizas con niños menores de un año, fue efectiva según la prueba T de student.

Así mismo se relaciona a lo obtenido por Prado, J. y Montilla, R. (36), en su estudio aplicación de un programa psicomotor para niñas y niños del nivel pre escolar en la unidad educativa Bolivariana La Poderosa – Venezuela, 2005. Los resultados reflejan que el 33% de los estudiantes que no habían logrado definir su lateralidad lo hicieron de manera satisfactoria cuando se aplicó la prueba final quedando así el 100% de los estudiantes con su lateralidad definida. Con respecto a la prueba de madurez escolar, muestra que el grado de madurez de los niños y niñas del nivel inicial se vio

beneficiado por las actividades desarrolladas durante la aplicación del programa ya que el 73% de los mismos se encuentran en la escala maduro y el otro 27% se ubica en la escala medio maduro que nos indica que el niño o niña ha alcanzado de forma parcial el nivel de desarrollo para las funciones exploradas. Concluyendo que el programa fue efectivo para mejorar el desarrollo psicomotor de los niños pre-escolares.

La cuidadora en especial la madre es la persona que le provee al niño de la estimulación necesaria para ir alcanzando el nivel de desarrollo adecuado. Las interacciones madre – bebé están constituidas y caracterizadas por cinco componentes. El primero de ellos, las vocalizaciones, se caracterizan en la madre por el empleo de un tono de voz casi siempre alto, de una intensidad exagerada, con lentitud y pausas prolongadas entre cada párrafo. Establece un monólogo, en forma de diálogo imaginario. De esta forma enseña al bebé a ajustarse a los turnos de las palabras que exige el intercambio en una conversación normal. Además, la madre y el hijo se encuentran impulsados a emitir sonidos juntos, lo que parece suceder cuando la interacción se hace más viva y animada y estaría relacionado con el vínculo en desarrollo (37).

El segundo componente es la mirada. Tiene una mayor duración que la que se da entre dos adultos. Además, durante las interacciones lúdicas, las madres miran y hablan simultáneamente a su hijo. El quinto componente es la expresión facial que acompaña cada serie de presentaciones de la cara. Estas se caracterizan por ofrecer límites definidos y ser realizadas con lentitud y exageración de forma que destacan cada presentación y su correspondiente expresión. Las aproximaciones físicas de la madre en muchos casos fuerzan la frontera establecida por las respuestas del niño a la aproximación. Así se prepara al niño para los contactos futuros (37).

Los comportamientos descritos se encuentran presentes en casi todas las madres a pesar de que dependen en gran medida de las características del niño. Sin embargo hay diadas que no establecen lo antes mencionado por las

características socioculturales de la madres, el poco tiempo para dedicárselo a sus hijos y la preocupación por la situación económica.

El proceso de regulación mutua determina en gran medida el curso del desarrollo del niño a nivel emocional, social y de la conformación de su cerebro. Si la regulación funciona bien, el proceso de desarrollo se da de manera armoniosa y permite que el niño, en colaboración con los otros, resuelva tareas cada vez más complejas. Cuando se producen fallas, el desarrollo pierde su rumbo y la interacción con el compañero se ve limitada o reducida. El efecto se observa en el niño, aunque se trata de una falla conjunta. Si la falla es continua, crónica y la estructuración se constituye alrededor de esta falla, pueden producirse desordenes afectivos y patologías (37).

Cuando no se llega a establecer los componentes de la interacción entre madre e hijo, producto del déficit de conocimiento de la madre sobre el desarrollo psicomotor del niño, no detectando la estimulación temprana que necesita, es cuando de evidencia niveles de riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor del niño.

En la Tabla N° 06: Se observa que la diferencia entre el promedio del pre-test y el promedio de pos-test es de -5,70, con una desviación estándar de 9,95 y un error típico de la media de 1,915, que los límites de los intervalos de confianza al 95% son de -9,64 el inferior y -1,76 el superior (no contiene el cero y para saber si la diferencia es significativa, se comprueba la siguiente hipótesis:

H_0 : No existe diferencia significativa entre el puntaje promedio alcanzado en el pre-test y pos-test en la prueba de desarrollo psicomotor.

H_a : Existe diferencia significativa entre el puntaje promedio alcanzado en el pre-test y pos-test en la prueba de desarrollo psicomotor.

El valor del estadígrafo de la t de estudiantes es igual a -2,98, y que su significancia Asociado es igual a 0,006 con 26 grados de libertad; siendo este menor que el nivel de significación de 0,05 ($p < 0,05$) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa de que existen diferencias significativas entre las medias del pre-test y pos-test, por lo que se concluye que el programa educativo fue efectivo para mejorar el desarrollo psicomotor de los niños menores de cinco años en el P.J. El Porvenir de Chimbote en el año 2007.

Esto demuestra que realizando un programa educativo a las madres de los niños menores de cinco años y elevando su nivel de conocimientos sobre el desarrollo psicomotor, los niños si mejoraron su nivel de desarrollo psicomotor, durante las evaluaciones tanto a los niños menores de 2 años con la escala de evaluación del desarrollo psicomotor y a los niños de 2 a 5 años con el test de desarrollo psicomotor se encontró que la mayoría presenta un nivel de desarrollo normal pos-test.

Un estudio que reporta efectividad de un programa es el realizado por Flores, J. (34), en su estudio Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años. En donde encontró los siguientes resultados: Después de la exposición del grupo experimental de niños de 0 a 3 años al programa de estimulación temprana, la evaluación de su desarrollo mediante la Escala del Proyecto Memphis reveló un incremento significativo del desarrollo psicomotor, en promedio de aproximadamente 4 meses, lo que sugiere la utilidad actual del programa y su necesaria permanencia en el tiempo.

Así mismo García, E. y Herrera, G. (33), en su investigación sobre estimulación temprana y su impacto en el desarrollo psicomotor del niño menor de treinta meses. Hospital Naylamp - Chiclayo 2011. En donde concluyó que la estimulación temprana logró un impacto significativo en el desarrollo del niño según los resultados de la fórmula de t Student pareada

con un valor obtenido de t (1.6) según los valores críticos de la distribución t , lo que contribuyó a elevar en el niño un adecuado desarrollo psicomotriz, favoreciendo de esta manera un buen desarrollo intelectual, afectivo y social.

Esto puede explicarse, en que el desarrollo psicomotor del niño es mejor a manera que la madre estimula más al niño pero contando con los conocimientos suficientes y correctos para poder hacerlo. La población infantil investigada está cubierta por establecimientos de salud que controlan en el crecimiento y desarrollo del niño y le realiza el seguimiento y mediante la consejería le dice a la madre que hacer para lograr un mejor desarrollo pero es posible que no le explique correctamente las áreas de desarrollo y la importancia de estimularla.

Otra de las razones es que las personas que reciben la información durante el control de crecimiento y desarrollo no es la cuidadora del niño, es otro familiar por lo tanto la persona que pasa la mayor parte del día con el niño no tiene conocimientos de cómo estimular sus áreas de desarrollo. Además en esta comunidad existen Wawa Wasis y Pronoeis en donde madres cuidadoras albergan a los niños desde la 8 de la mañana a 3 de la tarde y solo tienen conocimientos básicos de cómo cuidar y estimular a un niño.

En lo que corresponde a los centros de salud es importantísimo el seguimiento a través de las visitas domiciliarias integrales para conocer la realidad de cada familia y poder determinar qué acciones se deben tomar para suplir la falta de estimulación e impedir que los niveles de déficit del desarrollo psicomotor disminuyan. La creación de un vínculo de confianza, entre el profesional y la madre es imprescindible para permitir la manifestación de sus inquietudes y desconocimiento sobre el desarrollo psicomotor de sus hijos.

Las visitas actuales deben incorporar el enfoque biosicosocial de la familia porque solo lo realiza un profesional por vez y aun cuando existe una comunicación transversal a nivel de equipo de salud, todavía el concepto de visita domiciliaria integral no está bien asimilado ni implementado.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La mayoría de cuidadoras familiares del niño menor de cinco años antes de la aplicación del programa educativo sobre desarrollo psicomotor presentaron un nivel bajo de conocimientos y un porcentaje considerable, nivel medio; después del programa educativo la mayoría presentó nivel alto, un porcentaje considerable continuó en nivel medio y un mínimo porcentaje presentó nivel bajo de conocimientos.
- La mayoría de niños menores de cinco años antes del programa educativo sobre desarrollo psicomotor presentaron un nivel de desarrollo normal, un porcentaje considerable en riesgo y un mínimo porcentaje con retraso; luego del programa educativo el nivel normal de desarrollo se elevó a la gran mayoría de los niños, una mínima parte presentaron riesgo y el nivel retraso se mantuvo igual, sin variación.
- El programa educativo sobre desarrollo psicomotor fue efectivo para mejorar el nivel de conocimientos en los cuidadores familiares de los niños menores de cinco años.
- El programa educativo sobre desarrollo psicomotor es efectivo para mejorar el nivel del desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años.

5.2 Recomendaciones:

- A los profesionales de salud, tener en cuenta el nivel de conocimientos de los cuidadores durante las consultas de crecimiento y desarrollo para poder determinar que conocimientos carecen y poder mejorar la calidad de cuidado del niño menor de cinco años.
- Implementar un programa educativo en el puesto de salud La Unión para cuidadores familiares sobre desarrollo psicomotor como estrategia para mejorar los conocimientos del cuidador y el desarrollo psicomotriz del niño.
- A las instituciones formadoras de profesionales de enfermería fomentar en los estudiantes la realización de trabajos de investigación orientados a elaborar estrategias que mejoren la calidad de atención de enfermería y sobre todo la salud de la población, como es mejorar el nivel de conocimientos de la madre y el desarrollo psicomotriz del niño menor de cinco años.
- A las madres y cuidadoras de los niños menores de cinco años a brindarle la importancia necesaria al desarrollo psicomotriz del niño menor de cinco años para evitar efectos indeseables y difíciles de recuperar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Papalia D. Desarrollo humano, 11ava edición. Colombia: Editorial Interamericana; 2009.
2. Behrman N, Kliegman J. Psicología evolutiva, 4ta edición. Colombia: Editorial Mc Graw Hill: 1998.
3. Organización Panamericana de la Salud. Manual de crecimiento y desarrollo. 2da edición. Washigton. Organización Panamericana de la Salud; 1994.
4. Whaley L, Wong O. Tratado de Enfermería. 4ta edición. Colombia: Editorial Interamericana; 2006.
5. Cuminsky M, Elbio N, Suárez E. Crecimiento y desarrollo hechos y tendencias. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1998.
6. Ministerio de salud (Minsa). Manual de crecimiento y desarrollo. Perú: Ministerio de salud; 2000.
7. Programa de crecimiento y desarrollo del niño. Área niño. Puesto de salud La Unión. Pueblo Joven La Unión; 2005.
8. Barzola C. “Impacto de un programa educativo en Profesores de educación inicial y primaria sobre Primeros Auxilios” - Chimbote. [Tesis para optar por el título de licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 1996.
9. Uriol E. “Efectividad de un modelo educativo de Enfermería en el nivel de autocuidado de los internos del penal de Trujillo” [Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 1996

10. Álvarez, A. “Efectividad del modelo educativo de Enfermería en el Nivel de autocuidado de los internos del penal de Trujillo. [Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 1998.
11. Callan D, Ortega R. “Efectividad de un Programa Educativo sobre quemaduras en las socias de los clubes de madres de la ciudadela Pachacutec”. [Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería]. Trujillo: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2000.
12. Chachi J, Chignalli S. “Efectividad del programa educativo sobre primeros auxilios en alumnos de secundaria del turno noche”. Lima. [Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería]. Trujillo: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2000.
13. Villanueva K. Efectividad del Programa Educativo sobre promoción de la salud: hacia una comunidad protegida , en el nivel de conocimientos de los alumnos del cuarto grado de educación secundaria del colegio técnico Villa Maria” Chimbote. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad nacional del Santa; 1993
14. Araujo L, Flores E. Efectividad de un programa educativo sobre prevención de tuberculosis en el nivel de conocimientos y actitud de la familia del paciente”. Chimbote. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad nacional del Santa; 2001.
15. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 5ta edición. España: Edit. Mosby, 5a. Barcelona. Harcourt Brace; 2003.
16. Gutiérrez P. Proceso educativo en el enfoque de Paulo Freire. El hecho Andragógico. [Monografía en internet]. [Citado 12 de agosto del 2007]. Disponible desde el URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/sedi/sedi2.shtml>

17. Raile A, Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. 7ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011.
18. Chavarry P. Introducción a los modelos y teorías de Enfermería. [Artículo en internet]. [Citado el 12 de febrero del 2015]. Disponible desde el URL: es.slideshare.net/azanero33/modelos-y-teorias-de-enfermeria
19. Alva M. “Promocionando la salud. 1ra edición. Chimbote; 2005
20. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. Curso integrado de salud infantil. Cuaderno técnico N° 18.
21. Ministerio de salud. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor. [Documento en internet]. [Citado el 24 de febrero del 2015]. Disponible desde la URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2333.PDF>
22. Ministerio de salud. Norma técnica de estimulación y evaluación del desarrollo. [Documento en internet]. [Citado el 24 de febrero del 2015]. Disponible desde la URL: web.minsal.cl/.../2004_Normas_tecnicas_estimulacion_y_evaluacion_des.
23. Croeger A. “Atención Primaria de la Salud”. Principios y métodos. Segunda edic. México; 1998
24. Ministerio de salud. Manual de educación en salud; 2000.
25. Polit D, Hungler,B. “ Investigación científica en ciencias de la salud” Quinta edición. Edit. Interamericana. México; 2000
26. Vela C. Efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses del Centro de Salud Mi Perú, Ventanilla. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad

Nacional Mayor de San Marcos. Lima; 2007. Disponible desde el URL:
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/vela_pc/pdf/vela_pc.pdf

27. Escalona J, López M. Impacto de un programa sobre estimulación temprana en niños bajo peso al nacer en el policlínico “José Martí”, Gibara. 2008. Rev. Ped. [Artículo en internet]. 2011. [Citado el 26 de febrero del 2013] 8(1). Disponible desde el URL: http://www.revistapediatria.cl/vol8num_1/pdf/4_NINO_BAJO_PESO.pdf
28. Sanders M, Morawska A. ¿Es Posible que el Conocimiento de los Padres, las Competencias y Expectativas Disfuncionales, y la Regulación Emocional mejoren los resultados de los Niños? In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-13. [Citado el 22 de febrero 2013]. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Sanders-MorawskaESPxp.pdf>.
29. Ministerio de salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de cinco años. [Documento en internet]. [Citado el 12 de febrero de 2015]. Disponible desde el URL: www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/.../nt_cred_minsa2011.pdf
30. Cortés M, Villamarin B. Existencia de alteraciones en el desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años en los estratos socio económicos bajos. [Documento en internet]. Chile 2007 [Citado el 22 de febrero del 2013]. Disponible desde el URL: medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/la%20serena%202007/existencia%20de%20alteracionesen%20el%20desarrollo%20psicomotor%20en%20ni%C3%91os%20menores%20de%205%20a%C3%91os%20en%20los%20estratos%20socioeconomicos%20%20bajos.pdf

31. Torres I, Granados L. I Congreso de modelos y teorías de enfermería. Modelo interacción y adaptación padre - hijo” de Kathryn Barnard: una experiencia de sistematización con padre - hijo de 1 a 3 años. [Documento en internet]. [Citado el 12 de febrero del 2015]. Disponible desde el URL: http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2011/cong_enfermeria/memorias/mesa4/barnard.pdf
32. Moore R. Evaluación del desarrollo psicomotor. [Monografía en internet]. [Citado el 22 de febrero del 2013]. Disponible desde el URL: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/EvalDessPs.html>
33. Flores C, Muñoz G. Efectividad del Programa Educativo Desarrollando Habilidades con Estimulación Temprana para Mejorar el Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Madres con Niños de 2 a 5 Años de la I.E.I N° 143, La Era, Lima 2008. [Artículo en internet]. Rev. Cient. Ss. Cc.. Disponible desde el URL: revistasinvestigacion.upeu.edu.pe/index.php?journal=rc...
34. Manrique J. Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12 - 36 meses que asisten al programa “sala de educación temprana” Lima-Cercado. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. Disponible en la URL: Cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1038/1/manrique_cj.pdf
35. Rodríguez J. Consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas y desarrollo psicomotor de los niños menores de 1 año. Centro de salud materno infantil El Bosque. 2009. [Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería]. La Libertad: Universidad Privada Antenor Orrego; 2010. Disponible desde el URL:

positorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/227/1/rodriguez_jakelin_consejeria_estimulacion_temprana.pdf

36. Prado J, Montilla R. Programa psicomotor para niñas y niños del nivel pre escolar en la unidad educativa Bolivariana La Poderosa – Venezuela, 2005. Fdeportes.com. [Artículo en internet] 2010. [Citado el 30 de mayo del 2013]. 14(142). Disponible desde el URL: <http://www.efdeportes.com/efd142/programa-psicomotor-nivel-inicial.htm>
37. Haya De La Torre I. Las características de la interacción madre – bebé y el conocimiento sobre el desarrollo del niño en un grupo de madres adolescentes y sus bebés. [Tesis para optar el título de licenciada en Psicología]. Pontificia Universidad Católica Del Perú. Lima; 2009.
38. Flores J. Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años. I Rev. Cienc. Tec. [Artículo en revista]. 2013.[Citado el 10 de febrero 2014]; 9(4). Disponible desde el URL: revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/download/426/363
39. García E, Herrera G. Estimulación temprana y su impacto en el desarrollo psicomotor del niño menor de treinta meses. Hospital Naylamp - Chiclayo 2011. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Chiclayo. Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo. [Citado el 10 de febrero 2014]; disponible desde el url: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/102/1/tl_garc%c3%ada_fiestas_erika.pdf

ANEXOS:



ANEXO 01



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
ESCUELA DE POSTGRADO
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DEL CUIDADOR
SOBRE EL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR
DE 5 AÑOS.**

Instrucciones: la presente es una prueba objetiva sobre desarrollo psicomotor del niño a su cuidado. Previamente se le solicita información general.

Marcar con una aspa (X) cada una de sus respuestas.

I.- Datos de Identificación.

1.- Parentesco con el niño

Madre ()

Padre ()

Otro familiar ()

Especificar:.....

II.- Conocimientos del cuidador sobre desarrollo psicomotriz del niño menor de cinco años.

1.- ¿Para Usted que es el desarrollo psicomotriz del niño menor de cinco años?

- a) Avance progresivo del niño hasta llegar a la adultez.
- b) Incrementos de habilidades y funciones
- c) Incremento del peso.

2.- ¿Cuáles son las áreas que comprenden el desarrollo psicomotriz del niño?

- a) Movimientos gruesos y finos, lenguaje, coordinación

- b) Coordinación, lenguaje, social.
- c) Crecimiento, lenguaje, social.

3.- ¿Que entiende por área de coordinación?

- a) habilidad del niño para manejar su propio cuerpo.
- b) Habilidad para coger y manipulación de objetos.
- c) Habilidad del niño para correr.

4.- ¿Que entiende por área motora?

- a) Coger y manipular hábilmente.
- b) Caminar correctamente.
- c) Realizar movimientos del cuerpo para realizar acciones.

5.- ¿Que entiende por área social?

- a) El niño aprende a caminar.
- b) El niño aprende a relacionarse con los demás.
- c) Relaciona lo que oye con lo que ve.

6.- ¿Qué entiende por área del lenguaje?

- a) Hablar correctamente sin tartamudear.
- b) Uso de palabras para verbalizar acciones.
- c) Uso de palabras cortas, por ejemplo; ma, pa.

7.- De las siguientes acciones ¿cuáles cree que corresponde al área motora?

- a) Es capaz de coger objetos con las manos
- b) Se pone de pie.
- c) Imitar gestos, tales como decir “chao”.

d) Pinta trazos en papel.

8.- De las siguientes acciones ¿cuáles cree que corresponden al área de coordinación?

- a) Permanece sentado momentáneamente.
- b) Intentar introducir la bolita en la botella.
- c) Camina cuando se le sostiene de una mano.
- d) Se sienta por si solo en una silla baja.

9.- De las siguientes acciones ¿cuál cree que corresponde al área social?

- a) Sabe su nombre.
- b) Reacciona al decirle no.
- c) Reconoce cuando le llaman por su nombre.
- d) Tira y coge objetos.

10.- De las siguientes acciones ¿cual cree que corresponde al área lenguaje?

- a) Dice “da, da” o algo parecido.
- b) Aplaude con las manos.
- c) Vuelve la cabeza a quien le habla.
- d) La gusta correr y saltar.

11.- Para incentivar el desarrollo en el área motora se debe...

- a) Ayudarle a pararse apoyado en sillas, cama.
- b) Repetirle los Sonidos.
- c) Pasarle lápiz y papel para que trace líneas.

12.- Para incentivar a los niños en el área lenguaje se debe...

- a) Hablarle mientras hace las tareas del hogar.
- b) Enseñarle a vestirse y desvestirse.

c) Enseñarle a aplaudir.

13.- Para incentivar el desarrollo en el área de coordinación se debe...

a) Enseñarle a meter y sacar cosas de cajas.

b) Mientras cambia de ropa nombrarle

c) Colocarle música suave, mientras está despierto.

14.- Para incentivar el desarrollo en el área social se debe...

a) Ayudarle para que aprenda a comer solo.

b) Ayudarle a jugar y moverse cuando se baña.

c) Llamarle por su nombre.

15.- ¿Cuál es la importancia del desarrollo psicomotriz?

a) Su crecimiento va a ser mejor.

b) Va a ser más grande que otros.

c) Ayuda a desarrollar en el niño una personalidad libre y creadora que le conducirá a la realización como ser social.

16.-¿Qué tiene que hacer Usted para saber si su niño se va desarrollando normalmente?

a) Solo observarlo.

b) Llevarle al control de crecimiento y desarrollo en una institución de salud.

c) Llevarlo al médico.

17.- ¿Cómo se demuestra que el niño se va desarrollando bien?

a) En comparación con otros niños es el mas grande.

b) Cumple con todas las habilidades de acuerdo a su edad.

c) No se enferma.

18.- ¿Qué significa realizar estimulación temprana en el niño?

- a) Jugar con el niño todo el día.
- b) Conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño experiencias que el necesita para desarrollarse al máximo.
- c) Demostrarle cariño y afecto.

19.- ¿Cuál cree que debe ser la conducta del cuidador del niño frente al desarrollo psicomotriz?

- a) Dejar que el niño se desarrolle solo.
- b) No llevarle a sus controles.
- c) Vigilar su progreso y estimular su desarrollo.

20.- ¿Cómo debe ser el hogar para favorecer la estimulación del niño?

- a) Debe haber tranquilidad, cariño y respeto.
- b) No influye en nada.
- c) En un ambiente hostil también el niño puede ser estimulado

ANEXO N° 02

**ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO
PSICOMOTOR DE 0-24 MESES**

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR: 0 a 24 MESES

PSICÓLOGAS: SOLEDAD RODRÍGUEZ, VIOLETA ARANCIBIA, CONSUELO UNDURRAGA.

I- FICHA DE REGISTRO

Nombre de la madre:	Edad Mental:
Nombre del niño:	Edad cronológica: (días) (meses)
Fecha de evaluación:	EMEC: PE = C.D=
Fecha de nacimiento:	Peso: Talla:
Establecimiento:	

DESARROLLO PSICOMOTOR:	NORMAL	RIESGO	RETRASO
-------------------------------	--------	--------	---------

AREAS DE DESARROLLO	COORDINACIÓN	SOCIAL	LENGUAJE	MOTORA
NORMAL				
RETRASO				

II- PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
1 MES	1.- (S) FIJA LA MIRADA EN EL ROSTRO DEL EXAMINADOR			
	2.- (L) REACCIONA AL SONIDO DE LA CAMPANILLA			
	3.- (M) APRIETA EL DEDO INDICE DEL EXAMINADOR			
	4.- (C) SIGUE LA ARGOLLA (ANGULO 90°)			
	5.- (M) MOVIMIENTO DE CABEZA EN POSICION PRONA			

EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
2 MESES	6.- (S) MIMICA EN RESPUESTA AL ROSTRO DEL EXAMINADOR			
	7.- (LS) VOCALIZA EN RESPUESTA A LA SONRISA Y CONVERSACION DEL EXAMINADOR			
	8.- (CS) REACCIONA ANTE EL DESAPARECIMIENTO DE LA CARA DEL EXAMINADOR			
	9.- (M) INTENTA CONTROLAR LA CABEZA AL SER LLEVADO A POSICION SENTADA			
	10.- (L) VOCALIZA DOS SONIDOS DIFERENTES			

EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
3 MESES	11.- (S) SONRIE EN RESPUESTA A LA SONRISA DEL EXAMINADOR			
	12.- (CL) BUSCA CON LA VISTA LA FUENTE DEL SONIDO			
	13.- (C) SIGUE CON LA VISTA LA ARGOLLA (ANGULO DE 180°)			
	14.- (M) MANTIENE LA CABEZA ERGUIDA AL SER LLEVADO A POSICION SENTADA			
	15.- (L) VOCALIZACION PROLONGADA			

EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
4 MESES	16.- (C) LA CABEZA SIGUE LA CUCHARA QUE DESAPARECE			
	17.- (CL) GIRA LA CABEZA AL SONIDO DE LA CAMPANILLA			
	18.- (M) EN POSICION PRONA SE LEVANTA A SI MISMO			
	19.- (M) LEVANTA LA CABEZA Y HOMBROS AL SER LLEVADO A POSICION SENTADA			
	20.- (LS) RIE A CARCAJADAS			

EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
5 MESES	21.- (SL) VUELVE LA CABEZA A QUIEN LE HABLA			
	22.- (C) PALPA EL BORDE DE LA MESA			
	23.- (C) INTENTA PRENSION DE LA ARGOLLA			
	24.- (M) TRACCIONA HASTA LOGRAR LA POSICION SENTADA			
	25.- (M) SE MANTIENE SENTADO CON LEVE APOYO			

EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
8 MESES	36.- (M) SE SIEN TA SOLO Y SE MANTIENE ERGUIDO			
	37.- (M) TRACCIONA HASTA LOGRAR LA POSICION DE PIE			
	38.- (M) INICIACION DE PASOS SOSTENIDO BAJO LOS BRAZOS			
	39.- (C) COGE LA PASTILLA CON MOVIMIENTO DE RASTRILLO			
	40.- (L) DICE DA DA O EQUIVALENTE			
EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
9 MESES	41.- (M) LOGRA LLEGAR A POSICION DE PIE, APOYADO EN UN MUEBLE			
	42.- (M) CAMINA SOSTENIDO BAJO LOS BRAZOS			
	43.- (C) COGE LA PASTILLA CON PARTICIPACION DEL PULGAR			
	44.- (C) ENCUENTRA EL CUBO BAJO EL PANAL			
	45.- (LS) REACCIONA A COMENTARIOS VERBALES			
EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
10 MESES	46.- (C) COGE LA PASTILLA CON PULGAR E INDICE			
	47.- (S) IMITA GESTOS SIMPLES			
	48.- (C) COGE EL TERCER CUBO DEJANDO UNO DE LOS 2 PRIMEROS			
	49.- (C) JUNTA CUBOS EN LA LINEA MEDIA			
	50.- (SL) REACCIONA AL "NO, NO"			
EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
10 MESES	46.- (C) COGE LA PASTILLA CON PULGAR E INDICE			
	47.- (S) IMITA GESTOS SIMPLES			
	48.- (C) COGE EL TERCER CUBO DEJANDO UNO DE LOS 2 PRIMEROS			
	49.- (C) JUNTA CUBOS EN LA LINEA MEDIA			
	50.- (SL) REACCIONA AL "NO, NO"			
EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
12 MESES	51.- (M) CAMINA ALGUNOS PASOS DE LA MANO			
	52.- (C) JUNTA LAS MANOS EN LA LINEA MEDIA			
	53.- (M) SE PONE DE PIE SOLO			
	54.- (LS) ENTREGA COMO RESPUESTA A UNA ORDEN			
	55.- (L) DICE AL MENOS 2 PALABRAS			
EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
15 MESES	56.- (M) CAMINA SOLO			
	57.- (C) INTRODUCE LA PASTILLA EN LA BOTELLA			
	58.- (C) ESPONTANEAMENTE GARABATEA			
	59.- (C) COGE EL TERCER CUBO CONSERVANDO LOS 2 PRIMEROS			
	60.- (L) DICE AL MENOS 3 PALABRAS			
EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
18 MESES	61.- (LS) MUESTRA SUS ZAPATOS			
	62.- (M) CAMINA VARIOS PASOS HACIA EL LADO			
	63.- (M) CAMINA VARIOS PASOS HACIA ATRAS			
	64.- (C) RETIRA INMEDIATAMENTE LA PASTILLA DE LA BOTELLA			
	65.- (C) ATRAE EL CUBO CON UN PALO			
EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
21 MESES	66.- (L) NOMBRA UN OBJETO DE LOS CUATRO PRESENTADOS			
	67.- (L) IMITA 3 PALABRAS EN EL MOMENTO DEL EXAMEN			
	68.- (C) CONSTRUYE UNA TORRE CON 3 CUBOS			
	69.- (L) DICE AL MENOS 6 PALABRAS			
	70.- (LS) USA PALABRAS PARA COMUNICAR DESEOS			
EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACION
24 MESES	71.- (M) SE PARA EN UN PIE CON AYUDA			
	72.- (L) NOMBRA 2 OBJETOS DE LOS 4 PRESENTADOS			
	73.- (S) AYUDA EN TAREAS SIMPLES			
	74.- (L) APUNTA 4 O MAS PARTES EN EL CUERPO DE LA MUNECA			
	75.- (C) CONSTRUYE UNA TORRE CON CINCO CUBOS			

I. SUBTEST COORDINACION

- 1 C TRASLADA AGUA DE UN VASO A OTRO SIN DERRAMAR (Dos vasos)
 2 C CONSTRUYE UN PUENTE CON TRES CUBOS CON MODELO PRESENTE (Seis cubos)
 3 C CONSTRUYE UNA TORRE DE 8 O MAS CUBOS (Doce cubos)
 4 C DESABOTONA (Estuche)
 5 C ABOTONA (Estuche)
 6 C ENHEBRA UNA AGUJA (Aguja de lana; hilo)
 7 C DESATA CORDONES (Tablero e/cordón)
 8 C COPIA UNA LINEA RECTA (Lám. 1; lápiz; reverso hoja reg.)
 9 C COPIA UN CIRCULO (Lám. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
 10 C COPIA UNA CRUZ (Lám. 3; lápiz; reverso hoja reg.)
 11 C COPIA UN TRIANGULO (Lám. 4; lápiz; reverso hoja reg.)
 12 C COPIA UN CUADRADO (Lám. 5; lápiz; reverso hoja reg.)
 13 C DIBUJA 9 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)
 14 C DIBUJA 6 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)
 15 C DIBUJA 3 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)
 16 C ORDENA POR TAMAÑO (Tablero; barritas)
- TOTAL SUBTEST COORDINACION: PB



II. SUBTEST LENGUAJE

- 1 L RECONOCE GRANDE Y CHICO (Lám. 6) GRANDE ___ CHICO ___
 2 L RECONOCE MAS Y MENOS (Lám. 7) MAS ___ MENOS ___
 3 L NOMBRA ANIMALES (Lám. 8)
 GATO PERRO CHANCHO PATO
 PALOMA OVEJA TORTUGA GALLINA
 4 L NOMBRA OBJETOS (Lám. 5)
 PARAGUAS VELA ESCOBA TETERA
 ZAPATOS RELOJ SERRUCHO TAZA
 5 L RECONOCE LARGO Y CORTO (Lám. 1) LARGO ___ CORTO ___
 6 L VERBALIZA ACCIONES (Lám. 11)
 CORTANDO SALTANDO
 PLANCHANDO COMIENDO
 7 L CONOCE LA UTILIDAD DE OBJETOS
 CUCHARA LAPIZ JABON
 ESCOBA CAMA TIJERA
 8 L DISCRIMINA PESADO Y LIVIANO (Bolsas con arena y esponja)
 PESADO LIVIANO
 9 L VERBALIZA SU NOMBRE Y APELLIDO
 NOMBRE APELLIDO
 10 L IDENTIFICA SU SEXO
 11 L CONOCE EL NOMBRE DE SUS PADRES
 PAPA MAMA
 12 L DA RESPUESTAS COHERENTES A SITUACIONES PLANTEADAS
 HAMBRE CANSADO FRIO
 13 L COMPRENDE PREPOSICIONES (Lápiz)
 DETRAS SOBRE BAJO

<input type="checkbox"/>	14 L	RAZONA POR ANALOGIAS OPUESTAS HIELO RATON MAMA
<input type="checkbox"/>	15 L	NOMBRA COLORES (Papel lustre azul, amarillo, rojo) AZUL AMARILLO ROJO
<input type="checkbox"/>	16 L	SEÑALA COLORES (Papel lustre amarillo, azul, rojo) AMARILLO AZUL ROJO
<input type="checkbox"/>	17 L	NOMBRA FIGURAS GEOMETRICAS (Lám. 12) ○ □ △
<input type="checkbox"/>	18 L	SEÑALA FIGURAS GEOMETRICAS (Lám. 12) □ △ ○
<input type="checkbox"/>	19 L	DESCRIBE ESCENAS (Láms. 13 y 14) 13 14
<input type="checkbox"/>	20 L	RECONOCE ABSURDOS (Lám. 15)
<input type="checkbox"/>	21 L	USA PLURALES (Lám. 16)
<input type="checkbox"/>	22 L	RECONOCE ANTES Y DESPUES (Lám. 17) ANTES DESPUES
<input type="checkbox"/>	23 L	DEFINE PALABRAS MANZANA PELOTA ZAPATO ABRIGO
<input type="checkbox"/>	24 L	NOMBRA CARACTERISTICAS DE OBJETOS (Pelota, globo inflado; bolsa arena) PELOTA GLOBO INFLADO BOLSA
<input type="checkbox"/>		TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB

III. SUBTEST MOTRICIDAD		
<input type="checkbox"/>	1 M	SALTA CON LOS DOS PIES JUNTOS EN EL MISMO LUGAR
<input type="checkbox"/>	2 M	CAMINA DIEZ PASOS LLEVANDO UN VASO LLENO DE AGUA (Vaso lleno de agua)
<input type="checkbox"/>	3 M	LANZA UNA PELOTA EN UNA DIRECCION DETERMINADA (Pelota)
<input type="checkbox"/>	4 M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 10 SEG. O MAS
<input type="checkbox"/>	5 M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 5 SEG. O MAS
<input type="checkbox"/>	6 M	SE PARA EN UN PIE 1 SEG. O MAS
<input type="checkbox"/>	7 M	CAMINA EN PUNTA DE PIES SEIS O MAS PASOS
<input type="checkbox"/>	8 M	SALTA 20 CMS CON LOS PIES JUNTOS (Hoja reg.)
<input type="checkbox"/>	9 M	SALTA EN UN PIE TRES O MAS VECES SIN APOYO
<input type="checkbox"/>	10 M	COGE UNA PELOTA (Pelota)
<input type="checkbox"/>	11 M	CAMINA HACIA ADELANTE TOPANDO TALON Y PUNTA
<input type="checkbox"/>	12 M	CAMINA HACIA ATRAS TOPANDO PUNTA Y TALON
<input type="checkbox"/>		TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB

4 años, 0 meses, 1 día
a
4 años, 6 meses, 0 días

TABLA DE CONVERSION DE PUNTAJES BRUTOS A PUNTAJES A ESCALA (PUNTAJES T)

Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años: TEPSI

TEST TOTAL

Puntaje Bruto		Puntaje T	Puntaje Bruto		Puntaje T
22	-	19	38	-	50
23	-	21	39	-	52
24	-	23	40	-	54
25	-	25	41	-	56
26	-	27	42	-	58
27	-	29	43	-	60
28	-	31	44	-	62
29	-	33	45	-	64
30	-	35	46	-	66
31	-	37	47	-	68
32	-	39	48	-	70
33	-	41	49	-	72
34	-	43	50	-	74
35	-	45	51	-	76
36	-	46	52	-	77
37	-	48			

ANEXO N° 04

PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE DESARROLLO PSICOMOTRIZ

I.-PLANIFICACIÓN:

A.- MARCO REFERENCIAL:

JUSTIFICACIÓN:

La realidad general de los niños constituye una de las preocupaciones más significativas en el Perú y en el mundo. Y uno de los principales problemas en los países tercermundistas como el nuestro y más aún en nuestra localidad lo constituye lo relacionado al crecimiento y desarrollo del niño.

En el Perú, el cuidado y la atención de la problemática infantil es una de las prioridades de las políticas del sector salud. El MINSA como órgano rector del sector salud en nuestro país dentro de sus políticas de salud utiliza como estrategia el programa de crecimiento y desarrollo del niño cuyo propósito es mejorar la situación de salud infantil realiza actividades preventivo promocionales, donde se evalúa de manera integral y con prioridad a la población menor de cinco años, empleando para ello el modelo de atención integral de salud del niño.

El programa es administrado por una enfermera que se encarga de brindar la atención al niño menor de cinco años tratando de ofrecer los paquetes básicos de atención integral de salud al niño en todos los establecimientos de salud de primer nivel pero no se logra obtener los resultados esperados por la falta de presupuesto y de personal de salud; tornándose en una atención dirigida al motivo de consulta, atención infantil rutinaria, escasas intervenciones preventivas como es la educación en salud.

Por otro lado existen padres que no consideran importante la asistencia del niño a este programa lo que se refleja en una cobertura nacional que no supera el 80 % en niños menores de 5 años que también es un motivo por el cual la enfermera no cumple con el rol encomendado. La estrategia que se utiliza es la visita casa por casa tratando de captar niños nuevos así como continuar con la atención de los niños que desertaron al programa, pero existe el inconveniente de que es uno de los programas con menos presupuestos lo que hace imposible cumplir con lo propuesto.

Es necesario que tanto el personal de enfermería como la familia participe de la atención del niño con el objetivo del mejoramiento y mantenimiento de su salud, pero para que la familia y la madre pueda cumplir con el rol de cuidadora y agente de salud para el niño tiene que poseer conocimientos adecuados acerca del desarrollo y cuidado integral del niño, muchas madres tienen un nivel de información inadecuado, creencias y actitudes erróneas que interactúan con el niño y dan como resultado un desarrollo defectuoso en el niño.

Por ello ésta estrategia de intervención educativa a través del programa educativo busca incrementar los conocimientos del cuidador familiar en el desarrollo psicomotriz del niño menor de cinco años y ayudar así a que su intervención sea más acertada.

B.- MARCO CONCEPTUAL

El presente Programa educativo cuenta con los siguientes aspectos conceptuales:

- a) La utilización de la teoría de sistemas que considera a la promoción de conductas de salud, y su utilidad radica en que introduce el orden entre conceptos que pueden explicar la ocurrencia de las conductas promotoras de la salud y que estas pueden ser parte integral del estilo de vida de un individuo. Los viejos patrones conductuales pueden ser extinguidos y nuevos

patrones de conducta para alcanzar la salud y el bienestar, enfatizando que las conductas de promoción de la salud representa al ser humano actuando sobre su ambiente y como el, intenta mejorar niveles de salud.

Parte del sistema es el proceso, el camino por el cual el sistema trata que los elementos de entrada (transformados, modificados o no) logren ordenadamente el producto que concuerde con el objetivo fijado. Está constituido por las actividades que realiza el profesional de Enfermería en la atención al cliente. Para la investigación el proceso es la aplicación del programa educativo de acuerdo al enfoque andragógico de educación para adultos y las evaluaciones del desarrollo psicomotriz.

- b) La aplicación de los programas educativos que son herramientas o instrumentos que constituyen una táctica global donde el éxito depende de la elección de la estrategia que permite al personal de salud enfatizar sus acciones de Promoción y Prevención, que incentivan la participación para la reflexión y análisis de un tema, estos son capaces de motivar un cambio de conducta, además de la educación de técnicas de fácil comprensión y nuevos conocimientos, permitiendo aprovechar la capacidad de aprendizaje de los adultos.

El Programa educativo es un proceso de enseñanza aprendizaje con un plan establecido con antelación, en el que se establece objetivos que se desean lograr según el conjunto de contenidos y actividades educativas que se han formulado(1).Su finalidad es incrementar el nivel de conocimientos y promover la adopción de comportamientos saludables mediante el cambio de actitud positiva hacia la salud.

Los programas educativos tienen como principios básicos, los siguientes: Deben responder a las necesidades e intereses de aquellos para quienes han sido planeadas, Debe contar con la aceptación y ser flexible para permitir cualquier modificación que surja como consecuencia de una necesidad

imprevista, Deben ser adecuados al trabajo y a las capacidades necesarias e intereses tanto de la organización, como del grupo para quienes es planteado.

- c) El modelo andragógico se fundamenta en la horizontabilidad de la enseñanza aprendizaje y en las características que posee el aprendiz que participa de la educación de adultos. Es por ello que el aprendizaje desde el punto de vista andragógico corresponde a un paradigma en el cual el proceso, se transforma en una interacción de iguales donde el facilitador orienta al que aprende, y facilita la información que el usuario habrá de utilizar para enriquecimiento de su experiencia en una actividad determinada permite al aprendiz junto al educador desarrollar experiencias de aprendizaje pertinentes y relevantes. Mediante el modelo andragógico se promueve que se haga un esfuerzo para ayudar a las personas a desarrollarse y a evolucionar hacia la realización de sus potencialidades. Se busca extender la dimensión tanto afectiva como intelectual de los individuos.

C.- MARCO ESTRUCTURAL:

Este programa educativo está adecuado de acuerdo a la realidad problemática, necesidades e intereses del grupo de madres del pueblo joven el Porvenir.

En el contenido educativo se consideran aspectos básicos del desarrollo psicomotriz así como las áreas de evaluación y las habilidades del niño de acuerdo a su edad y área.

Las actividades educativas estarán a cargo de la investigadora en coordinación con el personal del Puesto de salud la unión.

D.- ESTRATEGIA METODOLOGICA:

Los temas son enfocados según las necesidades de los cuidadores, haciendo uso de la educación no formal para adultos.

Se utilizaran las técnicas de enseñanza:

- a) Técnicas de animación y presentación.
- b) Técnicas visuales: escritas gráficas
- c) Demostración-redemostración
- d) Técnicas auditivas.
- e) Técnicas audiovisuales.

II.-ELABORACION:

CRONOGRAMA DE SESIONES EDUCATIVAS

No DE SESIONES	TEMA	TIEMPO	RESPONSABLE
01	crecimiento y desarrollo Importancia	primera semana de setiembre-2007	LIC.ELENA REYNA
02	desarrollo psicomotriz de recién nacido y su estimulación temprana	segunda semana de setiembre-2007	LIC.ELENA REYNA
03	desarrollo psicomotriz de del niño menor de seis me su estimulación temprana	tercera semana de setiembre-2007	LIC.ELENA REYNA
04	desarrollo psicomotriz de niño de 6 meses a un año su estimulación temprana	cuarta semana de setiembre-2007	LIC.ELENA REYNA
05	desarrollo psicomotriz de del niño de 1 año a 5 años su estimulación temprana	Primera semana de octubre 2007	LIC.ELENA REYNA
06	Importancia de la particip del grupo familiar en desarrollo psicomotriz	Segunda semana de octubre 2007	LIC.ELENA REYNA

II.-EJECUCIÓN:

Se iniciará el 04 de noviembre en coordinación con el personal profesional de Enfermería del Puesto de salud La Unión.

Se utilizarán las instalaciones del establecimiento de salud.

V.-EVALUACIÓN:

1.-Evaluación diagnóstica:

Determinando el nivel de conocimiento de las madres sobre desarrollo psicomotriz, a través de un pre test.

2.-Evaluación Formativa:

Se realizará evaluaciones orales y demostrativas en las respectivas sesiones.

3.-Evaluación final: a través de un post test.

Anexos del programa educativo

DISEÑO DE SESION EDUCATIVA No 1

I.-DATOS INFORMATIVOS

- 1.1. LUGAR: Puesto de Salud la unión.
- 1.2. Fecha: Primera semana de Noviembre del 2007
- 1.3. Duración: 20 min.
- 1.4. Dirigidos: a las madres de los niños menores de 5 años del Porvenir B.

II.-TEMA GENERAL

Desarrollo psicomotriz del niño menor de 5 años y estimulación temprana..

III.-OBJETIVO GENERAL

Al término de la sesión educativa las participantes:

- 1.-Conocerán la definición del desarrollo Psicomotriz y estimulación del niño menor de 5 años.

IV.-TEMAS ESPECIFICOS

Definición del desarrollo Psicomotriz.
Definición de la áreas de desarrollo Psicomotriz.
Definición de estimulación temprana

V.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

Al término de la sesión educativa las participantes.

- 1.-Conocerán la definición del desarrollo Psicomotriz.
- 2.-Conocerán la definición de las áreas del desarrollo Psicomotriz
- 3.-Conocerán la definición de estimulación temprana

VI.-METODOLOGIA

Expositiva participativa, mediante el uso de rotafolios y la palabra hablada

VII.-CONTENIDOS PROPIAMENTE DICHO:

DESARROLLO PSICOMOTOR

Es un proceso gradual y permanente de transformaciones que ocurren en un niño, debido a la interacción con el medio ambiente que lo rodea y a la madurez de su organismo. Este proceso se inicia desde la gestación y es acumulativo, continuo e integral.

AREAS DE L DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO

AREA MOTORA

El niño va adquiriendo fuerza muscular y con sus movimientos, lo cual le va a permitir primero conocer su propio cuerpo y más adelante el mundo que lo rodea.

AREA DEL LENGUAJE

El niño va poco a poco emitiendo sonidos hasta lograr pronunciar sus primeras palabras; al aprender a hablar, logra comunicarse mejor con los demás.

AREA DE COODINACION

El niño va aprendiendo a coordinar lo que ve que hace, lo que oye con lo que ve.

AREA SOCIAL

El niño aprende a relacionarse con las demás personas, aprende a querer y a ser querido y aceptado

ESTIMULACION DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

Es iniciar, avivar o guiar al niño para que realice determinadas actividades o funciones, con el objeto de lograr el desarrollo máximo de sus capacidades, de acuerdo a la etapa de desarrollo psicomotor en que se encuentre, para que sea capaz

de interactuar adecuadamente con su medio ambiente físico y social y sea a futuro una persona emocionalmente estable.

VIII.- EVALUACION:

Se evaluará a través de preguntas durante la sesión, antes y después de terminado cada subtema.

DISEÑO DE SESION EDUCATIVA No 2

I.-DATOS INFORMATIVOS

- 1.5. LUGAR: Puesto de Salud la unión.
- 1.6. Fecha: segunda semana de Noviembre del 2007
- 1.7. Duración: 20 min.
- 1.8. Dirigidos: a las madres de los niños menores de 5 años del Porvenir B.

II.-TEMA GENERAL

Desarrollo Psicomotriz del recién nacido y su estimulación temprana.

III.-OBJETIVO GENERAL

Al término de la sesión educativa las participantes:

- 1.-Conocerán el desarrollo psicomotriz y estimulación del recién nacido.

IV.-TEMAS ESPECIFICOS

Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área motora del recién nacido.
Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área social del recién nacido.
Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área del lenguaje motora del recién nacido.
Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área de coordinación del recién nacido.

V.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

Al término de la sesión educativa las participantes.

- 1.- Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área motora del recién nacido.
- 2.- Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área social del recién nacido.
- 3.-Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área del lenguaje motora del recién nacido.
- 4.-Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área de coordinación del recién nacido.

VI.-METODOLOGIA

Expositiva participativa, mediante el uso de rotafolios y la palabra hablada

VII.-CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

ACTIVIDADES	ESTIMULACIÓN TEMPRANA
<p style="text-align: center;"><u>MOTORA</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Aprieta el dedo de la madre al colocarlo en su mano.• Puede realizar algunos movimientos de cabeza boca abajo.	<ul style="list-style-type: none">• Ponerle un dedo en cada manito para que los apriete y luego tirarlo suavemente, del modo que el niño haga fuerza.• Tomarle las piernas extenderlas y flexionarlas. No ponerle ropa que le impida moverse.• Colocarlo boca abajo.
<p style="text-align: center;"><u>COORDINACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Puede empezar a seguir con la vista.	<ul style="list-style-type: none">• Tocarle los dedos uno a uno y luego la mano suavemente.• Colocar móviles en su cuna.• Mostrarle objetos en blanco y negro al comienzo y luego colores llamativos.
<p style="text-align: center;"><u>SOCIAL</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Empieza a fijar la vista en la persona	<ul style="list-style-type: none">• Acostumbrarlo a estar con distintas personas y lugares aprovechar

que le habla.	momentos entre las comidas, cuando este despierto. Colocarle música suave. Demostrarle cariño.
<p style="text-align: center;"><u>LENGUAJE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Todavía no realizas vocalizaciones pero puede empezar a reaccionar frente a sonidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablarle continuamente no en diminutivos. • Acercarse a él y hablarle suavemente. • Contarle y arrullarle.

- Durante las primeras semanas de vida el R.N. nacido realiza pocas actividades, la mayor parte de su tiempo la ocupa el dormir por lo que la madre y la cuidadora se dedican a realizar actividades que lo estimulen y brinden cuidado.
- Ofrecerle lactancia materna exclusiva.
- Mientras lacta mirar al niño.
- Estimular la zona de la boca con el pezón para ejercitar la succión.
- Manténgalo en brazos después de lactar y palmee suavemente su espalda para eliminar gases.
- Mueva sus brazos y piernas suavemente flexionando y extendiendo, abriendo y cerrando con suavidad.
- Acostumbrarlo a los ruidos de casa. Sin exponerlo a ruidos fuertes, que escuche música suave (Mozar, Chopin)
- No le ponga demasiada ropa, así podrá sentirse cómodo y no sofocarse.

VIII.- EVALUACION:

Se evaluará a través de preguntas durante la sesión, antes y después de terminado cada subtema.

DISEÑO DE SESION EDUCATIVA No 3

I.-DATOS INFORMATIVOS

- 1.9. LUGAR: Puesto de Salud la unión.
- 1.10. Fecha: tercera semana de Noviembre del 2007
- 1.11. Duración: 20 min.
- 1.12. Dirigidos: a las madres de los niños menores de 5 años del Porvenir B.

II.-TEMA GENERAL

Desarrollo Psicomotriz y estimulación temprana del niño menor de 6 meses.

III.-OBJETIVO GENERAL

Al término de la sesión educativa las participantes:

- 1.-Conocerán el desarrollo psicomotriz y estimulación del niño menor de 6 meses.

IV.-TEMAS ESPECIFICOS

Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área motora del niño menor de 6 meses.
Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área social del niño menor de 6 meses.
Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área del lenguaje del niño menor de 6 años.
Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área de coordinación del niño menor de 6 años.

V.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

Al término de la sesión educativa las participantes.

- 1.- Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área motora del niño menor de 6 meses.
- 2.- Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área social del niño menor de 6 años.
- 3.-Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área del lenguaje motora del niño menor de 6 meses.
- 4.-Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área de coordinación del niño de 6 meses.

VI.-METODOLOGIA

Expositiva participativa, mediante el uso de rotafolios y la palabra hablada.

VII.-CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

AREA MOTORA:

- Aprieta el dedo de la mamá al colocarlo en su mano.
- Al mes al colocarlo boca abajo es capaz de mover la cabeza.
- Al segundo mes trata de enderezar la cabeza al sentarlo.
- Al tercer mes, mantiene la cabeza levantada al sentarse.

AREA DE COORDINACION

- Sigue con la vista un objeto que se le mueve delante de sus ojos.
- Al tercer mes, busca con la vista al escuchar un sonido (voz de la mamá, cascabel), comienza a tomar cosas y a echárselas a la boca.

AREA SOCIAL

- Al mes fija la vista en la persona que habla.
- Al segundo mes hace sonidos al hablarle.
- Al tercer mes sonrío al hablarle.

AREA DEL LENGUAJE

- Al mes, reacciona al ruido cerca de su oído.
- Al segundo mes dice “a”, “u” dos sonidos diferentes.
- Al tercer mes hace sonidos más prolongados.

ESTIMULACIÓN EN EL NIÑO MENOR DE 6 MESES

AREA MOTORA

- Ponerle un dedo en cada manito par que los apriete y luego tirarlo suavemente, del modo que el niño haga fuerza.
- Tomar las piernas, estirarlas, y doblarlas. No ponerle ropa que le impida moverse.
- Ponerlo semisentado afirmado con cojines.
- Al bañarlo o mudarlo, dejarlo moverse libremente durante unos minutos.
- Dejarlo boca abajo para que levante la cabeza y pecho.
- Moverle las piernas como si pedaleara, esto se puede hacer durante la muda.

AREA DE COORDINACIÓN

- Tocarle los dedos uno a uno suavemente.
- Hacer que siga objetos con la mirada mientras está en la cuna, colocarle objetos de color vivo y moverlo lentamente de un lado a otro.
- Si el clima lo permite pasear al niño en el patio o jardín para que vea cosas diferentes.
- Pasarle objetos lavables y que pueda llevar a la boca sin que se ahogue.

AREA SOCIAL

- Acostumbrarlo a estar con distintas personas y lugares; aprovechar momentos entre las comidas, cuando está despierto.
- Llamarlo por su nombre.
- Demostrarle cariño, hablarle suave, acariciarlo. Tomarlo en brazos.
- Colocarle música suave.

AREA DEL LENGUAJE

- Repetir sonidos que hace el sonreírle, conversarle en forma constante y suave, por ejemplo, cantarle mientras lo muda.
- Hacerle cariño mientras le hable.

VIII.- EVALUACION:

Se evaluará a través de preguntas durante la sesión, antes y después de terminado cada subtema.

DISEÑO DE SESION EDUCATIVA No 4

I.-DATOS INFORMATIVOS

- 1.13. LUGAR: Puesto de Salud la unión.
- 1.14. Fecha: cuarta semana de Noviembre del 2007
- 1.15. Duración: 20 min.
- 1.16. Dirigidos: a las madres de los niños menores de 5 años del Porvenir B.

II.-TEMA GENERAL

Desarrollo Psicomotriz y estimulación temprana del niño de 7 a 11 meses.

III.-OBJETIVO GENERAL

Al término de la sesión educativa las participantes :

- 1.-Conocerán el desarrollo psicomotriz y estimulación del niño de 7 a 11 meses.

IV.-TEMAS ESPECIFICOS

Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área motora del niño de 7 a 11 meses.
Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área social del niño de 7 a 11 meses.
Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área del lenguaje del niño de 7 a 11 meses.
Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área de coordinación del niño de 7 a 11 meses.

V.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

Al término de la sesión educativa las participantes.

- 1.- Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área motora del niño de 7 a 11 meses.
- 2.- Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área social del niño de 7 a 11 meses.
- 3.-Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área del lenguaje motora del niño de 7 a 11 meses.
- 4.-Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área de coordinación del niño de 7 a 11 meses.

VI.-METODOLOGIA

Expositiva participativa, mediante el uso de rotafolios y la palabra hablada.

VII. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

<u>AREA</u>	<u>ESTIMULACION</u>
AREA MOTORA <ul style="list-style-type: none">• A los 7 meses se sienta sin cojines.• A los 8 meses se sienta solo.• A los 9 meses se pone de pie y antes del año de edad camina con ayuda.	<ul style="list-style-type: none">• Ayudarlo a pararse, apoyado en sillas, en cama, etc.• Ayudarlo a caminar, tomándolo de la mano, sacarlo a pasear.• Esconderle objetos y pedirle que los busque(gateando, destapando)

	<ul style="list-style-type: none"> • Pasarle objetos para que juegue mientras se baña. • Hacerle cooperar mientras se viste(levanta la pierna, siéntate)
<p><u>AREA DE COORDINACION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Es capaz de coger objetos con las dos manos. • Encuentra un objeto escondido bajo un paño • Coge un botón de encima de la mesa. • Aplauda con las manos. • Tira y coge objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasarle un trocito de pan o fruta para que coma solo. • Enseñarle a aplaudir. • Pasarle un vaso con poco agua para que trate de beberla solo. • Hacerle una pelota y jugar con él (sentado y tirarle la pelota, luego pedírsela). • Enseñarle a meter y sacar cosas de cajas, bolsas, carteras, etc. • Ayudarlo para que aprenda a comer solo.
<p><u>AREA SOCIAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Imita gestos tales como hacer “chao” con las manos. • Entrega lo que tiene en la mano al pedírselo. • Reconoce cuando lo llaman por su nombre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedirle algo que tenga el niño en las manos y darle las gracias cuando lo ha entregado. • Poner al niño cerca de la mamá cuando ella haga las cosas de la casa para que la observe. • Llamarlo por su nombre, para que se identifique y aprenda a responder cuando lo llamen. • Llevarlo a la mesa par que el se presente junto a tosa su familia. • Enseñarle a conocer a las

	<p>personas, dígale por ejemplo donde está el papá.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquí está. • Enseñarle a imitar gestos (decir chau, aplaudir).
<p><u>AREA DEL LENGUAJE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dice da-da o algo parecido. • Reacciona al decirle no-no. 	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir los sonidos que el niño hace. • Mientras lo muda, nombrarle partes de su cuerpo, tocándoselas. • Pedirle objetos que el niño tenga en sus manos. • Hablarle mientras hace las tareas del hogar, por ejemplo mientras plancha, mostrarle y nombrar la ropa (camisa del papá, vestido de la mamá.)

VIII.- EVALUACION:

Se evaluará a través de preguntas durante la sesión, antes y después de terminado cada subtema.

DISEÑO DE SESION EDUCATIVA No 5

I.-DATOS INFORMATIVOS

- 1.17. LUGAR: Puesto de Salud la unión.
- 1.18. Fecha: quinta semana de Noviembre del 2007
- 1.19. Duración: 20 min.
- 1.20. Dirigidos: a las madres de los niños menores de 5 años del Porvenir B.

II.-TEMA GENERAL

Desarrollo Psicomotriz y estimulación temprana del niño de 1 a 5 años.

III.-OBJETIVO GENERAL

Al término de la sesión educativa las participantes:

- 1.-Conocerán el desarrollo psicomotriz y estimulación del niño de 1 a 5 años.

IV.-TEMAS ESPECIFICOS

Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área motora del niño de 1 a 5 años.

Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área social del niño de 1 a 5 años.

Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área del lenguaje del niño de 1 a 5 años.

Desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área de coordinación del niño de 1 a 5 años.

V.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

Al término de la sesión educativa las participantes.

- 1.- Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área motora del niño de 1 a 5 años.
- 2.- Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área social del niño de 1 a 5 años.
- 3.-Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área del lenguaje motora del niño de 1 a 5 años.
- 4.-Conocerán el desarrollo Psicomotriz y estimulación en el área de coordinación del niño de 1 a 5 años.

VI.-METODOLOGIA

Expositiva participativa, mediante el uso de rotafolios y la palabra hablada

VII. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL NIÑO DE 1-2 AÑOS

ACTIVIDADES	ESTIMULACIÓN
<p style="text-align: center;"><u>MOTORA</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Empieza a caminar primero de la mano y luego solo.• Camina varios pasos hacia el lado y hacia atrás.	<ul style="list-style-type: none">• Cuando esté jugando en el suelo, anímelo a que se ponga de pie sin tomarte de ningún objeto. Permanezca cerca hasta que lo logre sin perder el equilibrio.• Estimúlelo a que practique el subir y bajar escaleras hasta lograr seguridad.• Jueguen a patear la pelota.• Llévelo al parque a realizar caminata.• Ate una crayola a un juguete le gustará amaestrarlo.
<p style="text-align: center;"><u>COORDINACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Empieza a juntar las manos en línea media luego aplaude.• Empiezan a garabatear espontáneamente se les ofrece lápiz.• Construye torres con los cubos.• Trae cosas hacia él.	<ul style="list-style-type: none">• Ofrézcale a su hijo un envase con tapa rosca y estimúlelo para que lo tape y destape.• Ponga al frente al niño una hoja grande de papel y un lápiz o crayola, realice un trazo horizontal. Pídale que la imite.• Ofrezca siempre a su niño juguetes sencillos, de fácil manipulación y manejo.
<p style="text-align: center;"><u>SOCIAL</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Entrega en respuesta a una orden.• Señala las partes de su cuerpo si alguien le pregunta.• Le gusta jugar con niños de su edad.	<ul style="list-style-type: none">• Converse con el niño, nombre cosas que vas observando o que llame su atención.• Muéstrelle fotos y nombre cada una de las personas que están en las

	<p>mismas. El niño irá reconociéndolas. Esto hace y forma una familia en unidad y comprensión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llévelo a una plaza de juegos infantiles, le hará muy bien jugar y ver jugar a otros niños. • Recuerde es bueno que el niño se acostumbre a estar con otras personas, grandes y chicos, favorezca esta situación.
<p style="text-align: center;"><u>LENGUAJE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • A los 12 meses dice al menos 2 palabras. • A los 15 meses dice al menos 3 palabras. • A los 18 meses ya muestra partes de su cuerpo cuando le preguntan. • A los 21 meses dice al menos 6 palabras. • Usa palabras para comunicar deseos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando su hijo desee algo, por Ejm. Una galleta, la pedirá por medio de gestos. Nombre usted correctamente la palabra que el quiere decir, aliéntelo para que también lo haga. • Ofrézcale al niño imágenes de objetos conocidos estimúlelo a que los nombre. • Hable en forma simple, sin gritarle, tenga una actitud apacible y alegre al dirigirse a su niño. • Acompañe con gestos las palabras, por Ejm. Saludos, canciones infantiles. • Cuando señale las partes del bebe, vaya nombrándolas. Acostúmbrese a llamar a su hijo por su nombre, evitando apodos que los confundan.

DESARROLLO PSICOMOTRIZ DEL NIÑO DE DOS A TRES AÑOS

A esta edad, el niño desarrolla no solo su independencia, sino también la confianza en sí mismo.

Comienza a realizar cosas sólo, a tomar iniciativa, a conocerse a sí mismo, a estimarse como persona.

<p><u>AREA MOTORA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Camina bien, sube y baja escaleras, come con más seguridad, se puede parar de pie, sin apoyo, durante un segundo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitirle hacer ejercicios, vigilando que no ocurran accidentes. • Enseñarle a desarrollar actividades a través del juego o participar en tareas del hogar, saltar como conejito, andar en la punta de los pies, subir y bajar de muebles, escaleras, cerros, jugar al atraparse, pararse de pie. • Sacarlo de paseo, hacerlo9 caminar, correr, saltar, jugar al columpio a caballitos.
<p><u>AREA DE COORDINACION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pinta trazos de papel, hace líneas y figuras circulares. • Bebe de un vaso sin derramar. • Desata cordones. • Puede vestirse solo. • Se puede lavar solo. 	<ul style="list-style-type: none"> • • Pasarle lápiz y papel para que trace líneas; enseñarle a hacer círculos. • Pasarle un vaso de plástico con poco líquido para que se lo tome. • Enseñarle a cepillarse los dientes a lavarse solo las manos y la cara. • Permitirle colaborar: sacudir, acarrear objetos livianos y que no presenten peligro para el niño. • Dejarlo que coma solo; al comienzo cuesta porque se ensucia.

	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle a vestirse y desvestirse solo. Primero aprende a sacársela luego aprende a ponérsela.
<p><u>AREA SOCIAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le gusta jugar con otros niños. Es independiente, quiere comer sólo; avisa si desea miccionar y defecar durante el día. • Le gusta llamar la atención. • Reconoce su sexo • Está en la etapa del no y le pueden dar pataletas. • Quiere sentirse aceptado 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitirle jugar con otros niños (inscribirlo si hay jardín infantil cerca). • Enseñarle a ir solo al baño. Hacerlo con paciencia nunca retarlo, ni aporarlo. Si tiene hermanos mayores, sentarlo cerca cuando usen lina bacénica para que aprenda por imitación. El niño aprende cuando está maduro en su desarrollo.
<p><u>AREA DEL LENGUAJE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Es más fluido y correcto, entiende órdenes sencillas. • Hace frases y comienza a reconocer conceptos (grande, chico) • Sabe su nombre. • Conoce su cuerpo y sus sentidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablarle correctamente y corregirlo cuando no pronuncie bien. • Comenzar a enseñarle conceptos (el papá es grande el niño es chico) • Enseñarle su nombre completo. • Enseñarle a conocer y a nombrar partes de su cuerpo. • Paserle un muñeco y preguntarle donde están las partes de su cuerpo.

DESARROLLO PICOMOTOR DEL NIÑO DE 3 A 4 AÑOS

ACTIVIDADES	ESTIMULACIÓN TEMPRANA
<p style="text-align: center;"><u>MOTORA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se para en un pie por 10 segundos o más. • Sube y baja escaleras. • Sus habilidades de caminar y el equilibrio se perfeccionan. Se puede equilibrar en un solo pie y saltar. • Juega con la pelota con sus amigos y padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llevarlo a lugares amplios para que realice éstas actividades. • Fomentar que practique deporte con sus compañeros del nido o Pronei.
<p style="text-align: center;"><u>COORDINACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Construye una torre con 8 cubos. • Puede copiar círculos o una cruz, no necesariamente es perfecta. • Puede abotonar las prendas, utiliza cierres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecerle cubos o juegos para armar así como rompecabezas. • Estimular a que aprenda a vestirse. • Ofrecerle hojas de papel y lápices de colores para que realiza trazos o copie figuras. • Estimular a que se sirva agua de una jarra, que tome el vaso sólo.
<p style="text-align: center;"><u>SOCIAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se comunica mejor con las personas que lo rodean. • Buscar modos de entretenerse sólo o en compañía. • Mejora sus habilidades en cuanto a relaciones con los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si es posible que empiece a asistir a una Institución Educativa inicia. • Fomentar el juego y deporte con los niños de su edad. • Hacerlo partícipe de las reuniones del hogar. • Realizar salidas de distracción y entretenimiento.
<p style="text-align: center;"><u>LENGUAJE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombra colores. • Nombra animales. • Responde cuando se le pregunta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a que aprenda el nombre de la madre y el padre. • Enseñarle a los animales y decirle su nombre.

<ul style="list-style-type: none"> • Interpreta analogías opuestas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacerle preguntas relacionando, roles, acciones y situaciones Ejm. Mamá es mujer, papá es hombre.
--	---

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 4 – 5 AÑOS

<p><u>AREA MOTORA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Es muy activo, le comienzan a interesar los deportes, atrapa y lanza pelotas. • Le gusta correr, saltar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si se interesa por algún deporte, tratar de darle las facilidades para que lo practique, o juegue con la familia. • Celebrar sus aciertos y ayudarle si se lo dificulta. • Dejarlo participar en juegos grupales. • Dibujar una línea recta en el suelo y caminar sobre ella.
<p><u>AREA LENGUAJE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pregunta mucho: porqué, cómo, cuándo. • Se ubica en el espacio(arriba, abajo, adentro) • Diferencia grande de pequeño, mucho de poco, izquierda de derecha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversarle, evitando monosilabos(si-no), tratar de no dejar sin respuestas sus dudas y corregirle si pronuncia mal. • Enseñarle diferentes palabras con significados similares(bonito, hermoso, bello, maravilloso) • Enseñarle palabras con diferente significado: hermoso- feo; frío-caliente. • Identificar lugares,objetos,figuras,colores.

<p><u>AREA SOCIAL</u></p> <p>Comparte más sus juegos y juguetes con otros niños.</p> <p>Demuestra interés por aprender.</p> <p>Le gusta oír cuentos.</p> <p>Trata de imitar a personajes(cantantes.</p> <p>Le gusta que lo admiren y gratifiquen.</p> <p>Controla esfínteres.</p>	<p>Relaterle historias</p>
--	----------------------------

VIII.- EVALUACION:

Se evaluará a través de preguntas durante la sesión, antes y después de terminado cada subtema.

DISEÑO DE SESION EDUCATIVA No 6

I.-DATOS INFORMATIVOS

- 1.21. LUGAR: Puesto de Salud la unión.
- 1.22. Fecha: sexta semana de Noviembre del 2007
- 1.23. Duración: 20 min.
- 1.24. Dirigidos: a las madres de los niños menores de 5 años de El Porvenir B.

II.-TEMA GENERAL

Importancia de la participación del cuidador familiar en el desarrollo Psicomotriz del niño menor de 5 años.

III.-OBJETIVO GENERAL

Al término de la sesión educativa las participantes:

1.-Determinarán la importancia de la participación del cuidador familiar en el desarrollo Psicomotriz del niño menor de 5 años.

IV.-TEMAS ESPECIFICOS

Importancia de la participación del cuidador familiar en el desarrollo Psicomotriz del niño menor de 5 años.

V.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

Al término de la sesión educativa las participantes.

1.- Identificarán la importancia de la participación del cuidador familiar en el desarrollo Psicomotriz del niño menor de 5 años.

VI.-METODOLOGIA

Expositiva participativa, mediante el uso de rotafolios y la palabra hablada.

VII. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACION DEL CUIDADOR FAMILIAR EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

CUIDADOR FAMILIAR:

DEFINICION: Es el integrante familiar que asume los cuidados o promoción de la salud del niño; lo provee de cuidados físicos, cuidados nutricionales y psicoemocionales además de fomentar el vínculo afectivo con la familia. En casi todos los hogares el rol lo asume la madre y en otros un familiar, lo importante es que conozca que asistencia necesita el niño.

FUNCIONES:

- Brindarle bienestar psicológico y emocional
- Provee cuidados físicos al niño

- Satisface sus necesidades de alimento
- Los protege de daños a la salud.
- Participa del crecimiento del niño.

IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACION DEL CUIDADOR FAMILIAR EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

Los primeros años de vida de un niño son los más importantes en el desarrollo de un individuo. En este periodo se establecen los patrones básicos del aprendizaje y representa la única oportunidad que dispone cada persona para desarrollar normalmente el cerebro, el cuerpo y todas sus funciones humanas.

Es así como el desarrollo psicomotor del niño evoluciona, pero no es una condición que se logra en forma espontánea, el niño necesita estimulación sensorial, motriz, socio emocional y de lenguaje; todos estos cambios y experiencias del niño ocurren dentro del ambiente familiar, gran parte de su desarrollo es un ser dependiente de los adultos de su núcleo familiar que toma un lugar importante en el desarrollo físico, mental y psicológico del niño, por lo tanto la estimulación del cuidador familiar es importante.

El cuidador familiar se convierte así en componente principal que genera el ambiente propicio para el desarrollo de los niños ya que estos lo consideran como las personas más importantes durante los primeros años formativos.

La familia está considerada como un sistema abierto que consiste en componentes que interactúan entre sí y con su medio. Al igual que en cualquier sistema, todo lo que afecta a un componente afecta a los demás por lo tanto al cumplir con su función de cuidadora, la cultura, creencias y conocimientos sobre salud que presenten van a influir en el adecuado desarrollo del niño.

VIII.- EVALUACION:

Se evaluará a través de preguntas durante la sesión, antes y después de terminado cada subtema.

ANEXO N° 05

VALIDEZ INTERNA

Correlación Inter. Ítems y Puntaje Total

La correlación del puntaje de los Ítems con el puntaje total obtenido con la Prueba, correspondiente al Índice de correlación de Pearson.

Tabla 4. Ficha Técnica de la Prueba de Conocimientos

Año	2006
Autora	Lic. Elena Esther Reyna Márquez
Procedencia	Chimbote-Perú
Administración	Para personas cuidadoras de los niños de 0 a 5 años.
Significacia	Evalúa el Nivel de conocimientos de las cuidadoras de los niños respecto al Desarrollo Psicomotriz del niño menor de 5 años. Será utilizada como pre-prueba y post-prueba
Duración	No tiene límite, como promedio 20 minutos
Confiabilidad	La confiabilidad con el Método de Alfa Cronbachs evidencia una confiabilidad para la Escala Total de 0.70 (Muy Confiable) y con el Método de las dos mitades un coeficiente de correlación Guttman Split Half de 0.50; por lo que la consistencia interna de la Prueba es baja.
Validez	La Escala a sido sometida a criterio de Jueces, Por otro lado su nivel de correlación Inter.-Intems con el Puntaje Total de la Prueba es regular. Ya que de los 20 Items propuestos sólo 08 se correlacionan significativamente con el Puntaje Total.

Recomendación: Para fines de nuestro estudio; por tratarse de una Investigación no probabilística, se utilizará ésta escala; recomendando hacer la revisión de esta escala con el fin de mejorarla.

ANEXO N° 06

CONFIABILIDAD

Método Alfa Cronbachs

Tabla 1. Coeficiente de Confiabilidad Alpha	
Cronbach's Alpha	Número de Ítems
.700	20

En la tabla 1, observamos la Confiabilidad que aporta cada uno de los Ítems; el que obtiene mayor confiabilidad es el CDS15 con 0,708 y el Ítems que tiene una menor confiabilidad es el CDS17 con 0,65 de Índice de Confiabilidad Alfa Cronbachs respectivamente.

Tabla 2. Índice Alpha Cronbachs por Ítems	
	Alpha Cronbach's
CDS1	.696
CDS2	.679
CDS3	.728
CDS4	.669
CDS5	.705
CDS6	.674
CDS7	.695
CDS8	.672
CDS9	.738
CDS10	.658
CDS11	.702
CDS12	.687
CDS13	.669
CDS14	.662
CDS15	.708
CDS16	.702
CDS17	.650
CDS18	.646
CDS19	.702
CDS20	.702

ANEXO N° 07

PRUEBA DE NORMALIDAD K-S(KOLMOGOROV-SMIRNOV) DE LA DIFERENCIA DEL POST TEST Y PRE TEST DE LA VARIABLE PUNTAJE TOTAL DE LA PRUEBA DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. PUEBLO JOVEN “PORVENIR” CHIMBOTE 2007

		diferencia
N		27
Parámetros normales	Media	5,70
	Desviación típica	9,953
Diferencias más extremas	Absoluta	,158
	Positiva	,158
	Negativa	-,091
Z de Kolmogorov-Smirnov		,820
Sig. asintót. (bilateral)		,512

Fuente: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de 2 años (EEDP) y test de desarrollo psicomotor para el niño de 2 a 5 años (TEPSI) elaborados por el MINSA. Aplicado a los niños menores de cinco años del P.J. El Porvenir - Chimbote, abril 2007.

PRUEBA DE NORMALIDAD K-S (KOLMOGOROV-SMIRNOV) DE LA DIFERENCIA DEL POST TEST Y PRE TEST DE LA VARIABLE PUNTAJE TOTAL DE LA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. PUEBLO JOVEN “PORVENIR” CHIMBOTE 2007

		diferencia
N		27
Parámetros normales	Media	4,93
	Desviación típica	3,540
Diferencias más extremas	Absoluta	,114
	Positiva	,114
	Negativa	-,101
Z de Kolmogorov-Smirnov		,593
Sig. asintót. (bilateral)		,873

Fuente: Cuestionario sobre desarrollo psicomotriz y estimulación temprana en el niño menor de 5 años elaborado por Reyna E. Aplicado a las cuidadoras de los niños menores de cinco años del P.J. El Porvenir B – Chimbote, abril 2007.



ANEXO N°08



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

MAESTRIA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE DESARROLLO
PSICOMOTOR EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL CUIDADOR
FAMILIAR Y EL DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS. P.
J. EL PORVENIR B - CHIMBOTE, 2007**

Yo,.....acepto
participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de
la investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de
forma oral a las preguntas planteadas.

La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de
los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la
identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación
firmando el presente documento.

FIRMA

.....