



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Chota, 10 de enero del 2025.

C.O. N° 003-2025-UI-FCCSS

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: "ATENCIÓN TEMPRANA Y DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 12 A 23 MESES ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD PACCHA, CHOTA 2024", elaborado por los Bachilleres en Enfermería: Flor Delita Bueno Bueno y Paúl Alfredo Moreno Valle, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 9%, sin incluir, citas, referencias bibliográficas, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023-FCCSS-UNACH /C.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,



Dr. JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FCCSS-UNACH

C.c.
Archivo
JUHO/J-UI-FCCSS
01/2025



Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la
Salud
UNACH

Flor Delita Bueno Bueno

ATENCIÓN TEMPRANA Y DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 12 A 23 MESES ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD...

 ATENCIÓN TEMPRANA Y DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 12 A 23 MESES ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD PACCHA, CHOTA ...

 ASESORÍA JURADO

 Universidad Nacional Autónoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trnoid::13082176165

47 Páginas

Fecha de entrega

17 nov 2024, 9:55 a.m. GMT-5

12,785 Palabras

Fecha de descarga

17 nov 2024, 9:58 a.m. GMT-5

65,027 Caracteres

Nombre de archivo

IFT_-_FLOR_BUENO_PAUL_MORENO_3era_Revisión_REV_14112024.docx

Tamaño de archivo

115.8 KB




9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad




N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
hdl.handle.net		2%
2	Internet	
repositorio.unach.edu.pe		1%
3	Internet	
revistas.udes.edu.co		1%
4	Internet	
pesquisa.bvsalud.org		1%
5	Internet	
www.rededuca.net		1%
6	Internet	
repositorio.autonomaica.edu.pe		1%
7	Internet	
www.repositorio.unach.edu.pe		0%
8	Internet	
proyectos.inei.gob.pe		0%
9	Internet	
repositorio.upao.edu.pe		0%
10	Internet	
repositorio.unap.edu.pe		0%
11	Internet	
scielo.sld.cu		0%

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ATENCIÓN TEMPRANA Y DESARROLLO PSICOMOTOR DEL
NIÑO DE 12 A 23 MESES ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD
PACCHA, CHOTA 2024**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

Bach. Enf. FLOR DELITA BUENO BUENO

Bach. Enf. PAÚL ALFREDO MORENO VALLE

ASESOR:

Dr. ANIBAL OBLITAS GONZALES

CHOTA - PERÚ

2024



Acta de Sustentación: Informe Final de Tesis

Siendo las 11:00 am del día 26 de noviembre del año 2024, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dr. Hernán Eapuro Coronel, el secretario (a) Dra. Zoila Isabel Córdova Escobar y Vocal Mg. Robert Garbida Herrera y como Asesor de Tesis el (la) Dr. Amibal Oblitas Gonzales. De acuerdo al Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de la Tesis Atención temprana y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Facha, Chota 2024 presentada por el (la) bachiller: Alfonso Delita Buzar Bueno y Paul Alfredo Moreno Valle de la Escuela Profesional de Enfermería.

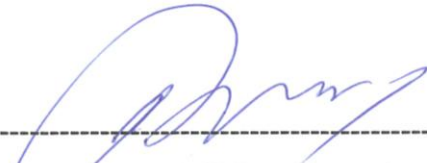
Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó aprobar la Tesis en mención con la calificación de quince (15) aprobado con mención honrosa; por lo tanto el estudiante puede proseguir con trámites posteriores.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 12:30 del 26 de noviembre del 2024.

Docente	Firma
Presidente Jurado evaluador: <u>Dr. Hernán Eapuro Coronel</u>	
Secretario Jurado evaluador: <u>Dra. Zoila Isabel Córdova Escobar</u>	
Vocal Jurado evaluador: <u>Mg. Robert Garbida Herrera</u>	
Asesor de Tesis: <u>Dr. Amibal Oblitas Gonzales</u>	



COMITÉ CIENTÍFICO



Dr. Anibal Oblitas Gonzales
Asesor



Dr. Hernán Tafur Coronel
Presidente de Jurado Evaluador



Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado
Miembro de Jurado Evaluador



Mg. Robert Gavidia Herrera
Miembro de Jurado Evaluador

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su bondad y gran misericordia, y por darnos la fuerza necesaria y el deseo de seguir avanzando en nuestros estudios cada día, para alcanzar nuestras metas y objetivos.

Gracias infinitas a nuestros padres, por su amor incondicional y su apoyo moral, incluso en los momentos más difíciles, han sido el pilar de este logro. También expresamos gratitud a nuestros hermanos, quienes supieron brindarnos su tiempo para escucharnos y apoyarnos, quienes estuvieron cuando más los necesitamos y que con ustedes todo esto ha sido posible.

Al Dr. Anibal Oblitas Gonzales, por sus enseñanzas, el tiempo brindado y las orientaciones para que sea posible el desarrollo de este estudio.

A todos los participantes del estudio, quienes voluntariamente participaron de la realización del estudio, ya que a través de su ayuda esta investigación ha sido posible.

Al personal de salud del Centro de Salud Paccha, quienes nos brindaron su apoyo desinteresado para concretizar esta investigación.

A:

Dios, por habernos dado la fortaleza para llegar a este momento importante de nuestra formación profesional; y a todas aquellas personas que, con su apoyo, permitieron lograr nuestras metas.

Flor y Paúl

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	Pág. VIII
ABSTRACT	IX
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	5
MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Bases conceptuales	9
2.3. Definición de términos básicos	20
CAPÍTULO III	21
MARCO METODOLÓGICO	21
3.1. Ámbito de estudio	21
3.2. Diseño de investigación	22
3.3. Población y muestra	23
3.4. Operacionalización de variables	24
3.5. Descripción de la metodología	26
3.6. Procesamiento y análisis de datos	29
CAPÍTULO IV	30
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
4.1. Atención temprana del desarrollo en niños de 12 a 23 meses atendidos en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024, según dimensiones	30
4.2. Atención temprana del desarrollo en niños de 12 a 23 meses atendidos en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024	37
4.3. Desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota	39
4.4. Relación entre atención temprana del desarrollo y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota	41
CAPÍTULO V	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Dimensiones de la atención temprana del desarrollo en niños de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024	30
Tabla 2. Atención temprana del desarrollo en niños de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024	37
Tabla 3. Desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024	39
Tabla 4. Relación entre atención temprana del desarrollo y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024	41

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

ALC	: América Latina y el Caribe
ATD	: Atención Temprana del desarrollo
DPM	: Desarrollo psicomotor
EEDP	: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio de Salud
TEPSI	: Test de Desarrollo Psicomotor
TPED	: Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre atención temprana y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendidos en el Centro de Salud Paccha, Chota. Estudio cuantitativo, de nivel relacional y corte transversal, con una muestra de 51 niños. Los resultados se obtuvieron por dimensiones: en el área motora, el 74,5% es bueno, el 23,5% regular y el 2% malo; en el área de lenguaje, el 72,5% es bueno y el 27,5% malo; en el área de coordinación, el 94,1% es bueno y el 5,9% regular; en el área social, el 96,1% es bueno y el 3,9% malo; en atención temprana, el 90,2% es buena y el 9,8% regular. En desarrollo psicomotor, el 45,1% es normal, el 29,4% está en riesgo y el 25,5% presenta retraso. Se encontró que el desarrollo psicomotor es normal en el 45,1% de los niños con atención temprana buena, en riesgo en el 27,5% con atención temprana buena, y con retraso en el 17,6% con atención temprana buena; además, el desarrollo psicomotor en riesgo se presentó en el 2% con atención temprana regular y retraso en el 7,8% con atención temprana regular. En conclusión, existe relación estadísticamente significativa entre atención temprana y desarrollo psicomotor en niños de 12 a 23 meses ($p^* = 0,006$); en el área motora, ocho de cada diez niños presentan buen desarrollo; en el área de coordinación, ocho de cada diez niños presentan buen desarrollo; y en el área social, nueve de cada diez presentan buen desarrollo.

Palabras clave: atención temprana, desarrollo psicomotor, estimulación temprana, dimensiones.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between early intervention and psychomotor development of children aged 12 to 23 months attended at the Paccha Health Center, Chota. Quantitative study, relational level and cross-sectional design, with a sample of 51 children. The results were obtained by dimensions: in the motor area, 74,5% is good, 23,5% is regular and 2% is bad; in the language area, 72,5% is good and 27,5% is bad; in the coordination area, 94,1% is good and 5,9% is regular; in the social area, 96,1% is good and 3,9% is bad; in early intervention, 90,2% is good and 9,8% is regular. In psychomotor development, 45,1% is normal, 29,4% is at risk and 25,5% presents a delay. It was found that psychomotor development is normal in 45,1% of children with good early intervention, at risk in 27,5% with good early intervention, and with delay in 17,6% with good early intervention; in addition, psychomotor development at risk was presented in 2% with regular early intervention and delay in 7,8% with regular early intervention. In conclusion, there is a statistically significant relationship between early intervention and psychomotor development in children aged 12 to 23 months ($p^* = 0.006$); in the motor area, eight out of ten children present good development; in the coordination area, eight out of ten children present good development; and in the social area, nine out of ten present good developments.

Keywords: early intervention, psychomotor development, early stimulation, dimensions.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La Atención Temprana del Desarrollo (ATD) es el conjunto de intervenciones, dirigidas a niños y niñas menores de cinco años que presentan trastornos o riesgo de padecerlos en su desarrollo, a sus familias y a su entorno, desde una perspectiva sanitaria, educativa y social, con el objetivo de cubrir, lo más pronto posible y con carácter integral sus necesidades transitorias o permanentes [1].

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), aproximadamente el 43% de los niños menores de cinco años en el mundo no desarrollan todo su potencial humano; por lo que, se necesita fortalecer la atención temprana del desarrollo en los niños para promover su desarrollo físico y la adquisición de habilidades cognitivas superiores y socioemocionales [1].

Al respecto, la Asociación Española de Pediatría de Atención Temprana (AEPAP), indica que el 30% de niños tienen retraso mental; mientras que los niños con déficit de atención e hiperactividad representan el 5% a 8%; por lo que es importante la observación y vigilancia del desarrollo de los niños por parte de los padres o cuidadores, con la finalidad de identificarlos y tratarlos a tiempo [2].

La ATD se refiere a la atención del niño desde el nacimiento hasta los cinco años, para potenciar y desarrollar al máximo sus capacidades biopsicosociales, mediante programas sistemáticos y secuenciales que abarcan todas las áreas del desarrollo humano. Actividades orientadas a todo niño sano o con riesgo para mejorar sus habilidades motrices, del lenguaje, cognitivas y adaptativas [3].

En América Latina y el Caribe (ALC) respecto al desarrollo psicomotor (DPM), el 85,7% de los niños presentaron un rendimiento adecuado, el 10,7% rendimiento bajo, y el 3,6% tuvo rendimiento superior. Los niños que presentaron un desempeño bajo también mostraron un rendimiento bajo en más de un área, siendo el área cognitiva afectada en todos los casos, seguida por la motricidad fina y gruesa en un 66,6%. En Argentina, los niños con riesgo

de desarrollo representan el 10%; mientras que, en los sectores más pobres este porcentaje asciende al 40% [4].

Por otro lado, en ALC el 43% de los niños menores de cinco años que proceden de países de ingresos bajo y medio no consiguen desarrollar todo su potencial, debido a la pobreza, deficiente servicios de salud, limitada atención psicosocial y escasas oportunidades de aprendizaje temprano. Desencadenando en el futuro baja autoestima, destrezas laborales deficientes, altas tasas de fecundidad, criminalidad e inadecuadas prácticas de cuidado con sus propios niños [5].

En Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el 2021 la presencia de niños prematuros dificultó la atención de salud en el 70,0%, además, el 20% presento riesgo de problemas conductuales; se incrementó de dos a cuatro veces más el riesgo de disfunción motora cerebral; riesgo en dos veces a más de coeficiente intelectual bajo en el DPM y de comprensión lectora y matemáticas [6].

El DPM es la adquisición progresiva de habilidades funcionales desde la concepción hasta la madurez, en las áreas de lenguaje, motora, manipulativa y social [7]. La ATD favorece el DPM del niño, así como su capacidad cognitiva, a través del desarrollo de actividades que los distraigan, facilitando su aprendizaje futuro. Es fundamental promover y realizar estas actividades desde el nacimiento hasta los primeros seis a siete años, para facilitar el desarrollo de la estructura del pensamiento y la personalidad [8].

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) reporta que el 48,4% de los niños entre 9 y 36 meses de edad tuvieron una comunicación comprensiva y expresiva efectiva, siendo mayor en los niños de la zona rural (51,8%). El grado de instrucción materna es mayor cuando la madre tiene nivel de educación superior (48,8%); por tanto, la madre juega un rol fundamental en promover las prácticas de atención temprana para lograr un buen DPM del niño y, de esta manera, contribuir a su desarrollo infantil normal [9].

Cualquier alteración del DPM en el niño produce problemas en la motricidad gruesa y fina, el lenguaje, el desarrollo cognitivo, el aprendizaje y el comportamiento social [10]. Si existen trastornos en el DPM, pueden generar mayores gastos económicos tanto para las familias como para el Estado.

Es así que el Ministerio de Salud (MINSA) ha establecido el “Enfoque en el Desarrollo Infantil Temprano en la Infancia”, que establece lineamientos orientados a lograr intervenciones que garanticen el desarrollo infantil temprano (DIT). Estos incluyen: alojamiento conjunto, estado nutricional normal, independencia del niño, comunicación verbal efectiva y regulación de las conductas [11]. Por esta razón, las intervenciones priorizadas respecto a los lineamientos deben estar centradas en acciones específicas para incidir en los factores causales o asociados anticipados.

A nivel de Cajamarca, una investigación evidencia que el 48% de madres presentaron conocimiento medio respecto a ATD y el 38% de los niños en el desarrollo psicomotor fue normal [12]. En Chota, según un estudio las madres tuvieron conocimiento medio sobre atención temprana en un 49,4%; mientras que, el 42,0% de los niños presentó riesgo de desarrollo psicomotor [13].

Desde las propias experiencias durante el internado, se ha observado que muchos de los niños menores de un año atendidos en el Centro de Salud Paccha presentan alteraciones en el desarrollo psicomotor (DPM) en las áreas social, de lenguaje, motricidad y coordinación. Estas alteraciones probablemente estarían asociadas a múltiples factores, entre ellos: la falta de ATD y el desconocimiento materno sobre el DPM. Por esta razón, el profesional de Enfermería y la familia juegan un rol fundamental en promover el desarrollo de habilidades y competencias en los niños. Considerando este escenario, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre la atención temprana y el desarrollo psicomotor de los niños de 12 a 23 meses atendidos en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024?

Los objetivos planteados fueron los siguientes: el objetivo general, determinar la relación entre la atención temprana y el desarrollo psicomotor del niño de 12

a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024; y los objetivos específicos: identificar según dimensiones la atención temprana del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024, identificar la atención temprana del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024 e identificar el desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024.

Los resultados obtenidos indican que, respecto al desarrollo de los niños, en el área motora, el 74,5% fue bueno, el 23,5% regular y el 2% malo; en el área del lenguaje, el 72,5% fue bueno y el 27,5% malo; en el área de coordinación, el 94,1% fue bueno y el 5,9% regular; y en el área social, el 96,1% fue bueno y el 3,9% malo. Con respecto a la atención temprana, el 90,2% es buena y el 9,8% regular; en el desarrollo psicomotor de los niños atendidos, el 45,1% fue normal, el 29,4% estaba en riesgo y el 25,5% presentó retraso. La relación entre atención temprana y desarrollo psicomotor reveló que el 45,1% de los niños con atención temprana buena tuvo un desarrollo psicomotor normal, el 27,5% estuvo en riesgo y el 17,6% mostró retraso; además, el 2% de los niños con atención temprana regular estuvo en riesgo y el 7,8% presentó retraso. En conclusión, existe una relación estadística significativa ($p^* = 0,006$) entre la atención temprana y el desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota, en 2024.

Estructuralmente, el estudio está conformado por los siguientes capítulos: Capítulo I, que abarca lo referente a la introducción, la línea de investigación y variables, además de datos estadísticos y resultados obtenidos; Capítulo II, marco teórico, que incluye los antecedentes, bases conceptuales y la definición de términos básicos; Capítulo III, marco metodológico, que abarca la descripción de los métodos, materiales y técnicas utilizadas en la investigación; Capítulo IV, resultados y discusión, que consigna la información recogida de los participantes y se compara con hallazgos de otras investigaciones; Capítulo V, conclusiones y recomendaciones; y, finalmente, las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

A nivel internacional

Puertas BM, Freire JE (Ecuador, 2023) en la revisión sistemática “Beneficios de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños menores de 2 años”, tuvieron por objetivo describir los beneficios de la ATD en el desarrollo psicomotriz. Investigación básica, no experimental, descriptiva, transversal y documental mediante revisión bibliográfica de 23 estudios divulgados en Google académico, Scielo, Redalyc y Latindex. Los resultados evidenciaron que la atención temprana del desarrollo es un proceso que, al ser realizado por la familia, cuidador y/o profesionales aporta importantes beneficios al DPM de los niños. Concluyen que al ser realizadas por los padres y docentes contribuye al desarrollo de los niños [14].

Loor MM. (Ecuador, 2022) en el estudio “Estimulación temprana y su incidencia en el desarrollo de la psicomotricidad gruesa en niños de 1 a 2 años del Centro de Desarrollo Infantil Jardinerito del Cantón Buena Fe, año 2021”; tuvieron por objetivo determinar la incidencia del desarrollo infantil. Investigación cuantitativa, relacional y transaccional, con 21 niños. Los resultados demostraron que el 57% de padres tiene conocimiento de ATD, el 71% manifestó que permite el desarrollo de sus hijos, el 81% refiere que el DPM influye en los niños. Concluye que la ATD y su incidencia en el DPM benefician a los niños y ayudan a las educadoras y padres de familia a experimentar este aprendizaje [15].

Paula M, et al. (Argentina, 2022) en el estudio “Desarrollo psicomotor en la infancia temprana y funcionalidad familiar”, tuvieron por objetivo determinar si existen diferencias significativas entre el desarrollo psicomotor de niños de 12 a 27 meses y la cohesión y adaptabilidad familiar. Estudio cuantitativo y de nivel descriptivo, con 32 madres e hijos. Los resultados revelaron que, en el área personal social, el puntaje fue mayor en el grupo de personas conectadas y muy conectadas. En adaptabilidad familiar, fue diferente en el lenguaje, no se

encontraron diferencias en el área motora fina y motora gruesa. Concluyen que el DIT es más favorable en las áreas personal-social, lenguaje y socioemocional en aquellas familias conectadas y flexibles [16].

Orozco LA, et al. (Colombia, 2022) en el estudio “Estimulación temprana en el hogar de infantes que asisten a un Centro Infantil”; tuvieron por objetivo determinar la relación entre el grado de ATD y la tipología familiar y participación en el cuidado de niños entre 1 y 4 años. Investigación de abordaje cuantitativo, observacional, descriptivo y transaccional, con 76 participantes. Los resultados mostraron que la mediana de edad de los niños fue 36 meses; el cuidado diario fue brindado en un 67% por la madre. Se evidenció una alta estimulación en el 50% de los niños. Los predictores que redujeron la probabilidad de estimulación alta fueron el hábito de lectura, participación en fiestas infantiles, edad del cuidador (mayor a 36 años) y estrategia de corrección (castigo verbal o físico). Concluyen que corregir al niño mediante el diálogo, incentivar la lectura, participar de fiestas infantiles y contar con un cuidador menor de 35 años, son variables que incrementan la probabilidad de presentar una alta ATD [17].

Puente M, et al. (Cuba, 2020) en el estudio “Influencia de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de lactantes”, tuvieron por objetivo evaluar el impacto de la ATD en el desarrollo psicomotor de lactantes. Estudio cuantitativo, descriptivo y prospectivo, con 60 lactantes. Los resultados identificaron que predominó el sexo masculino en 53,4% y el grupo etario de 1 a 3 meses en 80%. El antecedente prenatal con mayor influencia negativa fue la anemia presente en el 60,0% y el APGAR bajo, como antecedente natal, se halló en el 28,3%, siendo necesario el uso de oxígeno en el 33,3%. Concluyen que el impacto de la estimulación temprana en el DPM fue positivo, pues se logró la evolución favorable de los lactantes [18].

A nivel nacional

Zamora J y Vargas MZ (Perú, 2022) en el estudio ““Estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños de 1 a 2 años, Puyllucana, Baños del Inca 2021”; tuvieron por objetivo determinar la relación entre estimulación temprana y

desarrollo psicomotor en niños de 1 a 2 años. Estudio no experimental y de tipo descriptivo relacional, con 61 madres y sus hijos. Los resultados mostraron que el 61% de los niños presenta un nivel de ATD regular, 25% bueno y 14% malo. Por dimensiones, el desarrollo es bueno en todas las áreas: 47% en motora, 21% en coordinación, 34% en social y 29% en lenguaje. Asimismo, el 44% tuvo DPM deficiente, 41% regular, 15% óptimo, y el desarrollo afectivo y social fue regular en el 37%. El desarrollo del lenguaje fue deficiente en el 54% y en el desarrollo sensorial y motor regular en el 34%. Concluyen que las variables de estimulación temprana y desarrollo psicomotor establecen una relación directa, significativa ($p^*=0,005$) y positiva [19].

Chambi GM y Condori E. (Perú, 2022) en el estudio “Estimulación temprana y desarrollo de la psicomotricidad de los niños de tres años en la Institución Educativa inicial N°51”; tuvieron por objetivo analizar la influencia de la estimulación temprana en el desarrollo de la psicomotricidad. Estudio cuantitativo, no experimental y descriptivo correlacional, con 16 niños. Los resultados mostraron que la estimulación temprana se ubica en el nivel de estimulación pobre, 62,5%, y el desarrollo psicomotor en el nivel de inicio, 56,25%. Concluyen que la estimulación temprana influye en el DPM y explica el 50,7% de su comportamiento, se verifica influencia de la estimulación temprana en las dimensiones de desarrollo psicomotor coordinación y lenguaje [20].

Carrillo MA. (Perú, 2022) en el estudio “Estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños de 3 años en el distrito de Los Olivos, 2021”; tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la estimulación temprana y la psicomotricidad en los niños de 3 años. Estudio cuantitativo, no experimental y correlacional, con 20 niños. Los resultados revelaron que el 70% de niños tuvieron ATD satisfactoria y el 30% se logró; en la dimensión técnicas de estimulación, 46,7% logró avanzar, 36,7% se mostró satisfecho, 13,3% en proceso y 3,3% en inicio; en funciones, 66,7% fue satisfactorio, 20% en proceso; en confort espacial, 50% satisfecho, 40% en proceso, 6,7% en inicio; en cuanto al desarrollo psicomotor, 80% fue satisfactorio. Concluye que existe relación entre las variables estimulación temprana del desarrollo y DPM, las

técnicas, actividades y el entorno en el que se estimula al niño favorecen el desarrollo de su personalidad y habilidades psicomotoras [21].

Veliz YM y Yanqui ME. (Perú, 2020) en el estudio “Estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños de 1 a 2 años, Centro de Salud San Luis. Lima 2020”; tuvieron por objetivo determinar la relación que existe entre la estimulación temprana y el DPM. Estudio cuantitativo, no experimental, tipo descriptivo relacional y de corte transversal, con 100 madres de familia. Los resultados demostraron que el 62% tiene un nivel de estimulación regular, 28% buena, 10% mala. En la dimensión área motora se presentó estimulación regular en el 62%; en el área coordinación un 47%; en el área social, un 46%; y en el área de lenguaje, un 48%. Asimismo, el 39% de los niños presenta un nivel de DPM regular, 32% óptimo y 29% deficiente. En el 35% existe un desarrollo cognitivo regular, el desarrollo afectivo y social es deficiente en el 61%, el desarrollo del lenguaje es regular en el 40% y desarrollo sensorial y motor es deficiente en el 42%. Concluyen que existe relación directa entre la estimulación temprana y el desarrollo psicomotor en niños de uno a dos años, atendidos en el Centro de Salud San Luis [22].

Salazar YY y Tovar CL. (Perú, 2019) en el estudio “Nivel de conocimiento de la madre sobre estimulación temprana y su relación con el desarrollo psicomotor del lactante en un Hospital de Lima”; tuvieron por objetivo determinar la relación entre el conocimiento materno y el DPM del lactante. Estudio cuantitativo, no experimental y correlacional, con 65 madres de niños. Los resultados mostraron que el 47,7% de madres presentaron conocimiento alto, 43,1% medio y 9,2% bajo; asimismo, en las áreas del DPM obtuvieron: en el área de lenguaje, el 43,1% presentó un nivel medio; en el área motora, el 44,6 % tuvo nivel medio; y en el área social, el 58,5 % fue medio. Respecto al DPM, el 36,9 % tuvo un desarrollo normal. Concluyen que existe relación entre el conocimiento de las madres y el desarrollo psicomotor del lactante [23].

A nivel regional

Sánchez VM. (Cajamarca, 2021) en el estudio “Conocimientos de las madres sobre estimulación temprana y el desarrollo psicomotor de los niños menores

de un año atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca – 2021”; tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre estimulación temprana y el desarrollo psicomotor de los niños menores de un año. Estudio observacional, correlacional y transversal, con 50 madres y sus niños. Los resultados revelaron que el 81,8% de niños, cuyas madres tienen conocimiento alto en estimulación temprana, presentan un desarrollo psicomotor normal y solo el 18,2% muestra trastornos del desarrollo. Concluye que hay relación entre conocimiento en ATD y el DPM [24].

A nivel local

Rojas O. (Chota, 2020) en el estudio “Conocimiento materno sobre estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños menores de un año. Centro de Salud Patrona de Chota, 2017”, tuvo por objetivo relacionar el conocimiento de las madres en estimulación temprana y el desarrollo psicomotor de los niños menores de un año, en el Centro de Salud Patrona de Chota. Estudio cuantitativo, prospectivo, relacional y transversal, con 81 madres y sus niños. Los resultados revelaron que el 49,4% de madres tenía conocimiento medio; según áreas, el conocimiento fue medio en lenguaje, 44,4%, motor, 43,2% y social, 40,7%. El desarrollo psicomotor fue de riesgo en el 42,0%. Concluye que existe relación entre el conocimiento materno sobre estimulación temprana y el DPM de los niños menores de un año [25].

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

Teorías del desarrollo psicomotor de Piaget

Se hizo uso de la teoría de Piaget J [26], citada por Reyes, 2015 [27], que indica que la infancia de la persona juega un rol fundamental en el incremento de la inteligencia, y que el infante aprende a través de hacer y la exploración de manera continua.

Piaget sostiene que el desarrollo cognitivo interviene los hechos y las habilidades, además del conocimiento y la capacidad del niño para explorar su entorno, la cual se produce a través de cuatro etapas: la etapa sensoriomotora, la etapa preoperacional, la etapa de las operaciones

concretas y la etapa de las operaciones formales como el estudio se desarrolla en niños menores de dos años, solo se detallará las dos primeras etapas [26]:

La etapa sensoriomotora (nacimiento – dos años): se extiende desde el nacimiento hasta la adquisición del lenguaje, se caracteriza por la utilización de los sentidos (vista y oído) y habilidades motoras (agarrar, chupar y pisar) para explorar los objetos. Es decir, los lactantes aprenden a explorar objetos, sin embargo, no pueden entender la permanencia de los mismos si no están al alcance de los sentidos [27].

La etapa preoperacional (dos a siete años): empieza cuando el niño comienza su aprendizaje del habla. Se incrementa el juego simbólico y la manipulación de símbolos en los niños; sin embargo, el niño aún tiene problemas para ver las cosas desde diferentes puntos de vista. Los juegos de los niños se clasifican principalmente por el juego simbólico y la manipulación de símbolos. El pensamiento todavía sigue siendo egocéntrico, lo que indica que el niño presenta dificultades para tomar el punto de vista de los demás [27].

La teoría de Piaget es aplicable al estudio, puesto que el niño aprende conforme observa y explora los objetos del entorno. Es decir, la cognición se fundamenta en la percepción, la adaptación y la manipulación del entorno por el infante. Y es en este espacio donde el profesional de Enfermería se convierte en un agente de cambio, mediante la orientación y educación a las madres de familia, con la intención de que los niños fortalezcan las condiciones del desarrollo y, de esta manera, prevenir consecuencias negativas en las capacidades y destrezas.

2.2.2. Atención temprana del desarrollo

a) Concepción de la atención temprana

A lo largo de las últimas cuatro décadas, las acciones dirigidas a mejorar o promover el desarrollo psicomotor del niño en sus primeros

tres años de vida han tenido varios nombres, entre otros, estimulación precoz o atención precoz, para finalmente denominarse atención temprana del desarrollo (ATD) [28].

Una de las primeras concepciones sobre ATD fue dada por Gutiez y Ruiz [29] en 2012 y tenía un enfoque recuperativo, pues estaba orientada a solucionar los problemas psicomotores y cognitivos de los niños con alteraciones en su desarrollo. Así, definieron a la ATD como “el conjunto de técnicas educativas que tienen por objeto al niño y su familia, y por finalidad paliar la falta de estímulos y los problemas de aprendizaje de niños con deficiencias claras o simplemente de los niños incluidos en el grupo de los denominados de alto riesgo”.

En los últimos años, la conceptualización de ATD ha migrado a plantear estrategias preventivo-promocionales como la forma más adecuada de impedir que los niños presenten problemas en su desarrollo psicomotor. Así, las intervenciones centradas en mejorar las prácticas de ATD en la familia y promover su aplicación en todos los escenarios socioeconómicos, más aún en poblaciones en condición de pobreza, reducen el riesgo de trastornos del desarrollo infantil [30].

b) Definición de ATD

El estudio utiliza la definición propuesta por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), que describe a la ATD como el “conjunto de acciones que promueve el desarrollo infantil temprano y está orientado a potenciar las capacidades y las condiciones del ambiente donde interactúa el niño desde su nacimiento hasta los cinco años, facilitando su mejor crecimiento y desarrollo” [31].

c) Epidemiología de los problemas de ATD

En el mundo, cuatro de cada diez menores de cinco años presentan un alto riesgo de ver afectado su desarrollo, y dos de ellos ya tienen perjudicado su potencial humano. Por esta razón, urge promover

acciones fundamentadas en el cuidado familiar del menor, a fin de fortalecer su desarrollo psicomotor, cognitivo y social [32].

d) Importancia de la ATD

Es sabido que el cerebro en los primeros 36 meses de vida presenta una gran plasticidad para adaptarse a los diferentes escenarios a los que se expone al niño; por ello, es necesario mejorar sus funciones cerebrales mediante la estimulación permanente en esta etapa. Así, la importancia de promover una adecuada ATD radica en que el niño estará en la capacidad de adquirir un conjunto de habilidades, destrezas o competencias a nivel motor, psíquico, social, de coordinación, lenguaje y cognitivo, considerando en las intervenciones el cuidado cariñoso y sensible como la forma más eficaz de lograr un DPM exitoso [20].

e) Áreas de intervención de la ATD

Las áreas en las que se centran las estrategias de intervención de la ATD incluyen el área motora, en la que se busca fortalecer la capacidad del niño para realizar movimientos, posturas o desplazarse. Esto se puede evidenciar en actividades como coger objetos, sentarse, pararse o caminar; el área del lenguaje, en la que se estimula la función del lenguaje comprensivo y expresivo del niño (onomatopeyas, cantar, llamar a los objetos y personas por su nombre o responder órdenes); el área de coordinación, con la que se promueve la motricidad fina (óculo/manual) del niño (gestos, coger objetos con los dedos y utilizando el pulgar, hacer trazos, jugar); y el área social, a través de la cual el niño adquiere la competencia de comunicarse con su entorno (expresa emociones, juego colaborativo, se alimenta en la misma mesa con los demás, entre otros) [20].

f) Sectores de intervención de la ATD

Para Martínez y Calet [34], existen tres sectores fundamentales para intervenir en ATD: el sector salud, que busca el acceso del niño a Servicios de salud universales y de calidad, y enseña al cuidador y a la

familia intervenciones educativo-comunicacionales (preventivas/promocionales) en ATD basadas en el proceso evolutivo natural del niño; el sector educación, orientado al adiestramiento del niño considerando su edad, nivel de desarrollo y capacidad de aprendizaje; y el sector de los servicios sociales, donde el Estado juega un rol preponderante al implementar centros de ATD que faciliten a la población el acceso permanente a este servicio. Es preciso señalar que la coordinación efectiva entre estos sectores, sumado al esfuerzo de la familia y el niño, facilitará un DPM óptimo.

g) Atención temprana centrada en la familia

Si bien es cierto que el profesional de Enfermería es el encargado de las sesiones de ATD dentro del establecimiento de salud, la familia, como sistema social unitario y constructora de conocimiento y aprendizaje del niño, es la principal red de apoyo para que las actividades guiadas por dicho profesional se materialicen a nivel domiciliario. Además, a nivel familiar se pueden identificar experiencias, características y necesidades que podrían influir en la creación de oportunidades de aprendizaje para el desarrollo del niño. Por lo tanto, las intervenciones en ATD deben estar más orientadas a la práctica familiar y no solo al modelo sanitario dirigido por el profesional de salud [35, 36].

h) Intervenciones familiares de ATD

El trabajo con las familias debe incluir la capacitación permanente en temas de desarrollo psicomotor y la detección oportuna de riesgos. El vínculo de apego debe fortalecerse desde el momento del parto, lo que promoverá el desarrollo social y del lenguaje en el niño. La autocompetencia del cuidador primario es fundamental para hacer que las actividades de ATD sean efectivas. Las estrategias de crianza positivas ayudarán con el apego y la mayor socialización con los miembros de la familia y redes sociales. Los programas dirigidos por los sectores involucrados y orientados a la familia constituyen un espacio para fortalecer el desarrollo integral del niño [34].

i) Ventajas de la ATD

Se orienta en intervenir en las necesidades de los niños desde el nacimiento hasta los primeros tres años y ofrece una serie de ventajas fundamentales:

- **Detección temprana de problemas:** Ayuda a identificar y abordar problemas de desarrollo o discapacidades en etapas tempranas, lo que aumenta las posibilidades de intervención efectiva y mejora los resultados a largo plazo [25, 28].
- **Intervención oportuna:** Efectuarla en las primeras etapas del desarrollo, posibilita la implementación de estrategias y terapias adecuadas para maximizar el potencial de los niños y minimizar el impacto de cualquier discapacidad o retraso en el desarrollo [28, 31].
- **Estimulación adecuada:** Brinda un entorno estimulante que promueve el desarrollo cognitivo, emocional, social y motor en los niños, lo que contribuye a su bienestar general y a su capacidad para aprender y relacionarse con el mundo [28, 31].
- **Apoyo a la familia:** Se debe proporcionar recursos, orientación y educación para ayudarles a comprender las necesidades del niño y al desarrollo de habilidades que faciliten la práctica de ATD [28, 31].
- **Prevención de problemas futuros:** Evita problemas de salud, educativos o sociales más graves al futuro, lo que a su vez puede reducir la necesidad de intervenciones más costosas y complicadas en el niño [28, 31].
- **Mejora del desarrollo general:** Facilita el desarrollo integral del niño en las áreas social, lenguaje, motricidad, cognitiva y de coordinación [28, 31].

2.2.3. Escala del desarrollo psicomotor en niños

a) Desarrollo

Es el proceso por medio del cual los individuos obtienen progresivamente la capacidad funcional de los sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración a nivel biológico, mental, cognitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social [31].

b) Desarrollo psicomotor

Es un proceso progresivo y constante de modificaciones que suceden en el niño, producto de la interacción con el ambiente que lo rodea y la madurez evolutiva corporal; se inicia en el embarazo, es acumulativo, progresivo, continuo e integral [31].

El MINSA para valorar el desarrollo infantil utiliza las siguientes escalas [31]

- **La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP):**
Mide el logro del niño de 0 a 2 años frente a situaciones que requieren de cierto grado de DPM. Incluyen las áreas de: lenguaje, social, coordinación y motora.
- **El Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED):**
Es un test resumido del EEDP y el TEPSI, que puede ser utilizado por el personal profesional de la salud y/o no profesional de la salud.

Para evaluar el DPM de los niños menores de cinco años se realiza de la siguiente manera [31].

c) La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)

➤ Definición

Constituye el primer instrumento que contribuye a evaluar el DPM del niño de 0 a 24 meses [37].

La EEDP permite medir el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren del desarrollo de habilidades. Consta de 75 ítems, 5 por cada edad, en la que existen solo dos posibilidades: éxito o fracaso frente a la situación propuesta. Evalúa 15 grupos de edad, que van desde los 0 y 24 meses a saber: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 18, 21 y 24 meses. La selección de estas edades, se fundamenta porque se consideran más reveladoras en la adquisición de nuevas condiciones en el DPM del niño [37].

Esta escala está diseñada para conocer las condiciones del DPM del niño, y sobre esta base aplicar un programa de estimulación del desarrollo para evitar las secuelas y conseguir el máximo desarrollo de sus potencialidades [37].

➤ **Áreas que evalúa**

La escala evalúa las cuatro áreas siguientes: [37].

- **Lenguaje:** Comprende tanto el lenguaje verbal, como el no verbal; las reacciones al sonido, monólogo, vocalizaciones y emisiones verbales.
- **Social:** Evalúa las reacciones del niño frente a las personas y aprenden por medio de imitaciones.
- **Coordinación:** Constata las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones óculo-motriz y de adaptación ante los objetos.
- **Motora:** Se refiere al control de la postura y la movilidad.

➤ **Técnica de medición**

La técnica mide el grado de DPM en las áreas anteriormente señaladas, utiliza dos técnicas:

- **Observación:** Evalúa las conductas del niño frente a situaciones específicas examinadas.
- **Preguntas:** Se realizan a la madre del niño, sobre las conductas frente situaciones determinadas que el examinador no puede determinar con la aplicación del test [37].

➤ **Tiempo de aplicación**

Depende de la edad del niño o del evaluador con un promedio de 10 a 20 minutos [37].

➤ **Material requerido para la prueba**

Se utiliza un material normalizado, además de una mesa y una silla para la madre o acompañante. Consta de:

- Una batería de prueba.
- Un manual de administración.
- Un protocolo y hoja de registro por cada niño explorado y un perfil de desarrollo psicomotor [37].
 - **La batería de prueba:** consta de once objetos muy escuetos, de bajo costo y de fácil adquisición, los cuales se detallan a continuación [37]:
 - 01 campanilla de metal (bronce).
 - 01 argolla roja de 12 cm de diámetro con cordel o pabilo de 50 cm.
 - 01 cuchara de plástico de 19 cm de largo (de color vivo).
 - 10 cubos rojos de madera de 2,5 cm por lado.
 - 01 pastilla o similar.
 - 01 pañal pequeña (35 cm x 35 cm).
 - 01 botella 4 cm de alto aproximadamente y 4 cm de diámetro.
 - 01 hoja de papel de tamaño oficio, sin líneas.
 - 01 lápiz de cera.

- 01 palo de 41 cm de largo y de 1 cm de diámetro.
 - 01 muñeca (dibujo: basado del manual de EEDP).

- **El manual de administración:** Contiene las instrucciones determinadas para cada uno de los ítems. La información está distribuida en seis columnas [37]:
 - Edad. Mes a que corresponde el ítem.
 - Número de ítem. Se refiere a las preguntas respondidas.
 - Ítem. Descripción del trabajo a ejecutar.
 - Ubicación del niño.
 - Administración. Especificación de la actividad a realizar e indicación del puntaje a otorgar.
 - Material. Elemento (s) necesario (s) cuando la prueba lo requiere.

- **Hoja de registro**

Incluye los datos generales, el peso, la talla, los resultados de la primera evaluación y el perfil de desarrollo del niño. El perfil del desarrollo psicomotor permite advertir el rendimiento del niño en cada una de las áreas del desarrollo evaluadas. La primera columna indica el área medida; las restantes los quince grupos de edades. Los casilleros incluyen los ítems catalogados según el área de desarrollo que miden y el mes de edad en que aparecen en la prueba. Están representados por el número que les corresponde en el protocolo. Si un ítem mide el rendimiento en dos áreas simultáneamente, este aparece en ambos. Los casilleros sombreados indican huida de ítem para esa área y edad [37].

- **El protocolo de la EEDP**

Presenta las respuestas del niño para cada ítem, siendo un total de 75 ítems y se desarrolla en sentido vertical conteniendo la siguiente información distribuida en cinco columnas [37]:

- **Edad:** Corresponde al mes a que pertenece el ítem.
 - **Ítem:** En esta columna aparece el número del ítem, una o dos letras mayúsculas que designan el o las áreas de desarrollo evaluadas y finalmente una frase que describe provisionalmente la tarea a realizar según especificaciones del manual de administración.
 - **Puntaje:** Se anota si el niño aprobó o falló el ítem, indicando el puntaje para cada ítem según el mes de edad; si falla en algún ítem, a cualquier edad, el puntaje a otorgar es siempre cero.
 - **Ponderación:** Es el número que indica el puntaje de cada respuesta correcta.
 - **Observación:** Espacio libre para anotaciones que el examinador estime pertinente.
- **Tabla de puntajes**
Las tablas corresponden una para cada mes y contienen los puntajes necesarios para calcular los resultados de la prueba a puntaje estándar y así obtener el Coeficiente del Desarrollo [37].
 - **Diagnóstico**
El diagnóstico del EEDP se puede realizar: [37]
 - a) **Por el perfil de desarrollo psicomotor**
 - Es la evaluación del rendimiento del niño, mediante la evaluación de las áreas coordinación, social, lenguaje y motor. De esta manera se aprecia la desviación de la curva del desarrollo [34].
 - Marcar una línea vertical a la derecha de la edad cronológica, en meses de la niña o niño, atravesando las 4 áreas del desarrollo [34].

- Se observan los últimos ítems aprobados de cada área, encerrándolos en un círculo y uniéndolos. Si la línea está hacia adelante (derecha), el desarrollo psicomotor tiene un buen o alto rendimiento; si está quebrada y va hacia atrás (izquierda), debe considerarse una de las áreas como riesgo, y como retraso si es más de uno o proyectado a más de dos áreas [34].

b) Por el coeficiente del desarrollo

- Para conseguir el Coeficiente de Desarrollo (CD) se convierte la razón (EM/EC) a puntaje estándar, el valor adquirido se clasificará según los puntajes obtenidos después de la evaluación: Mayor o igual a 85 = normal, de 84 a 70 = riesgo y menor o igual a 69 = retraso [34].

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Atención temprana del desarrollo

Conjunto de acciones destinadas a fortalecer las competencias y las condiciones del entorno con las que interactúa el niño durante los primeros cinco años, facilitando un óptimo desarrollo [31].

2.3.2. Desarrollo

Proceso por medio del cual los individuos logran progresivamente hacer efectiva la capacidad funcional de sus sistemas a través de la maduración, diferenciación e integración [31].

2.3.3. Desarrollo psicomotor

Es el proceso gradual y permanente de modificaciones que ocurren en el niño, debido a la interacción con el entorno que lo rodea y a la madurez evolutiva corporal [31].

2.3.4. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor

Instrumento que se utiliza para evaluar el DPM del menor de dos años en las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora [37].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Ámbito de estudio

Se desarrolló en el distrito de Paccha, provincia de Chota, región Cajamarca. Se localiza al noroeste de la provincia de Chota, limita al norte con el distrito de Chadín, al sur con el distrito de Bambamarca, al este con el río Marañón y al oeste con el distrito de Chalamarca; de una superficie aproximada de 94 km², la ciudad capital (Paccha) se ubica a 2250 m.s.n.m., cuenta con diversos microclimas que van desde la puna a valles interandinos, con temperaturas promedio de 17 °C, aptos para cultivo de productos agrícolas; la ganadería (vacuno, ovino, caprino) es la principal actividad económica del distrito [38].

La población es de 5200 habitantes distribuidos en cuatro Centros Poblados (Lirio, Quidén, Villapampa y Uñigan), con un mayor predominio de los jóvenes de entre 18 y 25 años; nueve de cada diez habitantes del distrito viven en la zona rural; se estima que seis de cada diez familias son pobres y tres de cada diez viven en extrema pobreza [38].

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud de Paccha, establecimiento perteneciente al MINSA, ubicado en la zona centro de la ciudad de Paccha, se encuentra adscrito a la Red Integrada de Salud de Chota, en la actualidad tiene la categoría I-3. Su infraestructura abarca 17 ambientes donde atienden un médico de planta y un serumista, dos profesionales de enfermería, tres licenciadas en obstetricia, dos biólogos, un odontólogo y siete técnicos en enfermería; el horario de atención es de 12 horas diurnas (7:00 a 19:00 horas). La población usuaria de los servicios sanitarios al 2023 fue de 4930, de los cuales 145 fueron menores de cinco años y 51 menores de un año (población de referencia) [39].

3.2 Diseño de investigación

El estudio es de enfoque cuantitativo [40], debido a que se usa la cuantificación numérica por medio de herramientas estadísticas que permitieron procesar los resultados y probar la hipótesis planteada. Relacional, dado que se determinó una relación estadística entre ATD y DPS. Diseño no experimental, porque no se manipuló las variables, y transversal, porque la información se recabó en un momento dado y por única vez [40].

La hipótesis planteada fue:

H1: Existe relación estadística significativa entre atención temprana y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024.

Ho: No existe relación estadística significativa entre atención temprana y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024.

3.3 Población, muestra y unidad de estudio

La población de estudio se conforma por 66 de niños de 12 a 23 meses atendidos en el Centro de Salud de Paccha en el año 2024 periodo conformado entre el mes de enero hasta el mes de junio.

La muestra fue de tipo censal (N = 66), donde participaron el total de niños de 12 a 23 meses atendidos en el Centro de Salud de Paccha en el año 2024, se excluyó a 15 niños, que no cumplieron los criterios de inclusión para el estudio quedando conformada por 51.

La unidad de estudio estuvo constituida por cada uno de los niños de 12 a 23 meses atendidos en el Centro de Salud de Paccha en el año 2024 (enero-junio); quienes fueron seleccionadas bajo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión (niños):

- De 12 a 23 meses (1 año 0 meses 0 días a 1 año 11 meses 29 días).
- Que han acudido por lo menos a los tres últimos controles de crecimiento

y desarrollo de manera continua.

- Que residieron en el distrito de Paccha por más de seis meses.
- Madres que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión (niños):

- Con capacidades diferentes u otra malformación congénita que limite su participación durante la recolección de datos (ceguera, sordera, entre otros).

3.4 Operacionalización de variables

a) Atención temprana del desarrollo

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final	
				Dimensión	Escala (puntos)
Atención temprana del desarrollo	Conjunto de acciones que destinadas a fortalecer las competencias y las condiciones del entorno con las que se relaciona el niño en sus primeros cinco años, facilitando un óptimo crecimiento y desarrollo [31].	Área motora	- Coger la cuchara, usar andador, pararse, sentarse, gatear.	- Mala: 9 a 14 puntos - Regular: 15 a 21 puntos - Buena: 22 a 27 puntos	- Mala: 30 a 50 puntos - Regular: 51 a 70 puntos - Buena: 71 a 90 puntos
		Área lenguaje	- Emitir sonidos, cantar, nombrar palabras y objetos, repetir lo que se indica, responder con gestos.	- Mala: 8 a 13 puntos - Regular: 14 a 19 puntos - Buena: 20 a 24 puntos	
		Área coordinación	- Gesticular, jugar.	- Mala: 7 a 11 puntos - Regular: 12 a 16 puntos - Buena: 17 a 21 puntos	
		Área social	- Participar en actividades cotidianas, expresar	- Mala: 6 a 9 puntos	

			sentimientos, alimentarse en compañía.	- Regular: 10 a 14 puntos - Buena: 15 a 18 puntos	
--	--	--	--	--	--

b) Desarrollo psicomotor

Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor final
Desarrollo psicomotor	Proceso gradual y continuo de cambios que ocurren en el niño, debido a la interacción con su entorno y a la madurez evolutiva corporal; se inicia en el embarazo, es acumulativo, progresivo, perenne e integral [31].	Coordinación	Normal Riesgo Retraso	>= 85 puntos 84 a 70 puntos <= 69 puntos
		Social		
		Lenguaje		
		Motora		

3.5 Descripción de la metodología

3.5.1. Métodos

Las técnicas de recolección de datos fueron el análisis documental (historias clínicas de los niños de 12 a 23 meses) y la encuesta personal, presencial, anónima, autoadministrada (madre lee y responde) o heteroadministrada (investigador pregunta y madre responde) [40].

Los procedimientos de recolección de datos iniciaron con la presentación de una solicitud al jefe del Centro de Salud para obtener la autorización para acceder a las historias clínicas de los niños de 12 a 23 meses. Se realizó la selección muestral (51 niños) teniendo en cuenta los criterios de inclusión planteados y la obtención del diagnóstico del DPS. En segunda instancia, se procedió a la captación de los niños y madres participantes, en coordinación con el personal de salud y las autoridades comunales. Finalmente, se aplicó la

encuesta a las madres en el Centro de Salud y en sus domicilios, previa firma del consentimiento informado (Anexo 1).

3.5.2. Materiales

El estudio utilizó dos instrumentos para la obtención de información: El primero fue una ficha de recolección de datos que permitió recoger el diagnóstico del desarrollo psicomotor del niño registrado en las historias clínicas, obtenido mediante la valoración de la EEDP y aplicado por el profesional de Enfermería (Anexo 2). La ficha se consolidó teniendo en cuenta lo siguiente: Anormal (≥ 85 puntos), riesgo (84 a 70 puntos) y retraso (≤ 69 puntos).

El segundo fue una adaptación del instrumento denominado “Cuestionario de atención temprana del desarrollo” diseñado por Sánchez y Camizan 2019 [12], que permitió medir la ATD en el menor de un año. Está constituido por 30 preguntas distribuidas en cuatro dimensiones, cada pregunta será puntuada con 1 = No, 2 = A veces y 3 = Sí, esto según la experiencia de la madre (Anexo 3).

Puntuaciones según áreas de la ATD fueron las siguientes:

Área del desarrollo	Nº de ítems	Clasificación/ Puntuación
Motora	9 ítems = 1 al 9	- Mala: 9 a 14 puntos - Regular: 15 a 21 puntos - Buena: 22 a 27 puntos
Lenguaje	8 ítems = 10 al 17	- Mala: 8 a 13 puntos - Regular: 14 a 19 puntos - Buena: 20 a 24 puntos
Coordinación	7 ítems = 18 al 24	- Mala: 7 a 11 puntos

		- Regular: 12 a 16 puntos
		- Buena: 17 a 21 puntos
		- Mala: 6 a 9 puntos
		- Regular: 10 a 14 puntos
Social	6 ítems = 25 al 30	- Buena: 15 a 18 puntos

La puntuación para la ATD global tuvo en cuenta:

ATD	N° de ítems	Clasificación/ Puntuación
		- Mala: 9 a 14 puntos
		- Regular: 15 a 21 puntos
Global	30 ítems = 1 al 30	- Buena: 22 a 27 puntos

La confiabilidad del cuestionario se realizó por medio de una prueba piloto a 15 madres con niños de 12 a 23 meses que se atendieron en el Centro de Salud de Chadín, distrito de Chadín, provincia de Chota. La fiabilidad se obtuvo mediante la aplicación del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, donde α fue 0,959 indicando una confiabilidad aceptable (Anexo 4).

3.5.3. Recursos

Humanos: Investigadores, asesor, participantes del estudio.

Materiales: Laptops, celulares, papel bond, lapiceros.

Financieros: Recargas, impresiones, anillados.

3.6 Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos se inició una vez recogida la totalidad de la información, fue depurado en forma manual e ingresada a una base de datos diseñada y codificada en SPSS.V.26.

En el análisis descriptivo, los resultados son presentados en tablas simples que incluyen frecuencias, esto permite identificar la ATD y el DPS del niño. El análisis inferencial se utilizó para determinar la relación estadística entre ATD y DPS, esto se presenta en tablas cruzadas. Los datos se interpretan, discuten y analizan en función a las frecuencias más altas y relevantes. La hipótesis se comprobó mediante la Prueba Exacta de Fisher, siendo significativo un p-valor $< 0,05$.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cuanto a las características sociodemográficas las madres de los niños participantes presentan una edad superior a 40 años 17,6%, el 54,9% presentan primaria completa, el 72,5% estado civil casadas o convivientes y el 84,3% de las madres evaluadas percibe un sueldo mínimo vital.

4.1. Atención temprana del desarrollo en niños de 12 a 23 meses atendidos en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024, según dimensiones

Tabla 1. Dimensiones de la atención temprana del desarrollo en niños de 12 a 23 meses atendidos en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024

Dimensiones de la atención temprana del desarrollo	N°	%
	51	100
Área motora		
Mala	1	2,0
Regular	12	23,5
Buena	38	74,5
Área del lenguaje		
Regular	14	27,5
Bueno	37	72,5
Área de la coordinación		
Regular	3	5,9
Bueno	48	94,1
Área social		
Regular	2	3,9
Bueno	49	96,1

Fuente: Ficha de recolección aplicado a los niños de 12 a 23 meses C.S. Paccha 2024

En la tabla 1 se observa la atención temprana del desarrollo por dimensiones. En el área motora, el 74,5% presentó un nivel bueno, el 23,5% regular y el 2,0% malo. En el área de lenguaje, el 72,5% presentó un nivel bueno y el 27,5% regular. En el área de coordinación, el 94,1% presentó un

nivel bueno y el 5,9% regular. Finalmente, en el área social, el 96,1% presentó un nivel bueno y el 3,9% regular. Como se evidencia, la mayoría de los niños presenta un nivel bueno en todas las dimensiones del desarrollo que han sido calificadas. No obstante, es necesario prestar atención a los resultados en los niveles regular y malo, de manera que se garantice que todos los niños reciban los cuidados necesarios para alcanzar un óptimo desarrollo infantil.

Resultados que difieren en el área motora a los encontrados por Zamora J. [19], estudio realizado en Baños del Inca, reportando un desarrollo motor bueno en el 25%, regular en el 61% y malo en el 14%. Estas diferencias se pueden dar debido a que la cantidad de muestra utilizadas en ambas investigaciones son diferentes, además de las diferencias en las realidades contextuales de los estudios.

Por otro lado, existen diferencias en el estudio planteado por Veliz YM [22]. Estudio hecho en la ciudad de Lima, en el cual el 2% presenta desarrollo motor regular, bueno 28% y malo 10%, siendo muy diferentes al estudio realizado en el Centro de Salud de Paccha, en el cual el desarrollo motor es bueno en el 74,5%, regular 23,5% y malo 2%; resaltando que la variación en los porcentajes podría deberse en las diferencias de las muestras estudiadas, es importante fortalecer la atención temprana para desarrollar todo el potencial humano [3].

Es sabido que el cerebro en los primeros años de vida presenta una gran plasticidad para adaptarse a los diferentes escenarios a los que se le expone al niño; por ello, es necesario mejorar las funciones cerebrales mediante la estimulación permanente en esta etapa, enmarcados principalmente por una buena ATD adquieren [20]. Es fundamental promover esta adecuada practica para que el niño adquiriera un conjunto de habilidades, destrezas y competencias a nivel que puedan contribuir a optimizar el desarrollo en el área motora como lo refiere la OMS [5].

Es prioritario mencionar que la atención temprana del desarrollo repercute favorablemente en el desarrollo del área motora, esto permite establecer estrategias personalizadas para abordar los déficits que puedan presentar los niños como lo menciona Orozco LA [17]. La ATD es la que se encarga en dar respuesta oportuna a las necesidades de los niños, ya sean transitorias o permanentes. Para ello, se debe establecer un conjunto de intervenciones infantiles, a la familia y al entorno que deben tener lugar desde los primeros momentos de vida, para contribuir a un buen desarrollo en el área motora. Por otro lado, se puede atribuir los resultados a que, en su mayoría, los niños reciben una adecuada estimulación temprana y se refleja en que los niños evidencian un buen desarrollo en el área motora [29].

En el área del lenguaje se presentan datos similares con el estudio planteado por Orozco LA [17], realizado en Colombia, quien identificó un buen desarrollo en el área del lenguaje en la población estudiada (56%), datos que coinciden con el presente estudio, donde el 72,5% de los participantes presenta un buen desarrollo del lenguaje, esta leve discrepancia se podría deber a las diferencias de muestras utilizadas en los estudios.

Por otro lado, se difiere del estudio planteado por Zamora J. [19], realizado en la ciudad de Baños del Inca, Cajamarca, donde el desarrollo del lenguaje de la población participante presentó deficiencias en el 54%. Este resultado es muy distinto en el presente estudio, desacuerdos que se enmarcan en la diferencia de muestras utilizadas y en el deficiente nivel de conocimiento de las madres sobre atención temprana.

A nivel local, el estudio se relaciona con la investigación de Rojas O. [20], realizada en el mismo contexto geográfico. En ambos estudios se evidencia que el desarrollo del lenguaje es bueno, lo que contribuye a determinar que la atención temprana del desarrollo se está implementando en establecimientos de salud y por parte de las madres y/o cuidadores, mejorando así el desarrollo psicomotor, como lo mencionan Gutiez y Ruiz [29].

El lenguaje comprende el verbal como el no verbal, las reacciones al sonido, monólogos, vocalizaciones y emisiones verbales, para el buen desarrollo de esta área se debe de mantener una adecuada atención temprana del desarrollo que se reflejará en mejorar el buen desarrollo, como lo manifiesta el MINSA [37]. La estimulación del lenguaje temprano a través de las ATD, promueve el crecimiento de habilidades cognitivas como la memoria, el razonamiento y la resolución de problemas. Los niños que son estimulados tempranamente en esta área tienden a mostrar un mejor desarrollo cognitivo en general, y es importante en la población estudiada, ya que en su mayor proporción presentan una buena atención temprana del desarrollo, permitiendo así un adecuado desarrollo que contribuirá a tener niños con mejor calidad de vida.

Los porcentajes favorables se pueden explicar desde el punto de vista fisiológico, ya que el buen desarrollo de esta área depende en gran medida de las ATD y de actividades nacionales de promoción y prevención, como el control de crecimiento y desarrollo, las actividades de estimulación temprana y la evaluación del desarrollo psicomotor a través de la EEDP que se realizan con la finalidad de estimular el buen desarrollo del niño. Esto se manifiesta en los datos nacionales compartidos por el MIDIS [9], donde se menciona que a nivel nacional el 48,4% presenta un buen desarrollo en esta área, garantizando así que la población futura pueda gozar de una mejor calidad de vida [37].

En el área de la coordinación, los datos son similares a los encontrados por Paula M. [16] en un estudio realizado en Argentina, aunque la realidad problemática es diferente, los resultados son comparables, ya que el desarrollo en esta área en las poblaciones estudiadas presenta una clasificación de “bueno”, reflejando que se están realizando actividades de ATD en otros países, debido a la gran importancia que tienen para el desarrollo de una nación, contar con ciudadanos que posean todas sus capacidades contribuye al desarrollo de cada país.

Por otro lado, los resultados difieren del estudio realizado por Zamora J. y Vargas M.Z. [19], quienes reportaron que el 34% de los niños estudiados presentaban un desarrollo bueno en esta área. En la presente investigación, en el área de coordinación, el 94% de los niños obtuvo una clasificación de “bueno”, cabe mencionar que, en el estudio de Zamora J. y Vargas M.Z., la población estudiada tenía desconocimiento sobre la atención temprana del desarrollo, lo cual refleja que los niños no tienen un desarrollo óptimo.

El desarrollo de la coordinación es la capacidad que tienen los seres humanos para realizar movimientos corporales simples y complejos con facilidad. Para cumplir con esta tarea se debe lograr una comunicación adecuada entre el cerebro y el resto de las extremidades, es allí donde las actividades de la atención temprana del desarrollo toman gran importancia para presentar un buen desarrollo en esta área como menciona Bruixola I [28]. Es importante que los niños desarrollen adecuadamente para convertirse en adultos socialmente sanos e integrados. Los resultados destacan la importancia de la ATD, que incluye las evaluaciones realizadas por los profesionales de salud en las atenciones de control de crecimiento y desarrollo, así como la activa participación de las madres.

Los hallazgos indican que las sesiones de estimulación temprana son ejecutadas adecuadamente por el personal de salud y los cuidadores [28], garantizando el óptimo desarrollo en esta área. El buen desarrollo en el área de la coordinación en los niños permitirá un adecuado desarrollo futuro, asegurando que presenten plenas capacidades en los componentes psicológicos, fisiológicos y sociales.

Por otra parte, los resultados reflejan que una adecuada atención temprana del desarrollo determina no solo el buen desarrollo del área de la coordinación del niño, sino también de las diferentes áreas que conforman el desarrollo psicomotor (lenguaje, coordinación, motricidad, social y cognitivo). Se observa que, a medida que se implementa la ATD, el desarrollo psicomotor mejora. Esta influencia se evidencia en los hallazgos de Veliz Y.M. y Yanqui M.E. [22], quienes identificaron que la atención

temprana del desarrollo influye directamente en el adecuado desarrollo del área de la coordinación, contribuyendo a mejorar el desarrollo psicomotor.

En el área social, los resultados son superiores a los encontrados por Veliz Y.M. y Yanqui M.E. [22], quienes, en un estudio realizado en la ciudad de Lima, encontraron que el 40% de la población presenta un nivel malo en esta área. En contraste, en el estudio realizado en el Centro de Salud de Paccha, el 96% presenta un desarrollo social bueno, reflejando así una marcada diferencia entre los porcentajes encontrados. Estas discrepancias podrían deberse a la diferencia de poblaciones y al tamaño de la muestra utilizada en los estudios. Además, es pertinente reconocer que una adecuada atención temprana del desarrollo contribuye a mejorar el desarrollo psicomotor, lo que permite que los niños puedan hacer amigos, superar la frustración, lidiar con cambios y seguir las reglas. El desarrollo social facilita relaciones íntimas y seguras, la exploración del entorno, el aprendizaje, la gestión y la expresión de emociones [32].

El estudio realizado por Rojas O. [25] en la ciudad de Chota muestra similitudes en los porcentajes con el presente estudio, lo que refleja que la atención temprana del desarrollo se practica tanto en los establecimientos de salud como por los cuidadores. Esto contribuye a que los niños tengan un mejor desarrollo psicomotor, ayudando a evitar problemas futuros, como refiere Lucas J.E. [32]. A nivel mundial, cuatro de cada diez menores de cinco años presentan un alto riesgo de ver afectado su desarrollo, y dos de ellos ya tienen perjudicado su potencial humano si no se realizan actividades de prevención de trastornos del desarrollo psicomotor.

El desarrollo social hace referencia a la capacidad del niño para crear y mantener relaciones significativas con los adultos y otros niños, que van a influir en la vida futura. Es importante la ATD para mejorar el desarrollo en el área social, como se menciona en el estudio realizado por Carrillo MA [27], quien lo define como la habilidad que tiene el niño para expresar, reconocer y manejar sus emociones, así como para responder apropiadamente a las emociones de los demás [35]. Puede prevenir problemas de salud,

educativos o sociales más graves al futuro, lo que a su vez puede reducir la necesidad de intervenciones más costosas y complicadas en el niño [28]. Los niños con falta de habilidades sociales pueden desarrollar conductas agresivas a los amigos si pierde en los juegos o incluso, hacer trampa y no seguir las normas. Por ello, es importante que se consiga un buen desarrollo social para evitar la falta de interacción del niño con su entorno social.

El MIDIS [6] refiere que las alteraciones sociales en los niños han ido disminuyendo, lo cual se manifiesta por los esfuerzos en estimulación temprana, evaluados a través del EEDP, y la ATD. Estos esfuerzos promueven la participación en estrategias implementadas por el Estado peruano, como la estrategia de crecimiento y desarrollo, así como también del personal de salud y los cuidadores, quienes a diario hacen arduos esfuerzos para mejorar la calidad de vida de esta población. Se resalta la importancia de la ATD para evitar trastornos del desarrollo social [23]. En tal sentido, los datos obtenidos permiten mencionar que existe una adecuada práctica de esta actividad, lo que repercute en el buen desarrollo del área social de los niños estudiados.

Asimismo, la influencia positiva de la atención temprana sobre el desarrollo del área social reportada por el estudio es evidente, dado que solo dos de cada veinte niños con riesgo en el desarrollo social no recibieron ATD. Esto indica que los niños que no recibieron atención temprana presentaron un mayor riesgo de padecer alteraciones en el desarrollo social y, por consiguiente, también en el desarrollo psicomotor, a diferencia de sus pares que sí recibieron atención temprana del desarrollo [35].

4.2. Atención temprana del desarrollo en niños de 12 a 23 meses atendidos en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024

Tabla 2. Atención temprana del desarrollo en niños de 12 a 23 meses atendidos en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024

Atención temprana	N°	%
Regular	5	9,8
Buena	46	90,2
Total	51	100,0

Fuente: Ficha de recolección aplicado a los niños de 12 a 23 meses C.S. Paccha 2024

En la tabla 2 se muestra que, de los niños con ATD, el 90,2% se encuentra en un nivel bueno y el 9,8% en un nivel regular. Estos datos revelan que la ATD podría estar siendo beneficiosa para el DPM, aunque aún existen falencias en la atención temprana.

En cuanto a la ATD, los resultados son superiores a los encontrados por Veliz YM y Yanqui ME [22], quienes, en un estudio realizado en la ciudad de Lima, encontraron que solo el 28% de la población presentaba un nivel bueno. Estos datos se pueden explicar por la poca ATD existente en la población estudiada. Es preciso mencionar que la ATD une la adaptabilidad del cerebro con la capacidad de aprendizaje; mediante ella, se consigue que los niños sanos maduren y sean capaces de adaptarse mucho mejor a su entorno y a diferentes situaciones. No se trata de una terapia ni de un método de enseñanza formal, sino de una forma de orientar el potencial y las capacidades de los niños [28].

Asimismo, estos resultados difieren del estudio realizado por Orozco LA [17] en Colombia, donde la población estudiada presenta una ATD adecuada (50%), lo cual también influye en el DPM de los niños. El desarrollo del cerebro involucra, a su vez, el desarrollo de millones de células llamadas neuronas y de las conexiones entre ellas. La plasticidad cerebral, definida como la susceptibilidad de un organismo a las influencias del medio ambiente, es muy alta. Por ello, la ATD es importante para garantizar un

DPM adecuado y así contribuir a una mejor calidad de vida [8].

Finalmente, la influencia de la ATD reportada en el estudio es evidente, dado que solo uno de cada diez niños que no tuvieron ATD presenta retraso del DPM. Se puede afirmar que la ATD influye de manera directa para potenciar y desarrollar al máximo sus capacidades biopsicosociales, mediante programas sistemáticos y secuenciales que abarcan todas las áreas del desarrollo humano [1].”

4.3. Desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024

Tabla 3. Desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024

Desarrollo psicomotor	N°	%
Normal	23	45,1
Riesgo	15	29,4
Retraso	13	25,5
Total	51	100,0

Fuente: Ficha de recolección aplicado a los niños de 12 a 23 meses C.S. Paccha 2024

En la tabla 3 se muestra que los niños tuvieron un desarrollo psicomotor: normal (45,1%), riesgo (29,4%) y retraso (25,5%). Datos que muestran que la ATD podría estar siendo beneficiosa en el DPM de los niños, así mismo, resaltar que existen falencias para lograr una mejora en el DPM, puesto que los porcentajes de retraso y riesgo siguen siendo elevados.

Se evidencia datos diferentes a los proporcionados por la UNICEF [1], que menciona que actualmente existe un elevado índice de niños con retraso psicomotor en diversos países del mundo, lo cual perjudica grandemente la calidad de vida infantil. Por otro lado, estos datos también difieren de los encontrados en España por la AEPAP [2], donde el 25% de la población presenta trastornos del DPM, esto permite entender que esta problemática es a nivel mundial. En el estudio se puede mencionar que la población participante en su mayoría presenta un DPM normal, lo cual se atribuye principalmente a la buena ATD que existe en el Centro de Salud de Paccha. La práctica de esta actividad contribuye a mejorar las condiciones de vida de la población infantil [25].

Por otro lado, se evidencian diferencias en los porcentajes encontrados en el estudio realizado por Zamora J. y Vargas M.Z. [19] en el distrito de Baños

del Inca, Cajamarca, quienes muestran que el 34% de la población presenta un DPM regular, lo cual no coincide con el presente estudio, donde el 45,1% de la población tiene un DPM normal. Cabe aclarar que estos datos difieren en el resto de las áreas estudiadas y se pueden atribuir a diferencias en la cantidad de muestras utilizadas.

Se observan datos superiores a los encontrados en el estudio realizado por Chambi y Condori [20], donde el 51% de la población estudiada presenta un retraso en el DPM. Esto refleja que no existe una relación directa entre las poblaciones estudiadas por los investigadores y la realidad problemática local, donde se evidencia que el 25,5% muestra retraso en el DPM.

El DPM hace referencia a la adquisición de habilidades que se observa en el niño de forma continua durante toda la infancia. Corresponde tanto a la maduración de las estructuras nerviosas (cerebro, médula, nervios y sistema muscular), potenciada generalmente por la ATD. Por ende, es fundamental recalcar que, en los estudios revisados, se puede determinar que mientras más adecuada sea la ATD, mejor será el desarrollo psicomotor del niño, como se refleja en los datos encontrados. Es importante destacar la activa participación de las madres que realizan prácticas de ATD, contribuyendo a mejorar el DPM [31].

El porcentaje de niños atendidos en el Centro de Salud Paccha que no presenta retrasos en el DPM es alto, manifestado por la búsqueda de cambios continuos que se relacionan con la maduración de la niña o el niño aplicados por los diferentes actores (personal de salud, madres y cuidadores) que influyen en el desarrollo. Los avances en la ATD se pueden evidenciar en el estudio de Gutiez P. [29], sin embargo, aún se registra un alto nivel de riesgo y retraso en el DPM, lo que se puede atribuir al contexto de la pandemia COVID-19, que retrasó en gran medida las prácticas de ATD por parte del personal capacitado, ya que en su mayoría las madres carecen del conocimiento necesario sobre ATD [5].

4.4. Relación entre atención temprana del desarrollo y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024

Tabla 4. Relación entre atención temprana del desarrollo y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024

Atención temprana del desarrollo	Desarrollo psicomotor						Total	
	Normal		Riesgo		Retraso		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Regular	0	0,0	1	2,0	4	7,8	5	9,8
Buena	23	45,1	14	27,5	9	17,6	46	90,2
Total	23	45,1	15	29,4	13	25,5	51	100,0

Fuente: Ficha de recolección aplicado a los niños de 12 a 23 meses C.S. Paccha

Prueba de hipótesis

Prueba estadística	Valor	p-valor
Prueba exacta de Fisher	7,477	0,006*

* $p < 0,05$. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,27.

En la tabla 4 se muestra que los niños tuvieron un DPM: normal (45,1%) con una ATD buena; en riesgo (27,5%) con ATD buena; y con retraso (17,6%) con ATD buena. Por otro lado, también se presenta DPM en riesgo (2%) con ATD regular y con retraso (7,8%) con ATD regular. Estos datos muestran que la ATD podría estar siendo beneficiosa para el DPM de los niños, pero es necesario seguir enfatizando la atención temprana, ya que aún existen niños con DPM inadecuado.

Por otro lado, se acepta la hipótesis H1: Existe relación estadística significativa entre atención temprana y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024 ($p^* = 0,006$).

En este contexto, los resultados encontrados evidencian que es necesario considerar que la ATD es un conjunto de acciones destinadas a niños y niñas de 0 a 6 años y que integran de forma planificada y coordinada disciplinas como fisioterapia, estimulación, psicomotricidad, psicoterapia. Asimismo, el desarrollo psicomotor es un proceso de cambios continuos relacionados con la maduración de la niña o el niño, quienes adquieren diferentes habilidades motoras a través de la integración de sus sistemas sensoriales y con el desarrollo de las áreas socioemocional, cognitiva y comunicativa [31, 34].

Estos datos son similares a los encontrados por Paula M. [16] en el estudio realizado en Ecuador, quien evaluó el desarrollo psicomotor y funcionalidad familiar, aunque presenta variables diferentes, pero evalúa la variable del DPM, donde concluye que el desarrollo infantil temprano fue favorable en las áreas personal social, lenguaje y socioemocional.

Por otro lado, los resultados difieren a los hallazgos de Puente M, et al. [18] en el estudio realizado en Cuba, quien determinó el impacto de la atención temprana del desarrollo en el desarrollo psicomotor de lactantes, estas diferencias se podrían deber a que se evaluó a una población distinta (lactantes), en cambio en la investigación realizada se trabajó con niños de 12 a 23 meses, concluyen que existen antecedentes prenatales y natales que influyen negativamente en la atención temprana del desarrollo, afectando el desarrollo psicomotor. Por otro lado, en la investigación realizada se puede referir que existe una buena ATD que contribuye en su mayoría, presenten un buen DPM.

En el contexto nacional estos datos son similares a los encontrados por Carrillo MA. [21], estudio realizado en los Olivos, Lima, quien refiere que hay relación significativa entre atención temprana del desarrollo y desarrollo psicomotor, estos son compartidos en los encontrados en la investigación donde existe relación estadística significativa entre atención temprana del desarrollo y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el

Centro de Salud Paccha, Chota 2024.

En tal sentido, se puede afirmar que los niños de 12 a 23 meses de edad que se atienden en el Centro de Salud Paccha 2024, presentan buena atención temprana del desarrollo que tiene influencia favorable en el DPM, datos que no reflejan a la realidad nacional, puesto que aún siguen existiendo cifras alarmantes donde el 54,9% presentan alteraciones del desarrollo, así mismo existen dificultades en la ATD [6]. Para contribuir a la mejora de estos indicadores se pueden realizar actividades que favorezcan la motricidad fina y la gruesa, como saltar o jugar con una pelota, así también el desarrollo del lenguaje verbal y el no verbal; las reacciones al sonido, monólogo, vocalizaciones y emisiones verbales. El desarrollo social que es la forma de reaccionar frente a las personas y aprenden por medio de imitaciones, la coordinación que son reacciones del niño que requieren coherencia de funciones óculo-motriz y de adaptación ante los objetos y motora que hace referencia al control de la postura y la movilidad [37].

Asimismo, la relación encontrada en el estudio podría indicar que la atención temprana del desarrollo tiene influencia en el desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses del Centro de Salud Paccha, donde la mayor proporción de niños presenta un desarrollo psicomotor normal, sin dejar de mencionar que todavía existen brechas por mejorar. Al respecto, la literatura científica revisada refiere que, a mejor practica de atención temprana del desarrollo por el profesional de salud, así como también de los padres, mejora el desarrollo psicomotor [25].

En definitiva, por los datos encontrados en el estudio se puede mencionar que existe una relación significativa entre atención temprana del desarrollo y desarrollo psicomotor, resaltando que no se han cerrado brechas para disminuir los trastornos de desarrollo psicomotor como se ven reflejados en los datos nacionales donde se refiere que aún existen datos alarmantes de estos problemas, además recalcar el rol que cumple el personal de salud y los cuidadores al realizar actividades como la estimulación temprana, el control de crecimiento y desarrollo, entre otros, que permiten al niño

disminuir el riesgo de presentar trastornos en el desarrollo psicomotor y tener niños con mejores condiciones de vida y útiles para la sociedad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- En el desarrollo del área motora en los niños de 12 a 23 meses atendidos en el Centro de Salud Paccha, ocho de cada diez niños presentan un buen desarrollo, lo que indicaría que la atención temprana podría estar teniendo un impacto positivo en esta área.
- En el área del desarrollo del lenguaje ocho de cada diez niños no presentan riesgo en esta área, lo que indicaría que la atención temprana presentada en los niños se refleja en el desarrollo del área del lenguaje.
- En el desarrollo de la coordinación del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, ocho de cada diez niños no presentan riesgo en esta área, lo cual se manifiesta por una adecuada atención temprana.
- En el área social del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, nueve de cada diez niños no presentan riesgo en esta área, favorecido por actividades de atención temprana que también benefician el desarrollo psicomotor.
- En el desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, ocho de cada diez niños que recibieron atención temprana muestran un desarrollo psicomotor normal, lo que indica que la atención temprana podría estar siendo beneficiosa en el desarrollo psicomotor de los niños.
- Existe relación estadística significativa ($p^*=0,006$) entre la atención temprana y el desarrollo psicomotor; esto en términos de probabilidades, demuestra que los niños sin atención temprana tienen un mayor riesgo de presentar retraso en su desarrollo psicomotor en comparación con los niños que reciben esta atención.

RECOMENDACIONES

A las autoridades de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH

- Brindar facilidades para la realización de estudios que permitan evaluar de forma más efectiva la relación entre atención temprana y desarrollo psicomotor durante el periodo del nacimiento a los tres años.
- Llevar los hallazgos a estudios de intervención, donde se busque validar estrategias y programas que mejoren la ATD.
- Facilitar la implementación de proyectos de proyección social por parte de docentes y alumnos de esta institución de educación superior, considerando a los niños menores de dos años y a los establecimientos de salud como actores de interés para promover la atención temprana de los niños.

Al responsable del Centro de Salud Paccha

- Diseñar planes de trabajo que incluyan sesiones educativas, visitas domiciliarias, consejería, seguimiento y fomentar la participación activa de ambos padres en el control del crecimiento y desarrollo, para mejorar el desarrollo psicomotor de los niños.

A las madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo

- Asistir regularmente a los controles de crecimiento y desarrollo de sus niños, asegurándose de que reciban atención y estimulación temprana con el fin de mejorar los cuidados relacionados al desarrollo psicomotor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Cuidado para el desarrollo infantil. [Internet]. El Salvador, 2021. [consultado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/32186/file>
2. Asociación Española de Pediatría de Atención Temprana. Conociendo el desarrollo psicomotor de nuestro hijo. [Internet]. Madrid - España, 2020. Disponible en: <https://www.familiaysalud.es/conociendo-el-desarrollo-psicomotor-de-nuestro-hijo>
3. Universidad Nacional Autónoma de México. Estimulación temprana. [Internet]. México, 2021. [consultado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://unamglobal.unam.mx/estimulacion-temprana/>
4. Laguens A, Querejeta M. evaluación del desarrollo psicomotor: pruebas de Screening latinoamericanas. [Internet]. Buenos Aires - Argentina, 2021. [consultado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/desi/n29/n29a15.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. Cuidado para el desarrollo infantil. [Internet]. Ginebra – Suiza; OMS: 2019. [consultado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51620/9789275319741_agradecimientos_2019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática / Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Desarrollo infantil temprano en niños menores de seis meses de edad. [Internet]. Lima – Perú; INEI: 2021. [consultado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/DESARRROLLO_INFANTIL/Desarrollo_Infantil_Temprano_ENDES_2020.pdf

7. García MA, Martínez MA. Desarrollo psicomotor y signos de alarma. [Internet]. Madrid - España, 2016. [consultado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo
8. Puente M, Suastegui A, Andión ML, Estrada E, De los Reyes A. Influencia de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de lactantes. MEDISAN. [Internet]. 2020. [consultado el 19 de febrero de 2023]; 24(6): 1128-1142. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática / Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Desarrollo infantil temprano en niños menores de seis meses de edad. [Internet]. Lima – Perú; INEI: 2022. [consultado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1840/libro.pdf
10. Ministerio de Salud. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 24 meses. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2015 [consultado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353410-eedp-escala-de-evaluacion-del-desarrollo-psicomotor-de-0-a-24-meses>
11. Ministerio de Desarrollo e inclusión Social. Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano “Primero la Infancia”. [Internet]. Lima, Perú: MIDIS; 2016 [consultado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: http://www.midis.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/DS_N_010-2016-MIDISv2.pdf
12. Sánchez VM. Conocimientos de las madres sobre estimulación temprana y el desarrollo psicomotor de los niños menores de un año atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca – 2019. [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2021. [consultado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en:

http://190.116.36.86/bitstream/handle/20.500.14074/4318/T016_43256882_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Rojas O. Conocimiento materno sobre estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños menores de un año. Centro de Salud Patrona de Chota, 2017. [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Perú: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2020. [consultado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/bitstream/handle/20.500.1>
14. Puertas BM, Freire JE. Revisión sistemática sobre “Beneficios de la atención temprana en el desarrollo psicomotriz de los menores de 2 años. Revista Cubana de Reumatología. [Internet]. 2023. [consultado el 13 de marzo de 2024]; 25(4): e1200. Disponible en: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1200/pdf>
15. Loor MM. Atención temprana del desarrollo y su incidencia en el desarrollo psicomotor en niños de 1 a 2 años, 2021. [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo; 2022. [consultado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle>
16. Moretti MP, Lechuga JM, Torrecilla NM. Desarrollo psicomotor en la infancia temprana y funcionalidad familiar. Revista Psychol. av. discip. [Internet].2022 [consultado 12 de febrero de 2024]; 14(2), 37-48. Disponible en: <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/4646/38>
17. Orozco LA, Cardona MF, Barrios FA. Estimulación temprana en el hogar de infantes que asisten a un centro infantil. Revista Cuidarte. [Internet].2022 [consultado 12 de febrero de 2024]; 13(1): e2142. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2142/2376>
18. Puente M, Suastegui A, Andión ML, Estrada L, Reyes AL. Influencia de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de lactantes. Revista

- MEDISAN [Internet]. 2020. [consultado 12 de febrero de 2024]; 24(6): 1128-1142. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex
19. Zamora J, Vargas MZ. Estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños de 1 a 2 años, Puyllucana, Baños del Inca 2021. [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Perú: Universidad Autónoma de Ica; 2022. [consultado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1937/1/Juana%20Zamora%20Castejon.docx.pdf>
 20. Chambi GM, Condori E. Estimulación temprana favorece el desarrollo de la psicomotricidad de los niños de tres años en la Institución Educativa Inicial N°51 “Carlos y Blanca Tosi” del distrito de José Domingo Choquehuanca de la provincia de Azángaro, Puno, 2022. [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Puno, Perú: Universidad José Carlos Mariátegui 2022. [consultado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/1831/Gloria-Elizabeth_tesis_titulo_2023.pdf?sequence=1
 21. Carrillo MA. Estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños de 3 años en el distrito de los Olivos, 2021. [Tesis de Maestría]. [Internet]. Perú: Universidad César Vallejo; 2022. [consultado el 22 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.126>
 22. Veliz YM, Yanqui ME. Estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños de 1 a 2 años, Centro de Salud San Luis. Lima 2020”. [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Perú: Universidad Autónoma de Ica; 2020. [consultado el 22 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/68>
 23. Salazar YY, Tovar CL. Nivel de conocimiento de la madre sobre estimulación temprana y su relación con el desarrollo psicomotor del lactante en un Hospital de Lima, 2018. [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2019. [consultado el 20 de febrero de

- 2023]. Disponible en:
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/2921/TESIS%20Salazar%20Yesenka%20%20Tovar%20Carmen.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
24. Sánchez VM. Conocimientos de las madres sobre estimulación temprana y el desarrollo psicomotor de los niños menores de un año atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca – 2019. [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2021. [consultado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: http://190.116.36.86/bitstream/handle/20.500.14074/4318/T016_4325688_2_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 25. Rojas O. Conocimiento materno sobre estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños menores de un año. Centro de Salud Patrona de Chota, 2017. [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Perú: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2010. [consultado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/bitstream/handle/20.500.1>
 26. Reyes Y. Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget [internet]. España: Creative Commons Attribution-Share Alike, 2015 [consultado el 22 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.terapia-cognitiva.mx/wp-content/uploads/2015/11/Teoria-Del-Desarrollo-Cognitivo-de-Piaget.pdf>
 27. Piaget, A Child's Conception of Space, Norton Edition, 1967; p. 178
 28. Bruixola I, Libéros L. Atención Temprana: un cambio hacia la intervención centrada en la familia. RINED, Revista de Recursos para la Educación Inclusiva [Internet]. 2021 [consultado el 25 de febrero de 2023];1(1):164-175. disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/>
 29. Gutiez P, Ruiz E. Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro

- País. Agentes Contextos y Procesos. Psicología Educativa [Internet]. 2012 [consultado el 25 de febrero de 2023];18(2):107-122. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/psed/art/ed2012a12>
30. Roby E, Shaw DS, Morris P, Canfield CF, Miller EB, Dreyer B, Klass P, Ettinger A, Miller E, Mendelsohn AL. Pediatric Primary Care and Partnerships Across Sectors to Promote Early Child Development. Acad Pediatr [Internet]. 2021 [consultado el 25 de febrero de 2023];21(2):228-235. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33352322/>
 31. Ministerio de Salud. Norma Técnica de la salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2017. [consultado el 22 febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.saludarequipa.gob.pe/archivos/cred/NORMATIVA%20CRED.pdf>
 32. Lucas JE, Richter LM, Daelmans B. Care for Child Development: an intervention in support of responsive caregiving and early child development. Child Care Health Dev [Internet]. 2018 [consultado el 25 de febrero de 2023];44(1):41-49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29235167/>
 33. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Early Childhood Development Interventions Review Group, for the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Nurturing care: promoting early childhood development. Lancet [Internet]. 2017 [consultado el 26 de febrero de 2023];389(10064):91-102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27717615/>
 34. Martínez A, Calet N. Intervención en Atención Temprana: enfoque Desde el Ámbito Familiar. Escritos de Psicología [Internet]. 2015 [consultado el 24 de febrero de 2023];8(2):33-42. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000200006

35. Orri M, Côté SM, Tremblay RE, Doyle O. Impact of an early childhood intervention on the home environment, and subsequent effects on child cognitive and emotional development: A secondary analysis. PLoS One [Internet]. 2019 [consultado el 25 de febrero de 2023];14(7):e0219133. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31269050/>
36. Clark GF, Kingsley KL. Occupational Therapy Practice Guidelines for Early Childhood: Birth-5 Years. Am J Occup Ther [Internet]. 2020 [consultado el 26 de febrero de 2023];74(3):1-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32365324/>
37. Ministerio de Salud. Estimulación de desarrollo psicomotor del niño de 0 a 5 años. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 1994. [consultado el 25 de febrero de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1037_DGSP22.pdf
38. Distrito.pe. El distrito de Paccha [Internet]. Cajamarca: Blog distrito.pe; 2023 [citado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.distrito.pe/distrito-paccha.html>
39. Dirección Sub Regional de Salud Chota. Población regional por establecimientos de salud. Archivo Excel. Chota, Perú. 2023.
40. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018.
41. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y

la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.
Disponibile en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

42. Polit Denise F, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6ª ed. México: McGraw-Hill, 2000.

ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

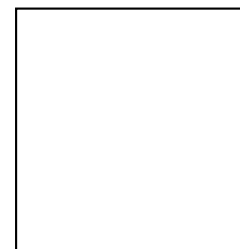
Atención temprana del desarrollo y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024.

Objetivo de la investigación:

Determinar la relación entre atención temprana del desarrollo y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024

Yo, identificada con DNI N°, mediante la información dada por los Bachilleres en Enfermería Bueno Bueno Flor Delita y Paul Alfredo Moreno Valle; acepto brindar la información solicitada por los investigadores de manera personal, teniendo en cuenta de que esta será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota.....de..... de 2024.



Huella

Madre participante

Anexo 2. Formato de Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Profesional de
Enfermería

*“Atención temprana del
desarrollo y desarrollo
psicomotor del niño de 12 a 23
meses atendido en el Centro de
Salud Paccha, Chota 2024”*

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**(Desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro
de Salud Paccha, Chota 2024)**

N°	N° Hcl	Edad	Sexo		Desarrollo psicomotor		
			M	F	Normal	Riesgo	Retraso
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

ANEXO 03

CUESTIONARIO



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Académico Profesional
de Enfermería

*“Atención temprana del desarrollo y
desarrollo psicomotor del niño de 12 a
23 meses atendido en el Centro de
Salud Paccha, Chota 2024”*

ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO Y DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 12 A 23 MESES

(Autor: Segura O y Camizan, 2020)

(Adaptación: Bueno FD y Moreno PA, 2024)

I. INSTRUCCIONES

A continuación, se presenta una serie de preguntas con sus respectivas alternativas, de las cuales debe de marcar con un aspa (x) las respuestas, según su experiencia. La encuesta es anónima y los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación.

II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES

1. Edad de la madre (años):

- a) < a 18 años (0)
- b) 18 a 29 años (1)
- c) 30 a 39 años (2)
- d) ≥ a 40 años (3)

2. Nivel educativo de la madre:

- a) Ilustrada (0)
- b) Primera..... (1)
- c) Secundaria (2)
- d) Superior..... (3)

3. Estado civil de la madre:

- a) Soltera/separada o divorciada (0)
- b) Casada/conviviente..... (1)
- c) Viuda..... (2)

4. Ingreso económico

- a) < a 1025 soles (1)
- b) ≥ a 1025 soles (2)

III. CUESTIONARIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO DEL NIÑO DE 12 A 23 MESES

Puntuación de la escala:

No	A veces	Sí
1	2	3

N°	Ítem	Puntuación		
		1	2	3
	ÁREA MOTORA			
1	¿Usted ayuda a su niño a sentarse por sí solo?	1	2	3
2	¿Usted ayuda a su niño a que se coloque en posición de pie?	1	2	3
3	¿Usted ayuda a su niño a pararse apoyándose en algo más?	1	2	3
4	¿Usted permite a su niño gatear libremente?	1	2	3
5	¿Usted coloca a su niño boca abajo con su juguete favorito delante de él?	1	2	3
6	¿Usted ayuda a su niño a que inicie sus primeros pasos por sí solo?	1	2	3
7	¿Usted realiza masaje en las rodillas de su niño para que se fortalezca?	1	2	3
8	¿Usted permite a su niño coger la cuchara en la hora de los alimentos?	1	2	3
9	¿Usted usa andador para que su niño se movilice?	1	2	3
	ÁREA COORDINACIÓN			

10	¿Usted juega con su niño a imitar gestos, arrugar papel, aplaudir?	1	2	3
11	¿Usted permite a su niño que coja cosas, como una taza, cuchara, etc.?	1	2	3
12	¿Usted permite a su niño coger dos objetos, uno en cada mano?	1	2	3
13	¿Usted permite a su niño a coger un tercer objeto dejando uno de los primeros?	1	2	3
14	¿Usted permite que a su niño juegue con libros o cuadernos dejando que pase las hojas, aunque no lo haga de uno en uno?	1	2	3
15	¿Usted cree que es importante el gateo para el desarrollo de su bebé?	1	2	3
16	¿Usted permite a su niño tocar todo lo que esté a su alcance y le llame la atención?	1	2	3
17	¿Usted permite a su niño jugar en el suelo con sus juguetes?	1	2	3
ÁREA DE LENGUAJE				
18	¿Usted enseña a su niño a nombrar palabras como: papá/mamá?	1	2	3
19	¿Usted enseña a su niño los sonidos que emiten cosas y animales (pio-pio, guau-guau)?	1	2	3
20	¿Usted le canta canciones acompañadas con gestos para que su niño puede imitarlas?	1	2	3
21	¿Usted repite cada una de las vocalizaciones que realiza su niño?	1	2	3
22	¿Cuándo usted emite sonidos su niño responde con una sonrisa?	1	2	3
23	¿Usted le nombra a su niño objetos y personas utilizando diminutivos (perrito, gallito, pollito, vaquita)?	1	2	3
24	¿Usted cree que es importante repetir todo lo que dice su bebé?	1	2	3
ÁREA SOCIAL				
25	¿Usted hace participar a su niño de los juegos?	1	2	3
26	¿Usted deja a su niño jugar con otros niños de su edad o con otros adultos?	1	2	3
27	¿Usted le enseña a su niño a ofrecer sus juguetes a los demás?	1	2	3
28	¿Usted le habla con dulzura a su niño cuando siente miedo o llora?	1	2	3
29	¿Usted permite a su niño comer del plato con una mano?	1	2	3
30	¿Usted le permite a su niño comer en la mesa con los demás?	1	2	3

Gracias por su participación

Anexo 4. Matriz de consistencia

Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnicas de instrumentos
Atención temprana y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024.	¿Cuál es la relación entre atención temprana del desarrollo y el desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024?	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre atención temprana y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar según dimensiones la atención temprana del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024. - Identificar la atención temprana del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024. - Identificar el desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024. 	<p>H₁: Existe relación estadística significativa entre atención temprana y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024.</p> <p>H₀: No existe relación estadística significativa entre atención temprana y desarrollo psicomotor del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024.</p>	<p>Técnicas</p> <p>✓ Análisis documental y encuesta.</p> <p>Instrumentos</p> <p>✓ Ficha de recolección de datos y cuestionario.</p>

Anexo 5. Caracterización de las madres.

Edad de las madres del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024

Edad de las madres	N	%
< 18 años	6	11,8
18 – 29 años	18	35,3
30 – 39 años	18	35,3
≥ 40 años	9	17,6
Total	51	100,0

Nivel de instrucción de las madres del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024

Nivel de instrucción	N	%
Iletrada	3	5,9
Primaria	28	54,9
Secundaria	17	33,3
Superior	3	5,9
Total	51	100,0

Estado civil de las madres del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota 2024

Estado civil	N	%
Casada/conviviente	37	72,5
Soltera/separada o divorciada	12	23,5
Viuda	2	3,9
Total	51	100,0

Ingreso económico de las madres del niño de 12 a 23 meses atendido en el
Centro de Salud Paccha, Chota 2024

Ingreso económico	N	%
< 1025 soles	43	84,3
≥ 1025 soles	8	15,7
Total	51	100,0

Edad del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota
2024

Edad (meses)	N	Media ± D.S.	Mín. – Máx.
	51	17,3 ± 3,4	12 – 22

Sexo del niño de 12 a 23 meses atendido en el Centro de Salud Paccha, Chota
2024

Sexo	N	%
Masculino	29	56,9
Femenino	22	43,1
Total	51	100,0