



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

RELACIÓN ENTRE FAMILIA MONOPARENTAL Y RETRASO EN
EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN MENORES DE 5 AÑOS
HOSPITAL SANTA ISABEL

**TESIS PARA OPTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORA:

NÉLIDA VILLAGRA PILLPA

ASESORES:

DRA. MARÍA ROCIO DEL PILAR LLAQUE SÁNCHEZ

MG. ALEJANDRO CORREA ARANGOITIA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

DESNUTRICION INFANTIL

Trujillo – Perú

2018

PAGINA DE JURADO

**RELACIÓN ENTRE FAMILIA MONOPARENTAL Y RETRASO EN EL
DESARROLLO PSICOMOTOR EN MENORES DE 5 AÑOS HOSPITAL SANTA
ISABEL**

MIEMBROS DEL JURADO:



**DR. ANA MARÍA CHIAN GARCÍA
PRESIDENTE DE JURADO**



**DRA. MARIA ROCIO DEL PILAR LLAQUE SANCHEZ
SECRETARIO DE JURADO**



**MG. ALEJANDRO CORREA ARANGOITIA
VOCAL**

Trujillo, diciembre del 2018

DEDICATORIA

Este trabajo científico lo dedico al todopoderoso por permitirme lograr alcanzar hasta esta etapa de mi vida. Por los regocijos y los momentos que he experimentado en mi existencia.

A mi familia, en especial a mis padres: Fidel Villagra Quin y Cristina Pillpa Beza, por ser los pilares fundamentales, gracias por su apoyo incondicional y esmero incansable, por el gran sacrificio de darnos lo mejor, por ser mis guías y mi gran fortaleza, por ayudarme a ser fuerte y persistente, en este camino largo, por la comprensión y paciencia, los amo mucho.

A mis hermanos Rafael y Royer Villagra Pillpa por su apoyo, comprensión y ánimos en continuar y nunca rendirse, los adoro, Infinita gracias.

NÉLIDA VILLAGRA PILLPA

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Cesar Vallejo y a mis docentes, quienes con su experiencia y conocimiento han fortalecido mi formación como profesional en la ciencias de la salud.

A mis asesores, María Rocio del Pilar Llaque Sánchez y Alejandro Correa Arangoitia gracias por sus enseñanzas, paciencia, dedicación y conocimiento, por la calidad de docencia que brindan eh logrado concluir el desarrollo de la presente investigación.

Al hospital distrital Santa Isabel, por brindarme las facilidades de poder aplicar mi proyecto de tesis

A mi familia por el apoyo incondicional durante mi formación médica.

NÉLIDA VILLAGRA PILLPA

DECLARACIÓN DE AUNTENTICIDAD

Yo **NÉLIDA VILLAGRA PILLPA** con DNI **47104403**, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la Tesis titulada **RELACIÓN ENTRE FAMILIA MONOPARENTAL Y RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN MENORES DE 5 AÑOS HOSPITAL SANTA ISABEL**, son:

1. De mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

NÉLIDA VILLAGRA PILLPA
Trujillo, de diciembre del 2018

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: **RELACIÓN ENTRE FAMILIA MONOPARENTAL Y RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN MENORES DE 5 AÑOS HOSPITAL SANTA ISABEL**, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para el título Profesional de Médico Cirujano.

LA AUTORA.

INDICE

Página del Jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaratoria de autenticidad.....	iv
Presentación	v
Índice.....	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Realidad problemática.....	1
1.2. Trabajos previos.....	2
1.3. Teorías relacionadas al tema	5
1.4. Formulación del problema	9
1.5. Justificación del estudio	10
1.6. Hipótesis	10
1.7. Objetivos	11
II. METODO	12
2.1. Diseño de investigación	12
2.2. Variables, operacionalización.....	13
2.3. Población y muestra.....	14
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	15
2.5. Métodos de análisis de datos.....	16
2.6. Aspectos éticos	16
III. RESULTADOS.....	17
IV. DISCUSIÓN.....	19
V. CONCLUSIONES.....	21
VI. RECOMENDACIONES.....	21
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
VIII. ANEXOS.....	28

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la familia monoparental y el retraso en el desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años atendidos en el Hospital Santa Isabel (agosto 2017- setiembre 2018). Se aplicó un estudio de casos y controles; 41 niños con retraso psicomotor (casos) y 82 niños sin retraso psicomotor (control), de una muestra aleatoria en 1679 niños menores de 5 años. Resultados: de 41 casos, 19.5% (8 niños) pertenecieron a familias monoparentales, el 80.5% (33) no pertenecieron a familias monoparentales. De los 82 niños sin retraso en el desarrollo psicomotor (controles), 4.9% (4 niños) pertenecieron a familia monoparental y el 95.1% (78 controles) no pertenecieron a familias monoparentales. Al valorar el riesgo en el grupo de estudio se obtuvo que los niños con familia monoparental tiene más riesgo de presentar retraso en el desarrollo que las otras familiar $OR=4.727$ (IC 95% 1.177 – 20.298). En el estudio predominaron las niñas (52%) y los grupos de edad entre 3 a 36 meses representaron 46%. Se concluye que niños con familia monoparental tienen 4.72 veces más riesgo de presentar retraso en el desarrollo que el resto de niños.

Palabras Clave: niño, familia monoparental y retraso psicomotor

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between single-parent families and delayed psychomotor development in children under 5 years of age attended at the Santa Isabel Hospital from August 2017 to September 2018. A case-control study was applied; 41 children with psychomotor retardation (cases) and 82 children without psychomotor retardation (control), from a random sample in 1679 children under 5 years of age. Results: of 41 cases, 19.5% (8 children) were in single-parent families, and 80.5% (33) were not in single-parent families. Of the 82 children without delayed psychomotor development (control), 4.9% (4 children) were in single-parent families and 95.1% (78 children) were not in single-parent families. In assessing risk in the study group, it was found that children in single-parent families have a higher risk of developmental delay than children who were not in single-parent families $OR=4.727$ (95% CI 1.177 - 20.298). Girls predominated in the study (52%) and age groups between 3 and 36 months represented 46% of the sample. It is concluded that children in single-parent families have 4.72 times more risk of delayed development than other children.

Keywords; Children, single-parent family and psychomotor delay

I. INTRODUCCIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según la organización Mundial de la Salud, la existencia del retraso del desarrollo de la armonización del movimiento, el cual no se explica por un déficit del intelecto o debido a un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido se considera retraso del desarrollo psicomotor (RDSM). En una investigación epidemiológica publicado a fines del 2012 y que abarco varios países, estimaron que en Arabia Saudita la prevalencia de RDSM alcanzó el 3.7%. En China, la prevalencia fue de 5.6% predominando problemas de lenguaje. En Israel se halló una prevalencia de retraso en el DSM de 8,9%. Mientras que en Brasil fue 24.2 %. En Chile un 11% de los niños presenta RDSM y un 30% está en riesgo.^{1,2}

Álvarez M, et al (España, 2010) encontraron que la prevalencia del RDSM fue de 8.7%, en la cual los niños mostraron retrasos, trastornos del desarrollo o tuvieron factores de riesgo para el mismo. Al transcurso del seguimiento el 51,2% sufrieron problemas del desarrollo, en el 11,2% de niños de 0-6 años acontecieron problemas del desarrollo o trastornos de aprendizaje.³

Maslucan I, et al (Trujillo, 2010) en un estudio realizado en Trujillo en el Hospital I Albrecht EsSalud, se analizó que el desarrollo psicomotor del lactante mayor, hallaron el 2% y 34% en riesgo siendo 64% estado normal.⁴

Estudios realizados en la Unión Europea se reportó un incremento del porcentaje de familias monoparentales, la cual alcanzó la cifra de 15%, la mayoría producto del divorcio, siendo el porcentaje más alto en Inglaterra con un 23% y Finlandia con 20%. Solo las familias monoparentales que son debidas al fallecimiento de uno de los padres, su porcentaje se mantiene estable.⁵

En el Perú según ENDES 2012, aproximadamente el 26% de familias peruanas son monoparentales, 22.5% viven con la madre pero no con el padre, mientras que el 4% vive con el padre pero no con la madre, se evaluó un crecimiento del porcentaje de familias monoparentales en los últimos años, migrando de 20.5% en el 2009 a 25% en el 2012. En la Región La Libertad el 19.5% viven con la madre pero no con el padre, mientras que el 2,1% vive con el padre pero no con la madre.⁶

1.2. TRABAJOS PREVIOS

Kacenelenbogen J. et al (Bélgica, 2015), evaluaron el posible impacto de la estructura familiar monoparental sobre ciertos aspectos de la salud somática en niños. El Método fue un estudio transversal basado en datos recogidos en el marco de las consultas de medicina preventiva gratuito en la comunidad francesa de Bélgica en 79701 niños(as) de 7 a 11 meses. Hallaron que el 6,6% de los niños pertenecían a familias monoparentales por separación. El riesgo de retraso psicomotor del niños en familias monoparentales obtuvo un OR=1.2 (IC95% 1.1-1.3; p=0.002). Concluyendo que familias monoparentales son causa independiente de riesgo para la salud somática y desarrollo psicomotor de los niños.⁷

Santelices M. et al (Chile, 2015), relacionaron el desarrollo psicomotor infantil con el tipo de familia, en una muestra de 199 niños(as) de 8 a 24 meses de edad, se aplicó estudio correlacional. Evaluado con la Escala del Desarrollo Psicomotor 0-24 meses. Llegando a la Conclusión que el pertenecer a una familia monoparental incrementa las posibilidades de déficit en el desarrollo psicomotor tras hallar un Chi cuadrado de 5.23 con una significancia de p=0.019.⁸

Auquilla E. (Ecuador, 2012), estimó la prevalencia del retraso del desarrollo y los factores asociados: desnutrición, perímetro cefálico anormal, tipo de familia (monoparental, nuclear, extendida) y tipo de cuidador. Fue un estudio transversal, evaluaron a un total de 50 niños, de los cuales el 18% presentaron retraso psicomotor. Halló que el 4% de los niños sin retraso psicomotor perteneció a familias monoparentales, en comparación con el 8% de niños con retraso en el desarrollo psicomotor perteneció a familias monoparentales, encontrándose diferencias estadísticas significativas ($p < 0.05$).⁹

Huiracocha T. et al (Ecuador, 2012), determinaron la prevalencia de retrasos del desarrollo psicomotor. El estudio transversal se realizó en 462 niños y niñas de 0 a 5 años de edad. El estudio de casos y controles reveló que el 11% presentó retraso, se halló asociación del déficit del desarrollo psicomotriz con la familia monoparental. Estableciéndose que el pertenecer a una familia monoparental se consideraba como factor que incrementa la probabilidad de déficit en el desarrollo psicomotriz con $OR=2,4$ (IC 95% 1.28% A 4.52%). La frecuencia de familias monoparentales en niños con retraso psicomotor fue de 41.7% y de familias monoparentales en niños sin retraso psicomotor fue de 27%.¹⁰

Enríquez R. (México, 2011), estableció la reiteración de desarrollo psicomotor anormal y reconocer los factores biológicos y ambientales relacionados, en niños de 2 años. Fue un estudio: observacional, comparativo. La muestra fue de 287 niños de 2 años de edad. Entre los resultados se halló que el 7.7% tuvieron retraso en el desarrollo psicomotor y las familias monoparentales 10%, sin embargo, no hubo diferencias significativas entre familias monoparentales y otros tipos familiares en el retraso del desarrollo psicomotor Chi cuadrado 2.55 con una significancia de $p=0.43$.¹¹

Sachdeva S. et al (India, 2010), estimaron la prevalencia de retardo de desarrollo global en niños menores de 3 años de edad y sus factores determinantes. El método de estudio fue descriptivo, con un total de 468 (243 niños y 225 niñas) niños de 0 a 3 años. El 7.1% de niños presentaron retardo de desarrollo global. El pertenecer a familia monoparental es un factor de riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor con OR= 2.5 (IC 95% 1.72 a 3.45; p=0.003). Concluyeron que el retraso en el desarrollo puede predecirse por factores biológicos sociales y ambientales específicos como es la monoparentalidad.¹²

Schonhaut L. (Chile ,2010), determino el desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años. Fue una investigación tipo transversal descriptivo, conformado por lactantes y preescolares, que se atendieron en forma habitual en las consultas de pediatría ambulatoria. La duración de la deficiencia en el desarrollo psicomotriz fue 31% al octavo mes, 8% al décimo octavo mes y 3% al trigésimo mes, no encontrándose variabilidad según género. Al octavo mes el retraso motor grueso se hizo más evidente y ulteriormente el lenguaje. Llegaron a la conclusión que el resultado de la estimulación y los patrones de crianza en la familia influye en el desempeño de los niños.¹³

Yanarico A. (Perú, 2013), determinó los determinantes sociales y culturales maternos y el nivel de desarrollo psicomotriz del infante por debajo de seis meses de vida. Fue una investigación tipo descriptivo, aplicado a 140 madres y menores hijos de cinco años. Hallaron que el grado de desarrollo psicomotor fue en un 81% de los infantes tuvieron un desarrollo psicomotriz dentro de la normalidad; el 14% estuvieron con bajo riesgo y el 4% con déficit en el desarrollo. El porcentaje de familias monoparentales fue 16.4% y que tuvieron retardo en el desarrollo psicomotor, encontrándose relación entre ambas variables Chi cuadrado 3,88 con una p=0.047. Concluyeron que hay la presencia sociales y culturales que afectan el grado de desarrollo psicomotriz en el infante.¹⁴

Alvarado F. (Perú, 2013), determinó los componentes sociodemográficos maternos que intervinieron en la práctica de estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños lactantes asistentes al control de Crecimiento y Desarrollo. Aplicó un estudio de tipo cuantitativo, observacional. Incluyó a 44 lactantes con sus respectivas madres. Se determinó que los factores sociodemográficos maternos son favorables según grado de instrucción 68%, ocupación 82%, estructura familiar 68% y vivienda 64%. En el caso de la estructura familiar el tener una familia nuclear en comparación con la monoparental se correlaciona con el desarrollo psicomotriz con una OR=2,14 y significancia estadística de $p=0.0017$. Concluyó que la estructura familiar se relaciona con el desarrollo psicomotriz.¹⁵

Herrera C, et al (Perú, 2012), evaluaron el desarrollo psicomotor de los menores de cuatro años en una institución educativa inicial. Fue una investigación transversal realizada en cincuenta y tres niños. Hallaron que el 92% de infantes tuvo desarrollo normal; el 6 % riesgo, y 2% retraso. El 28% de los niños tuvieron madres adolescentes y tenía desarrollo normal. El 62,2% de los niños de madres con grado de instrucción secundaria tenía desarrollo normal, El 62% de los niños de madres no casadas tuvieron desarrollo normal y 6% riesgo, mientras que solo el 2% de los niños de madres casadas tenía retraso.¹⁶

1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

Familia monoparental es definida como aquellas familias formadas por un único individuo de la pareja progenitora, produciéndose pérdida la relación afectiva con los hijos no independientes, de forma prolongada, con uno de los padres. Esta nueva forma de familia se extendió por el mundo.¹⁷

En cuanto a las características, existen 5 situaciones de monoparentalidad: madres solteras, separación conyugal o divorcio, fallecimiento de un progenitor, adopción por personas solteras, ausencia permanente o prolongada de un progenitor: Enfermedades y hospitalización, motivos laborales, emigración, encarcelación, exilio y guerra.¹⁸

En el 2013 en España los hogares monoparentales, están mayoritariamente constituidos por madre con hijos (1.412.800, el 82,7% del total, frente a 294.900 de padre con hijos). El 56,4% de las familias monoparentales, está formado por mujeres de 40 o más años. En el Perú se realizó un estudio en el norte de Lima encontrándose que la frecuencia de familias monoparentales alcanzó el 11%.¹⁹

El estado monoparental familiar es diversa y trasciende en varios entornos de la rutina diaria. La posición de estas familias no es homogénea, están compuestas por uno de los padres (especialmente la madre) conllevando esta situación variable a veces difícil de acuerdo a las circunstancias de cada cual y de ciertas variables como el grado de instrucción, trabajo e ingreso económico. Las razones de la familia monoparental son variadas: La diferencia de la esperanza de vida entre hombres y mujeres (viudez), deja a muchas mujeres con carga familiar. La tradición es responsable que la madre se encargue de cuidar a sus hijos, facilitando que los hombres contraigan matrimonios o formalicen un estado de conviviente luego de separarse, divorciarse o enviudar e incluso casarse nuevamente.^{20, 21}

El Trastorno del Desarrollo Psicomotor se define como la presencia en los primeros años de vida, de problemas de desarrollo; cognitivos, motores, sensoriales o comportamiento, y pueden ser estos, transitorios que involucran la biología, factores psicológicos y sociales. Se caracteriza por la alteración del desarrollo de la coordinación motora, el cual interfiere significativamente en el desarrollo de la vida del niño, estas alteraciones pueden ser torpezas,

retrasos en el desarrollo motor de la infancia como gatear, caminar, sentarse, abotonarse la camisa y amarrar las agujetas de los zapatos, escribir, dibujar. Se encuentra asociado con retraso en otras áreas del desarrollo motor como el trastorno fonológico, del lenguaje, receptivo-expresivo, torpeza en los reconocimientos y motricidad al intentar correr, coordinación óculo-manual y óculo-pedal.^{22, 23}

Alteraciones del desarrollo psicomotor están vinculadas con abandono y bajo rendimiento escolar, trastornos neurológicos, psiquiátricos, emocionales y conductuales, carencia en las habilidades sociales, dificultad de aprendizaje, menores oportunidades laborales y morbilidad en la adultez. Por eso la intervención precoz representa un mayor impacto en el futuro de los infantes con deficiencias en el desarrollo. Se evalúa el desarrollo al infante desde el nacimiento hasta los menores de cinco años acorde a los periodos señalados y realizado por enfermero(a) en establecimientos de salud.^{23, 24}

El análisis del crecimiento radica en la observación y utilización de test de desarrollo, lo que admite encontrar los denominados signos de alarma que es la manifestación clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no indica, necesariamente la certeza de patología neurológica, pero su hallazgo obliga a tener su búsqueda estricta del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica. Para diagnosticar la orientación debe realizarse exclusivamente a través de la historia o registro clínico y examen físico. Se evalúan los referentes de la familia conocidos como el antecedente familiar, obstétrico y perinatal, el crecimiento dentro del área psicomotriz y el contacto sociocultural y el desenvolvimiento de infante.²⁵

El instrumento para la evaluación del desarrollo de la niña y niño de 0 a 30 meses es el Test Peruano de Desarrollo del Niño (TPD). El Test determina un sin número de acciones: A) Comportamiento motriz y de postura, que involucra: dominio del movimiento del tronco y cabeza – en las posiciones sentadas y la ambulación. B) comportamiento visual motriz, que integra el uso

del miembro superior y mano con la visualización. C) Comportamiento del lenguaje, que integra: el lenguaje comprensivo, así como el tipo expresivo con la audición. D) Comportamiento social personal, que está conformada con aspectos relacionados con la higiene, vestimenta, alimentación actividad lúdica, comportamiento social, aprendizajes y coeficiente de la inteligencia ²⁶

La interpretación de los resultados va a depender del Test utilizado. Tras evaluar infantes entre 0 a 30 meses usando el Test Peruano de desarrollo del niño, se concluye que: a) Desarrollo normal: si el infante ejecuta la totalidad de conductas establecidas acorde a su tiempo de vida, b) Riesgo para trastorno del desarrollo: es cuando el infante ejecuta la totalidad de parámetros establecidos considerando el tiempo de vida y tiene por lo menos un factor considerado riesgo c) Trastorno del desarrollo: cuando el infante no realiza una o más de los parámetros valorados conforme el tiempo de vida y hallándose desviación a la izquierda al mes en único parámetro. Desviación a la izquierda de un mes en dos a más parámetros. Desviación a la izquierda de dos meses a más en único parámetro. Desviación a la izquierda de dos meses o más en dos o más parámetros. Desviación a la izquierda de único parámetro, asociado a un factor de considerada como riesgo. ²⁷

En los infantes de tres y cuatro años se usa el Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) o PB (conocido como Pauta Breve). El Test evalúa resultados en las áreas de sociabilidad, lenguaje, motricidad y coordinación, aplicándose con la colaboración de los padres o apoderados del niño, en un ambiente apropiado. Para el manejo de los mecanismos de evaluación, el enfermero(a) debe tener experiencia en aplicar las guías y baterías respectivas para las referidas pruebas, asegurando que, tras evaluar el el resultado, se centre en el infante y no en el material impreso, aplicándose con el infante tranquilo y en aparente buena condición de salud. En los infantes con prematuridad se realizará en instituciones sanitarias de nivel II o

III; y realizado por el médico pediatra, enfermero(a) o médico general y se aplicará la edad corregida hasta los 24 meses de vida. ²⁸

La evaluación del infante de tres y cuatro años se ejecuta aplicando el Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) o Pauta Breve (PB) cuyo resultado se clasifica en a) Desarrollo normal: si el menor presenta el cumplimiento de la totalidad de conductas estudiadas considerando su tiempo de vida establecido. Déficit del desarrollo: al presentar una o más condiciones o ítem se hallen en curso de desarrollo o no logra ejecutarlo. El conocimiento de trastorno psicomotor que afecta en sus primeros tres años de vida representan una lenta secuencia para su edad y/o afectada de manera cualitativa. ²⁹

Es necesario diferenciar un global retraso psicomotor, que daña las adquisiciones motrices y el ritmo de aparición del ingenio para la comunicación, juego y resolución de la problemática conforme su tiempo de vida; en esta situación pensar que el déficit psicomotor continua durante los primeros años sean preámbulo del retraso mental a futuro. En otros aspectos dicho retraso es evidente en una específica área evaluada, como el adquirir posturas de tipo motriz (la mayoría se acompaña de anomalías de tipo cualitativa de la tonicidad muscular), lenguaje o interacción de tipo social. ²⁹

El ser parte de una familia monoparental afecta el desarrollo psicomotor del niño, dificultando es que tenga obstáculos en educar en cada etapa de la vida, lo cual incluye que no haya parámetros y comportamientos rutinarios que le aseguren la salud dentro del aspecto mental, física y las emociones que a su vez provoque en su ambiente académico. Es allí, la importancia de centrar los principios de organización del entorno familiar, preparando al niño como un individuo que se integra al grupo social. ³⁰

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre la familia monoparental y el retraso en el desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años atendidos en el Hospital Santa Isabel durante el periodo agosto 2017 a setiembre 2018?

1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio es conveniente ya que cada año los niños afrontan la disolución de sus hogares, aspecto que acarrea en ellos el olvido de una de las figuras (ya sea materna o paterna), de su núcleo familiar, esto origina en ellos trastornos en su desarrollo psicomotor, tanto en la escuela como en las correlaciones interpersonales. El estudio permite comprender en qué medida el desarrollo psicomotor se ve afectado por determinantes sociales como es la estructura familiar, en este caso monoparentalidad.

La importancia social es que si las variables planteadas como factores tienen implicancia en el desarrollo psicomotor, se podrían implementar actividades preventivas promocionales que detectan y luego refuerzan el estímulo en las áreas afectadas mencionadas evitando la existencia ulterior de discapacidades, deficiencias y trastornos en la salud, de allí la pertinencia del presente estudio.

La implicancia práctica es que los resultados favorecerán no solo a la población infantil asignada al Hospital Santa Isabel sino también a la población pediátrica en general.

1.6. HIPÓTESIS

Hi. - La familia monoparental se relaciona con el retraso en el desarrollo psicomotor en menores de 5 años atendidos en el Hospital Santa Isabel, durante el periodo agosto 2017 a setiembre 2018.

Ho. - La familia monoparental no se relaciona con el retraso en el desarrollo psicomotor en menores de 5 años atendidos en el Hospital Santa Isabel, durante el periodo agosto 2017 a setiembre 2018.

1.7. OBJETIVOS

1.7.1. General:

Determinar la relación entre la familia monoparental y el retraso en el desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años atendidos en el Hospital Santa Isabel, durante el periodo agosto 2017 a setiembre 2018.

1.7.2. Específicos

- Establecer la frecuencia del retraso psicomotor en niños con familia monoparental
- Establecer la frecuencia del retraso psicomotor en niños sin familia monoparental.
- Determinar el riesgo de retraso de psicomotor en los niños de familias monoparentales.

II. MÉTODO

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y TIPO DE INVESTIGACIÓN:

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Fue de carácter aplicativo

DISEÑO DE INVESTIGACION:

Descriptivos, No experimental de casos y controles

VI ← VD

FACTOR DE RIESGO	EFECTO:RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR	
	SI	NO
Con familia monoparental	A	B
Sin familia monoparental	C	D
	CASO	CONTROL

CASO: Se consideró niños con retraso en el desarrollo psicomotor con o sin familia monoparental

CONTROL: Se consideró niños sin retraso en el desarrollo psicomotor con o sin familia monoparental.

2.2. VARIABLES Y OPERALIZACIÓN

Variable independiente: Familia monoparental. Cualitativa nominal

Variable dependiente: Retraso en el desarrollo psicomotor. Cualitativa nominal

Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable
Familia monoparental	Aquellas familias compuestas por un solo miembro de la pareja progenitora y en las que de forma prolongada, se produce una pérdida del contacto afectivo con los hijos no emancipados, con uno de los padres. ¹⁷	Se determinó la familia monoparental según la manifestación de la persona encuestada.	Familia monoparental Familia no monoparental	Cualitativo nominal
Retraso en el desarrollo psicomotor	Es la presencia en la primera etapa de vida, de alteraciones de desarrollo, tanto motor cognitivo, de tipo sensorial o del comportamiento, siendo, transitorio o definitivo, debido a ciertos acontecimientos que afectan la salud o de relación con el medio que los rodea ²¹	Se determinó el retraso en el desarrollo psicomotor evaluando 4 áreas (lenguaje, motricidad, coordinación y social) aplicando el Test Peruano de Desarrollo del Niño 0 a 3 años. Y el Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor o PB (Pauta Breve) en niños de 3 a 4 años. Según el MINSA ²⁶	Con retraso en el desarrollo psicomotor Sin retraso en el desarrollo psicomotor	Cualitativo nominal

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN: Para efectos del presente estudio estuvo conformada por 1679 niños menores de 5 años atendidos en Hospital Santa Isabel en el periodo de agosto a setiembre 2018.

MUESTRA:

Tamaño de muestra: La muestra se calculó mediante la fórmula para comparar dos promedios, correspondiente al estudio de casos y controles.³¹. La muestra estuvo conformada por 41 casos y 82 controles (Ver anexo 01)

Unidad análisis: Cada niño menor de 5 años atendido en Hospital Santa Isabel y cumplió con los criterios de selección establecidos

Unidad de muestra: cada historia clínica de menor de 5 años atendido en Hospital Santa Isabel

Muestreo: Fue de tipo aleatorio simple tanto en los casos como en los controles.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Menor de 5 años que se controla rutinariamente en el Hospital Santa Isabel

Criterios de exclusión:

- Menor de 5 años con déficit psicomotor desde el nacimiento
- Menor con malformaciones congénitas mayores o enfermedades cardiovasculares o enfermedades consuntivas

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

LA TÉCNICA: Se aplicó la técnica de revisión documentaria, en este caso la revisión de las historias clínicas de los pacientes.

PROCEDIMIENTO: Una vez obtenido el permiso correspondiente del responsable del establecimiento para tener acceso a la base de datos y las historias clínicas de los pacientes, se procedió recoger la información en una ficha de recolección de datos, teniendo en cuenta la técnica de muestreo descrita anteriormente y los criterios de inclusión y exclusión en el estudio. (Ver anexo 02)

INSTRUMENTO: Se elaboró una ficha de recolección de datos que incluyó la siguiente información: El número de historia clínica, el género y la edad de cada menor. Si pertenecía o no a una familia monoparental y si tenía o no retraso en el desarrollo psicomotor. (Ver anexo)

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validación del instrumento estuvo a cargo de tres médicos especialistas en medicina familiar y pediatría, quienes mediante validación por experiencia darán su opinión sobre la validez del instrumento. Es necesario resaltar que la investigadora recogió solo los datos descritos en la historia clínica, donde también se halló la hoja de evaluación de desarrollo psicomotor del niño entre 0 a 30 meses se aplicó el Test Peruano de desarrollo del niño. (TPD). En los infantes de tres y cuatro años se usó el Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) o PB (conocido como Pauta Breve). Ambos test validados por el ministerio de salud del Perú y aplicados desde hace más de dos décadas en nuestro país.

2.5. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La información transcrita en la ficha de recolección de datos, fue procesada en la base de datos en el programa IBM SPSS 24.0 versión para Windows, la información se presenta en la tabla tetracórica. Para valorar el riesgo se obtuvo el OR, con el respectivo Intervalo de Confianza al 95% adicional al Chi cuadrado y P significancia

2.6. ASPECTOS ÉTICOS:

El estudio se realizó respetando los criterios de la Normas de Ética en la investigación considerados en la Declaración de Helsinsky³², considerando que es un estudio descriptivo, se preservó la confidencialidad y la información obtenida sólo tendrá acceso a ella el personal investigador. Se obtuvo también la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias Médica de la Universidad César Vallejo de Trujillo y del Hospital II Santa Isabel del Porvenir para realizar la investigación.

III. RESULTADOS

TABLA N° 1.- RELACIÓN ENTRE LA FAMILIA MONOPARENTAL Y EL RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SANTA ISABEL DURANTE EL PERIODO 2017-2018

FACTOR DE RIESGO TIPO DE FAMILIA	EFECTO: RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR				TOTAL	
	SI		NO		N ⁰	%
	N ⁰	%	N ⁰	%		
Con familia monoparental	8	19.5%	4	4.9%	12	9.8%
Sin familia monoparental	33	80.5%	78	95.1%	111	90.2%
TOTAL	41	100%	82	100%	123	100 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

OR= 4.727 IC 95% (1.177 – 20.298)

CHI²= 6.649 p= 0.010

TABLA N°2 CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN EN NIÑOS CON Y SIN RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SANTA ISABEL DURANTE EL PERIODO 2017-2018

Tabla cruzada Edad / Sexo

SEXO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
EDAD	N	%	N	%	N	%
3-18	26	21.2%	31	25.2%	57	46%
18-36	25	20.3%	27	22.0%	52	42%
36-53	8	6.5%	6	4.9%	14	11 %
TOTAL	59	48,0 %	64	52,0 %	123	100 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

IV. DISCUSIÓN

El Hospital Santa Isabel es un establecimiento II-1, centro de referencia de 9 establecimientos de salud en el distrito del Porvenir, con una población asignada que supera los 160,000 habitantes. A continuación se describe los resultados de la presente investigación. En el estudio se evaluó la relación entre la familia monoparental y el retraso en el desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años atendidos en el Hospital Santa Isabel, durante el periodo agosto 2017 a setiembre 2018, para lo cual se planteó desarrollar un estudio de casos y controles (41 casos y 82 controles) obteniéndose los siguientes resultados.

En la Tabla N° 1, existen 41 niños con retraso psicomotor de los cuales el 19.5% (8 casos) pertenecieron a una familia monoparental, mientras que el 80.5% (33 casos) no fueron integrantes de familia monoparentales. En cambio de un total de 82 niños que no tuvieron retraso en el desarrollo psicomotor el 4.9% (4 controles) pertenecieron a familia monoparental, mientras que el 95.1% de niños (78 controles) no tuvieron retraso en el desarrollo psicomotor como tampoco pertenecieron a familias monoparentales

Por otro lado, se describe el riesgo estimado como un OR de 4.727, IC 95% (1.177 - 20.298), $\chi^2 = 6.649$ y $p = 0.010$, interpretándose que los niños con familia monoparental tienen 4.72 veces más riesgo de presentar retraso en el desarrollo psicomotor. Estos datos son mayores a los reportados por Huiracocha T. et al.¹⁰ (OR=2,4). Sachdeva S. et al.¹² (OR= 2.5) y Alvarado F.¹⁴ (OR=2,14) y Kacenenbogen J. et al.⁷(OR=1.2)

La asociación o relación de causalidad entre las variables de estudio, se debe a que al recaer la responsabilidad de la tutela del cuidado de los niños en uno de los padres (familia monoparental) se presenten obstáculos que dificultan el desarrollo psicomotor del niño, por la falta de tiempo y monitoreo del desarrollo del niño, dejando dicho cuidado a menores de edad o personas que no se

involucran en el cuidado del menor de cinco años, como lo haría la madre. De allí la importancia de organizar un entorno familiar, que consiga preparar al niño como un individuo que se integra al grupo social, situación que muchas veces no es alcanzado cuando la familia está a cargo de uno de los padres.³⁰

Por otro lado el estado conyugal materno juega un papel preponderante en la estimulación del niño, puesto que las familias que tienen ambos padres juntos contribuyen a una mejor estimulación en el desarrollo que cuando la familia es monoparental. Además si las familias monoparentales están en un escenario donde existe pobreza y extrema breza, el retraso en el desarrollo psicomotor es mayor. Es importante recalcar que la cantidad de horas que se comparte con los infantes, tiene menor impacto que cuando estas son en menor cantidad pero con mayor calidad, propiciando una mejor estimulación en su desarrollo.^{29, 30}

En la Tabla N°2, se observa la distribución de la población según edad y sexo; predominaron en el estudio las mujeres (52,0 %) y según la edad el 46% tuvo entre 3 a 18 meses y el 42% fueron mayores de 18 a 36 meses.

V. CONCLUSIÓN

1. La frecuencia del retraso psicomotor en niños con familia monoparental fue 19.1%.
2. La frecuencia del retraso psicomotor en niños sin familia monoparental, fue de 4.9%
3. El pertenecer a una familia monoparental en el estudio se evidenció ser un factor de riesgo de retraso psicomotor en el menor de cinco años (OR=4.727).

VI.- RECOMENDACIONES

- 1) Ampliar el estudio considerando otras variables que se asocian al retraso del desarrollo psicomotor, de manera que permita ver de manera panorámica el impacto que tienen ciertos factores en este tipo de retraso.
- 2) Impulsar la estrategia de crecimiento y desarrollo, con la participación del grupo multidisciplinario de profesionales que permita realizar intervenciones en el ámbito familiar de apoyo entre los integrantes mediante prácticas de estimulación precoz especialmente si el niño pertenece a una familia monoparental.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. World Health Organization. Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: a review. Turkey. World Health Organization Library. 2012. Libro en internet. (Citado 13 de junio del 2017). Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97942/1/9789241503549_eng.pdf
2. Consejo de Salubridad. Guía de Referencia Rápida. Detección del trastorno específico del desarrollo psicomotor en Niños de 0 a 3 años. Rev. México DF. Secretaria de Salud. 2014. (Citado 16 de junio del 2017) Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-734-14-Trastorno_del_desarrollo_psicomotor_en_ninos/734GRR.pdf
3. Álvarez M, Soria J. Sánchez-Ventura G. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. Rev. Pediatría Aten Primaria. 2009 [citado 15 de Setiembre del 2015]; 11:65-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n41/5_original4.pdf
4. Maslucan I, Velayarce L, Rodríguez Y. Conocimiento materno sobre estimulación temprana y desarrollo psicomotor del lactante mayor. EsSalud, Trujillo, 2010. Rev. In Cres.2013 [citado 12 de Setiembre del 2014]; 4(2):327-336 Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/9/7>
5. Fondo para el fomento de investigación de protección social. Revisión de la protección de las familias monoparentales por parte de la seguridad social. Madrid. Fondo para el fomento de investigación de protección social. 2011. Artículo en internet (Citado 2 de Abril del 2015) Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/146758.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, Lima. INE. 2013. Artículo en internet (Citado 1

de Abril del 2015) Disponible en:

<http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>

7. Kacenenbogen J, Dramaix W, Schetgen M, Roland M. Not living with both parents is associated with more health- and developmental problems in infants aged 7 to 11 months: a cross sectional study. Rev BMC Public Health 2015, 15:159. (Citado 2 de Octubre del 2015). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/159>
8. Santelices M. Besoain C. Escobar. Monoparentalidad, trabajo materno y desarrollo psicomotor infantil: Un estudio chileno en niños que asisten a salas cuna en contexto de pobreza. Journal Universitas Psychologica, Rev. 14(2): 15-25. (Citado 1 de Octubre del 2015). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/2925/10705>
9. Auquilla E. Prevalencia de los retrasos del desarrollo y los factores asociados en niños y niñas menores de tres años de edad que asisten al programa de estimulación temprana del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba, 2012. Tesis de grado. Universidad de Cuenca. Riobamba. Ecuador. 2012. (citado, 22 de Setiembre del 2015). Disponible en: <tp://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3776>
10. Huiracocha T., Robalino G, García A., Pazán C., Angulo A. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. Revista semestral de DIUC MASKANA, 3(1), 2012. Disponible en: [http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5385/1/MASKANA%20si6396%20\(2\).pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5385/1/MASKANA%20si6396%20(2).pdf).
11. Enríquez R. "factores asociados a desarrollo psicomotor anormal en niños de 2 años de edad." Tesis de grado. Universidad Veracruzana Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Veracruz Sur Unidad De Medicina Familiar. México, 2011. (Citado 17 de Setiembre del 2015). Disponible en:

- <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/32307/1/francisco%20enriquez.pdf>.
12. Sachdeva S, Amir A, Alam S, Khan Z, Khaliq N, Ansari A. Global Developmental Delay and Its Determinants Among Urban Infants and Toddlers: A Cross Sectional Study. *Indian J Pediatr* (2010) 77:975–980 (Citado 23 de Setiembre del 2015). Disponible en: <http://medind.nic.in/icb/t10/i9/icbt10i9p975.pdf>
 13. Schonhaut L. Desarrollo psicomotro en niños de nivel socioeconómico medio-alto .Facultad de medicina clínica Alemania Universidad del desarrollo. 2010. Artículo en internet disponible en : <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v81n2/art04.pdf>
 14. Yanarico A., Factores socioculturales de las madres y el Grado de desarrollo psicomotor del niño de 1 a 6 meses del Hospital de Emergencias Grau. NIVEL III ESSALUD. ABRIL 2013. Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería Escuela de enfermería Padre Luis Tezza. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/355/1/Yanarico_ac.pdf
 15. Alvarado F. Factores sociodemográficos maternos que influyen en la práctica de estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños lactantes Centro de Salud José Carlos Mariátegui. Tesis Escuela de Enfermería de Padre Luis Tezza. Lima Perú. 2013. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/308/1/Alvarado_fd.pdf
 16. Herrera C, Inga D, Requena M, Tam E. Desarrollo psicomotor de niños de 4 años de edad según características sociodemográficas de la madre, Lima – Perú 2011. *Rev enferm Herediana*. 2012; 5(2):72-77. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/File/2415/2359>
 17. Vidal F. Horizontes de la familia ante el Siglo 21. Madrid. Editorial de la Universidad Pontificia Comillas. 2011 Libro en internet (Citado 2 de Setiembre del 2015). Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=jyg_P_PI8HwC&pg=PA65&dq=familia+monoparental&hl=es&sa=X&e

[i=i LYjVbfRJcaRsAWp9YHADQ&ved=0CDcQ6AEwBTgK#v=onepage
&q=familia%20monoparental&f=false](http://www.ine.es/prensa/np837.pdf)

18. Instituto Nacional de Estadísticas de España. Encuesta Continua de Hogares Año 2013. Datos Provisionales. Madrid 2014. Artículo en internet Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np837.pdf>
19. Torres C. España 2015: Situación social. Madrid. Centro de estudios sociológicos. 2015. Libro en internet (citado 22 de setiembre del 2015). Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?id=-KQPCwAAQBAJ
&pg=PA363&dq=la+familia+monoparental+en+espa%C3%B1a&hl=es&
sa=X&ved=0ahUKEwjs1qukru_UAhUB5SYKHdQLCko4ChDoAQgfMAA#v
=onepage&q=la%20familia%20monoparental%20en%20espa%C3%B1a&
f=false](https://books.google.com.pe/books?id=-KQPCwAAQBAJ&pg=PA363&dq=la+familia+monoparental+en+espa%C3%B1a&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjs1qukru_UAhUB5SYKHdQLCko4ChDoAQgfMAA#v=onepage&q=la%20familia%20monoparental%20en%20espa%C3%B1a&f=false)
20. Ugarte R. La familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes. Área Comunidad Educativa, CEDRO. 2009 pp 148-149. (Citado 13 de Setiembre del 2015). Disponible en: http://www.venumperu.com/friesgo_cap5_p130_169.pdf
21. García M. Rivera S, Díaz R. Continuidad y cambio en la familia: Factores intervinientes. México DF. Manual Moderno. 2015. (Citado 13 de Setiembre del 2015). Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?id=
Ka9YCgAAQBAJ&pg=PT34&dq=la+familia+monoparental&hl=es&sa=X&
ved=0ahUKEwjJz6-hrO_UAhWDQiYKHf9GCUA4ChDoAQg_MAY#v=
onepage&q=la%20familia%20monoparental&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=Ka9YCgAAQBAJ&pg=PT34&dq=la+familia+monoparental&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjJz6-hrO_UAhWDQiYKHf9GCUA4ChDoAQg_MAY#v=onepage&q=la%20familia%20monoparental&f=false)
22. Avilés M. La monoparentalidad masculina en España. Centro de investigación Sociológica. 2013. Libro en internet. Disponible en : [https://books.google.com.pe/books?id=ZrzSCQAAQBAJ&pg=PR6&dq=fa
milia+mo%C3%B1oparental&hl=es&sa=X&ved=0CDAQ6AEwBTgoahUKE
wiur4IpLbIAXEJB4KHS4TCBk#v=onepage&q=familia%20mo%C3%B1opa
rental&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=ZrzSCQAAQBAJ&pg=PR6&dq=familia+mo%C3%B1oparental&hl=es&sa=X&ved=0CDAQ6AEwBTgoahUKEwiur4IpLbIAXEJB4KHS4TCBk#v=onepage&q=familia%20mo%C3%B1oparental&f=false)
23. Cabezuelo G, Frontera P. El desarrollo psicomotor: Desde la infancia hasta la adolescencia. Madrid. Narcea ediciones. 2010. (Citado 16 de setiembre del 2015). Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=pvl86>

[Y6lOoC&pg=PA39&dq=desarrollo+psicomotor+en+ni%C3%B1os&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjosIDisO_UAhVF4iYKHZQRClOQ6AEIIDAA#v=onepage&q=desarrollo%20psicomotor%20en%20ni%C3%B1os&f=false](http://www.scielo.org/pe/pdf/pap/v13s20/seminario07.pdf)

24. López J. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. trastornos generalizados del desarrollo. Rev. Pediátrica atención primaria .Madrid nov – 2011; 13(20):45-49. .Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13s20/seminario07.pdf>
25. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años: Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011
26. MINSA. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2010. Libro en internet [citado 27 de Setiembre del 2015] Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/manual_CRED.doc.
27. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, Periodo 2014 al 2016. Artículo en internet (Citado 2 de Setiembre del 2015). Disponible en: http://elecciones.mesadeconcertacion.org.pestatic/download/MINSA_Plan_para_reducir_la_DCI_Anemia_2014_2016.pdf
28. Cabezuelo G, Frontera P. El desarrollo psicomotor. Desde la infancia hasta la adolescencia. Madrid. Narcea ediciones. 2010. Libro en internet (Citado 1 de Octubre del 2015) Disponible en: http://books.google.com.pe/books?id=pvl86_Y6lOoC&pg=PA181&dq=trastorno+psicomotor+en+ni%C3%B1os&hl=es&sa=X&ei=687yU47fD83lsAT5gIFA&ved=0CCQQ6AEwAjkK#v=onepage&q=trastorno%20psicomotor%20en%20ni%C3%B1os&f=false
29. Fenichel G. Neurología pediátrica clínica: Un enfoque por signos y síntomas. 6ª ed. Barcelona. Elsevier España SL 2010. (Citado 7 de Setiembre del 2015). Disponible en:

http://books.google.com.pe/books?id=aHC_s1hGAroC&printsec=frontcover&dq=trastorno+psicomotor+en+ni%C3%B1os&hl=es&sa=X&ei=687yU47fD83IsAT5qIFA&ved=0CBgQ6AEwADgK#v=onepage&q=trastorno%20psicomotor%20en%20ni%C3%B1os&f=false

30. Menéndez L, Fernández M, Hernández M, Busó C, Burillo J, Durán A. Escuela de padres y madres. Madrid. Ministerio de educación cultura y deporte. Ediciones Aula Mentor. 2010. (Citado 11 de Setiembre del 2015) Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=490IAwAAQBAJ&pg=PT217&dq=la+familia+monoparental+Y+EL+DESARROLLO+PSICOMOTOR&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi_0aqZsu_UAhUFWsYKHe84ADUQ6AEIJDA#v=onepage&q=la%20familia%20monoparental%20Y%20EL%20DESARROLLO%20PSICOMOTOR&f=false
31. Wayne D. Bioestadística, base para el análisis de las ciencias de la salud. 4ª ed. Editorial Limusa Wiley. 2009.
32. Asociación Médica Mundial. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, (Citado 1 de Noviembre del 2015). Artículo en internet Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage)
33. Ministerio de Economía y Finanzas. Clasificador del gasto. MEF. 2015. (Citado 12 de Octubre del 2015). Publicación en internet Disponible en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/archivosdescarga/Anexo_2_clasificador_gastos_RD027_2014EF5001.pdf

VIII. ANEXOS

ANEXO 01

TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{(Z\alpha \sqrt{(c+1)p(1-p)} + Z\beta \sqrt{c p^1(1-p^1) + p^2(1-p^2)})^2}{c(p^2 - p^1)^2}$$

$$Z\alpha = 1.96$$

$$Z\beta = 0.84$$

$$P1 = 0.08 \text{ (Auquilla E.}^9\text{)}$$

$$P2 = 0.04 \text{ (Auquilla E.}^9\text{)}$$

$$Q1 = 1 - P1 = 0.92$$

$$Q2 = 1 - P2 = 0.96$$

$$n = 41$$

$$c = 2 \text{ controles por cada caso}$$

La muestra será 41 casos y 82 controles, totalizándose 123 niños.

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RELACIÓN ENTRE LA FAMILIA MONOPARENTAL Y EL RETRASO EN EL
DESARROLLO PSICOMOTOR EN MENORES DE 5 AÑOS HOSPITAL SANTA
ISABEL DURANTE EL PERIODO 2017-2018

N° FICHA:

H.C:

FECHA DE DX:

A. Edad

B. Sexo

C. RETRASO DESARROLLO PSICOMOTOR

SI ()

NO ()

D. FAMILIA MONOPARENTAL

SI ()

NO ()





