



PERÚ

Ministerio de Desarrollo  
e Inclusión Social

SERIE ENCUESTAS

## INFORME FINAL DEL ESTUDIO

---



## Análisis de Resultados del Módulo de Desarrollo Infantil Temprano Versión 1, ENDES - INEI

---

## MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

Dina Ercilla Boluarte Zegarra

**Ministra**

María Abigunda Tarazona Alvino

**Viceministra de Políticas y Evaluación Social**

José Enrique Velásquez Hurtado

**Director General de Seguimiento y Evaluación**

Elmer Lionel Guerrero Yupanqui

**Director de Evaluación**

**Elaborado por:**

Magaly Suzy Nóbrega Mayorga

**Supervisado por:**

Henry Cabrera Arredondo (DGSE-Midis)

Rosario Javier (DGSE-Midis)

**Foto de carátula:**

Midis

© Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2019

Av. Paseo de la República 3101, San Isidro

Teléfono: (01) 631-8000 / (01) 631-8030

Página web: [www.gob.pe/midis](http://www.gob.pe/midis)

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en:

<http://evidencia.midis.gob.pe/analisis-dit-2015-2017>

**Reservados algunos derechos:**

Este documento ha sido elaborado por la consultora bajo la supervisión del Midis. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del Midis. El Midis no garantiza la veracidad de los datos que figuran en esta publicación. Nada de lo establecido en este documento constituirá o se considerará una limitación o renuncia a los privilegios del MIDIS, los cuales se reservan específicamente en su totalidad.

**Citación:**

Nóbrega Mayorga, Magaly Suzy. (2019). *Análisis de Resultados del Módulo de Desarrollo Infantil Temprano Versión 1, ENDES - INEI*. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

<http://evidencia.midis.gob.pe/analisis-dit-2015-2017/informefinal>



**PERÚ**

Ministerio de Desarrollo  
e Inclusión Social

Viceministerio  
de Políticas  
y Evaluación Social

Dirección General  
de Seguimiento  
y Evaluación

*“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”*

## **Análisis de Resultados del Módulo de Desarrollo Infantil Temprano Versión 1, ENDES – INEI**

***Consultora: Magaly Suzy Nóbrega Mayorga***

***Orden de Servicio N° 000164***

***Entregable 03 de tres***

*Lima, 07 de junio del 2019*

## **Tabla de contenido**

<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>Objetivo general .....</b>	<b>5</b>
<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>5</b>
<b>Finalidad pública .....</b>	<b>5</b>
<b>Actividades desarrolladas .....</b>	<b>5</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>7</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>7</b>
<b>Anexo: Informe de Análisis de Resultados del Módulo DIT - ENDES.....</b>	<b>8</b>

## **Introducción**

En el marco del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, se ha destacado el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) como prioridad en la agenda pública, pues en los primeros cinco años de vida se define, en gran medida, la capacidad de todas las personas para desarrollarse y consolidarse en la adultez, como ciudadanas o ciudadanos responsables y beneficiosas/os para sí mismas/os, sus familias y la sociedad.

Al concebir como prioridad la mejora de la situación de la infancia en el Perú, el Gobierno planteó la necesidad de contar con Lineamientos que articulen las intervenciones del Estado a favor de la primera infancia. En el año 2013 se aprobó con Resolución Suprema N° 413-2013-PCM, la constitución de la Comisión Multisectorial con el fin de proponer los Lineamientos "Primero la Infancia" y el Plan de Acciones Integradas para el periodo 2014-2016.

En el año 2014, a partir de lo planteado en los Lineamientos “Primero la Infancia”, la Dirección General de Seguimiento y Evaluación (DGSE) y la Dirección General de Políticas y Estrategias (DGPE) pertenecientes al Viceministerio de Políticas y Evaluación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), diseñó la primera versión del Módulo DIT, para ser incorporada en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

El Módulo DIT ENDES V1 fue aplicado por el equipo de la ENDES del INEI durante los años 2015, 2016 y 2017. A lo largo de esos años, ha habido una estrecha coordinación entre el MIDIS, INEI y equipo consultor, basada en la capacitación dada al personal por parte del MIDIS y el equipo consultor así como la retroalimentación del funcionamiento del Módulo por parte del equipo del INEI.

El módulo DIT V1 permitió recopilar información acerca de cinco de los siete resultados priorizados del desarrollo infantil: Apego seguro, Comunicación verbal efectiva, Caminar solo, Regulación de emociones y comportamientos y Función Simbólica, así como de los factores asociados a dichos resultados. Dicho módulo contó con 4 protocolos de 10 preguntas cada uno. Cada protocolo permitió medir tramos de edad diferenciados, los cuales fueron establecidos tomando en cuenta los hitos de desarrollo durante la primera infancia.

Cabe añadir que, durante el año 2015, el Módulo DIT ENDES V1, pasó por un proceso de validación. A partir de los resultados obtenidos en ese estudio de validación y en un proceso de articulación de trabajo entre el MIDIS y el INEI, se ha modificado el Módulo DIT ENDES V1, contando actualmente con la segunda versión. El Módulo DIT ENDES V2 está siendo aplicado

como parte de la ENDES desde el año 2018. Esta segunda versión incluye nuevos tramos de edad y la sustitución de la mayoría de las preguntas de la versión anterior.

Se ha considerado oportuno y necesario la publicación de los resultados obtenidos entre los años 2015 y 2017 por medio del Módulo DIT ENDES V1 acerca del estado del desarrollo de las niñas y niños menores de 5 años contando con la participación colaborativa entre el MIDIS y el INEI. Para ello, se requirió de asistencia técnica del equipo consultor para la elaboración del “Informe de Análisis de Resultados del Módulo de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) Versión 1 (V1), ENDES-INEI”.

En el marco de la realización del informe mencionado, se llevó a cabo una revisión rigurosa de la literatura actualizada sobre la conceptualización y los factores asociados a cada uno de los resultados del DIT contemplados en los Lineamientos de Política Primero la Infancia. Asimismo, se revisaron y seleccionaron los estadísticos más pertinentes para el análisis de la información obtenida en el Módulo DIT ENDES V1 con el objetivo de brindar un estado actual del desarrollo de las niñas y niños en el país. Más aún, se entablaron reuniones de discusión con el equipo del INEI encargado del procesamiento estadístico de la ENDES a fin de ajustar la forma final de los indicadores derivados del Módulo DIT ENDES V1.

Adicionalmente, se decidió junto al equipo del INEI que el cálculo estadístico de los factores asociados a los resultados DIT quedaría a cargo del equipo consultor. En esta línea, se procedió a calcular todos los factores asociados a cada resultado DIT para los años 2015, 2016 y 2017. Una vez calculadas las correlaciones de factores asociados, se evaluaron sus niveles de significancia estadística. Los factores que presentaron asociaciones estadísticamente significativas adecuadas han sido reportados en el Informe, así como se han planteado conclusiones en torno a sus relaciones con los resultados DIT.

Más aún, se han mantenido las reuniones de trabajo con el equipo del INEI, a fin de despejar dudas en torno al método de cálculo y nomenclatura final de los indicadores sociodemográficos, de resultado y de factores asociados presentados en el Informe, a fin de que coincidan con los Informes de la ENDES. Finalmente, se ha llevado a cabo un análisis crítico los indicadores sociodemográficos, de resultado y factores asociados de la población evaluada mediante el Módulo DIT ENDES V1 durante los años 2015, 2016 y 2017.

## **Objetivo general**

Realizar acciones de asistencia técnica para la elaboración de un informe de análisis de resultados del Módulo de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) ENDES-INEI V1, aplicado durante los años 2015-2017.

## **Objetivos Específicos**

1. Brindar asistencia técnica al INEI para la elaboración del “Informe de Resultados del Módulo DIT ENDES 2015-2017”, a través del análisis y descripción de los resultados DIT y del cálculo, análisis y descripción de los factores asociados a cada resultado.
2. Realizar la redacción de las secciones del “Informe de Resultados del Módulo DIT ENDES 2015-2017” que correspondan.

## **Finalidad pública**

La difusión y análisis de los resultados derivados del Módulo DIT ENDES V1 a través de un informe dirigido tanto a espacios de decisión política, de la sociedad civil y a la academia, permitirá brindar información hasta ahora inexistente acerca del estado del desarrollo infantil temprano (DIT) en el país. Esta generación de evidencia promoverá la realización de mejores intervenciones de organismos públicos (a nivel nacional, regional y local) y privados (ONG, Organismos Cooperantes, entre otros) en el marco de los lineamientos de política Primero la Infancia.

## **Actividades desarrolladas**

Para la generación del Informe de Resultados del Módulo DIT ENDES 2015-2017 se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- **Reuniones de coordinación con la DGSE y el INEI**

Se han llevado a cabo 8 reuniones con la DGSE y el INEI para llegar a acuerdos del proceso relacionados a 1) la generación de fichas técnicas de indicadores sociodemográficos, de resultado y de factores asociados, 2) la extensión y forma de redacción del informe, 3) los contenidos incluidos en el marco conceptual y discusión de resultados, 4) el procesamiento de bases de datos y realización de análisis estadísticos, 5) el ajuste de indicadores derivados del Módulo DIT ENDES V1, 6) el cálculo de indicadores de factores asociados a cada resultado DIT, 7) la presentación de resultados de indicadores de factores asociados a cada resultado

DIT, 8) el ajuste en la nomenclatura final de los indicadores sociodemográficos, de resultado y de factores asociados presentados en el Informe.

- **Elaboración de las fichas técnicas de los indicadores derivados del Módulo DIT ENDES V1**

Se han elaborado 76 fichas técnicas de todos los indicadores sociodemográficos, de resultado y de factores asociados del módulo DIT ENDES V1. Estas han permitido al INEI procesar las bases de datos de cada indicador de resultados, factores asociados y datos sociodemográficos derivados del Módulo DIT ENDES V1.

- **Revisión de la literatura en relación a los 7 resultados de DIT evaluados por el Módulo DIT ENDES V1 y de sus 51 factores asociados**

Se han revisado y reportado en el Informe 301 fuentes científicas y actualizadas, las cuales han permitido actualizar el marco conceptual de los resultados del DIT evaluados por el Módulo DIT ENDES V1 y de sus factores asociados. Asimismo, la literatura analizada ha permitido discutir de manera crítica los resultados obtenidos para cada indicador.

- **Revisión y selección de los análisis estadísticos más pertinentes para el análisis de la información obtenida en el Módulo DIT ENDES V1**

Se seleccionaron los análisis estadísticos adecuados para analizar la información resultante de cada indicador del Módulo DIT ENDES V1 y factores asociados.

- **Cálculo estadístico de los factores asociados del Módulo DIT ENDES V1**

Se ha llevado a cabo el cálculo estadístico de 51 factores asociados a cada resultado para cada año de evaluación, dando como resultado un total de 153 cálculos estadísticos realizados.

- **Análisis estadístico de los factores asociados del Módulo DIT ENDES V1**

Se han analizado los niveles de significancia estadística de los 153 resultados obtenidos en relación con los indicadores de factores asociados. Se han reportado en el Informe aquellos que presentaron una correlación significativa débil en por lo menos uno de los años de evaluación. Esto se ha decidido en consenso con el equipo MIDIS.

- **Presentación de dos avances de la redacción del Informe al equipo del MIDIS**

Se presentaron dos avances de la redacción del informe que incluyeron gráficos y tablas. Estos fueron retroalimentados y comentados por parte del equipo MIDIS. Sus aportes y recomendaciones fueron tomados en cuenta para la redacción del Informe.

- **Redacción del “Informe de análisis de resultados del Módulo DIT ENDES V1 2015-2017”**

Se ha redactado el análisis de los resultados del Módulo DIT ENDES V1 de acuerdo a las especificaciones consensuadas con el equipo MIDIS e INEI. El informe generado describe y

analiza los indicadores sociodemográficos de las muestras DIT para los años 2015, 2016 y 2017, así como los resultados de los indicadores de resultado y factores asociados.

## **Conclusiones**

- La literatura revisada ha permitido contar con un marco teórico y discusión de resultados actualizados para los 7 resultados de DIT y factores asociados evaluados por el Módulo DIT ENDES V1. Esto permite que el informe de cuenta de una lectura descriptiva y analítica basada en evidencia del estado de la primera infancia en el país.
- El cálculo y análisis estadístico de factores asociados a cada resultado DIT ha permitido contar con evidencia empírica acerca de qué elementos del contexto psico-social y físico de las niñas y niños peruanos favorecen o limitan su desarrollo. Esto constituye un aporte para orientar las intervenciones a favor de la primera infancia.
- Ha sido fundamental la disposición del equipo MIDIS e INEI para tener reuniones con el equipo consultor. En estas reuniones, ha sido particularmente importante contar con la persona responsable del procesamiento de las bases de datos del INEI, quien ha apoyado en solventar dudas del equipo consultor y del MIDIS con respecto al cálculo de los datos.

## **Recomendaciones**

- Se recomienda que en la medida de lo posible se respeten los tiempos acordados para la entrega de información por parte del INEI. Esto, a fin de agilizar el proceso descriptivo y de análisis de los factores asociados a los resultados del Módulo DIT ENDES V1.
- Se recomienda poder aumentar la frecuencia de reuniones con los responsables directos del procesamiento de los datos del equipo INEI a fin de que el equipo consultor pueda solventar interrogantes en torno al cálculo y sintaxis de los factores asociados a los indicadores del Módulo DIT ENDES V1.

**Anexo: Informe de Análisis de Resultados del Módulo DIT - ENDES**

**INDICADORES DE RESULTADOS DEL DESARROLLO  
INFANTIL TEMPRANO**

**Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES  
MÓDULO DIT ENDES  
2015-2017**

**MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA**

## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>Presentación</b>	01
<b>Introducción</b>	03
<b>Resumen ejecutivo</b>	05
<b>Capítulo I</b>	
Características generales de las niñas, niños y madres participantes	10
<b>Capítulo II</b>	
Resultado 1: Nacimiento Saludable	29
<b>Capítulo III</b>	
Resultado 2: Apego Seguro	40
<b>Capítulo IV</b>	
Resultado 3: Adecuado Estado Nutricional	50
<b>Capítulo V</b>	
Resultado 4. Comunicación Verbal Efectiva	62
<b>Capítulo VI</b>	
Resultado 5. Camina Sola o Solo	73
<b>Capítulo VII</b>	
Resultado 6. Regulación de Emociones y Comportamientos	83
<b>Capítulo VIII</b>	
Resultado 7. Función Simbólica	93
<b>Conclusiones</b>	102
<b>Anexos</b>	107
Anexo 1. Ficha Técnica de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015-2017	108
Anexo 2. Aspectos metodológicos del Módulo DIT ENDES	118
Anexo 3. Indicadores de resultados	120
Anexo 4. Características sociodemográficas complementarias	139
<b>Referencias</b>	162

## PRESENTACIÓN

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) pone a disposición del público en general y, en particular de los Directivos, Especialistas y académicos que trabajan y toman decisiones en favor de la primera infancia, los indicadores de Resultados del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) obtenidos a partir de la información del Módulo DIT ENDES incluido en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES de los años 2015, 2016 y 2017.

El Módulo DIT ENDES fue diseñado con la finalidad de obtener indicadores acerca de cinco de los resultados DIT priorizados en los Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental Orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano, denominados “Primero la Infancia” (DS N° 010-2016-MIDIS). De esta manera, el Módulo DIT ENDES, permite la estimación de indicadores referidos a los resultados DIT: *Apego seguro, Comunicación verbal efectiva, Camina solo, Regulación de emociones y comportamientos y Función simbólica*. Adicionalmente, el Módulo DIT ENDES explora acerca de los factores asociados al logro de cada uno de estos resultados. Los indicadores de los otros dos resultados del DIT: *Nacimiento saludable y Adecuado estado nutricional* eran medidos por la ENDES.

El Módulo DIT ENDES recoge esta información a partir del reporte materno por lo que la estimación de los indicadores se encuentra mediada por la capacidad de observación y de reporte de las madres de las y los niños participantes.

En esta publicación, se muestran los indicadores referidos a los 7 resultados y sus factores asociados para los tres años evaluados con la discusión de su respectiva aplicación en el planteamiento de intervenciones eficaces. Para ello, las preguntas del Módulo DIT ENDES fueron complementadas con otras preguntas de la ENDES con la finalidad de estimar indicadores de los factores que se encuentran teóricamente asociados a los resultados DIT.

Previo a ello, se plantea en el primer capítulo y en los anexos la caracterización del grupo de participantes. Finalmente, en las conclusiones se realiza una síntesis comparativa de los resultados obtenidos para resultado del DIT y sus respectivas intervenciones.

El nivel de inferencia logrado en estos indicadores es a nivel nacional y por área de residencia, estos se complementan con estimaciones separadas para las niñas y los niños peruanos.

Se espera que los hallazgos presentados en este informe, sean utilizados para describir el estado del DIT en el Perú y para tomar decisiones sobre los grupos poblacionales más vulnerables así

como los factores sobre los cuales se pueden implementar intervenciones dirigidas a la mejora del DIT en el Perú.

Se debe recalcar la importancia de estos resultados que ha sido producto de un esfuerzo conjunto iniciado por todos los sectores involucrados en la elaboración de los Lineamientos Primero la Infancia y sostenidos en el tiempo por el MIDIS y el INEI hasta haber logrado esta publicación.

## INTRODUCCIÓN

Los primeros años de vida son muy importantes para el desarrollo de la persona dado que en esta etapa se adquieren y consolidan las capacidades físicas, cognitivas y socioemocionales que son fundamentales para el desarrollo de la niña y el niño y que serán fundamentales para que la persona se desempeñe adecuadamente a lo largo de su vida como ciudadanas y ciudadanos saludables, responsables y productivos para sí mismos, su familia y la sociedad.

Dado que el inicio de las desigualdades tiene lugar durante esta etapa, el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) es uno de los ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social *Incluir para Crecer* aprobada por el DS. N° 008-2013-MIDIS. En este marco, y considerando el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia, 10 sectores estatales suscribieron el Compromiso Intersectorial e Intergubernamental para Promover el DIT en Lamay-Cusco en el año 2013.

A partir de este compromiso, se inician las actividades de la Comisión de Desarrollo Infantil integrada por todos los sectores con la finalidad de establecer mecanismos que garanticen el adecuado desarrollo de las niñas y los niños desde su concepción hasta los 5 años de vida. Es así que en el año 2016, el gobierno peruano aprobó los Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental Orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano, denominados “Primero la Infancia” (DS N° 010-2016-MIDIS).

Los lineamientos establecen la importancia de 7 resultados DIT: 1) *Nacimiento saludable*, 2) *Apego seguro*, 3) *Adecuado estado nutricional*, 4) *Comunicación verbal efectiva*, 5) *Camina solo*, 6) *Regulación de emociones y de comportamientos*; y 7) *Función simbólica*. Además, los lineamientos establecen determinados periodos de vida clave en los cuales el organismo de la niña o el niño se encuentra en su mejor momento para el logro de cada uno de los resultados DIT. Finalmente, los lineamientos “Primero la Infancia”, mencionan la existencia de ciertos factores asociados a los resultados DIT que actuarían como situaciones o condiciones que facilitan o limitan el logro de cada uno de ellos.

Teniendo como marco estos lineamientos y con las finalidades de describir el estado del DIT y facilitar la toma de decisiones sobre los grupos poblacionales más vulnerables así como los factores sobre los cuales se pueden implementar intervenciones dirigidas a la mejora del DIT en el Perú, en el año 2014 se diseñó el Módulo DIT ENDES, la misma que fue incluida en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES a partir del año 2015. Ese mismo año, se llevó a cabo

una primera validación del Módulo DIT ENDES donde se demostró la fortaleza de la herramienta en especial para la medición de los resultados DIT *Comunicación verbal efectiva, Camina solo y Función simbólica*.

El Módulo DIT ENDES mide cinco de los siete resultados DIT contemplados en los lineamientos Primero la Infancia y sus factores asociados en los tramos evolutivos definidos para cada uno. Los resultados del DIT *Nacimiento saludable y Adecuado estado nutricional*, son evaluados por la ENDES antes de la inclusión del Módulo DIT.

La forma de medición del Módulo DIT es a través del reporte materno, es decir son las madres quienes responden a las preguntas a partir del conocimiento que tienen de la conducta habitual de sus hijas e hijos. En ese sentido, una limitación de la herramienta es que los indicadores derivados son mediados por el reporte materno y no se derivan de la observación directa del comportamiento de las y los niños. A pesar de ello, la ventaja que tiene la herramienta es realizar la evaluación relativamente sencilla de los indicadores requeridos para la implementación y monitoreo de los Lineamientos Primero la Infancia. Asimismo, los resultados del Módulo DIT brindan información acerca del DIT en niñas y niños peruanos que puede ser usada por distintos actores que trabajan en la primera infancia. Esta característica ha facilitado su inclusión en la ENDES lo cual ha permitido generar información sobre el DIT en el Perú de manera continua a partir del año 2015.

El Módulo DIT ENDES se encuentra dividido en “tramos” referidos a 4 períodos de edad definidos a partir de la edad de logro de los resultados DIT priorizados en los lineamientos. Cada tramo contiene 10 preguntas que evalúan los resultados DIT considerados en dicho tramo y sus factores asociados de acuerdo a la Tabla 1.

Tabla 1. Tramo de edad, edad de aplicación y resultado DIT medido por el Módulo DIT ENDES.

<b>Tramo de edad</b>	<b>Edad de aplicación</b>	<b>Resultado DIT medidos</b>
<b>1</b>	9 – 12 meses	Apego Seguro Camina solo Comunicación verbal efectiva Condiciones del entorno (factores asociados)
<b>2</b>	15 – 18 meses	Apego Seguro Camina solo

		Comunicación verbal efectiva Condiciones del entorno (factores asociados)
<b>3</b>	30 - 36 meses	Comunicación verbal efectiva Regulación de emociones y de comportamientos Función simbólica Condiciones del entorno (factores asociados)
<b>4</b>	53- 59 meses	Comunicación verbal efectiva Regulación de emociones y de comportamientos Función simbólica Condiciones del entorno (factores asociados)

Esto quiere decir que el Módulo DIT ENDES, mide los resultados DIT considerados en el tramo de edad que se considera clave para su logro. De allí que se esperaría que la mayor cantidad de niñas y niños haya logrado el resultado DIT medido.

En esta publicación realizada de manera conjunta entre el MIDIS y el INEI, se presentan los resultados obtenidos por el Módulo DIT entre los años 2015, 2016 y 2017. Estos datos se complementan con los resultados obtenidos para los resultados DIT que eran previamente medidos por la ENDES (*Nacimiento saludable y Adecuado estado nutricional*) para los mismos años.

Adicionalmente, se presentan los factores asociados a cada uno de los resultados, para ello se realizó una selección de aquellos factores que la evidencia muestra que podían estar asociados al logro de los resultados DIT y que podían ser obtenidos del Módulo DIT ENDES o de alguno de los tres cuestionarios de la ENDES (Cuestionario del Hogar, Cuestionario de Salud y Cuestionario Individual – Mujeres de 15 a 49 años).

Los indicadores de estos factores fueron correlacionados con los resultados DIT correspondientes utilizando los estadísticos Chi cuadrado y correlación de Pearson de acuerdo a la naturaleza del indicador (Chi cuadrado para los indicadores de factores que solo tienen 2 posibles valores como por ejemplo sexo del niño que puede ser masculino o femenino y correlación de Pearson para los indicadores de factores que son una variable continua, como por ejemplo la edad materna que puede tener diversos valores). El resultado de ambos estadísticos es un valor que va entre -1 y 1, aquellos valores más cercanos a los extremos, es decir más cercano a -1 o a 1, indican una fuerte asociación estadística; en cambio, los valores

cercanos al 0 indican una asociación débil llegando a ser considerada una asociación nula o ausencia de asociación cuando los valores se encuentran entre  $-.09$  y  $.09$ .

De esta manera, para los factores asociados cuya correlación resultan ser significativa, es decir es un valor en el que se puede confiar con una certeza de 95% o más, se obtiene un grado de asociación que define la magnitud de dicha asociación.

La información acerca de los factores que se encuentran asociados a alguno de los resultados DIT, es especialmente útil para la implementación de intervenciones a favor del DIT dado que identifican focos de intervención, por ejemplo la sensibilidad materna es un factor asociado al apego seguro de la niña o el niño lo cual implicaría que intervenir sobre la sensibilidad de las madres podría favorecer que sus hijas o hijos establezcan un apego seguro.

La información obtenida es aún más relevante si se considera que el Módulo DIT es el primer intento por tener información sobre el DIT en el Perú a nivel nacional y por área de residencia y que además de ello, los factores que se han encontrado asociados cuentan con evidencia en el contexto peruano.

Los anexos 1 y 2 de esta publicación presentan con mayor detalle lo desarrollado en esta sección, las características técnicas de la ENDES y del Módulo DIT ENDES.

## **RESUMEN EJECUTIVO**

Los Lineamientos “Primero la Infancia”, define el DIT como “un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas, que permiten a la niña y el niño ser competentes a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos” (DS N° 010-2016-MIDIS).

Esta definición muestra la complejidad del desarrollo de la persona desde el nacimiento y las implicancias de este desarrollo tanto para el presente de las y los niños como para el futuro adolescente y adulto. El pleno desarrollo de estas habilidades, representadas por los resultados DIT, favorece el bienestar de los niños y las niñas e incrementa la posibilidad de un adecuado desarrollo del adulto convirtiéndose en una persona saludable y productiva no solo consigo misma y su familia sino también con la sociedad en su conjunto. En este sentido, la primera infancia es una oportunidad dado que establece las bases del desarrollo de la persona.

En los Lineamientos “Primero la Infancia”, se consideran una serie de enfoques importantes a considerar en las responsabilidades y acciones a desarrollar en favor de la infancia:

- Enfoque de derechos el cual busca garantizar que las niñas y los niños ejerzan su derecho, y que el estado, la comunidad y la familia realicen acciones para favorecer su desarrollo y bienestar.
- Enfoque de género referido a que las acciones que se realicen tengan como objetivo lograr la igualdad de las niñas y los niños en el ejercicio de sus derechos.
- Enfoque intercultural, es decir las acciones deben buscar la construcción de relaciones entre culturas equitativas, justas y de respeto a la diferencia.

Asimismo, los lineamientos establecen principios rectores que deben guiar la toma de decisiones y la realización de intervenciones en el marco de la política a favor de la primera infancia:

- El interés superior de la niña o el niño en todas las decisiones que la familia, el estado y la sociedad puedan tomar.
- Integralidad del desarrollo de las y los niños.
- Desarrollo progresivo que tiene una particularidad y con un ritmo propio de maduración.
- Participación infantil en los espacios familiares, comunitarios y estatales.
- La familia como institución fundamental para el desarrollo de las personas.

- Igualdad de oportunidades para todas las niñas y los niños del país.
- Transectorialidad de las acciones estatales a favor de la infancia.

Finalmente, los lineamientos establecen la visión compartida por todos los sectores de las niñas y los niños:

Niñas y niños en el Perú con buen estado de salud y nutrición, con pensamiento crítico, comunicacionalmente efectivos y con iniciativa, emocionalmente seguros de sí, socialmente competentes y autónomos, en pleno ejercicio de sus derechos; que vivan una infancia feliz, libre de violencia, con igualdad de oportunidades y en permanente respeto de sus particularidades

Teniendo en cuenta estas consideraciones, los lineamientos han definido la importancia de siete resultados DIT a lograr en las niñas y los niños y para cada uno de ellos se han identificado factores asociados descritos en las secciones anteriores tal como se muestra en el Gráfico 1.

Gráfico 1: Resultados de Desarrollo Infantil Temprano y sus factores asociados considerados en los Lineamientos Primero la Infancia



Posteriormente, en el año 2018, el MIDIS realizó una actualización de los factores asociados a los resultados DIT a partir de la revisión de la evidencia científica. Este estudio permitió la identificación de nuevas variables que con evidencia empírica podrían ser considerados como factores asociados.

De esta manera, los resultados DIT y sus factores asociados, constituyen los indicadores para los cuales se diseñó el Módulo DIT. Este módulo fue aplicado como parte de la ENDES entre el año 2015 y 2017 con la finalidad de tener una aproximación a la medición del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) a partir del reporte materno.

A continuación la Tabla 2, muestra los principales indicadores del Desarrollo Infantil Temprano respecto a los resultados DIT considerados en los Lineamientos Primero la Infancia para los años 2015, 2016 y 2017 para la población total. Para cada uno de ellos se presenta su valor estimado así como el intervalo de confianza que es el rango en el cual puede encontrarse el indicador con una certeza del 95%. Adicionalmente, en el Anexo 3, se detallan los indicadores específicos de cada resultado DIT así como sus valores para la población urbana y rural y para las niñas y los niños.

Tal como se observa, el Resultado *Camina solo* sería aquel con el mayor porcentaje de logro; es decir, de acuerdo al reporte de las madres, las y los niños de 15 a 18 meses logran caminar por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio en mayor proporción que los otros resultados DIT en los tres años evaluados. En cambio, el resultado *Adecuado estado nutricional* sería el resultado DIT que tiene una menor proporción de logro entre los niños de 6 a 35 meses en los tres años evaluados.

Se observa la relativa estabilidad de los indicadores a lo largo de los tres años de evaluación. Además, tal como muestra la tabla, todos los coeficientes de variación obtienen un valor menor a 5 por lo que los indicadores resultan siendo robustos.

Tabla 2. Principales indicadores de los resultados DIT obtenidos en la ENDES, 2015, 2016 y 2017

Resultado DIT	Total 2015				Total 2016				Total 2017			
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
R1 Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nació con un peso mayor o igual a 2,500 gramos y a partir del noveno mes de gestación	77.6	76.8	78.5	0.6	75.8	74.9	76.7	0.6	74.4	73.4	75.4	0.7
R2 Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12 meses de edad que tiene conductas precursoras de un apego seguro con su madre	58.2	54.9	61.5	2.9	61.0	57.6	64.4	2.8	60.0	56.6	63.5	2.9
R3 Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que se encuentran a partir de -2DE del puntaje Z de talla para la edad de acuerdo al estándar de la OMS y que tienen un nivel de hemoglobina mayor o igual a 11g/dL	49.0	47.7	50.3	1.3	49.6	48.1	51.0	1.5	49.6	48.2	51.0	1.5
R4 Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12, de 15 a 18 y de 30 a 36 meses que tiene una comunicación verbal efectiva.	75.7	74.2	77.1	1.0	77.2	75.7	78.7	1.0	72.9	71.2	74.7	1.2
R5 Porcentaje de niñas y niños de 15 a 18 meses que camina por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio.	86.7	84.4	89.0	1.3	90.3	88.2	92.5	1.2	90.0	87.7	92.2	1.3
<b>Resultado DIT</b>	<b>Total 2015</b>				<b>Total 2016</b>				<b>Total 2017</b>			

	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
R6 Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir o agredirse	81.1	79.7	82.5	0.9	82.2	80.7	83.6	0.9	82.1	80.5	83.6	1.0
R7 Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo	54.0	52.1	55.9	1.8	53.3	51.2	55.3	1.9	46.7	44.7	48.8	2.2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

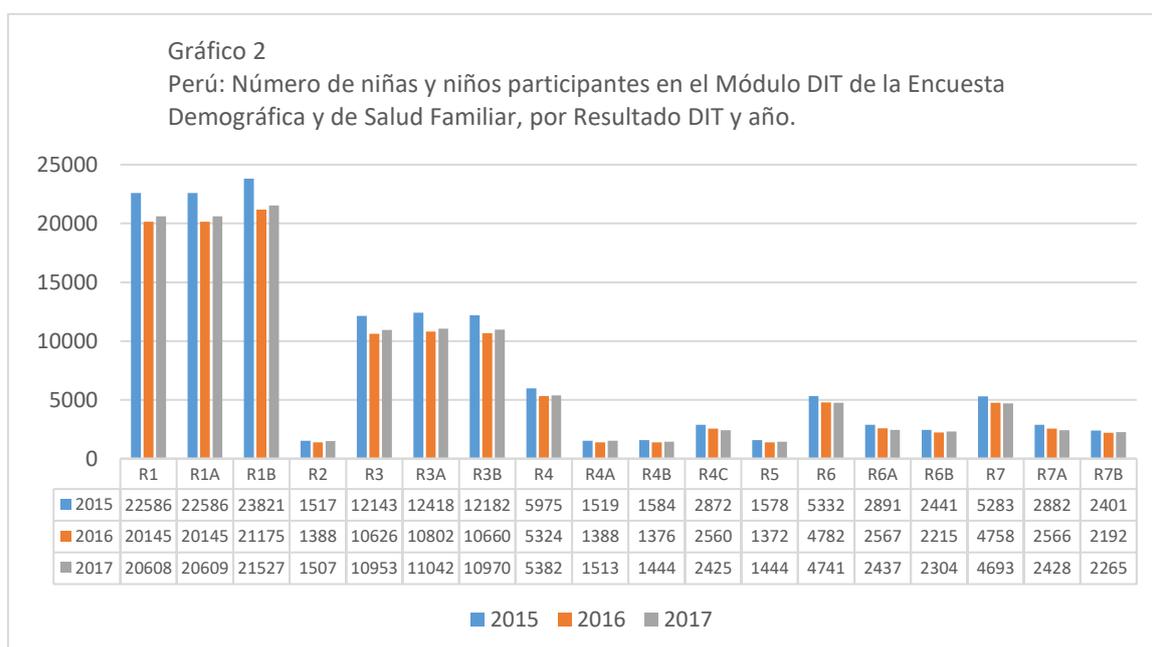
## CAPÍTULO 1

### CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y MADRES PARTICIPANTES

A continuación en el Gráfico 2, se presenta la cantidad de las y los niños participantes en el Módulo DIT ENDES para cada uno de los resultados DIT por año. Tal como se observa, el resultado *Nacimiento saludable* y sus componentes *Peso al nacer* y *Edad gestacional* cuentan con la mayor cantidad de participantes, más de 20000 niñas y niños por cada año.

En cambio, el resultado *Apego seguro* tiene la menor cantidad de participantes, menos de 1600 por año, dado que este resultado es medido solo en el rango de 9 a 12 meses. Para los resultados *Comunicación verbal efectiva* y *Camina solo* en los rangos de 9 a 12 y 15 a 18 meses se obtuvo la participación de un número semejante.

Al mismo tiempo, se observa que, en los tres años de estudio, se conserva cantidad semejante de participantes para los todos los resultados con ligeras disminuciones en los años 2016 y 2017.



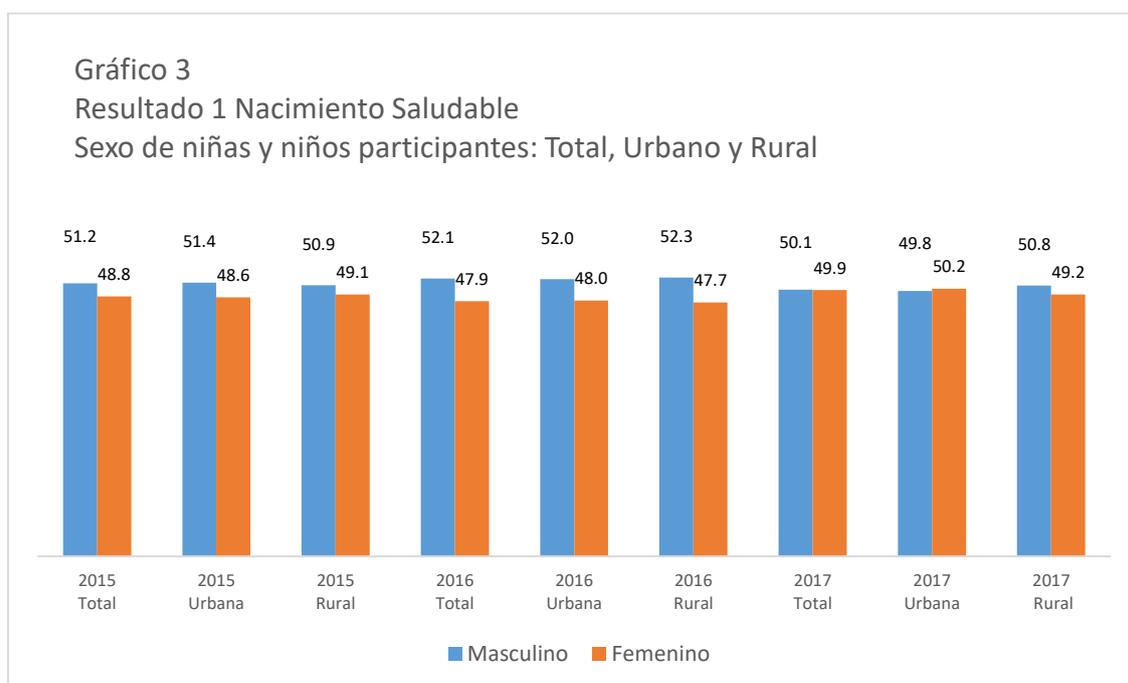
En la siguiente sección, se presenta la distribución por sexo y ámbito de residencia para cada resultado DIT y para cada uno de los años evaluados. En el Anexo 4, se presentan otros datos sociodemográficos complementarios de las niñas y los niños tales como el área de residencia, el

quintil de pobreza y los progenitores con los que vive así como la cobertura del seguro de salud con que cuenta.

En el mismo Anexo 4, se incluye información sociodemográfica relativa a las madres que reportaron acerca del desarrollo de su hija o hijo tales como edad, nivel de instrucción y cobertura del seguro de salud.

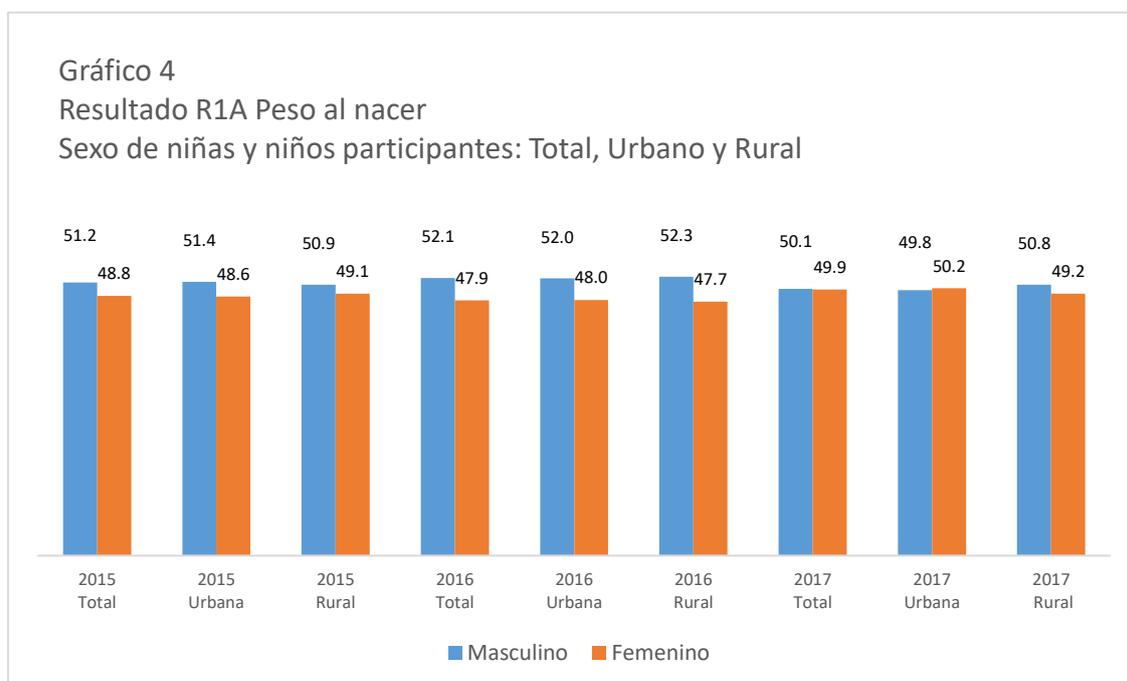
## Resultado 1 Nacimiento saludable

Para el resultado *Nacimiento Saludable*, tal como se observa en el Gráfico 3, según sexo y región de procedencia, en el 2015 del total de participantes 51.2% fueron niños y 48.8% fueron niñas. Según la división de sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.4% fueron niños y 48.6% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 50.9% fueron niños y 49.1% fueron niñas. En el 2016, del total de participantes, 52.1% fueron niños y 47.9% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 52.0% fueron niños y 48.0% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 52.3% fueron niños y 47.7% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.1% fueron niños y 49.9% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 49.8% fueron niños y 50.2% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 50.8% fueron niños y 49.2% fueron niñas.



## Resultado 1A Peso al nacer

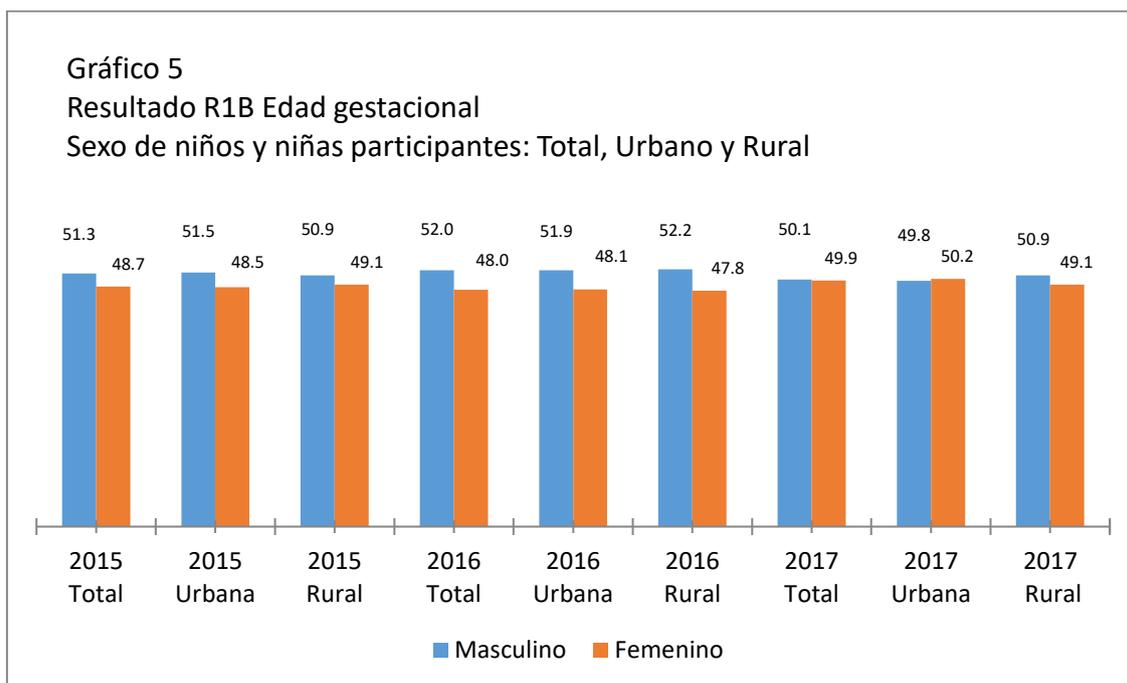
Tal como se observa en el Gráfico 4 para el resultado *Peso al nacer*, del total de participantes en 2015, 51.2% fueron niños y 48.8% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.4% fueron niños y 48.6% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 50.9% fueron niños y 49.1% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 52.1% fueron niños y 47.9% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 52.0% fueron niños y 48.0% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 52.3% fueron niños y 47.7% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.1% fueron niños y 49.9% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 49.8% fueron niños y 50.2% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 50.8% fueron niños y 49.2% fueron niñas.



## Resultado 1B Edad gestacional

En Gráfico 5 muestra que para el resultado *Edad gestacional*, del total de participantes en 2015, 51.3% fueron niños y 48.7% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.5% fueron niños y 48.5% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 50.9% fueron niños y 49.1% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 52.0% fueron niños y 48.0% fueron niñas. Según la división por

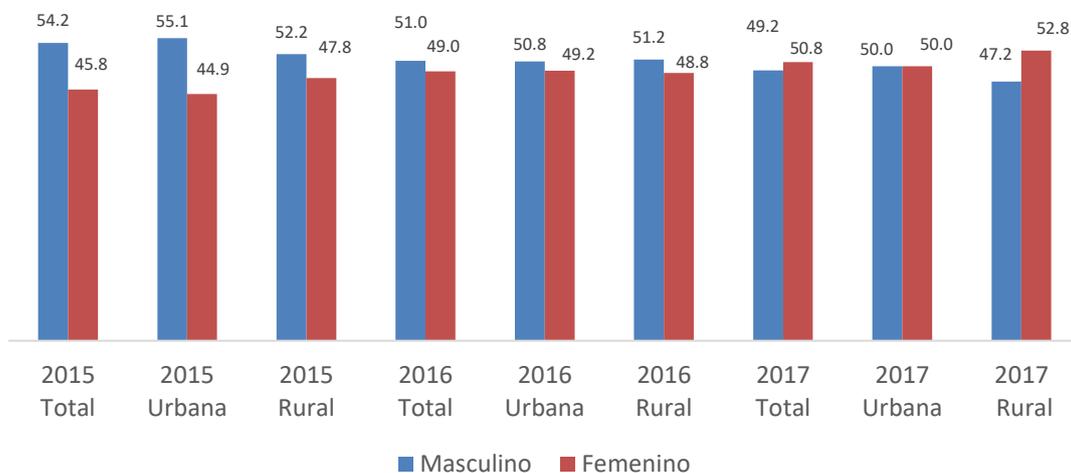
sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.9% fueron niños y 48.1% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 52.2% fueron niños y 47.8% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.1% fueron niños y 49.9% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 49.8% fueron niños y 50.2% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 50.9% fueron niños y 49.1% fueron niñas.



## Resultado 2 Apego seguro

Para el resultado *Apego seguro*, en el Gráfico 6 se observa que del total de participantes en 2015, 54.2% fueron niños y 45.8% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 55.1% fueron niños y 44.9% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 52.2% fueron niños y 47.8% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 51.0% fueron niños y 49.0% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.8% fueron niños y 49.2% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 51.2% fueron niños y 48.8% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 49.2% fueron niños y 50.8% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.0% fueron niños y 50.0% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 47.2% fueron niños y 52.8% fueron niñas.

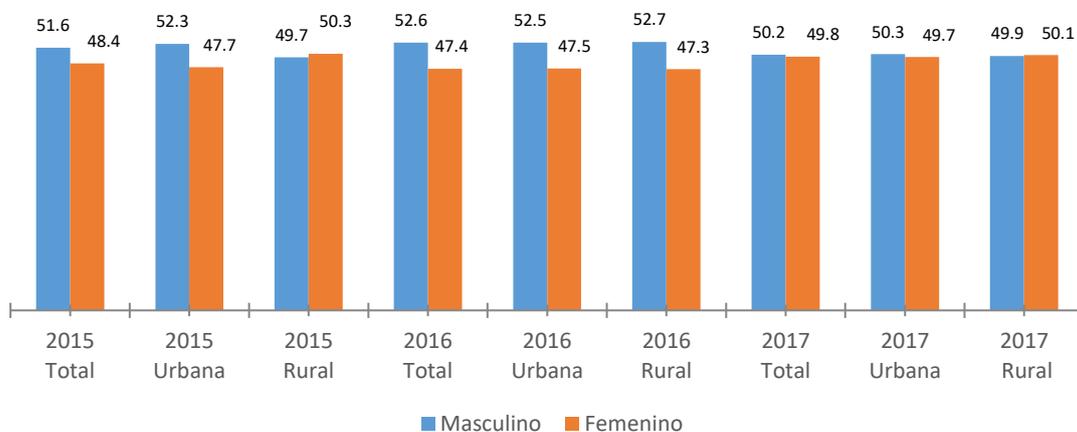
Gráfico 6  
 Resultado R2 Apego seguro  
 Sexo de niñas y niños participantes: Total, Urbano y Rural



### Resultado 3 Adecuado estado nutricional

En el Gráfico 7 se observa que para el resultado *Adecuado estado nutricional*, del total de participantes en 2015, 51.6% fueron niños y 48.4% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 52.3% fueron niños y 47.7% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 49.7% fueron niños y 50.3% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 52.6% fueron niños y 47.4% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 52.5% fueron niños y 47.5% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 52.7% fueron niños y 47.3% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.2% fueron niños y 49.8% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.3% fueron niños y 49.7% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 49.9% fueron niños y 50.1% fueron niñas.

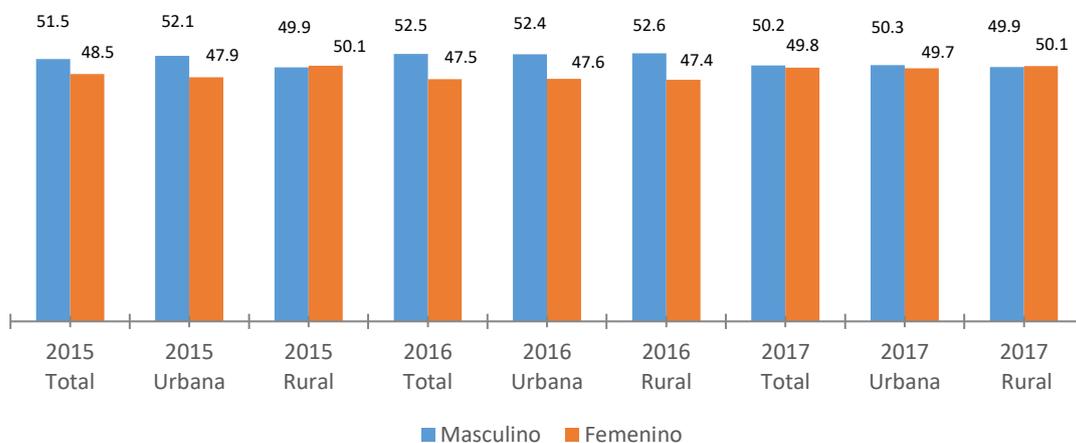
Gráfico 7  
 Resultado R3 Adecuado estado nutricional  
 Sexo de niños y niñas participantes: Total, Urbano y Rural



### Resultado 3A Talla para la edad

Para el resultado *Talla para la edad*, el Gráfico 8 muestra que, del total de participantes en 2015, 51.5% fueron niños y 48.5% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 52.1% fueron niños y 47.9% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 49.9% fueron niños y 50.1% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 52.5% fueron niños y 47.5% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 52.4% fueron niños y 47.6% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 52.6% fueron niños y 47.4% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.2% fueron niños y 49.8% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.3% fueron niños y 49.7% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 49.9% fueron niños y 50.1% fueron niñas.

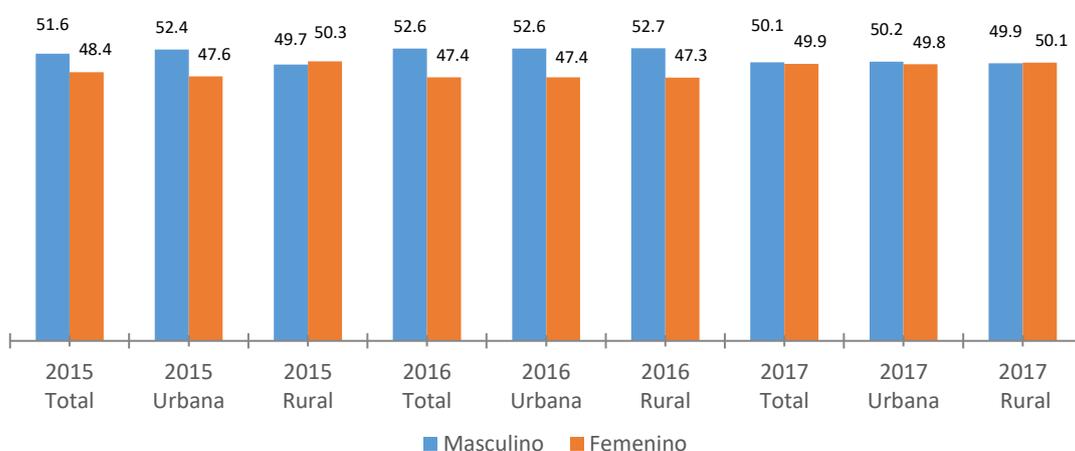
**Gráfico 8**  
**Resultado R3A Talla para la edad**  
**Sexo de niños y niñas participantes: Total, Urbano y Rural**



### Resultado 3B Hemoglobina

Para el resultado 3B *Hemoglobina*, en el Gráfico 9 se observa que, del total de participantes en 2015, 51.6% fueron niños y 48.4% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 52.4% fueron niños y 47.6% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 49.7% fueron niños y 50.3% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 52.6% fueron niños y 47.4% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 52.6% fueron niños y 47.4% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 52.7% fueron niños y 47.3% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.1% fueron niños y 49.9% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.2% fueron niños y 49.8% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 49.9% fueron niños y 50.1% fueron niñas.

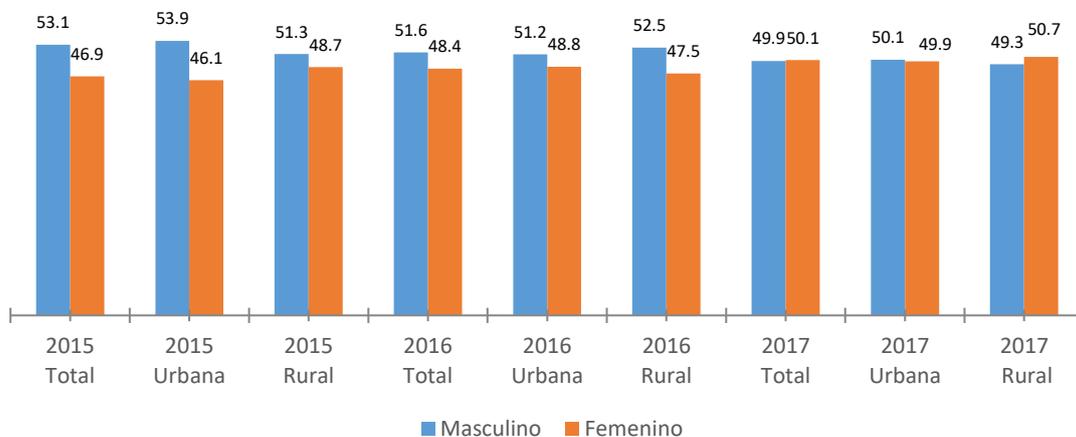
Gráfico 9  
 Resultado R3B Hemoglobina  
 Sexo de niños y niñas participantes: Total, Urbano y Rural



#### Resultado 4 Comunicación verbal efectiva

Para el resultado *Comunicación verbal efectiva*, en el Gráfico 10 se puede observar que, del total de participantes en 2015, 53.1% fueron niños y 46.9% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 53.9% fueron niños y 46.1% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 51.3% fueron niños y 48.7% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 51.6% fueron niños y 48.4% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.2% fueron niños y 48.8% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 52.5% fueron niños y 47.5% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 49.9% fueron niños y 50.1% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.1% fueron niños y 49.9% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 49.3% fueron niños y 50.7% fueron niñas.

Gráfico 10  
 Resultado R4 Comunicación verbal efectiva  
 Sexo de niños y niñas participantes: Total, Urbano y Rural

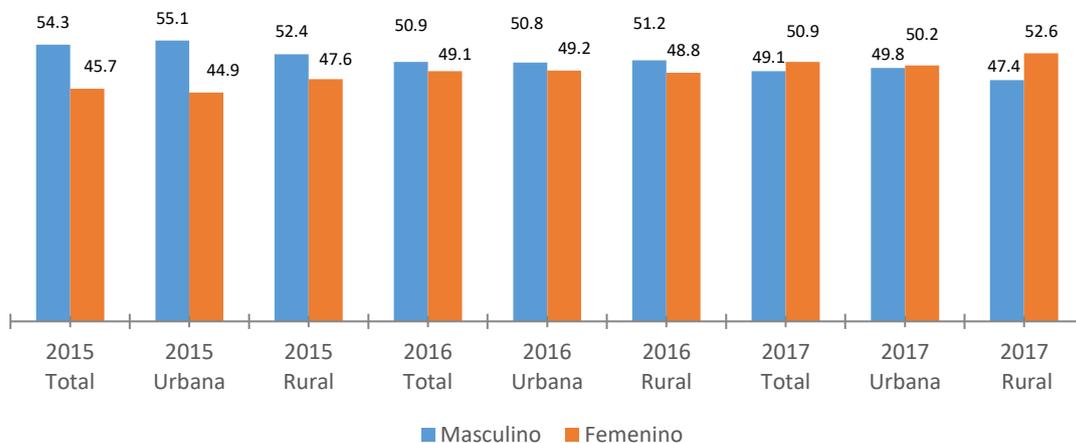


#### Resultado 4A Comunicación verbal efectiva entre los 9 y 12 meses

En el Gráfico 11, para el resultado *Comunicación verbal efectiva entre los 9 y 12 meses*, se observa que, del total de participantes en 2015, 54.3% fueron niños y 45.7% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 55.1% fueron niños y 44.9% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 52.4% fueron niños y 47.6% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 50.9% fueron niños y 49.1% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.8% fueron niños y 49.2% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 51.2% fueron niños y 48.8% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 49.1% fueron niños y 50.9% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 49.8% fueron niños y 50.2% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 47.4% fueron niños y 52.6% fueron niñas.

Gráfico 11

Resultado R4A Comunicación verbal efectiva entre los 9 y 12 meses  
Sexo de niños y niñas participantes: Total, Urbano y Rural



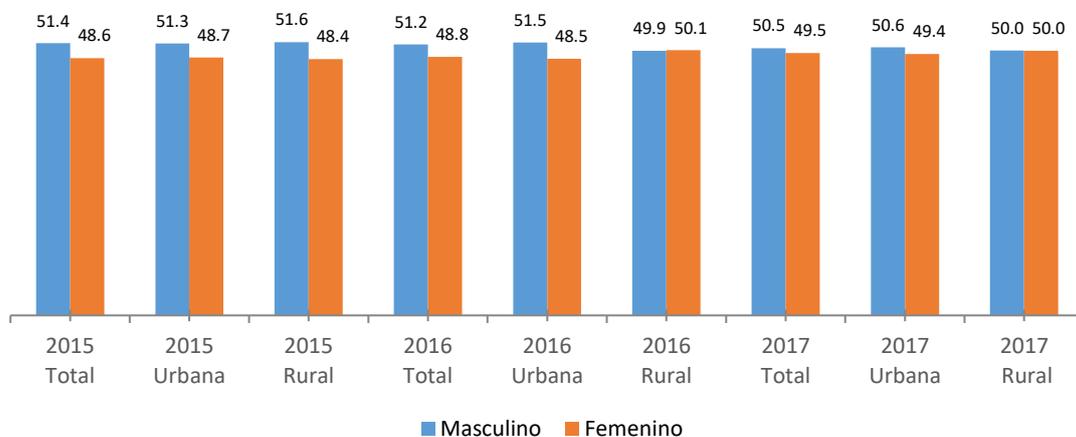
## Resultado 4B Comunicación verbal efectiva entre los 15 y 18 meses

Para el resultado *Comunicación verbal efectiva entre los 15 y 18 meses*, el Gráfico 12 muestra que, del total de participantes en 2015, 51.4% fueron niños y 48.6% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.3% fueron niños y 48.7% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 51.6% fueron niños y 48.4% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 51.2% fueron niños y 48.8% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.5% fueron niños y 48.5% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 49.9% fueron niños y 50.1% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.5% fueron niños y 49.5% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.6% fueron niños y 49.4% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 50.0% fueron niños y 50.0% fueron niñas.

Gráfico 12

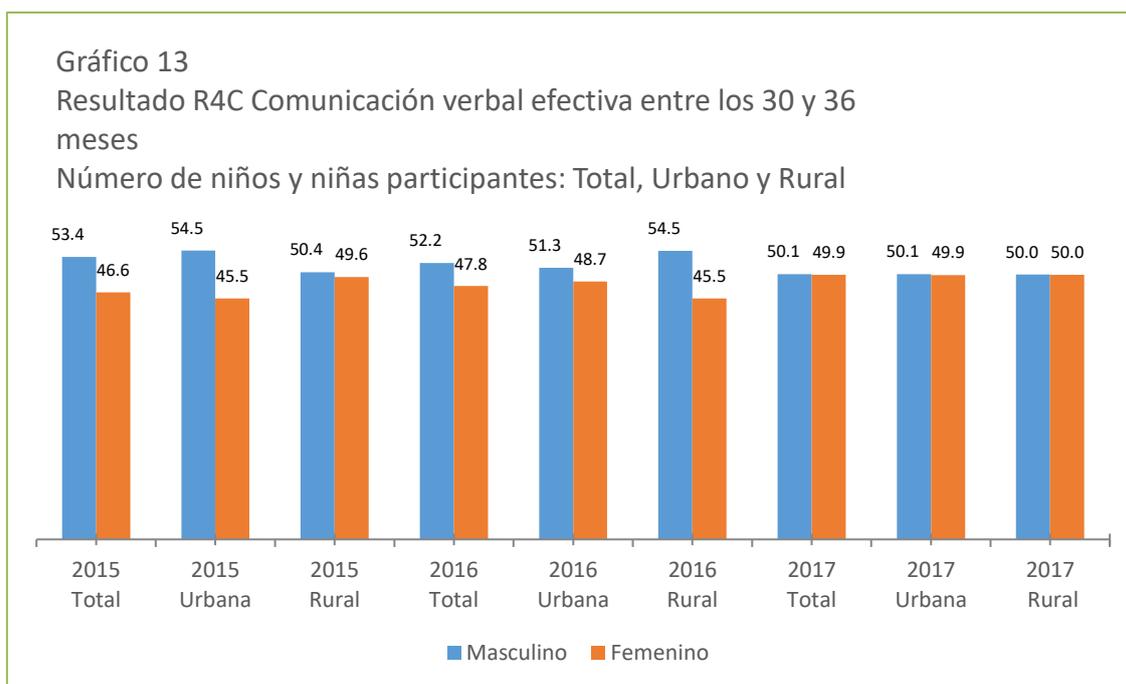
Resultado R4B Comunicación verbal efectiva entre los 15 y 18 meses

Sexo de niños y niñas participantes: Total, Urbano y Rural



### Resultado 4C Comunicación verbal efectiva entre los 30 y 36 meses

Para el resultado *Comunicación verbal efectiva entre los 30 y 36 meses*, el Gráfico 13 muestra que, del total de participantes en 2015, 53.4% fueron niños y 46.6% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 54.5% fueron niños y 45.5% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 50.4% fueron niños y 49.6% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 52.2% fueron niños y 47.8% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.3% fueron niños y 48.7% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 54.5% fueron niños y 45.5% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.1% fueron niños y 49.9% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.1% fueron niños y 49.9% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 50.0% fueron niños y 50.0% fueron niñas.



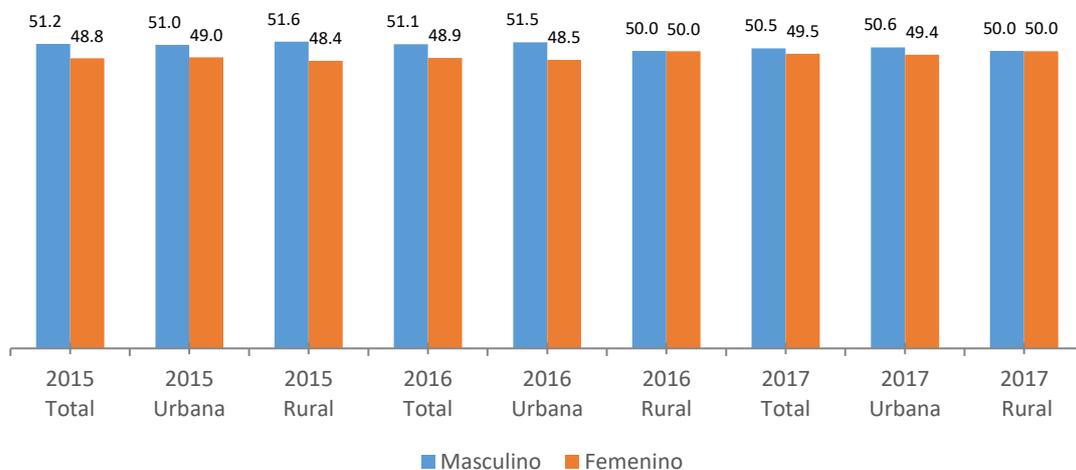
## Resultado 5 Camina solo

En el Gráfico 14 se observa que para el resultado *Camina solo*, del total de participantes en 2015, 51.2% fueron niños y 48.8% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.0% fueron niños y 49.0% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 51.6% fueron niños y 48.4% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 51.1% fueron niños y 48.9% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.5% fueron niños y 48.5% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 50% fueron niños y 50% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.5% fueron niños y 49.5% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.6% fueron niños y 49.4% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 50.0% fueron niños y 50.0% fueron niñas.

Gráfico 14

Resultado 5 Camina solo

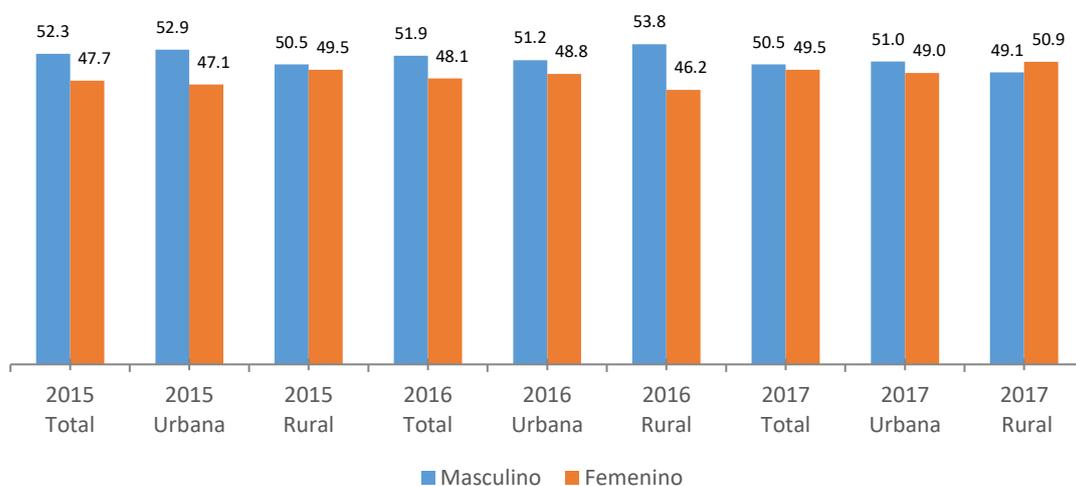
Sexo de niños y niñas participantes: Total, Urbano y Rural



## Resultado 6 Regulación de emociones y comportamientos

Para el resultado *Regulación de emociones y comportamientos*, en el Gráfico 15 se puede ver que, del total de participantes en 2015, 52.3% fueron niños y 47.7% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 52.9% fueron niños y 47.1% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 50.5% fueron niños y 49.5% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 51.9% fueron niños y 48.1% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.2% fueron niños y 48.8% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 53.8% fueron niños y 46.2% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.5% fueron niños y 49.5% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.0% fueron niños y 49.0% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 49.1% fueron niños y 50.9% fueron niñas.

Gráfico 15  
 Resultado 6 Regulación de emociones y comportamientos  
 Sexo de niños y niñas participantes: Total, Urbano y Rural



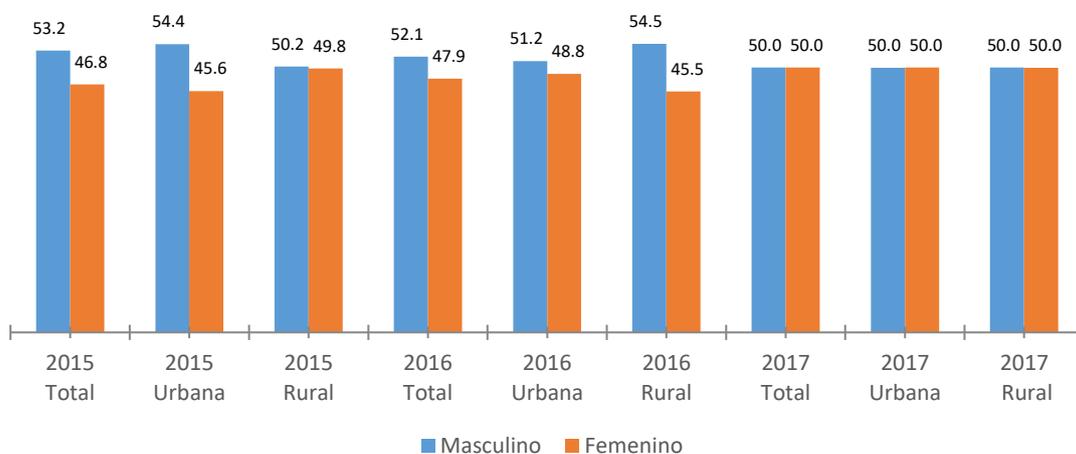
## Resultado 6A Regulación de emociones y comportamientos de 30 a 36 meses

En el Gráfico 16 se observa que, para el resultado *Regulación de emociones y comportamientos de 30 a 36 meses*, del total de participantes en 2015, 53.2% fueron niños y 46.8% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 54.4% fueron niños y 45.6% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 50.2% fueron niños y 49.8% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 52.1% fueron niños y 47.9% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.2% fueron niños y 48.8% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 54.5% fueron niños y 45.5% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50% fueron niños y 50.0% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.0% fueron niños y 50.0% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 50.0% fueron niños y 50.0% fueron niñas.

Gráfico 16

Resultado 6A Regulación de emociones y comportamientos de 30 a 36 meses

Sexo de niños y niñas participantes: Total, Urbano y Rural



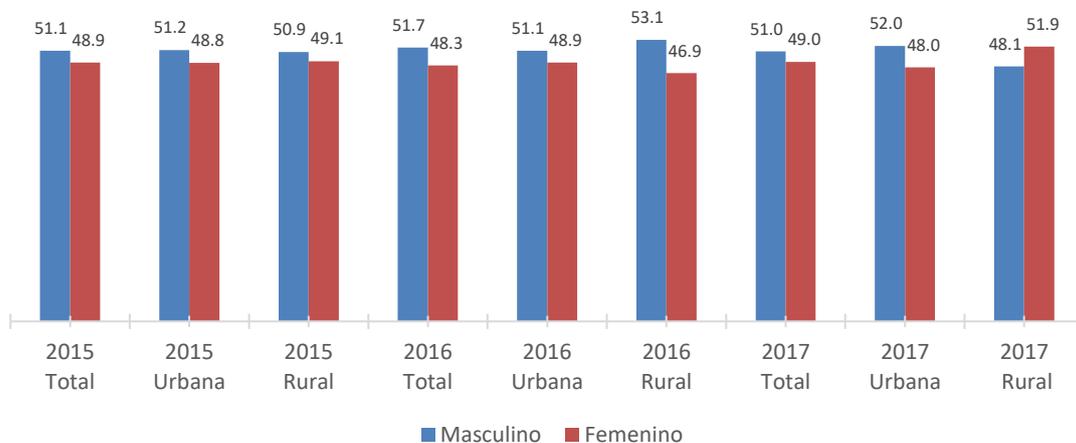
## Resultado 6B Regulación de emociones y comportamientos de 53 a 59 meses

Para el resultado *Regulación de emociones y comportamientos de 53 a 59 meses*, se observa en el Gráfico 17 que, del total de participantes en 2015, 51.1% fueron niños y 48.9% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.2% fueron niños y 48.8% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 50.9% fueron niños y 49.1% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 51.7% fueron niños y 48.3% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.1% fueron niños y 48.9% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 53.1% fueron niños y 46.9% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 51% fueron niños y 49% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 52.0% fueron niños y 48.0% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 48.1% fueron niños y 51.9% fueron niñas.

Gráfico 17

Resultado 6B Regulación de emociones y comportamientos de 53 a 59 meses

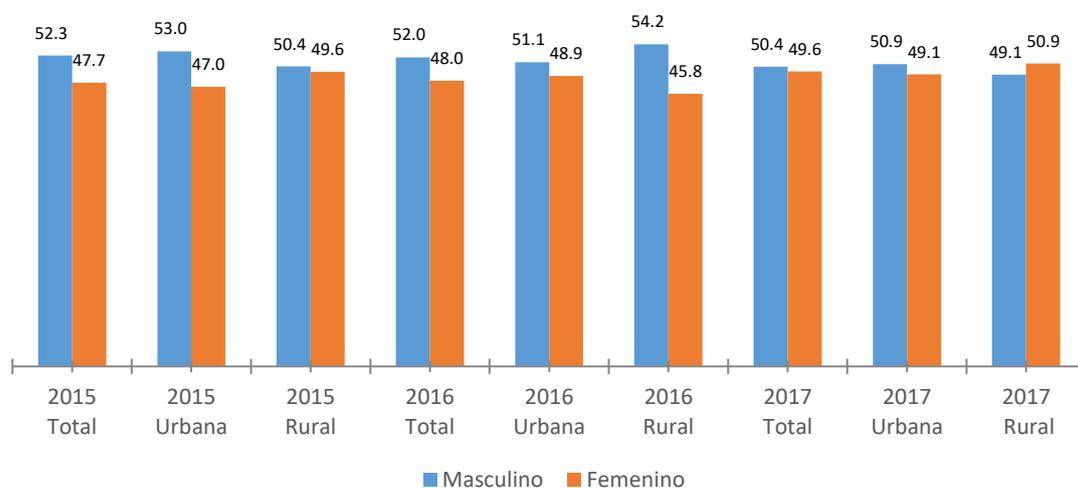
Sexo de niñas y niños participantes: Total, Urbano y Rural



## Resultado 7 Función simbólica

En el Gráfico 18 se observa que, para el resultado *Función simbólica*, del total de participantes en 2015, 52.3% fueron niños y 47.7% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 53.0% fueron niños y 47.0% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 50.4% fueron niños y 49.6% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 52% fueron niños y 48% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.1% fueron niños y 48.9% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 54.2% fueron niños y 45.8% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.4% fueron niños y 49.6% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.9% fueron niños y 49.1% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 49.1% fueron niños y 50.9% fueron niñas.

Gráfico 18  
 Resultado 7 Función simbólica  
 Sexo de niños y niñas participantes: Total, Urbano y Rural



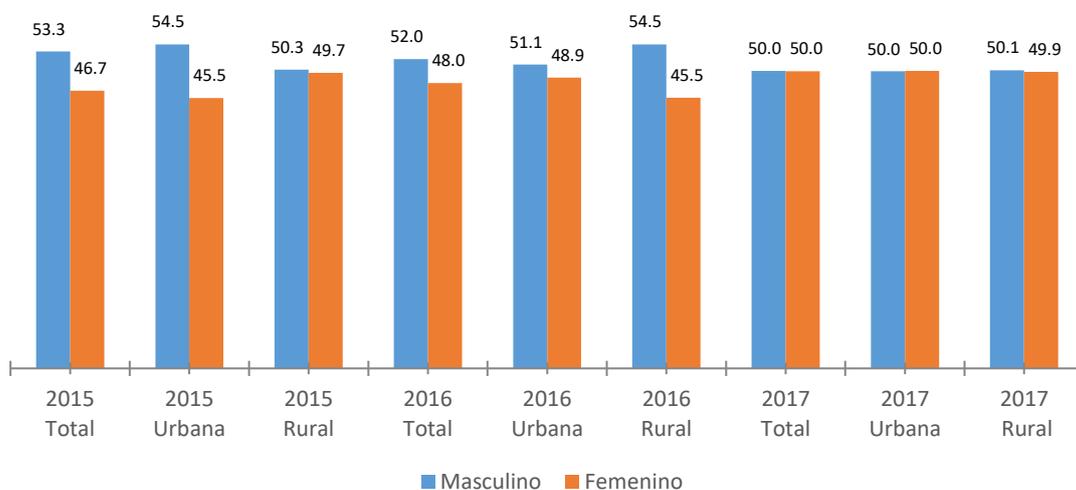
### Resultado 7A Función simbólica de 30 a 36 meses

En el Gráfico 19 se observa que para el resultado *Función simbólica de 30 a 36 meses*, del total de participantes en 2015, 53.3% fueron niños y 46.7% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 54.5% fueron niños y 45.5% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 50.3% fueron niños y 49.7% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 52.0% fueron niños y 48.0% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.1% fueron niños y 48.9% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 54.5% fueron niños y 45.5% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.0% fueron niños y 50.0% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 50.0% fueron niños y 50.0% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 50.1% fueron niños y 49.9% fueron niñas.

Gráfico 19

Resultado 7A Función simbólica de 30 a 36 meses

Sexo de niños y niñas participantes: Total, Urbano y Rural



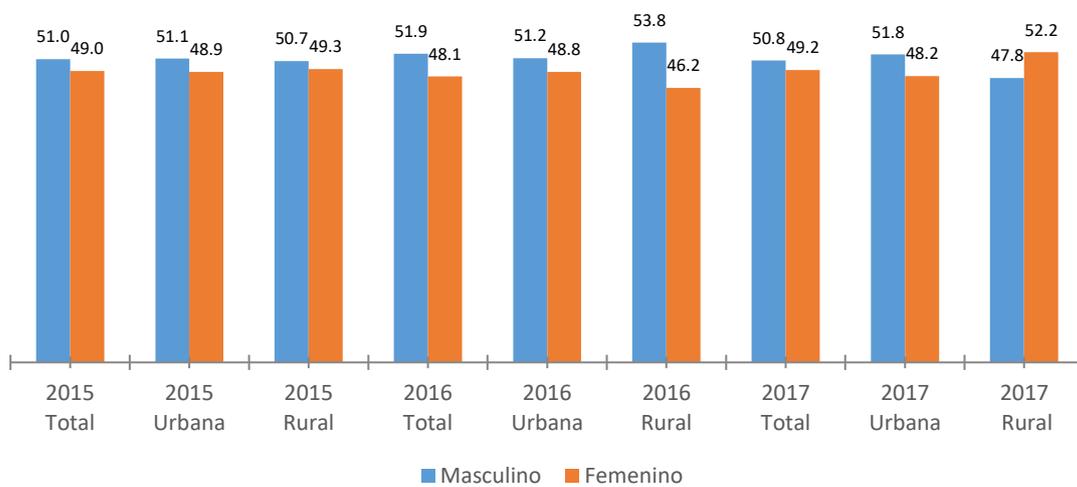
## Resultado 7B Función simbólica de 53 a 59 meses

Para el resultado *Función simbólica de 53 a 59 meses*, se observa en el Gráfico 20 que, del total de participantes en 2015, 51.0% fueron niños y 49.0% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.1% fueron niños y 48.9% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 50.7% fueron niños y 49.3% fueron niñas. En 2016, del total de participantes, 51.9% fueron niños y 48.1% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.2% fueron niños y 48.8% fueron niñas, y de los participantes que provinieron del área rural, 53.8% fueron niños y 46.2% fueron niñas. Finalmente, en 2017, del total de participantes 50.8% fueron niños y 49.2% fueron niñas. Según la división por sexo y región de procedencia, de los participantes que provinieron del área urbana, 51.8% fueron niños y 48.2% fueron niñas y de los participantes que provinieron del área rural, 47.8% fueron niños y 52.2% fueron niñas.

Gráfico 20

Resultado 7B Función simbólica de 53 a 59 meses

Sexo de niños y niñas participantes: Total, Urbano y Rural



## CAPÍTULO 2

### RESULTADO 1 NACIMIENTO SALUDABLE

Las y los recién nacidos tienen un nacimiento saludable cuando pesan igual o más de 2,500 gramos y tienen entre 37 y 41 semanas de gestación.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

El nacimiento saludable de las niñas y los niños puede ser identificado a partir de diversos indicadores; de estos, los Lineamientos “Primero la Infancia” consideran que el peso al nacer y la edad gestacional son los más importantes debido a su impacto en el estado de salud del recién nacido y por ende en el desarrollo posterior de niñas y niños. Así, las niñas y los niños que al nacer tienen adecuado peso, es decir de 2,500 gramos o más, son niñas y niños que durante la gestación han desarrollado suficientes reservas de grasa para mantener estables diversas funciones vitales entre las que se encuentran la temperatura corporal<sup>1</sup>. Asimismo, de acuerdo a la literatura, quienes nacen entre las 37 y 41 semanas de gestación han desarrollado órganos vitales entre ellos los pulmones, de tal manera que pueden respirar sin ayuda externa<sup>2</sup>; más aún, las y los bebés con una edad gestacional mayor a 37 semanas, han desarrollado una mayor inmunidad frente a diversas enfermedades e infecciones<sup>3</sup>.

En cambio, las y los recién nacidos que pesan menos de 2,500 gramos y nacen antes de las 37 semanas de gestación, cuentan con órganos que aún no han madurado lo suficiente. Debido a ello, tienen mayores problemas para sobrevivir<sup>4</sup>, suelen requerir asistencia médica para las funciones vitales como respirar<sup>5</sup> y mantener la temperatura corporal<sup>6</sup> y suelen ser más vulnerables ante las infecciones y otras enfermedades<sup>7</sup>.

## **¿Por qué el nacimiento saludable es importante para el desarrollo en la primera infancia?**

Los estudios realizados señalan que las y los bebés que pesan menos de 2,500 gramos al nacer y nacen antes de las 37 semanas de gestación:

- Tienen hasta seis veces más riesgo de morir durante la primera semana de vida y tres veces más riesgo de morir durante el primer año de vida<sup>8</sup>.
- Tienen hasta tres veces más riesgo de retraso en el desarrollo de la comunicación verbal<sup>9</sup>.
- Cuando logran sobrevivir, tienen mayor riesgo de retraso en el desarrollo de capacidades motoras como caminar<sup>10</sup>.
- Dada su alta predisposición a tener dificultades a nivel cognitivo<sup>11</sup>, están en mayor riesgo de tener dificultades para la adecuada regulación de emociones y de comportamientos<sup>12</sup>.
- La hospitalización y procedimientos médicos que requieren estas y estos bebés, pueden implicar largos periodos de tiempo en los que son separados de sus madres o cuidadores principales. Por su lado, los cuidadores incrementan el riesgo de experimentar ansiedad y depresión por las complicaciones médicas de sus hijas o hijos. Las consecuencias de estas hospitalizaciones y procedimientos médicos tanto sobre las niñas y los niños como sobre sus cuidadores, puede afectar el desarrollo de un apego seguro<sup>13</sup>.

## **¿Cuál es el impacto de un nacimiento saludable en el desarrollo de la persona?**

Durante la adolescencia, las y los jóvenes que nacieron antes de las 37 semanas de gestación y pesaron menos de 2,500 gramos, tienen mayor riesgo de desarrollar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad<sup>14</sup> y de contar con una baja capacidad intelectual<sup>15</sup>. Asimismo, tienen mayor predisposición a tener problemas de aprendizaje relacionados a dificultades para la comprensión lectora y para las matemáticas<sup>16</sup>. Estas condiciones aumentan la probabilidad de que los adolescentes tengan bajas calificaciones y eventualmente deserten de la escuela.

Más adelante, durante la adultez, estas personas tienden a contar con menores habilidades en distintos campos académicos debido a su predisposición a tener una capacidad intelectual reducida<sup>17,18</sup> y a presentar dificultades para la lectura y matemáticas<sup>19,20,21</sup>. Estas dificultades conllevan a que tengan problemas para desempeñarse en la educación superior<sup>22</sup>, con ello

aumenta la probabilidad de tener puestos de trabajo poco remunerados y de vivir en condiciones de pobreza<sup>23,24,25</sup>.

El nacimiento saludable juega un rol fundamental en el desarrollo cognitivo, motor, socio-emocional y del lenguaje durante la infancia y a lo largo de la vida.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

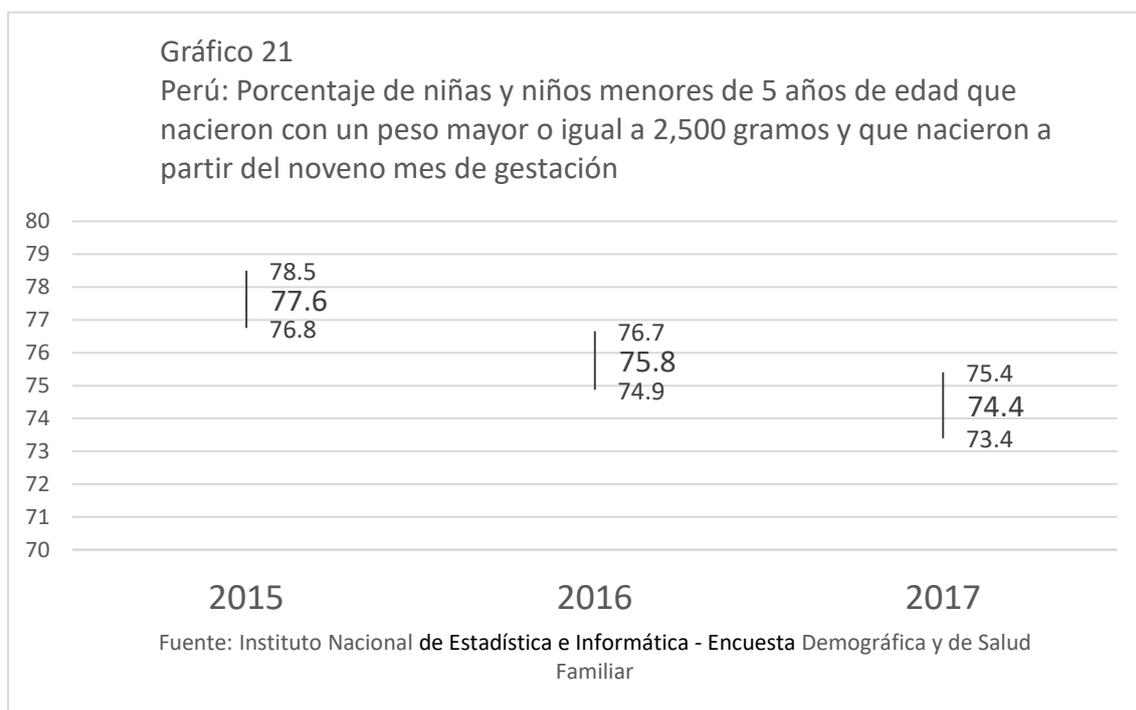
## ¿Cuáles son los indicadores nacionales del nacimiento saludable en el Perú?

En los Lineamientos Primero la Infancia (DS 010-2016-MIDIS), el indicador para medir el resultado *Nacimiento saludable* es el porcentaje de niñas y niños que nace con un peso y luego de un período de gestación adecuados. De manera específica, el porcentaje de niñas y niños menores de 5 años que nace con un peso mayor o igual a 2,500 gramos y que su edad gestacional fluctúa entre 37 y 41 semanas<sup>1</sup>.

Aproximadamente y de acuerdo con el reporte materno, 76 de cada 100 niñas o niños en el Perú, tienen un nacimiento saludable. La cantidad de niñas y niños con esta condición ha ido disminuyendo ligeramente a lo largo de los tres años.

<sup>1</sup> En la ENDES 2015, 2016 y 2017, la edad gestacional de las y los niños se registra en meses. Por ello, el indicador calculado a partir de esta información considera una adecuada edad gestacional cuando el recién nacido ha tenido un embarazo mayor o igual a nueve meses, lo que equivale al inicio de la semana 37.

Tal como se observa en el Gráfico 21, el porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nació con un peso mayor o igual a 2,500 gramos y a partir del noveno mes entre el 2015 y 2017, se encuentra entre el 77.6% y 74.4% de acuerdo al reporte materno. A lo largo de los tres años en que se realizó la medición, se observa que el indicador ha disminuido ligeramente año tras año.

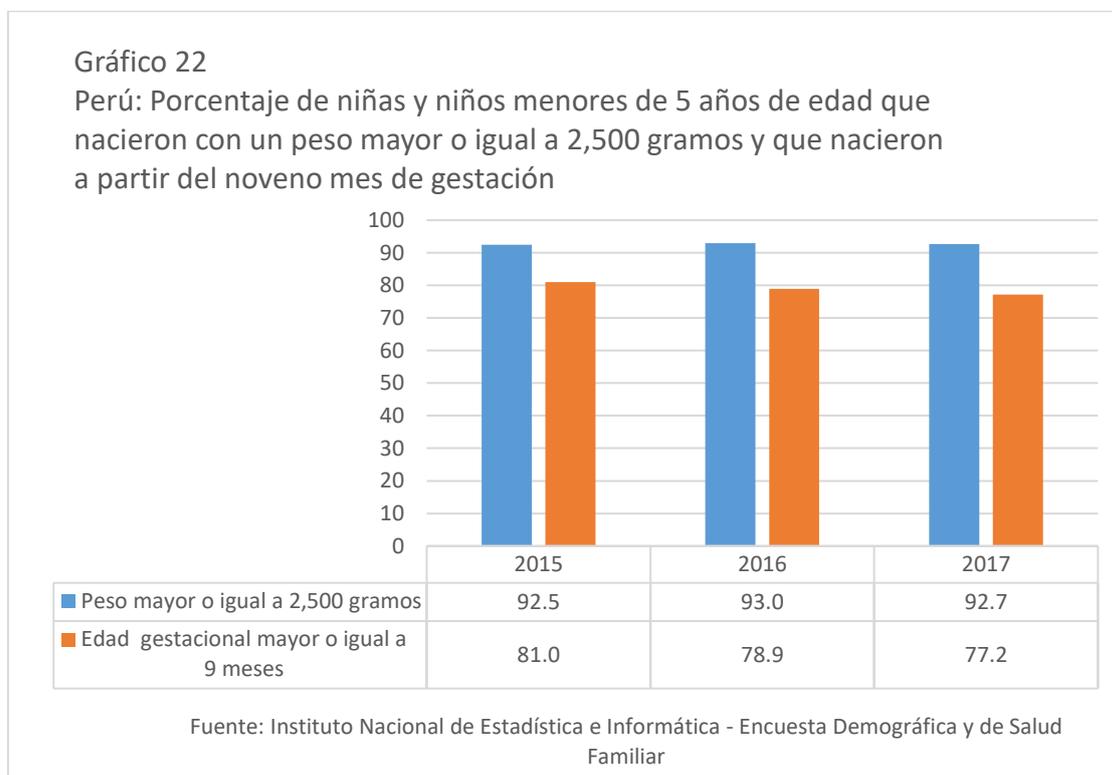


Adicionalmente, el indicador sobre el nacimiento saludable se dividió en dos para considerar, por un lado, la cantidad de niñas y niños con un adecuado peso al nacer y por otro lado, las niñas y los niños que nacen luego de un periodo de gestación de 9 meses o más.

**En el Perú, las madres reportan que aproximadamente, 93 de cada 100 niñas y niños nacen con un adecuado peso y que 79 de cada 100, nacen a partir de los 9 meses de gestación.**

Con relación al peso al nacer, las madres reportan que el 92.7% de niñas y niños en promedio para los años 2015, 2016 y 2017 ha nacido con un adecuado peso como se aprecia en el Gráfico 22. Este porcentaje coincide con los resultados obtenidos en Chile en el año 2016<sup>26</sup> y en Argentina y Costa Rica en el año 2017. Además, el porcentaje de niñas y niños con adecuado peso al nacer se encuentra ligeramente por encima del promedio en América Latina y el Caribe<sup>27</sup>.

Tal como se observa en el Gráfico 22, el porcentaje de niñas y niños que tuvo una edad gestacional igual o mayor a 9 meses fue de 79% en promedio para los años 2015, 2016 y 2017 de acuerdo al reporte de las madres. Esta cifra es menor en 10 puntos a la tasa mundial y menor en 11 puntos a la tasa en América Latina y el Caribe, según el reporte de la Organización Mundial de la Salud en 2014<sup>28</sup>.

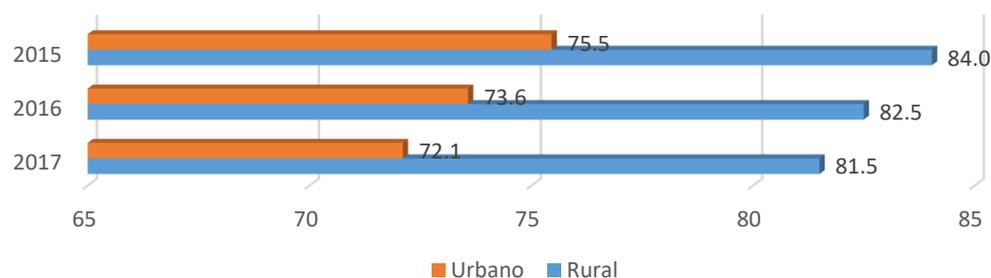


**En las zonas rurales, el porcentaje de niñas y niños con un nacimiento saludable es mayor que en las zonas urbanas.**

Por otro lado, el Gráfico 23 muestra que, entre el 2015 y el 2017, en las zonas rurales el porcentaje de niñas y niños con un nacimiento saludable fue mayor comparado con las zonas urbanas, presentando una diferencia promedio de 9 puntos porcentuales.

Gráfico 23

Perú: Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nacieron con un peso mayor o igual a 2,500 gramos y que nacieron a partir de la semana 37 del embarazo



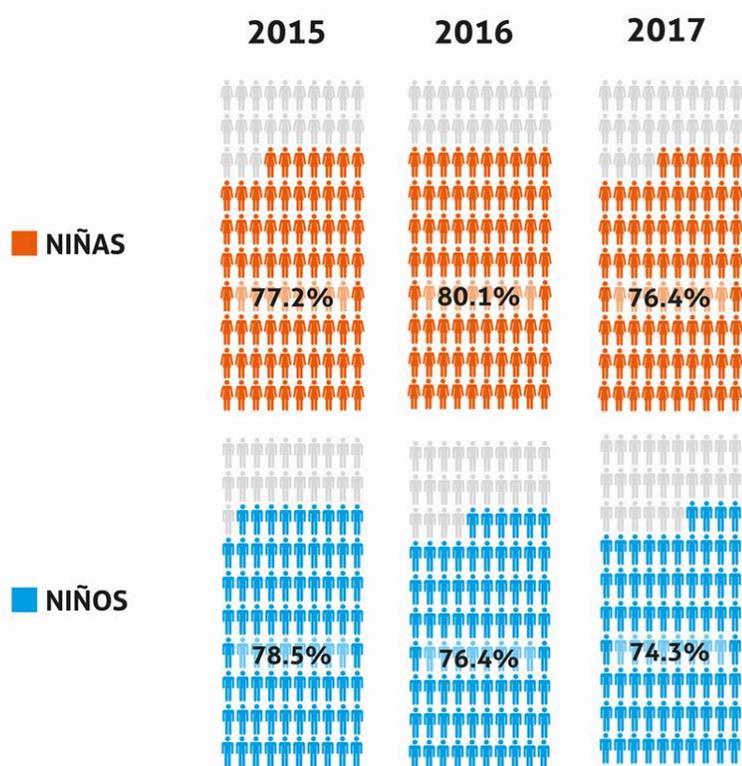
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

No hay diferencia en la proporción de mujeres y varones que tiene un nacimiento saludable.

En relación con las diferencias entre las niñas y los niños, el Gráfico 24 muestra que los varones y las mujeres tienden a tener un nacimiento saludable en la misma proporción en los tres años de referencia de acuerdo a lo reportado por las madres. Esto concuerda con investigaciones epidemiológicas alrededor del mundo, las cuales indican que no hay una asociación significativa entre el sexo de la niña o el niño y el nacimiento saludable<sup>29</sup>.

Gráfico 24

Perú: Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nacieron con un peso mayor o igual a 2,500 gramos y que nacieron a partir del noveno mes de gestación.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

## ¿Qué factores se asocian al nacimiento saludable de las y los niños?

La literatura señala que el estado de salud de las y los recién nacidos se encontraría relacionado con factores tanto de la madre como del embarazo y parto de la niña o el niño, así como de algunas características de su entorno físico y social.

En relación a los factores asociados a un nacimiento saludable de la niña o el niño vinculados a características sociodemográficas de la madre, se consideran la edad y el nivel de instrucción de la madre. Se considera que aquellos hogares que cuentan con madres más jóvenes incluidas las madres adolescentes, sus hijas o hijos, tienen mayor probabilidad de tener un nacimiento menos saludable por las dificultades durante el embarazo y parto que se presentan con mayor frecuencia en las madres de menor edad<sup>30,31</sup>; específicamente, sus hijas o hijos suelen tener mayor retraso en el crecimiento durante la gestación<sup>32,33</sup>. Respecto al nivel educativo materno,

se ha encontrado que madres con menores niveles de instrucción, tienen mayor riesgo de tener bebés prematuros y con bajo peso al nacer<sup>34</sup>.

Adicionalmente, el nacimiento saludable se asocia a una serie de factores específicos al embarazo y parto de la niña o el niño tales como el intervalo de tiempo entre los dos últimos embarazos de la madre, la asistencia a los controles prenatales durante el embarazo, el consumo de hierro por parte de la madre y finalmente, el parto múltiple.

En relación al intervalo entre embarazos, se considera que un embarazo podría ser de riesgo e influir en el nacimiento saludable, si ha pasado menos de 12 meses en relación al parto anterior<sup>35,36</sup>. Respecto a los controles prenatales, haber tenido el primer control prenatal durante el primer trimestre de gestación, y haber recibido seis o más controles prenatales, se asocian con el nacimiento saludable. Esto debido a que contar con un servicio por parte de profesionales de salud capacitados desde los primeros meses de embarazo y a lo largo del mismo, permitiría realizar las intervenciones tempranas necesarias para asegurar la salud de la madre y de la niña o el niño, y así tener una mayor probabilidad de llevar el embarazo a buen término<sup>37,38</sup>. Por otro lado, la evidencia reporta que el consumo de hierro incrementa la probabilidad de que la hija o el hijo nazca a término y con un peso saludable<sup>39,40,41</sup>. Finalmente, en los casos en los que tiene lugar un embarazo y parto múltiple, los bebés tienen mayor riesgo de nacer con bajo peso, en comparación con los bebés de parto único<sup>42</sup>.

Respecto al entorno, un elemento importante sería el nivel socioeconómico del hogar en el que nace la niña o el niño; se sabe que las y los bebés de madres que viven en entornos con mayor desventaja, tienen mayor riesgo de tener un nacimiento prematuro así como un bajo o muy bajo peso al nacer<sup>43</sup>.

## ¿Cuáles son los factores asociados al nacimiento saludable en el Perú?

De acuerdo a la información recogida en la ENDES, en el Perú es más probable que las niñas y los niños tengan un nacimiento saludable, cuando:

- Su madre ha recibido seis o más controles prenatales.
- Nacen en un parto único.
- Tienen mayor nivel socioeconómico.

La Tabla 3 muestra las correlaciones o grados de asociación obtenidos entre el resultado *Nacimiento saludable* y los factores que teóricamente se encuentran asociados. Los resultados se muestran para cada uno de los años del 2015 al 2017.

Se observa que el factor *Parto múltiple* es el único que presenta una asociación, inversa, significativa y mayor a .10 en los tres años de evaluación; esto quiere decir que las madres que tuvieron un parto único, tendían a tener hijos o hijas con un nacimiento saludable. Es importante considerar que la correlación encontrada es débil por lo que adicionalmente al parto único, habría otras condiciones que determinan el nacimiento saludable de las y los niños.

Por otra parte, los factores *Nivel socioeconómico del hogar* y que la madre haya tenido *Seis o más controles prenatales durante el embarazo*, se asocian de manera significativa y con un valor mayor a .10 en dos de los tres años de evaluación. Estos resultados indican que en los hogares con mayor nivel socioeconómico, hay una tendencia a que las niñas y los niños tengan un nacimiento saludable. Lo mismo sucede con aquellas niñas y niños cuyas madres asisten a seis o más controles prenatales, ellos y ellas tienden a tener un nacimiento saludable.

De forma contraria a lo que indica la literatura, se obtuvo que los factores *Edad de la madre*, *Nivel de educación de la madre* y *Lengua materna de la madre* presentan una asociación nula con el resultado de *Nacimiento saludable* durante los tres años de evaluación. Por otro lado, el intervalo entre los dos últimos embarazos de la madre tiene una asociación nula con el resultado *Nacimiento saludable* en dos de los tres años de evaluación. Estos resultados indican que ni la edad materna ni el nivel educativo materno, ni el intervalo entre el embarazo previo y el actual, son condiciones asociadas a que las y los recién nacidos tengan un nacimiento saludable.

Finalmente, los factores *Consumo de hierro por parte de la madre durante la gestación* y haber realizado el *Primer control prenatal durante el primer trimestre*, no presentan asociaciones significativas con el resultado *Nacimiento saludable*. Estos resultados indicarían que, a partir de los datos obtenidos y contrariamente a lo esperado, no hay evidencia de que estos factores se

asocian o no se asocien con el resultado *Nacimiento saludable* de las y los niños en el contexto peruano.

Tabla 3  
Correlaciones entre el resultado Nacimiento saludable y sus factores teóricamente asociados, en los años 2015, 2016 y 2017

Factores asociados	2015	2016	2017
<b>Características sociodemográficas de la madre</b>			
Edad	-.039**	-.031**	-.030**
Lengua materna	-.057**	-.051**	-.060**
Nivel de educación	.065**	.087**	.092**
<b>Embarazo y parto de la niña o niño</b>			
Intervalo intergenésico respecto al hermano mayor	.019*	.023*	.017
Primer control prenatal en el primer trimestre	.002	-.008	-.007
Seis o más controles prenatales	.104**	.095**	.105**
Consumo de hierro de la madre durante la gestación	.010	.007	-.003
Parto múltiple	-.216**	-.175**	-.199**
<b>Entorno físico y social de la niña o niño</b>			
Nivel socioeconómico del hogar	.087**	.111**	.118**

\*sig. < .05 \*\*sig. < .001

### ¿Qué se puede concluir sobre el nacimiento saludable de las y los niños en el Perú y que implicancias tienen los resultados obtenidos?

- Comparado con diversos países latinoamericanos, en el Perú en los años 2015, 2016 y 2017, hubo más niñas y niños con un adecuado peso al nacer; sin embargo, hubo menos niñas y niños con una adecuada edad gestacional.
- Dado que la proporción de niñas y niños con una edad gestacional adecuada fue menor a la proporción de niñas y niños con un adecuado peso al nacer, es posible sugerir que las intervenciones podrían enfocarse en prolongar el periodo de gestación más allá de los 8 meses.
- Considerando que en las zonas urbanas el indicador de *Nacimiento saludable* de las niñas y los niños es menor al de las zonas rurales y que el nivel socioeconómico es un factor asociado al estado de salud del recién nacido, la intervención tendría que realizarse con mayor énfasis en las zonas urbanas del país y en los sectores económicamente menos favorecidos.
- Los datos obtenidos revelan que no existe diferencia entre niñas y niños en relación al resultado *Nacimiento saludable*, esto indicaría que la intervención debería ser

implementada con el mismo énfasis y cobertura tanto para las niñas como para los niños del contexto peruano.

- El resultado *Nacimiento saludable* de las niñas y niños, está asociado a la realización de por lo menos *Seis controles prenatales*; por ello, los controles prenatales podrían ser los espacios en los que podría realizarse la intervención planteada. En ese sentido, sería importante establecer la normativa que prescriba la realización de por lo menos seis controles prenatales e incrementar la cobertura de los servicios de control prenatal que cumplan con este número de citas como mínimo.
- Debido a que el resultado *Nacimiento saludable* de las niñas y los niños está asociado inversamente a los partos múltiples; cuando la madre tenga un embarazo múltiple, adquiere mayor importancia el monitoreo de la edad gestacional y del peso de las y los bebés.
- Es importante considerar que los valores de las asociaciones entre el resultado *Nacimiento saludable* de las niñas y los niños y los factores estudiados son de magnitud débil. Esto quiere decir que las intervenciones planteadas en esta sección podrían tener un impacto positivo sobre el resultado *Nacimiento saludable* pero este impacto no sería determinante para un adecuado estado de salud de las y los recién nacidos.
- Una limitación en la obtención del indicador es que la medición del resultado *Nacimiento saludable* en la ENDES se obtuvo a partir del reporte materno. Esto podría hacer considerar que los datos obtenidos tengan un sesgo a partir del recuerdo materno. Por ello, se sugiere que sucesivas encuestas recolecten los datos de las cartillas del CRED de los niños.
- Otra limitación es que la edad gestacional en la ENDES de los años 2015 al 2017 se obtuvo en meses, por ello el indicador se construyó considerando una adecuada edad gestacional a partir del noveno mes. Además, el indicador no consideró el límite superior de 41 semanas de gestación que propone la teoría como el tiempo máximo para definir una adecuada edad gestacional. Tomando estas dificultades, es posible que el indicador de *Nacimiento saludable* general y el de edad gestacional, se encuentren con valores más altos a los que corresponderían al rango real de 37 a 41 semanas de gestación.

## CAPÍTULO 3

### RESULTADO 2 APEGO SEGURO

El apego seguro es el vínculo de confianza y afecto que establecen las niñas y los niños con sus madres o adultos



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

Las niñas y los niños que forman un vínculo de apego seguro con su madre y/o sus adultos significativos se desarrollan con seguridad, confianza y autonomía. La presencia de esta figura les brinda a las y los niños la seguridad y confianza necesaria para explorar y conocer el ambiente, dado que tienen la certeza de que su madre o adulto significativo estará disponible para reconfortarla o reconfortarlo en los momentos de peligro o estrés que puedan presentarse<sup>44</sup>. Por ello, las niñas y los niños con apego seguro se muestran más seguros y confiados en su proceso de conocimiento del mundo que los rodea<sup>45</sup>.

El apego se forma durante los dos primeros años de vida a partir de la interacción diaria de la niña o el niño con su madre o adulto significativo. Por ello, antes del primer año se pueden identificar conductas que dan cuenta de cómo se está formando este vínculo. Es así que, se espera que, hacia los tres meses de vida, las niñas y los niños comiencen a distinguir a la madre o adulto significativo de las otras personas; en los meses que siguen, las y los bebés mostrarán una activa preferencia por estas personas seleccionadas<sup>46</sup>.

## **¿Qué se espera en el desarrollo del apego seguro entre los 9 y 12 meses?**

Entre los 9 y 12 meses, la niña o el niño trata de consolidar una relación especial con su madre o adulto significativo. Por ello, una conducta indicativa del desarrollo de un apego seguro a esta edad, es que la niña o el niño busque estar cerca de su madre o adulto significativo en los momentos en los cuales se encuentran explorando su entorno; esta cercanía le permite sentirse segura o seguro para conocer su ambiente; al mismo tiempo, le permite compartir sus experiencias con su madre o su adulto significativo y así consolidar la relación<sup>47</sup>.

Dado que este adulto significativo es una fuente de confianza y seguridad, a esta edad las niñas y los niños con apego seguro, también buscan la cercanía de estas personas cuando se sienten estresados o en peligro. De allí que, la ausencia de estas personas provoca una reacción de protesta y llantos en las niñas y los niños<sup>48</sup>.

Entre los 9 y 12 meses, otro indicativo de la formación de un apego seguro es la posibilidad que tiene la madre o el adulto significativo para calmar a la niña o el niño estresado; se espera que una vez que la niña o el niño esté calmado, continúe la exploración y descubrimiento del mundo que lo rodea<sup>49</sup>. De allí, que una relación de apego de la niña o el niño con su cuidador significativo le permite un mejor desempeño en su entorno.

En las etapas posteriores a los 12 meses, una relación de apego seguro continúa favoreciendo la progresiva independencia de la niña o el niño basada en la sensación de confianza y seguridad que experimenta en la relación con su adulto significativo. Así, el apego seguro promueve la seguridad, confianza y autonomía de la niña o el niño<sup>50</sup>.

## **¿Por qué el apego seguro es importante para el desarrollo de las niñas y los niños?**

Las niñas y los niños que establecen una relación de apego seguro con su o sus adultos significativos:

- Tienen una mejor regulación de emociones y comportamientos en los primeros años de vida<sup>51</sup> porque contarían con una mayor capacidad para entender y manejar sus propias emociones.
- Suelen valorarse a sí mismos y al resto de personas de manera positiva, lo que contribuye a que establezcan adecuadas relaciones de apoyo con otros adultos y pares<sup>52</sup>.
- En el marco de este vínculo, las madres o adultos significativos les hablan constantemente a sus hijos durante las interacciones, lo cual estimula su aprendizaje lingüístico<sup>53</sup> y por ello, el apego seguro se relaciona con el logro de la comunicación verbal efectiva.

- Tienen mayor capacidad para representar su entorno, la cual se expresa en el juego simbólico<sup>54</sup> por lo que ayuda a desarrollar la función simbólica de las niñas y los niños.

### ¿Cuál es el impacto de un apego seguro en el desarrollo de la persona?

En la adolescencia, las y los jóvenes que contaron con apego seguro durante la primera infancia, tienen mayor capacidad para entender y manejar sus propias emociones y para establecer vínculos saludables y colaborativos con adultos y pares<sup>55</sup>. Por el contrario, quienes carecieron de un apego seguro durante sus primeros años, tienden a tener relaciones conflictivas<sup>56</sup>, pueden tener conductas impulsivas y agresivas en su interacción con otras personas<sup>57</sup> y son más propensos a tener dificultades de salud mental, como ansiedad<sup>58</sup>.

Más aún, quienes carecieron de un apego seguro en sus primeros años de vida, durante la adultez tienen mayor predisposición a tener una visión negativa de sí mismos y a tener dificultades para establecer relaciones interpersonales saludables, así como también son más propensos a padecer de problemas de salud mental, como depresión<sup>59</sup>.

El apego seguro tiene un papel fundamental en el desarrollo cognitivo, socio-emocional y del lenguaje durante la infancia y, además, tiene implicancias en el desarrollo socio-emocional y la salud mental a lo largo de la vida de la persona.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

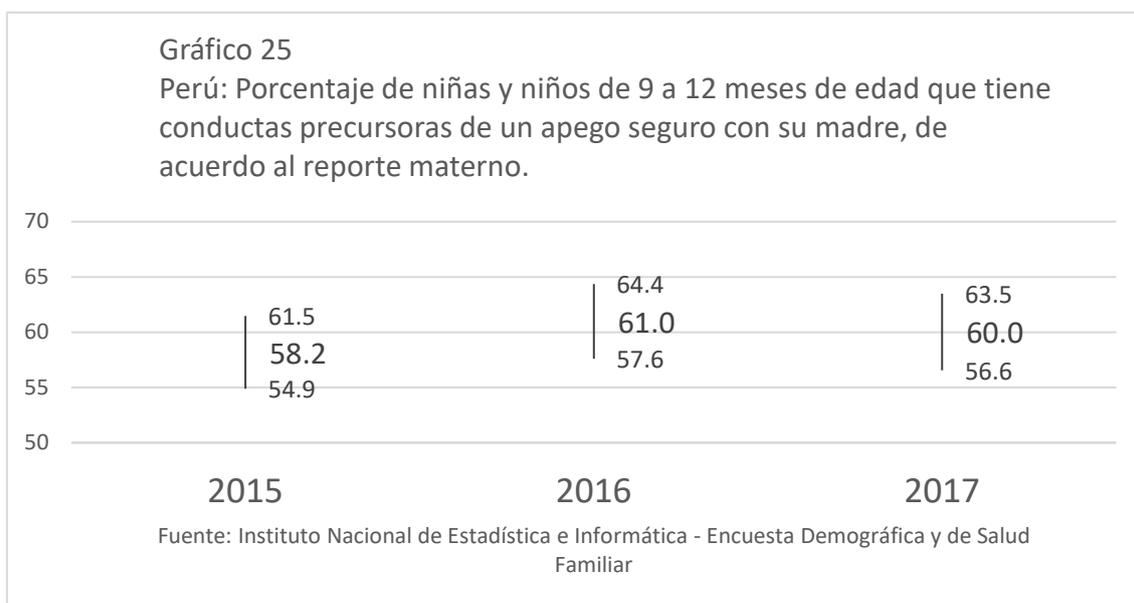
## ¿Cuáles son los indicadores nacionales del apego seguro de las niñas y los niños en el Perú?

En el marco de los Lineamientos de Política Primero la Infancia (DS 010-2016-MIDIS) el indicador para medir el resultado *Apego seguro* es el porcentaje de niñas y niños de 9 a 12 meses de edad con apego seguro. Sin embargo y dada la complejidad de la evaluación del apego, así como la edad en la que se establece la medición, el Módulo DIT ENDES, pregunta a la madre acerca de las conductas precursoras de un apego seguro con su madre, es decir conductas que indicarían que se estaría construyendo un apego seguro con ella.

De acuerdo al reporte de las madres, aproximadamente 60 de cada 100 niñas o niños de 9 a 12 meses en el Perú, tienen conductas indicativas del desarrollo de un apego seguro con su madre.

Tal como se observa en el Gráfico 25, de acuerdo al reporte de las madres, el porcentaje de niñas y niños de 9 a 12 meses de edad que tiene conductas precursoras de un apego seguro con su madre entre el 2015 y 2017, se encuentra entre el 58.2% y 60.0%. A lo largo de los tres años de medición, se observa que el indicador ha tenido una leve variación de año a año, incrementándose hacia el 2016 y disminuyendo hacia el 2017.

En términos generales, estas cifras indican que, de acuerdo con el reporte de las madres, aproximadamente 60 de cada 100 niñas y niños entre 9 y 12 meses de edad presentan conductas indicativas del desarrollo de un apego seguro con su madre. Al respecto, los estudios de apego alrededor del mundo, indican que aproximadamente 6 de cada 10 personas cuenta con un apego seguro. En ese sentido, los resultados mencionados coinciden con la prevalencia de apego seguro en diversos contextos<sup>60</sup>.



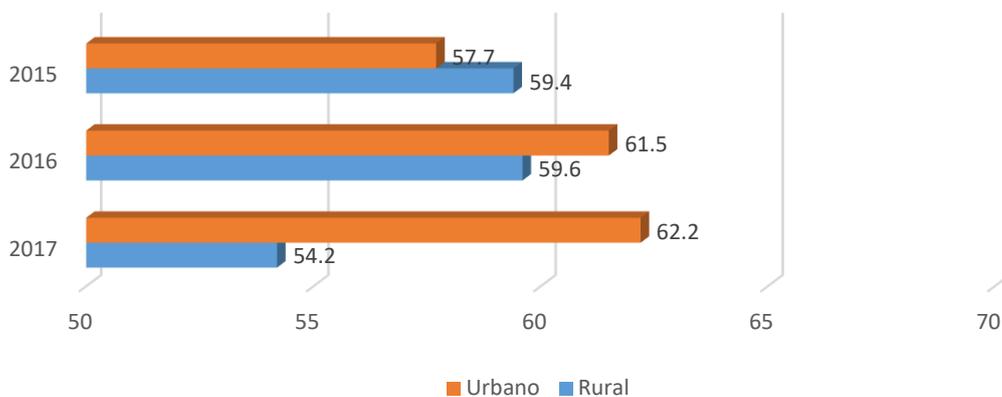
En los tres años de evaluación, no se presentan diferencias en el porcentaje de niñas y niños en zonas urbanas y rurales que tienen conductas indicativas del desarrollo de un apego seguro con su madre de acuerdo al reporte de estas.

Por su parte, el Gráfico 26 muestra que si bien durante los años 2015, 2016 y 2017 se observa una ligera variación en el porcentaje de niñas y niños entre 9 y 12 meses de edad que presentan conductas precursoras de un apego seguro con su madre, de acuerdo a su área de residencia, no es posible afirmar la existencia de diferencias en los porcentajes.

Estos datos no corroboran la idea de que en Latinoamérica se da una diferencia en la presencia del apego seguro entre contextos rurales y urbanos, debido a la influencia de variables psicosociales, relacionadas a presencia de mayores limitaciones a nivel adquisitivo, nutricional y de acceso a servicios en las zonas rurales<sup>61</sup> en comparación a las zonas urbanas.

Gráfico 26

Perú: Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12 meses de edad que tiene conductas precursoras de apego con su madre, según área de residencia.



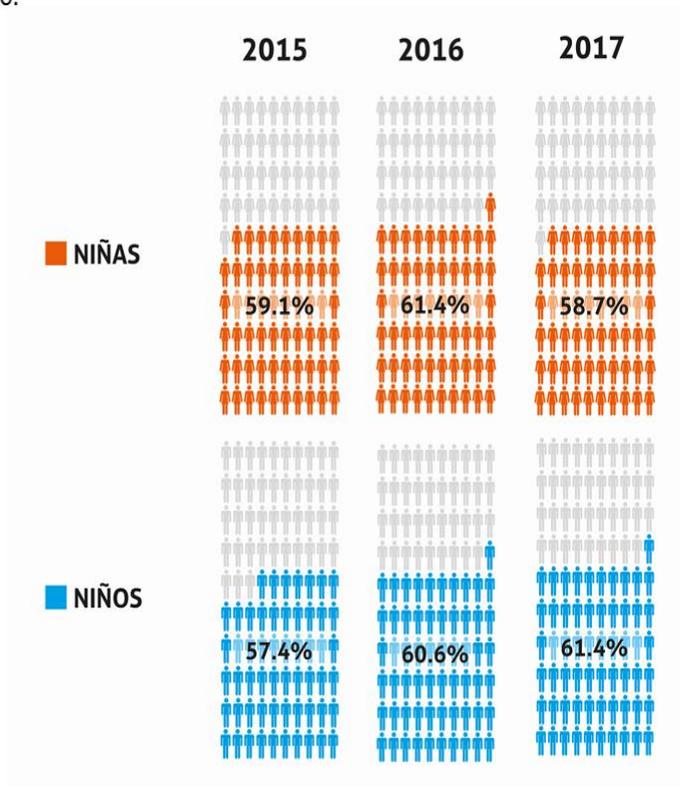
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

Considerando el reporte materno, la proporción de niñas y niños de 9 a 12 meses que tienen conductas indicativas del desarrollo de un apego seguro en el Perú, es semejante para ambos sexos en los tres años evaluados.

En relación a las diferencias entre las niñas y los niños, el Gráfico 27 muestra que los varones y las mujeres tienden a presentar un porcentaje similar de conductas precursoras de apego seguro con su madre, a lo largo de los tres años de referencia. Al respecto, estos datos corroboran la evidencia previa que indica que la distribución de apego seguro no suele diferenciarse según el sexo de la niña o el niño<sup>62,63,64</sup>.

Gráfico 27

Perú: Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12 meses de edad que tiene conductas precursoras de apego con su madre, según sexo.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

## ¿Qué factores se asocian al apego seguro de las niñas y los niños?

Diversos estudios señalan que el apego seguro de las niñas y los niños se encuentra relacionado con factores tanto de la madre, que generalmente es la adulta significativa para la niña o el niño, a factores de la niña o el niño, así como con algunas características de su entorno inmediato.

En relación a los factores vinculados a la madre, podemos mencionar la edad, el nivel educativo, la conducta de sensibilidad, la depresión materna y el haber recibido violencia física o sexual por el esposo o compañero.

En ese sentido, los hogares que cuentan con madres más jóvenes o adolescentes, tienen mayor probabilidad de tener hijas o hijos con menos apego seguro<sup>65,66,67</sup>. Esto, debido a que las madres más jóvenes o adolescentes tienen una mayor tendencia a verse sobre exigidas por las demandas de la crianza y a ser menos sensibles frente a las necesidades de sus hijas o hijos<sup>68,69</sup>. Así también, una mayor educación les permite a las madres contar con información relacionada a las necesidades de sus hijos o hijas<sup>70</sup>, a partir de la cual pueden responder de manera más sensible a sus señales y conductas<sup>71</sup> y con ello, favorecer el desarrollo de conductas precursoras de apego seguro de las niñas y los niños<sup>72</sup>.

En relación a otras características maternas, diversas investigaciones indican que la sensibilidad de la madre, es decir su capacidad para responder adecuadamente a las necesidades de su hija o hijo, favorece que ella o él desarrollen patrones de apego seguro<sup>73,74</sup>. Esto se evidenciaría en un incremento de la sensación de seguridad interna y el fomento de la autonomía y exploración del entorno de las niñas y los niños<sup>75,76,77,78,79</sup>.

Por otro lado, la literatura reporta que la depresión materna podría ser una condición que dificulte el establecimiento de un apego seguro<sup>80,81</sup>. Las madres deprimidas son más propensas a pasar por alto señales de sus hijas o hijos<sup>82,83</sup>, así como a tener reducida su capacidad para regular los estados afectivos de las niñas y los niños<sup>84,85</sup>.

De igual manera, las hijas y los hijos de madres que han recibido alguna vez algún tipo de violencia física o sexual por el esposo o compañero podrían constituir un grupo más vulnerable<sup>86</sup>. Por un lado, la madre víctima de violencia puede presentar una alta incidencia de emociones negativas que dificulte su capacidad para responder de manera sensible a su hija o hijo<sup>87</sup>. Por otro lado, para las niñas y los niños, presenciar o escuchar la violencia hacia la madre suele generar estrés de gran intensidad ante el cual la madre que está siendo violentada no puede responder inmediatamente; esto puede generar que la niña o el niño deje de ver a su madre como una fuente de seguridad a la que puede recurrir al sentirse estresada o estresado<sup>88</sup>.

Respecto al entorno, un importante factor asociado es el nivel socioeconómico del hogar<sup>89</sup>. Las dificultades económicas que afrontan las familias que viven en situación de pobreza o con menores recursos financieros, generan mayores niveles de estrés en las madres. Esto puede ocasionar consecuencias en su salud mental, conflictos con los demás miembros de la familia, y como derivado de ello, una disminución de la calidad del cuidado que proveen a las niñas y los niños<sup>90</sup>. Este cuidado de baja calidad es el principal predictor de dificultades en el establecimiento de un apego seguro en las niñas y los niños.

Otro elemento importante relacionado al entorno de la niña o el niño, se refiere a la separación física de la madre. Antes de los dos años de edad, es importante tomar en consideración el tiempo que la niña o el niño pasa lejos de su madre dado que la sensación de seguridad y bienestar se adquiere en el contexto de la interacción diaria con su madre o cuidador<sup>91,92</sup>. Cuando el tiempo de separación se extiende por varias horas diarias y esta ausencia materna es constante, la niña o el niño comenzaría a percibirla como una figura esporádica e impredecible y puede dejar de percibir que la madre es receptiva a sus necesidades. Esta situación le generaría estrés e inseguridad<sup>93</sup> con lo cual se perjudica el desarrollo de un apego seguro con la madre.

### ¿Cuáles son los factores asociados al apego seguro de las y los niños en el Perú?

En el Perú, las madres refieren que las niñas y los niños de 9 a 12 meses tienen mayor probabilidad de construir una relación de apego seguro con su madre, cuando esta es:

- Sensible a las necesidades de su hijo/a
- De mayor edad
- De mayor nivel educativo

Para el resultado *Apego seguro*, la Tabla 4 presenta al factor *Sensibilidad materna* como el único con una relación significativa y mayor a .10 en los tres años de evaluación. Esto quiere decir que los datos obtenidos confirman la idea de que, si la madre es sensible a las necesidades y señales de su hija o hijo, es más probable que éste desarrolle un apego seguro con ella. Sin embargo, se debe considerar que esta relación no es fuerte por lo que otros factores ayudarían a consolidar el apego seguro más allá de la sensibilidad de la madre.

También se observa que los factores *Edad* y *Nivel de educación* de la madre presentan asociaciones significativas y mayores a .10 en por lo menos uno de los tres años de evaluación. De igual manera, estos datos indican que la niña o el niño que tiene un apego seguro con su madre, tiende a tener una madre con mayor edad y mayor nivel de instrucción.

En relación al factor *Nivel socioeconómico del hogar*, esta variable obtuvo una asociación nula con el resultado *Apego seguro* de la niña o niño en dos de los tres años evaluados. Esto significaría que la construcción de un apego seguro de las niñas y los niños, sería independiente de la capacidad económica de la familia.

Contrario a lo teóricamente esperado, el factor *Sintomatología depresiva*, definida para este estudio como la presencia de alguna sintomatología depresiva materna que les haya dificultado el desarrollo de sus actividades cotidianas en algún momento de los últimos 12 meses, no presenta ninguna asociación significativa con el resultado de *Apego seguro*. Lo mismo sucede con los factores *Violencia física o sexual por el esposo o compañero* y *Separación física de la madre*. Estos datos indicarían que no hay evidencia de que estos factores se asocien o no se asocien con la construcción de un apego seguro de las niñas y los niños.

Tabla 4

Correlaciones entre el resultado Apego seguro y sus factores teóricamente asociados, en los años 2015, 2016 y 2017

Factores asociados	2015	2016	2017
<b>Características sociodemográficas de la madre</b>			
Edad	.073*	.118**	.089*
Nivel de educación	.102*	.082	.089*
<b>Conducta materna</b>			
Sensibilidad	.141**	.183**	.171**
<b>Salud mental de la madre</b>			
Sintomatología depresiva	.061	-.055	.048
Violencia física o sexual por el esposo o compañero	.008	-.027	-.108
<b>Entorno físico y social de la niña o niño</b>			
Nivel socioeconómico del hogar	.074	.092*	.087*
Separación física de la madre	.023	.006	.013

\*sig. < .05 \*\*sig. < .001

### ¿Qué se puede concluir sobre el apego seguro de las niñas y los niños en el Perú y qué implicancias tienen los resultados obtenidos?

- La prevalencia de niñas y niños con apego seguro en el Perú, durante los años 2015, 2016 y 2017, coincide con la prevalencia reportada en otros contextos.
- No se han encontrado diferencias para el resultado *Apego seguro*, entre los años 2015 y 2017, según la zona de residencia urbana o rural, ni según el sexo de la niña o el niño. Por

ello, los elementos mencionados no tendrían mayor relevancia en la posibilidad de desarrollar conductas precursoras de apego con la madre. Esto significaría que es importante trabajar con el mismo énfasis y cobertura en zonas rurales y urbanas, así como con madres de niñas y niños.

- El resultado *Apego seguro* de las niñas y los niños está asociado principalmente al factor *Sensibilidad materna*, por lo que la conducta sensible de la madre ante las necesidades de su hija o hijo sería un elemento primordial de intervención. En ese sentido, resulta importante enfatizar en programas de intervención que tengan como principal objetivo mejorar las capacidades de las madres para reconocer e interpretar adecuadamente las señales de sus niñas y niños, así como mejorar la capacidad materna para responder a estas señales de manera pronta y adecuada.
- También se identificó que la *Edad* y el *Nivel de educación* de la madre estarían asociados al resultado *Apego seguro*. En ese sentido, sería importante priorizar las intervenciones con las madres de menor edad y menor nivel educativo, pues ellas presentarían menores probabilidades de contar con una conducta sensible y por tanto favorecer el desarrollo de un apego seguro con su hija o hijo.
- Cabe mencionar que los valores de las asociaciones entre el resultado *Apego seguro* de las niñas y los niños y los factores estudiados presentan una magnitud débil. Ello implicaría que si bien las intervenciones y medidas propuestas en este acápite pueden contribuir de manera positiva a la mejora del resultado *Apego seguro*, estas no pueden asegurar en su totalidad un adecuado desarrollo de conductas precursoras de apego.
- Una limitación en la medición del resultado *Apego seguro* y del principal factor asociado *Sensibilidad materna* es que se obtuvieron por medio del reporte de las madres. Esto podría implicar la presencia de un sesgo por parte de la madre, por lo que estos datos deben ser interpretados teniendo en cuenta esta limitación. Al respecto, se debe considerar que en el estudio de validación del Módulo DIT ENDES, la medición del resultado *Apego seguro* fue una de las que obtuvo menores indicadores de la adecuación de la medición.

## CAPÍTULO 4

### RESULTADO 3 ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL

Las niñas y los niños con un adecuado estado nutricional tienen una talla adecuada según su edad y cuentan con niveles de hemoglobina mayores o igual a 11 g/dL.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

Lograr un adecuado estado nutricional en las niñas y los niños significa evitar la malnutrición, uno de los elementos para definir esta, es la talla de las y los niños. Asimismo, una de las carencias nutricionales más frecuentes en el mundo es la anemia por deficiencia de hierro. Por estas razones, los Lineamientos Primero la Infancia han identificado que la talla para la edad y el nivel de hemoglobina son dos indicadores del estado nutricional de las y los niños.

En relación a la talla, la Organización Mundial de la Salud brinda un estándar internacional para la talla esperada para las niñas y los niños. De acuerdo a este, a los seis meses se espera que las niñas y los niños midan por lo menos 61.2 y 63.3 cm, respectivamente; al término del primer año de vida se espera que las niñas y los niños midan como mínimo 68.9 y 71 cm, respectivamente; a los dos años las tallas mínimas deberían ser 80 y 81.7 cm para las niñas y los niños, respectivamente y a los tres años las niñas deberían medir 87.4 cm y los niños más de 88.7 cm de acuerdo a este estándar<sup>94</sup>.

La talla de las niñas y los niños se relaciona con su consumo de hierro, por ello durante los primeros años de vida, deben consumir altas cantidades de este micronutriente, hasta diez veces más de lo que consume un adulto<sup>95</sup>. Es así que antes de los 6 meses, necesitan consumir alrededor de 27 mg de hierro al día, los cuales son cubiertos por la lactancia materna exclusiva.

A partir de los 6 meses de edad, requieren consumir 11 mg de hierro al día, y más adelante, entre los 12 y 36 meses, 7 mg de hierro al día. Entre los 6 y 24 meses, el requerimiento de hierro debe ser cubierto por lactancia materna unida a otros alimentos ricos en hierro como sangrecita, vísceras, cereales y verduras<sup>96,97,98,99</sup>.

## **¿Por qué tener un adecuado estado nutricional es importante para el desarrollo de las niñas y los niños?**

Las niñas y los niños que presentan un inadecuado estado nutricional, crecen de manera lenta y con una serie de dificultades:

- A nivel motor, tienden a contar con menor capacidad para realizar actividades que implican el uso de los músculos grandes de las piernas y los brazos, como caminar solos y correr<sup>100</sup>. Asimismo, pueden tener complicaciones para realizar actividades que requieren el uso de músculos pequeños, como pintar y dibujar<sup>101</sup>.
- A nivel cognitivo, pueden desarrollar menor capacidad de razonamiento, para la solución de problemas y memoria<sup>102,103</sup>.
- A nivel emocional, suelen tener problemas para controlar respuestas impulsivas y lograr la regulación de emociones y comportamientos<sup>104</sup>.
- Adicionalmente, suelen presentar dificultades para lograr la comunicación verbal efectiva<sup>105</sup> y, en general, están predispuestos a tener un menor desarrollo del lenguaje<sup>106</sup>.

## **¿Cuál es el impacto de un adecuado estado nutricional en el desarrollo de la persona?**

Durante la adolescencia, las y los jóvenes que tuvieron un inadecuado estado nutricional durante la primera infancia, tienden a demostrar un menor rendimiento motor y cognitivo<sup>107</sup> en especial para mantener la atención<sup>108</sup>. Asimismo, son más propensos a tener problemas de conducta los cuales implican comportamientos de riesgo sexual y abuso de alcohol<sup>109</sup>. Estas dificultades se relacionan con un desempeño poco exitoso en la escuela.

Durante la adultez, continúan las dificultades cognitivas y estas personas ven disminuida su productividad. En ese sentido, sus capacidades para el trabajo se ven reducidas, disminuyendo el acceso a puestos laborales y a mayores salarios<sup>110</sup>.

El adecuado estado nutricional durante la primera infancia juega un rol fundamental en el desarrollo motor, cognitivo, socioemocional y del lenguaje a lo largo de la vida.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

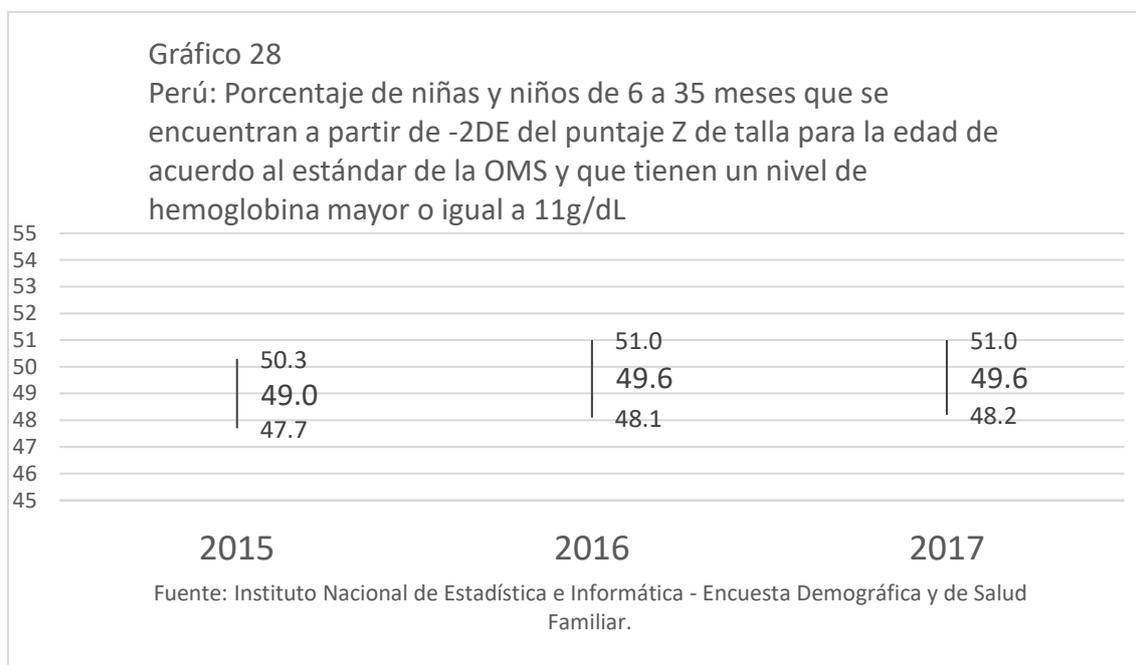
## ¿Cuáles son los indicadores nacionales del adecuado estado nutricional de las niñas y los niños en el Perú?

En el marco de los Lineamientos de Política Primero la Infancia (DS 010-2016-MIDIS) el indicador para medir el resultado *Adecuado estado nutricional* es el porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que se encuentran a partir de -2 desviaciones estándar (-2DE) del puntaje Z de talla para la edad de acuerdo al estándar de la OMS y que tienen un nivel de hemoglobina mayor o igual a 11g/dL. Es decir, se considera que cuentan con un adecuado estado nutricional cuando las niñas y los niños tienen una talla y nivel de hemoglobina adecuado.

En los tres años de evaluación, aproximadamente 49 de cada 100 niñas o niños de 6 a 35 meses, presentan una talla y nivel de hemoglobina adecuados.

Tal como se observa en el Gráfico 28, el porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que se encuentran en un adecuado peso y nivel de hemoglobina entre el 2015 y 2017 está entre el

49.0% y 49.6%. Durante los tres años que se ha realizado la medición, se observa que el indicador no ha presentado mayor variación en sus índices porcentuales.



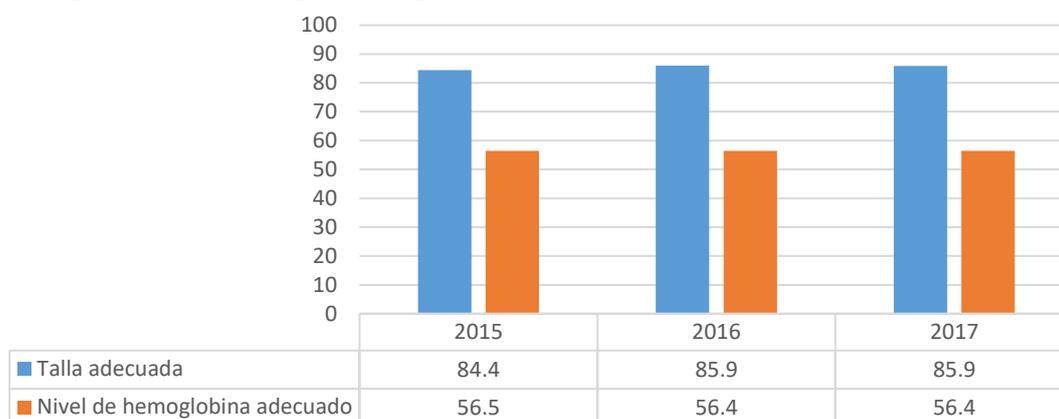
**85 de cada 100 niñas y niños presentaron una talla adecuada para su edad y aproximadamente 56 de cada 100 niñas y niños tuvieron un nivel de hemoglobina adecuado en los años 2015, 2016 y 2017.**

De manera específica, el desagregado del indicador muestra en el Gráfico 29 que en promedio el 85.4% de niñas y niños, para los tres años de evaluación, tuvieron una talla adecuada para su edad, mientras que el 14.6% tuvieron una talla baja. El porcentaje de niñas y niños con talla baja en el Perú es menor en 0.9% puntos al porcentaje promedio para niñas y niños de América Latina y el Caribe según los datos de la Organización Panamericana de la Salud del 2018<sup>111</sup>.

Asimismo, como se observa en el Gráfico 29, el porcentaje de niñas y niños con niveles adecuados de hemoglobina fue de 56.4% en promedio para los años 2015, 2016 y 2017. Esto quiere decir que, en promedio, 43.6% de las niñas y los niños padecieron anemia. Esta cifra se encuentra 10.67 puntos por encima del promedio en América latina y el Caribe en 2019 según lo reportado por estudios científicos<sup>112</sup>.

Gráfico 29

Perú: Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que se encuentran a partir de -2DE del puntaje Z de talla para la edad de acuerdo al estándar de la OMS y que tienen un nivel de hemoglobina mayor o igual a 11g/dL

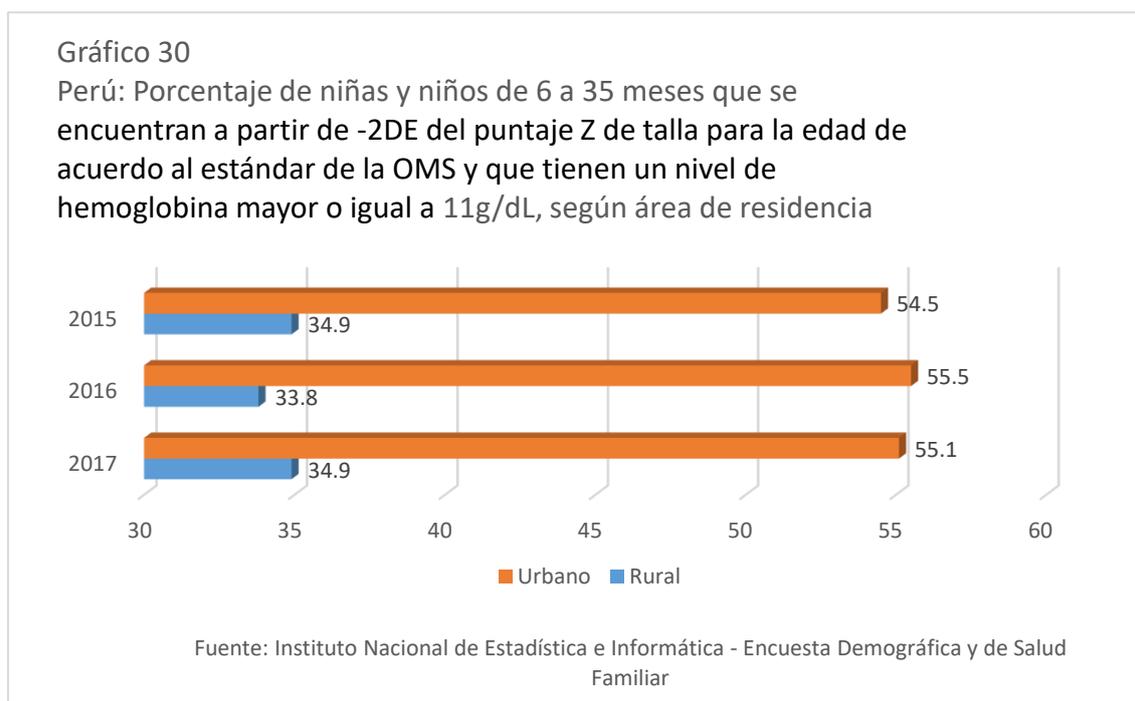


Entre los años 2015, 2016 y 2017, las niñas y los niños de zonas urbanas presentaron mayor probabilidad de contar con un adecuado estado nutricional comparado con las niñas y los niños de zonas rurales.

El Gráfico 30 muestra que las niñas y los niños de zonas urbanas contaron con un adecuado estado nutricional en mayor medida que sus pares de zonas rurales; en las zonas urbanas en promedio había 20 puntos porcentuales más niños y niñas que contaban con un adecuado estado nutricional. Estas diferencias se mantuvieron a lo largo del periodo 2015-2017.

Estos resultados podrían vincularse con la situación de pobreza de las zonas rurales; se sabe que en estas zonas se concentra la mayor cantidad de niñas y niños menores de 5 años que viven en situación de pobreza<sup>113</sup>, lo que se asocia a una mayor tendencia a contar con un estado nutricional inadecuado<sup>114</sup>. Adicionalmente a la falta de poder adquisitivo, las familias en situación de pobreza tienen mayor dificultad para acceder a servicios básicos de salud<sup>115</sup> y limitaciones en el acceso a redes sanitarias de desagüe y agua potable<sup>116</sup>. Estas dos últimas condiciones incrementan la prevalencia de enfermedades diarreicas infantiles que conllevan a una pérdida masiva de micronutrientes como hierro y zinc y se asocian a mayor incidencia de

anemia en las niñas y niños<sup>117</sup>. Por ello, se explica que la desnutrición crónica infantil alcanza su mayor prevalencia en áreas rurales<sup>118</sup>.

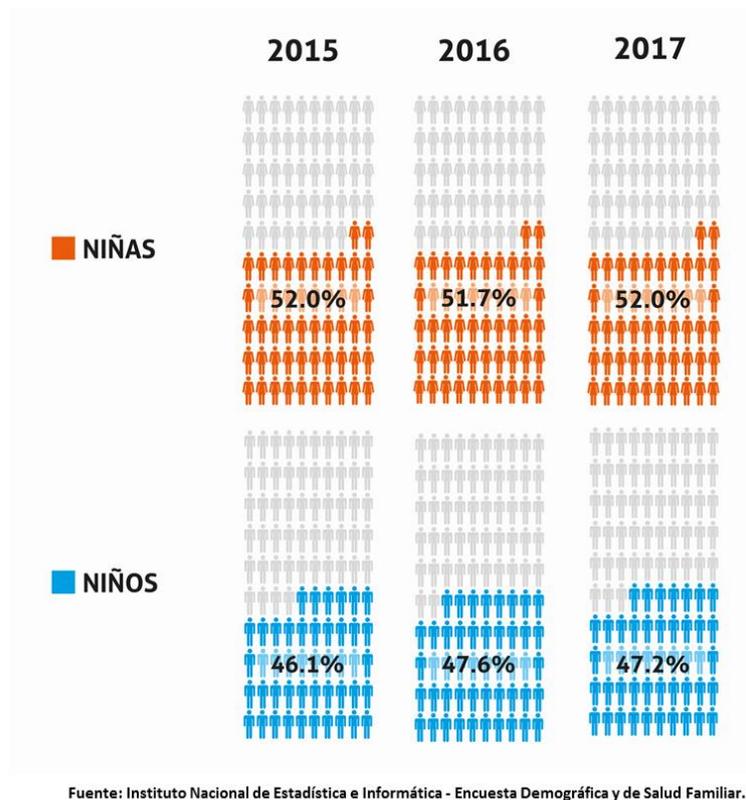


Durante los tres años de evaluación, se contó con un número mayor de niñas que niños con un adecuado estado nutricional.

Respecto a las diferencias entre las niñas y los niños, el Gráfico 31 indican que las niñas tuvieron un adecuado estado nutricional en mayor proporción que los niños a lo largo del periodo 2015-2017. Estos datos son congruentes con los obtenidos en distintas investigaciones alrededor del mundo<sup>119,120,121</sup> y pueden explicarse debido a la diferencia en los ritmos de crecimiento entre niñas y niños. Así, entre los 12 y 16 meses de edad, los niños presentan una tasa de crecimiento más alta que las niñas. Esta tasa acelerada de crecimiento genera que los niños agoten más rápidamente sus depósitos de hierro que las niñas y, por lo tanto, tengan mayor tendencia a tener anemia antes de los 36 meses de edad<sup>122</sup>. Adicionalmente, en estudios realizados en el país en años anteriores, se ha encontrado que los niños suelen presentar un menor adecuado estado nutricional en comparación a las niñas<sup>123</sup>.

Gráfico 31

Perú: Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que se encuentran a partir de -2DE del puntaje Z de talla para la edad de acuerdo al estándar de la OMS y que tienen un nivel de hemoglobina mayor o igual a 11g/dL, según sexo.



## ¿Qué factores se asocian al adecuado estado nutricional de las niñas y los niños?

Al igual que con los resultados previos, en la literatura se encuentra que el adecuado estado nutricional se asocia tanto con factores de la madre como con factores de la niña o el niño, y con algunas características de su entorno físico y social.

Respecto a las características vinculadas a la madre, la evidencia reporta que la edad, la talla, la lengua materna y el nivel de educación materno se vincularían al estado nutricional de las niñas y los niños. Así, se ha encontrado que la edad de la madre es un factor consistentemente asociado al retraso en el crecimiento de la niña o el niño, de modo que a menor edad de la madre (especialmente menos de 20 años), menor peso y talla para la edad de la niña o el niño. Asimismo, respecto a la asociación entre el adecuado estado nutricional y la talla de la madre existen resultados contradictorios, algunos indican que, a mayor estatura materna, mayor peso

y talla para la edad infantil; mientras que ,para otros a menor estatura de las madres, mayor peso y talla de las niñas y los niños<sup>124</sup>.

En relación a la lengua materna, se considera que los hogares en los que las madres tienen un idioma distinto al español como lengua materna, tienen una mayor probabilidad de pertenecer a grupos vulnerables, dado que el poco manejo del español suele excluirlos del acceso a los servicios de salud, trabajo o educación. Así, estas familias podrían presentar mayores dificultades para desarrollarse, lo cual terminaría impactando en el estado nutricional de las niñas y los niños<sup>125</sup>. Finalmente, se ha encontrado que el nivel educativo de la madre podría considerarse como un factor protector para el indicador talla y peso esperados para la edad; así, a mayor nivel educativo de la madre (de nivel primaria en adelante), mayor probabilidad de que sus hijas e hijos presenten un adecuado estado nutricional<sup>126</sup>.

Por otro lado, también se considera que el consumo de hierro por parte de la madre durante la gestación, se relaciona con el adecuado estado nutricional de la niña y el niño debido a que este micronutriente es fundamental para el desarrollo de funciones esenciales del bebé<sup>127</sup>.

Finalmente, respecto a la experiencia de violencia familiar experimentada por la madre, se considera que esta se relacionaría con un estado nutricional inadecuado de los hijos. Una explicación de esta asociación es que las madres que sufren de violencia familiar tienen consecuencias sobre su salud física y mental, así como una disminución de su calidad de vida y bienestar, variables que están asociadas al inadecuado estado nutricional de sus hijos<sup>128,129,130,131</sup>. Un estudio peruano al respecto, planteó que esta asociación podría deberse también al estrés que la niña o el niño experimenta en las situaciones de violencia familiar, el cual crearía un estado inflamatorio que contribuye a la desnutrición<sup>132</sup>.

El adecuado estado nutricional cuenta también con una serie de factores relacionados con características de la niña o el niño. Respecto a la variable sexo y su relación con el adecuado peso y talla, se ha encontrado resultados heterogéneos; de esta forma, en algunos casos, los varones presentaban un mayor peso y talla para su edad; mientras que en otros casos, eran las mujeres quienes tenían mayor peso y talla esperados <sup>121,140</sup>.

Por su parte, el consumo de suplementos nutricionales, tales como el hierro, representaría un factor protector para un adecuado estado nutricional de los infantes entre los 6 y 59 meses, tanto para el indicador de talla y peso esperados para la edad como para el indicador nivel de hierro y hemoglobina<sup>133,134,135,136,137</sup>.

En relación al nivel socioeconómico, se ha encontrado que tener un mayor nivel socioeconómico estaría relacionado con la presencia de una talla y peso esperado para la edad<sup>138</sup>; de este modo, pertenecer a una familia de nivel socioeconómico medio o alto incrementaría las probabilidades de presentar una talla y peso adecuados para la edad, en comparación con niñas y niños pertenecientes a familias de nivel socioeconómico bajo<sup>139,140</sup>. Otro elemento fundamental del entorno, que estaría relacionado al adecuado estado nutricional es el consumo de agua de calidad, es decir al acceso de la familia a agua potable, el uso de reservorios protegidos, la desinfección del agua previa al consumo y el uso del jabón para el aseo. Así, las investigaciones sugieren que el uso de agua de fuentes no sanitizadas constituye un factor de riesgo para el indicador de talla y peso esperados para la edad<sup>141,142</sup>.

### ¿Cuáles son los factores asociados al adecuado estado nutricional de las niñas y los niños en el Perú?

De acuerdo a la información recogida en la ENDES, en el Perú es más probable que las niñas y los niños cuenten con un adecuado estado nutricional si:

#### **Las madres cuentan con:**

- Mayor talla.
- El español como lengua materna.
- Mayor nivel de educación.

#### **Y cuando el entorno de la niña o niño cuenta con:**

- Mayor nivel socioeconómico.

Acceso al agua para beber con suficiencia de cloro

Tal como se puede observar en la Tabla 5, se encontró que los factores *Talla*, *Lengua materna* y *Nivel de educación* relacionados a la madre, son factores que se presentan también como permanentemente asociados al resultado de *Adecuado estado nutricional*, presentando valores de asociación mayores a .10. Así, se podría afirmar que las niñas y los niños de madres de mayor edad, de madres de mayor talla, de madres que tiene como lengua materna el español o de madres que cuenta con mayores niveles de educación, tienen mayor probabilidad de presentar un adecuado estado nutricional.

En relación a los factores del entorno físico y social de la niña o niño, *Nivel socioeconómico del hogar* y *Acceso al agua para beber con suficiencia de cloro*, se presentan como permanentemente asociados (durante los tres años de evaluación) al resultado *Adecuado estado nutricional* y con valores de asociación mayores a .20 y .10, respectivamente. Estos resultados indicarían que en los hogares con un mayor nivel socioeconómico, hay una mayor tendencia a que las niñas y los niños tengan un adecuado estado nutricional. Lo mismo sucede con aquellas niñas y niños en cuyos hogares es posible acceder al consumo de agua con suficiencia de cloro, ellas y ellos suelen presentar mayor probabilidad de contar con un adecuado estado nutricional, ello debido a que el consumo de agua en adecuadas condiciones disminuiría la posibilidad de contraer enfermedades diarreicas infantiles que conllevan a tener dificultades en el crecimiento adecuado.

Por otro lado, los factores *Edad de la madre*, *Violencia física o sexual por parte del esposo o compañero* recibida por la madre, *Consumo de suplemento de hierro de la madre durante el embarazo*, *Sexo del niño/a* y *Consumo de hierro* por parte de la niña o niño, presentan una asociación significativamente nula con el resultado *Adecuado estado nutricional*. Estos resultados indicarían que ninguna de las variables antes mencionadas son condiciones asociadas al estado nutricional de las niñas y los niños.

Tabla 5

Correlaciones entre el resultado Adecuado estado nutricional y sus factores teóricamente asociados, en los años 2015, 2016 y 2017

Factores asociados	2015	2016	2017
<b>Características sociodemográficas de la madre</b>			
Edad	.070**	.081**	.093**
Talla	.165**	.157**	.160**
Lengua materna	.137**	.130**	.119**
Nivel de educación	.197**	.205**	.196**
<b>Embarazo y parto de la niña o niño</b>			
Consumo de suplemento de hierro de la madre durante el embarazo	.033*	.039*	.047*
<b>Características sociodemográficas de la niña o niño</b>			
Sexo del niño/a	.051**	.049**	.051**
<b>Suplementos alimenticios de la niña o niño</b>			
Consumo de hierro	-.052**	-.061**	-.075**
<b>Salud mental de la madre</b>			
Violencia física o sexual por el esposo o compañero	-.032*	-.015	-.017
<b>Entorno físico y social de la niña o niño</b>			
Nivel socioeconómico del hogar	.252**	.251**	.252**
Acceso al agua para beber con suficiencia de cloro	.126**	.111**	.136**

\*sig. < .05 \*\*sig. < .001

## ¿Qué se puede concluir sobre el adecuado estado nutricional de las niñas y los niños en el Perú y qué implicancias tienen los resultados obtenidos?

- Durante los tres años de evaluación, poco menos de la mitad de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad presentaron una talla y nivel de hemoglobina adecuada. De manera desagregada, se observa que entre los años 2015 y 2017, mayor proporción de niñas y niños contaban con una talla adecuada, comparada con la proporción de niñas y niños que tenían un nivel de hemoglobina adecuado.
- Dado que la proporción de niñas y niños en el Perú en los años 2015, 2016 y 2017, que cuentan con talla baja y que padecen de anemia es mayor a la de otros países de comparación, resulta importante seguir trabajando en intervenciones enfocadas en mejorar ambos indicadores.
- Considerando que en las zonas rurales el resultado de *Adecuado estado nutricional* de las niñas y niños es significativamente menor al de las zonas urbanas y que el factor *Nivel socioeconómico del hogar* también se encuentra asociado significativamente al resultado *Adecuado estado nutricional*, la intervención para lograr un mejor estado nutricional tendría que focalizarse en las zonas rurales del país, que suelen ser también las de menores recursos económicos.
- Se puede observar también que las niñas presentan mayor probabilidad de contar con un estado nutricional adecuado de manera consistente a lo largo de los tres años de evaluación. Esto indicaría que la intervención debería ser implementada con énfasis en incrementar los índices de adecuado estado nutricional para los niños varones del contexto peruano.
- El resultado *Adecuado estado nutricional* de las niñas y los niños está asociado a una mayor talla de la madre, a un mayor nivel de educación y a que la lengua materna de la madre sea el español. En ese sentido, sería relevante priorizar las intervenciones con madres más jóvenes, o que cuentan con menor nivel de educación o cuya lengua materna es distinta al español.
- Así también, el factor *Acceso al agua para beber con suficiencia de cloro* resultaría un elemento importante a considerar para que las niñas y los niños tengan un adecuado estado nutricional. De esta manera, es importante planificar las posibles intervenciones, reconociendo la importancia de que la población, y en específicos las niñas y los niños entre 6 y 35 meses de edad, puedan contar con este servicio de manera regular.
- Es importante mencionar que los valores de las asociaciones entre el resultado *Adecuado estado nutricional* de las niñas y los niños y los factores asociados presentan una magnitud

débil. Esto quiere decir que si bien los ejes de intervención propuestos podrían tener un impacto positivo sobre el resultado en cuestión, este no sería determinante para alcanzar un adecuado estado nutricional de las niñas y los niños en el Perú.

- Cabe mencionar que la medición del resultado *Adecuado estado nutricional*, a diferencia de la medición de otros resultados, se realiza de manera directa y estandarizada, tanto con la medición precisa de la talla de la niña o el niño, como por medio de análisis de sangre para calcular los niveles de hemoglobina. En ese sentido, la medición de este resultado presentaría escaso o nulo nivel de sesgo.

## CAPÍTULO 5

### RESULTADO 4 COMUNICACIÓN VERBAL EFECTIVA

La comunicación verbal efectiva es la capacidad de las niñas y los niños para expresar lo que conocen, sienten y piensan en su lengua materna.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

Esta capacidad implica que puedan comprender y producir sonidos del habla, entender los significados de las palabras y utilizar las reglas del lenguaje para generar frases u oraciones<sup>143</sup>. De esta manera, los logros de la comunicación verbal se expresa en la capacidad para comprender la lengua materna y en producir sonidos y palabras que las demás personas puedan entender.

La comunicación verbal efectiva se va desarrollando gradualmente conforme las niñas y los niños crecen y sus cerebros van madurando<sup>144</sup>. Desde el nacimiento, las y los bebés comunican sus necesidades mediante señales no verbales como el llanto u otros gestos, más adelante empiezan a reconocer sonidos familiares en su entorno, como la voz de su madre u otro adulto significativo<sup>145</sup>. Hacia los 6 meses de vida, la mayoría de las niñas y los niños logran reconocer los sonidos básicos de su lengua materna<sup>146</sup> e identificar cuando se les llama por su nombre<sup>147</sup>.

**¿Qué se espera de la comunicación verbal efectiva entre los 9 y 36 meses de vida?**

Entre los 9 y 12 meses de vida, se espera que las niñas y los niños reconozcan y comprendan palabras que reiteradamente escuchan como puede ser su nombre, esta comprensión se expresa en una respuesta o reacción cuando lo escuchan; además a nivel de producción de lenguaje, se espera que realicen sonidos de dos sílabas seguidas cuando intentan hablar, por ejemplo DA-DA o TA-TA<sup>148</sup>. Entre los 15 y 18 meses, se espera que las niñas y los niños comprendan y realicen una acción sencilla cuando se les pide que la hagan y que expresen sus deseos con alguna “palabra” que sus madres o adultos significativos puedan entender<sup>149</sup>. Más adelante, entre los 30 y 36 meses, se espera que los niñas y los niños puedan utilizar frases cortas para comunicarse con las personas y además que entiendan conceptos básicos como “adentro y afuera” o “grande y pequeño”<sup>150</sup>.

### **¿Por qué la comunicación verbal efectiva es importante para el desarrollo de las niñas y los niños?**

Las niñas y los niños que pueden comunicarse adecuadamente mediante palabras y que comprenden el lenguaje verbal, tienen diversos logros en el desarrollo:

- El logro de la comunicación verbal efectiva se asocia a la regulación de emociones y comportamientos. Conforme van teniendo un mayor repertorio de palabras, las niñas y los niños cuentan con más herramientas para expresar sus necesidades y emociones. Cuando se sienten frustrados, antes de agredir a alguien o actuar inmediatamente, pueden utilizar las palabras para informar que algo les molesta o negociar alguna situación<sup>151</sup>.
- La comunicación verbal efectiva se retroalimenta con la función simbólica o capacidad para representar las propias vivencias. Por un lado, las experiencias comunicacionales facilitan que las niñas y los niños aprendan habilidades de lenguaje que les permiten profundizar su comprensión de los sucesos y desarrollar el pensamiento abstracto, la creatividad e imaginación<sup>152</sup>. Por otro lado, las primeras formas de juego simbólico estimulan la competencia comunicativa de las niñas y los niños, quienes ven la necesidad de comunicarse con sus pares para participar con mayor eficacia en el juego, con canciones, rimas o expresiones copiadas de adultos<sup>153</sup>.

### **¿Cuál es el impacto de una comunicación verbal efectiva en el desarrollo de la persona?**

El desarrollo de la comunicación verbal efectiva durante los primeros años es determinante para el éxito en la etapa escolar<sup>154</sup>. Las y los adolescentes que no lograron esta capacidad durante la

primera infancia, están en riesgo de desarrollar problemas de aprendizaje<sup>155</sup>. Asimismo, pueden tener dificultades para establecer relaciones positivas con sus pares y por ello, ser rechazados o excluidos<sup>156</sup>.

Durante la adultez, aquellos que no lograron comunicarse verbalmente de manera efectiva durante sus primeros años pueden tener problemas para desempeñarse académicamente en contextos de educación superior. En el ámbito de la salud, tienen mayor predisposición a padecer problemas de salud mental, como la ansiedad social<sup>157,158</sup>.

Lograr una comunicación verbal efectiva durante la primera infancia es fundamental para el desarrollo cognitivo y socioemocional de las personas a lo largo de la vida.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

## ¿Cuáles son los indicadores nacionales de la comunicación verbal efectiva de las niñas y los niños en el Perú?

En los Lineamientos de la Política Primero la Infancia (DS 010-2016-MIDIS) el indicador para medir la *Comunicación verbal efectiva* es el porcentaje de niñas y niños de 9 a 36 meses que

De acuerdo al reporte de las madres, aproximadamente 75 de cada 100 niñas y niños en el Perú cuentan con una comunicación verbal efectiva.

tiene una comunicación verbal efectiva. Sin embargo, para la medición de las capacidades de comunicación verbal en las niñas y niños de estas edades, fue necesario considerar diferentes preguntas para los tramos comprendidos entre 9 y 12, 15 a 18 y 30 a 36 meses, de esta manera se tomaron en cuenta las diferencias evolutivas de la comunicación de las niñas y los niños entre estos meses de edad.

Tal como se observa en el Gráfico 32 y de acuerdo al reporte de las madres, el porcentaje de niñas y niños menores de 3 años de edad que cuentan con una comunicación verbal efectiva entre el 2015 y 2017 se encuentra entre el 75.7% y 72.9%. En términos generales, estas cifras indicarían que, de acuerdo al reporte materno, aproximadamente 25 de cada 100 niñas o niños en el Perú, no alcanzarían la comunicación verbal efectiva de acuerdo a lo esperado para su edad.

Al respecto, uno de los pocos países de la región que ha reportado resultados específicos en relación a la comunicación verbal efectiva a nivel nacional es Uruguay, país que en el 2013 contaba con un 89% de niñas y niños de primera infancia que lograban esta capacidad de acuerdo a su edad<sup>159</sup>. Teniendo esta referencia, los datos obtenidos en el Perú se encontrarían por debajo de los reportados en Uruguay.

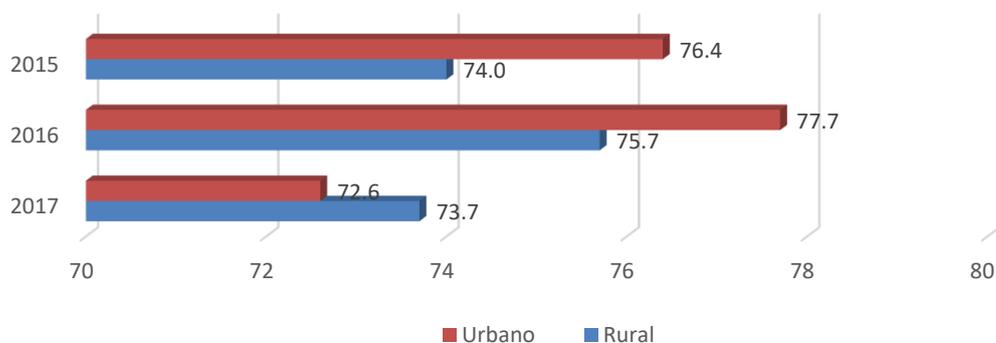


Conforme al reporte de las madres, durante los tres años de evaluación, no se observan diferencias significativas en el porcentaje de niñas y niños de zonas urbanas y rurales que presentan una comunicación verbal efectiva.

Por otro lado, el Gráfico 33 muestra que no es posible afirmar la existencia de diferencias en los porcentajes entre las zonas urbanas y rurales del país para ninguno de los tres años de evaluación. Estos resultados son similares a los obtenidos en investigaciones realizadas en México en las que no se han encontrado grandes diferencias en el desarrollo de lenguaje de niñas y niños rurales en comparación a sus pares urbanos<sup>160,161</sup>, sin embargo difieren de los resultados obtenidos en investigaciones realizadas en contextos más lejanos como África<sup>162</sup> y Asia<sup>163</sup>, en las que se da cuenta de brechas a nivel comunicacional entre las niñas y los niños de primera infancia en el ámbito urbano y rural.

Gráfico 33

Perú: Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12, de 15 a 18 y de 30 a 36 meses que tiene una comunicación verbal efectiva, según área de residencia



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

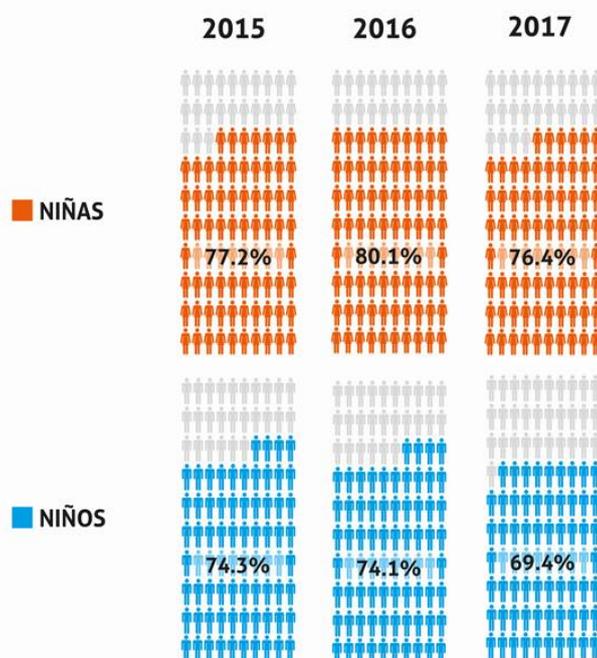
En los años 2016 y 2017, la proporción de niñas que lograron una comunicación verbal efectiva fue mayor a la de los niños.

En relación a las diferencias entre las niñas y los niños, el Gráfico 34 muestra que las niñas lograron la comunicación verbal efectiva en mayor proporción que los niños, tanto en el año 2016 como en el año 2017.

En líneas generales, el desarrollo de esta capacidad tiende a ser similar tanto en varones como en mujeres; sin embargo, la diferencia a favor de las mujeres podría estar relacionada con el tipo de comunicación que las personas establecen con ellas y el modelado de sus referentes femeninos. Al respecto existe evidencia de factores relacionados a la estructura cerebral que explicarían algunas de estas diferencias<sup>164,165</sup>; sin embargo, el desarrollo de la comunicación verbal efectiva durante la primera infancia estaría ligado principalmente a diferencias en la socialización de las niñas y los niños. En esta línea, distintas investigaciones han hallado que se suele hablar más directamente a las niñas que a los niños<sup>166</sup>. Asimismo, las niñas y los niños tienden a modelar su lenguaje a partir de lo que escuchan de su cuidador o cuidadora significativa. Así, las niñas aprenden a utilizar más palabras y a utilizar el lenguaje para hablar de sus emociones o dar soporte social imitando a sus madres o adultas significativas<sup>167</sup>.

Gráfico 34

Perú: Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12, de 15 a 18 y de 30 a 36 meses que tiene una comunicación verbal efectiva, según sexo.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

## ¿Qué factores se asocian a la comunicación verbal efectiva de las niñas y los niños?

Diversas investigaciones señalan que el logro de la comunicación verbal efectiva para las niñas y los niños entre los 9 y 36 meses se encuentra relacionado tanto con factores de la madre y del padre, como de la niña o el niño, así como con algunas características de su entorno inmediato.

En relación a los factores asociados vinculados a la madre y el padre, podemos mencionar la edad de la madre, el nivel educativo de la madre y del padre y la lengua materna de la madre. En ese sentido, en los hogares que cuentan con madres más jóvenes o adolescentes, sus hijas e hijos tienen menor probabilidad de tener una comunicación verbal efectiva<sup>168</sup> dado que las madres más jóvenes tenderían a utilizar en mayor medida lenguaje directivo y con menor cantidad de palabras en comparación con sus pares mayores, lo que perjudicaría la estimulación verbal de sus hijas o hijos<sup>169,170</sup>.

Así también, las madres con menores niveles de educación presentarían mayores dificultades para lograr una adecuada comunicación verbal con sus hijas o hijos, lo que disminuiría las probabilidades de la niña o el niño de contar con un entorno que contribuya al desarrollo de su comunicación verbal<sup>171</sup>. En esta línea, el nivel educativo del padre también se asocia con el desarrollo de la comunicación verbal efectiva de la niña o el niño. Así, se sabe que los padres con mayor nivel de educación tienden a entablar una mejor comunicación verbal con sus hijas o hijos, se comunican con ellas o ellos con mayor frecuencia y de manera más apropiada, así como les brindan un entorno comunicativo más estimulante<sup>172,173,174,175</sup>, todo lo cual redundaría en una mejor comunicación verbal de sus hijas e hijos.

Por otro lado, los hogares en los que las madres tienen un idioma distinto al español como lengua materna, tienen una mayor probabilidad de pertenecer a grupos vulnerables, dado que el poco manejo del español suele excluir a sus hijas o hijos del acceso a los servicios de educación<sup>176</sup>. Como consecuencia de esta discriminación, las niñas y los niños de estas familias tendrían mayores dificultades para desarrollar la comunicación verbal efectiva<sup>177</sup>.

Adicionalmente, otros factores relacionados con la salud mental de la madre parecen estar relacionados con la comunicación verbal de sus hijas e hijos. Así, las hijas y los hijos de las madres que han presentado alguna sintomatología depresiva podrían representar un grupo vulnerable a desarrollar inadecuadamente la comunicación verbal efectiva<sup>178</sup>. En relación a esto, se sabe que las madres depresivas tienden a comunicarse en menor medida con sus hijas o

hijos<sup>179</sup>, así como a hablar más bajo y con un tono más neutral, lo que resulta poco estimulante para el desarrollo de la comunicación verbal efectiva de las niñas y los niños<sup>180,181</sup>.

De igual manera, las hijas e hijos de madres que han recibido alguna vez algún tipo de violencia física o sexual por el esposo o compañero podrían constituir un grupo más vulnerable en relación a su desarrollo verbal. El estrés de la madre generado por la violencia recibida puede ocasionar que esta sea menos receptiva y responsiva en la relación con su hija o hijo, viéndose perjudicada la interacción entre ambos y por ende, el desarrollo comunicacional de la niña o el niño<sup>182</sup>.

Finalmente, en relación a los factores asociados vinculados a la niña o el niño, podemos mencionar el maltrato físico o psicológico recibido. La experiencia de maltrato durante la infancia perjudica el desarrollo de la comunicación efectiva en su dimensión expresiva y comprensiva<sup>183</sup>. En ese sentido, las niñas y los niños que han experimentado violencia en los primeros años de vida exhiben de forma consistente menores habilidades para el lenguaje durante la infancia<sup>184,185</sup>.

Respecto al entorno, podemos mencionar el nivel socioeconómico; aquellos hogares en los que las madres cuentan con un menor nivel socioeconómico pueden constituir un grupo vulnerable y con mayor tendencia a presentar dificultades del desarrollo de la comunicación verbal de sus hijas e hijos<sup>186</sup>; en este sentido, se ha encontrado que existe una relación entre el menor poder adquisitivo y el menor acceso a servicios, con el menor desarrollo de la comunicación verbal en niñas y niños<sup>187,188,189</sup>. En ese sentido, tener un menor nivel socioeconómico, aumenta el riesgo de que la niña o el niño vea limitado el desarrollo de su expresión y comprensión verbal<sup>190,191</sup>, y que cuente con una menor adquisición de vocabulario en comparación a sus pares provenientes de familias con mayor nivel socioeconómico<sup>192,193</sup>.

Como parte de los elementos del entorno, se puede mencionar la interacción de la niña o el niño con otros adultos además de su madre. Hacia los dos años de edad, aquellas niñas y aquellos niños que interactúan con otros adultos además de la madre pueden ver favorecido el desarrollo de la comunicación verbal efectiva. Al respecto, se sabe que la interacción con diversos adultos permite que las niñas y los niños cuenten con un entorno más estimulante que promueve el apropiado desarrollo de sus habilidades verbales<sup>194,195</sup>.

En esta misma línea, alrededor de los tres años de edad aproximadamente, resulta fundamental que el entorno inmediato como la casa, provea los materiales necesarios para que la niña o el niño consolide la comunicación verbal efectiva a través del incremento del vocabulario y el aprendizaje de conceptos<sup>196</sup>.

## ¿Cuáles son los factores asociados a la comunicación verbal efectiva de las niñas y los niños en el Perú?

De acuerdo a la información recogida en la ENDES, en el Perú es más probable que las niñas y los niños tengan una comunicación verbal efectiva, cuando cuentan con material favorecedor de la comunicación verbal en su casa.

El resultado de *Comunicación verbal efectiva*, presenta únicamente asociaciones significativas y mayores a .10 en los tres años con el factor *Material favorecedor de la comunicación verbal* tal como se observa en la Tabla 6. Cabe mencionar que este factor solo es medido para las niñas y los niños de 30 a 36 meses. Este resultado indicaría que aquellas niñas y niños que cuentan en su hogar con materiales que podrían favorecer su comunicación tienen mayor probabilidad de tener resultados positivos para el resultado *Comunicación verbal efectiva*. Es importante considerar que esta relación es débil por lo que se podría decir que además de la existencia de materiales favorecedores de la comunicación verbal en casa, otros factores contribuyen al desarrollo de la comunicación verbal efectiva de las y los niños.

Por otro lado, tanto el factor *Nivel socioeconómico del hogar* como los factores *Nivel de educación* de la madre y del padre, presentan asociaciones significativas y nulas con el resultado *Comunicación verbal efectiva* durante los tres años de medición. Esto implicaría que el logro de una comunicación verbal efectiva de las niñas y los niños sería independiente de la capacidad económica de la familia o del nivel de educación de la madre o el padre de la niña o el niño.

Finalmente, y de manera contraria a lo teóricamente esperado, los factores *Edad*, *Lengua materna*, *Sintomatología depresiva* y *Violencia física o sexual por el esposo o pareja*, todos relacionados con la madre, no presentan ninguna asociación significativa con el resultado de *Comunicación verbal efectiva*; asimismo, el factor *Interacción con al menos dos adultos*. Ello indicaría que no hay evidencia de que estos factores se asocien o no se asocien con la posibilidad de las niñas y los niños de lograr una comunicación verbal efectiva.

Tabla 6

Correlaciones entre el resultado Comunicación verbal efectiva y sus factores teóricamente asociados, en los años 2015, 2016 y 2017

Factores asociados	2015	2016	2017
<b>Características sociodemográficas de la madre</b>			
Edad	.020	-.010	-.014
Lengua materna	.006	-.016	-.007
Nivel de educación	.085**	.067**	.066**
<b>Características sociodemográficas del padre</b>			
Nivel de educación	.085**	.058**	.076**
<b>Salud mental de la madre</b>			
Sintomatología depresiva	-.001	-.056	.053
Violencia física o sexual por el esposo o compañero	-.011	-.031	-.013
<b>Maltrato de los padres</b>			
Maltrato físico o psicológico a la niña o niño	.011	.012	.002
<b>Entorno físico y social de la niña o niño</b>			
Nivel socioeconómico del hogar	.056*	.043*	.043*
Interacción con al menos dos adultos	-.021	-.025	.004
Material favorecedor de la comunicación verbal	.116**	.122**	.140**

\*sig. < .05 \*\*sig. < .001

## ¿Qué se puede concluir sobre la comunicación verbal efectiva de las niñas y los niños en el Perú y qué implicancias tienen los resultados obtenidos?

- Comparado con el reporte de Uruguay del 2013, el porcentaje de niñas y niños con una comunicación verbal efectiva en el Perú sería menor durante los años 2015, 2016 y 2017.
- No se han encontrado diferencias para el resultado *Comunicación verbal efectiva* según la zona de residencia urbana o rural entre los años 2015 y 2017.
- Sin embargo, en los años 2016 y 2017 se observa que las niñas tienen mayor probabilidad de alcanzar una comunicación verbal efectiva que los niños. Esto revelaría la importancia de que las intervenciones planteadas enfatizen en los niños varones del contexto peruano.
- El resultado *Comunicación verbal efectiva* de las niñas y los niños está asociado principalmente al factor *Material favorecedor de la comunicación verbal*, por lo que como parte de las intervenciones sería importante promover que en los hogares de las niñas y los niños se cuente con este tipo de materiales y se facilite el acceso de las niñas y los niños a dichos materiales.
- Cabe mencionar que los valores de la asociación entre el resultado *Comunicación verbal efectiva* de las niñas y los niños y el factor *Material favorecedor de la comunicación verbal* presenta una magnitud débil. Ello implicaría que, si bien las intervenciones propuestas

podrían favorecer el logro del resultado, no se puede asegurar en su totalidad un adecuado desarrollo de la comunicación verbal efectiva a partir de la misma.

- Una limitación en la medición del resultado *Comunicación verbal efectiva*, así como en su principal factor asociado *Material favorecedor de la comunicación* es que estos se obtuvieron por medio del reporte de las madres. Esto no permite que se pueda descartar la presencia de un sesgo en el reporte materno.

## CAPÍTULO 6

### RESULTADO 5 CAMINA SOLO

Las niñas y los niños han logrado caminar solas o solos cuando son capaces de desplazarse caminando por su propia iniciativa, sin ayuda ni incitación de los adultos y sin necesidad de detenerse a cada paso para regular el equilibrio.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

La adquisición de la marcha por parte de las y los niños, es el producto de diversos logros motores previos que afianzan el dominio del cuerpo gracias a la maduración biológica y a la provisión de un ambiente favorecedor. Así, entre los 4 y 18 meses de vida, los hitos importantes del desarrollo motor preparan a las niñas y los niños para lograr esta capacidad. Estos hitos son parte del proceso mediante el cual ellas y ellos desarrollan gradualmente sus capacidades motrices y de desplazamiento<sup>197</sup>. Uno de los hitos más importantes es que la mayoría de las niñas y los niños pueden sentarse sin ayuda hacia los 6 meses. Entre los 7 y 8 meses, la mayoría de ellas y ellos pueden mantenerse en pie apoyándose en un objeto o mueble. Entre los 8 y 9 meses, la mayoría comienza a arrastrarse de alguna manera para circular en el ambiente. Más adelante, hacia los 11 meses, la mayoría de las niñas y los niños pueden mantenerse de pie sin tener que apoyarse en ningún objeto<sup>198</sup>.

## **¿A qué edad se espera que las niñas y los niños caminen solas o solos?**

La mayoría de las niñas y los niños aprenden a caminar solas o solos entre los 12 y 18 meses<sup>199</sup>. Si bien esta es la edad esperada para la mayoría de las niñas y los niños, es importante considerar que pueden darse diferencias individuales que reflejan el propio desarrollo.

## **¿Por qué es importante para el desarrollo de las niñas y los niños que aprendan a caminar solas o solos entre los 15 y 18 meses?**

Las niñas y los niños que logran caminar solas o solos antes o a los 18 meses de edad, suelen estar en condiciones de jugar y explorar su entorno físico y social de manera activa y autónoma. Esto facilita:

- Que al poder movilizarse de forma autónoma puedan coger objetos y acercarse a personas, teniendo la oportunidad de examinarlas. Esto les permite aprender a asociar objetos, personas y acciones con sus significados, promoviendo de esta manera el logro de la función simbólica<sup>200</sup> y la comunicación verbal efectiva<sup>201</sup>.
- Asimismo, a partir del logro de esta capacidad, las niñas y los niños descubren todas las acciones que pueden realizar su cuerpo. Esto les facilita adaptar sus comportamientos al contexto y así, lograr la regulación de emociones y comportamientos<sup>202</sup>.

## **¿Cuál es el impacto de caminar sola o solo entre los 15 y 18 meses en el desarrollo de la persona?**

A largo plazo, las niñas y los niños que logran caminar solas o solos como máximo a los 18 meses, tienden a desempeñarse mejor en la escuela<sup>203</sup>, especialmente en las áreas de comprensión lectora y matemáticas<sup>204</sup>. Asimismo, suelen contar con mayores habilidades de procesamiento de información y memoria<sup>205</sup>. Por el contrario, las niñas y los niños que no logran esta capacidad tienen mayor riesgo de ver disminuidas sus habilidades cognitivas, lingüísticas y sociales a futuro, lo que podría dificultar su desempeño académico, así como su capacidad para relacionarse con sus pares<sup>206</sup>.

Caminar sola o solo antes o a los 18 meses de vida es un hito fundamental del desarrollo motor que se relaciona con el desarrollo cognitivo, socioemocional y del lenguaje durante la infancia y a lo largo de la vida.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

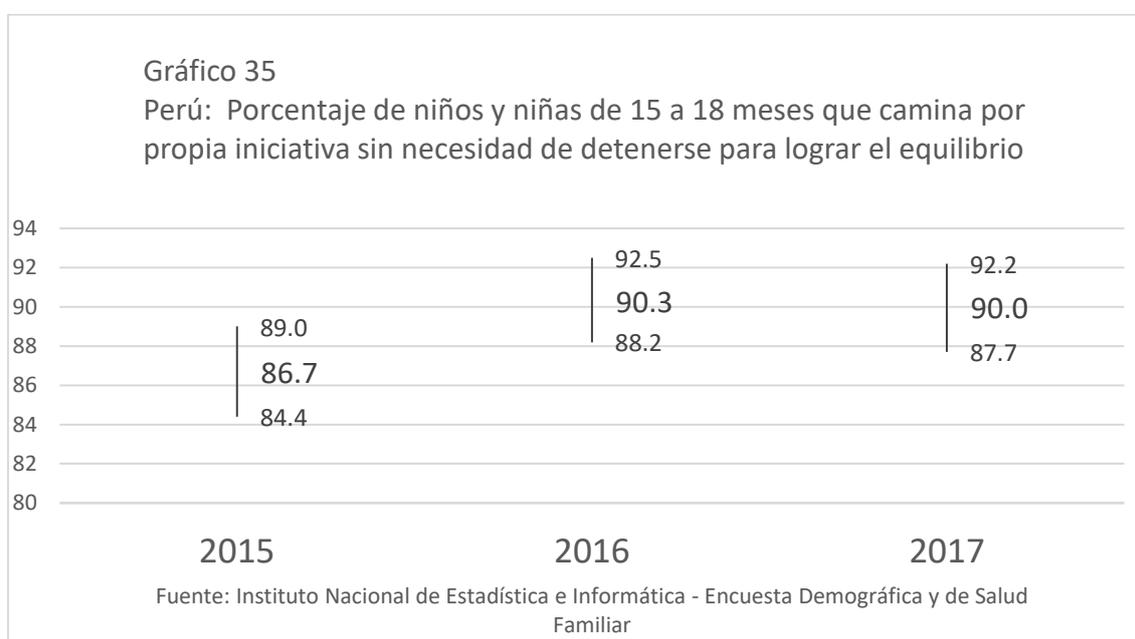
## ¿Cuáles son los indicadores nacionales de camina sola o solo para las niñas y los niños en el Perú?

De acuerdo al reporte de las madres, aproximadamente, 90 de cada 100 niñas o niños logran caminar solas o solos a una edad esperada en los años 2015, 2016 y 2017.

En los Lineamientos de la Política Primero la Infancia (DS 010-2016-MIDIS) se define que el indicador para medir el resultado *Caminar solo* es el porcentaje de niñas y niños de 12 a 18 meses que camina por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio. Al respecto, debido a la división del Módulo DIT ENDES en tramos evolutivos de 9 a 12 y de 15 a 18, si se requería tener un indicador para el rango de 12 a 18 meses, se tendría un indicador para las niñas y niños de 12 meses y luego para los de 15 a 18 meses. Sin embargo, tener un

indicador para un solo mes de edad (12 meses), no brindaría un coeficiente estable por el bajo número de casos entrevistados a esa edad. Por ello, a partir del Módulo DIT ENDES el indicador se calculó solo para el rango de 15 a 18 meses.

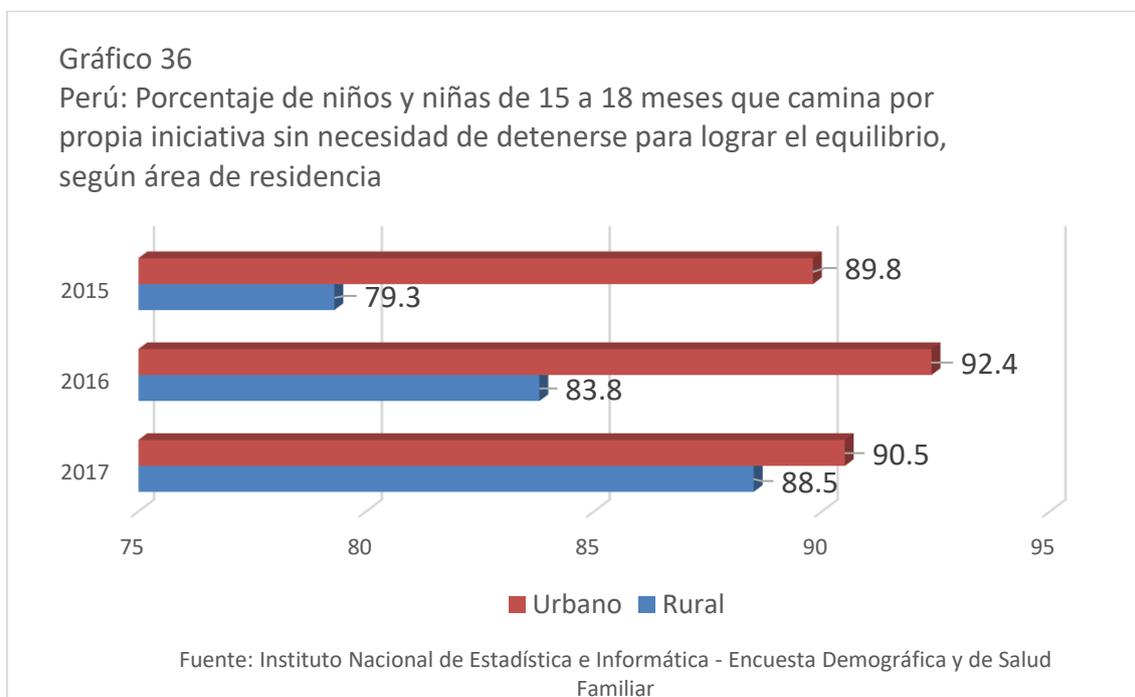
Tal como se observa en el Gráfico 35, el porcentaje de niñas y niños que son capaces de caminar solas o solos, entre los 15 y 18 meses de edad en el periodo 2015-2017 se encuentra entre el 86.7% y 90.0%, de acuerdo al reporte de las madres. Esta cifra es mayor a la reportada por Uruguay, país que en 2013 contaba con un 80.0% de niños y niñas de primera infancia que lograban capacidades motoras de acuerdo a su edad<sup>207</sup>.



Las niñas y los niños de las zonas urbanas tuvieron un mayor desarrollo de la capacidad para caminar solas o solos en los años 2015 y 2016 mientras que los porcentajes fueron similares en el año 2017, de acuerdo al reporte de las madres.

El Gráfico 36 muestra que en el 2015 y el 2016, en las zonas urbanas el porcentaje de niñas y niños que lograron caminar solas o solos entre los 15 y 18 meses fue mayor comparado con las zonas rurales, de acuerdo al reporte de las madres. Investigaciones previas llevadas a cabo en América Latina<sup>208</sup>, África<sup>209</sup> y Asia<sup>210,211,212</sup>, indican que en el ámbito urbano suele haber una

mayor tasa de niños y niñas que desarrollan sus habilidades motoras de acuerdo a su edad, en comparación con sus pares en el ámbito rural. Estas investigaciones explican las diferencias a partir de la deficiencia de hierro que en las áreas rurales son mayores. Cabe señalar que en el año 2017, no se encontraron diferencias entre el ámbito urbano y rural, de acuerdo al reporte de las madres.

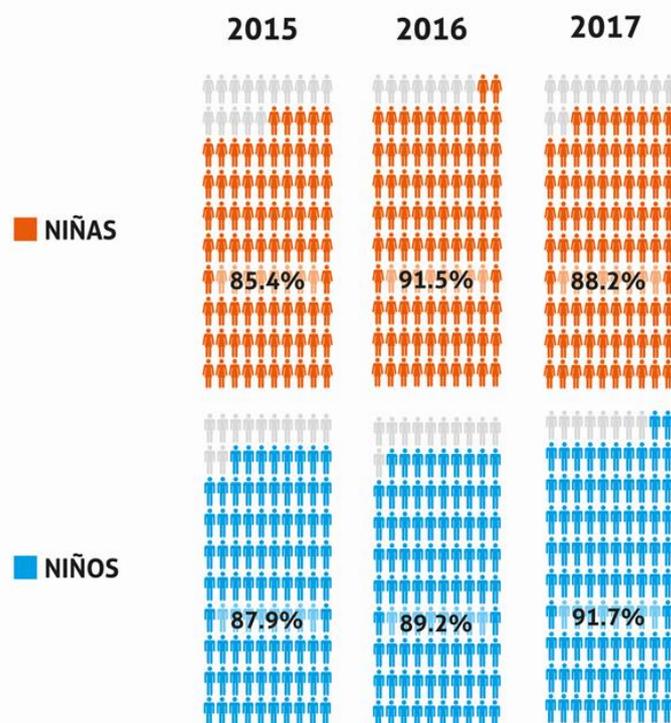


Las niñas y los niños logran caminar solas o solos en proporciones semejantes en los tres años evaluados, de acuerdo al reporte de las madres.

Adicionalmente, el Gráfico 37 muestra que en promedio durante los tres años, la proporción de los varones que lograron caminar solos entre los 15 y 18 meses fue similar que la proporción de las mujeres, de acuerdo al reporte de las madres. Estos resultados coinciden con los reportados por la Organización Mundial de la Salud que indican que, si bien existe cierta variabilidad en el logro de hitos del desarrollo motor según el género de las niñas y los niños, esta no es significativa<sup>213,214</sup>. Más aún, distintos estudios evidencian que, si bien antes de los dos años no existen diferencias significativas en el desarrollo motor según el género de las niñas y los niños, estas se harían evidentes más adelante, hacia los 3 años de edad<sup>215,216</sup>.

Gráfico 37

Perú: Porcentaje de niños y niñas de 15 a 18 meses que camina por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio, según sexo.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

## ¿Qué factores se asocian a caminar sola o solo entre los 15 y 18 meses?

El logro de la capacidad de caminar sola o solo entre los 15 y 18 meses, es decir, por iniciativa propia y sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio, se encuentra relacionado con factores tanto de la madre como de la niña o el niño, así como con algunas características de su entorno inmediato.

En relación a los factores asociados vinculados a la madre, podemos mencionar el nivel educativo. En ese sentido, diversos estudios han hallado que las hijas y los hijos de madres con mayor nivel de educación, desarrollan sus habilidades motoras de manera más oportuna que las hijas y los hijos de madres con menor nivel de educación<sup>217,218,219,220</sup>. Una explicación es que las madres con mayor nivel educativo, contarían con mayor información respecto al desarrollo motor de las niñas y los niños, así como respecto a aquellas actividades o elementos que contribuyen a lograr los hitos motores en el tiempo apropiado<sup>221,222</sup>.

Con respecto a los factores asociados al caminar sola o solo vinculados a la niña o el niño, es importante mencionar el consumo de hierro. Se sabe que los mayores niveles de hierro en la sangre de las niñas y los niños se asocian con el logro de habilidades motoras gruesas, lo que les permite alcanzar en tiempo adecuado la habilidad de caminar solas o solos<sup>223</sup>. Por el contrario, la deficiencia de hierro durante los primeros años de vida perjudica el funcionamiento muscular y cerebral de las niñas y los niños<sup>224,225,226</sup> y por lo tanto, el logro de la habilidad para caminar en el tiempo adecuado. Más aún, se ha encontrado que el consumo de hierro durante la primera infancia tiene efectos a largo plazo en las capacidades motoras de las niñas y los niños<sup>227,228</sup>.

Respecto al entorno, destacan el nivel socioeconómico, las condiciones del piso de la vivienda en la que vive la niña o el niño y la tenencia de un espacio físico seguro para jugar. Los hogares en los que las madres cuentan con un menor nivel socioeconómico, tienen una mayor probabilidad de tener niñas o niños que pueden tener un menor desarrollo de la capacidad para caminar solas o solos, esto se explica debido a que el menor poder adquisitivo y el menor acceso a servicios de las familias más pobres podría limitar significativamente la posibilidad de brindar a la niña o el niño un entorno estimulante en el cual pueda desarrollar sus capacidades motoras y lograr caminar sola o solo en el tiempo adecuado<sup>229,230</sup>. De esta manera, un menor nivel socioeconómico aumenta el riesgo de que la niña o el niño vean limitado su desarrollo motor grueso y no logre caminar sola o solo entre los 15 y 18 meses<sup>231,232</sup>.

Asimismo, aquellas niñas y aquellos niños que viven en hogares que cuentan con un piso firme y plano, es decir piso acabado en la vivienda, suelen tener mayores probabilidades de presentar un adecuado desarrollo motor grueso y ven favorecido el logro de capacidades motoras como caminar solas o solos; esto se debería a que estas viviendas les ofrecen la posibilidad de explorar su entorno de manera libre y segura como parte de su desarrollo motor<sup>233</sup>. Adicionalmente, se sabe que aquellas niñas y aquellos niños que cuentan con un espacio para jugar que sea seguro y estimulante, ven favorecido su desarrollo motor grueso y el logro de capacidades motoras en el tiempo adecuado<sup>234</sup>. Esto podría deberse a que las niñas y los niños requieren de un entorno que las y los proteja de situaciones de riesgo y que a la vez estimule sus aprendizajes permitiéndoles jugar libremente y así fortalecer y desarrollar su capacidad motora<sup>235</sup>. Por el contrario, se observa que las niñas y los niños que carecen de un espacio físico seguro para jugar, presentan un menor desarrollo de sus capacidades motoras<sup>236</sup>, lo que perjudica el logro de habilidades motoras a una edad esperada<sup>237</sup>.

## ¿Cuáles son los factores asociados a caminar sola o solo entre los 15 y 18 meses en el Perú?

De acuerdo a la información recogida en la ENDES, en el Perú es más probable que las niñas y los niños logren caminar solas o solos entre los 15 y 18 meses, cuando:

- Su madre tiene un mayor nivel de educación.
- Tienen mayor nivel socioeconómico.
- Sus viviendas cuentan con piso acabado.

Tal como se puede observar en la Tabla 7, el factor *Nivel educativo de la madre*, el factor *Nivel Socioeconómico del hogar* y el factor *Piso acabado de la vivienda*, presentan asociaciones significativas y mayores a .10 durante los años 2015 y 2016. Esto significa que las niñas y los niños tienden a adquirir la capacidad para caminar solas y solos cuando sus madres tienen mayores niveles de educación, tienen un mayor nivel socioeconómico y sus viviendas tienen un piso acabado. Cabe mencionar que estas asociaciones son débiles por lo que además de estos factores, otras variables estarían a la base de que la niña o el niño caminen solos.

Contrario a lo que se esperaría, el factor *Consumo de hierro de la niña o el niño* no presenta ninguna asociación con el resultado *Camina solo* lo cual significa que a partir de la información recolectada no se puede sostener que el consumo de hierro esté o no esté asociado a la posibilidad de caminar.

Tabla 7  
Correlaciones entre el resultado Camina solo y sus factores teóricamente asociados, en los años 2015, 2016 y 2017

Factores asociados	2015	2016	2017
<b>Características sociodemográficas de la madre</b>			
Nivel de educación	.165**	.127**	.070
<b>Suplementos alimenticios de la niña o niño</b>			
Consumo de hierro de la niña o niño	-.033	-.046	-.030
<b>Entorno físico y social de la niña o niño</b>			
Nivel socioeconómico del hogar	.154**	.133**	.056
Piso acabado de la vivienda	.105**	.112**	.071*
Espacio físico seguro para jugar	-.052*	-.007	-.052*

\*sig. < .05 \*\*sig. < .001

### ¿Qué se puede concluir sobre el logro de caminar sola o solo de las niñas y los niños en el Perú y que implicancias tienen los resultados obtenidos?

- Dado que la proporción de niñas y niños que lograron caminar solas o solos según lo esperado para su edad es menor en zonas rurales, la intervención tendría que realizarse con mayor énfasis en este ámbito del país.
- Debido a que se asocian al logro de caminar sola o solo los factores *Nivel socioeconómico del hogar* y *Piso acabado de la vivienda*, la intervención podría realizarse con mayor énfasis en los sectores económicamente menos favorecidos y en las áreas en las que las viviendas denotan construcciones precarias.
- Dado que el logro de caminar sola o solo se asocia al factor *Nivel de educación de la madre* y teniendo en cuenta la relación entre este factor y el limitado acceso a información acerca del desarrollo motor de las niñas y los niños, la intervención también podría dirigirse a trabajar con madres de menores niveles de instrucción el fortalecimiento de sus capacidades y conocimientos sobre estrategias para favorecer las habilidades motoras de sus hijas e hijos.
- Los datos obtenidos revelan que no existe diferencia entre niñas y niños en relación al resultado *Camina solo*, esto indicaría que la intervención debería ser implementada con el mismo énfasis y cobertura tanto para las niñas como para los niños del contexto peruano.
- Es importante considerar que los valores de las asociaciones entre el resultado *Camina solo* de las niñas y los niños y los factores estudiados son de magnitud débil. Esto quiere decir que las intervenciones planteadas en esta sección podrían tener un impacto positivo sobre

el resultado *Camina solo* pero este impacto no sería determinante para un adecuado logro de hitos del desarrollo motor grueso en las niñas y los niños.

- Una limitación en la obtención del indicador es que la medición del resultado *Camina solo* en la ENDES se obtuvo a partir del reporte materno. Esto podría hacer considerar que los datos obtenidos tengan un sesgo a partir del recuerdo materno.

## CAPÍTULO 7

### RESULTADO 6 REGULACIÓN DE EMOCIONES Y DE COMPORTAMIENTOS

Es la capacidad de las niñas y los niños para reconocer, expresar y comunicar sus emociones, así como de moderar sus reacciones ante situaciones emocionalmente intensas, sean positivas o negativas.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

El logro de la regulación de emociones y comportamientos es un proceso gradual que se inicia desde el nacimiento de las niñas y los niños. Así, cuando la madre o adulto significativo logra calmar a la niña o el niño en momentos de estrés, le brinda experiencias positivas que más adelante le permitirán regular sus propias emociones<sup>238,239</sup>.

En este sentido, y si bien la regulación de emociones y comportamientos propiamente dicha se logra en un periodo posterior de la vida, hacia los 24 meses, se espera que las niñas y los niños hayan iniciado el aprendizaje de esta capacidad de manera consciente<sup>240</sup>.

#### **¿Qué se espera de la regulación de emociones y comportamientos entre los dos y cinco años?**

Considerando lo anteriormente mencionado, entre los 2 y 5 años se espera que las niñas y los niños paulatinamente adquieran la posibilidad de controlar su propias emociones cuando enfrentan situaciones estresantes. Una de las manifestaciones de esta capacidad es cuando las

niñas y los niños pueden esperar y actuar sin agredirse a sí mismos ni a otras personas o cosas en situaciones en las que se les niega aquello que desean<sup>241</sup>.

## **¿Por qué es importante lograr la regulación de emociones y comportamientos en los primeros años de vida para el desarrollo de las niñas y los niños?**

Las niñas y los niños que logran esta capacidad en la edad adecuada son más propensos a desempeñarse con éxito en la educación inicial y a relacionarse de manera positiva con pares y maestras o maestros<sup>242</sup>. Por el contrario, las niñas y los niños que no son capaces de regular sus emociones y comportamientos al término del quinto año de vida:

- Tienen a demostrar poca tolerancia ante situaciones de frustración, suelen tener conductas agresivas hacia otras personas, así como una valoración más negativa de sí mismos<sup>243</sup>.
- Debido a las dificultades para centrar su atención, moderar su comportamiento, seguir instrucciones y completar tareas, suelen contar con menor receptividad para el aprendizaje de letras, palabras y números durante la educación inicial<sup>244</sup>. Por ello, tienen mayores probabilidades de desempeñarse de manera insatisfactoria durante la etapa preescolar, lo cual implica que cuando inician la primaria, no estén listos para el aprendizaje de la lectura y matemáticas básicas<sup>245</sup>.
- Tienen mayor riesgo de presentar dificultades para relacionarse con otras personas y para desarrollar habilidades sociales que les permitan trabajar en grupo. Esto los hace más propensos a recibir rechazo por parte de sus pares<sup>246</sup>.

## **¿Cuál es el impacto de la regulación de emociones y comportamientos en el desarrollo de la persona?**

Durante la adolescencia, las personas que lograron la regulación de emociones y comportamientos durante los primeros 5 años de vida, tienen más probabilidades de desempeñarse satisfactoriamente en los estudios secundarios dado que cuentan con mayor capacidad para prestar atención y concentrarse en las tareas académicas y para la regulación de su conducta<sup>247</sup>. Asimismo, son jóvenes que tienden a afrontar mejor las situaciones estresantes<sup>248</sup>.

Durante la adultez, estas personas tienden a contar con mejores habilidades sociales y a establecer relaciones interpersonales más satisfactorias<sup>249</sup>. Adicionalmente, disminuyen las

probabilidades de padecer problemas de salud mental relacionados a la ansiedad y control de impulsos<sup>250</sup>.

Como se ha evidenciado, la regulación de emociones y comportamientos juega un rol fundamental en el desarrollo cognitivo y socioemocional a lo largo de la vida.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

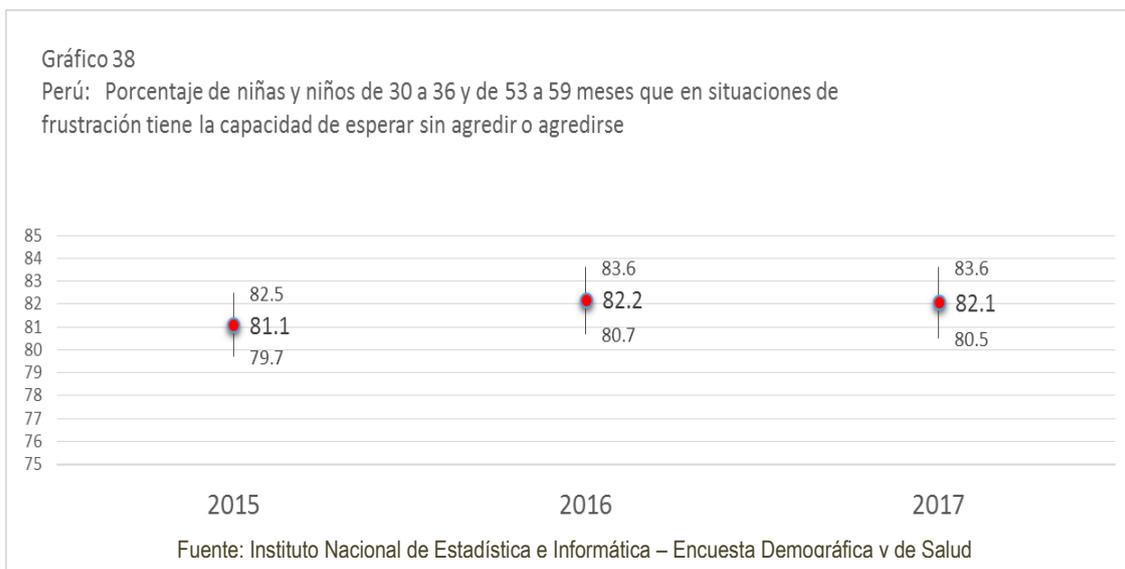
### ¿Cuáles son los indicadores nacionales de la regulación de emociones y comportamientos para las niñas y los niños en el Perú?

En el marco de los Lineamientos de la Política Primero la Infancia (DS 010-2016-MIDIS) el indicador para medir el resultado *Regulación de emociones y comportamientos* es el porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir a las personas o cosas y sin agredirse.

De acuerdo al reporte de las madres, aproximadamente 82 de cada 100 niñas o niños logran la regulación de emociones y comportamientos según lo esperado para su edad.

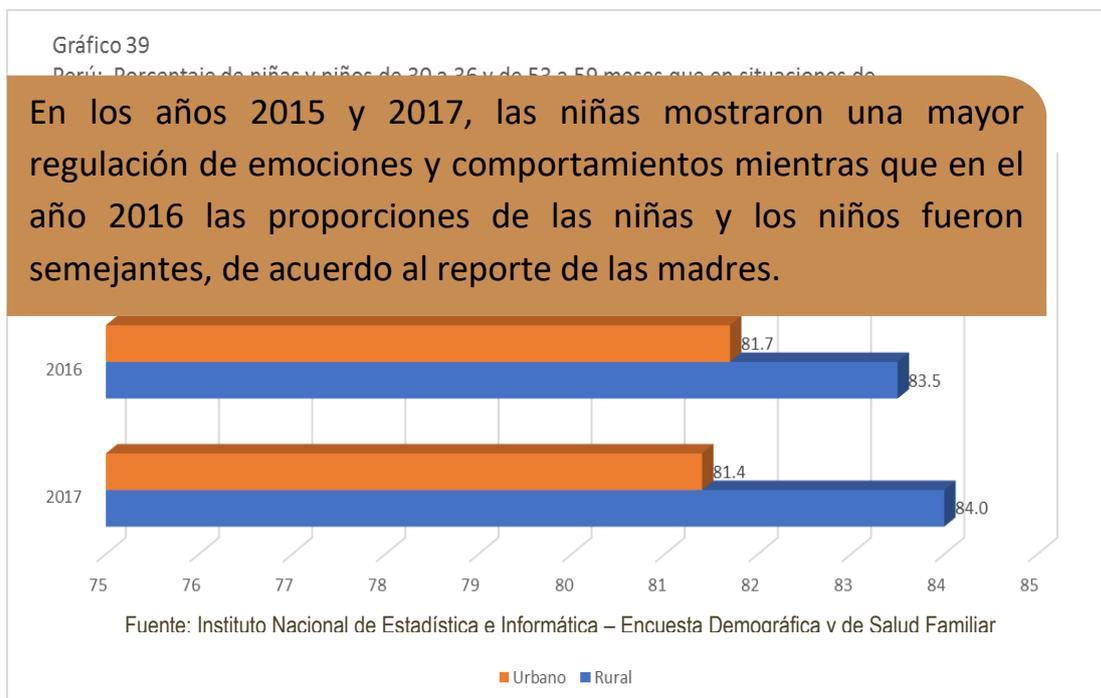
Tal como se observa en el Gráfico 38, el porcentaje de niñas y niños que lograron la regulación de emociones y comportamientos según su edad entre el 2015 y 2017 se encuentra entre el

81.1% y 82.1%, de acuerdo al reporte de las madres. Esta cifra es ligeramente menor a la encontrada en el país de Colombia en el 2013<sup>251</sup>.



Las niñas y los niños de las zonas urbanas y rurales mostraron proporciones semejantes con respecto a su capacidad para la regulación de emociones y comportamientos en los tres años evaluados, según el reporte de las madres.

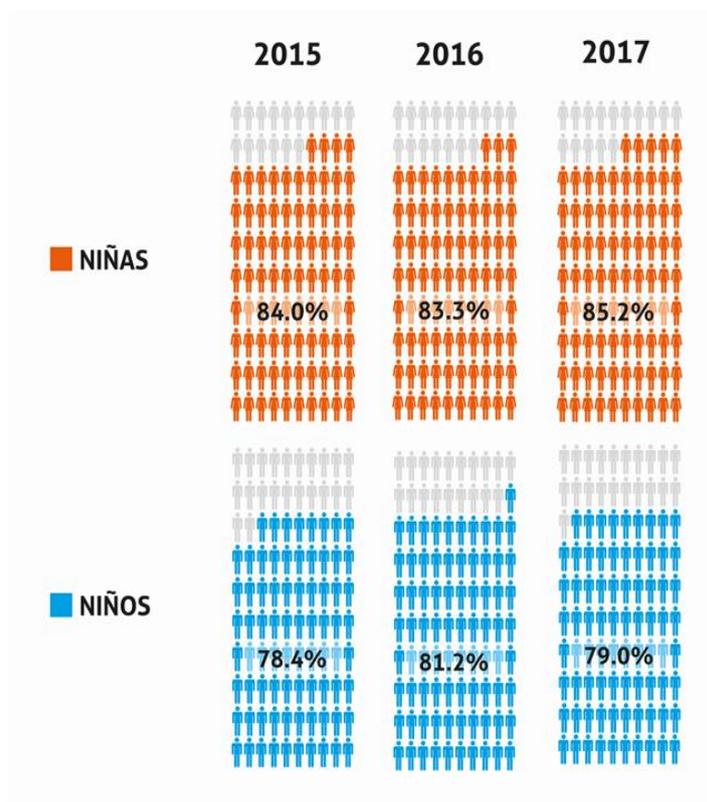
Por otro lado, el Gráfico 39 muestra que, durante los tres años evaluados, las niñas y los niños de zonas urbanas y rurales lograron la regulación de emociones y comportamientos en proporciones similares.



El Gráfico 40 muestra que las mujeres tienen una mayor proporción de regulación de emociones y comportamientos comparados con los varones en los años 2015 y 2017, de acuerdo al reporte de las madres. Esta diferencia se eliminó en el año 2016. Diversas investigaciones señalan que las niñas tienden a demostrar mayor regulación de emociones y comportamientos que los niños desde la primera infancia<sup>252</sup> debido a diferencias biológicas<sup>253</sup> y de socialización. En esta línea, se sostiene que las niñas suelen ser más supervisadas por figuras parentales o de cuidado en comparación a los niños. Asimismo, las niñas suelen evitar en mayor medida comportamientos riesgosos y desafiantes en comparación con los varones, debido a que son castigadas de manera más severa cuando incurren en estas conductas<sup>254</sup>.

Gráfico 40

Perú: Porcentaje de niños y niñas de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir, según sexo.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

## ¿Qué factores se asocian a la regulación de emociones y comportamientos?

Al igual que para los anteriores resultados del DIT, diversas investigaciones señalan que la regulación de emociones y comportamientos de las niñas y los niños se encuentra relacionada con factores tanto de la madre como de la niña o el niño, así como con algunas características de su entorno inmediato.

En relación a los factores asociados vinculados a la madre, podemos mencionar el nivel educativo. En ese sentido, las hijas y los hijos de madres con menor nivel educativo tienen mayor probabilidad de pertenecer a un grupo más vulnerable en cuanto al desarrollo de su regulación emocional y de comportamientos<sup>151</sup>. Esto, debido a que una menor educación de la cuidadora o cuidador, limita el acceso a información acerca de estrategias adecuadas para manejar las expresiones de estrés de sus hijas o hijos, lo que aumenta su predisposición a utilizar medidas

punitivas ante este tipo de expresiones<sup>255</sup>. En contraste, un mayor nivel educativo se asocia con estrategias más moderadas, cálidas y afectuosas por parte de las madres ante el estrés de sus hijas o hijos<sup>256</sup>, lo que favorece el desarrollo de la regulación de emociones y comportamientos de las niñas y los niños<sup>257</sup>.

Asimismo, las hijas y los hijos de madres depresivas podrían representar también un grupo vulnerable a dificultades en la regulación de emociones y comportamientos<sup>258</sup>. Al respecto, la sintomatología depresiva materna tiende a limitar la capacidad de las madres para proveer de cuidado a sus hijas o hijos a nivel emocional<sup>259</sup>. De ahí que las hijas y los hijos de madres con sintomatología depresiva, cuenten con mayor predisposición de presentar dificultades para regular emociones como la ira y frustración<sup>260</sup> y de desarrollar problemas de conducta<sup>261,262,263</sup>. De igual manera, las hijas y los hijos de madres que han recibido violencia física o sexual por el esposo o compañero podrían constituir un grupo con dificultades para regular sus emociones y comportamientos<sup>264</sup>. Se considera que presenciar o escuchar la violencia hacia la madre tiende a perjudicar la capacidad de las niñas y los niños para modular sus emociones y moderar su comportamiento<sup>265,266,267</sup>.

La regulación de emociones y comportamientos cuenta también con un factor asociado vinculado a la niña o el niño, este es recibir maltrato físico o psicológico por parte de sus cuidadoras o cuidadores. Se sabe que aquellas niñas y aquellos niños que han experimentado maltrato físico o psicológico verían disminuido su desarrollo de la regulación de emociones y comportamientos, manifestando problemas de conducta e impulsividad que suelen perdurar a largo plazo<sup>268,269</sup>. Así, a futuro, estas niñas y estos niños tienen mayor riesgo de tener dificultades para establecer relaciones interpersonales y de demostrar mayores niveles de agresividad<sup>270</sup>.

Respecto al entorno, podemos señalar el nivel socioeconómico del hogar en el que vive la niña o el niño y la interacción que ella o él mantiene con otras niñas y otros niños de su edad. Debido a dificultades económicas, las familias que viven en situación de pobreza o con menores recursos, podrían tener una mayor predisposición a experimentar eventos negativos que generen estrés en las personas encargadas del cuidado de las niñas y los niños. A su vez, este estrés, podría perjudicar la capacidad de las cuidadoras y los cuidadores para atender las necesidades de sostenimiento emocional de las niñas y los niños<sup>271</sup>. En ese sentido, aquellas niñas y aquellos niños que no cuentan con suficiente apoyo parental para lidiar con sus propias emociones pueden verse excedidas o excedidos por las mismas, lo cual dificulta el desarrollo de una adecuada regulación de emociones y comportamientos<sup>272,273,274,275</sup>. Adicionalmente, entre los 30 y 36 meses, y entre los 53 y 59 meses, es fundamental que la niña o el niño cuente con un

espacio social en el que pueda interactuar con sus pares contemporáneos. Así, el establecimiento de relaciones sociales con pares contribuye a que las niñas y los niños alcancen una adecuada regulación emocional y comportamental según lo esperado para su edad<sup>276</sup>.

## ¿Cuáles son los factores asociados a la regulación de emociones y comportamientos en el Perú?

De acuerdo a la información recogida en la ENDES, en el Perú es más probable que las niñas y los niños logren la regulación de emociones y comportamientos, cuando:

- Su madre no presenta sintomatología depresiva.
- Su madre no ha recibido violencia física o sexual por su esposo o compañero.

En la Tabla 8 podemos observar que únicamente la presencia del factor *Sintomatología depresiva* de la madre, definido como que han tenido alguna sintomatología depresiva que les haya dificultado el desarrollo de sus actividades cotidianas en algún momento de los últimos 12 meses, y el factor *Violencia física o sexual por parte del esposo o compañero*, el cual se refiere a que la madre haya sido violentada por su pareja, presentan asociación significativa y mayor a .10 en al menos uno de los tres años de evaluación. Esto significa que las hijas y los hijos de las madres con sintomatología depresiva o que son víctimas de violencia por parte de sus parejas, tienden a tener una menor regulación de sus emociones y comportamientos.

Asimismo, el factor *Maltrato físico o psicológico a la niña o niño* presenta una asociación significativa aunque nula con el resultado *Regulación de emociones y comportamientos* durante los tres años de evaluación. Esto implicaría que la regulación de emociones y comportamientos no estaría asociada al maltrato que las niñas y los niños reciben de sus padres.

De manera opuesta a lo que se esperaría, el factor *Nivel socioeconómico del hogar* y el factor *Nivel educativo de la madre* no presentan correlaciones significativas con la regulación de emociones y comportamientos. Esto implica que no hay evidencia de que estos factores se asocien o no se asocien.

Tabla 8

Correlaciones entre el resultado Regulación de emociones y de comportamientos y sus factores asociados esperados, durante los años 2015, 2016 y 2017

Factores asociados	2015	2016	2017
<b>Características sociodemográficas de la madre</b>			
Nivel de educación	.038	.033	.018
<b>Salud mental de la madre</b>			
Sintomatología depresiva	-.067	-.100*	.048
Violencia física o sexual por el esposo o compañero	-.088**	-.110**	-.074**
<b>Maltrato de los padres</b>			
Maltrato físico o psicológico a la niña o niño	-.056**	-.054*	-.056**
<b>Entorno físico y social de la niña o niño</b>			
Nivel socioeconómico del hogar	.022	.038	.035
Interacción con pares	.041*	.017	.019

\*sig. < .05 \*\*sig. < .001

### ¿Qué se puede concluir sobre la regulación de emociones y comportamientos de las niñas y los niños en el Perú y que implicancias tienen los resultados obtenidos?

- Los datos obtenidos revelan que las niñas logran en mayor medida la regulación de emociones y comportamientos en comparación a los niños; esto indicaría que la intervención debería ser implementada con mayor énfasis para los niños del contexto peruano.
- Considerando que no se encontró diferencia en la regulación de emociones y comportamientos entre las zonas urbanas y rurales, la intervención tendría que realizarse en ambas regiones con la misma cobertura.
- El resultado *Regulación de emociones y comportamientos* de las niñas y los niños, está asociado a factores relacionados a la salud mental de la madre: la *Sintomatología depresiva* y el haber recibido *Violencia física o sexual por el esposo o compañero*. En esta línea, la salud mental de las madres debería de ser una prioridad en la intervención a favor de la primera infancia, en específico para lograr un mejor desarrollo socioemocional de las y los niños.
- Es importante considerar que los valores de las asociaciones entre el resultado *Regulación de emociones y comportamientos* de las niñas y los niños y los factores estudiados son de magnitud débil. Esto quiere decir que las intervenciones planteadas en esta sección podrían tener un impacto positivo sobre el resultado *Regulación de emociones y comportamientos*

pero este impacto no sería determinante para el logro de una adecuada capacidad de regulación de las niñas y los niños.

- Una limitación en la obtención del indicador es que la medición del resultado *Regulación de emociones y comportamientos* en la ENDES se obtuvo a partir del reporte materno. Esto podría hacer considerar que los datos obtenidos tengan un sesgo a partir del recuerdo materno. Al respecto, se debe considerar que en el estudio de validación del Módulo DIT ENDES, la medición del resultado *Regulación de emociones y comportamientos* fue una de las que obtuvo menores indicadores de la adecuación de la medición junto al de *Apego seguro*.

## CAPÍTULO 8

### RESULTADO 7 FUNCIÓN SIMBÓLICA

La *función simbólica* es la capacidad de las niñas y los niños para representar sus vivencias y evocar en su mente objetos que no están presentes y acontecimientos pasados.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

La función simbólica se refiere al uso de símbolos para representar diversos objetos, personas o acciones, como tal tiene diversas manifestaciones. Una de ellas se expresa en el juego, cuando las niñas y los niños son capaces de imitar situaciones de la vida real (p.e. juegan a cocinar, a curar las heridas, juegan “como si” comieran usando un palito como si fuera una cuchara) y representar los roles de otras personas o animales (p.e. juega a ser una panadera o panadero o a ser un caballo)<sup>277</sup>. Otra manifestación de la función simbólica es el dibujo de las niñas y los niños dado que cuando dibujan, tratan de representar el mundo que los rodea a través de imágenes que han ido formando en su mente<sup>278</sup>.

Una conducta previa que es importante para el desarrollo de la función simbólica es la denominada “permanencia del objeto”; esta habilidad implica que la niña o el niño saben que los objetos siguen existiendo a pesar de no estar presentes<sup>279</sup>. Esta capacidad se adquiere aproximadamente hacia los 8 meses de edad<sup>280</sup> y más adelante, hacia los 24 meses comienza el desarrollo del juego simbólico<sup>281</sup>.

## ¿Qué se espera de la función simbólica entre los dos y cinco años?

Entre los 24 y 36 meses de edad, se espera que durante el juego, las niñas y los niños utilicen un objeto para representar a otro; es decir, por ejemplo juegan con una caja de cartón como si esta fuese un carro. Además, a esta edad, reproducen acciones de la vida diaria como parte de su juego, así juegan a que están almorzando<sup>282</sup>. En relación al dibujo, entre los 24 y 36 meses, las niñas y los niños, tienen la intención de dibujar un objeto aun cuando las habilidades motrices nos les permita dibujar adecuadamente los objetos, es decir pueden nombrar lo que han dibujado cuando se les pregunta al respecto<sup>283</sup>.

Más adelante, entre los 53 a 59 meses, el juego simbólico de las niñas y los niños se vuelve más complejo; en ese sentido, hacen uso de su cuerpo para simbolizar objetos durante el juego, por ejemplo utilizan su mano “como si” fuese un celular que contestan. Asimismo, en el juego representan actividades que realizan animales, otras personas o cosas; es decir, juegan a ser las enfermeras o enfermeros, o a que son la mujer o el hombre araña, o un dragón<sup>284</sup>. Finalmente, en relación al dibujo, se espera que a esta edad, las niñas y los niños dibujen una figura humana con 4 o 6 partes del cuerpo<sup>285</sup>.

## ¿Por qué es importante la función simbólica para el desarrollo de las niñas y los niños?

Las niñas y los niños que desarrollan la función simbólica de acuerdo a su edad:

- Pueden colocarse en diferentes situaciones, de esta manera la función simbólica les ayuda a interiorizar las reglas de distintos contextos sociales y favorece el logro de la *regulación de emociones y comportamientos*<sup>286</sup>.
- Desarrollan otras capacidades cognitivas y mayores habilidades para aprender matemáticas<sup>287,288</sup>.

## ¿Cuál es el impacto de la función simbólica en el desarrollo de la persona?

Esta capacidad es fundamental para lograr la comprensión lectora y para la escritura<sup>289</sup>, así como para entender y utilizar las matemáticas de manera eficiente<sup>290</sup>. Estas habilidades son necesarias para desempeñarse satisfactoriamente en ámbitos académicos durante la adolescencia y adultez.

Desarrollar la función simbólica durante la primera infancia es fundamental para el desarrollo socioemocional y cognitivo de las personas a lo largo de la vida.



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social  
© Todos los derechos reservados

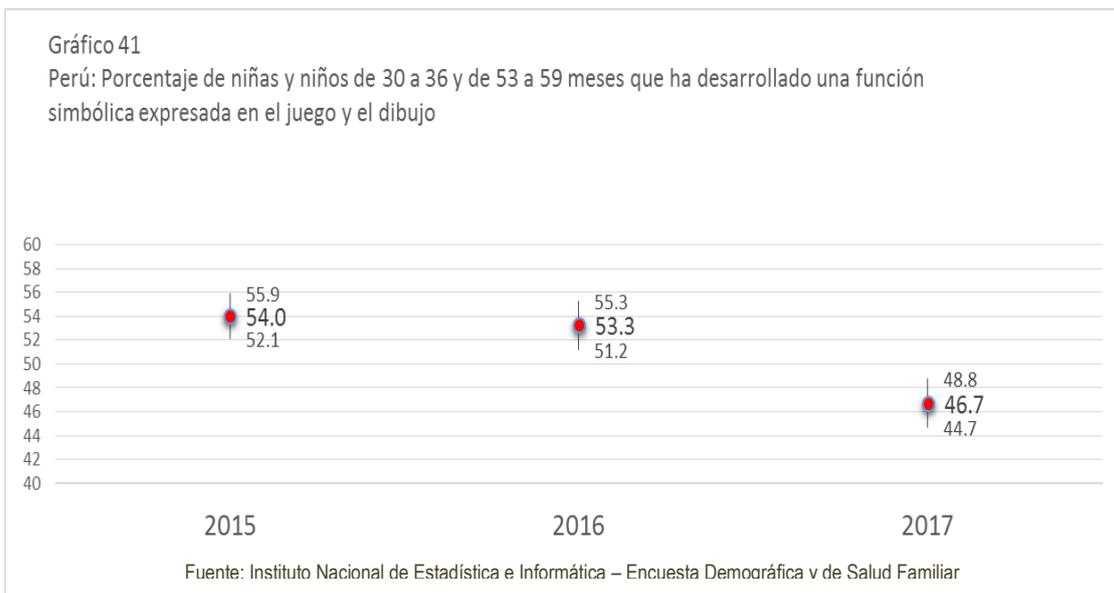
### ¿Cuáles son los indicadores nacionales de la función simbólica para las niñas y los niños en el Perú?

En el marco de los Lineamientos de la Política Primero la Infancia (DS 010-2016-MIDIS) el indicador para medir el resultado *Función simbólica* es el porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo.

De acuerdo al reporte de las madres, aproximadamente el 50% de las niñas y los niños de 30 a 36 meses y de 53 a 59 meses, han desarrollado una adecuada capacidad para representar sus vivencias y evocar en su mente objetos que no están presentes y acontecimientos pasados en los años 2015, 2016 y 2017.

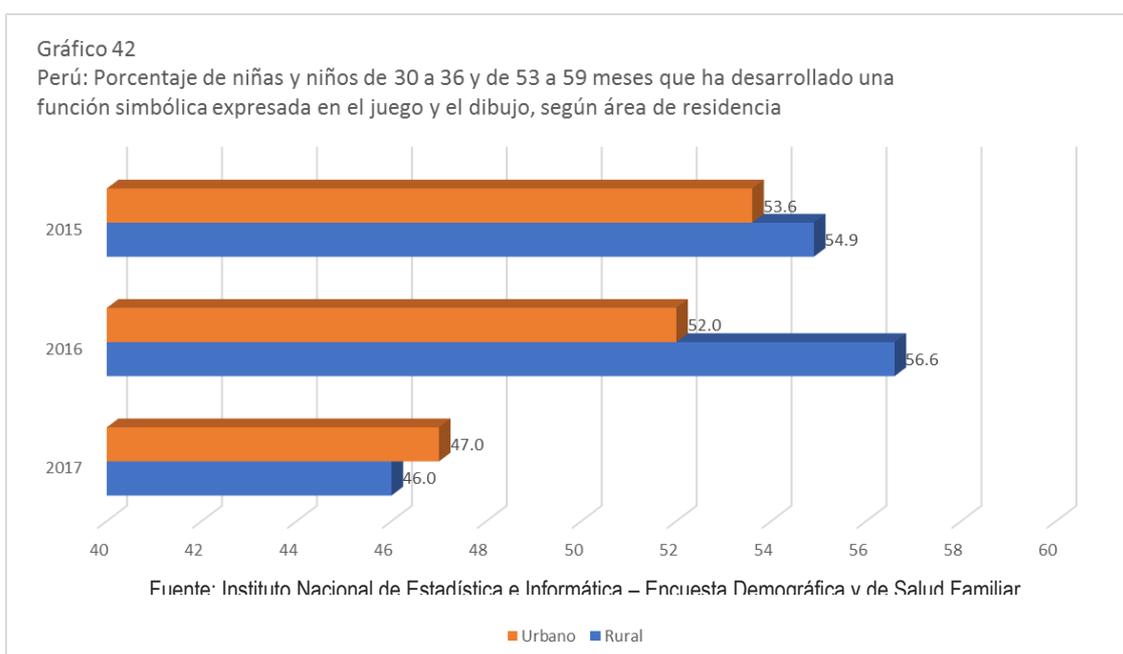
Tal como se observa en el Gráfico 41, el porcentaje de niñas y niños entre 2 y 5 años de edad que lograron la función simbólica según su edad entre el 2015 y 2017 se encuentra entre el 54% y 46.7%, según el reporte de las madres. Puede observarse además, que existe una ligera tendencia hacia la disminución de este porcentaje. Si bien no existen mediciones de este

resultado o semejantes en otros países de la región, llama la atención que los porcentajes de logro de esta capacidad sean tan bajos.



En los tres años evaluados, las niñas y los niños de zonas urbanas y rurales representan sus vivencias y evocan en su mente objetos que no están presentes y acontecimientos pasados en proporciones semejantes, de acuerdo al reporte de las madres.

Así también, el Gráfico 42 muestra que, en los tres años evaluados, el porcentaje de niñas y niños que lograron la función simbólica en las zonas urbanas y rurales es semejante.

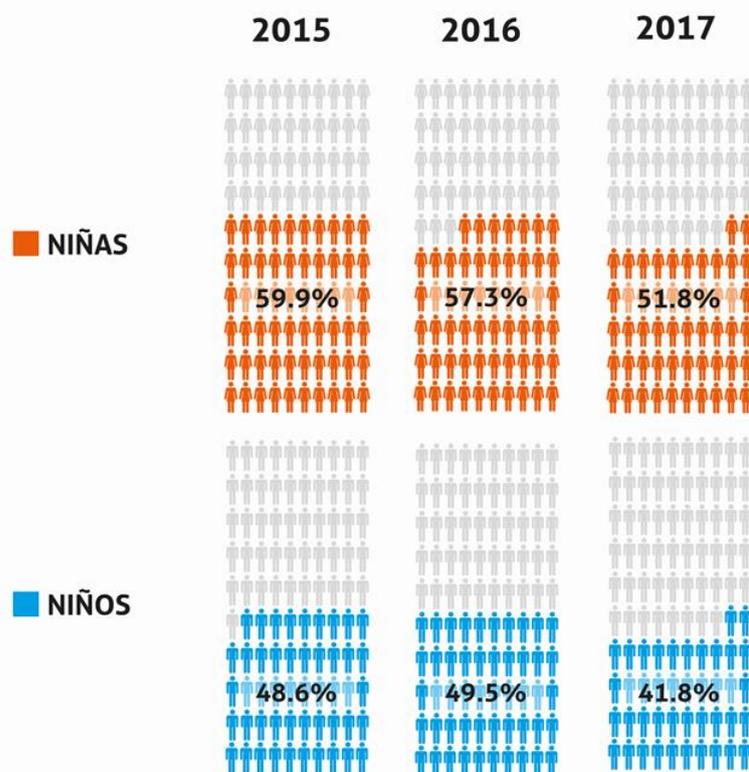


Durante los tres años evaluados, las niñas tuvieron una mayor capacidad para representar sus vivencias y evocar en su mente objetos que no están presentes y acontecimientos pasados en comparación a los niños, según el reporte de las madres.

Finalmente, el Gráfico 43 muestra que las mujeres lograron la función simbólica en mayor proporción que los varones durante los tres años evaluados, según el reporte de las madres. Al respecto, la literatura señala que las niñas suelen desarrollar el lenguaje, el cual es una manifestación de la función simbólica, de manera más temprana que los niños<sup>291</sup>. El desarrollo de habilidades lingüísticas les permite a las niñas jugar de forma más imaginativa, utilizando más palabras como recursos para generar historias y adoptando roles más complejos durante el juego<sup>292</sup>. Asimismo, la evidencia señala también que las madres y padres de familia suelen tener actitudes más favorables hacia el juego simbólico cuando este es llevado a cabo por sus hijas mujeres en comparación a cuando es realizado por sus hijos varones<sup>293</sup>. Lo anterior puede implicar que desde las mismas figuras parentales se fomente la función simbólica de manera diferenciada según el sexo de la niña o el niño.

Gráfico 43

Perú: Porcentaje de niños y niñas de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo, según sexo.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

### ¿Qué factores se asocian a la función simbólica de las niñas y los niños?

La literatura revisada señala que la función simbólica de las niñas y los niños se relaciona con factores tanto de la madre como de la niña o el niño, así como con algunas características de su entorno inmediato.

En relación a los factores asociados vinculados a la madre, podemos mencionar el nivel educativo. Las hijas y los hijos de madres con menor nivel de educación, tienen mayor probabilidad de tener dificultades para desarrollar su capacidad para simbolizar objetos y situaciones. En esta línea, se observa que las madres con menor nivel educativo tienden a utilizar metáforas y lenguaje simbólico en menor medida que sus pares con mayor nivel de educación; asimismo, son menos propensas a involucrar a sus hijas o hijos en actividades que estimulen su función simbólica, como por ejemplo contarles historias<sup>294</sup>.

Por otro lado, el maltrato físico o psicológico es un factor asociado vinculado a la niña o el niño. Dicho maltrato suele evidenciarse en las niñas y los niños a nivel del juego y dibujo, los cuales son manifestaciones de la función simbólica. En ese sentido, aquellas niñas y aquellos niños que han sido violentadas o violentados suelen plasmar en sus dibujos contenidos menos imaginativos y más centrados en la representación de las situaciones de maltrato vividas<sup>295,296</sup>. Asimismo, las características de sus dibujos pueden evidenciar distorsiones en el esquema corporal de las figuras dibujadas, así como la desorganización general del dibujo<sup>297</sup>. Más aún, las niñas y los niños que han sido violentadas o violentados tienden a involucrarse en menor medida en juegos simbólicos que sus pares no maltratadas o maltratados. Así también, tienden a contar con dificultades para usar juguetes y objetos para representar acontecimientos de la vida diaria, así como para utilizarlos de manera imaginativa<sup>298</sup>. Es importante mencionar que las consecuencias en la función simbólica y otras capacidades cognitivas de las niñas y los niños que han experimentado maltrato físico o psicológico suelen perdurar a corto y largo plazo<sup>299</sup>

Respecto al entorno, podemos mencionar como factores asociados el nivel socioeconómico del hogar y el acceso a materiales de juego estructurados y no estructurados. Debido a dificultades económicas, las familias que viven en situación de pobreza o con menores recursos financieros podrían ver significativamente limitada la posibilidad de brindar a la niña o el niño un entorno enriquecedor en el cual pueda desarrollar adecuadamente la función simbólica. En ese sentido, se ha encontrado que el menor nivel socioeconómico, se asocia con una menor capacidad de las niñas y los niños para comprender la asociación de imágenes o símbolos con sus referentes reales, una manifestación de la función simbólica<sup>300</sup>.

Adicionalmente, se sabe que, a partir de los 3 años de edad, es de gran relevancia que el entorno provea los materiales necesarios para que las niñas y los niños desarrollen la función simbólica a través del juego<sup>301</sup>. Esto es posible gracias al uso de distintos materiales de juego estructurados, como pelotas, rompecabezas, muñecos, carros así como materiales de juego no estructurados, como lápices, papeles, plastilinas, objetos de la casa (ollas, botellas de plástico) y objetos de origen natural (conchas, palitos, plantas).

## ¿Cuáles son los factores asociados a la función simbólica de las niñas y los niños en el Perú?

Durante los tres años evaluados, no se han encontrado factores asociados a la capacidad de las niñas y los niños para representar sus vivencias y evocar en su mente objetos que no están presentes y acontecimientos pasados, según el reporte de las madres.

El resultado *Función simbólica*, tal como se observa en la Tabla 9, no cuenta con ningún factor asociado con el que tenga correlaciones significativas y mayores a .10 durante los tres años de evaluación, ni tampoco durante al menos uno de los años de evaluación.

Por el contrario, el resultado presenta correlaciones significativas y nulas con el factor *Nivel educativo de la madre*, el factor *Maltrato físico y psicológico a la niña o niño* y el factor *Material favorecedor de función simbólica*. Esto significa que la capacidad de las niñas y los niños para representar sus vivencias no se encuentra asociada al nivel de educación materna ni a las experiencias de maltrato de las niñas o los niños y a la tenencia de materiales favorecedores de dicha capacidad.

Tabla 9

Correlaciones entre el resultado Función simbólica y sus factores teóricamente asociados, en los años 2015, 2016 y 2017

Factores asociados	2015	2016	2017
<b>Características sociodemográficas de la madre</b>			
Nivel de educación	.084**	.074**	.066*
<b>Maltrato de los padres</b>			
Maltrato físico o psicológico a la niña o niño	-.043*	-.047*	-.069**
<b>Entorno físico o psicológico a la niña o niño</b>			
Nivel socioeconómico del hogar	.064**	.027	.047*
Material favorecedor de función simbólica	.042*	.067*	.078**

\*sig. < .05 \*\*sig. < .001

## **¿Qué se puede concluir sobre la función simbólica de las niñas y los niños en el Perú y que implicancias tienen los resultados obtenidos?**

- Se ha encontrado que aproximadamente la mitad de las niñas y los niños evaluados entre el 2015 y 2017 no han logrado una adecuada función simbólica, según el reporte materno. Esto implicaría una gran desventaja para aquellas niñas y aquellos niños, quienes podrían contar con mayores dificultades para desempeñarse satisfactoriamente en la educación formal. En ese sentido, la intervención temprana a nivel de función simbólica debería ser prioritaria.
- Estos resultados llaman la atención y podrían estar relacionados a la complejidad de la medición de la función simbólica, en este caso, la medición a través del Módulo DIT ENDES supone la observación activa del juego y dibujo de las niñas y los niños por parte de sus madres lo cual podría ser una condición difícil de cumplir para la mayoría de las madres. En ese sentido, se sugiere la revisión de la forma de medir este resultado.
- Los datos obtenidos revelan que las niñas logran en mayor medida la función simbólica en comparación a los niños, esto indicaría que la intervención debería ser implementada con especial énfasis para los niños del contexto peruano.
- Considerando que no se encontró diferencia en la función simbólica entre las zonas urbanas y rurales, la intervención tendría que realizarse en ambas regiones con la misma cobertura.
- No se encuentran factores asociados a la capacidad de las niñas y los niños para representar las propias vivencias y evocar en su mente objetos que no están presentes y acontecimientos pasados.

## CONCLUSIONES

- Los Lineamientos de Política Primero la Infancia requieren de una herramienta de medición que cumpla con dos finalidades. En primer lugar, tener una **caracterización de los resultados del DIT para identificar el estado de los aspectos priorizados del desarrollo de la primera infancia**, así como también para **identificar grupos poblacionales que necesiten una intervención más focalizada**. En segundo lugar, la herramienta debe brindar **evidencia acerca de los factores sobre los cuales se debe intervenir** para lograr la mejora de todos los resultados DIT en el contexto peruano, esta necesidad surge debido a que si bien las evidencias internacionales identifican factores asociados sobre los cuales una intervención podría ser más eficaz dada su estrecha relación con el logro del resultado DIT, es importante contar con evidencia empírica en el contexto peruano de estas asociaciones para tener mayor certeza de la eficacia de las intervenciones a realizar. El **Módulo DIT ENDES** es una herramienta que fue **creada para cubrir las dos finalidades mencionadas**.
- El diseño del Módulo DIT ENDES siguió un **riguroso proceso de revisión teórica y de adaptación del lenguaje** utilizado en las preguntas con la finalidad de que pueda ser fácilmente entendido por las madres de todo el país. Además, en la construcción de la herramienta, se desarrolló un **proceso de validación en el cual se compararon los resultados obtenidos por el Módulo DIT ENDES con los resultados que podrían obtenerse de otras pruebas que medían los mismos aspectos del desarrollo**. Los resultados de este proceso de validación demostraron que la **medición de los resultados Comunicación verbal efectiva, Camina solo y Función simbólica eran los más fuertes**. Con esto, se logró tener una herramienta de relativa sencillez que puede ser aplicada por personas con el perfil del personal de campo de la ENDES que hayan seguido un entrenamiento sobre la misma.
- A pesar de estas ventajas, y de haber demostrado validez en especial para algunos de sus indicadores, la **limitación del Módulo DIT ENDES** es que la medición del DIT se da a través del **reporte materno**, en ese sentido las respuestas están basadas en el conocimiento que tenga la madre sobre las conductas de su hija o hijo, en su capacidad de observación y en la posible deseabilidad social que suscite. Por ello, se considera que esta medición es una **aproximación estandarizada al DIT a nivel nacional** que requeriría ser complementada con mediciones de observación directa de la conducta de la niña o el niño para tener un diagnóstico más fino del DIT.
- En esta publicación, para cubrir la totalidad de los resultados DIT considerados en los lineamientos Primero la Infancia, los resultados del Módulo DIT ENDES han sido **complementados con los indicadores que se obtienen de otras secciones de la ENDES** especialmente los referidos a los

resultados *Nacimiento saludable y Adecuado estado nutricional* y para los factores asociados que son medidos por la encuesta como parte de su aproximación a la salud familiar y su caracterización demográfica. Es importante destacar que, de estos aspectos evaluados, el resultado *Adecuado estado nutricional* es el único que se basa en la medición directa y estandarizada de las y los niños mientras que los otros también se basan en el reporte materno.

- Es así que, el **Módulo DIT ENDES complementado con otras áreas de la ENDES**, permiten tener una aproximación a la caracterización del DIT a nivel nacional y por área de residencia e identificar los factores asociados, de tal manera que pueda ser una **herramienta para una eficiente toma de decisiones a favor del DIT en el marco de los lineamientos Primero la Infancia**.
- Los resultados obtenidos en los tres años de evaluación (2015-2017), indican que el **Adecuado estado nutricional es el que obtuvo los más bajos niveles de logro** dado que un poco menos del 50% de las niñas y niños peruanos no logran tener una adecuada talla para su edad y un nivel adecuado de hemoglobina. De ambos indicadores, el que se encuentra **especialmente bajo es el nivel de hemoglobina**. Estos resultados ratifican la necesidad de que la política nacional continúe realizando esfuerzos para evitar la anemia de las y los niños, en especial en las zonas rurales y con un mayor énfasis en los niños varones sin descuidar las intervenciones dirigidas a las niñas. Los hallazgos confirman que las poblaciones con mayor vulnerabilidad social requieren intervenciones más intensivas.
- Sin embargo y atendiendo a la multidimensionalidad del DIT, los resultados obtenidos muestran la importancia de otros aspectos del desarrollo de las niñas y los niños que requieren ser intervenidos. Es así que el **siguiente indicador con menor nivel de logro es el de *Función simbólica***. En este caso, aproximadamente la mitad de las y los niños han logrado esta función de acuerdo al reporte de sus madres, los indicadores son semejantes para las zonas urbanas y rurales mientras que muestran ser más altos en las niñas respecto a los niños. El resultado DIT de *Función simbólica* alude a la **capacidad que adquieren las niñas y los niños para representar sus propias vivencias y evocar en su mente tanto objetos ausentes como acontecimientos pasados**. Esta capacidad de abstracción es fundamental para el desarrollo posterior de la persona y tiene varias manifestaciones. Una de ellas es la calidad del juego de las niñas y los niños; cuando los niños juegan, ellas y ellos procesan el conocimiento del mundo que van adquiriendo, por ello, el juego complejo y elaborado es un indicativo de que su comprensión de las cosas y situaciones es mejor. Al mismo tiempo, tener la posibilidad de jugar, brinda a las niñas y los niños el espacio requerido para ir complejizando su comprensión del medio. Otra manifestación de la función simbólica es el dibujo dado que cuando la niña o el niño dibuja un objeto, tiene que recurrir a la representación mental que tiene de ese objeto y luego plasmarlo en su dibujo; si bien la coordinación de las manos y dedos van a ayudar a

una mejor representación de los objetos, la función simbólica alude a los elementos representados del objeto más que a la calidad de los trazos. Por estas razones, durante la infancia la provisión de espacios para el juego y el dibujo es una herramienta de intervención. Los resultados obtenidos mostrarían que **en el país se requieren realizar intervenciones que valoricen el juego como una actividad central para el desarrollo en la primera infancia y que además se brinden espacios para el mismo tanto en la educación formal, en los espacios de cuidado y en los hogares.**

La validación del Módulo estaría mostrando que efectivamente las y los niños evaluados en el Módulo DIT ENDES tienen resultados semejantes a los que se obtendrían en otras pruebas que miden función simbólica; sin embargo, **llama la atención que los valores de logro a nivel nacional sean tan bajos. Estos podrían explicarse a partir de la capacidad que han tenido las madres para reportar la naturaleza del juego o del dibujo de sus hijas o hijos** por lo que sería importante realizar mediciones más complejas de esta capacidad. Esta posible limitación no disminuye la importancia de las intervenciones sobre esta área.

- Otro de los resultados DIT que ha obtenido un logro relativamente bajo es el de **Apego seguro**, sin embargo, se debe tomar en cuenta que este porcentaje sería semejante al obtenido a nivel internacional. Dada la importancia del logro de un apego seguro para el desarrollo de la persona y por ello de la detección temprana de ciertos indicadores de la relación madre-hijo que no estarían llevando a la consolidación de un apego seguro, es importante que **la política nacional a favor de la infancia realice intervenciones que estén dirigidas a su mejora.** En ese sentido, los hallazgos han demostrado que **la sensibilidad de la madre o del cuidador principal sería el foco de estas intervenciones de manera universal es decir para zonas urbanas y rurales, para las madres de niñas o niños, aunque con mayor énfasis en las madres más jóvenes y con menor nivel de instrucción.** La temprana intervención en esta área es crucial debido a que la mejora de la calidad del cuidado de las niñas y los niños tiene un gran impacto en la formación del niño y en su posterior desempeño en casi todas las áreas del desarrollo.
- En cuanto al resultado de **Comunicación verbal efectiva**, la capacidad comunicacional de las y los niños es un dominio del desarrollo importante por sí mismo, así como para el logro de otras habilidades. Por ello, y **a pesar de que el logro de las mismas no es tan bajo en la población peruana, sería necesario que se realicen intervenciones en zonas urbanas y rurales y en especial, aunque no exclusivamente, dirigidas a los niños varones.** La literatura reporta diversas intervenciones, sin embargo, los hallazgos obtenidos indican que **el material que pueda favorecer la comunicación en casa, sería un aspecto importante para complementar otras intervenciones que puedan desarrollarse.**

- En relación al resultado **Nacimiento saludable**, se observa de manera interesante que la mayor dificultad se encuentra en la edad gestacional, es decir, de acuerdo al reporte materno, **menos niñas y niños pueden completar los nueve meses del embarazo comparado con el número de niñas y niños que tienen un adecuado peso al nacer**. Tal como se ha mencionado, estos indicadores podrían tener las limitaciones derivadas de su medición a partir del reporte materno por lo que pueden ser tomados como un dato aproximado al real, sin embargo, dan luces del estado de nacimiento de las y los niños peruanos. Al considerar las intervenciones, **la realización de seis controles prenatales como mínimo, así como el grupo de madres de menor nivel socioeconómico y los partos múltiples serán algunos de los aspectos a considerar para las intervenciones a realizar o continuar realizando**.
- El resultado **Regulación de emociones y comportamientos** es un resultado que tiene un porcentaje de logro mayor al 80% en los tres años evaluados. Las intervenciones destinadas a fortalecer este resultado deberían **enfaticar la atención al estado emocional de la madre o del cuidador principal** dado que tanto las evidencias internacionales como los resultados empíricos de este estudio, muestran que cuando las madres tienen alguna sintomatología depresiva o es víctima de violencia por parte de su pareja, la capacidad de las y los niños para regular sus emociones y comportamientos en situaciones de frustración se ve disminuida. Sin embargo, se debe considerar que esta es una de las áreas que ha recibido menor evidencia en el proceso de validación del Módulo DIT ENDES por lo que **su medición requiere ser fortalecida a fin de confirmar estos resultados iniciales**.
- El resultado **Camina solo** es el que obtiene el mejor indicador de los resultados DIT medidos, en ese sentido y si bien pueden considerarse uno de los puntos fuertes del DIT de las y los niños peruanos, es importante **enfaticar en las intervenciones que promueven el desarrollo postural autónomo de las y los niños desde el inicio de la vida con la finalidad de lograr que, entre los 15 y 18 meses, puedan caminar de forma estable y con independencia**. Estas intervenciones podrían ser **más intensivas** en los sectores que tienen **menores niveles de educación y socioeconómico y en aquellos hogares en los que no se cuenta con piso firme y seguro**.
- Es importante considerar que **todas las relaciones halladas entre el logro de los resultados DIT y de los factores medidos, han sido de magnitud débil** lo cual implica que si bien son factores asociados a un buen desarrollo infantil, no son los únicos factores a considerar en las intervenciones. Por ello, parte de la agenda a futuro sería investigar sobre factores que tengan una asociación mayor con el logro de los resultados DIT.

- Tal como se evidencia en los resultados, los factores asociados se refieren principalmente a aspectos de la madre, sin embargo, en un país **como el Perú, muchas veces el cuidado de las y los niños se encuentra a cargo de otros cuidadores familiares y no familiares** lo cual es importante considerar al momento de realizar las investigaciones e intervenciones dirigidas a la primera infancia.
- Finalmente, es importante recalcar en la **integralidad del desarrollo en la primera infancia** lo cual nos lleva a la **necesidad de intervenir en todos los dominios o resultados DIT** lo cual terminará capitalizando el desarrollo de las y los niños de manera que se logre la visión de las y los mismos planteada por los lineamientos Primero la Infancia. Al mismo tiempo considerar que esta integralidad del DIT lleva a la **necesidad del compromiso de todos los sectores estatales y no estatales** con la finalidad de la primacía del interés de la niña o el niño en todas las decisiones que la familia, el estado y la sociedad puedan tomar.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### FICHA TÉCNICA

#### ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2015 - 2017

---

##### I. FINALIDAD

Generar información estadística sobre la dinámica demográfica y el estado de la primera infancia en el Perú, que facilite la implementación de políticas, acciones y estrategias que garanticen el desarrollo saludable de las niñas y los niños peruanos por parte las autoridades públicas y la sociedad civil.

##### II. OBJETIVO

Proveer información actualizada sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y los niños menores de cinco años, que permita estimar los indicadores identificados en los Programas Presupuestales, en el marco de la estrategia Nacional de Presupuesto por Resultado (PpR); así como para la evaluación y formulación de los programas de población y salud familiar en el país.

##### III. PERIODO DE EJECUCIÓN

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) incluyó la aplicación del Módulo de Desarrollo Infantil Temprano Versión 1, el cual ha formado parte de la ENDES durante los años 2015, 2016 y 2017.

##### IV. POBLACIÓN OBJETIVO:

- Los hogares particulares y sus miembros, personas que son residentes habituales y aquellas que no siendo residentes pernoctaron en la vivienda la noche anterior al día de la entrevista.
- Todas las mujeres de 15 a 49 años de edad y los niños menores de 5 años.
- Una persona de 15 años a más de edad por cada hogar particular.
- Todas las niñas y los niños menores de 12 años.

##### V. DISEÑO MUESTRAL 2015-2017

###### 5.1 Antecedentes

Ante la culminación de la muestra maestra para el periodo 2012-2014, fue necesario evaluar este diseño y desarrollar otro diseño muestral para el periodo 2015-2017.

Una de las debilidades a superar del diseño 2012-2014 fue la variabilidad observada en la estimación de los indicadores básicos como desnutrición crónica, anemia etc. a nivel de los departamentos predominantemente urbanos y regiones naturales, como la región Costa, dominios no previstos con sus respectivos niveles de inferencia, pero obtenidos como subproducto de las estimaciones departamentales.

Con la finalidad de estimar con mayor precisión los indicadores principales de la encuesta, se propuso un nuevo diseño muestral a partir del año 2015, previo a ello se realizó una prueba piloto durante el segundo semestre del año 2014, donde se aplicó el muestreo equilibrado. A este tipo de muestreo se le conoce también como el método del cubo, el cual permite obtener

muestras con estimaciones de totales aproximadamente iguales a las características de la población objetivo de la encuesta y replica la estructura poblacional dentro de la muestra seleccionada considerando los grupos de edad, sexo y otras variables de equilibrio.

#### **Características técnicas del nuevo diseño:**

- Mejora la cobertura de la población objetivo.
- Existe mayor dispersión de la muestra.
- El número de viviendas seleccionadas en el conglomerado son iguales en los departamentos a nivel urbano y rural.
- Requiere una actualización cartográfica y de registro de viviendas de manera continua para obtener información de sexo y edad de los residentes, que permita una adecuada selección de viviendas que contenga la población objetivo de la encuesta.
- Mejora las estimaciones y precisiones estadísticas de los indicadores.
- La Unidad Primaria de Muestreo (conglomerado) se selecciona con probabilidad proporcional al tamaño, en términos de su peso en viviendas ocupadas empleando el muestreo sistemático aleatorio del marco SISFOH 2012-2013 y la Unidad Secundaria de muestreo (viviendas) se selecciona del registro de viviendas aplicando el muestreo equilibrado considerando las variables: niñas y niños menores de 5 años, mujeres en edad fértil, etc.
- Para el ajuste de los factores de ponderación se utiliza la información auxiliar recopilada en la etapa de registro de viviendas.

#### **5.2 Marco Muestral**

El marco muestral, para la selección de la muestra, lo constituye la información estadística y cartográfica proveniente de los Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda del año 2007 y la Actualización SISFOH 2012-2013, y el material cartográfico actualizado para tal fin en el proceso de actualización cartográfica realizado para la ejecución de la ENDES.

#### **5.3 Unidades de Muestreo**

- En el Área Urbana: El Conglomerado y la Vivienda Particular
- En el Área Rural: El Área de Empadronamiento Rural y la Vivienda Particular.

#### **5.4 Tipo de Muestra**

La muestra se caracteriza por ser bietápica, probabilística de **tipo equilibrado**, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área Urbana y Rural.

#### **5.5 Tamaño Muestral**

El tamaño de la muestra anual de la ENDES 2015-2017, fue de 35 mil 910 viviendas, correspondiendo:

- 14 160 viviendas al área sede (capitales de departamento y los 43 distritos que conforman la Provincia de Lima).
- 9 300 viviendas al resto Urbano
- 12 450 viviendas al área rural.

## **5.6 Distribución de la muestra**

La distribución de la muestra de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar para el periodo 2015-2017, fue estimada previa evaluación de los resultados obtenidos con la implementación de las encuestas ENDES ejecutadas en los periodos 2009 a 2011 y 2012 a 2014 y los lineamientos del tipo de diseño previamente establecidos para este fin.

Estos lineamientos enfatizan que la muestra se constituya en la muestra maestra con tres años de horizonte, del 2015 al 2017. Asimismo, la muestra está constituida por cuatro submuestras semestrales.

Los detalles y características de la muestra se presentan a continuación:

**PERÚ: TAMAÑO DE LA MUESTRA ANUAL DE CONGLOMERADOS Y VIVIENDAS  
POR ÁMBITO, SEGÚN DEPARTAMENTO**

Región	Total de conglomerados	Conglomerados			Total de viviendas	Viviendas			Número de Viviendas por Conglomerado		
		Sede	Resto Urbano	Rural		Sede	Resto Urbano	Rural	Sede	Resto Urbano	Rural
<b>Perú</b>	<b>3 175</b>	<b>1 415</b>	<b>930</b>	<b>830</b>	<b>35 910</b>	<b>14 160</b>	<b>9 300</b>	<b>12 450</b>			
Amazonas	119	14	43	62	1 500	140	430	930	10	10	15
Ancash	110	52	18	40	1 300	520	180	600	10	10	15
Apurímac	102	18	28	56	1 300	180	280	840	10	10	15
Arequipa	124	87	25	12	1 300	870	250	180	10	10	15
Ayacucho	125	40	35	50	1 500	400	350	750	10	10	15
Cajamarca	99	15	22	62	1 300	150	220	930	10	10	15
Provincia Constitucional del Callao	130	130	0	0	1 300	1 300	0	0	10	0	0
Cusco	107	36	25	46	1 300	360	250	690	10	10	15
Huancavelica	96	13	15	68	1 300	130	150	1 020	10	10	15
Huánuco	118	28	26	64	1 500	280	260	960	10	10	15
Ica	125	33	82	10	1 300	330	820	150	10	10	15
Junín	114	34	48	32	1 300	340	480	480	10	10	15
La Libertad	118	54	40	24	1 300	540	400	360	10	10	15
Lambayeque	122	56	50	16	1 300	560	500	240	10	10	15
Provincia de Lima 1/	280	280	0	0	2 810	2 810	0	0	10	0	0
Región Lima 2/	117	0	91	26	1 300	0	910	390	0	10	15
Loreto	114	55	27	32	1 300	550	270	480	10	10	15
Madre de Dios	117	70	21	26	1 300	700	210	390	10	10	15
Moquegua	121	50	53	18	1 300	500	530	270	10	10	15
Pasco	113	33	46	34	1 300	330	460	510	10	10	15
Piura	119	30	67	22	1 300	300	670	330	10	10	15
Puno	104	11	41	52	1 300	110	410	780	10	10	15
San Martín	114	33	49	32	1 300	330	490	480	10	10	15
Tacna	123	104	5	14	1 300	1 040	50	210	10	10	15
Tumbes	125	57	58	10	1 300	570	580	150	10	10	15
Ucayali	119	82	15	22	1 300	820	150	330	10	10	15

Nota: Conglomerados de Sede, comprende a aquellos seleccionados en las capitales de departamento y la provincia de Lima.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias de: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.



**PERÚ: TAMAÑO DE LA MUESTRA SEMESTRAL DE CONGLOMERADOS  
POR ÁMBITO, SEGÚN DEPARTAMENTO**

Región	Total	Primer semestre			Total	Segundo semestre		
		Sede	Resto Urbano	Rural		Sede	Resto Urbano	Rural
<b>Perú</b>	<b>1 586</b>	<b>706</b>	<b>475</b>	<b>405</b>	<b>1 589</b>	<b>709</b>	<b>455</b>	<b>425</b>
Amazonas	60	7	24	29	59	7	19	33
Ancash	54	26	8	20	56	26	10	20
Apurímac	50	9	14	27	52	9	14	29
Arequipa	62	44	12	6	62	43	13	6
Ayacucho	63	20	16	27	62	20	19	23
Cajamarca	50	9	12	29	49	6	10	33
Provincia Constitucional del Callao	66	66	0	0	64	64		
Cusco	53	18	10	25	54	18	15	21
Huancavelica	47	7	5	35	49	6	10	33
Huánuco	60	17	13	30	58	11	13	34
Ica	62	15	43	4	63	18	39	6
Junín	57	18	25	14	57	16	23	18
La Libertad	60	26	20	14	58	28	20	10
Lambayeque	59	27	26	6	63	29	24	10
Provincia de Lima 1/	142	142	0	0	138	138		
Región Lima 2/	57	0	46	11	60		45	15
Loreto	58	27	14	17	56	28	13	15
Madre de Dios	57	35	11	11	60	35	10	15
Moquegua	62	25	28	9	59	25	25	9
Pasco	55	18	21	16	58	15	25	18
Piura	61	15	34	12	58	15	33	10
Puno	52	5	23	24	52	6	18	28
San Martín	57	11	29	17	57	22	20	15
Tacna	61	51	4	6	62	53	1	8
Tumbes	63	29	28	6	62	28	30	4
Ucayali	58	39	9	10	61	43	6	12

Nota: Conglomerados de Sede, comprende a aquellos seleccionados en las capitales de departamento y la provincia de Lima.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias de: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Por otro lado, la distribución de las submuestras de la muestra maestra se presenta en el siguiente cuadro, donde se muestra las submuestras panel de conglomerados en dos semestres continuos, no involucra las mismas viviendas, estas son selecciones independientes de viviendas por semestre y año, al mantener la muestra fija de conglomerados se garantiza la estabilidad de los indicadores de un año a otro próximo:

**PERÚ: DISTRIBUCIÓN DE LAS SUB MUESTRAS DE LA MUESTRA MAESTRA,  
ENDES 2015-2017**

Tamaño de la submuestra		Año y Semestre					
		2015		2016		2017	
		Primero	Segundo	Primero	Segundo	Primero	Segundo
A	1 586	A		A		A	
B	1 589		B		B		B
<b>Total</b>	<b>3 175</b>	<b>3 175</b>		<b>3 175</b>		<b>3 175</b>	

**5.7 Niveles de Inferencia:**

La muestra anual de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, es una muestra diseñada para dar estimaciones representativas, en los siguientes dominios:

- **Mensual**
  - Nacional para algunos indicadores
  
- **Semestral**
  - Nacional
  - Nacional Urbano
  - Nacional Rural
  - Región Natural: Lima Metropolitana, Costa, Sierra y Selva.
  
- **Anual**
  - Nacional
  - Nacional Urbano
  - Nacional Rural
  - Región Natural: Lima Metropolitana, Costa, Sierra y Selva.
  - Cada uno de las 24 regiones del país y la Provincia Constitucional del Callao.
  
- **Módulo DIT**
  - Nacional
  - Nacional Urbano
  - Nacional Rural
  - Región Natural: Lima Metropolitana, Costa, Sierra y Selva

**VI. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS**

**6.1 Unidad de Investigación:**

La unidad de investigación de la encuesta está constituida por:

- Los residentes habituales de viviendas particulares de áreas urbanas y rurales del país que hayan pernoctado la noche anterior, a la encuesta, en la vivienda seleccionada.

Se excluye de la encuesta a:

- Los residentes habituales que no hayan pernoctado la noche anterior a la encuesta en la vivienda seleccionada.
- Visitantes que pasaron la noche anterior al día de la encuesta en la vivienda seleccionada.

## **6.2 Temas investigados:**

En la ENDES, se aplican tres cuestionarios, el Cuestionario del Hogar, el Cuestionario de Salud que es aplicado a una persona de 15 años a más de edad y el Cuestionario Individual de la Mujer, que se aplica a todas las mujeres en edad fértil, es decir, de 15 a 49 años de edad.

La cobertura temática por tipo de cuestionario es la siguiente:

### **A. Cuestionario del Hogar:**

- Características: demográficas, salud (acceso al seguro de salud), económicas, discapacidad, educativas de los miembros del hogar.
- Características básicas de la vivienda: Servicios básicos (agua, desagüe y alumbrado), equipamiento del hogar, estructurales (piso, paredes y techo).
- Programas sociales No Alimentarios: Programa BECA 18, Programa Nacional TRABAJA PERU, Programa JUNTOS y Programa PENSIÓN 65.
- Programas Sociales Alimentarios: Programa Social Vaso de Leche, Programa Social Comedor Popular, Programa Social Wawa wasi/Cuna Más y Programa Social Qali Warma.
- Registro de la medición antropométrica (peso y talla) en niños y mujeres en edad fértil.
- Registro de los niveles de hemoglobina.
- Prueba de Yodo en la Sal y Prueba de Cloro Residual en el Agua.

### **B. Cuestionario Individual de la Mujer:**

- Características demográficas y sociales
- Historia reproductiva
- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
- Atención pre-natal, asistencia del parto y atención puerperal
- Embarazo y lactancia
- Inmunización
- Prevalencia de IRA y EDA
- **Desarrollo Infantil Temprano**
- Nupcialidad
- Preferencia de fecundidad
- Experiencia laboral
- Conocimientos y actitudes respecto al SIDA y otras ITS
- Mortalidad Materna
- Violencia Doméstica

### **C. Cuestionario de Salud**

- Hipertensión y Diabetes
- Factores de riesgo de las Enfermedades No transmisibles
- Salud Ocular y Bucal en Adultos
- Prevención y Control de Cáncer
- Tuberculosis
- VIH / SIDA
- Salud Mental en Adultos
- Salud, Bucal, ocular y mental en niñas y niños
- Mediciones de Antropometría y Presión Arterial

El Cuestionario Individual de la Mujer incluye el Módulo de Desarrollo Infantil Temprano Versión 1. Este consta de cuatro bloques de preguntas, cada uno de los cuales cubre un tramo de edad de acuerdo a los hitos de desarrollo para cada resultado DIT considerados en los Lineamientos de la Política “Primero la Infancia”: de 9 a 12 meses (Tramo 1), de 15 a 18 meses (Tramo 2), de 30 a 36 meses (Tramo 3) y de 53 a 59 meses (Tramo 4). El Módulo DIT brinda como resultados los indicadores de Apego seguro y de Sensibilidad materna para el tramo 1; Comunicación verbal efectiva para los tramos 1, 2 y 3; Camina solo para el tramo 2; Regulación de emociones y comportamientos para los tramos 3 y 4; y Función simbólica para los tramos 3 y 4.

Asimismo, el Módulo DIT recoge las características del entorno físico y social de las niñas y los niños asociados al logro de dichos resultados. Cabe señalar que la información concerniente a los otros dos resultados de la Política “Primero la Infancia”: Nacimiento saludable y Adecuado estado nutricional, se recogen mediante el Cuestionario del Hogar de la ENDES.

#### **6.3 Instrumentos de recolección:**

La recolección de información de cobertura en las viviendas seleccionadas, se efectúa a través de un dispositivo móvil: Tablet.

#### **6.4 Método de recolección de datos:**

El método utilizado es por ENTREVISTA DIRECTA, realizada por personal debidamente capacitado para el recojo de esta información, quienes visitan las viviendas seleccionadas para diligenciar los cuestionarios de la encuesta.

#### **6.5 Informantes:**

- **En el Cuestionario del Hogar:** El Jefe/a de Hogar, el (la) esposo/a o persona de 18 años a más.
- **En el Cuestionario Individual:** Mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años de edad.
- **En el Cuestionario de Salud:** Persona de 15 años a más de edad seleccionada en el hogar.

## **VII. FACTORES DE PONDERACIÓN**

Los factores de ponderación devuelven a las unidades de muestreo seleccionados las probabilidades desiguales de selección permitiendo recomponer la estructura de la población de referencia, al cual también se incorpora el ajuste por falta de respuesta por departamento,

área de residencia y estrato socioeconómico; garantizando así la adecuada estimación de los indicadores.

A continuación, se presenta en orden secuencial el procedimiento de elaboración de los ponderadores:

- Probabilidad de selección de los conglomerados (UPM): se calcula a partir del marco maestro de muestreo.
- Probabilidad de selección de las viviendas (USM): se calcula a partir del registro de viviendas y establecimientos.
- Probabilidad Conjunta: es el producto de las probabilidades de selección de las UPM y USM.
- Factor Básico de Muestreo: Es la inversa de la probabilidad conjunta.
  - ✓ El factor básico de muestreo se ajusta a la no respuesta de las viviendas de la encuesta.
  - ✓ A partir del factor básico de muestreo ajustado a la no respuesta de viviendas, se determina el factor hogar, mujer, niño y de cualquier población objetivo de una encuesta.

➤ **Factor Hogar (HV005)**

Es el factor básico de muestreo que ha sido ajustado a la no respuesta de viviendas y se utiliza para el cálculo de los indicadores que están relacionados al hogar, desnutrición y anemia en menores de 5 años.

En la base de datos de la ENDES se encuentra en el módulo RECH0.

➤ **Factor Mujer (V005)**

Este factor permite recomponer la estructura poblacional de las mujeres en edad fértil y está ajustado a la no respuesta, se utiliza para el cálculo de indicadores relacionados con esta población, por ejemplo: Planificación familiar de mujeres en edad fértil, parto institucional, demanda insatisfecha de planificación familiar, control prenatal, entre otros.

En la base de datos ENDES se encuentra en el módulo REC0111.

- También se consideran los factores para el módulo de salud:

➤ **Para personas de 15 años a más (PESO15\_AMAS)**

Este factor permite recomponer la estructura poblacional de las personas de 15 años a más de edad y está ajustado a la no respuesta, se utiliza para el cálculo de indicadores relacionados con esta población, por ejemplo: Hipertensión, Diabetes Mellitus, Cáncer, Obesidad, Salud ocular, Salud Bucal, entre otros.

En la base de datos ENDES-Salud, se ubica en el módulo CSALUD01.

➤ **Para niños menores de 12 (Pesomen12)**

Este factor permite recomponer la estructura poblacional de los menores de 12 años y está ajustado a la no respuesta, se utiliza para el cálculo de indicadores relacionados con esta población, como Salud Bucal y Salud Ocular.

En la base de datos ENDES-Salud, de ubica en el módulo CSALUD08.

➤ **Mortalidad y Fecundidad**

Para tener mayor robustez en la estimación de los indicadores de mortalidad y fecundidad, se unieron las bases de datos de los años 2014-2015, 2015-2016 y 2016-2017, para los años 2015, 2016 y 2017 respectivamente, debido a que la muestra anual para cada año no tiene suficientes hogares con las características demográficas siguientes: niñas y niños nacidos vivos que fallecieron antes de la encuesta y mujeres sin hijos.

## **VIII. INDICADORES OBTENIDOS**

➤ **Módulo de Desarrollo Infantil Temprano**

- Porcentaje de niñas y niños entre 9 y 12 meses de edad que tiene conductas precursoras de un apego seguro con su madre.
- Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12, de 15 a 18 y de 30 a 36 meses que tiene una comunicación verbal efectiva.
- Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12 meses que tiene una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y fonológico.
- Porcentaje de niñas y niños de 15 a 18 meses que tiene una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y pragmático.
- Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 meses que tiene una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y sintáctico.
- Porcentaje de niñas y niños de 15 a 18 meses que camina por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio.
- Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir o agredirse.
- Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 meses que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir o agredirse.
- Porcentaje de niñas y niños de 53 a 59 meses que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir o agredirse.
- Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo.
- Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo.
- Porcentaje de niñas y niños de 53 a 59 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo.

## **ANEXO 2**

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL MÓDULO DIT ENDES**

---

#### **ANTECEDENTES DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN**

En el marco del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, se ha destacado el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) como prioridad en la agenda pública, pues en los primeros cinco años de vida se define, en gran medida, la capacidad de todas las personas para desarrollarse y consolidarse en la adultez, como ciudadanas o ciudadanos responsables y beneficiosas/os para sí mismas/os, sus familias y la sociedad.

Al concebir como prioridad la mejora de la situación de la infancia en el Perú, el Gobierno planteó la necesidad de contar con Lineamientos que articulen las intervenciones del Estado a favor de la primera infancia. En el año 2013 se aprobó con Resolución Suprema N° 413-2013-PCM, la constitución de la Comisión Multisectorial con el fin de proponer los Lineamientos "Primero la Infancia" y el Plan de Acciones Integradas para el periodo 2014-2016. En el año 2014, a partir de lo planteado en los Lineamientos "Primero la Infancia", la Dirección General de Seguimiento y Evaluación (DGSE) y la Dirección General de Políticas y Estrategias (DGPE) pertenecientes al Viceministerio de Políticas y Evaluación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), comenzaron a gestionar un sistema de medición del DIT que pudiese ser incorporado en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). En este sentido, ambas direcciones iniciaron las coordinaciones con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y se aliaron con un equipo consultor especializado en primera infancia.

En noviembre del 2014, se presentó una primera versión de la propuesta del Módulo de Desarrollo Infantil Temprano (Módulo DIT), la cual incluyó la evaluación de 5 de los 7 resultados del desarrollo propuestos en los lineamientos: Apego seguro, Comunicación verbal efectiva, Caminar solo, Regulación de emociones y comportamientos y Función simbólica. Adicionalmente, se incorporó en el módulo la evaluación de las condiciones del entorno debido a su rol como factores asociados al desarrollo de las áreas mencionadas. Esta propuesta fue presentada y discutida en una serie de reuniones con los diferentes sectores involucrados en la construcción de los lineamientos, con el equipo de la DGSE y de la DGPE, así como con el equipo del INEI. Hacia fines del mes de noviembre, la versión que se tenía hasta ese momento fue aplicada en un trabajo de campo realizado en las ciudades Lima, Cusco, Puerto Maldonado y Piura con la finalidad de evaluar su funcionamiento en diferentes zonas de cuatro departamentos del Perú. El personal del INEI fue capacitado por el equipo consultor en cada zona de trabajo. Asimismo, su trabajo de campo fue supervisado por miembros del equipo de la DGSE y de la DGPE así como también por el equipo consultor. Los resultados de esta aplicación piloto permitieron realizar nuevos cambios al módulo para ajustarlo al lenguaje y condiciones de vida de las familias de las tres regiones. Adicionalmente, esta aplicación piloto permitió también que el equipo del INEI conozca mejor la propuesta y sugiera modificaciones en base a su experiencia de campo.

Una vez que estos cambios fueron incorporados y aprobados, el Módulo DIT tuvo una segunda aplicación piloto realizada en algunos distritos de Lima Metropolitana con la finalidad de probar estas modificaciones. De la misma manera que en la primera aplicación piloto, el equipo consultor realizó una capacitación a las evaluadoras del INEI y el trabajo de campo fue supervisado por miembros de la DGSE, de la DGPE y del equipo consultor.

La información cuantitativa y cualitativa recolectada en todos los momentos y de parte de todos los involucrados permitió identificar aspectos a mejorar y realizar ajustes al manual y los protocolos. Luego de estas modificaciones, en el mes de febrero del 2015 el INEI aprobó oficialmente la incorporación del Módulo DIT en la ENDES 2015. Con la finalidad de iniciar el trabajo de campo de ese año, se realizó una tercera capacitación especializada en el Módulo DIT dirigida a las encuestadoras de la ENDES. Esta capacitación fue realizada en el mes de febrero del 2015 y contó con la participación de 208 encuestadoras y supervisoras locales del INEI. Como parte de la capacitación, se realizó una práctica de campo para la aplicación del módulo supervisada por el equipo de la Dirección General de Seguimiento y Evaluación (DGSE), Dirección General de Políticas y Estrategias (DGPE) y del equipo consultor.

La experiencia teórica y práctica de esta capacitación permitió discutir e incorporar algunas aclaraciones a la forma de aplicación del Módulo DIT las cuales fueron ampliamente discutidas en una reunión con el equipo de coordinadoras de la ENDES. Como resultado de esta última reunión se realizaron las aclaraciones respectivas las cuales fueron introducidas al manual de la versión final.

Finalmente, la versión final del Módulo DIT fue implementada en la ENDES desde el año 2015 al 2017, todos los años el MIDIS brindó asistencia técnica en coordinación con el INEI durante la capacitación al personal de campo a través del equipo consultor que tuvo a su cargo el diseño original de la herramienta. En el año 2017, la capacitación fue ajustada con la finalidad de fortalecer los espacios de práctica y discusión dado que el personal de campo que había participado en los años anteriores, contaba con una experiencia de campo que enriquecía la explicación de las preguntas incluidas.

**ANEXO 3**  
**INDICADORES DE RESULTADOS**

**3A Valores totales de los indicadores para los tres años de evaluación**

Nombre del Indicador	Total 2015				Total 2016				Total 2017			
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
R1 Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nació con un peso mayor o igual a 2,500 gramos y a partir del noveno mes de gestación	77.6	76.8	78.5	0.6	75.8	74.9	76.7	0.6	74.4	73.4	75.4	0.7
R1A Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nacieron con un peso mayor o igual a 2,500 gramos	92.5	92.0	93.0	0.3	93.0	92.5	93.5	0.3	92.7	92.1	93.3	0.3
R1B Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nacieron a partir del noveno mes de gestación	81.0	80.1	81.8	0.5	78.9	78.0	79.8	0.6	77.2	76.2	78.2	0.7
R2 Porcentaje de niños y niñas de 9 a 12 meses de edad que tiene conductas precursoras de un apego seguro con su madre.	58.2	54.9	61.5	2.9	61.0	57.6	64.4	2.8	60.0	56.6	63.5	2.9
R3 Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que se encuentran a partir de -2DE del puntaje Z de talla para la edad de acuerdo al estándar de la OMS y	49.0	47.7	50.3	1.3	49.6	48.1	51.0	1.5	49.6	48.2	51.0	1.5

Nombre del Indicador	Total 2015				Total 2016				Total 2017			
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
que tienen un nivel de hemoglobina mayor o igual a 11g/dL												
R3A Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que se encuentran a partir de -2DE del puntaje Z de talla para la edad de acuerdo al estándar de la OMS.	84.4	83.5	85.4	0.6	85.9	85.0	86.9	0.5	85.9	84.9	86.9	0.6
R3B Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses con un nivel de hemoglobina mayor o igual a 11g/dL.	56.5	55.3	57.7	1.1	56.4	55.0	57.8	1.2	56.4	55.0	57.8	1.2
R4 Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12, de 15 a 18 y de 30 a 36 meses que tiene una comunicación verbal efectiva.	75.7	74.2	77.1	1.0	77.2	75.7	78.7	1.0	72.9	71.2	74.7	1.2
R4A Porcentaje de niños y niñas de 9 a 12 meses de edad que tiene una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y fonológico.	92.0	90.2	93.7	1.0	94.3	92.7	96.0	0.9	91.0	89.1	92.9	1.1
R4B Porcentaje de niños y niñas de 15 a 18 meses de edad que tiene una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y pragmático.	50.0	46.7	53.4	3.4	52.8	48.9	56.7	3.8	47.3	43.7	51.0	3.9
R4C Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 meses que tiene una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y sintáctico.	80.4	78.5	82.3	1.2	81.7	79.7	83.7	1.3	77.2	74.7	79.6	1.6
R5 Porcentaje de niños y niñas de 15 a 18 meses que camina por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio.	86.7	84.4	89.0	1.3	90.3	88.2	92.5	1.2	90.0	87.7	92.2	1.3

Nombre del Indicador	Total 2015				Total 2016				Total 2017			
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
R6 Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir o agredirse	81.1	79.7	82.5	0.9	82.2	80.7	83.6	0.9	82.1	80.5	83.6	1.0
R6A Porcentaje de niños y niñas de 30 a 36 meses de edad que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir o agredirse.	78.9	76.9	80.9	1.3	80.2	78.1	82.3	1.3	81.1	79.0	83.3	1.4
R6B Porcentaje de niños y niñas de 53 a 59 meses de edad que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir o agredirse.	83.8	81.8	85.7	1.2	84.5	82.4	86.5	1.3	83.1	80.9	85.2	1.3
R7 Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo	54.0	52.1	55.9	1.8	53.3	51.2	55.3	1.9	46.7	44.7	48.8	2.2
R7A Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo.	61.1	58.7	63.5	2.0	61.1	58.5	63.6	2.1	53.3	50.5	56.1	2.7
R7B Porcentaje de niñas y niños de 53 a 59 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo.	45.3	42.5	48.0	3.1	44.2	41.3	47.1	3.4	39.6	36.8	42.4	3.6

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

### 3B Valores por urbano y rural de los indicadores para los tres años

Nombre del Indicador	Urbano 2015				Rural 2015				Urbano 2016				Rural 2016				Urbano 2017				Rural 2017			
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
R1 Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nació con un peso mayor o igual a 2,500 gramos y a partir del noveno mes de gestación	75.5	74.4	76.5	0.7	84.0	82.9	85.2	0.7	73.6	72.5	74.7	0.8	82.5	81.2	83.8	0.8	72.1	70.9	73.3	0.9	81.5	80.1	83.0	0.9
R1A Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nacieron con un peso mayor o igual a 2,500 gramos	92.7	92.1	93.3	0.3	91.9	91.0	92.8	0.5	93.3	92.7	93.9	0.3	91.9	91.1	92.8	0.5	93.1	92.4	93.8	0.4	91.3	90.1	92.5	0.6
R1B Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nacieron a partir del	77.6	76.6	78.7	0.7	89.6	88.6	90.6	0.6	75.6	74.5	76.7	0.7	87.9	86.7	89.1	0.7	74.0	72.8	75.2	0.8	86.0	84.7	87.3	0.8

Nombre del Indicador	Urbano 2015			Rural 2015			Urbano 2016			Rural 2016			Urbano 2017			Rural 2017								
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación					
		Inferior	Superior		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior						
noveno mes de gestación																								
R2 Porcentaje de niños y niñas de 9 a 12 meses de edad que tiene conductas precursoras de un apego seguro con su madre.	57.7	53.5	61.9	3.7	59.4	54.6	64.2	4.2	61.5	57.3	65.6	3.4	59.6	54.0	65.3	4.8	62.2	57.9	66.5	3.5	54.2	48.8	59.6	5.1
R3 Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que se encuentran a partir de -2DE del puntaje Z de talla para la edad de acuerdo al estándar de la OMS y que tienen un nivel de hemoglobina mayor o igual a 11g/dL	54.5	53.0	56.0	1.4	34.9	32.8	37.0	3.0	55.5	53.8	57.1	1.5	33.8	31.5	36.1	3.5	55.1	53.4	56.7	1.5	34.9	32.6	37.2	3.3

Nombre del Indicador	Urbano 2015				Rural 2015				Urbano 2016				Rural 2016				Urbano 2017				Rural 2017			
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
R3A Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que se encuentran por encima de -2DE del puntaje Z de talla para la edad de acuerdo al estándar de la OMS.	89.7	88.8	90.7	0.5	70.6	68.5	72.7	1.5	91.0	90.1	91.8	0.5	72.3	70.1	74.5	1.5	90.7	89.8	91.6	0.5	73.0	70.6	75.5	1.7
R3B Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses con un nivel de hemoglobina mayor a 11g/dL.	59.5	58.0	60.9	1.3	48.9	46.7	51.1	2.3	60.1	58.5	61.6	1.3	46.6	44.2	49.1	2.7	60.0	58.4	61.6	1.4	46.7	44.2	49.2	2.7
R4 Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12, de 15 a 18 y de 30 a 36 meses que tiene una comunicación	76.4	74.6	78.1	1.2	74.0	71.4	76.6	1.8	77.7	75.9	79.5	1.2	75.7	73.2	78.2	1.7	72.6	70.5	74.8	1.5	73.7	70.9	76.4	1.9

Nombre del Indicador	Urbano 2015			Rural 2015			Urbano 2016			Rural 2016			Urbano 2017			Rural 2017								
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%							
		Inferior	Superior																					
verbal efectiva.																								
R4A Porcentaje de niños y niñas de 9 a 12 meses de edad que tiene una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y fonológico.	92.5	90.3	94.7	1.2	90.8	87.9	93.7	1.6	94.7	92.7	96.7	1.1	93.4	90.7	96.1	1.5	91.8	89.6	94.1	1.3	88.7	85.2	92.2	2.0
R4B Porcentaje de niños y niñas de 15 a 18 meses de edad que tiene una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y pragmático.	51.8	47.6	56.0	4.1	45.9	40.7	51.2	5.8	53.6	48.9	58.3	4.5	50.3	44.1	56.4	6.2	45.6	41.0	50.1	5.0	52.1	46.4	57.8	5.6
R4C Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36	80.5	78.2	82.8	1.5	80.2	76.8	83.5	2.1	82.8	80.3	85.2	1.5	78.8	75.5	82.1	2.1	77.2	74.2	80.2	2.0	77.1	73.1	81.2	2.7

Nombre del Indicador	Urbano 2015			Rural 2015			Urbano 2016			Rural 2016			Urbano 2017			Rural 2017								
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%							
		Inferior	Superior																					
meses que tiene una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y sintáctico.																								
R5 Porcentaje de niños y niñas de 15 a 18 meses que camina por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio.	89.8	87.4	92.3	1.4	79.3	74.5	84.1	3.1	92.4	90.0	94.7	1.3	83.8	79.4	88.2	2.7	90.5	87.7	93.2	1.6	88.5	84.7	92.4	2.2
R6 Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir o agredirse	81.2	79.4	83.0	1.1	80.8	78.4	83.2	1.5	81.7	79.9	83.5	1.1	83.5	81.1	86.0	1.5	81.4	79.4	83.3	1.2	84.0	81.3	86.6	1.6

Nombre del Indicador	Urbano 2015				Rural 2015				Urbano 2016				Rural 2016				Urbano 2017				Rural 2017			
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
R6A Porcentaje de niños y niñas de 30 a 36 meses de edad que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir o agredirse.	78.9	76.4	81.4	1.6	78.8	75.7	81.9	2.0	79.7	77.2	82.3	1.6	81.4	77.9	85.0	2.2	80.8	78.1	83.4	1.7	82.1	78.6	85.6	2.2
R6B Porcentaje de niños y niñas de 53 a 59 meses de edad que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir o agredirse.	83.9	81.5	86.4	1.5	83.3	80.1	86.6	2.0	83.9	81.3	86.6	1.6	85.7	82.6	88.9	1.9	82.0	79.4	84.6	1.6	86.1	82.5	89.6	2.1
R7 Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que ha	53.6	51.4	55.9	2.2	54.9	51.8	58.0	2.9	52.0	49.5	54.4	2.4	56.6	53.3	60.0	3.0	47.0	44.6	49.5	2.7	46.0	42.6	49.4	3.8

Nombre del Indicador	Urbano 2015			Rural 2015			Urbano 2016			Rural 2016			Urbano 2017			Rural 2017								
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación					
		Inferior	Superior		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior						
desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo																								
R7A Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo.	61.8	58.9	64.8	2.4	59.2	55.1	63.3	3.5	59.8	56.7	62.9	2.7	64.6	60.5	68.7	3.2	53.5	50.1	56.9	3.2	52.6	47.9	57.3	4.5
R7B Porcentaje de niñas y niños de 53 a 59 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo.	43.8	40.4	47.1	3.9	49.3	45.1	53.5	4.3	42.6	38.9	46.3	4.4	48.1	43.5	52.6	4.8	40.0	36.6	43.4	4.4	38.3	33.7	43.0	6.2

### 3C Valores por sexo de los indicadores para los tres años de evaluación

Nombre del Indicador	Hombres 2015				Mujeres 2015				Hombres 2016				Mujeres 2016				Hombres 2017				Mujeres 2017			
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
R1 Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nació con un peso mayor o igual a 2,500 gramos y a partir del noveno mes de gestación	78.5	77.3	79.7	0.8	76.7	75.5	77.9	0.8	76.4	75.2	77.7	0.8	75.0	73.8	76.3	0.9	74.3	72.9	75.7	1.0	74.5	73.2	75.9	0.9
R1A Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nacieron con un peso mayor o igual a 2,500 gramos	93.2	92.5	93.8	0.3	91.7	91.0	92.5	0.4	93.5	92.9	94.2	0.4	92.3	91.6	93.1	0.4	93.0	92.2	93.7	0.4	92.4	91.5	93.3	0.5

Nombre del Indicador	Hombres 2015			Mujeres 2015			Hombres 2016			Mujeres 2016			Hombres 2017			Mujeres 2017								
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación				
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior					
R1B Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años de edad que nacieron a partir del noveno mes de gestación	81.4	80.2	82.5	0.7	80.6	79.4	81.7	0.7	79.5	78.4	80.6	0.7	78.3	77.0	79.5	0.8	77.1	75.8	78.5	0.9	77.2	75.9	78.5	0.9
R2 Porcentaje de niños y niñas de 9 a 12 meses de edad que tiene conductas precursoras de un apego seguro con su madre.	57.4	52.8	62.0	4.1	59.1	54.5	63.8	4.0	60.6	56.0	65.3	3.9	61.4	56.5	66.2	4.0	61.4	56.6	66.1	4.0	58.7	53.8	63.7	4.3
R3 Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que se encuentran a	46.1	44.3	47.8	1.9	52.0	50.3	53.8	1.7	47.6	45.7	49.5	2.0	51.7	49.8	53.6	1.9	47.2	45.3	49.0	2.0	52.0	50.1	53.9	1.9

Nombre del Indicador	Hombres 2015			Mujeres 2015			Hombres 2016			Mujeres 2016			Hombres 2017			Mujeres 2017								
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación					
		Inferior	Superior																					
partir de -2DE del puntaje Z de talla para la edad de acuerdo al estándar de la OMS y que tienen un nivel de hemoglobina mayor o igual a 11g/dL																								
R3A Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que se encuentran a partir de -2DE del puntaje Z de talla para la edad de acuerdo al estándar de la OMS.	82.7	81.4	83.9	0.8	86.3	85.1	87.5	0.7	84.2	82.9	85.4	0.8	87.9	86.7	89.1	0.7	83.9	82.5	85.3	0.8	87.9	86.7	89.1	0.7

Nombre del Indicador	Hombres 2015			Mujeres 2015			Hombres 2016			Mujeres 2016			Hombres 2017			Mujeres 2017								
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación				
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior					
R3B Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses con un nivel de hemoglobina mayor o igual a 11g/dL.	53.8	52.2	55.5	1.6	59.3	57.6	61.0	1.5	55.0	53.3	56.8	1.6	57.9	56.0	59.8	1.7	54.7	52.9	56.5	1.7	58.1	56.2	60.0	1.7
R4 Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12, de 15 a 18 y de 30 a 36 meses que tiene una comunicación verbal efectiva.	74.3	72.3	76.4	1.4	77.2	75.1	79.3	1.4	74.1	71.9	76.3	1.5	80.5	78.5	82.5	1.3	69.4	67.0	71.9	1.8	76.4	74.1	78.7	1.5
R4A Porcentaje de niños y niñas de 9 a 12 meses de edad que tiene una	92.9	90.7	95.0	1.2	90.9	88.2	93.7	1.5	94.0	92.0	96.0	1.1	94.7	92.2	97.3	1.4	89.0	85.9	92.1	1.8	92.9	90.6	95.1	1.2

Nombre del Indicador	Hombres 2015			Mujeres 2015			Hombres 2016			Mujeres 2016			Hombres 2017			Mujeres 2017								
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación				
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior					
comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y fonológico.																								
R4B Porcentaje de niños y niñas de 15 a 18 meses de edad que tiene una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y pragmático.	48.0	43.5	52.5	4.8	52.2	47.2	57.2	4.8	49.1	43.4	54.9	6.0	56.7	51.8	61.5	4.3	43.5	38.6	48.4	5.8	51.2	46.0	56.4	5.2
R4C Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 meses que tiene una comunicación verbal efectiva a	77.6	74.8	80.4	1.8	83.6	81.1	86.2	1.6	77.5	74.5	80.4	1.9	86.3	83.8	88.8	1.5	73.3	69.8	76.8	2.5	81.1	77.9	84.2	2.0

Nombre del Indicador	Hombres 2015			Mujeres 2015			Hombres 2016			Mujeres 2016			Hombres 2017			Mujeres 2017								
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%							
		Inferior	Superior																					
nivel comprensivo y sintáctico.																								
R5 Porcentaje de niños y niñas de 15 a 18 meses que camina por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio.	87.9	85.3	90.5	1.5	85.4	82.1	88.8	2.0	89.2	85.9	92.5	1.9	91.5	89.0	94.0	1.4	91.7	89.4	94.1	1.3	88.2	84.3	92.0	2.2
R6 Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin	78.4	76.3	80.5	1.4	84.0	82.2	85.9	1.1	81.2	79.1	83.2	1.3	83.3	81.2	85.4	1.3	79.0	76.6	81.4	1.5	85.2	83.2	87.2	1.2

Nombre del Indicador	Hombres 2015			Mujeres 2015			Hombres 2016			Mujeres 2016			Hombres 2017			Mujeres 2017								
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación				
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior					
agredir o agredirse																								
R6A Porcentaje de niños y niñas de 30 a 36 meses de edad que en situaciones de frustración tiene la capacidad de esperar sin agredir o agredirse.	76.5	73.5	79.4	2.0	81.6	79.0	84.2	1.6	79.3	76.4	82.2	1.8	81.1	78.2	84.1	1.8	79.6	76.6	82.6	1.9	82.6	79.6	85.7	1.9
R6B Porcentaje de niños y niñas de 53 a 59 meses de edad que en situaciones de frustración tiene la capacidad de	80.8	77.9	83.7	1.9	86.8	84.2	89.5	1.5	83.3	80.4	86.2	1.8	85.7	82.8	88.5	1.7	78.3	74.8	81.8	2.3	88.0	85.6	90.5	1.4

Nombre del Indicador	Hombres 2015			Mujeres 2015			Hombres 2016			Mujeres 2016			Hombres 2017			Mujeres 2017								
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%							
		Inferior	Superior																					
esperar sin agredir o agredirse.																								
R7 Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 y de 53 a 59 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo	48.6	46.2	51.1	2.5	59.9	57.2	62.6	2.3	49.5	46.8	52.2	2.8	57.3	54.6	60.0	2.4	41.8	39.1	44.5	3.3	51.8	48.9	54.6	2.8
R7A Porcentaje de niñas y niños de 30 a 36 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo.	56.1	52.9	59.3	2.9	66.8	63.3	70.2	2.7	57.8	54.2	61.4	3.1	64.7	61.0	68.4	2.9	48.7	44.8	52.5	4.0	57.9	53.9	62.0	3.6

Nombre del Indicador	Hombres 2015			Mujeres 2015			Hombres 2016			Mujeres 2016			Hombres 2017			Mujeres 2017								
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación					
		Inferior	Superior																					
R7B Porcentaje de niñas y niños de 53 a 59 meses que ha desarrollado una función simbólica expresada en el juego y el dibujo.	39.0	35.5	42.4	4.5	51.8	48.0	55.6	3.8	39.9	35.9	43.9	5.1	48.8	44.9	52.8	4.1	34.4	30.5	38.3	5.7	44.9	41.0	48.7	4.4

**ANEXO 4**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS COMPLEMENTARIAS**

**4A Área de residencia y quintil de pobreza de las niñas y los niños**

PERÚ: ÁREA DE RESIDENCIA Y QUINTIL DE POBREZA DE LAS NIÑAS(OS) MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD PARTICIPANTES EN LA ENDES, 2015, 2016 Y 2017 POR RESULTADO								
(Valores absolutos)								
Resultado	Área de residencia		Quintil de pobreza					Total
	Urbano	Rural	I	II	III	IV	V	
<b>R1 Nacimiento saludable</b>								
2015	16023	6563	5491	6026	4701	3622	2746	22586
2016	14449	5696	4635	5561	4376	3348	2225	20145
2017	15132	5476	5107	5789	4384	3211	2117	20608
<b>R1A Peso al nacer</b>								
2015	16023	6563	5491	6026	4701	3622	2746	22586
2016	14449	5696	4635	5561	4376	3348	225	10145
2017	15133	5476	5107	5790	4384	3211	2117	20609
<b>R1B Edad gestacional</b>								
2015	16354	7467	6410	6207	4772	3664	2768	23821
2016	14711	6464	5410	5704	4442	3381	2238	21175
2017	15374	6153	5841	5892	4430	3235	2129	21527
<b>R2 Apego seguro</b>								
2015	1010	507	418	405	279	232	183	1517
2016	985	403	320	396	293	224	155	1388
2017	1044	463	428	412	302	214	151	1507

<b>R3 Adecuado estado nutricional</b>								
2015	8317	3826	3129	3121	2386	1829	1330	11795
<b>PERÚ: ÁREA DE RESIDENCIA Y QUINTIL DE POBREZA DE LAS NIÑAS(OS) MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD PARTICIPANTES EN LA ENDES, 2015, 2016 Y 2017 POR RESULTADO</b>								
(Valores absolutos)								
Resultado	Área de residencia		Quintil de pobreza					Total
	Urbano	Rural	I	II	III	IV	V	
2016	7441	3185	2572	2830	2187	1702	1068	10359
2017	7823	3130	2849	2960	2217	1611	1005	10642
<b>R3A Talla para la edad</b>								
2015	8531	3887	3182	3176	2433	1878	1398	12067
2016	7579	3223	2609	2859	2218	1735	1109	10530
2017	7905	3137	2854	2968	2235	1630	1039	10726
<b>R3B Hemoglobina</b>								
2015	8345	3837	3144	3127	2390	1836	1336	11833
2016	7469	3191	2577	2833	2200	1713	1069	10392
2017	7838	3132	2851	2961	2219	1620	1008	10659
<b>R4 Comunicación verbal efectiva</b>								
2015	4037	1938	1664	1562	1153	882	714	5975
2016	3777	1547	1302	1433	1087	912	590	5324
2017	3818	1564	1435	1504	1125	808	510	5382
<b>R4A Comunicación verbal efectiva entre los 9 y 12 meses</b>								
2015	1013	506	418	407	278	233	183	1519
2016	985	403	320	396	293	224	155	1388
2017	1049	464	429	414	303	215	152	1513
<b>R4B Comunicación verbal efectiva entre los 15 y 18 meses</b>								
2015	1060	524	457	397	338	214	178	1584
2016	1001	375	327	375	287	230	157	1376
2017	1031	413	371	417	304	219	133	1444
<b>R4C Comunicación verbal efectiva entre los 30 y 36 meses</b>								

2015	1964	908	789	758	537	435	353	2872
2016	1791	769	655	662	507	458	278	2560
<b>PERÚ: ÁREA DE RESIDENCIA Y QUINTIL DE POBREZA DE LAS NIÑAS(OS) MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD PARTICIPANTES EN LA ENDES, 2015, 2016 Y 2017 POR RESULTADO</b>								
(Valores absolutos)								
Resultado	Área de residencia		Quintil de pobreza					Total
	Urbano	Rural	I	II	III	IV	V	
2017	1738	687	635	673	518	374	225	2425
<b>R5 Camina solo</b>								
2015	1057	521	452	396	337	214	179	1578
2016	999	373	326	374	287	228	157	1372
2017	1031	413	371	417	304	219	133	1444
<b>R6 Regulación de emociones y comportamientos</b>								
2015	3660	1672	1463	1392	1033	798	646	5332
2016	3305	1477	1231	1270	967	800	514	4782
2017	3413	1328	1249	1312	1023	705	452	4741
<b>R6A Regulación de emociones y comportamientos de 30 a 36 meses</b>								
2015	1975	916	798	759	540	437	357	2891
2016	1795	772	658	664	508	458	279	2567
2017	1747	690	639	674	521	377	226	2437
<b>R6B Regulación de emociones y comportamientos de 53 a 59 meses</b>								
2015	1685	756	665	633	493	361	289	2441
2016	1510	705	573	606	459	342	235	2215
2017	1666	638	610	638	502	328	226	2304
<b>R7 Función simbólica</b>								
2015	3631	1652	1442	1381	1022	793	645	5283
2016	3289	1469	1222	1267	960	798	511	4758
2017	3381	1312	1235	1303	1010	696	449	4693
<b>R7A Función simbólica de 30 a 36 meses</b>								
2015	1971	911	792	760	539	435	356	2882

2016	1794	772	658	664	507	458	279	2566
2017	1739	689	638	674	517	374	225	2428
<b>PERÚ: ÁREA DE RESIDENCIA Y QUINTIL DE POBREZA DE LAS NIÑAS(OS) MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD PARTICIPANTES EN LA ENDES, 2015, 2016 Y 2017 POR RESULTADO</b>								
(Valores absolutos)								
Resultado	Área de residencia		Quintil de pobreza				Total	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano			
<b>R7B Función simbólica de 53 a 59 meses</b>								
2015	1660	741	650	621	483	358	289	2401
2016	1495	697	564	603	453	340	232	2192
2017	1642	623	597	629	493	322	224	2265

#### 4B Personas con quién viven las niñas y niños

PERÚ: PROGENITORES CON LOS QUE VIVEN LAS NIÑAS(OS) PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015-2017 POR RESULTADO						
Año	Ámbito geográfico	Niño vive con ambos padres	Vive con la madre pero no con el padre		Número de niños (Ponderados)	Número de niños (Sin Ponderar)
			Tiene padre vivo	Tiene padre muerto		
<b>R1 Nacimiento saludable</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.5</b>	<b>19.1</b>	<b>0.4</b>	<b>10,541</b>	<b>21,642</b>
2015	Urbana	79.2	20.4	0.4	7,892	15,394
	Rural	84.5	15.0	0.5	2,648	6,248
	<b>Total</b>	<b>80.0</b>	<b>19.5</b>	<b>0.5</b>	<b>10,963</b>	<b>19,238</b>
2016	Urbana	79.0	20.6	0.4	8,272	13,835
	Rural	83.0	16.3	0.8	2,691	5,403
	<b>Total</b>	<b>78.7</b>	<b>20.8</b>	<b>0.5</b>	<b>10,068</b>	<b>19,571</b>
2017	Urbana	77.6	21.9	0.5	7,643	14,423
	Rural	82.1	17.4	0.6	2,425	5,148
<b>R1A Peso al nacer</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.5</b>	<b>19.1</b>	<b>0.4</b>	<b>10,541</b>	<b>21,642</b>
2015	Urbana	79.2	20.4	0.4	7,892	15,394
	Rural	84.5	15.0	0.5	2,648	6,248
	<b>Total</b>	<b>80.0</b>	<b>19.5</b>	<b>0.5</b>	<b>10,963</b>	<b>19,238</b>
2016	Urbana	79.0	20.6	0.4	8,272	13,835
	Rural	83.0	16.3	0.8	2,691	5,403
	<b>Total</b>	<b>78.7</b>	<b>20.8</b>	<b>0.5</b>	<b>10,068</b>	<b>19,571</b>
2017	Urbana	77.6	21.9	0.5	7,643	14,423
	Rural	82.1	17.4	0.6	2,425	5,148
<b>R1B Edad gestacional</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.7</b>	<b>18.9</b>	<b>0.4</b>	<b>11,120</b>	<b>22,753</b>
2015	Urbana	79.1	20.5	0.4	8,038	15,682
	Rural	84.6	14.9	0.5	3,082	7,071
	<b>Total</b>	<b>80.1</b>	<b>19.3</b>	<b>0.5</b>	<b>11,484</b>	<b>20,154</b>
2016	Urbana	79.0	20.6	0.4	8,396	14,057
	Rural	83.3	15.9	0.8	3,088	6,097
	<b>Total</b>	<b>78.9</b>	<b>20.6</b>	<b>0.5</b>	<b>10,501</b>	<b>20,387</b>
2017	Urbana	77.6	21.9	0.5	7,749	14,629
	Rural	82.3	17.1	0.6	2,753	5,758
<b>R2 Apego seguro</b>						
	<b>Total</b>	<b>81.0</b>	<b>18.5</b>	<b>0.5</b>	<b>742</b>	<b>1,476</b>
2015	Urbana	80.0	19.4	0.5	524	987
	Rural	83.3	16.2	0.5	218	489
	<b>Total</b>	<b>81.8</b>	<b>18.2</b>	<b>0.1</b>	<b>739</b>	<b>1,342</b>
2016	Urbana	80.6	19.3	0.0	542	956
	Rural	84.9	14.9	0.2	197	386

	<b>Total</b>	<b>82.2</b>	<b>17.6</b>	<b>0.1</b>	<b>753</b>	<b>1,454</b>
2017	Urbana	82.6	17.3	0.1	543	1,006
	Rural	81.3	18.5	0.2	210	448
<b>PERÚ: PROGENITORES CON LOS QUE VIVEN LAS NIÑAS(OS) PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015-2017 POR RESULTADO</b>						
Año	Ámbito geográfico	Niño vive con ambos padres	Vive con la madre pero no con el padre		Número de niños (Ponderados)	Número de niños (Sin Ponderar)
			Tiene padre vivo	Tiene padre muerto		
<b>R3 Adecuado estado nutricional</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.9</b>	<b>18.7</b>	<b>0.5</b>	<b>5,693</b>	<b>11,703</b>
2015	Urbana	79.5	20.0	0.5	4,109	8,058
	Rural	84.5	15.1	0.4	1,585	3,645
	<b>Total</b>	<b>80.2</b>	<b>19.4</b>	<b>0.4</b>	<b>5,267</b>	<b>10,274</b>
2016	Urbana	79.2	20.5	0.3	3,851	7,230
	Rural	83.0	16.4	0.6	1,416	3,044
	<b>Total</b>	<b>79.4</b>	<b>20.3</b>	<b>0.3</b>	<b>4,748</b>	<b>10,565</b>
2017	Urbana	78.5	21.2	0.3	3,479	7,602
	Rural	81.9	17.7	0.4	1,269	2,963
<b>R3A Talla para la edad</b>						
	<b>Total</b>	<b>81.0</b>	<b>18.6</b>	<b>0.4</b>	<b>5,847</b>	<b>11,975</b>
2015	Urbana	79.7	19.8	0.4	4,240	8,270
	Rural	84.4	15.2	0.4	1,607	3,705
	<b>Total</b>	<b>80.3</b>	<b>19.3</b>	<b>0.4</b>	<b>5,386</b>	<b>10,445</b>
2016	Urbana	79.3	20.4	0.3	3,950	7,363
	Rural	83.1	16.3	0.6	1,436	3,082
	<b>Total</b>	<b>79.4</b>	<b>20.3</b>	<b>0.3</b>	<b>4,801</b>	<b>10,652</b>
2017	Urbana	78.5	21.2	0.3	3,530	7,682
	Rural	81.9	17.7	0.4	1,270	2,970
<b>R3B Hemoglobina</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.9</b>	<b>18.7</b>	<b>0.5</b>	<b>5,713</b>	<b>11,741</b>
2015	Urbana	79.5	20.1	0.5	4,124	8,086
	Rural	84.5	15.1	0.4	1,589	3,655
	<b>Total</b>	<b>80.2</b>	<b>19.4</b>	<b>0.4</b>	<b>5,286</b>	<b>10,305</b>
2016	Urbana	79.2	20.5	0.3	3,868	7,257
	Rural	83.0	16.4	0.6	1,418	3,048
	<b>Total</b>	<b>79.5</b>	<b>20.2</b>	<b>0.3</b>	<b>4,761</b>	<b>10,582</b>
2017	Urbana	78.6	21.2	0.3	3,491	7,617
	Rural	81.9	17.7	0.4	1,270	2,965
<b>R4 Comunicación verbal efectiva</b>						
	<b>Total</b>	<b>82.1</b>	<b>17.5</b>	<b>0.5</b>	<b>2,879</b>	<b>5,827</b>
2015	Urbana	80.9	18.5	0.5	2,044	3,948
	Rural	84.8	14.8	0.4	836	1,879
	<b>Total</b>	<b>81.4</b>	<b>18.2</b>	<b>0.4</b>	<b>2,928</b>	<b>5,182</b>
2016	Urbana	80.3	19.4	0.3	2,174	3,688
	Rural	84.7	14.7	0.6	755	1,494
	<b>Total</b>	<b>79.6</b>	<b>20.3</b>	<b>0.2</b>	<b>2,734</b>	<b>5,215</b>
2017	Urbana	78.3	21.5	0.2	1,991	3,705

	Rural	83.0	16.9	0.1	742	1,510
<b>R4A Comunicación verbal efectiva entre los 9 y 12 meses</b>						
2015	<b>Total</b>	<b>81.0</b>	<b>18.5</b>	<b>0.5</b>	<b>741</b>	<b>1,477</b>
<b>PERÚ: PROGENITORES CON LOS QUE VIVEN LAS NIÑAS(OS) PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015-2017 POR RESULTADO</b>						
Año	Ámbito geográfico	Niño vive con ambos padres	Vive con la madre pero no con el padre		Número de niños (Ponderados)	Número de niños (Sin Ponderar)
			Tiene padre vivo	Tiene padre muerto		
	Urbana	80.0	19.4	0.5	524	989
	Rural	83.2	16.3	0.5	216	488
	<b>Total</b>	<b>81.8</b>	<b>18.2</b>	<b>0.1</b>	<b>739</b>	<b>1,342</b>
2016	Urbana	80.6	19.4	0.0	542	956
	Rural	84.9	14.9	0.2	197	386
	<b>Total</b>	<b>82.2</b>	<b>17.6</b>	<b>0.1</b>	<b>757</b>	<b>1,460</b>
2017	Urbana	82.6	17.3	0.1	546	1,011
	Rural	81.4	18.5	0.2	211	449
<b>R4B Comunicación verbal efectiva entre los 15 y 18 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>82.9</b>	<b>17.0</b>	<b>0.2</b>	<b>735</b>	<b>1,550</b>
2015	Urbana	82.5	17.3	0.2	516	1,044
	Rural	83.6	16.2	0.2	219	506
	<b>Total</b>	<b>79.9</b>	<b>19.8</b>	<b>0.3</b>	<b>783</b>	<b>1,340</b>
2016	Urbana	77.8	21.8	0.3	600	978
	Rural	86.7	13.2	0.1	183	362
	<b>Total</b>	<b>80.9</b>	<b>18.9</b>	<b>0.3</b>	<b>742</b>	<b>1,403</b>
2017	Urbana	79.6	20.1	0.3	545	1,006
	Rural	84.4	15.5	0.1	197	397
<b>R4C Comunicación verbal efectiva entre los 30 y 36 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>82.2</b>	<b>17.1</b>	<b>0.7</b>	<b>1,404</b>	<b>2,800</b>
2015	Urbana	80.6	18.7	0.8	1,004	1,915
	Rural	86.3	13.3	0.4	400	885
	<b>Total</b>	<b>82.0</b>	<b>17.3</b>	<b>0.7</b>	<b>1,406</b>	<b>2,500</b>
2016	Urbana	81.5	18.0	0.5	1,032	1,754
	Rural	83.6	15.4	1.0	374	746
	<b>Total</b>	<b>77.2</b>	<b>22.7</b>	<b>0.1</b>	<b>1,235</b>	<b>2,352</b>
2017	Urbana	74.9	25.0	0.1	900	1,688
	Rural	83.2	16.8	0.0	334	664
<b>R5 Camina solo</b>						
	<b>Total</b>	<b>82.9</b>	<b>17.0</b>	<b>0.2</b>	<b>735</b>	<b>1,544</b>
2015	Urbana	82.6	17.3	0.2	516	1,041
	Rural	83.5	16.3	0.2	218	503
	<b>Total</b>	<b>80.0</b>	<b>19.7</b>	<b>0.3</b>	<b>781</b>	<b>1,336</b>
2016	Urbana	78.0	21.7	0.3	599	976
	Rural	86.6	13.3	0.1	182	360
	<b>Total</b>	<b>80.9</b>	<b>18.9</b>	<b>0.3</b>	<b>742</b>	<b>1,403</b>
2017	Urbana	79.6	20.1	0.3	545	1,006
	Rural	84.4	15.5	0.1	197	397
<b>R6 Regulación de emociones y comportamientos</b>						

	<b>Total</b>	<b>81.3</b>	<b>18.1</b>	<b>0.6</b>	<b>2,567</b>	<b>5,186</b>
2015	Urbana	79.6	19.8	0.6	1,849	3,562
	Rural	85.6	13.8	0.6	719	1,624
<b>PERÚ: PROGENITORES CON LOS QUE VIVEN LAS NIÑAS(OS) PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015-2017 POR RESULTADO</b>						
Año	Ámbito geográfico	Niño vive con ambos padres	Vive con la madre pero no con el padre		Número de niños (Ponderados)	Número de niños (Sin Ponderar)
			Tiene padre vivo	Tiene padre muerto		
	<b>Total</b>	<b>80.3</b>	<b>18.9</b>	<b>0.7</b>	<b>2,640</b>	<b>4,670</b>
2016	Urbana	78.8	20.7	0.5	1,907	3,229
	Rural	84.4	14.3	1.3	733	1,441
	<b>Total</b>	<b>77.5</b>	<b>22.0</b>	<b>0.6</b>	<b>2,381</b>	<b>4,601</b>
2017	Urbana	75.4	24.0	0.6	1,751	3,311
	Rural	83.2	16.3	0.5	630	1,290
<b>R6A Regulación de emociones y comportamientos de 30 a 36 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>82.1</b>	<b>17.2</b>	<b>0.7</b>	<b>1,413</b>	<b>2,817</b>
2015	Urbana	80.6	18.7	0.8	1,010	1,925
	Rural	86.2	13.4	0.4	403	892
	<b>Total</b>	<b>82.0</b>	<b>17.4</b>	<b>0.6</b>	<b>1,411</b>	<b>2,507</b>
2016	Urbana	81.5	18.0	0.5	1,035	1,758
	Rural	83.4	15.5	1.0	376	749
	<b>Total</b>	<b>77.1</b>	<b>22.8</b>	<b>0.1</b>	<b>1,240</b>	<b>2,363</b>
2017	Urbana	74.8	25.0	0.1	906	1,697
	Rural	83.3	16.7	0.0	335	666
<b>R6B Regulación de emociones y comportamientos de 53 a 59 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.2</b>	<b>19.2</b>	<b>0.6</b>	<b>1,154</b>	<b>2,369</b>
2015	Urbana	78.5	21.0	0.5	839	1,637
	Rural	84.9	14.2	0.9	316	732
	<b>Total</b>	<b>78.4</b>	<b>20.7</b>	<b>0.8</b>	<b>1,229</b>	<b>2,163</b>
2016	Urbana	75.6	23.9	0.5	872	1,471
	Rural	85.5	13.0	1.5	357	692
	<b>Total</b>	<b>77.8</b>	<b>21.1</b>	<b>1.0</b>	<b>1,141</b>	<b>2,238</b>
2017	Urbana	76.0	23.0	1.0	845	1,614
	Rural	83.2	15.7	1.1	295	624
<b>R7 Función simbólica</b>						
	<b>Total</b>	<b>81.2</b>	<b>18.1</b>	<b>0.6</b>	<b>2,545</b>	<b>5,143</b>
2015	Urbana	79.5	19.8	0.6	1,838	3,538
	Rural	85.6	13.8	0.6	707	1,605
	<b>Total</b>	<b>80.3</b>	<b>18.9</b>	<b>0.7</b>	<b>2,625</b>	<b>4,647</b>
2016	Urbana	78.8	20.7	0.5	1,898	3,214
	Rural	84.3	14.4	1.3	727	1,433
	<b>Total</b>	<b>77.6</b>	<b>21.9</b>	<b>0.6</b>	<b>2,359</b>	<b>4,556</b>
2017	Urbana	75.6	23.8	0.6	1,740	3,282
	Rural	83.0	16.4	0.5	619	1,274
<b>R7A Función simbólica de 30 a 36 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>82.1</b>	<b>17.2</b>	<b>0.7</b>	<b>1,410</b>	<b>2,809</b>
2015	Urbana	80.5	18.7	0.8	1,009	1,922
	Rural	86.1	13.5	0.4	401	887

	<b>Total</b>	<b>82.0</b>	<b>17.4</b>	<b>0.6</b>	<b>1,411</b>	<b>2,506</b>
2016	Urbana	81.5	18.0	0.5	1,035	1,757
	Rural	83.4	15.5	1.0	376	749
<b>PERÚ: PROGENITORES CON LOS QUE VIVEN LAS NIÑAS(OS) PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015-2017 POR RESULTADO</b>						
Año	Ámbito geográfico	Niño vive con ambos padres	Vive con la madre pero no con el padre		Número de niños (Ponderados)	Número de niños (Sin Ponderar)
			Tiene padre vivo	Tiene padre muerto		
	<b>Total</b>	<b>77.3</b>	<b>22.6</b>	<b>0.1</b>	<b>1,236</b>	<b>2,356</b>
2017	Urbana	75.1	24.8	0.1	903	1,691
	Rural	83.2	16.8	0.0	334	665
<b>R7B Función simbólica de 53 a 59 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.1</b>	<b>19.3</b>	<b>0.6</b>	<b>1,135</b>	<b>2,334</b>
2015	Urbana	78.3	21.2	0.5	829	1,616
	Rural	85.0	14.1	0.9	306	718
	<b>Total</b>	<b>78.4</b>	<b>20.7</b>	<b>0.8</b>	<b>1,215</b>	<b>2,141</b>
2016	Urbana	75.6	23.8	0.5	863	1,457
	Rural	85.3	13.1	1.5	351	684
	<b>Total</b>	<b>77.9</b>	<b>21.0</b>	<b>1.1</b>	<b>1,123</b>	<b>2,200</b>
2017	Urbana	76.2	22.7	1.0	837	1,591
	Rural	82.8	16.0	1.1	285	609

**Nota:** Se excluye las niñas y niños que no están listados en el cuestionario del hogar. Este cuadro está basado en la población de residentes habituales.

#### 4C Cobertura de seguro de las niñas y los niños

PERÚ: COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LAS NIÑAS(OS) MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015-2017 SEGÚN RESULTADO						
(Distribución porcentual)						
Año	Ámbito geográfico	Tiene seguro de salud			Número de niñas(os)	
		Si	No	No sabe/Sin información	Ponderado	Sin ponderar
<b>R1 Nacimiento Saludable</b>						
	<b>Total</b>	<b>78.7</b>	<b>19.4</b>	<b>2.0</b>	<b>11,014</b>	<b>22,586</b>
2015	Urbana	77.3	20.5	2.2	8,227	16,023
	Rural	82.8	16.0	1.2	2,787	6,563
	<b>Total</b>	<b>83.1</b>	<b>14.0</b>	<b>2.9</b>	<b>11,616</b>	<b>20,145</b>
2016	Urbana	81.8	14.9	3.3	8,759	14,449
	Rural	87.2	11.2	1.6	2,857	5,696
	<b>Total</b>	<b>83.8</b>	<b>12.7</b>	<b>3.5</b>	<b>10,800</b>	<b>20,608</b>
2017	Urbana	82.4	13.8	3.8	8,193	15,132
	Rural	88.1	9.6	2.3	2,607	5,476
<b>R1A Peso al nacer</b>						
	<b>Total</b>	<b>78.7</b>	<b>19.4</b>	<b>2.0</b>	<b>11,014</b>	<b>22,586</b>
2015	Urbana	77.3	20.5	2.2	8,227	16,023
	Rural	82.8	16.0	1.2	2,787	6,563
	<b>Total</b>	<b>83.1</b>	<b>14.0</b>	<b>2.9</b>	<b>11,616</b>	<b>20,145</b>
2016	Urbana	81.8	14.9	3.3	8,759	14,449
	Rural	87.2	11.2	1.6	2,857	5,696
	<b>Total</b>	<b>83.8</b>	<b>12.7</b>	<b>3.5</b>	<b>10,801</b>	<b>20,609</b>
2017	Urbana	82.4	13.8	3.9	8,194	15,133
	Rural	88.1	9.6	2.3	2,607	5,476
<b>R1B Edad gestacional</b>						
	<b>Total</b>	<b>78.2</b>	<b>19.7</b>	<b>2.1</b>	<b>11,647</b>	<b>23,821</b>
2015	Urbana	77.0	20.7	2.3	8,390	16,354
	Rural	81.2	17.2	1.6	3,257	7,467
	<b>Total</b>	<b>82.6</b>	<b>14.3</b>	<b>3.1</b>	<b>12,201</b>	<b>21,175</b>
2016	Urbana	81.5	15.1	3.4	8,906	14,711
	Rural	85.6	12.4	2.0	3,295	6,464
	<b>Total</b>	<b>82.9</b>	<b>13.3</b>	<b>3.7</b>	<b>11,308</b>	<b>21,527</b>
2017	Urbana	82.1	13.9	4.0	8,331	15,374
	Rural	85.4	11.8	2.8	2,978	6,153
<b>R2 Apego seguro</b>						
	<b>Total</b>	<b>77.7</b>	<b>21.6</b>	<b>0.8</b>	<b>765</b>	<b>1,517</b>
2015	Urbana	78.7	20.3	1.0	538	1,010
	Rural	75.2	24.6	0.1	226	507
	<b>Total</b>	<b>87.0</b>	<b>12.4</b>	<b>0.5</b>	<b>766</b>	<b>1,388</b>
2016	Urbana	87.1	12.3	0.6	560	985
	Rural	86.8	13.0	0.2	206	403

	<b>Total</b>	<b>86.9</b>	<b>12.0</b>	<b>1.1</b>	<b>781</b>	<b>1,507</b>
2017	Urbana	86.4	12.1	1.5	566	1,044
	Rural	88.0	11.9	0.2	215	463
<b>PERÚ: COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LAS NIÑAS(OS) MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015-2017 SEGÚN RESULTADO</b>						
<b>(Distribución porcentual)</b>						
<b>Año</b>	<b>Ámbito geográfico</b>	<b>Tiene seguro de salud</b>			<b>Número de niñas(os)</b>	
		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No sabe/Sin información</b>	<b>Ponderado</b>	<b>Sin ponderar</b>
<b>R3 Adecuado estado nutricional</b>						
	<b>Total</b>	<b>79.5</b>	<b>20.3</b>	<b>0.2</b>	<b>5,895</b>	<b>12,143</b>
2015	Urbana	78.7	21.0	0.3	4,233	8,317
	Rural	81.4	18.5	0.0	1,662	3,826
	<b>Total</b>	<b>85.5</b>	<b>14.3</b>	<b>0.2</b>	<b>5,436</b>	<b>10,626</b>
2016	Urbana	84.9	14.8	0.3	3,954	7,441
	Rural	87.0	13.0	0.0	1,482	3,185
	<b>Total</b>	<b>86.8</b>	<b>13.0</b>	<b>0.2</b>	<b>4,898</b>	<b>10,953</b>
2017	Urbana	86.5	13.3	0.3	3,562	7,823
	Rural	87.6	12.3	0.1	1,335	3,130
<b>R3A Talla para la edad</b>						
	<b>Total</b>	<b>79.4</b>	<b>20.4</b>	<b>0.2</b>	<b>6,049</b>	<b>12,418</b>
2015	Urbana	78.7	21.0	0.3	4,365	8,531
	Rural	81.3	18.7	0.0	1,684	3,887
	<b>Total</b>	<b>85.3</b>	<b>14.5</b>	<b>0.2</b>	<b>5,556</b>	<b>10,802</b>
2016	Urbana	84.7	15.0	0.3	4,055	7,579
	Rural	86.8	13.2	0.0	1,501	3,223
	<b>Total</b>	<b>86.8</b>	<b>13.0</b>	<b>0.2</b>	<b>4,952</b>	<b>11,042</b>
2017	Urbana	86.4	13.3	0.3	3,615	7,905
	Rural	87.6	12.3	0.1	1,337	3,137
<b>R3B Hemoglobina</b>						
	<b>Total</b>	<b>79.5</b>	<b>20.3</b>	<b>0.2</b>	<b>5,915</b>	<b>12,182</b>
2015	Urbana	78.7	21.0	0.3	4,248	8,345
	Rural	81.5	18.5	0.0	1,666	3,837
	<b>Total</b>	<b>85.4</b>	<b>14.3</b>	<b>0.2</b>	<b>5,458</b>	<b>10,660</b>
2016	Urbana	84.9	14.8	0.3	3,973	7,469
	Rural	87.0	13.0	0.0	1,485	3,191
	<b>Total</b>	<b>86.7</b>	<b>13.1</b>	<b>0.2</b>	<b>4,911</b>	<b>10,970</b>
2017	Urbana	86.4	13.3	0.3	3,575	7,838
	Rural	87.6	12.4	0.1	1,336	3,132
<b>R4 Comunicación verbal efectiva</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.3</b>	<b>18.9</b>	<b>0.8</b>	<b>2,950</b>	<b>5,975</b>
2015	Urbana	79.2	19.7	1.0	2,089	4,037
	Rural	83.0	16.9	0.0	861	1,938
	<b>Total</b>	<b>85.2</b>	<b>13.8</b>	<b>1.0</b>	<b>3,013</b>	<b>5,324</b>
2016	Urbana	84.2	14.6	1.2	2,230	3,777
	Rural	88.2	11.4	0.4	783	1,547
	<b>Total</b>	<b>85.2</b>	<b>13.6</b>	<b>1.2</b>	<b>2,819</b>	<b>5,382</b>
2017	Urbana	83.9	14.5	1.6	2,055	3,818
	Rural	88.7	11.1	0.2	764	1,564
<b>R4A Comunicación verbal efectiva entre los 9 y 12 meses</b>						

	<b>Total</b>	<b>77.6</b>	<b>21.6</b>	<b>0.8</b>	<b>764</b>	<b>1,519</b>
2015	Urbana	78.7	20.3	1.0	538	1,013
	Rural	75.1	24.8	0.1	225	506
<b>PERÚ: COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LAS NIÑAS(OS) MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015-2017 SEGÚN RESULTADO</b>						
<b>(Distribución porcentual)</b>						
<b>Año</b>	<b>Ámbito geográfico</b>	<b>Tiene seguro de salud</b>			<b>Número de niñas(os)</b>	
		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No sabe/Sin información</b>	<b>Ponderado</b>	<b>Sin ponderar</b>
	<b>Total</b>	<b>87.0</b>	<b>12.5</b>	<b>0.5</b>	<b>766</b>	<b>1,388</b>
2016	Urbana	87.1	12.3	0.6	559	985
	Rural	86.8	13.0	0.2	206	403
	<b>Total</b>	<b>86.9</b>	<b>12.0</b>	<b>1.1</b>	<b>784</b>	<b>1,513</b>
2017	Urbana	86.5	12.0	1.4	569	1,049
	Rural	88.0	11.8	0.2	215	464
<b>R4B Comunicación verbal efectiva entre los 15 y 18 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>82.9</b>	<b>16.7</b>	<b>0.4</b>	<b>751</b>	<b>1,584</b>
2015	Urbana	82.8	16.7	0.5	525	1,060
	Rural	83.3	16.7	0.0	226	524
	<b>Total</b>	<b>84.4</b>	<b>14.0</b>	<b>1.6</b>	<b>808</b>	<b>1,376</b>
2016	Urbana	83.3	15.0	1.7	617	1,001
	Rural	88.2	10.9	1.0	191	375
	<b>Total</b>	<b>85.8</b>	<b>13.5</b>	<b>0.7</b>	<b>765</b>	<b>1,444</b>
2017	Urbana	84.2	14.8	1.0	559	1,031
	Rural	90.0	10.0	0.0	206	413
<b>R4C Comunicación verbal efectiva entre los 30 y 36 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.4</b>	<b>18.6</b>	<b>1.0</b>	<b>1,436</b>	<b>2,872</b>
2015	Urbana	77.7	20.9	1.3	1,026	1,964
	Rural	87.2	12.8	0.0	410	908
	<b>Total</b>	<b>84.7</b>	<b>14.3</b>	<b>1.0</b>	<b>1,440</b>	<b>2,560</b>
2016	Urbana	83.2	15.6	1.3	1,055	1,791
	Rural	88.9	10.8	0.3	385	769
	<b>Total</b>	<b>83.8</b>	<b>14.5</b>	<b>1.6</b>	<b>1,270</b>	<b>2,425</b>
2017	Urbana	82.1	15.8	2.1	927	1,738
	Rural	88.3	11.3	0.4	344	687
<b>R5 Camina solo</b>						
	<b>Total</b>	<b>83.1</b>	<b>16.6</b>	<b>0.4</b>	<b>751</b>	<b>1,578</b>
2015	Urbana	82.9	16.6	0.5	526	1,057
	Rural	83.4	16.6	0.0	225	521
	<b>Total</b>	<b>84.4</b>	<b>14.0</b>	<b>1.6</b>	<b>806</b>	<b>1,372</b>
2016	Urbana	83.3	15.0	1.7	616	999
	Rural	88.1	10.9	1.0	190	373
	<b>Total</b>	<b>85.8</b>	<b>13.5</b>	<b>0.7</b>	<b>765</b>	<b>1,444</b>
2017	Urbana	84.2	14.8	1.0	559	1,031
	Rural	90.0	10.0	0.0	206	413
<b>R6 Regulación de emociones y comportamientos</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.3</b>	<b>18.4</b>	<b>1.3</b>	<b>2,638</b>	<b>5,332</b>
2015	Urbana	77.2	21.1	1.8	1,900	3,660
	Rural	88.2	11.7	0.1	738	1,672
	<b>Total</b>	<b>84.3</b>	<b>14.6</b>	<b>1.1</b>	<b>2,707</b>	<b>4,782</b>
2016	Urbana	82.1	16.4	1.5	1,955	3,305
	Rural	90.1	9.8	0.2	751	1,477

	<b>Total</b>	<b>83.3</b>	<b>15.3</b>	<b>1.4</b>	<b>2,453</b>	<b>4,741</b>
2017	Urbana	80.8	17.4	1.8	1,803	3,413
	Rural	90.3	9.2	0.5	650	1,328
<b>PERÚ: COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LAS NIÑAS(OS) MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015-2017 SEGÚN RESULTADO</b>						
<b>(Distribución porcentual)</b>						
Año	Ámbito geográfico	Tiene seguro de salud			Número de niñas(os)	
		Si	No	No sabe/Sin información	Ponderado	Sin ponderar
<b>R6A Regulación de emociones y comportamientos de 30 a 36 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.4</b>	<b>18.5</b>	<b>1.1</b>	<b>1,446</b>	<b>2,891</b>
2015	Urbana	77.7	20.8	1.5	1,034	1,975
	Rural	87.1	12.9	0.0	413	916
	<b>Total</b>	<b>84.4</b>	<b>14.6</b>	<b>1.0</b>	<b>1,444</b>	<b>2,567</b>
2016	Urbana	82.8	15.9	1.3	1,057	1,795
	Rural	88.8	11.0	0.3	387	772
	<b>Total</b>	<b>83.9</b>	<b>14.5</b>	<b>1.6</b>	<b>1,276</b>	<b>2,437</b>
2017	Urbana	82.2	15.7	2.1	932	1,747
	Rural	88.3	11.3	0.4	344	690
<b>R6B Regulación de emociones y comportamientos de 53 a 59 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.1</b>	<b>18.3</b>	<b>1.6</b>	<b>1,192</b>	<b>2,441</b>
2015	Urbana	76.5	21.4	2.1	866	1,685
	Rural	89.6	10.2	0.2	325	756
	<b>Total</b>	<b>84.2</b>	<b>14.6</b>	<b>1.2</b>	<b>1,262</b>	<b>2,215</b>
2016	Urbana	81.3	17.0	1.7	898	1,510
	Rural	91.4	8.5	0.1	364	705
	<b>Total</b>	<b>82.7</b>	<b>16.1</b>	<b>1.2</b>	<b>1,177</b>	<b>2,304</b>
2017	Urbana	79.2	19.3	1.4	871	1,666
	Rural	92.6	6.8	0.6	306	638
<b>R7 Función simbólica</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.3</b>	<b>18.5</b>	<b>1.2</b>	<b>2,611</b>	<b>5,283</b>
2015	Urbana	77.3	21.2	1.6	1,885	3,631
	Rural	88.2	11.7	0.1	725	1,652
	<b>Total</b>	<b>84.4</b>	<b>14.5</b>	<b>1.1</b>	<b>2,691</b>	<b>4,758</b>
2016	Urbana	82.2	16.4	1.4	1,946	3,289
	Rural	90.3	9.5	0.2	745	1,469
	<b>Total</b>	<b>83.4</b>	<b>15.2</b>	<b>1.4</b>	<b>2,430</b>	<b>4,693</b>
2017	Urbana	80.7	17.6	1.7	1,791	3,381
	Rural	90.8	8.7	0.5	640	1,312
<b>R7A Función simbólica de 30 a 36 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.5</b>	<b>18.5</b>	<b>1.0</b>	<b>1,442</b>	<b>2,882</b>
2015	Urbana	77.8	20.9	1.3	1,031	1,971
	Rural	87.4	12.6	0.0	411	911
	<b>Total</b>	<b>84.5</b>	<b>14.5</b>	<b>1.0</b>	<b>1,444</b>	<b>2,566</b>
2016	Urbana	82.9	15.9	1.3	1,057	1,794
	Rural	88.8	11.0	0.3	387	772
	<b>Total</b>	<b>83.9</b>	<b>14.5</b>	<b>1.6</b>	<b>1,271</b>	<b>2,428</b>
2017	Urbana	82.3	15.7	2.0	928	1,739
	Rural	88.3	11.3	0.4	343	689
<b>R7B Función simbólica de 53 a 59 meses</b>						

	<b>Total</b>	<b>80.0</b>	<b>18.5</b>	<b>1.4</b>	<b>1,169</b>	<b>2,401</b>
2015	Urbana	76.7	21.5	1.8	854	1,660
	Rural	89.2	10.5	0.2	315	741
<b>PERÚ: COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LAS NIÑAS(OS) MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, PARTICIPANTES EN LA ENDES , SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015-2017 SEGÚN RESULTADO</b>						
(Distribución porcentual)						
Año	Ámbito geográfico	Tiene seguro de salud			Número de niñas(os)	
		Si	No	No sabe/Sin información	Ponderado	Sin ponderar
	<b>Total</b>	<b>84.4</b>	<b>14.5</b>	<b>1.2</b>	<b>1,247</b>	<b>2,192</b>
2016	Urbana	81.3	17.1	1.6	888	1,495
	Rural	92.0	7.9	0.1	358	697
	<b>Total</b>	<b>82.8</b>	<b>16.0</b>	<b>1.2</b>	<b>1,159</b>	<b>2,265</b>
2017	Urbana	79.0	19.5	1.5	863	1,642
	Rural	93.7	5.7	0.6	296	623

#### 4D Edad y nivel de instrucción de la madre de las niñas y los niños

PERÚ: EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE DE LAS NIÑAS(OS) MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD PARTICIPANTES EN LA ENDES, 2015, 2016 Y 2017 POR RESULTADO															
(Distribución porcentual)															
Resultado	Grupos de edad							Nivel de instrucción						Número de mujeres	
	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	Sin nivel	Primaria	Secundaria	Superior no universitario	Superior universitario	Postgrado	Ponderado	Sin ponderar
<b>R1 Nacimiento saludable</b>															
2015	5.2	19.1	23.3	22.8	18.3	9.2	2.1	1.4	20.0	47.3	18.2	12.1	1.0	10,686	19,424
2016	5.1	19.0	23.5	23.4	17.6	9.1	2.4	1.3	19.1	47.6	17.6	13.0	1.4	10,077	17,449
2017	5.4	19.6	23.8	22.8	17.8	8.8	1.9	1.1	17.6	47.0	19.4	13.7	1.3	9,419	17,931
<b>R1A Peso al nacer</b>															
2015	5.2	19.1	23.3	22.8	18.3	9.2	2.1	1.4	20.0	47.3	18.2	12.1	1.0	10,686	19,424
2016	5.1	19.0	23.5	23.4	17.6	9.1	2.4	1.3	19.1	47.6	17.6	13.0	1.4	10,077	17,449
2017	5.4	19.6	23.8	22.8	17.8	8.8	1.9	1.1	17.6	47.0	19.4	13.7	1.3	9,420	17,932
<b>R1B Edad gestacional</b>															
2015	5.3	19.2	23.2	22.8	18.2	9.3	2.1	1.6	21.5	46.6	17.6	11.7	1.0	11,138	20,215
2016	5.2	19.0	23.5	23.2	17.6	9.2	2.4	1.5	20.5	46.8	17.1	12.6	1.4	10,446	18,087
2017	5.5	19.6	23.7	22.7	17.8	8.8	1.9	1.4	18.7	46.5	18.8	13.3	1.3	9,747	18,512
<b>R2 Apego Seguro</b>															
2015	9.5	22.4	22.9	22.6	15.9	6.3	0.4	1.7	21.8	47.8	17.3	11.2	0.2	839	1,503
2016	10.4	22.2	25.0	20.8	16.0	5.2	0.4	1.8	17.6	48.9	17.7	13.6	0.5	762	1,380
2017	9.1	22.1	23.3	20.5	17.5	5.9	1.5	0.9	18.1	45.0	20.5	13.9	1.7	775	1,496
<b>R3 Adecuado estado nutricional</b>															
2015	6.6	22.1	23.8	21.7	17.4	7.5	1.0	1.5	21.6	47.1	17.8	11.3	0.7	6,143	11,341
2016	6.4	20.8	24.3	23.6	16.0	7.7	1.2	1.5	20.2	47.7	17.2	12.7	0.8	5,688	10,026

2017	6.9	21.8	25.0	22.3	16.4	6.4	1.3	1.2	18.2	48.1	18.6	12.9	1.0	5,309	10,304
PERÚ: EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE DE LAS NIÑAS(OS) MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD PARTICIPANTES EN LA ENDES, 2015, 2016 Y 2017 POR RESULTADO															
(Distribución porcentual)															
Resultado	Grupos de edad							Nivel de instrucción						Número de mujeres	
	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	Sin nivel	Primaria	Secundaria	Superior no universitario	Superior universitario	Postgrado	Ponderado	Sin ponderar
<b>R3A Talla para la edad</b>															
2015	6.5	22.0	23.7	21.8	17.5	7.5	1.0	1.4	21.4	47.0	17.7	11.7	0.8	6,297	11,589
2016	6.4	20.7	24.3	23.5	16.2	7.7	1.2	1.5	20.0	47.2	17.2	13.0	1.0	5,816	10,184
2017	6.8	21.6	25.0	22.3	16.5	6.6	1.2	1.2	18.0	47.9	18.7	13.0	1.2	5,368	10,386
<b>R3B Hemoglobina</b>															
2015	6.6	22.1	23.8	21.7	17.3	7.5	1.0	1.5	21.6	47.1	17.7	11.3	0.7	6,163	11,377
2016	6.5	20.8	24.3	23.6	16.0	7.7	1.2	1.5	20.2	47.7	17.1	12.7	0.8	5,708	10,054
2017	6.9	21.7	25.0	22.3	16.4	6.4	1.3	1.2	18.2	48.2	18.6	12.8	1.0	5,324	10,321
<b>R4 Comunicación verbal efectiva</b>															
2015	6.3	20.6	23.1	22.6	18.0	8.1	1.4	1.7	22.1	46.4	17.4	11.4	1.0	3,165	5,763
2016	6.3	20.7	24.1	22.0	17.6	7.9	1.4	1.4	19.5	47.6	17.8	12.5	1.1	2,923	5,166
2017	6.4	21.4	24.7	22.0	17.3	6.6	1.5	1.1	18.5	46.8	19.0	13.1	1.4	2,733	5,218
<b>R4A Comunicación verbal efectiva entre los 9 y 12 meses</b>															
2015	9.5	22.4	23.0	22.6	15.8	6.3	0.4	1.7	21.8	47.8	17.4	11.2	0.2	839	1,505
2016	10.4	22.2	25.0	20.7	16.0	5.2	0.4	1.8	17.6	48.9	17.7	13.7	0.5	762	1,380
2017	9.1	22.0	23.3	20.5	17.6	5.9	1.5	0.9	18.0	45.2	20.4	13.9	1.7	778	1,502
<b>R4B Comunicación verbal efectiva entre los 15 y 18 meses</b>															
2015	7.7	21.2	23.1	22.6	17.8	7.0	0.5	1.6	22.1	47.8	17.4	10.1	1.0	828	1,569
2016	7.9	21.9	24.4	22.3	15.7	7.0	0.8	0.8	18.8	47.3	18.0	14.1	1.0	797	1,363
2017	7.7	21.8	23.8	22.8	18.4	4.6	0.9	1.5	17.4	48.6	18.6	11.6	2.3	761	1,437
<b>R4C Comunicación verbal efectiva entre los 30 y 36 meses</b>															
2015	3.8	19.7	23.3	22.2	19.2	9.5	2.3	1.8	22.8	45.2	17.1	11.8	1.4	1,588	2,848
2016	2.9	19.4	23.6	22.7	19.5	9.7	2.2	1.7	21.0	46.8	17.6	11.4	1.6	1,422	2,529
2017	3.7	21.3	26.0	22.9	16.1	8.1	1.9	1.0	20.0	46.9	18.1	13.4	0.6	1,263	2,407
<b>R5 Camina solo</b>															

2015	7.7	21.2	23.3	22.5	17.7	7.0	0.5	1.6	22.0	47.6	17.4	10.4	1.0	828	1,563
<b>PERÚ: EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE DE LAS NIÑAS(OS) MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD PARTICIPANTES EN LA ENDES, 2015, 2016 Y 2017 POR RESULTADO</b>															
(Distribución porcentual)															
Resultado	Grupos de edad							Nivel de instrucción						Número de mujeres	
	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	Sin nivel	Primaria	Secundaria	Superior no universitario	Superior universitario	Postgrado	Ponderado	Sin ponderar
2016	7.9	22.0	24.3	22.4	15.7	6.9	0.8	0.8	18.9	47.2	18.0	14.1	1.0	795	1,359
2017	7.7	21.8	23.8	22.8	18.4	4.6	0.9	1.5	17.4	48.6	18.6	11.6	2.3	761	1,437
<b>R6 Regulación de emociones y comportamientos</b>															
2015	2.4	16.9	23.8	23.4	20.1	10.5	2.9	2.0	23.4	45.3	16.8	11.1	1.3	2,842	5,121
2016	1.9	16.9	24.5	23.7	19.0	10.7	3.3	1.7	22.2	46.0	17.5	11.2	1.4	2,590	4,578
2017	2.3	17.6	24.9	23.9	18.4	10.4	2.6	1.6	20.0	46.5	18.0	12.9	1.0	2,368	4,573
<b>R6A Regulación de emociones y comportamientos de 30 a 36 meses</b>															
2015	3.8	19.8	23.3	22.2	19.2	9.4	2.3	1.8	22.7	45.3	17.1	11.8	1.3	1,600	2,867
2016	2.9	19.4	23.8	22.8	19.3	9.6	2.2	1.7	21.0	46.8	17.6	11.5	1.6	1,427	2,537
2017	3.7	21.4	25.9	22.9	16.2	8.1	1.9	1.0	19.9	46.9	18.0	13.5	0.6	1,269	2,419
<b>R6B Regulación de emociones y comportamientos de 53 a 59 meses</b>															
2015	0.6	13.7	24.5	25.1	21.0	11.4	3.6	2.5	25.1	45.0	16.1	10.0	1.2	1,326	2,410
2016	0.5	14.1	25.1	24.8	19.2	11.8	4.5	1.8	24.7	44.3	17.1	10.8	1.3	1,254	2,200
2017	0.8	13.9	24.2	24.8	20.4	12.9	3.1	2.2	20.9	45.9	17.6	12.1	1.3	1,167	2,286
<b>R7 Función simbólica</b>															
2015	2.4	17.0	23.8	23.3	20.2	10.4	2.9	1.9	23.2	45.5	16.9	11.1	1.3	2,817	5,079
2016	1.9	16.9	24.6	23.7	19.0	10.7	3.2	1.7	22.2	45.9	17.6	11.2	1.4	2,574	4,553
2017	2.4	17.6	24.9	23.9	18.3	10.4	2.6	1.3	20.1	46.6	18.0	12.9	1.0	2,345	4,526
<b>R7A Función simbólica de 30 a 36 meses</b>															
2015	3.8	19.8	23.4	22.0	19.2	9.4	2.3	1.7	22.7	45.4	17.2	11.7	1.4	1,595	2,858
2016	2.9	19.3	23.7	22.8	19.4	9.6	2.2	1.7	21.0	46.8	17.6	11.4	1.6	1,427	2,535
2017	3.7	21.5	25.9	22.8	16.1	8.1	1.9	1.0	20.0	47.0	17.8	13.5	0.6	1,264	2,410
<b>R7B Función simbólica de 53 a 59 meses</b>															
2015	0.6	13.7	24.5	25.2	21.1	11.3	3.6	2.5	24.5	45.2	16.3	10.2	1.3	1,303	2,372
2016	0.5	14.1	25.4	24.9	19.0	11.7	4.4	1.8	24.6	44.2	17.2	10.8	1.3	1,238	2,177

2017	0.8	13.9	24.2	24.6	20.4	13.0	3.1	1.8	21.0	46.0	17.7	12.2	1.3	1,149	2,248
------	-----	------	------	------	------	------	-----	-----	------	------	------	------	-----	-------	-------

#### 4E Cobertura de seguro de la madre de las niñas y los niños

PERÚ: COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LAS MADRES DE NIÑOS PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015 - 2017, SEGÚN RESULTADO					
(Distribución porcentual)					
Año	Ámbito geográfico	Tiene seguro de salud		Número de niñas(os)	
		Si	No	Ponderado	Sin ponderar
<b>R1 Nacimiento Saludable</b>					
	<b>Total</b>	<b>82.7</b>	<b>17.3</b>	<b>10,686</b>	<b>19,424</b>
2015	Urbana	80.4	19.6	8,163	13,863
	Rural	89.9	10.1	2,524	5,561
	<b>Total</b>	<b>84.2</b>	<b>15.8</b>	<b>10,077</b>	<b>17,449</b>
2016	Urbana	82.1	17.9	7,662	12,623
	Rural	90.8	9.2	2,415	4,826
	<b>Total</b>	<b>82.8</b>	<b>17.2</b>	<b>9,420</b>	<b>17,932</b>
2017	Urbana	80.3	19.7	7,184	13,226
	Rural	91.0	9.0	2,235	4,706
<b>R1A Peso al nacer</b>					
2015	<b>Total</b>	<b>82.7</b>	<b>17.3</b>	<b>10,686</b>	<b>19,424</b>
	Urbana	80.4	19.6	8,163	13,863
	Rural	89.9	10.1	2,524	5,561
2016	<b>Total</b>	<b>84.2</b>	<b>15.8</b>	<b>10,077</b>	<b>17,449</b>
	Urbana	82.1	17.9	7,662	12,623
	Rural	90.8	9.2	2,415	4,826
2017	<b>Total</b>	<b>82.8</b>	<b>17.2</b>	<b>9,420</b>	<b>17,932</b>
	Urbana	80.3	19.7	7,184	13,226
	Rural	91.0	9.0	2,235	4,706
<b>R1B Edad gestacional</b>					
	<b>Total</b>	<b>82.7</b>	<b>17.3</b>	<b>11,138</b>	<b>20,215</b>
2015	Urbana	80.3	19.7	8,294	14,086
	Rural	89.6	10.4	2,844	6,129
	<b>Total</b>	<b>84.1</b>	<b>15.9</b>	<b>10,446</b>	<b>18,087</b>
2016	Urbana	82.0	18.0	7,766	12,799
	Rural	90.4	9.6	2,679	5,288
	<b>Total</b>	<b>82.6</b>	<b>17.4</b>	<b>9,747</b>	<b>18,512</b>
2017	Urbana	80.2	19.8	7,284	13,388
	Rural	89.4	10.6	2,463	5,124

<b>R2 Apego seguro</b>					
	<b>Total</b>	<b>84.6</b>	<b>15.4</b>	<b>839</b>	<b>1,503</b>
2015	Urbana	83.1	16.9	601	1,001
	Rural	88.5	11.5	239	502
<b>PERÚ: COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LAS MADRES DE NIÑOS PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015 - 2017, SEGÚN RESULTADO</b>					
<b>(Distribución porcentual)</b>					
<b>Año</b>	<b>Ámbito geográfico</b>	<b>Tiene seguro de salud</b>		<b>Número de niñas(os)</b>	
		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Ponderado</b>	<b>Sin ponderar</b>
	<b>Total</b>	<b>87.0</b>	<b>13.0</b>	<b>762</b>	<b>1,380</b>
2016	Urbana	85.8	14.2	557	978
	Rural	90.3	9.7	206	402
	<b>Total</b>	<b>84.5</b>	<b>15.5</b>	<b>775</b>	<b>1,496</b>
2017	Urbana	82.3	17.7	562	1,035
	Rural	90.3	9.7	213	461
<b>R3 Adecuado estado nutricional</b>					
	<b>Total</b>	<b>83.5</b>	<b>16.5</b>	<b>6,143</b>	<b>11,341</b>
2015	Urbana	81.3	18.7	4,499	7,789
	Rural	89.6	10.4	1,644	3,552
	<b>Total</b>	<b>85.3</b>	<b>14.7</b>	<b>5,688</b>	<b>10,026</b>
2016	Urbana	83.5	16.5	4,192	7,050
	Rural	90.3	9.7	1,497	2,976
	<b>Total</b>	<b>83.1</b>	<b>16.9</b>	<b>5,309</b>	<b>10,304</b>
2017	Urbana	81.2	18.8	3,907	7,385
	Rural	88.7	11.3	1,401	2,919
<b>R3A Talla para la edad</b>					
	<b>Total</b>	<b>83.6</b>	<b>16.4</b>	<b>6,297</b>	<b>11,589</b>
2015	Urbana	81.4	18.6	4,633	7,984
	Rural	89.7	10.3	1,664	3,605
	<b>Total</b>	<b>85.2</b>	<b>14.8</b>	<b>5,816</b>	<b>10,184</b>
2016	Urbana	83.4	16.6	4,301	7,174
	Rural	90.1	9.9	1,515	3,010
	<b>Total</b>	<b>83.0</b>	<b>17.0</b>	<b>5,368</b>	<b>10,386</b>
2017	Urbana	81.0	19.0	3,964	7,461

	Rural	88.7	11.3	1,403	2,925
<b>R3B Hemoglobina</b>					
	<b>Total</b>	<b>83.5</b>	<b>16.5</b>	<b>6,163</b>	<b>11,377</b>
2015	Urbana	81.3	18.7	4,514	7,815
	Rural	89.7	10.3	1,649	3,562
	<b>Total</b>	<b>85.3</b>	<b>14.7</b>	<b>5,708</b>	<b>10,054</b>
2016	Urbana	83.5	16.5	4,209	7,075
	Rural	90.3	9.7	1,498	2,979
<b>PERÚ: COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LAS MADRES DE NIÑOS PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015 - 2017, SEGÚN RESULTADO</b>					
<b>(Distribución porcentual)</b>					
<b>Año</b>	<b>Ámbito geográfico</b>	<b>Tiene seguro de salud</b>		<b>Número de niñas(os)</b>	
		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Ponderado</b>	<b>Sin ponderar</b>
	<b>Total</b>	<b>83.1</b>	<b>16.9</b>	<b>5,324</b>	<b>10,321</b>
2017	Urbana	81.1	18.9	3,921	7,400
	Rural	88.6	11.4	1,402	2,921
<b>R4 Comunicación verbal efectiva</b>					
	<b>Total</b>	<b>83.6</b>	<b>16.4</b>	<b>3,165</b>	<b>5,763</b>
2015	Urbana	81.4	18.6	2,286	3,900
	Rural	89.3	10.7	879	1,863
	<b>Total</b>	<b>85.3</b>	<b>14.7</b>	<b>2,923</b>	<b>5,166</b>
2016	Urbana	83.4	16.6	2,165	3,671
	Rural	90.8	9.2	759	1,495
	<b>Total</b>	<b>82.8</b>	<b>17.2</b>	<b>2,733</b>	<b>5,218</b>
2017	Urbana	80.4	19.6	1,998	3,711
	Rural	89.4	10.6	735	1,507
<b>R4A Comunicación verbal efectiva entre los 9 y 12 meses</b>					
	<b>Total</b>	<b>84.7</b>	<b>15.3</b>	<b>839</b>	<b>1,505</b>
2015	Urbana	83.2	16.8	601	1,004
	Rural	88.4	11.6	238	501
	<b>Total</b>	<b>87.0</b>	<b>13.0</b>	<b>762</b>	<b>1,380</b>
2016	Urbana	85.8	14.2	556	978
	Rural	90.3	9.7	206	402
2017	<b>Total</b>	<b>84.6</b>	<b>15.4</b>	<b>778</b>	<b>1,502</b>

	Urbana	82.4	17.6	565	1,040
	Rural	90.3	9.7	214	462
<b>R4B Comunicación verbal efectiva entre los 15 y 18 meses</b>					
	<b>Total</b>	<b>87.3</b>	<b>12.7</b>	<b>828</b>	<b>1,569</b>
2015	Urbana	85.8	14.2	588	1,048
	Rural	91.2	8.8	240	521
	<b>Total</b>	<b>84.8</b>	<b>15.2</b>	<b>797</b>	<b>1,363</b>
2016	Urbana	82.5	17.5	608	992
	Rural	92.2	7.8	189	371
	<b>Total</b>	<b>83.2</b>	<b>16.8</b>	<b>761</b>	<b>1,437</b>
2017	Urbana	80.5	19.5	555	1,024
	Rural	90.3	9.7	206	413
<b>PERÚ: COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LAS MADRES DE NIÑOS PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015 - 2017, SEGÚN RESULTADO</b>					
<b>(Distribución porcentual)</b>					
<b>Año</b>	<b>Ámbito geográfico</b>	<b>Tiene seguro de salud</b>		<b>Número de niñas(os)</b>	
		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Ponderado</b>	<b>Sin ponderar</b>
<b>R4C Comunicación verbal efectiva entre los 30 y 36 meses</b>					
	<b>Total</b>	<b>81.4</b>	<b>18.6</b>	<b>1,588</b>	<b>2,848</b>
2015	Urbana	78.5	21.5	1,152	1,943
	Rural	89.1	10.9	436	905
	<b>Total</b>	<b>84.8</b>	<b>15.2</b>	<b>1,422</b>	<b>2,529</b>
2016	Urbana	82.8	17.2	1,038	1,766
	Rural	90.2	9.8	384	763
	<b>Total</b>	<b>81.5</b>	<b>18.5</b>	<b>1,263</b>	<b>2,407</b>
2017	Urbana	79.3	20.7	920	1,722
	Rural	87.5	12.5	343	685
<b>R5 Camina solo</b>					
	<b>Total</b>	<b>87.4</b>	<b>12.6</b>	<b>828</b>	<b>1,563</b>
2015	Urbana	85.9	14.1	589	1,045
	Rural	91.3	8.7	239	518
	<b>Total</b>	<b>84.7</b>	<b>15.3</b>	<b>795</b>	<b>1,359</b>
2016	Urbana	82.4	17.6	607	990
	Rural	92.1	7.9	188	369

	<b>Total</b>	<b>83.2</b>	<b>16.8</b>	<b>761</b>	<b>1,437</b>	
2017	Urbana	80.5	19.5	555	1,024	
	Rural	90.3	9.7	206	413	
<b>R6 Regulación de emociones y comportamientos</b>						
	<b>Total</b>	<b>80.7</b>	<b>19.3</b>	<b>2,842</b>	<b>5,121</b>	
2015	Urbana	77.7	22.3	2,094	3,530	
	Rural	88.8	11.2	748	1,591	
	<b>Total</b>	<b>83.9</b>	<b>16.1</b>	<b>2,590</b>	<b>4,578</b>	
2016	Urbana	81.2	18.8	1,882	3,188	
	Rural	91.1	8.9	708	1,390	
	<b>Total</b>	<b>81.4</b>	<b>18.6</b>	<b>2,368</b>	<b>4,573</b>	
2017	Urbana	78.7	21.3	1,758	3,316	
	Rural	89.3	10.7	610	1,257	
<b>R6A Regulación de emociones y comportamientos de 30 a 36 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>81.4</b>	<b>18.6</b>	<b>1,600</b>	<b>2,867</b>	
2015	Urbana	78.4	21.6	1,161	1,954	
	Rural	89.2	10.8	439	913	
<b>PERÚ: COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LAS MADRES DE NIÑOS PARTICIPANTES EN LA ENDES , SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015 2017, SEGÚN RESULTADO</b>						
(Distribución porcentual)						
Año	Ámbito geográfico	Tiene seguro de salud			Número de niñas(os)	
		Si	No	Ponderado	Sin ponderar	
	<b>Total</b>	<b>84.6</b>	<b>15.4</b>	<b>1,427</b>	<b>2,537</b>	
2016	Urbana	82.5	17.5	1,041	1,771	
	Rural	90.3	9.7	385	766	
	<b>Total</b>	<b>81.6</b>	<b>18.4</b>	<b>1,269</b>	<b>2,419</b>	
2017	Urbana	79.4	20.6	926	1,731	
	Rural	87.5	12.5	343	688	
<b>R6B Regulación de emociones y comportamientos de 53 a 59 meses</b>						
	<b>Total</b>	<b>79.9</b>	<b>20.1</b>	<b>1,326</b>	<b>2,410</b>	
2015	Urbana	76.7	23.3	981	1,660	
	Rural	88.9	11.1	345	750	
	<b>Total</b>	<b>82.9</b>	<b>17.1</b>	<b>1,254</b>	<b>2,200</b>	
2016	Urbana	79.6	20.4	892	1,501	

	Rural	91.0	9.0	362	699
	<b>Total</b>	<b>81.7</b>	<b>18.3</b>	<b>1,167</b>	<b>2,286</b>
2017	Urbana	78.1	21.9	866	1,656
	Rural	92.4	7.6	302	630
<b>R7 Función simbólica</b>					
	<b>Total</b>	<b>80.9</b>	<b>19.1</b>	<b>2,817</b>	<b>5,079</b>
2015	Urbana	77.8	22.2	2,079	3,503
	Rural	89.3	10.7	738	1,576
	<b>Total</b>	<b>84.0</b>	<b>16.0</b>	<b>2,574</b>	<b>4,553</b>
2016	Urbana	81.2	18.8	1,871	3,170
	Rural	91.4	8.6	703	1,383
	<b>Total</b>	<b>81.6</b>	<b>18.4</b>	<b>2,345</b>	<b>4,526</b>
2017	Urbana	78.7	21.3	1,745	3,284
	Rural	89.8	10.2	600	1,242
<b>R7A Función simbólica de 30 a 36 meses</b>					
	<b>Total</b>	<b>81.5</b>	<b>18.5</b>	<b>1,595</b>	<b>2,858</b>
2015	Urbana	78.5	21.5	1,158	1,950
	Rural	89.4	10.6	437	908
	<b>Total</b>	<b>84.6</b>	<b>15.4</b>	<b>1,427</b>	<b>2,535</b>
2016	Urbana	82.6	17.4	1,041	1,769
	Rural	90.3	9.7	385	766
<b>PERÚ: COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DE LAS MADRES DE NIÑOS PARTICIPANTES EN LA ENDES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2015 - 2017, SEGÚN RESULTADO</b>					
<b>(Distribución porcentual)</b>					
Año	Ámbito geográfico	Tiene seguro de salud		Número de niñas(os)	
		Si	No	Ponderado	Sin ponderar
	<b>Total</b>	<b>81.7</b>	<b>18.3</b>	<b>1,264</b>	<b>2,410</b>
2017	Urbana	79.5	20.5	921	1,723
	Rural	87.5	12.5	343	687
<b>R7B Función simbólica de 53 a 59 meses</b>					
	<b>Total</b>	<b>80.1</b>	<b>19.9</b>	<b>1,303</b>	<b>2,372</b>
2015	Urbana	76.8	23.2	969	1,636
	Rural	89.5	10.5	334	736
	<b>Total</b>	<b>82.9</b>	<b>17.1</b>	<b>1,238</b>	<b>2,177</b>
2016	Urbana	79.4	20.6	882	1,486
	Rural	91.6	8.4	356	691
	<b>Total</b>	<b>81.9</b>	<b>18.1</b>	<b>1,149</b>	<b>2,248</b>
2017	Urbana	77.9	22.1	857	1,632

Rural	93.5	6.5	292	616
-------	------	-----	-----	-----

## REFERENCIAS

- 
- <sup>1</sup> Roychoudhury S, Yusuf k. Thermoregulation: advances in preterm infants. *NeoReviews*. 2017; 18(12): 692-700.
- <sup>2</sup> Latzin P, Roth S, Thamrin C, Hutten GJ, Pramana I, Kuehni CE, *et al*. Lung volume, breathing pattern and ventilation inhomogeneity in preterm and term infants. *PlosOne*. 2009; 4(2): e4635.
- <sup>3</sup> Palmeira P, Quinello C, Silveira-Lessa AL, Zago CA, Carneiro-Sampaio M. IgG placental transfer in healthy and pathological pregnancies. *Clin Dev Immunol*. 2012; 1-13.
- <sup>4</sup> Institute of Medicine (US) Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Health Outcomes. Mortality and acute complications in preterm infants. En: Behrman RE, Butler AS, editores. *Preterm birth: Causes, consequences, and prevention*. 1era ed. Washington DC: National Academies Press; 2007. P. 263-87.
- <sup>5</sup> Ciuffini F, Robertson CF, Tingay DG. How best to capture the respiratory consequences of prematurity? *Eur Respir Rev*. 2018; 27: 170108
- <sup>6</sup> Jost K, Pramana I, Delgado-Eckert E, Kumar N, Datta AN, Frey U, *et al*. Dynamics and complexity of body temperature in preterm infants nursed in incubators. *PLosOne*. 2017; 12(4): e0176670
- <sup>7</sup> Ciuffini F, Robertson CF, Tingay DG. How best to capture the respiratory consequences of prematurity? *Eur Respir Rev*. 2018; 27: 170108
- <sup>8</sup> Morgan JC, Boyle EM. The late preterm infant. *Paediatr Child Health*. 2017; 28(1): 13-7.
- <sup>9</sup> Cheong JLY, Doyle LW, Burnett AC, Lee KJ, Walsh JM, Potter CR, *et al*. Association between moderate and late preterm birth and neurodevelopment and social-emotional development at age 2 years. *JAMA Pediatr*. 2017; 171(4): 1-7.
- <sup>10</sup> FitzGerald TL, Kwong AKL, Cheong JLY, McGinley JL, Doyle LW, Spittle AJ. Body structure, function, activity, and participation in 3- to 6-year-old children born very preterm: an ICF-based systematic review and meta-analysis. *Phys Ther*. 2018; 98(8): 691–704.
- <sup>11</sup> Maxwell JR, Yellowhair TR, Oppong AY, Camacho JE, Lowe JR, Jantzie JJ, *et al*. Cognitive development in preterm infants: Multifaceted deficits reflect vulnerability of rigorous neurodevelopmental pathways. *Minerva Pediatr*. 2017; 69: 298-313.
- <sup>12</sup> Clark CA, Woodward LJ, Horwood LJ, Moor S. Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: biological and social influences. *Child Dev*. 2008; 79(5): 1444-62.
- <sup>13</sup> Mokhtar Abdelsalam ZA. Relationship among depression, anxiety and mother-infant bonding in mothers of premature babies. *SOJ Nur Health Care*. 2017; 3(2): 1-7.
- <sup>14</sup> Rommel AS, James SN, McLoughlin G, Brandeis D, Banaschewski T, Asherson P, *et al*. Association of preterm birth with attention-deficit/hyperactivity disorder-like and wider-ranging neurophysiological impairments of attention and inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 56(1): 40–50.
- <sup>15</sup> Kerr-Wilson CO, Mackay D F, Smith GC, Pell JP. Meta-analysis of the association between preterm delivery and intelligence. *J Public Health*. 2011; 34(2): 209–216.

- 
- <sup>16</sup> Chyi L., Lee HC, Hintz SR, Gould JB, Sutcliffe TL. School outcomes of late preterm infants: special needs and challenges for infants born at 32 to 36 weeks gestation. *J Pediatr.* 2008; 153(1):25-31.
- <sup>17</sup> Jaekel J, Baumann N, Wolke D. Effects of gestational age at birth on cognitive performance: A function of cognitive workload demands. *PLoSOne.* 2013; 8(5): e65219.
- <sup>18</sup> Kerr-Wilson CO, Mackay DF, Smith GC, Pell JP. Meta-analysis of the association between preterm delivery and intelligence. *J Public Health.* 2012; 34: 209– 16.
- <sup>19</sup> Poulsen G, Wolke D, Kurinczuk JJ, Boyle EM, Field D, Alfirevic Z, *et al.* Gestational age and cognitive ability in early childhood: A population-based cohort study. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2013; 27, 371–9.
- <sup>20</sup> Schneider W, Wolke D, Schlagmuller M, Meyer R. Pathways to school achievement in very preterm and full term children. *EJPE.* 2004; 19, 385–406.
- <sup>21</sup> Simms V, Gilmore C, Cragg L, Clayton S, Marlow N, Johnson S. The nature and origins of mathematics difficulties in very preterm children: A different etiology than developmental dyscalculia. *Pediatr Res.* 2015; 77: 389–95.
- <sup>22</sup> Nomura Y, Halperin JM, Newcorn JH, Davey C, Fifer WP, Savitz DA, *et al.* The risk for impaired learning-related abilities in childhood and educational attainment among adults born near-term. *J Pediatr Psychol.* 2009; 34, 406–18.
- <sup>23</sup> Basten M, Jaekel J, Johnson S, Gilmore C, Wolke D. Preterm Birth and adult wealth: mathematics skills count. *Psychol Sci.* 2015; 26(10): 1608-19.
- <sup>24</sup> Heinonen K, Eriksson JG, Kajantie E, Pesonen AK, Barker DJ, Osmond C, *et al.* Late preterm birth and lifetime socioeconomic attainments: The Helsinki birth cohort study. *Pediatrics.* 2013; 132: 647–55.
- <sup>25</sup> Moster D, Lie RT, Markestad T. Long-term medical and social consequences of preterm birth. *N Engl J Med.* 2008; 359: 262–73.
- <sup>26</sup> Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Nacimientos inscritos según edad de la madre por región y comuna de residencia de la madre. Año 2016 [Internet]. Santiago; 2016. Disponible en: [deis.cl/wp-content/uploads/2011/05/SerieNacimientos\\_2000\\_2015.html](https://deis.cl/wp-content/uploads/2011/05/SerieNacimientos_2000_2015.html)
- <sup>27</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud. Análisis de Salud, Métricas y Evidencia: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018. 1era ed. Washington DC: OPS; 2018.
- <sup>28</sup> World Health Organization. Global preterm birth estimates [Internet]. Ginebra; 2018. Disponible en: <http://ptb.srhr.org/>
- <sup>29</sup> Shah P, Ohlsson A. Literature review of low birth weight, including small for gestational age and preterm birth. 1era ed. Toronto: Toronto Public Health; 2002.
- <sup>30</sup> Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, *et al.* Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG.* 2014;121 Suppl 1:40–8
- <sup>31</sup> Channon AA, Chintsanya J. The impact of young maternal age at birth on neonatal mortality: Evidence from 45 low and middle income countries. *PlosOne.* 2018. 13(5): e0195731.
- <sup>32</sup> Mollborn S, Dennis JA. Investigating the life situations and development of teenage mothers’ children: Evidence from the ECLS-B. *Popul Res Policy Rev.* 2012; 31(1): 31–66.
- <sup>33</sup> Silva de Bolba L, Valentini NC. Motor and cognitive development of infants of adolescent and adult mothers: longitudinal study. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2015; 17(4): 438-49.

- 
- <sup>34</sup> Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, Kukla L, Švancara J, Riitta-Järvelin, et al. Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: a drivers meta-analysis of 12 European cohorts. *Epidemiol Community Health*. 2015; 69: 826-33.
- <sup>35</sup> Firdous N, Manzoor R, Qureshi A, Pandit B. Impact of interpregnancy interval on perinatal outcome. *JK Pract*. 2014; 19(3-4): 75-9.
- <sup>36</sup> DeFranco EA, Ehrlich S, Muglia LJ. Influence of interpregnancy interval on birth timing. *BJOG* 2014; 121: 1633–41.
- <sup>37</sup> World Health Organization [WHO]. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Ginebra: World Health Organization; 2016.
- <sup>38</sup> Kuhnt J, Vollmer S. Antenatal care services and its implications for vital and health outcomes of children: evidence from 193 surveys in 69 low-income and middle-income countries. *BMJ*. 2017; 7(11): e017122.
- <sup>39</sup> World Health Organization [WHO]. Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. 1era edición. Ginebra: World Health Organization; 2012.
- <sup>40</sup> Yakoob MY, Bhutta corresponding ZA. Effect of routine iron supplementation with or without folic acid on anemia during pregnancy. *BMC Public Health*. 2011; 11(3): S21.
- <sup>41</sup> Haider BA, Olofin I, Wang M, Spiegelman D, Ezzati M, Fawzi WW. Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013; 346(3): f3443.
- <sup>42</sup> Bazyar J, Daliri S, Sayehmiri K, Karimi A, Delpisheh A. Assessing the relationship between maternal and neonatal factors and low birth weight in Iran; a systematic review and meta-analysis. *J Med Life*. 2015; 8: 23-31
- <sup>43</sup> Ncube CN, Enquobahrie DA, Albert SM, Herrick AL, Burke JG. Association of neighborhood context with offspring risk of preterm birth and low birthweight: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Social Science & Medicine*. 2016; 153: 156-64.
- <sup>44</sup> Bowlby J. A secure base. Parent-child attachment and healthy human development. 1era ed. Londres: Routledge; 1988.
- <sup>45</sup> Grossman K, Grossman K, Kindler H, Zimmermann P. A wider view of attachment and exploration: The influence of mothers and fathers on the development of psychological security from infancy to young adulthood. En Cassidy J, Shaver P, editores. *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. 2da ed. Nueva York: The Guilford Press; 2008. p. 857-79.
- <sup>46</sup> López F, Ortiz MJ. El desarrollo del apego durante la infancia. En: López F, Etxebarria I, Fuentes MJ, Ortiz MJ, coordinadores. *Desarrollo afectivo y social*. 3era ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2008. p. 41-65.
- <sup>47</sup> Marvin R, Britner P, Russel B. Early attachment and later development: reframing the Questions. En Cassidy J, Shaver PR, editores. *Handbook of attachment*. Londres: The Guilford Press; 2016. p. 273-90.
- <sup>48</sup> Cantón J, Cortés R. Teoría y evaluación del apego. En Cantón J, Cortés R, editores. *Desarrollo socioafectivo y de la personalidad*. 1era ed. Madrid: Alianza Editorial; 2014. p. 17-45.
- <sup>49</sup> Pasco RM, Belsky J. Precursors of attachment security. En Cassidy J, Shaver PR, editores. *Handbook of attachment*. Londres: The Guilford Press; 2016. p. 291-313.
- <sup>50</sup> Sroufe A. Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años. 1era ed. México: Oxford University Press; 2000.

- 
- <sup>51</sup> Orehek E, Vazeou-Nieuwenhuis A, Quick E, Weaverling GC. attachment and self-regulation. *Pers Soc Psychol Bull.* 2017; 43(3): 1-16.
- <sup>52</sup> Thompson RA. Early attachment and later development: reframing the Questions. En Cassidy J, Shaver PR, editores. *Handbook of attachment.* Londres: The Guilford Press; 2016. p. 330-48.
- <sup>53</sup> Day C. Attachment and early language development: Implications for early intervention. *NSA Dialog;* 10(3-4): 143-150.
- <sup>54</sup> Meins E, Russell E. Security and symbolic play: The relation between security of attachment and executive capacity. *Br J Dev Psychol.* 1997; 15(1): 63-76.
- <sup>55</sup> Stuart K, Kerns KA, Movahed M, Koehn A. Attachment and emotion in middle childhood and adolescence. *Psychol Topics.* 2015; 1: 27-50.
- <sup>56</sup> Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization from infancy to adulthood: neurobiological, correlates, parenting contexts and pathways to disorder. En Cassidy J, Shaver PR, editores. *Handbook of attachment.* Londres: The Guilford Press; 2016. p. 667-95.
- <sup>57</sup> Phaik L, Chong M, Eliasa H, Ulia J. Development of antisocial behaviour. *Procedia Soc Behav Sci.* 2010; 7(C): 383–8.
- <sup>58</sup> Colonnese C, Draijer E, Stams G, Van der Bruggen C, Bögels S, Noom M. The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2011; 40(4): 630-45
- <sup>59</sup> Morley TE, Moran G. The origins of cognitive vulnerability in early childhood: mechanisms linking early attachment to later depression. 2011. *Clin Psychol Rev;* 31: 1071–82.
- <sup>60</sup> Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn M. The first 10.000 Adult Attachment Interviews: Distributions of attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development.* 2009; 11: 223–63.
- <sup>61</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama social de América Latina, 2017.* Era ed. Santiago: CEPAL; 2018.
- <sup>62</sup> Scharfe, E. Sex differences in attachment. En: Shackelford TK, Weekes-Shackelford VA, editores. *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science.* Suiza: Springer; 2017. p. 1-5.
- <sup>63</sup> Mosquera ED, Zúñiga IA, Marroquín EE, Nóbrega M, Núñez del Prado J. Cuidado sensible y seguridad del apego en preescolares. *Cienc. Psicol.* 2018; 12(1): 97-107.
- <sup>64</sup> Lecannelier F, Kimelman M, González L, Núñez C, Hoffmann M. Evaluación de patrones de apego en infantes durante su segundo año en dos centros de atención de Santiago de Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.* 2008; 17: 197-207.
- <sup>65</sup> Posada G, Trumbell J, Nóbrega M, Plata S, Peña P, Carbonell O, et al. Maternal sensitivity and child secure base use in early childhood: studies in different cultural contexts. *Child Dev.* 2016; 87(1): 297-311.
- <sup>66</sup> Santelices MP, Farkas C, Montoya MF, Galleguillos F, Carvacho C, Fernández A, et al. Factores predictivos de sensibilidad materna en infancia temprana. *Psicoperspectivas.* 2015; 14(1): 66- 76.
- <sup>67</sup> Tarabulsky G, Bernier A, Provost M, Maranda M, Larose S, Moss E, et al. Another look inside the gap: Ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescent mother – infant dyads. *Dev Psychol.* 2005; 41: 212-24.
- <sup>68</sup> Bailey HN, Tarabulsky G, Moran G, Pederson DR, Bento S. New insight on intergenerational attachment from a relationship-based analysis. *Dev Psychopathol.* 2017; 29: 433–48.

- <sup>69</sup> Cocoran, J. Teenage pregnancy and mental health. *Societies*. 2016; 6(3): 21.
- <sup>70</sup> Neuhauser A. Predictors of maternal sensitivity in at-risk families. *Early Child Dev Care*. 2016; 188(2): 126–42.
- <sup>71</sup> Gudmundson JA. Links between maternal education and parenting quality during children’s first three years: The moderating role of income and partner status (PhD diss.). Greensboro: University of North Carolina; 2012.
- <sup>72</sup> Haltigan JD, Lambert BL, Seifer R, Ekas NV, Bauer CR, Messinger DS. Security of Attachment and Quality of Mother-Toddler Social Interaction in a High-Risk Sample. *Infant Behav Dev*. 2012; 35(1): 83–93.
- <sup>73</sup> Leerkes J, Blankson A, O’Brien M. Differential effects of maternal sensitivity to infant distress and nondistress on social-emotional functioning. *Child Dev*. 2009; 80(3), 762–775.
- <sup>74</sup> Bretherton I. Revisiting Mary Ainsworth’s conceptualization and assessments of maternal sensitivity–insensitivity. *Attach Hum Dev*. 2013; 15(5–6): 460–84.
- <sup>75</sup> Braungart-Rieker JM, Zentall S, Lickenbrock DM, Ekas NV, Oshio T, Planalp E. Attachment in the making: mother and father sensitivity and infants’ responses during the still-face paradigm. *Exp Child Psychol*. 2014; 0: 63–84.
- <sup>76</sup> Udry-Jørgensen L, Pierrehumbert B, Borghini A, Habersaat S, Forcada-Guex M. Quality of attachment, perinatal risk, and mother–infant interaction in a high-risk premature sample. *Infant Ment Health J*. 2011; 32(3): 305–18.
- <sup>77</sup> Gartstein MA, Iverson S. Attachment security: the role of infant, maternal, and contextual factors. *Rev Int Psicol Ter Psicol*. 2014; 14(2): 261-76.
- <sup>78</sup> Fuertes M, Lopes-dos-Santos P, Beeghly M, Tronick E. Infant coping and maternal interactive behavior predict attachment in a portuguese sample of healthy preterm infants. *Eur Psychol*. 2009; 14(4): 320–31.
- <sup>79</sup> Brown GL, Schoppe-Sullivan SJ, Mangelsdorf SC, Neff C. Observed and reported supportive coparenting as predictors of infant–mother and infant–father attachment security. *Early Child Dev Care*; 2010; 180(1-2): 121-37.
- <sup>80</sup> Toth S, Rogosch F, Sturge-Apple M, Cicchetti D. Maternal depression, children’s attachment security, and representational development: An organizational perspective. *Child Dev*. 2009; 80: 192–208.
- <sup>81</sup> Bernard K, Nissim G, Vaccaro S, Harris JL, Lindhiem O. Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: a meta-analysis. *Attach Hum Dev*. 2018; 20(6): 578-99.
- <sup>82</sup> Laurent HK, Ablow JC. A face a mother could love: Depression-related maternal neural responses to infant emotion faces. *Soc Neurosci*. 2013; 8(3): 228–39.
- <sup>83</sup> Rutherford HJ, Graber KM, Mayes LC. Depression symptomatology and the neural correlates of infant face and cry perception during pregnancy. *Soc Neurosci*. 2016; 11(4): 467–74.
- <sup>84</sup> Leerkes EM, Supple AJ, O’Brien M, Calkins SD, Haltigan JD, Wong MS, et al. Antecedents of maternal sensitivity during distressing tasks: integrating attachment, social information processing, and psychobiological perspectives. *Child Dev*. 2015; 86(1): 94–111.
- <sup>85</sup> Haga SM, Ulleberg P, Slinning K, Kraft P, Steen TB, Staff A. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: Multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Arch Womens Ment Health*. 2012; 15(3): 175–84.

- <sup>86</sup> Levendosky A, Bogat G, Huth-Bocks A, Rosenblum K, Von Eye A. The effects of domestic violence on the stability of attachment from infancy to preschool. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2011; 40: 398–410.
- <sup>87</sup> Levendosky A, Bogat G, Huth-Bocks A. [The influence of domestic violence on the development of the attachment relationship between mother and young child.](#) *Psychoanal Psychol.* 2011; 28(4): 512-27.
- <sup>88</sup> [Gustafsson HC, Brown GL, Mills-Koonce WR, Cox MJ. Intimate partner violence and children's attachment representations during middle childhood.](#) *J Marriage Fam.* 2017; 79(3): 865–78.
- <sup>89</sup> Yaman A, Mesman J, Van IJzendoorn, MH, Bakermans-Kranenburg, MJ, Linting M. Parenting in an individualistic culture with a collectivistic cultural background: the case of turkish immigrant families with toddlers in the Netherlands. *J Child Fam Stud.* 2010; 19: 617–28.
- <sup>90</sup> Conger RD, Donnellan MB. An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annu. Rev. Psychol.* 2007; 58, 175–199.
- <sup>91</sup> Howard K, Martin A, Berlin LJ, Brooks-Gunn J. Early mother-child separation, parenting, and child well-being in early head start families. *Attach Hum Dev.* 2011; 13(1): 5–26.
- <sup>92</sup> Luecken LJ, Lemery KS. Early caregiving and physiological stress responses. *Clin Psychol Rev.* 2004; 24: 171–91.
- <sup>93</sup> Huston AC, Rosenkrantz Aronson S. Mothers' time with infant and time in employment as predictors of mother-child relationships and children's early development. *Child Dev.* 2005; 76(2): 467–82.
- <sup>94</sup> World Health Organization. Child growth standards [Internet]. Ginebra; 2019. Disponible en: [https://www.who.int/childgrowth/standards/height\\_for\\_age/en/](https://www.who.int/childgrowth/standards/height_for_age/en/)
- <sup>95</sup> Tolentino K, Friedman JF. An update on anemia in less developed countries. *Am J Trop Med Hyg.* 2007 Jul; 77(1): 44-51.
- <sup>96</sup> Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú. Lima: MINSA, INS, UNICEF, OPS; 2004.
- <sup>97</sup> Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Plan multisectorial de lucha contra la anemia. Lima: MIDIS; 2018.
- <sup>98</sup> Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Documento técnico de sistematización de evidencias para lograr el desarrollo infantil temprano. Componente estado de salud y nutrición de madre, niñas y niños menores de 5 años. Lima: MIDIS; 2014.
- <sup>99</sup> Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Lima: MINSA; 2016.
- <sup>100</sup> Angulo-Barroso RM, Li M, Santos DC, Bian Y, Sturza S, Jiang Y, *et al.* Iron Supplementation in Pregnancy or Infancy and Motor Development: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics.* 2016; 137(4): 1-12.
- <sup>101</sup> Pala E, Erguven M, Guven S, Erdogan M, Balta T. Psychomotor development in children with iron deficiency and iron-deficiency anemia *J Nutr.* 2010; 31(3): 431-5.
- <sup>102</sup> Jáuregui-Lobera I. Iron deficiency and cognitive functions. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014; 10: 2087–95.

- 
- <sup>103</sup> Hermoso A, Vucic V, Vollhardt C, Arsic A, Roman-Viñas B, Iglesia-Altaba I, *et al.* The effect of iron on cognitive development and function in infants, children and adolescents: a systematic review. *Ann Nutr Metab.* 2011; 59: 154–165.
- <sup>104</sup> Lozoff B. Early iron deficiency has brain and behavior effects consistent with dopaminergic dysfunction. *J. Nutr.* 2011; 141: 740-6.
- <sup>105</sup> Nunes J, Rates SM, Lemos SM, Alves J. Anemia em crianças de uma creche pública e as repercussões sobre o desenvolvimento de linguagem. *Rev Paul Pediatr.* 2009; 27(1):67-73.
- <sup>106</sup> Coelho de Paula J, Pandolfi MM, Carabetta V, Ferreira N, Colombo-Souza P. Factors associated to language disorders in preschool children. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012; 17(2): 177-81.
- <sup>107</sup> Grantham-McGregor S, Baker-Henningham H. Iron deficiency in childhood: causes and consequences for child development. *Ann Nestlé [Engl]* 2010; 68: 105–19.
- <sup>108</sup> Georgieff MK. Long-term brain and behavioral consequences of early iron deficiency. *Nutr. Rev.* 2011; 69: 43–8.
- <sup>109</sup> East P, Delker E, Lozoff B, Delva J, Castillo M, Gahagan S. associations among infant iron deficiency, childhood emotion and attention regulation, and adolescent problem behaviors. *Child Dev.* 2017; 89(2): 593-608.
- <sup>110</sup> Alcázar L. Impacto Económico de la anemia en el Perú. 1era ed. Lima: GRADE; 2012.
- <sup>111</sup> Pan American Health Organization. PLISA Health Information Platform for the Americas. Core Indicators [Internet]. Washington D.C.; 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html>
- <sup>112</sup> Iglesias Vázquez L, Valera E, Villalobos M, Tous M, Arijá V. Prevalence of Anemia in Children from Latin America and the Caribbean and Effectiveness of Nutritional Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 2019; 11(1): 183.
- <sup>113</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la pobreza monetaria 2007-2016. Informe Técnico. Lima: INEI; 2017.
- <sup>114</sup> Banco Mundial. Repositioning nutrition as central to Development. A strategy for large scale action. Washington DC: The World Bank; 2006.
- <sup>115</sup> Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Una política para el desarrollo y la inclusión social en el Perú. Lima: MIDIS; 2012.
- <sup>116</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Formas de acceso al agua y saneamiento básico. Informe Técnico. Lima: INEI; 2018.
- <sup>117</sup> Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha AJ, Dávila M, Alarcón J. Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. *Rev Panam Salud Pública.* 2014; 35(2): 104–12.
- <sup>118</sup> Durán Fernández RL. Cerrando la brecha rural-urbana en desnutrición crónica infantil: tendencias y posibilidades al 2021. En: Consorcio de Universidades, editor. *Metas del Perú al bicentenario.* 1era ed. Lima: Consorcio de Universidades; 2016. p. 141-8.
- <sup>119</sup> Schneider JM, Fujii ML, Lamp CL, Lönnerdal B, Dewey KG, Zidenberg-Cherr S. Anemia, iron deficiency, and iron deficiency anemia in 12–36-month-old children from low-income families. *Am J Clin Nutr.* 2005; 82: 1269-75.

- 
- <sup>120</sup> Soh P, Ferguson EL, McKenzie JE, Homs MY, Gibson RS. Iron deficiency and risk factors for lower iron stores in 6–24-month-old New Zealanders. *Eur J Clin Nutr.* 2004; 58: 71-9.
- <sup>121</sup> Wieringa FT, Berger J, Dijkhuizen MA, Hidayat A, Ninh NX, Utomo B, et al. Sex differences in prevalence of anaemia and iron deficiency in infancy in a large multi-country trial in South-East Asia. *Br J Nutr.* 2007; 98: 1070-6.
- <sup>122</sup> Bortolini G, Vitolo MR. Relationship between iron deficiency and anemia in children younger than 4 years. *J Pediatr (Rio J).* 2010; 86(6): 488-92.
- <sup>123</sup> Velásquez-Hurtado JE, Rodríguez Y, Gonzáles M, Astete-Robilliard L, Loyola-Romaní J, Vigo WE, et al. Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013. *Biomédica.* 2016; 36: 220-9.
- <sup>124</sup> Abdulahi A, Shab-Bidar S, Rezaei S, Djafarian K. nutritional status of under five children in ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Ethiop J Health Sci.* 2017; 27: 175-188
- <sup>125</sup> Flores-Bendezú J, Calderón J, Rojas B, Alarcón-Matutti E, Gutiérrez C. Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú – Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. *An Fac med.* 2015; 76(2): 135-40.
- <sup>126</sup> Vollmer S, Bommer C, Krishna A, Harttgen K, Subramanian SV. The association of parental education with childhood undernutrition in low- and middle-income countries: comparing the role of paternal and maternal education. *Int J Epidemiol.* 2017; 46(1): 312–23.
- <sup>127</sup> Abu-Ouf NM, Jan MM. The impact of maternal iron deficiency and iron deficiency anemia on child's health. *Saudi Med J.* 2015; 36(2): 146–9.
- <sup>128</sup> Wuest J, Merritt-Gray M, Ford-Gilboe M, Lent B, Varcoe C, Campbell JC. Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *J Pain.* 2008; 9(11): 1049- 57. doi: 10.1016/j.jpain.2008.06.009.
- <sup>129</sup> Woods SJ, Hall RJ, Campbell JC, Angott DM. Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *J Midwifery Womens Health.* 2008; 53(6): 538-46. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.07.004
- <sup>130</sup> Kally Z, Cumella EJ. 100 midlife women with eating disorders: a phenomenological analysis of etiology. *J Gen Psychol.* 2008; 135(4): 359-77. doi: 10.3200/ GENP.135.4.359-378.
- <sup>131</sup> Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. Low health-related quality of life among abused women. *Qual Life Res.* 2006;15(6):959-65.
- <sup>132</sup> Ruiz-Grosso Paulo, Loret de Mola Christian, Miranda J. Jaime. Asociación entre violencia contra la mujer ejercida por la pareja y desnutrición crónica en sus hijos menores de cinco años en Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet].* 2014 Ene [citado 2019 Jun 04]; 31( 1 ): 16-23
- <sup>133</sup> Aaron GJ, Dror DK, Yang Z. Multiple-micronutrient fortified non-dairy beverage interventions reduce the risk of anemia and iron deficiency in school-aged children in low-middle income countries: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients.* 2015; 7: 3847-68.
- <sup>134</sup> Jin H, Wang R, Chen S, Wang A, Liu X. Early and late Iron supplementation for low birth weight infants: a meta-analysis. *Ital J Pediatr,* 2015; 41: 16-26.
- <sup>135</sup> Kristjansson E, Francis DK, Liberato S, Benkhalti Jandu M, Welch V, Batal M, et al. Food supplementation for improving the physical and psychosocial health of socio-economically disadvantaged children aged three months to five years. London, UK: Cochrane Public Health Group; 2015.

- 
- <sup>136</sup> Matsuyama M, Harb T, David M, Davies PS, Hill RJ. Effect of fortified milk on growth and nutritional status in young children: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr.* 2017; 20(7): 1214-25.
- <sup>137</sup> Stammers A, Lowe NM, Medina MW, Patel S, Dykes F, Pérez-Rodrigo C, et al. The Relationship between zinc intake and growth in children aged 1-8 years: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Nutr.* 2015; 69: 147-153
- <sup>138</sup> Vollmer S, Harttgen K, Kupka R, et al. Levels and trends of childhood undernutrition by wealth and education according to a Composite Index of Anthropometric Failure: evidence from 146 Demographic and Health Surveys from 39 countries. *BMJ Glob Health* 2017; 2: e000206.
- <sup>139</sup> Iglesias Vásquez L, Valera E, Villalobos M, Tous M, Arijia V. Prevalence of anemia in children from Latin America and the Caribbean and effectiveness of nutritional interventions: systematic review and meta-analysis. *Nutrients.* 2019; 11(1): 183.
- <sup>140</sup> Akombi BJ, Agho KE, Hall JJ, Wali N, Renzaho AN, Merom D. Stunting, wasting and underweight in sub-saharan africa: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2017; 14: 863.
- <sup>141</sup> Dangour AD, Watson L, Cumming O, Boisson S, Che Y, Velleman Y, et al. Interventions to improve water quality and supply, sanitation and hygiene practices, and their effects on the nutritional status of children. London, UK: Cochrane Public Health Group; 2013.
- <sup>142</sup> World Health Organization [WHO]. Strategies to prevent anaemia: recommendations from an Expert Group Consultation. Nueva Dehli: WHO; 2016.
- <sup>143</sup> Hollich G. Early language. En: Bremner JG, Wachs TD, editores. *The Wiley-Blackwell Handbook of Infant Development, Volume 1.* Reino Unido: Blackwell Publishing; 2010. p. 426-49.
- <sup>144</sup> Sakai KL. Language acquisition and brain development. *Science.* 2005; 310(5749): 815-9.
- <sup>145</sup> Narafshan MH, Sadighi F, Bagheri MS, Shokrpour N. First language acquisition by infants. *JAELT.* 2013; 1(2): 59-63.
- <sup>146</sup> Levine L, Munsch J. Language development. En: Levine L, Munsch J, editores. *Child Development. An Active Learning Approach.* California: Sage Publishing; 2018. 289-325.
- <sup>147</sup> Parise E, Friederici AD, Striano T. “Did you call me?” 5-month-old infants own name guides their attention. *PlosOne.* 2010; 5(12): e14208.
- <sup>148</sup> Herschensohn J. Right on time: process and schedule of first language acquisition. En: Herschensohn J. *Language Development and Age.* Nueva York: Cambridge University Press; 2007. p. 27-64.
- <sup>149</sup> Friedrich M. Neurophysiological correlates of picture-word priming in one-year-olds. En: Friederici AD, Thierry G, editores. *Early Language Development.* Amsterdam: John Benjamins Publishing Co; 2008. p. 137-60.
- <sup>150</sup> Gillam RB, Bedore LM, Davis BL. Communication across the life span. En: Gillam RB, Marquardt TP, Martin FN. *Communication sciences and disorders.* Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2011. p. 27-50.
- <sup>151</sup> Montroy JJ, Bowles RP, Skibbe LE, McClelland MM, Morrison FJ. The development of self-regulation across early childhood. *Dev. Psychol.* 2016; 52(11): 1-19.
- <sup>152</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Primera infancia 2016-2020. Para cada niño, el mejor comienzo.* 1era ed. Argentina: UNICEF; 2016.

- 
- <sup>153</sup> Quinn S, Donnelly S, Kidd E. The relationship between symbolic play and language acquisition: A meta-analytic review. *Dev Rev.* 2018; 49: 121-35.
- <sup>154</sup> Blesses D, Makransky G, Dale G, Hojen A. Early productive vocabulary predicts academic achievement 10 years later. *Appl Psycholinguist.* 2016; 37(6): 1461-76.
- <sup>155</sup> Grizzle KL, Simms MD. Early language development and language learning disabilities. *Pediatr Rev.* 2005; 26(8): 274-83.
- <sup>156</sup> Law J, Garret Z, Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; 5: 004110.
- <sup>157</sup> Johnson, CJ, Beitchman JH, Browlie EB. Twenty-year follow-up of children with and without speech-language impairments. *Am J Speech Lang Pathol.* 2010; 19(1): 51-65.
- <sup>158</sup> Beitchman J, Brownlie E. Language development and its impact on children’s psychosocial and emotional development [Internet]. En: Tremblay RE, Boivin M, Peters R, editores. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Quebec, Montreal: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Startegic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2010: 1-8. Disponible en: [www.child-encyclopedia.com](http://www.child-encyclopedia.com).
- <sup>159</sup> Cabella W, De Rosa M, Failache E, Fitermann P, Katzkowicz N, Medina M, *et al.* Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay: primeros resultados de la ENDIS. 1era ed. Montevideo: INE/UR/OPP/MSP/Mides; 2015.
- <sup>160</sup> Mejía-Arauz R. Contrastes en el desarrollo socio-cognitivo de niños en contextos urbanos y rurales o indígenas de México. En Mejía-Arauz R, coordinadora. *Desarrollo Psicocultural de Niños Mexicanos*. Guadalajara: ITESO; 2015. p. 13-43.
- <sup>161</sup> Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. El aprendizaje en preescolar en México. Informe de resultados EXCALE 00 aplicación 2011. Lenguaje y comunicación y Pensamiento matemático. 1era ed. México: INEE; 2014.
- <sup>162</sup> Vogt P, Mastin D, Aussems S. Early vocabulary development in rural and urban Mozambique. *Child Development Researh.* 2015; 2015: 1-15.
- <sup>163</sup> Gan Y, Meng L. Comparison of school readiness between rural and urban chinese preschool children. *Soc. Behav. Pers.* 2016; 44(9): 1429-42.
- <sup>164</sup> Etchella A, Adhikarib A, Weinbergc LS, Leen Choo A, Garnetta EO, Ming H, *et al.* A systematic literature review of sex differences in childhood language and brain development. *Neuropsychol.* 2018; 114: 19-31.
- <sup>165</sup> Frith U, Vargha-Khadem F. Are there sex differences in the brain basis of literacy-related skills? Evidence From reading and spelling impairments after early unilateral brain damage. *Neuropsychol.* 2001; 39(13): 1485-8.
- <sup>166</sup> Tenenbaum H, Aznar H, Leman P. Gender differences in language development. En Brook P y Kempe V, editoras. *Encyclopedia of Language Development*. Nueva York: SAGE Publications; 2014. p. 229-36.
- Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization from infancy to adulthood: neurobiological, correlates, parenting contexts and pathways to disorder. En Cassidy J, Shaver PR, editores. *Handbook of attachment*. Londres: The Guilford Press; 2016. p. 667-95.
- <sup>167</sup> Leaper C, Smith TE. A meta-analytic review of gender variations in children’s language use: talkativeness, affiliative speech, and assertive speech. *Dev Psychol.* 2004; 40(6): 993-1027.

- 
- <sup>168</sup> Ryan-Krause P, Meadows-Oliver M, Sadler L, Swartz M. Developmental status of children of teen mothers: contrasting objective assessments with maternal reports. *J Pediatr Health Care.* 2009; 23(5): 303–9.
- <sup>169</sup> Oxford M, Spieker S. Preschool language development among children of adolescent mothers. *J Appl Dev Psychol.* 2006; 27: 165–82.
- <sup>170</sup> Keown LJ, Woodward LJ, Field J. Language development of pre-school children born to teenage mothers. *Infant and Child Dev.* 2001; 10(3): 129–45.
- <sup>171</sup> Augustine JM, Cavanagh SE, Crosnoe R. Maternal education, early child care and the reproduction of advantage. *Soc Forces.* 2009; 88(1): 1–29.
- <sup>172</sup> Pancsofar N. Fathers’ early contributions to children’s language development in families from low-income rural communities. *Early Child Res Q.* 2010; 25(4): 450–63.
- <sup>173</sup> Pancsofar N, Vernon-Feagans L. Mother and father language input to young children: Contributions to later language development. *J Appl Dev Psychol.* 2006; 27: 571–87.
- <sup>174</sup> Malin JL, Karberg E, Cabrera NJ, Rowe M, Cristaforo T, Tamis-LeMonda CS. Father–toddler communication in low-income families: The role of paternal education and depressive symptoms. *Fam Sci.* 2012; 3: 155–63.
- <sup>175</sup> Broesch T, Bryant GA. Fathers’ infant-directed speech in a small-scale society. *Child Dev.* 2017; 89(2): 29–41.
- <sup>176</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. *Las infancias diversas: Estudio fenomenológico de la niñez de cero a tres años en cuatro pueblos indígenas de la amazonía peruana.* Lima: Tarea Asociación Gráfica Educativa; 2016.
- <sup>177</sup> Guerrero G, Demarini F. Atención y educación de la primera infancia en el Perú: Avances y retos pendientes. En *GRADE. Investigación para el desarrollo en el Perú. Once balances.* Lima: GRADE; 2016. p. 163–206.
- <sup>178</sup> Kaplan PS, Danko CM, Everhart KD, Diaz A, Asherin RM, Vogeli JM, Fekri SM. Maternal depression and expressive communication in one-year-old infants. *Infant Behav Dev.* 2014; 37(3): 398–405.
- <sup>179</sup> Herrera E, Reissland N, Shepherd J. Maternal touch and maternal child-directed speech: Effects of depressed mood in the postnatal period. *J Affect Disord.* 2004; 81: 29–39.
- <sup>180</sup> Porritt L, Zinser MC, Bachorowski JA, Kaplan PS. Depression diagnoses and fundamental frequency-based acoustic cues in maternal infant-directed speech. *Lang Learn Dev.* 2014; 10: 51–67.
- <sup>181</sup> Reissland N, Shepherd J, Herrera E. The pitch of maternal voice: a comparison of mothers suffering from depressed mood and non-depressed mothers reading books to their children. *J Child Psychol Psychiatry.* 2003; 44: 255–261
- <sup>182</sup> Udo IE, Sharps P, Bronner Y, Hossain MB. maternal intimate partner violence: relationships with language and neurological development of infants and toddlers. *Matern Child Health J.* 2016; 20(7): 1424–31.
- <sup>183</sup> Lum JA, Powell M, Timms L, Snow P. A meta-analysis of cross sectional studies investigating language in maltreated children. *J Speech Lang Hear Res.* 2015; 58(3): 961–76.
- <sup>184</sup> Spratt EG, Friedenber S, LaRosa A, Bellis MDD., Macias MM, Summer AP, et al. The effects of early neglect on cognitive, language, and behavioral functioning in childhood. 2012; *Psychol (Irvine)*, 3(2): 175–182.

- 
- <sup>185</sup> Sylvestre A, Bussi eres EL, Bouchard C. Language problems among abused and neglected children: A meta-analytic review. *Child Maltreat*. 2015; 21(1): 47–58.
- <sup>186</sup> Schwab JF, Lew-Williams C. Language learning, socioeconomic status, and child-directed speech. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*. 2016; 7(4): 264–275.
- <sup>187</sup> Hoff E. Causes and consequences of SES-related differences in parent-to-child speech. En Bornstein MH, Bradley R, editores. *Socioeconomic status, parenting and child development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 2003. p. 147–160.
- <sup>188</sup> Rodriguez ET, Tamis-LeMonda CS. Trajectories of the home learning environment across the first 5 years: Associations with children’s vocabulary and literacy skills at prekindergarten. *Child Dev*. 2011; 82: 1058–75.
- <sup>189</sup> Betancourt L, Brodsky N, Hurt H. Socioeconomic (SES) differences in language are evident in female infants at 7 months of age. *Early Hum Dev*. 2015; 91(12): 719–24.
- <sup>190</sup> Letourneau NL, Duffett-Leger L, Levac L, Watson B, Young-Morris C. Socioeconomic Status and Child Development. *J Emot Behav Disord*. 2011; 21(3), 211–24.
- <sup>191</sup> Fisher EL. A systematic review and meta-analysis of predictors of expressive-language outcomes among late talkers. *J Speech Lang Hear Res*. 2017; 60(10); 1-14.
- <sup>192</sup> Fernald A, Marchman VA, Weisleder A. SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months. *Dev Sci*. 2013; 16(2): 234–48.
- <sup>193</sup> Marulis LM, Neuman SB. How vocabulary interventions affect young children at risk: a meta-analytic review. *J Res Educ Eff*. 2013; 6(3): 223–62.
- <sup>194</sup> Cruise S, O’Reilly D. The influence of parents, older siblings, and non-parental care on infant development at nine months of age. *Infant Behav Dev*. 2014; 37(4), 546–55.
- <sup>195</sup> Zimmerman FJ, Gilkerson J, Richards JA, Christakis DA, Xu D, Gray S, et al.. Teaching by listening: The importance of adult-child conversations to language development. *Pediatrics*. 2019; 124(1): 342–49.
- <sup>196</sup> Pace A, Luo R, Hirsh-Pasek K, Golinkoff RM. Identifying pathways between socioeconomic status and language development. *Annu. Rev. Linguist*. 2017; 3: 285–308.
- <sup>197</sup> Sugden D, Wade M. *Typical and Atypical Motor Development*. 1era ed. Londres: Mac Keith Press; 2013.
- <sup>198</sup> WHO Multicenter Growth Reference Study Group. WHO Motor Development Study: Windows of achievement for six gross motor development milestones. *Acta Paediatr*. 2006; 450: 86-95.
- <sup>199</sup> Adolph KE, Berger SE. Physical and motor development. En: Bornstein MH, Lamb ME, editores. *Developmental science: An advanced textbook*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2005. p. 223–81.
- <sup>200</sup> Masa M, Jiménez L, Riera C. Sistematización de la actividad psicomotriz y del desarrollo cognitivo. *Psicología Educativa*. 2018; 24(1): 38-41.
- <sup>201</sup> Longobardi E, Spataro P, Rossi-Arnaud C. The relationship between motor development, gestures and language production in the second year of life: A mediational analysis. *Infant Behav Dev*. 2014; 37: 1-4.
- <sup>202</sup> Ato E, González C, Carranza JA. Aspectos evolutivos de la autorregulaci n emocional en la infancia. *Anales de Psicología*. 2004; 20(1): 69-79.

- 
- <sup>203</sup> Schmidt M, Egger F, Benzing V, Jäger K, Conzelmann A, Roebbers CM, *et al.* Disentangling the relationship between children’s motor ability, executive function and academic achievement. 2017. PlosOne. 2017; 12(8): Ee0182845.
- <sup>204</sup> Macdonald K, Milne N, Orr R, Pope R. Relationships between motor proficiency and academic performance in mathematics and reading in school-aged children and adolescents: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jul 28; 15(8): E1603.
- <sup>205</sup> Piek JP, Dawson L, Smith LM, Gasson N. The role of early fine and gross motor development on later motor and cognitive ability. *Hum Mov Sci*. 2008; 27(5): 668-81.
- <sup>206</sup> Leonard H, Hill E. The impact of motor development on typical and atypical social cognition and language: a systematic review. *Child Adolesc. Ment. Health*. 2014; 19(3): 163-170.
- <sup>207</sup> Cabella W, De Rosa M, Failache E, Fitermann P, Katzkowicz N, Medina M, *et al.* Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay: primeros resultados de la ENDIS. 1era ed. Montevideo: INE/UR/OPP/MSP/Mides; 2015.
- <sup>208</sup> Kuklina EV1, Ramakrishnan U, Stein AD, Barnhart HH, Martorell R. Growth and diet quality are associated with the attainment of walking in rural Guatemalan infants. *J Nutr*. 2004; 134(12): 3296-300.
- <sup>209</sup> Rothman M, Faber M, Covic N, Matsungo TM, Cockeran M, Kvalsvig JD, *et al.* Infant development at the age of 6 months in relation to feeding practices, iron status, and growth in a peri-urban community of South Africa. *Nutrients*. 2018; 10(73), 1-13.
- <sup>210</sup> Rejali M, Pahlavni S, Hassanzadeh A. Evaluation of 1-year-old children development in Isfahan City and its effective factors using ages and stages questionnaire, in 2014. *J Edu Health Promot*. 2017; 6: 57-65.
- <sup>211</sup> Toghyani R, Sharafi Shorabi F, Sharafi Shorabi H, SH Ghahraman Tabrizi SH. Check the status of the development of children under age 5 in rural areas of Isfahan using the ASQ questionnaire in 2012-2013 year. *J Med Life*. 2015; 8(4): 169–73.
- <sup>212</sup> Zhang J, Guo S, Li Y, *et al.* Factors influencing developmental delay among young children in poor rural China: a latent variable approach. *BMJ Open*. 2018; 8: e021628.
- <sup>213</sup> WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Motor Development Study: Windows of achievement for six gross motor development milestones. *Act Pædiatr*. 2006; 450: 86-95.
- <sup>214</sup> WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Assessment of sex differences and heterogeneity in motor milestone attainment among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr*. 2006; 450: 66-75.
- <sup>215</sup> Barnett LM, Van Beurden E, Morgan PJ, O Brooks L, Beard JR. Gender Differences in Motor Skill Proficiency From Childhood to Adolescence: A Longitudinal Study. *Res Q Exerc Sport*. 2010; 81(2): 162-70.
- <sup>216</sup> Peyre H, Hoertel N, Nernard JY, Rouffignac C, Forhan A, Taine M, *et al.* Sex differences in psychomotor development during the preschool period: A longitudinal study of the effects of environmental factors and of emotional, behavioral, and social functioning. *J Exp Child Psychol*. 2019; 178: 369–84.
- <sup>217</sup> Abo EES, Tawfik M, Abo EFW, Barseem NF. Screening for developmental delay in preschool-aged children using parent-completed Ages and Stages Questionnaires: Additional insights into child development. *Postgrad. Med. J*. 2017; 93: 597–602.
- <sup>218</sup> Venetsanou F, Kambas A. Environmental factors affecting preschooler’s motor development. *Early Childhood Educ J*. 2010; 37: 319-27.

- 
- <sup>219</sup> Pilz EML, Schermann LB. Environmental and biological determinants of neuropsychomotor development in a sample of children in Canoas/RS. *Cien. Saude. Colet.* 2007; 12: 181–90.
- <sup>220</sup> Patra K, Greene MM, Patel AL, Meier P. Maternal education level predicts cognitive, language, and motor outcome in preterm infants in the second year of life. *Am J Perinatol.* 2016; 33(8): 738–44.
- <sup>221</sup> Ye A, Yan S, Huang K, Mao L, Ge X, Weng T, et al. Maternal intelligence quotient and motor development in early childhood: The mediating role of mother’s education. *J Paediatr Child Health.* 2019; 55: 87–94.
- <sup>222</sup> Comuk-Balci N, Bayoglu B, Tekindal A, Kerem-Gunel M, Anlar B. Screening preschool children for fine motor skills: Environmental influence. *J. Phys. Ther. Sci.* 2016; 28: 1026–31.
- <sup>223</sup> Pedley M, Brown N. Improving motor development in infancy with iron supplementation. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2016; 101: 336.
- <sup>224</sup> Santos DCC, Angulo-Barroso RM, Li M, Bian Y, Sturza J, Richards B, et al. Timing, duration, and severity of iron deficiency in early development and motor outcomes at 9 months. *Eur J Clin Nutr.* 2018; 72(3): 332-341.
- <sup>225</sup> Georgieff MK, Brunette KE, Tran PV. Early life nutrition and neural plasticity. *Dev Psychopathol.* 2015; 27(2):411–23.
- <sup>226</sup> Wang J, Pantopoulos K. Regulation of cellular iron metabolism. *Biochem J.* 2011; 434(3): 365– 81.
- <sup>227</sup> Angulo-Barroso RM, Li M, Santos DCC, Bian Y, Sturza J, Jiang Y, et al. Iron supplementation in pregnancy or infancy and motor development: a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 2016; 137(4): e20153547.
- <sup>228</sup> Lannotti LL, Tielsch JM, Black MM, Black RE. Iron supplementation in early childhood: health benefits and risks. *Am J Clin Nutr.* 2006; 84: 1261–76.
- <sup>229</sup> Souza de Paiva G, Vasconcelos Martins de Souza Lima AC, De Carvalho Lima M, Eickmann SH. The effect of poverty on developmental screening scores among infants. *Sao Paulo Med J.* 2010; 128(5): 276-83.
- <sup>230</sup> Eickmann SH, Lima AC, Guerra MQ, et al. Improved cognitive and motor development in a community-based intervention of psychosocial stimulation in northeast Brazil. *Dev Med Child Neurol.* 2003; 45(8): 536-41.
- <sup>231</sup> De Barros KM, Gusmão Câmara Frago A, Lemos Bezerra de Oliveira A, Cabral Filho JE, Castro RM. Do environmental influences alter motor abilities acquisition? A comparison among children from day-care centers and private schools. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2003; 61(2): 170-5.
- <sup>232</sup> Dearing E. Psychological costs of growing up poor. *Ann N Y Acad Sci.* 2008; 1136: 324-32
- <sup>233</sup> Lima MC, Eickmann SH, Lima ACV, et al. Determinants of mental and motor development at 12 months in a low income population: a cohort study in northeast Brazil. *Acta Paediatr.* 2004; 93(7):969-75.
- <sup>234</sup> Haydari A, Askari P, Nezhad MZ. Relationship between affordances in the home environment and motor development in children aged 18-42 months. *J Social Scien.* 2009; 5: 319-28.
- <sup>235</sup> Sacconi R, Valentini NC, Pereira KRG, Muller AB, Gabbard C. Associations of biological factors and affordances in the home with infant motor development. *Pediatr Int.* 2013; 55: 197–203.
- <sup>236</sup> Salaj S, Benko B, Simunovic DG. Influence of home environment size on motor proficiency of preschool children. Artículo presentado en: 8th International Scientific Conference on Kinesiology; 2017; Opatija-Croacia.

- <sup>237</sup> Ruttig Guidony K, Saccani R, Valentini NC. Cognition and environment are predictors of infants' motor development over time. *Fisioter. Pesqui.* 2016; 23(1): 59-67.
- <sup>238</sup> Murray DW, Rosanbalm K, Christopoulos C, Hamoudi A. Self-regulation and toxic stress: Foundations for understanding self-regulation from an applied developmental perspective. Washington DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration of Children and Families; 2015.
- <sup>239</sup> Evans CA, Porter CL. The emergence of mother-infant co-regulation during the first year: links to infants' developmental status and attachment. *Infant Behav Dev.* 2009; 32(2): 147-58.
- <sup>240</sup> Berger K. *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. 7ma ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
- <sup>241</sup> Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (2010). *El desarrollo de niños y niñas de 4 a 10 años. Tiempo de crecer*. Santiago de Chile: Andros Impresores.
- <sup>242</sup> Widiastuti AA. Preschoolers' self-regulation and their early school success. *ASSEHR.* 2017; 58: 39-43.
- <sup>243</sup> DeGangi GA. Problems of self-regulation in children: a longitudinal case study of a child from infancy to adulthood. *J Psychol Clin Psychiatry.* 2017; 7(2): 00428.
- <sup>244</sup> McClelland MM, Cameron CE, Connor CM, Farris CL., Jewkes AM, Morrison F J. Links between early self-regulation and preschoolers' literacy, vocabulary and math skills. *Dev. Psychol.* 2007; 43(4), 947–59.
- <sup>245</sup> Morrison FJ, Ponitz CC, McClelland MM. Self-regulation and academic achievement in the transition to school. En: Calkins SD, Bell MA, editores. *Human brain development. Child development at the intersection of emotion and cognition*. Washington DC: American Psychological Association; 2010. pp. 203-24.
- <sup>246</sup> McClelland MM, Morrison FJ, Holmes DH. Children at-risk for early academic problems: the role of learning-related social skills. *Early Child Res Q.* 2000; 15; 307–29.
- <sup>247</sup> Gumora G, Arsenio W F. Emotionality, emotion regulation, and school performance in middle school children. *J. Sch. Psychol.* 2002; 40(5): 395-413.
- <sup>248</sup> Dias PC, Cadime I. Factores de protección y resiliencia en adolescentes: la autorregulación como variable mediadora. *Psicología Educativa.* 2017; 23(1): 37-43.
- <sup>249</sup> Eisenberg N, Hofer C, Sulik MJ, Spinrad TI. Self-Regulation, effortful control, and their socioemotional correlates. En: Campbell-Sills L, Ellard K, Barlow D, editores. *Handbook of Emotion Regulation*. 2da ed. Londres: The Guildford Press; 2015. p. 157-72.
- <sup>250</sup> Campbell-Sills L, Ellard K, Barlow D. Emotion regulation in anxiety disorders. En: Campbell-Sills L, Ellard K, Barlow D, editores. *Handbook of Emotion Regulation*. 2da ed. Londres: The Guildford Press; 2015. p. 393-412.
- <sup>251</sup> Bernal R, Quintero C. Informe de caracterización de los niños y niñas entre los 0 y 5 años de edad en la encuesta longitudinal colombiana (ELCA). 1era ed. Colombia: Facultad de Economía, Universidad de los Andes/ Centro de estudios de desarrollo económico-CEDE; 2013.
- <sup>252</sup> Matthews JS, Cameron CE, Morrison FJ. Early gender differences in self-regulation and academic achievement. *J. Educ. Psychol.* 2009; 101(3): 689-704.
- <sup>253</sup> Cowell PE, Turetsky BI, Gur RC, Grossman RI, Shtasel DL, Gur RE. Sex differences in aging of the human frontal and temporal lobes. *J Neurosci.* 1994; 14: 4748–55.
- <sup>254</sup> Coyne MA, Vaske JC, Boisvert DL, Wright JP. Sex Differences in the stability of self-regulation across childhood. *J Dev Life Course Criminol.* 2015; 1(1): 4–20.

---

<sup>255</sup> Ambrose H. Young children's emotion regulation and social skills: the role of maternal emotional socialization and mother-child interactional synchrony. PhD Dissertation. Ontario: Universidad de Windsor; 2013.

<sup>256</sup> Dereli E. Prediction of emotional understanding and emotion regulation skills of 4-5 age group children with parent-child relations. *Journal Educ Pract.* 2016; 7(21): 42-54.

<sup>257</sup> Karreman A, Van Tuijl C, Van Aken MAG, Dekovic M. Parenting and self-regulation in preschoolers. *Infant and Child Development.* 2006; 15(6), 561-79.

<sup>258</sup> Di Maggio R, Zappulla C. The relationship between emotion knowledge, emotion regulation and adjustment in preschoolers: A mediation model. 2016; 25(8): 2626-35.

<sup>259</sup> Hoffman C, Crnic KA, Baker JK. Maternal depression and parenting: implications for children's emergent emotion regulation and behavioral functioning. *Science and Practice.* 2006; 6(4): 271-95.

<sup>260</sup> Russell BS, Lee JO, Spieker S, Oxford ML. Parenting and preschool self-regulation as predictors of social emotional competence in 1st grade. *Journal of Research in Childhood Education.* 2016; 30(2): 153–69.

<sup>261</sup> Bagner DM, Pettit JW, Lewinsohn PM, Seeley JR. effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010; 49(7): 699–707.

<sup>262</sup> Middleton M, Scott SL, Renk K. Parental depression, parenting behaviours, and behaviour problems in young children. *Infant and Child Development.* 2009; 18(4): 323-36.

<sup>263</sup> Edwards ES, Holzman JB, Burt NM, Rutherford HJV, Mayes LC, Bridgett DJ. maternal emotion regulation strategies, internalizing problems and infant negative affect. *J Appl Dev Psychol.* 2017; 48: 59–68.

<sup>264</sup> Ceyer C, Ogonnaya IN. The relationship between maternal domestic violence and infant and toddlers' emotional regulation: Highlighting the need for preventive services. *Journal of Interpersonal Violence.* 2017: 1-20.

<sup>265</sup> Levendosky AA, Leahy KL, Bogat GA, Davidson WS, Von Eye A. Domestic violence, maternal parenting, maternal mental health, and infant externalizing behavior. *J Fam Psychol.* 2006; 20: 544-52.

<sup>266</sup> DeJonghe ES, Bogat GA, Levendosky AA., Von Eye A, Davidson WS. Infant exposure to domestic violence predicts heightened sensitivity to adult verbal conflict. *Infant Ment Health J.* 2005; 26: 268-81.

<sup>267</sup> McDonald R, Jouriles EN, Rosenfield D, Briggs-Gowan MJ, Carter A. Violence toward a family member, angry adult conflict, and child adjustment difficulties: Relations in families with 1- to 3-year-old children. *J Fam Psychol.* 2007; 21: 176-84.

<sup>268</sup> Kim J, Cicchetti D. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010; 51(6): 706–16.

<sup>269</sup> Young JC, Widom CS. Longterm effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse Negl.* 2014 ; 38(8): 1369–81.

<sup>270</sup> Teisl M, Cicchetti D. Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/ disruptive behavior problem: Articles. *Soc Dev.* 2008; 17(1): 1-23.

<sup>271</sup> Kiss M, Fehete G, Pop M, Susa G. Early childhood self-regulation in context: Parental and familial environmental influences. *Cogn Brain Behav. An Interdisciplinary Journal.* 2014; 18(1): 55-85.

<sup>272</sup> Palacios-Barrios EE, Hanson JL. Poverty and self-regulation: connecting psychosocial processes, neurobiology, and the risk for psychopathology. *Compr Psychiatry.* 2019; 90: 52-64.

- 
- <sup>273</sup> Blair C. Stress and the development of self-regulation in context. *Child Dev Perspect.* 2010; 4(3): 181–8.
- <sup>274</sup> Evans GW, Pilyoung K. childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child Dev Perspect.* 2013; 7(1): 43-8.
- <sup>275</sup> Li M, Riis JL, Ghazarian SR, Johnson SB. Income, family context and self-regulation in 5-year-old children. *J Dev Behav Pediatr.* 2017; 38(2): 99–108.
- <sup>276</sup> Williford A, Withtaker JEV, Vitiello VE, Downer JT. Children’s engagement within the preschool classroom and their development of self-regulation. *Early Educ Dev.* 2013; 24(2): 162–87.
- <sup>277</sup> Bonilla-Sánchez M, Solovieva Y. Evidencias de la formación de la función simbólica a través de la actividad de juego de roles sociales. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología.* 2016; 16(1): 29-40.
- <sup>278</sup> González-Moreno CX, Solovieva Y. Caracterización del nivel de desarrollo de la función simbólica en niños preescolares. *CES Psicol;* 2016, 9(2): 80-99.
- <sup>279</sup> Fields C. Object permanence. En: Shackelford TK, Weekes-Shackelford VA, editores. *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science.* Suiza: Springer; 2017. p. 1-6.
- <sup>280</sup> Subbotsky E. A life span approach to object permanence. *Hum Dev.* 1991; 34:125-37.
- <sup>281</sup> Casby MB. The development of play in infants, toddlers, and young children. *CDQ.* 2003; 24(4): 163–74.
- <sup>282</sup> Pecci MC, Herrero T, López M, Mozos A. *El juego infantil y su metodología.* Madrid: McGraw-Hill; 2013.
- <sup>283</sup> Celener G, Febbraio A, Rosenfeld N, Hidalgo G, Peker G, Battafarano S, *et al.* *Técnicas proyectivas. Actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- <sup>284</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Nutrición, desarrollo y alfabetización. Una propuesta integradora en favor de la infancia.* Buenos Aires: UNICEF; 2004.
- <sup>285</sup> Center for Disease Control and Prevention. *Developmental milestones* [Internet]. Atlanta; 2019. Disponible en: [www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/index.html](http://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/index.html)
- <sup>285</sup> Banco Mundial. *Prevalencia de anemia en la infancia (% menores de 5 años)* [Internet]. Washington DC; 2019. Disponible en: [datos.bancomundial.org/indicador/SH.ANM.CHLD.ZS](http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.ANM.CHLD.ZS)
- <sup>286</sup> Elias C, Berk L. Self-regulation in young children: Is there a role for sociodramatic play? *Early Child Res Q.* 2002; 17(2): 216-38.
- <sup>287</sup> Desoete A, Ceulemans A, De Weerdt F, Pieters S. Can we predict mathematical learning disabilities from symbolic and non-symbolic comparison tasks in kindergarten? Findings from a longitudinal study. *Br J Educ Psychol.* 2010; 82(1): 64-81.
- <sup>288</sup> Nath S, Szücs D. Construction play and cognitive skills associated with the development of mathematical abilities in 7-year-old children. *Learn Instr.* 2014; 32: 73-80.
- <sup>289</sup> Sajlia J, Mukhlis AB. The influence of symbolic play on early literacy development. En: *Asia Pacific Educational Research Association Conference; 2006 Nov 28-30; p. 1-15.*
- <sup>290</sup> Wallace CE, Russ SW. Pretend play, divergent thinking, and math achievement in girls: A longitudinal study. *Psychol Aesthet Creat Arts.* 2015; 9(3): 296-305.

<sup>291</sup> Erikson M, Marschik PB, Tulviste T, Almgren M, Pereira MP, Wehberg S, et al. Differences between girls and boys in emerging language skills: Evidence from 10 language communities. *Br J Dev Psychol.* 2012; 30: 326-43.

<sup>292</sup> Bredikyte M, Brandisauskiene A, Sujetaite-Volungeviciene G. Dynamics of pretend play development in early childhood. *Pedagogika.* 2015; 118(2): 174-87.

<sup>293</sup> Gleason TR. Mothers' and fathers' attitudes regarding pretend play in the context of imaginary companions and of child gender. *Merrill Palmer Q.* 2005; 51(4): 412-36.

<sup>294</sup> Fekonja-Peklaj U, Marjanovič-Umek L, Sočan G. Home environment as a predictor of child's language: A mediating role of family literacy activities and symbolic play. *Horizons of Psychol.* 2015; 24: 1–12.

<sup>295</sup> Aramburo UN. El dibujo y la simbolización en algunos casos de maltrato infantil. Una mirada psicoanalítica. *Affectio Societatis.* 2009; 10: 1-12.

<sup>296</sup> Thornton V. Understanding the emotional impact of domestic violence on young children. *Educational and Child Psychology.* 2014; 31(1): 91-100.

<sup>297</sup> Lisi A, Stallone V, Tomasino MG, Affatati V, Grattagialno I. Child abuse: the human figure drawing test in evaluating minors. *International Journal of Criminology and Sociology.* 2013; 2: 109-17.

<sup>298</sup> Cooper RJ. The impact of child abuse on children's play: a conceptual model. *Occup Ther Int.* 2000; 7(4), 259–76.

<sup>299</sup> Irigaray TQ, Pacheco JB, Grassi-Oliveira R, Fonseca RP, De Carvalho Leitell III JC; Haag Kristensen C. Child maltreatment and later cognitive functioning: a systematic review. *Psicol. Reflex. Crit.* 2013; 26(2): 376–87.

<sup>300</sup> Salsa AM. Factores que influyen en la comprensión temprana de imágenes: similitud perceptual y nivel socioeconómico. *Infancia y Aprendizaje.* 2012; 35(3), 313–26.

<sup>301</sup> Lillard AS, Lerner MD, Hopkins EJ, Dore RA, Smith ED, Palmquist CM. The impact of pretend play on children's development: a review of the evidence. *Psychol Bull.* 2013; 139(1): 1–34.