

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN

ENRIQUE GUZMÁN Y VALLE

La cantuta

Alma Máter del Magisterio Nacional

FACULTAD DE EDUCACIÓN INICIAL



TESIS

**DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON EL APRENDIZAJE,
LA SALUD Y LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS DE AULA DE 5 AÑOS EN
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA DE CIENCIAS SIR ISAAC
NEWTON DE CARABAYLLO - LIMA, DURANTE EL AÑO 2015**

Presentada por:

Rocio Elizabeth López Rivera

Luz Angélica Morales Sarmiento

ASESOR:

Lic. Graciela Victoria HUATUCO MALDONADO

Para optar al título de Licenciada en Educación.

Especialidad: A.P. Educación Inicial
A.S. Niñez Temprana

Lima, Perú

2015

Dedicatoria:

A nuestros padres, quienes son
nuestros motores que nos impulsan a
ser cada día mejores.

Las tesisas

Agradecimiento

A mis Padres, por su valioso apoyo; esfuerzo al brindarme la mejor herencia que es la educación, así como haber creído y confiado en mi persona.

A mis maestros, por todas las enseñanzas que me han brindado y que siempre me alentaron a continuar estudiando, por el bien de nuestra sociedad. En especial a la Lic. Graciela Victoria Huatuco Maldonado.

Las Tesistas

Resumen

El propósito principal de esta investigación es determinar la relación entre desarrollo psicomotor y el aprendizaje, la salud y la alimentación en niños de aula de 5 años en la Institución Educativa privada de Ciencias Sir Isaac Newton de Carabayllo, se planteó como hipótesis: Existe una relación directa entre el desarrollo psicomotor con el aprendizaje, la salud y la alimentación, en niños de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias Sir Isaac Newton de Carabayllo, durante el año 2015. La metodología de tipo no experimental, con diseño descriptivo correlacional. La muestra fue propuesta por 26 estudiantes de 5 años, a quienes se les evaluó mediante Fichas de observación. Se tabularon los datos con el Software SPSS Vs.17. Los resultados indican: la variable desarrollo psicomotor está relacionado directamente (positivo) con la variable aprendizaje, salud y alimentación, es decir que a mayores niveles de desarrollo psicomotor existirá mayores niveles de aprendizaje, salud y alimentación, además según la correlación alfa de Cronbach de 0.801 representan ésta una correlación positiva considerable. La conclusión principal fue: existe relación directa entre el desarrollo psicomotor y el aprendizaje, la salud y la alimentación en niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Isaac Newton de Carabayllo - 2015.

Palabras Claves: Desarrollo psicomotor - aprendizaje, salud y alimentación.

ABSTRACT

The main purpose of this research is to determine the relationship between psychomotor development and learning, health and nutrition in children classroom of 5 years in private educational institution of Sir Isaac Newton Science Carabayllo, is hypothesized: There is a relationship directly between learning psychomotor development, health and nutrition in children 5 years of School of School of Sciences Private Carabayllo Sir Isaac Newton, during the 2015. The non-experimental methodology with descriptive correlational desing. The simple was proposed by 26 students of five years, whom I will be assessed by observation sheets. Data with SPSS Software vs. 17 tabulated. The results indicate: the psychomotor development variable is directly related (positive) with the learning variable, health and nutrition, ie higher levels of psychomotor development exist higher levels of learning, health and nutrition, as well as alpha correlation Cronbach 0.801 this represent a significant positive correlation. The main conclusión was: there is a direct relationship between psychomotor development and learning, health and nutrition in children 5 years of School Private Isaac Newton Carabayllo - 2015.

Keywords: Psychomotor development - learning, health and nutrition.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria:	2
Resumen	4
ABSTRACT	5
ÍNDICE GENERAL	6
INTRODUCCIÓN	9
PRIMERA PARTE: ASPECTOS TEÓRICOS	10
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	11
1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.1.1 Antecedentes internacionales	11
1.1.2 Antecedentes nacionales.....	13
1.2 BASES TEÓRICAS	14
1.2.1 Desarrollo Psicomotor	16
1.2.2 El Juego y el Desarrollo Psicomotor	17
1.2.3 Elementos que se Desarrollan en la Psicomotricidad y que deben ser trabajados necesariamente en actividades cotidianas en el aula	19
1.2.4 Definición de aprendizaje.....	21
1.2.5 Procesos del aprendizaje	23
1.2.6 Funciones mentales durante el aprendizaje	25
1.2.7 Tipos de aprendizaje.....	26
1.2.8 Salud.....	28
1.2.9 El Estado Nacional de la Salud	28
a. Estado nutricional	29
b. Mortalidad infantil	31
c. Esperanza de vida al nacer	33
d. Tasa de Mortalidad Materna.....	35
1.2.10 El Ministerio de Salud.....	41
1.2.11 La asistencia infantil.....	41
1.2.12 Situación de la salud.....	43
1.2.13 Situación actual de la niñez	45
1.2.14 ¿Cuántos logran atenderse en los servicios públicos de salud?	50
1.2.15 Alimentación balanceada	51

1.2.16	El método de la pirámide nutricional.....	53
1.2.17	Alimentación para el niño de 3 a 5 años	59
1.2.18	Higiene de Alimentos	61
1.2.19	Los Programas Sociales	63
1.3	DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS	68
1.3.1	Definiciones Conceptuales.....	68
1.3.2	Definiciones Operacionales	69
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		71
2.1	DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	71
2.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	72
2.3	OBJETIVOS: GENERALES Y ESPECÍFICOS	72
2.3.1	Objetivo General.....	72
2.3.2	Objetivos específicos	72
2.4	IMPORTANCIA Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN	73
2.4.1	Importancia	73
2.4.2	Alcances.....	74
2.5	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	74
CAPITULO III: METODOLOGÍA.....		75
3.1	SISTEMA DE HIPOTESIS	75
3.1.1	Hipótesis General	75
3.1.2	Hipótesis Específica	75
3.2	SISTEMA DE VARIABLES	76
3.3	METODOLOGIA	77
3.3.1	Tipo de investigación.....	77
3.3.2	Diseño de la investigación	77
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA	78
3.4.1	Población	78
3.4.2	Muestra	78
3.5	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	80
SEGUNDA PARTE: ASPECTOS PRACTICOS		81
CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS		82

4.1	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	
	VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD	82
4.1.1	Técnica.....	82
4.1.2	Instrumentos de recolección de datos: validación y confiabilidad	82
4.2	ANÁLISIS DESCRIPTIVO	86
4.3	CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS	105
	CONCLUSIONES.....	108
	RECOMENDACIONES	109
	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	110
	ANEXOS: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.....	112

INTRODUCCION

El interés de realizar esta investigación que tiene como título "El desarrollo psicomotor y su relación con la alimentación, la salud y aprendizaje en niños de 5 años", se ha propuesto por la preocupación de no tomar en cuenta al desarrollo psicomotor como una prioridad en el crecimiento del niño menor de 5 años; para un adecuado balance en cuanto a su salud, alimentación y aprendizaje. En este contexto, la presente investigación ha sido estructurada en dos partes y cuatro capítulos que son los siguientes:

Capítulo I, aquí presentamos el marco teórico. Inicialmente revisamos los antecedentes nacionales e internacionales, luego las bases teóricas de nuestras 4 variables, una dependiente y 3 independientes de estudio, el desarrollo psicomotor, la salud, alimentación y aprendizaje; detallando sus respectivas dimensiones. Por último, definimos los términos básicos utilizados.

Capítulo II, referido al planteamiento y formulación del problema, objetivos generales y específicos, destacando la importancia del estudio, los alcances de la investigación y las limitaciones de la misma.

Capítulo III, corresponde a la metodología de la investigación, que comprende el planteamiento de la hipótesis, la delimitación del sistema de variables, el tipo, método y diseño de la investigación y, finalmente, determinamos la población y muestra del estudio.

La segunda parte comprende el Capítulo IV, donde señalamos los aspectos ejecutivos de la propuesta, seleccionando y validando los instrumentos, presentando los trabajos obtenidos en el trabajo de campo, su tratamiento estadístico, la discusión de los resultados.

El estudio concluye con la proposición de las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio, así como las referencias bibliográficas consultadas y los anexos.

PRIMERA PARTE: ASPECTOS TEORICOS

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes internacionales

Ramos García, Gisela Alexandra, (2011), Para obtener el grado de nutricionista dietista, investigó el estado nutricional y el rendimiento académico relacionados con el consumo del refrigerio escolar de los niños y niñas de la escuela fiscal mixta Alberto Flores del Cantón Guaranda provincia Bolívar, de la escuela Superior Politécnica de Chimbolozo Ecuador. Es un estudio de diseño no experimental de tipo transversal, para evaluar el Estado Nutricional y rendimiento académico relacionado con el consumo del refrigerio escolar en la escuela Alberto Flores de la ciudad de Guaranda. Mediante encuesta aplicada a cuarenta niños, estudiándose las variables características generales, estado nutricional, promedio global académico y calidad de dieta, los datos se tabularon con los programas Epi-info, Microsoft Excel Y JMP versión 5.1. características generales 52.2% corresponde al sexo masculino y el 47.8% sexo femenino edad comprendida entre 4 y 5 años, estado nutricional BMI con un porcentaje de 90% de niños con normalidad; Déficit Nutricional 4.4%; Sobrepeso y Obesidad el 5.6%, Desempeño Académico Sobresaliente el 22.2% consume una dieta de Alta Calidad y el 57.8% con Muy Buena una dieta de Medina Calidad. La asociación de la calidad de refrigerio con el MC no influyó en el estado nutricional y en el desempeño Académico con la calidad de la dieta; en el promedio global académico se encontró una diferencia significativa. Se recomienda que las Instituciones educativas y otras involucradas realicen capacitaciones dirigidas a los responsables de bares escolares, padres de familia y maestros, sobre la importancia de la alimentación adecuada en la etapa escolar.

Barón, Nayka María Adela, (2007) para obtener el título de nutricionista, investigó el >Estado Nutricional en niños preescolar que asisten a un jardín de infancia público en valencia Venezuela, Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Carabobo - Venezuela. A fin de evaluar el estado nutricional de un grupo de preescolares que asisten a un jardín de infancia público de Valencia, Venezuela (2002), se indagó el estado social, las variables antropométricas; peso, talla y circunferencia del brazo, la hemoglobina, el retinol sérico, la presencia de parasitosis y el consumo de alimentos, así como el nivel educativo materno, Se utilizó el programa SPSS versión 11.0 y las pruebas t de Student, ANOVA de una vía, Post Hoc de Benferroni y Fisher (p menor 0,05). Se presentó un predominio del sexo femenino (52%). Según el estado social 23,3% se ubicó en clase media y 76.8% en algún nivel de pobreza: El 60% de las madres de clase media habían terminado su educación secundaria y solo el 9.8% de las madres en pobreza alcanzaron este nivel. Se observó según valores Z (T/E, P/T y CMB/T) altos porcentajes por debajo de -1,00 (27.3%, 25.6% y 24,5% respectivamente). El P/T y la CMB/T de los hijos de madres universitarias presentaron diferencias al compararlos con los hijos de madres con nivel de educación primaria. Se presentó un 25.9% de anemia y hubo diferencias entre los grupos anémicos y no anémicos para T/E y CMB/T: Se observaron protozoos en 61,0%, helmintos en 16,9% y la presencia de ambos en 22,1%. Se presentó 2,6 veces mayor riesgo de presentar déficit nutricional para CMB/T en el grupo parasitados: Se encontró un consumo adecuado de energía y hierro, con consumo excesivo de proteínas y vitaminas A. Se concluye que existe riesgo nutricional evaluado a través de parámetros hematológicos, la presencia de parásitos y el estado nutricional.

1.1.2 Antecedentes nacionales

Rodríguez, L (2009) "Relación entre el nivel de desarrollo psicomotor y el aprendizaje de la lecto escritura en un grupo de niños de 5 años de la Institución Educativa Inicial 5040 Pedro Ruiz del Callao", para optar el grado de maestría en problemas de aprendizaje, sustentada en la Universidad Nacional Enrique Guzmán y Valle - La Cantuta, Lima - Perú.

La presente investigación fue realizada con el objetivo de analizar la relación existente entre el nivel del desarrollo psicomotor y el aprendizaje de la lecto- escritura en un grupo de alumnos de 5 años de edad en la Institución Educativa Inicial 5040 Pedro Ruiz del Callao. La muestra de estudio estuvo conformada por 87 alumnos de la mencionada institución, seleccionados a partir de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Los alumnos de la muestra se les aplicó el TEPSI (2° 5 años) y el test BENHALE para la lecto- escritura. Se encontró relación significativa entre el desarrollo psicomotor y el aprendizaje de la Lecto-escritura en los niños de 5 años de edad en la Institución Educativa Inicial 5040 Pedro Ruiz del Callao. Relación significativa entre el nivel de motricidad y el aprendizaje de la lecto-escritura de los niños de 5 años de edad en la Institución Educativa Inicial 5040 Pedro Ruiz del Callao. Relación significativa en el nivel de coordinación y el aprendizaje de la Lecto-escritura en los niños de 5 años de edad en la Institución Educativa Inicial 5040 Pedro Ruiz del Callao.

En su estudio titulado "Relación entre el Estado Nutricional y el Rendimiento escolar en niños de 6 - 12 años de la I.E Huáscar N°0096, 2008, para obtener el título profesional de licenciada en enfermería, sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú. Señala que su investigación como producto de las evaluaciones realizadas durante las prácticas comunitarias al niño sano, quienes presentaban problemas de malnutrición, y la I.E Huáscar no estaba ajena a esta realidad. Si bien el estado nutricional es uno de los principales factores para un óptimo desarrollo intelectual, especialmente en la etapa escolar y adolescente, es evidente que

cualquier alteración trae consecuencia con estas en el niño cuando está llega a ser crónica, repercutiendo en su incapacidad intelectual. El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre el estado nutricional y el rendimiento escolar en niños de 6 - 12 años de la I.E Huáscar N°0096. Es un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, diseño correlacional y de corte transversal. Se trabajó con una muestra de 80 estudiantes y se utilizó la técnica de análisis documental y, como instrumento, se aplicó la hoja de registro.

Los resultados muestran que existe relación entre el estado nutricional y el rendimiento escolar en niños 6 - 12 años de la I.E Huáscar N°0096; observando que, del total de los alumnos, el 50% presenta un estado nutricional inadecuado y, a su vez, rendimiento académico medio; y por lo tanto su rendimiento escolar. (Colquicocha, J., 2009).

1.2 BASES TEORICAS

Antecedentes históricos de la psicomotricidad

Platón filósofo griego, presento la dicotomía del cuerpo y del alma, donde el alma es el principio y el final.

Protágoras indica, cuando los dioses encargaron a Epimeto distribuir las cualidades y las virtudes a las especies normales, este uso todo su celo en repartir equitativamente cada una de los dones; a unos les dio la fuerza sin rapidez, a los más débiles les dio rapidez.

En Grecia y Esparta

El niño recibía una educación a través del ejercicio físico, la música, el canto, la danza, etc.; se combinaban en su formación las facetas de saber ser, con el saber hacer.

En Roma

La educación general podría resumirse en la frase "mens sans in corpore sans", un alma sana en un cuerpo sano; siendo una formulación de carácter

integral que se cumple hasta en nuestros tiempos.

En las culturas orientales

Puede apreciarse la importancia del control del cuerpo como un medio orientado hacia un fin místico y trascendente; la filosofía oriental comprende desde hace milenios, la importancia de la corporeidad como los mensajes hindúes (yoga) y los budistas (taoísmo y zen)

El cristianismo

Se desarrollaron en la edad media, donde el alma es el absoluto, el cuerpo es una traba en donde envilece.

La creación es un lenguaje corporal monástico siendo reservada a los monjes de salmodiar y alabar a Dios. Otro ejemplo es la flagelación, el llevar cilios entre los cristianos, donde la vida humana es un mero paso para la otra vida, donde la educación corporal apenas tiene valor.

En Europa

Está de acuerdo con las clases sociales, el clérigo se encarga de la cultura y la nobleza utiliza el ejercicio físico como medio de preparación del cuerpo para sus incursiones bíblicas.

La época del renacimiento produce cambios del teocentrismo al antropocentrismo, donde se exalta el valor del hombre (se da relevancia al humanismo).

DESCARTES: representante del relacionismo moderno, formula su teoría dualista entre el alma y el cuerpo, donde el cuerpo es un mecanismo que se mueve por el espíritu.

MONTAIGNE: (1533-1592), es el precursor de la psicomotricidad, brinda una nueva visión del hombre como ser unitario y global "no es un alma, ni un cuerpo lo que se desarrolla, sino que es un hombre".

En el siglo XIX, surgen grandes figuras en el campo filosófico:

ROSSEAU (1712-1778), plantea que una buena educación es la que toma en cuenta las características del niño en cada edad, da importancia a los criterios de gradualidad y adecuación.

PREYER (1888) y **_SHIN (1900)**, realizan los primeros estudios en el campo de la psicomotricidad, hacen descripciones del desarrollo motor.

DUPRE (1907), hace uso del concepto de psicomotricidad en los trabajos que realizó sobre la debilidad mental y la debilidad motriz. **DECROLY (1871-1932)**, en sus centros de interés se permite amplios movimientos didácticos en el niño y de manera especial en el desarrollo psicomotor.

En el siglo XX, surge la escuela nueva, donde se destacan los métodos activos, empleándose el término de psicomotricidad, al principio en el ámbito terapéutico, para luego ser usado en el campo educativo, aportando a la educación integral del individuo, el niño se expresa a través del gesto y el movimiento, se descubre a sí mismo, al mundo circundante e interactúa en él. SITO J., L.M. (1995:15-19).

1.2.1 Desarrollo Psicomotor

Este es uno de los aspectos más descuidados en estos últimos tiempos, por ello dentro de la adquisición de los diferentes aprendizajes en el niño es necesario que se encuentre presente, por ello algunos autores lo definen:

TRIGO AZA, Eugenia y colaboradores (1999:33), indican que "el desarrollo psicomotor, bien conducido, libera al sujeto de un carácter unidimensional de la práctica para introducirlo en una experiencia global de su ser. En la propuesta de las sesiones de motricidad y creatividad, la trascendencia va más allá del plano motor; es decir es más afectiva

(introyectiva) que otras vivencias. Le ayuda a actualizarse, a confrontar su estado emocional. La relación con los demás, la autoestima y el autoconocimiento, mejora en procesos creativos motrices”.

M. Comellas; (1990:15), nos dice que: "entendemos por desarrollo psicomotor a la actuación de un niño ante unas propuestas que implican el dominio de su cuerpo - motricidad - así como la capacidad de estructurar el espacio en el que se realizaran estos movimientos al hacer la interiorización y la abstracción de todo este proceso global”.

J. Jiménez; (1997:10), hace referencia a que: "está demostrado que el movimiento es el fundamento de toda maduración física y psíquica del hombre. Considerando esto, podemos entender a la psicomotricidad como el desarrollo físico, psíquico e intelectual que se produce en el sujeto a través del movimiento. Otros la definen como una relación reversible que existe entre el razonamiento y el movimiento”.

1.2.2 El Juego y el Desarrollo Psicomotor

En referencia a como se ejecutan las actividades diarias en el trabajo con el niño pequeño es importante para el adulto contar con elementos indispensables para el logro de los objetivos de desarrollo.

BATLLORI AGUILA, Jorge. (2000: 13-15), afirma que: “Sabemos que, para el niño, especialmente en las primeras edades, todo es juego y es a través de juegos diversos como va aprendiendo muchas cosas... los humanos jugamos de pequeños para aprender a conocer nuestro entorno adquirir habilidades, etc., lo que ocurre que hoy en día nuestro mundo es tan complicado que cada vez hace falta más tiempo y dedicación para intentar lo que consideramos como imprescindible o mínimo. Algunas de las capacidades, conocimientos, actitudes y habilidades que se pueden desarrollar con los juegos son: favorecer la movilidad, estimular la comunicación, ayudar a desarrollar la imaginación, facilitar la adquisición

de nuevos conocimientos, fomentar la división individual y en grupo, facilitar la observación de nuevos procedimientos, desarrollar la lógica y el sentido común, proporcionar experiencias, ayudar a explorar potencialidades y limitaciones, estimular la aceptación de jerarquías y el trabajo en equipo, fomentar la confianza y la comunicación, desarrollar habilidades manuales, establecer y fomentar valores, agilizar el ingenio, fomentar el respeto por los otros, estimular la aceptación de normas.”

ROMAN, J. M. (1997:38) nos dice que “el juego como autoafirmación, donde el aprendizaje un proceso de asimilación ascendente o anabólica, que cada vez se hace más complejo, sin embargo, comprende, además de la simulación, otra misión catabólica, de desecho de lo inútil de rompimiento con la rutina, con lo estable, esta función se atribuida al juego, a través del cual se adquieren los hábitos y también en el generador de nuevas capacidades en el orden comportamental y cognitivo”.

1.2.3 Elementos que se Desarrollan en la Psicomotricidad y que deben ser trabajados necesariamente en actividades cotidianas en el aula

1. **Coordinación dinámica global y equilibrio:** Se refiere a la flexibilidad en el control motor y a los mecanismos de ajuste postural que se realizan durante el movimiento. Implica la toma de conciencia del cuerpo, lo cual es indispensable para la realización y el control de los movimientos finos. La postura constituye el patrón motor que garantiza, la posición del cuerpo respecto a su centro de gravedad, están bajo el control del cerebelo (Acouturier, 1994, p. 13).

Y en coordinación con la corteza cerebral donde se encuentran los esquemas de conducta motora más diferenciados.

2. **GATEAR Y ARRASTRARSE:** ambas actividades sirven para un mejor control y una mejor automatización de los movimientos. COSTE (1999:45).

3. **EQUILIBRIO:** "el equilibrio es un aspecto tanto dinámico como estático, se integra al trabajo de coordinación global y constituye parte indispensable de ella" (Cerde R. y Arenas P., 2015, p. 10).

Equilibrio dinámico. - "Implica una adecuada regulación postural en los diferentes movimientos" (Defontaine, 1992, p. 76).

Equilibrio estático. - "El equilibrio estático presupone a coordinación neuromotriz necesaria para la mantención de una determinada postura" (Defontaine, 1992, p. 76).

4. **RELAJACION:** constituye una técnica terapéutica de la cual pueden extraerse ciertos principios susceptibles de aplicarse en el desarrollo de la madurez del aprendizaje. La relación le permite al alumno, a través de la disminución de la tensión muscular, sentirse más cómodo en su cuerpo, conocerlo, controlarlo, manejarlo lo más y, en consecuencia, influye en el conjunto de su comportamiento tónico - emocional (Martínez, 1999, p. 34).

5. **RESPIRACION:** Toma de conciencia de la función. La respiración constituye una función automática. El hacerla consciente en sus dos tiempos: inspiración y expiración, permite actuar sobre ella. Lo que es particularmente beneficioso para los niños inestables y ansiosos (Gassier, 1993, p 34).

6. **DISOCIACION DE MOVIMIENTO:** Las progresiones presentadas en los ejercicios precedentes (relajación, coordinación dinámica global y equilibrio) desarrollan la eficiencia motriz, en forma global. Ahora, el acento se pone, por separado, en los diferentes elementos que componen la acción: dominio de los elementos espaciales, perfeccionamiento del control motor, dominio temporal (Comellas, 1999, p. 22).

7. **MOVIMIENTOS CONTINUOS, DE BALANCEO Y CIRCUNDUCCION:** El balanceo y la circunducción presentan interés porque, a pesar de tener un carácter bastante global, facilitan un mayor dominio del control neuromuscular: del ritmo, de la ejecución, de la posición de los brazos y del control del movimiento (Lee, 1998, p. 67).
8. **MOVIMIENTOS FRACCIONARIOS (POSICIONES SEGMENTARIAS):** Los movimientos fraccionados, desde el punto de vista de la disociación de ellos, implican retomar las posiciones segmentarias: miembros superiores, inferiores, tronco, cabeza, etc., utilizadas en los ejercicios de relajación segmentaria (Guilman, 1991, p 54).
9. **EFICIENCIA MOTRIZ:** el desarrollo de la rapidez y precisión al nivel de la motricidad de pequeños segmentos. En este proceso de desarrollo motor es importante considerar los principios de diferenciación céfalo-caudal y próximo-distal. "Así, la diferenciación de los movimientos globales del brazo es previa a la del codo y esta, a la vez, precede a la del puño que, a su vez, es previa a los movimientos finos de los dedos" (Coste, 1999, p. 36).
10. **ESQUEMA CORPORAL:** "Es la toma de conciencia global del cuerpo que permite, simultáneamente, el uso de determinadas partes de él, así como conservar su unidad en las múltiples acciones que puede ejecutar" (Coste, 1999, p. 38).

1.2.4 Definición de aprendizaje

En el estudio del aprendizaje revisaremos diversas concepciones de autores sobre el aprendizaje, destacando los siguientes:

Salas (2008) "El aprendizaje es un proceso continuo, mutable y progresivo de adaptación al medio"- (p.14). Salas explica que la experiencia es fundamental para la adquisición del aprendizaje, así también que "las capacidades de aprendizaje son de fundamental importancia, ya que permiten al organismo a adaptarse al entorno y beneficiarse de la experiencia" (p.93)

Tamorri (2004) afirma: "el aprendizaje consiste en la adquisición de información a través de la experiencia" (p.93). Cuando los niños exploran el ambiente que les rodea, realizando diversas actividades, pueden desarrollar y potenciar sus capacidades de desarrollo. Una de las etapas primordiales para el aprovechamiento de las actividades a los que se expone a los niños.

Niño (1994) afirma: "En los primeros años de vida, el niño posee una gran receptividad merced a la cual incorpora con suma facilidad logros y habilidades. Esto debido a que su cerebro presenta una gran plasticidad que, poco a poco va decreciendo. Por eso resulta urgente e impostergable, aprovechar al máximo esta potencialidad, acompañándola con estímulos, orientaciones y técnicas adecuadas, antes de que comience a decrecer" (p.28-31).

Shunk (1997) "Existen tres criterios para definir el aprendizaje, uno de ellos es el cambio conductual, el tiempo que perdura y la práctica" (p.2-3).

Campos, Palomino, Gonzales y Zecenarro (2006) "El aprendizaje es un proceso activo (dinámico) y complejo (organizado) por el cual el hombre procesa información del mundo actuante y las pone en práctica de acuerdo a sus necesidades. El aprendizaje es un proceso que requiere necesariamente de condiciones internas del sujeto y de las condiciones externas o ambientales y socioculturales" (p.85).

Sarmiento (1999) citado por Ortiz (2009) nos dice: "El aprendizaje es un proceso de cambio que se produce en el individuo, en sus capacidades cognitivas, en la comprensión de un fenómeno (componente cognitivo), en su motivación, en sus emociones (componente afectivo) y/o en su conducta (componente comportamental), como resultado de la acción o experiencia del individuo, la aprobación del contexto sociocultural, las organizaciones que se hacen sobre el conocimiento, y/o la sucesión ante un estímulo y una respuesta" (p.55).

Desde las teorías conductuales, Shunk(1977), considera que "el aprendizaje es un proceso conductual o cambio en la capacidad de comportarse, es decir cuando alguien se vuelve capaz de hacer algo distinto de lo que hacía antes"(p.2). A ello agrega que "aprender consiste en la formación de sucesiones entre estímulo y respuesta" (p.12).

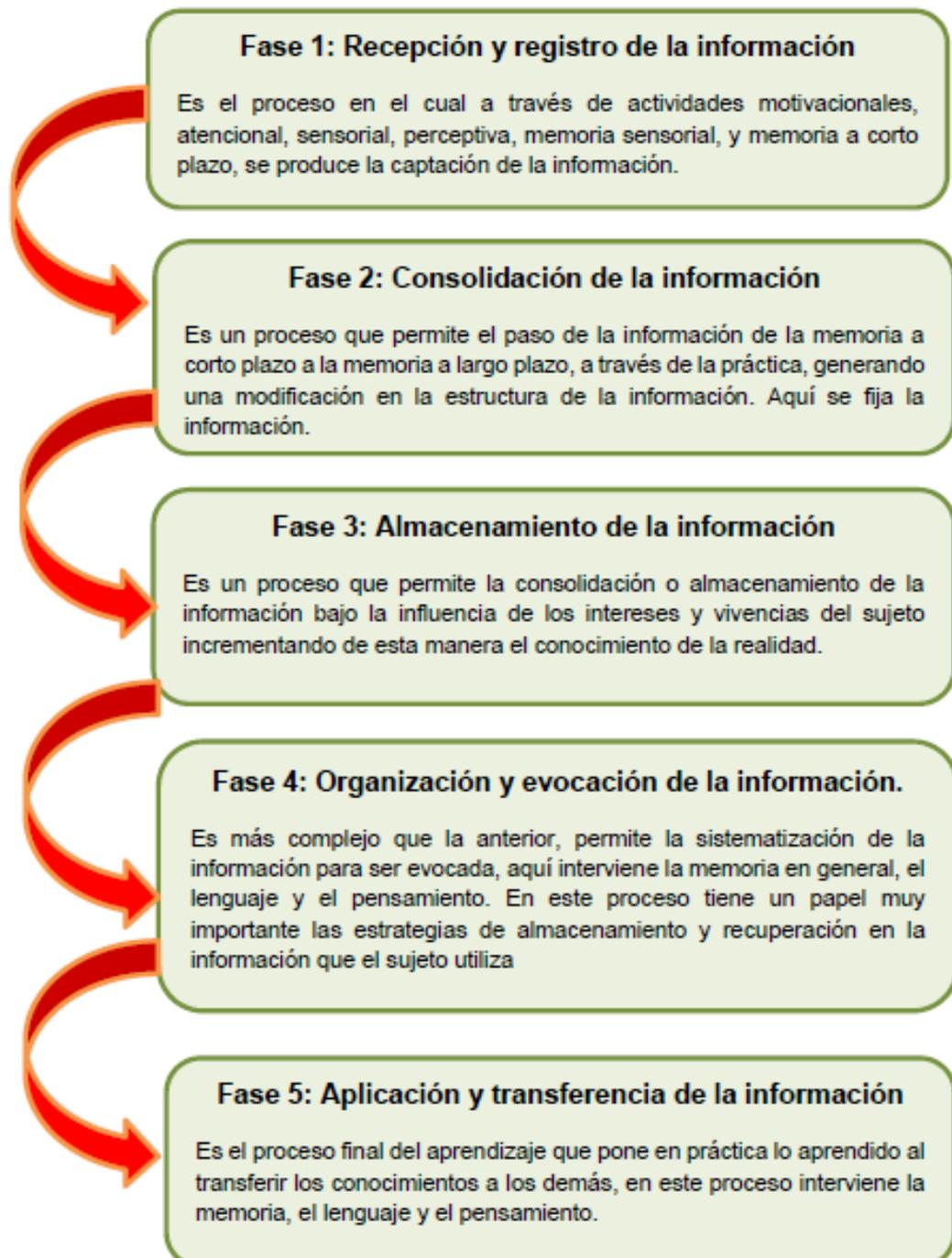
Ontoria (2006) el aprendizaje "es un proceso que tiene lugar en el que aprende, es decir, un proceso de asimilación de actividades y de las acciones con que se realizan las mismas" (p.50)

Chance (2001) define como "el cambio en la conducta humana debido a la experiencia" (p.27). También añade, "el aprendizaje permite al organismo evolucionar a muchas formas de conductas de modo muy rápido. A través del aprendizaje, el organismo puede con los retos creados por los cambios abruptos del medio" (p.25).

Por lo tanto, es importante tener en cuenta que el desarrollo del niño se va favoreciendo por las experiencias que este tenga a través de su interrelación con su medio, por lo que la influencia que recibe durante su proceso de desarrollo genera la mayor cantidad de aprendizaje que lo ayudaran a desenvolverse durante su vida.

1.2.5 Procesos del aprendizaje

Campos et al. (2006) afirma "Existe diversos esquemas que explica el proceso de aprendizaje. Para una comprensión práctica plantearemos el siguiente esquema:



1.2.6 Funciones mentales durante el aprendizaje

García (2008) plantea seis aspectos que implican aprendizaje.

1. Percepción

García (2008) Sostiene: "Desarrollan ciertas funciones por medio de las cuales las personas captan las impresiones, características y toda la información necesaria para realizar una acción (p.79)

2. Atención

Gargallo y Ferreras (2000) afirma: "La atención se caracteriza por la disposición en que uno se encuentra o que uno adopta para oír, para ver o para actuar" (p.188).

Garcia (2008) Refiere: "El aprendizaje se apoya en el poder de atención y concentración de cada persona y también en la capacidad de discriminar la gran cantidad de información con que tiene contacto para seleccionar todo aquello que en determinado momento se requiere para cada aprendizaje relativo a cada situación" (p.77).

3. Pensamiento

García (2008) manifiesta: "Implica la necesidad de utilizar varios tipos de pensamiento y no solamente el pensamiento tradicional (caracterizado por ser lineal, vertical, lógico y unidireccional) sino a aplicación de manera integral de otros tipos de pensamiento, el sistemático, el paralelo, el estratégico, el divergente, y otros modelos que asumen diferentes nombres y que ayudan a tener un panorama más amplio para cuando utilizamos el software de nuestra computadora (la mente)" (p.78).

Aebli (991) considera: "Cada materia escolar tiene su estructura de pensamiento, de solución de problema y de aprendizaje específico. El pensamiento matemático es diferente del pensamiento concreto de las

disciplinas de Ika naturaleza, y este es diferente del pensamiento y deducción que permiten en las ciencias del espíritu” (p.160).

4. Inteligencia

García (2008) expresa: "se requiere tener un panorama más amplio del significado y uso de las inteligencias y no solamente poner atención a una o dos de ellas, ya que ahora se trata de entender integralmente otras inteligencias” (p.78)

5. Estilos de aprendizaje.

Ocaña (2010) el termino estilo de aprendizaje se refiere "al hecho que cuando queremos aprender algo cada uno de nosotros utiliza su propio método o conjunto de estrategias”. (p. 141).

6. Memoria

Pizarro (2003) "La memoria no es un registro estático localizado en una neurona ni en una región, sino es la interacción de conjuntos neuronales”. (p.169).

García (2008)”es necesario tomar en cuenta los sistemas de memoria que utilizamos para almacenar información y aprendizaje, y los sistemas para recordar dichos conocimientos en los momentos que necesitamos” (p.78).

1.2.7 Tipos de aprendizaje

Tamorri (2014) "Existen varias formas de aprendizaje que en sus bases probablemente reconozcan mecanismos neurofisiológicos distintos: aprendizaje no asociativo, aprendizaje asociativo y aprendizaje cognitivo” (p. 93).

- Aprendizaje no asociativo

Tamorri (2004) "el organismo modifica su respuesta cuando se ve expuesto varias veces al mismo tipo de estímulo". (p.93)

Pizarro (2003) "este tipo de aprendizaje permite que nos acostumbremos, gracias a un proceso llamado habituación. Si se repite la estimulación los potenciales sinápticos producidos en la interneuronas y en la motoneuronas son cada vez menores, en consecuencia, se debilita el reflejo."(p.14)

Spitzar (2005) "Las neuronas están construidas de tal manera que sus construcciones sinápticas van cambiando lentamente. Siempre que tiene lugar un proceso de aprendizaje, se produce una leve variación en las intensidades de algunas sinapsis. Por eso se van disipando la mayor parte de nuestras impresiones, sin que luego podamos recortarla" (p.75)

- Aprendizaje asociativo

Tamorri (2004) "el individuo aprende a relacionar los estímulos de distintos tipos entre sí (condicionamiento clásico) o un estímulo con un comportamiento del propio organismo (condicionamiento operante). Las normas más comunes de aprendizaje el hábito y la sensibilización" (p.93).

Pizarro (2003) "un tipo de aprendizaje más completo, que estudia la relación entre dos o más estímulos, o entre ellos y nuestro propio comportamiento.

- Aprendizaje cognitivo

Tamorri (2004) "es un tipo de aprendizaje más sofisticado que implica una serie de operaciones mentales, como el análisis del estímulo, su confrontación con información ya presente en la memoria o su determinación a determinada categoría". (p.93)

Campos et al; (2006) "es un proceso que permite recoger información del exterior para representar o reflejar la realidad en forma de conocimientos a nivel de estructuras cognitivas. Parte de un nivel sensorial inmediato para lograr un nivel perceptual complejo, dando lugar a la formación y estructuración del pensamiento, siendo este último el proceso cognoscitivo superior propio del hombre". (p.37)

1.2.8 Salud

Estado de bienestar total, que involucra tanto el aspecto físico, mental y social que permite al ser humano desarrollar todas sus potencialidades para lograr sus expectativas. (OPS: 1995: 34)

Estado de bienestar total en donde el niño desarrolla todas sus potencialidades que le permiten actuar e interactuar armoniosamente en su medio.

1.2.9 El Estado Nacional de la Salud

La organización mundial de la salud ha establecido 4 indicadores para evaluar el estado de la salud a través de estos indicadores se obtiene una visión de lo que está sucediendo con la salud en el Perú.

a. Estado nutricional

Alarcón G. y Gallegos J., (2004) nos dicen: "El crecimiento y el desarrollo durante los primeros años de vida de los niños constituyen la base sobre la cual se sostiene el incremento del capital humano y del cual depende el avance de toda sociedad. Se entiende por crecimiento el incremento en el peso y la talla de los niños y por desarrollo la maduración de las funciones del cerebro y de otros órganos vitales. El crecimiento temprano ocurre durante la gestación y durante los tres primeros años de vida, periodo trascendente crítico porque es durante ese lapso cuando el cerebro se forma madura a la máxima velocidad. Siendo el cerebro el centro del desarrollo del niño, las condiciones del ambiente intrauterino y del entorno familiar después del nacimiento determinan, en buena parte, el potencial de capacidades que este tendrá en su vida futura, como individuo y como miembro de la sociedad a la cual pertenece" (p.33).

"En el pasado se creía que la herencia genética era el factor determinante del crecimiento y el desarrollo. Hoy en día, existe suficiente evidencia científica que demuestra que somos lo que somos no solo por los genes que heredamos sino por el ambiente que heredamos. En efecto, la nutrición, la salud y la estimulación son factores críticos determinantes para medir la cualidad del ambiente en el cual el niño se gesta, crece y despliega su potencial. Si estos factores son desfavorables, se presentarán retardos en el crecimiento y el desarrollo, y por consiguiente el niño perderá sus oportunidades para ejercitar al máximo sus posibilidades" (p.33)

"La Manifestación más evidente de los retardos durante el periodo temprano consiste ñeque, al crecer, estos niños se transforman en personas de baja estatura en relación con su edad. Sin embargo, este es solamente el signo exterior de muchos retardos en el desarrollo. Las

consecuencias negativas pueden incluir retardos sicomotores y cognitivos, que vienen acompañados por dificultades en el aprendizaje, el lenguaje, la percepción del mundo, el rendimiento escolar, la productividad en la vida adulta, el control emocional y la adaptación social al medio. Estos factores negativos reducen las oportunidades en la vida futura del niño, pues que son irreversibles y a menudo se transmiten de generación en generación con lo cual el proceso se transforma en un ciclo vicioso de déficit de crecimiento y desarrollo de largo plazo que tiene un gran impacto en la sociedad” (p.33).

"En el Perú, como en otros países en desarrollo, los niños que viven en condiciones de pobreza están más expuestas a factores desfavorables tanto en el transcurso de su vida intrauterina como cuando están insertos en el medio familiar. El problema se inicia con el pobre estado de salud y nutrición en el que la madre llega al embarazo, y continúa con la insuficiente desatención y cuidados con los que ella cuenta para satisfacer tanto sus propias necesidades de supervivencia y bienestar como las de hijo. Déficit en la talla por historia nutricional pasada, bajo acceso a controles prenatales de calidad, anemia por falta de hierro, ambiente familiar carente de afecto, cuidado y atención inadecuado del parto son algunos de los factores que enfrentan las madres peruanas que viven en la pobreza. El bajo peso al nacer, las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, la desnutrición crónica, la alta frecuencia de infecciones comunes son indicadores de los resultados y de la persistencia de los factores desfavorables que caracterizan el desarrollo de los niños que viven en condiciones de pobreza” (p.33).

b. Mortalidad infantil

Durante la última década, el Perú ha experimentado una reducción importante en la mortalidad infantil. Sin embargo, a pesar de esta reducción, la tasa actual de 33 por 1000 solo es superada por Haití y

Bolivia, y las grandes brechas entre zonas urbanas y rurales continúan sin mucha variación. La tasa de mortalidad infantil para los niños menores de un año se redujo en 33% entre 1992 y el 2000. Así, ENDES 2000 indica que mientras en 1992 se estimaba que por cada 1000 niños nacidos vivos 64 morían antes de cumplir el primer año, en el 2000 morían 43 niños, sin embargo, la mortalidad neonatal aumento y constituye la principales factores de riesgo la asfixia y el bajo peso al nacer. En el Perú, 20 mil niños mueren cada año sin haber cumplido su primer año de vida y 8 mil mueren antes de la primera semana de nacidos. (UNICEF, 2008, p. 34).

Las primeras causas de la mortalidad infantil, tal como son registradas por el ministerio de salud (2002), son: enfermedades perinatales (37%); infecciones respiratorias agudas, IRA (14%); accidentes (8%); enfermedades diarreicas agudas, EDA (3%); enfermedades congénitas (8%); desnutrición (3%) y otros (27%). El mismo interior de la muerte perinatal se tiene que 30.5% de los casos correspondientes asfixia, 27.5% son por síndrome, 19.8% por infección, 11.9% por malformación y 10% por otros factores. La mayoría de estas causas se puede prevenir o reducir con medidas de relativo bajo costo. Aunque la desnutrición como causa directa de la mortalidad aparece con un porcentaje muy bajo, se sabe que esta causa tiene un alto sub-registro. Se estima que, en países en desarrollo como el Perú, la desnutrición contribuye a la mortalidad infantil en 50%. (UNICEF, 2008, p. 35).

Mortalidad Infantil y en la niñez según departamentos

(número de muertes por cada mil nacidos vivos)

	Tasa de mortalidad infantil (niños > 1 año) Por cada mil nacidos vivos	Tasa de mortalidad en la niñez (niños >5 años) Por cada mil nacidos vivos
Amazonas	47	69
Ancash	50	72
Apurímac	71	93
Arequipa	40	58
Ayacucho	50	68
Cajamarca	51	69
Cusco	84	108
Huancavelica	71	108
Huánuco	63	93
Ica	21	32
Junín	43	62
La libertad	45	60
Lambayeque	38	47
Lima	20	27
Loreto	53	79
Madre de Dios	28	40
Moquegua	28	33
Pasco	58	78
Piura	37	54
Puno	59	85
San Martín	49	70
Tacna	24	34
Tumbes	36	47
Ucayali	52	80
Tasa nacional	43	60

Fuente: ENDES 2000, INEI, periodo 1990 – 2000 / Elaboración propia.

El cuadro presenta las tasas de mortalidad infantil y de la niñez (menores de 5 años) por departamento. Los departamentos con mayor mortalidad infantil son cuscos con 84 por cada mil nacidos vivos, Huancavelica y Apurímac con 71, Huánuco con 63, puno con 59 y Pasco con 58. Los departamentos con menor mortalidad infantil son lima con 20, Ica con 21 y Tacna con 24 por mil. Estas mismas diferencias se observan en la mortalidad durante la niñez. (UNICEF, 2008, p. 35).



c. Esperanza de vida al nacer

Es la cantidad de años que se estima puede vivir un niño al momento de nacer. Es uno de los indicadores que resume mejor el nivel de vida de la población.

En el Perú la duración media de vida está experimentando una apreciable ganancia principalmente por la expansión de los servicios de salud y el mejoramiento de la condición de vida de la población. El peruano que nacía en 1993 tenía una expectativa de vida de 67 años. En el año 2002 tenía una expectativa de vida de 70 años.

Por sexo: se observa una sobrevivencia mayor en las mujeres que es de 72 años y los hombres 67 años.

Por área de residencia: la esperanza de vida al nacer de la población urbana es de 72 años, siete años más que la población rural, que es de 65 años.

**ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR QUINQUENIOS, SEGÚN
REGIONES DEL PERU 1995-2015**

Región	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Perú	68.3	69.8	71.2	72.5
Amazonas	66.0	67.7	69.3	70.8
Ancash	68.6	70.1	71.5	72.8
Apurímac	61.8	63.7	65.7	67.5
Arequipa	71.9	73.1	74.3	75.3
Ayacucho	61.9	63.8	65.7	67.6
Cajamarca	67.3	68.9	70.4	71.8
Callao	78.0	78.8	79.5	79.9
Cusco	60.2	62.3	64.3	66.3
Huancavelica	56.8	59.1	61.4	63.6
Huánuco	65.1	66.9	68.5	70.1
Ica	73.0	74.2	75.2	76.1
Junín	67.2	68.7	70.2	71.7
La libertad	71.7	73.0	74.1	75.2
Lambayeque	70.7	72.1	73.3	74.4
Lima	76.8	77.7	78.4	79.0
Loreto	64.9	6.6	68.3	69.9
Madre de Dios	67.2	68.8	70.3	71.7
Moquegua	72.5	73.6	74.7	75.7
Pasco	66.5	68.2	69.7	71.2
Piura	66.5	68.1	69.6	71.1
Puno	60.6	62.7	64.7	66.6
San Martín	68.8	70.3	71.7	72.9
Tacna	72.8	74.0	75.0	75.9
Tumbes	70.0	71.4	72.7	73.9
Ucayali	65.6	67.3	68.9	70.4

Recuperado de INEI "Proyectos departamentales de la Población 1995-2005". 1996

d. Tasa de Mortalidad Materna

Es la que se refiere a la cantidad de mujeres que mueren por alguna alteración relacionada con el embarazo o parto por cada cien mil niños que nacen vivos. Estas complicaciones se ven desde el momento de la vida sexual y reproductiva desinformada y en condiciones desfavorables, poniendo en riesgo su salud y su vida.

ENDES del año 2000 indica que la tasa de mortalidad materna a escala nacional durante el periodo 1994-2000 es de 185 por cada 100 mil nacidos vivos. Sin embargo, se debe considerar que este es el promedio nacional y que esconde

varios problemas, el principal de los cuales es, quizá, la falta de equidad. Esta tasa es mucho mayor en los departamentos más pobres, donde incluso llega a superar las 400 muertes maternas por cada 100 mil niños nacidos vivos. (UNICEF, 2008, p. 28).

La situación de la maternidad no es alentadora, en especial en zonas pobres, rurales y de exclusión de muerte de las madres son la hemorragia posparto, al trabajo obstruido, el aborto y la sepsis. Diversos son los motivos que determinan la alta tasa de mortalidad materna. Entre ellos está el diagnóstico no adecuado, las dificultades en la identificación en los signos de alarma, el escaso acceso al control prenatal, la falta de información exacta de las condiciones de la salud materna, el uso exclusivo de prácticas tradicionales, etc. Las mujeres gestantes en las zonas pobres, rurales y de exclusión tienen que sobreponerse a todas las dificultades para poder llevar un embarazo y parto adecuado y así reducir el mismo riesgo de muerte. (UNICEF, 2008, p. 28).

En primer lugar, el acceso es limitado en varios aspectos:

> **Aspecto Geográfico:**

- Hay un problema de acceso físico, escasa disponibilidad de establecimiento de salud y lejanía del centro salud, a pesar que se logró aumentar el número de postas y centro de salud operativos que era en 1990, 1000 y en el 2001 aumento a 4500.
- En el caso de atención de parto en el año 2000 solo 58% de las mujeres fueron atendidas por profesional personal de salud, y en lima metropolitana se atienden en un 93.5% y en las zonas rurales solo un 19.6% en Huancavelica seguido de puno con un 20.5%.
- Este contraste de inequidades muestra la necesidad de realizar acciones que aseguren una verdadera maternidad libre de riesgos.

LUGAR DE ATENCION DEL PARTO SEGÚN AREA DE RESIDENCIA (En porcentaje)

	Rural	Urbano	Total
Casa	74.5	15.8	40.3
Hospital del MINSA	11.1	43.0	29.6
Hospital del ESSALUD	1.8	13.6	8.7
Hospital del FF.AA	0.1	1.5	0.9
Centro de salud MINSA	5.6	7.7	6.9
Posta MINSA	3.2	2.2	2.6
Centro de salud ESSALUD	0.3	2.6	1.7
Clínica Privada	1.1	9.4	5.9
Consultorio Particular	0.6	2.5	1.7
Casa de Partera	0.6	0.6	0.6
Otro	1.0	1.1	1.0
TOTAL	100	100	100

Recuperado de "ENDES 2000" INEI / Elaboración propia, 2000

> Aspectos socioeconómicos

El acceso de las mujeres a los servicios de salud también se ve limitado por la falta de disponibilidad de recursos económicos. ENDES 2000 reportó que 65% de las mujeres que tienen problemas de acceso a los servicios de salud señalaron que la principal restricción es la económica. Nuevamente esta cifra esconde diversas inequidades. Por ejemplo, este mismo porcentaje en las zonas rurales es de 82.9%, frente a 57.3 en las zonas urbanas; esto es, las zonas rurales presentan 25.6 puntos porcentuales más que las zonas urbanas.

En el nivel departamental, los porcentajes de mujeres que reconocen que el problema económico es una barrera para el acceso a los servicios de salud van desde 48.6% en Moquegua hasta 83.8% en Cajamarca. En

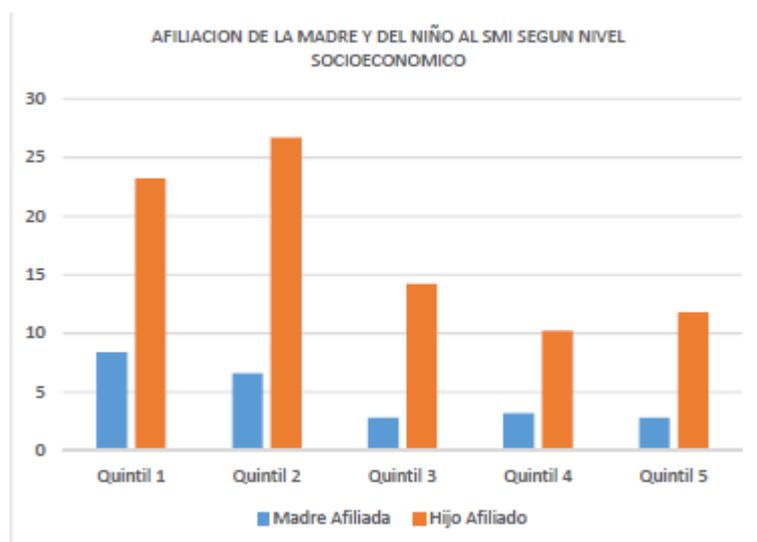
el grafico se observa la gran diferencia en la atención del parto según los niveles socioeconómicos. Solo 20.1% de los partos de mujeres del quintil más pobre se atienden en un establecimiento de salud, mientras que 92.9% de las mujeres del quintil más rico tienen esta atención.

PARTO INSTITUCIONAL SEGÚN NIVEL SOCIOECONOMICO



Recuperado de “ENDES 2000”, INEI /Elaboración propia, 2000

El antiguo Seguro Materno Infantil (SMI), actualmente incorporado al Seguro Integral de Salud (SIS), ha sido diseñado como una estrategia que permite eliminar la barrera económica en el acceso de atenciones prenatales, del parto y del posparto. El seguro ha logrado importantes coberturas de atención en madres gestantes, alcanzando afiliar a 140600 gestantes puérperas, las cuales recibieron 916500 atenciones solo en el 2001. Sin embargo, aún es limitada su cobertura en las áreas rurales; el grado de desatención es mayor en la sierra y selva del país. De acuerdo con la línea de base realizada por UNICEF en el distrito de Rio de Santiago departamento de amazonas, solo 42% de las madres gestantes fueron atendidas por el SIS. En el gráfico se *presenta la relación entre la afiliación SMI y el nivel socioeconómico.* (UNICEF, 2008, p. 24)



Recuperado de "ENDES 2000", INEI / Elaboración propia, 2000

> Aspecto cultural

El aspecto cultural es otro problema importante, que requiere modificar procedimientos de atención y adecuar la oferta sanitaria a las demandas y necesidades de las usuarias. Si no se considera este elemento, se seguirá manteniendo la exclusión de una alta proporción de mujeres pobres e indígenas.

> Procedimientos de atención

Es indispensable educar a la población sobre la importancia de asistir a un centro de salud y también al personal profesional a mantener una armonía y adecuarse a la cultura de cada región. Una causa para que las madres no asistían al centro de salud en zonas rurales viene a ser: las "normas" o "usos comunes" de los partos institucionales no se adaptan a la cultura de la población. Por ejemplo, en algunas zonas del Perú se acostumbra tener un tiempo prolongado de reposo luego del parto, lo cual no es compatible con las políticas de los establecimientos de salud. Otro factor importante es la postura de la madre durante el trabajo de parto. Las gestantes de zonas rurales manifiestan su deseo de dar a luz en cuclillas porque esta posición facilita la salida del niño con menos dolor; sin embargo, muchos profesionales de la salud no tienen en cuenta estas

prácticas demandadas por la población.

Otro problema asociado con las preferencias de las usuarias es la escasez de personal femenino en los establecimientos de salud.

Para reducir la tasa de mortalidad materna se debe tener los cuidados y controles durante y después del embarazo como:

> **Controles y Cuidados Durante el Embarazo:**

- Controles en el centro de salud más cercano.
- Buena alimentación de la madre (en el Perú, 270 mil madres gestantes sufren anemia por deficiencia de hierro y 1200 mueren cada año durante el parto y el posparto inmediato).
- Cuidado con los signos de peligro: sangrado vaginal, mal olor de sus partes, fiebres, escalofríos, pechos hinchados y/o duros.
- No ingerir alcohol, drogas ni medicamentos que no sean prescritos por el ginecólogo.
- Mantener un cuerpo aseado, ropa cómoda.
- Estar bien emocionalmente.

> **Servicios en el Establecimiento de Salud**

- Exámenes médicos: análisis de sangre, análisis de orina, prueba del VIH, cuidado y limpieza dental, despistaje del carácter.
- Control de peso y presión
- Vacunas.
- Suplemento de hierro y ácido fólico.
- . Consejería sobre: alimentación adecuada, psicoprofilaxis, planificación familiar.

> **Cuidados y Controles Después del Parto:**

- ✚ Dar de mamar al bebe inmediatamente (la placenta saldrá más rápido).
- ✚ Caminar lentamente unas horas después del alumbramiento (la recuperación será mas rápida).
- ✚ Asistir al centro de salud para sus controles.
- ✚ Continuar tomando los suplementos vitamínicos.
- ✚ Mantener el cuerpo limpio (para evitar infecciones).
- ✚ Tener un equilibrio emocional adecuado (estar tranquilas)

1.2.10 El Ministerio de Salud.

- Prevenir la salud de las madres e hijos.
- Conceptos establecidos sobre nutrición madre, hijo.
- Equidad (genero, raza, condición económica, religión, etc.)
- Promover el derecho del usuario
- Brindar un servicio de calidad
- Capacitación del personal profesional para resolver diversos problemas relacionados con el embarazo y parto.

1.2.11 La asistencia infantil.

La situación de la salud de los niños no es equitativa y son ellos los más vulnerables a adquirir enfermedades infecciosas tales como: a) la diarrea, que trae como consecuencia la deshidratación, que puede llevar a los niños a la muerte (las diarreas son la cuarta causa de mortalidad infantil); b) la neumonía, es una enfermedad infecciosa que afecta severamente a la infancia sobre todo a los más pobres (es la segunda causa de muerte infantil).

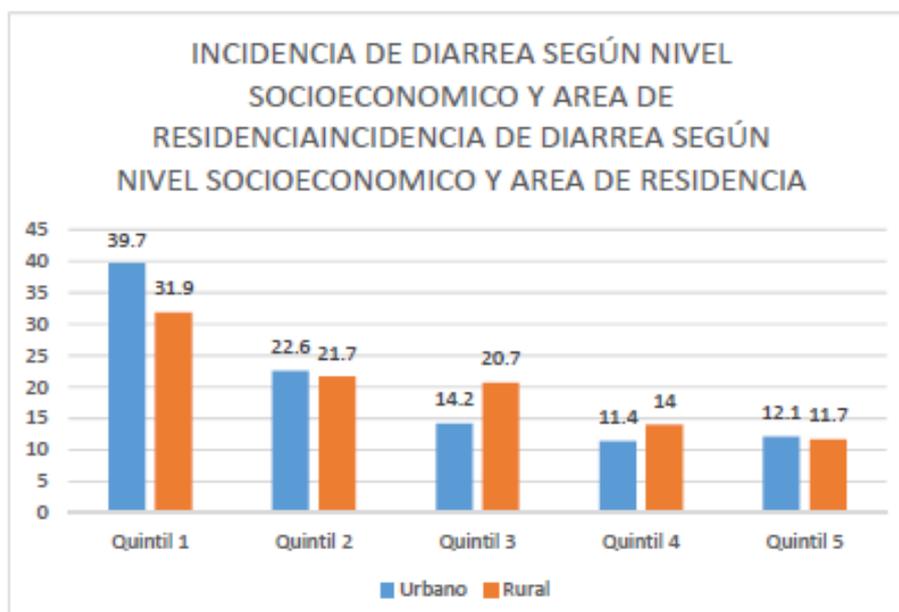
El Perú es un país con una gran variedad de climas, muchos de los cuales registran bajas temperaturas durante todo el año, mientras que otros presentan un gran porcentaje de humedad. Estas condiciones climáticas facilitan la propagación de enfermedades infecciosas del sistema respiratorio: una vez más, los niños son los grandes afectados.

En el gráfico sobre la incidencia de diarrea en las zonas urbanas y rurales por quintiles del índice de activos en el hogar. Tal como se observa, la incidencia es mayor en hogares de niños más pobres: 39.7% de los casos de neumonía se registran en ese

mismo quintil. Además, esa incidencia es mayor en las zonas urbanas cuando se considera a los niños más pobres.

Vacunas

- Polio (VOP) - Poliomiélitis
- BCG - Tuberculosis
- DPT triple - Difteria, Tétano y Tos convulsiva
- Antisarampionosa - Sarampión
- Antiamarilica - Fiebre amarilla
- HVB - Hepatitis B
- HIB – Neumonía



Fuente: ENDES 2000, INEI / Elaboración propia

Paperas

Edad	Vacuna
Al nacer	BCG
2 meses	DPT 1
3 meses	DPT 2
4 meses	DPT 3
9 meses	Anti amarilla
12 meses	Anti sarampión

Las jornadas de vacunación. Contribuyen a consolidar el impacto sobre la morbilidad de las enfermedades inmuno - prevenibles.

Gracias a las vacunas, el patrón de muchas enfermedades infecciosas ha cambiado. Por ello se debe tomar una mayor conciencia de vacunación. La actividad de inmunización ha sido y seguirá siendo importante y prioritaria en el marco de atención integral.

En el Perú, desde el 2001 se ha realizado el barrido nacional contra el sarampión.

Las fuerzas armadas, policiales y ESSALUD también cuenta con vacunas contra la hepatitis B, fiebre amarilla y tétano.

1.2.12 Situación de la salud

La situación de la salud de los niños no es equitativa, se observa que hay un mayor reporte de malestar o enfermedad entre los niños no pobres, hay que tener en cuenta que este patrón se debe a la percepción subjetiva de los padres, que es recogida por las encuestas de hogares.

Es decir, es probable que las personas más pobres cuyo nivel educativo es menor, presenten mayores dificultades que las no pobres para identificar cuál es su verdadero estado de salud, o probablemente no reportan la enfermedad por no disponer de recursos económicos para acercarse a un servicio de salud.

A pesar de esta subjetividad, son los más pobres los que se encuentran con mayores limitaciones para acceder a un servicio de salud adecuado. Sólo 5 de cada 10 niños en situación de pobreza extrema son llevados a un establecimiento de salud cuando sus padres consideran que tienen

alguna enfermedad. Este resultado contrasta con el 65% que se observa entre los no pobres. Así mismo, la afiliación a un seguro presenta una gran brecha según el nivel de pobreza y la zona de residencia.

ESTADO DE LA SALUD DE LA NIÑEZ SEGÚN POBREZA Y ZONA DE RESIDENCIA (En porcentaje)

	Pobre extremo	Pobre	No Pobre	Urbano	Rural	Total
Proporción de enfermedad reportada	23,0	24,8	28,3	25,9	25,6	25,7
Proporción reportada de inactividad	6,7	7,0	8,2	7,5	7,2	7,2
Consulta institucional	49,5	59,6	64,5	66,4	50,4	59,8
Afiliación a un seguro de salud	41,0	38,9	49,8	52,6	25,5	41,3

Fuente: ENNIV 2000, Cuánto S. A. /Elaboración propia.

Por otro lado, es clara la vulnerabilidad de los más pequeños. Por ejemplo, en el cuadro siguiente se observa que se reportaron enfermedades de 38% de los menores de 5 años, en comparación con el 19% de los adolescentes de entre 14 y 17 años. Sin embargo, son los menores los que presentan una mayor probabilidad de acudir a una consulta en caso de presentar una enfermedad. (UNICEF, 2008, p. 47).

ESTADO DE SALUD SEGÚN EDAD

	0-4	5-11	12-13	14-17	ADULTOS	TOTAL
Proporción de enfermedad reportada	38,0	23,6	19,3	18,5	34,2	24,8
Proporción reportada de inactividad	11,3	6,8	6,3	4,3	6,8	7,0
Consulta institucional	66,5	56,6	56,8	52,3	52,5	55,5
Afiliación a un seguro de salud	25,5	48,2	46,7	44,2	27,9	33,3

Fuente: ENNIV 2000, Cuanto S.A./Elaboración

1.2.13 Situación actual de la niñez

La inversión en la niñez es esencial debido a que contribuye a reducir la transmisión de la pobreza y la exclusión. Una estrategia de reducción de la pobreza no tendría efectos sostenibles si no se presentara un importante componente de inversión a favor de los niños.

En el Perú, la niñez es uno de los grupos más vulnerables y desprotegidos. Los niños son los más afectados por la pobreza, no sólo porque su bienestar y calidad de vida dependen de las decisiones de sus padres y del entorno familiar y comunitario, sino por el impacto que ésta tiene sobre su proceso de acumulación de capital humano. Las condiciones de vida en la que los niños se desenvuelven son críticas.

En el cuadro siguiente se observa de qué manera la pobreza afecta directamente a los niños. Así, aproximadamente de 3,8 millones de pobres extremos, 2,1 millones son niños. El número de niños que viven bajo la línea de pobreza es de 6,5 millones. Analizando el problema

desde otro enfoque, se encuentra que 2 de cada 3 niños menores de 5 años viven bajo la línea de pobreza, mientras que 2 de cada 3 viven en condiciones de extrema pobreza.

Bajo condiciones de pobreza, la inversión que las familias pueden realizar en el desarrollo de sus hijos es insuficiente.

Otro ejemplo es el acceso a los servicios de saneamiento. Los niños son los más excluidos de estos servicios: 3 de cada 10 niños menores de 5 años no acceden a servicios de agua, mientras que 5 tampoco lo hacen al servicio de desagüe.

POBREZA SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2000

	Pobres extremos		Pobres no extremos		No pobres		Total	
	Miles	%	Miles	%	Miles	%	Miles	%
0-4	602,5	15,9	1.176,2	11,7	906,7	7,7	2.685,3	10,5
5-11	916,8	24,1	1.779,6	17,7	1.578,9	13,4	4.275,3	16,7
12-13	220,0	5,8	524,1	5,2	451,8	3,8	1.195,9	4,7
14-17	372,6	9,8	926,3	9,2	897,9	7,6	2.196,9	8,6
Adultos	1.686,9	44,4	5.656,4	56,2	7.928,4	67,4	15.271,6	59,6
Total	3.798,7	100	10.062,6	100	11.763,7	100	25.625,0	100

Fuente ENNIV 2000, Cuanto S.A./Elaboración propia.

Estas condiciones del ambiente en el que se desenvuelven los niños tienen un significativo impacto sobre su calidad de vida y su desarrollo.

En el cuadro siguiente se observa cómo la incidencia de la pobreza en la población también se refleja claramente sobre la salud y educación de los niños. El 38% de los niños menores de cinco años presentó alguna dolencia o enfermedad y sólo 66% de ellos recibió alguna atención médica. Así mismo, 4% de los niños cuyas edades oscilan entre los 5 y 11 años no asisten a un centro educativo.

INDICADORES GENERALES SEGÚN EL GRUPO DE EDAD
(En porcentaje)

Indicadores	Grupo etario				
	0-4	5-11	12-13	14-17	Adultos
Tasa de enfermedad	38,0	23,6	19,3	18,5	24,2
Personas que reportan enfermedad y reciben atención médica	66,5	56,6	56,8	52,3	52,5
Personas que cuentan con un seguro médico	25,5	48,2	46,7	44,2	27,9
Personas que asisten a algún centro educativo	n.a.	96,6	96,5	81,7	85,2
Personas analfabetas	n.a.	n.a.	n.a.	1,1	7,8
Personas que trabajan	0	15,7	27,9	36,3	67,3
Niños cuyas madres viven fuera del hogar	5,0	9,4	n.a.	n.a.	n.a.

Fuente ENNIV 2000, Cuánto S. A. /Elaboración propia.

En el caso de la salud, el gasto promedio de un no pobre en una consulta de salud es de 8,7 nuevos soles, en comparación de los gastos de los pobres extremos: un nuevo sol. Esta diferencia podría explicarse porque los más pobres acceden a los servicios del Estado, pero también es un reflejo de la menor inversión de parte de ellos. Es decir, un pobre extremo tiene severas limitaciones para adquirir los medicamentos que le permitirán mejorar su estado de salud, mientras que un no pobre presenta menores restricciones de este tipo. En el cuadro 29 se presentan estos resultados (UNICEF, 2008, p. 70).

INVERSION MENSUAL PROMEDIO EN SALUD SEGUN POBREZA

	Consulta	Análisis y similares	Hospitalización	Medicinas	Total
Pobre extremo	0,12	0,02	0	0,81	0,96
Pobre	0,45	0,10	0	2,06	2,61
No pobre	2,37	0,65	0,31	5,36	8,69
Total	1,09	0,29	0,11	3,03	4,53

Gasto Público en Salud

En líneas generales, el gasto público en salud en la década pasada tuvo un aumento sobre todo entre 1990 y 1995, aunque con un cierto estancamiento y contracción en los años 1999 y 2000.

**GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE EL
PRESUPUESTO DEL SECTOR PÚBLICO Y DEL PBI. 1995 – 2002**

Gasto público	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
% Gasto público en salud / presupuesto anual sector público	5,30	5,00	5,00	5,40	5,40	6,3	7,01	7,08
% gasto público en salud / PBI	1,20	4,20	1,30	1,30	1,30	1,36	1,48	1,37

Fuente: MINSA

Así el gasto público en salud se duplicó entre 1993 y 1996, pasando de 745 a 1475 millones de dólares (en términos per cápita paso de 33 a 59 dólares por habitantes).

Este aumento se concentró en la construcción de centros de salud en zonas no atendidas y en el financiamiento de programas de salud básica. Sin embargo, pese a este incremento, se han encontrado errores de filtración en la focalización en el gasto público en salud debido a que se destinaron proporciones similares entre las regiones más pobres y menos pobres del país determinando así una gestión poco eficiente del gasto público produciéndose una combinación entre escasez y dispendio, tal como se han podido evidenciar en diversos estudios (20).

Midori de Habich (1999) demostró que el gasto público en salud no se concentra en las regiones con mayores necesidades de salud y más pobreza; por otro lado, Franke (1999) concluyó que el gasto se distribuye de una manera similar a la población, es decir, no existe una concentración del gasto entre los más pobres (Dueñas, Perú 21,2013)

Frente a ello, el Ministerio de Salud a través de la estrategia “reorientación del financiamiento para cubrir las necesidades nacionales de salud” (objetivo estratégico N° 6, 2002-2006) donde se afirma que mejorará el gasto público en salud, de tal forma que la asignación per cápita en salud sea coherente con la priorización social.

1.2.14 ¿Cuántos logran atenderse en los servicios públicos de salud?

Según la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENVI 2001), 32 de cada 100 personas declararon estar sufriendo una enfermedad. Un poco más de la mitad de ellas buscó atención y se atendieron en servicios públicos; también la mitad es decir la cuarta parte de los enfermos son atendidos por los servicios públicos de salud.

y si logra atenderse...

La tercera parte de los enfermos tuvieron que esperar entre 2 y 4 horas para ser atendidas y, aunque parezca increíble, adicionalmente casi la mitad e los enfermos tuvieron que esperar más de 4 horas para ser atendidos.

Atención restringida y de baja calidad

En síntesis, la cobertura de atención de los servicios públicos de salud es baja (sólo atiende a la cuarta parte de los enfermos) y la calidad de atención (medida indirectamente por el tiempo de espera) es deficiente.

Marginalidad: en 1990 el gasto en salud representó el 9,6% (casi la décima parte) del Presupuesto General de la República, y en 1994 se ha presupuestado sólo e 2,7%, a pesar que la situación de la salud ha venido empeorando.

Dependencia: los productores de equipos y tecnología médica, mayormente extranjeros, así como de los grandes laboratorios farmacéuticos, imponen criterios para la organización y funcionamiento de

los servicios de salud.

Inequidad: se mantienen entre la población diferencias en los riesgos de enfermar y morir y en el acceso a los servicios de salud. Como dice la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estas diferencias son innecesarias, evitables, además de injustas.

Centralismo: en Lima se encuentran 136 (36%) de los 380 hospitales que hay en todo el Perú, situación que no corresponde con la proporción de la población de Lima que llega al 29% respecto al resto del Perú, según el censo de 1993.

Multiplicidad: como señalamos líneas arriba, el Perú presta servicios de salud, el Ministerio de Salud, el Instituto Peruano de Seguridad Social, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y las instituciones privadas. Obviamente no está mal la diversificación, porque de alguna manera ésta aumenta la oferta. Lo que no está bien es que estas instituciones no coordinen entre sí y se desperdicien recursos que pudieran utilizarse más eficazmente si estuvieran articulados en un nuevo sistema de salud.

1.2.15 Alimentación balanceada

Definición

Es el consumo de tipos apropiados y cantidades adecuadas de alimentos y bebidas para proporcionar nutrición y energía, con el fin de conservar los órganos, tejidos y células del cuerpo, al igual que ayudar al crecimiento y desarrollo normales.

Funciones

Una dieta bien balanceada suministra fuentes de energía y nutrición para un óptimo crecimiento y desarrollo.

Fuentes alimenticias

Grupo lácteo (leche y sus derivados): Leche, queso y yogur. Grupo de carnes (carne y sustitutos de la carne): carne, pollo, pescado, carne de

res, cerdo, cordero y huevos.

Leguminosas: arvejas, lentejas, fréjoles, etc.

Nueces y semillas.

Grupo de verduras y frutas.

Grupo de granos (panes y cereales).

Panes integrales y enriquecidos.

Arroz y pastas.

Efectos secundarios

Una dieta mal balanceada puede causar problemas en la conservación de los tejidos del cuerpo, el crecimiento y el desarrollo, el funcionamiento del sistema nervioso y del cerebro, así como también, problemas en los sistemas muscular y óseo.

Recomendaciones

Se debe consumir una variedad de alimentos, de cada uno de los grupos básicos de los alimentos. Consumir mínimo 3 comidas al día. No omitir el desayuno. El paso más importante al seguir una dieta balanceada es educarse a sí mismo con lo que el cuerpo necesita, además de leer los ingredientes y la etiqueta nutricional de todos los alimentos que se consuman.

1.2.16 El método de la pirámide nutricional

La pirámide nutricional es un método utilizado para sugerir a la población que consuma diariamente una variedad de alimentos en forma equilibrada, con la cuál ayudan a mantener un peso saludable y disminuye el riesgo de enfermedades. Las premisas de la pirámide son variedad, equilibrio y moderación, que significa comer de cada grupo de alimentos la cantidad necesaria, adecuado a los procesos metabólicos y actividad física de cada persona. Los escalones inferiores proponen en su mayoría hidratos de carbono complejos.

Los escalones centrales sugieren alimentos que contienen menor cantidad de hidratos de carbono, más proteínas, grasas y gran contenido vitamínico. Los escalones superiores, de abajo hacia arriba, contienen cantidad de proteínas y cantidad de grasas. El escalón superior contiene mayormente grasas e hidratos de carbono simples, todos los alimentos que aportan principalmente calorías.

> Los Grupos de alimentos según su función en el organismo

Comer sano se define por la variedad y cantidad de alimentos nutritivos que comemos. Para tener un buen crecimiento y mantenernos sanos, el cuerpo humano requiere un buen balance y variedad de grupos de alimentos. Ninguno de los tres grupos es mejor que los otros.

1. Alimentación energéticos (que nos dan fuerza)

Este grupo está formado por aquellos ricos en carbohidratos y grasas.

Funciones:

- Aportan energía al cuerpo para poder trabajar, caminar y hacer toda clase de actividad y ejercicio.

- Mantienen la temperatura normal del cuerpo.
- Mantienen el funcionamiento normal del organismo y del trabajo muscular.

Entre los alimentos energéticos tenemos:

- Leguminosas (menstras) frijoles, pallares, lentejas, habas, garbanzo.
- Cereales: Arroz, avena, kiwicha, quinua, maíz, cebada, trigo, etc.
- Tubérculos: papa, camote, yuca, oca, olluco.
- Azúcares: azúcar rubia, miel de abeja, miel de caña, chancaca, etc.
- Grasas: aceite, manteca, mantequilla.

2. Alimentos constructores o reparadores (que nos forman).

En este grupo se encuentran alimentos que contienen proteínas de alto valor biológico.

Funciones:

- Reparación y formación de tejidos, huesos, músculos, el cerebro, la sangre y los órganos de los tejidos del cuerpo.
- Formar anticuerpos y antitoxinas para las defensas del organismo.
- Formar encimas que se encargan de la digestión de los alimentos.

Son de dos clases:

- De origen animal como: la carne, leche, gallina, pescado, huevos, queso, etc. Que generalmente son los ricos y proteicos.
- Los de origen vegetal: como fréjol y lentejas que contienen proteína. Pero para escurrir mejor la proteína que tienen, se debe combinarlos con otro grano, por ejemplo: arroz, maíz, avena, trigo o cebada. El grano más rico en proteína suele ser la quinua.

3. Alimentos protectores o reguladores (que nos protegen).

A este grupo pertenecen las vitaminas y los minerales. **Funciones:**

- Regulan el normal funcionamiento de todos los órganos.
- Sirven para el crecimiento normal y mantener una buena salud. **Entre estos alimentos tenemos:**
- Frutas de estación.
- Verduras frescas.

Estos alimentos suelen contener muchas vitaminas y minerales, los cuales son las frutas y las legumbres. Cada una de estas tiene una función distinta, por lo general, los alimentos de esta clase están elaborados para el buen funcionamiento del cuerpo. Las frutas y las legumbres, nos ayudan a resistir las enfermedades.

Las vitaminas y minerales

Es importante que comamos una cantidad adecuada de las vitaminas y minerales todos los días. Estas se encuentran en las comidas nutritivas. Si uno come una dieta variada de los tres grupos de alimentos, va a obtener todas las vitaminas y minerales que necesita.

Siempre es mejor comer bien que comprara pastillas o inyecciones de vitaminas.

Las vitaminas y minerales importantes que recibimos en una dieta nutritiva son las siguientes:

VITAMINA A: Conocida también como retinol, es esencial para la formación de la púrpura visual en la retina, la cual permite ver en la oscuridad. El betacaroteno, precursor de la vitamina A que se encuentra en los vegetales, tiene propiedades antioxidantes, lo cual significa que protege a las células contra el daño diario de la oxidación.

Fuentes alimenticias. - La vitamina A proviene de fuentes animales como los huevos, la carne, la leche, el queso, la crema, el hígado, el riñón y el aceite de hígado de bacalao y de hipogloso. Sin embargo, todas estas fuentes, a excepción de la leche descremada fortificada con vitamina A, tienen un alto contenido de grasa saturada y colesterol.

La forma precurosa, el betacaroteno, se encuentre en las plantas como la zanahoria, la calabaza, la batata o camote, el melón, el calabacín, la toronja, el albaricoque, el brócoli, la espinaca y la mayoría de las hortalizas de hojas verde. Mientras más intenso sea el color de la fruta u hortaliza, mayor es el contenido de betacaroteno. Estas fuentes vegetales están libres de grasa y colesterol. El cuerpo regula la conversión del betacaroteno en vitamina A, basándose en sus necesidades.

VITAMINA B1: La tiamina o vitamina B1 es esencial para metabolizar

los carbohidratos y producir energías.

Fuentes alimenticias. - La tiamina se encuentra se encuentra en los panes fortificados, cereales, pasta, granos enteros (especialmente germen de trigo), carnes magras (especialmente cerdo), pescado, granos secos, fríjoles y granos de soya. Los productos lácteos, las frutas y los vegetales no contienen mucha tiamina, pero cuando se consumen en grandes cantidades sí pueden ser una fuente importante de esta vitamina.

VITAMINA B2: La riboflavina, también llamada vitamina B2, libera energía de los carbohidratos. La vitamina B2 se destruye a través de la exposición de la luz; por lo tanto, los alimentos que contienen riboflavina se deberían guardar en la oscuridad o en envases opacos.

Fuentes alimenticias. - La carne magra, los huevos, las legumbres, las nueces, las verduras, la leche y sus derivados suministran la riboflavina en la dieta. Los panes y los cereales a menudo se encuentran fortificados con riboflavina. Se recomienda no almacenar los alimentos que contengan en recipientes de vidrio expuestos a la luz, ya que ésta la destruye. **VITAMINA B6:** La piridoxina o vitamina B6 promueve la producción de anticuerpos para mantener el sistema inmune. Grandes dosis de B6 pueden causar entumecimiento y problemas neurológicos.

Fuentes alimenticias. - La vitamina B6 se encuentra en los frijoles, las nueces, las legumbres, los huevos, la carne, el pescado, los granos integrales, al igual que en los panes y cereales enriquecidos.

VITAMINA B9: El folato o ácido fólico es necesario para la producción de glóbulos rojos y para la síntesis del ADN (que controla la herencia y es utilizado para guiar a la célula en sus actividades diarias). El ácido fólico también ayuda con el crecimiento de tejido y funcionamiento celular e igualmente ayuda a incrementar el apetito cuando es necesario y estimula la formación de ácidos digestivos.

Fuentes alimenticias. - Granos y legumbres, frutas y jugos de cítricos, salvado de trigo y otros granos integrales, hortalizas de hojas verdes, carne de ave, de cerdo, ariscos e hígado. **VITAMINA C:** Esta vitamina es importante en la formación de colágeno y tiene un papel muy importante en la formación de huesos y dientes, además de favorecer la

absorción de hierro. Ayuda a prevenir resfríos.

Fuentes alimenticias. - Algunos alimentos que la contienen son los cítricos, como el limón, la mandarina, además de los pimientos, repollo, brócoli, papa.

VITAMINA D: Asegura la correcta absorción del calcio y fósforo necesarios para el mantenimiento de los huesos y dientes sanos, de las articulaciones y del sistema nervioso. Vital para la prevención y tratamiento de la osteoporosis.

Fuentes alimenticias. - Se puede obtener de alimentos como huevo, hígado, atún, leche; o puede ser fabricado por el cuerpo cuando los esteroides se desplazan a la piel y reciben luz solar. **VITAMINA E:** Aunque la vitamina E es una vitamina liposoluble, no existen efectos tóxicos conocidos por megadosis.

Fuentes alimenticias. - La vitamina E se encuentra en los siguientes alimentos: germen de trigo, maíz, nueces, semillas, aceitunas, espinacas y otras hortalizas de hoja verde, espárragos, aceites vegetales de maíz, girasol, soya y semilla de algodón. Los productos hechos de estos alimentos, como la margarina, también contienen vitamina E.

VITAMINA K: Todas las vitaminas liposolubles (A, D, E y K) se inhiben con la ingesta mineral, porque ellas se disuelven en el aceite y se pierden.

Fuentes alimenticias. - Se encuentra en el repollo, la coliflor, la espinaca y otras hortalizas de hojas verdes, así como en cereales, soya y otros vegetales. La vitamina K también es elaborada por las bacterias que recubren el tracto gastrointestinal.

MINERALES

CALCIO. - Esencial en la constitución y desarrollo de los huesos y de los dientes. Forma parte del plasma sanguíneo e interviene en la coagulación de la sangre. Se encuentra en la leche y derivados, frijoles y lentejas.

AGUA. - Es uno de los elementos más importantes del cuerpo humano, ya que el 66% del peso corporal está constituido por agua. En el recién nacido esta representa un 75% por esto es necesario dar líquidos a los

niños cuando están con diarrea para evitar un desequilibrio en el organismo que pueda llevar al shock y posiblemente a la muerte. Las dos primeras partes del agua están dentro de las células y una tercera parte fuera de las mismas. La función del agua es vital, pues ayuda a construir y a renovar tejidos interviniendo en las reacciones biológicas, portando nutrientes y productos de desecho.

1.2.17 Alimentación para el niño de 3 a 5 años.

La edad preescolar es la etapa comprendida a partir del tercer año de edad, hasta los 5 años de edad. En este lapso ocurren un gran número de cambios somáticos y psíquicos, aunque el crecimiento ya no es tan acelerado como en las etapas previas. Ahora es más bien uniforme; disminuye el contenido corporal de grasas y se inicia poco a poco mayor desarrollo muscular.

Un factor importante para estos hechos es la disminución del apetito, que se prolonga por casi todo el segundo año de vida. Un eco importante es que durante esta época el niño empieza a alimentarse por sí solo.

Es de fundamental importancia repartir los aportes calóricos en la comida básica ya que estos hábitos alimentarios adquiridos a esta edad serán la guía para la época adulta.

Debemos prestar atención para evitar que el niño no realice conductas alimenticias sencillas y rutinarias con preferencia para algunos alimentos y rechazo a otros.

Una dieta balanceada, variada y enriquecida aporta al niño lo necesario para él. Estas calorías tendrán que ser repartidas de la siguiente manera:

Desayuno: 25% de aporte calórico del día.

Comida: 30% de aporte calórico del día.

Merienda: 15% de aporte calórico del día.

Cena: 30% de aporte calórico del día.

Como ejemplo de alimentación para niños menores de 6 años, tomando

en cuenta los recursos disponibles en la familia, se da a continuación lo siguiente que cumple con los requisitos de nutrientes para esta etapa de su crecimiento:

- Leche 2 o 3 veces.
- Carne 1 porción.
- Vegetales verdes y amarillos 1 taza.
- Frutas 2 diarias.
- Leguminosas (fréjol, lenteja, etc.) 5 cucharadas.
- Cereales 4 cucharadas.
- Cereales a través de pan o tortilla 2 piezas.
- Papa, yuca, olluco 1 pieza.

Cuyos alimentos pueden ser divididos en 3 ocasiones al día. Siendo importante resaltar que la condición económica de la familia será de importancia para, que la decisión orientada por el personal de salud logre proporcionar sus posibilidades, los nutrientes requeridos para el buen crecimiento completo del niño menor de 5 años.

Sugerencias d comidas diarias. - Para que los niños empiecen un buen día, un apto desayuno debe contener: leche, pan o cereales y frutas.

Desayuno: 1 taza de quaquer con 1 cucharadita de azúcar, % pan con mermelada y mantequilla.

Media mañana: yogurt con cereales.

Almuerzo: 1 Ensalada de tomata con pepino, % taza de puré con una presa chica de pescado y 1 manzana.

Media tarde: 1 taza de leche con 1 cucharadita de azúcar y % pan con palta.

Cena: 1 guiso de acelga con huevo y % taza de arroz. 1 taza de leche.

Responsabilidad de los padres

Tanto el padre como la madre tienen igual responsabilidad en la educación de sus hijos y por consiguiente esta debe ser compartida. En el caso de la madre su estado anímico influye en el niño, si ella se muestra tranquila alegre y afectuosa y su niño responderá con una actitud sonriente y un ritmo de desarrollo normal desde el punto de vista físico y mental.

El padre igualmente debe participar en la educación del niño colaborando con la madre en su cuidado. Si la madre enferma o debe dejar al niño solo por algún motivo especial el padre estará preparando para cuidarlo.

Esta atención influye en la preparación adecuada de su alimentación establecimiento, de horarios para la instalación de nuevos hábitos tales como sueño, aseo personal, etc. A la vez que debe dedicarse un tiempo para jugar y estimular al niño. Todo esto dentro de un clima emocional

1.2.18 Higiene de Alimentos.

que permita el desarrollo del niño en forma normal.

A. Es el conjunto de medidas necesarias para garantizar la limpieza, calidad y pureza de los alimentos en todas sus fases. La limpieza en la preparación de los alimentos es muy importante para prevenir la diarrea y otras enfermedades que puedan conducir a la desnutrición.

B. Factores:

Para mantener un buen estado de salud, es importante tener en cuenta varios factores.

a) **Higiene de las manos:** La persona a cargo debe lavarse con agua y con jabón después de hacer sus necesidades personales, antes de preparar las comidas y cada vez que va alimentar a su hijo. Las uñas deben mantenerlas siempre recortadas para evitar que allí se acumule la suciedad.

Lavar las manos de los niños, antes de consumir sus alimentos y después de hacer sus necesidades personales.

b) **Higiene de los utensilios de cocina:** Las tazas, platos, cucharas, cucharitas y todo elemento que sea requerido por la madre para la preparación de los alimentos o alimentar al niño, debe mantener la limpieza e higiene en el lugar de almacenaje. Posteriormente a la preparación de cada comida y alimentación de estas, el niño debe asearse las manos con abundante agua y jabón; de igual forma: las tazas, platos, y demás utensilios; igualmente antes de suministrar la comida del niño, es necesario lavar nuevamente todavía la vajilla que el niño utilizará.

c) **Higiene de los alimentos:** Los alimentos siempre deben mantenerse en un lugar cerrado (armario, cajones o mesas), sumamente con la higiene correcta que se amerita; siendo estos protegidos de insectos o mosquitos que generan la putrefacción de estos alimentos y contaminación. Almacenando los alimentos en lugares no expuestos a la radiación solar y/o humedad.

d) **Higiene en la preparación de los alimentos:** La leche de vaca de cualquier otro animal que se utilice para alimentar al niño, así como el agua, debe hervirse antes de su consumo. La leche cuando hierve debe agitarse con una cuchara limpia, cuando esto ocurre debe retirarse el recipiente de fuego, esperar que baje la leche y repetir esta operación por 3 o 4 veces.

Durante la preparación de los alimentos, no se debe toser ni estornudar sobre ellos.

Cocinar bien las carnes para evitar enfermedades. La mesa donde se

preparan los alimentos y la cocina debe estar en un sitio alto, para evitar que se contamine con el polvo.

Hervir el agua y después guardarla en una vasija limpia y cerrada, para su uso dentro de las primeras 24 horas.

Las frutas y verduras deben lavarse con abundante agua antes de comerlas.

Quien prepara y sirve los alimentos, deben tener ropas y manos limpias, especialmente su delantal o mandil.

1.2.19 Los Programas Sociales

Una parte importante del gasto social se concentra en programas de alimentación que han sido diseñados para aliviar el estado en el que se encuentran los grupos vulnerables de la población, y pese a los esfuerzos que realizan diariamente miles de mujeres por lograr abaratar y mejorar la alimentación de sus familias, las dietas que preparan los comedores no logran cubrir los requerimientos nutricionales recomendados.

Ye es que los ingresos de las familias que participan en los comedores obligan a las organizaciones a sacrificar la calidad de las dietas a fin de poder mantener un precio de ración que les sea relativamente accesible. Las contribuciones de los programas de apoyo alimentario, implementados desde distintas instituciones públicas y privadas y de ayuda internacional, resultan insuficientes dada la magnitud y profundidad del problema.

Hay muchos aspectos que se deben tener en cuenta cuando se quiere evaluar la efectividad del gasto social. El primero es la distribución de los fondos entre los distritos que compiten por acceder a ellos; en segundo lugar, la capacidad institucional del Estado para asignar recursos bajo un criterio de costo- efectividad.

El desempeño del Estado con relación a su objetivo de beneficiar a los más pobres, y en particular a la niñez, está siendo cuestionado: 50% de los niños receptores de los programas de alimentos en la zona urbana se encuentran en el primer quintil del índice de activos en el hogar.

En la zona rural, la focalización del gasto en alimentos es débil: sólo 24,4% de los niños beneficiarios se encuentran en el primer quintil de la distribución. El sistema de focalización no llega a todos los que debería beneficiar y los niveles de filtración son altos.

Hoy se tiene la misma proporción de pobres que hace 10 años y hay más pobres en términos absolutos que antes; esta situación se concentra más en los niños. Todo ello a pesar del esfuerzo de gasto público realizado durante la última década.

El cuadro siguiente ilustra esta situación. La subcobertura del Programa de Desayunos Escolares bordea 67% y la filtración 29% a escala nacional. La sierra - que es donde la pobreza incide en mayor proporción- la subcobertura bordea 62% y la filtración 26% (UNICEF, 2008, p. 75)

Considerando también otros programas sociales como: el vaso de leche y comedores populares.
Ver los cuadros siguientes respectivamente.

Beneficiarios De Programas Alimentarios Según Nivel Socioeconómico

Subcobertura Y Filtración Del Programa De Desayunos Escolares

Según Región

(Niños y niñas pobres entre Niños y niñas pobres entre

Desayuno escolar	Población objetivo	Beneficiarios (b)	Población objetivo beneficiada (c)	Subcobertura (a-c)		Filtración (b-c)	
Lima	534.784	221.966	147.048	387.736	72,5	74.918	33,8
Costa	535.595	236.990	166.122	369.473	69,0	70.868	29,9
Sierra	1.060.000	535.353	394.714	665.286	62,8	140.639	26,3
Selva	453.320	196.916	142.729	310.591	68,5	54.187	27,5
Total	2.583.699	1.191.225	850.613	1.733.086	67,1	340.612	28,6

Fuente: ENNIV 2000, Cuanto S.A. / Elaboración: Cortez, 2002

SUBCOBERTURA Y FILTRACIÓN DEL PROGRAMA DEL VASO DE LECHE SEGUN REGION

Vaso de leche	Población objetivo (a)	Beneficiarios (b)	Población objetivo beneficiada (c)	Subcobertura (a-c) %	Filtración (b-c) %		
NIÑOS Y NIÑAS POBRES MENORES DE 7 AÑOS							
Lima	605.540	264.421	170.217	435.323	71,9	94.204	35,6
Costa	614.451	267.186	185.043	429.408	69,8	82.143	30,5
Sierra	1.210.000	579.976	424.045	780.955	64,9	155.931	26,8
Selva	528.310	210.309	151.882	376.428	71,2	58.427	27,3
Total	2.953.301	1.321.892	931.187	2.022.114	68,5	390.705	29,6

MADRES GESTANTES POBRES							
Lima	22.751	3.365	3.365	19.386	85,3	0	0,0
Costa	23.317	1.529	764	22.553	96,5	765	50,2
Sierra	52.145	5.515	3.384	48.761	93,5	2.131	38,6
Selva	22.830	4.180	3.446	19.384	84,8	734	17,6
Total	121.043	14.589	10.959	110.084	90,3	3.630	24,3
MADRES LACTANTES POBRES							
Lima	131.783	15.140	11.356	120.427	91,6	3.784	25,3
Costa	87.571	8.944	7.415	80.156	91,5	1.529	17,6
Sierra	211.587	28.454	17.423	194.164	91,2	11.031	38,9
Selva	85.996	9.379	6.892	79.104	92,8	2.487	26,5
Total	516.937	61.917	43.086	473.851	91,5	18.831	30,6

Fuente: ENNIV 2000, Cuanto S.A. / Elaboración: Cortez, 2002

Entre los programas de apoyo alimentario tenemos:

- El programa de desayunos escolares.
- El programa el vaso de leche.
- Los programas de comedores populares: "mi cocina" PRONAA (Programa Nacional de Apoyo Alimentario).
- PAT
- PAMI
- ELPANFAR
- PRODIA
- PAD, etc.

Organismos que apoyan a los programas sociales

- CARITAS
- OFASA
- ONAA

Entre las limitaciones que tiene los programas sociales

1. Existe descoordinación entre los diferentes programas, lo que produce que se dupliquen acciones o se deje de atender a la población que requiere apoyo.
2. Es difícil medir el impacto que tienen estos programas en la situación nutricional de las personas a las que se dirigen.
3. Los alimentos transferidos están más en función a la disponibilidad de las donaciones internacionales que en función a los requerimientos nutricionales de la población a la que se dirigen.
4. Contribuyen a generar cambio en los hábitos de consumo de la población hacia productos que muchas veces no se producen en el país, lo que incrementa la dependencia alimentaria.
5. Los programas no se vinculan a propuestas de desarrollo de más largo plazo, en ese sentido no se articulan a una propuesta de seguridad alimentaria.
6. Los programas no incorporan para su ejecución a la población beneficiaria ni a las organizaciones a las que se dirige, este podría estar limitando las posibilidades de lograr un mayor impacto, por ejemplo, a la determinación de la población beneficiaria.

1.3 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

1.3.1 Definiciones Conceptuales

Desarrollo psicomotor

"Como concepción educativa, el desarrollo psicomotor se desprende directamente del desarrollo psicológico del niño según la cual la causa de ese desarrollo se encuentra en la interacción activa del niño con su medio ambiente, en una dirección que va desde lo más simple a lo más complejo, desde el conocimiento y control del propio cuerpo al conocimiento y acción consciente sobre el mundo moderno externo" (P. Martínez; 1988:13).

Entendemos al desarrollo psicomotor como la actuación de un niño ante una propuesta que implican el dominio de su cuerpo- motricidad - así como la capacidad de estructurar el espacio en el que se realizaran estos movimientos al hacer la interiorización y la abstracción de todo este proceso global. (M. Comellas; 1990:15)

Está demostrado que el movimiento es el fundamento de toda maduración física y psíquica del hombre. Considerado esto, podemos entender a la psicomotricidad como el desarrollo físico, psíquico e intelectual que se produce en el sujeto a través del movimiento. Otros la definen como una relación reversible que existe entre el razonamiento y el movimiento. (J. Jiménez; 1997: 10)

APRENDIZAJE: "El aprendizaje es un cambio relativamente permanente en la conducta que resulta de la experiencia. Los

seres humanos nacen con la habilidad de aprender, el aprendizaje sólo ocurre con la experiencia. La cual puede incluir el estudio, la instrucción, la observación, la exploración, la experimentación o la práctica”. PAPANIA, D.; WENDKOS, S. (1992:116)

SALUD: Estado de bienestar total, que involucra tanto el aspecto físico, mental y social que permite al ser humano desarrollar todas sus potencialidades para lograr sus expectativas. (OPS: 1995: 34)

ALIMENTACIÓN: Conjunto de lo que se toma o proporciona como alimento, proceso fisiológico por lo cual el organismo recibe las sustancias requeridas y necesarias para su mantenimiento, funciones o crecimiento y para poder llevar a cabo las funciones de relación con el entorno (Lexus:1999:39).

1.3.2 Definiciones Operacionales

DESARROLLO PSICOMOTOR: Es un proceso complejo que se desarrolla a través de las funciones motoras y sensoriales, permite con el soporte de lo psíquico, organizar, sincronizar y ejecutar las actividades prácticas cotidianas, que va desde la coordinación, el lenguaje y la motricidad propiamente dicha.

APRENDIZAJE: Es un proceso complejo de construcción y desarrollo de hábitos, habilidades, destrezas, conocimientos y actitudes, que el niño interioriza a través de la interacción con otros niños y con los adultos, en un intercambio complejo y rico que integra y lleva a valorar a todos los agentes que intervienen,

los niños, los padres, los maestros y la comunidad, le permite al niño pequeño adquirir la experiencia social históricamente acumulada y culturalmente organizada.

SALUD: Estado de bienestar total en donde el niño desarrolla todas sus potencialidades que le permiten actuar e interactuar armoniosamente en su medio.

ALIMENTACIÓN: es el proceso que garantiza el crecimiento y el desarrollo y un adecuado nivel nutricional; dota al organismo de la suficiente energía para asegurar el adecuado metabolismo, la función motora, las funciones cognitivas y permite tener un estado de salud óptimo cuando se llegue a una edad adulta.

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El desarrollo psicomotor infantil, es un tema muy importante en el campo de la educación de estudiantes pequeños y poco desarrollado en las aulas del nivel inicial, II ciclo en edades de 5 años, general es abordado esta temática a partir del juego libre, la maestra no la incluye dentro de la programación y si la incluyen es una vez ala semana en un determinado momento a través de los denominados talleres, no prioriza esta dimensión de desarrollo infantil, por ello, es necesario que las I.E. de inicial implemento la psicomotricidad desde una perceptiva científica teniendo en cuenta que en el nivel de Educación Inicial se constituye la base en la formación cognitiva, motriz y afectiva, siendo aspectos principales para la autorregulación de los futuros aprendizajes de los alumnos.

Todo estudiante de 5 años debe tener una atención integral, por lo tanto se debe tener en cuenta, que debe contar con infraestructura, con equipamiento adecuado, con personal especializado y con el espacio suficiente, en donde aseguraremos aprendizajes de acuerdo con su edad y nivel de desarrollo, las improvisaciones corren el riesgo de echar a perder un tiempo valioso y la oportunidad que los estudiantes pequeños aprendan y puedan lograr un desarrollo físico, psicológico y se socialice, aprendiendo a aprender desde el nivel inicial.

A los maestros encargados de la enseñanza-aprendizaje de los estudiantes pequeños buscamos estrategias y medios adecuados para que aprendan, sin embargo, siempre se debe tener en cuenta el estado de salubridad y la calidad de alimentación, va a permitir que el estudiante pequeño interiorice los aprendizajes que los maestros proporcionemos.

Los estudiantes pequeños tienen derecho a recibir una alimentación adecuada para ellos, por ser un derecho humano fundamental, por eso debe ser considerado como la primera estrategia de desarrollo humano, de igual manera la salud, la educación y el afecto en niños de 5 años.

La investigación nos permitirá conocer cómo se implementa el desarrollo psicomotor dentro de las actividades diarias, si estas están programadas y ejecutadas de acuerdo a las necesidades de los estudiantes pequeños del aula de 5 años; si metodológicamente es un proceso sistemático orientado a los estudiantes Institución Educativa Privada de Ciencias sir Isaac Newton de Carabayllo, con la finalidad de demostrar sus alcances, limitaciones.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre el desarrollo psicomotor y el aprendizaje, la salud y la alimentación en niños de aulas de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias sir Isaac Newton de Carabayllo, durante el año 2015?

2.3 OBJETIVOS: GENERALES Y ESPECÍFICOS

2.3.1 Objetivo General

Determinar la relación existente entre el desarrollo psicomotor y el aprendizaje, la salud y la alimentación en los estudiantes de aulas de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias sir Isaac Newton - Carabayllo, durante el año 2015

2.3.2 Objetivos específicos

Establecer la relación que existe entre el desarrollo psicomotor y el aprendizaje en niños de las aulas de 5 años de la Institución

Educativa Privada de Ciencias sir Isaac Newton - Carabayllo, durante el año 2015

Determinar la relación que existe entre el desarrollo psicomotor y la salud en niños de las aulas de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias sir Isaac Newton - Carabayllo, durante el año 2015

Determinar la relación que existe entre el desarrollo psicomotor y la alimentación en niños de las aulas de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias sir Isaac Newton - Carabayllo, durante el año 2015.

2.4 IMPORTANCIA Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN.

2.4.1 Importancia

Estudiar el desarrollo psicomotor permite predecir las dimensiones que intervienen en el aprendizaje, en la postura del cuerpo y la postura de los seres humanos frente a la vida y a su relación con los demás.

En el campo de la pedagogía constituye la base del aprendizaje, del desarrollo biológico, la alimentación, la salud y sobre todo el desarrollo mental, especialmente en el campo cognitivo, social y emocional. Por estas razones podemos afirmar que el impacto social es importante.

Los resultados de la investigación servirán a las autoridades de diversas esferas; a los propios usuarios, a los docentes y personal administrativo y en la colectividad educativa. Además, los resultados servirán de fuente para otras investigaciones.

2.4.2 Alcances

Los beneficios en el presente estudio serán los alumnos y los docentes, porque a partir de los hallazgos del presente estudio, se diseñarán programaciones diarias y estrategias de intervención para mejorar el desarrollo psicomotor de los alumnos pequeños. Un alcance a plazo mediano es extrapolar los hallazgos a otros centros educativos.

2.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación presenta limitaciones con referencia a la validez externa de los resultados debido a la característica de la muestra como realidad concreta; entonces, existe limitaciones en la generalización de los resultados.

El planteado de la investigación es solo vigente para Institución Educativa Privada de Ciencias Sir Isaac Newton de Carabayllo, así también los indicadores de la variable dependiente están en función a la realidad actual, por lo que pudieran variar los resultados en otras circunstancias y en otras condiciones.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 SISTEMA DE HIPOTESIS

3.1.1 Hipótesis General

H: Existe una relación directa entre el desarrollo psicomotor con el aprendizaje, la salud y la alimentación, en niños de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias Sir Isaac Newton de Carabayllo, durante el año 2015

Ho: No existe una relación directa entre el desarrollo psicomotor con el aprendizaje, la salud y la alimentación, en niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Sir Isaac Newton de Carabayllo, durante el año 2015

3.1.2 Hipótesis Específica

H1.: Existe una relación directa entre el desarrollo psicomotor con el aprendizaje en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Sir Isaac Newton de Carabayllo- 2015.

H2.: Existe una relación directa entre el desarrollo psicomotor con la salud, en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Sir Isaac Newton de Carabayllo- 2015.

H3.: Existe una relación directa entre el desarrollo psicomotor con la alimentación, en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Sir Isaac Newton de Carabayllo- 2015.

3.2 SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTE	Desarrollo psicomotor
VARIABLE DEPENDIENTE	Aprendizaje, salud y alimentación

VARIABLES INTERMITENTES/ CONTROL DE LAS VARIABLES EXTRAÑAS.

Para el control de las variables extrañas las muestras deben cumplir los siguientes aspectos:

- Niños y niñas de cinco años.
- Nivel educativo inicial 5 años
- Nivel socioeconómico parecido
- Estudiantes de la Institución Educativa Privada Sir Isaac Newton de Carabayllo.

VARIABLES	INSTRUMENTO
Desarrollo psicomotor	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación ➤ Lenguaje ➤ Motricidad
Aprendizaje,	<ul style="list-style-type: none"> – Comunicación – Matemática – Ciencia y Ambiente – Personal social
Salud y	<ul style="list-style-type: none"> – Morbilidad infantil: Frecuencia – Enfermedades más frecuentes, Iras, Edas, otras enfermedades.

alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Relación afectiva con la familia - Niveles de riesgo: desnutrición, mal nutrición y número de comidas. - Nivel Normal: alimentación balanceada, número de comidas - Nivel de sobre peso: alimentación ricas en grasas y carbohidratos, número de comidas.
--------------	--

3.3 METODOLOGIA

3.3.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación es descriptiva - correlacional. Bernal (2006) es descriptiva "aquella en que se reseña las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio" (p. 112), asimismo es correlacional porque ".tiene el propósito de mostrar o examinar la relación entre variables o resultantes de variables2 (p. 113)

3.3.2 Diseño de la investigación

Corresponde a los diseños no experimentales transversales correlacionales, según Carrasco (2009), "las variables carecen de manipulación intencional, no poseen grupos de control, ni mucho menos experimental, se dedican a analizar y estudiar los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia". (p.27)

Carrasco (2009) afirma: "tiene la particularidad de permitir al investigador, analizar y estudiar la relación de hechos y fenómenos de la realidad (variables) para conocer su nivel de influencia o ausencia de ellas, buscan determinar el grado de relación entre las variables que se estudia". (p.73)

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población

Carrasco (2009) afirma: " La población es el conjunto de todos los elementos (unidad de análisis que pertenecen al ámbito espacial donde se desarrolla el trabajo de investigación" (p.237).

De población es homogénea, está conformada por 40 estudiantes niños y niñas del nivel inicial de la Institución Educativa Privada de Ciencias Sir Isaac Newton de Carabayllo: están conformados Por:

NIVEL	SECCION	N° DE ALUMNOS
Inicial	3 años	05
	4 años	09
	5 años	26

3.4.2 Muestra

La muestra está seleccionada intencionalmente cuya confiabilidad presentará un error no mayor del 5% y dentro de un logro de un 90% del aprendizaje eficaz

La muestra queda determinada por 26 alumnos entre niños y niñas de 5 años del nivel inicial de la Institución Educativa Privada de Ciencias Sir Isaac Newton de Carabayllo. Están conformados:

NIVEL	EDAD	ALUMNOS		TOTAL
		NINOS	NINAS	
Inicial	5 años	15	11	25

Muestreo:

La muestra fue probabilística, tomada al azar, utilizando la siguiente fórmula

$$\text{Sabemos: } n = \frac{Z^2 N p q}{e^2 (N-1) + Z^2 p q}$$

probabilística.
Donde

En esta presente investigación se usará como método el muestreo probabilístico, usando el sistema SPSS, este viene a ser un programa estadístico informático, que será de mucho uso durante el trabajo de campo con respecto a las encuestas a realizar dándonos resultados exactos y definiéndonos si nuestro proyecto es viable o no.
Cálculo del tamaño de muestra

$$n = \frac{N z^2 G^2}{e^2 (N-1) + z^2 G^2}$$

$$n: \text{ Es el tamaño de la muestra}$$

N: Es el tamaño de la población

(40 Niños)

z: Es el valor de la distribución normal estandarizada correspondiente al nivel de confianza, representando unidades de desviación estándar, conteniendo una probabilidad de error de 0.05, equivaliendo un intervalo de confianza de 95% en la estimación de muestra; siendo así el valor de $Z = 1.96$.

e: Es el máximo error permisible (5%) G: Representan la probabilidad de la población de estar o no incluidas en la muestra (0.05)

Reemplazando la fórmula:

$$n = \frac{40 (0.5)^2 (1.96)^2}{(0.05)^2 (50-1) + (0.5)^2 (1.96)^2} = 26$$

Pidiéndose realizar una leve corrección de tamaño sobre la muestra, de la siguiente forma; si es que este resultará mayor a 5%.

3.5 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Para la contratación de la hipótesis los resultados cualitativos fueron sometidos a una división de percentiles para las apreciaciones de directamente proporcional, que significa que a mayores niveles de desarrollo de la psicomotricidad mejores resultados en el logro de competencias, a menores resultados en el logro de competencias: que se operacionalizará en valores de 4 de Normal Superior, 3 como Normal, 2 como Riesgo, 1 Retraso, cuyo promedio es de 2.5 que está establecido como valor positivo y mediante una correlación se calificará la situación del comportamiento del desarrollo de la psicomotricidad.

El logro de los aprendizajes: sobre el logro AD, logrado A, en proceso B y en inicio C; que se operacionaliza en valores 4.3.2 y 1, cuyo promedio es de 2.5.

La salud con niveles porcentuales y enfermedades más frecuentes (porque no se puede manejar valores como esperanza de vida, mortalidad infantil, mortalidad materna, se trabajará solo con morbilidad infantil), y la alimentación en niveles de riesgo, normal, y sobrepeso, en los niños y niñas que constituyen la muestra.

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD

4.1.1 Técnica

Las técnicas que se utilizaran para la recolección de datos será:

Análisis de documentos: Consiste en el estudio detallado de los diversos documentos técnicos - pedagógicos para obtener una información válida sobre los temas y aspectos relacionados a las variables de investigación.

La Observación: Es la técnica más valiosa para reunir información. Es el método que trata de penetrar en los aspectos humanos sin modificarlos porque se limita solo a captar aquellos aspectos dinámicos de las conductas que escapan de otras técnicas.

Se recolecto información de las dimensiones de los conocimientos, capacidades, actitudes y estas como se vislumbran a través del desarrollo de la psicomotricidad, la salud y la alimentación infantil.

Se establecieron procedimientos específicos en la aplicación de instrumentos de evaluación.

4.1.2 Instrumentos de recolección de datos: validación y confiabilidad

Los instrumentos de recolección de datos están determinados por las técnicas de recolección de datos como el análisis documentario como la ficha integral, el Tepsi. Así también se contaron con los registros de observación e instrumentos pedagógicos de evaluación. Siendo registrados datos de contenido, autores, editorial y lugar de estas

publicaciones en fichas bibliográficas; los cuales darán a conocer la vigencia del marco teórico y conocimiento que sustenta la fundamentación de estos problemas de investigación.

El TEPSI es un test, de “screening” o tamizaje, es decir, es una evaluación gruesa que permite conocer el nivel de rendimiento en cuanto al desarrollo psicomotor de niños y niñas de 2 a 5 años en relación a una norma estadística establecida por grupos de edad, y determinar si este rendimiento es normal, o está bajo lo esperado. (Haeussler, 2015, p.20)

Tipo de administración: El Test fue administrado en forma individual. No es una prueba de uso colectivo.

Edades de aplicación: El test puede aplicarse a cualquier niño o niña cuya edad fluctuó entre los 2 años, 0 meses, 0 días y 5 años, 0 meses, 0 días.

Subtests del Instrumento: El Test está compuesto de 52 ítems o tareas organizadas en tres subtests.

Subtests Coordinación: Evalúa en 16 ítems la habilidad del niño para coger y manipular y para dibujar: a través de conductas como construir torres con cubos, en hebrar una aguja, reconocer y copiar figuras geométricas, dibujar una figura humana. (Haeussler, 2015, p.20)

Subtests del Lenguaje: Evalúa en 24 ítems aspectos de comprensión y de expresión de éste a través de conductas tales como nombrar objetos, definir palabras, verbalizar acciones, describir escenas representadas en láminas. (Haeussler, 2015, p.20)

Subtests Motricidad: Evalúa en 12 ítems la habilidad del niño para manejar su propio cuerpo a través de conductas como coger una pelota, saltar con un pie, caminar en punta de pie, pararse en un pie un cierto tiempo. (Haeussler, 2015, p.20)

El Test de Desarrollo Motor TEPSI es un solo instrumento que evalúa tres áreas del desarrollo, y no consiste en tres instrumentos independientes.

Tiempo de administración: El tiempo de administración del instrumento varía, según la edad del niño y la experiencia del examinador, entre 30 y 40 minutos. (Haeussler, 2015, p.21)

ESTANDARIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

Previo a la estandarización, el test del desarrollo psicomotor 2-5 años TEPSI, fue aplicado experimentalmente en 1987 a una primera muestra de 144 niños entre 2 años, 0 meses, 0 días y 5 años, 0 meses, 0 días de ambos sexos (74 hombres, 70 mujeres) de dos niveles socioeconómicos (72 de nivel medio - alto y 72 de nivel bajo) a fin de realizar un análisis de ítems y de estudiar su confiabilidad. (Haeussler, 2015, p.24)

Propiedades estadísticas del Instrumento

Confiabilidad:

La confiabilidad del instrumento se estudió en la primera aplicación (N- 144)

Empíricamente se analizó el índice de discriminación de los ítems.

El grado de dificultad del test y de cada uno de los subtests.

La consistencia interna del instrumento.

Grado de dificultad e índice de discriminación de los ítems.

El grado de dificultad de los ítems se obtuvo calculando el porcentaje de respuestas correctas frente a cada ítem en la muestra total.

Consistencia interna del Instrumento.

La consistencia interna del instrumento, se analizó a través del índice Kuder Richard son 20 (K-R 20) y mostró ser altamente significativa (K-R 20 para el test total 0.94). También fue significativa la consistencia interna de los subtests (K-R 20 coordinación= 0.89, K-R 20 Lenguaje = 0.94 K-R 20 Motricidad =0.82)

Validez

La validez de construcción del instrumento de estudio en la muestra de estandarización (N=540) empíricamente analizó:

La progresión de los puntajes por edad, el efecto de variables estructurales, la correlación ítem-subtest, progresión de los puntajes por edad. Para estudiar la progresión de puntaje por edad en el TEPSI, se calcularon por una parte los promedios obtenidos por la muestra total en el test y en los subtests. Por grupo de edad, y por otra los porcentajes de éxito frente a cada ítem, por grupo de edad. (Haeussler, 2015, p.46)

4.2 ANALISIS DESCRIPTIVO

CUADRO N°1
PRUEBA MOTRICIDAD
(Mayo)

Categoría de rendimiento	Edad	Sub prueba de motricidad	
		Evaluación 1 Mayo	Total %
Retraso	3 años 9 meses	60%	60%
	4 años 10 meses	16%	16%
	5 años 0 meses	00%	00%
Riesgo	3 años 9 meses	00%	00%
	4 años 10 meses	00%	00%
	5 años 0 meses	00%	00%
Normal	3 años 9 meses	8%	8%
	4 años 10 meses	12%	12%
	5 años 0 meses	4%	4%
Normal Superior	3 años 9 meses	00%	00%
	4 años 10 meses	00%	00%
	5 años 0 meses	00%	00%
Total		100%	100%
N		25	25
Sx		0.89	2.52

En el Cuadro N°1 sobre la sub prueba MOTRICIDAD del test desarrollo psicomotor de tepsi, que fuera aplicada la segunda quincena del mes de mayo, revela que el 76% de los niños y niñas cuyas edades oscilan entre los cuatro y nueve meses y cuatro años y diez meses muestran un retraso en la sub prueba de MOTRICIDAD en lo esperado en su edad cronológica, mientras que el 24% muestran un desarrollo normal en esta sub área, los niños oscilan entre cuatro años y nueve meses y 5 años y 0 meses, en las categorías del rendimiento correspondiente a riesgo y normal superior los valores son cero. Alcanzando un valor promedio de 2.52 +/-0.89 de Sx.

CUADRO N°2
PRUEBA MOTRICIDAD
(Octubre)

Categoría de rendimiento	Edad	Sub prueba de motricidad	
		Evaluación 1 Mayo	Total %
Retraso	4 años 2 meses	8%	8%
	5 años 3 meses	4%	4%
	5 años 5 meses	00%	00%
Riesgo	4 años 2 meses	00%	00%
	5 años 3 meses	00%	00%
	5 años 5 meses	00%	00%
Normal	4 años 2 meses	60%	60%
	5 años 3 meses	24%	24%
	5 años 5 meses	4%	4%
Normal Superior	4 años 2 meses	00%	00%
	5 años 3 meses	00%	00%
	5 años 5 meses	00%	00%
Total		100%	100%
N		25	25
Sx		0.79	2.76

En el Cuadro N°2 sobre la sub prueba MOTRICIDAD del test desarrollo psicomotor de tepsi, que fuera aplicada la segunda quincena del mes de octubre, revela que el 12% de los niños y niñas cuyas edades oscilan entre los cinco años y 2 meses y cinco años y cinco meses muestran un retraso en la sub prueba de MOTRICIDAD en lo esperado en su edad cronológica, mientras que el 88% muestran un desarrollo normal en esta sub área. Lo cual revela que hubo un cambio significativo a nivel de la motricidad durante el año escolar. En las categorías del rendimiento correspondiente a riesgo y normal superior los valores fueron cero. Alcanzando un valor promedio de 2.76 +/- 0.79 de Sx.

CUADRO N°3
SUB PRUEBA LENGUAJE
(Mayo)

Categoría de rendimiento	Edad	Sub prueba de motricidad	
		Evaluación 1 Mayo	Total %
Retraso	4 años 9 meses	52%	52%
	5 años 10 meses	20%	20%
	5 años 0 meses	00%	00%
Riesgo	4 años 9 meses	00%	00%
	5 años 10 meses	00%	00%
	5 años 0 meses	00%	00%
Normal	4 años 9 meses	16%	16%
	5 años 10 meses	08%	08%
	5 años 0 meses	04%	04%
Normal Superior	4 años 9 meses	00%	00%
	5 años 10 meses	00%	00%
	5 años 0 meses	00%	00%
Total		100%	100%
N		25	25
Sx		0.60	1.56

En el Cuadro N°3 sobre la sub prueba LENGUAJE del test desarrollo psicomotor de tepsi, que fuera aplicada la segunda quincena del mes de Mayo, revela que el 72% de los niños y niñas cuyas edades oscilan entre los cuatro años y 9 meses y cuatro años y diez meses muestran un retraso en la sub prueba de LENGUAJE en lo esperado en su edad cronológica, mientras que el 28% muestran un desarrollo normal en esta sub área; los niños que oscilan entre cuatro años y nueve meses y 5 años y 0 meses, en las categorías del rendimiento correspondiente a riesgo y normal superior los valores son cero. Alcanzando un valor promedio de 1.56 +/-0.60 de Sx.

CUADRO N°4
SUB PRUEBA LENGUAJE
(Octubre)

Categoría de rendimiento	Edad	Sub prueba de motricidad	
		Evaluación 1 Mayo	Total %
Retraso	5 años 2 meses	8%	8%
	5 años 3 meses	8%	8%
	5 años 5 meses	00%	00%
Riesgo	5 años 2 meses	00%	00%
	5 años 3 meses	00%	00%
	5 años 5 meses	00%	00%
Normal	5 años 2 meses	60%	60%
	5 años 3 meses	20%	20%
	5 años 5 meses	4%	4%
Normal Superior	5 años 2 meses	00%	00%
	5 años 3 meses	00%	00%
	5 años 5 meses	00%	00%
Total		100%	100%
N		25	25
Sx		0.89	2.68

En el Cuadro N°4 sobre la sub prueba LENGUAJE del test desarrollo psicomotor de tepsi, que fuera aplicada la segunda quincena del mes de octubre, revela que el 16% de los niños y niñas cuyas edades oscilan entre los cinco años y 2 meses y cinco años y cinco meses muestran un retraso en la sub prueba de MOTRICIDAD en lo esperado en su edad cronológica, mientras que el 84% muestran un desarrollo normal en esta sub área. Lo cual revela que hubo un cambio significativo a nivel del lenguaje durante el año escolar. En las categorías del rendimiento correspondiente a riesgo y normal superior los valores fueron cero. Alcanzando un valor promedio de 2.68 +/- 0.89 de Sx.

CUADRO N°5
SUB PRUEBA COORDINACION
(Mayo)

Categoría de rendimiento	Edad	Sub prueba de motricidad	
		Evaluación 1 Mayo	Total %
Retraso	4 años 9 meses	58%	58%
	4 años 10 meses	18%	18%
	5 años 0 meses	00%	00%
Riesgo	4 años 9 meses	00%	00%
	4 años 10 meses	00%	00%
	5 años 0 meses	00%	00%
Normal	4 años 9 meses	10%	10%
	4 años 10 meses	10%	10%
	5 años 0 meses	04%	04%
Normal Superior	4 años 9 meses	00%	00%
	4 años 10 meses	00%	00%
	5 años 0 meses	00%	00%
Total		100%	100%
N		25	25
Sx		0.89	2.52

En el Cuadro N°5 sobre la sub prueba COORDINACIÓN del test desarrollo psicomotor de tepsi, que fuera aplicada la segunda quincena del mes de Mayo, revela que el 76% de los niños y niñas cuyas edades oscilan entre los cuatro años y 9 meses y cuatro años y diez meses muestran un retraso en la sub prueba de COORDINACIÓN en lo esperado en su edad cronológica, mientras que el 24% muestran un desarrollo normal en esta sub área; los niños que oscilan entre cuatro años y nueve meses y 5 años y 0 meses, en las categorías del rendimiento correspondiente a riesgo y normal superior los valores son cero. Alcanzando un valor promedio de 2.52 +/-0.89 de Sx.

CUADRO N°6
SUB PRUEBA COORDINACIÓN
(Octubre)

Categoría de rendimiento	Edad	Sub prueba de motricidad	
		Evaluación 1 Mayo	Total %
Retraso	5 años 2 meses	08%	08%
	5 años 3 meses	20%	20%
	5 años 5 meses	00%	00%
Riesgo	5 años 2 meses	00%	00%
	5 años 3 meses	00%	00%
	5 años 5 meses	00%	00%
Normal	5 años 2 meses	20%	20%
	5 años 3 meses	48%	48%
	5 años 5 meses	04%	04%
Normal Superior	5 años 2 meses	00%	00%
	5 años 3 meses	00%	00%
	5 años 5 meses	00%	00%
Total		100%	100%
N		25	25
Sx		0.96	2.44

En el Cuadro N°6 sobre la sub prueba COORDINACIÓN del test desarrollo psicomotor de tepsi, que fuera aplicada la segunda quincena del mes de octubre, revela que el 28% de los niños y niñas cuyas edades oscilan entre los cinco años y 2 meses y cinco años y cinco meses muestran un retraso en la sub prueba de COORDINACIÓN en lo esperado en su edad cronológica, mientras que el 72% muestran un desarrollo normal en esta sub área. Lo cual revela que hubo un cambio significativo de mayo a octubre a nivel de la COORDINACIÓN durante el año escolar. En las categorías del rendimiento correspondiente a riesgo y normal superior los valores fueron cero. Alcanzando un valor promedio de 2.96 +/-0.96 de Sx.

CUADRO N°7
ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN TALLA /EDAD
(Mayo)

ESTADO NUTRICIONAL	4 ANOS Y 9 MESES	4 ANOS Y 10 MESES	5 ANOS Y 0 MESES
N=25	N° de niños =17 Porcentaje 68%	N° de niños =7 Porcentaje 28%	N° de niños =1 Porcentaje 4%
DESNUTRIDO	00	00	00
RIESGO	44%	100%	100%
NORMAL	56%	00	00
SOBREPESO	00	00	00
TOTAL	100%	100%	100%
	2.56	2.0	2.0

En el cuadro N°7 sobre el estado nutricional de los niños y niñas según su peso y edad según los parámetros dados por la Organización Mundial de la Salud - OMS, que fuera aplicada en la segunda quincena del mes de mayo revela que del 68% de la muestra el 44% de los niños y niñas cuyas edades oscilan entre cuatro años y nueve meses se encuentran en las brechas de riesgo de desnutrición y el 56% muestran un peso normal esperado para su edad cronológica; mientras que el grupo de niñas y niños de cuatro años y diez meses de edad corresponde al 28% de la muestra el 100% de ellos revelan riesgo en su estado nutricional y el 4% de cinco años y 0 meses de edad también se encuentran en riesgo nutricional sea esta desnutrición y/o mal nutrición. En las categorías correspondiente a desnutrición y sobrepeso los valores son cero. Alcanzando un valor promedio de 2.56 en los niños de cuatro años y nueve meses que corresponden al 68% de la muestra, 2.0 en niños de 5 años y 0 meses.

CUADRO N°8
ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN TALLA /EDAD
(Octubre)

ESTADO NUTRICIONAL	4 ANOS Y 9 MESES	4 ANOS Y 10 MESES	5 ANOS Y 0 MESES
N=25	N° de niños =17 Porcentaje 68%	N° de niños =7 Porcentaje 28%	N° de niños =1 Porcentaje 4%
DESNUTRIDO	00	00	00
RIESGO	4%	8%	00%
NORMAL	96%	92	100%
SOBREPESO	00	00	00
TOTAL	100%	100%	100%
	2.96	2.92	2.0

En el cuadro N°8 sobre el estado nutricional de los niños y niñas según su peso y edad según los parámetros dados por la Organización Mundial de la Salud - OMS, que fuera aplicada en la segunda quincena del mes de octubre revela que del 68% de la muestra el 4% de los niños y niñas cuyas edades oscilan entre cuatro años y nueve meses se encuentran en las brechas de riesgo de desnutrición y el 96% muestran un peso normal esperado para su edad cronológica; mientras que el grupo de niñas y niños de cuatro años y diez meses de edad corresponde al 28% de la muestra el 8% de ellos revelan riesgo en su estado nutricional y el 92% de cinco años y 5 meses muestran estado nutricional normal de lo esperado para su edad cronológica. El 4% de la muestra total de 5 años y cinco meses se encuentra en estado nutricional normal, lo que revela que durante el año académico los niños mejoran sus niveles nutricionales. En las categorías nutrición correspondiente a desnutrición y sobrepeso los valores son cero. Alcanzando un valor promedio de 2.96 en los niños de cinco años y dos meses que corresponden al 68% de la muestra, 2.92 en niños de 5 años y 3 meses de edad y 2.0 en niños de 5 años y 5 meses.

CUADRO N°9
PORCENTAJE DE LOGROS DE APRENDIZAJE
(UN TOTAL DE 25 NIÑOS - Mayo)

N°5	AREAS DE DESARROLLO			
	COMUNICACION	MATEMATICA	CIENCIA Y AMBIENTE	PERSONAL SOCIAL
LOGRADO AD				
4 años y 9 meses	4%	4%	4%	4%
4 años y 10 meses	4%	4%	4%	4%
5 años y 0 meses	4%	4%	4%	4%
LOGRADO A				
4 años y 9 meses	56%	60%	48%	56%
4 años y 10 meses	16%	16%	20%	16%
5 años y 0 meses	00%	00	00	00
EN PROCESO B				
4 años y 9 meses	8%	8%	16%	8%
4 años y 10 meses	8%	4%	4%	8%
5 años y 0 meses	00%	00	00	00
EN INICIO C				
4 años y 9 meses	00	00	00	00
4 años y 10 meses	00	00	00	00
5 años y 0 meses	00	00	00	00
N=25	100%	100%	100%	100%
	2.96	3.0	2.92	2.96

17 niños de 4 años y 9 meses 07 niños de 4 años y 10 meses 1 niño de 5 años

En el cuadro N°9, la evaluación en el nivel inicial revela que el 12% de los niños y niñas destacan en las cuatro áreas del desarrollo, mientras que obtienen un 72% en comunicación, el 76% en matemática, el 68% en ciencia y ambiente y el 72% en personal social, en lo esperado para su edad cronológica. Alcanzan un logro equivalente a B el 16% en comunicación, un 12% en matemática, un 29% en ciencia y ambiente, y un 16% en personal social. En la categoría C correspondiente al inicio los valores son de cero. Alcanzando un valor promedio 2.96 en comunicación y personal social, 3.0 en matemática y 2.92 en ciencia y ambiente.

CUADRO N°10
PORCENTAJE DE LOGROS DE APRENDIZAJE
(UN TOTAL DE 25 NIÑOS - Octubre)

N°5	AREAS DE DESARROLLO			
	COMUNICACION	MATEMATICA	CIENCIA Y AMBIENTE	PERSONAL SOCIAL
LOGRADO AD				
5 años y 2 meses	20%	16%	24%	20%
5 años y 3 meses	8%	8%	12%	16%
5 años y 5 meses	4%	4%	4%	4%
LOGRADO A				
5 años y 2 meses	48%	52%	44%	48%
5 años y 3 meses	20%	20%	16%	12%
5 años y 5 meses	00%	00	00	00
LOGRADO B				
5 años y 2 meses	00%	00%	00%	00%
5 años y 3 meses	00%	00%	00%	00%
5 años y 5 meses	00%	00%	00%	00%
LOGRADO C				
5 años y 2 meses	00	00	00	00
5 años y 3 meses	00	00	00	00
5 años y 5 meses	00	00	00	00
N=25	100%	100%	100%	100%
	3.32	3.0	3.4	3.4

17 niños de 5 años y 2 meses 07 niños de 5 años y 3 meses 1 niño de 5 años y 5 meses

En el cuadro N°10, la evaluación final en el nivel inicial revela que alcanzan los destacados AD el 32% de los niños y niñas en el área de comunicación, 28% en matemática, el 40% en ciencia y ambiente, el 36% en personal social. Mientras que obtienen un 68% en comunicación, el 72% en matemática, el 60% en ciencia y ambiente y el 64% en personal social. Los resultados demuestran que los niños alcanzados exigido para su edad cronológica y el nivel educativo. En la categoría C correspondiente al inicio los valores son de cero. Alcanzando un valor promedio 3.32 en comunicación, 3.4 en personal social, 3.0 en matemática y 3.4 en ciencia y ambiente.

CUADRO N°11
EDAD Y TALLA
(Por sexo)
(Mayo)

TALLA	3 años y 9 meses		4 años y 10 mese		5 años y 0 meses		total
	H	M	H	M	H	M	
85cm.	5 20%	6 24%					11 44%
86 cm.	2 8%	4 16%	2 8%	5 20%			13 52%
87 cm.	--	--	--	--	01 4%	--	01 4%
88 cm.	--	--	--	--	--	--	--
TOTAL	100%		100%			100%	100%

El cuadro N°11, sobre la relación edad y talla son indicadores importantes en las medidas antropométricas para detectar estados de marasmos, encontrados que el 44% de los niños y niñas se encuentran en estado limítrofes según los parámetros dados por la Organización Mundial de la Salud - OMS que fuera aplicado en la segunda quincena de mayo además revela que un porcentaje mayor de las niñas se encuentran en un estado limítrofe encontrándose en riesgo de desnutrición y malnutrición en los esperado a su edad cronológica.

CUADRO N°12
EDAD Y TALLA
(Por sexo)
(Octubre)

TALLA	5 años y 9 meses		6 años y 10 mese		5 años y 0 meses		total
	H	M	H	M	H	M	
85cm.	5 20%	6 24%					11 44%
86 cm.	2 8%	4 16%	2 8%	5 20%			13 52%
87 cm.	--	--	--	--	01 4%	--	01 4%
88 cm.	--	--	--	--	--	--	--
TOTAL	07 28%	08 40%	02 8%	05 20%	01 4%	--	25 100%

El cuadro N°12, sobre la relación edad y talla que fuera aplicada en la segunda quincena del mes de octubre, teniendo en cuenta que son indicadores importantes en las medidas antropométricas para detectar estados de marasmos y desnutrición encontramos que el 44% los niños y niñas aumentaron 7 cms. En talla, según los parámetros dados por la Organización Mundial de la Salud - OMS.

CUADRO N°13
NIVEL DE SALUBRIDAD

(Mayo)

Enfermedad	RESPIRATORIAS AGUDAS					
	Resfrió	Otitis Media aguda	CRUP	Asma	Faringoa-migdalitis	Neumonía
EDAD						
4 años y 9 meses	7	2	0	0	3	2
4 años y 10 meses	3	1	1	2	0	0
5 años y 0 meses	1	0	0	0	0	0
N= 25	44%	12%	4%	8%	12%	8%
X= 3.34	2.24	3.52	3.84	3.68	3.52	3.68

Enfermedad	DE LA PIEL			
	Infecciones de la piel	Acarosis	Pediculosis	Dermatitis
EDAD				
4 años y 9 meses	7	5	2	5
4 años y 10 meses	3	00	1	2
5 años y 0 meses	01	00	00	00
N= 25	32%	20%	12%	28%
X= 3.08	2.72	3.2	3.52	2.88

Enfermedad	ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
	Disferia	Tos convulsiva	Sarampión	Rubeóla	Papera
EDAD					
4 años y 9 meses	00	00	02	00	00
4 años y 10 meses	00	00	04	00	00
5 años y 0 meses	00	00	01	00	00
N= 25			28%		
X= 2.88					

Enfermedad	ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
	Estreñimiento	Diarrea	Conjuntivitis	Parasitosis	Infecciones urinarias solo en niñas
EDAD					
4 años y 9 meses	02	05	00	03	05
4 años y 10 meses	00	02	01	02	01
5 años y 0 meses	00	01	00	00	00
N= 25	8%	32%	4%	20%	24%
X= 2.88	3.68	2.72	3.84	3.2	3.04

El cuadro N°13. Nos indica que en el mes de mayo la presencia de enfermedad respiratorias agudas que van desde los resfríos en un 44%, la otitis media aguda en un 12%, CRUP en un 4%, asma en un 8%, 12% con faringo amigdalitis, llegando hasta el 8% en casos de neumonía en niños y niñas.

También se ha encontrado la presencia de enfermedad de la piel, como el 32% infecciones a la piel, 8% de carosis, 20% de pediculosis y 28% de dermatitis.

Con respecto a las enfermedades inmunoprevenibles el 28% padeció de sarampión.

La presencia de otras enfermedades como estreñimiento en un 8%, diarreas en un 32%, conjuntivitis 4%, parasitosis 20% e infecciones urinarias en niñas en un 24%.

CUADRO N°14
NIVEL DE SALUBRIDAD
(Octubre)

Enfermedad EDAD	RESPIRATORIAS AGUDAS					
	Resfrió	Otitis Media aguda	CRUP	Asma	Faringoa-migdalitis	Neumonía
5 años y 2 meses	2	0	0	0	2	2
5 años y 3 meses	2	0	1	0	1	0
5 años y 5 meses	2	0	0	0	1	0
N= 25	44%	12%	4%	8%	12%	8%
X= 3.34	3.52				3.36	

Enfermedad EDAD	DE LA PIEL			
	Infecciones de la piel	Acarosis	Pediculosis	Dermatitis
5 años y 2 meses	1	3	2	1
5 años y 3 meses	1	0	1	1
5 años y 5 meses	0	0	0	1
N= 25	8%	12%	12%	12%
X= 3.56	3.68	3.52	3.52	3.52

Enfermedad	ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
	Disferia	Tos convulsiva	Sarampión	Rubeóla	Papera
EDAD					
5 años y 2 meses	00	00	04	00	02
5 años y 3 meses	00	00	01	00	01
5 años y 5 meses	00	00	00	00	01
N= 25			28%		16%
X= 3.28			3.2		3.36

Enfermedad	ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
	Estreñimiento	Diarrea	Conjuntivitis	Parasitosis	Infecciones urinarias solo en niñas
EDAD					
5 años y 2 meses	00	01	00	03	02
5 años y 3 meses	00	01	00	01	01
5 años y 5 meses	00	00	00	00	01
N= 25		8%		12%	12%
X= 2.88		3.68		3.52	3.52

El cuadro N°14. Nos indica que en el mes de octubre la presencia de enfermedad respiratorias agudas que van desde los resfríos en un 12% y faringo amigdalitis un 16%.

También se ha encontrado la presencia de enfermedad de la piel, como las infecciones a la piel en un 8 %, 12% de carosis, 12% de pediculosis y 12% de dermatitis.

Con respecto a las enfermedades inmunoprevenibles el 20% padeció de sarampión y el 16% de paperas.

La presencia de otras enfermedades como diarreas en un 8%, paperas 12% e infecciones urinarias en niñas en un 12%.

CUADRO N°15 NIVEL ALIMENTICIO (Mayo)

Cant.	2 comidas principales	3 comidas principales	3 comidas principales + 1 comida extra	3 comidas principales + 2 comidas extras	TOTAL
EDAD					
4 años y 9 meses	00	12 48%	03 12%	02 8%	17 68%
4 años y 10 meses	00	05 20%	01 4%	01 4%	07 28%
5 años y 0 meses	00	01 4%	00	00	01 4%
TOTAL	00	18% 72	04 16%	03 12%	25 100%
X					2.4

En el cuadro N°15, que corresponde al mes de mayo observamos que el 72% de los niños y niñas consumen tres comidas principales, el 16% consumen tres comidas principales y una adicional y el 12% tres comidas principales más dos adicionales; encontramos que ninguna toma dos comidas. Es necesario resaltar que se refiere a la cantidad de comida que el niño ingiere en casa.

CUADRO N°16 NIVEL ALIMENTICIO (Octubre)

Cant.	2 comidas principales	3 comidas principales	3 comidas principales + 1 comida extra	3 comidas principales + 2 comidas extras	TOTAL
EDAD					
5 años y 2 meses	00	12 48%	03 12%	02 8%	17 68%
5 años y 3 meses	00	05 20%	01 4%	01 4%	07 28%
5 años y 5 meses	00	01 4%	00	00	01 4%
TOTAL	00	18% 72	04 16%	03 12%	25 100%
X					2.4

En el cuadro N°16, que corresponde al mes de octubre, observamos que el 32% de los niños y niñas consumen tres comidas principales más una adicional, el 68% consumen tres comidas principales y dos adicionales, encontramos que ninguno consume dos y tres comidas principales, teniendo en cuenta que es la institución educativa el que provee de alimentos a los niños y niñas excepto la comida de la noche.

CUADRO N°17

Relación existente entre el desarrollo psicomotor y el aprendizaje, la salud y la alimentación en niños de aula de 5 años en la Institución Educativa Privada de Ciencias Sir Isaac Newton de Carabaylo - Lima, durante el año 2015.

CUADRO	Indicadores	X1	Sx	X2	Sx
1	Categoría de Rendimiento de motricidad (mayo)	2.52	0.89		
2	Categorías de Rendimiento de motricidad (octubre)			2.76	0.79
3	Categoría de Rendimiento de lenguaje (mayo)	1.56	0.60		
4	Categoría de Rendimiento de lenguaje (octubre)			2.68	0.89
5	Categoría de Rendimiento en coordinación (mayo)	1.48	0.99		
6	Categorías de Rendimiento en coordinación (octubre)			2.44	0.96
7	Nivel Nutricional (mayo)	2.18	0.79		
8	Nivel Nutricional (octubre)			2.62	0.86
9	Logros en el aprendizaje (mayo)	2.96	0.87		
10	Logros en el aprendizaje (octubre)			3.28	0.81
13	Nivel de salubridad (mayo)	3.12	0.94		
14	Nivel de Salubridad (octubre)			3.46	0.86
15	Nivel Alimenticio (mayo)	2.4	0.91		
16	Nivel Alimenticio (octubre)			3.68	0.79
	X TOTAL	2.31	0.84	2.98	0.85

4.3 CONTRASTACIÓN DE LA HIPOTESIS

La hipótesis planteada en la investigación sostiene que el desarrollo psicomotor se relaciona directamente con el aprendizaje, la salud y la alimentación en niños de aula de 5 años en la Institución Educativa Privada de Ciencias Sir Isaac Newton de Carabayllo - Lima, durante el año 2015.

Para la contrastación se utilizaron los siguientes elementos:

- a) Medidas de tendencia central
- b) Medidas de dispersión: desviación estándar
- c) Prueba de significación de relación.

El promedio de la medición de indicadores, de las variables, es de 2.5. Se recolecto de información, obteniéndose un promedio muestral ponderado de x y una desviación estándar de S_x . Para probar la hipótesis se tomaron en cuenta el valor paramétrico de contrastación $u=2,5$ que determina el nivel de desarrollo contra el valor $x=2,5$ y determinar la nulidad de la hipótesis o no desarrollo, y la contrastación correlacional se realizó con las mediciones iniciales y finales del mes de octubre.

Hipótesis

H_0 : $u = 2,5$ (el promedio de puntaje es de 2,5) si es mayor existe una relación directa, si es menor la relación es inversa.

H_1 : $u = 2,5$ (el promedio de puntaje es igual a 2,5) relación equivalente al valor de discriminación de desarrollo entre el valor medio inicial y final 5 equivale al desarrollo, logros, salubridad optima, nivel nutricional y alimentación).

Los resultados cualitativos fueron sometidos a una división de cuartiles para las apreciaciones de relación directa o inversa que significa que a mayores niveles de desarrollo de la psicomotricidad mejores resultados en el logro de competencias, a menores niveles de desarrollo de la psicomotricidad menores resultados en el logro de competencias; que se operacionalizó en valores de 4 de normal superior, 3 como normal, 2 de riesgo, 1 retraso, logro destacado AD, logro A, proceso B, y en inicio C; la salud con niveles porcentuales y enfermedades más frecuentes se determinaron los niveles de salubridad, cuyo promedio es de 2,5 establecido como valor paramétrico de discriminación en calificación e interpretación de resultados.

Para la hipótesis general se puede afirmar que el desarrollo psicomotor se relaciona directamente con el aprendizaje, salud y alimentación en niños de aula de 5 años en la Institución Educativa Privada de Ciencias Sir Isaac Newton de Carabayllo - Lima, durante el año 2015 tal como se puede observar en el cuadro de contingencia N° 17 en la educación inicial se obtiene una medición de $X=2,31$ con una desviación estándar $Sx= +/- 0.84$ que se encuentra por debajo del valor paramétrico promedial y la evaluación final se obtiene $X=2,98$ con una desviación estándar $Sx= +/- 0.85$ cuyo valor se encuentra por encima del valor paramétrico de desarrollo con una marcada tendencia a las calificaciones de 3 como niveles de desarrollo de la psicomotricidad normal. A como el logro de los aprendizajes en un nivel alimenticio comprendido entre comidas principales + una comida extra, en el marco de un nivel de salubridad mayor de 3 ubicado en el nivel de salud óptima en los años que constituyen la muestra.

Se puede afirmar también que el desarrollo psicomotor tiene una relación directamente proporcional con el aprendizaje en niños de aula de 5 años en la Institución Educativa Privada de Ciencias Sir Isaac Newton de Carabayllo - Lima, durante el año 2015 tal como se observa en el cuadro N°1 en la evaluación inicial de motricidad se encuentra en un $X= 2.52$ alcanzando en la medición final. En el cuadro N°2, un valor $X=2,76$ con una desviación estándar $Sx= +/- 0,7$. Así también en el cuadro N°5 inicialmente se observa el nivel $X= 1.48$ logrando un rendimiento de coordinación equivalente a $X= 2,44$ con una $Sx= +/- 0.96$ próxima al valor paramétrico que en relación con el logro de aprendizaje se observa una significativa diferencia entre la medición inicial, en el cuadro N°9, $X=2,96$ y la medición final, cuadro N°10, $X=3,28$ con una $Sx= +/- 0.81$ que está por encima de los logros alcanzados y con una tendencia a los logros destacados.

Así también el desarrollo psicomotor se relaciona directamente con la salud en niños de aula de 5 años en la Institución Educativa Privada de Ciencias Sir Isaac Newton de Carabayllo - Lima, durante el año 2015, como puede verse en los cuadros N°1 $X=2,52$ y cuadro N°13 $X=3,12$ como valores iniciales en relación con los cuadros N°2 $X=2,76$ y cuadro N°14 $X=3,46$ como evaluaciones finales de motricidad y los niveles de salud que sobrepasan el valor paramétrico con una marcada tendencia a muy buen nivel de

salud.

Podemos afirmar también que el desarrollo psicomotor guarda una relación directa con la alimentación en niños de aula de 5 años en la Institución Educativa Privada de Ciencias Sir Isaac Newton de Carabaylo - Lima, durante el año 2015, como puede verse en el cuadro N°1 $X= 2,52$ y cuadro N°15 $X=2,40$ como valores iniciales en relación con los cuadros N°2 $X=2,76$. Y el cuadro N° 16 $X=3,68$ como evaluaciones finales de la motricidad y los niveles de alimentación que sobrepasan el valor paramétrico con una marcada tendencia a muy buen nivel alimenticio.

CONCLUSIONES

- Existe relación directa entre el desarrollo psicomotor con el aprendizaje, la salud y la alimentación, en niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Isaac Newton de Carabayllo - 2015. Con una marcada tendencia a las calificaciones de 3 como niveles de desarrollo a la psicomotricidad normal. A como el logro de aprendizaje en un nivel alimenticio comprendido en tres comidas principales más una comida extra, en el marco de salubridad mayor de 3 ubicado en el nivel de salud optima en los niños que constituyen la muestra, los niños demostraron mayores logros psicomotores, mejores logros en la adquisición de aprendizaje en las áreas de comunicación, matemática, ciencia y ambiente y personal social y estos niveles se asocian con los niveles de salud.
 - Existe relación directa entre el desarrollo psicomotor con el aprendizaje en niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Isaac Newton de Carabayllo en el año 2015. Que está por encima de los niveles A con logros alcanzados y con una tendencia a logros destacados AD en la evaluación final.
 - Existe relación directa entre el desarrollo psicomotor con la salud en niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Isaac Newton de Carabayllo - 2015. Con una marcada tendencia a muy buen nivel de salud en la evaluación inicial y final.
 - Existe relación directa entre el desarrollo psicomotor con la alimentación en niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Isaac Newton de Carabayllo - 2015. Con una marcada tendencia a muy buen nivel alimenticio.
1. Ampliar investigaciones con muestras mayores para obtener resultados favorables.

RECOMENDACIONES

2. Involucrar al Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Municipios e Instituciones Educativas; fomentando proyectos de mejoramiento para un desarrollo integral positivo del niño.
3. Para futuros estudios, se espera que la investigación realizada sirva como base para otras investigaciones referidas a la Educación Inicial; que nos permita relacionar el desarrollo psicomotor con el aprendizaje, la salud y la alimentación. Y garantizar un adecuado desarrollo psicomotor en niños de 5 años a fin de obtener mejores resultados.
4. Las docentes deben programar actividades psicomotrices de manera cotidiana, según las necesidades de los niños teniendo en cuenta que, al desarrollar su psicomotricidad, se entienden las bases de las esferas cognitivas y afectivas y eminentemente motrices, las que sirven de cimiento para aprendizajes cada vez más complejas.
5. Se debe establecer relaciones con los comedores populares y vasos de leche, así como las postas médicas o centros médicos para un buen control de los niños y niñas en cuanto a su alimentación y salud.
6. Informar y fomentar a los padres de familia una cultura de protección y cuidado de los niños y niñas, de manera especial con la madre a fin de garantizar su salud física y mental, su alimentación primero en los niños, luego los padres y hermanos mayores.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

COSTEL, J.C. (1999). Cincuenta palabras claves de la psicomotricidad. Editorial Médica Y técnica, Barcelona.

DEFONTAINE I. Joel (1992). Manual de psicomotricidad. Edit. Masson, Barcelona.

DURI VAGE, Johanne (1995). Educación y psicomotricidad. México; Trillas

JIMENEZ ORTEGA, José (1998) La psicomotricidad y educación física, Madrid. Editorial Visor.

GASSIER, J. (1993) Manual del desarrollo psicomotor, Editorial Toray - Masson, Barcelona.

GUILMAN, E. (1991) Evolución psicomotriz desde el nacimiento hasta los doce años. Editorial Médica y Técnica, Barcelona.

KAPPELMAYER, M. (1991) Materiales para ejercitación psicomotora en el jardín de infantes, Editorial Latina, Buenos aires.

LORA RISCO, Josefina (1999) Psicomotricidad. Editorial DESA, Lima - Perú.

MARTINEZ, P. y otros (1988) Primeros pasos en psicomotricidad. Editorial NARCEA, Madrid.

PAPALIA, D.; WENDKOS, S. (1992) Desarrollo Humano. Santa Fe de Bogotá. Editorial Mc Granw- Hill interamericana S.A. pp. 692

PLAN ANACIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA (2000). Lima - Perú

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (2003) Mapa de potencialidades del Perú. Una primera aproximación a nivel provincial, PND, Oficina del Perú, Lima.

UNICEF (1999) Programa de cooperación Perú -, 2001- 2005, - Lima.

TRIGO AZA, Eugenia y colaboradores (1999) Creatividad y motricidad, INDE, España.

ZAPATA, Oscar (1991) La psicomotricidad y el niño, Trillas. México;

Ministerio de Salud del Perú (2001) Editorial Supergráfica EIRL.

Consortio de investigación económica y social (2001 - 2006). Prácticas de salud. Área mujer, organización y desarrollo Imprenta (1994), FOVIDA

Ministerio de salud (1998) Dirección general de salud de las personas, Programa mujer-niño, Lima

Fuentes electrónicas.

www.minsa.gob.pe

www.minedu.gob.pe

MINSA atención Integral del Niño.

OPS Desnutrición y objetivos del milenio pdf

ANEXOS: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

- I.E... _____
- Nombre del niño _____
- Edad: _____

ORGANIZADOR	INDICADOR	SATISFACTORIO	SATISFACTORIO EN LA MAYOR PARTE DEL PROCESO	SATISFACTORIO O EN ALGUNA PARTE DEL PROCESO	NO SATISFACTORIO	NO SE OBSERVO	TOTAL
DESARROLLO DE	Mide su talla utilizando el tallmetro del aula.						
	Nombra sus rasgos físicos: Color de piel el grosor de su cuerpo, color de su pelo						
	Nombra las partes gruesas de su cuerpo						
	Nombra las partes finas de su cuerpo						
	Utiliza su cuerpo para crear movimientos de acuerdo con sus posibilidades						
	Representa gráficamente las partes de su cuerpo						
	Utiliza su cuerpo para ubicarse de un lado y de otro lado						
	Camina en líneas rectas, curvas, y zic zac trazadas en el suelo del aula.						

L A P S I C O M O T R I C I D A D	Imita con su cuerpo movimientos de diversos animales de su contexto.						
	Ubica objetos utilizando como referencia su cuerpo: Arriba, abajo; delante, de tras; derecha, izquierda; cerca lejos.						
	Ubica su cuerpo utilizando como referencia objetos: arriba de, debajo de; delante de, de tras de; derecha, izquierda; cerca, lejos.						
	Corre, salta y camina de acuerdo a consignas establecidas por la docente: rápido y lento						
	Responde al término de diversos ejercicios si empleo mucho o poco tiempo en relación a sus compañeros.						
	Leva entre sus manos diversos objetos pasando diversos trazos en el suelo del aula						
	Camina pasando de mano en mano diversos objetos sin dejarlo caer.						
	Lanza en cajas diversos objetos acierta distancia sin equivocarse.						
	Traslada con los pies una pelotas en línea recta						
	Traslada una pelota con los pies en línea ondulada y con obstáculos.						
Corre, salta, trepa, reptar y baila utilizando sus brazos y piernas							

AREA	INDICADOR	SATISFACTORIO	SATISFACTORIO EN LA MAYOR PARTE DEL PROCESO	SATISFACTORIO EN ALGUNA PARTE DEL PROCESO	NO SATISFACTORIO	NO SE OBSERVO	TOTAL
		O			O		
DESARROLLO PERSONAL	Explora su entorno inmediato según su propia iniciativa e intereses						
	Se defiende cuando lo agreden sus compañeros u otras personas						
	Defiende lo que le pertenece de su compañeros						
	Pide a sus compañeros no ser molestado.						
	Muestra sus emociones en las diversas situaciones que se presenta en el aula. Tristeza, alegría, molestia, miedo, sonrisa, grito, exclamación.						
	Describe los motivos de sus emociones cuando se le pregunta.						
	Elige las alternativas de juego, al compañero con quien quiere jugar, el lugar y las actividades realizadas.						
	Expresa sus opiniones en las diversas actividades del día						
Imita con su cuerpo movimientos de diversos animales de su contexto.							

C I A L Y E M O C I O N A L	Guarda su lonchera y útiles en el lugar que corresponde.						
	Opina con seguridad de las actividades planteadas en el día						
	Propone al grupo realizar actividades de su interés						
	Comparte con sus amigos de manera espontánea, sus juegos, alimentos y útiles.						
	Cumple con los acuerdos del aula: dejar todo en su sitio, respetar los turnos.						
	Propone normas o acuerdos que rijan en el aula: no votar papeles en el piso, levantar la mano para hablar, no quitar lo que es de otro.						
	Hace cumplir con las normas establecidas en el aula.						
	Expresa en situaciones de conflictos su deseo, sin necesidad de agredirse.						
	Escucha la propuesta del compañero ante situaciones de conflicto, con ayuda de la docente.						
	Avisa a la docente cuando surge una pelea entre sus compañeros.						

AREA	INDICADOR	SATISFACTORIO	SATISFACTORIO EN LA MAYOR PARTE DEL PROCESO	SATISFACTORIO EN ALGUNA PARTE DEL PROCESO	NO SATISFACTORIO	NO SE OBSERVO	TOTAL
D E S A R O L L O D E	Hace preguntas y responde lo que le interesa saber, lo que no sabe o no a comprendido.						
	Habla de las situaciones que vive y/o de las personas o hechos ocurridos de la historia que escucha siguiendo el orden que se presenta						
	Sigue hasta tres indicaciones sencillas recordando lo que ha escuchado						
	Deduce las características de personas, animales, objetos personajes y lugares de una historia que escucha						
	Dice lo que le gusta o9 disgusta de los personajes de una historia o de aquello que vivido o escuchado.						
	Usa palabras conocidas por el niño, propias de su ambiente local y familiar.						
	Crea oralmente rimas, adivinanzas e historias.						
	Se apoya en gestos y movimientos cuando quiere decir algo.						

L A C O M U N I C A C I O N	Se expresa con pronunciación entendible adecuándose a la situación.						
	Canta o repite canciones, rondas, rimas, dichos propios de la expresión de su región.						
	Explica para qué sirven los textos que forman parte de su entorno						
	Identifica textos de su entorno incluyendo los tecnológicos (TV, computadora) relacionándolo elementos del mundo escrito: imágenes, colores, formas, títulos, su nombre, palabras conocidas.						
	Diferencia de las palabras escritas de las imágenes y los números en diversos tipos de textos						
	Dice con sus propias palabras el contenido de diversos tipos de textos leídos o narrados por los adultos						
	Representa mediante el dibujo algún elemento o hecho que más le ha gustado de los textos leídos o narrados por la docente.						
	Relaciona personajes de diversos textos leídos o narrados por la docente y nombra las diferencias que encuentre						
	Deduce las características de personajes, personas, animales, objetos y lugares en diversos textos que escucha						
	Establece relaciones de causa-efecto entre dos ideas que escucha						
Escribe a su manera, siguiendo la linealidad y direccionalidad.							

	Menciona con ayuda de la docente el destinatario, el tema, y el propósito de los textos que va a producir.						
	Desarrolla sus ideas en torno a un tema con la intención de transmitir un mensaje.						
	Menciona lo que ha escrito de un texto a partir de los grafismos o letras que ha usado.						

AREA	INDICADOR	SATISFACTORIO	SATISFACTORIO EN LA MAYOR PARTE DEL PROCESO	SATISFACTORIO EN ALGUNA PARTE DEL PROCESO	NO SATISFACTORIO	NO SE	TOTAL
DESARROLLO	Construcción del significado y uso de números naturales: agrupar, ordenar y contar						
	Agrupar una colección de objetos de acuerdo a un criterio perceptual: forma, color y tamaño						
	Expresa en material concreto, dibujos o gráficos la agrupación de una colección de objetos de acuerdo a forma, color y tamaño.						
	Usa cuantificadores; muchos, pocos, ninguno, más que, menos que; en una o más colecciones de objetos						

D E L P E N S A M I E N T O M A T E M Á T I C O	Explora situaciones cotidianas referidas a ordenar una colección de hasta tres objetos de grande a pequeño, para construir noción de número.						
	Construye usando material concreto o gráfico, una colección ordenada de hasta 3 objetos según su propio criterio.						
	Explora situaciones cotidianas que impliquen el uso de los números ordinales en relación a la posición de objetos o personas considerando una referencia hasta el quinto lugar.						
	Dice los números ordinales para expresar la posición de objetos o personas, considerando una referencia hasta el quinto lugar.						
	Explora en situaciones cotidianas de conteo usando colecciones de 10 objetos.						
	Expresa con objetos, dibujos de una colección hasta de 10 objetos en situaciones cotidianas						
	Describe una secuencia de actividades cotidianas de hasta tres secuencias utilizando referentes temporales: antes, durante y después						
	Construye el significado y uso de las operaciones en situaciones problemáticas referidas agregar, quitar y juntar..						
	Junta, agrega y quita hasta 5 objetos en situaciones cotidianas						

	Dice con sus palabras lo referido a agregar, quitar y juntar hasta 5 objetos, al escuchar el enunciado de problemas cotidianos.						
	Menciona los procedimientos usados al resolver problemas de contexto cotidiano de agregar, quitar y juntar hasta de 5 objetos, usando material concreto						
	Usa cuadros de doble entrada simples y diagramas de flechas simples y diagramas de flechas para señalar relaciones entre colección de objeto.						

FICHA DE OBSERVACIÓN A LOS NIÑOS

I. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS

EDAD

FECHA DE LA ENTREVISTA

ENTREVISTADORA

INSTRUCCIONES : Lea con detenimiento y subraye la respuesta que observa en sus niñ@s de manera cotidiana.

II. EN REFERENCIA A LA SITUACIÓN DE SALUD, ALIMENTACIÓN Y EL APRENDIZAJE DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

	Los niñ@s aumentan de peso de acuerdo a su edad.		
	Todos En su mayoría	Algunos	Ninguno
2	Los niñ@s aumentan de talla de acuerdo a su edad.		
	Todos En su mayoría	Algunos	Ninguno
3	Los niñ@s tienen buen apetito.		
	Todos En su mayoría	Algunos	Ninguno
1.			
4.	Los niñ@s muestran interés en lo que hacen de acuerdo a su edad.		
	Todos En su mayoría	Algunos	Ninguno
5	Los niñ@s están en constante actividad. Todos		
	En su mayoría	Algunos	Ninguno
6	Los niñ@s lucen pálidos.		
	Todos En su mayoría	Algunos	Ninguno
7	Los niñ@s muestran la cara enrojecida. Todos		
	En su mayoría	Algunos	Ninguno
8	Los niñ@s presentan manchas en la piel.		
	Todos En su mayoría	Algunos	Ninguno

9	Los niñ@s tienen capacidad de atención en lo esperado para su edad.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
10	Los niñ@s presentan tos persistente.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
11	Los niñ@s presentan ojos lagrimosos.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
12	Los niñ@s tienen fiebre con cierta frecuencia.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
13	Los niñ@s presentan náuseas y vómitos con cierta regularidad.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
14	Los niñ@s presentan pie plano.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
15	Los niñ@s presentan estreñimiento con cierta frecuencia.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
16	Los niñ@s presentan diarreas con cierta frecuencia.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
17	Los niñ@s tienen o tuvieron TBC.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
18	Los niñ@s han presentado o presentan cuadros de IRA.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
19	Los niñ@s han presentado o presentan cuadros de EDA.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
20	Los niñ@s gustan de juegos de acuerdo a su edad.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
21	Los niñ@s participan activamente en las actividades de aprendizaje.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
22	Los niñ@s prestan atención normalmente en una sesión de aprendizaje.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
23	Los niñ@s siguen instrucciones con facilidad.				

24.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
	Los niñ@s expresan sus emociones con libertad.			
	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
25	Los niñ@s cumplen con los objetivos trazados en el día.			
.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
26	Los niñ@s se socializan con facilidad.			
.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
27	Los niñ@s narran experiencias cotidianas.			
.	Todos	En su mayoría	Algunos	Ninguno
28	Mencione las enfermedades más frecuentes que ha observado en sus niños:			
.				

29	Considera que ¿los niños reciben una alimentación balanceada por parte del CEI?		
.	Sí	No	A veces

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACION CON EL APRENDIZAJE, LA SALUD Y LA ALIMENTACION EN NIÑOS DEL AULA DE 5 AÑOS EN LA INSTITUCION EDUCATIVA PRIVADA DE CIENCIAS SIR ISAAC NEWTON DE CARABAYLLO - LIMA, DURANTE EL AÑO 2015.

PROBLEMAS	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODO, DISEÑO E INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cómo el desarrollo psicomotor se relaciona con el aprendizaje, la salud y la alimentación en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias "Sir Isaac Newton" de Carabayllo, Lima?.</p> <p>PROBLEMA ESPECIFICO: ¿Cómo el desarrollo psicomotor se relaciona con el aprendizaje en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias "Sir Isaac Newton" de Carabayllo, Lima?.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación que existe entre el desarrollo psicomotor con el aprendizaje, la salud y la alimentación en los niños de 5 años de la IEP de Ciencias "Sir Isaac Newton" de Carabayllo, Lima.</p> <p>Objetivos específicos: Determinar la relación que existe entre el desarrollo psicomotor con el aprendizaje en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias "Sir Isaac Newton" de Carabayllo, Lima.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL: Existe una relación directa entre el desarrollo psicomotor con el aprendizaje, la salud y la alimentación, en niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Isaac Newton de Carabayllo-2015.</p> <p>Hipótesis específica Existe una relación directa entre el desarrollo psicomotor con el aprendizaje en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Isaac Newton de Carabayllo-2015.</p>	<p>Variable Independiente : Desarrollo psicomotor</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Coordinación ■ Lenguaje ■ Motricidad <p>Variable Dependiente 1 : Aprendizaje</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Comunicación ■ Desarrollo del pensamiento Matemático ■ Personal Social y Emocional <p>Variable Dependiente 2 : Salud</p> <p>Dimensiones</p>	<p>Métodos: El proyecto presentado en el presente trabajo es de tipo cuantitativo, utilizando una metodología Descriptiva Correlacional, ya que lo que se quiere obtener como resultado servirá como estrategia y recurso didáctico en el Desarrollo Psicomotor de los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Isaac Newton situada en Carabayllo.</p> <p>Diseño: El diseño de esta investigación tiene los siguientes pasos:</p>

¿Cómo el desarrollo psicomotor se relaciona con la salud en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias "Sir Isaac Newton" de Carabaylo, Lima?

¿Cómo el desarrollo psicomotor se relaciona con la alimentación en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias "Sir Isaac Newton" de Carabaylo, Lima?

Determinar la relación que existe entre el desarrollo psicomotor con la salud en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias "Sir Isaac Newton" de Carabaylo, Lima.

Determinar la relación que existe entre el desarrollo psicomotor con la alimentación en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada de Ciencias "Sir Isaac Newton" de Carabaylo, Lima.

Existe una relación directa entre el desarrollo psicomotor con la salud, en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Isaac Newton de Carabaylo- 2015.

Existe una relación directa entre el desarrollo psicomotor con la alimentación, en los niños de 5 años de la Institución Educativa Privada Isaac Newton de Carabaylo- 2015.

- Morbilidad infantil: Frecuencia
- Enfermedades más frecuentes, Iras, Edas, otras enfermedades.
- Relación afectiva con la familia

Variable Dependiente

3 :

Alimentación

Dimensiones

- Niveles de riesgo: desnutrición, mal nutrición y número de comidas.
- Nivel formal: alimentación balanceada, número de comidas.
- Nivel de sobrepeso: alimentación ricas en grasas y carbohidratos, número de comidas.

a. La Institución Educativa de Ciencias Sir Isaac Newton es de carácter privado ubicado en el distrito de Carabaylo, situado en el sector urbano.

b. El grupo experimental está conformado por 4 niños y 3 niñas del aula de 5 años.¹



UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN
ENRIQUE GUZMÁN Y VALLE
“Alma Máter del Magisterio Nacional”

FACULTAD DE EDUCACIÓN INICIAL

INFORME DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. **DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del (la) experto(a):
- 1.2 Institución donde labora :
- 1.3 Instrumento motivo de validación :

II. **ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIE	REGUL	BUEN	MUY	EXCELE
		NTE	AR	A	BUENA	NTE
		00 al 20%	21 al 40%	41 al 60%	61 al 80%	81 al 100%
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					
OBJETIDAD	Está expresado en conductas observables					
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica					
SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos					
INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar el instrumento					
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos científicos					
COHERENCIA	Entre las variables dimensiones indicadores e					
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la					
PERTINENCIA	El instrumento es aplicable					

III. **OPINIÓN DE LA APLICABILIDAD:**

- 3.1 (...) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.
- 3.2 (...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado y nuevamente validado.

IV. **PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

- V. **FECHA:** **FIRMA DEL EXPERTO(A)**
- VI. **DNI:** **TELEFONO:**

