

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO
VALDIZÁN
ESCUELA DE POST GRADO**



ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ
EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN EN SU
CONTROL CRED AL CENTRO SALUD PAUCARÁ –
HUANCAVELICA 2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA

TESISTA: LIC. FLOR NILDA DIAZ OLARTE
ASESOR: MG. JESUS CALLE ILIZARBE

HUÁNUCO - PERÚ
2017

PENSAMIENTO

Creer en ti mismo es el primer paso de tu preparación hacia el éxito.

La primera semilla para la abundancia es el agradecimiento.

DEDICATORIA

A Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Por su apoyo incondicional en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizan por brindarme la oportunidad de obtener el grado académico de Magister.

A mi asesor el Mg. Jesús Calle Ilizarbe por su apoyo en el desarrollo de la tesis

Al Centro de salud Paucará por brindarme la oportunidad de obtener la información necesaria para la presente investigación.

RESUMEN

La investigación de tipo descriptiva correlacional tuvo como objetivo general Determinar la relación entre el estado nutricional y desarrollo psicomotriz en niños menores de 3 años que acuden a su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017. Para el logro de dicho objetivo se usaron las medidas peso- talla, talla edad y peso edad como medidas del estado nutricional y se evaluaron las áreas motora, social, coordinación y lenguaje para determinar el desarrollo psicomotor a una muestra de 200 niños menores de 3 años de edad. Los datos se procesaron con el SPSS versión 22.0 en español y se llegó a las siguientes conclusiones: 1. En el estado nutricional determinado a través de las medidas peso talla (pt), el 85% están diagnosticados como normales, el 13% están diagnosticados con sobrepeso y el 4% están diagnosticados como obesos. En talla edad (te), el 69% están diagnosticados como normales y el 31% están diagnosticados con talla baja. En peso edad (pe), el 96% están diagnosticados como normales, el 1% están diagnosticados con desnutrición global y el 3% están diagnosticados con desnutrición crónica. 2. En el desarrollo psicomotriz, el 80% están diagnosticados como normales y el 20% están diagnosticados como trastorno en motricidad; En desarrollo del lenguaje, el 68% están diagnosticados como normales y el 32% están diagnosticados como trastorno. En desarrollo social, el 72% están diagnosticados como normales y el 28% están diagnosticados como trastornos. En desarrollo de la coordinación, el 90% están diagnosticados como normales y el 10% están diagnosticados como transtorno. 3. En la relación entre el estado nutricional con el desarrollo de la motricidad se encontró que solo existe relación significativa talla edad ($\rho = 0.178$; $p < 0.06$).

4. En la relación entre el estado nutricional con el desarrollo social se encontró que existe relación significativa con peso talla ($\rho = 0.140$; $p < 0.06$) y una relación muy significativa con talla edad con desarrollo social ($\rho = 0.232$; $p < 0.01$). No se encontró relación con peso edad. 5. En la relación entre el estado nutricional con el desarrollo de la coordinación se encontró que no existe relación significativa con peso talla, talla edad y peso edad. 6. En la relación entre el estado nutricional con el desarrollo del lenguaje se encontró que existe relación muy significativa con peso talla ($\rho = 0.229$; $p < 0.01$) y una relación significativa con talla edad ($\rho = 0.166$; $p < 0.05$) y con peso edad no existe relación.

Frases clave: Estado nutricional, desarrollo psicomotriz, niños menores de 3 años, centro de salud Paucará –Huancavelica 2017.

ABSTRACT

Descriptive correlational research had as general objective To determine the relationship between nutritional status and psychomotor development in children under 3 years of age who came to control growth and development at the Health Center Paucará - Huancavelica 2017. In order to achieve this goal weights, height and age as measures of nutritional status were used and the motor, social, coordination and language areas were evaluated to determine psychomotor development in a sample of 200 children under 3 years of age. Data were processed with SPSS version 22.0 in Spanish and the following conclusions were reached: 1. In the nutritional status determined by weight measurements (pt), 85% are diagnosed as normal, 13% are diagnosed overweight and 4% are diagnosed as obese. In age (te), 69% are diagnosed as normal and 31% are diagnosed with low stature. In weight age (pe), 96% are diagnosed as normal, 1% are diagnosed with global malnutrition and 3% are diagnosed with chronic malnutrition. 2. In psychomotor development, 80% are diagnosed as normal and 20% are diagnosed as disorder in motor; In language development, 68% are diagnosed as normal and 32% are diagnosed as being clumsy. In social development, 72% are diagnosed as normal and 28% are diagnosed as being clumsy. In development of coordination, 90% are diagnosed as normal and 10% are diagnosed as disorder. 3. In the relationship between nutritional status and motor development, only age ($\rho = 0.178$; $p < 0.06$) was found to be significant. 4. The relationship between nutritional status and social development was found to be significant ($\rho = 0.140$, $p < 0.06$) and a very significant relationship with height with social development ($\rho = 0.232$, p

<0.01). No relationship was found with age weight. 5. In the relationship between nutritional status and the development of coordination was found that there is no significant relationship with weight, height, age, and age. The relationship between nutritional status and language development was found to be very significant with weight ($\rho = 0.229$, $p < 0.01$) and a significant relationship with height ($\rho = 0.166$, $p < 0.05$) and with age weight there is no relationship.

Key phrases: Nutritional status, psychomotor development, children under 3 years, health center Paucará -Huancavelica 2017.

INTRODUCCIÓN

La OMS en el año 2013 sostuvo que la malnutrición, llámese desnutrición, sobrepeso u obesidad es uno de los factores que más contribuyen a la carga mundial de morbilidad. De la misma forma que a nivel mundial hay más de 42 millones de menores de 5 años con obesidad, siendo la prevalencia en los países en desarrollo de hasta el 20% de la población menor de 5 años. (ARACENA 2017)

El estado nutricional es una preocupación tanto de los países desarrollados como de los países en vías de desarrollo. La malnutrición se refleja tanto en la desnutrición como en la obesidad infantil. Un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) denominado “Mejorar la nutrición infantil. El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr”, indica que a nivel mundial uno de cada cuatro niños menores de cinco años, 26 % de los niños de esta edad, sufrieron retraso en el crecimiento. (UNICEF 2013).

La OMS sostiene que esto se debe por la escasez de alimentos, las dietas pobres en vitamina A y minerales o por enfermedades. (OMS 2012)

En tal sentido se ha creído conveniente plantear como objetivo general Determinar la relación entre el estado nutricional y desarrollo psicomotriz en niños menores de 3 años que acuden a su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.

La presente investigación está distribuida en 05 capítulos: en el I capítulo se describe la problemática de la investigación, la formulación del problema, objetivos, variables, hipótesis y la justificación del trabajo. En el II capítulo se describen los reportes de los antecedentes de investigación y el marco teórico de la investigación. En el III capítulo, se plantea la metodología, tomando en

cuenta, el tipo de investigación, diseño, población y muestra, técnica e instrumento de obtención de datos y las técnicas de análisis de los datos. En el IV capítulo se describen los resultados. En el V capítulo se analizan y discuten los resultados con los antecedentes de la investigación. Se plantean las conclusiones y recomendaciones. Las referencias y en anexo se describe el instrumento de obtención de los datos.

ÍNDICE

Portada	i
Pensamiento	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Resumen.....	v
Abstract... ..	vii
Introducción	ix
Índice	xi
Lista de tablas... ..	xiii
Lista de figuras... ..	xiv
 Capítulo I. Planteamiento del problema	
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	5
1.2.1 Problema general.....	5
1.2.2 Problemas específicos... ..	6
1.3 Objetivos... ..	7
1.3.1 Objetivo general	7
1.3.2 Objetivos específicos.....	7
1.4 Hipótesis	8
1.4.1 Hipótesis general	8
1.4.2 Hipótesis específicas.....	8
1.4.3 Hipótesis nula	8
1.5 Operacionalización de variables.....	10
1.6 Justificación e importancia	13
1.7 Viabilidad	14
1.8 Limitaciones... ..	14
 II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes.....	15
2.2 Bases teóricas.....	20
2.3. Definición conceptual.....	68
 III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de investigación	71

3.2 Diseño y esquema de la investigación	71
3.3 Población y muestra	72
3.4 Definición operativa del instrumento de recolección de datos.....	73
3.5 Técnicas de recojo, procedimiento y presentación de datos.....	74
3.6 Procedimientos.....	74
IV. RESULTADOS	
4.1 Análisis exploratorio de la variable de estudio.....	76
4.2 Análisis descriptivo de la variable de estudio... ..	77
4.3 Contrastación de hipótesis... ..	84
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	89
CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES.....	96
REFERENCIAS	97
ANEXOS	102
ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	103
ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	110
ANEXO 3. CUESTIONARIOS.....	114

Lista de tabla

<i>Tabla N° 1: Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para la variable de estudio</i>	76
<i>Tabla N° 2: Distribución de la muestra por peso talla (P/T)</i>	77
<i>Tabla N° 3: Distribución de la muestra por talla edad (T/E)</i>	78
<i>Tabla N° 4: Distribución de la muestra por peso edad (P/E)</i>	79
<i>Tabla N° 5: Distribución de la muestra por desarrollo motriz</i>	80
<i>Tabla N° 6: Distribución de la muestra por desarrollo del lenguaje</i>	81
<i>Tabla N° 7: Distribución de la muestra por desarrollo socia</i>	82
<i>Tabla N° 8: Distribución de la muestra por desarrollo de la coordinación</i>	83
<i>Tabla N° 9: Relación entre estado nutricional y desarrollo de la motricidad</i>	85
<i>Tabla N° 10: Relación entre estado nutricional y desarrollo socia</i>	86
<i>Tabla N° 11: Relación entre estado nutricional y desarrollo de la coordinación</i>	87
<i>Tabla N° 12: Relación entre estado nutricional y desarrollo del lenguaje</i>	88

Lista de figuras

<i>Figura N° 1: Representación de la distribución de la muestra por peso talla (PT)</i>	<u>78</u>
<i>Figura N° 2: Representación de la distribución de la muestra por talla edad (T/E)</i>	<u>79</u>
<i>Figura N° 3: Representación de la distribución de la muestra por peso edad (P/E)</i>	<u>80</u>
<i>Figura N° 4: Distribución de la muestra por desarrollo motriz</i>	<u>81</u>
<i>Figura N° 5: Representación de la distribución de la muestra por desarrollo del lenguaje</i>	<u>82</u>
<i>Figura N° 6: Representación de la Distribución de la muestra por desarrollo social</i>	<u>83</u>
<i>Figura N° 7: Representación de la distribución de la muestra por desarrollo de la coordinación</i>	<u>84</u>

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El estado nutricional es una preocupación tanto de los países desarrollados como de los países en vías de desarrollo. La malnutrición se refleja tanto en la desnutrición como en la obesidad infantil. Un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) denominado “Mejorar la nutrición infantil. El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr”, indica que a nivel mundial uno de cada cuatro niños menores de cinco años, 26 % de los niños de esta edad, sufrieron retraso en el crecimiento. UNICEF (2013)

Un Informe sobre la Salud en el Mundo, durante 2002 murieron 10,5 millones de niños menores de 5 años. El 98% de estos fallecimientos ocurrió en países en desarrollo. En todos los casos, la malnutrición ha sido un factor que contribuye el retraso de crecimiento y desarrollo. OMS (2000)

De acuerdo a la UNICEF (2010), Cada año, en el mundo, unos 24 millones de niños nacen con bajo peso, en su mayoría en países en desarrollo. Por lo

general, las madres de esos niños también tienen deficiencia ponderal, o trabajan en exceso, o son de talla baja debido a que en la infancia no recibieron una nutrición suficiente. Los hijos de estas mujeres corren más peligro de muerte que los niños que tienen un peso adecuado. Los que sobreviven corren riesgo de tener problemas de aprendizaje y sufrir desnutrición.

Dentro del estado nutricional la desnutrición crónica infantil en el Perú es de 19,5%, de acuerdo al parámetro de medición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que son los dos parámetros que existen para medir la desnutrición infantil. Esto significa que en el país hay, según la OMS, 576,870 niños menores de cinco años con desnutrición. (OMS 2016).

La tasa mundial de la desnutrición crónica era de 49% y la de América Latina de 22%. Igualmente, la disminución de la desnutrición crónica en la niñez pasó del 34% al 18.1%, así como de la pobreza de la población (de 52% al 38%) explicarían este descenso. (OMS 2000)

La desnutrición crónica infantil en el Perú según el INEI (2010) es un problema grave. Según estándares internacionales, casi el 30% de niños menores de cinco años sufre de este mal. A pesar de más de veinte años de políticas y programas contra la desnutrición, la prevalencia de la misma sigue siendo elevada, así como lo son también las diferencias en esta materia entre individuos de distintas regiones y de distintos quintiles de riqueza. Las autoras resumen los resultados obtenidos en su trabajo sobre los determinantes de la desnutrición crónica infantil en el Perú (Beltrán y Seinfeld, 2009), de donde se desprende la importancia de atender el problema nutricional desde antes del nacimiento del niño, y la elevada posibilidad de perpetuación del problema, que

se va reproduciendo en los niños más pequeños de cada familia, si es que este problema no es atacado tempranamente.

El Perú no es ajeno a esta realidad. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar hay más de 630 mil niños con desnutrición crónica, lo que representa alrededor del 18 % de los niños menores de cinco años, una cifra alentadora frente al 30 % de niños con desnutrición crónica en el año 2004. Este mismo informe indicó que las regiones con mayores índices de desnutrición crónica son Huancavelica, con un 51.3 %; Cajamarca, con un 36.1 %; y Loreto, con un 32.3 %. ENDES (2012).

El desarrollo psicomotor es un tema de gran importancia en el Perú, según refiere el Ministerio de Educación (2011), el desarrollo de las habilidades para el aprendizaje en los niños a edad temprana es propicia, ya que se inician procesos irrecuperables en el futuro, es así que ante cualquier alteración que pudiera existir, como en el caso de los niños que poseen poco vocabulario, desconocen objetos de su entorno cuando lo ven, no pueden desplazar objetos de un lugar hacia otro, entre otros aspectos, comprometería sus futuros aprendizajes y su adecuado desarrollo, por ello es necesario identificar e intervenir tempranamente en aquellos niños que evidencien problemas.

Datos estadísticos del Ministerio de Salud del Perú, (MINSA 2012), reportaron que el 40% de los niños a nivel nacional sufren de retraso en el desarrollo psicomotor, 13% de incapacidad y 3% de minusvalía.

Se ha reportado que sólo el 62,2 % de los niños caminan después de los 12 meses, lo que demuestra que el desarrollo motor puede ser aparentemente normal el primer año de vida, es por eso que los padres y cuidadores son los

principales autores del desarrollo del niño vaya de acorde con la edad y así pueda demostrar sus capacidades y habilidades para ser un niño “normal” UNICEF (2010)

Cálculos recientes muestran que el 56% de las muertes en niños menores de cinco años fueron atribuibles al efecto de la malnutrición, y que el 83% de estas muertes fueron debidas a una desnutrición leve a moderada, las infecciones son numerosos y complejos, Enfermedades crónicas. El bajo peso al nacer y el enanismo nutricional representan un mayor riesgo de contraer enfermedades crónicas en la adultez, incluyendo obesidad, diabetes, enfermedades cardiacas, hipertensión arterial y accidentes cardiovasculares, La desnutrición produce reducción en la capacidad física e intelectual, así como también influye sobre los patrones de comportamiento durante la adultez.

El Ministerio de Salud, dentro de la Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, refiere que la OMS estima que el 10 % de la población de cualquier país está constituido por personas con algún tipo de discapacidad.(MINSa 2011)

La presencia de algún miembro con discapacidad en los hogares del Perú se indagó en los Censos Nacionales de Población y Vivienda del 2007. Los resultados censales señalan que en 735 mil 334 hogares, que representan el 10.9 % del total de hogares del país, existe al menos una persona con discapacidad física o mental. (INEI 2007)

Huancavelica esconde realidades bastante más dramáticas en sus diversos distritos. Donde más del 50 por ciento de los niños menores de cinco años tienen desnutrición; hay provincias en las que la desnutrición infantil supera el

60 por ciento y distritos en los cuales llega al 80 por ciento; lo que significa que en esta región hay cerca de 34 mil niños cuyo desarrollo mental y físico podría estar afectado por causa de la desnutrición. Huancavelica y las otras dos regiones que forman la Mancomunidad de los Andes, Apurímac y Ayacucho, se encuentran entre las regiones de mayor pobreza en el país y entre las que tienen los niveles más altos de desnutrición crónica y anemia infantil. (INEI 2012)

En el Centro de Salud de Paucará se observa a niños con una alteración en su desarrollo psicomotor porque los niños no prestan atención, están distraídos no hacen caso a lo que se les explica, así mismo se observó niños en riesgo en su estado nutricional, donde el estado nutricional se ve afectado, probablemente porque las madres no tienen interés en la alimentación que el niño debe recibir de acuerdo a los requerimientos para su edad, por falta de economía u otros motivos, y donde el nivel educativo no permite afianzar los conocimientos sobre estado nutricional y evaluación del desarrollo psicomotor en sus niños, lo que puede repercutir negativamente en su desarrollo bio-psicosocial.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general.

¿Qué relación existe entre el estado nutricional y desarrollo psicomotriz en niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?

1.2.2. Problemas específicos.

1. ¿Cuál es el estado nutricional en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?
2. ¿Cuál es el desarrollo psicomotriz en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?
3. ¿Existe relación entre el estado nutricional y desarrollo de la motricidad en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?
4. ¿Existe relación entre el estado nutricional y desarrollo social en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?
5. ¿Cuál es la relación entre el estado nutricional y desarrollo de coordinación en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?
6. ¿Existe relación entre el estado nutricional y desarrollo del lenguaje en los niños menores de 3 años que acuden a su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general.

Determinar la relación entre el estado nutricional y desarrollo psicomotriz en niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.

1.3.2 Objetivo específicos.

1. Identificar el estado nutricional en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.
2. Evaluar el desarrollo psicomotriz en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.
3. Relacionar el estado nutricional y desarrollo de la motricidad en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.
4. Identificar la relación entre el estado nutricional y desarrollo social en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.
5. Identificar la relación entre el estado nutricional y desarrollo de coordinación en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.

6. Relacionar el estado nutricional y desarrollo del lenguaje los niños menores 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.

1.4 HIPÓTESIS

1.4.1 Hipótesis general.

“Existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo psicomotriz en menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017”

1.4.2. Hipótesis nula.

“No existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo psicomotriz en menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017”.

1.4.3. Hipótesis específicas.

Hipótesis 01

H_i: Existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo de la motricidad en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017

H_0 : No Existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo de la motricidad en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017

Hipótesis 02

H_i : Existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo social en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017

H_0 : No Existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo social en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017

Hipótesis 03

H_i : Existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo coordinación en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017

H_0 : No Existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo coordinación en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017

Hipótesis 04

H_i: Existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo lenguaje en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017

H_o: Existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo lenguaje en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.

1.5 VARIABLES

Estado Nutricional

Desarrollo Psicomotor

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES		INSTRUMENTOS ESCALA	TIPO DE VARIABLE
ESTADO NUTRICIONAL	1.Obeso 2.Sobrepeso 3.Normal 4.Desnutrición Aguda 5.Desnutrición Severa	P/T	1. (>+3DS) 2. (>2DS) 3. (+2 a -2DS) 4. (-2 a-3DS) 5. (-3 DS)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Carné de atención integral del menor de 5 años. ➤ Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente. ➤ Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño ➤ Balanza pediátrica. ➤ Tallímetro o infantómetro. ➤ Curvas de crecimiento P/E, T/E y P/T. 	Variable Cuantitativo Ordinal
	1.Alto 2.Normal 3.Talla Baja	T/E	1. (> + 2 DS) 2. (+2 a -2 DS) 3. (-2a-3DS)		

	1.Sobrepo 2.Normal 3.Desnutricion	P/E	1. (> +2 DS) 2.(+2 a -2 DS) 3. (< 2 a -3 DS)		
DESARROLLO PSICOMOTOR	Área Motora	✓ Normal ✓ Trastorno del desarrollo		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Carné de atención integral del menor de 5 años. ➤ Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente. ➤ Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño ➤ Instrumentos de evaluación del desarrollo en el menor de 30 meses Test Abreviado Peruano (TAP). 	Variable Cuantitativo Ordinal
	Área de Lenguaje	✓ Normal ✓ Trastorno del desarrollo			
	Área Socio-Afectiva	✓ Normal ✓ Trastorno del desarrollo			
	Área Coordinación	✓ Normal ✓ Trastorno del desarrollo			

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El presente estudio es importante porque en esta edad, los niños y las niñas presentan una oportunidad única para el desarrollo de capacidades del pensamiento que constituyen la base del aprendizaje permanente y de la acción creativa y eficaz de diversas situaciones es primordial reconocer alguna alteración en el estado nutricional y concientizar su evaluación para prevenir en el futuro un deficiente desarrollo psicomotor, ya que es probable que, de no ser así, sus capacidades físicas y cognitivas se verán limitadas y restringidas, lo que afectará de forma directa su futuro. Además, al no desarrollar de manera adecuada sus habilidades físicas, mentales y emocionales, es probable que no participe correctamente en la sociedad, y que sea poco partícipe del sistema social y económico, disminuyendo las posibilidades que éste niño o niña, alcance el desarrollo integral óptimo repercutiendo en la calidad de vida que pueda ofrecerle a su familia futura. Es importante porque aporta benéfico a la población, usuaria, y comunidad en general, mediante la contribución de los organismos de salud, en fin todo aquel que se aboque a solucionar el problema planteado.

Este trabajo contribuirá en la transmisión de información oportuna y adecuada a todos los miembros de la sociedad, sobre las consecuencias de la desnutrición crónica en el desarrollo psicomotriz en los niños menores de tres años, para prevenir las enfermedades y reducir los riesgos.

Para el profesional de salud pública la investigación debe ser una investigación en colaboración entre profesionales de la salud y de otras entidades que se relacionen con salud, a fin de que dicha investigación

pueda ser usada como una estrategia para promocionar, atención primaria en la salud.

El presente estudio tiene un instrumento para la recolección de información confiable y así determinar la relación entre el estado nutricional y desarrollo psicomotriz.

Los aportes metodológicos que se usará en esta investigación son describir, interpretar, entender la naturaleza del estudio. Los datos se obtendrán en forma directa y se incluirá los datos del muestreo.

1.7 VIABILIDAD

El trabajo de investigación fue viable porque se dispuso con los conocimientos necesarios para su realización, también se contó con el permiso del Centro de Salud así mismo con el apoyo del personal del área crecimiento y desarrollo, contándose también con instrumentos validados por el MINSA para la recolección de datos. En cuanto a los aspectos bioéticos se aseguró los requerimientos necesarios para proteger la confidencialidad de los datos aportados y el consentimiento informado por parte de cada madre de familia.

1.8 LIMITACIONES

El trabajo de investigación tuvo un alcance en el tiempo de 4 meses, por lo cual se superaron algunas dificultades en presupuesto Se inició en el mes de mayo y culminó en agosto del presente año 2017.

En algunos casos no se realizó el control del niño ya que algunas madres no asistieron al Centro de Salud de Paucará.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Investigaciones Internacionales.

Ruiz, M. (2011) en su tesis “Impacto de un programa de estimulación temprana en el peso y desarrollo psicomotor en niños menores de 24 meses”, formuló el objetivo de evaluar el impacto de la estimulación temprana sobre el peso corporal y el desarrollo psicomotor de los niños menores de 24 meses beneficiarios del programa integral de nutrición. Santiago de Querétaro. El tipo de estudio fue Longitudinal comparativo con duración de 4 meses. Se trabajó con una muestra de 300 niños participantes se dividieron según estado de nutrición, en 3 grupos principales. La investigación concluye que en cada uno de los estados de nutrición, y la estimulación temprana son resultados favorables tanto en ganancia de peso como desarrollo psicomotor.

Morrillo, P. (2013) en su estudio “Factores causales de la desnutrición en niños/as menores de cinco años que acuden al subcentro de la

Municipal del distrito # 1, Portoviejo noviembre 2012-abril del 2013”, su objetivo fue determinar los factores causales de la desnutrición presentes en niños/as menores de 5 años de edad, que acuden al Subcentro de Salud Municipal, Distrito de Salud #1 de la ciudad de Portoviejo-Manabí, durante el periodo 2012-2013- Portoviejo. El tipo de investigación que se empleó fue el descriptivo, por cuanto permitió conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas; y, se identificaron y concluye que el total de niños menores de 5 años con estado nutricional bajo, se caracterizó de la siguiente forma. Bajo peso severo 10 niños y bajo peso 20 niños. Que los factores que causaron desnutrición en los niños menores de 5 años fueron: factor socioeconómico, además a esto se le suma el déficit de conocimientos que tienen los padres acerca de cómo alimentar a sus hijos con una dieta balanceada en nutrientes para su crecimiento y desarrollo.

Santos, E. (2012), en su estudio “Manual de actividades psicomotrices aplicables al proceso de enseñanza aprendizaje para desarrollar la motricidad de los niños en la escuela Dionisio Gonzabay de la comuna rio chico, parroquia manglaralto, provincia de Santa Elena durante el año lectivo 2011-2012”, tuvo como objetivo elaborar un manual de actividades psicomotrices aplicables al proceso de enseñanza aprendizaje para desarrollar la motricidad de los niños y niñas de educación inicial. El tipo de estudio fue experimental: Porque permite predecir lo que ocurrirá, si se emplea una variable que produce algunas

modificaciones en las condiciones actuales. Descriptiva: Porque tiene por propósito describir, registrar, analizar e interpretar los diferentes elementos del problema, para lo cual se apoya en taxonomías. Población: El universo a investigar se compone de 98 personas entre autoridades docentes, niños y padres de familia y concluye que el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) conjuntamente con el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) han emitido planes y programas donde incluyen actividades lúdicas y recreativas para niños/as preescolares, estas no son de conocimiento general de las maestras, y si lo conocen no le dan el espacio ni la suficiente importancia a estas actividades y omiten estas por otras específicas de aula perjudicando al niño y niña en su desarrollo físico mental y emocional.(psicomotrices).

Cartes ,R. y Navarrete ,C. (2011) en su estudio “Estado nutricional de preescolares de la comuna Alto Biobio y su relación con características etnodemográficas en Chile” ,tuvo como objetivo determinar el estado nutricional por antropometría y su relación con las características demográficas y étnicas en preescolares; Este estudio fue de diseño descriptivo, de corte retrospectivo .Donde tuvo como la población estuvo constituida por escolares de dos a cinco años que fueron atendidos entre los años 2007 y 2009 en una la red de salud de la comuna de Alto Biobio (546 niños y 598 niñas). Se utilizó como instrumento la tarjeta de control de crecimiento y desarrollo del establecimiento de salud. Los resultados muestran que según el indicador peso para la edad, el 62.27 % tiene un estado nutricional normal, el 33.39 % de la población tiene sobrepeso y

el 3.84% tiene riesgo de desnutrición. Según el indicador talla para la edad el 78.1 % tiene talla normal y el 21.9 % tiene talla baja. Según el género, la malnutrición por exceso, es decir, el sobrepeso, está dada mayoritariamente en varones con un 35.7 % frente al 31.3 % de las mujeres. Los varones presentan 1.3 % de probabilidades de riesgo de desnutrición, mientras que las niñas presentan un 5.3 %. El estudio también refleja que los hombres son los que presentan mayor déficit de crecimiento en los años analizados con un promedio de 25.3 % frente a 18.8 % de las mujeres. Los preescolares que alcanzan mayor porcentaje de normalidad en la talla son de sexo femenino que representa un 73.6 % en comparación a un 69.2 % del sexo masculino.

2.1.2 Investigaciones Nacionales

Arocena, C. (2009), en su estudio "Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú, 1996-2007" Lima, tuvo como Objetivo Identificar y establecer la relación entre factores básicos, subyacentes e inmediatos asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú, durante el período 1996-2007. Tipo de estudio fue descriptiva y explicativa, de corte transversal de tres encuestas que se realizaron en 1996, 2000 y 2007. La población en estudio está constituida por 7,476, 5,759 y 2,408 niños que en la fecha de la entrevista de las ENDES 1996, 2000 y 2007 respectivamente, tenían entre 6 y 35 meses de edad y donde concluye que la desnutrición crónica o retardo en el crecimiento constituye un problema social y de salud pública. Los informes de la ENDES del período 1996-2007 muestran que 4 de cada 10 niños están

afectados con desnutrición crónica, porcentajes que han permanecido constantes en los últimos 10 años.

Aguado (2008), en su estudio “Relación entre el grado de desarrollo psicomotor del lactante y el nivel de conocimientos de las madres acerca de las pautas de estimulación temprana” cuya muestra estuvo conformada por 40 niños lactantes. Se empleó un Cuestionario para la Entrevista a las madres y la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), teniendo como conclusión que a mayor nivel de conocimiento de las madres acerca de la estimulación temprana es mayor el grado de desarrollo psicomotor del lactante, ya que los lactantes mostraron un desarrollo normal en las áreas de lenguaje, motor y social.

Robles (2007), en su estudio “Estado nutricional y el desarrollo psicomotriz en un grupo de niños de 3 y 4 años de una institución Educativa Inicial de Ate Vitarte, dónde se realizó un estudio descriptivo comparativo entre la psicomotricidad y estado nutricional mostrando diferencias significativas en los puntajes alcanzados en la psicomotricidad evaluados por el test de desarrollo psicomotor (TEPSI) de Haeussler y Marchant (2002), siendo así que en las áreas de la coordinación y el lenguaje se vio favorecido el grupo con normalidad nutricional pero no se encontró diferencias significativas en la motricidad.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Estado nutricional

El estado nutricional es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes, los cuales se reflejan en las medidas antropométricas. (Antúnez 2011).

La buena nutrición empieza desde la etapa fetal, el desarrollo en el útero, y se extiende particularmente desde la niñez hasta la adolescencia, terminando en la etapa adulta (Antúnez 2011).

Se estima que el número de niñas y niños menores de cinco años que muere cada año en América Latina, es de un millón. Muchas de estas muertes podrían evitarse si esas niñas y niños tuvieran un estado nutricional adecuado (Comité de nutrición. 2004).

Para mantener un estado nutricional dentro de los parámetros normales es necesario ingerir los nutrientes en cantidades recomendadas de acuerdo a la edad, y satisfacer las necesidades: biológicas, psicológicas y sociales (Comité de nutrición 2004).

Las grasas o lípidos: son una fuente concentrada de energía alimentaria; además, facilitan la absorción de las vitaminas A, D y E. Los glúcidos y los lípidos cumplen la función energética, su déficit ocasiona falta de energía para el rendimiento físico y mental; ya que el consumo de energía (en forma de oxígeno y glucosa) del cerebro con relación al resto del cuerpo es aproximadamente del 20%, manteniéndose muy estable en torno a ese valor independientemente de la actividad corporal (Comité de nutrición 2004).

2.2.1.1 Valoración del estado nutricional

La valoración nutricional permite determinar el estado de nutrición de la persona, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud o algunas deficiencias que pueda presentar en relación con su estado nutricional (Aracena 2007).

La valoración del estado nutricional se basa en el estudio antropométrico.

2.2.1.2 Antropometría nutricional

El estado nutricional de un niño o niña, es el resultado final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y niñas, especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. La evaluación del estado nutricional se realiza a través de las mediciones del peso y la talla, siendo la base del monitoreo del crecimiento y el desarrollo del niño y niña. (Minsa 2011).

Para determinar el estado nutricional del niño y niña menor de cinco años, se puede realizar por medio de medidas antropométricas, así como pruebas bioquímicas y signos clínicos; entre otros y son:

- **El peso:** Refleja el aumento de la masa muscular. Es una medida fácil de obtener y en niños y niñas indica el crecimiento apropiado. Esta medida sirve para detectar algún grado de

desnutrición, se realiza con el mínimo de ropa. - **Longitud:** Cuando un niño/a no se puede parar, o tiene menos de dos años se mide acostado/a y a esta medida se le llama longitud.

- **Talla:** Cuando el niño/a es mayor de dos años o mide más de 85.0 centímetros, se mide parado y a esta medida se la llama talla o estatura.

- **La edad** del niño/a, o sea cuantos años o meses tiene el niño/a, al momento en que se evalúa o que se le toman las medidas antropométricas.

Las mediciones antropométricas únicas representan sólo una instantánea y pueden inducir a errores en el diagnóstico, especialmente en lactantes, y deben ser efectuadas por personal calificado, usando instrumentos adecuados y ser interpretadas comparándolas con estándares de referencia. El peso como parámetro aislado no tiene validez y debe expresarse en función de la edad o de la talla, lo mismo sucede con las otras medidas. Cuando se relacionan las medidas, se obtienen los llamados índices:

- **Talla para edad (T/E):** Indica la estatura que debe tener el niño y la niña para la edad que tiene. Proporciona información sobre la historia del estado nutricional. Cuando la talla es más baja de lo esperado para la edad del niño o niña puede presentar retardo del crecimiento denominado, desnutrición crónica.

- **El peso para talla (P/T):** Indica cuál es el estado nutricional actual del niño y niña. Dice si en este momento el niño y niña está normal, desnutrido o con exceso de peso.

- **El peso para edad (P/E):** Indica el estado nutricional global pues incluye el peso para la talla y la talla para la edad. Si está bajo, no permite discriminar si es por desnutrición aguda (P/T) o por desnutrición crónica (T/E).

2.2.1.3 Tipos de estado nutricional

En relación peso / talla:

1. Obesidad:

Los niños en esta categoría generalmente presentan sobrepeso para su edad, pero la talla no alcanza a su estatura normal. Este proceso se presenta en niños con historia pasada de desnutrición crónica que por mucho tiempo no pudieron recuperarse. Para recuperar este déficit al niño suele recibir alimentos poco balanceado, que va llevar a una sobre alimentación, que rompe el equilibrio nutricional entre el ingreso y la necesidad orgánica, ocasionándose la obesidad, es decir el aumento de la grasa corporal que no logra recuperar el crecimiento; es por ello, que los niños no presentan talla adecuada para su edad, aunque el peso se halla tratado de recuperar. (OMS 2016).

2. Sobrepeso:

El sobre peso es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla del niño, se considera también

el porcentaje que anormalmente se encuentra elevado por la grasa corporal que puede ser generalizada o localizada. Dado que el sobre peso como la distribución de la grasa corporal son factores útiles para predecir los riesgos para la salud asociados con la obesidad.

Esto se consigue pensándolos, midiéndolos y observando luego una tabla de peso según las estaturas, en la mayoría de los casos es el resultado de consumo de una dieta de valor calórico superior a las necesidades del niño, aunque en ocasiones es debida a enfermedades genéticas o endocrinas. Otros factores condicionantes son la falta de ejercicio, trastornos psicoactivos, la introducción de alimentos de alta densidad calórica (alimentos ricos en carbohidratos), la manera de cocinar y la actitud frente a la ingesta de alimentos.

3. Normal

Es el niño que presenta valores normales nutricionales, es catalogado también eutrófico. Cuando la talla y el peso son adecuados para la edad del niño, es decir si el peso/talla es normal y talla/edad es también normal.

Los niños con buen crecimiento revelan significativamente una buena alimentación en función a sus necesidades nutricionales, y en estas condiciones el sentido de la curva es paralelo a los percentiles gráficos. El concepto de población normal surge del análisis estadístico de una masa significativa de datos que

permite establecer los límites que discriminan una población normal a otra anormal.

4. Desnutrición Aguda:

Es el riesgo de reducir la grasa corporal que determina un peso subnormal. En general se considera riesgo de desnutrición cuando el peso corporal se encuentra entre el percentil >-3 . El riesgo de delgadez se acompaña de buena salud, por ello, generalmente pasa por desapercibido y solo en las evaluaciones nutricionales son detectados, porque presenta estancamiento en la curva ponderal.

5. Desnutrición Severa:

Es una reducción difusa de la grasa corporal que determina un peso anormal. En general se considera delgado del niño que tiene un peso corporal menor al percentil. La delgadez de grado leve o moderado puede acompañarse de buena salud, pero en general se considera que una pérdida de peso equivalente al 40% y 50% del peso corporal es incompatible con la vida.

La delgadez o bajo peso indica un estado de deficiencia en el consumo o disposición biológica de energía y/o nutrientes que afecta negativamente en la salud de quien la padece.

En relación talla / edad:

1. Alta

La estatura alta se define como una talla por encima al percentil 97. Esto significa que el 3% de la población presenta una estatura

alta. Esta se denomina estatura alta familiar cuando uno o ambos padres tienen una talla superior al percentil 97. Los padres de los niños y adolescentes con estatura alta idiopática tienen una talla situada en el margen superior de la normalidad pero por debajo del percentil 97. Es probable que su estatura alta represente la variación normal en la talla dentro de una familia o la tendencia secular positiva en la talla. El diagnóstico de estatura alta familiar o idiopática puede establecerse en general a partir de mediciones previas de la talla que demuestran un crecimiento por encima del percentil 97 pero paralelo al mismo y una exploración física normal. Para este diagnóstico de variante normal de la talla se precisan curvas de crecimiento de referencia de la población.

2. Normal.

El crecimiento lineal continuo es el indicador de dieta adecuada y de estado nutricional a largo plazo. Es importante considerar que es un parámetro muy susceptible a errores de medición, por lo tanto, debe ser repetida, aceptando una diferencia anterior a 2 mm entre ambas mediciones. Se acepta como normal una talla entre el percentil 10 % y 90% del estándar, lo que en las curvas del NCHS corresponde aproximadamente a valores entre el percentil 10 y 90 para la edad.

3. Talla Baja

Cuando la estatura para la edad esto por debajo de valor de referencias, es indicador de riesgo de talla baja o desnutrición

crónica, o de retardo en el crecimiento. La estatura es más estable que el peso, es decir, su velocidad de aumento se altera lentamente por las influencias ambientales y se requieren periodos largos de enfermedad, privación afectiva o de una dieta deficiente para que se retrase el crecimiento lineal.

El riesgo es reconocido en las evaluaciones cuando existe un estancamiento del crecimiento, llamado también señal de alerta, en la que debe indagarse acerca de factores condicionantes según edad del niño.

Asociada normalmente a situaciones de pobreza y a periodos prolongados de hambruna, indicando una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño, para esto un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. (Estado mundial de salud 2012).

Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida (Gómez 2003).

En relación peso / edad

1. Sobrepeso.

Para muchas familias, el tener un hijo gordito, mofletudo, y lleno de pliegues es todo un logro, una señal de que el niño está bien, fuerte, y lleno de salud. Pero los expertos en nutrición infantil no piensan igual. Y van a más: dicen que estas familias están muy equivocadas. Lo que importa no es que el niño esté gordo o delgado. Lo que interesa es que el niño esté sano.

2. Normal

Un control regular es importante para el desarrollo del peso de los niños con la edad, para ver si su curva de peso sigue con normalidad la tabla de peso para niños a partir de los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Si el peso de los niños está muy lejos de la media que puedes ver en este diagrama, o sea, no dentro del 15 y el 85% es aconsejable hablar con el pediatra. Porque si realmente el peso de los niños está muy por debajo o muy por encima de la normalidad, puede ser un riesgo para la salud. Puedes encontrar más información sobre la obesidad infantil en nuestros artículos.

3. Desnutrición

La Desnutrición Infantil es un cuadro patológico provocado por la falta de ingesta o mala absorción de alimentos, y/o por estados de exceso metabólico que afecta a las personas más indefensas de la sociedad, como lo son la población infantil, la cual se manifiesta

por la falta de alimentos o la insuficiente cantidad de calorías, nutrientes, vitaminas y minerales necesarios para mantener un estado de salud y peso acorde a la edad. La desnutrición infantil crónica se debe al déficit calórico proteico, pero existen otras patologías en las que hay déficit de otro tipo de nutrientes. (OMS 2008).

2.2.1.4 Causas.

La mayor parte de las alteraciones del estado nutricional no están condicionadas a una sola causa sino que presentan una combinación de condiciones necesarias y propicias que influyen en el estado de la población: factores sociales, económicos, culturales, nutricionales, entre otros, que influyen en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos. (Moreno 2009).

Entre las principales causas de la desnutrición tenemos:

A. Socio-Económico.

Consumo limitado de alimentos por el bajo nivel de ingresos, limitación en la disponibilidad de los alimentos, escasa escolaridad de los padres, alto crecimiento demográfico y estructura de edades de la población. (Antúnez 2004).

B. Ambiental.

Falta en el suministro de agua potable, servicios higiénicos inadecuados, alcantarillado insuficiente y falta de eliminación de desechos sólidos y líquidos (Antúnez 2004).

C. Biológicos.

Uno de los principales factores de la desnutrición infantil es la desnutrición materna, antes o durante el embarazo, con el riesgo del bajo peso al nacer, prematuridad, defectos congénitos (Labio leporino, Paladar hendido), defectos genéticos (Síndrome de Down, Fenilcetonuria), enfermedades Crónicas, infecciones gastrointestinales frecuentes que se acompañan de una reducción de apetito, del consumo de alimentos y la absorción de nutrientes. (Aracena 2007)

D. Nutricionales.

Abandono de la lactancia materna antes de los seis 6 meses de edad, la lactación antes del segundo mes o después del sexto mes de edad, inclusión temprana e inadecuada de sucedáneos de la leche materna y otros alimentos, hábitos alimentarios: creencias y costumbres alimentarias inadecuadas e ignorancia sobre una buena nutrición o la preparación adecuada de alimentos. (OMS 2005)

2.2.1.5 Consecuencias

La desnutrición infantil tiene una serie de consecuencias negativas en distintos ámbitos. Entre ellas destacan los impactos en morbilidad, infección, inmunológicas y disfuncionalidad constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión inter-generacional de la pobreza y la desigualdad. (OMS 2005).

Para cada tipo de desnutrición tenemos signos diferentes que son:

Kwashiorkor o Desnutrición Energético Proteica

- ❖ El peso corporal suele ser bajo, pero puede registrarse normal por edema y anasarca.
- ❖ Suelen mostrarse apáticos, letárgicos e indiferentes y su movimiento es mínimo o nulo. Su piel muestra dermatitis con signo de “escarapela”, con lesiones secas hiperpigmentadas en cara, extremidades y periné.
- ❖ Típicamente el cabello es ralo, escaso, seco y frágil, y puede ser rojizo o amarillento. El abdomen está distendido por hepatomegalia y ascitis.
- ❖ Las extremidades suelen estar emaciadas y edematosas.
- ❖ También puede haber signos clínicos de carencia concurrente de micronutrientes. La albúmina sérica está característicamente disminuida, y también el recuento de linfocitos.

Marasmo o Desnutrición Energético Calórica

- ❖ El pulso, la presión arterial y la temperatura corporal pueden ser bajos,
- ❖ Tienden a ser menos apáticos y letárgicos y muestran buen apetito.
- ❖ El crecimiento está retrasado y el peso es bajo. Se aprecia pérdida de masa muscular y de grasa corporal; el enfermo se ve emaciado, pero no hay edema.
- ❖ La piel luce seca y flácida, con disminución de la turgencia. No suele presentarse la dermatitis del kwashiorkor.
- ❖ El cabello se observa delgado, seco y opaco. El abdomen no está abultado, ni muestra signos de hepatomegalia o edema.
- ❖ A menudo, la albúmina y otras proteínas séricas registran valores normales.

2.2.1.6 Prevención

La Desnutrición se previene:

- Mediante el consumo de una alimentación variada y suficiente en energía y nutrientes.
- Con buenos hábitos de higiene personal y de manipulación de los alimentos. Cuidando las condiciones de higiene del lugar donde vivimos, estudiamos o trabajamos, en especial donde se almacenan, preparan y consumen los alimentos.

- Aprendiendo sobre alimentación y nutrición. Esto incluye a niños y adultos de todos los niveles socioeconómicos.
- Utilizando bien los alimentos de los programas de alimentación para los grupos vulnerables: niños, embarazadas y ancianos de bajo nivel socioeconómico.
- Asistiendo al control periódico de salud y cumpliendo los programas de vacunación de la población infantil, para evitar el deterioro del estado nutricional producido por las enfermedades infecciosas. (OMS 2005).
- Proporcionando una alimentación complementaria en los niños partir de los 6 meses, puesto que a esa edad sus requerimientos nutricionales se ven aumentados y la leche materna ya no proporciona los nutrientes necesarios para su crecimiento. (Aracena 2007).

2.2.1.7 Guía para la toma de medidas antropométricas.

La confiabilidad en la toma del peso depende de:

1. Obtener la edad exacta
2. Dominio de la técnica para pesar y tomar la longitud o talla (es preferible que la medición lo realice la misma persona)
3. Estado emotivo del niño
4. Vestimenta ligera (pañal o trusa y chaqueta o polo).
5. Sensibilidad de la balanza y su mantenimiento.
6. Contar con sistema de control de calidad eficiente.

Es importante determinar el sexo y la edad correcta de la niña o niño al evaluar los datos antropométricos, ya que los estándares de referencia para el crecimiento están divididos por sexo y en categorías de edad, por mes, de llegar a registrarse la edad en forma inadecuada la evaluación del crecimiento y el estado nutricional de la niña o niño será incorrecta. (MINSa 2011).

Medición del peso para la niña o niño menor.

Equipo:

Una balanza calibrada en Kilos con graduaciones cada 10 gramos.

Para realizar el control de peso de los niños deben participar dos personas. Una de ellas, que generalmente es la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño, se encarga de sujetar al niño y asegurarse de que el niño no se vaya caer, mientras que el personal de salud encarga de realizar la medición y registrar. (MINSa 2011).

Procedimiento:

1. Fije la balanza en una superficie plana y firme, evitando así una medida incorrecta.
2. Cubra el platillo del peso con un pañal (pesado previamente)
3. Calibre la balanza en cero antes de cada pesada.
4. Solicite a los padres de la niña o niño que retire los zapatos y la mayor cantidad de ropa que sea posible.

5. Coloque al niño desnudo o con la menor cantidad de ropa, sobre el platillo, sentado o acostado (de acuerdo a la edad) y busque equilibrarlo.
6. El personal de salud se situará enfrente de la balanza y procederá a leer el peso marcado.
7. Anotar el peso leído y con aproximaciones de 10 a 20 gramos antes de bajar al niño de la balanza. Repetir la acción por dos veces para conseguir un peso exacto.
8. Registre el peso en los documentos y formatos correspondientes y compare el valor con el peso esperado para la edad.

Equilibre la balanza hasta que quede en cero.

Medición de la longitud para la niña o niño menor:

Equipo:

Un Infantómetro de base ancha y de material consistente y un tope móvil o escuadra
Procedimiento: Para la medición de la longitud se necesita dos personas. Una de ellas es el personal de salud responsable de la medición y la otra persona asistente puedes otro personal de salud o la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño. (MINSA 2011).

1. La medición se hace con el niño en posición horizontal o echado.
2. El infantómetro debe estar ubicado sobre una superficie que este lo más nivelada posible, sin pegarlo a la pared por

ninguno de sus extremos para permitir que la persona que mide y el asistente ocupen estos lugares.

3. Se coloca al niño sin gorro, moños, ni zapatos, boca arriba sobre el infantómetro, con la cabeza contra el tope fijo y con los pies hacia el tope móvil.
4. El Asistente debe situarse al extremo del infantómetro y tomar la cabeza con ambas manos colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo.
5. La persona que mide debe situarse a un lado (lado donde se encuentra la cinta métrica), sujetando los tobillos juntos del niño y con el codo de ese brazo (Izquierdo) hacer presión suavemente sobre las rodillas del niño para evitar que las flexione.
6. Acercar el tope móvil con la mano libre (derecha) hasta que toque las plantas, ejerciendo una presión constante.
7. Leer la medida sobre la cinta métrica y anotar el número que aparece inmediatamente por delante del tope móvil.
8. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.
9. Una vez realizada la medición, se anotará el valor en los documentos y formatos correspondientes.

2.2.2 Desarrollo psicomotriz

El Desarrollo Psicomotor (DPM) es la progresiva adquisición de habilidades biológicas, psicológicas y sociales en el niño, definida como

la manifestación externa de la maduración del SNC. Este último proceso tiene un orden preestablecido, otorgándole al DPM una secuencia clara, predecible, progresiva e irreversible (Arteaga y cols. 2001; Moore 1996). También se ha definido como un término en el que se jerarquiza el concepto de la relación indisociable de todas las funciones del SNC. El DPM es, entonces, un proceso de continuo cambio, en el que el niño comienza a dominar niveles cada vez más complejos de movimiento, pensamiento, relaciones con los demás, con los objetos y el medio ambiente (Doussoulin 2003; Michelini y cols. 2000).

En el niño, todos estos cambios comprenden, por una parte, el progreso en la capacidad de reconocer estímulos del ambiente y, por otra, el desarrollo de la capacidad de moverse en este medio ambiente a través del perfeccionamiento de las vías y los órganos motores. Ambos avances permiten ampliar la capacidad de resolución de los centros de integración, aumentando el repertorio de respuestas adaptativas (Brand 1990).

Así, el DPM, es un proceso multidimensional que incluye cambios en el plano físico o motor, en el plano intelectual, en el emocional, social y sensorial. Cada niño posee su propia secuencia de desarrollo que está en directa relación con su maduración, por lo cual puede variar en características y calidad entre un niño u otro. Estas variaciones individuales se refieren a factores como la configuración biológica de cada niño y el ambiente en el que se desarrollan (Moreno 2009).

Para entender el desarrollo del SNC y las implicancias del retardo de este, es necesario explicar rápidamente el proceso de neuromaturation. El desarrollo del cerebro comienza muy precozmente, alrededor de la tercera a cuarta

semana de edad gestacional y continúa, aunque a un menor ritmo, hasta la adolescencia. Entre el segundo y cuarto mes de vida intrauterina se produce la proliferación celular. Entre el tercer y quinto mes ocurre la migración de estas células a distancia de su sitio de origen, guiadas por procesos gliales basados en señales químicas. Luego, toman el control los procesos de organización y arborización dendrítica, axonogénesis y sinaptogénesis, donde las neuronas van estableciendo circuitos cada vez de mayor complejidad. Finalmente, ocurre la mielinización o recubrimiento de las conexiones entre las neuronas, que permite una adecuada transmisión de los impulsos nerviosos. Este proceso ocurre en ciclos donde, al finalizar el segundo trimestre de gestación se han mielinizado las raíces y médula espinales y se ha iniciado el tronco encéfalo; el haz cortico espinal termina su proceso a los dos años de vida, mientras que otras estructuras no lo hacen hasta los treinta y dos años (Avaria 1999).

Todos los cambios nombrados ocurren con gran intensidad y dinamismo en la vida intrauterina, continúan a un ritmo rápido después del nacimiento, declinando su progreso en la edad preescolar y alcanzando una estabilización posteriormente (Mesa, Moore 1994).

Para **JEAN PIAGET** “Sostiene que mediante al actividad corporal los niños y niñas aprenden, crean, piensan, actúan para afrontar, resolver problemas y afirma que el desarrollo de la inteligencia de los niños dependen de la actividad motriz que el realice desde los primeros años de vida, sostiene además que todo el conocimiento y el aprendizaje se centre en la acción del niño con el medio, los demás y las experiencias a través de su acción y movimiento”.

Para la definición de psicomotricidad existen algunos conceptos dados por algunos estudiosos, que se han dedicado a examinar la importancia que tiene esta para obtener un buen desarrollo, entre los cuales tenemos que:

- **HENRY WALLON** " considera a la psicomotricidad como la conexión entre lo psíquico y motriz, afirmando que el niño se construye a sí mismo, a partir del movimiento, y que el desarrollo va del acto al pensamiento.
- **BERNARD AUCOUTURIER**" considera que es la práctica de acompañamiento de las actividades lúdicas del niño ,concebida como un itinerario de maduración que favorece el paso del placer de hacer , de pensar y que la practica psicomotriz no enseña al niño loa requisitos del espacio ,del tiempo, del esquema corporal, sino que pone en situación de vivir emocionalmente el espacio de los objetos y la relación con el otro de descubrir y de descubrirse, única posibilidad para el de adquirir e integrar sin dificultad el conocimiento de su propio cuerpo, del espacio y del tiempo".
- **BUCHER** "considera que "la psicomotricidad es el estudio de los diferentes elementos que requieren datos perceptivo-motrices, en el terreno de la representación simbólica, pasando por toda la organización corporal tanto a nivel práctico y esquemático, así como la integración progresiva de las coordenadas temporales y espaciales de la actividad .(Berruezo 2000)
- **R. LECOYER** (1991) considera "la Psicomotricidad como el conjunto de comportamientos motores en función de su relación con el psiquismo".

- **MUNIÁIN** "La Psicomotricidad es una disciplina educativa, reeducativa y terapéutica, concebida como diálogo, que considera al ser humano como una unidad psicosomática y que actúa sobre su totalidad por medio del cuerpo y del movimiento, en el ámbito de una relación cálida y descentrada, mediante métodos activos de mediación principalmente corporal, con el fin de contribuir en su desarrollo integral".
- **LAGRANGE** "la Psicomotricidad es la educación del niño en su globalidad, porque actúa conjuntamente sobre sus diferentes comportamientos: intelectuales, afectivos, sociales y motores".

2.2.2.1 Características del proceso de desarrollo psicomotor

Las características del desarrollo son:

- Proceso continuo ordenado, en sucesión de etapas, en el que los cambios son previsibles. Cada fase es un soporte para la estructura de la siguiente.
- Cada etapa se caracteriza por una organización basada en los niveles anteriores pero cualitativamente original respecto de ellas.
- La dirección del desarrollo es céfalo caudal, de proximal a distal y de actividades globales a específicas.
- Existe correlación exacta entre la aparición de una etapa y la edad cronológica.
- El ritmo y la intensidad de las funciones le son propias a cada individuo. De ahí pueden apreciarse aceleraciones o retrocesos en los diferentes aspectos del desarrollo.

La evolución del desarrollo psicomotor el desarrollo y, en general, la vida del ser humano se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales. Cada una de ellas se funde gradualmente en la etapa siguiente, sin embargo no hay un acuerdo unánime para determinar cuántas y cuales son etapas. Tampoco se puede decir cuando comienza exactamente y cuando termina cada etapa, pues en el desarrollo influyen diversos factores individuales, sociales y culturales, por eso se dice que cada ser humano tiene su propio ritmo de desarrollo.

Las herramientas de evaluación se basan en las teorías madurativas del sistema nervioso central (SNC), publicas principalmente por Arnold Gesell. Estas plantean que la universalidad y uniformidad de la secuencia de patrones exhibidas por niños se debe en gran parte al desarrollo del SNC y que este mismo llevaría a nuevas conductas. Sin embargo hoy en día se sabe que este desarrollo psicomotor además de depender de la maduración de las estructuras nerviosas (SNC Y SNP) y el crecimiento adecuado depende también del aprendizaje, el ambiente, las tareas y la experiencia. Esta mirada del desarrollo psicomotor estaría mejor fundamentada por la teoría de los sistemas dinámicos, la cual sugiere que la conducta surge de la interacción abierta, activa y termodinámica de múltiples subsistemas, en la cual ninguno es prioritario (Carrillo y Cold.2005).

El desarrollo en el ser humano es secuencial, va apareciendo encadenada, impulsándose los unos a otros; si falla una etapa, impide o perturba la aparición de las siguientes etapas. Así como una gradiente de desarrollo: leyes (céfalo caudal, próximo-distal, cubito-radial) por ejemplo:

Para que él bebe logre levantar el tronco debe haber aprendido a controlar la cabeza.

- ✓ Para sentarse es necesario que controle el tronco.
- ✓ Para pararse primero debe aprender a sentarse.
- ✓ Para caminar, debe haber aprendido a pararse con apoyo, y etc.
- ✓ Para aprende a hablar algunas frases con sentido debe haber desarrollo la capacidad de comprender.

2.2.2.2 Factores que influyen en el desarrollo psicomotor

Para el buen desarrollo de la Psicomotricidad, hay que considerar que existen algunos factores personales y ambientales que ayudarán de una u otra manera a que se dé un óptimo desarrollo, así **A. GUERRA** plantea dos maneras para que se dé este desarrollo:

1. De la forma de maduración motriz, que se encuentra ligado al aspecto neurológico.

Hay que entender que el aspecto neurológico está relacionado con la madurez del sistema nervioso donde se encuentran las habilidades que se van adquiriendo desde el nacimiento del

niño/a, esta madurez se la verifica al relacionar con la edad cronológica que tiene.

Pero la maduración del sistema nervioso se desarrolla de acuerdo al proceso de mielinización que se va dando, gracias a estos procesos se van formando las estructuras nerviosas que en el nacimiento son incompletas y se completan alrededor de los 4 o 5 años de vida. Con el fin de este proceso de mielinización se entiende que se da la culminación de la formación de los nervios y de las estructuras mentales (Doussoulin 2003).

2. De la forma de desarrollarse, que forma parte de un sistema de referencia como:

- ✓ El ritmo.
- ✓ El constructivo espacial.
- ✓ La maduración de la palabra.
- ✓ El conocimiento perceptivo.
- ✓ La elaboración de conocimientos.
- ✓ El corporal.

2.2.2.3 IMPORTANCIA DE LA PSICOMOTRICIDAD.

Estudiar el desarrollo de la Psicomotricidad tiene importancia debido a que durante el periodo comprendido entre los 2 y los 6 años se producen una serie de cambios que se traducen en la maduración progresiva del sistema nervioso y en el acelerado desarrollo de la musculatura del cuerpo, esto se puede observar

cuando el niño y la niña dominan las posibilidades de su cuerpo como en los primeros meses lo es mantener erguida la cabeza, poder sentarse con y sin apoyo, etc.; además también se presenta el perfeccionamiento de las habilidades motoras del cuerpo. (De Cabo 2009).

Dentro del estudio del desarrollo psicomotor es importante considerar al esquema corporal porque lo ayudará a conocer las diferentes partes de su cuerpo, como la de los demás y ayudará al niño o la niña a su relación con su entorno, a su autorrealización, y a su lateralización para la ubicación dentro del espacio, de esta forma se podrá presentar el dominio de uno u otro hemisferio. Dentro del crecimiento físico es importante comprender que en los dos primeros años de vida se produce un crecimiento acelerado con relación a las edades posteriores, así a partir de los 3 años hasta los 6 años este crecimiento disminuye progresivamente y hasta por último se estabiliza. (De Cabo 2009).

El desarrollo de todo ser humano se centra en las formas cuantitativas y en las formas cualitativas las que se producen a través del tiempo. Dentro las formas cuantitativas, está enfocado hacia el desarrollo físico de los niños y las niñas caracterizándose por una variación de las dimensiones del cuerpo, como lo está el aumento de la estatura y el peso, dependiendo si es niño o niña. De lo que respecta al aumento de la estatura y de la musculatura se producen cambios importantes, tanto para la psicomotricidad como para la capacidad corporal, se da la presencia de una

calcificación acelerada que ayudará a realizar con mayor precisión las diferentes actividades. (De Cabo 2009). En cambio las formas cualitativas se caracterizan por el desarrollo de la inteligencia, de la creatividad, la sociabilidad y de la moralidad, que son tan importantes para la formación de una parte de la personalidad de cada persona. (Estado mundial de la infancia 2012).

Considerando que la actividad motriz es una forma de expresión del miedo, de la alegría, de la satisfacción, de la ira, de la agresión, es una forma de quedar satisfecho al poder entrar en contacto con el medio que le rodea, porque de esta forma el niño o la niña pueden conocer su entorno manipulando los objetos y los materiales que le causan interés.

También es importante que los pequeños /as posean un óptimo desarrollo motor, porque este será fuente de influencia para la integración social y la participación con sus pares, esto le ayudará a que pueda acceder a la participación en actividades que requieran la cooperación de él o ella. Si no existe este desarrollo se sentirá en desventaja con los demás, dando como consecuencia su aislamiento social y la incapacidad de mantener aptitudes positivas que le ayuden en las relaciones interpersonales.

2.2.2.4 Clasificación de la psicomotricidad.

La psicomotricidad dentro de todo lo que se refiere, se divide en cuatro áreas relativamente específicas e independientes; para que

se pueda dar un mejor estudio y para facilitar el trabajo de todos los que buscamos que tanto los niños como las niñas puedan ser bien estimulados.(Minsa 2011) .

Estas áreas han sido denominadas y definidas como sigue:

Área del lenguaje (L): Esta área abarca tanto el lenguaje verbal como el no verbal; reaccionar al sonido soliloquio, vocalizaciones y emisiones verbales. El niño va poco a poco emitiendo sonidos hasta que logra pronunciar sus primeras palabras al aprender a hablar, comunicarse mejor con los demás.

Es el medio de comunicación por excelencia, y para que sea adecuado se requiere de una correcta agudeza auditiva, el deseo de comunicarse y las integridades anatómica y cerebral. Esta última establece las diferentes áreas de asociación del lenguaje, que se inician con la emisión de sonidos en los primeros meses de vida. Los niños nacen con el mecanismo y capacidad necesarios para desarrollar el lenguaje y el habla. Sin embargo no lo harán de forma espontánea. Por el contrario, el entorno les debe proporcionar los medios para desarrollar esas capacidades. La velocidad del desarrollo del habla varia de unos niños a otros y está relacionada con la madurez neurológica y el desarrollo cognitivo. Como el gesto precede al habla los niños pueden comunicarse de forma satisfactoria. Al desarrollarse el habla, los gestos remiten, pero no desaparecen. (Cervera 2003).

En todas las etapas del desarrollo del lenguaje, el vocabulario que comprende el niño es mayor que el que expresa y este desarrollo

refleja un proceso continuo de modificación que afecta tanto a la adquisición de nuevas palabras como a la extensión y matización de los significados aprendidos con anterioridad. Las primeras palabras que los niños empiezan a hablar son algunos nombres y verbos, además de palabras de asociación (como ma-má). Durante el periodo en que empiezan a andar suelen dar respuestas estructuralmente incompletas aunque su significado sea claro. Seguidamente modifican el sentido de los nombres con adjetivos y adverbios y también los verbos. A continuación añaden los pronombres y palabras con género.

Al final del primer año, pronuncia los primeros bisílabos, a partir del segundo, expresa las primeras palabras, primero con lentitud y después con mayor rapidez. A partir de los 5 años es capaz de componer frases con varias palabras y definir cosas sencillas. Describe el uso de objetos, su forma, su color y los define por sus características.

El lenguaje, en su expresión oral, tiene un peso vital al comienzo de la vida escolar en el aprendizaje de la escritura pues lo que se expresa por escrito no es más que aquello que se conoce, piensa o imagina, y se hace de la forma y con las palabras que se dominan. Un buen desempeño en la escritura no solo depende de un buen control muscular y de la capacidad de reproducir las formas y rasgos en el papel, sino de que se tengan suficientes recursos para expresar una idea. Un buen dominio del lenguaje oral es muy importante a esta edad, pues el niño tendrá que hacer

uso de éste para apropiarse de los contenidos que le serán impartidos en la escuela, una pronunciación correcta redundará en una buena expresión escrita y la riqueza del vocabulario permitirá un buen desarrollo de su pensamiento. (Consejo 2012).

Área social(S): El comportamiento social se refiere a la habilidad del niño para reconocer frente a las personas y aprender por medio de la imitación. El niño aprende a relacionarse con los demás personas, aprende a querer y a ser querido y aceptado.

La socialización es un proceso mediante el cual el individuo adopta los elementos socioculturales de su medio ambiente y los integra a su personalidad para adaptarse a la sociedad. Dicho en otros términos, socializar es el proceso por el cual el niño, aprende a diferenciar lo aceptable de lo inaceptable en su comportamiento. Socializar es un proceso muy importante que debe fomentarse en los niños y niñas desde muy corta edad. (Consejo 2012).

Las relaciones sociales infantiles suponen interacción y coordinación de los intereses mutuos, en las que el niño adquiere pautas de comportamiento social, a través de los juegos, especialmente dentro de lo que se conoce como su, grupo de pares (niños de la misma edad y aproximadamente el mismo estatus social, con los que comparte tiempo, espacio físico y actividades comunes). De esta manera pasan, desde los años previos a su escolarización (desde la etapa preescolar) hasta su adolescencia, por sistemas sociales progresivamente más

sofisticados que influirán en sus valores y en su comportamiento futuro.

Área de coordinación (C): Esta área comprende las reacciones del niño que requiere coordinación de funciones (óculo-motriz y de adaptación ante los objetos).

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

Área motora (M): se refiere al control de la postura y motricidad. El niño va adquiriendo fuerza muscular y control de sus movimientos, lo cual le va a permitir primero conocer su propio cuerpo y más adelante el mundo que lo rodea. (Minsa 2011).

El desarrollo de la motricidad representa para el niño una mayor independencia y movilidad. El proceso madurativo depende del sistema nervioso central, así como del muscular, y está relacionado con las leyes del desarrollo cefalo caudal y proximodistal. (Ardanaz 2009).

El desarrollo y calidad de las habilidades motrices de un niño se ven influidas por muchos factores. Estos incluyen el tono muscular, la fuerza, la resistencia, la planificación motriz y la integración sensorial. (Alban 2005).

El área motriz se divide en el área fina y área motriz gruesa.

a) Motricidad Fina.

El desarrollo o habilidad motora fina comprende, desde la prensión refleja a la destreza manipulativa; desde la fijación ocular al dominio visual completo; ambas interrelacionadas entre sí a

través de la iniciativa ideomotriz, hasta el logro de una adecuada coordinación visomotriz.

La prensión es una manifestación de la corticalización funcional; es el prototipo del acto cortical.

La Iniciativa Ideomotriz, según Baruk, se manifiesta por primera vez hacia el tercer mes. Cuando el lactante fija visualmente un objeto, genera una imagen mental que se traduce en un impulso motor, manifestado por una agitación de sus brazos tratando de alcanzarlo (“movimiento marioneta”).

Los tipos de prensión se deben determinar (involuntaria, por contacto o voluntaria).

Según Halverson el desarrollo motor fino en relación a la prensión implica cuatro etapas:

1. Localización visual del objeto.
2. Aproximación.
3. Prensión.
4. Exploración.

La aproximación y la prensión basan su evolución ontogenética en las leyes o gradientes próximo-distal y cúbito-radial respectivamente.

La ley próximo-distal se refiere a las secuencias de progresión de los movimientos gruesos como los del hombro y los del codo.

La ley cúbito-radial se relaciona a la progresión de la prensión, la cual se inicia en la región cubital o hipotenar y termina en la región radial con la oposición del pulgar y el índice (pinza fina)

La aproximación lateral (4-5 meses) se caracteriza por el transporte en bloque, movimiento de palanca originado en el hombro. No existe oposición pulgar, los objetos son tomados hacia el lado cubital.

La aproximación intermedia (7-8 meses) con la participación del hombro y el codo: modificándose el patrón de prensión al tipo dígito palmar.

La aproximación directa (novenos meses) implica la participación del hombro, codo y muñeca. Utiliza las yemas del índice y pulgar, que es una pinza de precisión constituyendo la expresión de la maduración de la prensión como característica humana.

El aflojamiento voluntario (12 meses) es de capital importancia. Se efectúa la apertura manual voluntaria: dar un objeto al pedírselo, colocarlo en un recipiente favorece el enriquecimiento de la actividad lúcida.

Dándole seguridad en la elaboración de actividades que requieran la precisión de rasgos exactos. Así tenemos:

- ✓ Coordinación viso-manual.

- ✓ Fonética.
- ✓ Motricidad facial.
- ✓ Motricidad gestual

Coordinación viso – motora.

La coordinación viso – motriz es una parte importante del desarrollo motor grueso del niño, porque tiene una relación con la motricidad fina; ya que las dos necesitan que se presente la coordinación en la realización de las diferentes actividades que se le ofrezcan al niño, el dominio que se presente dentro de la motricidad gruesa ayudará a que se dé un mejor dominio en la motricidad fina.

Así para que se dé una buena coordinación viso - motriz es necesario presentar diferentes experiencias al niño, con el cuerpo, con la visión, con el oído, y con los movimientos del cuerpo o del objeto. (Giambruno 2000). De esta manera se irá desarrollando las facultades psíquicas y motrices que lo ayudarán en su relación con los demás y en la integración en su medio natural.

Para que se dé esta coordinación viso – motriz es necesario que el niño /a realice diferentes ejercicios que le ayudarán a poner su cuerpo en movimiento en relación con el movimiento del objetivo. (Rodas 2005).

La coordinación manual conducirá al niño al dominio de la mano

.Los elementos más afectados, que intervienen directamente son:

- ❖ La mano
- ❖ La muñeca
- ❖ El antebrazo
- ❖ El brazo

Es muy importante tenerlo en cuenta ya que antes de exigir al niño una agilidad y ductilidad de la muñeca y la mano en un espacio reducido como una hoja de papel, será necesario que pueda trabajar y dominar este gesto más ampliamente en el suelo, pizarra y con elementos de poca precisión de los dedos.

Actividades que ayudan a desarrollo la coordinación viso-manual:

- ❖ Pintar
- ❖ Punzar
- ❖ Enhebrar
- ❖ Recortar
- ❖ Moldear
- ❖ Dibujar
- ❖ Colorear
- ❖ Laberintos copias en forma.

Fonética.

Es un aspecto dentro de la motricidad muy importante a estimular y a seguir de cerca para garantizar un buen dominio de la misma.

El niño en los primeros meses de vida: No tiene sin embargo la madurez necesaria que le permita una emisión sistemática de cualquier sonido ni tan siquiera la capacidad de realizarlos todos.

Este método llamara la atención del niño hacia la zona de fonación y hacia los movimientos que se hacen lentamente ante él, posibilitando la imitación como en tantas otras áreas; el medio de aprender será emitir su entorno.

Todo el proceso de consolidación básica se realiza entre los tres y cuatro años, cuando el niño puede y tendrá que hablar con una perfecta emisión de sonidos y por consiguiente con un verdadero dominio del aparato fonador.

Motricidad Facial.

Este es un aspecto de suma importancia ya tiene dos adquisiciones:

1. El dominio muscular.
2. La posibilidad de comunicación y relación que tenemos con la gente que nos rodea a través de nuestro cuerpo y especialmente de nuestros gestos voluntarios e involuntarios de la cara. Debemos de facilitar que el niño a través de su infancia donde esta parte del cuerpo, para que pueda disponer de ella para su comunicación.

El poder dominarlos de la cara y que respondan nuestra voluntad nos permite acentuar unos movimientos que nos llevaran a poder exteriorizar unos sentimientos, emociones y manera de relacionarnos, es decir actitudes respecto al mundo que nos rodea.

Motricidad Gestual.

Las manos para la mayoría de las tareas además del dominio global de la mano también se necesita también en dominio de cada una de las partes: cada uno de los dedos, el conjunto de todos ellos.

Se pueden proponer muchos trabajos para alcanzar estos niveles de dominio, pero tenemos que considerar que no lo podrán tener de una manera segura hasta hacia los 10 años.

Dentro del preescolar una mano ayudara a otra para poder trabajar cuando se necesite algo de precisión. Hacia los tres años podrán empezar a intentarlo y serán conscientes de que necesiten solamente una parte de la mano. Alrededor de los 5 años podrán intentar más acciones y un poco más de precisión.

Motricidad Gruesa.

La actividad motriz le sirve al hombre para poder actuar en el medio donde se desarrolla y de esta manera modificarlo y modificarse. Así todo movimiento es el resultado de la contracción motriz de las actividades que realiza el cuerpo. (De cabo 2009).

Wallon en su estudio “demostró que el desarrollo motor, que surge de la sensibilidad, se conforma durante el desarrollo de toda la persona”. De ahí que el movimiento nace de la coordinación del esquema corporal con la estructuración espacio – temporal, de esta forma establece el vínculo con la vida afectiva y social.

Tomando en cuenta que dentro de la clasificación de la psicomotricidad, se encuentra la psicomotricidad gruesa es necesario definirla para que se entienda este término.

Además se debe tomar en consideración que es muy importante que los movimientos que va a realizar el niño /a sean coordinados ya que esto le va a dar seguridad y confianza en sí mismo, dándose cuenta de las que tiene de su propio cuerpo y esto en el futuro le va a ayudar en la ubicación en el espacio. (De cabo 2009).

La psicomotricidad gruesa a su vez se subdivide en dos grupos: dominio corporal dinámico y en dominio corporal estético. Es importante tener en cuenta esta subdivisión porque para que se dé un buen desarrollo tenemos que considerar que existen algunos factores que ayudaran directa o indirectamente en el empleo de las habilidades y en la realización de actividades físicas.

- a) Dominio Corporal Dinámico: Coordinación General.
- b) Equilibrio.
- c) Ritmo.
- d) Coordinación viso - motora.
- e) Dominio Corporal Estético: Tonicidad.
- f) Autocontrol.

Coordinación corporal dinámico.

La coordinación corporal dinámico se caracteriza por la capacidad que adquiere una persona para dominar las diferentes partes gruesas de su cuerpo, es decir de movilizarlas de acuerdo a su voluntad siguiendo una consigna dada con cierta armonía y precisión. (Giambruno 2000).

La coordinación se refiere al conjunto de las acciones musculares que encaminarán al desarrollo de la flexibilidad del control motor, todo esto ayudará al incremento de la capacidad de los movimientos. (Ruíz 2011).

Dentro del dominio corporal hay que considerar:

1. El niño tenga dominio de cada una de las partes gruesas de su cuerpo, conociendo sus capacidades y debilidades para que pueda adquirir seguridad en sí mismo al realizar los diferentes movimientos.
2. El niño debe haber adquirido el nivel de madurez neurológica, esto es muy importante ya que cada uno podrá realizar los movimientos que estén acordes a la etapa evolutiva en que se encuentre; porque no se puede exigir que realicen movimientos para los que no se encuentran neurológicamente preparados.

Para que adquiera todo esto es importante que reciba una adecuada estimulación en un ambiente que favorezca su desarrollo motor y afectivo, además que la integración de su esquema corporal también lo ayudarán a que tenga confianza y seguridad.

El dominio corporal dinámico se encuentra dividido en cuatro áreas:

➤ **Coordinación general.**

Aquí se considera todos los movimientos que el niño /a va a realizar en general, con la intervención de todas las partes del cuerpo en las diferentes edades. Así tenemos. (Podestá 2013). Los movimientos parciales de las diferentes partes del cuerpo, estos se refieren a cuando toma conciencia de su cuerpo, de que lo puede mover y de que lo puede ver ya que ha alcanzado una madurez neuro – muscular – ósea con lo que podrá realizar ejercicios que le darán la agilidad y el dominio muscular, dándole la facilidad de poder realizar los movimientos. (Mamani 2015).

Desplazamiento, se refiere a la capacidad que adquiere un niño /niña para poder movilizarse de un lugar a otro con total independencia, para lograr esto es necesario que se den algunas situaciones pero dadas las circunstancias de algunos niños /as, estas no son necesarias que se den en el orden que debería ser, pero si es importante dar oportunidad de que lo hagan en algún momento. (Mamani 2015).

Hay que tomar en cuenta la influencia que dan algunos factores como el peso, la madurez ósea, el ritmo de actividad del niño /a, la motivación, etc.; para que se puedan realizar las diferentes actividades. (Rodas 2005).

Escaleras: Se refiere a la capacidad que adquiere para subir y bajar las, dándole la agilidad que necesita para que adquiere mayor independencia, y dependiendo de la madurez que haya alcanzado puede ir haciéndolo de una manera inconsciente y con dominio de su cuerpo.

a) Equilibrio.

Se entiende por equilibrio a la capacidad de mantener una posición, de poder volver a la postura normal después de haber realizado alguna actividad. El equilibrio se presenta de manera refleja, autónoma y voluntaria. Para que se pueda dar el equilibrio en el niño es necesario:

- ❖ La interiorización de su eje corporal.
- ❖ El dominio corporal.
- ❖ El equilibrio es una actividad que debe ser entrenada para que llegue a su mejoramiento, debido a la vinculación que tiene con los nervios del niño.

b) Ritmo.

Es una capacidad que debe adquirir un niño /a en la realización de los diferentes movimientos, además es importante que pueda repetirlos según una consigna. (Podestá 2013).

Con la ejercitación del ritmo el niño /a debe interiorizar las diferentes nociones, la relación que existe entre el espacio y el tiempo, también la organización de los distintos movimientos de forma armónica y equilibrada, y por último enseñarle a utilizar su cuerpo como un medio donde pueda transmitir sus

emociones y sentimientos en su relación con su familia, comunidad y sociedad; todo esto le ayudara en el transcurso de toda su vida. (Rodas 2005).

➤ **Coordinación viso-motora.**

a) Dominio corporal estático.

Se entiende por dominio corporal estático a la realización de las actividades que conllevan a que el niño /a interiorice su esquema corporal. Es importante mencionar que dentro de este dominio se encuentra la respiración y la relajación porque forman parte importante en el conocimiento del yo. (De cabo 2009).

✓ **Respiración:** es un acto de beneficio personal, pero para que se pueda dar es necesaria la interferencia entre un acto eficaz respiratorio, la toma de conciencia y la capacidad de atención.

La importancia que tiene el acto de respirar eficazmente, es para que se pueda dar cuando sea necesario su regulación. Este ejercicio de autorregulación en el niño se da en los momentos que se le proporcione para su relajación. (MINSA 2011).

Así el niño va tomando conciencia del acto de respirar y de las dos fases que este mecanismo tiene.

Fases de este mecanismo:

❖ La inspiración

En esta es una acción que permite al aire ingresar a los pulmones para que a través de ellos se oxigene la sangre que llevara al corazón y al resto del cuerpo, durante este proceso se puede observar que se da una expansión de la caja torácica.

❖ La espiración

En cambio es la salida del aire de los pulmones, después de que se ha transformado en anhídrido carbónico, en esta se observa la contracción de la caja torácica.

El acto de respirar es tan importante que sea de manera adecuada, porque si no lo es puede desencadenar en problemas dentro de: la personalidad por un mal desarrollo psicológico podría desencadenar en: tartamudeo, miedo, angustia, falta de atención y concentración; en el desarrollo psicomotor el cansancio por la dificultad que tiene de moverse.

❖ Relajación

El doctor Durand de Bousingen dice: “desde el punto de vista genético el tono reviste una gran importancia en el desarrollo de la personalidad del niño. Este estructura principalmente la personalidad, su comportamiento y su actitud, en función de las influencias familiares que se ejercen sobre él.

La realización de la relajación nos sirve para que no se produzca la hipertonía muscular y se dé la distensión mental.

Así, la relajación permite al niño /a desarrollar un control de sus emociones y sentimientos, facilitando una comunicación positiva con él y su cuerpo. Además le ayudará a una interiorización de su esquema corporal y de sus sensaciones perceptivas, y con el tiempo aprenderá a realizar una relajación manera global o segmentaria.

b) Autocontrol:

Se refiere a la capacidad que el niño /a adquiere para poder controlar los movimientos y la postura de su cuerpo, este se da por la adquisición el domino del tono muscular.

Este control de los movimientos se los divide en conscientes, que son todos aquellos que se realizan de acuerdo a la voluntad de la persona por medio de un gesto y tienen un gran significado; e inconscientes que no dependen de la persona porque son movimientos controlados por el sistema nervioso.

Carrera.

A esta se la considera como uno de los aspectos que tiene más larga duración en su desarrollo, debido al perfeccionamiento y coordinación que debe alcanzar.

Para ello debemos considerar algunos movimientos que ayudarán al desarrollo; como: el dominio muscular, la fortaleza muscular, la capacidad de respiración, la coordinación piernas – brazos, la soltura de movimientos y la resistencia.

Saltar.

Este se refiere a la capacidad que ha adquirido para elevar al cuerpo del suelo, esto implica que: tenga la fuerza necesaria en sus piernas, tener equilibrio para volver a tomar contacto con el suelo sin hacerse daño y tener el dominio para poder realizar desplazamientos según la edad.

Rastreo.

El rastreo es la capacidad de desplazarse con el cuerpo en contacto con el suelo. En un inicio el niño y la niña lo realizan como una forma de locomoción pero a medida que pase el tiempo lo hará como un juego. Este ejercicio le permitirá el dominio de su cuerpo, involucra: un dominio segmentario, una fortaleza muscular, un control de la respiración, y una resistencia muscular.

Trepar.

Esta acción es una actividad que el niño y la niña realizan con la utilización de sus manos y de sus piernas, permitiendo que se dé una mejor interiorización del conocimiento de su cuerpo dándole una mayor seguridad y confianza en sí mismo.

Tonicidad

La tonicidad es la tensión muscular que ejerce nuestro cuerpo para la realización de las diferentes actividades. Hay que considerar que un niño /a debe desarrollar un equilibrio tónico, pero para que esto se dé es necesario brindarle una serie de

experiencias sensitivas donde él /ella pueda ejercer diferentes posturas y actitudes.

Esquema Corporal

El Esquema Corporal tiene gran importancia debido a que a través del, se establece una buena relación con sigo mismo y con su entorno, además ayudará a que no se presenten en lo posterior problemas que puedan afectar su personalidad. De la interiorización del esquema corporal se presentará la concientización del yo y de los objetos, como también del cuerpo y del espacio externo.

Debemos conocer que el esquema corporal es la toma de conciencia, el conocimiento de su cuerpo, como también de las diferentes partes y de las funciones que cumple cada una de ellas.

Eje Corporal

Se debe entender a que se refiere el eje corporal, ya que es la comprensión de la organización del cuerpo con relación a un eje vertical dentro de un espacio que se lo divide en dos partes.

Para que se dé esta comprensión es necesario que primero se dé la interiorización y la transposición de este eje ante él /ella frente al espejo y de los demás; esto dependerá de la maduración mental que alcance y de la organización dentro del espacio.

Lateralidad

Para entender a lo que se refiere la lateralidad primero debemos tener en cuenta que se trata de un proceso que se produce a nivel neurológico, esto quiere decir que la dominancia que se presente dependerá del hemisferio dominante, ya sea este el hemisferio izquierdo o el derecho.

Por todo lo planteado es importante permitir al niño y niña la utilización de cualquiera de las manos hasta que él mismo defina cuál es su preferida, y si no lo define habrá que estimular la utilización de la mano que más habilidad tenga.

Direccionalidad

La direccionalidad está dada por la posibilidad que un niño /a tiene para proyectarse en el espacio exterior, a través de los conceptos adquiridos (arriba, abajo, adelante, atrás, en medio, al lado) en actividades realizadas con relación a su cuerpo.

Estas nociones son importantes debido a la conexión que existe con: las sensaciones kinestésicas, ya que estas ayudan en la orientación dentro de un espacio determinado; las laberínticas y las visuales.

2.2.2.5 Medición de la longitud o talla para la niña o niño:

Equipo: Un Infantómetro de base ancha y de material consistente.

Procedimiento:

Para la medición de la longitud se necesita dos personas. Una de ellas es el personal de salud responsable de la medición y la otra

persona asistente puede ser otro personal de salud o la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño. 1. La medición se hace con el niño en posición horizontal o echado.

1. El infantómetro debe estar ubicado sobre una superficie que este lo más nivelada posible, sin pegarlo a la pared por ninguno de sus extremos para permitir que la persona que mide y el asistente ocupen estos lugares.
2. Se coloca al niño sin gorro, moños, ni zapatos, boca arriba sobre el infantómetro, con la cabeza contra el tope fijo y con los pies hacia el tope móvil.
3. El Asistente debe situarse al extremo del infantómetro y tomar la cabeza con ambas manos colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo.
4. La persona que mide debe situarse a un lado (lado donde se encuentra la cinta métrica), sujetando los tobillos juntos del niño y con el codo de ese brazo (Izquierdo) hacer presión suavemente sobre las rodillas del niño para evitar que las flexione.
5. Acercar el tope móvil con la mano libre (derecha) hasta que toque las plantas, ejerciendo una presión constante.
6. Leer la medida sobre la cinta métrica y anotar el número que aparece inmediatamente por delante del tope móvil.
7. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.

8. Una vez realizada la medición, se anotará el valor en los documentos y formatos correspondientes.

2.2.2.6 Factores que influyen en el desarrollo

1. **Factores de riesgo biológico:** Ocurre cuando el niño presenta un daño establecido en su SNC o condiciones biológicas que a futuro impedirán el normal desarrollo del SNC. Causas como daño cerebral por hipoxia perinatal severa, meningitis o causas hereditarias como malformaciones congénitas o Síndrome de Down, pueden provocar retrasos profundos. Por otra parte, un factor de riesgo biológico más frecuente es el bajo peso al nacer, que se concluye, es un riesgo per se en el DPM de los niños y aumenta proporcionalmente al menor peso del niño; se considera peligroso si el niño pesa menos de 2.500 g. (Manrique 2012).
2. **Factores de riesgo ambiental:** El niño que no presenta riesgo biológico, tiene las posibilidades de desarrollar su potencial psicomotor e intelectual, el que lo haga o no, dependerá de su medio ambiente. Un medio favorable donde se le entregue cariño, alimentación adecuada, seguridad y una estimulación sensoriomotora de calidad, permitirá el desarrollo de un niño adaptado para enfrentar con éxito el futuro. Cuando estas condiciones no se presentan, hablamos de riesgo ambiental. Uno de los factores de riesgo ambiental más importantes es el

nivel socioeconómico de la familia del niño, ya que la intensidad, calidad y oportunidades de estimulación que se le entreguen a éste, varían en la población según este factor. Ciertos autores explican que son un conjunto de variables asociadas al nivel socioeconómico las que podrían ir en desmedro del desarrollo del niño, como la constitución de la familia, escolaridad de los padres, situación de la vivienda, trabajo del sostenedor del hogar, entre otros.

Para conocer el DPM de los individuos, es necesaria hacer una evaluación en la que se midan habilidades que reflejen la madurez del SNC y la experiencia e interacción del niño con su entorno, así como la función neuromuscular, que indica la integridad de los mecanismos neuronales en el niño. Si revisamos cifras de nuestro país, podemos apreciar que los valores de DPM bajo lo normal, no han variado mucho en los últimos veinte años.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

El estado nutricional

Es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes, los cuales se reflejan en las medidas antropométricas.

(Antúnez 2011).

El Desarrollo Psicomotor (DPM)

Es la progresiva adquisición de habilidades biológicas, psicológicas y sociales en el niño, definida como la manifestación externa de la maduración del SNC. Este último proceso tiene un orden preestablecido, otorgándole al DPM una secuencia clara, predecible, progresiva e irreversible (Arteaga y cols. 2001; Moore 1996).

Obesidad

Los niños en esta categoría generalmente presentan sobrepeso para su edad, pero la talla no alcanza a su estatura normal. Este proceso se presenta en niños con historia pasada de desnutrición crónica que por mucho tiempo no pudieron recuperarse. (OMS, 2016).

Sobrepeso:

El sobre peso es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla del niño, se considera también el porcentaje que anormalmente se encuentra elevado por la grasa corporal que puede ser generalizada o localizada. Dado que el sobre peso como la distribución de la grasa corporal son factores útiles para predecir los riesgos para la salud asociados con la obesidad. (OMS, 2016).

Normal

Es el niño que presenta valores normales nutricionales, es catalogado también eutrófico. Cuando la talla y el peso son adecuados para la edad del niño, es decir si el peso/talla es normal y talla/edad es también normal. (OMS, 2016).

Desnutrición Aguda:

Es el riesgo de reducir la grasa corporal que determina un peso subnormal. En general se considera riesgo de desnutrición cuando el peso corporal se encuentra entre el percentil >-3 . El riesgo de delgadez se acompaña de buena salud, por ello, generalmente pasa por desapercibido y solo en las evaluaciones nutricionales son detectados, porque presenta estancamiento en la curva ponderal.(OMS, 2016).

CAPÍTULO III

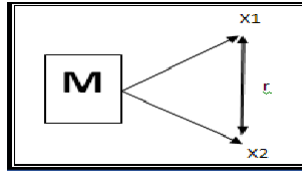
METODOLOGIA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Es básica ya que se determinó el estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños menores de 3 años que acudieron en su control al C.S. Paucará; y transversal, ya que las variables se midió en un solo momento.(FONSECA 2013)

3.2 Diseño y esquema de investigación.

Pasó por el nivel descriptivo en la medida en que las variables del problema observadas se caracterizó en sí mismas y en su relación. La investigación culminó en el nivel de relación de variables, por cuanto se estableció una conexión entre los conocimientos del estado nutricional y el desarrollo psicomotor en los niños menores de 3 años en el distrito de Paucará. (FONSE CA 2013)



M: muestra

X1: Estado Nutricional

X2: Desarrollo Psicomotor

R: Relación entre las variables

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.3.1 Población.

Se tomó a la población de niños menores de 3 años que acuden en su control al área de control y crecimiento del C.S. Paucarará.

3.3.2 Muestra.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2}$$

Muestreo probabilístico, intencional, ya que por criterio solo se incluirá a los menores de tres años.

Fórmula

Donde:

n = Número de elementos de la muestra.

N = Número de elementos del universo.

P/Q = Probabilidades con las que se presenta el fenómeno.

Z^2 = Valor crítico correspondiente al nivel de confianza elegido: siempre se opera con valor sigma. Véase la tabla de valores de Z.

E = Margen de error.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: La muestra es de 200 niños.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.4.1 Definición operativa del instrumento de recolección de datos.

Para evaluar a los niños y determinó el grado de retraso psicomotor que presentan se utilizó el Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño ya que esta se adapta mejor a la realidad peruana y la cual contempla las siguientes áreas: Área Motora Fina: son las actividades que el niño adquiere para realizar movimientos finos y precisos con sus manos, esto le permitirá tomar objetos con destreza ; Área Motora Gruesa: es la habilidad que el niño va adquiriendo para mover armoniosamente los músculos de su cuerpo y mantener el equilibrio; Área el Lenguaje : es el sistema de comunicación del niño que incluye sonidos, gestos y signos gráficos que son interpretados de acuerdo con la estimulación de su cultura; Área Socio Afectiva: se refiere al proceso de sociabilidad por medio del cual el niño aprende a adaptarse a su familia y al medio. Área Coordinación: es el conjunto de procesos por medio de los cuales el niño organiza mentalmente los estímulos e información que recibe del medio y que relaciona con su propia experiencia.

3.5 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS.

- ❖ Para procesar los datos se recurrió al paquete estadístico spss-v22.
- ❖ Se utilizó la estadística descriptiva para las frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y la estadística inferencial.
- ❖ Para las pruebas de hipótesis se utilizó las técnicas no paramétricas como el chi cuadrado, la correlación de spearman, etc.

3.5.1 Técnica:

- ✓ Se utilizó una observación estructurada en la cual se registró información acerca de las características físicas y de comportamiento que manifiestan los niños de forma individual.
- ✓ Para determinar el estado nutricional fue la observación de la medición antropométrica a través de los indicadores: Peso/Edad, Talla/Edad y Peso/Talla.
- ✓ Para la evaluación del desarrollo psicomotor se utilizó la técnica de observación directa.

3.6 PROCEDIMIENTOS.

1. Se inició el contacto con la Institución C.S.Paucará y solicitud para aplicar el instrumento de investigación en los niños menores de 3 años.
2. Luego se realizó las coordinaciones con el Jefe del establecimiento para establecer horarios y fechas de evaluaciones de los niños.
3. Finalmente se procedió con la aplicación del Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño; a los niños que conforman la muestra de estudio, utilizando la batería y el protocolo correspondiente.

4. Se realizó la codificación, tabulación, análisis e interpretación de datos.
5. Redacción e impresión del informe.
6. Sustentación del informe.
7. Presentación y publicación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis exploratorio de la variable de estudio

En la Tabla N° 1, se presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), donde la variable no presenta una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p < 0.05$) para la variable, en consecuencia, es pertinente emplear pruebas no paramétricas en los análisis de datos.

Tabla N°1. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para la variable de estudio.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		Distribución de la muestra por peso talla	Distribución de la muestra por talla edad	Distribución de la muestra por peso edad
N		200	200	200
Parámetros normales ^{a,b}	Media	1,17	1,31	1,07
	Desviación estándar	0,427	0,464	0,355
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0,505	0,438	0,538
	Positivo	0,505	0,438	0,538
	Negativo	-0,345	-0,252	-0,422
Estadístico de prueba Sig. asintótica (bilateral)		0,505	0,438	0,538
		0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Con relación a los resultados encontrados en función de cada uno de los objetivos específicos, estos se dividen en dos grandes rubros, primero es el análisis descriptivos del estado nutricional y segundo, es la descripción del desarrollo psicomotriz. Posteriormente, se realizó el análisis inferencial con la técnica de correlación no paramétrica de Spearman (ρ)

4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA VARIABLE DE ESTUDIO

A. Describir el estado nutricional (objetivo específico 1)

En la tabla N° 2 y la figura N° 1 se describe y representa la distribución de la muestra por peso talla (pt), reportándose que el 85% de los niños evaluados están diagnosticados como normales, el 13% de los niños están diagnosticados con sobrepeso y el 4% de los niños están diagnosticados como obesos.

Tabla N° 2. Distribución de la muestra por peso talla (P/T).

Distribución de la muestra por peso talla (P/T).	Nº	%
1 Normal	170	85,0%
2 Sobre peso	26	13,0%
3 Obeso	4	2,0%
TOTAL	200	100,0%

Fuente: Centro de Salud Paucará.

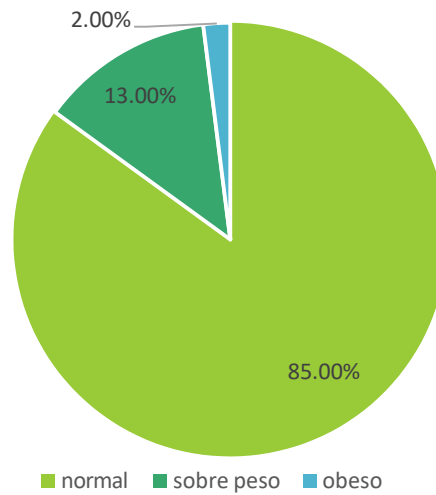


Figura N° 1: Representación de la distribución de la muestra por peso talla (P/T).

En la tabla N° 3 y la figura N° 2 se describe y representa la distribución de la muestra por talla edad (te), reportándose que el 69% de los niños evaluados están diagnosticados como normales y el 31% de los niños están diagnosticados con talla baja.

Tabla N° 3. Distribución de la muestra por talla edad (T/E)

Distribución de la muestra por talla edad (T/E)	N°	%
1 normal	138	69,0%
2 Talla baja	62	31,0%
TOTAL	200	100,0%

Fuente: Centro de Salud Paucará.

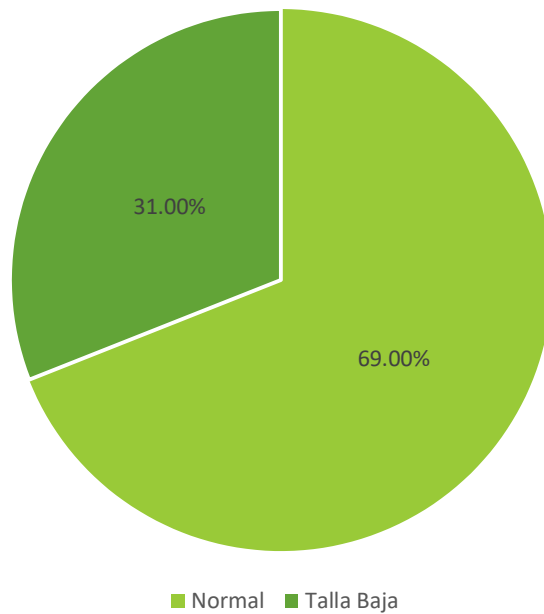


Figura N° 2: Representación de la distribución de la muestra por talla edad (T/E).

En la tabla N° 4 y la figura N° 3 se describe y representa la distribución de la muestra por peso edad (P/E), reportándose que el 96% de los niños evaluados están diagnosticados como normales y el 1% de los niños están diagnosticados con desnutrición global y el 3% de los niños están diagnosticados con desnutrición crónica.

Tabla N° 4. Distribución de la muestra por peso edad (P/E).

Distribución de la muestra por peso edad	N°	%
1 Normal	192	96,0%
2 desnutrición global	2	1,0%
3 Desnutrición crónica	6	3,0%
TOTAL	200	100,0%

Fuente: Centro de Salud Paucará.

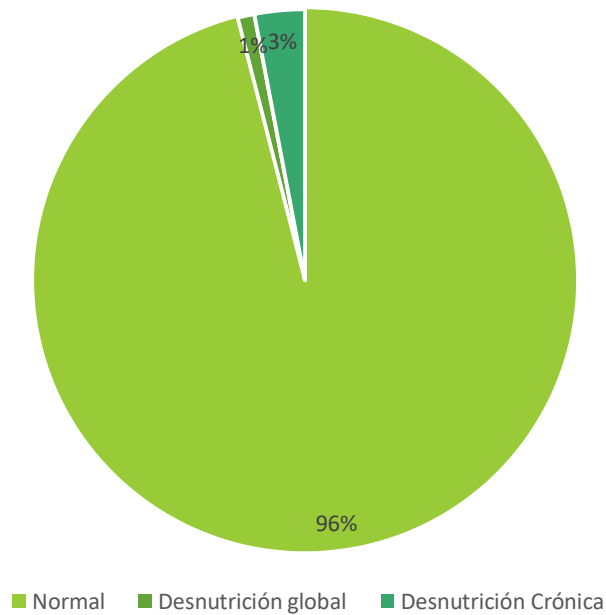


Figura N° 3: Representación de la distribución de la muestra por peso edad (P/E).

B. Describir el desarrollo psicomotriz (objetivo específico 2)

En la tabla N° 5 y la figura N° 4 se describen y representa la distribución de la muestra por desarrollo de la motricidad, reportándose que el 80% de los niños evaluados están diagnosticados como normales y el 20% de los niños están diagnosticados como trastorno.

Tabla N° 5. Distribución de la muestra por desarrollo motriz.

Distribución de la muestra según motricidad	N°	%
1 Normal	160	80,0%
2 Trastorno	40	20,0%
TOTAL	200	100,0%

Fuente: Centro de Salud Paucará.

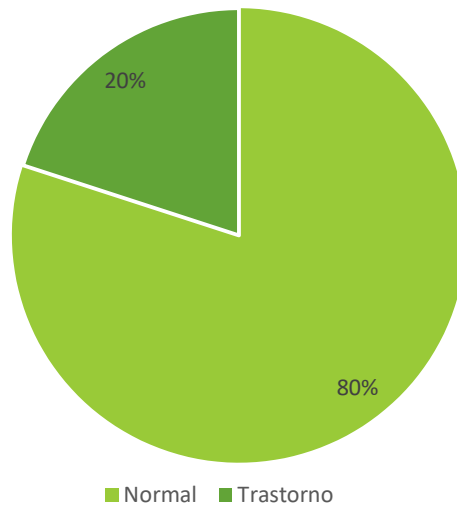


Figura N° 4: Distribución de la muestra por desarrollo motriz.

En la tabla N° 6 y la figura N° 5 se describen y representa la distribución de la muestra por desarrollo del lenguaje, reportándose que el 68% de los niños evaluados están diagnosticados como normales y el 32% de los niños están diagnosticados como trastorno.

Tabla N° 6. Distribución de la muestra por desarrollo del lenguaje.

Distribución de la muestra según lenguaje	N°	%
1 Normal	136	68,0%
2 Trastorno	64	32,0%
TOTAL	200	100,0%

Fuente: Centro de Salud Paucará.

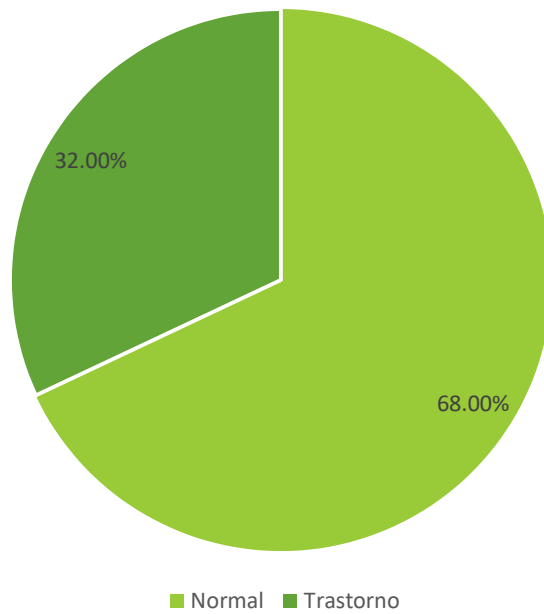


Figura N° 5: Representación de la distribución de la muestra por desarrollo del lenguaje.

En la tabla N° 7 y la figura N° 6 se describen y representa la distribución de la muestra por desarrollo social, reportándose que el 72% de los niños evaluados están diagnosticados como normales y el 28% de los niños están diagnosticados como trastorno.

Tabla N° 7. Distribución de la muestra por desarrollo social.

Distribución de la muestra según desarrollo social	N°	%
1 Normal	144	72,0%
2 Trastorno	56	28,0%
TOTAL	200	100,0%

Fuente: Centro de Salud Paucará.

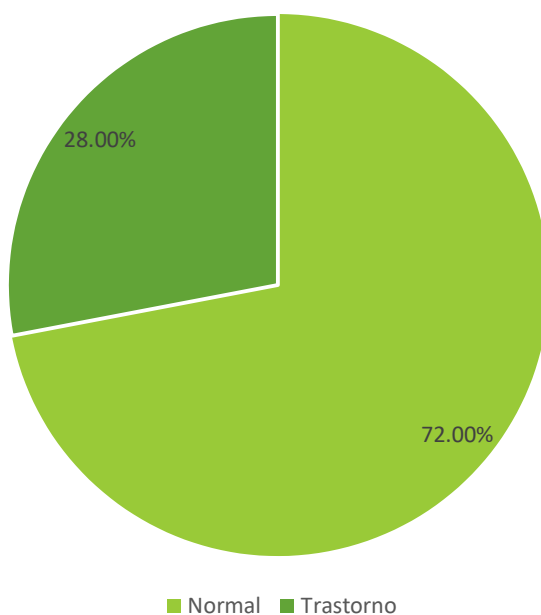


Figura N° 6: Representación de la Distribución de la muestra por desarrollo social.

En la tabla N° 8 y la figura N° 7 se describen y representa la distribución de la muestra por desarrollo de la coordinación, reportándose que el 90% de los niños evaluados están diagnosticados como normales y el 10% de los niños están diagnosticados como trastorno.

Tabla N° 8. Distribución de la muestra por desarrollo de la coordinación.

Distribución de la muestra según coordinación	N°	%
1 Normal	180	90,0%
2 Trastorno	20	10,0%
TOTAL	200	100,0%

Fuente: Centro de Salud Paucará.

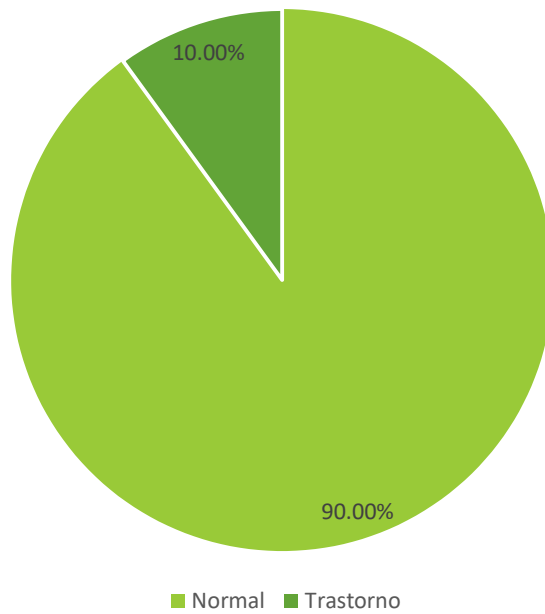


Figura N° 7: Representación de la distribución de la muestra por desarrollo de la coordinación.

4.3 CONTRATACIÓN DE HIPÓTESIS

A. Relacionar el estado nutricional y desarrollo de la motricidad (objetivo específico 3)

En la tabla N° 9 se reporta el establecimiento de la relación entre el estado nutricional con el desarrollo de la motricidad a través de la técnica no paramétrica de correlación de Spearman (ρ), donde se encontró que solo existe relación significativa entre talla edad con desarrollo de la motricidad ($\rho = 0.178$; $p < 0.06$).

Tabla Nº 9. Relación entre estado nutricional y desarrollo de la motricidad.

	Correlaciones Rho de Spearman	Distribución de la muestra por peso talla	Distribución de la muestra por talla edad	Distribución de la muestra por peso edad	Distribución de la muestra según motricidad
Distribución de la muestra por peso talla	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 200	0,122 0,085 200	-0,086 0,228 200	0,064 0,366 200
Distribución de la muestra por talla edad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	0,122 0,085 200	1,000 . 200	0,251** 0,000 200	0,178* 0,011 200
Distribución de la muestra por peso edad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-0,086 0,228 200	0,251** 0,000 200	1,000 . 200	-0,038 0,597 200
Distribución de la muestra según motricidad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	0,064 ,366 200	0,178* 0,011 200	-0,038 0,597 200	1,000 . 200

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

B. Relacionar el estado nutricional y desarrollo social (objetivo específico

4)

En la tabla Nº 10 se reporta el establecimiento de la relación entre el estado nutricional con el desarrollo social a través de la técnica no paramétrica de correlación de Spearman (rho), donde se encontró que existe relación significativa entre peso talla con desarrollo social (rho = 0.140; p<0.06) y una

relación muy significativa entre talla edad con desarrollo social ($\rho = 0.232$; $p < 0.01$). No se encontró relación entre peso edad con desarrollo social.

Tabla N° 10. Relación entre estado nutricional y desarrollo social.

Correlaciones Rho de Spearman		Distribución de la muestra por peso talla	Distribución de la muestra por talla edad	Distribución de la muestra por peso edad	Distribución de la muestra según social
Distribución de la muestra por peso talla	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 200	0,122 0,085 200	-0,086 0,228 200	0,140* 0,049 200
Distribución de la muestra por talla edad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,122 0,085 200	1,000 . 200	,251** 0,000 200	0,232** ,001 200
Distribución de la muestra por peso edad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-0,086 0,228 200	0,251** 0,000 200	1,000 . 200	0,102 0,150 200
Distribución de la muestra según social	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	0,140* 0,049 200	0,232** 0,001 200	0,102 0,150 200	1,000 . 200

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

C. Relacionar el estado nutricional y desarrollo de la coordinación

(objetivo específico 5)

En la tabla N° 11 se reporta el establecimiento de la relación entre el estado nutricional con el desarrollo de la coordinación a través de la técnica n

paramétrica de correlación de Spearman (ρ), donde se encontró que no existe relación significativa entre peso talla, talla edad y peso edad con desarrollo de la coordinación.

Tabla N° 11. Relación entre estado nutricional y desarrollo de la coordinación.

		Distribución de la muestra por peso talla	Distribución de la muestra por talla edad	Distribución de la muestra por peso edad	Distribución de la muestra según coordinación
Correlaciones Rho de Spearman					
Distribución de la muestra por peso talla	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 200	0,122 0,085 200	-0,086 0,228 200	0,043 0,547 200
Distribución de la muestra por talla edad	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	0,122 0,085 200	1,000 . 200	0,251** 0,000 200	0,065 0,361 200
Distribución de la muestra por peso edad	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-0,086 0,228 200	0,251** ,000 200	1,000 . 200	-0,068 0,338 200
Distribución de la muestra según coordinación	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	0,043 0,547 200	0,065 0,361 200	-0,068 0,338 200	1,000 . 200

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

D. Relacionar el estado nutricional y desarrollo del lenguaje (objetivo específico 6)

En la tabla N° 12 se reporta el establecimiento de la relación entre el estado nutricional con el desarrollo del lenguaje a través de la técnica no paramétrica de correlación de Spearman (rho), donde se encontró que existe relación muy significativa con peso talla (rho = 0.229; p<0.01) y una relación significativa con talla edad (rho = 0.166; p<0.05) y con peso edad no existe relación.

Tabla N° 12. Relación entre estado nutricional y desarrollo del lenguaje.

Correlaciones Rho de Spearman		Distribución de la muestra por peso talla	Distribución de la muestra por talla edad	Distribución de la muestra por peso edad	Distribución de la muestra según lenguaje
Distribución de la muestra por peso talla	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 200	0,122 0,085 200	-0,086 0,228 200	0,229** 0,001 200
Distribución de la muestra por talla edad	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	0,122 0,085 200	1,000 . 200	0,251** 0,000 200	0,166* 0,019 200
Distribución de la muestra por peso edad	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-0,086 0,228 200	0,251** 0,000 200	1,000 . 200	0,081 0,255 200
Distribución de la muestra según desarrollo del lenguaje	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	0,229** 0,001 200	0,166* 0,019 200	0,081 0,255 200	1,000 . 200

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se inicia la discusión con el análisis exploratorio de las variables de estudio con la finalidad de determinar si la muestra de estudio tenía una distribución normal o no para tomar la decisión estadística del uso de pruebas inferenciales paramétrica o no paramétricas. Cabe recordar que esta operación estadística es muy importante para el análisis de los datos, caso contrario, el uso inadecuado de las técnicas inferenciales pueden generar un sesgo en los hallazgos encontrados. En este caso, en la tabla N° 1, se presenta la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) empleando SPSS, donde la variable no presenta una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p < 0.05$) para la variable, en consecuencia, es pertinente emplear pruebas no paramétricas en los análisis de datos.

El primer objetivo específico se refirió a la descripción del estado nutricional de los niños menores de 3 años que acuden a su control de crecimiento y desarrollo al centro de salud Paucará a través de las tablas N° 2, 3 y 4. En la tabla N° 2 se reporta el estado nutricional por peso/talla (P/T), donde, el 85% de los niños evaluados están diagnosticados como normales, el 13% están

diagnosticados con sobrepeso y el 4% de los niños están diagnosticados como obesos. En la tabla N° 3 se representa el estado nutricional por talla/edad (T/E), donde, el 69% de los niños evaluados están diagnosticados como normales y el 31% de los niños están diagnosticados con talla baja. En la tabla N° 4 se reporta el estado nutricional por peso/edad (P/E), donde, 96% de los niños evaluados están diagnosticados como normales y el 1% de los niños están diagnosticados con desnutrición global y el 3% de los niños están diagnosticados con desnutrición crónica. Por lo tanto, la muestra de estudio demuestra, en mayor porcentaje un estado nutricional normal, que es lo que realmente se espera para un óptimo estado de salud y desarrollo físico y mental en los niños de 3 años.

Los resultados encontrados en la muestra de estudio, difiere notablemente de los hallazgos reportados en un estudio realizado en una muestra de niños de edades de 2 a 5 años en Chile. Cartes y Navarrete (2011) señalan que los resultados muestran que según el indicador peso para la edad, el 62.27 % tiene un estado nutricional normal, el 33.39 % de la población tiene sobrepeso y el 3.84% tiene riesgo de desnutrición. Asimismo, según el indicador talla para la edad el 78.1 % tiene talla normal y el 21.9 % tiene talla baja, resultados que son diferentes con los reportes de nuestra investigación.

Las diferencias pueden atribuirse a las realidades diferentes mediadas por diversos factores

El segundo objetivo se refiere a la descripción del desarrollo psicomotriz de los niños menores de 3 años que acuden a su control de crecimiento y desarrollo al centro de salud Paucará a través de las tablas N° 5, 6, 7 y 8. En la tabla N° 5

se reporta el desarrollo psicomotriz según la motricidad, donde, el 80% de los niños evaluados están diagnosticados como normales y el 20% de los niños están diagnosticados como trastorno. En la tabla N° 6 se reporta el desarrollo psicomotriz según lenguaje, donde, el 68% de los niños evaluados están diagnosticados como normales y el 32% de los niños están diagnosticados como trastorno. En la tabla N° 7 se reporta el desarrollo psicomotriz según desarrollo social, donde, el 72% de los niños evaluados están diagnosticados como normales y el 28% de los niños están diagnosticados como trastorno. En la tabla N° 8 se reporta el desarrollo psicomotriz según coordinación, donde, el 90% de los niños evaluados están diagnosticados como normales y el 10% de los niños están diagnosticados como trastorno. Por lo tanto, la muestra de estudio demuestra, en mayor porcentaje un desarrollo psicomotriz normal, que es lo que realmente se espera para un óptimo desarrollo del niño.

En la contrastación de hipótesis, primero se realizó el establecimiento de correlaciones entre las variables estado nutricional y desarrollo de la motricidad que corresponde al objetivo específico 3, tal como se reporta en la tabla N° 9, a través del estadístico inferencial no paramétrico técnica de correlación de Spearman (ρ), donde se encontró que solo existe relación significativa entre talla edad con desarrollo de la motricidad ($\rho = 0.178$; $p < 0.06$), se puede explicar en relación al desarrollo psicomotriz con el estado nutricional, influyen directamente talla/edad.

Robles (2007) en su estudio "Estado nutricional y el desarrollo psicomotriz en un grupo de niños de 3 y 4 años de una institución Educativa Inicial de Ate Vitarte, dónde se realizó un estudio descriptivo comparativo entre la psicomotricidad y estado nutricional reportando que en las áreas de la

coordinación y el lenguaje se vio favorecido el grupo con normalidad nutricional, lo cual coincide con los hallazgos obtenidos en nuestra investigación, en la cual determinamos que la talla edad se relaciona significativamente con el desarrollo psicomotriz

En relación a la contrastación de hipótesis entre estado nutricional y desarrollo social, correspondiente al objetivo específico 4, tal como se reporta en la tabla N° 10, a través de la técnica n paramétrica de correlación de Spearman (ρ), donde se encontró que existe relación significativa entre peso talla con desarrollo social ($\rho = 0.140$; $p < 0.06$) y una relación muy significativa entre talla edad con desarrollo social ($\rho = 0.232$; $p < 0.01$). No se encontró relación entre peso edad con desarrollo social, esto se puede explicar, en relación al desarrollo social con el estado nutricional, influyen directamente talla/edad.

En relación a la contrastación de hipótesis entre estado nutricional y desarrollo de la coordinación, correspondiente al objetivo específico 5, tal como se reporta en la tabla N° 11, a través de la técnica n paramétrica de correlación de Spearman (ρ), donde se encontró que no existe relación significativa entre peso talla, talla edad y pesa edad con desarrollo de la coordinación, esto se puede explicar, en relación al estado nutricional y desarrollo de coordinación, se manejan independientemente entre ellas.

En relación a la contrastación de hipótesis entre estado nutricional y desarrollo del lenguaje, correspondiente al objetivo específico 6, tal como se reporta en la tabla N° 12, a través de la técnica n paramétrica de correlación de Spearman (ρ), donde se encontró que existe relación muy significativa con peso talla ($\rho = 0.229$; $p < 0.01$) y una relación significativa con talla edad ($\rho = 0.166$;

$p < 0.05$) y con peso edad no existe relación, esto se puede explicar, en relación al estado nutricional y desarrollo del lenguaje, existe influencia con peso/talla y talla/edad. que se relaciona con los hallazgos de Robles (2007)

Finalmente es necesario tener en cuenta que las relaciones existentes entre las variables, también pueden ser mediadas por la estimulación temprana que se ha implementado en los diversos centros de salud en las cuales se instruye a la madre o responsable del niño para que complemente las pautas aprendidas en la institución y luego en citas continuas se evalúan los progresos de los niños. Ruiz, M. (2011) en su tesis "Impacto de un programa de estimulación temprana en el peso y desarrollo psicomotor en niños menores de 24 meses", La investigación concluye que en cada uno de los estados de nutrición, y la estimulación temprana son resultados favorables tanto en ganancia de peso como desarrollo psicomotor.

CONCLUSIONES

1. El estado nutricional determinado a través de las medidas peso talla (PT), el 85% de están diagnosticados como normales, el 13% están diagnosticados con sobrepeso y el 4% están diagnosticados como obesos. En la medida talla edad (TE), el 69% están diagnosticados como normales y el 31% están diagnosticados con talla baja. En la medida peso edad (PE), el 96% están diagnosticados como normales, el 1% están diagnosticados con desnutrición global y el 3% están diagnosticados con desnutrición crónica.
2. En el desarrollo psicomotriz, determinado a través del desarrollo de la motricidad, el 80% están diagnosticados como normales y el 20% están diagnosticados como trastorno; En desarrollo del lenguaje, el 68% están diagnosticados como normales y el 32% están diagnosticados como trastorno. En desarrollo social, el 72% están diagnosticados como normales y el 28% están diagnosticados como trastorno. En desarrollo de la coordinación, el 90% están diagnosticados como normales y el 10% están diagnosticados como trastornos.
3. En la relación entre el estado nutricional con el desarrollo de la motricidad se encontró que solo existe relación significativa talla edad ($\rho = 0.178$; $p < 0.06$).
4. En la relación entre el estado nutricional con el desarrollo social se encontró que existe relación significativa con peso talla ($\rho = 0.140$; $p < 0.06$) y una relación muy significativa con talla edad con desarrollo social ($\rho = 0.232$; $p < 0.01$). No se encontró relación con peso edad.

5. En la relación entre el estado nutricional con el desarrollo de la coordinación se encontró que no existe relación significativa con peso talla, talla edad y peso edad.
6. En la relación entre el estado nutricional con el desarrollo del lenguaje se encontró que existe relación muy significativa con peso talla ($\rho = 0.229$; $p < 0.01$) y una relación significativa con talla edad ($\rho = 0.166$; $p < 0.05$) y con peso edad no existe relación.

RECOMENDACIONES

1. Establecer perfiles del estado nutricional en infantes que están en etapa de educación inicial.
2. Establecer perfiles del desarrollo psicomotor en niños en etapa escolar (educación inicial) donde se puede determinar en forma más específica los déficit en las áreas de lenguaje, motricidad, coordinación y social.
3. Realizar un trabajo de recuperación para aquellos niños que presentan déficit en talla peso que es el 15% de la muestra estudiada; con el 31% que presentan déficit en la medida de talla edad y con el 45 que presentan desnutrición (global y crónica).
4. Establecer programas de educación nutricional para los padres en general como medida preventiva que permitan favorecer un adecuado y óptimo desarrollo psicomotor en sus menores hijos.

REFERENCIAS

1. Aracena V. (2007). *Factores asociados a la Desnutrición crónica infantil*. Perú .LIMA :INEI
2. Alban A. (2005). *Estudio comparativo del desarrollo psicomotor grueso en dos instituciones educativas de la ciudad de Quito comprendido en edades de 2 – 4 años.Ecuador*. [consultado el 16 de abril de 2013].
Disponible en:
http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/11476/1/25190_1.pdf
3. Ardanaz T. (2009). *La Psicomotricidad en educación infantil*. [en línea].
[fecha de acceso 26 de mayo del 2013]. Disponible en:
http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numeropd
4. Arteaga, P. (2001). *Evaluación del Desarrollo Psicomotor en Lactantes y preescolares*. Los Andes, Chile 1999. 5(1): 19-23.
5. BERRUEZO, P. (2000): *El contenido de la psicomotricidad*. En Bottini, P. (ed.) *Psicomotricidad: prácticas y conceptos*. pp. 43-99. Madrid: Miño y Dávila. (ISBN: 84-95294-19-2)
6. Brand, G. (1990). *Desarrollo psicomotor e inteligencia*. *Revista Pediatría Al Día*. 6(1): 33-38.
7. Cabo M. (2009). *Factores determinantes del desarrollo y evaluación de un programa de estimulación*.
8. Celso A. Antúnez, (2011) *Inteligencias múltiples: Como estudiarlas y desarrollarlas*. Narcea
9. Cervera J. Adquisición. (2003). *desarrollo del lenguaje en Preescolar y Ciclo Inicial*. España. [en línea] [consultado el 6 de setiembre de 2015].

Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/adquisicin-y-desarrollo-del-lenguaje-en-preescolar-y-ciclo-inicial-0/>

10. Comité de Nutrición de la American Academy of Pediatrics(20014).
Manual de Nutrición en Pediatría, 3 Edición, Editorial Medica Panamericana.
11. Consejo C. (2012).*La psicomotricidad y desarrollo psicomotriz en la educación preescolar*. [en línea]. [fecha de acceso 16 de mayo del 2013]. Disponible en:
<http://www.slideshare.net/okjamu/la-psicomotricidad-y-educacinpsicomotriz-en-la-educacin-preescolar>
12. Comité de Nutrición de la American Academy of Pediatrics, *Manual de Nutrición en Pediatría*, 3 Edición, Editorial Medica Panamericana, noviembre 2004.
13. De Cabo Moreno P. (2009). *Desarrollo motor durante los dos primeros años de vida de nacidos con peso inferior a 1.500 gramos*.
14. *Departamento de nutrición para la salud y el desarrollo*. OMS.(2006). [En línea].; 2006 [Revisado 2015 Setiembre 21. Disponible en:
<http://www.who.int/childgrowth/es/>.
15. Doussoulin, A. (2003). *Influencia del nivel socioeconómico y la estimulación ambiental en el desarrollo psicomotor en preescolares*. Revista de Kinesiología. (70).
16. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.(2012)* . Desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

17. *Estado mundial de la infancia 2012*. [Fecha de acceso: 13-Dic-2016]
Disponible en: Estadomundialdelainfancia//htm.com.
18. Giambruno. (2000); *Apoyo sanitario interdisciplinario en educación inicial*. Revista Chilena de Pediatría. 71(2): 154-176.
19. Gómez F. (2003). *Desnutrición Salud Pública de México*. Classics.
20. <https://edufisicaminuto.jimdo.com/motricidad/motricidad-viso-manual-gestual-facial-y-fon%C3%A9tica/>
21. <http://psicomotricidadeln.blogspot.pe/2013/04/teorias-que-fundamentan-la.html>
22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2007). *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda*. [en línea]. [fecha de acceso el 1 de abril de 2013]. Disponible en:
<http://proyectos.inei.gob.pe/Censos2007/>
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. [fecha de acceso 18 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>
24. Manrique R, Salazar R. (2012). *Estado nutricional de la población menor de 5 años en la consulta de crecimiento y desarrollo*. San Rafael. Costa Rica.
25. Mamani D, Ramos, Deissy. (2011). *Relación entre el estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños y niñas de 0a 24 meses*.
26. Ministerio de Educación (2011). *Orientaciones para el desarrollo psicomotriz del niño con necesidades educativas especiales Lima: Punto y grafía.S.A.C*

27. Ministerio de Salud. (2011). *Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años*. Lima-Perú: Dirección General de Salud de las personas.
28. Ministerio de salud, Gobierno de Chile. (2008) .*Referencia Organización Mundial, para la evaluación antropométrica*. [Fecha de acceso de 13 de diciembre 2016]. Disponible en:
<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/estrategiaintervencion/antropometricoNINA.pdf>.
29. Organización Mundial de la Salud .(2012). *Evolutiva del crecimiento de niños y niñas* [fecha de acceso 15 de enero 2017] .Disponible en:<http://who.int/features/factfiles/nutrition/facts/es/index3.html>.
30. Podestá López L. (2013). *Desarrollo Psicomotor en hijos de mujeres Con depresión postparto*”.
31. Rodas Cruz A. (2005). “*efectos de la desnutrición en el desarrollo Psicomotor*”.
32. Ruiz Morelos S. (2011). *Impacto de un programa de estimulación temprana en el peso y desarrollo psicomotor en niños menores de 24 meses*.
33. UNICEF. (2013). *Mejorar la nutrición infantil. El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*. [en línea]. [fecha de acceso 24 de mayo 2016]. Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/publications/index_68661.html

34. UNICEF. (2011) *.Alimentación y nutrición de la niña y el niño pequeño.*

El imperativo [en línea]. 2011. [fecha de acceso 24 de mayo 2016].

Disponible en:

https://www.unicef.org/lac/Reunion_Nutricion_1_21_2011.pdf

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN EN SU CONTROL CRED AL CENTRO DE SALUD PAUCARÁ – HUANCVELICA 2017

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Qué relación existe entre el estado nutricional y desarrollo psicomotriz en niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará –</p>	<p>Determinar la relación entre el estado nutricional y desarrollo psicomotriz en niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y</p>	<p>Identificar el estado nutricional en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.</p> <p>Evaluar el desarrollo psicomotriz en los niños menores de 3 años que acuden en su control de</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>“Existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo psicomotriz en niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y</p>	<p>VARIABLES DE INVESTIGACION</p> <p>Estado Nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P/T • T/E • P/E 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>El Método de la investigación es Descriptivo.</p> <p>Tipo de investigación: Transversal</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Se utilizará un diseño correlacional; ya que se orienta a la determinación de la</p>

<p>Huancavelica 2017?</p> <p>PROBLEMA ESPECÍFICO.</p> <p>¿Cuál es el estado nutricional en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?</p> <p>¿Cuál es el desarrollo psicomotriz en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?</p> <p>¿Existe relación entre el estado nutricional y</p>	<p>desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.</p>	<p>crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.</p> <p>Relacionar el estado nutricional y desarrollo de la motricidad en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.</p> <p>Identificar la relación entre el estado nutricional y desarrollo social en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y</p>	<p>desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017”</p> <p>HIPOTESIS NULA</p> <p>“No existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo psicomotriz en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al</p>	<p>Desarrollo Psicomotor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área Motora • Área Lenguaje • Área Social • Área coordinación 	<p>relación que existe entre el estado nutricional y desarrollo psicomotor en los niños.</p> <div data-bbox="1697 539 1998 705" data-label="Diagram"> <pre> graph LR M[M] --> X1[X1] M --> X2[X2] X1 <--> R X2 </pre> </div> <p>M: muestra X1: Estado Nutricional X2: Desarrollo Psicomotor R: Relación entre las variables.</p> <p>Población y Muestra</p> <p>Estará conformado por la población de niños menores de 3 años que acuden en su</p>
--	---	---	---	--	---

<p>desarrollo de la motricidad en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?</p> <p>¿Existe relación entre el estado nutricional y desarrollo social en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?</p> <p>¿Existe relación entre el estado nutricional y desarrollo de coordinación en los niños menores de 3 años que acuden en</p>		<p>desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.</p> <p>Identificar la relación entre el estado nutricional y desarrollo de coordinación en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.</p> <p>Relacionar el estado nutricional y desarrollo del lenguaje los niños menores 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo</p>	<p>centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017”.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICOS</p> <p>“Existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo de la motricidad en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud</p>		<p>control al área de control y crecimiento del C.S. Paucará.</p> <p>Muestra: La muestra será Muestreo probabilístico de tipo intencional, ya que por criterio solo se incluirá a los niños menores de tres años.</p> <p>Técnicas e instrumento de recolección de datos</p> <p>Para la recolección de datos, en relación a la variable estado nutricional, se eligió como instrumento una</p>
--	--	---	---	--	---

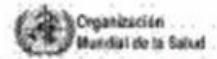
<p>su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?</p> <p>¿Existe relación entre el estado nutricional y desarrollo del lenguaje en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017?</p>		<p>al Centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017.</p>	<p>Paucará – Huancavelica 2017”</p> <p>“Existe relación significativa entre el estado nutricional y desarrollo social en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017”</p> <p>“Existe relación</p>		<p>ficha de recolección de datos, como edad, fecha de nacimiento, género, peso, talla y diagnóstico nutricional. Asimismo, para obtener los datos sobre desarrollo psicomotor, se utilizará el Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño.</p> <p>Tipo de instrumento de obtención de datos: Se utilizará una observación estructurada en la cual se registrará información acerca de</p>
---	--	--	---	--	--

		<p>significativa entre el estado nutricional y desarrollo coordinación en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017”</p> <p>“Existe relación significativa entre el estado nutricional y</p>	<p>las características físicas y de comportamiento que manifiestan los niños de forma individual.</p> <p>Técnica de procedimiento de datos:</p> <p>Para el análisis de los datos se empleará las técnicas estadístico ,Excel, SPSS versión 22.0 .</p> <p>Análisis Estadístico: El estadístico empleado para esta prueba será dado por prueba de hipótesis.</p> <p>Chi cuadrado</p> <p>PROCEDIMIENTOS:</p> <p>-Se iniciará el contacto con la Institución C.S.Paucará y</p>
--	--	--	---

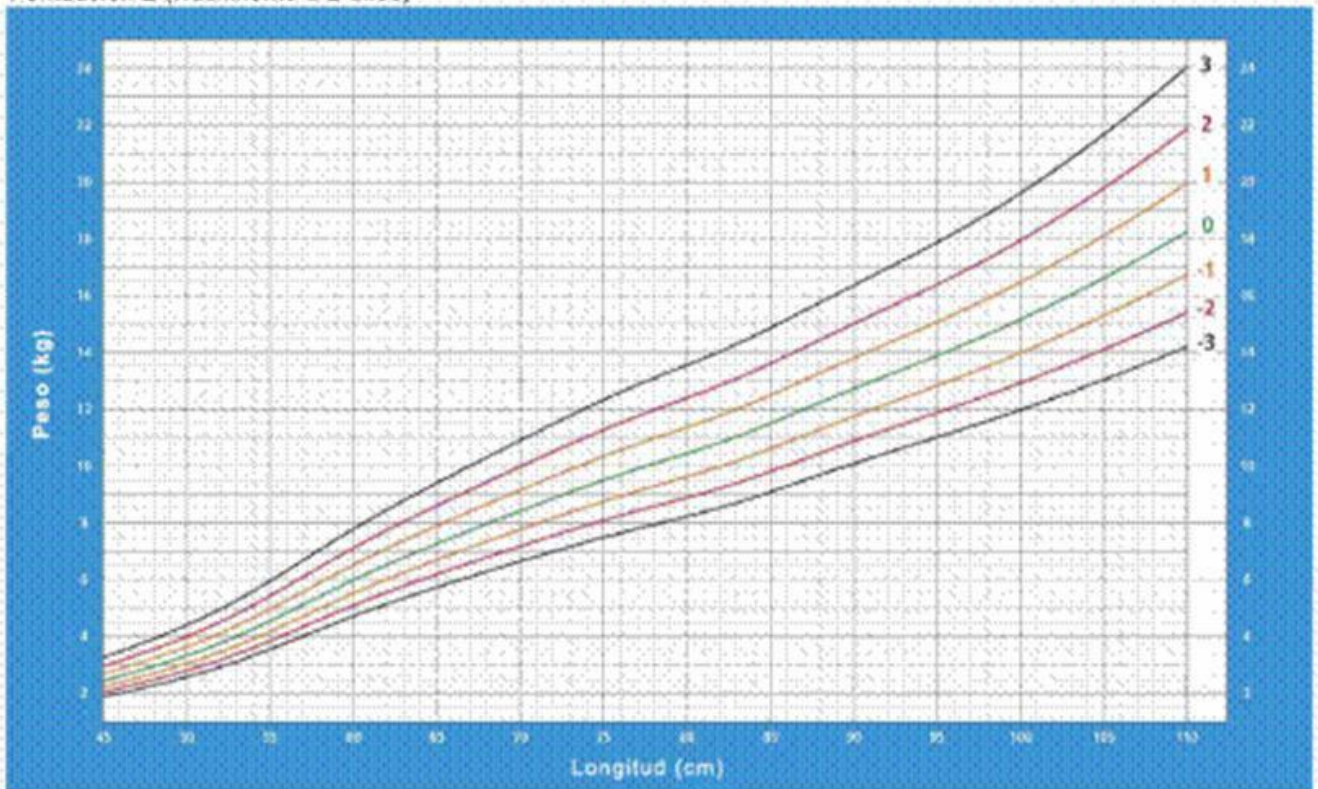
			<p>desarrollo lenguaje en los niños menores de 3 años que acuden en su control de crecimiento y desarrollo al centro de Salud Paucará – Huancavelica 2017”</p>		<p>solicitud para aplicar el instrumento de investigación en los niños menores de 3 años.</p> <p>-Luego se realizará las coordinaciones con el Jefe del establecimiento para establecer horarios y fechas de evaluaciones de los niños.</p> <p>-Finalmente se procederá con la aplicación del Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño; a los niños que conforman la muestra de estudio, utilizando la batería y el protocolo correspondiente.</p> <p>-Se realizará la codificación, tabulación, análisis e interpretación de datos.</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>-Redacción e impresión del informe.</p> <p>-Sustentación del informe.</p> <p>-Presentación y publicación.</p> <p>Validez: La validez de contenido, se realizará a través del Juicio de Expertos.</p>
--	--	--	--	--	--

Peso para la longitud Niños

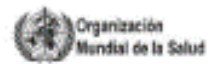


Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

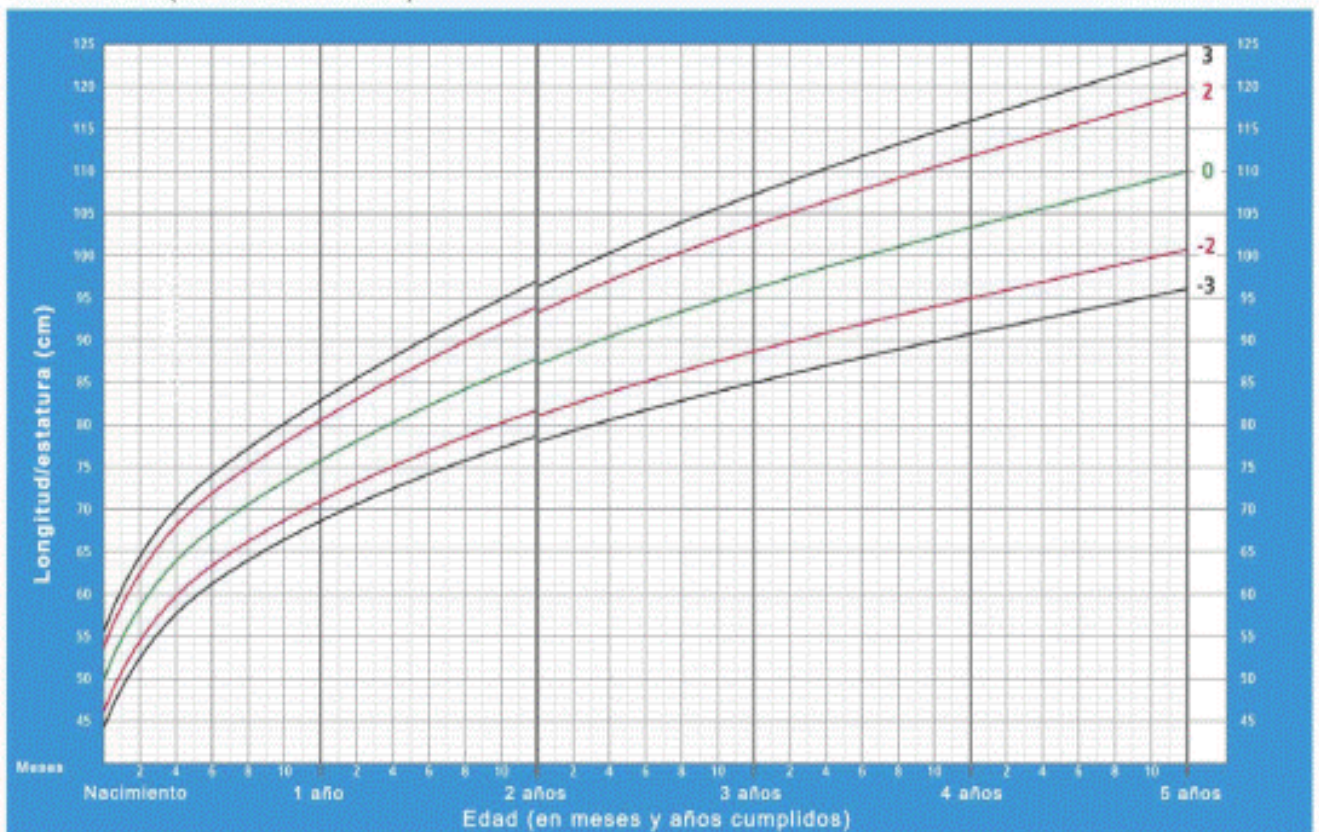


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niños



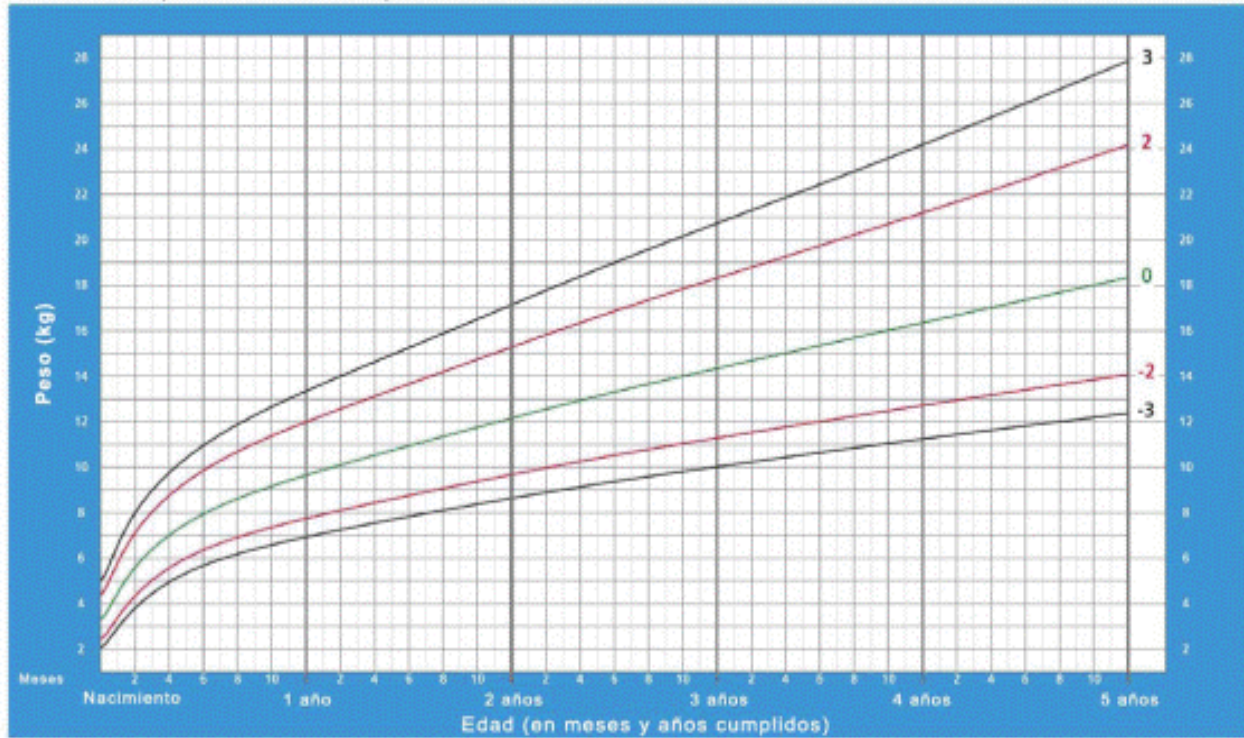
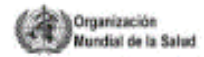
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

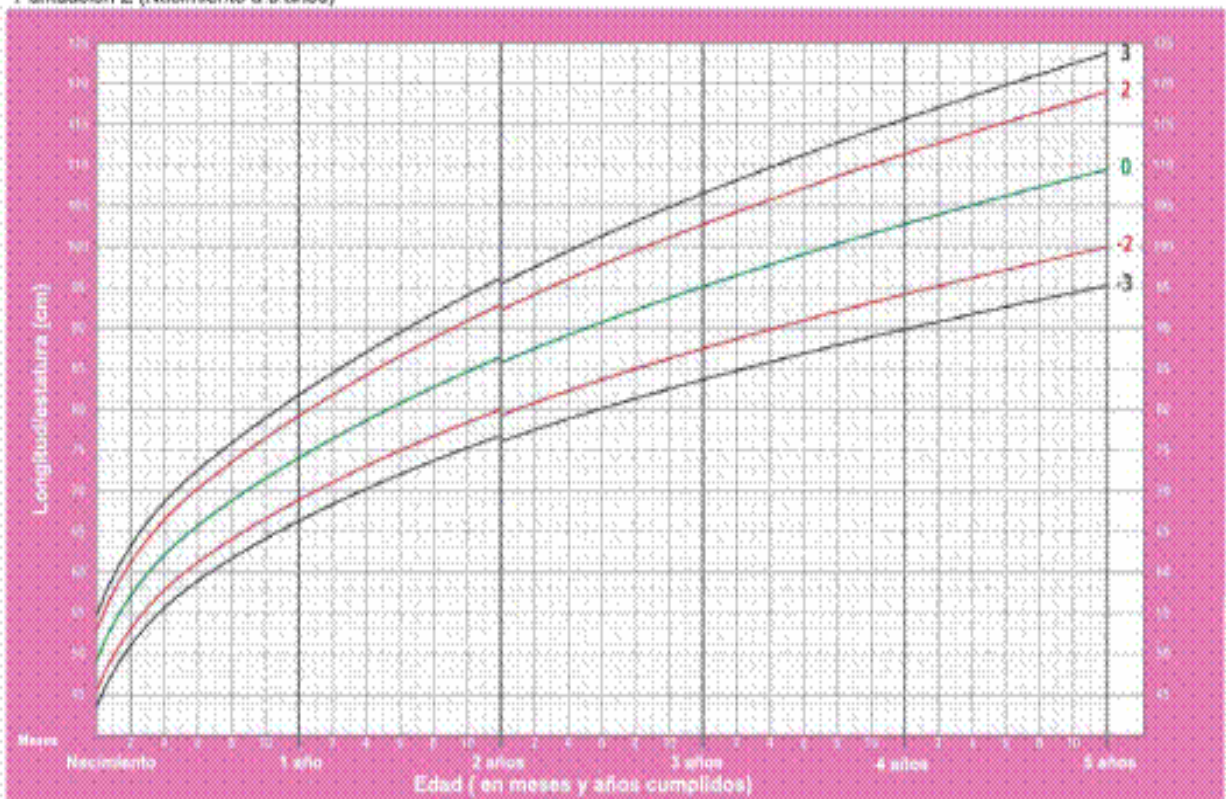
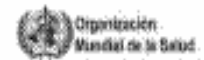
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niños

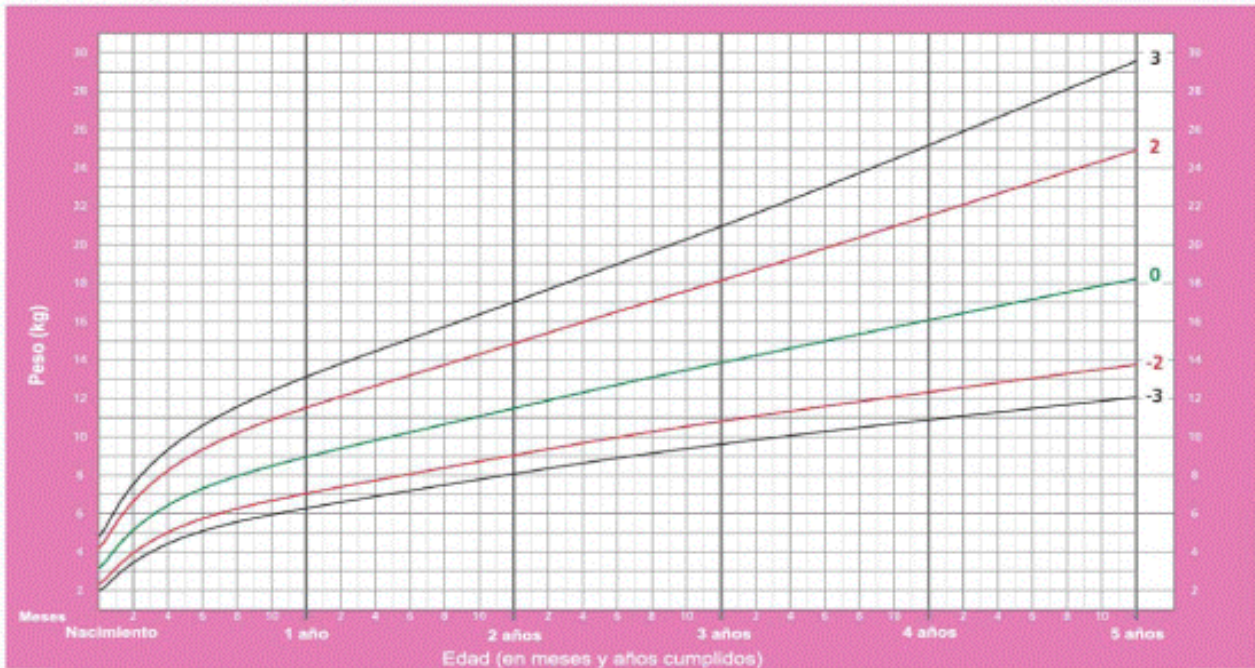
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niñas

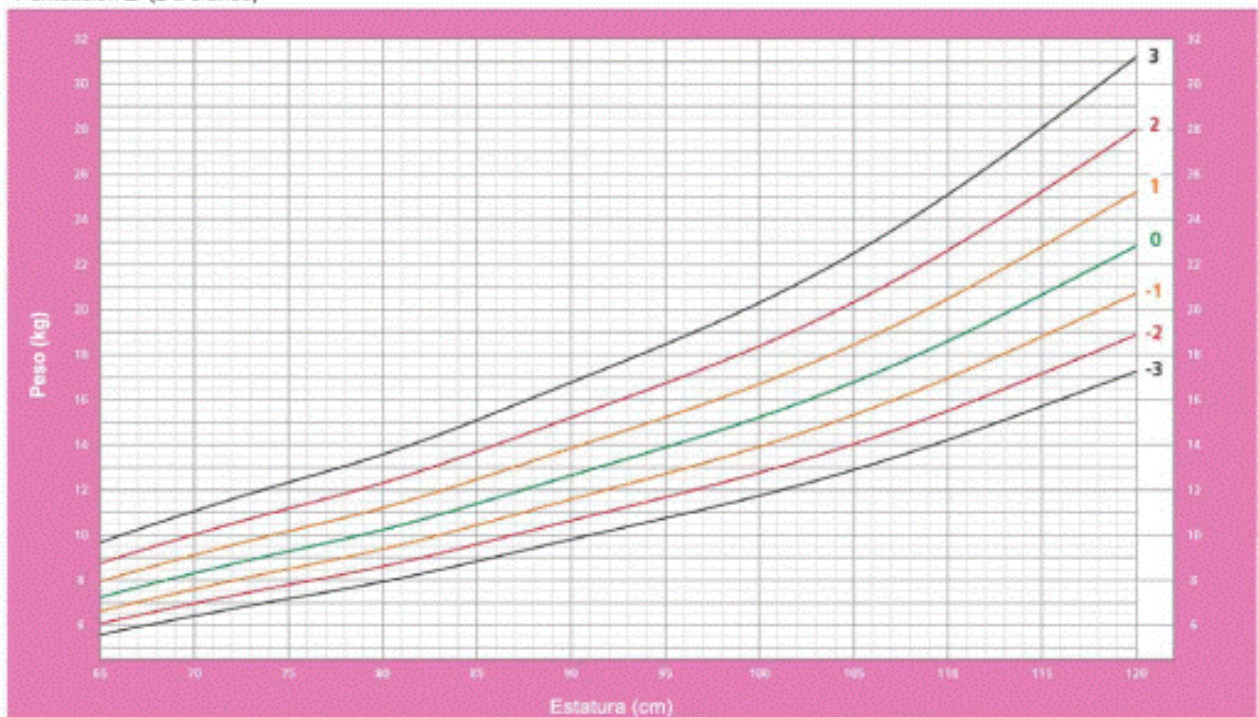
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

LISTA DE CONTROL DE LOGROS DEL NIÑO MENOR DE 30 MESES

Objetivo: Monitorear los logros en el desarrollo del niño o niña menor de treinta meses.

Nombres:..... Fecha:.....

EDAD	CONDICION	MATERIA L	ACTIVIDADES	HITOS		
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO				N	R	T
1 mes	Observado	-----	Movimientos asimétricos de brazos y piernas.			
3 meses	Observado	-----	La cabeza permanece alienado con el tronco.			
5 meses	Observado	-----	Permanece sentado con manos hacia adelante.			
7 meses	Observado	-----	Sentado sin apoyo			
18 meses	Observado	----- -	Sentado en el suelo, se para solo.			
CONTROL DE CABEZA TRONCO Y ROTACIONES				N	R	T
1 mes	Observado	----- -	Levanta la cabeza por momentos.			
3 meses	Observado	Campana	Levanta la cabeza por momentos.			
6 meses	Observado	Pelota	Rueda y se coloca en decúbito dorsal.			
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO EN MARCHA				N	R	T
1 mes	Observado	----- -	Existe las piernas y apoya los pies sobre la base			
2 meses	Observado	----- -	Dobla las piernas sin sostener su peso.			
5 meses	Obs.- Referido	----- -	Comienza a pararse.			

10 meses	Obs.- Referido	----- -	Camina apoyándose en las cosas.			
12 meses	Observado	----- -	Camina solo con poco equilibrio			
18 meses	Obs.- Referido	-----	Corre			
USO DEL BRAZO Y LA MANO				N	R	T
1 mes	Observado	-----	Aprieta cualquier objeto colocando en su mano.			
3 meses	Observado	Sonaja	Manos abiertas abre los brazos ante objeto.			
4 meses	Observado	Sonaja	Une brazos y toma un objeto con ambas manos.			
6 meses	Observado	Plumón	Coge un objeto en cada mano.			
8 meses	Observado	Plumón	Pinza índice pulgar torpe.			
11 meses	Observado	Frijol	Pinza fina			
15 meses	Observado	Frijol,frasco	Mete un frijol en un frasco.			
18 meses	Observado	3 cubos	Hace torres de 3 cubos.			
21 meses	Observado	5 cubos	Hace torres de 5 cubos.			
24 meses	Observado	7 cubos	Hace torre 7 cubos.			
30 meses	Observado	3 cubos	Hace un puente de 3 cubos.			
VISION				N	R	T
1 mes	Observado	Linterna	Frunce el ceño y rechaza con parpadeo la luz.			
2 meses	Observado	Linterna	Sigue con la mirada objetos en ángulo de 90°.			
3 meses	Observado	Linterna	Sigue con la mirada objetos en ángulo 180°.			

AUDICION						
1 mes	Observado	Campana	Detiene sus movimientos al oír un sonido.			
2 meses	Observado	Campana	Voltea al oír sonido de la campana.			
6 meses	Observado	Campana	Localiza sonidos con movimientos de la cabeza.			
LENGUAJE COMPRENSIVO				N	R	T
1 mes	Obs.- Referido	----- -	Sonríe ante la voz de su madre.			
5 meses	Observado	----- -	Demuestra con que reconoce su nombre.			
6 meses	Observado	-----	Comprende palabras "UPA", "VEN", "CHAU".			
9 meses	Obs.- Referido	----- -	Demuestra con actitudes comprender el NO.			
12 meses	Observado	Pelota	Responde a una orden simple, identifica objetos.			
18 meses	Observado	----- -	Distingue entre tú y yo.			
21 meses	Observado	Cubo	Comprende 2 frases sencillas consecutivas.			
24 meses	Observado	----- -	Comprende 3 frases: "siéntate, dámelo".			
30 meses	Observado	Libro	Pasa página, elige figura del libro y las nomina.			
LENGUAJE EXPRESIVO				N	R	T
1 mes	Referido	----- -	Llora por una causa: hambre, frío, sueño.			
2 meses	Obs.- Referido	----- -	Emite sonidos: "a, i, agu", cuando se le habla.			
5 meses	Obs.-	-----	Repite a sí mismo y a los			

	Referido	-	demás:"tata","baba-ba".			
7 meses	Obs.- Referido	----- -	Dice: papa, mamá a cualquier persona.			
10 meses	Obs.- Referido	----- -	Dice: papa, mamá correctamente.			
12 meses	Obs.- Referido	----- -	Dice dos palabras sueltas.			
18 meses	Obs.- Referido	----- -	Palabras-frases:"mama teta"			
24 meses	Obs.- Referido	----- -	Dice oraciones simples: "mamá vamo calle".			
COMPORTAMIENTO PERSONAL SOCIAL				N	R	T
1 mes	Obs.- Referido	----- -	Cuando llora, se tranquiliza al ser acariciado.			
2 meses	Observado	----- -	Sonríe ante cualquier rostro.			
3 meses	Referido	----- -	Responde diferente a la voz molesta y alegre.			
6 meses	Observado	Espejo	Toca su imagen en el espejo.			
8 meses	Referido	----- -	Llama o grita para establecer contacto con otros.			
11 meses	Obs.- Referido	----- -	Imita gestos.			
12 meses	Referido	----- -	Ofrece un juguete.			
15 meses	Referido	----- -	Come en la mesa con los demás.			
18 meses	Referido	----- -	Imita tareas simples de la casa.			

		-				
24 meses	Observado	Frasco	Desenrosca un tapón, para mirar adentro.			
30 meses	Observado	Frasco	Intenta enroscar.			
ALIMENTACION VESTIDO E HIGIENE				N	R	T
1 mes	Referido Obs.	----- -	Chupa.			
5 meses	Referido	----- -	Lleva a la boca algo que se ponga en mano.			
6 meses	Referido	----- -	Bebe del vaso con ayuda.			
9 meses	Referido	----- -	Demuestra con actitudes comprende el NO.			
11 meses	Referido	----- -	Come del plato con sus manos.			
12 meses	Referido	----- -	Forcejea hasta quitarse los zapatos.			
18 meses	Referido	----- -	Avisa sus necesidades.			
21 meses	Referido	----- -	Intenta quitarse prendas inferiores: pantalón,etc.			
30 meses	Referido	----- -	Se pone alguna ropa.			
JUEGO				N	R	T
3 meses	Referido Obs.	----- -	Juega con sus manos.			
4 meses	Referido Obs.	Sonaja	Lleva los juguetes a la boca.			
5 meses	Referido	-----	Juega con sus manos y pies.			

	Obs.	-				
6 meses	Referido Obs.	juguetes	Golpea objetos y repite varias veces los golpes.			
8 meses	Referido Obs.	juguetes	Lanza objetos y disfruta con el sonido.			
11 meses	Referido Obs.	Pelota	Sujeto con la mano, empuja la pelota con el pie.			
15 meses	Referido Obs.	Carrito	Arrastra juguetes.			
18 meses	Referido Obs.	----- -	Defiende su juguete.			
21 meses	Referido Obs.	----- -	Juega con otros niños			
30 meses	Referido Obs.	----- -	Juego social, sabe esperar su turno.			
INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE				N	R	T
1 mes		----- -	Demuestra estar atento			
2 meses	Observado	Plumón	Al contacto con un objeto abre y cierra la mano.			
3 meses	Referido	-----	Se alegra cuando le van a dar el pecho.			
6 meses	Observado	Cubo	Mira cuando cae un objeto.			
9 meses	Observado	Cubo	Encuentra objetos ocultos.			
10 meses	Observado	Caja, carro	Busca el juguete en la caja.			
11 meses	Observado	Carro	Explora sus juguetes.			
12 meses	Observado	Plumón	Hace garabatos.			

15 meses	Observado	Libro	Identifica figuras e objetos comunes.			
18 meses	Obs.- Referido	Pelota	Utiliza un objeto para alcanzar otro.			
30 meses	Observado	Aros	Coloca los aros en orden de tamaño.			

TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

ACTIVIDAD	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES	
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO SENTADO																		
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO ROTACIONES																		
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO EN MARCHA																		
USO DEL BRAZO Y MANO																		
VISIÓN																		
AUDICIÓN																		
LENGUAJE COMPRESIVO																		
LENGUAJE EXPRESSIVO																		
COMPORTAMIENTO SOCIAL																		
ALIMENTACIÓN VESTIDO E HIGIENE																		
JUEGO																		
INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE																		
ACTIVIDAD	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES	

Fuente: Datos extraídos de la Norma Técnica de Crecimiento y Desarrollo, basado del Test Peruano

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., quien
suscribe este documento, estoy de acuerdo en participar en el estudio
**“ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS
MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN EN SU CONTROL CRED AL
CENTRO DE SALUD PAUCARÁ – HUANCAVELICA 2017”**

Se me ha explicado que la participación es voluntaria y de no aceptar me
retirare del estudio cuando yo lo considere, no afectara mis relaciones con las
atenciones en el C.S. PAUCARÁ , el que me seguirá atendiendo según las
normas y leyes del Estado establecidas y de los resultados individuales y no
serán divulgados por la participante de dicho estudio..

Para que conste y por mi libre voluntad firmo este documento de autorización
informado junto con la Enfermera que me brindo las explicaciones a
los.....días del mes.....de.....2017.

FIRMA

DNI

SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de Investigación

SEÑOR: JEFE DEL CENTRO DE SALUD PAUCARA.

Yo, DIAZ OLARTE FLOR NILDA, identificada con DNI N° 40829919, con domicilio Pasaje Sandino 131 El Tambo Ante Ud. Respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado en la Universidad Nacional Hermilio Valdizan en la escuela de Post Grado maestria en Salud Pública solicito a Ud. Permiso para realizar mi trabajo de Investigación en su Institución titulado “**ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN EN SU CONTROL CRED AL CENTRO DE SALUD PAUCARÁ – HUANCAVELICA 2017**”

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

HUANCAYO, Mayo del 2017

FLOR NILDA DIAZ OLARTE
DNI N° 40829919