



*“Conocimiento que tienen las madres de niños/as de 6 meses de edad sobre el desarrollo psicomotor”*

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**INTEGRANTES:** Evelyn Gutiérrez Cruz

Leslie Madrid Reyes

Elizabeth Mariluán Campodónico

Joseline Mazuela Enríquez

Marisol Ramos Salazar

Gabriela Torrealba Molina

Alexandra Zamora Villarroel

**DOCENTE GUÍA:** Cynthia Yáñez Tapia

*"La enfermería es un llamado superior, un llamado honorable... El honor radica en el amor por la perfección, la consistencia y en el trabajo duro para conseguirla..."*

**Florence Nightingale**

*Queremos agradecer a Dios por guiarnos en este camino y a nuestros padres y familia por haber estado siempre a nuestro lado, apoyándonos de manera cercana con amor, cariño y comprensión.*

*Al CESFAM San Felipe El Real, por permitirnos realizar nuestra investigación en sus dependencias.*

*A las madres que participaron y cooperaron con nosotras.*

*Y a nuestros profesores, amigos y personas que directa o indirectamente nos guiaron con confianza y lealtad en el desarrollo de esta investigación.*

## PÁGINAS PRELIMINARES

Página de título.....	I
Pensamiento.....	II
Agradecimientos.....	III
Índice de materias.....	IV
Índice de gráficos.....	VII

## ÍNDICE DE MATERIAS

### **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

1.1 Introducción .....	2
1.2 Delimitación del problema.....	3
1.3 Definición de términos.....	3
1.4 Limitaciones del estudio .....	3

### **CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL**

2.1 Marco Teórico.....	6
2.1.1 Desarrollo Psicomotor como concepto .....	6
2.1.2 Epidemiología a nivel mundial, nacional y regional.....	7
2.1.3 Neurociencia como base del desarrollo psicomotor.....	8
2.1.4 Teorías e hitos del desarrollo del infante .....	11
2.1.5 Factores protectores y de riesgo en el desarrollo psicomotor .....	13
2.1.6 Influencia de la familia y la madre en el desarrollo integral del infante.....	16
2.1.7 Políticas legislativas en la protección del desarrollo integral de los infantes .....	20

2.1.8 Estimulación temprana del desarrollo psicomotor .....	24
2.1.9 Teorías de Enfermería en el desarrollo psicomotor .....	27
2.1.10 Rol del profesional de enfermería .....	29
2.2 Objetivo General .....	32
2.3 Objetivos Específicos.....	32
2.4 Definición y Operacionalización de las variables.....	33

### **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

3.1 Metodología .....	38
3.1.1 Tipo de diseño de la investigación.....	38
3.1.2 Población en estudio y definición del universo.....	38
3.1.3 Diseño muestral.....	40
3.1.4 Método de recolección de datos.....	40
3.1.5 Descripción del instrumento .....	40
3.1.6 Estudio de confiabilidad del instrumento.....	41
3.1.7 Criterios utilizados para el análisis de datos .....	42
3.1.8 Organización del trabajo en terreno .....	43

### **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y PRESENTACIÓN EN GRÁFICOS**

4.1 Análisis descriptivo de los resultados .....	46
--	----

### **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, RESUMEN Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones .....	61
5.2 Recomendaciones.....	63

5.3 Resumen.....65

## **CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA**

6.1 Bibliografía .....67

6.1.1 Referencias bibliográficas .....67

6.1.2 Bibliografía general.....70

## **CAPÍTULO VII: ANEXOS**

7.1 Anexo N°1: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) .....73

7.2 Anexo N°2: Pauta Breve del Desarrollo Psicomotor .....76

7.3 Anexo N°3: TEPSI.....77

7.4 Anexo N°4: Flujograma EEDP .....80

7.5 Anexo N°5: Flujograma TEPSI .....81

7.6 Anexo N°6: Flujograma Pauta Breve del Desarrollo Psicomotor .....82

7.7 Anexo N°7: Flujograma EEDP .....83

7.8 Anexo N° 8: Consentimiento Informado, Instructivo de llenado y Cuestionario (con puntuación correspondiente) .....84

7.9 Anexo N°9: Hoja de respuestas .....90

7.10 Anexo N°10: Tablas cruzadas.....91

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Distribución porcentual de madres según edad.....	46
Gráfico N°2: Distribución porcentual de madres según estado civil.....	46
Gráfico N° 3: Distribución porcentual de madres según nivel educacional.....	47
Gráfico N° 4: Distribución porcentual de madres según ocupación .....	47
Gráfico N° 5: Distribución porcentual de madres según tipo de familia .....	48
Gráfico N° 6: Distribución porcentual de madres según principal red de apoyo con la que cuenta .....	48
Gráfico N°9: Distribución porcentual de madres y recepción de indicaciones del desarrollo psicomotor en el último control de salud infantil.....	50
Gráfico N°10: Distribución porcentual de madres y entendimiento de las indicaciones del desarrollo psicomotor dadas por el profesional de enfermería .....	50
Gráfico N°11: Distribución porcentual de madres y justificación del entendimiento de las indicaciones dadas por el profesional de enfermería .....	51
Gráfico N°12: Distribución porcentual de madres y seguimiento de las indicaciones dadas por el profesional de enfermería en relación al desarrollo psicomotor.....	51
Gráfico N° 13 Distribución porcentual de madres según concepto del desarrollo psicomotor.....	52
Gráfico N° 14: Distribución porcentual de madres según beneficios de la estimulación del desarrollo psicomotor.....	52
Gráfico N° 15: Distribución porcentual de madres según hitos de los 6 meses en el área motora .....	53
Gráfico N° 16: Distribución porcentual de madres según hito de los 6 meses en área lenguaje-social.....	53

Gráfico N° 17: Distribución porcentual de madres según hito de los 6 meses en área de coordinación.....	54
Gráfico N° 18: Distribución porcentual de madres según estimulación del área motora a los 6 meses .....	54
Gráfico N° 19: Distribución porcentual de madres según estimulación del área lenguaje-social a los 6 meses .....	55
Gráfico N° 20: Distribución porcentual de madres según estimulación del área coordinación a los 6 meses.....	55
Gráfico N° 21: Distribución de madres según nivel de conocimiento del desarrollo psicomotor.....	56
Gráfico N°22: Nivel de conocimiento del desarrollo psicomotor y nivel educacional ....	57
Gráfico N°23: Nivel de conocimiento de desarrollo psicomotor y tipo de familia .....	57
Gráfico N° 25: Nivel de conocimiento del desarrollo psicomotor y Asistencia a Control de Salud Infantil .....	59
Gráfico N°26: Nivel de conocimiento del desarrollo psicomotor y recepción de las indicaciones en el último control de salud infantil .....	59

**Capítulo I**  
**INTRODUCCION**

## **1.1 Introducción**

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, el desarrollo infantil es un proceso que comienza en la vida intrauterina, y que incluye aspectos como el crecimiento físico, la maduración neurológica, y el comportamiento cognitivo, social y afectiva del niño y niña. Un óptimo desarrollo infantil se logra mediante la estimulación por parte de madre, padre o cuidadores del menor, en donde mediante diferentes actividades se obtiene como resultado un niño/a competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida (OPS 2006)<sup>1</sup>. Así mismo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, estableció que la meta que se busca en el desarrollo de los niños y niñas, es el despliegue máximo de sus capacidades y potencialidades, para que en el futuro puedan tener un conocimiento crítico de la realidad y una participación activa en la sociedad (UNICEF, 2004)<sup>2</sup>.

En base a estos antecedentes, las medidas puestas en marcha por el Gobierno de Chile, incluyen y enfatizan planes enfocados a la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor, lo que está incluido en el Plan Nacional de Salud que para la década del 2010-2020 plantea 9 objetivos con las correspondientes estrategias para su cumplimiento<sup>3</sup>. El objetivo estratégico N°4 plantea “Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital”, donde uno de los temas principales es la Salud Infantil, cuya meta es “disminuir 15% la prevalencia de rezago en la población menor de 5 años”. Para el logro de estas metas se han desarrollado actividades enfocadas en intervención precoz a los niños/as en riesgo de retraso del desarrollo psicomotor, desarrollo de programa de estimulación y evaluación en los niños/as menores de 6 años, formulación de planes comunales para el desarrollo integral psicosocial en sectores de extrema pobreza e identificación de niños/as en riesgo de salud mental.

Por lo anterior señalado, se determinó la necesidad de identificar cual es el nivel de conocimiento que tienen las madres acerca del desarrollo psicomotor de los niños y niñas de 6 meses de edad, considerando que las madres son las principales cuidadoras desde el nacimiento, con quienes establecen el primer contacto social afectivo formando apego a lo largo de toda la vida. Si la madre tiene un adecuado conocimiento de lo que implica el desarrollo psicomotor y sus formas de estimulación, el resultado será un infante con un óptimo desarrollo y logro de habilidades para enfrentar los desafíos de la vida.

## **1.2 Delimitación del problema**

“Nivel de conocimiento del desarrollo psicomotor que tienen las madres de niños/as de 6 meses de edad que asisten a control de salud infantil en el mes de Septiembre del año 2011 en el Centro de Salud Familiar San Felipe El Real, y sus características personales, familiares y sociales”.

## **1.3 Definición de términos**

- **Conocimiento:** información adquirida por la persona de forma directa a través de la experiencia o práctica, e indirecta a través de segundas o terceras personas acerca de un tema u objeto de la realidad.
- **Desarrollo psicomotor:** conjunto de habilidades o hitos que van apareciendo a medida que el niño/a va creciendo, y que se desarrollan mediante la estimulación para así poder desarrollarse plenamente sin forzar su curso natural de maduración.
- **Madre:** Persona que tiene lazo biológico directo con el menor, la cual está a cargo del cuidado de éste durante su infancia y lo provee de atenciones personales, psicológicas y sociales buscando su protección y bienestar.
- **Control de salud infantil:** Instancia de atención sistemática y periódica proporcionada al niño/a en el sistema de salud pública con el objeto de supervisar y favorecer su proceso de crecimiento y desarrollo.
- **Características personales:** particularidades propias de las madres en estudio tales como edad, estado civil, nivel educacional, ocupación y número de hijos.
- **Características familiares:** particularidades de la familia de las madres en estudio como tipo de familia.
- **Características sociales:** particularidades del entorno social en donde están insertas las madres en estudio, tales como ubicación de la vivienda y sus redes de apoyo.

## **1.4 Limitaciones del estudio**

- Etapa de diseño

Una limitación que se presentó en el estudio, fue el universo pequeño con el que se realizaría la investigación, ya que este constaba de un número de madres reducido e inestable. Por otro lado, los componentes de la muestra se encontraban dispersos en el tiempo lo que implicaba ir en busca de cada una de las madres.

- Etapa de ejecución

En esta etapa se produjo un cambio de CESFAM por motivos intrínsecos de la institución, a consecuencia, se debieron confeccionar nuevamente las cartas al establecimiento, implicando una adaptación del estudio.

Capítulo II  
**MARCO CONCEPTUAL**

## **2.1 Marco Teórico**

### **2.1.1 Desarrollo Psicomotor como concepto**

El desarrollo infantil es un proceso continuo, dinámico, el cual tiene una secuencia de etapas destinadas a una mayor diferenciación e integración de las funciones que se inicia antes del nacimiento y continúa a lo largo de toda la vida. Este desarrollo es un producto continuo de procesos biológicos, psicológicos y sociales que van cambiando desde el nacimiento hasta la etapa adulta.

Dentro de este desarrollo, está implícito el desarrollo psicomotor (DSM), que se define como la progresiva adquisición de habilidades en el niño/a y es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC), lo que a través del tiempo se manifestará en cambios secuenciales, paulatinos e irreversibles del individuo, siguiendo un patrón de crecimiento<sup>4</sup>. El tiempo de mayor adquisición de aprendizaje y desarrollo psicomotor es la primera infancia, en donde el niño/a descubre el mundo en el que vive y es más receptivo a los estímulos del medio ambiente, siendo el periodo de desarrollo cerebral más intenso de toda la vida, por lo que es requisito fundamental la estimulación y la alimentación adecuada.

Existen diversas áreas del desarrollo psicomotor, las cuales se van desarrollando en torno a la maduración, crecimiento y aprendizaje del infante, estas son:

- ✓ Área social: referida a la habilidad del niño/a para reaccionar frente a la presencia y estímulo de otras personas y aprender por medio de la imitación.
- ✓ Área motora: incluye motricidad gruesa, coordinación corporal general y específica, reacciones posturales y locomoción.
- ✓ Área de coordinación: involucra aquellas reacciones que requieren coordinación entre los movimientos del cuerpo y cada uno de los campos sensoriales: vista, oído, tacto y propioceptividad (sentido que informa de la posición, orientación y rotación del cuerpo en el espacio, de la posición y los movimientos de los diferentes miembros del cuerpo).
- ✓ Área de lenguaje: implica tanto el lenguaje verbal como no verbal.

Las características principales del desarrollo psicomotor son las siguientes:

- ✓ Proceso continuo, ordenado, en sucesión de etapas, en el que los cambios son predecibles.
- ✓ Proceso integral en donde todas las capacidades desarrolladas por el niño/a están relacionadas entre sí, por lo tanto, una influye en la otra.

- ✓ Cada etapa se caracteriza por tener una organización basada en niveles anteriores, pero cualitativamente original respecto de ellas (Cuminsky 1997)<sup>5</sup>.
- ✓ La dirección del desarrollo es cefalocaudal, de proximal a distal y de actividades globales a específicas.
- ✓ Hay una correlación exacta entre la aparición de una etapa y la edad cronológica.
- ✓ El ritmo y la intensidad de las funciones son propias de cada individuo, apreciándose aceleraciones o retrocesos en los diferentes aspectos del desarrollo.

### 2.1.2 Epidemiología a nivel mundial, nacional y regional

A nivel mundial, se estima que el 39% de los menores de cinco años de edad en países en vías de desarrollo tienen retraso en el crecimiento, lo cual indica la existencia de ambientes perjudiciales que ponen en riesgo el desarrollo infantil<sup>6</sup>.

En Chile, en comunas específicas ya sea rurales y urbanas, indican que a los 2 años de edad, entre un 16% y 25% de los niños/as muestran déficit en su desarrollo psicomotor, porcentajes que se elevan a medida que aumentan de edad a 4-5 años con un 20%. En zonas pobres y rurales, la magnitud del déficit que se presenta a los 2 años puede llegar hasta un 35%. Es así como al entrar a primero básico, más del 50% de los niños/as tienen retraso en el desarrollo del lenguaje<sup>7</sup>. Así mismo, en la Encuesta de Calidad de Vida realizada el año 2006, el 30% de los niños/as en Chile, están en riesgo y un 11% ya presenta un retraso del DSM. Esta tasa es mayor en los niveles socioeconómicos bajos y aumentan con la edad<sup>8</sup>. En la misma encuesta, la prevalencia de rezago entre los 2 y 11 meses de edad alcanza un 24,9%<sup>9</sup>.

Según el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS 2007) a nivel nacional las atenciones de enfermeras/os en control de salud infantil con evaluación de desarrollo psicomotor alcanzó un total de 327.262 niños/as, en donde las consultas por déficit de desarrollo psicomotor fueron 25.204, es decir, el 7,7%<sup>10</sup>.

En la zona del Valle de Aconcagua, dentro de las poblaciones que se atienden en el CESFAM San Felipe El Real, la epidemiología en relación al desarrollo psicomotor, es la siguiente<sup>11</sup>:

*Porcentajes de niños/as evaluados por TEPSI desde Marzo a Julio 2011: 98 niños/as en total con los siguientes resultados:*

- ✓ Normal: 85,7%

- ✓ Riesgo: 4,1%
- ✓ Retraso: 1,02%
- ✓ No colabora: 8,1%
- ✓ Otros: 1,02% (otros: edad que excede el rango)

*Porcentaje de niños/as que ingresan a sala de estimulación entre marzo y agosto del 2011: 78 niños/as en total con resultados de pautas alteradas:*

- ✓ Rezago: 62,9%
- ✓ Riesgo: 12,9%
- ✓ Retraso: 9%
- ✓ Pauta breve alterada: 2,6%
- ✓ Pauta breve rezago: 1,2%
- ✓ Otros: 9% (otros: trastornos específicos del lenguaje, derivaciones desde el colegio o asistente social, consultas de estimulación, etc.).

### **2.1.3 Neurociencia como base del desarrollo psicomotor**

Para comprender el DSM es necesario conocer las bases de la neurociencia, la cual es una disciplina cuyo sujeto de investigación es el SNC, enfocándose en como la actividad del cerebro se relaciona con la conducta y el aprendizaje. Esta disciplina explica las bases para el desarrollo psicomotor y se cimienta en los inicios de la infancia; considerando este periodo crucial para la puesta en marcha de una gran cadena de cambios sustanciales, ya que se organizan las estructuras funcionales del cerebro que constituirán las bases fisiológicas de las funciones cerebrales que configuran las condiciones y predisposiciones del aprendizaje.

En el SNC la mielinización de los axones y la proliferación de dendritas en las neuronas, son los autores fisiológicos de los progresos llevados a cabo durante la infancia<sup>12</sup>. En el crecimiento de este sistema, se distinguen tres etapas: hiperplasia, hiperplasia-hipertrofia, e hipertrofia. En el periodo prenatal, prevalece el estadio de hiperplasia, caracterizado por un incremento en el número celular. Desde el nacimiento hasta aproximadamente el año de vida, continúa la multiplicación celular; no obstante, con una intensidad indudablemente inferior a la observada en la etapa precedente, iniciándose así el aumento de tamaño celular (hipertrofia). Ulteriormente, se continúa solo con la fase de hipertrofia<sup>13</sup>.

El cerebro de un ser humano recién nacido pesa aproximadamente 350 gramos, a los dos años ya ha triplicado su peso, alcanzando el 80% del peso de un adulto. Esto está

condicionado por la estimulación que reciben los niños/as hasta los tres primeros años de vida, cruciales para el diseño estructural del cerebro. Durante este periodo, las redes neuronales y las ventanas de aprendizaje se abren y desarrollan determinando la capacidad de aprendizaje de los menores. Hasta los dos primeros años de vida a nivel encefálico se presenta una sobreproducción de sinapsis (relación funcional de contacto entre las terminaciones de las células nerviosas llamadas neuronas), en donde aquellas que se han reforzado a través de la estimulación repetida permanecen y las que se han mantenido inactivas se pierden.

Es posible obtener una valoración objetiva de la maduración del sistema nervioso, por medio de la observación de los reflejos y del desarrollo que va logrando el infante en las esferas del lenguaje, social, coordinación y motora; no obstante, esto no solo refleja su maduración sino también su interacción con el entorno<sup>14</sup>, esta interacción con el medio ambiente externo representa una gran significancia en lo que respecta al desarrollo del cerebro; consecuentemente, está expuesto a sufrir daños irreversibles si es trastocado por el flagelo de la malnutrición, falta de estimulación, situaciones de estrés, daños neurológicos o genéticos. La inmadurez del sistema nervioso del niño/a es la causante de esta vulnerabilidad y se transforma, al mismo tiempo, en una potencialidad intrínseca del cerebro del infante, denominada “plasticidad cerebral”. Esta característica le concede al sistema nervioso, una mayor capacidad de reorganización, orgánica y funcional, y de recuperación, que a lo largo de la vida decrece significativamente.

La sucesión de acontecimientos de secuencia preestablecida y predecible que dan lugar al desarrollo del sistema nervioso durante la infancia, originan ventanas de oportunidad, dentro de las cuales se observan periodos sensibles o vulnerables y periodos críticos, como resultado de esta plasticidad cerebral. Se denomina periodo sensible, a la fase de crecimiento y desarrollo más acelerado del sistema nervioso central, por lo tanto, indudablemente más susceptible frente a una noxa, es decir, a un agente etiológico capaz de ocasionar un perjuicio a un organismo, ya sea por exceso o por defecto. La influencia de una noxa en un periodo sensible, causa un daño particularmente perjudicial en el desarrollo del niño/a, el cual difiere significativamente, si se compara la exposición al mismo estímulo nocivo de un cerebro maduro. Dicho periodo abarca más o menos hasta los 7 años de edad.

Dentro del periodo sensible, podemos observar los periodos críticos. En dichos estadios se establecen las condiciones para adquirir una determinada habilidad. Si las estructuras relacionadas con dicha función están privadas de influencias ambientales, ésta

no se desarrollará en forma adecuada (Begley, 1996)<sup>15</sup>, los períodos considerados críticos en los primeros años de vida son:

- ✓ Control emocional: de 0 a 2 años.
- ✓ Visión: de 0 a 2 años.
- ✓ Apego social: de 0 a 2 años.
- ✓ Vocabulario: de 0 a 3 años.
- ✓ Segundo idioma: de 0 a 10 años.
- ✓ Matemáticas- lógica: de 1 a 4 años.
- ✓ Música: de 3 a 10 años.
- ✓ Desarrollo de las habilidades de la comunicación y el lenguaje: de 0 a 7 años.

Según lo expuesto, existe un factor que podría provocar efectos catastróficos e irreversibles en el desarrollo de las funciones cerebrales, este agente nocivo es la carencia de estimulación y cuidados por parte de los adultos significativos en la vida del niño/a, durante el transcurso de edades tempranas, ya que afecta la organización y disposición frente al aprendizaje del infante. Por el contrario, las experiencias positivas a lo largo de la primera infancia son las responsables de los efectos saludables en cuanto al desarrollo cortical, colaborando con el individuo, en lo que respecta a la adquisición de habilidades en el área del lenguaje, en el desarrollo de destrezas, resolución de problemas y en la formación de relaciones saludables con iguales y adultos.

El desarrollo de una persona está influenciado por la interacción entre la genética y por los estímulos ambientales. Cabe destacar, que las experiencias tempranas de la vida de un ser humano sientan las bases para la constitución de la personalidad y funcionamiento del individuo. La información genética instituirá el orden y los tiempos en los que debe acontecer el crecimiento; al mismo tiempo que, la influencia del entorno se establece en función de una gran gama de factores ambientales, en la esfera físico, psicológico y sociocultural de las personas. Entre dichos agentes, cabe destacar, el nivel educacional, condiciones socioeconómicas, saneamiento básico, composición de la familia, estilos de vida, pautas de crianza, relaciones afectivas, nutrición y enfermedades infectocontagiosas a las que se está expuesto, entre otros. La interacción entre aquellas variables, genera escenarios de mayor o menor riesgo con respecto al proceso de desarrollo humano.

En estudios realizados en ratas que fueron expuestas a un estrés crónico durante su periodo prenatal, en su primer día de vida, se observó, que presentaban un número

significativamente menor de ramificaciones en sus dendritas neuronales, comparadas con el grupo control. En la etapa adulta, estas crías, mostraron un comportamiento con tendencia a la depresión<sup>16</sup>.

Con esto, la ciencia ha demostrado que el desarrollo cerebral en los inicios de la infancia es un factor determinante de la salud, aprendizaje y conducta a lo largo de toda la vida. Alteraciones del desarrollo se relacionan con bajo rendimiento y deserción escolar, trastornos psiquiátricos, emocionales y conductuales, déficit en las habilidades sociales y morbilidad en la adultez<sup>17</sup>.

### 2.1.4 Teorías e hitos del desarrollo del infante

#### Teorías del desarrollo

Dentro de la diversa gama de teorías que intentan explicar y establecer periodos y clasificaciones de las etapas del desarrollo humano, se encuentran tres teóricos que desarrollaron teorías de la infancia, Jean Piaget, Erick Erickson y Sigmund Freud.

#### *Teoría cognitiva de Jean Piaget*

Piaget postula<sup>18</sup> que el desarrollo intelectual se basa en la actividad constructiva de la persona en la relación con su entorno y en la necesidad de ésta de adaptarse a los desequilibrios del mismo. El equilibrio y la adaptación se lograrían cuando el individuo construye una respuesta que le permite asimilar una nueva capacidad o conocimiento y con ella, ampliar y diversificar su repertorio de habilidades para relacionarse con su ambiente. En la medida en que este conjunto de capacidades están relacionadas entre sí, definen y determinan cómo interpreta el sujeto la realidad que le rodea y cómo razona e interactúa con la misma, es decir, cuál es su estructura de funcionamiento intelectual. En relación a la infancia Piaget plantea una secuencia universal de estadios definidos en cada caso por un determinado orden:

Estadio	Logros fundamentales
Sensorio-motor (0-2 años)	Estructura espacio-tiempo y causal de las acciones. Inteligencia práctica basada en las acciones.
Preoperatorio (2-7 años)	Inteligencia simbólica o representativa. Razonamiento por intuiciones, no lógico.

*Teoría psicosocial de Erick Erickson*

La teoría del desarrollo psicosocial<sup>19</sup> se divide en ocho períodos de la vida humana. Cada etapa representa una crisis en la personalidad la cual debe ser superada para pasar a la etapa siguiente, la que implica un conflicto diferente y cada vez mayor. La solución satisfactoria de cada una de las ocho crisis requiere que un rasgo positivo se equilibre con uno negativo. Si la crisis no se resuelve de manera satisfactoria interferirá en el desarrollo posterior. El que se llegue o no a esa solución tendrá gran impacto en el desarrollo de la personalidad, si la etapa se supera se adquiere una virtud.

Las etapas psicosociales que describe Erickson y que se relacionan con la etapa de la infancia son las siguientes:

<b>Etapas</b>	<b>Características</b>	<b>Virtud</b>
Confianza básica v/s desconfianza (RN a 12-18 meses)	Desarrollo de la confianza ante el mundo.	Esperanza.
Autonomía v/s vergüenza y duda (12-18 meses a los 3 años)	Desarrollo de un equilibrio frente a la vergüenza y la duda.	Voluntad.
Iniciativa v/s culpabilidad (3 a 6 años).	Desarrollo de la iniciativa cuando ensaya nuevas cosas y no se intimida ante el fracaso.	Propósito.

*Teoría psicosexual de Sigmund Freud*

Freud, en su teoría<sup>20</sup>, afirma que los componentes de la personalidad se van conformando con las primeras experiencias de la infancia, a medida que la persona se enfrenta a las diferentes etapas psicosexuales. Durante estas etapas el placer se fija en determinadas zonas corporales: la boca, el ano, los genitales. Si en cualquiera de ellas, el comportamiento de los niños/as es excesivo o se les priva de afecto y/o atención, el desarrollo se detiene y la personalidad adulta queda estancada allí. Según Freud, la personalidad del adulto queda establecida principalmente durante estas cuatro etapas:

Etapa	Características
<i>Etapa oral</i> (RN a los 18 meses de edad).	El menor fija su conducta en la boca: al comer, chupar y morder. Los niños sobre estimulados o frustrados en esta etapa, al llegar a adultos, pueden presentar rasgos de la personalidad oral: dependencia, pasividad y avidez.
<i>Etapa anal</i> (18 meses a los 2 años).	Entrenamiento de esfínteres o el aprendizaje de “ir al baño”, si este es bastante severo y conflictivo, o si la eliminación de las heces fecales y orina es demasiado placentera, el individuo puede quedar fijado en la etapa anal.
<i>Etapa fálica</i> (3 a 5 años).	Los niños/as descubren sus genitales y se recrean en ellos en torno a los complejos de Edipo y de Electra. Si este no se resuelve, la persona puede rechazar el papel sexual socialmente aceptado.

### Hitos del Desarrollo Psicomotor

Se han definido hitos básicos del desarrollo que el niño/a debe ser capaz de realizar a un determinado rango de edad. Específicamente a los 6 meses de edad se espera que en:

- ✓ Área motora: el niño/a se siente solo/a momentáneamente y se mantenga erguido, levante la cabeza en posición supina, ruede de prono (posición corporal tendido boca abajo) a supino (posición corporal acostado boca arriba), sostenga un objeto en cada mano, cambie los objetos de mano, lleve objetos a su boca.
- ✓ Área lenguaje - social: el niño/a es capaz de reaccionar ante los requerimientos verbales, se da cuenta de quienes son los desconocidos, advierte presencia de niños/as de su edad, dice da-da o su equivalente, dirige balbuceos a personas, entiende sentido general de ciertas palabras, entiende algunas palabras importantes (papa, adiós) y obedece la mitad de las veces a un NO.
- ✓ Área coordinación: el niño/a es capaz de tomar una pastilla con movimiento de rastrillo, encontrar objetos debajo del pañal y localizar dirección del sonido.

#### 2.1.5 Factores protectores y de riesgo en el desarrollo psicomotor

Los factores protectores promueven un adecuado desarrollo de los menores y sus familias, y al mismo tiempo, tienen la función de contrarrestar el impacto negativo de los factores de riesgos presentes, reduciendo la posibilidad de que estos últimos generen consecuencias negativas en el menor. Estos se clasifican en factores protectores<sup>21</sup>:

Factores protectores	
<i>Del niño/a</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lactancia materna prolongada (un año).</li> <li>✓ Ser primer hijo/a y ser mujer.</li> <li>✓ Ser beneficiario de un programa de atención temprana en su centro de salud.</li> <li>✓ Pertener a nivel socioeconómico alto.</li> <li>✓ Tener buena salud.</li> <li>✓ Temperamento fácil.</li> <li>✓ Desarrollo normal del lenguaje.</li> <li>✓ Desarrollo del pensamiento lógico.</li> <li>✓ Buenas habilidades sociales.</li> </ul>
<i>De la familia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pesquisa precoz de riesgo-retraso.</li> <li>✓ Familia extensa.</li> <li>✓ Participación comunitaria de sus padres.</li> <li>✓ Expectativas positivas de la familia sobre sus hijos/as.</li> <li>✓ Uso de lenguaje descriptivo para comunicarse.</li> <li>✓ Uso de lengua materna o bilingüismo.</li> <li>✓ Escolaridad media o superior de los padres.</li> <li>✓ Relación de apego seguro.</li> <li>✓ Equilibrada forma de responder a problemas de los hijos/as.</li> <li>✓ Padres sensibles y responsables.</li> <li>✓ Alta autoestima como padres.</li> <li>✓ Conocimiento sobre el desarrollo de los hijos/as.</li> <li>✓ Buena comunicación y clima en la familia.</li> <li>✓ Pautas sanas de crianza.</li> </ul>
<i>De la comunidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pesquisa precoz de riesgo-retraso.</li> <li>✓ Programa de apoyo a las familias.</li> <li>✓ Empleo estable.</li> <li>✓ Adecuado cuidado del niño/a en espacios comunitarios como plazas, escuelas, etc.</li> </ul>

Así como existen factores protectores para el desarrollo óptimo del niño/a, también existen factores que lo ponen en riesgo<sup>22</sup>, los cuales pueden ser clasificados en:

	<b>Factores de riesgo</b>
<i>Riesgos biológicos:</i> incluyen exposición a eventos nocivos, tanto en la etapa prenatal como en la postnatal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bajo peso al nacer por retardo del crecimiento intrauterino o por prematuridad.</li> <li>✓ Hipoxia durante el periodo perinatal.</li> <li>✓ Oxigenoterapia intensa y prolongada en prematuros.</li> <li>✓ Infecciones del SNC.</li> <li>✓ Desnutrición.</li> <li>✓ Ingesta de drogas de la madre durante el embarazo.</li> </ul>
<i>Riesgo biológico establecido:</i> incluye aquellos factores como enfermedades de etiología conocida o desconocida, que afectan el desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Síndrome de Down.</li> <li>✓ Malformaciones congénitas.</li> <li>✓ Síndromes genéticos.</li> <li>✓ VIH/SIDA.</li> <li>✓ Enfermedades neurológicas.</li> <li>✓ Tumores cerebrales.</li> <li>✓ Secuelas de infecciones del SNC, etc.</li> </ul>
<i>Riesgos medioambientales:</i> estos factores varían de región en región, ya que una misma condición ambiental puede tener un determinado impacto en un lugar y un diferente impacto en otro, sin embargo, hay factores universales como:	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bajo nivel socioeconómico.</li> <li>✓ Carencia de soporte social.</li> <li>✓ Carencia de espacios recreativos.</li> <li>✓ Entorno vulnerable socialmente.</li> <li>✓ No disponibilidad de jardines infantiles.</li> <li>✓ Escasa participación social u organización comunitaria.</li> <li>✓ Redes de apoyo inactivas.</li> <li>✓ Inexistencia de programas de pesquisa e intervención precoz en desarrollo infantil temprano.</li> </ul>
<i>Riesgos psicosociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Edad de la madre: &lt; o igual a 19 años y &gt; de 35 años de edad.</li> <li>✓ Estado civil soltera, separada o jefa de hogar.</li> <li>✓ Bajo nivel de educación materna (&lt; o igual a 4° básico).</li> <li>✓ Bajo nivel de interacción padres-niño/a y</li> </ul>

	<p>bajo nivel de estimulación en el hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Familia desintegrada, padres ausentes.</li> <li>✓ Madre o padre con enfermedad mental, especialmente depresión post parto.</li> <li>✓ Alteraciones del sueño, alimentación y llanto excesivo.</li> <li>✓ Padre, madre u otro miembro de la familia con problemas de consumo y/o abuso de sustancias.</li> <li>✓ Madre y/o padre en condiciones de privación de libertad.</li> <li>✓ Eventos familiares estresantes.</li> <li>✓ Alteraciones del vínculo.</li> <li>✓ Violencia de género, violencia intrafamiliar.</li> <li>✓ Ausencia de una figura paterna.</li> <li>✓ Abandono.</li> </ul>
--	--

### 2.1.6 Influencia de la familia y la madre en el desarrollo integral del infante

La familia es uno de los pilares fundamentales en la sociedad, siendo esencial para la vida de cada integrante que la conforma, constituyendo un núcleo de apoyo, entrega, cuidados, aprendizaje, guía y tantas otras funciones que la caracterizan, resultando de gran relevancia para construir una esfera íntegra para que el menor se desarrolle en forma óptima. En relación a esto, la OMS junto a la Comisión sobre Determinantes Sociales en la Salud, planteó la importancia de la interacción del niño/a y su ambiente inmediato, siendo el principal determinante de su desarrollo<sup>23</sup>. La familia debe recibir la protección y asistencia necesaria para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad, siendo una de las principales obligaciones potenciar al máximo las capacidades de sus hijos/as.

Al momento del nacimiento de un nuevo miembro, la familia es esencial para proveer el adecuado crecimiento y desarrollo del mismo, siendo un desafío para los padres, debido a que éste, es una gran transición, no sólo para el lactante sino también para ellos; este nuevo integrante en sus vidas implica demandas persistentes que disminuyen su capacidad para confrontar la relación entre ellos alterando la dinámica

familiar. Estos cambios son de verdadera importancia a la hora de asumir el cuidado del hijo/a y cómo contribuir de manera positiva en su proceso de crecimiento y desarrollo.

En esta etapa del ciclo familiar, la madre juega un papel fundamental para el desarrollo del menor; y si bien es cierto, actualmente las políticas sociales y de salud promueven una participación activa del padre en el cuidado de los niños/as, dando énfasis a la igualdad de género, y señalando que su rol y el de la familia son tan relevantes como el de ésta; es a la mujer, a quién por naturaleza y formación cultural se le ha atribuido la responsabilidad del cuidado de los hijos/as, especialmente durante su primera infancia, siendo su influencia más directa en comparación a otros integrantes de la familia.

En Chile, el Ministerio de Salud ha implementado un programa de promoción del apego, la lactancia y la paternidad activa, promoviendo estos tres aspectos claves para el desarrollo integral durante la primera etapa de vida del niño/a. El apego o vínculo madre-hijo resulta primordial junto con la relación que tenga la madre consigo misma (psicoemocional) y dentro de su hogar; con su pareja, otros hijos/as o familiares. En la formación de éste vínculo es imprescindible la afectividad y la satisfacción de las necesidades básicas para el desarrollo integral del niño/a, por ello es relevante la maternidad aceptada. El apego sirve para asegurar la protección y el cuidado, para aliviar la angustia, restaurar la homeostasis psicológica e incentivar la exploración. Sentirse seguro es la base para transformarse en una persona emocional, social y cognitivamente cultural<sup>24</sup>. Por ello los niños/as con apego seguro serán más saludables psicológicamente y en las relaciones con sus pares, adquiriendo habilidades que les permitirán tener mayores logros en el lenguaje y una visión positiva de sí mismos.

### **Características de la madre**

Las características personales, sociales y culturales de la madre conforman un factor determinante que influirán en el tipo de relación que ésta forme con su hijo/a, impactando positiva o negativamente sobre el desarrollo, bienestar y salud del mismo.

#### *Edad de la madre*

Existen factores de riesgo que influyen al momento del embarazo y crianza de los hijos/as, identificándose dentro de éstos, las edades extremas, considerando de riesgo a las madres adolescentes menores o igual a 19 años y madres mayores de 35 años<sup>25</sup>.

### *Estado civil de la madre*

El estar soltera o separada constituye un factor de riesgo en el desarrollo integral de los menores, por lo que mantener una convivencia con el esposo o pareja significa un apoyo constante e implica una crianza y responsabilidad del cuidado de los hijos/as compartida. De acuerdo al CENSO (2002), en Chile las personas casadas constituyen un 46,2%, las solteras un 34,6%, seguido de las convivientes/parejas con un 8,9%<sup>26</sup>.

### *Nivel educacional de la madre*

Según la encuesta CASEN del año 2009<sup>27</sup>, a nivel nacional, las mujeres que saben leer y escribir son 96,3% y las que no (analfabetas) un 3,7%. De acuerdo a esta encuesta, se observa que la población femenina tiene conocimientos básicos de lectura y escritura, y supera en gran número aquella que no los tiene. La Dra. Margaret Chan directora de la OMS (2010), declara que “las niñas y mujeres con mayor nivel educacional tienen menos hijos y los tienen más tarde. Además son mejores madres. Asimismo, las niñas y mujeres alfabetizadas tienen muchas más probabilidades de tener mejores conocimientos sobre salud”<sup>28</sup>.

### *Ocupación de la madre*

A las mujeres a lo largo de la historia, se les ha asignado el rol de dueñas de casa y de madre. Sin embargo, en los últimos años se ha incorporado con mayor fuerza al mundo del trabajo sin abandonar, desde luego el cuidado del hogar y la crianza de sus hijos/as. Conforme a los datos del CENSO 2002, un 35,6% de mujeres son las que participan en la fuerza laboral de nuestro país<sup>29</sup>.

### *Tipos de familia*

La familia es el conjunto de personas unidas por lazos de parentesco, es la unidad básica de organización de la sociedad, cuyas funciones y roles son proporcionar a cada uno de sus miembros protección, cuidados, compañía, seguridad, socialización, afecto y apoyo, especialmente a los hijos/as que se encuentran en pleno proceso de desarrollo. La familia es el principal agente a partir del cual el niño/a desarrollará su personalidad, sus conductas, aprendizajes y valores.

Existen distintos tipos de familia según la composición de ésta, definidos por la UNICEF<sup>30</sup>:

- ✓ Unipersonal: integrado por una sola persona.
- ✓ Nuclear monoparental: integrado por uno de los padres y uno o más hijos/as.
- ✓ Nuclear biparental: pareja unida o casada legalmente con o sin hijos/as.

- ✓ Extenso o compuesto: corresponde a cualquiera de los tipos definidos anteriormente, más la presencia de uno o más parientes (extenso) o no parientes (compuesto) del jefe de hogar.
- ✓ Sin núcleo familiar: Constituido por un hogar en que no está presente el núcleo familiar primario (hogar nuclear). Puede tomar las siguientes formas: jefe (a) de hogar y no pariente (s); jefe (a) de hogar y cualquier otro pariente; jefe (a) de hogar y cualquier otro pariente y no pariente (s).

Según el CENSO (2002) la dinámica de los tipos de hogar se encuentra distribuida mayormente en tipo nuclear con un 57%, seguido por la familia extensa con un 21,9%<sup>31</sup>.

#### *Ubicación geográfica de la vivienda*

Según estudios realizados por Vera y Cols (2000), las madres de la zona rural estimulan de una manera más acentuada a sus hijos/as que las madres de la zona urbana. Y aunque la estimulación mejora en esta zona, la pobreza o la marginalidad en la que viven les impone un límite, sobre todo en lo que a socialización entre la madre y el niño/a se refiere; ella pierde oportunidades de interactuar con el niño/a debido a que ocupa la mayor parte del tiempo en la preparación y búsqueda de alimentos<sup>32</sup>.

La diferencia es clara en cuanto a la estimulación que se le entrega a los menores en los hogares de la zona rural y la urbana, relacionado con el tiempo que se le dedica y con los recursos con lo que se cuenta, aún cuando en la comunidad rural las madres tengan mayores intenciones.

#### *Redes de apoyo*

La presencia de la familia y las amistades son vínculos importantes en cuanto a la salud física, psicológica y afectiva; existen etapas de la vida en que las redes de apoyo se hacen más necesarias, como en los cambios vitales de edad, la época de crianza de los hijos/as y la vejez. Estas se convierten en una instancia de compañía tanto en la vida cotidiana como en los problemas y dificultades que surgen.

Respecto de la crianza de los niños/as, las familias, y especialmente las madres, al apoyarse en los cercanos, la tarea se hace más fácil, pues se sienten más acompañados. Por lo que se entiende la importancia de contar con una red amplia de apoyo, que no solo esté compuesta por seres cercanos (pues no siempre puede ser así), sino que también sean parte de ésta asociaciones o grupos que puedan prestar ayuda en momentos complicados o de necesidad<sup>33</sup>.

### **2.1.7 Políticas legislativas en la protección del desarrollo integral de los infantes**

En el año 1990, el Estado de Chile asume el compromiso de cumplimiento con cada uno de los artículos definidos en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, donde destacan dos artículos por el reconocimiento de la importancia que tiene el entorno que rodea al niño/a para su óptimo desarrollo, estos son: artículo 27.1 “Los estados partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social” y artículo 27.3 “Los estados partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas, responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda”<sup>34</sup>.

Conforme a esto, en el mes de Octubre del año 2006, se anunció la creación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo (ChCC), basándose en que las experiencias vividas en la infancia temprana influyen directamente en el bienestar de las personas para lograr un desarrollo biopsicosocial adecuado y una calidad de vida óptima en la adultez.

Este programa tiene como objetivo acompañar, proteger y apoyar íntegramente a todos los niños/as y sus familias, a través de prestaciones y servicios sociales, enfocándose a cada uno de ellos según sus características y necesidades desde el primer control de su gestación hasta que ingresa al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre kínder (a los 4 ó 5 años de edad). De esta manera, se le estará brindando apoyo en las distintas áreas que influyen directamente con su desarrollo, tales como: salud, educación preescolar, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad, entre otros.

Así mismo, el programa ChCC forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social (Ley 20.379) que es un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida. Dentro de estas prestaciones sociales, se encuentra el programa de salud del niño/a que abarca prestaciones como Control de Salud Infantil (CSI), evaluación del desarrollo de acuerdo a la edad del niño/a, control nutricional, control lactancia materna, educación a grupos de riesgo, consulta médica, control enfermedades crónicas, consulta déficit

desarrollo psicomotor, control malnutrición tanto por exceso como por defecto, consulta kinésica, consulta de salud mental, vacunación, Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

En el programa de salud del niño/a, se encuentra el control de salud infantil, el cual se define como la atención sistemática y periódica, proporcionada al niño/a con el objeto de supervisar y favorecer el proceso de crecimiento y desarrollo (MINSAL 2005). Este control tiene ciertas características que lo definen, tales como:

- ✓ Precoz: ya que es desde el nacimiento.
- ✓ Continuo: debido a que es periódico y relacionado con los cambios y riesgos del niño/a durante su desarrollo.
- ✓ Integral: porque abarca aspectos físicos, psíquicos y socioculturales de fomento, protección, recuperación y rehabilitación.

El CSI tiene como objetivos controlar el crecimiento y desarrollo de los menores, determinar factores de riesgo biopsicosocial y cultural, controlar el desarrollo psicomotor, establecer pautas de estimulación temprana, brindar apoyo educativo, indicar acciones de fomento de salud, evaluar conocimiento de madres, padres o cuidadores y favorecer recuperación y rehabilitación.

### **Pautas de evaluación del desarrollo psicomotor**

El crecimiento y desarrollo de los niños/as sigue un patrón evidente con hitos definidos y mensurables, los cuales le permiten al profesional de salud, evaluar el progreso del desarrollo dentro de los parámetros establecidos mediante su evaluación, realizada tanto de manera subjetiva, mediante la observación y apreciación que se tenga del niño/a, como objetivamente, a través de escalas o test de screening.

Una de estas evaluaciones, es el test de screening Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP) de S. Rodríguez y Cols. (Ver anexo N°1). Esta escala evalúa las cuatro áreas de desarrollo que son motora, lenguaje, coordinación y social; su evaluación ha sido estandarizada en la población chilena y tiene como objetivo pesquisar a los niños y niñas de 8 y 18 meses de edad en control que presenten riesgo o retraso en su desarrollo psicomotor, lo que permite al equipo de salud y a la familia, crear acciones que contribuyan al logro de un desarrollo normal.

La EEDP no solo evalúa a los niños/as de 8 y 18 meses, sino cualquier edad entre 0 y 24 meses y son: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,15,18,21,24 ya que corresponden a edades significativas de adquisición de nuevas conductas en su desarrollo.

La puntuación permite solo dos posibilidades: éxito o fracaso. Una vez finalizada su aplicación, se procede a calcular el puntaje total dependiendo de la edad del menor en:

- ✓ Normal: CD (Coeficiente de desarrollo, razón entre la EM/EC, siendo EM el puntaje que el niño/a obtiene en la prueba y EC la edad del menor en días.)  $>$  o igual 85.
- ✓ Riesgo: CD entre 84 y 70.
- ✓ Retraso: CD  $<$  o igual 69.

Además de este test de screening, durante el CSI se aplica la Pauta Breve del desarrollo Psicomotor (ver anexo N°2), que considera un segmento del EEDP, administrado a las edades de 4, 12, 15, 21 y 24 meses con 4 ítems para cada área de desarrollo, la que de igual modo, se clasifica en éxito o fracaso. Del resultado de la pauta dependen las derivaciones que se harán posteriormente.

Por último, el TEPSI (ver anexo N°3) está destinado a niños y niñas entre los 2 años 0 meses 0 días y 5 años 0 meses y 0 días de edad (en Chile está estandarizado aplicarlo a la edad de 3 años) y tiene como objetivo conocer el desarrollo psíquico en tres áreas fundamentales: motricidad, coordinación y lenguaje. Permitiendo la detección de riesgos o retrasos en el desarrollo.

El TEPSI comprende 52 ítems, divididos en tres subtest, en donde todos los ítems del test se evalúan como éxito o fracaso, teniendo criterios específicos para ello; si la conducta evaluada en el ítem se aprueba, se le otorga un punto, por el contrario, se otorga cero puntos. Una vez finalizada la aplicación, se procede a la suma de los puntajes permitiendo ubicar el rendimiento del niño/a en el test total y en cada uno de los subtest en categorías. Los puntajes totales T se clasifican en:

- ✓ Normal: puntaje T  $>$  o igual a 40 puntos, ya sea en el test total o en los subtest.
- ✓ Riesgo: puntaje T entre 30 y 39 puntos, ya sea en el test total o en los subtest.
- ✓ Retraso: puntaje T  $<$  o igual a 29 puntos, ya sea en el test total o en el subtest.

### **Alteraciones del Desarrollo Psicomotor**

Así como existen test establecidos para evaluar el desarrollo psicomotor, también se han diseñado flujogramas a seguir en caso de pesquisar distintos niveles de disfunciones con respecto a las habilidades esperadas para la edad como es el rezago, riesgo y retraso.

- ✓ *Rezago*: este término debe ser entendido como el fracaso en la adquisición de algunas de las habilidades, es decir, presenta alguna dificultad para alcanzar lo

esperable para su edad. Constituye un grupo de especial atención para intervenir ya que procura estimulación de área afectada.

En el EEDP se considera con rezago al niño/a que presenta un déficit en alguna de las cuatro áreas al evaluar el perfil de desarrollo psicomotor, pero que aun así logra un rendimiento normal (CD:  $\geq 85$ ). La conducta a seguir en caso de rezago es la estimulación en taller o sala de estimulación con la posterior evaluación de EEDP en el control siguiente. En caso de que persista la condición de rezago se continúa en taller de intervención grupal o sala de estimulación con refuerzo específico, más atención médica en caso de presentar antecedentes de salud (Ver anexo N° 4).

En el TEPSI se considera rezago al niño/a que presente déficit en un área sin obtener un puntaje menor al considerado normal (Puntaje  $< 40$ ) (Ver anexo N° 5).

- ✓ *Riesgo*: vulnerabilidad, posibilidad de daño. Este término se refiere estar al borde de. En este contexto estar en riesgo significaría estar al borde del retraso.

En la pauta breve se considera como riesgo todo niño/a que, habiéndole aplicado las pautas breves de la edad, esta resulta alterada, es decir, no responde en al menos, una de las cuatro conductas esperadas para la edad. En este caso se envía a sala cuna, taller grupal o a la sala de estimulación del CESFAM la cual corresponde a un lugar físico en donde se realiza evaluación del desarrollo psicomotor y formulación de plan de trabajo, además de consejería individual a los padres y sesiones educativas de apoyo al aprendizaje infantil, talleres y educación a la familia. Luego en el control siguiente se hace evaluación con escalas EEDP o TEPSI según corresponda. Siguiendo los flujogramas correspondientes a estas evaluaciones en caso de dar como resultado un eventual rezago o retraso (Ver anexo N°6).

En el EEDP un niño/a se considera en riesgo con un CD entre 84 y 70. Las conductas a seguir son una posterior consulta por déficit de desarrollo psicomotor en donde las acciones principales son la entrega de información, orientación y apoyo a la madre, al padre o cuidador/a acerca de prácticas de cuidado que son más efectivas y adecuadas para la estimulación, entregar guías anticipatorias y crear un plan de intervención de acuerdo a las necesidades de cada familia y niño/a, posteriormente a esta consulta se hace una reevaluación a los 10 meses. En caso de que esta reevaluación resulte normal se realiza control de salud con refuerzo educativo, si resulta una condición de rezago se envía a taller de intervención grupal o sala de estimulación, y si persiste el

riesgo o se pesquisa un eventual retraso se realiza la consulta a médico en atención primaria de salud y visita domiciliaria, dando la posterior interconsulta a especialista en caso de problemas de salud (Ver anexo N° 7).

En el TEPSI se considera riesgo el puntaje total entre 30 y 39 puntos, ya sea en el test total o en los subtest (Ver anexo N°5).

- ✓ *Retraso:* se refiere a que los logros del desarrollo aparezcan con una secuencia lenta para su edad y/o alterada. Esto puede ser provocado por falta de estimulación, déficit en aptitudes motrices, del lenguaje o coordinación o bien por una alteración física o alguna enfermedad asociada.

En la evaluación EEDP se considera retraso al niño/a que tenga  $CD < a 69$ . En caso de que este retraso sea con antecedentes mórbidos, se envía a consulta por déficit y se deriva a atención médica con evaluación especialista si corresponde. En el caso que sea sin antecedentes mórbidos se realiza una consulta por déficit y posteriormente una reevaluación a los 10 meses. Si esta reevaluación resulta normal se realiza el posterior control de salud con refuerzo educativo, si resulta en rezago se envía a taller de intervención grupal o sala de estimulación con refuerzo específico, y si el resultado es riesgo se realiza consulta por déficit y reevaluación a los 12 meses. Si persiste el retraso se envía interconsulta para especialista y se realiza visita domiciliaria (Ver anexo N°7).

En el TEPSI se considera retraso el puntaje total  $< o igual a 29$  puntos, ya sea en el test total o en el subtest. (Ver anexo N°5).

- ✓ *Déficit del desarrollo psicomotor:* este concepto incluye aquellos niños/as que no sólo no han alcanzado las capacidades o habilidades esperables para su edad, sino que tampoco aquellas del periodo inmediatamente anterior. En tales condiciones se debe considerar que se encuentra en déficit del desarrollo psicomotor y debe recibir atención especial para alcanzar el nivel de desarrollo esperado según su edad y condición.

### **2.1.8 Estimulación temprana del desarrollo psicomotor**

Para no caer en rezago, riesgo o retraso del desarrollo psicomotor, existe una modalidad de estimulación, denominada estimulación temprana que, según la UNICEF, se define como el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño/a experiencias

que necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico, logrando a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuada en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generan en el menor un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y aprendizaje efectivo.

Visto desde el punto de vista de salud, la estimulación temprana es una modalidad de intervención para niños/as y su entorno familiar, la que abarca todas aquellas acciones destinadas a generar un apoyo para asegurar un óptimo desarrollo integral, lo que incluye fortalecer las competencias y fomentar la inclusión social no solo del niño/a, sino también de todo su círculo familiar. Desde la perspectiva de la educación, la estimulación temprana se refiere a todas esas actividades que aseguren el contacto adecuado con el niño/a, que permitan fortalecer y desarrollar oportunamente todas sus potencialidades. Para esto es necesario desplegar todos los recursos educativos, que vayan a potenciar habilidades o bien corregir trastornos que pueden ir en perjuicio de los menores.

### **Beneficios de la estimulación del desarrollo psicomotor**

Para el crecimiento óptimo de los niños/as es necesario contar con todos los recursos disponibles en su círculo cercano, por lo que la satisfacción de las necesidades básicas, el afecto y la estimulación van de la mano para lograr la incorporación positiva al medio que lo rodea.

Las ventajas que se obtienen de la estimulación temprana no sólo van en dirección del niño/a sino que también existe una retroalimentación con la familia, por lo que todos los actores se ven beneficiados:

	<b>Beneficios de la estimulación del desarrollo psicomotor:</b>
<i>Para los niños/as</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Permite un logro un óptimo desarrollo integral.</li> <li>✓ Permite que el niño/a se conozca a sí mismo.</li> <li>✓ Potencia todas sus capacidades.</li> <li>✓ Favorece su autoestima.</li> <li>✓ Estrecha los lazos afectivos y respeto con sus padres y familia.</li> <li>✓ Mejora la preparación para enfrentar al mundo.</li> </ul>
<i>Para los padres</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Permite transmitir y recibir el amor de sus hijos/as a través del contacto.</li> <li>✓ Permite hacer lo mejor por sus hijos/as y lograr</li> </ul>

	<p>satisfacción al colaborar con el desarrollo del menor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomenta el conocimiento y comunicación con los hijos/as, aún si tener desarrollado el lenguaje oral.</li> <li>✓ Fortalece los lazos de amor y respeto.</li> </ul>
--	--

Si bien la estimulación temprana presenta grandes beneficios, también podría provocar perjuicio en los niños/as, se podría incurrir en daños si una persona no se encuentra preparada o no tiene el conocimiento adecuado de cuáles pueden ser sus logros en cada etapa, sobre exigiendo su desarrollo.

### Actividades de estimulación

En la primera infancia, es la madre quien se encargará de incorporar en la rutina de sus cuidados y alimentación, los juegos, sonidos y caricias que el niño/a irá haciendo parte de sus actividades. Es así que a través de la madre va conociendo e incorporándose al mundo.

A los 6 meses, se debe realizar cierto tipo de actividades adecuadas a su edad y así no forzar su proceso natural de maduración, las cuales están enfocadas a estimular todas las áreas del desarrollo psicomotor.

### Área Motora

El objetivo de estimular esta área es contribuir a que el niño/a desarrolle su musculatura, desarrolle su equilibrio y pueda desenvolverse con autonomía en el mundo que lo rodea. Las actividades de estimulación a realizar son:

- ✓ Pasarle juguetes de diferentes texturas, colores y olores, con ruidos o con música para que sean pasados de una mano a la otra; poner al niño/a boca abajo para que levante la cabeza y el pecho; acostarlo de espalda haciendo que tome los dedos del adulto y trate de sentarse; ayudarlo a sentarse con apoyo hasta que lo logre solo/a; si está sentado en la cama o en el suelo, sobre una alfombra, haga rodar una pelota rápidamente hacia él, también ponerlo de pie, sosteniéndolo con firmeza, para que dé sus primeros pasos. Colocarlo boca abajo y dejarlo arrastrarse o gatear; dejar al niño/a sentado en un superficie plana y blanda o dejarlo boca abajo estimulándolo a que se arrastre y posteriormente gatee.

### *Área lenguaje – social*

El lenguaje es una característica propia de los seres humanos, por lo tanto estimularlo, genera interacción con el medio, logrando así poder comunicarse con los demás. Las actividades de estimulación a realizar son:

- ✓ Hablarle, cantarle, enseñarle ritmos, bailar; enseñarle lenguaje de señas como el gesto de “chao” con su mano para que lo imite y repetirlo con algún integrante de la familia, cuando lo aprenda se pasa a otro gesto; mantener un diálogo constante con el niño/a introduciendo palabras de fácil sonorización como da-da o pa-pa; nombrarle y mostrarle personas; premiarlo con besos y sonrisas; mientras se le da de comer nombrarle las cosas que tiene cerca; repetir los sonidos que el niño/a hace mientras lo muda o lo baña; ponerle música suave; cantarle canciones de cuna.

### *Área de coordinación*

Estimular esta área es fundamental, porque involucra la coordinación del movimiento con cada uno de los sentidos. A futuro el niño/a podrá desarrollar la escritura, practicar deportes, etc. Las actividades de estimulación a realizar son:

- ✓ Jugar con el niño/a frente al espejo para que aprenda a descubrirse y reconocerse; con el niño/a frente al espejo guiar su mano hacia distintas partes del cuerpo diciendo su nombre: pelo, ojos, nariz, orejas, etc.; pasarle una cuchara para que vaya aprendiendo a tomarla y dejar que saque trozos de fruta del plato con sus manos; dejar caer objetos que suenen alrededor del menor; jugar con el niño/a a taparse y descubrirse utilizando paños para cubrir el rostro del adulto o cubrir objetos para que los busque.

## **2.1.9 Teorías de Enfermería en el desarrollo psicomotor**

Para este estudio se utilizará la “Teoría del Déficit de Autocuidado”, desarrollada por Dorothea Orem (1914-2007), enfermera, quién destaca por ser una de las primeras teoristas de la enfermería, apoyada por su experiencia profesional que incluía el ejercicio privado, la enfermería hospitalaria y la docencia.

Orem, en su teoría, aporta una conceptualización del servicio de ayuda que caracteriza la labor de enfermería; el concepto de personas como seres dinámicos, únicos, que están en un continuo proceso de cambio y que poseen libre voluntad; y el concepto de autocuidado, referido a las acciones básicas que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar.<sup>35</sup>

Orem describe su Teoría del Déficit de Autocuidado como una teoría general de enfermería integrada por tres subteorías vinculadas entre sí:

1. La teoría del autocuidado, la cual apunta al por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría del déficit de autocuidado, la cual explica como la enfermera puede ayudar a las personas.
3. La teoría de los sistemas de enfermería, la cual describe y explica las relaciones que se deben mantener para que se produzca el cuidado de enfermería.

En relación a lo anterior, se aprecia el concepto de Autocuidado desarrollado por Orem, el cual puede definirse como “la capacidad que tienen las personas para realizar actividades básicas para su propia supervivencia, mantenerse en condiciones de salud adecuadas para conservarse sano y con vida, lo cual incluye la satisfacción de la necesidades básicas, crecimiento y desarrollo de realización personal”<sup>36</sup>.

A medida que el individuo crece, va aprendiendo y desarrollando la capacidad de autocuidado, viéndose influida por la cultura, la sociedad, las creencias y costumbres de la familia. Tanto la etapa de vida como el estado de salud influyen en la capacidad de autocuidado de la persona, como es el caso de los lactantes, en que son los padres y cuidadores quienes se hacen cargo de sus necesidades.

Dentro de su teoría, Orem señala también 8 requisitos comunes y universales del autocuidado, o acciones que deben llevar a cabo los individuos para cuidar de sí mismos, en lo que se incluyen funciones tales como el mantenimiento del agua, la comida, la eliminación, la actividad y el descanso, la interacción solitaria y social, la prevención de accidentes y el fomento del funcionamiento humano.<sup>37</sup>

Para el autocuidado del desarrollo, Dorotea Orem plantea los siguientes requisitos:

1. Provisión de condiciones que fomenten el desarrollo.
2. Implicación del autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa el desarrollo humano.

Estos se clasifican de acuerdo a las etapas específicas de crecimiento y desarrollo, abarcando tanto el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales como las condiciones que afectan el desarrollo humano.

Es relevante para este estudio, precisamente aquella etapa del desarrollo que comprende la infancia, dentro de la cual uno de los requisitos para el autocuidado es promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o aminorar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso del desarrollo del ser humano.

En este sentido, es significativa esta teoría, puesto que, en el caso de los niños el autocuidado es asumido por la madre, la cual protege y da las condiciones necesarias para un desarrollo óptimo de las cualidades de su hijo/a. Según Dorothea Orem, en este caso, la madre sería el agente de cuidado dependiente, la cual se define como el adolescente o adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas que son importantes para ella como lo es en el caso de la madre el cuidado de su hijo/a, lo cual implica entregar, de manera íntegra, todo lo necesario para que crezca y se desarrolle en todo ámbito<sup>38</sup>.

#### **2.1.10 Rol del profesional de enfermería**

La enfermería como profesión autónoma tiene rol y funciones que son inherentes a su quehacer. Este rol se define como un conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad espera de las enfermeras y enfermeros, el cual está centrado en la atención que otorga al individuo y en especial al cuidado de la vida humana, a través de todo el ciclo evolutivo, en el entorno que habita, consciente que el ser humano es un ser social. Dicha atención también incluye a la familia y comunidad.

No obstante, la enfermería no solo debe cumplir con su rol, sino que también en forma paralela, existen funciones propias de la enfermera/o, que son las actividades que implica que quienes las ejercen tengan criterio y juicio profesional, de la misma manera, implica tener los conocimientos propios de la disciplina y de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales. Estas funciones se dividen en cuatro: función asistencial, función educativa, función gestora o administrativa y función investigativa.

- ✓ *Función asistencial* se relaciona con la atención primaria y hospitalaria que el profesional de enfermería brinda a las personas, a la familia y comunidad. En la atención primaria, es quien junto a otros profesionales del área de la salud como médicos, nutricionistas, técnicos paramédicos, psicólogos, asistente social, etc. llevan a cabo el CSI donde le corresponde atención directa con el niño/a y sus padres o cuidadores. Los controles realizados por la enfermera/o son los siguientes:
  - 1 mes: ingreso al programa ChCC.

- 2 meses: control peso y talla, vacunación, Escala de Edimburgo, Escala Neurosensorial (si no se aplicó al primer mes).
  - 4 meses: control peso y talla, vacunación, pauta de observación de la relación vincular (Escala Massie-Campbell), aplicación Pauta Breve del Desarrollo Psicomotor.
  - 6 meses: control peso y talla, vacunación, Escala de Edimburgo.
  - 8 meses: control peso y talla, aplicación EEDP.
  - 12 meses: control peso y talla, vacunación, Escala Massie-Campbell, pauta breve del desarrollo psicomotor.
  - 18 meses: control peso y talla, vacunación, aplicación EEDP.
  - 3 años: control peso y talla, aplicación TEPSI.
  - 5 años 11 meses: control peso y talla, alta CSI por edad.
- ✓ *Función educativa* es una de las más importantes, ya que todo parte de la atención primaria con la promoción de hábitos de vida saludable y prevención de enfermedades y/o factores de riesgo. Esta educación se realiza, tanto a los acompañantes del infante en el control, como a su familia o comunidad. En CSI de los 6 meses se hace educación en cuanto a:
- Continuidad de lactancia materna o lactancia artificial más la incorporación de la alimentación complementaria (almuerzo).
  - Horarios de alimentación: 5 comidas diarias con un esquema de horarios flexibles cada 4 horas, partiendo a las 7 u 8 am.
  - Educación en cuanto a aseo bucal y corporal.
  - Satisfacción de necesidades.
  - Prevención de accidentes.
  - Educación en cuanto a estimulación temprana del desarrollo psicomotor en sus respectivas áreas.
  - Entrega del set del ChCC: pack *Acompañándote a Descubrir I*: Títeres de dedo explicando cómo se debe utilizar.
  - A los 6 meses le corresponde la tercera dosis de la vacuna Pentavalente, Neumococcica Conjugada y Sabin, por lo que corresponde hacer educación en cuanto a signos y síntomas esperables y aquellos de alerta.
  - Educación hacia el próximo control de los 8 meses en el cual se aplicará la pauta EEDP, por lo que es importante que cumpla con las indicaciones, ya que su desarrollo psicomotor será evaluado en el control siguiente.

- ✓ *Función gestora o administrativa:* la enfermera/o cumple un rol importante entre la conexión de las familias y el Programa ChCC, ya que es el eje por medio del cual las familias se informan de los beneficios de este programa, gestionando que se cumplan las prestaciones del ChCC. Además el profesional de enfermería participa en la planificación y ejecución de acciones multidisciplinarias en atención primaria.
- ✓ *Función investigativa:* el profesional de enfermería debe realizar y/o participar en investigaciones en relación al desarrollo psicomotor y/u otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y al mejoramiento de la salud de la población. Así mismo, debe divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones, con el fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.

Enfocándose netamente en lo que respecta al desarrollo psicomotor, el profesional de enfermería está capacitado para evaluarlo y pesquisar riesgos y retrasos en el niño/a. Esto se realiza mediante la aplicación de pruebas como la Pauta Breve, el E.E.D.P y el TEPSI. Aunque éstas se realizan a edades determinadas, la enfermera/o en cada control de salud del menor está atenta a cualquier anomalía que se presente en su desarrollo psicomotor, independiente de la edad; explicándole además a la madre y/o cuidador/a los signos de alerta que puede presentar el niño/a respecto a algún déficit en cuanto a su normal desarrollo.

En el caso de que se encuentre un menor en riesgo o retraso en su desarrollo, el profesional de enfermería brinda una atención de salud integral y sistemática, con enfoque biosicosocial al niño/a cuyo desarrollo (físico, emocional y cognitivo) se ha desviado de la progresión esperada por cualquier causa. Las actividades realizadas incluyen:

A. Consulta del niño/a con rezago (déficit) en su desarrollo, se realiza:

- ✓ Orientación a la madre, padre y/o cuidadora sobre como estimular las áreas en déficit encontradas.
- ✓ Entrega de guías anticipatorias adaptadas a las necesidades del niño/a y familia según área en déficit.

- ✓ Diagnóstico de las condiciones de crianza y de relación afectiva con el niño/a, de su cuidado y estimulación, considerando todas las personas que participan en su cuidado.
  - ✓ Derivación de los niños/as a otros servicios de la red de salud o comunitaria, en caso de ser necesario.
- B. Visita domiciliaria integral con énfasis en aspectos educativos y de estimulación del desarrollo psicomotor en caso de retraso del desarrollo psicomotor a los 8-18 meses y 3 años, con especial énfasis en problemas en el área de lenguaje y socioemocional que se realiza con el equipo de salud de cabecera.

### **2.2 Objetivo General**

Determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres acerca del DSM en niños y niñas de 6 meses de edad.

### **2.3 Objetivos Específicos**

1. Identificar cuál es el concepto que tienen las madres acerca del DSM.
2. Describir los beneficios que identifican las madres sobre la estimulación del DSM.
3. Identificar si la madre conoce los hitos esperados a los 6 meses de edad, en relación a las áreas del desarrollo psicomotor.
4. Identificar si la madre conoce cuales son las actividades adecuadas para la estimulación de las diferentes áreas del desarrollo psicomotor.
5. Describir las características personales, familiares y sociales de las madres de niños y niñas de 6 meses de edad.

**2.4 Definición y Operacionalización de las variables**

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimensión	Indicaciones
<b>Características personales de las madres en estudio</b>	Particularidades propias de la madre en estudio	Clasificación etaria de la madre	¿Cuántos años tiene usted?	A) Adolescente B) Adulta joven C) Adulta D) Adulta mayor
		Estado civil de la madre	¿Cuál es su estado civil actual?	A) Soltera B) Casada C) Separada/Divorciada D) Conviviente E) Viuda
		Nivel educacional de la madre	¿Cuál es su nivel educacional?	A) Básica incompleta B) Básica completa C) Media incompleta D) Media completa E) Superior completa F) Superior incompleta G) Otros
		Ocupación de la madre	¿Qué ocupación tiene usted?	A) Dueña de casa B) Estudiante C) Empleo remunerado jornada completa D) Empleo remunerado media jornada E) Trabajo de temporada F) Cesante G) Otros
		Número de hijos/as	¿Cuántos hijos/as tiene usted?	A) Uno B) Más de uno
	Particularidades de la familia con quien vive la madre en estudio	Tipo de familia	¿Con quién vive usted?	A) Nuclear monoparental B) Nuclear biparental C) Extensa D) Compuesta
	Particularidades referidas a las condiciones sociales de la madre en estudio	Área geográfica de la vivienda	¿En qué zona se ubica su vivienda?	A) Zona rural B) Zona urbana
		Redes de apoyo	¿A quién acude usted cuando tiene un problema?	A) Familia B) Vecinos/as C) Amigos/as D) Compañeros/as de trabajo E) Otros

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
<b>Nivel de conocimiento del desarrollo psicomotor</b>	Información que tienen las madres en estudio acerca del desarrollo psicomotor	Concepto del desarrollo psicomotor	Definición del desarrollo psicomotor	¿Qué entiende usted por desarrollo psicomotor?	Pregunta abierta
			Beneficios de la estimulación del desarrollo psicomotor	Al estimular el desarrollo psicomotor de su hijo/a, usted está:	A) Apurando su crecimiento B) Ayudando a que desarrolle sus capacidades C) Ayudando a que mejore su lenguaje
		Eventos esperados a los 6 meses de edad	Área motora	A los 6 meses en relación a la movilidad, usted espera que su hijo/a:	A) Se siente solo/a momentáneamente B) Intente afirmar la cabeza al sentarlo/a C) Dé algunos pasos de la mano de la madre
			Área lenguaje-social	A los 6 meses en relación a lenguaje, usted espera que su hijo/a:	A) Gire la cabeza cuando se le hable B) Diga más de cuatro palabras C) Balbucee cuando se le habla
			Área coordinación	A los 6 meses en relación a coordinación, usted espera que su hijo/a:	A) Se ponga de pie con apoyo B) Tome con sus manos el juguete que le pase C) Intente tomar un objeto pequeño con dos dedos en forma de pinza
		Actividades de estimulación adecuadas para realizar a la edad de 6 meses	Área motora	¿Qué haría usted para estimular la movilidad de su hijo/a?	A) Dejarlo/a en su cuna con juguetes a su alrededor B) Sentarlo/a sólo un tiempo corto con sus juguetes C) Dejarlo en andador para que aprenda a caminar

			Área lenguaje-social	¿Qué haría usted para estimular el lenguaje de su hijo/a?	A) Dejarlo/a sentado/a frente al televisor por más de dos horas para que aprenda sonidos y palabras B) Hablarle mientras lo/a baña, le cambia pañales, lo/a alimenta, juega C) Conversarle sólo cuando lo/a alimenta	
			Área coordinación	¿Qué haría usted para estimular la coordinación de su hijo/a?	A) Pasarle una cuchara para que intente llevarla a la boca B) Pasarle cuaderno y lápiz para que dibuje y escriba C) Pasarle dos cubos para que los tome con sus manos	
			Fuentes de información acerca del Desarrollo Psicomotor	Principal fuente de información acerca del desarrollo psicomotor	¿De quién ha recibido mayor información acerca de la estimulación del desarrollo psicomotor?	A) Enfermera/o del CESFAM B) Familiares y/o amigos/as C) Medios de comunicación D) Programa Chile Crece Contigo E) Otros miembros del equipo de salud F) No he recibido información
				Continuidad en la asistencia	¿Ha asistido a todos los controles de salud de su hijo/a?	A) Si B) No
					En este control de salud, ¿recibió	A) Si B) No

		Control de Salud Infantil	Recepción de las indicaciones de la enfermera/o acerca del desarrollo psicomotor	indicaciones respecto a la estimulación del desarrollo psicomotor de su hijo/a?	
				¿Usted entendió estas indicaciones?	A) Si B) No
				Justificar pregunta anterior	Pregunta abierta
				¿Usted sigue estas indicaciones dadas por el profesional de salud?	A) Si B) No C) En parte

**Capítulo III**  
**METODOLOGÍA**

## **Capítulo 3.1: Metodología**

### **3.1.1 Tipo de diseño de la investigación**

La presente investigación es de tipo cuantitativo descriptivo transversal. Se trabajó con una población finita y el tipo de muestreo es no probabilístico por cuotas, en donde se fijaron “cuotas” que consisten en un número de individuos que reúnen determinadas condiciones necesarias para este estudio.

### **3.1.2 Población en estudio y definición del universo**

La población en estudio apuntó a madres de niños y niñas entre 6 meses 0 días y 6 meses 29 días de edad que estaban inscritos y que asistieron a control de salud infantil en el mes de octubre del año 2011 en el CESFAM San Felipe El Real, ubicado en Cajales 1900, comuna de San Felipe. Este centro de salud se convirtió en Centro de Salud Familiar según las metas de salud al 2010 donde todos los centros de salud (CES), pasarían al año 2010 a transformarse en CESFAM , cumpliendo con el nuevo modelo de salud familiar integral.

- ***Criterios de inclusión:***

- Madres de niños/as entre 6 meses 0 días y 6 meses 29 días de edad, al momento del control de salud infantil, en el mes de septiembre del año 2011 en el CESFAM San Felipe El Real.
- Madres que acepten participar del estudio, firmando así el consentimiento informado.

- ***Criterios de exclusión:***

- Madres que no acepten participar en el estudio y/o no firmen el consentimiento informado.
- Cuidadoras cuyo vínculo con el niño/a no sea el de madre.
- Madres de niños menores de 6 meses 0 días o mayores de 6 meses 29 días.

### ***Definición del área en estudio***

Desde el inicio del planteamiento del problema, en la asignatura de Metodología de la Investigación, realizada durante el segundo semestre del año 2010 se decidió llevar a cabo el estudio en el CESFAM Segismundo Iturra Taíto, de San Felipe, durante los meses de julio y agosto del año 2011; para lo cual el día lunes 9 de mayo de 2011, tres alumnas tesistas en representación del grupo acudieron a una reunión con la Sra. Marcela

Brito (enfermera coordinadora), con previo acuerdo, llevando una carta de la Secretaria Académica de la Escuela de Enfermería que avalaba el estudio, además de la aprobación de la profesora guía. En esta reunión se explicó a la enfermera coordinadora el tema de investigación, el objetivo, lo que se pretendía realizar en el CESFAM y el tiempo en que se llevaría a cabo todo esto. Respecto a lo anterior la Sra. Marcela Brito explicó a las representantes lo complejo que sería realizar la recolección de datos durante los meses de julio y agosto debido a la Campaña de Invierno y lo que ello compete, además de otros motivos internos del establecimiento.

Debido a esto, luego de discutir la posibilidad de realizar el estudio en otro centro de salud, se decidió en común acuerdo entre tesisistas y profesora guía, realizar el estudio de prefactibilidad en el CESFAM San Felipe El Real, para lo cual el día 16 de mayo acudieron dos alumnas a este centro con una carta de la Secretaria Académica de la Escuela de Enfermería y un informe con antecedentes básicos del estudio, tales como delimitación del problema, objetivos, justificación, resumen de metodología y se adjuntó el cuestionario; estos documentos fueron presentados a la Srta. Lucía Navarrete, enfermera coordinadora del CESFAM, quien entregó una respuesta positiva ante la posibilidad de llevar a cabo la investigación en este centro de salud, siempre que el estudio fuese aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua.

Posteriormente, se continuó avanzando en el informe que se debía enviar al Comité de Ética, el cual fue entregado el día 15 de junio de 2011, en versiones digital e impresa. La respuesta se pronunció el 18 de agosto, día en que la profesora guía entregó al grupo investigador la carta formal en que se certifica la aprobación para llevar a cabo la investigación, con la salvedad de corregir algunos detalles puntuales, para que sean revisados luego por el equipo docente.

Tras recibir la carta de aprobación, se acudió el día 22 de agosto al CESFAM San Felipe El Real, con el fin de entregar la carta a la enfermera supervisora y así obtener, tanto los datos necesarios para el diseño muestral, como la autorización formal para comenzar con el proceso de recolección de datos. Este día se recibió la autorización, y con respecto a la información acerca de la muestra, se envió un correo electrónico al Jefe de SOME con los datos que se requerían, para que de esta manera él los facilitara al grupo.

El día 29 de agosto se concurrió nuevamente al CESFAM a recibir la información solicitada al Jefe de SOME, quien se comunicó con el departamento de estadística del centro de salud, para que facilitara los datos de la población de niños y niñas de 6 meses

de edad citados a control durante el mes de octubre, lo cual fue complementado con la programación semanal de la enfermera de cada sector; determinando de esta manera un universo total de 40 menores.

### **3.1.3 Diseño muestral**

El Universo disponible para el estudio, por ser una cifra baja y limitada, determinó que la muestra fuera equivalente al universo, es decir, las 40 madres citadas dentro del mes en que se aplicó el instrumento. El método de muestreo fue dirigido e intencional, ya que no se realizó selección al azar, debido al tamaño de ésta. Este tipo de selección considera como datos perdidos aquellos casos que corresponden a los criterios de exclusión y las inasistencias a control, finalizando la muestra con un total de 33 madres encuestadas.

### **3.1.4 Método de recolección de datos**

La metodología que se utilizó para la recolección de datos constó de dos partes, primero se diseñó un cuestionario con preguntas abiertas y de selección múltiple cuyo objetivo fue recabar datos acerca de las características personales, familiares y sociales de las madres e información que permitiera clasificar el conocimiento que tenían acerca del desarrollo psicomotor en nivel alto, medio o bajo.

La segunda parte correspondió a la aplicación del cuestionario a las madres que accedían a firmar el consentimiento informado. Este instrumento fue aplicado de manera dirigida y verbal al momento de salir del control de salud infantil con la enfermera, y sus respuestas fueron traspasadas a la hoja de respuestas para su posterior análisis. Se decidió aplicar de manera dirigida este cuestionario para evitar las dudas y las respuestas en blanco y, por ende, los sesgos derivados de ello.

### **3.1.5 Descripción del instrumento**

El instrumento, acompañado y precedido por el consentimiento informado (ver anexo N°8), comenzó con un instructivo donde se explica la cantidad de preguntas y la forma en que se llevaría a cabo el cuestionario. El consentimiento informado, firmado con anterioridad por la profesora guía, para ser validado requería de la firma y RUT de la madre participante, lo que es una constancia de la explicación de los términos del estudio, el uso que se le dará a la información obtenida y los beneficios y perjuicios que éste podría producir.

Se confeccionó una hoja de respuestas del cuestionario (ver anexo N°9), donde se debían ingresar los datos de fecha, folio y nombre de la alumna encargada de aplicar la encuesta, además de cada una de las respuestas de la madre, incluidas las abiertas, esto con el fin de hacer más fácil el vaciamiento de datos, pues en una sola hoja se encontrarían todas las respuestas del cuestionario.

El instrumento constó de 22 preguntas en total, 3 de ellas abiertas y las 19 restantes de selección múltiple. Estas preguntas se dividieron en 5 ítems:

Ítem	Número de preguntas
Características personales de la madre	4 preguntas de selección múltiple y 1 pregunta abierta
Características familiares de la madre	1 pregunta de selección múltiple
Características sociales de la madre	2 preguntas de selección múltiple
Conocimiento del desarrollo psicomotor	8 preguntas de selección múltiple y 1 pregunta abierta
Control de salud infantil	4 preguntas de selección múltiple y 1 pregunta abierta

La división por ítems se debió básicamente a que de esta manera la aplicación del instrumento a las madres sería de manera más ordenada, teniendo una secuencia en la información a extraer.

### 3.1.6 Estudio de confiabilidad del instrumento

El estudio de confiabilidad consistió en la aplicación del cuestionario a un número de 20 personas no pertenecientes al área de la salud y que fueran madres, con la finalidad de dilucidar las dudas que pudieran surgir en la aplicación definitiva del instrumento; esto permitió resolver errores de redacción y corregir preguntas difíciles de comprender, permitiendo así, construir definitivamente un instrumento claro y preciso. Además, se buscó estimar el tiempo adecuado para la aplicación del mismo.

El estudio de confiabilidad se dividió en tres partes. La primera fue realizada el día 24 de junio, en este segmento, se aplicó la encuesta a tres personas, como consecuencia, se hicieron correcciones al consentimiento informado y a la formulación de preguntas, previo análisis de las dificultades por parte del grupo. La segunda fase se

realizó el día 30 de junio, donde cada integrante encuestó a dos madres; en esta ocasión, posterior al análisis grupal se decidió modificar nuevamente, la enunciación de algunas interrogantes. En la tercera fase, se aplicó el estudio a tres mujeres, resultando la reformulación de detalles menores. Finalmente, se adoptó el instrumento como definitivo, para ser aplicado en la muestra el día 29 de agosto.

A través de la validación del cuestionario se determinó:

- El tiempo aproximado en su aplicación será de 15 minutos.
- La corrección de aquellos puntos que presentaban relativa dificultad en la comprensión por parte de las madres, para así lograr un instrumento definitivo.
- El orden, el lenguaje y la redacción finales, son adecuados para recolectar la información pertinente a la investigación.
- Los factores facilitadores y entorpecedores a considerar al momento de su aplicación.

### **3.1.7 Criterios utilizados para el análisis de datos**

#### *Vaciamiento de datos*

Para la tabulación de los datos se utilizó un computador tipo laptop, con procesador “Intel Celeron Inside” CPU T3000, memoria (RAM) 2.00 GB, con sistema operativo Windows 7 Starter. Los datos recopilados fueron ingresados al programa computacional SPSS 17.0 para ser procesados y completar su análisis. Para la elaboración de este informe se utilizó el programa Microsoft Office Word 2007.

#### *Criterios para efectuar el análisis de la información*

Para analizar el “Nivel de conocimiento que tienen las madres de niños/as de 6 meses de edad acerca del Desarrollo Psicomotor”, se definieron niveles de conocimiento considerando no sólo la cantidad de respuestas acertadas que obtenían las encuestadas en el cuestionario aplicado, sino también las medianamente correctas, y se ponderó con un puntaje menor a las respuestas incorrectas, elaborando para este estudio una escala que define el resultado en alto, medio o bajo, con un puntaje total de 32 puntos, asignando a cada pregunta diferentes puntajes según la relevancia de éstas para el estudio, siendo las de mayor ponderación aquellas en relación al conocimiento de cómo estimular las áreas del desarrollo psicomotor.

Nivel de conocimiento:

- **Alto:** Obtiene un puntaje de 27 a 32, lo que implica conocer y aplicar los criterios mencionados a continuación:
  - Conoce los beneficios de una estimulación temprana del desarrollo psicomotor para su hijo/a.
  - Conoce los hitos del desarrollo psicomotor esperados para la edad de su hijo/a.
  - Conoce las actividades adecuadas para estimular el desarrollo psicomotor de su hijo, según su edad.
- **Medio:** Obtiene un puntaje entre 17 y 26, lo que indica que conoce y/o aplica de forma parcial los criterios antes mencionados.
- **Bajo:** Obtiene un puntaje entre 7 y 16, lo cual significa que conoce y/o aplica 1 ó ninguno de los criterios antes mencionados.

### 3.1.8 Organización del trabajo en terreno

Con el fin de hacer más operativo y coordinado el trabajo en terreno, se construyó un cronograma para llevar a cabo el proceso de aplicación del cuestionario el cual comprendió día y hora en que cada integrante debía concurrir al CESFAM para aplicar el instrumento a las madres. Tomando en cuenta la diversidad de horarios de citación se destinaron para cada alumna tesista aproximadamente 5 cuestionarios a aplicar, durante las cuatro semanas del mes de septiembre, de lunes a jueves desde las 8 am hasta las 16:30 horas.

Se identificó a cada madre en la sala de espera, preguntándole la edad del niño/a, confirmando la citación a CSI y, por supuesto, se pidió su participación voluntaria en la investigación, la cual fue aceptada de buena manera por la totalidad de las madres abordadas. Entonces, se procedió a leer el consentimiento para que fuera firmado por la madre si era su voluntad participar en el estudio, y se realizaron las preguntas, posterior al CSI.

La aplicación del instrumento demoró entre 8 y 10 minutos, se leyó a la madre cada una de las preguntas con sus respectivas respuestas, si procedía. No hubo mayores inconvenientes en la comprensión de las preguntas, en los casos en que surgieron dudas, éstas fueron resueltas inmediatamente, de manera de aclarar, pero sin influir en las respuestas.

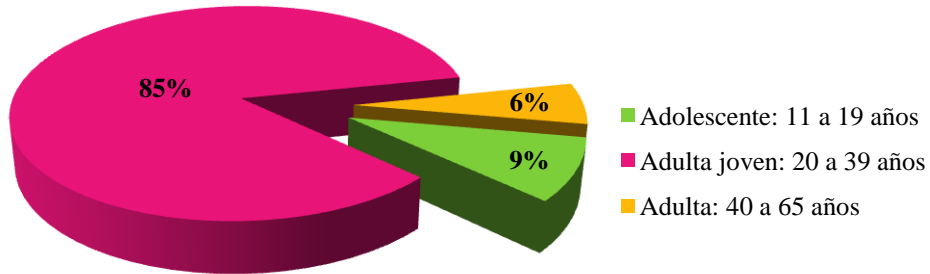
Cada semana del mes de septiembre, se realizó una reunión de grupo en donde los instrumentos aplicados se entregaron a la integrante a cargo de traspasar los datos al programa SPSS, y al mismo tiempo se evaluó la semana de trabajo con el fin de reorganizar y/o corregir dificultades que se presentaron.

Finalmente se consiguió encuestar a 33 madres, con las cuales se trabajó para el análisis de los datos, las 7 restantes que estaban programadas para el mes de septiembre no fueron encuestadas por inasistencia o por estar dentro de los criterios de exclusión.

**Capítulo IV**  
**RESULTADOS Y PRESENTACIÓN EN**  
**GRÁFICOS**

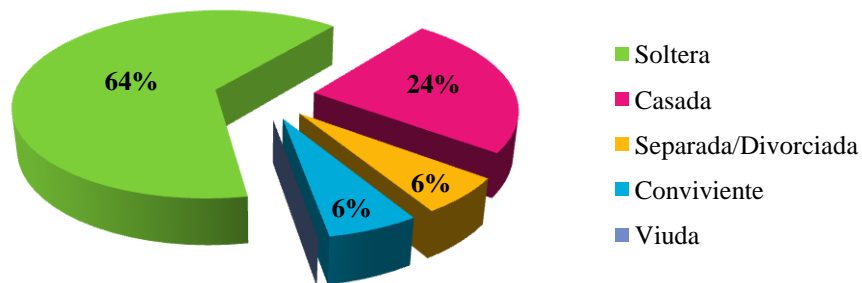
**4.1 Análisis descriptivo de los resultados**

**Gráfico N°1: Distribución porcentual de madres según edad**



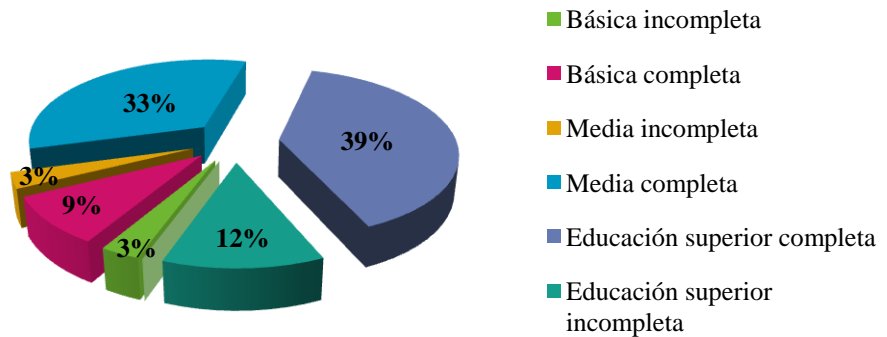
Un 85% de las madres es adulta joven, un 9% es adolescente; y el 6% restante corresponde al grupo etario de adulta; siendo la menor encuestada de 16 años y la mayor de 45 años de edad.

**Gráfico N°2: Distribución porcentual de madres según estado civil**



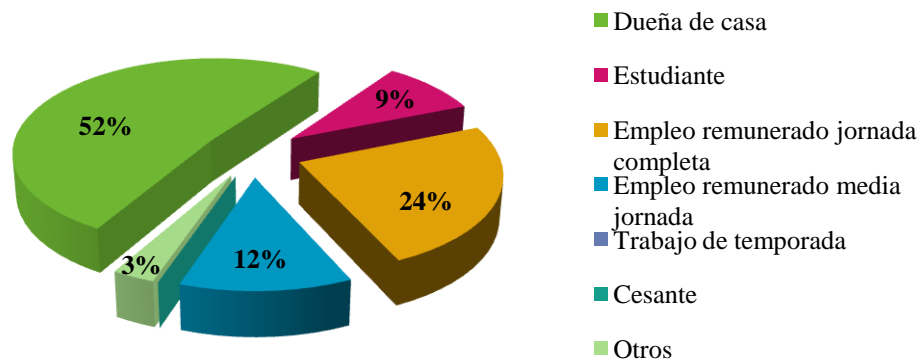
Según este gráfico un 64% de las madres es soltera, mientras que un 24% se encuentra casada. Las encuestadas con un estado civil: separada/divorciada y conviviente, representan un 6% respectivamente del total de la muestra.

**Gráfico N° 3: Distribución porcentual de madres según nivel educacional**



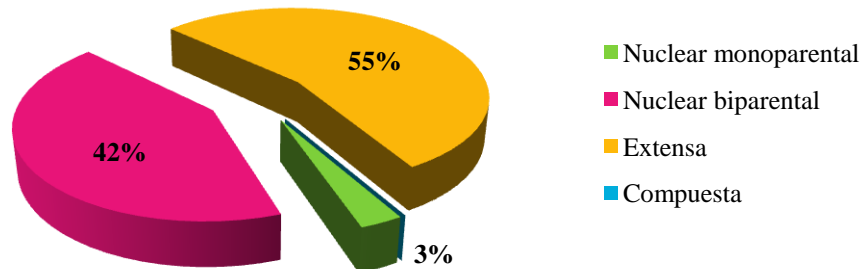
Un 39% de las madres completó la educación superior, un 33% tiene enseñanza media completa. El 12% presenta educación superior incompleta y un 9% educación básica completa.

**Gráfico N° 4: Distribución porcentual de madres según ocupación**



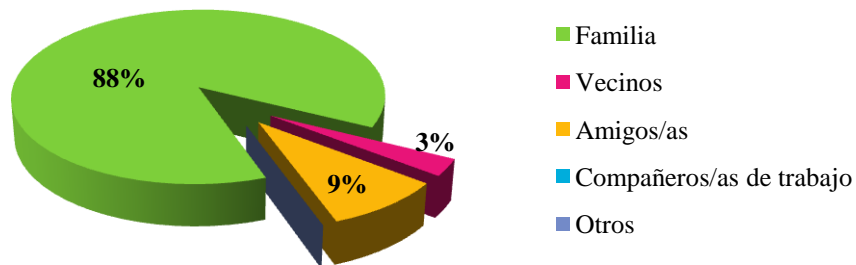
Un 52% de las encuestadas es dueña de casa, el 24% posee un empleo remunerado jornada completa, mientras que el 12% tiene un empleo remunerado media jornada, un 9% es estudiante, y el 3% restante ejerce otra ocupación, siendo una trabajadora independiente.

**Gráfico N° 5: Distribución porcentual de madres según tipo de familia**



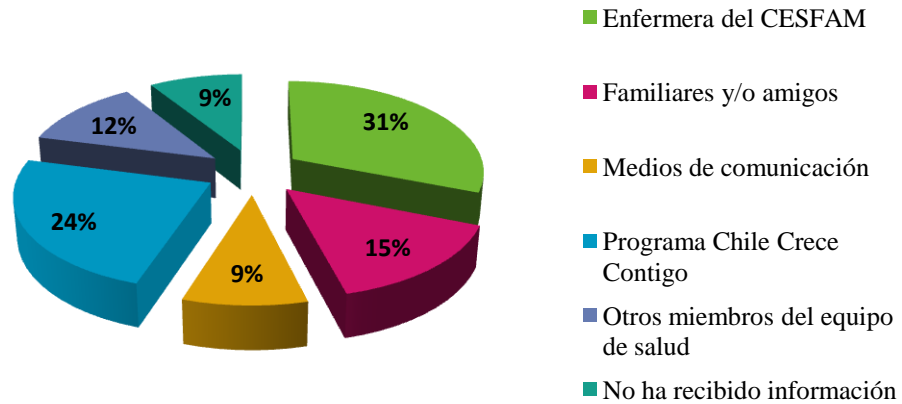
En este gráfico se observa que un 55% de las madres encuestadas pertenece a una familia extensa, otro 42% a una familia nuclear biparental y un 3% a una familia monoparental.

**Gráfico N° 6: Distribución porcentual de madres según principal red de apoyo con la que cuenta**



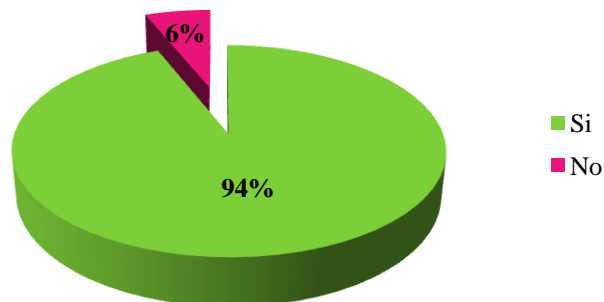
Un 88% de las madres encuestadas manifiesta que su principal red de apoyo es la familia, el 9% considera que son sus amigos/as y un 3% identifica a sus vecinos como red de apoyo.

**Gráfico N° 7: Distribución porcentual de madres según medio por el cual ha recibido información del desarrollo psicomotor**



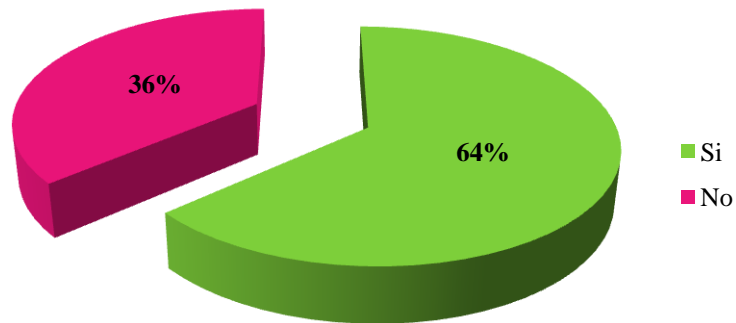
La información que reciben las madres acerca de la estimulación del desarrollo psicomotor es en un 31% dada por la enfermera del CESFAM, en un 24% por el programa Chile Crece Contigo, un 15% por familiares y/o amigos, un 12% por otros miembros del equipo de salud siendo el principal el médico pediatra, un 9% por medios de comunicación principalmente internet, y otro 9% no ha recibido información acerca de este tema.

**Gráfico N° 8: Distribución porcentual de madres y asistencia a controles de salud infantil de su hijo/a**



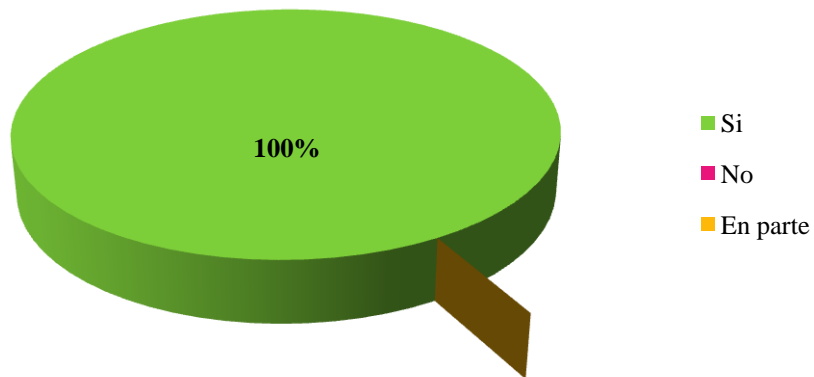
Un 94% de las madres encuestadas tiene una asistencia completa al control de salud infantil y el 6% restante no ha asistido a todos los controles.

**Gráfico N°9: Distribución porcentual de madres y recepción de indicaciones del desarrollo psicomotor en el último control de salud infantil**



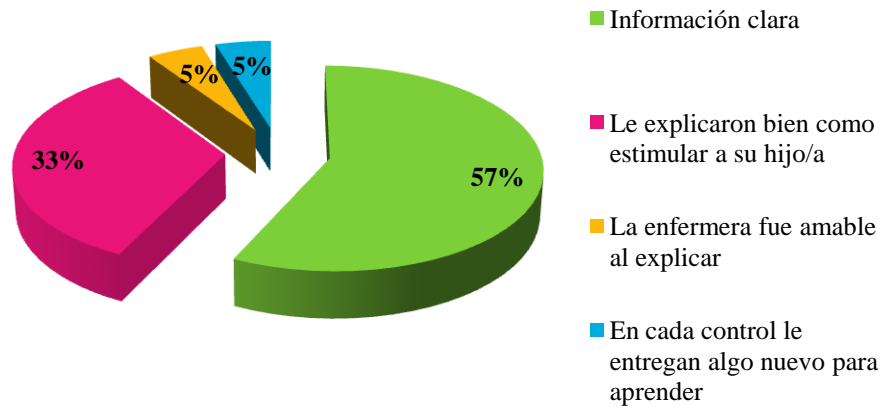
Según este gráfico, un 64% de las madres ha recibido indicaciones acerca del desarrollo psicomotor en el último control de salud infantil y un 36% señala no las ha recibido.

**Gráfico N°10: Distribución porcentual de madres y entendimiento de las indicaciones del desarrollo psicomotor dadas por el profesional de enfermería**



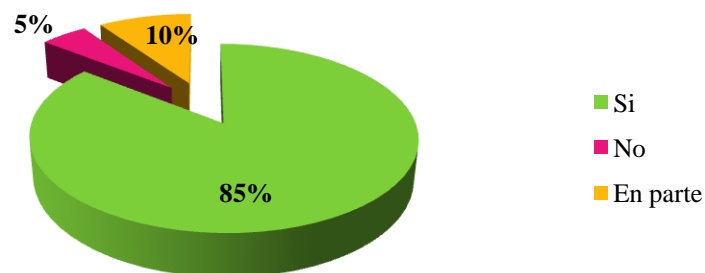
Según el gráfico anterior, del 64% de madres que recibieron indicaciones del desarrollo psicomotor, el 100% entendió estas indicaciones.

**Gráfico N°11: Distribución porcentual de madres y justificación del entendimiento de las indicaciones dadas por el profesional de enfermería**



Del total de las madres encuestadas que refieren haber entendido las indicaciones del desarrollo psicomotor, un 57% señala que las entendió porque la información era clara, otro 33% refiere que le explicaron bien como estimular a su hijo/a, el 5% afirma que la enfermera/o fue amable y otro 5% manifiesta que en cada control de salud infantil le entregan algo nuevo para aprender.

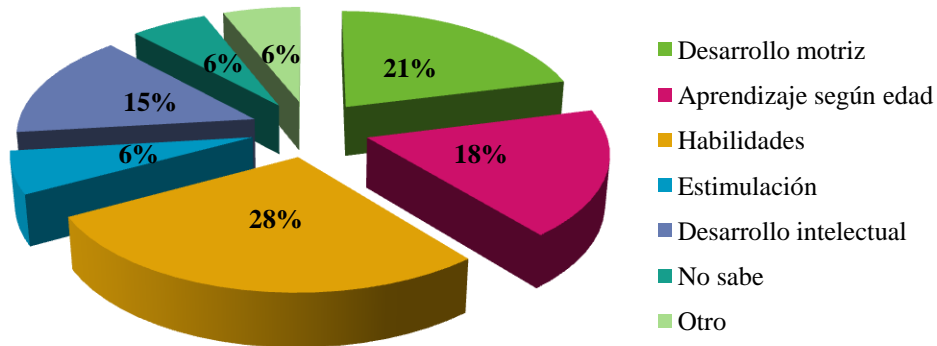
**Gráfico N°12: Distribución porcentual de madres y seguimiento de las indicaciones dadas por el profesional de enfermería en relación al desarrollo psicomotor**



De las madres que recibieron indicaciones del desarrollo psicomotor, el 85% de ellas refiere que sigue estas indicaciones, un 10% las sigue en parte y sólo un 5% manifiesta no seguirlas.

**Gráfico N° 13 Distribución porcentual de madres según concepto del desarrollo psicomotor**

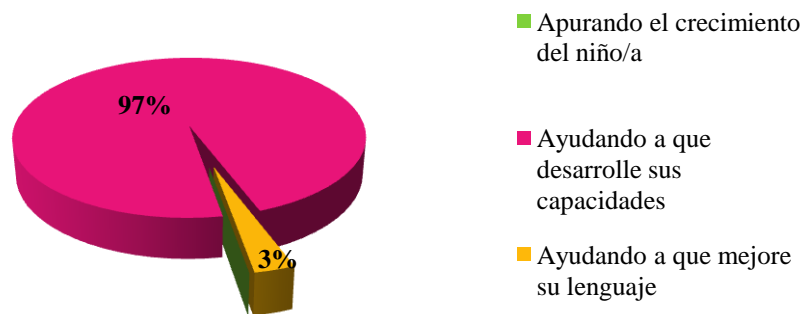
*¿Qué entienden usted por desarrollo psicomotor?*



Al aplicar esta pregunta abierta, dentro de las respuestas de las madres, un 28% lo asoció al desarrollo de habilidades, un 21% sólo al desarrollo motriz, el 18% de las madres se refirió al aprendizaje según la edad del niño/a, un 15% relacionó el concepto con el desarrollo intelectual, un 6% lo asoció sólo a la estimulación, otro 6% no supo definir el concepto de desarrollo psicomotor y un 6% de las respuestas se clasificó en la categoría “otro”, donde señalaron que es “trabajar la mente bien” y “decirle las cosas como son”.

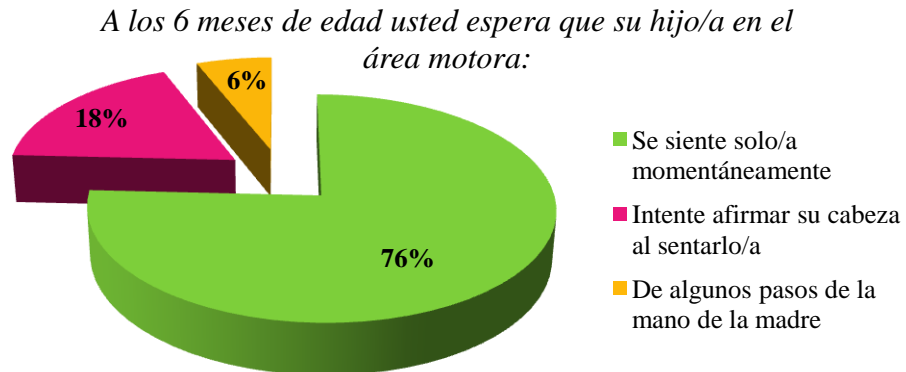
**Gráfico N° 14: Distribución porcentual de madres según beneficios de la estimulación del desarrollo psicomotor**

*Al estimular el desarrollo psicomotor de su hijo/a, usted esta:*



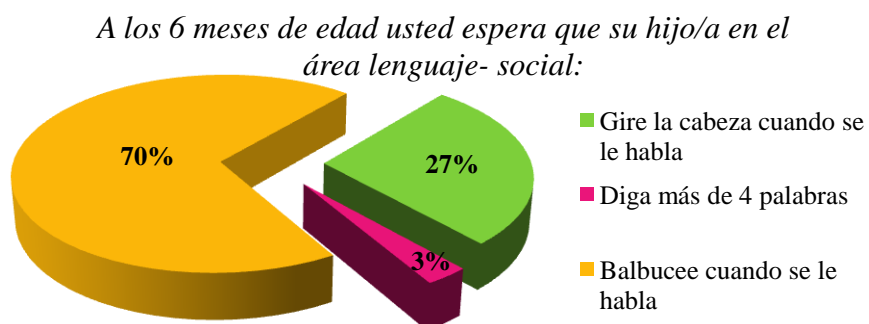
Se observa que un 97% de las encuestadas considera que al estimular el desarrollo psicomotor de sus hijo/a esta ayudando a que desarrolle sus capacidades y un 3% considera que ayuda a que mejore su lenguaje.

**Gráfico N° 15: Distribución porcentual de madres según hitos de los 6 meses en el área motora**



Como se puede apreciar en el gráfico un 76% de las madres identifica que el hito esperado en relación al área motora es que su hijo/a se siente solo/a momentáneamente. Un 18% cree que a la edad de 6 meses debería afirmar su cabeza al sentarse y el 6% restante afirma que lo esperado es que de algunos pasos de la mano de la madre.

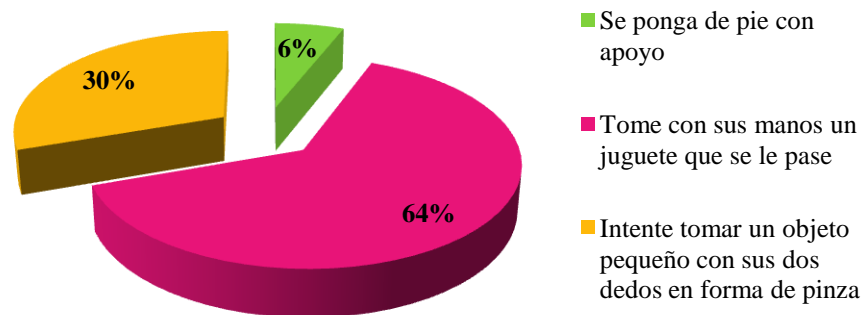
**Gráfico N° 16: Distribución porcentual de madres según hito de los 6 meses en área lenguaje-social**



De las madres encuestadas, un 70% considera que el hito esperado en relación al área lenguaje social para la edad de 6 meses es que su hijo/a balbucee cuando se le hable. Un 27% afirma que debería girar la cabeza cuando se le hable y el 3 % restante cree que lo esperado para su edad es que diga más de 4 palabras.

**Gráfico N° 17: Distribución porcentual de madres según hito de los 6 meses en área de coordinación**

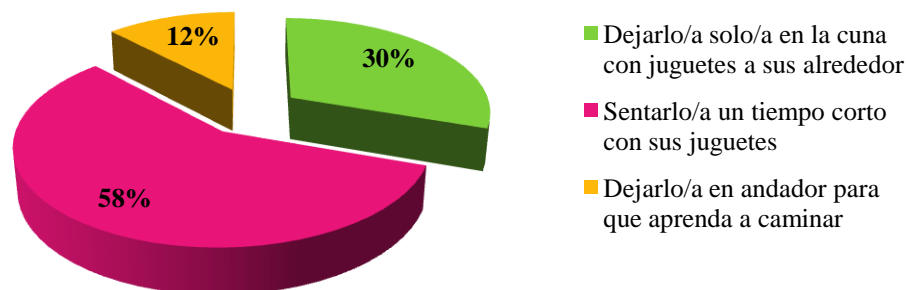
*A los 6 meses de edad usted espera que su hijo/a en el área de coordinación:*



De la información expuesta, un 64% de las madres cree que el hito esperado en el área de coordinación es tomar con sus manos un juguete que se le pase, mientras que un 30% afirma que lo esperado para los 6 meses de edad es que intente tomar un objeto con sus dedos en forma de pinza. El 6% restante considera que lo esperado es que se ponga de pie con apoyo.

**Gráfico N° 18: Distribución porcentual de madres según estimulación del área motora a los 6 meses**

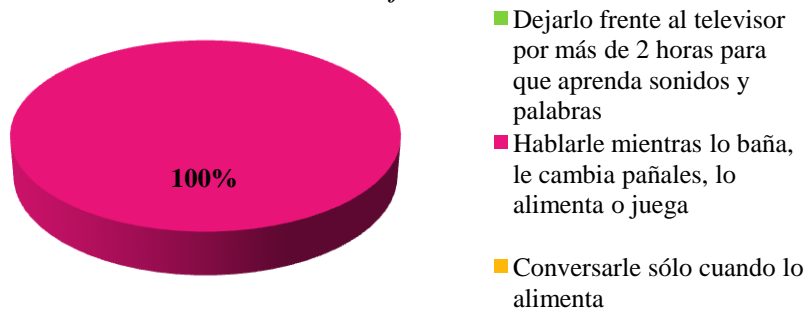
*¿Qué haría usted para estimular la movilidad de su hijo/a?*



Del gráfico podemos decir que un 58% de las madres manifiesta que la actividad adecuada de estimulación del área motora es dejarlo/a sentado/a un tiempo corto con sus juguetes. Un 30% sostiene que debería dejarlo/a solo/a en la cuna con juguetes a su alrededor. El 12% restante afirma que debería dejarlo/a al niño/a en el andador para que aprenda a caminar.

**Gráfico N° 19: Distribución porcentual de madres según estimulación del área lenguaje-social a los 6 meses**

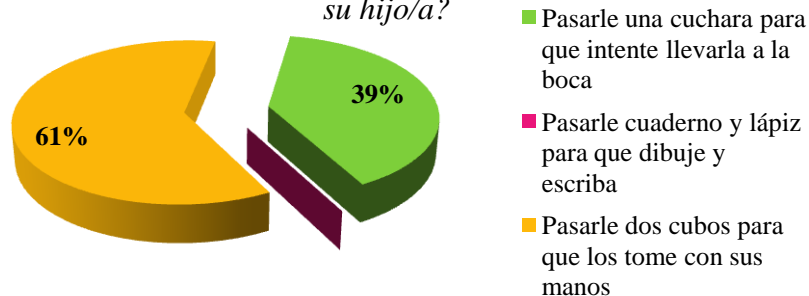
*¿Qué haría usted para estimular el área lenguaje-social de su hijo/a?*



De la información recopilada podemos decir que el 100% de las madres, cree que lo más efectivo para estimular el lenguaje de su hijo/a es hablarle mientras lo baña, le cambia los pañales, lo alimenta o juega con él.

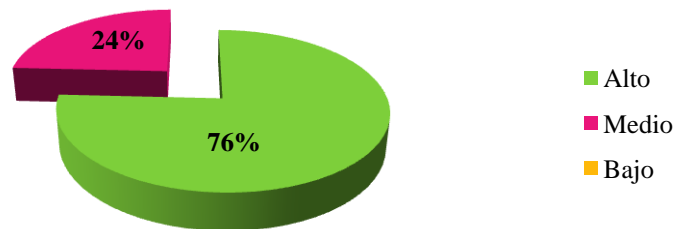
**Gráfico N° 20: Distribución porcentual de madres según estimulación del área coordinación a los 6 meses**

*¿Qué haría usted para estimular la coordinación de su hijo/a?*



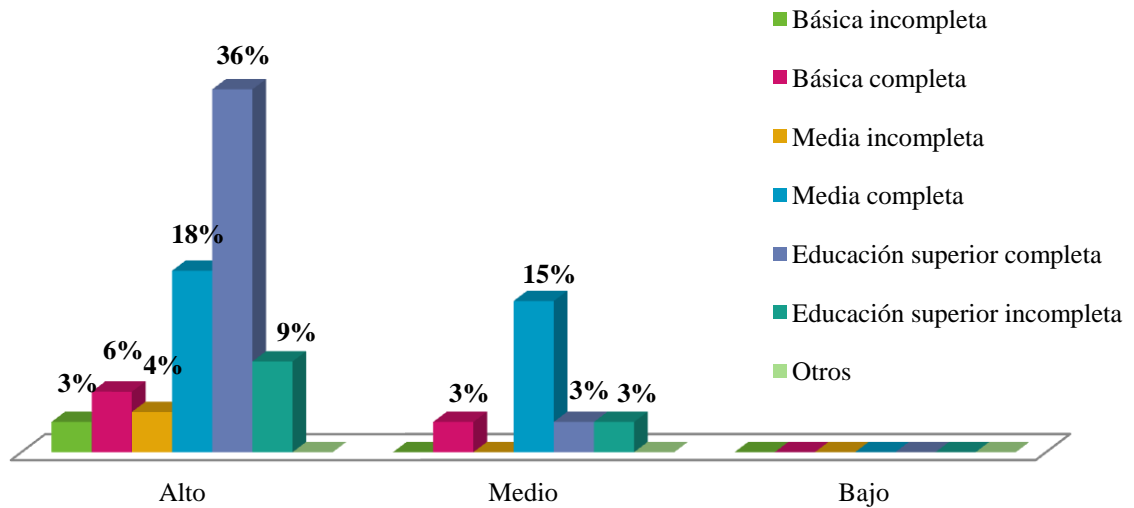
El 61% de las madres identificó que la mejor opción para estimular el área de coordinación era pasarle dos cubos para que los tome con sus manos y el 39% restante respondió que la mejor opción era pasarle una cuchara para que intente llevarla a la boca.

**Gráfico N° 21: Distribución de madres según nivel de conocimiento del desarrollo psicomotor**



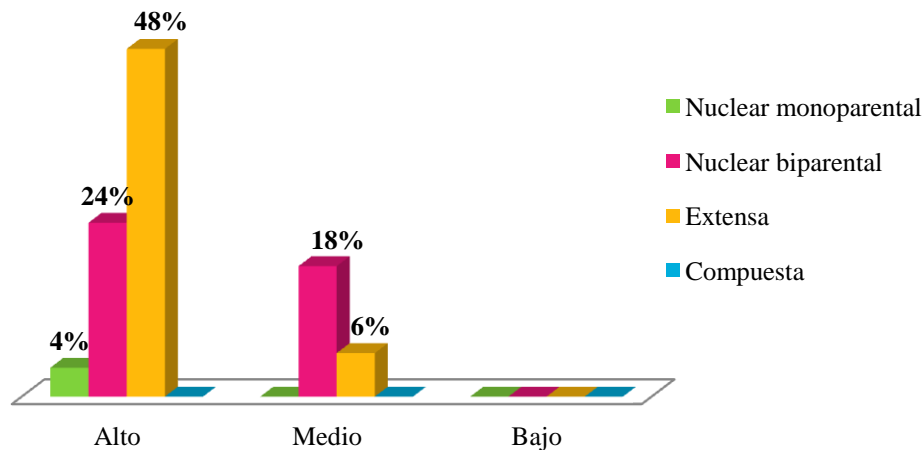
Del total de la madres encuestadas un 76% obtuvo un nivel de conocimiento alto del desarrollo psicomotor y el 24% restante obtuvo un nivel de conocimiento medio. Cabe señalar que no hubo madres que clasificaran en un nivel de conocimiento bajo.

**Gráfico N°22: Nivel de conocimiento del desarrollo psicomotor y nivel educacional**



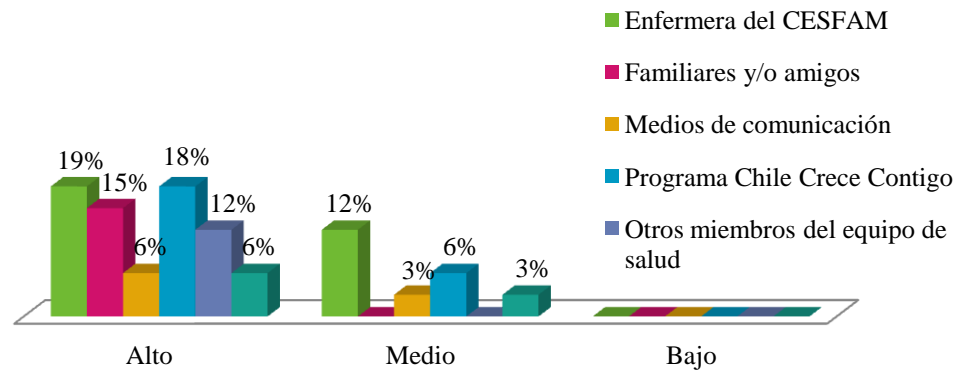
Del total de las madres encuestadas, un 36% tiene un nivel de conocimiento alto y una educación superior completa, un 18% tiene un nivel de conocimiento alto y una educación media completa y un 15% tiene un nivel de conocimiento medio y una educación media completa.

**Gráfico N°23: Nivel de conocimiento de desarrollo psicomotor y tipo de familia**



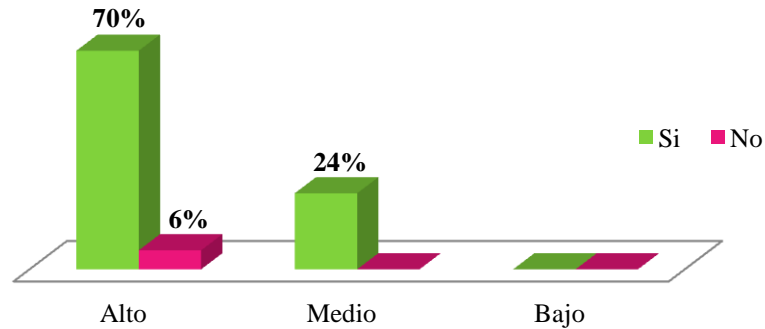
Del total de las madres encuestadas, un 48% tiene un conocimiento alto y pertenece a una familia de tipo extensa, un 24% tiene un conocimiento alto e integra una familia nuclear biparental y un 18% tiene un conocimiento medio y es parte de una familia nuclear biparental.

**Gráfico N° 24: Nivel de conocimiento del desarrollo psicomotor y fuente de información**



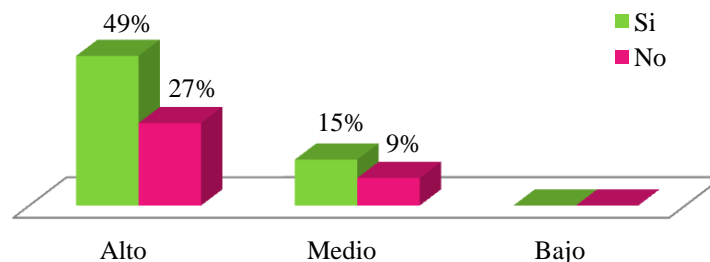
Del total de las madres encuestadas, un 19% tiene un conocimiento alto y recibió información del desarrollo psicomotor de la enfermera del CESFAM, un 18% tiene un nivel de conocimiento alto y recibió información del programa Chile Crece Contigo, un 15% tiene un conocimiento alto y recibió información de familiares y amigos, un 12% tiene un nivel de conocimiento alto y recibió información de otros miembros del equipo de salud y un 12% tiene un nivel de conocimiento medio y recibió información de la enfermera del CESFAM.

**Gráfico N° 25: Nivel de conocimiento del desarrollo psicomotor y Asistencia a Control de Salud Infantil**



Del gráfico se observa que del total de las madres encuestadas, un 70% tiene un nivel de conocimiento alto y ha asistido a todos los controles de salud infantil, un 24% tiene un nivel de conocimiento medio y ha asistido a todos los controles de salud infantil, un 6% tiene un nivel de conocimiento alto y no ha asistido a todos los controles de salud infantil.

**Gráfico N°26: Nivel de conocimiento del desarrollo psicomotor y recepción de las indicaciones en el último control de salud infantil**



Del total de las madres encuestadas, un 49% tiene un nivel de conocimiento alto y refiere haber recibido indicaciones del desarrollo psicomotor en el último control de salud infantil, un 27% tiene un nivel de conocimiento alto y no recibió indicaciones, un 15% tiene un nivel de conocimiento medio y sí recibió indicaciones del desarrollo psicomotor.

Capítulo V  
**CONCLUSIONES,  
RECOMENDACIONES Y RESUMEN**

## **5.1 Conclusiones**

- Según los resultados del estudio se logró determinar que la mayoría de las madres de niños/as de 6 meses de edad que asisten al control de salud infantil en el CESFAM San Felipe El Real tiene conocimiento alto del desarrollo psicomotor (76%), siendo solo un 24% el resultado de madres con un conocimiento medio y ninguna con un conocimiento bajo. Esto quiere decir que las madres que tienen un nivel de conocimiento alto, conocen los beneficios de la estimulación temprana, los hitos del desarrollo psicomotor y las actividades de estimulación adecuadas para la edad de su hijo/a.
- En cuanto a las características personales de las madres encuestadas para este estudio (ver anexo N°10), se concluye que aquellas que obtuvieron un nivel de conocimiento alto, pertenecen en un 64% al grupo etario de adulta joven, el 52% de las madres es soltera, el 36% tiene una educación superior completa, el 36% tiene una ocupación de dueña de casa y el 40% tiene más de un hijo/a. Por lo tanto, se puede determinar que las características de las madres que tienen un nivel de conocimiento alto, concuerdan con los factores protectores señaladas en la literatura investigada.
- Respecto a las características familiares se puede concluir que de las madres encuestadas para esta investigación, las que obtuvieron un nivel de conocimiento alto, el 48% pertenece a una familia extensa. Por lo tanto, el tipo de familia predominante es de tipo extensa y es un factor protector para el desarrollo psicomotor concordando con la literatura investigada.
- Según la información obtenida, la mayor parte de las madres encuestadas afirma que la familia es su principal red de apoyo con un 88%. En cuanto al nivel de conocimiento, del total de las madres, el 70% tiene un nivel de conocimiento alto y define a la familia como su principal red de apoyo, siendo éste el mayor porcentaje. Por lo que se concluye que la familia es un factor que puede influir de manera importante y positivamente en el conocimiento acerca del desarrollo psicomotor que tienen las madres.
- Se desglosa que las madres manejan un concepto general de lo que implica el DSM, relacionándolo principalmente al desarrollo de habilidades que el niño/a adquiere, al desarrollo motriz, al aprendizaje según su edad, al desarrollo intelectual. Un bajo porcentaje (6%) reconoció no saber la definición del DSM. Queda en evidencia que las madres manejan las áreas del desarrollo psicomotor en relación a las actividades de estimulación, pero no como concepto.

- Se concluye que las madres de la investigación reconocen en su gran mayoría cuales son los hitos de los 6 meses en las diferentes áreas que componen el desarrollo psicomotor. En cuanto a las actividades de estimulación el 100% de las madres logra identificar correctamente como estimular el área lenguaje social, pero en el área de coordinación sólo el 39% logró identificar la actividad más adecuada para estimular esta área. Concluyendo que las madres no conocen actividades adecuadas para estimular la coordinación de los niños/as.
- Al analizar los resultados obtenidos en el estudio, es notable el gran porcentaje (70%) de madres que obtuvieron un nivel alto de conocimiento del desarrollo psicomotor y que asisten regularmente a los controles de salud infantil de sus hijos, destacando la importancia de la asistencia al control, puesto que, es en esta instancia donde el profesional de Enfermería puede interactuar directamente con la madre del menor a fin de prevenir posibles riesgos o retrasos en el desarrollo psicomotor y guiar su adecuada estimulación.
- Finalmente, a partir de este estudio podemos concluir que las madres que presentan un alto nivel de conocimientos, comparten características similares tales como ser adulta joven; ser solteras, tener más de un hijo/a, ser dueñas de casa y cursar educación superior. Así mismo, se observa una tendencia a manifestar que la principal red de apoyo es la familia, siendo la extensa la de mayor prevalencia. En lo que concierne al control de salud infantil, un gran número refiere haber asistido a su totalidad, recibieron información del desarrollo psicomotor de la enfermera del CESFAM y siguen dichas indicaciones. Se destaca que las mayoría de las madres recibieron información del desarrollo psicomotor por parte de la enfermera y del Programa Chile Crece Contigo, ayudando a cumplir con los objetivos propuestos por el Plan Nacional de Salud.

## **5.2 Recomendaciones**

- Se destaca la labor del CESFAM San Felipe El Real, en su trabajo con las madres acerca desarrollo psicomotor de sus hijos/as. Se recomienda continuar con esta labor de educación y seguimiento en cada control de salud infantil y así prevenir los posibles déficit del desarrollo psicomotor que puedan tener los niños/as.
- Se sugiere que se sigan realizando las indicaciones a la madre en el control de salud infantil de la misma manera que se ha entregado, además de una posterior evaluación para saber si comprendió lo explicado durante el control, aclarando las dudas que puedan existir en relación a este tema.
- Para continuar promoviendo esta labor educativa que efectúa el CESFAM San Felipe El Real, se propone utilizar como medio de difusión las pantallas informativas existentes en la sala de espera de cada sector a través técnicas audiovisuales que contenga información clara, específica y relevante en relación al desarrollo psicomotor del niño/a y su adecuada estimulación, con el objetivo de informar a las madres mientras esperan su turno de atención.
- También se recomienda incorporar mecanismos de participación comunitaria, por medio de actividades de educación activa en salas cuna y jardines infantiles pertenecientes a la población del CESFAM, realizando talleres informativos acerca del desarrollo psicomotor, dirigidos tanto al personal de dichos establecimientos como a padres y/o apoderados de los menores que asisten a éstos.
- Considerando las actividades que se llevan a cabo en el CESFAM San Felipe El Real y los resultados de la presente investigación, se recomienda implementar actividades de taller, a cargo del profesional de enfermería en conjunto con el equipo de salud, destinadas a las madres hasta los tres primeros años de vida, con el fin de educar acerca de la mejor manera de estimular el desarrollo psicomotor de sus hijos/as y cómo prevenir retrasos en éste, de una manera práctica, enseñando técnicas fáciles de comprender y realizar según la edad de los menores. Esto iría a reforzar la intervención de enfermería que se realiza en CSI.

- Se recomienda al equipo de salud, confeccionar trípticos o folletos informativos que se entreguen durante el control de salud infantil a las madres y familia, con información de cómo estimular las áreas del desarrollo psicomotor con actividades cotidianas en el hogar, de esta forma se entregaría información a la familia en cada una de las edades de los niños/as que asisten a sus controles.
- Se sugiere que el CESFAM en conjunto con la Universidad de Valparaíso y sus alumnos/as aprovechen las instancias de los laboratorios con el fin de promover el desarrollo psicomotor en el control de salud infantil, trabajando con las madres en estas áreas.
- Se recomienda continuar incentivando la búsqueda del conocimiento por parte de las madres de distintas fuentes, para así complementar la información proporcionada en el CESFAM.
- Se sugiere a los profesionales del área de salud, realizar investigaciones sobre el desarrollo psicomotor, con el objetivo de proporcionar beneficios y nuevas estrategias en relación a la estimulación de cada niño/a.

### **5.3 Resumen**

El desarrollo psicomotor es un proceso continuo y dinámico, el cual tiene una secuencia de etapas destinadas a una mayor diferenciación e integración de las funciones, éstas se inician antes del nacimiento y continúa a lo largo de toda la vida. La estimulación temprana proporciona al niño y niña las experiencias necesarias para desarrollar al máximo sus capacidades de modo que pueda incorporarse positivamente al mundo que lo rodea, por lo tanto el nivel de conocimiento que tienen las madres acerca de la estimulación del desarrollo psicomotor, es fundamental ya que son ellas las que mantienen el vínculo más fuerte durante los primeros meses de vida. La vigilancia del desarrollo psicomotor es considerada de vital importancia en la supervisión del lactante, es por esto que el profesional de enfermería juega un papel fundamental en la detección de alguna alteración del desarrollo dado que, dentro del equipo de salud, es el que tiene mayor contacto con los niños y niñas dentro de su primer año de vida.

El objetivo de esta tesis es determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres acerca del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 6 meses de edad.

La población en estudio apuntó a madres de niños y niñas entre 6 meses 0 días y 6 meses 29 días de edad que estaban inscritos y que asistieron a control de salud infantil en el mes de septiembre del año 2011 en el CESFAM San Felipe El Real, la investigación es de tipo cuantitativo descriptivo transversal y se trabajó con una población finita y el tipo de muestreo es no probabilístico por cuotas.

Para la recolección de datos se diseñó un instrumento cuyo objetivo fue recabar antecedentes acerca de las características personales, familiares y sociales de las madres e información que permitiera clasificar el conocimiento que tenían acerca del desarrollo psicomotor en nivel alto, medio o bajo. Para el análisis de la información se definieron niveles de conocimiento considerando no sólo la cantidad de respuestas acertadas que obtenían las encuestadas en el cuestionario aplicado, sino también las medianamente correctas, y se ponderó con un puntaje menor a las respuestas incorrectas, elaborando para este estudio una escala que define el resultado en alto, medio o bajo.

Con todo lo anterior, se llegó a determinar que las madres que tienen un nivel de conocimiento alto, conocen los beneficios de la estimulación temprana, los hitos del desarrollo psicomotor y las actividades de estimulación adecuadas para la edad de su hijo e hija.

**Capítulo VI**  
**BIBLIOGRAFÍA**

## **6.1 Bibliografía**

### **6.1.1 Referencias bibliográficas**

1	Figueiras, A. C., Neves de Souza, I. C., Rios, V. G., & Benguigui, Y. (2007). <i>Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de la AIEPI</i> . Recuperado en Noviembre de 2011, desde <a href="http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desarrollo1.pdf">http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desarrollo1.pdf</a>
2	UNICEF. (2004). <i>Desarrollo psicosocial de los niños y niñas</i> . Colombia. Recuperado en Noviembre de 2011 desde <a href="http://www.unicef.org/colombia/pdf/ManualDP.pdf">http://www.unicef.org/colombia/pdf/ManualDP.pdf</a>
3	Subsecretaria de Redes Asistenciales. División de Atención primaria. (2011). <i>Orientaciones para la PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED AÑO 2012</i> . Recuperado en Noviembre de 2011 desde <a href="http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/acc225540b61fdd4e04001011e0155df.pdf">http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/acc225540b61fdd4e04001011e0155df.pdf</a>
4	Monrroy Montecinos, K. T., & Peña Silva, C. S. (2005). <i>Descripción del Desarrollo Psicomotor y Procesamiento Sensorial en niños con Déficit Atencional con Hiperactividad pertenecientes a comunas del area Norte de la Región Metropolitana</i> . Recuperado en Agosto de 2011, desde <a href="http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/monrroy_m/sources/monrroy_m.pdf">http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/monrroy_m/sources/monrroy_m.pdf</a>
5	Cusminsky, M. (1997). <i>Conceptos básicos de la supervisión del niño sano</i> . En Meneghello, J. <i>Pediatría</i> (5ª. Ed., pp. 128-134). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
6	Hill, Z., Kirkwood, B., & Edmond, K. (2005). <i>Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño</i> . Washington, D.C.
7	Raczynski, D. (2010). <i>Política de infancia temprana en Chile: Condicionantes del desarrollo de los niños</i> . Recuperado en Junio de 2011, desde <a href="http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/19062006104331.pdf">http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/19062006104331.pdf</a>
8	Schonhaut B., L., Herrera G., M. E., Acevedo G., K., & Villarreal V, V. (2008). <i>Estrategias de pesquisa del déficit del desarrollo psicomotor en atención primaria</i> . Recuperado en Agosto de 2011, desde <a href="http://www.revistapediatria.cl/vol5num3/pdf/3 ESTRATEGIAS PESQ DE FICIT DESARROLLO PSICOMOTOR AT.pdf">http://www.revistapediatria.cl/vol5num3/pdf/3 ESTRATEGIAS PESQ DE FICIT DESARROLLO PSICOMOTOR AT.pdf</a>

9	Ministerio de Salud. (2006). <i>II Encuesta de calidad de vida y salud 2006</i> . Recuperado en Septiembre de 2011, desde <a href="http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf">http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf</a>
10	Chile, Ministerio de Salud (2007) Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).
11	Datos epidemiológicos recopilados en el departamento de estadísticas en conjunto con la Educadora de Párvulos en el CESFAM San Felipe El Real.
12	Moore V., R. (s.f.). <i>Evaluacion del desarrollo Psicomotor</i> . Recuperado en Agosto de 2011, desde <a href="http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/evaldessps.html">http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/evaldessps.html</a>
13-14	Casassas, R. y Campos, M. (2002). <i>Cuidados básicos del niño sano y del enfermo</i> . Santiago: Universidad Católica de Chile.
15	Suau, T., & Villanueva, P. (s.f.). <i>Desarrollo Psicomotor</i> . Recuperado en Julio de 2011, desde <a href="http://es.scribd.com/doc/57868753/DESARROLLO-PSICOMOTOR">http://es.scribd.com/doc/57868753/DESARROLLO-PSICOMOTOR</a>
16	Kakita, A. Koyama, R. Matsuki, N. Sajo, M. Tamura, M. (2011, Agosto 10). <i>Neurobiology of Disease Prenatal Stress Reduces Adult Mineralocorticoid Receptor Expression</i> . The Journal of Neuroscience, 31 (32), 11505-11514. Recuperado en agosto de 2011 desde <a href="http://www.jneurosci.org/content/31/32.abstract.pdf">http://www.jneurosci.org/content/31/32.abstract.pdf</a>
17	B., L. S., N., P. R., & R., A. m. (2005). <i>Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo. Comuna urbano rural, reg. Metropolitana 2003</i> . Revista Chilena de Pediatría N° 76 , 589 - 598.
18	Bardales, P. E. (s.f.). <i>Etapas del Desarrollo de Jean Piaget</i> . Recuperado en Agosto de 2011, de Psicología del desarrollo evolutivo.
29	<i>Psicología del Desarrollo</i> . (s.f.). Recuperado en agosto de 2011, desde <a href="http://members.tripod.com/psico1_deshumano/psicoanalitica.html">http://members.tripod.com/psico1_deshumano/psicoanalitica.html</a>
20	García, L. D. (2006). <i>Psicología del Desarrollo. Problemas, Principios y Categorías</i> . Tamaulipas, México: Editorial Interamericana de Asesoría y Servicios S.A. del C.V. Recuperado en Agosto de 2011, desde <a href="http://newpsi.bvpsi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/LibroLauraDominguez.pdf">http://newpsi.bvpsi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/LibroLauraDominguez.pdf</a>
21	Fernández, L., & Riquelme, P. (2006). <i>Sistematización Programa de Estimulación Temprana</i> . Recuperado en Julio de 2011 desde

	<a href="http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/12/Sistematizaci%C3%B3n-Programa-de-Estimulaci%C3%B3n-Temprana.pdf">http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/12/Sistematizaci%C3%B3n-Programa-de-Estimulaci%C3%B3n-Temprana.pdf</a>
<b>22-23-25</b>	Ministerio de Salud Gobierno de Chile, Programa Chile Crece Contigo. (2007). <i>Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y las niñas de 0 a 6 años</i> . Chile, Santiago: Editorial Atenas Ltda.
<b>24</b>	Grossmann K, Grossmann KE (2010). <i>Impacto del apego a la madre y al padre durante los primeros años, en el desarrollo psicosocial de los niños hasta la adultez temprana</i> . Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia Montreal, Quebec
<b>26-29-31</b>	CASEN. (2002). <i>Síntesis de Resultados</i> . Chile, Santiago.
<b>27</b>	CASEN. (2009). <i>Poblacion de 15 años y más por analfabetismo segun zona, region y sexo</i> . Recuperado en agosto de 2011, desde <a href="http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/Estadisticas/educacion.html">http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/Estadisticas/educacion.html</a>
<b>28</b>	Chan, M. (20 de Septiembre de 2010). <i>La educacion y la salud estan intimamente unidas</i> . Recuperado en agosto de 2011, desde <a href="http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/">http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/</a>
<b>30</b>	UNICEF. (s.f.). <i>Familia</i> . Recuperado en Agosto de 2011, desde <a href="http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Familia">http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Familia</a>
<b>32</b>	Vera Noriega, J. Á., & Martínez Ortega, L. E. (Enero - Junio de 2006). <i>Juego, estimulación en el hogar y desarrollo del niño en una zona empobrecida</i> . Recuperado en Agosto de 2011, desde <a href="http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29211109.pdf">http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29211109.pdf</a>
<b>33</b>	Integra, F. (2005). <i>Mi árbol en el bosque</i> . Recuperado en Agosto de 2011, desde <a href="http://web.integra.cl/doctos_cedoc/archivos/documentos/MIRANDO_MI_ARBOL_TALLER_9_MI_ARBOL_EN_EL_BOSQUE.pdf">http://web.integra.cl/doctos_cedoc/archivos/documentos/MIRANDO_MI_ARBOL_TALLER_9_MI_ARBOL_EN_EL_BOSQUE.pdf</a>
<b>34</b>	Chile Crece Contigo. <i>Convención sobre los derechos del niño</i> . Recuperado en agosto de 2011 desde <a href="http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/Convencion_sobre_los_Derechos_del_Nino.pdf">http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/Convencion_sobre_los_Derechos_del_Nino.pdf</a>
<b>35-36-37-38</b>	Ann Marriner-Tomey, A. M. (2011 - 7ª Edición). <i>Modelos y Teorías en enfermería</i> . España: Elsevier.

### 6.1.2 Bibliografía general

- ✓ Alfonzo, Norys. (2007). La imagen de la madre: su valoración en educación inicial. *Educare*. Vol 11 N°38 p 461-468. Recuperado en Septiembre de 2011 desde: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-4910200700030001281ng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-4910200700030001281ng=es&nrm=iso)
- ✓ Alvarez Gomez, M., Soria Aznar, J., & Galbe Sanchez-Ventura, J. (2009). Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria. *Revista de Pediatría Atención Primaria* , V1 N°41.
- ✓ Castillo M., de Andraca I., de la Parra A., Pino P. y Pereira F. (1998). Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos y Departamento de Salud Pública, Universidad de Chile. *Revista Saude Publica*. Vol 32 N°2. Sao Paulo. Recuperado en Agosto de 2011 desde: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101998000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101998000200006&script=sci_arttext)
- ✓ Chile Crece Contigo: Un sistema Integrado de Servicios a Favor de la Primera Infancia. (2008). *Revista Chile de Pediatría* .
- ✓ El desarrollo de un modelo para la evaluación de rezagos del desarrollo infantil en Chile. (2007). *Revista Médica de Chile* .
- ✓ Estimulación Temprana: Un punto de partida. (1996). *Revista Cubana de Pediatría* .
- ✓ Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo. Comuna urbano rural, region Metropolitana 2003. (2005). *Revista Chilena de pediatría* .
- ✓ Garay, N., & Quintanilla, C. (s.f.). *Escalas de evaluación del desarrollo psicomotor en lactantes y pre escolares (EEDP y TEPSI)*. Recuperado el Julio de 2011, de Pontificia Universidad Católica de Valparaíso: <https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/0/INTERMED00/1/.../189774>

- ✓ Haeussler, I. M., & Marchant O., T. *Tepsi Test de desarrollo psicomotor 2-5 años*. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- ✓ Orellana M. , Vidal Y. (2003). Proyecto de Intervención Estratégica: Niños felices e inteligentes. Universidad Austral de Chile, Instituto de Salud Pública. Recuperado en Julio desde: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/3/puerto%20montt%202003/ni%20los\\_felices\\_e\\_inteligentes.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/3/puerto%20montt%202003/ni%20los_felices_e_inteligentes.pdf)
- ✓ Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2005). Estudio del mundo del niño. En *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia* (págs. 5-9). Mexico, D.F: McGraw-Hill Americana Editores.
- ✓ Rodriguez, S., Aranciabia, V., & Undurraga, C. *EEDP Escala de Evaluacion del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses*.
- ✓ Schonhaut B., L., Herrera G., M. E., Acevedo G., K., & Villarreal V, V. (2008). *Estrategias de pesquisa del déficit del desarrollo psicomotor en atención primaria*. Recuperado el Agosto de 2011, de Revista Pediátrica Electrónica : [http://www.revistapediatria.cl/vol5num3/pdf/3 ESTRATEGIAS\\_PESQ\\_DEFICIT\\_DESARROLLO\\_PSICOMOTOR\\_AT.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num3/pdf/3 ESTRATEGIAS_PESQ_DEFICIT_DESARROLLO_PSICOMOTOR_AT.pdf)
- ✓ UNICEF. (2004). *Desarrollo psicosocial de los niños y las niñas*. Colombia.
- ✓ Vera Noriega, J. Á., & Martínez Ortega, L. E. (Enero - Junio de 2006). *Juego, estimulación en el hogar y desarrollo del niño en una zona empobrecida*. Recuperado el Agosto de 2011, de Enseñanza e Investigación en Psicología: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29211109.pdf>

## Capítulo VII

### ANEXOS

**7.1 Anexo N°1: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)**

**E.E.D.P.: 0-2 años  
(Rodríguez, S., Et AL.)  
Ficha de Desarrollo Psicomotor**

Nombre del Niño:.....  
 Fecha de Nacimiento:.....  
 Establecimiento:.....  
 Nombre acompañante y/o cuidador:.....

Evaluación:.....meses  
 Fecha Evaluación:..... Edad Mental:.....  
 Examinador: Edad Cronológica:.....  
 EM/EC:..... PE.....

CD:            Normal             Riesgo             Retraso

AREAS	COORDINACION	SOCIAL	LENGUAJE	MOTORA
Normal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Déficit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Evaluación:.....meses  
 Fecha Evaluación:..... Edad Mental:.....  
 Examinador:..... Edad Cronológica:.....  
 EM / EC:..... PE.....

CD:            Normal             Riesgo             Retraso

AREAS	COORDINACION	SOCIAL	LENGUAJE	MOTORA
Normal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Déficit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Evaluación:.....meses  
 Fecha Evaluación:..... Edad Mental:.....  
 Examinador:..... Edad Cronológica:.....  
 EM / EC:..... PE.....

CD:            Normal             Riesgo             Retraso

AREAS	COORDINACION	SOCIAL	LENGUAJE	MOTORA
Normal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Déficit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Marcar lo que corresponda (Normal - Riesgo - Retraso) y resultados de cada área

EM = Edad Mental  
 EC = Edad cronológica  
 PE = Puntaje estándar

**Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0 a 2 años**  
(Rodríguez, S., et al.) - Chile

Nombre del Niño					
Fecha de nacimiento			FECHA EVALUACIONES		
Establecimiento					
			Evaluaciones		
EDAD	ITEM	Ponderación	1	2	3
1 Mes	1. (S) Fija la mirada en el rostro del animador 2. (L) Reacciona al sonido de la campanilla 3. (M) Aprieta el dedo índice del examinador 4. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°) 5. (M) Movimiento de cabeza en posición prona	6 o/u			
2 Meses	6. (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador 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 diferentes"	6 o/u			
3 Meses	11. (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa de del examinador 12. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 13. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°) 14. (M)Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada 15. (L) Vocalización prolongada "	6 o/u			
4 Meses	16. (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece 17. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 18. (M)En posición prona se levanta a sí mismo 19. (M)Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada 20. (LS) Ríe a carcajadas "	6 o/u			
5 Meses	21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla 6 o/u 22. (C)Palpa el borde de la mesa 23. (C) Intenta prehensión de la argolla 24. (M)Traiciona hasta lograr la posición sentada 25. (M)Se mantiene sentado con leve apoyo	6 o/u			
6 Meses	26. (M)Se mantiene sentado solo, 6 o/u momentáneamente 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 "	6 o/u			
7 Meses	31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más 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	6 o/u			
8 Meses	36. (M) Se sienta solo y se mantiene erguido 37. (M) Traiciona hasta lograr la posición de pie 38. (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos 39. (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo 40. (L) Dice da-da o equivalente	6 o/u			

9 Meses	41. (M) Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble 42. (M) Camina sostenido bajo los brazos 43. (C) Coge la pastilla con participación del pulgar 44. (C) Encuentra el cubo bajo el pañal 45. (LS) Reacciona a los requerimientos verbales	6 o/u			
10 Meses	46. (C) Coge la pastilla con pulgar e índice 47. (S) Imita gestos simples 48. (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros 49. (C) Junta cubos en la línea media 50. (SL) Reacciona al "no, no"	6 o/u			
12 Meses	51. (M) Camina algunos pasos de la mano 52. (C) Junta las manos en la línea media 53. (M) Se pone de pie solo ** 54. (LS) Entrega como respuesta a una orden 55. (L) Dice al menos dos palabras ****	12 o/u			
15 Meses	56. (M) Camina solo 57. (C) Introduce la pastilla en la botella 58. (C) Espontáneamente garabatea 59. (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros 60. (L) Dice al menos tres palabras **	18 o/u			
18 Meses	61. (LS) Muestra sus zapatos 62. (M) Camina varios pasos hacia el lado 63. (M) Camina varios pasos hacia atrás 64. (C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella 65. (C) Atrae el cubo con un palo	18 o/u			
21 Meses	66. (L) Nombra un objeto de los cuatro presentado 67. (L) Imita tres palabras en el momento del examen 68. (C) Construye una torre con tres cubos 69. (L) Dice al menos seis palabras ** 70. (LS) Usa palabras para comunicar deseos **	18 o/u			
24 Meses	71. (M) Se para en un pie con ayuda 72. (L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados 73. (S) Ayuda en tareas simples ** 74. (L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca 75. (C) Construye una torre con cinco cubos	18 o/u			

\*\* Indica que se trata de una pregunta a la madre o acompañante

## 7.2 Anexo N°2: Pauta Breve del Desarrollo Psicomotor

### PAUTA BREVE DE DESARROLLO PSICOMOTOR 0 A 2 AÑOS

4 MESES	SI	NO
1. (M) Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada		
2. (C) Gira la cabeza al sonido de la campanilla		
3. (LS) *Ríe a carcajadas		
4. (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece		
1 AÑO		
9.- (M) Camina afirmado de una mano		
10.- (C) Aplauda		
11.- (L) *Dice al menos 2 palabras con sentido		
12.- (LS) Entrega como respuesta a una orden		
15 MESES		
13.- (M) Camina solo		
14.- (C) Espontáneamente garabatea		
15.- (L) *Imita tres palabras		
16.- (LS) Muestra lo que desea, apuntándolo		
21 MESES		
17.- (C) Arma torre de cuatro cubos		
18.- (L) Nombra un objeto de los cuatro presentados		
19.- (M) Se para en un pie con apoyo		
20.- (CS) Usa cuchara		
2 AÑOS		
21.- (M) Se para en un pie sin apoyo 1 segundo		
22.- (C) Desata cordones		
23.- (L) Nombra 2 objetos de los 4 presentados		
24.- (S) Ayuda en tareas simples		

NOTAS: El asterisco\* indica que se trata de una pregunta a la madre o al acompañante

(M): Motor; (L): Lenguaje; (C): Coordinación; (S): Social; (LS): Lenguaje Social

Material para aplicación de Pauta: Batería EEDP Batería TEPSI

### 7.3 Anexo N°3: TEPSI

**TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS: TEPSI**  
(HAEASSLER Y MARCHANT 1985)

Nombre del Niño:..... Edad.....años.....meses.....días  
 Fecha de Nacimiento:.....  
 Fecha de Examen:.....  
 Jardín Infantil o Colegio:.....  
 Nombre del Padre: ..... de la Madre:.....o Cuidador.....  
 Dirección:.....  
 Teléfono:.....  
 Examinador:.....

**Resultados Test Total**

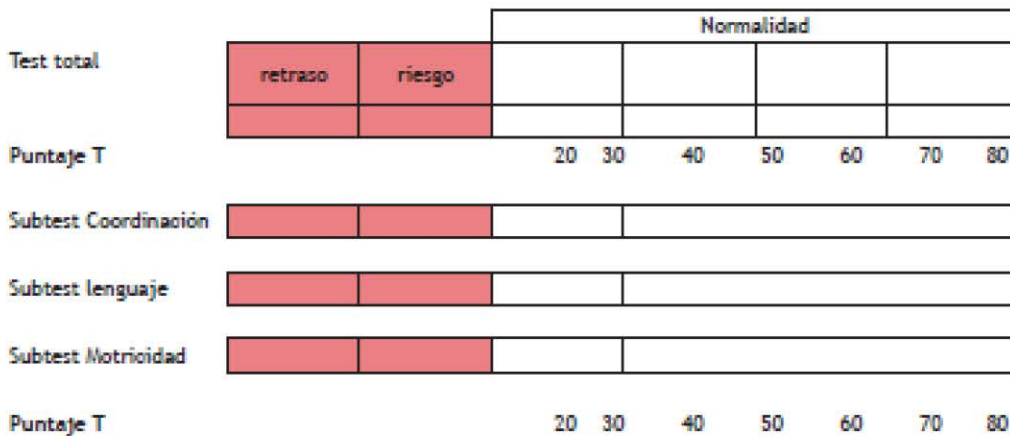
Puntaje Bruto.....  
 Puntaje T.....

Categoría Normal  Riesgo  Retraso

**RESULTADOS POR SUB TEST**

	Puntaje Bruto	Puntaje T	Categoría
Coordinación	_____	_____	_____
Lenguaje	_____	_____	_____
Motricidad	_____	_____	_____

**PERFIL TEPSI**



**I. SUBTEST COORDINACION**

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

TOTAL SUBTEST COORDINACION: PB.....

**II.- SUBTEST LENGUAJE**

- 1 L Reconoce grande y Chico (Lám. 6) GRANDE \_\_\_\_ CHICO \_\_\_\_
- 2 L Reconoce Más y Menos (Lám. 7) MAS \_\_\_\_ MENOS \_\_\_\_
- 3 L Nombra animales (Lám. 8)  
 GATO \_\_\_\_ PERRO \_\_\_\_ CHANCHO \_\_\_\_ PATO \_\_\_\_  
 PALOMA \_\_\_\_ OVEJA \_\_\_\_ TORTUGA \_\_\_\_ GALLINA \_\_\_\_
- 4 L Nombra objetos (Lám. 9)  
 PARAGUAS \_\_\_\_ VELA \_\_\_\_ ESCOBA \_\_\_\_ TETERA \_\_\_\_  
 ZAPATOS \_\_\_\_ RELOJ \_\_\_\_ SERRUCHO \_\_\_\_ TAZA \_\_\_\_
- 5 L Reconoce Largo y Corto (Lám. 10) LARGO \_\_\_\_ CORTO \_\_\_\_
- 6 L Verbaliza acciones (Lám. 11)  
 CORTANDO \_\_\_\_ SALTANDO \_\_\_\_  
 PLANCHANDO \_\_\_\_ COMENDO \_\_\_\_
- 7 L Conoce la utilidad de objetos  
 CUCHARA \_\_\_\_ LAPIZ \_\_\_\_ JABON \_\_\_\_  
 ESCOBA \_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_ TIJERA \_\_\_\_
- 8 L Discrimina Pesado y Liviano (Bolsas con arena y esponja)  
 PESADO \_\_\_\_ LIVIANO \_\_\_\_
- 9 L Verbaliza su nombre y apellido  
 NOMBRE \_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_
- 10 L Identifica su Sexo \_\_\_\_
- 11 L Conoce el nombre de la madre y/o el padre  
 Papá \_\_\_\_ Mamá \_\_\_\_

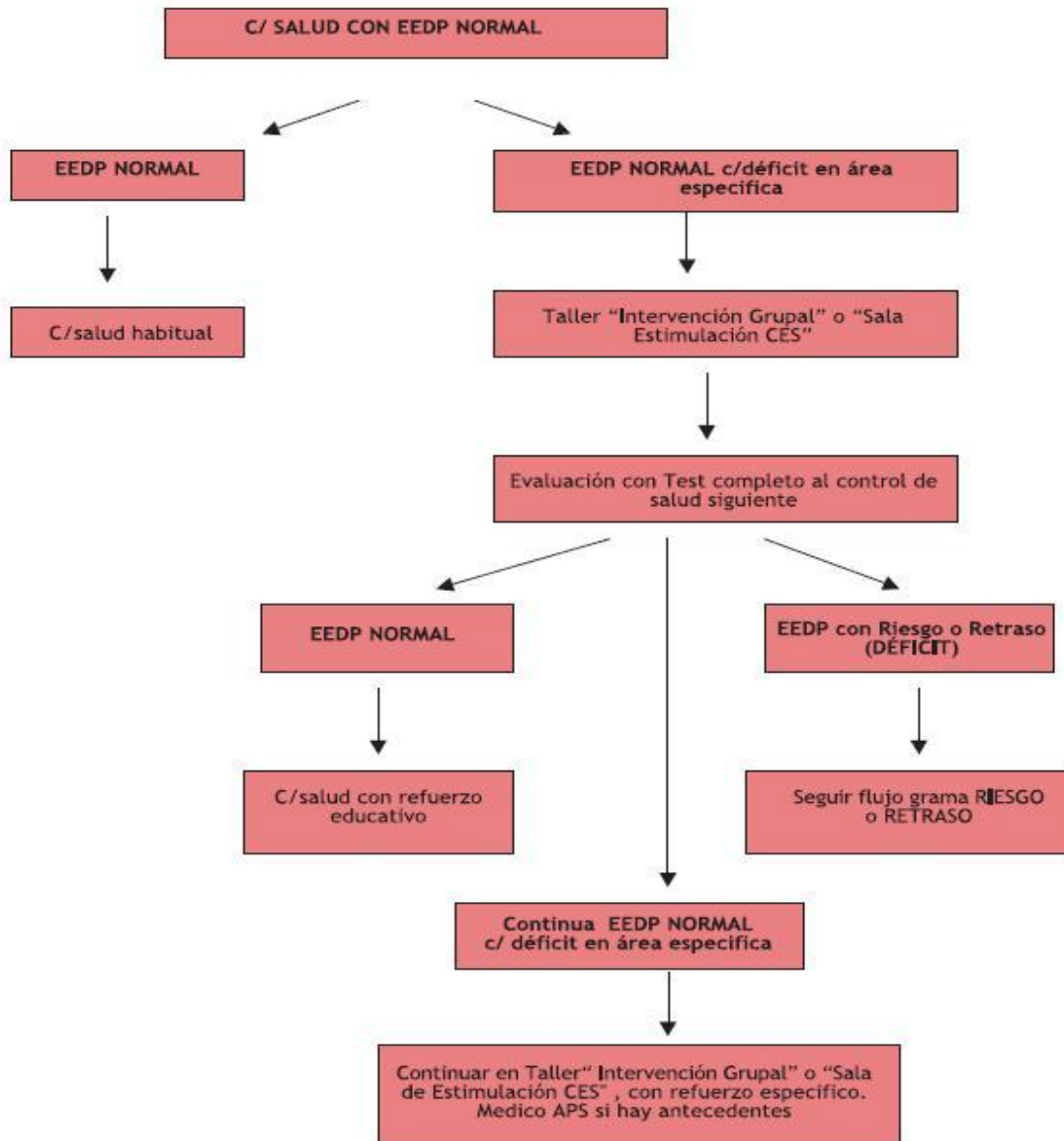
- 12 L Da respuestas coherentes a situaciones planteadas  
 HAMBRE \_\_\_\_\_ CANSADO \_\_\_\_\_ FRIO \_\_\_\_\_
- 13 L Comprende Preposiciones (Lápiz)  
 DETRÁS \_\_\_\_\_ SOBRE \_\_\_\_\_ BAJO \_\_\_\_\_
- 14 L Razona por analogías opuestas  
 HIELO \_\_\_\_\_ RATON \_\_\_\_\_ MAMA \_\_\_\_\_
- 15 L Nombra colores (Papel lustre, azul, amarillo, rojo)  
 AZUL \_\_\_\_\_ AMARILLO \_\_\_\_\_ ROJO \_\_\_\_\_
- 16 L Señala Colores (Papel lustre, amarillo, azul, rojo)  
 AMARILLO \_\_\_\_\_ AZUL \_\_\_\_\_ ROJO \_\_\_\_\_
- 17 L Nombra Figuras Geométricas (Lám. 12)
- 18 L Señala figuras Geométricas (Lám. 12)
- 19 L Describe Escenas (Láms. 13 y 14)  
 Lam 13. \_\_\_\_\_ Lam 14.- \_\_\_\_\_
- 20 L Reconoce Absurdos (Lám. 15) \_\_\_\_\_
- 21 L Usa Plurales (Lám. 16) \_\_\_\_\_
- 22 L Reconoce Antes y Después (Lám. 17)  
 ANTES \_\_\_\_\_ DESPUES \_\_\_\_\_
- 23 L Define Palabras  
 MANZANA \_\_\_\_\_  
 PELOTA \_\_\_\_\_  
 ZAPATO \_\_\_\_\_  
 ABRIGO \_\_\_\_\_
- 24 L Nombra características de objetos (Pelota, globo inflado, bolsa arena)  
 PELOTA \_\_\_\_\_  
 GLOBO INFLADO \_\_\_\_\_  
 BOLSA con arena \_\_\_\_\_
- TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB.....

**III.- SUBTEST MOTRICIDAD**

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1 M Salta con los dos pies juntos en el mismo lugar                       | <input type="text"/> |
| 2 M Camina diez pasos llevando un vaso lleno de agua (Vaso lleno de agua) | <input type="text"/> |
| 3 M Lanza una pelota en una dirección determinada (Pelota)                | <input type="text"/> |
| 4 M Se para en un pie sin apoyo 10 Segundos o más                         | <input type="text"/> |
| 5 M Se para en un pie sin apoyo 05 segundos o más                         | <input type="text"/> |
| 6 M Se para en un pie 01 segundo o más                                    | <input type="text"/> |
| 7 M Camina en punta de pies seis o mas pasos                              | <input type="text"/> |
| 8 M Salta 20 cms. con los pies juntos (Hoja reg.)                         | <input type="text"/> |
| 9 M Salta en un pie tres o más veces sin apoyo                            | <input type="text"/> |
| 10 M Coge una Pelota (Pelota)   | <input type="text"/> |
| 11 M Camina hacia delante topando Talón y Punta                           | <input type="text"/> |
| 12 M Camina hacia atrás topando Punta y Talón.                            | <input type="text"/> |
- TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB.....

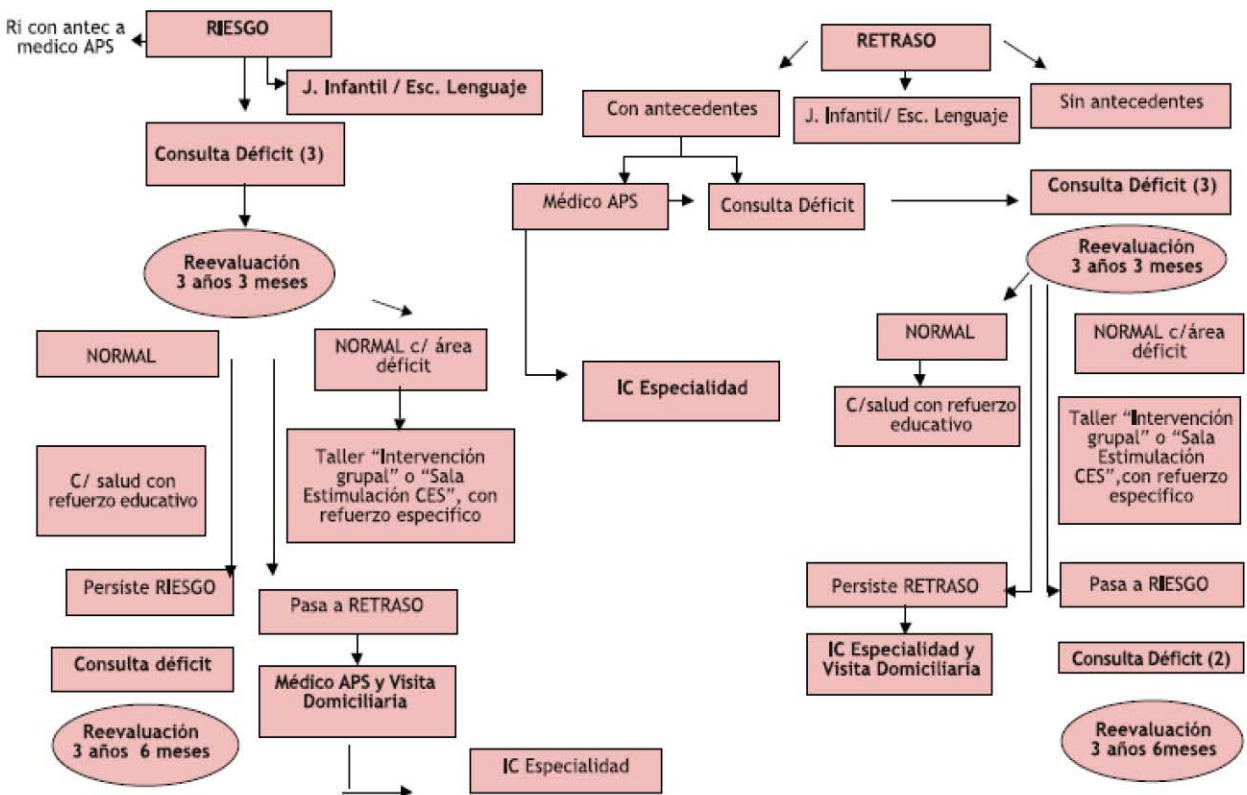
### 7.4 Anexo N°4: Flujoograma EEDP

#### FLUJOGRAMA EEDP NORMAL

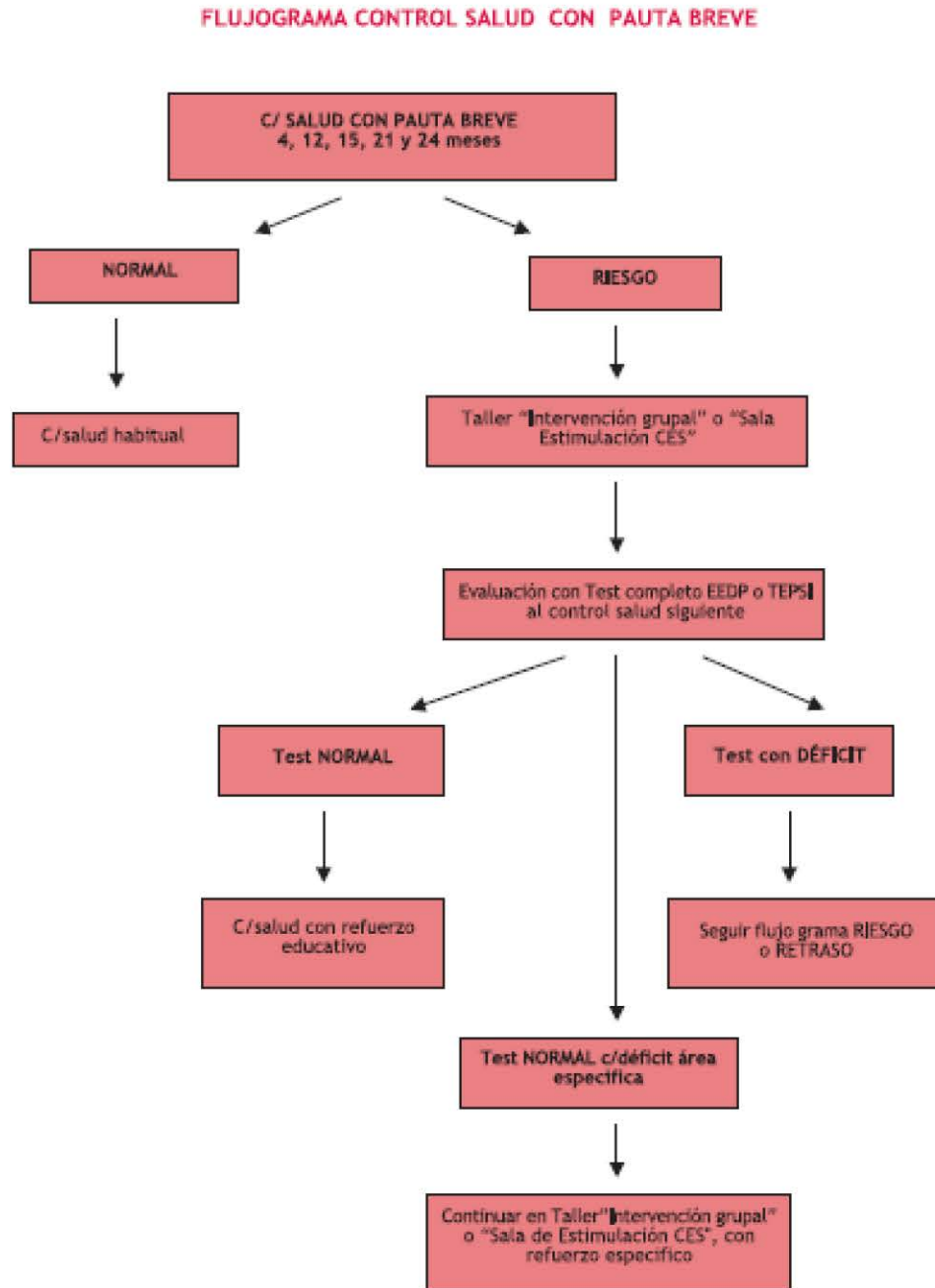


7.5 Anexo N°5: Flujoograma TEPESI

FLUJOGRAMA DÉFICIT TEPESI

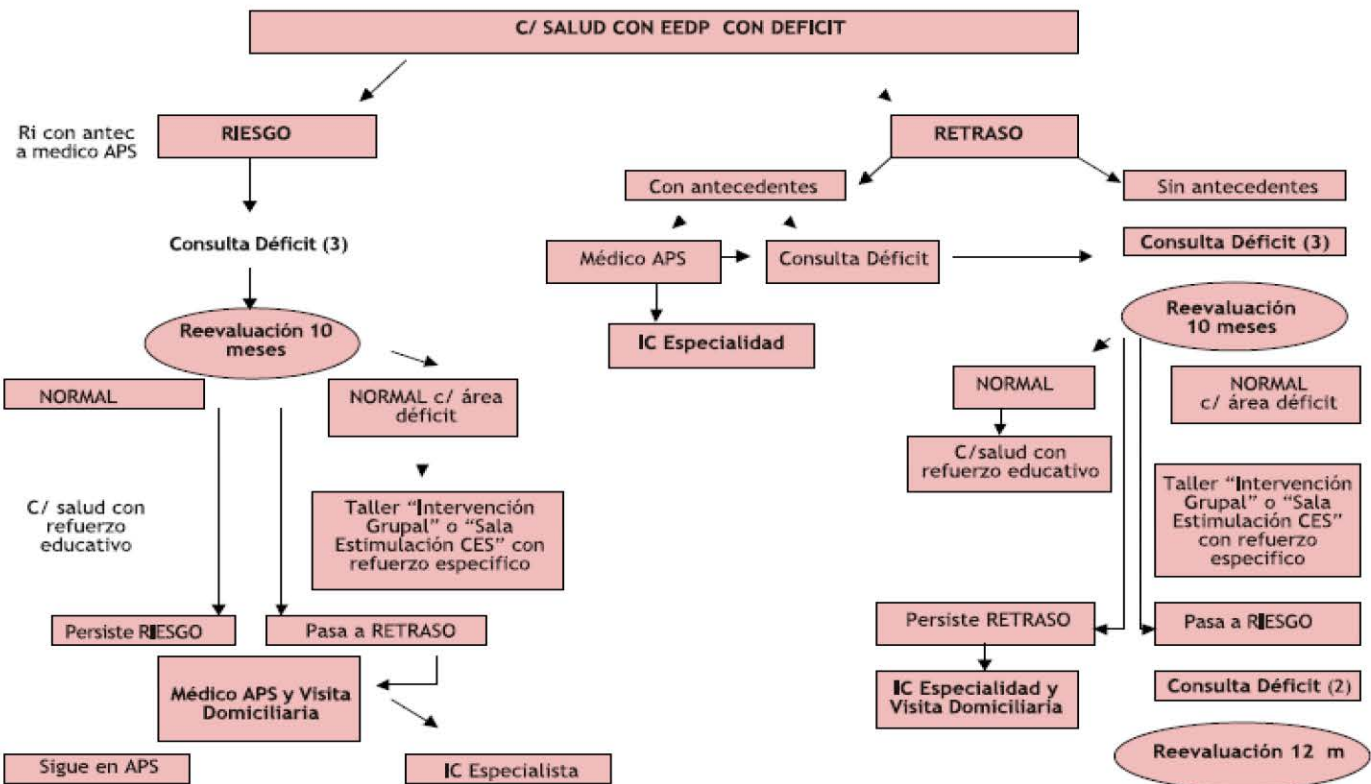


### 7.6 Anexo N°6: Flujograma Pauta Breve del Desarrollo Psicomotor



7.7 Anexo N°7: Flujoograma EEDP

FLUJOGRAMA DÉFICIT EEDP 8 MESES



## **7.8 Anexo N° 8: Consentimiento Informado, Instructivo de llenado y Cuestionario (con puntuación correspondiente)**

### **Conocimiento que tienen las madres de niños/as de 6 meses de edad acerca del Desarrollo Psicomotor**

Las alumnas que realizan la presente investigación son estudiantes de Enfermería cuarto año de la Universidad Valparaíso, Campus San Felipe y han decidido realizar un estudio para saber los conocimientos que tienen las madres acerca del desarrollo psicomotor. La información que se obtenga del estudio puede permitir a los profesionales de enfermería realizar intervenciones en los controles de salud infantil con cada una de las madres.

El estudio y su metodología han sido aprobados por el comité de ética del Servicio de Salud Aconcagua, y el modo de participar incluye: 1) Rellenar una hoja de datos demográficos y 2) Contestar un cuestionario de selección múltiple, el cual será leído por el estudiante y en donde sólo se debe responder lo que cree más correcto en cada pregunta. La participación tardará aproximadamente 15 minutos y puede consultar acerca de cualquier duda sobre el estudio o sobre su colaboración en éste.

Su participación en el estudio es voluntaria; es decir, no tiene ninguna obligación de participar, tiene derecho abandonar el estudio cuando quiera. El procedimiento de la investigación implica que no habrá ningún tipo de daño para usted ni para su familia, y la atención que usted recibe así como su relación con el personal de salud que lo atiende no se verán en absoluto afectadas.

Su identidad no se dará a conocer durante la realización de la investigación, ni tampoco una vez que haya sido publicado. Toda la información recopilada por los investigadores se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso, esto le asegura una garantía de anonimato y confidencialidad.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

---

Firma Participante y RUT

---

Cynthia Yáñez Tapia  
Profesora responsable Proyecto Tesis

## INSTRUCTIVO DE LLENADO Y CUESTIONARIO

**Fecha:**

**Folio:**

### CUESTIONARIO:

“Nivel de conocimiento acerca del desarrollo psicomotor (DSM) que tienen las madres de niños/as de 6 meses de edad que asisten a Control de Salud Infantil en el mes de Septiembre y Octubre del año 2011 en el Centro de Salud Familiar San Felipe El Real, y sus características personales, familiares y sociales”.

Este cuestionario considera 3 preguntas abiertas y 19 con alternativa, la idea principal es que usted conteste sinceramente cada una de ellas de acuerdo a sus conocimientos. La investigadora marcará la respuesta adecuada a lo que usted respondió tanto en las preguntas abiertas como en las de selección múltiple.

Debe elegir una sola alternativa en cada pregunta que usted considere que es lo más correcto, en las preguntas abiertas se debe responder solo lo que se pregunta de forma específica y clara.

## 1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MADRE

**1.1** ¿Cuántos años tiene usted?:

**1.2** ¿Cuál es su estado civil actual?:

A) Soltera	B) Casada	C) Separada/ Divorciada	D) Conviviente	E) Viuda
------------	-----------	----------------------------	----------------	----------

**1.3** ¿Cuál es su nivel educacional?:

A) Básica incompleta	B) Básica completa	C) Media incompleta
D) Media completa	E) Educación superior completa	F) Educación superior incompleta
G) Otros (especificar)		

**1.4** ¿Qué ocupación tiene usted?:

A) Dueña de casa	B) Estudiante	C) Empleo remunerado jornada completa	D) Empleo remunerado media jornada
E) Trabajo de temporada	F) Cesante	G) Otros (especificar)	

**1.5** ¿Cuántos hijos/as tiene usted?:

A) Uno	B) Más de uno
--------	---------------

## 2. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LA MADRE

**2.1** ¿Con quién más vive usted y su hijo/a en el hogar? : (Pregunta abierta en donde la investigadora clasificara según respuesta de la madre)

A) Sola con hijos/as	B) Su pareja e hijos/as	C) Con o sin pareja, sus hijos/as y otros familiares	D) Con o sin pareja, sus hijos/as y otros no familiares
----------------------	-------------------------	--	---

### 3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA MADRE

3.1 Su vivienda se ubica geográficamente en zona:

A) Rural	B) Urbana
----------	-----------

3.2 ¿A quienes acude usted cuando tiene un problema?

A) Familia	B) Vecinos	C) Amigos/as	D) Compañeros/as de trabajo	E) Otros (especificar)
------------	------------	--------------	-----------------------------	------------------------

### 4. CONOCIMIENTO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

4.1 ¿Qué entiende usted por desarrollo psicomotor?

--

4.2 Al estimular el Desarrollo Psicomotor de su hijo/a, usted está:

A) Apurando el crecimiento del niño/a	1
B) Ayudando a que desarrolle sus capacidades	5
C) Ayudando a que mejore su lenguaje	2

4.3 A los 6 meses en relación a la movilidad, usted espera que su hijo/a:

A) Se siente solo momentáneamente	3
B) Intente afirmar la cabeza al sentarlo	2
C) De algunos pasos de la mano de la madre	1

4.4 A los 6 meses en relación al lenguaje, usted espera que su hijo/a:

A) Gire la cabeza cuando se le habla	<b>2</b>
B) Diga más de cuatro palabras	<b>1</b>
C) Balbucee cuando se le habla	<b>3</b>

**4.5** A los 6 meses en relación a la coordinación, usted espera que su hijo/a:

A) Se ponga de pie con apoyo	<b>1</b>
B) Tome con sus manos el juguete que se le pase	<b>3</b>
C) Intente tomar un objeto pequeño con dos dedos en forma de pinza	<b>2</b>

**4.6** ¿Qué haría usted para estimular la movilidad de su hijo/a?

A) Dejarlo en la cuna con juguetes a su alrededor	<b>2</b>
B) Sentarlo un tiempo corto con sus juguetes	<b>5</b>
C) Dejarlo en andador para que aprenda a caminar	<b>1</b>

**4.7** ¿Qué haría usted para estimular el lenguaje de su hijo/a?

A) Dejarlo frente al televisor por más de dos horas para que aprenda sonidos y palabras	<b>1</b>
B) Hablarle mientras lo baña, le cambia pañales, lo alimenta, juega	<b>5</b>
C) Conversarle sólo cuando lo alimenta	<b>2</b>

**4.8** ¿Qué haría usted para estimular la coordinación de su hijo/a?

A) Pasarle una cuchara para que intente llevarla a la boca	<b>5</b>
B) Pasarle cuaderno y lápiz para que dibuje y escriba	<b>1</b>
C) Pasarle dos cubos para que los tome con sus manos	<b>2</b>

**4.9** ¿De quién ha recibido mayor información acerca de la estimulación del Desarrollo Psicomotor?:

**5. CONTROL DE SALUD INFANTIL**

A) Enfermera del consultorio	B) Familiares y/o amigos	C) Medios de comunicación (Especificar)
D) Programa Chile Crece Contigo	E) Otros miembros del equipo de salud	F) No he recibido información

**5.1** ¿Ha asistido a todos los controles de salud de su hijo/a?

A) Si	B) No
-------	-------

**5.2** En este control de salud, ¿recibió indicaciones respecto a la estimulación del desarrollo psicomotor de su hijo/a? (Si su respuesta es no finalizar el cuestionario)

A) Si	B) No
-------	-------

**5.3** Respecto a la pregunta anterior, ¿Ud. entendió estas indicaciones?

A) Si	B) No	C) En parte
-------	-------	-------------

**5.4** Justifique la respuesta anterior

--

**5.5** ¿Usted sigue estas indicaciones dadas por el profesional de salud?

A) Si	B) No	C) En parte
-------	-------	-------------

**7.9 Anexo N°9: Hoja de respuestas**

**HOJA DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO**

Fecha:

Folio:

Encuestador:

<b>1.1</b> _____	<b>4.2</b> (A) (B) (C)
<b>1.2</b> (A) (B) (C) (D) (E)	<b>4.3</b> (A) (B) (C)
<b>1.3</b> (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G)	<b>4.4</b> (A) (B) (C)
Otros _____	<b>4.5</b> (A) (B) (C)
<b>1.4</b> (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G)	<b>4.6</b> (A) (B) (C)
Otros _____	<b>4.7</b> (A) (B) (C)
<b>1.5</b> (A) (B)	<b>4.8</b> (A) (B) (C)
<b>2.1</b> (A) (B) (C) (D)	<b>4.9</b> (A) (B) (C) (D) (E) (F)
<b>3.1</b> (A) (B)	<b>5.1</b> (A) (B)
<b>3.2</b> (A) (B) (C) (D) (E)	<b>5.2</b> (A) (B)
Otros _____	<b>5.3</b> (A) (B) (C)
<b>4.1</b> _____	<b>5.4</b> _____
_____	<b>5.5</b> (A) (B) (C)

### 7.10 Anexo N°10: Tablas cruzadas

		Grupo etario		
		Adolescencia: 11 a 19 años	Adulta joven: 20 a 39 años	Adulta: 40 a 65 años
Nivel de conocimiento	Alto	6%	64%	6%
	Medio	3%	21%	0%
	Bajo	0%	0%	0%

		Estado civil				
		Soltera	Casada	Separada/Divorciada	Conviviente	Viuda
Nivel de conocimiento	Alto	52%	15%	6%	3%	0%
	Medio	12%	9%	0%	3%	0%
	Bajo	0%	0%	0%	0%	0%

		Ocupación						
		Dueña de casa	Estudiante	Empleo remunerado jornada completa	Empleo remunerado media jornada	Trabajo de temporada	Cesante	Otros
Nivel de Conocimiento	Alto	36%	6%	18%	12%	0%	0%	3%
	Medio	15%	3%	6%	0%	0%	0%	0%
	Bajo	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

		Número de hijos/as	
		Uno	Más de uno
Nivel de conocimiento	Alto	36%	40%
	Medio	21%	3%
	Bajo	0%	0%

		Redes de apoyo				
		Familia	Vecinos	Amigos/as	Compañeros/as de trabajo	Otros
Nivel de conocimiento	Alto	70%	3%	3%	0%	0%
	Medio	18%	0%	6%	0%	0%
	Bajo	0%	0%	0%	0%	0%

		Ubicación vivienda	
		Rural	Urbana
Nivel de conocimiento	Alto	9%	67%
	Medio	3%	21%

		Seguimiento de las indicaciones			
		No responde	Si	No	En parte
Nivel de conocimiento	Alto	23%	42%	3%	6%
	Medio	10%	16%	0%	0%
	Bajo	0%	0%	0%	0%

---

