

### UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA

**CARRERA DE MEDICINA HUMANA** 

### TÍTULO

DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DEL CNH DE SAN LUCAS MIES-LOJA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

**AUTORA:** 

Jenny María Ochoa Armijos

**DIRECTOR DE TESIS:** 

Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado

LOJA – ECUADOR 2015 CERTIFICACIÓN

Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado, Mg. Sc

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNL - DIRECTOR DE

TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación "Desarrollo psicomotor y su relación con la alimentación en los niños del CNH de San Lucas MIES-Loja", realizado por la estudiante Jenny María Ochoa Armijos; ha sido cuidadosamente revisado por el suscrita, con lo que se ha podido constatar que cumple con todos los requisitos de fondo y de forma establecidos por la Universidad Nacional de Loja y por el Área de la Salud Humana para la

obtención del título de Médico General, por lo que autorizo su presentación.

Lo Certifico:

Loja, 9 de Noviembre de 2015

Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado, Mg. Sc

**DIRECTORA DE TESIS** 

### **AUTORÍA**

Yo, Jenny María Ochoa Armijos, egresada de la Carrera de Medicina Humana, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo al a Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Jenny María Ochoa Armijos

Firma: MILKEUS III

Cédula: 1/105063646

Fecha: Loja, 09 de Noviembre del2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA UTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICADELTEXTO COMPLETO.

Yo, Jenny María Ochoa Armijos, declaro ser autora de lateáis titulada: "Desarrollo psicomotor y su relación con la alimentación en los niños del CNH de San Lucas MIES-Loja". Como requisito para optar al Grado de: MÉDICO GENERAL autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que confines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, firma la autora en la ciudad de Loja, a los 9 días del mes de noviembre del 2015..

FIRMA: MUMMEN LU

AUTOR: Jenny María Ochoa Armijos

CÉDULA: 1105063646

DIRECCIÓN: Avda. Manuel Carrión Pinzano y Nicolás García

CORREOELECTRÓNICO: j ennmar@hotmail.com

CELULAR: 0991704795

#### DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DETESIS: Dra.Merci Lorena Vallejo Delgado, Mg. Sc

TRIBUNAL DE GRADO: Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas, Mg. Sc

Dra. Livia Gladys Pineda López, Mg. Sc

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan, Mg. Sc

#### **DEDICATORIA**

Dedico este proyecto de tesis a Dios quien me ha dado las fuerzas necesarias para poder realizarla de manera exitosa.

A mi madre Sr. Amada Armijos, que sé que donde estas me has apoyado siempre. Me has dado fuerza para seguir y cumplir un objetivo más. Madre esto es por ti.

A mi padre, Sr. Manuel Ochoa por todo el esfuerzo que realizo para darme la mejor educación. Por su compañía y aliento en los momentos difíciles.

A mis hermanos, Milton y Cecilia quienes de manera única y divertida supieron alentarme y hacerme ver lo esencial de las cosas.

A Carlos Núñez, por su apoyo incondicional, por su amor, su paciencia y porque luego de todos los esfuerzos compartidos cumplimos una meta y un objetivo juntos: ser profesionales.

Finalmente, dedico este proyecto de tesis a los niños de los CNH San Lucas, para que mi aporte sobre la importancia de la nutrición sirva de ayuda en la mejoría de su calidad de vida.

#### **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar agradezco a Dios por todas sus bendiciones y por permitirme culminar mis estudios y ser una profesional.

A mi padre, Sr. Manuel Ochoa por todo tu amor y por enseñarme a luchar por lo que quiero, enfrentando de la mejor manera las adversidades que se presentan en la vida, sabiendo que errar es de humanos y que de los errores se aprende, gracias por estar siempre a mi lado, apoyarme, ayudarme y ensañarme a luchar por alcanzar mis metas propuestas.

A mis hermanos Milton y Cecilia, por cada cosa que han hecho por ayudarme, por motivarme, apoyarme y escucharme siempre que he necesitado de sus consejos.

Mi más sincero agradecimiento a la Dra. Lorena Vallejo, por el apoyo durante la realización de nuestro proyecto de graduación.

A todo el personal de nuestra prestigiosa Institución Universidad Nacional de Loja, especialmente a todo el personal de la Facultad de Medicina

A Kimberly y Jenny por demostrarme el significado de una verdadera amistad, y porque juntas compartimos nuestra meta de ser profesionales.

1) TITULO

DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DEL CNH DE SAN LUCAS MIES-LOJA 2014

#### 2) RESUMEN:

La presente investigación tiene como finalidad determinar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño y su influencia en el desarrollo psicomotor. Misma que es de tipo transversal, correlacional, realizada en 120 niños/as de 0 a 36 meses inscritos en el programa creciendo con nuestros hijos (CNH) en San Lucas del Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES-LOJA en el año 2014, para la recolección de la información, se realizó encuestas a las madres o cuidadores y se evaluó el desarrollo psicomotor aplicando el test de Denver que del total de niños/as tuvieron un inicio temprano de la lactancia materna el 57.26% obtuvo resultado de test de Denver normal, a diferencia de los que no recibieron inicio temprano de la lactancia, en los que 66,67% obtuvieron una prueba anormal. De los niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva el 57,28% presentaron una prueba normal y 32,04% dudosa o en riesgo, a diferencia de los que no recibieron lactancia materna exclusiva que el 52,94% presentaron una prueba normal y que el 47,06% dudosa o en riesgo. De los niños que recibieron la diversidad alimentaria mínima el 62,16% obtuvieron un test normal y solo el 2,07 anormal; y aquellos que no recibieron diversidad alimentaria mínima el 57,14% presentaron un test normal y el 28,57% anormal. Con lo que se concluye que las practicas alimentarias adecuadas influyen positivamente en el desarrollo psicomotriz.

Con los resultados obtenidos se recomienda a las instituciones que trabajan en beneficio de los niños como es el MIES a través de los CNH, se fomente el inicio y mantenimiento de las prácticas alimentarias adecuadas, que aseguran el desarrollo integral de los niños/as.

Palabras clave: desarrollo psicomotriz, alimentación, niños menores de 3 años.

#### **SUMMARY**

The present research has the aim of determine the practices of feeding of the, infant and young child and its influence on the psychomotor development. This is a transversal, correlational, conducted with 120 children from 0 to 36 months enrolled in the program grow with our children (CNH) in San Lucas, of the Ministry of Economic and Social Inclusion MIES - LOJA in 2014, to collect the information, surveys were applied to mothers or caregivers and the psychomotor development was assessed using the Denver test that the total of all children had an early start of breastfeeding the 57.26 % obtained a normal test result of Denver unlike those who didn't receive an early initiation of breastfeeding, in which the 66.67 % obtained an abnormal test. Children whom receiving an exclusive breastfeeding the 57.28% presented a normal test and 32.04% presented a doubtful or a risk one, unlike those that didn't receiving exclusive breastfeeding in which the 52.94% had a normal test and the 47.06% had a doubtful or a risk one. Of the children whom received the minimum diversity dietary the 62.16% obtained a normal test and only the 2.07 an abnormal one; and those who did not receive minimum diversity dietary the 57.14% showed a normal test and the 28.57% an abnormal. It might be concluded that the appropriate feeding practices positively affect the psychomotor development. With the results obtained it is recommended to institutions working on behalf of children as is the MIES through CNH, the initiation and maintenance of appropriate feeding practices that ensure the integral development of children.

**Keywords:** psychomotor development, food, children under 3 years old.

### 3) INTRODUCCIÓN

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. Los primeros dos años de vida brindan una ventana de oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños, mediante una alimentación óptima.

Teniendo en cuenta datos confiables de la (OMS, 2006)sobre la eficacia de las intervenciones, estima:

El logro de la cobertura universal de una lactancia materna óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años.

#### La OMS y OPS (2007) mencionan

materna y Las prácticas deficientes de lactancia alimentación complementaria están muy difundidas. A nivel mundial, se ha estimado que solamente el 34.8% de lactantes reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses Los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros. Datos obtenidos de 64 países que cubren el 69% de nacimientos ocurridos en países en desarrollo, sugieren que esta situación viene mejorando. Hasta el 2006, la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida se ha incrementado del 33% al 37%. Se han apreciado incrementos significativos en el África Subsahariana, donde la tasa se ha incrementado del 22% al 30%; en Europa, la tasa se ha incrementado del 10% al 19% En Latinoamérica y el Caribe, excluyendo Brasil y México, el porcentaje de lactantes con lactancia materna exclusiva se ha incrementado del 30% al 45% alrededor del 2006.

#### De acuerdo a (Estrella, 2009) señala:

En el Ecuador existe alrededor de 1'960.000 niños de los cuales 1'200.000 viven en condiciones de pobreza. En resumen el 62.52% presentan síntomas de desnutrición. Los cantones más pobres llegan a tener 80% de niños con problemas de desnutrición grave. En 1990 la mortalidad infantil por desnutrición fue de un 28.82%. La desnutrición crónica en el área rural (30.7%), es 81 por ciento más alta que en la urbana (17.0%) y el indicador de la región Sierra (32.0%) es casi el doble que el de la Costa (15.7%). Considerando las provincias, las que tienen valores más altos son: Tungurahua, Bolívar, Cañar, y Chimborazo, en las cuales cerca del 40 por ciento de los niños(as) están clasificados con desnutrición crónica. Hay cuatro provincias en dónde más de 10 por ciento están clasificados con desnutrición crónica severa: Cotopaxi, Bolívar, Cañar, Azuay y Chimborazo. Cabe mencionar que en el dominio Sierra rural, el 12.1% está clasificado con desnutrición crónica severa. Un niño mal alimentado durante los 2 primeros años de vida, sufrirá las consecuencias de la desnutrición. Tendrá lesiones cerebrales irreversibles como: Baja capacidad de percepción y aprendizaje, dificultad en el lenguaje bajo nivel psicomotor. (p. 169)

Teniendo en cuenta esta realidad se plantea el siguiente tema de investigación: DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DEL CNH DE SAN LUCAS MIES-LOJA. El tipo de estudio es cuantitativo, transversal correlacional, que incluyo a 120 niños del CNH San Lucas. Y se plantearon como objetivos: general; Determinar las prácticas de la alimentación del lactante y del niño pequeño y su influencia en el desarrollo psicomotor en los CNH de San Lucas MIES-LOJA, año 2014. Y objetivos específicos 1.-Determinar las prácticas de la alimentación utilizando los indicadores de evaluación de las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño de la OMS -UNICEF. 2. Evaluar el desarrollo psicomotor en los niños del CNH San Lucas del MIES-LOJA, del año 2014. 3.-Relacionar los indicadores de las prácticas alimentarias con el desarrollo psicomotor en los diferentes grupos de edad de los niños del CNH San Lucas. Los datos se obtuvieron

mediante la aplicación de encuesta y de test de Denver los cuales reportan: que los niños/as que tuvieron inicio temprano de la lactancia materna el 57,26% presentaron una prueba normal en el test de Denver, y el 7,69% anormal; mientras que los que no tuvieron un inicio temprano de la lactancia materna el 33,33% presentaron prueba normal y el 66,67% anormal. De los niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva el 57,28% presentó una prueba normal y el 10,68% anormal; mientras que lo que no recibieron lactancia materna exclusiva el 52,94% presentaron una prueba normal. Los niños/as que recibieron diversidad alimentaria mínima el 62,16% presentaron una prueba normal y el 2,70% anormal; a diferencia de aquellos que no recibieron diversidad alimentaria mínima el 57,14% presentaron una prueba normal y el 7% normal.

### 4) REVISIÓN DE LITERATURA

#### 1. ALIMENTACIÓN

Según(Subsecretaría de Prevención y promoción de Salud - México, 2008) define: "La alimentación es el acto de administrar alimentos al cuerpo de forma consciente y voluntaria" Es el proceso mediante el cual el organismo obtiene e ingiere los alimentos que le garantizarán una vida sana y activa. (p. 71)

#### 1.1. Alimento

De acuerdo a (Chavez & Homero Martínes, 1998) citando al Código Alimentario Español define alimento como:

Toda aquella sustancia o producto de cualquier naturaleza, sólido o líquido, natural o transformado, que por sus características, aplicaciones, componentes, preparación y estado de conservación sea susceptible de ser habitual e idóneamente utilizado: a) Para la normal nutrición humana, como fruitivo, como producto dietético, en casos especiales de alimentación humana (...). Los alimentos, en definitiva, son almacenes dinámicos de nutrientes que una vez ingeridos aportan: Materiales a partir de los cuales el organismo puede producir movimiento, calor o cualquier otra forma de energía, materiales para el crecimiento, la reparación de los tejidos y la reproducción.

El alimento en pocas palabras podría decirse que es todo producto natural o elaborado que contiene sustancias nutritivas para el desarrollo del ser humano y para la salud física y mental del cuerpo ya que provee de calorías, nutrientes, vitaminas, carbohidratos, calcio y demás compuestos que necesita el cuerpo humano para subsistir.

Así también (Naranjo, 2010) señala: "la alimentación es el primer paso para la nutrición. "El organismo requiere de nutrientes en cantidad y calidad óptimas, lo cual constituye la llamada alimentación balanceada." (p. 15)

Al momento de escoger los alimentos hay que tener en cuenta la cantidad, lo que aportan al organismo y sin son necesarios o perjudiciales. Alimentarse es una necesidad fisiológica que el niño necesita para su desarrollo integral.

Una correcta alimentación de la madre durante la gestación y a partir del nacimiento implica positivamente en el desarrollo, crecimiento, su desarrollo integral, en su estado de salud, así como su habilidad para aprender, comunicarse con los demás, pensar y racionalizar, socializarse, adaptarse a nuevos ambientes y personas y, sobre todo, en su rendimiento escolar. Una buena alimentación puede influir notablemente en su futuro.

Es recomendable no abusar de las grasas vegetales y comer al menos, cinco veces al día frutas y verduras. Una buena nutrición y la práctica de ejercicio es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños de por vida. La ingesta de nutrientes es distinta en función de las distintas etapas de su evolución.

De acuerdo (Alarcón Armendáriz, Alvarado, & Huitrón, 2009) señala:

La alimentación en general se clasifica en origen animal y vegetal, los alimentos están formados por substancias nutritivas que cumplen funciones específicas en el organismo. "No existe un alimento que contenga todos los nutrientes necesarios para un buen desarrollo y crecimiento, de manera que debemos combinarlos para obtener una comida balanceada. (p. 69)

#### 1.2. Nutrición

Como lo manifiestan (Chessa L, A., & M., 2000): "el conjunto de fenómenos involucrados en la obtención por el organismo y en la asimilación y utilización metabólica por la célula, de la energía y de las sustancias estructurales y catalíticas necesarias para la vida" (p. 34)

Una adecuada nutrición y una buena salud están directamente conectadas a través del tiempo de vida, pero la conexión es aún más vital durante la infancia. Durante este período, los niños pueden adquirir buenos hábitos alimenticios en lo que se refiere a la variedad de los alimentos y al sabor de las comidas.

Según (Osorio, Welssataub, & Castillo, 2002) señala "los efectos de la desnutrición en los niños pueden ser devastadores y duraderos. Pueden impedir el desarrollo intelectual, el rendimiento escolar y debilitar su salud" (p. 26).

El concepto anterior es básico para formular los siguientes:

- Buena nutrición: Se define como la relación armónica entre la disponibilidad y el consumo de alimentos con el funcionamiento del organismo.
- Malnutrición: Es el estado de desequilibrio entre el funcionamiento interno del organismo y el aporte o utilización de nutrimentos. En esta categoría se encuentran tanto las personas desnutridas como las que están en el lado opuesto: las que tienen sobrepeso u obesidad.

Así (Mangialoavori, Gilardon, & Guidet, 2010) establecen:

La alimentación inadecuada o insuficiente, como la de grandes sectores de población en los países en desarrollo, favorece que ciertos padecimientos infecciosos comunes en la infancia, como el sarampión o la tosferina agudicen la enfermedad severamente o, incluso, la propicien. A su vez, cualquier enfermedad agrava una desnutrición, lo que genera un círculo vicioso: desnutrición causada por la pobreza económica y por la imposibilidad de adquirir bienes alimentarios de calidad; ignorancia sobre las cualidades de los alimentos; esto produce enfermedad, lo que favorece las infecciones frecuentes (...), también una mala nutrición evita un buen aprovechamiento de las oportunidades educativas y limita la movilidad social. (p. 93)

Por otro lado el mismo autor indica que la mala nutrición en los niños especialmente hasta los dos años de edad, daña severamente el desarrollo y la función cerebral.

Se puede entonces concluir, considerando los conceptos anteriores, que el estado nutricional de las personas está determinado tanto por la condición propia de su organismo y su capacidad para aprovechar las sustancias nutritivas, como por la calidad y cantidad de los nutrientes que ingiere

La nutrición es importante para el desarrollo y el crecimiento de los niños, ellos necesitan proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales. "Para que el crecimiento y el desarrollo cumplan con los requerimientos adecuados el niño necesita una alimentación equilibrada desde que se forma en el vientre materno" (Subsecretaría de Prevención y promoción de Salud - México, 2008).

El crecimiento depende del consumo diario de cada uno de los nutrientes. Durante toda la infancia la nutrición es esencial para asegurar el crecimiento, desarrollo y la salud. Es un periodo que ofrece importantes oportunidades para establecer hábitos alimenticios que deben persistir a lo largo de la vida.

Según (Chavez & Homero Martínes, 1998) la nutrición en los niños debe contribuir con:

- El crecimiento y la maduración del niño
- La actividad física normal
- El mantenimiento de una reserva energética y proteica sin llegar a excesos como son la obesidad infantil y otros trastornos propios de esta etapa.

Como lo manifiesta (Rosich, Pons Martinez, & Albors-Steve, 2009) la nutrición debe ser:

 Suficiente: los niños deben tener un horario para cada uno de las comidas las cuales deben ser cinco al día: el desayuno, media

- mañana, almuerzo, media tarde y cena; esto le servirá a comer en porciones adecuadas logrando un balance en cada uno de las comidas.
- Balanceada: significa que, debe aportar todos los nutrientes necesarios y de todos los grupos existentes. Los nutrientes son: los micronutrientes y los micronutrientes que ayudan a diferentes funciones al organismo.
- Los macro nutrientes favorecen el aporte de energía al organismo y se dividen en hidratos de carbono, proteínas y grasas. Los micronutrientes no aportan energía y se dividen en vitaminas y minerales. Las vitaminas favorecen el desarrollo físico y mental (algún ejemplo de vitaminas son las vitaminas del grupo B, la vitamina C, E o D). Ciertos minerales como el calcio ayudan a mantener huesos y dientes fuertes.
- Los principales nutrientes son los carbohidratos, proteínas, vitaminas y grasas; los cuales deben consumirse para tener una alimentación equilibrada y sana.
- Pan, cereales, arroz y pasta: aportan la mayor parte de los hidratos de carbono a la dieta y algunas proteínas. El consumo debe ser diario.
- Frutas y verduras: son ricas sobre todo en vitaminas, también en hidratos de carbono y proteínas. Se debe consumir diariamente.
- Carne, pescado y huevos: fuentes de proteínas y grasas.
   Recomendable no ingerir una cantidad elevada de grasas animales. El huevo es la principal fuente de proteínas. El pescado también es rico en proteínas y ácidos grasos. Deben consumir de 2 o 3 veces por semana, alternándose con legumbres 2 veces por semana.
- Leche y derivados:en los primeros meses, el recién nacido sólo se alimenta de leche. Pasada la lactancia, lo ideal es que el niño tome 2 o 3 veces al día leche, yogur, queso. (p. 198)

### 1.3. Importancia de la alimentación en el niño y las prácticas recomendadas

Según (Peraza Roque, 2000) determina:

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al

crecimiento, salud y desarrollo. La nutrición deficiente incrementa el riesgo de padecer enfermedades y es responsable, directa o indirectamente, de un tercio de las 9.5 millones de muertes que se ha estimado ocurrieron en el año 2006 en niños menores de 5 años de edad. La nutrición inapropiada puede, también, provocar obesidad en la niñez, la cual es un problema que se va incrementando en muchos países. (p. 49)

Las deficiencias nutricionales tempranas también han sido vinculadas con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo. La desnutrición durante los primeros dos años de vida es causa de desnutrición crónica, la cual provocará que el adulto no alcance su potencial para el crecimiento en talla y que sea varios centímetros más bajo

Igualmente (Alarcón Armendáriz, Alvarado, & Huitrón, 2009) destaca:

Los primeros dos años de vida brindan una ventana de oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños, mediante una alimentación óptima. Teniendo en cuenta datos confiables sobre la eficacia de las intervenciones, se estima que el logro de la cobertura universal de una lactancia materna óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los niños meno- res de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años. (p. 159)

#### 1.4. Practicas alimentarias recomendadas

Las recomendaciones de la (OMS, UNICEF, 2009)para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la Estrategia Mundial son:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días)
- Iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.

Lactancia materna exclusiva significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos.

Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etáreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 23meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años.(p. 348)

#### 1.5. Bases fisiológicas de la lactancia materna

De acuerdo a (Gamarra Atero, Porroa, & Quintana Salinas, 2010) explica:

El Calostro.- Es la primera leche; liquida de color amarillo claro, rica en proteínas. El recién nacido debe de tomar el calostro en los primeros treinta minutos después del parto; favorece la digestión y especialmente rico en anticuerpos que defienden al recién nacido de posibles enfermedades.(p. 31)<sup>1</sup>

#### Leche Materna.

Así también (OMS, 2006) afirma:

**Acciones.-** Se produce al cuarto día del parto contiene cantidades apropiadas de carbohidratos proteínas grasas, minerales, vitaminas además contiene valiosas inmunoglobulinas de la madre que ayudan al niño a combatir las infecciones. Es importante conocer que un litro de leche aporta aproximadamente 750 calorías. (p. 64)

**Composición de la leche materna.-** La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua.

Según (Programa de Salud del niño, 2004) justifica:

Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes. (p. 87)

Grasas.- La leche humana contiene aproximadamente 3.5 g de grasa por 100 ml de leche; esta cantidad representa aproximadamente la mitad del contenido energético de la leche. La grasa es secretada en pequeñas gotas y su cantidad se incrementa a medida que la toma de leche va progresando. Por lo tanto, la leche del final, que es secretada hacia el final de la mamada, es rica en grasa y tiene un aspecto blanco cremoso, mientras que la leche del inicio, del principio de la mamada, contiene menos grasa y tiene un color algo azul grisáceo. La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos poli-insaturados de cadena larga (ácido docosahexanoico o ADH y ácido araquidónico o AA) que no se encuentran presentes en otras leches. Estos ácidos grasos son importantes para el desarrollo neurológico del niño. El ADH y el AA son añadidos en algunas variedades de leches artificiales comerciales, pero esto no les confiere ninguna ventaja sobre la leche materna y no son tan eficaces como los que se encuentran en la leche materna.

**Hidratos de carbono.**- Al respecto (Osorio, Welssataub, & Castillo, 2002) señala:

El principal hidrato de carbono de la leche materna es la lactosa, que es un disacárido. La leche materna contiene aproximadamente 7 g de lactosa por 100 ml; esta cantidad es más elevada que en la mayoría de otras leches y es otra fuente importante de energía. Otro tipo de hidratos de carbono,

presentes en la leche materna, son los oligosacáridos, que brindan una importante protección contra la infección.

**Proteínas.-** La proteína de la leche materna humana difiere tanto en la cantidad como en la calidad de la encontrada en la leche animal; contiene un equilibrio de aminoácidos que la hacen mucho más adecuada para el lactante. La concentración de proteína en la leche materna (0.9 g por 100 ml) es menor que en la leche animal. La mayor cantidad de proteína que existe en la leche animal puede sobrecargar los riñones inmaduros del lactante con productos nitrogenados de excreción.

Según (Gamarra Atero, Porroa, & Quintana Salinas, 2010) menciona:

La leche materna contiene una menor cantidad de la proteína llamada caseína, la cual tiene una estructura molecular diferente. La caseína de la leche materna forma cuajos que son más fáciles de digerir que los que se forman con otras leches. En relación a las proteínas solubles del suero, la leche humana contiene mayor cantidad de alfa-lactoalbúmina; la leche de vaca contiene beta-lactoglobulina, la cual se encuentra ausente en la leche humana. La beta-lactoglobulina puede provocar intolerancia en los lactantes

#### Vitaminas y minerales.- Igualmente (Cuasapaz, 2008) indica:

Normalmente, la leche materna contiene suficientes vitaminas para el lactante, a no ser que la madre sea deficiente. La excepción es la vitamina D. El lactante requiere ser expuesto a la luz del sol para generar vitamina D endógena – si esto no fuera posible, requerirá suplementación. El hierro y el zinc están presentes en relativa baja concentración, pero su biodisponibilidad y absorción es elevada. Si los reservorios de hierro de la madre son adecuados, los lactantes que nacen a término tienen una reserva de hierro que permite satisfacer sus necesidades; solamente los lactantes que nacen prematuramente pueden necesitar suplementos antes de los 6 meses de edad. Se han demostrado que el retraso de la ligadura

del cordón umbilical hasta que deje de latir (aproximadamente a los 3 minutos) mejora la reserva de hierro durante los primeros 6 meses de vida.

# 1.5.1. **Beneficios para la madre.-** Así también **(Peraza Roque, 2000)** expone:

- Recuperación uterina postparto y disminución del sangrado.
- Mejora de la anemia y aumento de las reservas de hierro
- Pérdida de peso y recuperación de silueta
- Metabolismo del calcio óptimo
- Disminución de riesgo de cáncer (mama, ovarios)v Ventajas psicológicas – emocionales). (10)

# 1.5.2. **Beneficios para el niño.-** Contiene todo lo que el niño necesita durante los primeros 6 meses de la vida: NUTRICION ÓPTIMA (en niño sano nacido a término y madre bien nutrida)

Según (Chessa L, A., & M., 2000) considera:

- Vínculo materno -infantil
- Protege al niño frente a muchas enfermedades tales como catarros, bronquiolitis, neumonía, diarreas, otitis, meningitis, infecciones de vías urinarias, enterocolitis necrotizante o síndrome de muerte súbita del lactante, mientras el bebé está siendo amamantado.
- Le protege de enfermedades futuras como asma, alergia, obesidad, enfermedades inmunitarias como la diabetes, la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa y arterioesclerosis o infarto de miocardio en la edad adulta.(p. 301)

#### 1.6. Alimentación complementaria

Es el periodo en el cual se introduce alimentos sólidos y líquidos conjuntamente con la lactancia materna.

1.6.1. **Alimentos Complementarios.-** Cualquier alimento o líquido adicional a la leche materna que se da a niños y niñas menores de un año en el periodo de alimentación complementaria.

Es recomendable que el niño reciba leche materna como su único alimento durante los primeros seis meses de vida a partir de esta edad necesitara otros alimentos que complementen su alimentación.

1.6.2. Comidas y socialización del niño.- La complementación alimentaria es la introducción de nuevos alimentos a partir de los seis meses de vida ya que en esta etapa requieren del aporte de más nutrientes de lo que normalmente proporciona la leche materna para su adecuado crecimiento y desarrollo.

En el inicio de la alimentación complementaria el niño empieza un proceso de aprendizaje en el que viendo, sintiendo, oliendo y probando experimenta nuevas texturas, sabores, colores y olores lo que estimula su crecimiento y desarrollo; este proceso debe ser agradable y libre de tenciones tanto para los padres como para los niños. Como lo indica (Bras & Emill, 2013)

- Es conveniente que el niño o niña se acostumbre a comer sentado, descansar entre los bocados de comida y dejar de comer cuando esté lleno.
- No es necesario agregar sal y azúcar a los alimentos complementarios por que los alimentos ya le proporcionan estos ingredientes
- Alimentar al niño pacientemente respetando sus ritmos animándolo a comer los alimentos sin castigar o amenazar influye en su salud y bienestar.(p. 64)
- 1.6.3. Alimentos a partir de los seis a ocho meses.- A partir del sexto mes, además de la leche materna el niño debe consumir comida preparada en cantidades pequeñas de los siguientes alimentos.

**Frecuencia**: Al momento de comenzar con la alimentación del niño sugiere iniciar con una comida y progresar a tres comidas y continuar dando de lactar al niño a libre demanda. Por ello (Chavez & Homero Martínes, 1998) recomienda:

- Cereales: bien cocidos y en forma de papilla: arroz, avena, quinua, trigo
- **2) Vegetales:** bien cocidos en forma de puré, sopas espesas de: espinaca, zapallo, acelga, zanahoria, zambo.
- Tubérculos: bien cocidos en forma de puré: papa, melloco, zanahoria blanca
- **4) Yema de huevo:** bien cocida y aplastada, debe darse progresivamente empezando por una cucharadita hasta llegar a una yema entera
- 5) Frutas: Guineo, manzana, pera, papaya, melón granadilla
- 6) Grasas: añadir a la papilla 102 cucharaditas de aceite vegetal (soya, maíz, girasol, oliva).

**Porciones recomendadas:** "En esta edad el niño requiere aproximadamente unas 200 Kcal provenientes de los alimentos que consume el niño adicional al seno materno. Por lo tanto se debe de empezar alimentarlo con pequeñas cantidades" (Chessa L, A., & M., 2000).

1.6.4. Alimentos a partir de los nueve a once meses.- A esta edad el niño todavía continúa recibiendo la leche materna. Además se recomienda dar los alimentos picados finamente o machacados en forma de puré.

**Hortalizas y Verduras** Se debe dar al niño todas las hortalizas y verduras bien cocidas para que el niño tenga la facilidad de comerlas.

Frutas Dar todas las frutas crudas cocinadas en papillas o puré.

**Cereales** Darle de consumir cereales más leguminosas por ejemplo:

- Arroz con frejol o lenteja aplastados
- Sopa o colada de avena con chochos
- Sopa de quinua con arvejas.

**Carnes:** Introducir en la alimentación del niño carnes bien cocidas y picadas. En esta edad el niño o niña comienza a realizar nuevas cosas además (Chessa L, A., & M., 2000) sugiere se debe estimular para que las realice:

- Puede sostener por si solo una taza, come con los dedos o empieza a comer con una cuchara pequeña.
- Este es el momento en que se debe estimular la alimentación proporcionando al niño su propio plato y su propia cuchara y permitiéndole jugar con los alimentos.
- Recientes estudios indican que cuando los niños juegan con la comida aprenden más fácilmente a alimentarse solos y no rechazan la comida
- A partir de este momento es importante dar al niño trocitos de comida como zanahoria, frutas y verduras para que el niño aprenda a masticar.
- No obstante es importan te tener en cuenta que todo lo que se le dé al niño o niña debe de estar en buenas condiciones higiénicas
- Los alimentos deben de lavarse bien antes de cocinarlos.
- Lavar previamente las frutas antes de darle al niño.
- Lavar bien las manos del niño antes de comer y sentarlo en un lugar donde no esté expuesto a caerse o que existan animales que les puedan quitar o ensuciar lo que consumen.(p. 38)<sup>1</sup>
- 1.6.5. Alimentos a partir de los 12 meses.- El apetito del niño o niña comienza a decrecer a partir del año de edad debido a la disminución de su crecimiento.

Según (Bachelet, 2008) esto es normal pues los niños espontáneamente varían al consumo de alimentos según su patrón de crecimiento:

- Demandan más comida durante el periodo de crecimiento rápido que durante periodos de crecimiento lento. Algunas veces parecen insaciables mientras otras veces parecen que viven del aire o del agua.
- Se debe continuar con la lactancia materna.

- A esta edad el niño o niña requiere 300 Kcal adicionales; además de los alimentos mencionados. El consumo de energía de los niños varía de una comida a otra, pero el consumo total de energía permanecerá constante al final del día. Si el niño o niña come menos de una comida, comerá más en la siguiente y viceversa.
- Los niños con sobrepeso u obesos son una excepción: ellos no siempre ajustan su consumo de energía adecuadamente y pueden comer en respuesta a estímulos externos, con un funcionamiento no adecuado de las señales de saciedad y hambre.

Empiece a darle poco a poco la comida de la familia en pequeñas cantidades. A partir del año puede comer el huevo entero, leche de vaca, frutillas, y chocolate.

Es necesario que el niño o niña coma cantidades pequeñas de alimentos, de consistencia semisólida o papilla o con una frecuencia de 5 veces a día para cubrir sus necesidades de energía y nutrientes. Recordar que este es un periodo de alto riesgo para la salud del niño o niña al incorporarse a la dieta familiar, aumenta el riesgo de contraer enfermedades infecciosas causadas por el consumo de agua, alimentos y utensilios contaminados por la falta de aseo.

Por tanto, las personas encargadas de la preparación de las comidas y de alimentar al niño deben tener especial cuidado con la higiene.

Las preparaciones liquidas, con los caldos, por su alto contenido de agua, aportan escasa cantidad de energía y nutrientes esenciales, por ello se debe brindar al niño comidas espesas.

Este periodo es crítico para el crecimiento y desarrollo del cerebro. Esta es la razón por la que es necesario continuar con la suplementación de hierro y con una alimentación rica en este mineral. Además, es necesario que consuman alimentos ricos en ácidos grasos esenciales: omega 3 y omega 6.

## 1.7. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño

Los indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño son fáciles de medir, válidos y fidedignos para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Se centran en una selección de aspectos relacionados con los alimentos que es posible medir a nivel de la población.

# 1.7.1. Inicio temprano de la lactancia materna: según (OMS, UNICEF, 2009) señalan:

Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento niños nacidos en los últimos 24 meses.

Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento

#### Niños nacidos en los últimos 24 meses

# 1.7.2. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses: De acuerdo a (OMS, UNICEF, 2009) indica

Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna. Lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron solamente leche materna durante el día anterior lactantes de 0 a 5 meses de edad.

Lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron solamente leche materna durante el día anterior

Lastantas da O a E masas da adad

Lactantes de 0 a 5 meses de edad

1.7.3. Lactancia materna continua al año de vida: Así de acuerdo a (OMS, UNICEF, 2009) determina: "proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados niños de 12 a 15 meses de edad que fueron amamantados durante el día anterior niños de 12 a 15 meses de edad".

Niños de 12 a 15 meses de edad que fueron amamantados durante el día anterior

Niños de 12 a 15 meses de edad

#### 1.7.4. Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves:

Proporción de lactantes de 6–8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves lactantes de 6 a 8 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves durante el día anterior lactantes de 6 a 8 meses de edad.(OMS, UNICEF, 2009)

Lactantes de 6 a 8 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves durante el día anterior

l actantas da C a O massas da adad

Lactantes de 6 a 8 meses de edad

1.7.5. Diversidad alimentaria mínima: "Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de ≥ 4 grupos alimentarios durante el día anterior niños de 6 a 23 meses de edad" (OMS, UNICEF, 2009).

Niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de ≥ 4 grupos alimentarios durante el día anterior

Niños de 6 a 23 meses de edad

1.7.6. Frecuencia mínima de comidas: Igualmente la (OMS, UNICEF,2009) mencionan

Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (pero que

también incluyeron leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces o más. Se calcula el indicador a partir de las dos fracciones siguientes: niños amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más durante el día anterior niños amamantados de 6 a 23 meses de edad y niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves o leche el número mínimo de veces o más durante el día anterior niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad

Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más durante el día anterior

Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad

Υ

Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves o leche el número mínimo de veces o más durante el día anterior

Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad

#### 1.7.7. Dieta mínima aceptable

Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna). Este indicador compuesto será calculado a partir de las dos fracciones siguientes: niños amamantados de 6 a 23 meses de edad que tuvieron por lo menos la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior niños amamantados de 6 a 23 meses de edad.

Las tomas de leche no están incluidas para niños amamantados debido a que la frecuencia mínima de comidas en este indicador asume la ingesta promedio de leche materna, y si se consume una cantidad sustancial de energía proveniente de otro tipo de leche, la ingesta de leche materna

tendería a ser considerablemente más baja que el promedio. Sin embargo, la ingesta real de los niños amamantados que también reciben tomas de leche podría ser mayor de lo captado a través de este indicador.(OMS, UNICEF, 2009)

Y niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron por lo menos 2 tomas de leche y que recibieron por lo menos la diversidad alimentaria mínima (sin incluir tomas de leche) y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad.

Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad que tuvieron por lo menos la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior

Niños amandados do Carola do adad

Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad

#### 2. **DESARROLLO PSICOMOTOR**

El término "desarrollo psicomotor" es, en ocasiones, objeto de crítica pero es el más utilizado para referirse a la progresiva adquisición de habilidades del niño, en las diferentes áreas del desarrollo, durante los primeros años de vida.

Los márgenes de las edades a las que se aplica no están bien definidos pero existe un consenso en limitarlo a los primeros 3 años de vida.

Otros autores lo definen como las múltiples transformaciones que en lo biológico, psíquico y social, experimenta el producto de la concepción hasta llegar a la complejidad del ser adulto.

De acuerdo a (Cuasapaz, 2008) "convencionalmente se habla de desarrollo psicomotor normal el que permite al niño alcanzar las habilidades correspondientes para su edad (normalidad estadística)" (p. 64).

La mayoría de definiciones pecan de imprecisas, pues no existe una línea clara que de límite lo normal y lo patológico.

Así también (Cuasapaz, 2008) señala: "lo único que se puede decir es que cuanto más lejos del promedio se encuentre un niño, en cualquier aspecto, es menos probable que sea normal» (Illingworth)".

Las teorías y enfoques del desarrollo del niño y la niña, reconocen etapas o períodos que señalan factores determinantes, ya sean éstos biológicos, ambientales cualitativa y cuantitativamente; los que ocasionan cambios en el crecimiento físico, en la maduración psico – motora, perceptiva, de lenguaje, cognitiva y psicosocial. Todos ellos, en su globalidad, diseñan las características de personalidad.

La capacidad de agarrar las cosas con las manos es el comienzo de la utilización de herramientas. La capacidad de permanecer sentado de pie y de caminar es el resultado del proceso que ocurre en el primer año de vida.

Finalmente el (Programa de Salud del niño, 2004) determina:

El desarrollo psicomotor transforma al neonato, que permanece en su cuna capaz de cambiarse de posición en un caminador que investiga utiliza todo lo que tiene a su alcance de manera más activa posible: tocando, mordiendo, arrastrando, golpeando, y rompiendo. El resultado del desarrollo psicomotor es la capacidad de realizar movimientos bajo el dominio de la propia voluntad. Sentarse, acostarse, tomar y soltar objetos, golpear, arrojar todo de acuerdo con la propia decisión del niño. (p 12)

#### 2.1. Variación en el desarrollo psicomotor

La progresiva adquisición de funciones normales no se realiza según un programa secuencial rígido, una de sus características es la variabilidad:

- Variaciones en el ritmo
- Variaciones en el modelo

Un ejemplo bien conocido es la adquisición de la marcha, que puede variar entre los 9 y los 16 meses (sin que tenga ninguna relación con la capacidad motriz o intelectual futura), o las variaciones en el desplazamiento previo a la marcha: un 85% aproximadamente de los niños gatean antes de caminar, otros se desplazan sentados y algunos pasan directamente de la sedestación a la marcha. En otras áreas del desarrollo también podemos ver variaciones o disociaciones, sin patología de base.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la influencia de diversos factores, internos o externos que pueden alterarlo (no solo neurológicos), ambientales, hipo estimulación y también la influencia de factores que pueden alterar el «rendimiento» del niño en un día determinado. (En caso de duda es importante observar al niño en diferentes momentos o situaciones).(Consejería de salud, 2000)

El conocimiento de las características normales del desarrollo es básico para todos los profesionales involucrados en el cuidado del niño.

#### 2.2. Etapas del desarrollo

1ª etapa: desde el nacimiento hasta el cuarto mes. Aparece primero la conducta refleja de presión. El niño cierra el puño cuando se estimula la palma de la mano, así coge los objetos: responde de esta forma sin verlos; esta conducta es involuntaria. Durante este período es normal verle llevándose las manos a la boca para explorarlas. En principio el niño tienden a tener las manos cerradas, con el paso de los meses conseguirá tenerlas abiertas como postura natural. Al final de la etapa el reflejo de Grasping se va relajando y comienzan a manifestarse los primeros signos de actividad voluntaria

2ª etapa: del 4º al 6º mes. En este momento ya se da una coordinación entre visual y el espacio táctil, que había comenzado anteriormente de forma rudimentaria. Observa detenidamente sus manos y trata de coger los objetos que se le presentan. Hacía el sexto mes ya es capaz de alcanzar los objetos con mayor precisión.

**3ª etapa**: del 6º al 10º mes. El niño ya es capaz de coger el objeto deseado. Empieza el período de manipulación, propiamente dicho. La posición de sentado le permitirá el perfeccionamiento distinguir dos actividades distintas:

- La aproximación de la mano al objeto.
- La toma del objeto

Hacía el sexto mes se da una aproximación lateral debido a la articulaciones del hombro y su presión es palmar; el objeto es cogido entre los últimos dedos y la palma. Hacia el séptimo u octavo mes el codo se hace más flexible y comienza el uso del pulgar. Ya es capaz también de pasar de un objeto de una mano a otra, con lo que la exploración se hace más perfecta.

Hacía el noveno y décimo mes ya entrar en juego las articulaciones del hombro, codo, muñeca, mano y dedos. La toma del objeto se caracteriza por la utilización de la pinza, es decir, índice y pulgar opositor.

**4ª etapa**: esta capacidad que ha adquirido el niño le servirá de base para aprender actos más complejos y destrezas. Se van a multiplicar las posibilidades de acción basadas, por un lado, en los deseos de exploración del niño y, por otro, en las necesidades dela vida social, como aprender a utilizarla cuchara, beber en taza, etc.

**Locomoción.**-Consiste en la posibilidad de desplazarse por el espacio en posición erguida; esta actividad supone el control del equilibrio y la coordinación de los movimientos alternos de los miembros inferiores, así como la adquisición del tono muscular que permite sostenes el peso del cuerpo sobre las piernas.

Según (Programa de Salud del niño, 2004) "la adquisición de la locomoción o marcha constituye un logro muy importante en el desarrollo del niño, ya que le permite la autonomía en los desplazamientos y el acceso a múltiples experiencias de descubrimiento del entorno" (p. 156).

La locomoción evoluciona de forma ordenada, siguiendo la ley cefalocaudal del desarrollo, realizándose así un control progresivamente del tono del eje corporal desde la cabeza, nuca, espalda, pelvis, piernas.

Para el desarrollo locomotor del niño (Bras & Emill, 2013) distingue cinco grandes etapas:

- 1ª etapa desde el nacimiento hasta el 5º mes se va obteniendo un control postural de la parte superior del tronco que permite al niño pasar de la posición tumbada a elevar el pecho, estar sentado con ayuda en la espalda y agitar las piernas.
- 2ª etapa desde el quinto mes adquiere un control postural del tronco y las piernas y ya es capaz de sentarse solo, ponerse de pie con ayuda y rodar sobre el costado.
- **3ª etapa** el niño lleva a cabo esfuerzos para desplazarse y avanzar reptando sobre el vientre.
- **4ª etapa** hacia los 10 meses el niño ya es capaz de ponerse de pie ayudándose de objetos que se encuentran en sus desplazamientos por reptación.
- **5ª etapa** en esta última etapa se da un control del equilibrio y coordinación de la marcha, primero con ayuda y posteriormente solo. Los primeros pasos son inseguros: piernas separadas, pies que se elevan mucho, el cuerpo inclinado hacia delante y los brazos ex tendidos. Parece que el niño está preparado para protegerse de posibles caídas, progresivamente irá adquiriendo más control, y puede decirse que la marcha está definitivamente automatizada alrededor de los 3 años; el ritmo, equilibrio, alternancia de brazos y velocidad serán casi perfectos al final de la etapa infantil.

#### 2.3. Nutrición y desarrollo

De acuerdo a (Duro, Weinschelbaum, Waldmann, Skakovsky, & Bernazza, 2002):

La nutrición humana conduce a la obtención de los nutrientes adecuados mediante la alimentación, para su posterior utilización. Así, alimentarse es simplemente comer; mientras nutrirse es comer lo indispensable para que el organismo lo procese y lo utilice en su funcionamiento normal. Una dieta adecuada asegura la energía y los nutrientes necesarios para el funcionamiento del organismo: ni más ni menos. Según el tipo y la calidad del alimento, así será la provisión de nutrientes y de energía.

Así también (Bachelet, 2008) explica:

El estado nutricional de la población de un país es un indicador de su desarrollo. Al referirnos específicamente a la niñez, el estado nutricional de la población infantil es una preocupación de los gobiernos y los organismos de ayuda humanitaria. Esta preocupación se basa en que por derecho humano todos los niños y niñas tienen derecho a una alimentación que les asegure la buena nutrición y como consecuencia su desarrollo integral.

Por esto se pretende generar motivación y sensibilizar sobre la importancia del tema y la búsqueda y puesta en práctica de nuevas estrategias que promuevan prácticas mejoradas de nutrición en las familias de niños y niñas menores de cinco años.

#### 2.4. Nutrición y desarrollo infantil

"Nutrición es la ciencia que comprende todos aquellos procesos mediante los cuales el organismo recibe y utiliza unos compuestos, denominados nutrientes (hidratos de carbono, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales), los cuales se encuentran formando parte de los alimentos" (Bras & Emill, 2013).

La nutrición en los primeros años de vida está estrechamente relacionada con el desempeño en los años posteriores. La desnutrición afecta el desarrollo intelectual de niños y niñas.

Posteriormente al nacimiento, la lactancia materna es la mejor fuente de nutrientes para el desarrollo del niño/a durante los primeros meses. Situación que deberá ir cambiando y ampliándose de acuerdo a los requerimientos.

El desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la vida intrauterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. El resultado es un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida.(Consejería de salud, 2000)

Así de acuerdo a (Osorio, Welssataub, & Castillo, 2002) señala: "son varios los factores que intervienen en las diferentes capacidades del niño y niña para integrarse con éxito en todas las tareas que implica su desarrollo: cognitivas, motoras, verbales, etc. y desempeñarse de igual forma a nivel escolar".

La vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo permite conocer la evolución física, mental y emocional del niño, así como identificar y corregir oportunamente alteraciones que obstruyan la formación plena e integral del individuo en sus primeros años de vida.

La nutrición humana es el aporte y aprovechamiento de nutrientes que en el niño se manifiesta por crecimiento y desarrollo.

El mantenimiento de las funciones orgánicas, la actividad básica y el crecimiento y desarrollo, en gran medida, dependen del consumo habitual de alimentos que tiene el niño.

El estado de equilibrio entre el consumo y el gasto da como resultado un buen estado de nutrición, si se rompe este equilibrio por el consumo excesivo se presenta la obesidad y cuando es insuficiente la desnutrición.

Las percusiones, en ambos problemas son graves ya que la obesidad es un factor que limita el desarrollo emocional del niño y predispone al individuo a padecer enfermedades crónico degenerativas en la edad adulta, la desnutrición es más grave, por la cantidad de niños y niñas que la padecen y los factores negativos irreversibles que tiene en el crecimiento y desarrollo, disminuye su calidad de vida presente y futuro. (Duro, Weinschelbaum, Waldmann, Skakovsky, & Bernazza, 2002)

## 2.5. Nutrición y desarrollo del cerebro

(Ramos P, 2013), manifiesta:

El ser humano depende de la nutrición para crecer, desarrollarse, reproducirse y conservar una vida sana. La definición de crecimiento y desarrollo lleva implícita la idea de actividad, de cambio. Crecimiento y desarrollo son dos procesos que ocurren en el individuo a través del tiempo y afectan su espacio físico y social.

Sea la alimentación del niño con biberón como por medio del amamantamiento, siempre se querrá proporcionarle los nutrientes necesarios para desarrollar su cerebro. La Leche materna contiene dos ingredientes básicos, el DHA (ácido do cosahexaenoico) y el ARA (ácido araquidónico), que refuerzan el Coeficiente Intelectual, el desarrollo del vocabulario y la agudeza visual.

Así de acuerdo a (Soliz, 2011) "estos mismos ingredientes también están presentes en casi todas las fórmulas para lactantes. Los fórmulas contienen DHA y ARA, dos ingredientes que, según se ha demostrado, favorecen el desarrollo del cerebro y los ojos del bebé".

# 3. VALORACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Desde sus comienzos, los estudios sobre la motricidad infantil se realizaron con la intención de conocer mejor a los sujetos y de poder establecer instrumentos para valorar, analizar y estudiar el status motor de estos.

A partir de los años 30 aparecen las escalas de desarrollo, donde el componente de la motricidad era el eje principal de la evaluación, a partir de entonces se generan lo que hoy se conoce como test, exámenes, baterías o pruebas con la intención de evaluar, entre otras, las conductas motrices de las personas.(Bachelet, 2008)

Es también a partir de este momento cuando grupos de profesionales, especialistas en diferentes áreas del saber se reúnen y toman decisiones y pautas importantes en el tema de la motricidad humana.

# 3.1. Criterios que se utilizan para la selección de un instrumento evaluativo

En muchas circunstancias la elección de un instrumento de medición se hace por lo general porque nos sentimos cómodos con él, por sus características, intrínsecas por la rutina de utilizarlo constantemente, sin cuestionar su auténtica realidad.

Es labor importante del profesional de la educación y de la motricidad el elegir un instrumento evaluativo con criterios serios y científicos. Se espera que al seleccionar un instrumento o test, según (Georgina & Peraza, 2000) sugiere tenga las siguientes características mínimas, que permitan en su aplicación garantizar los resultados:

- Confiabilidad o la precisión con la que valora la estabilidad de los resultados si estos fueran requeridos en diferentes ocasiones. En otras palabras, la consistencia del instrumento.
- Objetividad o independencia del instrumento del examinador
- Validez o mide lo que quiere medir.
- Normas pautas para poder reflejar o comparar los resultados obtenidos en los sujetos.
- Costo económico y de tiempo.

A todos éstos elementos deben sumarse el conocimiento del instrumento, presentación del mismo, y su capacidad para presentarlo, interpretarlo y elaborar el informe correspondiente, integrándolo con otra información obtenida. Como se ha resumido hasta el momento, el instrumento de evaluación debe tener requisitos propios y además el evaluador debe estar claro en su objetivo y cómo pretende medir para hacerlo válido.

En la educación física y el movimiento humano existen muchísimos test, escalas de valoración, baterías de pruebas, etc., todas concebidas como instrumentos de valoración motora general.

### 3.2. Test de Denver

La evaluación del desarrollo implica la observación de algunas conductas o logros en determinadas edades. La experiencia acumulada por el niño en la ejecución respectiva de algunas actividades estimula el desarrollo de una habilidad específica y promueve el desarrollo de nuevas destrezas. El niño aprende con el ensayo error causa efecto, percibe los objetos, analiza situaciones de complejidad creciente, ordena estímulos. (Vaughan, 2006)

# Áreas que se evalúa

Los ítems se hallan clasificados en cuatro áreas:

- Personal-Social: Tareas que reflejan la habilidad del niño para contactarse con otras personas y el cuidado de sí mismo. Como también la relación del niño con su entorno con el medio que lo rodea y manejo de la sociabilidad en función del mismo.
- Motricidad Fina Adaptativa: es decir todas aquellas habilidades que incluyen las capacidades de coordinación, concentración y destrezas manuales. Por ejemplo: sujetar y manipular los objetos con las manos.
- Lenguaje: tareas que dan cuenta de la habilidad para escuchar y comunicarse a través del habla.
- Motricidad Gruesa: Tareas que reflejan la habilidad del niño en la coordinación y movimientos de los grandes segmentos corporales, brazos, piernas, tronco.

# Metodología

De acuerdo a (Cuasapaz, 2008) la forma de aplicar la prueba es la siguiente:

- 1. El examinador traza una línea (línea de edad) sobre la hoja de la prueba que una la edad del niño en ambas escalas.
- Colocar en la parte superior de la línea trazada el nombre del examinador con la fecha de la evaluación.
- Debe evaluar todas aquellas tareas que sean atravesadas por la línea de edad o bien que estén ligeramente atrás de ésta si antes no han sido evaluadas.
- Procede a evaluar las tareas seleccionadas.

# Ventajas

- La prueba tiene una buena confiabilidad en la aplicación y re aplicación de la prueba.
- Es una medida estandarizada que ha sido normada en una muestra diversa.
- Puede ser una herramienta de tamizaje útil cuando se utiliza con criterio clínico.

### Resultados

- **P** (pasó) si el niño realiza las tarea indicada; es decir que su desarrollo psicomotor es normal
- **F** (falló) si el niño no realiza una tarea que la hace el 90% de la población de referencia; nos indica que presenta retraso del desarrollo psicomotor.
- **R** (rehusó), el niño por alguna situación no colaboró para la evaluación, automáticamente se convierta en un
- **NO** porque hay que evaluar en la siguiente visita; por lo cual se denomina un posible retraso del desarrollo psicomotor.(Bras & Emill, 2013)

# 5) METODOLOGÍA

### **TIPO DE ESTUDIO**

Tipo de estudio cuantitativo, transversal, correlacional.

### **ÁREA DE ESTUDIO**

La investigación se realizó en la parroquia San Lucas del cantón Loja, provincia de Loja, que se encuentra ubicado al sur oeste de la capital provincial y a una distancia de 55 km de la misma.

Sus límites Norte: con las parroquias Saraguro y San Pablo de Tenta (cantón Saraguro)Sur: con las parroquias Santiago y Jimbilla Este: provincia de Zamora Chinchipe teniendo como límite la línea la Cordillera de Tambo Blanco Oeste: con las parroquias Gualel y Santiago. Está constituido por los siguientes barrios: Quebrada Honda, Piching, Cañi, Jaboncillo, Lancapag, Moraspamba, Ciudadela San Lucas, Linderos, Pueblo Viejo, Langa, Bucashi, Vinuyaco Alto, Vinuyaco Bajo, Durazno, Censo, Puruzhuma, San José, Nogal, Bellavista, Bunque, Las Juntas, Capur.

### **UNIVERSO Y MUESTRA**

Estuvo constituido por los niños de 0 a 36 meses inscritos en los CNH de la parroquia San Lucas con un número de 2 CNH con un promedio de 60 por cada uno de ellos, conformando 120 niños/as en total.

# **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- 1. Los niños inscritos en los CNH
- 2. Niños que asistan normalmente a recibir atención

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1. Niños con alguna discapacidad física
- 2. Niños cuyas madres no deseen ingresar en el estudio

### **MUESTRA**

Se trabajó con todos los niños de CNH San Lucas MIES Loja. Total 120 niños/as.

### **PROCEDIMIENTO**

Previa a la recolección de la información se procedió a solicitar la autorización al MIES. Para la organización con las coordinadoras del programa Creciendo con Nuestros Hijos, y luego con las madres de familia de los niños para que firmen la hoja de consentimiento informado. (Anexo Nº 1)

Para la recolección de la información sobre las prácticas alimentarias se procedió a aplicar la encuesta previamente elaborada y validada a las madres o cuidadoras de los niños inscritos en los CNH San Lucas. Los aspectos que se incluyen en la encuesta serán Alimentación de 0 a 6 meses de edad; Alimentación de 6 meses a 1 año de edad; Alimentación de 1 año a 2 años de edad; Alimentación de 2 a 3 años según grupo de alimentos y frecuencia del consumo, para la construcción de los indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.(Anexo Nº 2)

Para la evaluación del desarrollo psicomotor se aplicó el test de Denver que evalúa el desarrollo psicomotor, aplicable en niños de 0 a 6 años, su mayor utilidad se obtiene a los 2-3 años. Está dividido en 4 áreas: motora, motora fina adaptativa, lenguaje y personal-social. Se realiza trazando una línea vertical que marca la edad del niño y se evalúan todas aquellas tareas que sean atravesadas por la línea o bien estén ligeramente a la izquierda de ésta, si antes no han sido evaluadas. Se valora el test como fallo si no pasa un prueba que realizan el 90%, Test anormal dos o más fallos en dos o más áreas; o dos fallos en un área y un fallo en otra y la línea de edad no cruza ninguno de los ítems aprobados, Test dudoso dos o más fallos en una sola área; o más áreas y la línea de edad no cruza ninguno de los ítems aprobado. (Anexo 3)

# TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada fue tabulada y analizada utilizando el SSPP. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

# 6) **RESULTADOS**

# INICIO TEMPRANO DE LACTANCIA MATERNA DE LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 1.

Inicio		5	Sexo		Total	Porcentaje
temprano	Hombre	%	Mujer	%		
de			•			
lactancia						
materna						
Si	70	98,59%	47	95,92%	117	97,50%
No	1	1,41%	2	4,08%	3	2,50%
Total:	71	100,00%	49	100,00%	120	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños del CNH San Lucas Autor: Jenny Ochoa A.

# Análisis:

En este indicador se observa que el 97,50% de niños recibieron lactancia materna en la primera hora.

# LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 2.

Niños que recibieron		5	Total	Porcentaje		
lactancia materna	Hombre	%	Mujer	%		
exclusiva						
SI	61	85,92%	42	85,71%	103	85,83%
NO	10	14,08%	7	14,29%	17	14,17%
Total:	71	100,00%	49	100,00%	120	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños del CNH San Lucas Autor: Jenny Ochoa A.

### Análisis:

Se observa que el 85,83% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva los primero 6 meses de vida por el contrario el 14,17 % de los niños fue alimentado además de lactancia materna con leche de vaca o coladas.

# LACTANCIA MATERNA CONTINUA HASTA LOS 18 MESES DE EDAD EN LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 3.

Niños que recibieron		5	Total	Porcentaje		
Lactancia materna	Hombre % Mujer %					
continua						
Si	66	94,29%	48	100,00%	114	96,61%
No	4	5,71%	0	0,00%	4	3,39%
Total:	70	100,00%	48	100,00%	118	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños del CNH San Lucas Autor: Jenny Ochoa A.

### Análisis:

Se observa que del total de niños hasta los 18 meses de edad, el 96,61%, recibieron lactancia materna continua.

# ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA DE LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 4.

Alimentación		Se	Total	Porcentaje		
complementaria oportuna	Hombre	%	Mujer	%		
Si	70	100,00%	48	100,00%	118	100,00%
No	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total:	70	100,00%	48	100,00%	118	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños del CNH San Lucas Autor: Jenny Ochoa A.

### Análisis:

Se observa que en nuestro grupo de estudio la alimentación complementaria oportuna, se practicó en el 100 % de los niños.

### **DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA DE LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014**

Tabla 5.

Diversidad		;	Sexo		Total	Porcentaje
alimentaria mínima	Hombre	%	Mujer	%		
Si	67	95,71%	44	91,67%	111	94,07%
No	3	4,29%	4	8,33%	7	5,93%
Total:	70	100,00%	48	100,00%	118	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños del CNH San Lucas

Autor: Jenny Ochoa A.

### Análisis:

Se observa que en nuestro grupo de estudio que 5,93%, no se alimentaba con los cuatro grupos alimentarios mínimos y el 91,67% recibieron los cuatro grupos alimentarios mínimos.

# FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS DE LOS NIÑOS AMAMANTADOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 6.

Frecuencia mínima		S		Total	Porcentaje	
de comidas	Hombre	%	Mujer	%		
Si	65	98,48%	46	95,83%	111	97,37%
No	1	1,52%	2	4,17%	3	2,63%
Total:	66	100,00%	48	100,00%	114	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños del CNH San Lucas

Autor: Jenny Ochoa A.

#### Análisis:

Se observa que de los niños y niñas que eran amamantados, el 2,63% no recibió la frecuencia mínima de comida y el 97,37% si recibieron.

# FRECUECIA MÍNIMA DE COMIDAS DE LOS NIÑOS NO AMAMANTADOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 7.

Frecuencia		Sex	(0		Total	Porcentaje
mínima	Hombre	%	Mujer	%		
de			•			
comidas						
Si	4	100,00%	0	0,00%	4	100,00%
No	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total:	4	100,00%	0	0,00%	4	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños del CNH San Lucas

Autor: Jenny Ochoa A.

### Análisis:

Se observa que el 100% de los niños que no eran amamantados, si recibieron la frecuencia mínima de comidas.

# RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA MOTORA DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 8.

ÁREA						
MOTORA	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Aprobó	67	94,37%	42	85,71%	109	90,83%
1 Fallo	1	1,41%	4	8,16%	5	4,17%
2 O Más Fallos	3	4,23%	3	6,12%	6	5,00%
Total	71	100,00%	49	100,00%	120	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños del CNH San Lucas

Autor: Jenny Ochoa.

### Análisis:

Se observa que el 90,83% de niños aprobó, el 4.17% presentó un fallo y el 5,00% presentó dos o más fallos en el área motora.

# RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA MOTORA FINA-ADAPTATIVA DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 9.

ÁREA MOTORA		Sex				
FINA	HOMBRE		MUJER		TOTAL	%
Aprobó	67	94,37%	41	83,67%	108	90,00%
1 Fallo	2	2,82%	7	14,29%	9	7,50%
2 O Mas Fallos	2	2,82%	1	2,04%	3	2,50%
Total	71	100,00%	49	100,00%	120	100,00%

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños del CNH de San Lucas

Autor: Jenny Ochoa A.

### Análisis:

Se observa que el 90,00% de niños aprobó, el 7,50% presentó un fallo y el 2,50% presentó dos o más fallos en el área fina adaptativa.

# RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA DEL LENGUAJE DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 10.

ÁREA DEL		SEX				
LENGUAJE	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
Aprobó	52	73,24%	36	73,47%	88	73,33%
1 Fallo	14	19,72%	10	20,41%	24	20,00%
2 O Mas Fallos	5	7,04%	3	6,12%	8	6,67%
Total	71	100,00%	49	100,00%	120	100,00%

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños del CNH de San Lucas

Autor: Jenny Ochoa A.

### Análisis:

Se observa que el 73,33% de niños aprobó el test, el 20,00% presentó un fallo y el 6,67 % presentó dos o más fallos en el área del lenguaje.

# RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA PERSONAL Y SOCIAL EN LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 11.

ÁREA PERSONAL Y SOCIAL		Sex	TOTAL			
1 30CIAL	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
Aprobó	61	85,92%	40	81,63%	101	84,17%
1 Fallo	7	9,86%	8	16,33%	15	12,50%
2 O Mas Fallos	3	4,23%	1	2,04%	4	3,33%
Total	71	100,00%	49	100,00%	120	100,00%

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños del CNH de San Lucas

Autor: Jenny Ochoa A.

### Análisis:

Se observa que el 84,17% de niños aprobó, el 12,50% presentó un fallo en el área personal social. Y 3,33% presentó dos o más fallos. En el área personal y social.

# RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN COMPLETA DEL TEST DE DENVER EN LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 12.

		;				
EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
Normal	43	60,56%	25	51,02%	68	56,67%
Dudoso o en riesgo	22	30,99%	19	38,78%	41	34,17%
Anormal	6	8,45%	5	10,20%	11	9,17%
TOTAL	71	100,00%	49	100,00%	120	100,00%

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños del CNH de San Lucas

Autor: Jenny Ochoa A.

### **Análisis:**

Se observa la interpretación global del test de Denver aplicado al grupo de estudio en el que se identifica que el 56,67% de niños y niñas dieron resultados normales, el 34,17% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 9,17 % presentaron una prueba anormal.

# INFLUENCIA DEL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER EN LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 13.

RESULTADO DEL	INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA				
TEST DE DENVER	Si FRECUENCIA %		No		
			FRECUENCIA	%	
Normal	67	57,26%	1	33,33%	
Dudoso o en riesgo	41	35,04%	0	0,00%	
Anormal	9	7,69%	2	66,67%	
Total:	117	100,00%	3	100,00%	

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños del

CNH San Lucas Autor: Jenny Ochoa A

### Análisis:

Se observa que, de los niños que tuvieron un inicio temprano de lactancia materna, según el test de Denver, se identifica que el 57,26% de niños y niñas dieron resultados normales, el 35,04% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 7,69 % presentaron una prueba anormal; por otro lado, aquellos que no tuvieron un inicio temprano de lactancia materna presentaron un porcentaje mayor de alteraciones, con el 66,67% de niños con pruebas anormales, 0,00% de los niños dudosa o en riesgo y el 33,33% normales

# INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 14.

RESULTADO DEL	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA			
TEST DE DENVER	Si		No	
	FRECUENCIA %		FRECUENCIA	%
Normal	59	57,28%	9	52,94%
Dudoso o en riesgo	33	32,04%	8	47,06%
Anormal	11	10,68%	0	0,00%
Total:	103	100,00%	17	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños del

CNH San Lucas Autor: Jenny Ochoa A.

### **Análisis:**

Se observa que, de los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva, según el test de Denver, se identifica que el 57,28% de niños y niñas dieron resultados normales, el 32,04% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 10,68 % presentaron una prueba anormal; por otro lado aquello que no tuvieron lactancia materna exclusiva, presentaron el 0,00% de niños con pruebas anormales, 47,06% de los niños dudosa o en riesgo y el 52,94% normales.

# INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA CONTINUA HASTA LOS 18 MESES Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 15.

RESULTADO DEL	LACTANCIA MATERNA HASTA LOS 18 MESES			
TEST DE DENVER	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	64	56,14%	2	50,00%
Dudoso o en riesgo	40	35,09%	1	25,00%
Anormal	10	8,77%	1	25,00%
Total:	114	100,00%	4	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños del

CNH San Lucas Autor: Jenny Ochoa A.

### Análisis:

Se observa que, de los niños que tuvieron lactancia materna continua hasta los18 meses, según el test de Denver, se identifica que el 56,14% de niños y niñas dieron resultados normales, el 35,09% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 8,77 % presentaron una prueba anormal; por otro lado aquello que no recibieron lactancia materna continua, presentaron 25,00% de resultados anormales, 50,00% de niños en riesgo y 50% de niños dentro de la normalidad.

# ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 16.

RESULTADO DEL	ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA A PARTIR DE LOS 6 MESES			
TEST DE DENVER	Si FRECUENCIA %		No	
			FRECUENCIA	%
Normal	66	55,93%	0	0,00%
Dudoso o en riesgo	41	34,75%	0	0,00%
Anormal	11	9,32%	0	0,00%
Total:	118	100,00%	0	0,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños del CNH San Lucas

Autor: Jenny Ochoa A.

### Análisis:

Se observa que, de los niños que tuvieron una introducción de alimentación complementaria oportuna, según el test de Denver, se identifica que el 55,93% de niños y niñas dieron resultados normales, el 34,75% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 9,32 % presentaron una prueba anormal; por otro lado aquello que no recibieron alimentación complementaria oportuna, no presentaron anormalidades, encontrándose el 100% dentro de la normalidad.

# DIVERSIDAD ALIMENTARIA MINIMA EN NIÑOS MAYORES DE 6 MESES Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 17.

RESULTADO DEL	DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA			
TEST DE DENVER	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	69	62,16%	4	57,14%
Dudoso o en riesgo	39	35,14%	1	14,29%
Anormal	3	2,70%	2	28,57%
Total:	111	100,00%	7	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños del CNH San Lucas

Autor: Jenny Ochoa A.

#### Análisis:

En la tabla 17y gráficos N° 17 se observa que, de los niños que fueron alimentados con los cuatro grupos alimentarios mínimos, el 62,16% de niños y niñas se encontraron dentro de la normalidad, el 35,14% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 2,70 % presentaron una prueba anormal; por el contrario los niños que no recibieron los cuatro grupos alimentarios mínimos, el 28,57% presentó una prueba anormal, 14,29 presentó una prueba dudosa o de riesgo y el 57,14 % con una prueba normal.

# FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS AMAMANTADOS Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 18.

	FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS AMAMANTADOS			N NIÑOS	
RESULTADO DEL	Si		No		
TEST DE DENVER	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Normal	63	56,76%	1	33,00%	
Dudoso o en riesgo	40	36,04%	0	0,00%	
Anormal	8	7,21%	2	67,00%	
Total:	111	100,00%	3	100,00%	

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños del

CNH San Lucas Autor: Jenny Ochoa A.

### Análisis:

Se observa que, de los niños amamantados, que recibieron la frecuencia mínima de comidas, el 56,76% de niños y niñas se encontraron dentro de la normalidad, el 36,04% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 7,21 % presentaron una prueba anormal; por el contrario los niños amamantados que no recibieron la frecuencia mínima de comidas el 67,00% presentó una prueba anormal y el 33% prueba normal.

# FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS NO AMAMANTADOS Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DEL CNH SAN LUCAS 2014

Tabla 19.

RESULTADO DEL	FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS NO AMAMANTADOS			
TEST DE DENVER	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	2	50,00%	0	0,00%
Dudoso o en riesgo	1	25,00%	0	0,00%
Anormal	1	25,00%	0	0,00%
Total:	4	100,00%	0	0,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños del

CNH San Lucas Autor: Jenny Ochoa

### **Análisis:**

Se observa que, de los niños no amamantados, todos recibieron la frecuencia mínima de comidas, de los cuales el 50,00% se encontraron dentro de la normalidad y el 25,00% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y 25,00% anormal.

# 7) DISCUSIÓN

Los resultados encontrados de acuerdo a la encuesta aplicada junto con los indicadores de evaluación de las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño de la OMS –UNICEF y el test de Denver. Se observó que, el 97,50% de niños recibieron lactancia materna en la primera hora, lo que indica un porcentaje cumple con esta práctica alimentaria recomendadas: comparando resultados de otros estudios la (OPS, 2007), publico un artículo denominado "la leche materna protege la salud del niño" (2007), en donde menciona que "en países latinoamericanos como Colombia y Perú, se encontró que la taza de Inicio de la lactancia materna en la primera hora es del 50%". Por otro lado, ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC menciona que el inicio temprano de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento solo se efectuó en el 54.6% de los niños

En nuestro estudio se observó 85,83% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva los primero 6 meses de vida En relación a la lactancia materna continua del total de niños de más de 6 meses de edad, el 96,61%, si recibieron: cifras mayores a los de ENSANUT-ECU 2012 que refiere que en Ecuador refiere que la prevalencia de lactancia materna exclusiva es mayor en el área rural (53,9%%) que en el área urbana (39,6%) La meta al 2017 es llegar al 64%. MSP/INEC. Encontró que el porcentaje de los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva hasta los 5meses oscila entre los 39.0 - 48.5% hasta el 1012.

En cuanto a los resultados de la aplicación del test de Denver para determinar el desarrollo psicomotriz se determinó que en el área motora 90,83% de niños aprobó, el 4.17% presentó un fallo y el 5,00% presentó dos o más fallos. Se observó además que el 90,00% de niños aprobó, el 7,50% presentó un fallo y el 2,50% presentó dos o más fallos en el área fina adaptativa. Se pudo determinar también que en el área del lenguaje se observó que el 73,33% de niños aprobó el test, el 20,00% presentó un fallo y el 6,67 % presentó dos o más fallos. Se estableció que en el área personal y social el 84,17% de niños aprobó, el 12,50% presentó un fallo en el área personal social. Y 3,33% presentó dos o más fallos. Al considerar los resultados en el test, el nivel alcanzado por los

niños puede advertirse que el mayor riesgo se encuentra en el área de lenguaje, seguida de del área personal y social y finalmente el área motora: Garrido y Alvarado (2007) realizaron un estudio cuantitativo de tipo transversal y observacional, cuyo propósito fue valorar el desarrollo psicomotor (Chile). La muestra de estudio corresponde a 44 niños y niñas, entre 12 y 36 meses, a quienes se les aplicó el test EEDP y test de Denver, En la investigación se encontró que el 75% de los niños presenta riesgo en su desarrollo; el área del desarrollo que presenta mayor prevalencia de déficit corresponde al lenguaje (54,9%), seguida del área motora, de coordinación y social. Lo cual se relaciona con nuestro estudio.

En la interpretación global del test de Denver aplicado al grupo de estudio se identificó que el 56,67% de niños y niñas dieron resultados normales, el 34,17% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 9,17 % presentaron una prueba anormal: Dichos resultados se confirman en estudios realizados en Chile en una investigación realizada por alumnas de Kinesióloga de la Universidad de Chile, se encontró que "el 40% de los niños institucionalizados de 0 a 24 meses que fueron evaluados con Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, presentaban riesgo o retraso psicomotor"(Soliz, 2011)

Nuestro estudio estuvo proyectado a conocer la relación que existe entre la alimentación y el desarrollo psicomotriz.; esto nos permitió establecer si el desarrollo mental y /o psicomotor del niño estaba influenciado por la lactancia materna. Se observó que, de los niños que tuvieron un inicio temprano de lactancia materna, según el test de Denver, se identifica que el 57,26% de niños y niñas dieron resultados normales, el 35,04% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 7,69 % presentaron una prueba anormal; por otro lado aquello que no tuvieron un inicio temprano de lactancia materna presentaron un porcentaje mayor de alteraciones, con el 66,67% de niños con pruebas anormales, 0,00% de los niños dudosa o en riesgo y el 33,33% normales. En cuanto a la influencia de la lactancia materna exclusiva se observó que, de los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva, según el test de Denver, se identifica que el 57,28% de niños y niñas dieron resultados normales, el 33,04% fueron calificados como un prueba dudosa o en riesgo y el

10,68 % presentaron una prueba anormal; por otro lado aquello que no tuvieron lactancia materna exclusiva, presentaron 47,06% de los niños dudosa o en riesgo y el 52,94% normales. Así mismo se evidenció que, de los niños que tuvieron lactancia materna continua hasta los18 meses, según el test de Denver, se identifica que el 56,14% de niños y niñas dieron resultados normales, el 35,09% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 8,77 % presentaron una prueba anormal; por otro lado aquello que no recibieron lactancia materna continua, presentaron 25,00% de resultados anormales, 25,00% de niños en riesgo y 50% de niños dentro de la normalidad: comparando los resultados obtenidos con otros estudios a una edad similar, en un estudio de la relación de la lactancia materna y de sus efectos en el desarrollo psicomotriz en niños entre 6 a 24 meses de edad, realizado en el hospital Guayaquil "Abel Gilbert Pontón", 2005.En el dominio motor se pudo obtener los siguientes resultados: Los niños lactados maternalmente los primeros seis meses de vida, presentaron un promedio de cociente madurativo de 100 puntos aproximadamente. Mientras que los no alimentados con leche materna, el promedio de cociente madurativo fue de 94 puntos. En el dominio cognoscitivo se obtuvieron los siguientes resultados: Los niños lactados maternalmente los primeros seis meses de vida, presentaron una media en el cociente madurativo de aproximadamente 99 puntos, 9 puntos más que la media obtenida por los niños no alimentados con leche materna. Y en dominio psicosocial los datos obtenidos fueron: La media del cociente madurativo de este dominio en el grupo de niños alimentados con leche materna es cerca de 98 puntos, mientras que, la media del cociente madurativo de los no alimentados con leche materna corresponde a 93 puntos.

Por lo tanto las prácticas alimentarias adecuadas son importantes para asegurar el correcto desarrollo físico, emocional, creativo e intelectual en los niños y niñas.

## 8) CONCLUSIONES

Al culminar el presente trabajo investigativo se concluye que:

- 1. El 97,50% de niños recibieron lactancia materna en la primera hora. El 85, 83de niños/as recibió lactancia materna exclusiva los primero 6 meses. El 96,61%, recibieron lactancia materna continua. En relación alimentación complementaria oportuna, se practicó en el 100 % de los niños/as. El 91,67% recibieron los cuatro grupos alimentarios mínimos.
- 2. Al evaluar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas se pudo demostrar que los resultados obtenidos en el estudio el 5,00% de los niños y niñas presentaron fallo en el área motora, 10,00% en el área adaptativa 26,67% en el área del lenguaje y 15,83% en el área de desarrollo social.
- 3. Del total de niños/ en estudio, el 98,59% tuvieron inicio temprano de la lactancia materna, de los cuales el 57,26% obtuvieron un test de Denver normal, porcentaje considerable en relación aquellos que no recibieron lactancia materna temprana con el 33,33 de test normales. Además del total niños/as que no recibieron lactancia materna temprana 66,67% obtuvieron un test anormal, a diferencia de 7,69%de test anormal en los que si recibieron inicio temprano de lactancia materna.

Del 85,96% de los niños/as que tuvieron lactancia materna exclusiva, el57,28% obtuvieron resultados normales en el test de desarrollo psicomotriz, y 10,68% obtuvieron una prueba anormal, mientras que los que no recibieron lactancia materna exclusiva el 52,94% presentaron resultado normal.

Los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva hasta los 18 meses fueron el 94,29%, de los cuales el 57,28% obtuvieron resultados normales, a diferencia del 3.39% que no recibieron lactancia materna continua los cuales no presentaron resultados anormales, sin embargo se encontró un

porcentaje mayor de resultados en riesgo del 47,06%.

Del total de niños/as amamantados que recibieron la frecuencia mínima de comidas, el 56,76% obtuvieron un test normal, y el 7,21% anormal, por el contrario los que no recibieron la frecuencia mínima de comidas, el 67% obtuvieron pruebas anormales.

# 9) RECOMENDACIONES

- 1. A las instituciones MIES LOJA y personal de los CNH que contribuyen con el por el bienestar de los niños, implementar actividades de orientación y promoción que permita a la madre comprender la relación existente entre las prácticas alimentarias adecuadas, las condiciones de vida que imperan en sus hogares y el desarrollo psicomotor de sus hijos, promoviendo además la forma más adecuada de utilizar los recursos con los que se cuenta.
- 2. Que MIES LOJA Concientice a las madres sobre la necesidad de proporcionar al niño la atención adecuada que este necesita, lo cual se puede lograr a través de charlas y talleres con el apoyo de promotores de salud, además de lograr una integración de todas estas madres que les permita proporcionarse mutuo apoyo para el cuido y atención de sus niños.
- 3. Que las educadoras de los CNH deberían buscar actividades que favorezcan el desarrollo psicomotor de los niños e incluirlas en un plan de trabajo diario que a la larga beneficiara la adquisición de desarrollo integral en los niños de acuerdo a sus necesidades.
- 4. Las educadoras de los CNH MIES LOJA deben incentivar a los padres de familia para que realicen actividades con sus hijos que beneficien su desarrollo psicomotriz, con el fin de mejorar sus necesidades que se encuentran un poco cohibidas o retraídas por actividades que potencien dicha área.

# 10)BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón Armendáriz, M., Alvarado, I., & Huitrón, B. (2009). *Duración de la lactancia y desarrollo psicomotor en infantes*. Mexico.
- Bachelet, M. (2008). *Desnutrición infantil en América latina y el Caribe*.

  Recuperado el 13 de enero de 2015, de http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion%2813%29.pdf.
- Bras, J., & Emill, J. (2013). *Pediatra en atención primaria*. Barcelona: Elsevier Masson .
- Cantuña, O. (2007). Desarrollo Psicomotriz. Barcelona: 2da Edición.
- Chavez, A., & Homero Martínes, M. (1998). *Nutrición y desarrollo psicomotor*durante el primer semestre de vida. México.. Recuperado el 16 de

  febrero de 2015, de

  http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001577
- Chessa L, P. E., A., C., & M., D. P. (2000). Alimentación y nutricion del niño pequeño. Recuperado el 12 de enero de 2015, de Rev. Cubana Med Gen Integr: http://www.unicef.org/lac/Reunion\_Sudamericana\_de\_Alimentacion\_y\_N utri
- Consejería de salud. (2000). Guía de promoción de alimentación equilibrada en niños y niñas menores de tres años. Recuperado el 22 de enero de 2015, de http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\_3
  - \_c\_1\_vida\_sana/alimentacion\_equilibrada\_actividad\_fisica/guia\_alimentacion\_nenores\_3anos/guia\_promocion\_alimentacion\_ninos.pdf
- Cuasapaz, V. (2008). Guía de alimentación complementaria para niños menores de un año con desnutrición leve o moderada. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2262/2/06%20ENF%2 0219Guia%20de%20alimentacvion%20complementaria.pdf.
- Duro, E., Weinschelbaum, S., Waldmann, L., Skakovsky, E., & Bernazza, G. (2002). Servidos de atención a niños y niñas de 45 días a 36

- *meses*.Recuperado el 26 de noviembre de 2014, de http://www.unlcef.org/argentina/spanish/Serv\_Aten\_Ninos\_web.p df.
- Estrella, B. (2009). Nutrición y salud del niño preescolar. Lima: Berhrman.
- Gamarra Atero, R., Porroa, J., & Quintana Salinas, M. (2010). *Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación*. Recuperado el 22 de enero de 2015, de http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71 n3/a07v71 n3.pdf
- Georgina, J., & Peraza, R. (2000). Lactancia materna y desarrollo psicomotor.

  Recuperado el 3 de febrero de 2015, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252000000400018&script=sci\_a
- Mangialoavori, G., Gilardon, G., & Guidet, A. (2010). *La alimentación de los niños menores de 2 años*. Buenos Aires.
- Naranjo, P. (2010). Desnutrición: problemas y soluciones. Quito: Paidos.
- OMS. (2006). Alimentación de lactante y del niño pequeño. Recuperado el 23 de enero de 2015, de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/
- OMS, UNICEF. (2009). Indicadores para evaluar las prácticas de Alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado el 3 de febrero de 2015, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662\_spa.pdf
- OPS. (2007). La leche materna protege la salud del niño. Recuperado el 16 de 05 de 2014, de http://ahnh.org/Articles/PAHO\_article\_embarazo.pdf
- Osorio, J., Welssataub, G., & Castillo, C. (2002). *Desarrollo de la Conducta alimentaria en la Infancia y sus Alteraciones*. Recuperado el 3 de febrero de 2015, de http://www.scielo.cl/sc¡elo.php?script=sci\_arttext&pid=S0717-75182002000300002
- Peraza Roque, G. (2000). *Lactancia materna y desarrollo psicomotor*.

  Recuperado el 12 de enero de 2015, de Revista La Habana Cuba: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16\_4\_00/mgi18400.pdf.
- Programa de Salud del niño. (2004). Normas técnicas de estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor del niño y la niña menoresde6 años. Recuperado el 3 de febrero de 2015, de

- http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2004\_Normas\_tecnicas\_estimulac
- Ramos P, J. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas de madres con niños desnutridos menores de 5 años, en la comunidad de jachapampa durante el primer semestre de la gestión. Recuperado el 4 de febrero de 2015, de http://200.7-160.67:8080/rddu/handle/123456789/3616
- Rosich, J., Pons Martinez, M., & Albors-Steve, P. (2009). Signos de alarma en el desarrollo psicomotor. Recuperado el 22 de enero de 2014, de http://www.aepap.org/avalpap/signos\_alarma\_psicomotor.pdf
- Soliz, D. (2011). Estrategia nacional intersectorial de desarrollo infantil integral. Recuperado el 12 de FEBRERO de 2015, de http://www.desarrollosocial.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/0 2/2011Estrategia\_NacionalJntersectorial\_de\_Desarrollo\_InfantilJntegral. pdf
- Subsecretaría de Prevención y promoción de Salud México. (2008). *Guía de orientación alimentaria*. Mexico.
- Vaughan, N. (2006). Tratado de Pediatría. Madrid: Gedisa.

# 11) ANEXOS

# Anexo Nº 1

# **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo _	en pleno uso de mis facultades, libre y
volunt	tariamente manifiesto que he sido debidamente informado/da y en
conse	ecuencia autorizo mi participación en el proceso investigativo con el
respe	ctivo tema "DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA
AUME	ENTACIÓN EN LOS NIÑOS DEL CNH DE SAN LUCAS MIES-LOJA",
tenien	ndo en cuenta que:
1.	He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento.
2.	He tenido oportunidad de aclarar mis dudas.
3.	Estoy satisfecho/a con la información proporcionada.
4.	Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier

**5.** Reconozco que todos los datos proporcionados son ciertos y que no he omitido ningún dato que sea relevante para la investigación.

momento del proceso investigativo.

Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi consentimiento expreso para participar en el proceso investigativo.

CI.		

### Anexo No 1

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA ENCUESTA

# PROYECTO: DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA AUMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DEL CNH DE SAN LUCAS MIES-LOJA

La presente encuesta tiene como finalidad obtener información referente a la alimentación de sus hijos menores de 3 años y conocer cómo esta influye en el normal desarrollo de los mismos; los resultados obtenidos servirán para proponer estrategias de mejoramiento de la atención que brindan los CNH en la provincia de Loja , para lo cual le solicitamos contestar las preguntas que a continuación detallamos .

# **DATOS GENERALES DEL NIÑO/A**

Nombre y Apellido
DATOS DE LA MADRE  ESTADO CIVIL: Solteracasada Divorciada viudaunión libre
EDAD: 15 – 19 años 20 -35 años 36 a 45 años 46 años y más ESCOLARIDAD: Sin escolaridad primaria secundaria superior NUMERO DE HIJOS: 1 2 3 Más de 3
OCUPACION: empleada desempleada

# TIPO DE ALIMENTACION DEL NIÑO /A

# ALIMENTACION DE 0 A 6 MESES DE EDAD

1. Qué tipo de alimentación tuvo su niño durante los primeros 6 meses de vida
Tomó el seno apenas nació: En la primera hora 🔲 Más de 1 hora 🔲
Leche materna exclusiva Leche materna + leche de vaca
Leche materna + leche de tarro
Solo leche de vaca Solo leche de tarro
Solo coladas Otros:
LACTANCIA MATERNA CONTÍNUA
Hasta que edad le dio el seno
0 a 1 mes 2 a 3 meses 4 a 5 meses 0 a 3 meses
Hasta 6 meses 6 – 12 meses 13 meses a 18 meses
19 meses a 24 meses — 24 meses y más —
2. Si toma colada especifique de que:
Soya Avena Harina de plátano 7 harinas Tapioca Chuno
ALIMENTACION DE 6 MESES A 11 MESES
3. Qué tipo de alimentación tuvo su niño de 6 meses a 11 meses
Vegetales: Zapallo Zambo acelga Espinaca
Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día
Frutas: Manzana Banana Pera uva melón granadilla Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día
Tubérculos: Papa  melloco camote zanahoria Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día
Tresdendar Trezarda Treses di did
Cereales: arroz avena quinua trigo
Frecuencia: 1 vez al día 🔲 2 veces al día 🦳 3 veces al día 4 veces al día 🔲
Huevo: Yema L Clara L
Frecuencia: 1 diario 🗌 1 cada 2 días 🦳 1 a la semana 🔲
Carne: Pollo Carne de res hígado
Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día
Leche y derivados: leche  yogur
Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al 3 veces al 4 veces al 🗔 día día
Leguminosas: fréjol garbanzo lenteja
Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día
Coladas: máchica maíz Harina de Trigo
Otros Señale que

# ALIMENTACION DE 12 A 23 MESES

4.	El niño come diariamente la misma comida que el resto de la familia
	Si No
	Frutas: naranja mandarinabananagranadilla
	Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día
	Proteínas: pollo Res Pescado huevo ent

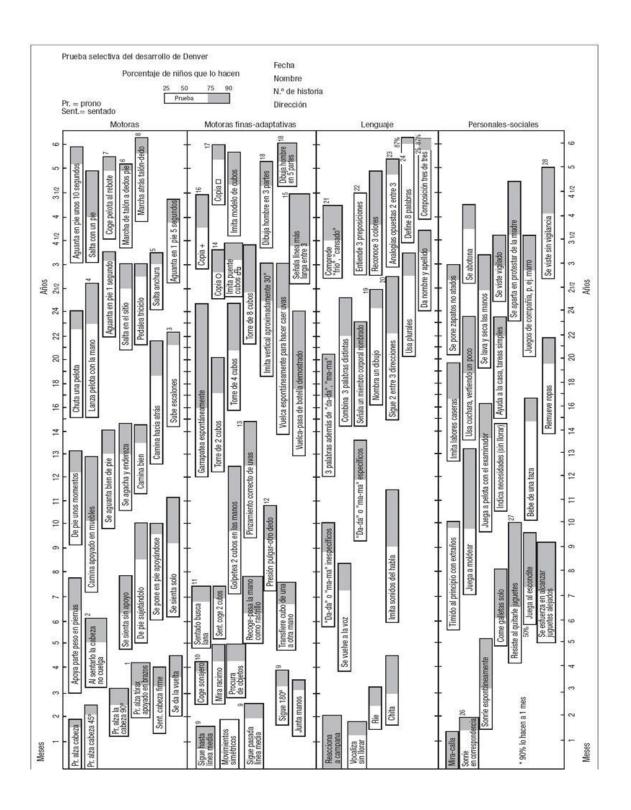
Frecuencia: 1 vez ai dia	veces al dia	3 veces al dia	veces al dia	
Cereales: arroz Frecuencia: 1 vez a	quinua Il <del>día</del> 2 veces al día	trigo avena a 3 veces	al día 4 veces a	al día
Vegetales: acelga <u>es</u> pi Frecuencia: 1 vez al día		3veces al día	4 veces al día	
Leguminosas: Frejol Frecuencia: 1 vez al				día 🖳
Carbohidratos: Pan Frecuencia: 1 vez al	día 2 veces al día	3 veces al	día 4 veces al	día 🔃
Fideos Frecuencia: 1 vez al	día2 veces al día	3 veces al	día 4 veces al	día 🖳
Lácteos: Leche de v Frecuencia: 1 vez al		3 veces al	día 4 veces al	día <u> </u>
ALIMENTACIÓN DE 24 A	36 MESES			
5. Tipo de alimentacion Frutas: Manzana proper proper proper proper proper processiva de la composición de la composición processiva de la composición del composición de la composición de la composición del composición de la com	era 🔃 naranja :illa 🔲	a 🔃 banana 🗆	mandarina lía 4 veces al d	ía 🗀
Proteínas: pollo  R Frecuencia: 1 vez al día [	es Pescado 2 veces al día	3 veces al día	a 4 veces al día	
Huevo entero Frecuencia: diario	cada 2 días 🔲 a	a la semana		
Cereales: arroz Frecuencia: 1 vez al día	quinua tr tveces al día	igo avena   3 veces al o	día 4 veces al d	ía 🖳
Vegetales: acelga	•	3 veces al día	a4 veces al día	a
Leguminosas: Frejol Frecuencia: 1 vez al		garbanzo 3 veces a		día 🦳

Carbohidratos: Pan			
Frecuencia: 1 vez al día	2 veces al día	3 veces al día	4 veces al día
Fideos			
Frecuencia: 1 vez al día	2 veces al día	3 veces al día	4 veces al día
Lácteos: Leche de vaca	yogurt 🗌	queso	
Frecuencia: 1 vez al día	2 veces al día	3 veces al día	4 veces al día

**GRACIAS** 

# Anexo Nº 3

### **Test de Denver**



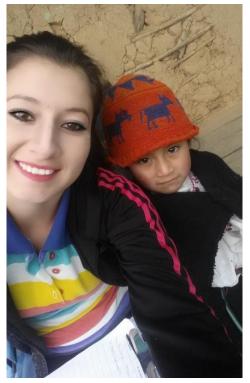
Anexo Nº 4 FOTOS















# 12)ÍNDICE DE CONTENIDOS

PO	RTAI	DA		i
CE	RTIF	ICACIÓ	N	ii
AU	TORÍ	A		iii
CA	RTA	DE AU	TORIZACIÓN DE TESIS	iv
DE	DICA	TORIA.		V
AG	RADI	ECIMIE	NTO	vi
a)				
b)				
			,	
c)			CIÓN	
d)			DE LITERATURA	
1.	ALIN	/IENTA(	CIÓN	7
			to	
	1.2.	Nutricio	ón	8
	1.3.	Importa	ncia de la alimentación en el niño y las prácticas recomendadas	11
	1.4.	Practic	as alimentarias recomendadas	12
	1.5.	Bases	fisiológicas de la lactancia materna	13
		1.5.1.	Beneficios para la madre	16
		1.5.2.	Beneficios para el niño	16
	1.6.	Alimen	tación complementaria	16
		1.6.1.	Alimentos Complementarios	17
		1.6.2.	Comidas y socialización del niño	17
		1.6.3.	Alimentos a partir de los seis a ocho meses	17
		1.6.4.	Alimentos a partir de los nueve a once meses	18
		1.6.5.	Alimentos a partir de los 12 meses.	19
	1.7.	Indicad	dores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante	у
		del niñ	o pequeño	21
		1.7.1.	Inicio temprano de la lactancia materna	21
		1.7.2	Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses	21

	1.7.3.	Lactancia materna continua al año de vida	22
	1.7.4.	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves:	22
	1.7.5.	Diversidad alimentaria mínima.	22
	1.7.6.	Frecuencia mínima de comidas	22
	1.7.7.	Dieta mínima aceptable	23
2.	DESARROL	LO PSICOMOTOR	24
	2.1. Variaci	ión en el desarrollo psicomotor	25
	2.2. Etapas	del desarrollo	26
	2.3. Nutricio	ón y desarrollo	28
	2.4. Nutricio	ón y desarrollo infantil	29
	2.5. Nutricio	ón y desarrollo del cerebro	31
3.	VALORACIO	ÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	31
	3.1. Criterio	s que se utilizan para la selección de un instrumento evaluativo	32
	3.2. Test de	e denver	33
e)	METODOLO	DGÍA	35
f)	RESULTAD	OS	38
g)	DISCUSIÓN	V	52
h)	CONCLUSION	ONES	55
i)	RECOMENI	DACIONES	57
j)	BIBLIOGRA	FÍA	58
k)	ANEXOS		61
1)	ÍNDICE DE	CONTENIDOS	702