

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



VIOLENCIA CONYUGAL Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO  
PSICOMOTOR DEL PREESCOLAR. CENTRO DE SALUD MATERNO  
INFANTIL WICHANZAO. LA ESPERANZA. 2015

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS:** Bach. Arteaga León, Lucero Marisol  
Bach. Salvador Ramírez, Elizabeth Emilia

**ASESORA:** Dra. Vargas Díaz, Elsa Rocío

**TRUJILLO - PERÚ**

**2016**

## DEDICATORIA

*A mis **PADRES** Marisol y Felipe quienes  
a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar  
y educación siendo mi apoyo en todo momento.  
Depositando su entera confianza en cada reto que  
se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi  
Es por ellos que soy lo que soy ahora.  
Los amo con mi vida.*

*A mi hermanita menor Jazmín quien  
a su corta edad es un ejemplo de lucha  
constante y quien inspira en mí  
las fuerzas para seguir adelante.*

*Arteaga León Lucero*

## DEDICATORIA

*A mi padre Pedro, que es mi ejemplo,  
mi guía, mi motor y motivo para mi superación,  
quien con sus consejos y sabiduría ha sabido  
guiarme, darme con paciencia y amor  
todo lo que soy como persona, mi carácter,  
mis principios, mi perseverancia y  
mi coraje para lograr culminar la carrera.*

*A madre Tania quien es mi mayor motivación y  
fuerza para nunca rendirme, por confiar en mí y  
haber sabido formarme con buenos sentimientos,  
hábitos y valores, sobre todo por haber velado  
por mí durante este arduo camino para  
convertirme en profesional.*

**Salvador Ramírez Elizabeth**

## **AGRADECIMIENTO**

*A **DIOS** nuestro sustento y apoyo, el que nos ha dado la capacidad, la valentía y fortaleza enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad, ni desfallecer en el intento, y así lograr que este sueño se hiciera realidad.*

*Nuestro sincero agradecimiento está dirigido a: nuestra docente Dra. Elsa Vargas Díaz quien con su asesoría supo guiar el desarrollo de la presente tesis. A los **MAESTROS**, a quienes debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió y abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien y profesionales de calidad.*

***Lucero y Elizabeth***

## TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iv
TABLA DE CONTENIDOS.....	v
LISTA DE TABLAS.....	vi
LISTA DE GRÁFICOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I.    INTRODUCCIÓN.....	1
II.   MATERIAL Y MÉTODO.....	24
III.  RESULTADOS.....	35
IV.  DISCUSIÓN.....	44
V.   CONCLUSIONES.....	47
VI.  RECOMENDACIONES.....	48
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS	

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA N° 1</b>	<b>Pág.</b>
Violencia conyugal en madres que acuden con sus hijos preescolares al Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza 2015.....	36
<b>TABLA N° 2</b>	
Desarrollo psicomotor del preescolar atendido en el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015.....	38
<b>TABLA N° 3</b>	
Áreas del Desarrollo psicomotor del preescolar atendido en el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015.....	40
<b>TABLA N° 4</b>	
Violencia conyugal y su influencia en el desarrollo psicomotor del preescolar. Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015.....	42

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N° 1</b>	<b>Pág.</b>
Violencia conyugal en madres que acuden con sus hijos preescolares al Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza.....	37
<b>GRÁFICO N° 2</b>	
Desarrollo psicomotor del preescolar atendido en el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015.....	39
<b>GRÁFICO N° 3</b>	
Áreas del Desarrollo psicomotor del preescolar atendido en el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015.....	41
<b>GRÁFICO N° 4</b>	
Desarrollo psicomotor: Área de Lenguaje del preescolar atendido en el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015.....	43

## RESUMEN

Con el propósito de determinar el porcentaje de violencia conyugal y su influencia con el desarrollo psicomotor del preescolar, se realizó el presente trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal; durante los meses Septiembre y Octubre del 2015, en el Centro de Salud Materno Infantil Wichanza, La Esperanza, Trujillo. El universo muestral estuvo constituido por 56 preescolares que acuden con sus madres al Control de Niño Sano. Para la recolección de la información se utilizó: el cuestionario “Woman Abuse Screening Tool (WAST)” para indagar la presencia de violencia conyugal y el test de TEPSI para medir el grado de desarrollo psicomotor del preescolar que acude al Control de niño Sano en el Centro de Salud Materno Infantil Wichanza de La Esperanza, Trujillo; obteniéndose los siguientes resultados, respecto a la violencia conyugal el 71% de madres se encuentran sin violencia conyugal mientras que el 29% presentan violencia conyugal; en cuanto al Desarrollo Psicomotor del preescolar el 66% se encuentra normal, el 25% en riesgo y en retraso el 9%. Llegando a concluir que la mayoría de los niños presentan desarrollo psicomotor normal (87.5%) cuando no hay violencia conyugal, a diferencia de los niños que presentan riesgo (62.5%) y retraso (25%), en el desarrollo psicomotor cuando hay violencia conyugal; alcanzando significancia estadística ( $p=0.000<0.001$ ) con una correlación de 0.715; por lo tanto la violencia conyugal influye significativamente en el desarrollo psicomotor del preescolar.

**Palabras Claves:** Violencia conyugal, Desarrollo psicomotor, Preescolar



## ABSTRACT

In order to determine the percentage of spousal violence and its influence with the psychomotor development of preschool, this research descriptive correlational, cross cut was made; during September and October 2015, at the Center for Maternal and Child Health Wichanza, La Esperanza, Trujillo months. The sample universe consisted of 56 preschool children who come with their mothers to Healthy Child Control. For data collection we were used: the questionnaire "Woman Abuse Screening Tool (WAST)" to investigate the presence of spousal violence and the test TEPSI to measure the degree of psychomotor development of preschool who comes to healthy child in the Maternal and Child Health Center Wichanza of La Esperanza, Trujillo; the following results with respect to domestic violence, 71% of mothers are no domestic violence while 29% have domestic violence; Psychomotor Development as to 66% of preschool is normal in 25% risk and delay 9%. Coming to the conclusion that most children have normal (87.5%) psychomotor development when no conjugal violence, unlike children who are at risk (62.5%) and delayed (25%), psychomotor development when conjugal violence; reaching statistical significance ( $p = 0.000 < 0.001$ ) with a correlation of 0.715; therefore domestic violence significantly affects psychomotor development of preschool.

**Keywords:** Conjugal violence, Psychomotor development, Preschool

## I. INTRODUCCIÓN

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como: “Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”. (1)

La violencia de pareja o abuso conyugal es una de las facetas más amplias de la violencia familiar y se refiere a un patrón de abuso físico, emocional, sexual o privación arbitraria de la voluntad o de la libertad perpetrado por la pareja sea este novio, esposo o concubino y que perpetúa la subordinación de quien la padece, generando finalmente daño a su integridad física, psicoafectiva, sexual y económica. (2)

La violencia contra las mujeres está presente en los más diversos ámbitos, reviste múltiples formas con distintos grados de intensidad y supone, como toda violencia, la violación a los derechos humanos. Es la más extendida, oculta e impune y constituye no sólo un problema privado, sino público. Es probablemente la violación de los derechos humanos más habitual y que afecta a millones de mujeres y niñas a nivel mundial. (2)

En 1970 aparecieron los primeros estudios en este campo, publicándose alrededor de 1975 los primeros artículos sobre los efectos de la violencia conyugal tenía en los niños/as. Pero, no es hasta 1980 cuando se realizan estudios empíricos sistemáticos y rigurosos cuyo enfoque principal era identificar y describir los efectos negativos que tenía este tipo de violencia en la población infantil afectada. Sin embargo, como concluye Adams (2006), las consecuencias de la exposición a la violencia de la pareja hacia la mujer han empezado a entenderse sólo recientemente. (51, 52)

En los países anglosajones y americanos diferentes conceptos han sido usados por los investigadores para hacer referencia a los niños y niñas que presencian violencia familiar. Así, las investigaciones más tempranas hablaban de estos niños y niñas como "testigos" o como "observadores" de la violencia. Sin embargo, en los últimos años estos términos han sido reemplazados por "exposición a la violencia" que es más amplia y no hace referencia a la naturaleza específica de las experiencias de los niños y niñas con la violencia, la llamada *children witnessing violence* o en el mismo sentido *children exposed to marital violence*. (7)

Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas emitido en el 2013, el 35% de las mujeres del mundo entero han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja, siendo en su mayor parte, casos de violencia conyugal. Cabe señalar que en algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta el 38%. (3)

La Oficina Panamericana de la Salud (OPS), tomando como fuente de datos las Encuestas Demográficas y de Salud y de Salud Reproductiva del 2012, señala que en América Latina y el Caribe entre el 17 y 15% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad ha recibido violencia física o sexual por parte de la pareja alguna vez. (4)

En el Perú, según ENDES 2012 el 37,2% de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que fueron víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero, como empujones, golpes, patadas, ataques o amenaza con cuchillo, pistola u otra arma y tener relaciones sexuales sin su consentimiento o realizar actos sexuales que ella no aprobaba. En el departamento de La Libertad, la frecuencia de violencia conyugal encontrada según esta encuesta es del 20.8%. (5)

La violencia contra las mujeres no sólo afecta la salud física y mental sino que puede provocar adicción a las drogas y al alcohol en las mujeres que la padecen, además pueden presentar disfunciones sexuales, intento de suicidios, estrés postraumático y trastornos del sistema nervioso central. Siendo la consecuencia más grave, la muerte. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud señala que la violencia conyugal es la causa más común de lesiones o daño en la mujer, la causa de un cuarto de todos los intentos de suicidio femeninos y el 20% de los motivos por los que ellas solicitan atención de los servicios de salud pública. De allí que se afirme que las secuelas de la violencia conyugal producen altísimos costos al estado y a la sociedad en general. (3, 4)

Según la Organización Mundial de la Salud violencia es: “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que origine o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. (43)

La Organización Panamericana de la Salud, ha definido a la violencia intrafamiliar como: toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo del otro/a miembro de la familia. Por lo tanto, los grupos de riesgo para la violencia en contextos privados son las mujeres y los niños, definidos culturalmente como los sectores con menos poder. (44)

La literatura sobre el tema ha manifestado cuatro tipos de violencia hacia la mujer: La violencia física: se refiere a todo acto de agresión intencional, en el que se utiliza alguna parte del cuerpo, algún objeto o sustancia con la finalidad de sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la contraparte, encaminado al sometimiento y control de la persona violentada. Incluye: golpes, jalar el cabello, mutilaciones, quemaduras, encierro domiciliario, atacar con armas y objetos, y matar. (45, 46)

La violencia psicoemocional representa un patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser la privación de libertades y derechos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, manipulaciones, insultos, actitudes devaluadoras, negar las necesidades básicas (comida, albergue, educación y atención médica), abandono, actos que provoquen deterioro, disminución o afectación de la estructura de la personalidad, para el control, manipulación o dominio del otro. (46, 47)

La violencia sexual se refiere a la inducción para la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor o lesiones. Incluye el sexo forzado económicamente, la violación marital, el incesto, y el embarazo forzado. También puede manifestarse a través de la negación de las necesidades sexoafectivas. Mientras que la violencia económica: es otra forma de controlar al dependiente, a través del manejo de la economía o la apropiación y control del trabajo o los bienes de la víctima, limitando así su libre decisión. (46)

Resulta evidente que cualquier clase de violencia tiene consecuencias negativas para la víctima, la dimensión de éstas resulta significativamente mayor en el caso del maltrato dentro de la pareja, dados su cronicidad y el contexto en el que se produce, en principio fuente de intimidad y seguridad para la mujer. Los procesos que en la bibliografía se han asociado con la violencia doméstica van desde problemas más visibles e inmediatos como son las lesiones tales como cortes, hematomas y pérdida de audición, entre otras; hasta problemas de salud a más largo plazo como son cefaleas crónicas, enfermedades de transmisión sexual o trastornos psiquiátricos como la depresión clínica. (48)

Por otro lado, la violencia que experimenta la mujer en su hogar por parte de su pareja no solo le afecta a ella, sino también a los miembros de su familia siendo con frecuencia perjudicados los hijos. Se calcula que en la actualidad, anualmente entre 100 y 200 millones de niños y niñas presencian violencia entre sus progenitores o cuidadores de manera frecuente, normalmente peleas entre sus padres o entre la madre y su pareja. (6, 7)

En nuestro país, es común observar diariamente en los medios de comunicación noticias sobre el maltrato que sufren las mujeres por parte de su pareja. De allí que últimamente el problema de la violencia intrafamiliar hacia las mujeres ha acaparado el interés de un buen número de investigadoras e investigadores que han centrado sus estudios en las repercusiones que este comportamiento de los agresores tiene sobre la salud física y psicológica de sus víctimas. Sin embargo, son mucho más escasos los estudios sistemáticos en los que se analiza el impacto que este tipo de violencia tiene sobre las niñas y niños que viven en estos hogares y que, generalmente, comparten estas situaciones de violencia directa o indirecta con sus madres, o aquellas figuras femeninas que desempeñan el rol de madres. (8, 9)

Los/as niños/as preescolares tienen mayor probabilidad que los/as niños/as mayores puedan ser testigos del abuso visualmente. También se ha encontrado que sufren más consecuencias negativas de la violencia conyugal, ya que no tienen la capacidad de afrontamiento y comprensión que tienen los niños/as mayores. A estas edades, la exposición a violencia entre los padres puede alterar el desarrollo de competencias básicas y se convierte en una amenaza a la capacidad del menor para procesar y gestionar de forma eficaz sus emociones. (11, 12, 13, 14)

En cuanto a la salud física los niños que han presenciado, escuchado o vivido violencia en el hogar pueden presentar trastornos somáticos, tales como: dolor de cabeza o de estómago, asma, náuseas y diarrea entre otros. A corto y medio plazo también se han descrito alteraciones en el sueño y la alimentación, enuresis, retraso en el crecimiento y en el desarrollo de habilidades motoras y del lenguaje. (15, 16, 17)

Así mismo, el trauma que viven los hijos de las mujeres afectadas que conviven con la exposición crónica de eventos estresantes conduce a una serie de cambios que influyen en el crecimiento y desarrollo del niño, con repercusiones distintas según la edad que presenten, evidenciándose que los niños preescolares

muestran mayor nivel de angustia que a su vez aumenta la vacilación de los niños frente a sus semejantes, disminuye el funcionamiento cognitivo y disminuye la interacción positiva con sus semejantes. (18, 19, 20)

La violencia conyugal hacia la mujer puede tener una visibilidad sutil en los hijos. Así, estos pueden ser testigos directos o indirectos de las conductas agresivas hacia su madre; ocurriendo sufrimiento en silencio, distanciamiento afectivo por parte de sus progenitores o, bien, participando activamente en el transcurso de los acontecimientos con el propósito de proteger a su madre. Aunque aparentemente esta situación vislumbre una menor influencia en el bienestar y desarrollo de los menores, algunos autores comparan sus efectos con las secuelas del maltrato infantil. Es más, recientemente, se ha considerado un modo de maltrato de orden psicológico es el hecho de que un menor atestigüe de un modo u otro, violencia en el seno de la familia. (49, 50)

El ser testigos de violencia a edad temprana predispone a ciertas diversas manifestaciones en áreas distintas, como por ejemplo, en el área emocional suele presentarse dificultades en el control de expresiones de agresión hacia otros y hacia sí mismo. Dificultades al entender y comprender emociones. Facilita el desarrollo de sentimientos de indefensión, impotencia, miedo de que ocurra de nuevo la experiencia traumática y sienten frustración porque ellos tienden a considerar que los cambios con respecto a su vida son poco probables, debido a lo cual pueden mostrarse como retraídos. (18, 19)

En el área social, es probable que el niño presente dificultad para comunicarse y establecer vínculos más estrechos, expresando miedo y desconfianza y de esta forma evitar reexperimentar algún sentimiento asociado al evento violento. En lo cognitivo suele presentarse dificultades en la atención y concentración pueden obstruir el desarrollo del potencial en el desempeño de actividades escolares; también se presenta que los niños centran su atención en cosas diferentes mientras ocurre el evento traumático, olvidando los episodios traumáticos (amnesia) y/o manteniendo a los agresores en un concepto favorable (disociación). Llegándose a

afirmar que la exposición temprana a conductas violentas en el hogar incide significativamente el desarrollo del sistema nervioso. (15, 16, 17, 18,19)

En la actualidad, se ha constatado que la violencia conyugal puede ser una amenaza para el sentido de seguridad y bienestar de los menores que han sido expuestos a ella, y conlleva consecuencias negativas significativas en todas las áreas de su desarrollo físico, emocional, social, cognitivo ocasionando en muchos casos retraso en el aprendizaje del lenguaje y desarrollo verbal o retraso cognitivo. (53, 54, 55, 56)

La presente investigación estudiará la influencia de la violencia conyugal hacia la mujer en el desarrollo psicomotor del niño preescolar. Siendo el desarrollo psicomotor definido como la progresiva adquisición de habilidades biológicas, psicológicas y sociales en el niño, definida como la manifestación externa de la maduración del Sistema nervioso Central (SNC). Este último proceso tiene un orden preestablecido, otorgándole al desarrollo psicomotor una secuencia clara, predecible, progresiva e irreversible. También se ha definido como un término en el que se jerarquiza el concepto de la relación indisociable de todas las funciones del SNC. (57, 58)

La etapa preescolar, es aquel periodo de la vida de todo ser humano comprendido entre los 3 y 5 años de edad, etapa en la cual suele evaluarse el desarrollo psicomotor. Reportándose que la prevalencia estimada de alteraciones del desarrollo psicomotor es de un 12 a un 16% en países industrializados, cifra que aumenta significativamente cuando se incluyen los problemas de comportamiento y dificultades escolares. En el 2013, en los Estados Unidos según la Academia Americana de Neurología, entre un 1 y un 3% de los niños menores de 5 años presentan retraso del desarrollo; y entre el 5-10% de la población pediátrica sufre alguna discapacidad del desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud refiere que el 39% de los menores de cinco años de edad en países en vías de desarrollo presentan retraso en el crecimiento, lo cual indica la



existencia de ambientes perjudiciales que ponen en riesgo el desarrollo infantil. (24, 25, 26)

El desarrollo psicomotor se puede considerar como la evolución de las capacidades para realizar una serie de movimientos corporales y acciones, así como la representación mental y consciente de los mismos. En este desarrollo hay unos componentes madurativos, relacionados con la maduración cerebral, y unos componentes relacionales que tienen que ver con el hecho de que a través de su movimiento y sus acciones el sujeto entra en contacto con personas y objetos con los que se relaciona de manera constructiva. (21)

Por lo tanto, esta maduración requiere que el niño esté provisto de un ambiente adecuado, con una serie de factores facilitadores para el desarrollo de las habilidades psíquicas y físicas. (22, 23)

Así, el desarrollo psicomotor, es un proceso multidimensional que incluye cambios en el plano físico o motor, en el plano intelectual, en el emocional, social y sensorial. Cada niño posee su propia secuencia de desarrollo que está en directa relación con su maduración, por lo cual puede variar en características y calidad entre un niño u otro. Estas variaciones individuales se refieren a factores como la configuración biológica de cada niño y el ambiente en el que se desarrollan. (59)

El desarrollo psicomotor está constituido por cuatro áreas, siendo una de ellas el área cognitiva, término que hace referencia a todas aquellas actividades que entran en el pensar, razonar, y resolver problemas. Algunos de los cambios que ocurren en el pensamiento de los niños son muy complicados. El pensamiento de los niños de tres años es cualitativamente diverso del pensamiento de los niños de diez años, es decir la capacidad de pensamiento lógico en los niños muy pequeños es limitada, cuando se ponen a resolver problemas actúan de manera fortuita y desorganizada. Poseen una forma de pensar concreta, en vez de una abstracta o simbólica. (60)

El área motriz, se encuentra relacionada con el control corporal y el equilibrio, permitiendo al niño tomar contacto con el mundo. También comprende la coordinación entre lo que se ve y lo que se toca, lo que lo hace capaz de tomar los objetos con los dedos, pintar, dibujar, hacer nudos, etc. Para desarrollar esta área es necesario dejar al niño tocar, manipular e incluso llevarse a la boca lo que ve, permitir que explore pero sin dejar de establecer límites frente a posibles riesgos. (60)

Dentro de las habilidades motrices básicas de los preescolares está el correr, saltar, lanzar y atrapar y trepar; a nivel intelectual se incrementa el uso de palabras lo que mejora su manera de comunicarse; en el comportamiento social se destaca la curiosidad y exploración, entrando así, a una visión más amplia del entorno. Estas habilidades aparecen alrededor de los 2 años y se perfeccionan hacia los 5 años de edad. Entre los dos y seis años, el cuerpo del preescolar va perdiendo su aspecto infantil, sus proporciones y formas se perfeccionan, así como las habilidades motoras gruesas y finas, y el desarrollo del cerebro da origen a habilidades más complejas y refinadas de aprendizaje. (60)

Hacia los dos años los niños son extraordinariamente competentes, pueden caminar y correr siendo aun relativamente pequeños, a los tres años corren, vuelven la cabeza y se detienen con mayor suavidad que a los dos años; a los cuatro años pueden variar el ritmo de la carrera, pueden saltar en el mismo lugar o mientras corren y a los cinco años caminan con confianza sobre una barra de equilibrio, brincan con facilidad y pueden sostenerse en un pie algunos segundos e imitar pasos de danza. (60)

Los cambios más importantes se concentran en las habilidades motoras gruesas como caminar, correr, brincar, arrojar, atrapar, entre otras, las cuales deben implantarse muy pronto en la vida si se quiere que los niños avancen a etapas más maduras. Cuando los niños viven en un ambiente limitado y restringido, su adquisición de habilidades motoras se rezaga. Los niños que llegan de cinco años con las etapas preliminares mal establecidas, en lo referente a capacidad motriz

fundamental, es poco probable que resulten con grandes habilidades, aunque se les proporcionen sesiones extras. (60)

En cuanto al área del lenguaje está referida a las habilidades que le permitirán al niño comunicarse con su entorno y abarca tres aspectos: La capacidad comprensiva, expresiva y gestual. La capacidad comprensiva se desarrolla desde el nacimiento ya que el niño podrá entender ciertas palabras mucho antes de que puede pronunciar un vocablo con sentido, de manera articulada relacionándolo con cada actividad que realice o para designar un objeto que manipule, de esta manera el niño reconocerá los sonidos o palabras que escuche asociándolos y dándoles un significado para luego imitarlos. (61)

Hacia el final del primer año de vida, los bebés pueden usar aproximadamente diez palabras. Durante el segundo año, el vocabulario del niño aumenta a casi 300 palabras predominan los nombres de las cosas, personas, acciones y situaciones. A los cuatro años los niños tienen un vocabulario de 1000 palabras y ya son capaces de ordenar según las reglas de la gramática del idioma que hablan. A los cinco años su vocabulario se ha enriquecido, llegando a 2200 palabras, pregunta solo para informarse. Sus preguntas son razonables, tienen más sentido y presentan un verdadero deseo de saber. (60)

Respecto al área socio-emocional los padres juegan un papel importante, no son solo proveedores económicos, son miembros que contribuyen al desarrollo cognoscitivo, emocional y social de los niños. La familia es la primera fuente de socialización para el niño, ellos interactúan en mayor grado con su padre, madre y hermanos, y en menor grado con otros miembros de la familia; de allí que se afirma que el comportamiento del niño es en gran medida el resultado de sus relaciones familiares. Por otro lado, la familia puede configurar ambientes estimulantes que den seguridad afectiva o por el contrario comportamientos inseguros o erróneos. (62)

Hoy en día se sabe que la meta del desarrollo psicomotor es el control y dominio del propio cuerpo hasta ser capaz de sacar de él todas las posibilidades de acción y expresión; y que cualquier alteración que afecte al desarrollo psicomotor es potencialmente generadora de una discapacidad de aprendizaje. Por el contrario, las experiencias ricas y positivas durante la primera infancia intervienen en el desarrollo cerebral, ayudando a los niños en la adquisición del lenguaje, desarrollo de destrezas, resolución de problemas y en la formación de relaciones saludables con iguales y adultos. (27, 28, 29, 30)

Son muchas las teorías que se han planteado para explicar los cambios ocurridos en la conducta humano a lo largo del desarrollo. Gracias a la Psicología genética de Piaget y Wallon, se ha llegado a establecer una semiología clínica adaptada a la infancia, la cual toma en cuenta la psicología Genética de Piaget y Wallon (1977), ha sido sin duda unas de las teorías más valiosa en el desarrollo de la motricidad, presentando los elementos constitutivos del desarrollo psicomotor, tales como: el componente biológico, la efectividad, el tono muscular, la postura, el movimiento, las funciones mentales y el aspecto social. (63)

Del mismo modo Piaget y Wallon proponen la necesidad de conectar lo orgánico, lo psíquico y el entorno, considerando que influyen de manera notable en el niño. A su vez ambos autores distinguen varios estadios evolutivos en el desarrollo infantil. Para ellos, la maduración del sujeto, se da a través de estadios o etapas, en una interacción del organismo con el medio que lo rodea; por lo que estos estadios no son herméticos, por lo que pueden presentarse alteraciones en el esquema madurativo. (63)

Los periodos evolutivos propuestos por Piaget y Wallon (1977) que coinciden con la edad preescolar son: Estadio de impulsividad motriz, que se caracteriza por gestos sin intencionalidad, agitación corporal, descontrol, imprecisión ante cualquier estímulo sensorial. Estadio emocional, donde predominan gestos expresivos y afectivos. La afectividad juega un rol importante ya que a través de las emociones se establece todo un mundo de relaciones, se trata de un momento

crítico en que puede situarse el origen de carácter social. Y estadio sensorio-motriz: en el que se da apertura al mundo exterior, la marcha como descubrimiento esencial y la palabra como punto de referencia temporal; el niño busca investigar, experimentar en doble descubrimiento desarrollan aptitudes innatas. (63, 64)

No se puede dejar de mencionar la Teoría Madurativa de Gesell, en donde el autor destaca la importancia de los procesos internos madurativos en el desarrollo psicomotor. Además, para este teórico los dominios del comportamiento y la conducta motriz son muy importantes por cuanto, tiene numerosas implicaciones neurológicas y también porque constituye el punto natural de partida de la estimulación y la maduración. Por otro lado para Gesell, el termino Maduración fue muy importante para el momento de la explicación de los fenómenos observados en el desarrollo infantil, debido a los factores de regulación interna o intrínsecas más que extrínsecas. (65)

En virtud a ello Gesell desprende de aquí los siguientes principios: Principio de la direccionalidad, mediante el cual afirma que la maduración dirige el proceso de desarrollo en contraposición a las fuerzas ambientales. El principio de la asimetría funcional, sosteniendo que el organismo tiende a desarrollarse asimétricamente, pues el ser humano posee un lado preferido y demuestra esa preferencia lateral manifestándose la asimetría neurológica, es decir la mitad del cerebro es dominante con respecto a la otra mitad. Y el principio de la fluctuación autorreguladora en donde destaca que el desarrollo no se manifiesta al mismo ritmo de todos los frentes, es decir no actúa simultáneamente aunque pueda parecerlo, por ejemplo la relación entre el desarrollo motor y el lenguaje. (65, 66, 67)

Por su parte, la Teoría de Aprendizaje explica el desarrollo a través de los principios del aprendizaje, bien sea por mecanismos de condicionamiento clásico y operante, o por mecanismos de aprendizaje social, como imitación y modelado.(68, 69)

Teniendo en cuenta estas teorías, en los años preescolares los niños van desarrollando su conciencia del yo, aunque su autoconcepto todavía se basa en características muy concretas y poco abstractas, por lo que se considera cambiante y arbitrario. En cuanto a la autoestima, los niños se valoran en dimensiones relacionadas con la competencia física, académica, y la aceptación por parte de los iguales y de los padres. En esta etapa los niños desarrollan la identidad de género, y a lo largo de estos años toma conciencia de que el género es un rasgo invariante que permanece más allá de la apariencia perceptiva. En sus relaciones con otros, los preescolares desarrollan relaciones con los iguales basadas en la reciprocidad y la ayuda mutua, donde tienen cabida tanto las respuestas agresivas como las prosociales, y donde abunda el juego social sobre el individual. (68, 70)

Así como el desarrollo del niño preescolar ha sido explicado con diversas teorías, las consecuencias de la violencia conyugal en los hijos preescolares de madres violentadas se explicarían básicamente mediante dos teorías: La Teoría de Apego y del Desarrollo. (10, 71)

Durante los últimos 30 años se ha venido defendiendo la idea de que el establecimiento de vínculos seguros en la infancia, promueve la salud física y psicológica, y el bienestar de la persona a lo largo de su desarrollo. A finales de 1970, los teóricos del apego comenzaron a estudiar las consecuencias que podía tener la vinculación sobre el funcionamiento psicológico posterior del individuo, quedando establecido que los niños/as en la primera infancia necesitan establecer apegos seguros con sus cuidadores para alcanzar un adecuado desarrollo en otras áreas de su vida. La consolidación del apego requiere que el/la niño/a tenga oportunidades de interactuar con sus cuidadores, y que adquiera competencias en las diferentes áreas, tanto en la cognitiva, como en la emocional y social. Desde la teoría del apego se propone, por tanto, que la relación niño/a-cuidador afecta al desarrollo emocional y social del menor. (72, 73)

Así, todos los seres humanos, en condiciones normales, nos vinculamos a nuestras figuras de apego, pero no todos lo hacemos de la misma forma,

apareciendo diferencias en la calidad que adopta el lazo afectivo. Estas diferencias se sitúan en torno a la capacidad desarrollada por el niño/a para utilizar a su figura de apego como base de seguridad. Estudios al respecto han permitido identificar tres patrones de apego: Apego seguro, inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente. (74)

El apego seguro se caracteriza por utilizar a la figura de apego como base segura de exploración, y como fuente a la que acudir cuando el/la niño/a se siente molesto o en situación de peligro. La interacción de estos niños/as con personas desconocidas suele ser de recelo durante los primeros momentos y después de aceptación. (74)

Los niños/as con apego inseguro-evitativo se muestran muy activos en sus interacciones y juegos, aunque su actividad exploratoria funciona al margen de la presencia/ausencia de la figura de apego, es decir, de forma independiente a ésta, a la que además, no involucran en sus actividades. Son menores que apenas se muestran miedosos cuando se encuentran con personas desconocidas, siendo la calidad de la interacción con la figura de apego similar a la interacción con desconocidos. Es difícil que se pueda observar en estos niños/as un equilibrio dinámico entre las conductas de apego y las de exploración. Esta ausencia de equilibrio podría estar ocasionada por la necesidad del niño/a de realizar adaptaciones defensivas para protegerse de la ansiedad que le genera el saber que la figura de apego no siempre se encuentra disponible y accesible. (74)

Los/las menores con apego *inseguro-ambivalente* presentan dificultades para utilizar a su figura de apego como base de seguridad. Son niños y niñas que interactúan escasamente con su figura de apego. Estos menores suelen tener, en promedio, bajos niveles de exploración con independencia de la presencia/ausencia de la figura de apego. Las interacciones mantenidas con personas desconocidas suelen ser bastante pobres, y son muy similares tanto si se encuentran en presencia del cuidador como si no. En este patrón también aparece

un desequilibrio entre el sistema de apego y el de exploración, que conduce al niño/a a un estado de inseguridad permanente. (74)

Con posterioridad, Main y Solomon (1990) describieron un cuarto patrón de apego, al que denominaron *Desorganizado*. Los niños/as que presentan este tipo de apego presentan patrones de conducta contradictorios caracterizados por: aparición repentina de conductas de apego, seguidas de evitación e inmovilidad; juego placentero seguido de malestar y de enfado; mezcla de conductas de evitación con búsqueda de la proximidad de la figura de apego; movimientos incompletos, sin objetivo, y estereotipias en presencia de la figura de apego; movimientos lentos; manifestaciones variadas de temor hacia la figura de apego o con cualquier objeto relacionado con ella; movimientos defensivos en presencia de ella; expresión facial desorientada, etc. (75, 76)

Se han realizado estudios en distintos países del mundo sobre la distribución de estos patrones de apego en poblaciones normales, los resultados indican que aproximadamente un 60-65% de los niños/as de población general exhibe un patrón de apego seguro, un 20% presentan un tipo de apego inseguro-evitativo, y entre un 10 y 15% presentan un tipo de apego ambivalente. Sin embargo, de acuerdo con esta teoría, los/as menores que son expuestos a violencia familiar desde muy temprana edad, tienen una alta probabilidad de desarrollar un patrón desorganizado de vinculación, los que provoca efectos adversos en su desarrollo. De este modo, los/as niños/as que son maltratados tienen mayor riesgo de desarrollar vínculos inseguros al no recibir el apoyo emocional de los adultos que les aterrorizan. (77, 78)

En cuanto a la Teoría del Desarrollo según Erikson sostiene que la búsqueda de la identidad es el tema más importante de la vida. La sociedad es una fuerza positiva para moldear el desarrollo del ego o el yo. La teoría se divide en ocho etapas de la vida humana. Cada etapa representa una crisis en la personalidad que implica un conflicto diferente y cada vez mayor se manifiestan en momentos determinados, según el nivel de madurez de la persona. Si el individuo se adapta a



las exigencias de cada crisis, el ego continuará su desarrollo hasta la siguiente etapa; si la crisis no se resuelve de manera satisfactoria, su presencia continua interferirá el desarrollo sano del ego. La solución satisfactoria de cada una de las ocho crisis requiere que un rasgo positivo se equilibre con uno negativo. (94)

El niño preescolar según esta teoría se encuentra en la etapa de la Iniciativa vs Culpa; el niño ha desarrollado una vigorosa actividad, imaginación y es más enérgico y locuaz. Hacia el tercer año de vida, el niño aprende a moverse más libre y violentamente y por lo tanto establece un radio de metas más amplio y para él ilimitado. Su conocimiento del lenguaje se perfecciona, comprende mejor y hace preguntas constantemente. Lo anterior le permite expandir su imaginación hasta alcanzar roles que el mismo fantasea. (93)

Todo esto, le permite adquirir un sentimiento de iniciativa que constituye la base realista de un sentido de ambición y de propósito. Al igual que en los anteriores estadios se da una crisis que se resuelve con un incremento de su sensación de ser él mismo. Es más activo y está provisto de un cierto excedente de energía que lo aproxima a nuevas áreas con un creciente sentido de dirección y de contento. Con la adquisición de la habilidad en marcha, le es posible ocuparse de qué es lo que se puede hacer con la acción, puede establecer contacto más rápido con niños de su edad y se incorpora a grupos de juego. (93)

La Teoría del Desarrollo parte de la idea de que una familia donde existe violencia conyugal es un ambiente inadecuado para que se dé un adecuado desarrollo. Esta teoría organiza el estudio de las consecuencias de la violencia hacia la mujer en torno a los *hitos* del desarrollo de los niños/as, la violencia de género va a afectar al desarrollo del menor, dificultando la consecución de los hitos evolutivos que se consiguen consecutivamente. (73, 77, 78, 82)

De este modo, la exposición a la violencia familiar durante la primera infancia, cuando la capacidad de regulación emocional está surgiendo y existe una fuerte identificación de los menores con sus figuras de apego, proporcionará efectos

negativos más fuertes y duraderos en la adaptación a futuras experiencias. (79, 80, 81)

Bajo la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, las consecuencias en los niños/as de la violencia conyugal dependen de la interacción producida entre las características de dicha violencia, y las capacidades de desarrollo de los niños/as para hacer frente al mismo. Por tanto, las consecuencias de la exposición a la violencia hacia la mujer no van a depender solo de la naturaleza de la misma, sino de los recursos del menor para hacerle frente y la capacidad del contexto que le rodea para brindarle protección y apoyo. (77, 78, 83, 84)

Se ha realizado búsqueda de antecedentes relacionados al tema, presentándose a continuación los siguientes:

Garibottia G. et al. (2013) en su investigación: “Desarrollo psicomotor infantil y su relación con las características sociodemográficas y de estimulación familiar en niños de la ciudad de Bariloche, Argentina” Evaluaron 152 niños aparentemente sanos, de 35 a 37 meses, analizaron el desempeño de los niños en pautas de desarrollo personal-social, motor fino, lenguaje y motor grueso con la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE). Encontraron que 27% de los niños mostraron déficit psicomotor. (35)

Mathias A. et al. (2013) en su trabajo titulado: “Prevalence of violence by intimate male partner among women in primary health units in São Paulo State” con el objetivo de evaluar la prevalencia y los factores asociados a la violencia del compañero íntimo (VCI) entre las usuarias de las Unidades Básicas de Salud (UBS) en el Estado de São Paulo. Realizaron un estudio descriptivo entrevistando a 2.379 mujeres de 18 a 60 años; encontrando que la prevalencia de la violencia conyugal durante su vida fue 55,7%, la psicológica, física y sexual 53.8%, 32.2% y 12.4%, respectivamente. Las mujeres sin pareja, pero el matrimonio anterior, con la escolaridad <8 años y la clase económica más baja tenían un riesgo más alto para todos los tipos de maltrato. (36)

Blitchtein D. et al. (2012) en su trabajo titulado: “Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007” con el objetivo de identificar los factores asociados de violencia física reciente (en el último año) de pareja, hacia la mujer en el Perú. Entrevistaron a 12 257 mujeres unidas o casadas que respondieron al módulo de violencia. Se halló que la prevalencia de violencia física a nivel nacional fue de 14,5%, con variación entre regiones geográficas (9,7 a 18,9%). (37)

Osis M. et al. (2012) en su trabajo titulado: “Violence among female users of healthcare units: prevalence, perspective and conduct of managers and professionals” con la finalidad de estimar la prevalencia de violencia en mujeres usuarias de la atención primaria de salud. Realizaron un estudio descriptivo entrevistando a 2.379 usuarias de unidades básicas de salud, que acudieron a 15 municipios del Estado de Sao Paulo, encontrando que 76,5% de las mujeres relataron haber sufrido algún tipo de violencia a lo largo de la vida y 56,4% mencionaron violencia por pareja íntima; cerca de 305 mencionaron por lo menos un episodio en los últimos 12 meses; 6,5% señalaron haber procurado ayuda en Unidad Básica de Salud. (38)

Viera E. et al. (2011) con la finalidad de estimar la prevalencia de violencia por pareja íntima contra mujeres e identificar factores asociados. Encuestaron una muestra de 504 mujeres de 15 a 49 años, en cinco unidades básicas y distritales de salud en un municipio del estado de São Paulo. Se encontró que más de un tercio de las mujeres sufrió violencia por la pareja íntima. (39)

Moura L. et al. (2011) en su investigación: “Vivencias de violencia experimentadas por mujeres del Distrito Federal: Estudio descriptivo” con la finalidad de analizar la ocurrencia del fenómeno de la violencia física en el ámbito de las relaciones íntimo-afectivas en mujeres de 15 a 49 años. Estudiaron una muestra aleatoria de mujeres encontrando que 58,6% de las mujeres sufrieron algún tipo de violencia física a lo largo de la vida, de las cuales sólo 5,8% buscaron asistencia de salud. (40)

Bermúdez L. et al. (2010) en su trabajo: “Desarrollo psicomotriz del menor de cinco años: influencia de la violencia familiar H.U.P. Golfo Pérsico Nuevo Chimbote” con el objetivo de conocer la influencia de la violencia familiar en el desarrollo Psicomotriz del menor de cinco años. Estudiaron 54 menores de cinco años de la H.U.P. Golfo Pérsico. Encontraron que de cada 10 familias estudiadas 7 de ellas presentan violencia familiar, la tercera parte de los niños evaluados presentan riesgo y retraso en el área del desarrollo psicomotriz; encontrándose que la violencia familiar influye significativamente en el desarrollo psicomotriz del menor de 5 años. (41)

Graham S. et al. (2010) en su estudio: “Traumatic Events and Maternal Education as Predictors of Verbal Ability for Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence” comparan 87 niños/as en edad preescolar (de 4 a 6 años) y sus madres expuestas a violencia de género en los últimos dos años, con una muestra nacional de 1.700 niños/as de la misma edad no expuestos a esta violencia. Los resultados mostraron, según la evaluación con medidas estandarizadas, que los menores expuestos a violencia de género obtenían puntuaciones significativamente más bajas en sus rendimientos verbales. (42)

Basándose en los resultados de los distintos estudios realizados, predice que la violencia conyugal va a afectar al desarrollo emocional, cognitivo, y comportamental del menor, si bien, el impacto sobre el menor dependerá de la etapa de desarrollo en la que se encuentre y los recursos personales y ambientales para hacerle frente. Por otro lado, la literatura científica también indica que la exposición a la violencia doméstica puede afectar al funcionamiento cognitivo de los menores, y por tanto a su desarrollo. Los resultados en este campo surgen de los diversos estudios de investigación sobre los efectos del estrés a nivel neurobiológico, los cambios estructurales y funcionales en el cerebro y los efectos en el sistema endocrino e inmunológico. Relacionado con esto Loise (2009) concluye que los niños expuestos a la violencia de conyugal pueden experimentar dificultades en la escuela. (73, 85, 86)

Si bien el potencial de desarrollo es determinado genéticamente, variables ambientales modulan cuánto de éste va a ser expresado, siendo las funciones cerebrales superiores, como el lenguaje y la cognición, las áreas más vulnerables. De allí que se afirme que el desarrollo infantil tiene una enorme importancia como proceso evolutivo, multidimensional e integral, caracterizado por la adquisición de habilidades y respuestas cada vez más complejas, donde se interrelacionan factores genéticos y ambientales. (31, 32)

Han transcurrido varios años desde que se ha demostrado que el ambiente familiar ejerce influencia en el desarrollo y comportamiento del niño; por lo que se puede inducir que el niño que observa a su madre ser víctima de violencia presentará repercusiones en diversas áreas de su desarrollo, dependiendo de la edad que tenga, llegando a ser también una víctima de violencia indirecta.

Esto confirma que la violencia y la salud no se pueden separar, y se debe reconocer que la exposición a la violencia tiene una influencia profunda y duradera en la salud en los niños y en sus experiencias de vida. Como ha sido reiteradamente señalado, aunque ya no vivan en la violencia, los niños y los adolescentes y seguramente los adultos siguen enfrentándose a múltiples problemas emocionales y físicos derivados de esa situación. (33)

El hecho de presenciar situaciones violentas constituye un maltrato emocional en toda regla. Pese a la escasez de estudios que avalen esta teoría se ha demostrado que variables específicamente relacionadas con el hecho de ser testigo de violencia familiar no solamente constituyen elementos mediadores en el impacto psicológico del menor sino que sugieren que todo tipo de violencia familiar puede tener un impacto severo y a largo plazo en niños y niñas que han sido testigos de la misma. (7)

La presente investigación surge ante el hecho de que la exposición de los preescolares a la violencia ha sido objeto de menos atención que los estudios sobre niños de mayor edad, no obstante que es un periodo de desarrollo

especialmente importante durante el cual los niños desarrollan destrezas sociales y cognitivas mientras se preparan para la transición a la escolaridad formal. Por lo que se necesitan más investigaciones sobre niños pequeños, en estudios comunitarios a gran escala representativa.

Los resultados encontrados podrían utilizarse para entender una de las causas del retraso del desarrollo psicomotor en los niños preescolares; ello teniendo en cuenta que la detección de retraso en el desarrollo y la investigación de las causas de ese retraso permiten, en muchos casos, aplicar tratamientos y medidas de apoyo que favorezcan la evolución del desarrollo del niño. (34)

Por otro lado, hay que mencionar que en nuestro medio existe poca investigación sobre el impacto directo de la violencia conyugal sobre la salud infantil durante los primeros años de vida, aun cuando es ampliamente reconocida su importancia por las consecuencias biopsicosociales y económicas que implica.

La OMS reconoce la violencia hacia la mujer como un problema prioritario de salud pública y por ende todos los profesionales de enfermería pueden atender a una mujer que sufre violencia en algún momento, por tanto su actitud es decisiva. Si bien muchas mujeres víctimas de violencia, acuden a los servicios de urgencias por las lesiones graves e incluso con consecuencias fatales, existe también gran parte de ellas que acuden a la atención primaria con síntomas diversos e inespecíficos, sin que su malestar se relacione con situaciones de violencia o sin que la mujer exprese de forma clara los motivos que generan su problema de salud. Por sus características de accesibilidad, contacto directo y continuado con la población y por disponer de un equipo multidisciplinario, es en el ámbito de la atención primaria donde se dan las condiciones más favorables para detectar a las mujeres víctimas de violencia. (87)

El principal objetivo para el profesional de Enfermería, es derribar las dificultades que impiden a la mujer salir de esa situación, ofreciendo información sobre lo que le está sucediendo y sobre las alternativas y recursos existentes.

Tenemos que ser conscientes de que dejar una relación de violencia es un proceso que puede llevar mucho tiempo, incluso años y que puede no llegarse a conseguir nunca. (88)

El personal de enfermería, constituyen un grupo fundamental, no sólo en la atención, sino en la prevención, detección precoz e identificación de la violencia de género. Los profesionales de Enfermería intervienen en la detección de signos y en la recepción y acogida de las víctimas, siendo una pieza clave en el seguimiento del proceso, en el asesoramiento y apoyo psicológico, en la garantía de la continuidad de cuidados y como persona referente, cercana y accesible a la mujer durante todo el proceso. (89)

Teniendo en cuenta lo descrito y considerando que un amplio número de estudios afirma que ser testigo o presenciar esta violencia durante un largo período de tiempo por parte de los menores puede afectar gravemente el bienestar, el desarrollo personal y las interacciones sociales a lo largo de toda su vida (6); nos planteamos el siguiente interrogante.

**¿Influye la violencia conyugal en el desarrollo psicomotor del preescolar. Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015?**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar la influencia de la violencia conyugal en el desarrollo psicomotor del preescolar. Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar el porcentaje de madres con violencia conyugal que acuden con sus hijos preescolares al Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015
- Identificar el desarrollo psicomotor del preescolar atendido en el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015
- Identificar el área del desarrollo psicomotor con mayor riesgo y retraso del preescolar atendido en el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015

### **HIPÓTESIS:**

**H<sub>1</sub>:** La violencia conyugal influye significativamente en el desarrollo psicomotor del preescolar.

**H<sub>0</sub>:** La violencia conyugal no influye significativamente en el desarrollo psicomotor del preescolar.



## II. MATERIAL Y MÉTODO

### 2.1 MATERIAL

#### 2.1.1 Población:

La población de estudio estuvo constituida por 65 madres e hijos preescolares que acudieron para el control del niño sano al Centro de Salud Materno Infantil Wichanza de La Esperanza, durante los meses de Septiembre y Octubre del 2015.

#### 2.1.2 Muestra

Se trabajó con 56 madres y sus hijos preescolares, cifra obtenida de la aplicación de la fórmula para estudios de una sola población finita en donde se emplean variables cualitativas, teniendo en cuenta la frecuencia de violencia conyugal es del 55%. (36, 90)

#### 2.1.3 Criterios de inclusión y exclusión:

##### Criterios de Inclusión:

- Mujeres cognitivamente normales
- Mujeres que acepten participar en la investigación
- Mujeres que convivan con su pareja.
- Preescolar que acuda al Control del crecimiento y desarrollo del niño sano.

##### Criterios de Exclusión:

- Preescolar con problemas neurológicos o retraso mental.

#### 2.1.4 Unidad de Análisis

Madre e hijo preescolar que acude al control de niño sano al Centro de Salud Materno Infantil Wichanza de La Esperanza, durante los meses

de Septiembre y Octubre del 2015; y que cumplan los criterios de inclusión propuestos.

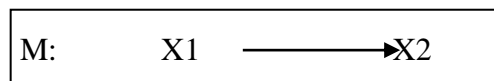
## 2.2 MÉTODO

### 2.2.1 Tipo de estudio

El estudio realizado fue de tipo Descriptivo - Correlacional y de corte transversal. Es descriptivo porque se hace una descripción sobre la violencia conyugal y el desarrollo psicomotor del preescolar. Es correlacional porque se relaciona dos variables. El estudio es de corte transversal ya que la información obtenida se dio en un determinado periodo de tiempo y el tiempo no influye en la modificación de los componentes de la variable (90).

### 2.2.2 Diseño de Estudio:

El diseño de investigación es No Experimental, descriptivo correlacional (90).



#### Dónde:

M: Madres e hijos preescolares

X1: Violencia conyugal

X2: Desarrollo psicomotor

### 2.2.3 Operacionalización de Variables

**VARIABLE X1:** Violencia conyugal

#### Definición conceptual:

Un patrón de abuso físico, emocional, sexual o privación arbitraria de la voluntad o de la libertad perpetrado por la pareja sea este novio,

esposo o concubino y que perpetúa la subordinación de quien la padece, generando finalmente daño a su integridad física, psicoafectiva y sexual. (43)

**Definición operacional:**

Se determinó según la puntuación obtenida del Cuestionario sobre la violencia conyugal “Woman Abuse Screening Tool (WAST)”, instrumento que permite identificar si una mujer es víctima de violencia conyugal, incluyendo de manera global a la violencia física, sexual y psicológica. Registrándose como (Anexo N°2):

- Con violencia conyugal : 14 a más puntos
- Sin violencia conyugal : 0 a 13 puntos

**VARIABLE X2: Desarrollo Psicomotor**

**Definición conceptual:**

Es el proceso por el cual le permite al niño relacionarse, conocer y adaptarse al medio que lo rodea. Este proceso incluye aspecto como el lenguaje expresivo y comprensivo, coordinación viso-motora, motricidad gruesa, equilibrio y el aspecto social-afectivo, que está relacionado con la autoestima. A través de la manipulación de objetos y el dominio del espacio a través de la marcha, el niño va adquiriendo experiencias sensoriomotoras que le permitirán construir conceptos, que se traducirán ideas y desarrollarán su pensamiento, su capacidad de razonar. (58)

**Definición operacional:**

Se evaluó mediante el Test de Tepsi que comprende tres áreas:

- a) **Coordinación:** Capacidad para ejecutar acciones motrices, a través de conductas preestablecidas. Esta Sub escala del desarrollo

psicomotor será evaluada mediante 12 ítems incluidos en el Test Tepsi, los cuales el niño aprueba o no según el estado de su desarrollo.

- 40 pts: Normal
- 30-40 pts: Riesgo
- < 30 pts: Retraso

**b) Lenguaje:** Valora la comprensión y la expresión verbal, en la que el niño refleja su capacidad de descripción, de manejar conocimientos y desarrollar órdenes. Esta sub escala del desarrollo psicomotor será evaluada mediante 24 ítems incluidos en el Test Tepsi, los cuales el niño aprueba o no según el estado de su desarrollo.

- >40 pts: Normal
- 30- 39 pts: Riesgo
- < 29 pts: Retraso

**c) Motricidad:** Evalúa la manipulación de objetos, factores de percepción, de representación y respuestas grafomotrices, de acuerdo a situaciones propuesta. Está Sub escala del desarrollo psicomotor será evaluada mediante 16 ítems incluidos en el Test Tepsi, los cuales el niño aprueba o no según el estado de su desarrollo.

- >40 pts: Normal
- 30- 39 pts: Riesgo
- < 29 pts: Retraso

El desarrollo psicomotor en la presente investigación fue clasificado según el resultado del niño de acuerdo a cada subtest obteniéndose así el puntaje total el cual permitirá registrar el desarrollo psicomotor en tres categorías:

- Normalidad: cuando sus puntajes T son mayores o iguales a 40 puntos
- Riesgo: son aquellos que se encuentran entre los 30 y 39 puntos.
- Retraso: aquellos puntajes inferiores a 29 puntos

#### **2.2.4 Procedimiento para la recolección de datos**

Inicialmente se coordinó con las autoridades del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza de La Esperanza a fin de obtener permiso para la realización de la presente investigación. Posteriormente se seleccionó de manera aleatoria a 56 madres y sus hijos preescolares que acuden para el control del niño sano al mencionado establecimiento de salud durante los meses de Septiembre y Octubre del 2015.

Cada uno de las madres seleccionadas recibió una explicación sobre el propósito del estudio solicitando su participación y la de su menor hijo en la investigación, como prueba de su aceptación firmaron una hoja de consentimiento informado (Anexo 1).

Con dicho consentimiento se procedió a entregar el cuestionario destinado a determinar la presencia de violencia conyugal, el cual se respondió en un tiempo promedio de 10 minutos (Anexo 2). Posteriormente su menor hijo fue evaluado por la investigadora aplicando el Test de Tepsi, siendo supervisado por la enfermera a cargo del consultorio del niño del centro de salud. (Anexo 3)

La valoración del preescolar fue efectuada de acuerdo al manual del Test de Tepsi, en el cual se describen los procedimientos que requieren la aplicación de este y la descripción puntual de las situaciones que se

efectuaron, y ante las cuales respondieron. Sin embargo a continuación se detallan algunas de ellas:

**Toma de datos personales:** Se realizó de manera indirecta. Es decir, se obtuvo estos datos de las historias clínicas de los niños, registrándose los datos personales y las medidas antropométricas básicas: talla, peso y edad.

**Aplicación del test.** Primero se aplicó el Subtest de coordinación, colocando al preescolar a realizar algunas tareas como la manipulación de objetos, entre otras, según los 16 ítems. A medida que el niño realice la acción o no, se registrará en una tabla la respuesta para evidencia, el éxito o fracaso del niño. Seguidamente se aplicó el Subtest de lenguaje con sus 24 ítems, proponiéndole preguntas al niño, así como algunas descripciones. Por último el Subtest de motricidad, conformado por 12 ítems que suponen ordenarle acciones al niño, para que este las ejecute.

### 2.2.5 Instrumentos de recolección de datos

#### A. Cuestionario sobre la violencia conyugal “Woman Abuse Screening Tool (WAST)” (Anexo 2)

**Ficha técnica:**

**Categoría:** Test de despistaje de violencia conyugal.

**Objetivo:** Evalúa el grado de tensión y de dificultad existente en la relación de pareja, así mismo mide la presencia de episodios violentos, tanto físicos como sexuales y emocionales.

**Aplicación:** Individual

**Tiempo:** 5 – 10 minutos

**Edad:** 18 a 70 años

**Material:** Papel y lápiz

**Ámbito:** Este cuestionario es creado para ser utilizado durante la atención primaria.

El cuestionario consta de 7 preguntas que tienen 3 opciones de respuesta. Cada opción se puntúa con 3, 2 y 1 punto respectivamente. Siendo el punto de corte 14 lo cual permite clasificar con y sin violencia conyugal. (91)

## **B. Test de Tepsi: (Anexo 3)**

### **Ficha técnica:**

**Categoría:** Test de Desarrollo Psicomotor

**Objetivo:** Evaluación del rendimiento psicomotor del niño, específicamente coordinación, lenguaje y motricidad gruesa

**Aplicación:** Individual.

**Tiempo:** 30 – 40 minutos, dependiendo de la edad del niño y la experiencia del examinador

**Edad:** Desde los 2 años, 0 meses, 0 días hasta los 5 años, 0 meses, 0 días

**Material:** Manual de administración, protocolo u hoja de registro y batería de prueba

**Ámbitos:** Clínico – Educacional- Terapia Ocupacional - Comunitaria

Es una herramienta que facilita la evaluación del estado actual, en el que se encuentra el desarrollo psicomotor de niños entre los 2 y 5 años. El test es un elemento de tamizaje que permite conocer cuál es el nivel de desempeño que tiene el infante según su coordinación, lenguaje y motricidad. La utilización del instrumento se realiza tras la observación de la conducta que el niño adopta, de acuerdo a situaciones propuestas por el evaluador. Dichas situaciones corresponden a los ítems consignados en el test, los cuales el adulto que examina deberá proponer y el niño realizar con una posibilidad de respuesta de éxito o fracaso. El test está

compuesto por tres subtest, y estos a su vez tienen diferentes ítems: Subtest de Motricidad=12 ítems, Subtest de Coordinación =16 ítems, y Subtest de Lenguaje 24 ítems; los cuales el niño aprueba o no según el estado de su desarrollo.

El Subtest de motricidad, evalúa la capacidad de movimiento y control del cuerpo, que un niño efectúa en función de situaciones que requieren determinada acción. El Subtest de coordinación, evalúa la manipulación de objetos (motricidad fina), factores de percepción, de representación y respuestas grafomotrices, de acuerdo a situaciones propuestas. El Subtest de lenguaje por su parte, valora la comprensión y la expresión verbal que el niño refleja su capacidad de descripción, de manejar conocimientos y desarrollar órdenes.

La administración del test se efectúa proponiendo situaciones específicas, que correspondan al ítem a evaluar. Se debe anotar textualmente las conductas que merecen la otorgación de puntaje, así como las que el niño no aprueba. Si el niño logra pasar con éxito un ítem, obtiene 1 punto. Si no lo logra, tiene 0 puntos.

Todos los ítems del Subtest de lenguaje, deben ser puntuados después de la aplicación del test, contrastando las respuestas con el manual. Todos los ítems del Subtest de motricidad pueden ser puntuados inmediatamente si se conoce bien los criterios de validación. Y el Subtest de coordinación presenta ítems que pueden ser evaluados inmediatamente y otros que deben ser analizados posteriormente.

Al final, el resultado del test, otorga un resultado o puntaje  $t$ , el cual es comparado con los estándares que representan, cuando un niño se encuentra en retraso, riesgo o normalidad según su género y edad



**Cálculo del puntaje bruto.** Una vez analizadas las respuestas de los niños y teniendo estas su puntaje, se procede a sumar los puntajes de cada Subtest y el puntaje total. La sumatoria de puntos obtenidos tanto en los Subtest como en el test total es llamada Puntaje Bruto (PB). Los cuatro resultados obtenidos deberán estar registrados en la hoja del protocolo.

**Conversión de puntajes brutos a puntajes T:** Se deben transformar los puntajes brutos en puntajes T estándar. Se ubica tabla correspondiente para la edad del sujeto estudiado y se convierten. Son 4 series (la 46 primera correspondiente al test total, las otras 3 a los Subtest) de 6 tablas cada una y cada una de las cuales cubre un intervalo de 6 meses.

**Determinación del tipo de rendimiento alcanzado por el niño:**

Existen tres categorías en las cuales pueden ser clasificados los resultados del niño para cada Subtest y para el test total: Normalidad, Riesgo y Retraso. Se considera que un niño tiene un desempeño normal cuando sus puntajes T son mayores o iguales a 40 puntos. Los puntajes de riesgo son aquellos que se encuentran entre los 30 y 39 puntos, y los de retraso son aquellos puntajes inferiores a 29 puntos arrojados en el Subtest o en el test total. Es importante enunciar que la categoría en que se ubica el niño tanto en los Subtest como en el test total, deberá ser registrada en el protocolo

### **2.2.6 Procedimiento para garantizar aspectos éticos**

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantendrá el anonimato de los participantes, a quienes se les explicará el tipo de investigación a realizar, respetando su derecho a retirarse de la misma en caso lo consideren conveniente y si durante la ejecución del estudio decidan ya no proseguir. Así mismo se les asegurará la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se dará a conocer a otras personas su identidad como participantes, así se estará aplicando los principios éticos señalados en la investigación con seres humanos.

### **2.2.7 Validez y confiabilidad del instrumento**

El instrumento: “Woman Abuse Screening Tool (WAST)” fue originalmente desarrollado en lengua inglesa en Estados Unidos (EEUU) en el año 1996. El contenido del cuestionario fue definido a partir de una revisión exhaustiva de la literatura y tras la consulta a varios profesionales del ámbito de la atención primaria, implicados de forma activa en la identificación y tratamiento de mujeres maltratadas. El estudio de las propiedades psicométricas de este instrumento se realizó en una muestra de 24 mujeres maltratadas y 24 mujeres no maltratadas. El patrón de oro utilizado fue el Abuse Risk Inventory (ARI), escala desarrollada por Yegidis (1989). Se trata de una escala autoadministrada de 25 ítems que ha demostrado ser una medida fiable y válida para identificar mujeres que sufren violencia de sus parejas. El análisis factorial mostró la existencia de una única dimensión que explicaba el 84.7% de la varianza, así como una alta consistencia interna ( $\alpha = 0.95$ ). La puntuación final del WAST se correlacionó con la puntuación en el ARI, mostrando una adecuada validez de constructo y discriminante. Todo esto permite afirmar que el instrumento es válido y confiable. (91)

El Test de Tepsi fue validado según el índice de Kuder Richardson 20 (K-R-20), la cual mostró ser altamente significativa, para todo el test. Por lo demás, los Subtest también mostraron un nivel alto de significancia con una consistencia interna de: coordinación =0.89, lenguaje =0.94, excepto el de motricidad con una consistencia interna de =0.82. (92)

### **2.2.8 Procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento y análisis de datos se llevará a cabo con el uso de la informática, para lo cual se creará una base de datos en el programa SPSS Versión 21. Para el análisis estadístico se utilizará la prueba  $X^2$ , fijando el nivel de significancia en  $p < 0.05$ . Se registrará como:

- $p > 0,05$ : No existe diferencias estadísticamente significativas.
- $p < 0,05$ : Existe diferencias estadísticamente significativas.
- $p < 0,01$ : Existe diferencias muy significativas
- $p < 0,001$ : Existe diferencias altamente significativas

Además se calculó el coeficiente V de Cramers para establecer el grado de relación.

- Cramers  $V = 0$ : no hay relación entre X e Y
- Cramers  $V = 1$ : hay una relación perfecta entre X e Y
- Cramers  $V = 0,6$ : hay una correlación relativamente intensa entre X e Y

# **III. RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

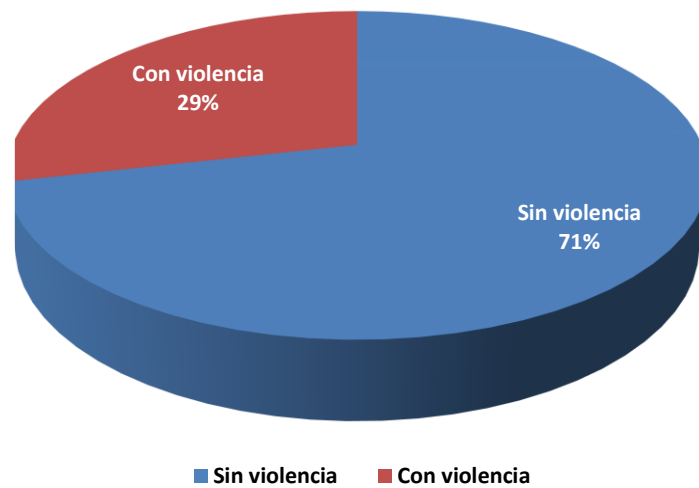
**Violencia conyugal en madres que acuden con sus hijos preescolares al Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015**

<b>Violencia conyugal</b>	<b>Madres</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sin violencia	40	71,4
Con violencia	16	28,6
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fuente: información obtenida de la aplicación del instrumento: WAST (Anexo N° 2)

## GRAFICO N° 1

**Violencia conyugal en madres que acuden con sus hijos preescolares al Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015**



Fuente: información obtenida de la aplicación del instrumento: WAST (Anexo N° 2)

**TABLA N° 2**

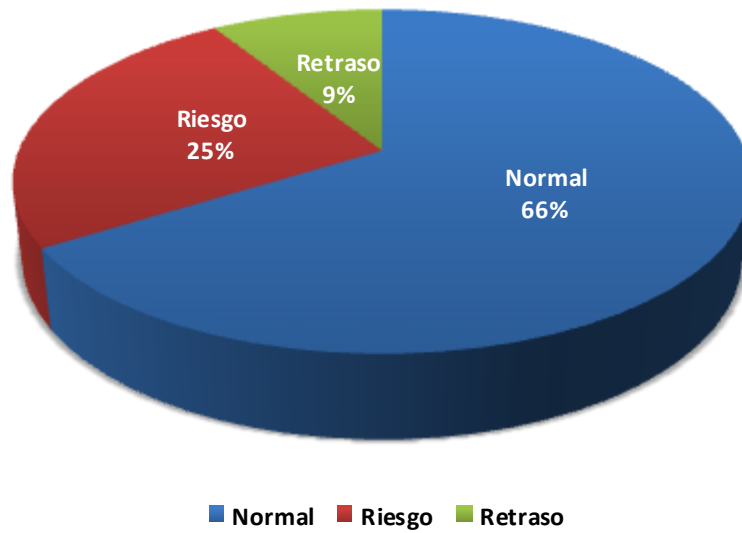
**Desarrollo psicomotor del preescolar atendido en el Control del Crecimiento  
y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza.  
La Esperanza. 2015**

<b>Desarrollo Psicomotor</b>	<b>Niños</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Normal	37	66,1
Riesgo	14	25,0
Retraso	5	8,9
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fuente: información obtenida de la aplicación del instrumento: TEPSI (Anexo N° 3)

## GRAFICO N° 2

**Desarrollo psicomotor del preescolar atendido en el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015**



Fuente: información obtenida de la aplicación del instrumento: TEPSI (Anexo N° 3)



**TABLA N° 3**

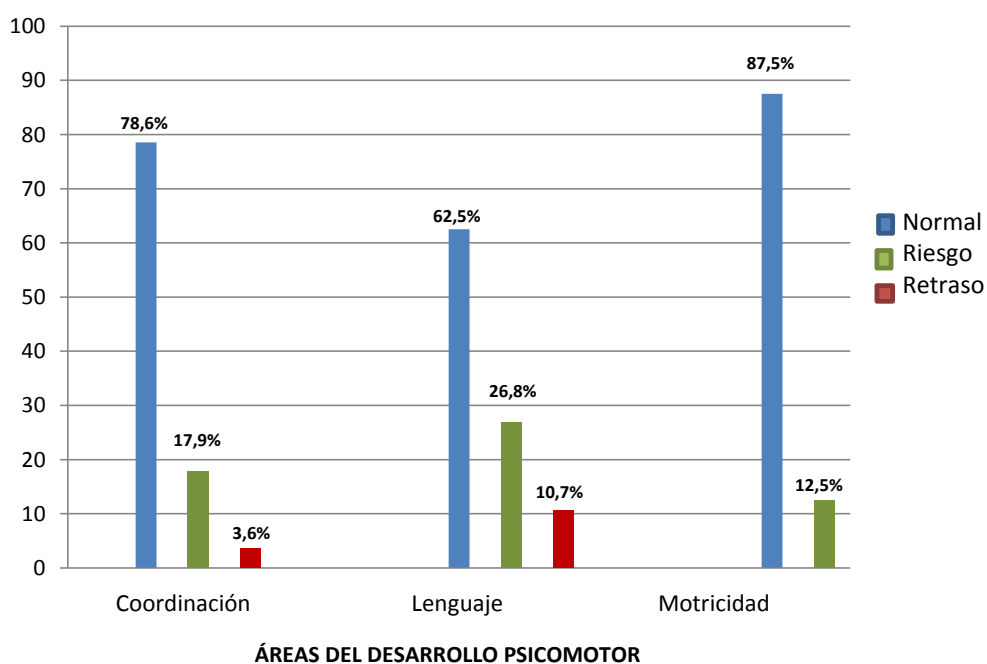
**Áreas del Desarrollo Psicomotor del preescolar atendido en el Control del  
Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno  
Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015**

<b>Área del Desarrollo Psicomotor</b>	<b>Niños</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Coordinación</b>		
Normal	44	78,6
Riesgo	10	17,9
Retraso	2	3,6
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
<b>Lenguaje</b>		
Normal	35	62,5
Riesgo	15	26,8
Retraso	6	10,7
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
<b>Motricidad</b>		
Normal	49	87,5
Riesgo	7	12,5
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fuente: información obtenida de la aplicación del instrumento: TEPSI (Anexo N° 3)

### GRAFICO N° 3

#### Áreas del Desarrollo Psicomotor del preescolar atendido en el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015



Fuente: información obtenida de la aplicación del instrumento: TEPSI (Anexo N° 3)

**TABLA N° 4**

**Violencia conyugal y su influencia en el desarrollo psicomotor del preescolar.  
Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015**

Desarrollo psicomotor	Violencia conyugal				Total	
	Sin violencia		Con violencia			
	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	35	87,5	2	12,5	37	66,1
Riesgo	4	10,0	10	62,5	14	25,0
Retraso	1	2,5	4	25,0	5	8,9
Total	40	100,0	16	100,0	56	100,0

Fuente: Información obtenida de la aplicación de los instrumentos (Anexo N° 2 y N° 3)

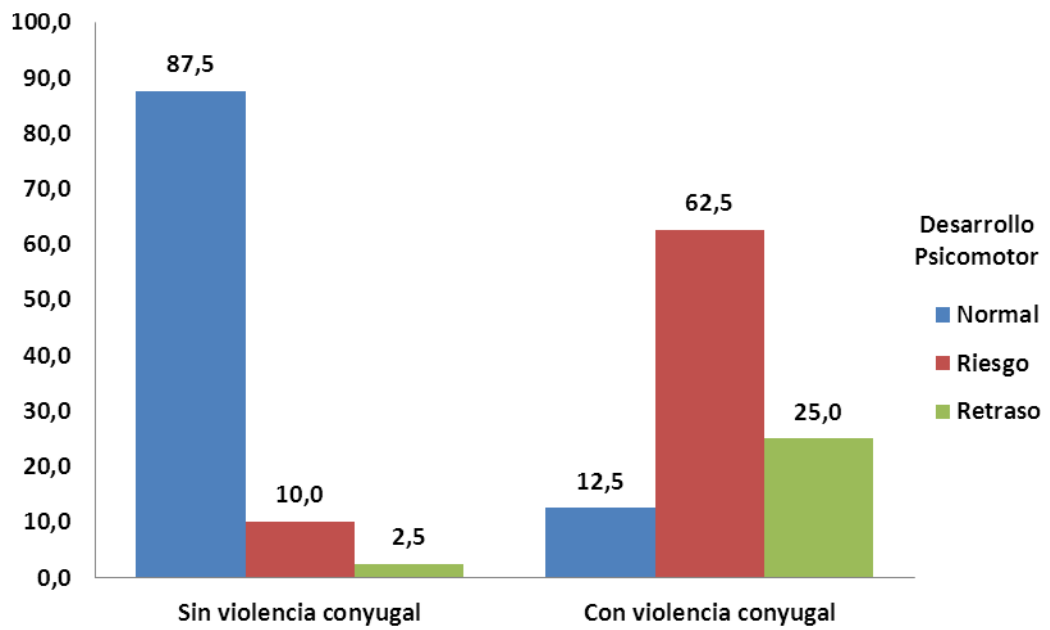
**X<sup>2</sup> = 28,81**

**p: 0,000**

**V Cramer = 0,715**

#### GRÁFICO N° 4

**Violencia conyugal y su influencia en el desarrollo psicomotor del preescolar.  
Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza. 2015**



Fuente: Información obtenida de la aplicación de los instrumentos (Anexo N° 2 y N° 3)

#### IV. DISCUSIÓN

**Tabla N° 1:** Muestran que el 71% de mujeres no sufren violencia conyugal y el 29% presenta violencia conyugal.

Estos hallazgos se asemejan con el estudio realizado por Viera E. et al. (2011) São Paulo, quien encontró que más de un tercio de las mujeres sufrió violencia por la pareja íntima. Estos resultados se deberían a la falta de valoración y detección precoz de la violencia conyugal en la atención primaria de salud pasando desapercibidos signos que evidencian problemas con la pareja como: timidez al hablar, dificultad para expresarse, nerviosismo al hablar de su pareja, lesiones en rostro y negación a querer hablar sobre estas.

Por lo que se debe tomar en cuenta los resultados encontrados para fomentar el interés y la participación del personal de salud en la atención primaria tomando la iniciativa en la elaboración de programas especializados en la atención de mujeres víctimas de violencia. (39)

**Tabla N° 2:** se encontró que en desarrollo psicomotor del preescolar, donde el 66% se encuentra normal, el 25% en riesgo y en retraso el 9%.

Resultados que se asemejan con la investigación de Garibottia G. et al. (2013) titulada: “Desarrollo psicomotor infantil y su relación con las características sociodemográficas y de estimulación familiar en niños de la ciudad de Bariloche, Argentina”, en el que encontraron que 27% de los niños mostraron déficit psicomotor.

Los resultados encontrados se debe al descuido y falta de estimulación por parte de los progenitores y a su vez la exposición del niño a situaciones estresantes y poco saludables evidenciándose en ellos temor, aislamiento, duda, timidez y falta de seguridad para realizar algunas tareas.

Según nuestros hallazgos y de acuerdo a la teoría de Erickson el niño que no estaría en un ambiente favorable para afrontar satisfactoriamente la crisis en la que se encuentra; entra en conflicto y afecta su desarrollo psicomotor; pues el ambiente familiar y el vínculo padres e hijo son determinantes para un buen desarrollo psicomotor sobre todo en los primeros años de vida, es ahí la enfermera debe identificar a través de la valoración del ambiente familiar que rodea al preescolar si este es favorable o no para su desarrollo.(35)

**Tabla N° 3:** Corresponden a las tres áreas del desarrollo psicomotor, los resultados muestran en el área de Coordinación que el 78,6% es normal, el 17,9% está en riesgo y el 3,6% en retraso; en el área de Lenguaje el 62% es normal, el 27% en riesgo y en retraso el 11% y en el área de Motricidad el 87,5% es normal y el 12,5% en riesgo, no encontrando niños con retraso en esta área. Aún cuando se presenta una situación similar en las distintas áreas del desarrollo, cabe resaltar que se ha encontrado mayores porcentajes en riesgo y retraso en el área del lenguaje.

En el estudio realizado por Graham S. et al. (2010) titulado: *Traumatic Events and Maternal Education as Predictors of Verbal Ability for Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence*, los resultados fueron que los menores expuestos a violencia de género obtenían puntuaciones significativamente más bajas en sus rendimientos verbales; resultados similares a los hallazgos de nuestro trabajo, probablemente si bien el potencial de desarrollo es determinado genéticamente, variables ambientales modulan cuánto de éste va a ser expresado, siendo las funciones cerebrales superiores, como el lenguaje y la cognición, las áreas más vulnerables, por lo tanto es ahí donde se evidencia cuando el niño no se encuentra en un medio favorable para un buen desarrollo. Estos hallazgos servirían para poner mayor atención en la evaluación del área del lenguaje como tonalidad de voz, tartamudeo o negación para responder verbalmente signos que evidencian un retraso o riesgo en el desarrollo de esta área.

**Tabla N° 4:** Muestran que la mayoría de los niños presentan desarrollo psicomotor normal en un 87.5%, cuando no hay violencia conyugal, en cambio

los niños presentan riesgo en un 62.5% y retraso en el desarrollo psicomotor en 25% cuando hay violencia conyugal alcanzando significancia estadística ( $p=0.000<0.001$ ).

Estos hallazgos se asemejan al estudio realizado por Bermúdez L. et al. (2010) donde encontraron que la tercera parte de los niños evaluados presentan riesgo y retraso en el área del desarrollo psicomotriz; encontrándose que la violencia familiar influye significativamente en el desarrollo psicomotriz del menor de 5 años. (41)

Cabe resaltar que cuando hay violencia conyugal aumenta el riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor del preescolar, estos resultados probablemente se deben a que la violencia que experimenta la mujer en su hogar por parte de su pareja no solo le afecta a ella, sino también a los miembros de su familia siendo con frecuencia perjudicados los hijos, sobre todo los que se encuentran en la etapa preescolar, ya que este grupo etáreo no tiene la capacidad de afrontamiento y comprensión que tienen los niños/as mayores. A estas edades, la exposición a violencia entre los padres puede alterar el desarrollo de competencias básicas y se convierte en una amenaza a la capacidad del menor para procesar y gestionar de forma eficaz sus emociones. Por lo tanto, el trauma que viven conduce a una serie de cambios que influyen significativamente en el crecimiento y desarrollo del niño.

## V. CONCLUSIONES

Luego de realizado el presente estudio de investigación, haber analizado y discutido los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El porcentaje de violencia conyugal en las madres que acuden con sus hijos preescolares al Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza. La Esperanza fue de 71% sin violencia conyugal y el 29% con violencia conyugal.
2. El desarrollo psicomotor de los preescolares que acuden al Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza fue normal en un 66%, en riesgo un 25% y el 9% se encuentra en retraso.
3. El área del desarrollo psicomotor más afectado en los niños preescolares fue el lenguaje, encontrándose el 62% normal, el 27% en riesgo y en retraso el 11%.
4. Se encontró influencia altamente significativa ( $p=0.000<0.001$ ) y una correlación de 0.715, entre la violencia conyugal y el desarrollo psicomotor del preescolar, es decir, si existe violencia conyugal hay menor desarrollo psicomotor.



## **VI. RECOMENDACIONES**

En base al presente estudio de investigación se ha considerado las siguientes recomendaciones:

- Los profesionales de salud que brindan cuidado en atención primaria están en una situación privilegiada para detectar precozmente cualquier tipo de violencia, el caso de la enfermera a través del Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano al brindar atención integral deben identificar si el niño está expuesto o es testigo de violencia, para luego coordinar acciones de intervención.
- Socializar los hallazgos con el personal responsable del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza, con la finalidad que se realicen proyectos de intervención dirigidos a familias en riesgo o con violencia conyugal.
- Realizar estudios de investigación sobre el tema con diferentes grupos poblacionales en otras sedes de estudio a fin de establecer estudios comparativos.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bohle X. Magnitud y características de la violencia doméstica en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis de Bachiller. Universidad Austral De Chile. 2008.
2. Lujan M. Violencia contra las mujeres y alguien más... [Tesis Doctoral]. Universidad de Valencia. 2013.
3. Organización Mundial de la Salud, Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. 2013. Disponible en URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf). Fecha de acceso abril 2015.
4. Oficina Panamericana de la Salud (OPS). “Violencia contra la Mujer en América Latina y el Caribe. Análisis comparativo de datos poblacionales en 12 países”. Disponible en URL: <http://www.cladem.org/pdf/Informe-Relatoria-de-Violencia.pdf>. Fecha de acceso octubre 2015.
5. Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) Violencia contra las mujeres, niñas y niños. Disponible en URL: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap12.pdf>
6. Zarza B. Los menores ante la violencia doméstica. [Tesis Doctoral]. Universidad de Salamanca. 2011.
7. Gómez L. Menores víctimas y testigos de violencia familiar. [Tesis doctoral]. Universidad de Zaragoza. 2012
8. Espinoza M. Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar. Disponible en URL: [http://www.educarenigualdad.org/media/pdf/uploaded/old/Doc\\_76\\_Angeles\\_Espinoza.pdf](http://www.educarenigualdad.org/media/pdf/uploaded/old/Doc_76_Angeles_Espinoza.pdf). Fecha de acceso abril 2015.
9. Patró R, Limiñana R. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. Anales de psicología 2005; 2(1): 11-17.
10. Alcantara V. “Las Víctimas Invisibles” Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género. [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia. 2010.

11. Overlien C. Children Exposed to Domestic Violence. Conclusions from the Literature and Challenges Ahead. *Journal of Social Work* 2010; 10(1): 80–97.
12. Graham S. Child Abuse in the Context of Domestic Violence' In J.E. Myers, L. Berliner, J. Briere and C.T. Hendrix et al. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, pp. 119–29. Thousand Oaks, CA: SAGE. 2002.
13. Cole P, Zahn C, Fox N, Usher B, Welsh J. Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *Journal of Abnormal Psychology* 1996; 105: 518–529.
14. Fox N, Leavitt L. *Violence Exposure Scale for Children-VEEX (preschool versión)*. College Park: Department of human development, University of Maryland. 1995
15. Edleson J. Children witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence* 1999; 14: 839-870.
16. Ayllon E, Orjuela L, Román Y. En la violencia de género no hay una sola víctima. Atención a hijos e hijas víctimas de la violencia de género. 2011. Disponible en URL: [http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/425/Informe-Violencia\\_de\\_genero.pdf](http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/425/Informe-Violencia_de_genero.pdf). Fecha de acceso abril 2015.
17. Perry B. Incubated in terror: neurodevelopmental factors in the "cicle of violence". En J.D. Osofsky (Eds.), *Children in a violent society* (pp. 124-149). Nueva York: The Guilford Press. 1997.
18. Sepúlveda A. La violencia de género como causa de maltrato infantil. *Cuadernos de Medicina Forense* 2006; 12: 149-164.
19. Kelly M, Indart G. Impacto emocional de los niños testigos de violencia En *Maltrato infantil: prevención y atención. Campaña por el buen trato. Asociación Afecto contra el maltrato infantil*. Editado por Fundación Fondo de Publicaciones Universidad Sergio Arboleda. Pág. 138-153. 1997.
20. Farver J, Natera L, Frosch D. Effects of community violence on inner-city preschoolers and their families. *J Appl Dev Psychol*. 1999; 20 (1): 143-58.
21. Monge M. Desarrollo psicomotor como elemento fundamental en el desarrollo integral de niños y niñas en edades tempranas. Disponible en URL: <https://yessicr.files.wordpress.com/2013/03/desarrollopsicomotordesarrollointegral.pdf>. Fecha de acceso julio 2015.

22. Sepulveda G. Estudio comparativo entre el desarrollo psicomotor de niños que presentan o no vulnerabilidad escolar en primer año básico de colegios municipalizados y particulares subvencionados de la comuna de Iquique. *Revista Motricidad y Persona* 2010; 8(1):45-9.
23. Campo L. Importancia del desarrollo motor en relación con los procesos evolutivos del lenguaje y la cognición en niños de 3 a 7 años de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud, Barranquilla* 2010; 26(1): 65-76.
24. Shevell M, Ashwall S, Donley D, Flint J, Gingold M, Hirtz D, et al. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay. Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and the practice committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2013; 60:367-80.
25. Álvarez G, Aznarb, J. Sánchez V. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra – Madrid 2009.
26. Aguado F. Relación entre el nivel de conocimiento de las madres acerca de las pautas de estimulación temprana y el grado de desarrollo psicomotor del lactante del Centro de Salud Max Arias Shreiber 2007”, Lima – Perú. 2009.
27. Schönhaut L, Schonstedt M, Álvarez J, Salinas P, Armijo I. Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. *Rev. chil. pediatr.* 2010; 81(2):123-128.
28. Noguera L, Herazo Y, Vidarte J. Correlación entre perfil psicomotor y rendimiento lógico-matemático en niños de 4 a 8 años. *Rev Cienc Salud* 2013; 11 (2): 185-194
29. Lejarraga H. La interacción entre genética y medio ambiente. En: Lejarraga H. *Desarrollo del niño en contexto*. Buenos Aires: Paidós; 2008. Págs.99-140.
30. Mathiesen M, Herrera M, Merino J, Villalón M, et al. Calidad educativa familiar y desarrollo infantil del párvulo. *Paideia. Rev Educ* 2001;30-31:61-79.
31. Schonhaut L, Maggiolo M, Herrera M, Acevedo K, García M. Lenguaje e inteligencia de preescolares: Análisis de su relación y factores asociados. *Rev. chil. pediatr.* 2008; 79(6): 600-606.
32. Ojeda M. Pesquisa de factores de riesgo en niños preescolares de diferentes municipios de Cuba, 2006-2007. Disponible en URL:

[http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol50\\_2\\_12/hie03212.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol50_2_12/hie03212.htm). Fecha de acceso julio 2015.

33. Viola L. Repercusión de la violencia doméstica en la salud mental infantil. Valoración del daño psíquico. *Rev Psiquiatr Urug* 2010; 74(1):73-83
34. Beeghly M. Translational research on early language development: Current challenges and future directions. *Dev Psychopathol* 2006; 18(3):737-57.
35. Garibottia G, Comara H, Vascon C, Giannini G. Desarrollo psicomotor infantil y su relación con las características sociodemográficas y de estimulación familiar en niños de la ciudad de Bariloche, Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2013; 111(5):384-390
36. Mathias A, Bedone A, Osis M, Fernandes A. Prevalence of violence by intimate male partner among women in primary health units in São Paulo State. *Rev. bras. ginecol. Obstet* 2013; 35(4):185-191
37. Blitchtein D, Reyes E. Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. *Rev. peru. med. exp. salud publica* 2012; 29(1):35-43
38. Osis M, Duarte G, Faúndes A. Violence among female users of healthcare units: prevalence, perspective and conduct of managers and professionals. *Rev. saúde pública* 2012, 46(2):351-358.
39. Vieira E, Perdoná G, Santos M. Factors associated with intimate partner physical violence among health service users. *Rev. saúde pública* 2011; 45(4):730-737
40. Moura L, Reis P, Faustino A, Guilhem D, Bampi L, Martins G. Vivencias de violencia experimentadas por mujeres del Distrito Federal: Estudio descriptivo. *Online braz. j. nurs.* 2011; 10(3):111-9.
41. Bermúdez L, Reyna E. Desarrollo psicomotriz del menor de cinco años: influencia de la violencia familiar H.U.P. Golfo Pérsico Nuevo Chimbote. Tesis de Bachiller. Universidad Nacional del Santa. Chimbote. 2010.
42. Graham-Bermann, S. A., Howell, K. H., Miller, L. E., Kwek, J. y Lilly, M. M. (2010). Traumatic Events and Maternal Education as Predictors of Verbal Ability for Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence (IPV). *Journal of Family Violence*, 25, 383–392

43. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2002
44. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2001). Violencia contra la mujer: un problema de Salud Pública. Memoria del Primer Seminario Subregional sobre Violencia contra la Mujer, Managua, Nicaragua
45. Salber R, Taliaferro E. “Reconocimiento y Prevención de la Violencia doméstica en el Ámbito Sanitario”. Guías para la detección y prevención de la violencia. 2013.
46. Collado S, Villanueva L. Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73:250-60
47. Zavala J, Silva S. “La Violencia Familiar y su influencia en el Proceso Enseñanza-Aprendizaje de los niños y niñas de 4 a 5 años del Jardín de Infantes Daniel López de la Ciudad de Jipijapa en el año lectivo 2009-2010”. [Tesis de Especialidad]. Universidad Laica “Eloy Alfaro” De Manabí. 2011.
48. Plazaola J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(12):461-7 461
49. Committee on the Rights of the Child. The right of the child to freedom from all forms of violence. United Nations. 2011. Disponible en URL: [http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13\\_en.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf). Fecha de acceso abril 2015.
50. Carracedo S. Estado psicoemocional de niños que han sido testigos de violencia familiar. Disponible en URL: [http://www.usc.es/export/sites/default/gl/servizos/uforense/descargas/Estado\\_psicoemocional\\_de\\_nixos\\_que\\_han\\_sido\\_testigos\\_de\\_violencia\\_familiar.pdf](http://www.usc.es/export/sites/default/gl/servizos/uforense/descargas/Estado_psicoemocional_de_nixos_que_han_sido_testigos_de_violencia_familiar.pdf). Fecha de acceso abril 2015.
51. Levine M. Interparental violence and its effects on the children: A study of 50 families in general practice. *Medical Science Law* 1975; 15: 172–176.
52. Adams C. The Consequences of Witnessing Family Violence on Children and Implications for Family Counsellors. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families* 2006; 14(4): 334-341.
53. Pepler D, Moore T, Mae R, Kates M. The effects of exposure to family violence on children: New directions for research and intervention. In G. Cameron & M.

- Rothery (Eds.) Family violence and neglect: Innovative interventions. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1989.
54. Barudy J, Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia. Ed. Gedisa. 2005.
  55. Instituto Aragonés de la mujer. Una mirada hacia los hijos e hijas expuestos a situaciones de Violencia de Género. 2010.
  56. Chen P, Jacobs A, Rovi S. Intimate partner violence: childhood exposure to domestic violence. *FP Essent.* 2013; 412:24-7.
  57. Moore R. Evaluación del Desarrollo Psicomotor. Apuntes de Pediatría Pontificia Universidad Católica de Chile. 1996. Disponible en URL: <http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/ManualPed/EvalDessPs.html>
  58. Arteaga P, Dölz V, Droguett E, Molina P, Yentzen G. Evaluación del Desarrollo Psicomotor en Lactantes y preescolares. Los Andes, Chile 1999. *Rev. Chile. Salud Pública* 2007; 5(1): 19-23.
  59. Doussoulín A. Influencia del nivel socioeconómico y la estimulación ambiental en el desarrollo psicomotor en preescolares. *Revista de Kinesiología* 2003; (70):115-21.
  60. Maganto C, Cruz S. Desarrollo físico y psicomotor en la etapa infantil. [http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi\\_libro/38c.pdf](http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/38c.pdf). Fecha de acceso abril 2015.
  61. Quispe H. Nivel de conocimiento y actitud de los padres sobre la estimulación temprana en relación al desarrollo psicomotor del niño de 4 a 5 años de la IE. “Jorge Chávez” Tacna – 2010”. Tesis De Bachiller. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna. 2011
  62. Rocancio C, Sichaca E. La Actividad Física Como Juego en la Educación Inicial de los Niños Preescolares. Tesis de Bachiller. Universidad de Antioquia. 2009.
  63. Piaget, y Wallón. Los estadios en la psicología del niño. Buenos aires edición Nueva Visión. Colección Psicología Contemporánea. 1977.
  64. Saenz L. Psicología evolutiva y la educación. Centro Documentación De Estudios Y Oposiciones. 2ª ed. 2012.
  65. Gamboa G. Aprendizaje y desarrollo motor. Universidad de Pamplona. Centro de Educación Virtual y a Distancia. 2013

66. Gesell A. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Trillas. México. 1980
67. Gesell A, Frances L, Bates L. El niño de cinco a diez años. Paidós. México. 1993.
68. Berger K. Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia. Madrid: Panamericana. 2007.
69. Palacios J, Marchesi A, Coll C. Desarrollo psicológico y Educación. I, Psicología Evolutiva. Madrid: Alianza. 1999.
70. Papalia D, Olds S, Feldman R. Desarrollo humano. Bogotá: McGraw Hill. 2001.
71. Zubizarreta I. Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico en las mujeres y en sus hijos e hijas. Disponible en URL: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.emak>. Fecha de acceso mayo 2015.
72. Bowlby J. Separation: Anxiety & Anger. Attachment and Loss; (International psychoanalytical library N° 95). London: Hogarth Press. 1973.
73. Loise T. Children's Exposure to Intimate Partner Violence (IPV): Challenging Assumptions about child protection practices. A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Ph.D. Factor-Inwentash Faculty of Social Work. University of Toronto. 2009.
74. Ainsworth M, Bretherton I. Responses of one-year-olds to a stranger in a strange situation. En M. Lewis y L.A. Rosenblum (Eds.), The origin of fear (pp. 131-164). New York: Wiley. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50 (1-2, Serial N° 209). Chicago: University of Chicago Press. 1974.
75. Main M. The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. Journal of the American Psychoanalytic Association 2000; 48: 1055- 1127.
76. Solomon J, George C. Attachment disorganization. New York: Guilford Press. 1999.
77. Cicchetti D, Toth S, Lynch M. The developmental sequelae of child maltreatment: Implications for war-related trauma. In L.A. Leavitt and N.A. Fox (Eds.), The



- Psychological Effects of War and Violence on Children, (pp. 41-71). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1993.
78. Cicchetti D, Toth S, Lynch M. Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. In T.H. Ollendick and R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*. New York, NY: Plenum Press.1995.
  79. Levi G, Sogos C, Mazzei E, Paolesse C. Depressive Disorder in preschool children: Patterns of affective Organization. *Child Psychiatric and Human Development* 2001; 32, 55-69.
  80. English D, Marshall D, Stewart A. Effects of family violence on child behavior and health during early childhood. *Journal of Family Violence* 2003; 18(1): 43–57
  81. Martin S, Clements M. Young children's responding to interparental conflict: Associations with marital aggression and child adjustment. *Journal of Child and Family Studies* 2002; 11, 231–244.
  82. Jaffe P, Wilson S, Wolfe D. Specific assessment and intervention strategies for children exposed to wife battering: Preliminary empirical investigations. *Canadian Journal of Community Mental Health* 1988; 7:157-163.
  83. Margolin G. Children's Exposure to Violence Exploring Developmental Pathways to Diverse Outcomes. *Journal of interpersonal violence* 2005; 20(1): 72-81.
  84. Finkelhor D, Kendall K. A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse and violent victimization. *Developmental perspectives on trauma: Theory, research and intervention*. New York. Plenum Publishing. 1997
  85. Rossman B. Descarte's error and posttraumatic stress disorder: Cognition and emotion in children who are exposed to parental violence. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues* (pp. 223-256). Washington, DC: American Psychological Association. 1998.
  86. De Bellis M. Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology* 2001; 13: 539-564.
  87. Blanco P, Ruiz J, Quemada C. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. 2ª ed. España: Díaz de Santos; 2005.

88. Servicio Cántabro De Salud. Gobierno de Cantabria. Violencia contra las mujeres. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Cantabria: Gobierno de Cantabria. Consejería de sanidad y servicios sociales. Dirección general de salud pública, 2005
89. Pérez C, Manzano F. La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. *Cultura de los Cuidados*. 2014; 18, 40.
90. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación. Editorial McGraw- Hill Interamericana Cuarta Edición. México 2006. Cap.7, Pag. 208 – 211
91. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Disponible en URL: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero\\_vg\\_02.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_02.pdf). Fecha de acceso mayo 2015
92. Patiño E. Valoración del estado psicomotor de los niños preescolares del Hogar Infantil Ormazá De La Comuna Nor-Oriental De Pereira 2008, mediante el test de Tepsi. Tesis de Bachiller. Universidad Tecnológica De Pereira. 2009
93. Teoría psicosocial del desarrollo humano de Erik Erikson. Disponible en URL: <http://www.bcasas.org.pe/red/sites/default/files/Teoria%20psicosocial%20del%20desarrollo%20humano%20de%20Erik%20Erikson.pdf> Fecha de acceso junio 2015
94. Teoría de desarrollo psicosocial: Erik Erikson Educ. 173 Dra. Evelyn García. [http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva\\_Profesores/evelyn\\_garcia\\_educ\\_173/Teoria\\_de\\_desarrollo\\_psicosocial\\_Erikson.pdf](http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/evelyn_garcia_educ_173/Teoria_de_desarrollo_psicosocial_Erikson.pdf) fecha de acceso abril del 2015.

# ANEXOS



**Universidad Privada Antenor Orrego**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Enfermería**

**ANEXO N° 1**

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,

.....  
....., certifico que he leído o me han leído los objetivos de la investigación que se realizará en el Centro de salud Materno Infantil de Wichanza y los beneficios y riesgos si participo en el estudio. Me han hecho saber que mi participación y la de mi menor hijo son voluntarias y comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

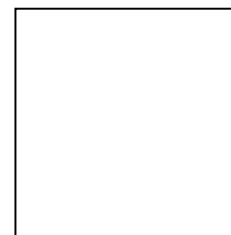
Fui informada que se aplicará una encuesta pequeña y que mi nombre no aparecerá en ningún informe o publicación de este estudio. Así como evaluarán y registrarán el desarrollo psicomotor de mi hijo. Me dieron además los nombres de las personas y los números de teléfono a donde puedo llamar si necesito más información o si tengo alguna duda o me quiero quejar.

Hago constancia además, que me dejaron una copia de este documento y que ante lo expuesto doy mi consentimiento a participar en dicho estudio.

Fecha.....

Firma.....

DNI: .....





**Universidad Privada Antenor Orrego**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Enfermería**

**ANEXO 2**

**CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA CONYUGAL**

(Cuestionario Woman Abuse Screening Tool)

**Instrucciones:** A continuación se detalla 7 preguntas responderlas con la mayor sinceridad posible:

1. En general, ¿cómo describiría su relación de pareja?  
Muy tensa ( ) con cierta tensión ( ) sin tensión ( )
  
2. ¿Usted y su pareja resuelven sus discusiones con ...  
Mucha dificultad ( ) alguna dificultad ( ) sin dificultad ( )
  
3. ¿Al terminar las discusiones se siente decaída o mal consigo misma?  
Muchas veces ( ) A veces ( ) Nunca ( )
  
4. ¿Las discusiones terminan en golpes, empujones o patadas?  
Muchas veces ( ) A veces ( ) Nunca ( )
  
5. ¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga?  
Muchas veces ( ) A veces ( ) Nunca ( )
  
6. ¿Su pareja la ha maltratado a usted físicamente?  
Muchas veces ( ) A veces ( ) Nunca ( )
  
7. ¿Su pareja ha abusado sexualmente de usted?  
Muchas veces ( ) A veces ( ) Nunca ( )



**Universidad Privada Antenor Orrego**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Enfermería**

**ANEXO 3**

**TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS: TEPSI**

CODIGO No. \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL NIÑO (A):

\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

EDAD CRONOLOGICA: Edad \_\_\_\_ Años \_\_\_\_ Meses \_\_\_\_ días \_\_\_\_

JARDÍN INFANTIL O COLEGIO:

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

Perfil TEPSI

		Retraso	Riesgo	Normalidad			
Test Total	Puntaje T	20	30	40	50	60	70
Subtest Coordinación							
Subtest Lenguaje							
Subtest Motricidad	Puntaje T	20	30	40	50	60	70

**Subtest Coordinación:**

( ) 1C	Traslada agua de un vaso a otro sin derramar (Dos vasos)
( ) 2C	Construye un puente con tres cubos con modelo presente (Seis cubos)
( ) 3C	Construye una torre de 8 o más cubos (Doce cubos)
( ) 4C	Desabotona (Estuche)
( ) 5C	Abotona (Estuche)
( ) 6C	Enhebra una aguja (Aguja de lana; hilo)
( ) 7C	Desata Cordones (Tablero c/cordón)
( ) 8C	Copia una Línea recta (Lám. 1; lápiz; reverso hoja reg.)
( ) 9C	Copia un Círculo (Lám. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
( ) 10C	Copia una Cruz (Lám. 3; lápiz, reverso hoja reg.)
( ) 11C	Copia un Triángulo (Lám. 4; lápiz, reverso hoja reg.)
( ) 12C	Copia un Cuadrado (Lám. 5; lápiz, reverso hoja reg.)
( ) 13C	Dibuja 9 o más partes de una figura humana (lápiz, reverso hoja reg.)
( ) 14C	Dibuja 6 o más partes de una figura humana (lápiz, reverso hoja reg.)
( ) 15C	Dibuja 3 o más partes de una figura humana (Lápiz reverso hoja reg.)
( ) 16C	por tamaño (Tablero; barritas).

TOTAL SUBTEST COORDINACION: PB \_\_\_\_\_

**Subtest lenguaje:**

( ) 1L	<b>Reconoce grande y Pequeño (Lam. 6).</b> Grande _____ Pequeño _____
( ) 2L	<b>Reconoce más y menos (lam. 7).</b> Mas _____ Menos _____
( ) 3L	<b>Nombra animales (lam. 8).</b> Gato _____ Perro _____ Chancho _____ Pato _____ Paloma _____ Oveja _____ Tortuga _____ Gallina _____
( ) 4L	<b>Nombra objetos (lam. 9).</b> Paraguas _____ Vela _____ Escoba _____ Tetera _____ Zapatos _____ Reloj _____ Serrucho _____ Taza _____
( ) 5L	<b>Reconoce largo y corto (lam. 10).</b> Largo _____ Corto _____

( ) 6L	<b>Verbaliza acciones (lam. 11).</b> Cortando _____ Saltando _____ Planchando _____ Comiendo _____
( ) 7L	<b>Conoce la utilidad de objetos.</b> Cuchara _____ Lápiz _____ Jabón _____ Escoba _____ Cama _____ Tijera _____
( ) 8L	<b>Discrimina pesado y liviano (bolsas con arena y algodón).</b> Pesado _____ Liviano _____
( ) 9L	<b>Verbaliza su nombre y apellidos.</b> Nombre _____ Apellidos _____
( ) 10L	<b>Identifica su Sexo.</b> Niña _____ Niño _____
( ) 11L	<b>Conoce el nombre de sus padres.</b> Papá _____ Mamá _____
( ) 12L	<b>Da respuestas coherentes a situaciones planteadas.</b> Hambre _____ Cansado _____ Frió _____
( ) 13L	<b>Comprende preposiciones (lápiz).</b> Detrás _____ Sobre _____ Debajo _____
( ) 14L	<b>Razona por analogías opuestas</b> Hielo _____ Ratón _____ Mamá _____
( ) 15L	<b>Nombra colores (papel lustre azul, amarillo, rojo).</b> Azul _____ Amarillo _____ Rojo _____
( ) 16L	<b>Señala colores (papel lustre amarillo, azul, rojo).</b> Amarillo _____ Azul _____ Rojo _____
( ) 17L	<b>Nombra figuras geométricas (lam. 12).</b> Circulo _____ Cuadrado _____ Triangulo _____
( ) 18L	<b>Señala figuras geométricas (lam. 12).</b> Cuadrado _____ Triangulo _____ Círculo _____
( ) 19L	<b>Describe escenas (Lam. 13)</b> 13 _____ 14 _____
( ) 20L	<b>Reconoce absurdos (Lam. 14)</b>
( ) 21L	<b>Usa plurales (lam. 16)</b>
( ) 22L	<b>Reconoce antes y después (lam. 17).</b> Antes _____ Después _____
( ) 23L	<b>Define palabras:</b> Manzana _____ Pelota _____ Zapato _____ Abrigo _____
( ) 24L	<b>Nombra características de objetos:</b> Pelota _____ Globo inflado _____ Bolsa _____

TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB \_\_\_\_\_



**Subtest motricidad:**

<input type="checkbox"/> 1M	Salta con los dos pies juntos en el mismo lugar.
<input type="checkbox"/> 2M	Camina diez pasos llevando un vaso lleno de agua (vaso lleno de agua)
<input type="checkbox"/> 3M	Lanza una pelota en una dirección determinada (pelota)
<input type="checkbox"/> 4M	Se para en un pie sin apoyo 10 segundos o más
<input type="checkbox"/> 5M	Se para en un pie sin apoyo 5 segundos o más
<input type="checkbox"/> 6M	Se para en un pie 1 segundo o más
<input type="checkbox"/> 7M	Camina en punta de pies seis o más pasos
<input type="checkbox"/> 8M	Salta 20 cms. con los pies juntos (hoja reg.)
<input type="checkbox"/> 9M	Salta en un pie tres o más veces sin apoyo
<input type="checkbox"/> 10M	Coge una pelota (pelota)
<input type="checkbox"/> 11M	Camina hacia adelante tocando talón y punta
<input type="checkbox"/> 12M	Camina hacia atrás topando punta y talón.

TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB \_\_\_\_\_



**Universidad Privada Antenor Orrego**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Enfermería**

**ANEXO N° 4**

**HOJA DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE  
VIOLENCIA CONYUGAL**

(Cuestionario Woman Abuse Screening Tool)

1. En general, ¿cómo describiría su relación de pareja?  
Muy tensa (3) con cierta tensión (2) sin tensión (1)
2. ¿Usted y su pareja resuelven sus discusiones con ...  
Mucha dificultad (3) alguna dificultad (2) sin dificultad (1)
3. ¿Al terminar las discusiones se siente decaída o mal consigo misma?  
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
4. ¿Las discusiones terminan en golpes, empujones o patadas?  
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
5. ¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga?  
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
6. ¿Su pareja la ha maltratado a usted físicamente?  
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)
7. ¿Su pareja ha abusado sexualmente de usted?  
Muchas veces (3) A veces (2) Nunca (1)

**Puntuación:**

Con violencia conyugal : 14 a más puntos

Sin violencia conyugal : 0 a 13 puntos