

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA
EN MADRES PRIMERIZAS Y DESARROLLO PSICOMOTOR DE
LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO. CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. 2009.

TESIS
Para optar el título profesional de licenciada en enfermería

AUTORA:

Bach. JAKELIN ROXANA RODRIGUEZ DELGADO

ASESORA:

Mg. ELSA ROCÍO VARGAS DÍAZ

TRUJILLO-PERU

2010

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA
EN MADRES PRIMERIZAS Y DESARROLLO PSICOMOTOR DE
LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO. CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. 2009.

TESIS
Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Bach. JAKELIN ROXANA RODRIGUEZ DELGADO

ASESORA:

Mg. ELSA ROCÍO VARGAS DÍAZ

TRUJILLO-PERU

2010

DEDICATORIA

A MI PADRE CELESTIAL

Por ser mi principal guía, pues su amor
y su poder me impulso a seguir el
camino correcto.

La autora

**A MIS PADRES: CELIA
DELGADO, FLAVIO
RODRIGUEZ y EDELMIRA
LOZANO**, por su amor
capacidad de entrega ,
confianza y apoyo
incondicional para seguir
adelante.

**A mis hermanos ZAIDA, LUIS
Y YAJHAIRA**, que me dieron
ánimos para seguir adelante en
todo momento.

A mi papito HUGO DELGADO,
que aunque se encuentra en el
cielo. Siempre su recuerdo estará
presente en mi mente y corazón,
dándome la fortaleza y motivo par
seguir superándome.

La autora

AGRADECIMIENTO

A mi Casa de Estudio, Universidad Privada Antenor Orrego, que me albergó en toda mi formación académico profesional, en cuyas aulas está impreso mi sueño como profesional de salud.

A la Asesora: **Mg. ELSA ROCÍO VARGAS DÍAZ** por su paciencia, dedicación y apoyo incondicional para la realización del presente estudio de investigación.

De manera muy especial a los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, quienes contribuyeron en mi formación profesional científica y humanística.

Finalmente mi gratitud a las madres primerizas con sus respectivos niños menores de un año pertenecientes al Centro de Salud Materno Infantil el Bosque, quienes con su participación permitieron la realización al presente estudio de investigación.

La autora

TABLA DE CONTENIDOS

	Pag.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
TABLA DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	01
MATERIAL Y MÉTODO	25
RESULTADOS	32
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pag.
TABLA N° 1	
DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ANTES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.	32
TABLA N° 2	
DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DESPUÉS DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.	34
TABLA N° 3	
DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.	36
TABLA N° 4	
DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA MOTORA GRUESA. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.	38
TABLA N° 5	
DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA DE COORDINACIÓN. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.	40

TABLA N° 6

DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ANTES Y DESPUES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA DE LENGUAJE. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010. 42

TABLA N° 7

DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ANTES Y DESPUES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA MOTORA SOCIAL. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010. 44

LISTA DE GRÁFICOS

	Pag.
GRÁFICO N° 1	
DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ANTES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.	33
GRÁFICO N° 2	
DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DESPUÉS DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.	35
GRÁFICO N° 3	
DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.	37
GRÁFICO N° 4	
DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA MOTORA GRUESA. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.	39
GRÁFICO N° 5	
DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA DE COORDINACIÓN. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.	41

GRÁFICO N° 6

DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ANTES Y DESPUES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA DE LENGUAJE. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010. 43

GRÁFICO N° 7

DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ANTES Y DESPUES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA MOTORA SOCIAL. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010. 45

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo evaluar si la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas mejora el desarrollo psicomotor de los niños menores de 1 año del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque, 2009. El estudio es de tipo cuantitativo, método pre-experimental de corte transversal, se contó con la participación de 30 madres primerizas y sus niños menores de un año, la técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario de estimulación temprana en niños menores de 1 año y el protocolo de la escala de evaluación del desarrollo del niño de 0 a 2 años, aplicando en todo momento los principios éticos de anonimidad.

Se concluye que, la consejería de enfermería, demostró ser una intervención valiosa y exitosa para promover la calidad de la interacción de la madre con su niño, mediante la estimulación temprana; teniendo efecto significativo con un valor $p < 0.05$ sobre el desarrollo psicomotor del niño menor de 1 año.

ABSTRACT

This research study aimed to assess whether counseling on early learning in nursing mothers improves the psychomotor development of children under 1 year of Maternal and Child Health Center Forest, 2009. The study is a quantitative, pre-experimental method of cross section, are counted with the participation of 30 mothers and their children under one year, the technique used for data collection was the survey instrument used was the questionnaire early stimulation in children under 1 year and the protocol of the rating scale of child development from 0 to 2 years at any time by applying the ethical principles of anonymity.

We conclude that nursing counseling proved to be a valuable and successful intervention to promote the quality of the interaction between mother and child through early stimulation, having significant effect with ap value <0.05 on the psychomotor development of children under 1 year.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En la medida en que ha disminuido la tasa de morbilidad infantil asociada a enfermedades infectocontagiosas, han ido adquiriendo cada vez más relevancia aspectos relacionados con el desarrollo psicomotor (DSM), comportamiento, educación y crianza. Por ello el desarrollo psicomotor es considerado de suma importancia en la conservación de la salud del lactante. Es así, que los países industrializados reportan una prevalencia estimada con déficit del desarrollo psicomotor de 12 a 16% en niños menores de un año, siendo el área del lenguaje la más frecuentemente afectada (72).

Por tal motivo, la comunidad mundial en los últimos años ha enfocado sus esfuerzos a convocar a cada uno de los países, al desarrollo de programas orientados a la protección de la niñez, mejorar la calidad de vida de la misma y alcanzar niveles cada vez más altos de desarrollo; el Banco Mundial, que es actualmente la fuente de mayores recursos para programas de educación y salud en el mundo, ha puesto mayor énfasis en los niños menores de 5 años, demostrando que los niños que tienen un comienzo sano y estimulante en la vida, están mucho mejor capacitados para superar la pobreza (21,55).

Es así que, eventos como la Declaración de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (1948), la Convención de los Derechos del Niño (1989), la Cumbre a Favor de la Infancia (1990), así como numerosos simposios y eventos regionales reconocen la necesidad de que los estados emprendan medidas encaminadas a la atención de la infancia; es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS), contribuye a los países a prestar una atención sanitaria integrada y eficaz, dirigida a los niños menores de cinco años, con el fin de mejorar la salud infantil; así también el Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, aspira a un mundo en el que los niños gocen del grado máximo de salud y desarrollo (21,46).

Por otro lado, la mayor población de América Latina corresponde a niños menores de 5 años, siendo 38% niños menores de un año, así mismo, han desarrollado estrategias encaminadas a la atención de la niñez, comprobando que la falta de estimulación temprana puede dejar lagunas importantes en la inteligencia global de los niños menores de 5 años (44,54).

Por tanto, en Chile según Encuesta de Calidad de Vida y Salud (2008), reportó que el 11% de los niños presenta retraso del desarrollo psicomotor, y un 30% de los niños está en riesgo; por tal motivo han desarrollado programas de estimulación temprana encaminados a mejorar el desarrollo del niño, con el fin de investigar oportunamente problemas neurosensoriales y sus patologías que podrían formar algunos retrasos o causar daños irreversibles; y a la vez capacitar a

los padres o personas a cargo del cuidado de los niños, para aumentar su eficacia como agentes de estimulación (62,63).

Teniendo en cuenta que, el Instituto Nacional de Estadística e Información (2008), reporta que la población total del Perú asciende a 28 millones 220 mil 764 habitantes, siendo la población menor de 1 año de 32 186, de los cuales el 60% de ellos viven en hogares de pobreza y pobreza extrema (17,70); el Ministerio de Salud, concreta su propósito en el crecimiento y desarrollo, ya que declaran tener como objetivo “promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años”, así mismo, reportó un descenso en la captación de niños en el sub programa del control de crecimiento y desarrollo, tal como se evidencia que en el año 2003 los niños menores de 1 año captados fueron el 60.5% y en el año 2004 fueron el 58.7% (36,65).

Por otro lado, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reporta sobre el estado de la niñez en el Perú sobre el Índice de Desarrollo del Niño (IDN) en los primeros 5 años de vida (2004-2006) que Lima, Callao, Ica, Tacna, Tumbes y Moquegua se encuentran entre los que tienen un mejor desempeño relativo en el IDN de 0.85-0.78%, en la Libertad su IDN es de 0.59%. Según el Ministerio de Educación en el Perú (2006), reportó que el 97.1% de los niños menores de un año no son atendidos por el sistema educativo (17,73).

Así mismo, la situación de la niñez en el Perú es resultado de las condiciones de pobreza a lo largo de generaciones y la falta de atención por parte del estado al cumplimiento de los derechos a la vida, educación y desarrollo

pleno; la cual está determinada por el contexto socioeconómico y cultural del país y, en particular, por las condiciones de las familias con las que viven, espacio en el que crecen, se socializan y desarrollan (16).

Una de las etapas más importante, es el primer año de vida el cual se caracteriza por grandes cambios crecimiento, diferenciación, adquisición y perfeccionamiento de funciones, las cuales están sometidas desde el nacimiento a la acción de factores biológicos y sociales que pueden alterar el desarrollo, e incluso retrasarlo, por lo que resulta importante potenciar el desarrollo del niño a través de la estimulación temprana (35).

El documento de la declaración de los Derechos del Niño, formulado en 1959, ha sido uno de los acontecimientos que dieron origen a la llamada estimulación temprana; de allí, el Instituto Interamericano del Niño, La organización Mundial de la Salud, la Asociación Americana de Salud Pública y otros congresos internacionales destinados a tratar problemas infantiles comenzaron a considerar este sistema de acciones. En esta época su concepción se enfocaba en la posibilidad de brindar una atención especializada a los niños que nacían en condiciones de alto riesgo biológico y psicosocial (2,10,13).

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a la estimulación temprana como el conjunto de acciones que en calidad y oportunidad adecuadas, tienden a proporcionarle al niño las experiencias necesarias en los primeros años de vida para desarrollar su capacidad potencial,

esta debe realizarse como un juego, primero provocar en el niño el “Deseo de hacer” aquello que debe realizar. Saber “Escuchar” al niño en vez de dirigirlo, estar “alerta” a sus estados internos, deseos y demandas. Durante la estimulación, es más importante la “Forma” como se hace y se le habla al niño (47).

Así también, el Servicio Precoz y Rehabilitación Funcional de Cornellá de Llobregat citado por Marcos, define la Estimulación Temprana como “la atención que se da al niño en las primeras etapas de su vida, con el fin de potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante unos programas sistemáticos y secuenciales que abarcan todas las áreas del desarrollo humano, y sin forzar el curso lógico de la maduración” (31).

Por otro lado, la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), en su módulo fundamentos de la Estimulación Temprana (2004), refiere que la estimulación temprana es un proceso de atención integral al niño, que incluye enseñanza aprendizaje con ejercicios motores, sensoriales, comunicación gestual y verbal, apoyo y mediación del adulto, que le brinde oportunidades para explorar su entorno, jugar, experimentar, reflexionar y desarrollar su motivación y afán de logro para aprender y persistir con iniciativa, espíritu emprendedor y creativo (12,33).

Al igual, Álvarez H (2005), define la estimulación temprana como “El conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste

necesite desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico”, cuidar de su condición biológica y de los aspectos sociales; favoreciendo el descubrimiento de sí mismos y el mundo que los rodea, así como también su adaptación al cambiante mundo social y tecnológico. Sosteniendo, que estimulación temprana es toda aquella actividad de contacto o juego con un bebé que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potencialidades intelectuales, para facilitar el aprendizaje y proporcionar al niño una sensación de seguridad y goce. Este tiene lugar mediante la repetición útil de diferentes eventos sensoriales (1,47).

El objetivo primordial de la estimulación temprana es ayudar en el proceso de formación de la estructura del cerebro humano, proporcionando estímulos adecuados y oportunos, para permitirle al niño alcanzar un desarrollo con gran variedad de potencialidades. Además se caracteriza por ser sistemática, acorde con la edad de desarrollo del niño y con el medio ambiente en que vive. Pues, posee una secuencia porque a cada paso que el niño da en su desarrollo le continúa otro que igualmente precede a nuevos cambios. Es personalizada, porque se vincula a las necesidades de cada niño y a las características socioculturales de su entorno. Es especializada, en la medida que requiere de una preparación específica por parte de quien la imparta (1,2,20).

La estimulación temprana también sirve para establecer el vínculo afectivo madre - hijo. John Bowlby, formuló la teoría del vínculo afectivo y afirmó, que es esencial para la salud mental de un niño el que tenga una relación

íntima, cálida y continua con su madre que implica un acercamiento de tipo emocional positivo (45,47,71).

Jean Baker Miller, en su teoría relacional aseguró que es importante el crecimiento de la personalidad del niño, para que se identifique con actividades de vigilancia, responde a las emociones de los que le brindan cariño y actúa para que la relación progrese hacia un mayor bienestar mutuo, esto ocurre dentro de las relaciones con su madre (53).

Si el niño no recibe estimulación temprana, éste puede presentar deficiencias psicomotoras en cualquiera de sus áreas. La falta de conocimiento y práctica respecto a estimulación temprana, especialmente en las madres primerizas, por su inexperiencia e inseguridad exponen a estos niños a una privación de estímulos que podrían originar un deterioro en su calidad de vida limitando su desarrollo biopsicosocial; por lo tanto en ausencia de una adecuada intervención respecto a la estimulación temprana del niño, pueden ocurrir trastornos en su desarrollo psicomotor que llegan a persistir hasta la vida adulta y determinar problemas de aprendizaje como un menor rendimiento académico y una rotura en las relaciones sociales (56,57,62).

Considerando, que la madre es la primera persona con quien el niño entra en contacto, la madre siente la necesidad de arrullarlo, cantarle, acariciarlo, de cuidarlo y tenerlo en sus brazos. Éste a su vez le responde con un gesto de bienestar, o simplemente con su mirada. Siendo a través de la madre, que el niño

va a acceder al conocimiento y al dominio del mundo. Por ello se hace necesario actuar rápidamente para dar la orientación necesaria a la madre, ya que con la presencia materna física, con el conocimiento y con las actividades de estimulación que le realicen al niño va a apoyar el desarrollo infantil normal (1,26,48).

Por lo tanto, Vygotsky (1964) en su teoría sociocultural cognoscitiva, sostiene que el conocimiento es situado y colaborativo, no se genera dentro del individuo, sino que se construye a través de las interacciones con otras personas y objetos de la cultura. Esto sugiere que los conocimientos pueden mejorar por medio de la interacción con otras personas; es decir, cada madre primeriza desarrolla competencias que aprende de los miembros más hábiles de la sociedad, en este caso del profesional de enfermería. El objetivo implícito de este aprendizaje es proporcionar la instrucción y el apoyo que las madres primerizas necesitan para adquirir conocimientos y habilidades sobre estimulación temprana con el fin de lograr el desarrollo normal de su niño (60,68).

Así mismo, destacó que la interacción social de los niños con adultos, es indispensable para el avance del desarrollo cognoscitivo; uno de los puntos clave para que el mediador encare la estimulación de un pequeño es ubicar la zona de desarrollo próximo; que es el conjunto de habilidades, conocimientos, y conceptos que está adquiriendo, pero que no puede aún dominar sin ayuda; este espacio se ubica entre lo que el niño ya ha aprendido o puede abordar por sí solo y aquellos aprendizajes que podrán llevarse a cabo en el futuro. En esta zona, un niño puede

aprender a través de estímulo y de las propuestas apropiadas del adulto. La mejor manera de lograr este objetivo es a través de la participación guiada: el profesional de enfermería involucran a los niños, que a través de las madres participen en actividades conjuntas, ofreciéndole no sólo instrucción sino también compromiso mutuo en varias prácticas (2,60,68).

Desde que el niño nace tiene todas sus potencialidades para el desarrollo de su inteligencia y son sus padres quienes deciden desarrollarla. Ellos se convierten en el elemento clave para su estímulo psíquico y físico; el niño construye su personalidad y su autoestima a través de un proceso constante de interacción con sus padres (1,44).

Por otro lado, los conocimientos científicos actuales han identificado la importancia de los primeros años de vida del ser humano, por lo que deben manejarse adecuadamente por ser fundamentales para el futuro, ya que esta edad influirá positivamente o negativamente en el desarrollo del individuo; las potencialidades iniciales de los niños comienzan a activarse durante los tres primeros años de vida en todas las áreas de desarrollo. Es así que el crecimiento del cerebro, es un proceso permanente fundamental para el desarrollo físico, cognitivo y emocional, al momento del nacimiento, el cerebro del niño menor de un año sólo tiene de un cuarto a un tercio de volumen en relación al del adulto; llegando a un 90% a los tres años de edad (1, 2,51).

Por lo tanto, el cerebro del recién nacido contiene más de cien mil millones de neuronas, por el contrario, posee menos dendritas y sinapsis de las que tendrá en el futuro, durante los primeros meses y los primeros años se produce un crecimiento y refinamiento acelerados en los axones y dendritas, y se producen la sinapsis, especialmente en la corteza cerebral. El crecimiento dendrítico es la principal razón por la cual el cerebro triplica su peso en los primeros dos años. Se estima que el número de dendritas de la corteza cerebral se multiplica por cinco durante los 24 meses de vida; por lo tanto, la plasticidad es mayor en los primeros años de vida y disminuye gradualmente con la edad, por lo que el aprendizaje y la recuperación se verán potenciados si se proporcionan experiencias o estímulos precoces al niño (59,68).

Es necesario proteger y estimular adecuadamente el organismo durante su periodo de crecimiento con el fin de prevenir daños en el desarrollo físico, mental y social, particularmente en la edad en que el sistema nervioso central está en desarrollo y es moldeable, plástico y fácilmente se lesiona, pero también accesible a los estímulos, con lo cual se lograría la potencialización máxima de las condiciones físicas y mentales del niño. De ahí la importancia de la estimulación realizada de manera temprana (1,48).

El niño menor de un año tiene un gran interés por todo lo nuevo: personas, juguetes y situaciones diferentes, le gusta que lo tomen, que le hagan cariño, que le hablen. Es capaz de coger objetos con sus manos e intentará

desplazarse de un lado a otro, al desplazarse irá dejando una huella de desorden y descubrirá que hay objetos interesantes para alcanzar (3,43,58).

Al finalizar el año, el niño es un ser totalmente distinto del recién nacido indefenso y pasivo. Ahora tiene un creciente sentido de sí mismo, de su existencia, es capaz de percibirse como un ser humano separado y distinto. Tiene conocimiento de su tamaño, necesidades y gustos; estará sobresaliendo como una persona en toda su plenitud; además, el niño no querrá permanecer quieto en ninguna parte; su mundo ahora es controlado por él, puede hacer voluntariamente lo que le resulte interesante (3,58).

La teoría psicoanalítica destaca que las experiencias tempranas con los padres determinan en gran medida el desarrollo. Según Freud (1985), sostuvo que en cada etapa la satisfacción sexual (proveniente de la estimulación de la boca) se relaciona con las primeras necesidades y desafíos que surgen del desarrollo. Al igual, Eric Erikson basó su teoría en etapas psicosociales y aseguró que si la interacción social inspira confianza y seguridad, el niño se comprometerá con fiabilidad en la exploración del mundo social, incorporándolo en su personalidad (60,64,68).

Del mismo modo, la teoría cognitiva de Jean Piaget, concibe a la inteligencia como la capacidad que tiene cada individuo de adaptarse al medio que le rodea, adaptación que requiere del equilibrio entre los mecanismos de asimilación y acomodación; operando incluso en niños muy pequeños. Además

describió cuatro periodos característicos de la inteligencia, el primero comienza con el nacimiento y finaliza a los 24 meses, lo denominó inteligencia sensoriomotriz, ya que los bebés aprenden a través de sus sentidos y sus habilidades motoras (48,64,68).

Por tal razón, durante el control de crecimiento y desarrollo (CRED), se evalúa el desarrollo psicomotor del niño, el cual está dividido en 4 áreas: motora, coordinación, lenguaje y social. En el área motora, el niño adquiere fuerza muscular y control de sus movimientos, lo cual le va a permitir primero conocer su propio cuerpo y más adelante el mundo que lo rodea; el área de coordinación, está orientado a desarrollar destreza de las manos y dedos para tomar diferentes tipos de objetos (28,39,40).

En el área de lenguaje, el niño se comunica haciendo uso de diversas formas de expresión, es decir a través de las primeras manifestaciones llanto, balbuceos, sonidos, gestos, emisiones vocálicas, risas y gritos. El niño poco a poco va emitiendo sonidos hasta que logra pronunciar sus primeras palabras. Finalmente el área social, le proporciona los elementos necesarios para adaptarse al medio ambiente donde se desenvuelve (1,60).

Es así que, la enfermera basada en la concepción holística del ser humano, enfoca su acción a la atención del individuo sano, para reconocer sus necesidades interferidas y satisfacerlas de manera eficiente y oportuna, reduciendo

la incidencia de problemas de salud más frecuentes como es el desarrollo psicomotor de los niños (29,49).

La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en su intervención en el IX Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería refirió que : “Enfermería es una profesión centrada en la concepción holística de la persona; que ostenta una práctica integral, preventiva promocional y recuperativa; que trabaja con seres humanos, familias, grupos, comunidades y sociedad en su conjunto, se constituye en un grupo estratégico para liderar e impulsar importantes transformaciones que se requieren en salud, tales como la humanización de la atención, los cambios de paradigmas teniendo como eje la promoción de la salud, la participación de los usuarios en la gestión, la creación de nuevos espacios y modalidades para la atención” (42,52).

Del mismo modo, la Ley de Trabajo del Enfermero Profesional en el capítulo I, artículo 2 refiere que, “La enfermera(o), como profesional de la Ciencias de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integrales, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población” (42).

El rol docente de la Enfermera desempeña un papel importante en la promoción de la salud; porque transmite conocimientos necesarios para que los individuos adopten de forma racional y consciente las mejores conductas de la salud; por tal motivo la enfermera diseña, planifica y participa en programas de educación continua a personas, familias, comunidad; como es la consejería, objetivo fundamental para contribuir a elevar el nivel de preparación psicológica y participativa de la madre (6,15,69).

Por lo tanto, Hildegarde Peplau en 1952, desarrolla la primera teoría sobre el ejercicio de la enfermería, según una perspectiva centrada en la relación interpersonal la relación Enfermera – usuario, según Peplau: “Es un proceso interpersonal terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable”. Esta teoría orienta a la enfermería como un proceso interpersonal terapéutico entre una persona que necesita ayuda y un profesional de enfermería capaz de reconocer y responder a la necesidad de ayuda, satisfaciendo sus necesidades para que el niño logre un desarrollo psicomotor normal, ya que para lograr esto, la madre tiene un valor principal en la estimulación del niño (14,16).

Considerando la relación Enfermera - usuario, según la teoría de Peplau y las características de una madre primeriza se establecen las siguientes fases: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. La orientación, es el inicio de las relaciones, cuando la madre reconoce una sensación de necesidad y busca ayuda profesional. Por lo cual, es importante que en esta fase la enfermera

entre en relación con la madre primeriza en el momento en que ella toma contacto con la Institución de Salud, lo cual determinará la aceptación por parte de ella a la ayuda propuesta por la enfermera, asegurando la continuidad del control de su niño (14,37).

Por otro lado, se da inicio a la fase de identificación cuando la primera impresión de la madre se clarifica, conoce la situación y responde de una manera selectiva a las personas que pueden ayudarle, lo que le permite expresar sus sentimientos relacionados con la percepción del desarrollo de su niño. En ésta fase la enfermera asume un rol de liderazgo, tratando de dirigir el aprendizaje constructivo, permitiendo que el niño a través de la ayuda de su madre, fortalezca su personalidad y desarrollo (7,22,37).

Así mismo, en la fase de aprovechamiento la madre sabe lo que puede esperar y lo que se le ofrece, tratando de aprovechar al máximo la relación con la enfermera, para obtener el mayor beneficio posible. La enfermera, por medio de la comunicación, ayuda a la madre a entender con claridad la importancia del desarrollo psicomotor normal de su niño. (7,22,37).

Finalmente, la ultima fase, llamada resolución, implica un proceso de liberación, para tener éxito depende del logro de las anteriores fases, se abandona de forma gradual los anteriores objetivos y se adoptan otros nuevos relacionados con el entorno psicosocial para que el niño a través de su madre, logre insertarse exitosamente en su entorno familiar y social (7,22,38).

En este contexto, el papel de la enfermera es apoyar al individuo, familia y comunidad en sus necesidades y problemas, centrada en una práctica integral, preventiva promocional; siendo necesario que la enfermera establezca con las madres primerizas una interrelación de calidad humana, como es la consejería; con la finalidad de disminuir sus temores, ansiedad, dudas, inseguridad y preocupación acerca del desarrollo de su niño (22)

Por lo tanto, la Consejería de Enfermería es una técnica de comunicación interpersonal, que permite a la enfermera conocer y entender en forma más profunda las necesidades de apoyo e información que requiere el individuo, a partir del dialogo y análisis conjunto de las motivaciones, dudas, expectativas y sentimientos relacionado a como las madres primerizas deben estimular tempranamente a sus niños para que logren el desarrollo de sus habilidades (11,32).

La intervención mediante la consejería permite orientar a las madres primerizas a ejercer la estimulación de manera temprana en sus niños, con el fin de lograr el desarrollo integral de sus hijos. Por lo tanto es decisivo el rol de la madre como agente ejecutor y de mayor connotación afectiva para la estimulación en cada una de las edades de sus niños (72).

Debe llevarse a cabo en un tiempo promedio de 30 a 45 minutos por sesión, la frecuencia dependerá de las necesidades del consultante y de cómo asimile las indicaciones. Lo ideal es tener más de una sesión para facilitar el

trabajo de orientación y apoyo; deberá desarrollarse en un lugar donde garantice la privacidad y la confidencialidad y en un ambiente tranquilo, sin ruidos, ventilado e iluminado (37).

De aquí, la importancia de los principios que se debe desarrollar durante la consejería, como es, Privacidad, entendiéndose como el ambiente adecuado, libre de ruido. La Confidencialidad, se refiere a reservar la información que nos brinde las madres primerizas acerca del desarrollo psicomotor de sus niños. La Imparcialidad, en ella se debe abstenerse de dar su opinión sobre el motivo de consulta. Voluntariedad, es la atención brindada al consultante, y veracidad es dar información clara, concreta y leal (23,37).

Entendiendo, que las cualidades que debe tener la Enfermera durante la consejería es; la conciencia social, que es el acto mental y juicio analítico que realiza la enfermera, prevaleciendo la sensibilidad humana, cuando juzga la moralidad de una acción, de acuerdo a los principios de la ley natural. Escuchar activamente, significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla, entender, comprender o dar sentido a lo que se oye. Empatía, es la capacidad para entender las necesidades poniéndose en el lugar de otros y responder correctamente sus reacciones. Respeto, saludar al consultante, presentarse y explicar el tipo de atención que brinda (23).

Por tal razón, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo, de 1994, para dar validez a los pasos de la consejería en salud, el

Ministerio de Salud del Perú (MINSA), creyó oportuno diferenciar este tipo de comunicación interpersonal en cinco pasos: establecer una relación cordial, identificar necesidades, responder a las necesidades, verificar la comprensión y mantener la relación cordial (37)

Tomando en cuenta, los pasos de la consejería en salud y la madre primeriza con su niño menor de un año, tenemos lo siguiente: el primer paso, establecer una relación cordial, significa “Actitud positiva del profesional de enfermería aplicando los elementos de la comunicación interpersonal, utilizando un lenguaje sencillo, ambiente de confianza, respeto humanizado, sencillez personal; las mismas que se deben evidenciar en los siguientes procesos de recepción, entendimiento y comprensión interpersonal (37).

Por otra parte, el segundo paso es identificar las necesidades de la madre primeriza con su niño menor de un año, significa respeto, apoyo y trato humanizado de su situación personal, mientras se atienden sus necesidades inmediatas, actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de servicios y respeto a la confidencialidad. Los mismos que se deben evidenciar en los siguientes procesos de preguntas y respuestas entre la enfermera y las madres primerizas (37).

Así mismo, el tercer paso, responder a las necesidades, significa, brindar información sobre la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de su niño y realizar conjuntamente con las madres primerizas ejercicios de

estimulación de acuerdo a la edad del niños. Dicha información será completa e integral, se deberá responder, aclarar dudas y corregir conceptos erróneos (37).

Seguido, el cuarto paso, verificar la comprensión, se debe evaluar si las madres primerizas a comprendido como estimular a sus niños, para ello las madres primerizas deben realizar en sus niños los ejercicios de acuerdo a la edad que le corresponde a cada uno, y este deberá responder activamente; y finalmente el quinto paso, mantener una relación cordial, “Preguntar a la madre cómo se siente”, y fijar conjuntamente con ella una fecha para el próximo control de seguimiento de su niño (37).

Por otro lado, las herramientas que faciliten este proceso de comunicación interpersonal tenemos: cuestionarios con preguntas abiertas; que permitan a la enfermera desarrollar con amplitud sus respuestas sin restricciones, las preguntas cerradas; son aquellas cuyas respuestas son una palabra o una frase corta, como “sí” o “no”, las palabras, frases y gestos de facilitación; aquellas que invitan al consultante a continuar con su relato, la conducción del diálogo; permite dar dirección a la conversación, se utiliza cuando la consultante está confundido y no sabe por dónde empezar, el verificar o escucha reflexiva; asegura la comprensión correcta de los mensajes, permite verificar, que conocemos el significado de lo que la consultante está diciendo, y el resumen; son declaraciones que permiten relacionar los temas que se han discutido o tratado, deben hacerse periódicamente para reforzar lo que se ha dicho y que la consultante escuche su propia declaración (37).

Haciendo referencia algunos trabajos de investigación en las que analizan variables similares al presente estudio, encontramos que:

VELA C. (2007) En su estudio “Efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses del Centro de Salud Mi Perú, Ventanilla”, obtuvo los siguientes resultados: el desarrollo psicomotor de los lactantes de 0 – 6 meses se tiene que antes de las sesiones de consejería de enfermería, existió un porcentaje considerable de lactantes que se encontraban en riesgo y/o retraso, pero luego de la aplicación de las sesiones de la consejería sobre estimulación temprana se obtuvo un desarrollo psicomotor normal (72).

GOMEZ S. (1999) En su estudio “Efectividad de un programa de estimulación temprana para favorecer el desarrollo de la conducta psicomotriz y social en niños(as) sanos(as) que asisten a la consulta externa del Hospital Infantil Juan Pablo II”, Sus resultados mostraron que el grupo experimental mejoró en un alto porcentaje, mientras que el grupo control al haber continuado en las mismas condiciones no mejoró sus conductas. Por lo tanto se comprobó que el programa de estimulación temprana es efectivo para favorecer el desarrollo psicomotriz y social del niño de 0 a 6 años (18).

Durante las prácticas en los diversos centros de salud se pudo observar que el profesional de enfermería que labora en el programa del Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED), dedica un breve tiempo a la consejería de la madre

sobre estimulación temprana. Al interactuar con las madres primerizas sobre la estimulación temprana, pertenecientes al Centro de Salud Materno Infantil el Bosque, ellas referían no saber que “es eso”, otras en cambio manifestaban que “eran cosas que sus hijos debían hacer” y otras madres refirieron que “solo lo traían para su vacuna”.

Esta problemática fue motivo para analizar, si la consejería que brinda el profesional de enfermería es eficaz, eficiente y si alcanza todos o parte de los objetivos planteados; pues, con ésta actividad se busca involucrar a las madres primerizas en la estimulación temprana para sus niños, a través del conocimiento que se les transfiere durante el control de crecimiento y desarrollo (CRED) para lograr al máximo el desarrollo psicomotor normal del niño. Así mismo este trabajo de investigación es de suma importancia para el profesional de salud, especialmente para la enfermera por que le permite conocer de cerca la verdadera problemática sobre el desarrollo psicomotor del niño y plantearse nuevos objetivos a partir de los resultados (21,30,58).

Por lo anteriormente mencionado, se creyó conveniente plantear el siguiente problema de estudio: ¿La Consejería de Enfermería sobre Estimulación Temprana en Madres Primerizas mejora el Desarrollo Psicomotor de los niños menores de 1 año. Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. 2009?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

1. Evaluar si la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas mejora el desarrollo psicomotor de los niños menores de 1 año del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque, 2009.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Medir el desarrollo psicomotor de los niños menores de 1 año antes de aplicar la consejería de enfermería sobre estimulación temprana.
2. Medir el desarrollo psicomotor de los niños menores de 1 año después de aplicar la ultima consejería de enfermería sobre estimulación temprana.

HIPÓTESIS:

H₁: La consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas mejora el desarrollo psicomotor de los niños menores de 1 año del Centro del Salud Materno Infantil El Bosque, 2009.

H₀: La consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas no mejora el desarrollo psicomotor de los niños menores de 1 año del Centro del Salud Materno Infantil El Bosque, 2009.

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODO

1. Materiales:

1.1 Universo muestral, tamaño, lugar y criterios de selección

Se trabajó con el 100% de las madres primerizas con niños menores de 1 año que acuden al Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque, durante los meses de diciembre – enero. 2009 – 2010

Criterios de inclusión:

- Las madres primerizas con niños menores de 1 año que acudieron al Control de Crecimiento y Desarrollo, que aceptaron participar en el estudio de investigación.
- Niños menores de un año con peso y talla normal para su edad que acudieron al Control de Crecimiento y Desarrollo

Criterios de exclusión:

- Las madres primerizas con niños menores de 1 año que tienen estudios superiores.

- Las madres primerizas con niños menores de 1 año que no firmaron el consentimiento informado.
- Niños menores de un año prematuros o con problemas de nacimientos.

1.2 Unidad de análisis

Madres primerizas con niños menores de 1 año que recibieron consejería de enfermería sobre estimulación temprana.

2. Método:

2.1 Tipo de estudio

La investigación fue de tipo cuantitativo, método pre-experimental de corte longitudinal; este tipo de estudio ofrece una ventaja ya que existe un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en la variable dependiente antes del estímulo, es decir hay un seguimiento del grupo. Pero se trabajó con “grupos intactos”, formados por motivos ajenos al experimento, el cual se da en un tiempo - espacio determinado (24).

2.2 Diseño de investigación

Se expresa de la siguiente manera (24).

G	O ₁	X	O ₂
---	----------------	---	----------------

Donde:

G: Grupo de estudio

O₁: Pre test

X: Estímulo “Consejería de enfermería”

O₂: Post test

2.3 Variables

Variable independiente

Consejería de enfermería:

Definición conceptual.- Es la relación entre dos personas, en donde la enfermera ayuda a la madre primeriza, a adquirir un auto-conocimiento y entendimiento para desarrollar su papel como agente ejecutor y sistematizado de la estimulación temprana, con el fin de lograr el desarrollar psicomotor normal en su niño (72).

Variable dependiente

Desarrollo psicomotor:

Definición conceptual.- Es la adquisición de habilidades motoras, de lenguaje y sociales; que se observa en el niño menor de un año de forma continuo. Corresponde tanto a la maduración de las estructuras nerviosas como el aprendizaje que el niño, va descubriéndose así mismo y al mundo que le rodea (11,39).

Definición operacional:

El desarrollo psicomotor del niño se midió a través de la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP) que evalúa las siguientes áreas:

- Lenguaje (L).- Esta área abarca tanto el lenguaje verbal como el no verbal; reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones y emisiones verbales.
- Social (S).- El comportamiento social se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a las personas y aprender por medio de la imitación.
- Coordinación (C).- Esta área comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones. (Óculo - motriz y de adaptación ante los objetos).
- Motora (M).- Se refiere al control de la postura y motricidad.

Al final de la evaluación del niño por cada área con sus respectivos ítems, se obtuvo los siguientes resultados.

Teniendo en cuenta la razón entre la edad mental (EM) y la edad cronológica (EC), (EM/EC) obteniéndose el coeficiente del desarrollo (CD), el que se convierte en puntaje estándar de que se traduce en las siguientes categorías.

- Normal: mayor o igual a 85.
- Riesgo: entre 84 y 70.
- Retraso: menor o igual a 69

2.4 Instrumentos de recolección de datos

Se solicitó el permiso al Centro de Salud Materno Infantil El Bosque, a fin de recabar las direcciones de las madres primerizas con niños menores de un año, se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión. Luego de haberse ubicado a las madres que participaron en el estudio se coordinó con cada una de ellas a fin de que puedan reunirse en un ambiente ajeno al Centro de Salud Materno Infantil El Bosque, con el fin de desarrollarse la consejería de enfermería sobre estimulación temprana.

La primera consejería fue del 14 al 22 de diciembre del 2009, la segunda consejería se realizó del 4 al 12 de enero, y la última consejería fue del 15 al 22 de enero del 2010. En la primera consejería, se tomó el pret test, aplicando el instrumento donde se evaluó el desarrollo psicomotor del niño menor de un año mediante el protocolo estandarizado por el Ministerio de Salud, elaborada por Rodriguez, Arancibia y Undurraga en 1974 (Anexo 1), y en las mismas fechas a las madres primerizas, se les aplicó el cuestionario de estimulación temprana en niños menores de 1 año, elaborado por la autora, éste instrumento consta de dos partes. En la primera parte se encuentran los datos de identificación, en la segunda parte se consideran datos específicos sobre estimulación temprana, el cual consta de 10 ítems con valor de 2 puntos cada pregunta (Anexo 2). En la segunda consejería se brindó información sobre estimulación temprana y se realizó ejercicios de estimulación a cada niño en presencia de la madre.

Y en la última consejería se aplicaron los mismos instrumentos de la primera sesión, para evaluar si la consejería impartida por la autora mejoró el desarrollo psicomotor de los niños menores de 1 año en el Centro Salud Materno Infantil El Bosque.

2.5 Procedimiento y análisis estadístico de datos, especificando el programa de computación utilizado

En el presente estudio, las participantes tuvieron conocimientos del propósito de la investigación y del instrumento que se les aplicó. Se respetó en todo momento los principios éticos de anonimidad, participación voluntaria; asimismo, se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada, garantizándoles que no se dió a conocer a otras personas. Se respetó en todo momento los principios éticos aplicando previo al consentimiento informado. (Anexo 2).

Análisis estadístico

Luego de haberse obtenido la información de las unidades muestrales que conformó el grupo de estudio, se procedió a la tabulación electrónica de los datos utilizando el paquete estadístico SPSS 15. Los resultados se presentaron en cuadros y gráficos estadísticos.

Los resultados se ilustraron mediante cuadros estadísticos de Correlación de acuerdo a los objetivos propuestos, además de sus respectivas gráficas de doble entrada. La comparación de las variables se realizó mediante la prueba t de student y se consideró como nivel de significancia un valor $p < 0.05$.

Confiabilidad:

El instrumento fue sometido a la prueba de confiabilidad del alfa de Crombach, obteniéndose un valor α entre 0.70 y 0.90, valor que es considerado satisfactorio, quedando por consiguiente el instrumento de evaluación apto para su aplicación.

Prueba piloto:

El instrumento de la presente investigación se aplicó a 10 madres primerizas con niños menores de 1 año que acudieron al Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud La Noria, que aceptaron participar en el estudio de investigación, así mismo sirvió para proporcionar la base necesaria para la validez y confiabilidad de los mismos. Se realizó la validación por el juicio de expertos; quienes consideraron que el instrumento contiene los reactivos suficientes y necesarios, para ser utilizados.

Validez:

Asimismo, para determinar la validez, en términos de consistencia interna, se utilizó el coeficiente producto momento de Pearson y para precisar con exactitud la correlación se usó el corrector de Mc Nemar; quien sostiene que si el valor hallado es mayor a 0.21 el ítem se considera válido. Los resultados estuvieron entre 0.30 y 0.70 por lo que se determina que el instrumento presenta una buena validez.

CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N° 1

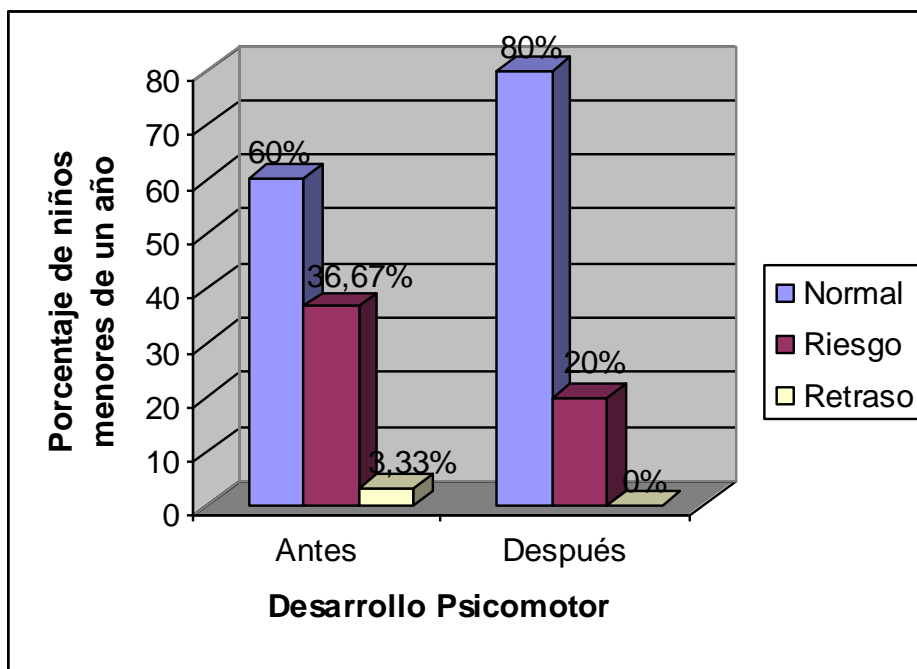
**DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA
SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA. CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO,
2009-2010.**

DESARROLLO PSICOMOTOR	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
Normal	18	60.00	24	80.00
Riesgo	11	36.67	06	20.00
Retraso	01	3.33	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

Fuente: escala de evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 0 a 2 años.

GRÁFICO N° 1

**DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA
SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA. CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO,
2009-2010.**



Fuente: tabla N°1

TABLA N° 2

**DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
ANTES Y DESPUES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA
SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA DE MOTORA
GRUESA. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE.
DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.**

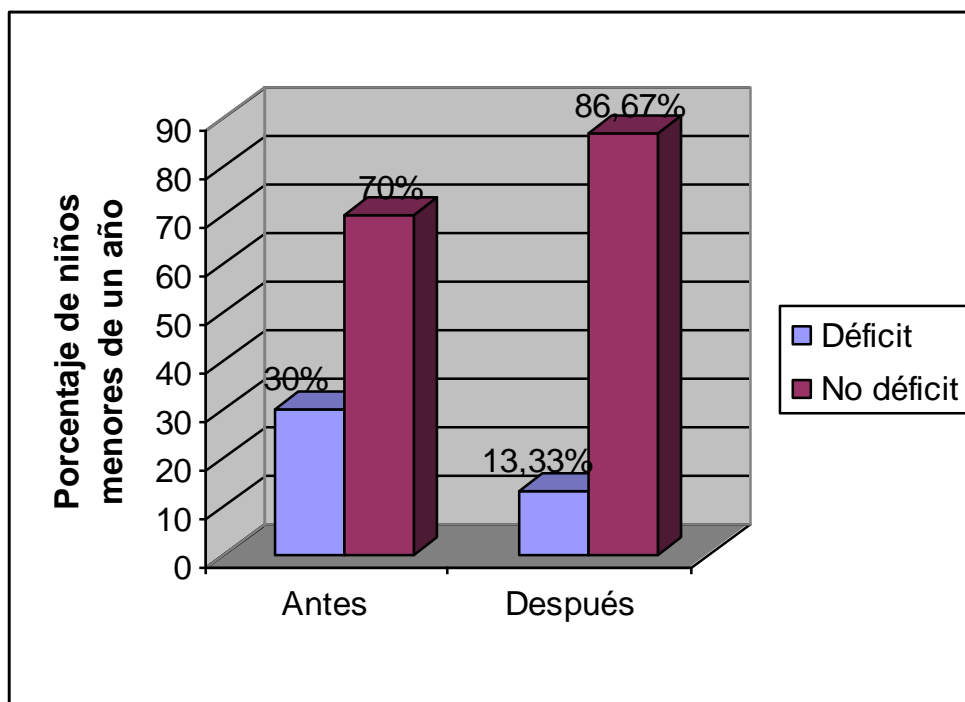
DESARROLLO PSICOMOTOR	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
Déficit	09	30.00	04	13.33
No déficit	21	70.00	26	86.67
TOTAL	30	100.00	30	100.00

Fuente: escala de evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 0 a 2 años

GRÁFICO N° 2

DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
ANTES Y DESPUES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA
SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA DE MOTORA
GRUESA. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE.

DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.



Fuente: tabla N°2

TABLA N° 3

DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

ANTES Y DESPUES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA

SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA DE

COORDINACIÓN. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL

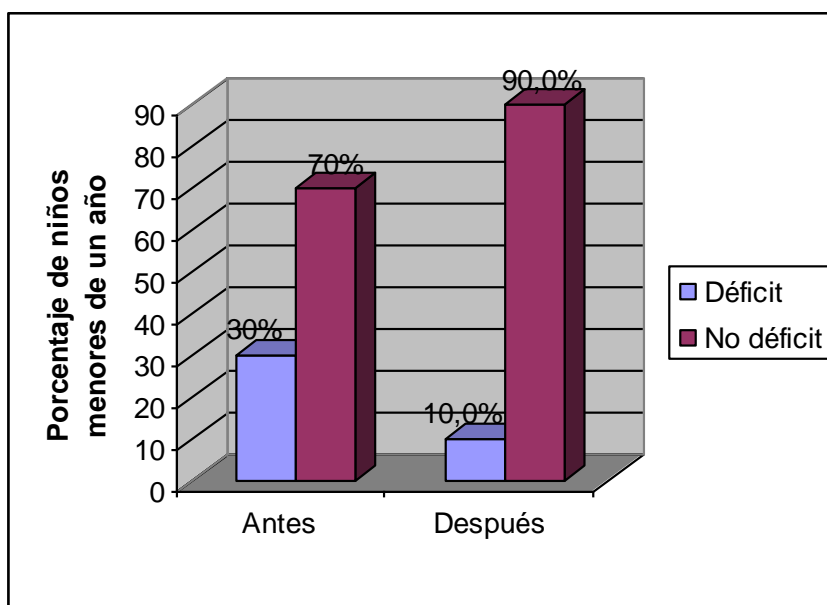
BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.

DESARROLLO PSICOMOTOR	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
Déficit	09	30.00	03	10.00
No déficit	21	70.00	27	90.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

Fuente: escala de evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 0 a 2 años

GRÁFICO N° 3

**DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
ANTES Y DESPUES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA
SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA DE
COORDINACIÓN. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL
BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO, 2009-2010.**



Fuente: tabla N° 3

TABLA N° 4

DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

ANTES Y DESPUES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA

SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA DE LENGUAJE.

CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE

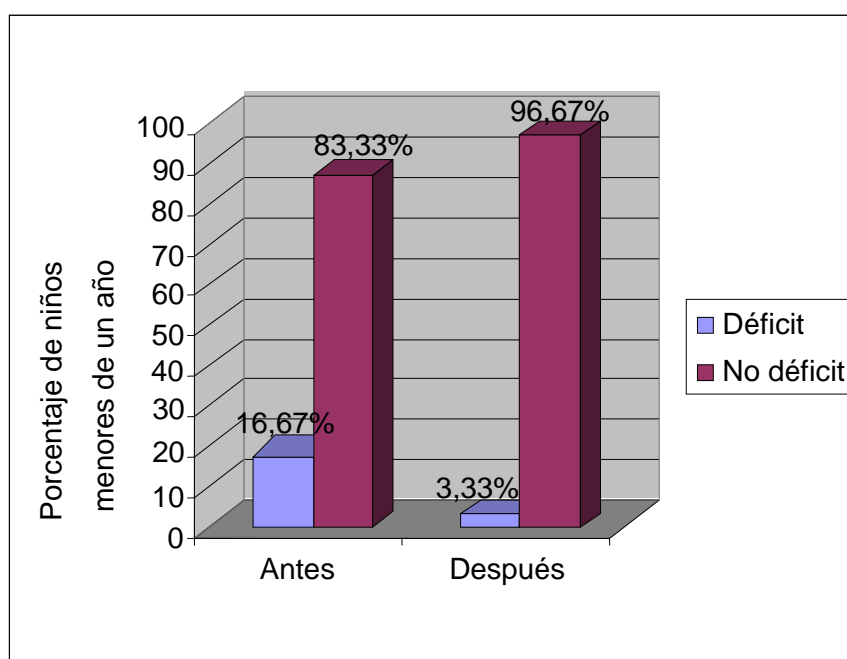
- ENERO, 2009-2010.

DESARROLLO PSICOMOTOR	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
Déficit	05	16.67	01	3.33
No déficit	25	83.33	29	96.67
TOTAL	30	100.00	30	100.00

Fuente: escala de evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 0 a 2 años

GRÁFICO N° 4

**DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
ANTES Y DESPUES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA
SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA DE LENGUAJE.
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE
- ENERO, 2009-2010.**



Fuente: tabla N° 4

TABLA N° 5

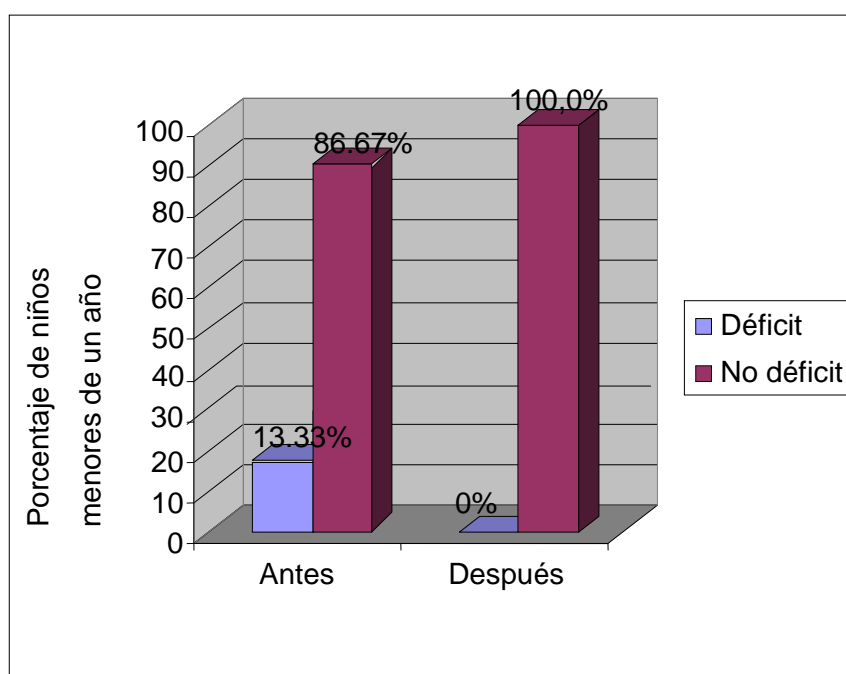
**DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
ANTES Y DESPUES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA
SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA SOCIAL. CENTRO
DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO,
2009-2010.**

DESARROLLO PSICOMOTOR	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
Déficit	04	13.33	0	0.0
No déficit	26	86.67	30	100.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

Fuente: escala de evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 0 a 2 años

GRÁFICO N° 5

**DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
ANTES Y DESPUES DE APLICAR LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA
SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL AREA SOCIAL. CENTRO
DE SALUD MATERNO INFANTIL EL BOSQUE. DICIEMBRE - ENERO,
2009-2010.**



Fuente: tabla N° 5

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

La participación de los padres, especialmente de la madre, en el proceso de desarrollo del niño es de vital importancia, por lo tanto, es necesario promover la interacción constante de la madre con su niño. El profesional de enfermería, en su función educativa, mediante la consejería, promueve la participación de la madre, para la estimulación temprana de su hijo, con la finalidad de mejorar su desarrollo psicomotor (38).

Con respecto a los datos generales el 100% (30) de las madres primerizas con sus respectivos niños menores de 1 año, 16.67% (5) tiene entre 14 – 16 años, 53.34% (16) tiene de 17 – 19 años y 30% (9) entre 20 – 22 años. Las edades que fluctúan los niños menores de 1 año al ingreso de la consejería de enfermería, se tiene que del 100% (30), 13.33% (4) tiene 1 mes, 23.33% (7) de 2 y 3 meses, 16.67% (5) son de 4 y 5 meses, 16.67% (5) entre 6 a 8 meses y 30% (9) de 9 y 10 meses de edad. En cuanto al grado de instrucción el 10% (3) de las madres tenían primaria completa, 53.33% (16) de las madres tenían secundaria incompleta y una 36.67% (11) tenían secundaria completa.

De lo observado, podemos decir que el grupo predominante es el de las madres adolescentes quienes aún no han alcanzado la madurez física y psicoemocional suficiente para cuidar de un niño poniendo en riesgo el desarrollo

psicomotor de sus hijos por la falta de estimulación temprana, pero también se encontró madres adultas jóvenes, que se caracterizan porque han alcanzado la madurez física y psicoemocional para educar y cuidar a sus hijos (35).

En la tabla N° 1 sobre Desarrollo Psicomotor de los Niños Menores de 1 año antes y después de aplicar la Consejería de Enfermería sobre Estimulación Temprana. Centro de Salud Materno Infantil el Bosque. Diciembre - Enero, 2009-2010. Se observó que antes de aplicar la consejería, el 60% de los niños presentaron un desarrollo psicomotor normal, seguido de un desarrollo psicomotor en riesgo de 36.67%, y 3.33% para el desarrollo psicomotor en retraso. Los resultados tiene alguna similitud con VELA C (2007), quien en su estudio encontró, durante la primera consejería que el 60% de los niños tienen un desarrollo psicomotor normal, el 33.3% presente riesgo en el desarrollo psicomotor y un 6.7% estuvo en retraso. Dichos resultados no coinciden con LÓPEZ.Y., MONDALGO.K. (2008), quien encontró el 49.3% con desarrollo psicomotor normal, riesgo en un 26.7% y 14.0% en retrasos niños de 6 meses a 4 años (28,72).

Por lo tanto, en el presente estudio de investigación durante el pre-test, el 60% de los niños presentaron un desarrollo psicomotor normal, lo que significa que de alguna manera las madres primerizas tienen conocimiento respecto a la estimulación temprana o buscan la ayuda del profesional de enfermería, con el fin de que sus niños gocen de un pleno desarrollo. Por lo expuesto, se afirma que los niños menores de un año, al presentar un desarrollo psicomotor normal le va ha

permitir tener una percepción de si mismo, interrelacionarse con las personas que le rodean y finalmente tener la capacidad de adaptarse en la sociedad (38).

Por otro lado, el 36.67% presentaron riesgo en el desarrollo psicomotor, y 3.33% un desarrollo psicomotor en retraso. Lo que significa, que la enfermera tiene que intervenir con este grupo, educando a las madres que son las que más tiempo permanecen con sus niños, para superar el déficit psicomotor y mejorar la calidad de vida de los niños menores de un año. Ya que el desarrollo psicomotor hace que el niño, con sus potencialidades genéticas, que van madurando y la intervención de facilitadores ambientales, vaya construyendo su propia identidad (34,29,63).

Así mismo, está comprobado que los niños que han recibido mayor afecto e incentivos en sus primeros años de vida, poseen una buena autoestima y una imagen positiva de sí mismos, toleran más fácilmente la frustración y alcanzan con mayor frecuencia sus objetivos que aquellos que no han sido debidamente estimulados (57,63).

En tal sentido, después que se aplicó la consejería sobre estimulación temprana, se encontró que el 80.00% de los niños menores de una año presentaron un desarrollo psicomotor normal, y el 20.00% obtuvieron un desarrollo psicomotor en riesgo. Estos resultados guardan alguna similitud con Vela C (2007) quien observó que en la tercera reunión el 100% niños 0 – 6 meses presentaron un desarrollo psicomotor normal. Así mismo, son similares a los de

GOMEZ S (1997), quien comprobó que el programa de estimulación temprana es efectivo para favorecer el desarrollo psicomotriz y social del niño de 0 a 6 años (18)(72).

PANDO M., ARANDA C., AMEZCUA T. (2004) comprobó que el grupo experimental, antes de iniciar el programa de estimulación, el promedio del puntaje de desarrollo global fue de 79.2 puntos y después de la estimulación aumentó a 84.9 puntos. Por tal motivo, MORÁN C y SAAVEDRA J (2006), afirmaron, que la información que reciben las madres de estimulación temprana ayuda al óptimo desarrollo psicomotor del niño, agregando también que una información oportuna brindada por el profesional de enfermería a la madre favorecen al desarrollo psicomotor óptimo del niño, cuando se establece vínculos afectivos de comunicación (41,50).

Los resultados del pos-test, demostraron que el 80% de los niños menores de un año tienen un desarrollo psicomotor normal, lo que significa que la intervención educativa, mediante la consejería logró concientizar a las madres primerizas sobre la importancia de la estimulación temprana en su niño durante el primer año de vida. Además permitió establecer un vínculo afectivo entre las madre primerizas y su niño, por lo que cabe resaltar la importancia de la labor de la enfermera en la promoción de la salud sobre el manejo de estimulación temprana, logrando mejorar al máximo el desarrollo psicomotor en el niño menor de 1 año, previniendo el riesgo y retraso en algunas de sus áreas (36,61).

Por lo tanto, se sostiene que la consejería de enfermería no es solo dar consejo, es llevar a las madres primerizas a tomar sus propias decisiones a través de la reflexión, y la información necesaria; para que ellas realicen las actividades necesarias que logren en sus niños una estimulación temprana viéndose reflejado en un desarrollo psicomotor normal; a través de éste, el niño utilizará al máximo sus capacidades e irá ejerciendo mayor control sobre el mundo que le rodea al mismo tiempo que sentirá gran satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo (11,19,25).

En la tabla N° 2, se observó que antes de aplicar la consejería de enfermería, el 30.00% presentaba déficit en el área motora y un 70.00% no presentaba déficit en dicha área; pero después de llevarse a cabo la consejería sobre estimulación temprana solo un 13.33% presentó déficit en esta área. Estos resultados tienen alguna similitud a GOMEZ S (1997), quien encontró que antes de recibir el programa de estimulación temprana los niños el 84% estaban deficiente en el área de motricidad gruesa, posterior a recibir el programa de estimulación temprana mejoró, obteniendo un adelanto del 90%. Por otro lado, los resultados no coincidieron con Vela C (2007), quien observó que el área motora fue la más afectada con un 20% antes de aplicar la consejería, y un 0% después de llevarse a cabo la consejería (18,72).

Por tal motivo, se sustenta que el 13.33% de los niños que presentaron déficit en el área motora al final de la consejería, es porque sus músculos no han adquirido fuerza, sentido de equilibrio, por la falta de estimulación en el

fortalecimiento de ciertas capacidades y/o habilidades motoras, siendo necesario reforzar dichos ejercicios, ya que esta área posee una serie de logros o capacidades, donde cada capacidad nueva prepara al niño para enfrentarse a la siguiente; destacándose que las primeras formas de comunicación humana con el medio es la postura, tono muscular, y los movimientos (5,51).

En la tabla N° 3, se comprobó que antes de la consejería el 30.00% estaba deficiente en el área de coordinación y un 70.00% no presentaba déficit, posterior a la consejería, se logró obtener un adelanto del 90.00%, mientras que el 10.00% necesita continuar con la estimulación. Estos resultados, tienen cierta similitud a GOMEZ S (1997), donde se observa, que antes de recibir el programa de estimulación temprana los niños el 82% estaba deficiente en el área de motricidad fina, y luego de haber recibido el programa hubo un adelanto del 94% de los niños que respondieron adecuadamente (18).

Por tal motivo, los resultados del estudio de investigación demostraron una disminución de déficit motor fino en un 20%, lo que significa que se deberá seguir con la estimulación para lograr al máximo un desarrollo motor fino sin déficit, ya que éste guarda relación con los movimientos finos coordinados entre ojo y manos, siendo importante para su desarrollo integral del niño (4,66).

En la tabla N° 4, se evidenció un 16.67% de déficit en el área de lenguaje y un 83.33% no tenía déficit en dicha área; posterior a la aplicación de la consejería se obtuvo un 96.67% sin ningún déficit en dicha área, mientras que el

3.33% necesita continuar con la estimulación. Por lo tanto, existen alguna similitud con los resultados de GOMEZ S (1997), refiriendo que antes de iniciar el programa de estimulación temprana los niños el 90% estaban deficientes en el área de lenguaje, después del programa de estimulación temprana el 96% no presentaban déficit en dicha área (18).

Teniendo en cuenta, el presente estudio en cuanto a los resultados sobre el área de lenguaje, los niños sin déficit aumentó en un 13.34% después de la intervención educativa, siendo esta área fundamental para posibilitar la comunicación, la integración de las capacidades sensoriales y cognitivas de los niños. Se afirma, que el papel de la madre en esta fase es esencial, bajo la guía del profesional de enfermería (8,26,67).

Por otro lado, es necesario recordar siempre que el desarrollo del lenguaje en el niño puede darse con diferentes ritmos de evolución. No todos los niños empiezan a la misma edad ni coinciden en el momento de finalizar el proceso. En este sentido, la principal herramienta que tiene el niño para lograr sus fines es otro ser humano familiar, en especial su madre (8).

En la tabla N° 5, se comprobó que antes de iniciar la consejería sobre estimulación temprana el 13.33% presentaron déficit en el área social y un 86.67% no presentó déficit en esta área, después de brindar la consejería se obtuvieron resultados positivo, logrando el 100.00% sin déficit. Dichos resultados son similares a Vela C (2007), quien observó que en la tercera reunión el 100% de

los niños no presentó déficit en el área social. Por otro lado, los resultados no coinciden con GOMEZ S (1997), refirió que previo a recibir el programa de estimulación temprana el 88% de los niños estaban deficientes en el área social, posterior al programa de estimulación temprana hubo un adelanto de 92% de los casos (18,72).

Por lo expuesto, se afirma que el 100% de los niños sin déficit en el área social significa que las madres han trabajado conjuntamente con sus niños ejercicios de estimulación. Siendo, relevante recalcar que ésta área proporciona mecanismo de adaptación del niño con su medio; ya que el comportamiento en el área social refuerza las habilidades del niño frente a las personas y aprenden por medio de la imitación, de tal manera que la estimulación en esta área va a proporcionarle al niño actividades que le permitan satisfacer su iniciativa, curiosidad y su necesidad de obtener un mejor grado de autonomía (26,51).

No se encontró más trabajos de investigación relacionados a las variables de estudio, presentado solo lo que anteriormente se ha mencionado.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

La consejería de Enfermería individual, demostró ser una intervención válida y exitosa para promover la calidad de la interacción de las madres primerizas con el niño mediante la estimulación temprana, así tenemos que:

1. El 60% de los niños menores de un año presentó un desarrollo psicomotor normal, el 36.67% en riesgo y el 3.33% en retraso antes de aplicar la consejería en enfermería sobre estimulación temprana.
2. Después de aplicar la consejería de enfermería sobre estimulación temprana, el desarrollo psicomotor de los niños menores de 1 año mejoró en un 80.00% normal y un 20.00% en riesgo.
3. la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en las madres primerizas con niños menores de un año, fue efectiva según la prueba T de student.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

1. Que el profesional de Enfermería a cargo del Programa de Control Crecimiento y Desarrollo del Niño del Centro de Salud Materno Infantil el Bosque, realice consejería sobre estimulación temprana dirigida a todas las madres que acuden al CRED para fortalecer sus capacidades en esta área. Además, que consideren al niño como parte de una familia que incluye padre, madre, hermanos y demás, tomando en cuenta la continua interacción de ellos con el niño para lograr que este entorno influya positivamente en el desarrollo del niño, sobre todo a la población en riesgo y en retraso obteniendo un desarrollo psicomotor normal.
2. El profesional de enfermería deberá mantenerse actualizado en temas de estimulación temprana para lograr una intervención efectiva en sus niños que presenta déficit en algunas de sus áreas del desarrollo.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALVAREZ F. Estimulación temprana. En: Una puerta hacia el futuro. 6ta reimp. Bogotá: Kimpres Ltda; 2005. p. 3-9,12-17,19-22, 32, 35-37,54-56,85-93,127.
2. ANTOLÍN M. La estimulación temprana y el desarrollo infantil. 1da ed. Buenos Aires- Argentina: Roberto Condino; 2007. p. 130-132,137-139, 146-150,152, 155,160, 210-212, 219-222, 234, 360.
3. ARANGO M, INFANTE E Y LOPÉZ M. Estimulación temprana. 5ta ed. Tomo 1. Bogotá: Gamma; 2008. p. 23-26,31-34,39-43,47-51,54-57,61-64,70-72,77-79,84-89,94-96,101-104,110-114.
4. ARANGO M. Estimulación temprana. En: desarrollo fino. 2010 URL: http://www.neokids.com.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=22&Itemid=29.
5. ARANGOM. Estimulación temprana. En: desarrollo motor. 2007 URL: http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=353.
6. ASENJO R. Docencia en Enfermería. 2009 URL: <http://www.scribd.com/doc/15722650/docencia-en-enfermeria>.
7. BUSTOS E. Enfermería en salud mental. 2006 URL: http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/salud_mental_relac_ayuda.pdf.
8. CALDERÓN N. Desarrollo del lenguaje y detención de sus trastornos en el niño y la niña. 2006. URL: <http://www.grupoalianzaempresarial.com/consultorioespecializadoenlenguajeaprendizaje/trastornoslenguajeninos.htm>.
9. CASADIEGO G. El desarrollo del niño de 0 a 3 años. 3era reimp. Colombia: Edit. Gamma; 2003. p. 52, 53, 56-58, 60-64, 68-77, 80, 81, 83-98, 100-105.
10. CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. 2007 URL: http://www.mimdes.gob.pe/dgna/dna/convencion_derechos_ninho.pdf.

11. COTOC C. Consejería otorgada por el personal de enfermería en el procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU). [Tesis para optar el grado académico de licenciada en enfermería]. Guatemala. Universidad Mariano Gálvez de Guatemala; 2006.
12. DE LA CRUZ M. Diplomado en estimulación temprana. 2006 URL: [http://www.proescuela.com/Estimulacion%20Temprana/bases%20cientificas%20de%20la%20estimulación%20temprana.\[1\].doc](http://www.proescuela.com/Estimulacion%20Temprana/bases%20cientificas%20de%20la%20estimulación%20temprana.[1].doc).
13. DESARROLLO HISTORICO DE LA ESTIMULACION TEMPRANA. 2007 URL: http://www.educarjuntos.com.ar/.../estimulacion_temprana_historia.doc.
14. ENFERMERÍA HOY. Hildegard E. Peplau. 2009 URL: <http://www.enfermeriahoy.capasitio.com/?p=129>.
15. FERNÁNDEZ E. La generación de conocimiento enfermero y su gestión en las divisiones de enfermería. 2007 URL: http://www.enfermeria21.com/pfwfiles/cma/revistas/educare21/2007/37/E_nsenando1.pdf.
16. FLORES I. Ser niño en el Perú: pobreza, enfermedad y riesgo social. Paediátrica 2000; 3(1): 32-35.
17. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. Estado de la niñez en el Perú. 2006 URL: http://www.unicef.org/peru/spanish/survival_development.html.
18. GOMEZ S. Efectividad de un programa de estimulación temprana para favorecer el desarrollo de la conducta psicomotriz y social en niños(as) sanos(as) que asisten a la consulta externa del Hospital Infantil Juan Pablo II. [Tesis para optar el título de psicología]. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala; 1999.
19. GONZALES C. Consejería en salud familiar. 2006 URL: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/consejeria.pdf+consejeria+en+salud+familiar&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe>.
20. GONZALES C. Los programas de estimulación temprana desde la perspectiva del maestro. LIBERABIT 2007; 1(13): 19-27.
21. GRENIER M. La estimulación temprana: un reto del siglo XXI. 2000 URL: <http://www.campus-oei.org/celep/grenier.htm>.
22. GUEVARA L. Calidad de la interrelación enfermera- paciente según la teoría de Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2004. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en

- enfermería]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
23. GUTARRA F. Características de la consejería en planificación familiar. 2009 URL: <http://www.asesoramientoacademicount.blogspot.com/2009/06/caracteristicas-de-la-consejeria-en.html>.
 24. HERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ C Y BAPTISTA P. Metodología de la investigación. 4ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 186, 187,216.
 25. HERRERA T Y MARTÍNEZ J. Consejería de enfermería a pacientes con EPOC. 2008 URL: http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/pacientes_epoc.pdf.conse2.
 26. ICETA A, YOLDI M. Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención primaria. Anales Sis San Navarra 2002; 25(2): 35-43.
 27. LAVADO C. Correlación entre el conocimiento de las madres, el número de controles del niño menor de un año y la aplicación de las estrategias comunicacionales en el control de crecimiento y desarrollo en la micro red Santa Fe – Callao, 2008. Revista Peruana de Enfermería y Obstetricia 2008; 4(2): 1816-7713.
 28. LÓPEZ Y. Y MONDALGO K. Desarrollo Psicomotor del niño de 6 meses a 4 años Relacionado al Nivel de Conocimiento de las madres Cuidadoras sobre Estimulación Temprana en WAWAWASIS. A.A.H.H 10 de Setiembre y San Miguel, Chimbote.2008. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Nuevo Chimbote. Universidad Nacional del Santa; 2008.
 29. MACHACA S. Actividades preventivo promocionales que realiza la enfermera en la estrategia sanitaria del control de tuberculosis y en el control de crecimiento y desarrollo en los centros de salud de la RSS SJM – VMT según opinión de los usuarios en el año 2004. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
 30. MANCHAY C. Nivel de conocimientos de las madres sobre la estimulación temprana en niños menores de un año en el Centro de Salud Materno Infantil “Daniel Alcides Carrión” Lima – 2004. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005
 31. MARCOS A Y ESCOBAR R. Técnicas de estimulación temprana: guía practica para docentes.1da ed. España: Vigo; 2005. p. 4,5.

32. MARIN T. Principios de consejería cristiana. 2009 URL: <http://www.sebacdistancia.org/content/view/86/33/>.
33. MARTÍNEZ F. La estimulación temprana: enfoques, problemáticas y proyecciones. 2002 URL: http://www.oei.es/inicial/articulos/enfoques_estimulacion_temprana.pdf.
34. MEJIA N, PUERTA C Y PIZARRO M. Influencia de la estimulación temprana. 2007 URL: <http://www.conquismania.cl/ebv/manuales/influenciaestimulacion3y4ano.doc>.
35. MI MAMI ES LOGOPEDA. Niños inteligentes y creativos. 2007 URL: http://www.mamilogopeda.blogspot.com/2007_10_21_archive.html.
36. MINSA. Dirección de Salud. 2009 URL: http://www.disalimasur.gob.pe/DISA_HomeM1.aspx.
37. MINSA. Guía nacional de consejería en ITS/VIH y el sida. 2006 URL: http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/03ESN-ITS-SIDA/Archivos/GuiaNacionalConsejeriaITS_VIH.pdf.
38. MINSA /DGSP-V.01. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años. 2009 URL: http://www.cep.org.pe/new/download/NT_CRED_JULIO2009.pdf.
39. MONGE M. Desarrollo psicomotor como elemento fundamental en el desarrollo integral de niños y niñas en edades tempranas. 2005 URL: <http://www.edufi.ucr.ac.cr/pdf/ing/art2.pdf>.
40. MOORE R. Evaluación del desarrollo psicomotor. 2007 URL: <http://www.escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/EvalDessPs.html>.
41. MORÁN C y SAAVEDRA J. La información de estimulación temprana que reciben las madres y su influencia con el desarrollo psicomotor de niños de 0 – 5 años que acuden al Centro de Salud Pampas de Hospital-Tumbes-Setiembre - Diciembre 2006. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Tumbes. Universidad Nacional de Tumbes; 2007.
42. MURILLO M. Percepción de las enfermeras sobre el ejercicio de la profesión en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
43. MURKOFF H, EISENBERG A Y HATHAWAY S. El primer año del bebé. 1era ed. Bogotá: Norma; 2007. p. 254-258, 304-306, 307, 308, 358,

359, 377-379, 385, 386, 433, 434, 460-462, 465, 466, 482-484, 485, 486, 547-549, 571- 578, 593-597,598-600.

44. NOTIMEX. Falta de estimulación temprana puede afectar inteligencia. 2009 URL: <http://www.espanol.news.yahoo.com/s/03102009/4/n-latam-falta-estimulacion-temprana-afectar-inteligencia.html>.
45. OLZA I. De la teoría del vínculo a la neurobiología de apego. 2007 URL: <http://www.queoosseparen.info/articulos/perjuicios/teoriavinculo.php>.
46. OMS. Salud y desarrollo del niño y del adolescente. 2009 URL: http://www.who.int/child_adolescent_health/es/.
47. OPS/OMS. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Washington, D.C.: Organización panamericana de la salud oficina sanitaria panamericana, oficina regional de la Organización mundial de la salud; 2006. p. 45-57, 171-173, 177,189.
48. ORDOÑEZ M Y TINAJERO A. Estimulación temprana: inteligencia emocional y cognitiva. MMVII ed. Madrid- España: CULTURAL, S.A; 2008. p. 3-7,15-17, 39-41, 65-67.
49. OSORIO M. Experiencia docente en la formación de estudiantes en el área de salud ocupacional. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2002; 3(1-2): 65-7.
50. PANDO M, ARANDA C y AMEZCUA T. Estimulación temprana en niños menores de 4 años de familias marginadas. [Trabajo de investigación del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. México. Universidad de Guadalajara; 2004.
51. PAPALIA D, WENDKOS S Y DUSKIN R. Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia. 11ma ed. México: McGraw-Hill; 2009. p. 163,171, 174, 202-204, 220, 221, 245.
52. PEÑA M. IX coloquio panamericano de investigación en enfermería. 2004 URL: http://www.new.paho.org/per/index.php?option=com_content&task=view&id=485&Itemid=530.
53. PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA. 2008 URL: http://www.members.tripod.com/psico1_deshumano/psicoanalitica.html.
54. PORRO S. Situación de la infancia en América Latina. 2005 URL: http://www.dict.uh.cu/Revistas/Flacso%202006/VOL.%201%20No.2/art_SPorro11.pdf.

55. PROYECTO DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE: con apoyo del Banco Mundial. 2002
URL: http://www.oei.es/inicial/.../directorio_proyectos_dit_america_latina.pdf.
56. PROYECTO ESTIMULACION TEMPRANA DESARROLLO PSICOMOTOR. 2006 URL: <http://www.proyectosytesis.ohlog.com/proyecto-estimulacion-temprana.oh11609.html>.
57. ROBAINA G y RODRÍGUEZ V. Comportamiento del desarrollo psicomotor en el menor de 1 año, en relación con el manejo y funcionamiento familiar. Revista Cubana Med Gen Integr 2000; 16(6): 540-44.
58. RODRÍGUEZ M^a. Las 144 primeras semanas de tu hijo: con la ayuda de tu matrona. 1ra ed. Madrid: La Esfera de los Libros, S.L.; 2003. p. 183-185,195,196.
59. SÁNCHEZ J. la eficacia de los programas de atención temprana en niños de riesgo biológico. [Tesis doctoral]. Murcia. Universidad de Murcia; 2006.
60. SANTROCK J. Desarrollo infantil. 11ava ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2007. p. 39-45,212-214,228.
61. SAUL C. Latin Salud: la guía completa de la salud. 2006 URL: <http://www.latinsalud.com/articulos/00904.asp>.
62. SCHONHAUT L, ÁLVAREZ J y SALINAS P. El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor. Revista Chilena de Pediatría 2008;79 (1):26-31.
63. SCHONHAUT L, HERRERA M, ACEVEDO K Y VILLAREAL V. Estrategia de pesquisa del déficit del desarrollo psicomotor en atención primaria. 2008 URL: <http://www.revistapediatria.cl/vol5num3/3.html>.
64. SCHULTZ D Y ELLEN S. Teoría de la personalidad. 7ma ed. México: THOMSON; 2002. p.59, 60, 216.
65. SEGURA L, SANCHEZ C, BALTAZAR G, LAVADO A. Registro de datos en un servicio de crecimiento y desarrollo infantil del nivel primario. An Fac Med Lima 2006; 67(1): 59-60.
66. SHAFFET D. Psicología del desarrollo. En: infante y adolescencia.5ta ed. Mexico: Thomson; 2000. P. 44-49.
67. SILVA C. Desarrollo psicomotor del Lactante. 2007 URL:<http://www.yoeducadora.com/2007/06/desarrollo-del-lactante/>

68. STASSEN K. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. 7ma ed. Buenos Aires: Edit. Panamericana; 2007.p. 35-39,49-52,138,165-168,191-193,196,200.
69. TORRES J, HERNÁNDEZ J, OTERO M y URBINA. Funciones y tareas asistenciales de enfermería en los cuidados intensivos. 2004 URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_4_04/mie04404.htm.
70. UNICEF. Situación de la infancia en el Perú. 2005 URL: <http://www.drejunin.gob.pe/.../SITUACION%20DE%20LA%20INFANCIA%20EN%20EL%20P>.
71. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. Infancia. 2007 URL: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/psiquiatria/psicomed/psicologia/nuevoprogram/vinculo.htm>.
72. VELA C. Efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses del Centro de Salud Mi Perú, Ventanilla. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
73. VEXLER I. Plan nacional de educación para todos 2005-2010, Perú. 2006 URL:<http://www.minedu.gob.pe/educacionparatodos/.../PlanNacionalEPT2005-2015Peru01.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1

PROTOCOLO DE LA ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS (Rodríguez, S., etc.al.)

NOMBRE DEL NIÑO:

FECHA DE NACIMIENTO:

Nº DE FICHA:

ESTABLECIMIENTO:

EIDADES DE EVALUACIÓN (meses)

	2	5	8	12	15	18	21
Fecha de Evaluación							
EM/EC							
CD							
Examinador							

EDAD	ITEM	PUN - JE	EIDADES DE EVALUACIÓN (meses)						
			2	5	8	12	15	18	21
1 MES	1 (S) Fija la mirada en el rostro del examinador.	6 c/u							
	2 (L) Reacciona al sonido de la campanita.								
	3 (M) Aprieta el dedo índice del examinador.								
	4 (C) Sigue con la vista la argolla (ang. 90 °)								
	5 (M) Movimiento de cabeza en posición prona.								
2 MESE S	6 (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador.	6 c/u							
	7 (LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador.								
	8 (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador.								
	9 (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada.								
	10 (L) Vocaliza dos sonidos diferente								

EDAD	ITEM	PUN - JE	EDADES DE EVALUACIÓN (meses)						
			2	5	8	12	15	18	21
3 MESES	11 (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador.	6 c/u							
	12 (CL) Busca con la vista la fuente del sonido.								
	13 (C) Sigue con la vista la argolla (ang.180°)								
	14 (M) Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada.								
	15 (L) Vocalización prolongada.								
4 MESES	16 (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece.	6 c/u							
	17 (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla								
	18 (M) En posición prona se levanta a si mismo.								
	19 (M) Levanta la cabeza y hombro al ser llevado a posición sentada.								
	20 (LS) Ríe a carcajadas.								
5 MESES	21(SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla.	6 c/u							
	22(C) Palpa el borde de la mesa.								
	23(C) Intenta presión de la argolla.								
	24(M) Empuja hasta lograr la posición sentada.								
	25(M) Se mantiene sentado con breve apoyo.								
6 MESES	26(M) Se mantiene sentado solo por un momento	6 c/u							
	27(C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída.								
	28(C) Coge la argolla.								
	29(C) Coge el cubo.								
	30(LS) Vocaliza cuando se le habla.								
7 MESES	31(M) Se mantiene sentado solo por 30seg. o más	6 c/u							
	32(C) Intenta agarrar la pastilla.								
	33(L) Escucha selectivamente palabras familiares								
	34(S) Cooperar en los juegos.								
	35(C) Coge dos cubos, uno en cada mano.								

EDAD	ITEM	PUNJE	EDADES DE EVALUACIÓN (meses)						
			2	5	8	12	15	18	21
8 MESES	36 (M) Se sienta solo y se mantiene erguido.	6							
	37 (M) Empuja hasta lograr la posición de pié								
	38 (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos.	c/u							
	39 (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo.								
	40 (L) Dice da-da equivalente.								
9 MESES	41 (M) Se pone de pié con apoyo.	6							
	42 (M) Realiza movimientos que semejan pasos, sostenido bajo los brazos.								
	43 (C) Coge la pastilla con participación del pulgar.	c/u							
	44 (C) Encuentra el cubo bajo el pañal.								
	45 (LS) Reacciona a los requerimientos verbales.								
10 MESES	46(C) Coge la pastilla con pulgar e índice.	6							
	47(S) Imita gestos simples.								
	48(C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros.	c/u							
	49(C) Junta cubos en la línea media.								
	50(SL) Reacciona al “no”, “no”.								
12 MESES	51(M) Cambia algunos pasos de la mano.	12							
	52(C) Junta las manos en línea media.								
	53(M) Se pone de pié solo.	c/u							
	54(LS) Entrega como respuesta a una orden.								
	55(L) Dice al menos dos palabras.								

ANEXO 2



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

INTRODUCCION:

Buenos días señora, solicitamos su participación y agradecemos gentilmente su tiempo y colaboración. Por lo cual se sirva usted a responder en forma sincera las preguntas que se han formulado, asegurándoles que la información que ustedes nos brinden es confiable y anónima.

Instrucciones:

- Marque con un X la respuesta que Usted considere correcta
- Rellene los espacios en blanco

I. DATOS GENERALES:

1. Edad del bebé:.....

2. ha asistido a su último control

Si () No ()

3. Grado de instrucción:

Primaria incompleta () Secundaria Incompleta ()
Primaria completa () Secundaria completa ()

4. Número de hijos:.....

II. DATOS ESPECIFICOS:

1. Que es la Estimulación Temprana
 - a) Es la realización de ejercicios motores
 - b) Es un proceso de atención integral al niño

- c) Es un proceso de cuidados que recibe el niño
2. Como cree Usted. Que debe estimularlo a su bebé:
- a) Llevándolo al CRED.
 - b) Acariciándolo, mirándolo, hablándolo y cantándole.
 - c) Dándole juguete
3. En que momento considera Usted que debe estimularlo a su bebé:
- a) En los cuidados diarios: alimentándolo, vistiéndolo, bañándolo y jugando.
 - b) Cuando su bebé esta contento.
 - c) Solo jugando con él.
4. Por qué cree Usted. Que es importante estimular a su bebé:
- a) Para que su bebé crezca sano.
 - b) Desarrolle habilidades motoras, lenguaje y social.
 - c) Se sienta bien.
5. Usted considera que jugar con su bebé es importante porque:
- a) Permite que su bebé se distraiga
 - b) Permite que su bebé conozca sus juguete
 - c) Permite que su bebé desarrolle su personalidad, autoestima y adquiera conocimiento.
6. Desde que momento. Cree Usted que debe estimular a su bebé:
- a) cuando esta despierto
 - b) Cuando habla
 - c) Desde que esta embarazada
7. Usted cree que la relación con su bebé es importante:
- a) Para que su bebé se sienta querido.
 - b) Contribuye a su desarrollo integral.
 - c) No sea desobediente a futuro.
8. ¿Que actividades cree Usted que debe realizar para que su bebe hable?
.....
9. ¿Que actividades cree Usted que debe realizar a su bebé para desarrollar sus movimientos?
.....
10. ¿Cuales son las actividades que debe realizar su bebé a la edad que tiene?
.....
.....

ANEXO 3

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Consejería de Enfermería sobre Estimulación Temprana en Madres Primerizas y Desarrollo Psicomotor de los niños menores de 1 año. Centro de Salud Materno Infantil “EL BOSQUE”. 2009

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., después de haber recibido orientación acerca del trabajo de investigación a realizar por la Bachiller: Rodriguez Delgado Jakelin Roxana, acepto a recibir consejería y a ser evaluada con el propósito de contribuir a la realización del trabajo titulado “Consejería de Enfermería sobre Estimulación Temprana en Madres Primerizas y Desarrollo Psicomotor de los niños menores de 1 año. C.S.M.I. “EL BOSQUE”. 2009”.

Este estudio permitirá conocer de cerca la real situación del desarrollo psicomotor de los niños menores de 1 año, la cual motivara al profesional de enfermería a revisar información sobre estimulación temprana.

La consejería y la aplicación del instrumento será a una hora que a mi convenga y tendrá una duración de 30 a 45 minutos.

Entiendo que mi identidad se mantendrá en el anonimato y mis resultados serán confidenciales.

Comprendo que el resultado de esta investigación me será dado si lo solicito a la investigadora, siendo a esta la persona que debo localizar si tuviera alguna pregunta a través de una llamada telefónica por cobrar a un celular N° 94-8915743.

Fecha: / /

Madre del niño

Rodriguez Delgado Jakelin R.

DNI: 44280885

ANEXO 4

PLAN DE LA CONSEJERIA DE ENFERMERIA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

CONTENIDO	MÉTODOS	MEDIOS Y MATERIALES
Presentación de participantes. Pre test (aplicación de los instrumentos) Identificar las necesidades y contenidos apropiados a la edad del niño.	Exposición- diálogo Juegos de enseñanzas	Medios: palabra oral y escrita, contenidos y mensajes. Materiales: rotafolios, láminas y bacteria para evaluar el desarrollo psicomotor.
Contenidos y actividades apropiados a la edad del niño.	Exposición- diálogo Juegos de enseñanzas	Medios: palabra oral y escrita, contenidos y mensajes. Materiales: rotafolios, láminas y bacteria para evaluar el desarrollo psicomotor.
Post test (aplicación de los instrumentos) Agradecimiento y un incentivo por su participación durante este tiempo.	Exposición- diálogo Juegos de enseñanzas	Medios: palabra oral y escrita, contenidos y mensajes. Materiales: rotafolios, fotografía, folletos y bacteria para evaluar el desarrollo psicomotor.

ANEXO 5

EDAD DE LAS MADRE PRIMERIZAS DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTEL EL BOSQUE. DIEMBRE – ENERO, 2009-20010.

EDAD	Nº	%
14 – 16	5	16.67
17 – 19	16	53.34
20 - 22	9	30.00
TOTAL	30	100

Fuente: cuestionario sobre estimulación temprana de niños menores de 1 año.

ANEXO 6

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRE PRIMERIZAS DE LOS
NIÑOS MENORES DE UN AÑO. CENTRO DE SALUD MATERNO
INFANTEL EL BOSQUE. DIEMBRE – ENERO, 2009-2010.**

EDAD	Nº	%
Primaria Incompleta	0	0
Primaria Completa	3	10
Secundaria Incompleta	16	53.33
Secundaria Completa	11	36.67
TOTAL	30	100

Fuente: cuestionario sobre estimulación temprana de niños menores de 1 año.

