

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



Tesis de Título

**Conocimiento sobre estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niños
menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca - 2015**

Tesis presentada para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Autor

Bach. Nery Copatarqui Calisaya

Asesora

Lic. Enmily Raquel Alarico Carrillo

Juliaca-Puno, 2015

Dedicatoria

A mis padres: Pedro Artemio Copatarqui y Trefina Calisaya, por su amor capacidad de entrega, confianza y apoyo incondicional para seguir adelante y a mi hermano y mis hermanas: F. Luis, Mary L. y Yanina, que me dieron ánimo para seguir adelante en todo momento.

A mi esposo: Abner Dennis, por su amor y confianza plena, por apoyo incondicional y a mi hijita: Melanie Elizabeth, por ser el motor y la razón de mi vida

Agradecimiento

A la Universidad Peruana Unión, que me albergó en toda mi formación académico profesional, en cuyas aulas está impreso mi sueño como Enfermera.

A la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, por ser una buena institución formada de manera especial a los docentes de la Escuela, quienes contribuyeron en mi formación profesional. En especial a mi Asesora: Lic. Enmily Raquel Alarico Carrillo, por su paciencia, dedicación y apoyo incondicional para la realización del presente estudio de investigación.

Al asesor estadístico: Mg. German Mamani Cachicatari, por su paciencia, dedicación y apoyo incondicional mostrados.

Finalmente mi gratitud al Puesto de Salud Los Choferes Juliaca, quienes abrieron sus puertas y permitieron la ejecución de este estudio de investigación.

Resumen

El presente estudio de investigación tuvo como **objetivo** determinar la diferencia de conocimientos sobre la estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015. La **metodología**, es de tipo cuantitativo, no-experimental de corte transversal, diseño descriptivo comparativo, con una población de 150 madres primigestas y multigestas, tipo de muestra no probabilístico intencional con 24 madres primigestas y 25 multigestas, la técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, el instrumento que se utilizó fue de estimulación temprana en niños menores de 1 año con 39 ítems, 15 preguntas conocimiento general, área motora (15), coordinación (14), lenguaje (14) y social (14). Los **resultados** que se encontraron en ambas poblaciones encuestadas fue de 62.5% en primigestas, y 68.0% en multigestas en cuanto a conocimientos, lo que indica que las madres tienen un conocimiento medio en relación a la estimulación temprana. También se describe los resultados en las diferentes áreas de la estimulación temprana en el área motora las madres primigestas tienen un 62.5% de conocimiento medio, mientras que un 72.0% de madres multigestas poseen un conocimiento medio. En el área coordinación las madres primigestas tienen un 62.5% de conocimiento medio, mientras que un 80.0% de madres multigestas poseen un conocimiento medio. En el área lenguaje las madres primigestas tienen un 50.0% de conocimiento alto, mientras que un 52.0% de madres multigestas poseen un conocimiento medio. En el área social las madres primigestas tienen un 58.3% de conocimiento alto, mientras que un 56.0% de madres multigestas poseen un conocimiento medio. Se **concluye** que a un nivel de significancia de .05%; no existe diferencia en los conocimientos entre las madres primigestas y multigestas.

Palabras claves: Estimulación Temprana, conocimiento de madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año.

Abstract

This research study aimed to determine the knowledge gap on the early stimulation in primiparous and multiparous mothers of children under one year who come to the Health Post Los Choferes, Juliaca - 2015. The **methodology** is quantitative, not -experimental cross-sectional comparative descriptive design, with a population of 150 primiparous and multiparous mothers, type of intentional non-probabilistic sample with 24 primiparous and 25 multiparous mothers, the technique used to collect data was a survey, the instrument questionnaire was used early stimulation in children under 1 year with 39 items, 15 general knowledge questions, motor area (15), coordination (14), language (14) and Social (14). The results found in both populations surveyed was 62.5% in primiparous and 68.0% in multiparous their knowledge, indicating that mothers have an average knowledge regarding early stimulation. The **results** are also described in the different areas of early stimulation in the motor area primiparous mothers have a 62.5% average knowledge, while 72.0% of multiparous mothers have an average knowledge. Coordination in the area primigravid mothers have a 62.5% average knowledge, while 80.0% of multiparous mothers have an average knowledge. In the language area primiparous mothers have a high knowledge 50.0%, while 52.0% of multiparous mothers have an average knowledge. In the social area primiparous mothers have a high knowledge 58.3%, while 56.0% of multiparous mothers have an average knowledge. We conclude that a significant level of .05; there is no difference in knowledge between primiparous and multiparous mothers.

Key words: Early Learning, knowledge and multiparous primiparous mothers of children under one year.

Tabla de Contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract.....	vi
Índice de Tablas.....	xii
Índice de Anexos	xvi
Capítulo I.....	1
Introducción.....	1
1. Planteamiento del problema	1
1.1. Formulación del problema.	6
2. Justificación de la investigación.....	6
3. Objetivos de la investigación.....	8
3.1 Objetivo general.	8
3.2 Objetivo específico.....	8
Capítulo II.....	9
Marco Teórico	9
1. Antecedentes de la investigación.....	9
2. Marco Bíblico Filosófico.....	12
3. Marco Conceptual:	13

3.1. Estimulación temprana.....	13
3.2. Importancia de la estimulación.	15
3.3. Áreas de la Estimulación.....	17
3.4. Los beneficios de la estimulación temprana.	21
3.5. Se estimula por edades:	22
3.6 Programa de Crecimiento y Desarrollo Colectivo.	29
3.7 Control de Crecimiento y Desarrollo.	30
3.8 Conocimiento.	30
3.9 Conocimientos maternos sobre estimulación temprana en niños menores.	31
4. Modelo teórico de enfermería.....	31
5. Definición de términos	36
5.1 Conocimiento.	36
5.2 Estimulación temprana.....	37
5.3 Lactante:	37
5.4 Primigestas	37
5.5 Multigestas	37
Capítulo III	38
Materiales y Métodos	38
1. Método de la investigación.....	38
2. Hipótesis de la investigación	38

2.1 Hipótesis general.....	38
2.2 Hipótesis específicas.....	38
3. Variable de investigación:.....	39
3.1. Identificación de Variable.....	39
3.2. Operacionalización de la Variable.....	40
4. Delimitación Geográfica y Temporal.....	48
5. Población y muestra de la investigación:.....	48
5.1 Población.....	48
5.2 Muestra.....	48
5.3 Criterios de inclusión:.....	48
5.4. Criterios de exclusión:.....	49
6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	49
7. Plan de recolección de datos.....	49
8. Plan de Procesamiento de datos.....	50
Capítulo IV.....	51
Resultados y Discusión.....	51
1. Presentación de resultados.....	51
1.1 En relación a las variables sociodemográficas.....	51
1.1.1 <i>Estado civil</i>	51
1.1.2 <i>Ocupación</i>	52

1.1.3 Grado de instrucción.....	53
1.2. En relación a la hipótesis general.	54
1.2.1 Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana	54
1.2.2 Prueba de hipótesis de comparación de medias para conocimiento sobre estimulación temprana.	55
1.3 En relación a la primera hipótesis específica.....	57
1.3.1 Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en área motora.....	57
1.3.2 Prueba de hipótesis de comparación de medias para conocimiento sobre estimulación temprana en área motora.	58
1.4 En relación a la segunda hipótesis específica.	60
1.4.1 Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en área de coordinación.....	60
1.4.2 Prueba de hipótesis de comparación de medias para conocimiento sobre estimulación temprana en área de coordinación.	61
1.5 En relación a la tercera hipótesis específica.	63
1.5.1 Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en área lenguaje.....	63
1.5.2 Prueba de hipótesis de comparación de medias para conocimiento sobre estimulación temprana en área de lenguaje.	64
1.6 En relación a la cuarta hipótesis específica.	66
1.6.1 Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en área social.	66

1.6.2 Prueba de hipótesis de comparación de medias para conocimiento sobre estimulación temprana en área de social.....	67
2. Discusión	68
Capítulo V	74
Conclusiones y recomendaciones	74
Referencias Bibliográficas.....	76
ANEXOS	80

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 1	
<i>Datos sociodemográficos: estado civil de madres primigestas y multigestas del Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015</i>	51
Tabla 2	
<i>Datos sociodemográficos: ocupación de madres primigestas y multigestas del Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015</i>	52
Tabla 3	
<i>Datos sociodemográficos: grado de instrucción de madres primigestas y multigestas del Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015</i>	53
Tabla 4	
<i>Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015</i>	54
Tabla 5	
<i>Estadísticos de grupo para conocimientos sobre estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015</i>	55
Tabla 6	
<i>Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de conocimientos sobre estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015</i>	56

Tabla 7	
<i>Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en el área motora en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015</i>	57
Tabla 8	
<i>Estadísticos de grupo para conocimientos sobre estimulación temprana en el área motora en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca 2015</i>	58
Tabla 9	
<i>Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de conocimientos sobre estimulación temprana en área motora en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015</i>	59
Tabla 10	
<i>Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en el área coordinación en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015</i>	60
Tabla 11	
<i>Estadísticos de grupo para conocimientos sobre estimulación temprana en el área coordinación en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015</i>	61

Tabla 12

Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de conocimientos sobre estimulación temprana en área coordinación en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015.....62

Tabla 13

Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en área lenguaje en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015.....63

Tabla 14

Estadísticos de grupo para conocimientos sobre estimulación temprana en el área lenguaje en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca –2015.....64

Tabla 15

Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de conocimientos sobre estimulación temprana en área lenguaje en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015.....65

Tabla 16

Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en área social en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015.....66

Tabla 17

Estadísticos de grupo para conocimientos sobre estimulación temprana en el área social en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015.....67

Tabla 18

Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de conocimientos sobre estimulación temprana en área lenguaje en madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015.....68

Índice de Anexos

A Instrumento.....	80
B Por áreas y edades.....	84
C Tabla de códigos variable de conocimientos.....	88
D Tabla de códigos de variable de las 4 dimensiones.....	89

Capítulo I

Introducción

1. Planteamiento del problema

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en el 2010 a nivel mundial presentó un informe regional en América Latina y el Caribe sobre la atención y educación de la primera infancia donde se explica la pobreza e indigencia que contribuyen en el mal desarrollo psicomotor del niño (UNESCO, 2010).

En el 2008, según las cifras de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) el 33% (180 millones) de la población de América Latina es pobre y el 12.9% (71 millones) es indigente, dicha cifra indica un avance importante con respecto al 2002 al 2015 en el que el número de pobres superaba la barrera de los 220 millones en la medida en que la pobreza y la indigencia se redujeron en un 20 y un 30% respectivamente, en los últimos años de ese período hubo una desaceleración en la reducción de la pobreza y aumentó la indigencia (UNESCO, 2010).

Según el Ministerio de Salud (MINSA) en el 2011 menciona que el desarrollo es un proceso que comienza desde la vida intra -uterina que envuelve varios aspectos que va

desde el crecimiento físico, maduración neurológica, comportamiento, cognitiva, social y afectiva, la OMS informó, que el 10% de la población de cualquier país presenta discapacidad; también existe información de los Censos Nacionales de la Población y Vivienda del 2007 en el país, donde señala que un 10.9% tienen discapacidad física o mental y un 89.1% no presenta discapacidad física o mental (MINSa, 2011).

En la actualidad el número de niños peruanos tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como consecuencia del deficiente estado de salud y nutrición y del ambiente físico desfavorable que rodea la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida en condiciones de exclusión. Sin embargo, de acuerdo a los resultados de la última encuesta ENDES 2010, se sabe que el 17.9% de los menores de cinco años presenta desnutrición crónica y el 50.3% de las niñas y niños de 6 a 36 meses presentó anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en el desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y desarrollo (MINSa, 2011).

Según Moreno en el 2014 en su investigación sobre la atención temprana comunitaria en los niños con retardo en el neurodesarrollo indica que los niños en Cuba presentan trastornos cognitivos y motores, por tanto han sido atendidos en las consultas de neurodesarrollo de los hospitales materno infantiles, donde habitualmente es irregular la asistencia de los pacientes (Moreno, 2014).

En el 2014 Piñero, presentó datos sobre estimulación temprana mencionando que en España la prematuridad del niño es un factor de riesgo; un nacimiento normal: entre 37 a 42 semanas de gestación es aquí donde el recién nacido suele alcanzar un peso normal entre

2.500 gramos a 4.500 gramos de peso, mientras que un prematuro con un peso menor de 2.500, por esta razón presentará un riesgo elevado de padecer anomalías en su desarrollo psicomotor, es así que la prematuridad se considera un problema grave para el niño y que ésta a su vez se relaciona también con la mortalidad y la morbilidad en la primera infancia, datos que fueron aportados por Organización Mundial de la Salud (OMS), donde destacan que cada año, unos 15 millones de niños en el mundo mueren y de cada 10 nacimientos uno ó más nacen demasiado pronto y más de un millón de niños mueren poco después del nacimiento, otros sufren discapacidad física, neurológica o educativa, causando un gran perjuicio para las familias y la sociedad y también menciona que los avances en la atención neonatal antes de las 28 semanas y algunos con anomalías congénitas severas por tanto reducen la mortalidad. Durante el 2013 se realizó un estudio para observar que los niños prematuros nacidos por parto, desarrollan deficiencias, 10% de deficiencias neurológicas y sensoriales que incluyen alteraciones motoras, retraso mental, parálisis cerebral, daño visual o auditivas y un 50% a 60% alteraciones cognitivas, de conducta y problemas de aprendizaje (Piñero, 2014).

Garzón, en su investigación observó que en Ecuador, el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de dos años sobre estimulación temprana es medio y bajo, especialmente en las áreas de desarrollo motora, cognitiva, social y lenguaje. Es decir las madres no están preparadas adecuadamente para estimular a sus hijos quienes podrían estar en riesgo a un retraso en su desarrollo normal (Garzón, 2013).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el 2011 establece como uno de los objetivos del milenio: Reducir la mortalidad en niños, pero sin embargo todos los años mueren 11 millones de niños; es decir 30000 niños mueren al día antes de cumplir los 5

años de edad (1990 al 2015) el factor de mortalidad infantil está estrechamente relacionado con la pobreza y el conocimiento de los padres (ONU, 2011).

Meza, en su tesis de investigación menciona que en el Perú hasta el año 2012 existe una población menor de 15 años de un total de 8 438 717 millones, que representan el 31%, éste es uno de los grupos más vulnerables y desprotegidos. La tasa de pobreza total de niños y niñas menores de 15 años es de 65%, además la desnutrición crónica en niños menores de 5 años se ha incrementado a un 25.4%, en nuestra realidad 20 000 niños y niñas mueren cada año sin haber cumplido su primer año de vida, además de la cultura y los estilos de vida que tenga su núcleo familiar y causa de estos factores pueden determinar si estos niños presentan una alteración en su desarrollo integral, por ello se debe realizar la capacitación necesaria a la población, según los datos estadísticos del Componente de Atención Integral del Niño de 0 - 5 años del MINSA, en los últimos años se ha incrementado la deficiencia en el desarrollo psicomotor de niños menores de 5 años con un 7% - 12%, además tiene bajas coberturas en los centros de salud (Meza, 2014).

En el 2014 Arias y Chanamé, refieren en su trabajo de investigación realizado en Lima, la mayoría de las madres presentan una actitud indiferente hacia la estimulación temprana, a pesar que tiene un conocimiento de nivel medio. Esta información debe llamar la atención de las enfermeras para su intervención oportuna (Arias & Chanamé, 2014).

También Meza concluyó en su investigación que en Lima la mayoría de las madres de niños menores de un año, presentan un nivel de conocimiento medio en el área motora, coordinación, lenguaje y social (Meza, 2014).

Según el Proyecto de Inversión Pública realizado en la región Puno. Este proyecto explica que los niños con talla y peso bajo muchas veces van a la escuela y no comprenden

los temas a causa de la desnutrición crónica y anemia del niño, también la prevalencia infantil de la desnutrición crónica en el Perú un 27.8%, como promedio en el sector rural es de 44.7%, en la Región Puno, mientras que en la provincia de Carabaya tiene un 47.76% y en el distrito de Macusani tiene un 42.99%, que constituye un problema crítico de salud pública; el alto grado de desnutrición crónica y anemia en los niños menores de 5 años, es un factor altamente influyente en el bajo rendimiento que expresaran cuando inicien la etapa escolar, y el hecho que los niños no logren desarrollar sus capacidades físicas y psicomotoras; mientras en la anemia de hierro genera desminución de oxígeno del cerebro y otros organos, porque sus efectos están relacionados con el nivel cognitivo y el comportamiento, según encuesta demografica y de salud familiar ENDES (2010), la prevalencia de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad es de 50,5%; en las zonas rurales un 57.5% más altas que las urbanas un 46.2%, asimismo la prevalencia de anemia es más alta en la Sierra un 60.1% y en la Selva un 50.4%, mientras en las gestantes la anemia también influye en el desarrollo del niño durante la gestación la madre no tendrá ganancia de peso y el niño tendrá serias limitaciones para el crecimiento y desarrollo. y también tendrá una posibilidad de tener abortos y partos prematuros y además la anemia está relacionando con la hemorragia post parto (Baca & Tinta, 2011).

En el Puesto de Salud Los Choferes Juliaca, al interactuar con la Enfermera del Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED) menciona que según el informe anual, un 35% aproximado de los lactantes se encuentran en riesgo del desarrollo psicomotor; en niños menores de 1 año, así también las madres de los lactantes refieren “desconocimiento acerca de Estimulación Temprana y de las acciones que ellas deberían realizar para

favorecer el desarrollo de sus hijos”. Por las razones presentadas se realiza la siguiente pregunta:

¿Existe diferencia en los conocimientos sobre estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niño menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca - 2015?

1.1. Formulación del problema.

¿Existe diferencia en los conocimientos sobre estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca - 2015?

2. Justificación de la investigación

Los niños de hoy, serán los adultos del mañana, sí a estos se les provee de buenas bases, de valores morales, educación y una buena estimulación temprana, se tendrán buenos adultos en el futuro.

Los niños de 0 meses hasta menores de 5 años son prioritarios para el gobierno y establecen su atención especialmente a ellos, no se aceptan de otras edades por requerir mayor cuidado en especial de 0 a 6 meses porque ellos deben recibir la lactancia materna exclusiva y también porque deben establecer el vínculo afectivo con los padres; y después de los 4 años el niño ya debe iniciarse en su vida educativa preescolar, por esa razón he preferido elegir a madres de niño menores de un año de 1 año, siendo vital porque en esta edad el niño aprende y percibe las cosas que suceden a su alrededor.

El presente trabajo de investigación también se justifica por su aporte a la línea de Salud y desarrollo comunitario de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión.

Por su relevancia teórica, el presente proyecto es importante porque ayudará a determinar el conocimiento en madres de niños menores de 1 año en estimulación temprana, porque los resultados que se obtendrán servirán como antecedentes para futuras investigaciones y es un aporte a los profesionales de enfermería que prestan atención en el Programa de Crecimiento y Desarrollo a niños menores de 5 años en donde se permitirá ampliar sus conocimientos del personal de Enfermería en el cuidado holístico sobre todo en la estimulación temprana de niños menores de un año.

Por su relevancia social y práctica, porque beneficiará a las madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año, ya que servirá de base para realizar programas educativos que permitirá optar conocimientos y prácticas a los niños desde su concepción tiene un principal estímulo que es la madre ya que ella a través de sus cuidados, caricias, palabras, miradas y juego va favorecer el desarrollo psicomotor del niño, es por ello que las experiencias han dado a la madre un valor de estímulo positivo y valor primordial, la enfermera es responsable de la atención del niño, sobre todo la estimulación temprana que le brinda un desarrollo psicomotor del niño, su capacidad y sus habilidades porque la enfermera de salud pública cumple un rol vital y trascendental actuando de manera importante sobre los cuidados de la vida y la salud en términos de promoción y prevención de la salud que debe realizar personal de enfermería en la atención de calidad a las madres primigestas y multigestas.

3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo general.

- Determinar la diferencia en los conocimientos sobre la estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015.

3.2 Objetivo específico.

- Determinar la diferencia en los conocimientos sobre la estimulación temprana en el área motora en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015.
- Determinar la diferencia en los conocimientos sobre la estimulación temprana en el área coordinación en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015.
- Determinar la diferencia en los conocimientos sobre la estimulación temprana en el área lenguaje en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015.
- Determinar la diferencia en los conocimientos sobre la estimulación temprana en el área social en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Antecedentes de la investigación

Valdés & Spencer (2011) realizaron un estudio científico titulado “Influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años de edad de la ciudad de Talca de Chile”, con el objetivo de determinar la influencia del nivel socioeconómico sobre el desarrollo psicomotor, este estudio está bajo el enfoque cuantitativo de tipo explicativo de diseño o experimental que esta constituido por una población de 535 niños, para examinar se aplicó el Test de batería TEPSI que permite evaluar el desarrollo psicomotor de los áreas como: coordinación, lenguaje y motricidad, el resultado, se concluyó que un 86.8% de los 228 niños posee un desarrollo psicomotor normal por el contrario el Subtest de lenguaje presenta un 18.5% en la categoría de riesgo y retraso.

Aguilar, M. J.; Vieite, M.; Padilla, C. A.; Mur, N.; Rizo, M.; & Gómez, C. I. (2012) realizaron un trabajo de investigación titulado “Estimulación Prenatal; resultados relevantes en el periparto”, con el objetivo de determinar los resultados perinatales en el momento del

parto de las mujeres que recibieron el programa de estimulación prenatal, se realizó un método de estudio experimental con un grupo control en la atención primaria de salud de Cienfuegos de Cuba con gestantes entre 20 a 28 semanas, con un muestreo intencional de 348 gestantes, que concluyeron que las gestantes que recibían estimulación prenatal presentan un 68% en normal y que el 67.5% del peso de sus hijos se sitúan entre 2.500 y 3.000 gramos que se encuentran dentro de lo normal y el Apgar al nacimiento de los recién nacidos estimulados intraútero es de 96.5% que es normal; mientras las madres que presentan en el parto prolongado presentaran riesgos en el desarrollo psicomotor del niño.

Moreno (2014) realizó una investigación titulada “Atención temprana comunitaria en niños con retardo en el neurodesarrollo”, con el objetivo de determinar la evolución de los pacientes con retardo en el neurodesarrollo atendidos en el programa de comunitario de atención temprana, de la municipalidad de La Habana Vieja de Cuba, que realizó un estudio experimental aplicando programas de atención temprana en niños del primer año de vida con una frecuencia de control trimestral a los dos y tres años la atención semestral de salud con una población de 170 pacientes con manifestaciones de retardo en el neurodesarrollo, el resultado al inicio fue un 55.29% en la esfera mental y un 57.65% en el área motora, fundamentalmente una evaluación deficiente; al final un 57.06% en la esfera mental y un 63.53% en el área motora como desarrollo normal por tanto de 6 niños uno resulta con desarrollo deficiente.

Cano, Oyazún, Leyton, & Sepúlveda (2014) en Chile presentaron un informe titulado “Relación entre estado nutricional, nivel de actividad física y desarrollo psicomotor en preescolares”, con el objetivo de relacionar el estado nutricional, y el desarrollo psicomotor, y la cantidad e intensidad de actividad física en la jornada escolar en

preescolares, el estudio es de tipo piloto, no experimental transversal y correlacional, con una población de 23 niños de 5 años en escuelas metropolitanas de Chile, aplicaron tres instrumentos: estado nutricional con Índice de Masa Corporal, actividad física con Actigrafía y desarrollo psicomotor con la Bateria Da Fonseca, los resultados que un 26% presento sobre peso, un 52% presentó obesidad, y todos realizaron actividad física por 60 minutos, un 82.6% presentaron desarrollo psicomotor normal y un 17.4% presentaron en la categoría dispraxia (falta de organización de movimientos) que corresponde al área motora, y estadísticamente existe relación entre estado nutricional y desarrollo psicomotor.

Camacho-Conchucos, Fajardo-Campos, & Zavaleta de Flores (2012) en Lima realizaron un estudio titulado “Análisis descriptivo sobre deficiencias y discapacidades del desarrollo psicomotor en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación 2006 – 2008”, con el objetivo de determinar las deficiencias y discapacidades del desarrollo psicomotor y características de pacientes atendidos en el departamento de investigación, docencia y rehabilitación integral de los discapacitados del desarrollo, el estudio fue descriptivo , de corte transversal en paciente de 0 a 7 años con la población de 5 795 pacientes, con muestra ajustada de 400 pacientes, muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático, con resultados concluidos un 17.5% del desarrollo de la función motriz, el 15% de trastornos específicos mixtos del desarrollo, 12% de parálisis cerebral, un 7.9% del lenguaje, un 6.8% psicológicas, 78% discapacidad, un 35.9% de locomoción, un 22.8% disposición corporal, un 17.6% comunicación, 11.9% gravedad de la discapacidad.

Flores (2013) realizó una investigación titulada “Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años”, con el objetivo de determinar el desarrollo psicomotor normal de 0 a 3 años de la ciudad de Trujillo - Perú,

el estudio fue experimental con una población de 50 niños inscritos en el programa de estimulación temprana y con grupo control de 50 niños que acuden al control pediátrico del Hospital Belen de Trujillo, para el diagnóstico utilizó el instrumento la escala de evaluación del desarrollo del proyecto Memphis, con resultado del pre test un 90% en el desarrollo psicomotor normal, y un 78% en el desarrollo psicomotor normal del grupo control; pos test en el grupo de programa de estimulación temprana un 46% que permanece en categoría normal, y alcanza una categoría alta de un 54% y el grupo control permanece con un 78% y baja categoría de un 22%.

Arias & Chanamé (2014) aplicaron un estudio de investigación titulado “Nivel de conocimientos y actitudes de las madres puérperas sobre estimulación temprana en niños menores de un año en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé”, con el objetivo de medir el nivel de conocimientos y actitudes de las madres puérperas acerca de la estimulación temprana, que realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, con una población constituida por 200 madres puérperas de niños menores de un año de la ciudad de Lima, una población y muestra justa de 65 madres por muestreo aleatorio o probabilístico estratificado, para la recolección de datos utilizaron un cuestionario acerca de conocimientos en estimulación temprana con 15 preguntas y 10 preguntas cerradas y en actitudes la medición de la escala de Likert, los resultados fueron un 44.6% en el nivel de conocimiento es medio en estimulación temprana, un 43% una actitud indiferente hacia la estimulación temprana.

2. Marco Bíblico Filosófico

Elena G. de White refiere que la Biblia debería ser el primer libro del niño, los padres deben dar sabias instrucciones sobre la palabra de Dios en donde constituye la regla de la

vida. De ella los niños deben aprender que Dios es su Padre; y de las hermosas lecciones de su Palabra adquieran un conocimiento de su carácter. Por la inculcación de sus principios, deben aprender a hacer justicia y juicio (White, 1957)

Elena G. de White, argumenta, La educación comienza cuando el niño está en los brazos de la madre, porque la palabra "educación" significa más que un curso de estudios.

Mientras la madre moldea y forma el carácter de sus hijos, los está educando (White, 1957).

Elena G. de White, explica que el hogar es donde ha de empezar la educación del niño. Allí está su primera escuela, con sus padres como maestros, debe aprender las lecciones que deben guiarlos a través de la vida: lecciones de respeto, obediencia, reverencia, dominio propio (White, 1957).

Elena G. de White, 1957 también menciona que en los padres recaen la obligación de dar instrucción física, mental y espiritual, asegurar para su hijo un carácter bien equilibrado, simétrico, esa es una obra importante, una obra que requiere ferviente meditación y oración no menos que esfuerzo paciente y perseverante, hay que echar un fundamento correcto, levantar un armazón fuerte y firme, y luego, día tras día, adelantar la obra de edificar, pulir y perfeccionar (White, 1957).

3. Marco Conceptual:

3.1. Estimulación temprana.

Considerada como un conjunto de ejercicios, juegos y otras actividades que se les brinda a los niños y niñas de manera repetitiva en sus primeros años de vida, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades físicas, emocionales, sociales y de aprendizaje; y como un conjunto de acciones que proporcionan al niño sano, en sus primeros años de vida,

las experiencias que necesita para el desarrollo máximo de sus potencialidades físicas, mentales, emocionales y sociales, permitiendo de este modo prevenir el retardo o riesgo a retardo en el desarrollo psicomotor (Mercado, Soncco, & Mantilla, 2009, P. 15)

Así mismo se considera como un conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención de los niños, desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortaleciendo el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a los niños las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales (MINSA, 2011).

La estimulación temprana es el conjunto de medios, técnicas y actividades con base científica y aplicada en forma sistémica y secuencial, que se emplea en niños desde su nacimiento hasta los seis años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas; permite también, evitar estados no deseados en el desarrollo y ayudar a los padres, con eficacia y autonomía, en el cuidado y desarrollo de sus hijos (Rojas, 2012).

Cajiga y Laura, la definen como una serie de actividades para desarrollar al máximo capacidades físicas, intelectuales y afectivas del bebé, con el objetivo de formar seres independientes y adaptados al medio. Se dice que es temprana, ya que se aplica en los primeros seis años de vida, con el fin de favorecer la maduración del sistema nervioso y monitorear un desarrollo adecuado (Cajiga & Laura, 2009).

La Atención Temprana es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben

considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar (Libro blanco de la atención temprana, 2000, p. 13).

3.2. Importancia de la estimulación.

Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social (MINSA, 2011).

La estimulación del desarrollo fortalece el vínculo afectivo entre los padres o cuidadores y sus niños y niñas, con lo cual se afianza la seguridad, autoestima y confianza del niño. La estimulación del desarrollo incluye actividades puntuales para mejorar habilidades y destrezas del niño en áreas específicas del desarrollo como: Lenguaje, motor, social, emocional y cognitiva. La estimulación psicosocial determina el comportamiento del niño, es decir cómo manifiestan sus emociones según su edad y cómo se relaciona con los demás, por lo que el niño necesita, sentirse apreciado, querido y protegido en todo momento. La participación de los padres en el proceso de desarrollo del niño es de vital importancia, por lo tanto es necesario promover la interacción constante entre ellos. Todos los momentos son buenos para la estimulación; sin embargo, es necesario que los padres o adultos responsables del cuidado del niño le dediquen el tiempo necesario y le presten la debida atención y cuidado. La interacción del niño dentro de un grupo de amigos también se constituye en un espacio y una oportunidad de estimulación, por lo que debe ser promovida desde la familia. La práctica de la lactancia materna exclusiva además de proveer los nutrientes necesarios para el crecimiento del niño, fortalece la relación afectiva madre-hijo brindándole seguridad y confianza al niño. El masaje infantil y las caricias son

formas de mostrar cariño, dan seguridad y ayudan a la niña o niño a desarrollarse emocionalmente; por lo tanto, es necesario promover en los padres estas prácticas. El juego es otra de las formas efectivas de estimular al niño, por lo que es necesario promover espacios de juego de los niños con sus padres o cuidadores y fomentar la preparación de sus juguetes con los recursos locales. La música y el canto también son estrategias para estimular el desarrollo del lenguaje (MINSa, 2011).

- La infancia se considerada como el momento del desarrollo más significativo en la formación de las personas; en ella se establecen las bases fisiológicas de las funciones cerebrales que determinarán su capacidad de aprendizaje. El cerebro se triplica en tamaño en los dos primeros años de vida y en este período alcanza el 80% del peso de adulto. El sistema nervioso central del niño, que es muy inmaduro al nacer, alcanza casi su plena madurez entre los 0 a 7 años de edad.
- Las posibilidades de desarrollo de potencialidades a partir de los 18 meses son mayores y en el menor de 6 meses son ilimitadas, a los 7 años son muy escasas, por lo tanto, una persona a los 15 o a los 20 años, aprende nuevas cosas, nuevas habilidades, pero las aprenden utilizando conexiones que ya fueron establecidas. Y esto es importante, porque aquello que no se ha constituido en los primeros años de vida ya no se va a constituir, va a ser muchísimo más difícil de lograr, por no decir imposible.
- El desarrollo del cerebro se asocia comúnmente al desarrollo de la inteligencia; que se define como la capacidad de resolver problemas, por lo tanto se puede asegurar que la estimulación temprana favorecerá que el niño sea más inteligente, pues su capacidad de aprendizaje y análisis será mayor (Mercado, et al., 2009, p. 16).

3.3. Áreas de la Estimulación

a) *Área Motora.*

Esta área se relaciona con el desarrollo del conjunto de funciones que permiten los movimientos (desplazarse libremente por el mundo) (Arango, Infante, & Lopez, 2006, P. 11).

Esta área está relacionada con la habilidad para moverse y desplazarse, permitiendo al niño tomar contacto con el mundo, también comprende la coordinación entre lo que se ve y lo que se toca, lo que lo hace capaz de tomar los objetos con los dedos, pintar, dibujar, hacer nudos, etc. Para desarrollar esta área es necesario dejar al niño tocar, manipular e incluso llevarse a la boca lo que ve, permitir que explore pero sin dejar de establecer límites frente a posibles riesgos, y que el desarrollo del niño ocurre en forma secuencial, esto quiere decir que una habilidad ayuda a que surja otra. Es progresivo, siempre se van acumulando funciones primero simples, después complejas. Todas las partes del sistema nervioso actúan en forma coordinada para facilitar el desarrollo, cada área de desarrollo interactúa con las otras para que ocurra una evolución ordenada de las habilidades y el desarrollo del movimiento se divide en motor grueso y motor fino. El área motora gruesa que tiene que ver con los cambios de posición del cuerpo y la capacidad de mantener el equilibrio. La motora fina se relaciona con los movimientos finos coordinados entre ojos y manos (Rojas, 2012).

Mercado, et al. (2009) menciona que el inicio del desarrollo del niño se haya dominado por la motricidad y su avance ocurre en sentido cefalo-caudal y próximo-distal. Las actividades en esta área tienen el propósito de contribuir al establecimiento del tono

muscular adecuado y reacciones equilibradoras que le permitirá a la niña o niño conseguir el control sobre su cuerpo, ubicarse en el espacio y el tiempo y relacionarse con el medio que lo rodea al moverse libremente (gatear, ponerse de pie, caminar y correr). La postura sentada sin apoyo (sedestación), que se logra entre los 6 y 8 meses y la marcha, que se logra a los 12 meses. Para que esto suceda, no sólo deben ocurrir cambios en el tono muscular y desaparecer los reflejos arcaicos (Ej. reflejo de presión plantar), sino que además deben adquirirse reflejos de madurez (Ej. Reflejo de paracaídas) (pp. 18-19).

b) Área Coordinación.

Esta área, permitirá al niño desarrollar conocimiento, proceso por medio del cual evoluciona y se expresa el área intelectual y del conocimiento (Arango, et al., 2006, p. 11).

Esta área, permitirá al niño comprender, relacionar, adaptarse a nuevas situaciones, haciendo uso del pensamiento y la interacción directa con los objetos y el mundo que lo rodea. Para desarrollar esta área el niño necesita de experiencias, así podrá desarrollar sus niveles de pensamiento, su capacidad de razonar, poner atención, seguir instrucciones y reaccionar de forma rápida ante diversas situaciones, esta área comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones (óculo – motriz y de adaptación ante los objetos) (Rojas, 2012).

Desde que nace el niño, ve, oye y percibe un sin número de estímulos que le permite estar alerta y listo para ir conociendo el medio que lo rodea; va construyendo su pensamiento a partir de las experiencias con los objetos y el entorno, creando mentalmente relaciones y comparaciones entre ellos, así como estableciendo semejanzas y diferencias de sus características. El desarrollo de la agudeza de los sentidos y la coordinación entre ellos (viso manual, viso auditivo), permitirán al niño acceder a una gran gama de experiencias

ricas para el desarrollo cerebral. Las actividades para estimular esta área van desde mostrarle objetos para que los mire y los siga con la vista, hasta el copiar formas y dibujar (Mercado, et al., 2009, pp. 18-19).

c) Área lenguaje.

Esta área esta relacionada con el lugar del desarrollo de la facultad humana de comunicarse por medio de signos verbales (aprendiendo el lenguaje) (Arango, et al., 2006, p. 11).

Esta área está referida a las habilidades que le permitirán al niño comunicarse con su entorno y abarca tres aspectos: La capacidad comprensiva, expresiva y gestual. La capacidad comprensiva se desarrolla desde el nacimiento ya que el niño podrá entender ciertas palabras mucho antes de que puede pronunciar un vocablo con sentido; por esta razón es importante hablarle constantemente, de manera articulada relacionándolo con cada actividad que realice o para designar un objeto que manipule, de esta manera el niño reconocerá los sonidos o palabras que escuche asociándolos y dándoles un significado para luego imitarlos, el lenguaje es una de las conductas primarias que separa a los humanos de las especies animales, ya que este es el gran instrumento de hominización (Rojas, 2012).

La estimulación en el área de lenguaje le permitirá al niño comunicarse con otras personas de su entorno. Su desarrollo abarca tres aspectos: la capacidad comprensiva, expresiva y gestual. La capacidad comprensiva se desarrolla desde que la niña o niño nace, ya que podrá entender ciertas palabras mucho antes de que pueda pronunciarlas; por esta razón es importante hablarle constantemente, relacionándolo con cada objeto que manipule o actividad que realice. Las primeras manifestaciones son el pre-lenguaje (chupeteos, balbuceos, sonidos guturales, emisiones vocálicas, risas, gritos), hasta la comprensión del

lenguaje oral y escrito. La adquisición del lenguaje (oral, corporal, escrito) es un factor esencial en el aprendizaje; un niño que no cuenta con los medios para comunicarse, no comprende claramente lo que ocurre a su alrededor, por lo que puede llegar a presentar serias dificultades en su desenvolvimiento social (Mercado, et al., 2009, pp. 18, 20).

d) Área Social.

Esta área está relacionada con el desarrollo emocional que tiene lugar en las interacciones que el niño establece con el medio que le rodea (los encantos de la interacción) (Arango, et al., 2006, p. 11).

Esta área incluye las experiencias afectivas y la socialización del niño, capaz de relacionarse con otros de acuerdo a normas comunes, para el adecuado desarrollo de esta área es primordial la participación de los padres o cuidadores como primeros generadores de vínculos afectivos, es importante brindarles seguridad, cuidado, atención y amor, además de servir de referencia pues aprenderán cómo comportarse frente a otros, cómo relacionarse, en conclusión, cómo ser persona en una sociedad determinada también determina que los valores de la familia, el afecto y las reglas de la sociedad le permitirán al niño, poco a poco, dominar su propia conducta, expresar sus sentimientos y ser una persona independiente y autónoma (Rojas, 2012).

Esta área incluye las experiencias afectivas y la socialización de la niña o niño, que le permitirá sentirse querido y seguro, capaz de relacionarse con otros de acuerdo a normas. Para el adecuado desarrollo de esta área es primordial la participación de los padres o cuidadores como primeros generadores de vínculos afectivos. Es importante brindarles seguridad, cuidado, atención y amor, además de servir de referencia o ejemplo pues aprenderán cómo comportarse frente a otros. Los valores de la familia, el afecto y las reglas

de la sociedad le permitirán a la niña o niño, poco a poco, dominar su propia conducta, expresar sus sentimientos y ser una persona independiente y autónoma.

Para estimular esta área se realizarán actividades que permitan satisfacer su iniciativa, curiosidad y su necesidad de obtener un mayor grado de autonomía en lo que se refiere a los hábitos de independencia personal (alimentación, vestido, aseo, etc.) (Mercado, et al., 2009, p. 18, 20).

3.4. Los beneficios de la estimulación temprana.

1. Ayuda a desarrollar y potenciar las funciones cerebrales de los bebés en diferentes planos: intelectual, físico y afectivo, mediante juegos y ejercicios repetitivos.
2. Promueve las condiciones fisiológicas, educativas, sociales y recreativas.
3. Estimula el proceso de maduración y de aprendizaje en las áreas, intelectual, afectivo y psicomotriz del bebé.
4. Favorece la curiosidad y observación para conocer e interpretar en mundo que le rodea.
5. Favorece el apego y los lazos afectivos entre los padres y el bebé.
6. En algunos casos, ayuda en la detección de trastornos de aprendizaje (Gunnar, 2014)

La estimulación temprana favorece el desarrollo de las capacidades emocionales, sociales y motoras en los niños que lograr el máximo desarrollo de sus capacidades físicas, emocionales y sociales y se enfoca en el desarrollo de las siguientes áreas:

- Motriz: Control y coordinación necesaria sobre los músculos.
- Cognitiva: Razonamiento, comprensión y capacidad de reacción.

- Emocional: Seguridad, independencia, sociabilidad.
- Lenguaje: Comunicación con palabras o sonidos.

Así, la estimulación temprana forma la base para el desarrollo futuro del bebé. De modo que es muy beneficioso integrar al bebé en un programa de estimulación temprana especializada en psicomotricidad, que tiene los siguientes objetivos:

- Motivar la capacidad sensitiva a través de las sensaciones y relaciones entre el cuerpo y el exterior (el otro y las cosas).
- Cultivar la capacidad perceptiva a través del conocimiento de los movimientos y de la respuesta corporal.
- Organizar la capacidad de los movimientos representados o expresados a través de signos, símbolos, planos y de la utilización de objetos reales e imaginarios.
- Hacer que los bebés puedan descubrir y expresar sus capacidades a través de la acción creativa y la expresión de la emoción.
- Ampliar y valorar la identidad propia y la autoestima dentro de la pluralidad grupal.
- Crear seguridad al expresarse, de diversas formas, como un ser valioso, único e irrepetible y crear una conciencia de los otros, un respeto a su presencia y a su espacio (<http://www.huggies.com.mx/>, s.f.).

3.5. Se estimula por edades:

3.5.1. Estimulación Temprana de 0 a 3 meses:

a) Área Motora:

- Colocar un dedo en la palma del bebe para que abra y cierre su mano.

- Mientras el niño está acostado de espaldas, mueva los brazos encima de su cabeza y póngalos otra vez en su lugar.
- Tomarle las piernas, estirarlas y doblarlas
- Al bañarlo o vestirlo dejarlo moverse libremente.
- Coloque al niño boca abajo sobre un cojín pequeño. Sus brazos y rodillas deben colgar de las orillas de cojín. El niño debe apoyarse sobre sus manos. Atraiga su atención con objetos brillantes y sonoros o hable con él, tratar de que mantenga la cabeza levantada el mayor tiempo posible.
- Coloque al niño de espaldas sobre sus rodillas. Flexione ligeramente las rodillas del niño y sus piernas colocando las palmas de las manos en sus pies al mismo tiempo. Empuje un poco y estimule al niño a que empuje sus pies contra las manos de Ud.
- Acueste al niño de espaldas, ponerle un dedo en cada manito para que los apriete. Háblele llamándolo hacia su lado y al mismo tiempo levante al niño hacia Ud.
- Ponerlo semi sentado, afirmado con cojines.
- Moverle las piernas como si pedaleara.
- Amarre un cascabel en cada uno de sus tobillos. El niño oirá el sonido cada vez que mueva sus piernas.
- Siente al niño sobre una pelota de playa. Póngase frente al niño sujetándolo bien, ruede la pelota hacia un lado, pare y deje que el niño gane su equilibrio, inclínelo hacia el otro lado. Repita este juego poniéndose detrás del niño. Esta posición permite que el niño encuentre su balance en la posición sentado.

- Presione los dedos del niño a una bola de masa modeladora (plastilina o masa de harina).
- Ofrezca al niño varias esponjas empapadas en agua para que las exprima en la línea media. Cuando el niño él tome, coja sus manos, júntelas y ayúdelo a exprimir (MINSA, 2011).

b) Área del lenguaje:

- Hablarle y cantarle mientras se le viste, alimenta, o baña.
- Repetir los sonidos que él hace.
- Hablarle cariñosamente y sonreírle para que el niño sonría.
- Ponga música suave en el radio por un rato.
- Cuelgue objetos sonoros a los costados de su cuna y a través de la misma de baranda a baranda. Cámbielos cada dos semanas.
- Cuando el niño esté sentado en su regazo o en una silla llámele la atención. Cúbrase la cara con sus manos o algún objeto y dígame ¿dónde está mamita? Espere la respuesta del niño (si hubiera alguna), luego quite sus manos y dígame: “aquí está mamita”.
- Cuando deje al niño por un momento, háblele.
- Dígame adiós con la mano cada vez que se aleje de él.
- extienda sus manos y pregunte al niño si quiere que Ud. Lo cargue.
- Al hablar con el niño pronuncie despacio las palabras y exagere sus gestos (MINSA, 2011).

c) Área social:

- Lleve con Ud. al niño cuando visite amigos.

- Sáquelo a pasear por el parque o los alrededores de la casa.
- Mientras lleva al niño a ambientes extraños, infúndale seguridad hablándole, apriételo contra Ud. y dígame que todo está bien.
- Si se le acerca una persona extraña dígame que no haga movimientos bruscos, hasta que el niño se acostumbre a él (MINSa, 2011).

3.5.2. Estimulación temprana de 4 a 6 meses:

a) Área motora:

- Siéntese con él bebe en su regazo frente a una mesa, coloque un pedazo de pita para que el niño tire de ella. Luego ate a un extremo un objeto pequeño de interés para el niño y póngalos lejos de él, dejando el extremo libre cerca del niño. Haga que el niño tire de la pita.
- Levante el niño, dele vueltas y hágalo saltar.
- Coloque juguetes que floten en su bañera y deje que el niño juegue con ellos.
- Ayúdelo a desarrollar la coordinación visual- manual estimulándolo a que cambie un juguete de una mano a la otra.
- Ponga al niño de pancita, sostenga un juguete que quede un poco más alto y fuera de su alcance. Anime al niño a que gatee para poder obtener el juguete.
- Deje al niño jugar con objetos del hogar: ollas, tapas, cucharas, taza de plástico, etc. cuando los golpeé alábelo.
- Ponerlo acostado de espaldas, hacer que nos tome de los dedos y trate de sentarse.
- Parar al niño para que haga intentos de caminar (MINSa, 2011).

b) Área del lenguaje:

- La mejor estimulación del lenguaje es darle de comer correctamente. Un niño antes de aprender a hablar, debe aprender a: mascar, chupar, soplar, deglutir (tragar).
- Haga que el niño use sus labios para recibir la comida. Coloque cantidades pequeñas en la cuchara.
- Diga al niño que mastique y si es necesario manipule su mandíbula empujando hacia arriba y abajo.
- Dé la oportunidad de morder pedazos de pan tostado, galletas, etc. no corte pedacitos para él.
- Mientras le da de comer al niño nómbrele las personas y las cosas que tiene cerca.
- Póngase frente al niño y cubra sus ojos al mismo tiempo que dice. “¿A dónde se fue Juan?”. “Yo no puedo verte”. Después haga que él se cubra los ojos y diga: “¿Adónde fue mamá?... “Juan no puede verme”. Luego tapándose los ojos diga: “no te veo” “Ahora sí te veo” (MINSA, 2011).

c) Área social:

- Acostumbrarlo a los ruidos normales de la casa, es decir, no obligar a la familia a guardar silencio.
- Cuando el niño sonría mientras Ud. le habla, sonríale también, haga esto como juego, sonría y deje de hacerlo; observe si sonrío cuando Ud. lo hace y si deja de hacerlo cuando Ud. No sonrío.
- Juegue al “dárselo a mamá “con los juguetes del niño y prémíelo con besos o sonrisas (MINSA, 2011).

3.5.3. Estimulación temprana de 7 a 12 meses:

a) Área motora:

- Ayudarlo a pararse, apoyado en sillas, cama, etc.
- Poner varios juguetes para que pueda cogerlos con libertad.
- Enseñarle a golpear, meter, sacar objetos y trasladar objetos de una mano a otra.
- Levante al niño a la posición de pie y permitirle que sienta el peso de su cuerpo sobre sus pies. No lo sostenga siempre de la mano, sino por la cintura y ayúdelo a que use sus manos para guardar el equilibrio.
- Cuando haya aprendido a pararse con firmeza tómelo de las manos y párese frente a él, anímelo a caminar suavemente hacia Ud.
- Esconderle objetos y pedirle que los busque.
- Dé al niño distintas texturas para que toque: suave, áspero, plástico, pegajoso, papel, cera, etc.
- Hacerlo cooperar mientras lo viste (levanta la pierna, siéntate).
- Esconderle objetos y pedirle que los busque.
- Pasarle objetos mientras lo baña de diferentes texturas y colores.
- Enseñarle a aplaudir.
- Enséñele a pasar objetos por las ranuras de una caja o agujeros de botella.
- Darle un vaso con poco agua para que trate de beberlo solo.
- Ayudarlo a que aprenda a comer solo.
- Tome un recipiente de boca ancha que tenga tapa de rosca y enseñe al niño a enroscarla y desenroscarla. Cuando coja la idea déjele que lo haga solo.

- Tome una caja de fósforo y ponga algo pequeño dentro de ella, ayúdelo a abrir la caja empujando hacia un extremo explicando al mismo tiempo como se abre y cierra.

Permítale al niño hacerlo varias veces (MINSA, 2011).

b) Área del lenguaje:

- Repetir los sonidos que el niño hace.
- Llame al niño por su nombre.
- Señale objetos que tienen interés especial para el niño y nómbralos correctamente. Por Ej. dígame “taza” cuando le pase un jugo, o agua. Diga “Aquí está mamá” cuando Ud. Se acerque a él. Hable con el niño de lo que está haciendo, dígame: “estoy barriendo”, “ahora vamos a bajar las escaleras”, “vamos a mirar el libro de figuras”.
- Si el niño se acerca al año y emite sonidos que parecen palabras, no imite sus sonidos; dígame la palabra correctamente. Si le muestra el objeto que representa le ayudara a comprender su significado.
- Combine las palabras para hacer una frase corta, Ej. si el niño dice “m – m - m” Ud. puede decir “mira la pelota”.
- Enséñele a identificar partes de su cuerpo colocándolo frente a un espejo, haga que le enseñe donde están sus ojos, boca, dientes, nariz, orejas, pelo, piernas, etc.
- Ponga al niño frente a un espejo y dele un pedazo de pan o galleta para que lo coma mientras se mira al espejo.
- Seguir hablándole y cantándole mientras el niño come o lo bañe (MINSA, 2011)

c) Área social:

- Pedirle algo que tenga el niño en las manos y darle las gracias cuando lo ha entregado.
- Deje que el niño le observe mientras hace sus quehaceres y háblele al mismo tiempo.

- Llévelo a la mesa para que él esté presente junto a toda la familia.
- Para estimular la propia identificación llamarlo por su nombre, conforme vaya creciendo aprenderá el nombre de otras personas.
- Los niños gustan de oír conversar a los adultos y otros niños entre sí. Algunos se animan mucho cuando se conversa cerca de ellos y tratan de tomar parte de la conversación.
- Enséñele láminas grandes de animales y objetos, que sean de colores vivos, para que pueda reconocerlos.
- Enseñarle a conocer a las personas, dígame por Ej. ¿Dónde está papá?. Aquí está.
- Enseñarle a imitar gestos.
- Todos los niños tiene un objeto que los conforta: un juguete, una frazada, etc. casi siempre algo con lo que duermen, nunca debe hacerse bromas o amonestarlos acerca de la necesidad del objeto reconfortante. Este realiza una función importante en las primeras etapas de la vida del niño ayudándolo a sobreponerse a situaciones que lo desorientan, mucho antes de que pueda expresar sus sentimientos verbalmente (MINSa, 2011).

3.6 Programa de Crecimiento y Desarrollo Colectivo.

El MINSa (2011) menciona que son actividades grupales con padres y madres cuyos hijos tengan la misma edad, para acompañarlos en el proceso de crecimiento de sus niños y demostrarles que la mejor forma de invertir en el futuro de la familia es a través de acciones de prevención que permitan mejorar las habilidades y el desarrollo de los más pequeños. Éstas apuestan a fortalecer la comunicación, uniendo grupos etarios similares para mejorar la atención infantil en los establecimientos de salud a través de una actividad

central y sub-actividades grupales, al igual que encuentros individuales. El modelo de gestión de control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, implementa una oferta individual y una colectiva, incluye al padre y se centra en el desarrollo de habilidades de crianza, cuidado y protección de los niños y niñas.

3.7 Control de Crecimiento y Desarrollo.

MINSA (2011) argumenta que, es un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

3.8 Conocimiento.

Bunge (1980) define que el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia, Kant, en su teoría de conocimiento refiere que este está determinado por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose

dos tipos de conocimientos, el puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el empírico el cual es elaborado después de la experiencia.

Wallon(1985) define que el conocimiento es como los datos e informaciones empíricas sobre la realidad y del propio individuo, es decir conocimientos inmediatos situacionales útiles y de tipo hábitos o costumbres que hacen factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado.

3.9 Conocimientos maternos sobre estimulación temprana en niños menores.

Describen como un conjunto de ideas y la información, teórica o práctica que posee la madre acerca de la estimulación temprana y está dada en base al desarrollo del área motora, lenguaje, social y coordinación, se refiere a la información que las madres poseen en cuanto a las acciones que están tendientes o destinadas a incitar, o invitar a la realización de alguna actividad acorde a la edad del niño con la finalidad de reforzar la maduración de su sistema nervioso y muscular.(Cajigal & Laura, 2009).

Wallon (1985) define que el conocimiento son como los datos e informaciones empíricas sobre la realidad y de la propia persona, es decir conocimientos inmediatos situacionales que hacen factible la regulación conductual y el ajuste de la persona en un momento dado. Considera que hay dos formas de adquirir conocimiento: conocimiento directo aquel que se obtiene en la experiencia, en la práctica a través de los sentidos y conocimiento indirecto que se obtiene a través de segundas o terceras personas.

4. Modelo teórico de enfermería

Barnard (1979) procede de la psicología y del desarrollo humano y se centra en la interacción basando su datos empíricos a través de escalas que miden la alimentación la enseñanza y el entorno resaltando así la interacción madre-hijo-entorno.

- Entorno: Experiencias en el que el niño se encuentra: gente, objetos, lugares, sonidos, sensaciones visuales y táctiles, recursos sociales y financieros, otras personas, adecuaciones del hogar, comunidad, cualidades que afecten al cuidador.
- Cuidador: Posee unas características psico-sociales la salud física y mental, los cambios en vida, las expectativas y las preocupaciones acerca del niño y lo más importante el estilo del cuidador en ofrecer habilidades de adaptación.
- Niño: Apariencia física, temperamento, patrones de nutrición y de sueño y auto regulación.
- Enfermería: 1966: Proceso por el cual el paciente es ayudado a mantener y a promover su independencia 1981: El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud. Salud: Es un estado dinámico del ser en el que el potencial de desarrollo y el potencial conductual de un individuo se realiza hasta el mayor número posible.
- Respuesta del niño al cuidador (características del niño): El niño debe enviar señales sus padres para reclamar cambios de actitud de ellos. Aprender a leer los signos que ellos transmiten para adaptar su conducta.
- Si el niño no responde a las claves que le envíen las personas que lo cuidan no será posible su adaptación. Sensibilidad de los padres a las señales de los niños (características del padre): Los padres también deben ser capaces de leer las señales que se comunican para modificar su actitud. Solo cuando no hay tensiones los padres serán capaces de leer adecuadamente los signos que transmiten sus pequeños

- Capacidad de los padres para aliviar el malestar del niño (características del padre): Algunas de las señales enviadas por el niño indican la necesidad de que los padres le ayuden. Modelo lógico: Actividades de los padres que fomentan el crecimiento social y emocional: Estos han de ser capaces de mostrar afecto al niño, de comprometerse en interacciones sociales como las que se asocian a la alimentación.

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

Considerando la relación Enfermera - usuario, y las características de una madre primeriza se establecen las siguientes fases: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. La orientación, es el inicio de las relaciones, cuando la madre reconoce una sensación de necesidad y busca ayuda profesional; la Identificación cuando la primera impresión de la madre se clarifica, conoce la situación y responde de una manera selectiva a las personas que pueden ayudarle, lo que le permite expresar sus sentimientos relacionados con la percepción del desarrollo de su niño. En ésta fase la enfermera asume un rol de liderazgo, tratando de dirigir el aprendizaje constructivo, permitiendo que el niño a través de la ayuda de su madre, fortalezca su personalidad y desarrollo.

Aprovechamiento la madre sabe lo que puede esperar y lo que se le ofrece, tratando de aprovechar al máximo la relación con la enfermera, para obtener el mayor beneficio posible. La enfermera, por medio de la comunicación, ayuda a la madre a entender con claridad la importancia del desarrollo psicomotor normal de su niño.

Resolución, implica un proceso de liberación, para tener éxito depende del logro de las anteriores fases, se abandona de forma gradual los anteriores objetivos y se adoptan otros nuevos relacionados con el entorno psicosocial para que el niño a través de su madre, logre insertarse exitosamente en su entorno familiar y social. En este contexto, el papel de la enfermera es apoyar al individuo, familia y comunidad en sus necesidades y problemas, centrada en una práctica integral, preventiva promocional; siendo necesario que la enfermera establezca con las madres primerizas una interrelación de calidad humana, como es la consejería; con la finalidad de disminuir sus temores, ansiedad, dudas, inseguridad y preocupación acerca del desarrollo de su niño. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Para Peplau la enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema. Peplau contempla el proceso de enfermería como una serie de pasos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; según Peplau, tanto la enfermera como el paciente aprenden el proceso de resolución de problemas a partir de su relación. Avanza desde lo genérico a lo específico en la recogida de datos y la clarificación de problemas, y se vale de instrumentos básicos como la observación, la

comunicación y el registro. Rol de Enfermería suplir y/o ayudar a la persona que no puede por sí sola satisfacer sus necesidades. El foco de actuación de la enfermera es el área de dependencia de la persona. Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana, Por tanto, su modelo se basa en teorías psicoanalíticas, en el cual ella define la enfermería psicodinámica y describe las fases del modelo y los roles de la enfermera en cada fase. Le faltaría definir que es la comprensión de la conducta de uno mismo, que es el cuidado a los demás, que es el apoyo, que es ayudar, en definitiva definir los constructos propios de enfermería en su modelo. Se puede considerar deductiva ya que parte de teorías psicoanalíticas, quedando pendiente de definir los constructos propios de enfermería. Las dificultades que podemos encontrar en el modelo de Peplau son:

- a) Que la enfermera ha de asumir distintos roles, dado que el modelo de Peplau utiliza este enfoque como la principal base para los cuidados, la enfermera ha de ser capaz de controlar las emociones que emanan de su representación de nuevos roles, tanto ella como del paciente. La enfermera ha de proporcionar un apoyo terapéutico apropiado y para esto es crucial que se sienta Segura de su capacidad para comunicarse con eficacia.
- b) Habilidades de asesoramiento: que no se trata de dar consejo sino de proporcionar una oportunidad al paciente para que solucione mentalmente los problemas y saque algunas conclusiones razonables.
- c) Proporcionar una red de apoyo para el personal. Supone exigencias emocionales importantes para la persona que presta los cuidados. La enfermera necesita también

contar con un apoyo. Debe invertirse tiempo en el apoyo del personal. La enfermera necesita disponer de tiempo para discutir la práctica clínica.

- d) El empleo de su modelo queda limitado en el trabajo con pacientes seniles, comatosos, neonatos, En dicha situación la relación enfermera-paciente es unilateral, por tanto no puede considerarse con el calificativo de general.
- e) Le falta precisión empírica. Aunque está basada en la realidad, hay que validarla y verificarla por parte de otros científicos y faltan investigaciones posteriores.

El modelo de Peplau trata del cuidado de alguien mediante una serie de interacciones, es, por tanto razonable describirlo, como un modelo de desarrollo más que como modelo de sistemas.

5. Definición de términos

5.1 Conocimiento.

Describen como un conjunto de ideas y la información, teórica o práctica que posee la madre acerca de la estimulación temprana y está dada en base al desarrollo del área motora, lenguaje, social y coordinación, se refiere a la información que las madres poseen en cuanto a las acciones que están tendientes o destinadas a incitar, o invitar a la realización de alguna actividad acorde a la edad del niño con la finalidad de reforzar la maduración de su sistema nervioso y muscular.(Cajiga & Laura, 2009).

Wallon (1985) define que el conocimiento son como los datos e informaciones empíricas sobre la realidad y de la propia persona, es decir conocimientos inmediatos situacionales que hacen factible la regulación conductual y el ajuste de la persona en un momento dado.

5.2 Estimulación temprana

Rojas (2012) define la estimulación temprana es el conjunto de medios, técnicas y actividades con base científica y aplicada en forma sistémica y secuencial, que se emplea en niños desde su nacimiento hasta los seis años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas; permite también, evitar estados no deseados en el desarrollo y ayudar a los padres, con eficacia y autonomía, en el cuidado y desarrollo de sus hijos.

Menciona como un conjunto de acciones que proporcionan al niño sano, en sus primeros años de vida, las experiencias que necesita para el desarrollo máximo de sus potencialidades físicas, mentales, emocionales y sociales, permitiendo de este modo prevenir el retardo o riesgo en el desarrollo psicomotor (Mercado, et al., 2009 p. 15).

5.3 Lactante:

MINSA (2011) define es la persona de sexo femenino o masculino, que se encuentra en el período de lactancia, y que este período comprende desde el primer mes hasta el onceavo mes edad y veintinueve días, que es llevado regularmente para sus controles al componente de CRED.

5.4 Primigestas

Según enciclopedia médica, la mujer que está embarazada por primera vez

5.5 Multigestas

Según enciclopedia médica es cuando una mujer ha tenido varios embarazos en el correr de su vida, esto quiere decir que no es primeriza.

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Método de la investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo, diseño metodológico no-experimental de corte transversal, diseño descriptivo comparativo, porque se determinará las variables en un solo momento o tiempo único, su objetivo es describir variables en un momento dado.

2. Hipótesis de la investigación

2.1 Hipótesis general.

Ha. Existen diferencia en los conocimientos sobre estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año

Ho. No existen diferencia en los conocimientos sobre estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año

2.2 Hipótesis específicas

Ha. Existen diferencia en los conocimientos sobre estimulación temprana en área motora en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año

Ho. No existen diferencia en los conocimientos sobre estimulación temprana en área motora en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año.

Ha. Existen diferencia en los conocimientos sobre estimulación temprana en área coordinación en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año.

Ho. No existen diferencia en los conocimientos sobre estimulación temprana en área coordinación en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año.

Ha. Existen diferencia en los conocimientos sobre estimulación temprana en área lenguaje en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año.

Ho. No existen diferencia en los conocimientos sobre estimulación temprana en área lenguaje en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año.

Ha. Existen diferencia en los conocimientos sobre estimulación temprana en área social en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año.

Ho. No existen diferencia en los conocimientos sobre estimulación temprana en área social en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año.

3. Variable de investigación:

3.1. Identificación de Variable.

Variable de estudio: Conocimiento sobre Estimulación Temprana.

3.2. Operacionalización de la Variable.

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Conocimiento sobre estimulación temprana	Es el conjunto de ideas e información, conceptos y principios de la realidad, acerca de estimulación temprana y las áreas que las madres posee a través de experiencias, aprendizajes en donde las áreas de	Es el conjunto de conocimientos ideas e informaciones que la madre posee sobre las áreas: motora, coordinación, lenguaje y social, y acciones que debe realizar la madre diariamente con su	Conocimiento general Áreas de estimulación temprana Área Motora	0 – 3 meses: -Presencia de reflejos -Movimientos de las piernas del bebe	Medición de la variable conocimientos se utiliza la escala numérica siendo categorizados en : Alto: >20 Medio: 10 – 20

estimulación temprana son acciones que la madre ofrece a su niño para favorecer el desarrollo psicomotor.	niño para favorecer el desarrollo psicomotor según la edad del niño.	-Desarrollo de la musculatura cervical -Desarrollo de los músculos de la espalda. 4 – 6 meses: -Controla un poco más su cuerpo -Inicio de la sedestación con apoyo -Ayuda a coger objetos con las manos -Estimula el gateo en posición boca abajo. 7 – 12 meses:	Bajo: 0 – 10
---	--	---	--------------

-
- Ayuda al bebe a pararse
con apoyo
 - Permite coger la cuchara
 - Realiza masajes en las
rodillas para fortalecer

Área

Coordinación

0 – 3 meses:

- Mueve la cabeza y los ojos
en dirección de la luz o el
sonido
 - Se lleva el pulgar a la boca
-

-Observa cosas en
movimiento y de colores
blanco y negro

4 – 6 meses:

-Sujeta objetos estimulado
por el reflejo de prensión
-Sostiene la cabeza cuando
lo coloca boca abajo
-Se le ayuda a incorporarse
completamente estando
boca abajo.

7 – 12 meses:

-Lo coloca boca abajo inicia
el gateo

Área Lenguaje

-Le permite la utilización de las manos, con libertad y manipulan todo lo que está a su alcance.

-Le coloca apoyándolo de pie en muebles y luego solo

0 – 3 meses:

-El llanto es su modo de comunicación

-Le emite primeros sonidos guturales

-Empieza a repetir

balbuceos

4 – 6 meses:

-Ríe a menudo frente a él y muestra interés por las personas.

-Balbucea mucho, le encanta cuando mamá repite sus sonidos.

7 – 12 meses:

-Lo imita cuando comienza a emitir consonantes sueltas y silabas

-Le repite cuando empieza a decir ma-ma, ta-ta

Área Social

Emite palabras cortas y entiende el “toma”, “dame”

0 – 3 meses:

-Le sonrío frente a el

-Le muestra objetos

llamativos que generen
felicidad

-Lo saluda al llegar y se
despide al salir de la
habitación

4 – 6 meses:

-Se coloca al niño frente a
un espejo y sonrío

-Lo abraza constantemente
y le dice que lo ama

-La familia participa del
cuidado del bebe

7 – 12 meses:

-Participa en reuniones

familiares integrándolo con

la familia

-Cuando siente miedo la

madre le habla con dulzura

-Estimula que participe en

juegos con otros niños

4. Delimitación Geográfica y Temporal

El estudio se llevó en el Puesto de Salud Los Choferes, que pertenece a la Micro-Red-Santa Adriana de RED salud Juliaca cuya ubicación es en Jr. Espinoza S/N urbanización Los Choferes de Juliaca, esta institución cuenta con una infraestructura que se caracteriza por estar constituido por material noble, dividido, según los servicios que brinda en el primer nivel de atención, es decir actividades preventivas, Promoción de salud, consulta externa, desarrollo de las distintas estrategias sanitarias, como control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, que cuenta con materiales necesarios para la evaluación del niño.

5. Población y muestra de la investigación:

5.1 Población

La población está conformada por un total de 150 madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al puesto de salud Los Choferes - Juliaca 2015.

5.2 Muestra

La muestra se obtuvo de manera no probabilístico de diseño intencional que representan 24 madres primigestas y 25 multigestas que acuden al Puesto de salud Los Choferes de la ciudad de Juliaca.

El tamaño de la muestra que se tomó al 100% de madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes de Juliaca.

5.3 Criterios de inclusión:

Participaron las madres primigestas y multigestas de niños menores de un año de las edades del niño: 0 -3 meses, de 4 -6 meses, 7 – 12 meses y madres que sepan leer y escribir.

5.4. Criterios de exclusión:

No participaron madres de niños mayores de un año, madres que no saben leer ni escribir.

6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó es la encuesta aplicando el instrumento de un cuestionario, que consta de dos partes: datos generales e información específica, el cual permitirá obtener información acerca de conocimientos sobre estimulación temprana que presentarán las madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año.

El instrumento consta de 39 ítems, 15 preguntas medirán conocimiento, 15 preguntas medirán el área motora, 14 preguntas medirán el área de coordinación, 14 preguntas medirán el área de lenguaje y 14 preguntas medirán el área social, el cual fue sometido a una prueba piloto para conocer su validez estadística y a ocho juicios de expertos. Para la confiabilidad se utilizó la Prueba de Kuder Richardson obteniéndose $Kr-20 = 0.984$. Para conocer la validez del instrumento fue sometido a la prueba de ítems-test mediante el Coeficiente Biserial Puntual (CBP) obteniéndose un $r = 0.58$ lo cual es adecuado por ser mayor a 0.2 (Meza, 2014).

7. Plan de recolección de datos

El plan para el recojo de datos se realiza a través del oficio dirigido al director de Puesto de Salud Los Choferes solicitándole permiso para hacer el estudio en el área de intervención que es el Programa de Crecimiento y Desarrollo. Se coordinó con la enfermera de CRED a fin de aplicar el instrumento con las madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año.

8. Plan de Procesamiento de datos

Luego de aplicar el instrumento se revisó cada una de las respuestas correctas e incorrectas realizando un libro de codificación. Asimismo se procesó los datos en el Programa SPSS y Excel, asignando a la pregunta correcta 2 y a la incorrecta 0, las cuales presentarán en una matriz de tabulación.

Para la medición de la variable de conocimientos se utilizó la Escala Numérica, siendo categorizados de la siguiente manera: para conocimiento general y área motora

- Alto: 21 - 30
- Medio: 10-20
- Bajo: 0 - 9

Para el área de coordinación, lenguaje y social

- Alto: 20 - 28
- Medio: 9-19
- Bajo: 0 - 8

El procesamiento de datos será a través de pruebas estadísticas previa elaboración de una tabla de códigos.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

1. Presentación de resultados

Luego de la calificación y tabulación de los resultados obtenidos mediante el cuestionario aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca - 2015, se procedió al proceso y análisis de la información recolectada haciendo uso del paquete estadístico SPSS versión 15.0, obteniendo los siguientes resultados.

1.1 En relación a las variables sociodemográficas.

1.1.1 Estado civil.

Tabla 1

Datos sociodemográficos: estado civil de madres primigestas y multigestas del Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015

		grupo		Total
		Primigestas	Multigestas	
Estado civil	Soltera	1 4.2%	0 .0%	1 2.0%
	Conviviente	21 87.5%	23 92.0%	44 89.8%
	Casada	2 8.3%	2 8.0%	4 8.2%
	Total	24 100.0%	25 100.0%	49 100.0%

Fuente: resultados del cuestionario aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de un año que acuden al Puesto de

La tabla 1 indica resultados en relación al estado civil de la población encuestada, se han encontrado que el 87.5% es conviviente, el 8.7% es casada y 4.2% es soltera dentro de las madres primigestas, seguido por los resultados del estado civil de las madres multigestas donde se observa que el 92.0% es conviviente, el 8.0% es casada y ninguna madre es soltera.

1.1.2 Ocupación

Tabla 2

Datos sociodemográficos: ocupación de madres primigestas y multigestas del Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015

		grupo		
		Primigestas	Multigestas	Total
		18	21	39
	Ama de casa	75.0%	84.0%	79.6%
		4	3	7
Ocupación	Independiente	16.7%	12.0%	14.3%
		2	1	3
	Estudiante	8.3%	4.0%	6.1%
		24	25	49
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: resultados del cuestionario aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud

Los Choferes, Juliaca - 2015

La Tabla 2, presentan los resultados según la ocupación de las madres encuestadas, se observan que dentro de la población primigestas el 75% es ama de casa, el 16.7% es independiente, y un 8.3% es estudiante, a diferencia de los datos presentados en las multigestas donde el 84.0% es ama de casa, 12.0% independiente y 4.0% estudiante.

1.1.3 Grado de instrucción.

Tabla 3

Datos sociodemográficos: grado de instrucción de madres primigestas y multigestas del Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015

		grupo		Total
		Primigestas	Multigestas	
Grado de instrucción	Primaria completa	2 8.3%	2 8.0%	4 8.2%
	Secundaria completa	8 33.3%	9 36.0%	17 34.7%
	Secundaria incompleta	2 8.3%	10 40.0%	12 24.5%
	Superior completa	8 33.3%	3 12.0%	11 22.4%
	Superior incompleta	4 16.7%	1 4.0%	5 10.2%
	Total	24 100.0%	25 100.0%	49 100.0%

Fuente: resultados del cuestionario aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud

Los Choferes, Juliaca - 2015

Tabal 3, presentan los resultados según el grado de instrucción de las madres encuestadas, se observan que dentro de la población de primigestas el 33.3% tienen estudios superiores completas, un 33.3% secundaria completa, el 16.7% es superior incompleta, el 8.3% secundaria incompleta y 8.3% primaria completa, a diferencia de los datos presentados en las multigestas donde el 40.0% secundaria incompleta, un 36.0% secundaria completa, 12% superior completa, el 8.0% primaria completa y 4.0% superior completa.

1.2. En relación a la hipótesis general.

1.2.1 Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana

Tabla 4

Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015.

		grupo		
		Primigestas	Multigestas	Total
Conocimientos sobre estimulación temprana	Bajo	0 .0%	2 8.0%	2 4.1%
	Medio	15 62.5%	17 68.0%	32 65.3%
	Alto	9 37.5%	6 24.0%	15 30.6%
		24	25	49
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: resultados del “cuestionario” aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015

En la tabla 4 se presentan los resultados según el conocimiento en estimulación temprana de las madres encuestadas, se observan que dentro de la población primigestas el 62.5% tiene conocimiento medio, un 37.5% conocimiento alto y ninguna presenta conocimiento bajo. Los datos presentados en las madres multigestas son del 68.0% tiene conocimiento medio, un 24.0% conocimiento alto, y el 8.0% conocimiento bajo.

1.2.2 Prueba de hipótesis de comparación de medias para conocimiento sobre estimulación temprana.

Tabla 5

Estadísticos de grupo para conocimientos sobre estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015

	grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Conocimiento sobre estimulación temprana	Primigestas	24	17.6667	6.09110	1.24334
	Multigestas	25	16.5600	5.49303	1.09861

Fuente: resultados del “cuestionario” aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015

La tabla 5 muestra las estadísticas correspondientes a conocimientos sobre estimulación temprana de forma general que presentan las madres, se aprecia que las medias se ubican en el menor nivel de conocimiento en las madres multigestas de niños menores de un año (16.5600) y en el nivel de conocimiento es mayor en las madres primigestas (17.6667), la desviación típica es menor en las madres multigestas (5.49303) frente a las madres primigestas (6.09110), indicando que los resultados son más homogéneos en las madres multigestas en comparación a las madres primigestas

Tabla 6

Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de conocimientos sobre estimulación temprana en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Superior	Inferior	
Conocimientos sobre estimulación temprana	.542	.465	Se han asumido varianzas iguales	.668	47	.507	1.10667	1.65561	-2.22398	4.43732
			No se han asumido varianzas iguales	.667	46.039	.508	1.10667	1.65916	-2.23298	4.44631

Fuente: resultados del "cuestionario" aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015

Los estadísticos de la prueba de hipótesis para medias independientes muestran un valor de significancia de .507, valor que se encuentra por encima de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% no existe diferencias en el conocimiento sobre estimulación temprana, en comparación que las madres primigestas y multigestas presentan un nivel de conocimientos iguales en la tabla 6.

1.3 En relación a la primera hipótesis específica.

1.3.1 Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en área motora

Tabla 7

Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en el área motora en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015.

		grupo		Total
		Primigestas	Multigestas	
Conocimientos en el área motora	Bajo	2	0	2
		8.3%	.0%	4.1%
	Medio	15	18	33
		62.5%	72.0%	67.3%
	Alto	7	7	14
		29.2%	28.0%	28.6%
Total	24	25	49	
	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: resultados del “cuestionario” aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015

La tabla 7 en relación en área motora de la población encuestada de las madres primigestas se ha encontrado que el 62.5% tienen conocimientos medio, seguido el 29.2% de conocimiento alto, y un 8.3% en conocimiento bajo, los resultados del área coordinación de las madres multigestas donde se observan que el 72.0% es conocimiento medio, seguido el 28.0% conocimiento alto, y ninguna madre presenta conocimiento bajo y ninguna madre presenta conocimiento bajo.

1.3.2 Prueba de hipótesis de comparación de medias para conocimiento sobre estimulación temprana en área motora.

Tabla 8

Estadísticos de grupo para conocimientos sobre estimulación temprana en el área motora en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015

	grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Conocimientos en el área motora	Primigestas	24	17.1667	5.65429	1.15418
	Multigestas	25	17.8400	3.82623	.76525

Fuente: resultados del “cuestionario” aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca - 2015

La tabla 8 muestra las estadísticas correspondientes, a los conocimientos en el área motora que presentan las madres, se aprecia que las medias se ubican en el nivel de conocimiento medio en las madres primigestas (17.1667), conocimiento medio en las madres multigestas (17.400), la desviación típica es menor en las madres multigestas (3.82623) frente a las madres primigestas (5.65429), indicando que los resultados son más homogéneos en las madres multigestas en comparación a las madres primigestas.

Tabla 9

Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de conocimientos sobre estimulación temprana en área motora en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
							Inferior	Superior	Inferior
Se han asumido varianzas iguales	2.367	.131	-.490	47	.626	-.67333	1.37413	-3.43772	2.09105
No se han asumido varianzas iguales			-.486	40.218	.629	-.67333	1.38482	-3.47169	2.12502

Los estadísticos de la prueba de hipótesis para medias independientes muestran un valor de significancia de .626, valor que se encuentra por encima de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% no existe diferencias en el conocimiento sobre estimulación temprana en área motora, en comparación las madres primigestas y multigestas presentan un niveles de conocimientos iguales en la tabla 9.

1.4 En relación a la segunda hipótesis específica.

1.4.1 Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en área de coordinación.

Tabla 10

Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en el área coordinación en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015

		grupo		
		Primigestas	Multigestas	Total
Conocimientos en el área de coordinación	Bajo	2 8.3%	0 .0%	2 4.1%
	Medio	15 62.5%	20 80.0%	35 71.4%
	Alto	7 29.2%	5 20.0%	12 24.5%
Total		24 100.0%	25 100.0%	49 100.0%

Fuente: resultados del “cuestionario” aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca - 2015

La tabla 10 en relación en área coordinación de la población encuestada de las madres primigestas se ha encontrado que el 62.5% tienen conocimiento medio, seguido el 29.2% de conocimiento alto, y un 8.3% en conocimiento bajo, los resultados del área coordinación de las madres multigestas donde se observan que el 80.0% es conocimiento medio, seguido el 20.0% conocimiento alto, y ninguna madre presenta conocimiento bajo.

1.4.2 Prueba de hipótesis de comparación de medias para conocimiento sobre estimulación temprana en área de coordinación.

Tabla 11

Estadísticos de grupo para conocimientos sobre estimulación temprana en el área coordinación en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015

	grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Conocimientos en el área de coordinación	Primigestas	24	17.9167	5.25784	1.07325
	Multigestas	25	16.3200	3.94462	.78892

Fuente: resultados del “cuestionario” aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca - 2015

La tabla 11 muestra las estadísticas correspondientes a los conocimientos en el área de coordinación, se aprecia que las medias se ubican en el nivel de conocimiento menor en las madres multigestas (16.3200), y en el conocimiento mayor en las madres primigestas (17.9167), la desviación típica es menor en las madres multigestas (3.94462) frente a las madres primigestas (5.25784), indicando que los resultados son más homogéneos en las madres multigestas en comparación a las madres primigestas; se aprecia que las madres primigestas presenta una media mayor que las madres multigestas, pero esta diferencia no es significativa.

Tabla 12

Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de conocimientos sobre estimulación temprana en área coordinación en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia		95% Intervalo de confianza para la diferencia	
							Superior	Inferior	Superior	Inferior
Conocimientos en el área de coordinación	.377	.542	1.206	47	.234	1.59667	1.32427	-	1.06743	4.26076
			1.199	42.640	.237	1.59667	1.33202	-	1.09026	4.28359

Fuente: resultados del “cuestionario” aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca - 2015

Los estadísticos de la prueba de hipótesis para medias independientes muestran un valor de significancia de .234, valor que se encuentra por encima de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% no existen diferencias en el conocimiento sobre estimulación temprana en área coordinación, presentan conocimientos iguales las madres primigestas y multigestas en la tabla 12.

1.5 En relación a la tercera hipótesis específica.

1.5.1 Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en área lenguaje.

Tabla 13

Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en área lenguaje en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015

		grupo		
		Primigestas	Multigestas	Total
Conocimientos en el área de lenguaje	Medio	12	13	25
		50.0%	52.0%	51.0%
	Alto	12	12	24
		50.0%	48.0%	49.0%
Total		24	25	49
		100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: resultados del “cuestionario” aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de

Salud Los Choferes, Juliaca - 2015

La tabla 13 muestra que las madres primigestas encuestadas tienen el 50.0% de conocimiento alto, seguido el 50.0% conocimiento medio, seguido por los resultados del área lenguaje de las madres multigestas donde se observa que el 52.0% es conocimiento medio, el 48.0% conocimiento alto, y ninguna madre presenta conocimiento bajo tanto primigestas y multigestas.

1.5.2 Prueba de hipótesis de comparación de medias para conocimiento sobre estimulación temprana en área de lenguaje.

Tabla 14

Estadísticos de grupo para conocimientos sobre estimulación temprana en el área lenguaje en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015

	grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Conocimientos en el área de lenguaje	Primigestas	24	19.5000	5.18359	1.05810
	Multigestas	25	17.9200	4.01995	.80399

La tabla 14 muestra las estadísticas correspondientes al área lenguaje que presentan las madres, se aprecia que las medias se ubican en el nivel de conocimiento menor en las madres multigestas (17.9200), y en el conocimiento mayor en las madres primigestas (19.5000), la desviación típica es menor en las madres multigestas (4.01995) frente a las madres primigestas (5.18359), indicando que los resultados son más homogéneos en las madres multigestas en comparación a las madres primigestas; se aprecia que las madres primigestas presenta una media mayor que las madres multigestas.

Tabla 15

Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de conocimientos sobre estimulación temprana en área lenguaje en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Conocimientos en el área de lenguaje	Se han asumido varianzas iguales	1.029	.316	1.195	47	.238	1.58000	1.32202	-1.07956	4.23956
	No se han asumido varianzas iguales			1.189	43.371	.241	1.58000	1.32890	-1.09931	4.25931

Los estadísticos de la prueba de hipótesis para medias independientes muestran un valor de significancia de .238, valor que se encuentra por encima de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% no existen diferencias en el de conocimiento sobre estimulación temprana en área lenguaje tabla 15.

1.6 En relación a la cuarta hipótesis específica.

1.6.1 Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en área social.

Tabla 16

Nivel de conocimiento sobre estimulación temprana en área social en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes, Juliaca – 2015

		grupo		Total
		Primigestas	Multigestas	
Cocimientos en el área social	Bajo	1	0	1
		4.2%	.0%	2.0%
	Medio	9	14	23
		37.5%	56.0%	46.9%
	Alto	14	11	25
		58.3%	44.0%	51.0%
Total	24	25	49	
	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: resultados del cuestionario aplicado a madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud

Los Choferes, Juliaca - 2015

La tabla 16 presenta resultados del área social de las madres primigestas y multigestas encuestadas, se observa que dentro de la población primigestas el 58.3% de conocimiento alto, seguido el 37.5% conocimiento medio, y el 4.2% conocimiento bajo, indicando que el mayor porcentaje de madres presenta conocimiento alto. Las madres multigestas se observa que un 56.0% de conocimiento medio, seguido el 44.0% conocimiento alto y ninguna madre presenta conocimiento bajo.

1.6.2 Prueba de hipótesis de comparación de medias para conocimiento sobre estimulación temprana en área de social.

Tabla 17

Estadísticos de grupo para conocimientos sobre estimulación temprana en el área social en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015

	grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Conocimientos en el área social	Primigestas	24	20.3333	5.49044	1.12073
	Multigestas	25	19.2000	3.55903	.71181

La tabla 17 muestra las estadísticas correspondientes al conocimiento en área social que presentan las madres, se aprecia que las medias se ubican en el nivel de conocimiento menor en las madres multigestas (19.2000), y en el conocimiento mayor en las madres primigestas (20.3333), la desviación típica es menor en las madres multigestas (3.55903) frente a las madres primigestas (5.49044), indicando que los resultados son más homogéneos en las madres multigestas en comparación a las madres primigestas; se aprecia que las madres primigestas presenta una media mayor que las madres multigestas.

Tabla 18

Prueba de hipótesis de muestras independientes para nivel de conocimientos sobre estimulación temprana en área lenguaje en madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al centro de salud Los Choferes, Juliaca – 2015

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Superior	Inferior
Cocimientos en el área social	5.971	.018	.861	47	.394	1.1333	1.31642	-1.51496	3.78162
			.854	39.187	.399	1.1333	1.32767	-1.55172	3.81839

Los estadísticos de la prueba de hipótesis para medias independientes muestran un valor de significancia de .394, valor que se encuentra por encima de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% no existen diferencias en el conocimiento sobre estimulación temprana en área social, presentan las madres primigestas y multigestas niveles iguales en el conocimiento sobre estimulación temprana en área social de la tabla 18.

2. Discusión

La participación de las madres primigestas y multigestas de niños menores de 1 año que acuden al Puesto de Salud Los Choferes Juliaca - 2015, en el desarrollo del niño es de vital importancia, por lo tanto, es necesario promover la interacción constante de la madre con su niño. El profesional de enfermería, en su función educativa, mediante la consejería,

promueve la participación de la madre, para la estimulación temprana de su niño, con la finalidad de mejorar su desarrollo psicomotor.

Con respecto a los datos sociodemográficos: estado civil de madres primigestas el 87.5% es convivientes, en madres multigestas el 92.0% convivientes. Seguido a ocupación de madres primigestas el 75.0% son ama de casa, y en madres multigestas el 84.0% ama de casa. En cuanto al grado de instrucción de las madres primigestas el 33.3% tienen superior completa, seguido madres multigestas el 40.0% secundaria incompleta. Los resultados guardan relación con la investigación con Meza (2014) quién refiere en su investigación que en cuanto a ocupación 100% se dedica a las labores domésticas del hogar, seguido al estado civil el 77% son convivientes y con respecto a grado de instrucción el 47% tienen secundaria completa; también Garcia & Herrera(2012) quienes en su trabajo de investigación titulado estimulación temprana y su impacto en el desarrollo psicomotor del niño menor de treinta meses, Hospital Naylamp – Chiclayo, concluye en cuanto a estado civil el 60.0% es casada, seguido a ocupación el 20.0% administrador y el grado de instrucción presenta un 86.7% superior y en su investigación Garzón (2013) quién evidencia los resultados en cuanto a estado civil el 50.0% es casada, seguido a ocupación un 61.0% ama de casa y el grado de instrucción el 56.0% secundaria.

Respecto a los resultados obtenidos de la hipótesis general evidencian que de las madres primigestas 62.5% tiene nivel de conocimiento medio, y en las madres multigestas 68.0% nivel de conocimiento medio sobre estimulación temprana; de lo cual muestra que las madres conocen empíricamente sobre los conceptos de estimulación. Estos resultados tienen cierta similitud con Meza (2014) quién concluyó en su investigación que el 69% presentan nivel de conocimiento medio respecto estimulación temprana, también Arias &

Chanamé (2014) quienes realizaron una investigación titulada nivel de conocimientos y actitudes de las madres puérperas sobre estimulación temprana en niños menores de un año en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolome-Lima, concluyeron que un 44.6% tienen un nivel de conocimiento medio de forma global, Garcia & Herrera (2012) quienes en su trabajo de investigación evidencian que el conocimiento de las madres sobre estimulación temprana, según los resultados de la investigación que un 100% de las madres tiene muy claro la importancia sobre estimulación temprana, mientras que el 93.3% conceptualiza adecuadamente el termino, y argumenta que el desarrollo del cerebro se asocia comúnmente al desarrollo de la inteligencia; que se define como la capacidad de resolver problemas, por lo tanto se puede asegurar que la estimulación temprana favorecerá que el niño sea más inteligente, pues su capacidad de aprendizaje y análisis será mayor (Mercado, et al., 2009, p. 16), Asimismo se considera como un conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención de los niños, desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortaleciendo el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a los niños las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales (MINSA, 2011).

Respecto a los resultados obtenidos de la primera hipótesis específica en área motora de las madres primigestas 62.5% tiene un nivel de conocimiento medio, y en las madres multigestas 72.0% nivel de conocimiento medio, este resultado es similar a Meza (2014) quien concluyó en su investigación que el 69% poseen nivel de conocimiento medio en cuanto al área motora, en Ecuador Garzón (2013) investigó sobre el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de dos años sobre estimulación temprana que poseen un conocimiento medio, especialmente en el área de desarrollo motora, es decir las madres

están preparadas adecuadamente para estimular a sus hijos quienes podrían estar en desarrollo normal, Valdés & Spencer (2011) realizaron un estudio científico titulada influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años, el resultado se concluyó que un 86.8% que poseen un desarrollo psicomotor normal que nos indican que el nivel conocimiento es medio, Garcia & Herrera, (2012) quienes evidencian en su investigación que el desarrollo motor incluye control de cabeza y tronco para rotaciones, los niños antes de someterse al taller presentaron riesgo en un 23.3% , después de someterse al taller presentaron enderezamiento y buen equilibrio en un 100% lo va a permitir caminar al niño y define que esta área se relaciona con el desarrollo del conjunto de funciones que permiten los movimientos (desplazarse libremente por el mundo) (Arango, et al., 2006, p. 11).

Respecto a los resultados obtenidos de la segunda hipótesis específicas en área coordinación de las madres primigestas un 62.5% nivel de conocimiento medio, y en las madres multigestas 80.0% nivel de conocimiento medio. Este resultado es similar con Meza (2014) quién concluyó en su investigación que el 69% presentan nivel de conocimiento medio en cuanto al área coordinación, en Ecuador Garzón (2013) investigó sobre el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de dos años sobre estimulación temprana es medio en el área de desarrollo coordinación, Valdés & Spencer (2011) realizaron un estudio científico titulada influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años, concluyó que un 86.8% que poseen un desarrollo psicomotor normal que nos indican que el nivel conocimiento es medio, Garcia & Herrera, (2012) quienes evidencian en su investigación que el área coordinación que implica el ejercicio de movimientos controlados y deliberados que requieren de mucha precisión,

antes de someterse al taller el 6.7% presenta riesgo en el desarrollo, el uso del brazo y la mano, después de taller de estimulación presenta un 100% y define que esta área, permitirá al niño desarrollar conocimientos, proceso por medio del cual evoluciona y se expresa el área intelectual y del conocimiento (Arango, et al., 2006, p. 11).

Respecto a los resultados obtenidos de la tercera hipótesis específicas en área lenguaje de las madres primigestas 50.0% tiene un nivel de conocimiento alto estas madres primigestas presentan el nivel de conocimiento alto porque la mayoría es superior completa por esa razón tienen conocimiento alto; y en las madres multigestas 52.0% de conocimiento medio, este resultado es similar con Meza (2014) quién concluyó en su investigación que el 69% presentan nivel de conocimiento medio en cuanto al área lenguaje, en Ecuador Garzón (2013) investigó sobre el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de dos años sobre estimulación temprana es medio en lenguaje, Valdés & Spencer (2011) realizaron un estudio científico titulado influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años, concluyó que un 86.8% que poseen un desarrollo psicomotor normal que nos indican que el nivel conocimiento es medio, Garcia & Herrera, (2012) quienes evidencian en su investigación que el desarrollo del área lenguaje que el 10.0% no obedecían indicaciones, como también no emitían movimiento ante alguna expresión, al término de realizar el taller de estimulación presenta un 100% no hay riesgo es decir hubo mejora de comunicación y define que esta área está relacionada con el lugar del desarrollo de la facultad humana de comunicarse por medio de signos verbales (aprendiendo el lenguaje) (Arango, et al., 2006, p. 11).

Respecto a los resultados obtenidos de la cuarta hipótesis específicas en área social de las madres primigestas 58.3% tiene nivel de conocimiento alto porque la mayoría son

superior completa por esa razón tienen conocimiento alto y en las madres multigestas 56.0% nivel de conocimiento medio, Este resultado tiene cierta similitud con Meza (2014) quien concluyó en su investigación que el 69% presentan nivel de conocimiento medio en el área social, en Ecuador Garzón (2013) quien concluye sobre nivel de conocimiento de las madres de niños menores de dos años es conocimiento medio del área social, Valdés & Spencer (2011) realizaron un estudio científico titulado “influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años”, el resultado se concluyó que un 86.8% poseen un desarrollo psicomotor normal que nos indican que el nivel conocimiento es medio, Garcia & Herrera, (2012) quienes evidencian en su investigación que el desarrollo del área social que el 13.4% presentan riesgo en el desarrollo, según evaluación de la alimentación, vestido e higiene, algunos no podían realizar las actividades lo cual se veo cambio después del taller con un 100%, y define que esta área está relacionada con el desarrollo emocional que tiene lugar en las interacciones que el niño establece con el medio que le rodea (los entornos de la interacción) (Arango, et al., 2006, p. 11).

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusión

- Referente al objetivo general las madres primigestas poseen un conocimiento medio de 62.5% en comparación a las madres multigestas de 68.0%, concluyendo a un nivel de significancia del 5% no existe diferencia de conocimientos sobre estimulación temprana entre las madres primigestas y multigestas.
- Referente al primer objetivo específico las madres primigestas poseen un conocimiento medio de 62.5% en comparación a las madres multigestas de 72.0%, concluyendo a un nivel de significancia del 5% no existe diferencia de conocimiento en el área motora entre las madres primigestas y multigestas.
- Referente al segundo objetivo específico las madres primigestas poseen un conocimiento medio de 62.5% en comparación a las madres multigestas de 80.0%, concluyendo a un nivel de significancia del 5% no existe diferencia de conocimiento en el área coordinación entre las madres primigestas y multigestas.

- Referente al tercer objetivo específico las madres primigestas poseen un conocimiento alto de 50.0% en comparación a las madres multigestas de 52.0% un conocimiento medio, concluyendo a un nivel de significancia del 5% no existe diferencia de conocimientos en el área lenguaje entre las madres primigestas y multigestas.
- Referente al cuarto objetivo específico las madres primigestas poseen un conocimiento alto de 58.3% en comparación a las madres multigestas de 56.0%, concluyendo a un nivel de significancia del 5% no existe diferencia de conocimientos en el área social entre las madres primigestas y multigestas.

2. Recomendaciones

- Al Puesto de Salud Los Choferes coordinar con la DIRESA Puno debe crear un Programa de Estimulación Temprana para favorecer el crecimiento y desarrollo normal del niño de acuerdo a la edad que presenta.
- A la enfermera que labora en el Componente de CRED debe elaborar y ejecutar programas de capacitación acerca de la Estimulación Temprana dirigidas a las madres que acuden, en contacto con el niño (enfermera, pediatra, nutricionista, etc.).
- La enfermera durante la evaluación del Desarrollo Psicomotor del lactante debe educar y demostrar las pautas de Estimulación Temprana que deberá realizar la madre con el niño en su hogar.
- Realizar estudios de investigación pre-experimental con la aplicación de un programa sobre estimulación temprana.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, M. J., Vieite, M., Padilla, C. A., Mur, N., Rizo, M., & Gómez, C. I. (2012). *La estimulación prenatal; resultados revalentes en el periparto. Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2102-2108. doi:10.3305/nh.2012.6.6019
- Arango, M. T., Infante, E., & Lopez, M. E. (2006). *Estimulación Temprana* (Gamma ed., Vol. Tomo 3). Colombia: Gamma.
- Arias, S., & Chanamé, E. (2014). *Nivel de conocimiento y actitudes de las madres puérperas sobre estimulación temprana en niños menores de un año en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. Rev enferm Herediana.*, 7(1), 39-43.
- Baca, H. P., & Tinta, J. S. (diciembre de 2011). *Mejoramiento de la salud y nutrición de niños y niñas menores de 3 años del distrito de Macusani, provincia de Carabaya, departamento de puno. PIP perfil de proyecto*, 1-144. Puno, Carabaya, Puno.
- Barnard, K. E. (1979). *MODELO DE INTERACCIÓN PADRE-HIJO; Evaluación salud infantil. Programa de Enfermería UDES*, 552.
- Bunge, M. (1980). *Epistemología*. Barcelona - España: Ariel.
- Cajiga, G., & Laura, G. (2009). *Asociación Mexicana de estimulación prenatal y temprana*, A.C. www.estimulacióntemprana.org.mx, (págs. 1 - 6). París, Francia.
- Camacho-Conchucos, H. T., Fajardo-Campos, P., & Zavaleta de Flores, E. (Abril-Junio de 2012). *Análisis descriptivo sobre deficiencias y discapacidades del desarrollo psicomotor en pacientes atendidos en el instituto nacional de rehabilitación 2006 - 2008. Anales de la Facultad de Medicina*, 73(2), 119-126.

- Cano, M., Oyazún, T., Leyton, F., & Sepúlveda, C. (2014). *Relación entre estado nutricional, nivel de actividad física y desarrollo psicomotor en preescolares*. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6), 1313-1318. doi:10.3305/nh.2014.30.6.7781
- Charaja, F. (2004). *Investigación Científica* (Seunda ed.). (L. Asqui, Ed.) puno: Nuevo Mundo. Recuperado el 23 de Julio de 2004
- De White, E. G. (1957). *Conducción del Niño*. Medellín - Colombia: Copyright por Asociación Publicadora Interamericana.
- Flores, J. M. (2013). *Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años*. *Ciencia y Tecnología Escuela de Postgrado*, 9(4), 101-111.
- García, I. E., & Herrera, G. E. (2012). *Estimulación Temprana y su impacto en el desarrollo psicomotor del niño menor de treinta meses*, *Hospital Naylamp*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo: tesis.
- Garzón, M. S. (2013). *Estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz en niños/as de 0 a 24 meses. control de crecimiento y desarrollo en el hospital asdrúbal de la torre-cotacachi en el 2013*". Tesis de grado previa a la obtención del título de licenciada en enfermería, Universidad Técnica del Norte, Ibarra –Ecuador.
- Gunnar, M. (4 de Marzo de 2014). <http://www.padresehijos.com.mx/asi-crece/14/03/4/6-beneficios-de-laestimulaciontemprana>. Obtenido de <http://www.padresehijos.com.mx/asi-crece/14/03/4/6-beneficios-de-laestimulaciontemprana>: www.padresehijos.com.mx/asi-crece

Hildegarde, P. (1952). *Relación Interpersonal*. Estados Unidos.

<http://www.huggies.com.mx/>. (s.f.). Obtenido de <http://www.huggies.com.mx/>:

<http://www.huggies.com.mx/>

Libro Blanco de la atención temprana, T. G. (2000). *LIBRO BLANCO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA* (primera ed.). Madrid-España: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

Mercado, N. L., Soncco, M., & Mantilla, J. (2009). *Guía de Estimulación Temprana* (primera ed., Vol. 1). Perú: ADRA Perú.

Meza, M. K. (2014). *Nivel de conocimientos y practicas sobre estimulación temprana que tienen las madres de niños menores de un año de edad, que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo C.S Villa San Luis, y desarrollo C.S Villa San Luis, San Juan de Miraflores*. Para optar el Título de Licenciada en Enfermería, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, Lima - Perú.

MINSA, m. d. (2011). *Control de crecimiento y desarrollo de niños y niñas de 0 - 5 años*. biblioteca nacional del Perú (págs. 1- 148). Lima Perú: catalogación hecha por la biblioteca central de Ministerio de la Salud.

Moreno, R. (2014). *Atención temprana comunitaria en niños con retardo en el neurodesarrollo*. Cubana de Pedriatia, 86(1), 5-17.

ONU, O. d. (2011). *Conocimiento sobre estimulación temprana y el cuidado de niños y niñas de 0 - 5 año*. (pág. 148). Lima: biblioteca central de ministerio de la salud.

Piñero, J. (2014). *Eficacia de los programas de estimulación temprana en el ambito hospitalario en niños de riesgo biologico: estudio longitudinal durante los 18*

- primeros meses de vida de edad corregida*. Tesis Doctoral, Universidad de Murcia, Murcia-España.
- Rojas, G. J. (9 de Octubre de 2012). <http://www.maisondesante.org.pe>. Obtenido de <http://www.maisondesante.org.pe>: <http://www.maisondesante.org.pe>
- UNESCO, O. d. (2010). *Atención y Educación de la Primera Infancia*. Moscú. América Latina y el Caribe: WCECCE.
- Valderrama, S. (2009). *Pasos para elaborar Proyectos y Tesis de Investigación Científica*.
- Valdés, M., & Spencer, R. (2011). *Influencia del nivel de socioeconómico familiar sobre desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años de edad de la ciudad de Talca - Chile*. *Theoria*, 20(2), 29-43.
- Wallon, H. (1985). *Psicología, Ciencia y sociedad*.

ANEXOS

A. Instrumento

1.-Cuestionario

Introducción

Buenos días tenga Ud. Reciba un cordial saludo, soy Nery Copatarqui Calisaya, estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión, el presente cuestionario tiene como finalidad obtener información sobre los conocimientos que Ud. tiene acerca de la estimulación temprana. La información que Ud. Brinde es de carácter anónimo y confidencial. Le agradezco su colaboración. Muchas gracias.

Instrucciones

Marque con una “X” la respuesta que Ud. Considere conveniente.

A. Datos generales

1. Edad de la madre: _____

2. Lugar de Procedencia: _____

3. Número de hijos: _____

4. Edad del niño por el que acude al control: _____

5. Grado de instrucción: _____

a) Primaria completa b) Primaria incompleta c) Secundaria completa

d) Secundaria incompleta e) Superior completa f) Superior incompleta

6. Estado civil:

a) Soltera b) conviviente c) casada d) divorciada

7. Ocupación:

a) Ama de casa b) Independiente c) Empleada del hogar d) Estudiante

B. Información específica

1. La estimulación temprana se define como:

- a) Actividades que se desarrollan en el colegio
- b) Actividades destinadas a desarrollar habilidades en el lenguaje, la inteligencia social y motriz.
- c) Actividades que ayuden a comprender el ambiente nuevo no familiar

2. ¿Cómo considera la estimulación temprana?

- a) Importante b) Muy importante c) Sin importancia

3. La estimulación temprana se debe realizar para:

- a) Favorecer el crecimiento y desarrollo del niño
- b) Incentivar hábitos saludables en la comunidad de las madres
- c) Promover el adecuado desarrollo motor

4. Ud. Considera importante la estimulación temprana, porque:

- a) Facilita el aprendizaje y desarrollo de la personalidad de la madre
- b) Proporciona el niño experiencias para desarrollar habilidades de acuerdo a su edad y área de desarrollo
- c) Proporciona un ambiente exigente para evitar el retraso en su desenvolvimiento.

5. La estimulación permite:

- a) Mejorar más comunicación con los profesionales en salud
- b) Mejorar las habilidades y destrezas para su niño
- c) Adquirir y desarrollar inteligencias múltiples

6. ¿Cuáles son el área de la estimulación temprana?

- a) Social, canciones, movimientos, bailar

b) Visión y movimiento, sonidos, juegos, dormir

c) Lenguaje, coordinación, social, motora

7. La estimulación temprana en el área de movimiento o motora desarrolla

habilidades para:

a) Jugar con sus juguetes

b) Moverse y lograr una postura adecuada

c) Escuchar con atención y realizar un orden

8. Las actividades que se realiza en el niño en el área motora, se expresa en:

a) La fuerza del organismo del niño

b) La fuerza muscular y control de sus movimientos

c) La habilidad del niño para conversar con otras personas

9. Al estimular al niño en el área motora fina, Ud. Debe:

a) Dejar los juguetes cerca para que juegue

b) Dejar hacer ejercicios, vigilando que no ocurra accidentes

c) Darle una caja con agujeros y enseñarle a introducir cosas. IX

10. La estimulación en el área coordinación desarrolla habilidades en el niño para:

a) Comunicarse con los demás

b) Relacionarse con su medio familiar

c) Relacionar el cerebro con los sentidos

11. Ud. Al estimular al niño en su coordinación viso-motora, debe:

a) Alcanzarle un vaso de plástico para que juegue

b) Alcanzarle cubos de madera o cartón para que haga torres

c) Alcanzarle cubos de madera para que juegue

d) Alcanzarle una argolla para que la agarre

12. La estimulación temprana en el área del lenguaje desarrolla habilidades en el niño

para:

- a) Comer con cubiertos en la mesa
- b) Comunicar sus emociones mediante gestos y palabras
- c) Poder pararse a temprana edad.

13. Al comunicarse con el niño Ud. Debe:

- a) Hablarle en forma diminutiva (perrito, gatito, etc.)
- b) Hablarle y sonreírle frente al rostro acompañadas de gestos y mímicas
- c) Dejar que pida algo con gestos y sonidos

14. La estimulación temprana en el área social desarrolla en el niño habilidades para:

- a) Decir palabras con mayor fluidez
- b) Controlar su cuerpo hasta poder sentarse
- c) Integrarse al ambiente familiar y social

15. Para estimular al niño en el área social se debe:

- a) Dejarlo jugar sin compartir juguetes
- b) Dejarlo llorar en su cochecito hasta que se duerma
- c) Dejarlo jugar con otros niños

B. Por áreas y edades

Para estimular él bebe de 0-3 meses en el área motora	SI	NO
16. ¿Ud. le mueve las piernas del bebe haciendo bicicleta?		
17. ¿Ud. Lo coloca boca abajo para que gatee?		
18. ¿Ud. lo coloca de barriguita para que intente levantar la cabeza?		
19. ¿Ud. le cuelga juguetes para que intente tocarlos libremente?		
20. ¿Ud. lo posiciona boca abajo y le da masajes en la espalda para que levante la cabeza?		
21. ¿Ud. cuando termina de bañarlo le permite moverse libremente y que juegue con su propio cuerpo?		
Para estimular él bebe de 0-3 meses en el área de coordinación	SI	NO
22. ¿Ud. le coloca juguetes colgantes, móviles y objetos con colores blancos y negros?		
23. ¿Ud. le coloca juguetes musicales en la cuna?		
24. Ud. le mueve un sonajero hacia arriba y abajo en 15 cm?		
25. ¿Ud. lo coloca boca arriba acerca sus manos frente a sus ojos para que él bebe las observe?		
26. ¿Ud. se mueve de un lado a otro hablándole y sonriéndole, tratando de que él lo siga con la mirada?		
27. ¿Ud. considera perjudicial el uso de las manoplas en los bebes?		
Para estimular él bebe de 0-3 meses en el área del lenguaje	SI	NO
28. ¿Ud. imita los sonidos que hace el bebé?		

29. ¿Ud. le hace gestos con la boca, ojos y nariz frente a su rostro?

30. ¿Ud. le canta mientras lo cambia de ropa?

31. ¿Ud. Cuando le canta lo hace rítmicamente utilizando aplausos?

32. ¿Ud. desde distintas ubicaciones lo llama por su nombre para que trate de ubicarlo con la mirada?

33. ¿Ud. relaja a su bebe a través de canciones infantiles o música clásica?

Para estimular él bebe de 0-3 meses en el área social

SI NO

34. ¿Ud. lo arrulla y le brinda su calor de madre cuando le da de lactar?

35. ¿Ud. permanece frente a él sonriéndole?

36. ¿Ud. cuando lo baña le da juguetes y le brinda confianza?

37. ¿Ud. Cuando sonrío su bebe acaricia su carita?

38. ¿Ud. tiene como habito saludar cuando llega de algún lugar y despedirse de su bebe cuando se retire?

39. ¿Ud. le muestra objetos llamativos que generen en él felicidad?

Para estimular él bebe de 4-6 meses en el área motora

SI NO

16. ¿Ud. Lo sienta con apoyos de cojines?

17. ¿Ud. le coge de las manitos y lo lleva a la posición sentado?

18. ¿Ud. Le estira sus piernas y brazos del bebe frecuentemente?

19. ¿Ud. Llama su atención con objetos sonoros en distintas direcciones para llamar su atención gire su cabeza?

20. ¿Ud. Cuando lo baña permite que juegue con el agua y mueva sus brazos y piernas libremente?

21. ¿Ud. Lo ayuda a aplaudir tomando sus manos hasta que él lo realice solo?

Para estimular él bebe de 4-6 meses en el área de coordinación **SI** **NO**

22. ¿Ud. Se esconde y hace sonar un vaso, para que la busque?

23. ¿Ud. Le ofrece objetos pequeños para que intente cogerlos haciendo pinza con sus dedos, estando a su lado?

24. ¿Ud. Lo deja que coja la cuchara?

25. ¿Ud. Cuando le cambia de ropa, juega cubriéndose el rostro con una tela y que el intente sacarla con sus manos?

26. ¿Ud. Juega con el niño a lanzar objetos a diferentes direcciones?

27. ¿Ud. Le muestra objetos y juega ofreciéndole y pidiéndole el objeto?

Para estimular él bebe de 4-6 meses en el área del lenguaje **SI** **NO**

28. ¿Ud. Le canta canciones infantiles?

29. ¿Ud. Cuando le da de comer le nombra a todas las personas que se encuentran cerca?

30. ¿Ud. Le señala las cosas por su nombre completo?

31. ¿Ud. A la hora del baño y de la alimentación canta suavemente?

32. ¿Ud. Repite los gestos y sonidos que realiza

33. ¿Ud. Lo llama por su nombre sin usar uso de diminutivos o sobrenombres?

Para estimular él bebe de 4-6 meses en el área social **SI** **NO**

34. ¿Ud. Coloca al niño frente a un espejo?

35. ¿Ud. Se coloca frente al bebe y se cubre la cara con una tela?

36. ¿Ud. Cada vez que sonrío hace lo mismo, igual cuando llora o bosteza?

37. ¿Ud. Lo abraza constantemente y le dice que lo quiere?

38. ¿Ud. Le demuestra una sonrisa siempre que el se despierta?

39. ¿Ud. Su familia también participa en el cuidado del bebe?

Para estimular él bebe de 7-12 meses en el área motora

SI NO

16. ¿Ud. lo ayuda a pararse apoyándose en los muebles?

17. ¿Ud. le permite gatear libremente?

18. ¿Ud. Coloca al niño boca abajo con su juguete favorito delante de él?

19. ¿Ud. Le realiza masaje en las rodillas para que se fortalezcan?

20. ¿Ud. Permite coger la cuchara en la hora de los alimentos?

21. ¿Ud. Cree que el uso del andador es adecuado?

Para estimular él bebe de 7-12 meses en el área de coordinación

SI NO

22. ¿Ud. Juega con el a imitar gestos, arrugar papel, aplaudir?

23. ¿Ud. Le permite que coja cosas, como su vaso?

24. ¿Ud. le permite que juegue con libros infantiles dejando que pase las hojas

aunque no lo haga de uno en uno?

25. ¿Ud. Cree que es importante el gateo para el desarrollo de su bebe?

26. ¿Ud. Le permite tocar todo lo que este a su alcance y le llame la atención?

27. ¿Ud. Le permite jugar en el suelo con sus juguetes?

Para estimular él bebe de 7-12 meses en el área del lenguaje	SI	NO
28. ¿Ud. Le enseña los sonidos que emiten cosas y animales (pio-pio, guau-guau)?		
29. ¿Ud. Le canta canciones acompañadas con gestos que el puede imitar?		
30. ¿Ud. Le repite cada uno de sus vocalizaciones?		
31. ¿Ud. Cuando emite sonidos el responde con un sonrisa?		
32. ¿Ud. le nombra los objetos y personas utilizando diminutivos (perrito, gallito, pollito)?		
33. ¿Ud. Cree importante repetir todo lo que dice su bebe?		

Para estimular él bebe de 7-12 meses en el área social	SI	NO
34. ¿Ud. Hace participar al niño en las reuniones familiares?		
35. ¿Ud. Deja que permanezca con otros niños de su edad y adultos?		
36. ¿Ud. Le enseña a expresar diferentes sentimientos con los gestos?		
37. ¿Ud. Cuando su bebe siente miedo o llora le habla con dulzura?		
38. ¿Ud. Permite que su bebe participe en paseos familiares?		
39. ¿Ud. Cree que es importante que tenga un lugar en la mesa a la hora de los alimentos?		

C. Tabla de códigos variable de conocimientos

PREGUNTAS	A	B	C	CÓDIGOS
1	0	2	0	2
2	2	2	0	2

3	2	0	2	2
4	0	2	0	2
5	0	2	0	2
6	0	0	2	2
7	0	2	0	2
8	0	2	0	2
9	0	0	2	2
10	0	0	2	2
11	0	2	0	2
12	0	2	0	2
13	0	2	0	2
14	0	0	2	2
15	0	0	2	2

Respuesta correcta: 2 puntos

Respuesta incorrecta: 0 puntos

D. Tabla de códigos de variable de las 4 dimensiones

PREGUNTAS	SI	NO	CÓDIGOS
16	2	0	2
17	2	0	2
18	2	0	2

19	2	0	2
20	2	0	2
21	2	0	2
22	2	0	2
23	2	0	2
24	2	0	2
25	2	0	2
26	2	0	2
27	2	0	2
28	2	0	2
29	2	0	2
30	2	0	2
31	2	0	2
32	2	0	2
33	2	0	2
34	2	0	2
35	2	0	2
36	2	0	2
37	2	0	2
38	2	0	2
39	2	0	2

Respuesta correcta: 2 puntos

Respuesta incorrecta: 0 puntos