



**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 de los CNH de Motupe  
Alto y Motupe Bajo MIES-Loja**

**Tesis previa a la obtención del  
Título De Médico General**

**Autor:**

**Sr. Julio Javier Quintanilla Barba**

**Directora:**

**Dra. Livia Pineda López Mg Sc.**

**LOJA- ECUADOR**

**2015**

## **INFORME DEL DIRECTOR DE TESIS**

**Dra. Livia Pineda**

**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

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

**CERTIFICO:**

Que el presente trabajo “**DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE MOTUPE ALTO Y MOTUPE BAJO DEL MIES–LOJA**”, de autoría del Sr. Julio Quintanilla , ha sido revisada bajo la correspondiente dirección en forma prolija tanto en su forma como en su contenido, de conformidad con los requerimientos institucionales y luego de su revisión autorizo su presentación ante el tribunal respectivo, previo a optar por el título de Médico General.

Loja, 13 de Noviembre de 2015



**Dra. Livia Pineda López Mg Sc.**

**DIRECTORA**

## AUTORÍA

Yo, Julio Javier Quintanilla Barba declaro ser el autor 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 a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autor: Julio Javier Quintanilla Barba

Firma:  \_\_\_\_\_

Cedula: 1104726623

Fecha:

**CARTA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo, **Julio Javier Quintanilla Barba**, declaro ser el autor de la tesis titulada: **DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE MOTUPE ALTO – MOTUPE BAJO MIES-LOJA**, como requisito para la obtención el grado de MEDICO GENERAL; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines 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 el exterior, con la cuales tenga convenio la Universidad. Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los seis días del mes de Noviembre del Dos mil quince, firma el autor.

Firma: 

Autor: Julio Javier Quintanilla Barba

Cédula: 1104162092

Dirección: Juan José Samaniego y Lauro Guerrero

Correo electrónico: juliojavier\_q@hotmail.com

Teléfono: 0988678547

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra Livia Pineda

TRIBUNAL DE GRADO

Presidente: Dr.

Vocal: Dra.

Vocal: Dr

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mis padres por el apoyo incondicional y mis hermanos quienes cursamos por las mismas aulas persiguiendo el mismo sueño de Formarnos en el Área de Salud Humana en la Carrera de Medicina.

A mis Abuelos que estuvieron presentes en esta lucha de un largo camino por recorrer que recién empieza.

A mis docentes que en el transcurso de mi Carrera, nos formaron tanto Moral como Intelectualmente.

## **AGRADECIMIENTO**

Este trabajo está dedicado a Dios, a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional, a mis abuelos por sus palabras de aliento y demás familiares a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana por el permitirme formar parte de esta familia Universitaria, al personal docente y Administrativo, un agradecimiento especial a mi Directora de Tesis Dra. Livia Pineda López Mg Sc por la guía y apoyo en el desarrollo del presente trabajo investigativo, de igual manera al MIES por brindarme la oportunidad un área de estudio del programa CNH.

Gracias a todos los que hicieron posible que este trabajo investigativo sea una realidad, gracias infinitas de manera reiterada que Dios les Bendiga Siempre y en todo lugar.

**a) TITULO:**

**DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN  
LOS NIÑOS DE LOS CNH DE MOTUPE ALTO Y MOTUPE BAJO MIES-LOJA**

## **b) RESUMEN**

La presente investigación es un estudio de tipo cuantitativo, transversal, correlacional que se realizó con el objetivo de determinar el desarrollo psicomotor y su relación con la alimentación en los niños de los CNH de Motupe Alto y Motupe Bajo MIES- LOJA, de la parroquia el Valle del Cantón Loja del programa creciendo con nuestros hijos (CNH) del MIES- Loja., el universo de estudio fue de 120 niños. La recolección de la información sobre las prácticas alimentarias se realizó mediante la aplicación de una encuesta previamente validada a las madres de familia o cuidadoras y el desarrollo psicomotor se valoró mediante el Test de Denver; obteniéndose entre los resultados más significativos, que de los niños/as con inicio temprano de la lactancia materna el test de Denver fue Normal en el 83% y el 1 % anormal. En relación a los niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses presentaron mayor porcentaje de pruebas normales en el test de Denver con 85% y el 3 % anormal, los niños/as que recibieron alimentación complementaria el 85% obtuvo pruebas normales y solo el 2% presentó prueba 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 CLAVES:** Lactancia materna, Alimentación complementaria; Desarrollo psicomotor.



## SUMMARY

The current research is a quantitative, transversal, correlational which was held in order to determine the psychomotor development and the relation with child alimentation in CNH Motupe Low and Motupe high MIES Loja, of Parish Valley Loja Canton in the program of growing with our children (CNH) of Mies Loja, the universe of the research was 120 children. The collection of information on feeding practices was performed by applying a previously poll validated to mothers or caregivers, and psychomotor development was assessed using the Test of Denver, obtaining among the most significant results, that children with early breastfeeding initiation Denver's test was normal in 83% and 1% abnormal. In relation to children that received exclusive breastfeeding before six months had a higher percentage of normal tests in the Denver's test with 85% and 3% abnormal, and children that received supplementary feeding 85% obtained normal evidence and only 2% had abnormal test. Thus it concludes that appropriate feeding practices positively affect psychomotor development.

With the obtained results it's recommended to institutions that work on behalf of children as the MIES through CNH, the initiation and maintenance of appropriate feeding practices that ensure the integral development of children as fosters recommended.

**KEYWORDS:** breastfeeding, complementary feeding; Psychomotor development.

### **c) INTRODUCCIÓN**

La alimentación es uno de los factores más importantes que interviene directamente en el correcto crecimiento y desarrollo psicomotor de los niños. El desarrollo psicomotor (DSM) es un proceso evolutivo, multidimensional e integral, mediante el cual el individuo va dominando progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas. (Daza, W., Dadán, 2009)

El primer año de vida, es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y es cuando este es más inmaduro y vulnerable. Por ello es importante proporcionarle una alimentación suficiente y adecuada. La alimentación del niño en el primer año de vida se basa en la leche humana y se completa con otros alimentos (alimentación complementaria), con el doble objetivo de satisfacer sus necesidades nutritivas y crear unos hábitos alimentarios adecuados. La lactancia materna es la forma de nutrición natural del lactante, con ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas. También contribuye a la salud de la madre. En síntesis, la lactancia materna ha de ser: precoz (inmediatamente después del parto, si la madre está en condiciones); exclusiva (sin agua, suplementos o chupetes); a libre demanda (con horario y duración de las tomas flexibles, permaneciendo el niño en la habitación con la madre).

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante, la OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee. (OMS, 2013).

Ante esta problemática se plantea el presente estudio que tiene como objetivo general determinar el desarrollo psicomotor y su relación con la alimentación en los niños del CNH de Motupe Alto y Motupe Bajo MIES-Loja, y los objetivos

específicos: determinar las prácticas de la alimentación utilizando indicadores de evaluación de las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño de la OMS – UNICEF; evaluar el desarrollo psicomotor en los niños del CNH de Motupe Alto y Bajo; y relacionar los indicadores de las prácticas alimentarias con el desarrollo psicomotor.

El tipo de estudio es cuantitativo, transversal correlacional; el área de estudio corresponde a los barrios Motupe de la parroquia el Valle del Cantón Loja que se encuentra ubicados al norte de la ciudad en las cuales se desarrolla el programa creciendo con nuestros hijos (CNH) que son en números de 2 centros bajo la dirección del MIES., la recolección de la información de la prácticas alimentarias se aplicó una encuesta a la madres de familia o cuidadora y el desarrollo psicomotor se evaluó mediante la aplicación del Test de Denver , El universo correspondió a 120 infantes la información fue tabulada y analizada a través de software Excel.

Los resultados obtenidos en la investigación fueron: En los niños/as con inicio temprano de la lactancia materna el test de Denver fue Normal en el 83% y el 1 % anormal; en relación a los niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses presentaron mayor porcentaje de pruebas normales en el test de Denver con 85% y el 3 % anormal, los niños/as que recibieron alimentación complementaria el 85% obtuvo pruebas normales y solo el 2% presentó prueba anormal. Con lo que se concluye que las practicas alimentarias adecuadas influyen positivamente en el desarrollo psicomotriz.

Los resultados llevaron a establecer bases sólidas para complementar el seguimiento, diagnóstico y plan de intervención. Además, fue de utilidad para optimizar el manejo de aquellos factores que puedan influir de forma determinante en el desarrollo futuro de este grupo y que servirá para estimular estudios posteriores en esta línea.

## **d) REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **Capítulo 1**

#### **1. ALIMENTACIÓN**

##### **1.1. Definición**

La alimentación es el ingreso o aporte de los alimentos en el organismo. Es un proceso por el cual tomamos una serie de sustancias contenidas en los alimentos que componen la dieta. Depende de las necesidades individuales, disponibilidad de alimentos, cultura, religión, situación socioeconómica, aspectos psicológicos, publicidad, moda, etc. Los alimentos aportan sustancias que denominamos nutrientes, que necesitamos para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. (Alvaro González, 2009)

##### **1.2. Lactancia Materna**

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. La superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento hace que deba ser el producto aconsejado y recomendado para el recién nacido y lactante sano durante los 4-6 primeros meses de vida, como mínimo. Además, la lactancia materna permite que el bebé perciba estímulos sensoriales, como calor, olor, que le ayudan a adquirir un mejor desarrollo; mantiene una mayor unión madre, hijo, es más económica, no precisa preparación, y produce efectos favorables sobre la salud del niño y de la madre a corto, medio y largo plazo. (Materna, n.d.)

### 1.2.1. Bases fisiológicas de la lactancia materna

**El Calostro.-** Es la primera leche; líquida 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)

(Gamarra Atero, Porroa, & Quintana Salinas, 2010)

**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.

Es importante conocer que un litro de leche aporta aproximadamente 750 calorías.

**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:** 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. (Programa de Salud del niño, 2004)

**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. (Gamarra Atero, Porroa, & Quintana Salinas, 2010)

**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.

**1.2.2. 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) y Ventajas psicológicas – emocionales).

**1.2.3. 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)

#### **1.2.4. Lactancia Materna exclusiva**

La leche humana (LH) no es una simple colección de nutrientes sino un producto vivo de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora que estimula el desarrollo adecuado del lactante. La LH es un sistema que se estructura en tres fases: emulsión-glóbulos de grasa, suspensión-micelas de caseína y solución-constituyentes hidrosolubles. Las principales variaciones en la composición de la leche humana afectan a una u otra de estas fracciones o fases.

De hecho, el aumento del contenido energético de la leche al final de la toma, correctamente atribuido al incremento de la concentración de lípidos, es la consecuencia del predominio de la fracción emulsión en la fase del vaciamiento de la mama. Sin embargo, al inicio de la toma, el lactante recibe una leche compuesta fundamentalmente por componentes hidrosolubles, que van siendo progresivamente sustituidos por los constituyentes hidrosolubles y estos, a su vez, acaban por ceder el paso a los componentes liposolubles de la fracción emulsión. De esta forma, a lo largo de una toma completa, el lactante recibe un producto dinámico, variable, con características distintas y ajustadas al momento específico en que se encuentra.

### **1.3. Alimentación complementaria**

Llamamos alimentación complementaria a los alimentos que introducimos entre los seis y los doce meses para complementar al pecho. Eso quiere decir que el pecho sigue siendo la base fundamental de la alimentación del lactante hasta el año aproximadamente.

#### **1.3.1. Razones para ofrecer alimentos complementarios.**

*Desarrollo:* Todos los niños más pronto o más tarde muestran interés por la comida de los adultos. Probar nuevos sabores y texturas se convierte en una experiencia sensorial única y en una oportunidad de aprendizaje. Las necesidades de cada niño, así como las funciones y capacidades de su cuerpo, pueden servir de referencia, no sólo para decidir el momento en que se inicia la alimentación complementaria, sino también para marcar el desarrollo de la misma. De esta manera, el niño puede participar en su alimentación de forma activa y divertida para él: ofreciéndole un plátano maduro podrá experimentar sin que sea una imposición o una obligación, si coge guisantes o trocitos de pollo con los dedos y se los lleva a la boca, hará un buen ejercicio de coordinación.



*Nutrición:* Llega un momento en la vida del niño en que la leche materna no es suficiente para satisfacer todas sus necesidades nutricionales; ello no significa que la leche haya perdido sus propiedades sino que no basta. La leche debe ser el alimento fundamental, cualitativa y cuantitativamente durante el primer año de vida y sigue siendo una fuente importante de nutrientes durante el segundo año y después.

*Cultura:* Diferentes culturas tienen distintas costumbres en cuanto a la incorporación de la alimentación complementaria aunque no todas ellas resultan biológicamente adecuadas. En algunos países las circunstancias de la madre, como el trabajo fuera del hogar o la existencia de lugares donde no se pueda o no esté aceptado el llevar al bebé, hacen que se adelante la edad de incorporación de la alimentación complementaria. (Díaz-Gómez, 2008)

## **1.4. Alimentación de acuerdo a la edad**

### **1.4.1. Desde los 6-7 meses:**

- Patata, zanahoria, calabaza, cebolla, calabacín, judías verdes, puerro, apio. Carnes: Pollo, ternera, pavo, cordero, cerdo. Muchos niños tienen en torno a los 6 meses una leve falta de hierro y proteínas.
- Fruta: Manzana, plátano, pera, mandarina, naranja, ciruela.
- Cereales sin gluten: Con leche de inicio o materna.
- Yogur natural: Si ya has introducido leche de inicio y continuación sin problemas. Si toma sólo pecho, mantenlo como único lácteo. Dos semanas después
- Cereales con gluten: con leche de continuación o materna. Dos semanas después.
- Pescado blanco

#### **1.4.2. 11 meses**

- Yema de huevo. Dos semanas después.
- Clara de huevo. A partir del año de vida, el pecho pasa a ser un complemento de la alimentación.

#### **1.4.3. 12 meses:**

- Miel. La miel cruda no debe darse en niños menores del año.
- Leche de vaca entera: Si ya has introducido yogur natural. Se puede mantener el pecho como lácteo único si se desea.

#### **1.4.4. A los 2 años:**

- Marisco, pescado azul, cuanto más tarde mejor, chocolate, Vainilla.(Salgado, 2014)

### **1.5. Grupos alimentarios.**

Los alimentos que contienen fundamentalmente carbohidratos o lípidos son fuente de calorías, con una función energética; los alimentos fundamentalmente proteicos, aunque pueden aportar energía, tienen como misión principal el aportar materiales para la construcción o renovación de estructuras, es decir, una función plástica o formadora; los alimentos que por su riqueza en vitaminas o minerales controlan diversos sistemas del metabolismo se les conoce como alimentos reguladores.(USDA/ Nutrición, 2012)

<b>GRUPO</b>	<b>ALIMENTO</b>	<b>NUTRIENTE</b>	<b>FUNCIÓN</b>
<b>Grupo 1</b>	Leche Queso Yogur	Proteínas animales	Plástica
<b>Grupo 2</b>	Carne Huevo Pescado	Proteínas animales	Plástica
<b>Grupo 3</b>	Patatas Legumbres Frutos secos	Proteínas vegetales Lípidos Vitaminas	Plástica Energética Reguladora
<b>Grupo 4</b>	Verduras Hortalizas	Vitaminas	Reguladora
<b>Grupo 5</b>	Frutas	Vitaminas	Reguladora
<b>Grupo 6</b>	Pan y pasta Cereales Azúcar	Carbohidratos	Energética
<b>Grupo 7</b>	Grasa y aceite Mantequilla	Lípidos	Energética

### **1.6. Indicadores para evaluar prácticas alimentarias al lactante y al niño pequeño OMS**

El estado nutricional de un niño menor de dos años y, en última instancia, su sobrevivencia hasta los 5 años, depende directamente de sus prácticas de alimentación. Por lo tanto, para mejorar la nutrición, la salud y el desarrollo de los niños entre 0 y 23 meses de edad es crucial mejorar sus prácticas de alimentación. Por otro lado, los indicadores usados en las encuestas de base poblacional para medir estas prácticas han estado más enfocados en las prácticas

de lactancia materna. La falta de bases científicas y consenso sobre indicadores fáciles de medir, con respecto a las prácticas de alimentación adecuadas de los niños de 6 a 23 meses de edad, ha limitado el progreso en la medición y mejoramiento de dichas prácticas. Como consecuencia, la obtención de mejores resultados nutricionales en los lactantes y los niños pequeños se ha visto restringida. (OMS / UNICEF, 2008)

Los indicadores de las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño que se miden a nivel de la población son usados principalmente para: Evaluación: para hacer comparaciones a nivel nacional y local así como para describir las tendencias en el tiempo; Definición de grupos objetivo: para identificar las poblaciones en riesgo y las intervenciones destinadas a ellas, así como tomar decisiones con relación a las políticas de asignación de recursos, y Monitoreo y evaluación: para monitorear el progreso en el logro de metas y para evaluar el impacto de las intervenciones. (OMS / UNICEF, 2008)

### **1.6.1. Indicadores Básicos de la Alimentación**

***Inicio de la lactancia materna:*** 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*

- Este indicador se basa en recordatorio histórico. El denominador y el numerador incluyen niños actualmente vivos y fallecidos que nacieron durante los últimos 24 meses.
- Se recomienda desglosar los datos e incluir los resultados en el informe, usando los siguientes grupos: (i) niños que nacieron vivos durante los últimos 12 meses; y (ii) niños que nacieron vivos entre los 12 y 24 meses previos a la encuesta.

### ***Lactancia materna exclusiva***

Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses: 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*  

---

*Lactante de 0 a 5 meses de edad*

- Este indicador incluye ser amamantados por una nodriza y alimentación con leche materna extraída. Se pensó, sin embargo, que era más simple retener el término “lactancia materna exclusiva” en vez del término más preciso pero complicado “alimentado exclusivamente con leche materna”.
- Éste es el primero de la serie de indicadores del estado actual basados en la recordación del día anterior e incluye a los lactantes con vida. Todos los indicadores que siguen, excepto “niños amamantados alguna vez”, se basan también en la recordación del día anterior.
- El uso del período recordatorio del día anterior resultará en una estimación excesiva de la proporción de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna, ya que algunos lactantes a quienes se les dan otros líquidos en forma irregular podrían no haberlos recibido en el día anterior al estudio.<sup>6</sup> Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño

### ***Lactancia materna continúa***

Lactancia materna continúa al año de vida: Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantado.

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

---

*Niños de 12 a 15 meses de edad*

- Este indicador incluye lactancia materna por nodriza y alimentación con leche materna extraída.

- El título de este indicador sobre lactancia materna continua refleja una aproximación del rango de edad cubierto. Debido al intervalo de edad, el indicador subestima la proporción de niños que reciben leche materna al año.
- Debido a que el indicador tiene un rango relativamente estrecho de 4 meses, los cálculos estimados de los estudios con muestras pequeñas tienden a tener amplios intervalos de confianza.

### ***Introducción de alimentos complementarios***

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*  
*Lactante de 6 a 8 meses de edad*

- Este indicador es una de las dos partes del indicador compuesto anterior para alimentación complementaria oportuna, que también incluía lactancia materna continua.
- El indicador anterior incluía lactantes vivos de 6 a 9 meses en el numerador y denominador. Un rango más estrecho de edad ha sido escogido a manera de no incluir en el numerador a lactantes que recibieron alimentos por primera vez a los 9 meses.
- Debido a que el indicador tiene un rango muy estrecho de 3 meses, los cálculos estimados de los estudios con muestras pequeñas tienden a tener amplios intervalos de confianza.

### ***Diversidad Alimentaria***

Diversidad alimentaria mínima: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios

Los 7 grupos alimentarios usados de este indicador son:

- ✓ cereales, raíces y tubérculos
  - ✓ legumbres y nueces
  - ✓ lácteos (leche, yogurt, queso)
  - ✓ carnes (carne, pescado, aves e hígado o carnes provenientes de vísceras)
  - ✓ huevos
  - ✓ frutas y verduras ricas en vitamina A
  - ✓ otras frutas y verduras
- 
- El consumo de cualquier cantidad de comida de cada grupo alimentario es suficiente para “contar”; por ejemplo, no hay cantidad mínima excepto si alguno se usa sólo como condimento.
  
  - El número mínimo de por lo menos 4 de los 7 grupos alimentarios indicados anteriormente fue seleccionado ya que está asociado con las dietas de mejor calidad tanto para niños amamantados como para niños no amamantados. El consumo de alimentos de por lo menos 4 grupos alimentarios durante el día anterior significaría que en la mayoría de las poblaciones el niño ha tenido una alta tendencia a consumir por lo menos un alimento de origen animal y por lo menos una fruta o verdura ese día, además de un alimento básico (cereal, raíz o tubérculo).
  
  - Los resultados pueden tener informes separados para los niños amamantados y los niños no amamantados. Sin embargo no debe hacerse una comparación directa entre las puntuaciones de diversidad resultantes para los niños amamantados y los no amamantados, porque la leche materna no se ‘cuenta’ entre ninguno de los grupos alimentarios anteriores.

- Se recomienda desglosar los datos e incluir los resultados en el informe, usando los siguientes grupos etáreos: 6 a 11 meses, 12 a 17 meses y 18 a 23 meses.

### ***Frecuencia de comidas***

Frecuencia mínima de comidas: 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.

*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*  
*Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad*

*Niños no 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*  
*Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad*

Mínimo se define como:

- ✓ 2 veces para niños amamantados de 6 a 8 meses
- ✓ 3 veces para niños amamantados de 9 a 23 meses
- ✓ 4 veces para niños no amamantados de 6 a 23 meses

“Comidas” incluye tanto comidas como refrigerios o meriendas (que no sean cantidades triviales<sup>1</sup>), y la frecuencia está basada en el informe dado por la persona al cuidado del niño.

- Este indicador tiene la intención de ser una representación del consumo energético proveniente de los alimentos diferentes a la leche materna.<sup>2</sup> La frecuencia de comidas para los niños amamantados incluye solamente las comidas no líquidas y refleja los Principios de Orientación<sup>3</sup> (5). La frecuencia de comidas para los niños no amamantados incluye tanto la toma de leche como las comidas con alimentos sólidos o semisólidos y también refleja los Principios de Orientación para estos niños.



- Se recomienda desglosar los datos por edad e incluir los resultados en el informe, usando los siguientes grupos: 6 a 11 meses, 12 a 17 meses y 18 a 23 meses de edad. Los resultados también pueden presentarse en forma separada para los niños amamantados y no amamantados.

***Indicador compuesto sumario de alimentación de lactantes y niños pequeños***

Dieta mínima aceptable: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna).

*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*

*Niños no 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 no amamantados de 6 a 23 meses de edad*

Para niños amamantados, ver indicadores 5 y 6 arriba para las definiciones de “Diversidad alimentaria mínima” y “Frecuencia mínima de comidas”.

- Para niños no amamantados, ver el indicador 6 arriba para la definición de “Frecuencia mínima de comidas”. La definición de “Diversidad alimentaria mínima” es similar a la definición del indicador 5, pero la alimentación con leche fue excluida de la puntuación de diversidad para los niños no amamantados al calcular la “Dieta mínima aceptable”. Esto se debe a que la alimentación con leche es considerada como un elemento separado y requerido para los niños no amamantados dentro de este indicador multidimensional. La exclusión de alimentación con leche de esta puntuación de diversidad evita aquí un “doble conteo” de este grupo de alimentos y permite usar este indicador en comparaciones, a través del espacio y del tiempo, entre poblaciones con diferentes tasas de lactancia materna continua.

- Ver el indicador 15 abajo para los fundamentos de por lo menos dos tomas de leche para los niños no amamantados.
- Se recomienda desglosar los datos por edad e incluir los resultados en el informe, usando los siguientes grupos: 6 a 11 meses, 12 a 17 meses y 18 a 23 meses de edad.

### ***Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro***

Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos ricos en hierro o alimentos especialmente diseñados para lactantes y niños pequeños, fortificados con hierro o que sean fortificados en el hogar.

$$\frac{\text{Niños de 6 a 23 meses de edad que durante el día anterior recibieron alimentos rico en hierro o un alimento diseñado para lactantes o niños pequeño y estaba fortificado con hierro}}{\text{Niños de 6 a 23 meses de edad}}$$

- Los alimentos adecuados ricos en hierro o alimentos fortificados con hierro incluyen alimentos derivados de la carne, alimentos comercialmente fortificados, los cuales contienen hierro, y son especialmente diseñados para los lactantes y los niños pequeños, o alimentos fortificados en el hogar con un polvo de micronutrientes que contiene hierro o un suplemento nutritivo basado en lípidos el cual contenga hierro.
- Aunque este indicador evalúa un aspecto crítico del nivel adecuado de nutrientes en la ingesta alimentaria, es difícil estandarizar la orientación sobre cómo poner en práctica de la mejor manera la recopilación de la información. Aún se está trabajando para desarrollar las preguntas que permitan la tabulación de esta información.
- Se recomienda desglosar los datos por tipo de alimento e incluir los resultados en el informe, usando la proporción de niños que reciben alimentos derivados de carne solamente y la proporción de niños que consumen algún tipo de alimento

fortificado especialmente diseñado para los lactantes y los niños pequeños y que contiene hierro (con o sin derivados de carne).

- También se recomienda desglosar los datos por edad e incluir los resultados en el informe, usando los siguientes grupos: 6 a 11 meses, 12 a 17 meses y 18 a 23 meses de edad.<sup>10</sup> Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño

### **1.6.2. Indicadores opcionales**

Considerando la necesidad de limitar a un mínimo el número de indicadores y la cantidad de datos a recopilar, se proponen los indicadores descritos arriba como los más importantes para una evaluación basada en la población y para el diagnóstico de programas. Sin embargo, para asegurar la continuidad en el monitoreo de indicadores utilizados previamente y reconociendo que algunos programas podrían necesitar una medición de indicadores adicionales, se recomiendan los siguientes indicadores opcionales:

#### ***Lactancia Materna:***

Niños que fueron amamantados alguna vez: Proporción de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados alguna vez.

$$\frac{\text{Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados alguna vez}}{\text{Niños nacidos en los últimos 24 meses}}$$

- Este indicador se basa en recordatorio histórico. El denominador y el numerador incluyen niños con vida y fallecidos que nacieron durante los últimos 24 meses.
- Se recomienda desglosar los datos e incluir los resultados en el informe, usando los siguientes grupos: (i) niños que nacieron vivos en los últimos 12

meses; y (ii) niños que nacieron vivos entre los 12 y 24 meses previos a la encuesta.

***Lactancia materna continúa a los 2 años:***

Proporción de niños de 20 a 23 meses de edad que fueron amamantados.

$$\frac{\text{Niños de 20 a 23 de edad que fueron amamantados el día anterior}}{\text{Niños de 20 a 23 meses de edad}}$$

- El título de este indicador sobre lactancia materna continua refleja una aproximación del rango de edad cubierto.
- Debido a que el indicador tiene un rango relativamente estrecho de 4 meses, los cálculos estimados de los estudios con muestras pequeñas tienden a tener amplios intervalos de confianza.

***Lactancia materna adecuada según la edad:***

Proporción de niños de 0 a 23 meses de edad que fueron amamantados adecuadamente.

$$\frac{\text{Lactantes de 0 a 5 meses de edad que durante el día anterior recibieron únicamente leche materna}}{\text{Lactantes de 0 a 5 meses de edad}}$$

$$\frac{\text{Niños de 6 a 23 meses de edad que resivieron leche materna, así como sólidos, semisólidos o suaves durante el día anterior}}{\text{Niños de 6 a 23 meses de edad}}$$

***Lactancia materna predominante antes de los 6 meses:***

Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad que son predominantemente amamantados.

*Lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron leche materna como fuente predominante de alimentación durante el día anterior*

---

*Lactantes de 0 a 5 meses de edad*

- Como la proporción de lactantes de edad de justo menos de 6 meses que son exclusivamente amamantados puede ser bastante baja en algunas poblaciones, la intención de este indicador es identificar a los lactantes cuya fuente predominante de alimentación es la leche materna, pero que también reciben otros líquidos. Estos incluyen líquidos tales como bebidas a base de agua, jugo de frutas y líquidos rituales. No se permite la inclusión de leche de origen no humano ni alimentos líquidos o licuados. El cuadro 1 describe detalladamente los criterios de lactancia materna predominante.
- Una gráfica de área, como la presentada en el Anexo 3, proporciona la mejor ilustración de varias prácticas de alimentación de lactantes y, si es utilizada, puede reemplazar este indicador.

Duración de la lactancia materna

***Duración de la lactancia materna:***

La duración mediana de la lactancia materna entre los niños de menos de 36 meses de edad. La edad en meses cuando el 50% de los niños de 0 a 35 meses de edad no fueron amamantados durante el día anterior

Nota: La duración mediana de la lactancia materna entre la población es el único indicador que requiere recopilación de datos sobre las prácticas de alimentación en niños por encima de los 23 meses de edad y se calcula usando los datos del estado actual entre todos los niños menores de 36 meses de edad.

### ***Alimentación infantil con biberón:***

Alimentación con biberón: Proporción de niños de 0 a 23 meses de edad que fueron alimentados con biberón.

*Niños de 0 a 23 meses de edad que fueron alimentados con biberón durante el día anterior*  

---

*Niños de 0 a 23 meses de edad*

- La información acerca de la alimentación con biberón es útil debido a la interferencia potencial de este tipo de alimentación con las prácticas óptimas de lactancia materna y la asociación entre la alimentación con biberón y el incremento en la morbilidad y mortalidad infantil por enfermedades diarreicas. Los biberones son más propensos a la contaminación. Los niños menores de 24 meses de edad que recibieron cualquier alimento o bebida (incluyendo leche materna) de un biberón durante el día anterior están incluidos en el numerador de este indicador, no importando si el lactante fue amamantado.
- Se recomienda desglosar los datos e incluir los resultados en el informe, usando cada uno de los siguientes 3 grupos etéreos: 0 a 5 meses, 6 a 11 meses y 12 a 23 meses.

### ***Frecuencia de alimentación con leche para los niños que no son amamantados***

Frecuencia de tomas de leche para niños no amamantados: Proporción de niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad que reciben al menos 2 tomas de leche.

*Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron al menos 2 tomas de  
leche durante el día anterior*  

---

*Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad*

- Las tomas de leche incluyen productos lácteos líquidos tales como leche artificial, leche de vaca u otra leche animal. Los productos específicos a ser incluidos necesitan ser definidos para cada población objetivo, para tomar en cuenta los productos lácteos locales que 12 Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

## Capítulo II

### 2. DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL

#### 2.1. Definición:

El desarrollo psicomotor (DSM) es un proceso evolutivo, multidimensional e integral, mediante el cual el individuo va dominando progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas. (Pérez, 2010)

En la vida del niño confluyen muchos factores preexistentes que van a condicionar en gran parte su futuro. El desarrollo de las habilidades motrices no puede separarse de la evolución psicológica del niño la cual es causa y efecto simultáneamente de psicomotricidad. Durante su primer año de vida el niño se desarrolla con rapidez sorprendente, tanto en su capacidad perceptiva como sus habilidades motrices. El desarrollo motriz por tanto corre paralelo al psicológico y ocupa junto con él un factor primordial en el desarrollo de la afectividad. Así tenemos que en el recién nacido: Predomina hipotonía en cabeza y tronco, hipertonía en extremidades, reencuentra posición fetal, fija la mirada, visión confusa, grasping (reflejo arcaico de prensión palmar).

**De 1 mes:** Persiste semiflexión de extremidades, manos flexionadas, en prono inicia movimientos repetición, sigue objetos a 90°, persiste grasping.

**De 2 meses:** Al llevarlo a posición sentado, la cabeza cae hacia atrás, sosteniéndolo sentado, la cabeza se mantiene por instantes; en decúbito prono

se mantiene sostenido sobre antebrazos 45°, en decúbito supino en semiflexión miembros inferiores. Lenguaje: Arrullo cuando se le habla, sonrisa socia, sigue con la vista objetos a 180°, grasping discreto con frecuencia las manos abiertas.

**De 3 meses:** A esta edad lo importante es que en decúbito prono se mantiene sobre antebrazos y eleva la cabeza de 45° a 90°, en prono, caderas en extensión 0°, inicia observación de las manos, voltea al sonido, ríe cuando está contento, gira la cabeza para seguir un objeto, sostiene al contacto.

**De 4 meses:** Inicia medio giro, en prono; eleva sobre antebrazos el tronco y realiza movimientos como si “nadara”; en supino; intenta poner un pie sobre la rodilla opuesta, la planta de los pies totalmente apoyadas sobre el plano de la mesa, al llevarlo a la posición sentado, la cabeza sigue el resto del cuerpo, sostiene por instantes los objetos, visión: semejante al adulto, lenguaje: voltea al ruido.

**De 5 meses:** Ayuda a pasar de decúbito supino a sentado, en prono, eleva el tronco y echa la cabeza hacia atrás, apoyándose en el tórax, extiende extremidades (avión), logra alternancia, movimientos miembros inferiores, prensión voluntaria, palmar, global todavía imprecisa.

**De 6 meses:** En posición prona, puede utilizar sus manos para jugar, así como le gusta tocar sus pies, si se sostiene de brazos, salta sobre sus pies, estadio “saltador”, gira de supino a prono, sostiene objetos uno en cada mano, lenguaje: balbuceo, reconoce voz mamá, social: prefiere a mamá.

**De 7 meses:** Agarra sus pies “chupa primer ortejo”, sentado sin apoyo tiende las manos hacia delante para no caer estadio “paracaidista”, sentado tiene mayor control sobre él y puede inclinarse para sostener objetos, pasa “rodando” de supino a prono, en prono con facilidad sostiene un objeto y golpea fuertemente en el plano de mesa/piso, inicia pinza inferior entre pulgar y meñique.



**De 8 meses:** Control total del tronco, gira en ambos sentidos (supino-prono-supino), pasa de supino a sentado, en prono puede elevarse manteniéndose en manos y pies, si tiene un objeto en cada mano le presenta un tercero, suelta uno para coger el último, el índice empieza a participar en la prensión, reclama su juguete preferido. “Principio permanencia del objeto”.

**De 9 meses:** Inicia gateo hacia atrás, logra pasar decúbito supino a bipedestación sosteniéndose, lo logra por instantes y cae, entiende toma-dame, pinza superior (base pulgar e índice).

**De 10 meses:** Se pone de pie y da pasos laterales, agarrándose de muebles, se cae con frecuencia, gatea hacia delante, alterno, pinza fina (parte distal pulgar e índice).

**De 12-13 meses:** Marcha con asistencia, gusto por introducir y retirar objetos (dentro-fuera).

**De 11-14 meses:** Gatea (oso) sobre mayor y pies, apunta todo con el índice (orificios, hendiduras), encaja círculos. Lenguaje: 2 palabras además de mamá y papá, se agacha y recoge objetos, lanza pelota.

**De 14-16 meses y demás meses:** Camina. (Coutiño León, 2010)

## **2.2. Test de Denver**

### **2.2.1. Definición.**

La prueba de tamizaje del desarrollo de Denver (DDST) es el instrumento más utilizado para examinar los progresos en desarrollo de niños del nacimiento a los 6 años de edad.

### **2.2.2. Material necesario.**

Una pelota, canicas u otro material de colores, 8 cubos de 2'5 centímetros, láminas con figuras, un lápiz y un papel.

### **2.2.3. Consideraciones.**

En niños prematuros o pre términos, restar los meses de prematuridad a la edad cronológica. Examinar inicialmente los 3 ítems inmediatamente anteriores (a la izquierda) a la edad cronológica. Si alguno es fallado o rechazado, examinar todos. Señalar con una "P" a la derecha de la columna cada ítem positivo, con una "F" el ítem fallado y con una "R" el rechazado.

### **2.2.4. Valoración.**

#### ***Evaluación del desarrollo psicomotor***

El desarrollo psicomotor es el proceso de incremento de capacidades neuromotoras, cognitivas y psicosociales, que tiene lugar en la vida del niño durante sus primeros años. Corresponde tanto a la maduración de las estructuras nerviosas como al aprendizaje que el niño hace descubriéndose a sí mismo y al mundo que le rodea. La evaluación del desarrollo psicomotor de un menor es un proceso complejo, que precisa un seguimiento a lo largo del tiempo.

Además de explorar las diferentes áreas, no olvidar preguntar a los padres, independientemente de la edad del niño, si tienen alguna preocupación con respecto al desarrollo de su hijo o hija. Los puntos claves en la valoración del desarrollo psicomotor son:

- Conocer el desarrollo normal de un lactante.
- Conocer las variantes de la normalidad. (¿Retraso o inmadurez?)
- Detectar signos de alarma.
- Disponer de instrumentos sencillos de diagnóstico y detección precoz.

***En general:***

- Durante el primer año se podrán diagnosticar la mayoría de los trastornos más graves del desarrollo: formas severas y medias de parálisis cerebral, de retraso mental y déficits sensoriales.
- A lo largo del segundo año, pueden detectarse las formas moderadas o leves de los trastornos anteriores, así como los correspondientes al espectro autista.
- Entre los dos y los cuatro años se van a poner de manifiesto los trastornos y retrasos del lenguaje. Los trastornos motrices menores y los de conducta, a menudo ya presentes en etapas previas, se hacen más evidentes y se constituyen en motivo de consulta.
- A partir de los 5 años se detectan en las escuelas dificultades de aprendizaje, que ponen de manifiesto otros trastornos como deficiencia mental leve, disfunciones motoras finas, dispraxias, etc. que previamente han podido pasar desapercibidos.

Test de evaluación (Test de Denver II, el Haizea-Llevant, Chat, M-Chat,...) son herramientas muy utilizadas y orientativas aunque con limitaciones derivadas de su interpretación, por tanto no deben ser concluyentes a la hora de establecer un diagnóstico (Dr.Alvarado, 2011)

- Fallo: se considera fallo, si el niño no pasa un ítem que es realizado por el 90 %.
- Prueba anormal: dos o más fallos en dos o más sectores.
- Reevaluación: Se recomienda que las pruebas de resultado anormal, los dudosos y los irrealizables por rechazos, se reevalúen 1 mes después. Si persisten los mismos resultados, seleccionar para estudio más detallado y especializado.

## a. Lenguaje

1. Nombra un dibujo: señalar las figuras de las cartulinas, para que el niño las nombre. Vale nombre propio de animal de compañía.
2. Obedece órdenes: el examinador pide al niño "da el cubo a la seño"; "pon el cubo sobre la mesa"; "pon el cubo en el suelo" (positiva 2 sobre 3). El examinador no debe indicar nada ni con la cabeza ni con los ojos.
3. Frío, cansado hambre: preguntar al niño: ¿qué haces cuando tienes frío? ¿qué haces cuando tienes hambre? ¿qué haces cuando estas cansado? (positivo 2 sobre 3 respuestas coherentes).
4. Entiende preposiciones: el examinador pide al niño "pon el cubo sobre la mesa" "pon el cubo debajo de la mesa" "pon el cubo en la parte de delante de la silla" "pon el cubo detrás de la silla" (positiva 3 sobre 4) el examinador no debe indicar nada ni con la cabeza ni con los ojos
5. Reconoce colores: se le presentaran al niño para su reconocimiento los colores amarillo, rojo, azul y verde. Consigna: coge el ... De color .... (positiva 3 sobre 4)
6. Analogías opuestas: el examinador pregunta al niño "el fuego es caliente; ¿el hielo es ....?" "mama es una mujer; ¿papá es un ....?" "un caballo es grande; ¿un ratón es ....?" (positiva 2 de 3)
7. Define palabras: pedir al niño que defina que es: una pelota una casa un techo un lago un plátano una valla una mesa una cortina un suelo (positiva 6 sobre 6 , si define en cuanto al uso, forma, material o categoría general. P.ej. Un plátano es una fruta, no simplemente amarillo)
8. Composición: pregúntese al niño "¿de qué está hecha una cuchara?" "¿de qué está hecho un zapato?" "¿de qué está hecha una puerta?" (positiva 3 de 3). No son válidos otros objetos. Valido para cuchara: metal (o metal específico), plástico o madera. Valido para zapato: cuero, goma o género. Valido para puerta: madera o metal.

**b. Motora - fina adaptativa**

1. Copia un círculo: dándole un lápiz y papel, se le presenta el círculo a copiar. (positiva: cualquier figura cerrada) (negativa: los movimientos circulares continuos). No realizar demostración. No nombrar la forma geométrica.
2. Señala la línea más larga: presentar el dibujo al niño preguntándole "¿qué línea es la más larga?" (no la más grande). Girar el papel de arriba abajo y repetir. (positiva 3 de 3 o 5 de 6)
3. Copia una cruz: (positiva: cualesquiera líneas que se crucen). No realizar demostración. No nombrar la forma geométrica.
4. Copia un cuadrado: se le invita al niño a que lo copie, si se niega, el examinador puede realizar una demostración. No nombrar la forma geométrica.
5. Dibuja un hombre: cuando se puntúe, las partes simétricas cuentan como una (dos brazos, dos ojos, como una parte) (positiva si al menos se han dibujado seis partes)

**c. Motoras**

1. Sube escalones: el niño puede apoyarse en la pared o pasamanos, no en una persona. No debe gatear.
2. Lanza pelota con la mano: el niño debe lanzar una pelota alta a 1 metro de distancia, hacia el examinador.
3. Salta hoja de examen: estando de pie, el niño saltará en longitud superior a la anchura de la hoja del examen (22 cm.) Con los pies juntos.
4. Marcha en tandem: pedir al niño que ande hacia delante. El talón de un pie a unos 2'5 cm. De los dedos del pie posterior. El examinador puede hacer demostración. El niño debe dar, al menos, cuatro pasos consecutivos. (positiva 2 sobre 3 intentos).
5. Coge la pelota: lanzar la pelota al niño (dando un bote entre ambos) y él debe agarrarla con las manos o entre las manos y el cuerpo. No vale entre los brazos y el cuerpo. (positiva 2 de 3)

6. Atrás marcha en tandem: pedir al niño que ande hacia atrás. Los dedos de un pie a 2'5 cm. Del talón del pie anterior. El niño debe dar cuatro pasos consecutivos. (positiva 2 sobre 3 intentos). El examinador puede hacer demostración.

**d. Personal - social**

La consecución o no de los Items del desarrollo de esta Área, se constatarán a través de la familia, bien en entrevista individual, bien incluyéndolos en la ficha de antecedentes. En este último caso, hay que tener muy en cuenta cuando se preguntan, cuando contesta la familia y cuando se valoran. Imita tareas caseras, se desnuda solo, usa la cuchara, ayuda en tareas simples de casa, se intenta vestir, se lava y seca las manos, realiza juegos en grupo, se abotona, se separa de las madres sin protestar, se viste sin vigilancia; Estos items están secuenciados de menos a más edad y alcanzan hasta los 4 años de edad. Por tanto, los niños con 4 años cumplidos deben realizar todos los anteriores.(Linos, 2011)

**2.3. Evolución de Motricidad Fina**

La motricidad fina comprende todas aquellas actividades del niño que necesitan de una precisión y un elevado nivel de coordinación. Esta motricidad se refiere a los movimientos realizados por una o varias partes del cuerpo, que no tienen una amplitud sino que son movimientos de más concreción. Se cree que la motricidad fina se inicia hacia el año y medio, cuando el niño, sin ningún aprendizaje y quizás movido por su instinto, empieza a poner objetos uno encima de otro, a hacer borrones con lápices, cambiar las cosas de sitio, etc.

### **2.3.1. Desarrollo de la motricidad fina**

*0 a 12 meses:* No hay control sobre las manos aunque al final del año ya se nota el progreso. Si se toca su palma, cerrara su puño muy apretado, pero esto es una acción de reflejo inconsciente llamado "reflejo Darwinista", y desaparece en un plazo de dos a tres meses. Así mismo, el infante agarrara un objeto puesto en su mano, pero sin ningún conocimiento de lo que está haciendo. La coordinación ojo-mano comienza a desarrollarse entre los 2 y 4 meses, comenzando así un periodo de práctica llamado ensayo y error al ver los objetos y tratar de tomarlos. A los cuatro o cinco meses, la mayoría de los infantes pueden tomar un objeto que este dentro de su alcance, mirando solamente el objeto y no sus manos. Llamado "máximo nivel de alcance", este logro se considera un importante cimiento en el desarrollo de la motricidad fina. En el segundo semestre de esta etapa, comienzan a explorar y probar objetos antes de tomarlos. Uno de los logros motrices finos más significativos es el tomar cosas usando los dedos como tenazas (pellizcado), lo cual aparece típicamente entre las edades de 12 y 15 meses.

*1 a 3 años:* Su desarrollo y curiosidad empujan al niño a manipular objetos cada vez de manera más compleja, incluyendo la posibilidad de empujar palancas, girar las páginas de un libro, marcar números del teléfono, etc... Los dibujos que realizan son garabatos, pero empezaran a realizar figuras más o menos circulares que les servirán de patrón para otros dibujos más complejos. Jugarán con cubos y piezas que podrán poner una encima de otra hasta un cierto nivel.

*3 a 5 años (etapa pre-escolar):* los retos en esta etapa, tales como el manejo de los cubiertos o atarse los zapatos, representan un salto evolutivo motriz importante. Cuando los niños tienen 3 años, el control del lápiz puede ser grande y dibujan círculos sin que sean garabatos, animándose a dibujar figuras humanas o animales, aunque los trazos son muy simples. A los 4 años, se usan las tijeras, se copian formas geométricas y letras, se usan con criterio la plastilina y se pueden

abrochar botones grandes. Algunos niños, usando la letra de palo, escriben su nombre y el de familiares o amigos cercanos.

*5 años* (etapa escolar): A partir de aquí, la mayoría de niños consolidan y avanzan claramente más allá del desarrollo logrado en la etapa pre-escolar, en sus habilidades motoras finas, perfeccionando lo adquirido. Pueden cortar, pegar y trazar formas con criterio. Pueden abrochar botones más pequeños y tener control absoluto sobre aquellas tareas rutinarias, tanto en el ámbito escolar como en el familiar.

## **2.4. Evolución de motricidad gruesa**

Es la parte de la motricidad referente a los movimientos de los músculos que afectan a la locomoción o del desarrollo postural como andar, correr, saltar, etc., es decir, todo lo que tenga que ver con el desarrollo del niño que afectan a grupos de músculos sin tener en cuenta el detalle o la precisión que requiere la motricidad fina. A continuación detallaremos el desarrollo de la motricidad gruesa en las diferentes fases de crecimiento.

### **2.4.1. Desarrollo de la motricidad gruesa**

En el desarrollo motor, según la edad, se observan cinco fases:

*0 a 6 meses*: Dependencia completa de la actividad refleja, en especial la succión. Hacia los tres o cuatro meses se inician los movimientos voluntarios debido a estímulos externos.

*6 meses a 1 año*: Se caracteriza por la organización de las nuevas posibilidades del movimiento. Se observa una movilidad más grande que se integra con la elaboración del espacio y del tiempo. Esta organización sigue estrechamente ligada con la del tono muscular y la maduración propia del proceso de crecimiento,



la cual se enriquece continuamente debido al feedback propio del desarrollo cognitivo. Cerca del año, algunos niños caminan con ayuda.

*1 a 2 años:* alrededor del año y medio el niño anda solo y puede subir escalones con ayuda. Su curiosidad le hace tocar todo y se puede sentar en una silla, agacharse, etc. A los 2 años el niño corre y puede saltar con los dos pies juntos. Se pone en cuclillas, sube y baja las escaleras sintiendo el apoyo de la pared.

*3 a 4 años:* se consolida lo adquirido hasta el momento, se corre sin problemas, se suben y bajan escaleras sin ayuda ni apoyos, pueden ir de puntillas andando sobre las mismas sin problemas. Al llegar a los 4 años se puede ir solo con un pie, el movimiento motor a lo largo del año se irá perfeccionando hasta poder saltar, mover, subir y bajar por todas partes.

*5 a 7 años:*El equilibrio entra en la fase determinante, donde se adquiere total autonomía en este sentido a lo largo de este período. En esta fase, se automatizan los conocimientos adquiridos hasta el momento, que serán la base de los nuevos conocimientos tanto internos como socio-afectivos. Las posibilidades que se abren al niño delante de las siguientes fases de crecimiento (adolescencia, pubertad) hasta llegar al desarrollo completo vendrán marcadas ineludiblemente por lo adquirido y consolidado en estas etapas.

A partir de los 7 años la maduración está prácticamente completada, por lo que a partir de ahora y hasta los 12 años es el momento idóneo para realizar actividades que favorezcan el equilibrio y la coordinación de movimientos. (Psicomotricidad Infantil , 2013).

## **e) METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio**

Tipo de estudio cuantitativo, transversal, correlacional.

### **Área de estudio**

La presente investigación se realizó en los Barrios Motupe Alto y Motupe Bajo de la parroquia el Valle del Cantón Loja que se encuentran ubicados al norte de la ciudad en las cuales se desarrolla el programa creciendo con nuestros hijos (CNH) que son en números de 2 centros bajo la dirección del MIES

### **Universo**

Estuvo constituido por los niños/as de 0 a 36 meses inscritos en los CNH de los barrios Motupe Alto y Motupe Bajo de la parroquia el valle que son en número de 120 distribuidos en los 2 CNH con un promedio de 60 cada uno de ellos.

### **Criterios de inclusión**

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

### **Criterios de exclusión**

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

### **Recolección y procesamiento de datos**

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

Para la recolección de la información sobre las prácticas alimentarias se procedió aplicar la encuesta previamente elaborada y validada a las madres o cuidadoras de los niños inscritos en los CNH de Motupe Alto y Motupe Bajo, los aspectos que se incluyen en la encuesta fueron: Alimentación de 0 a 6 meses de edad; Alimentación de 6 meses a 11 meses de edad; Alimentación de 11 meses a 23 meses de edad; Alimentación de 24 a 36 meses, según grupo de alimentos y frecuencia del consumo.

Para la evaluación del desarrollo psicomotor se aplicó el test de Denver cuyos autores son: Williams Frankenburg, Josieh B. Doods y Alma Fordal; es 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 aprobados.

### **Tabulación y análisis de los datos**

La información recolectada fue tabulada y analizada utilizando Excel 2010, los resultados son presentados en tablas y gráficos.

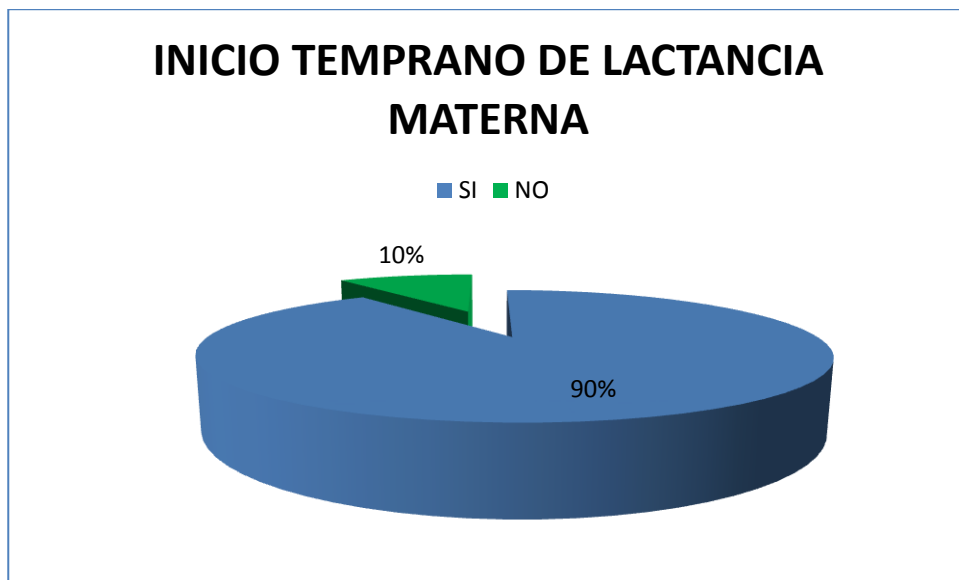
## f) RESULTADOS

**TABLA N°1: INICIO TEMPRANO DE LACTANCIA MATERNA EN LOS NIÑOS DE LOS CNH MOTUPE ALTO Y MOTUPE BAJO 2014**

Inicio temprano de lactancia materna	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
<b>SI</b>	52	48%	56	52%	108	90%
<b>NO</b>	5	42%	7	58%	12	10%
<b>TOTAL</b>	57	48%	63	53%	120	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



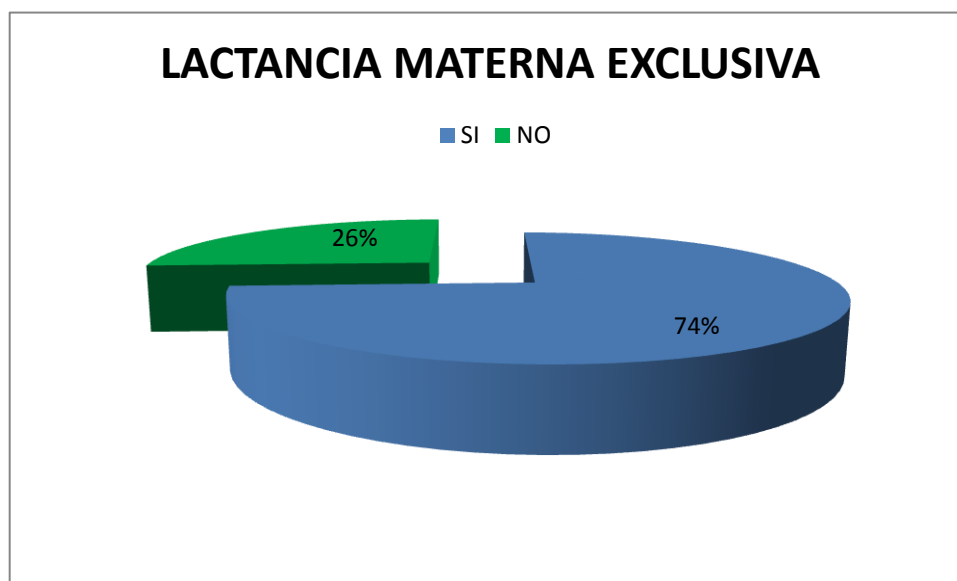
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 1 muestran que de la población infantil en estudio el 90% recibieron lactancia materna en la primera hora y el 20% que no la recibió. Con mayor proporción en mujeres.

**TABLA N°2: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DEL AÑO EN LOS NIÑOS DE LOS CNH MOTUPE ALTO Y MOTUPE BAJO 2014**

Niños que han recibido lactancia materna exclusiva	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
SI	45	51%	44	49%	89	74%
NO	12	39%	19	61%	31	26%
TOTAL	57	48%	63	53%	120	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Bajo Y Motupe Alto del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



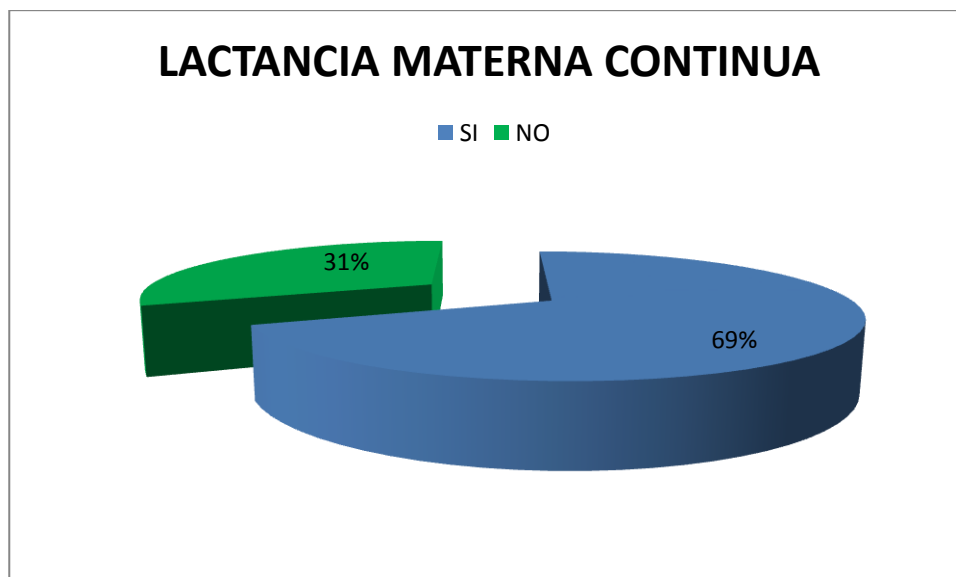
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 2 nos muestran que de la población infantil en estudio el 74% recibió lactancia materna exclusiva durante los primero 6 meses de vida; mientras que el 26% no recibió lactancia exclusiva. La proporción en ambos sexos es casi similar.

**TABLA N°3: LACTANCIA MATERNA CONTINUA EN LOS NIÑOS DE LOS CNH  
MOTUPE ALTO Y MOTUPE BAJO 2014**

Lactancia materna continúa	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
<b>SI</b>	32	48%	35	52%	67	69%
<b>NO</b>	12	40%	18	60%	30	31%
<b>TOTAL</b>	44	45%	53	55%	97	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



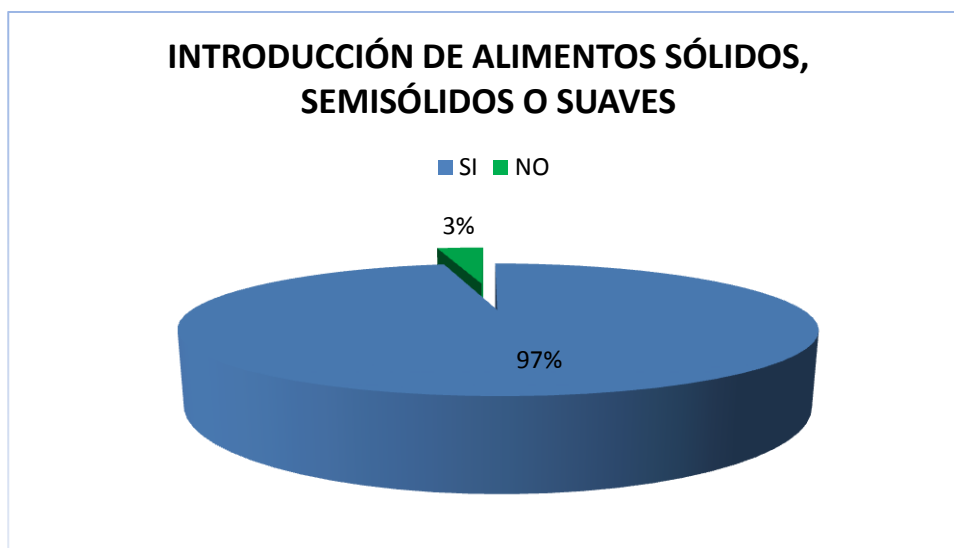
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 3 nos muestran que de los niños mayores de 1 año el 69% recibió lactancia continua, mientras que el 31% recibió lactancia materna solo hasta el año de vida. En las mujeres el porcentaje es ligeramente superior.

**TABLA 4: INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH MOTUPE ALTO Y MOTUPE BAJO 2014**

Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
<b>SI</b>	53	48%	58	52%	111	97%
<b>NO</b>	2	50%	2	50%	4	3%
<b>TOTAL</b>	55	48%	60	52%	115	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



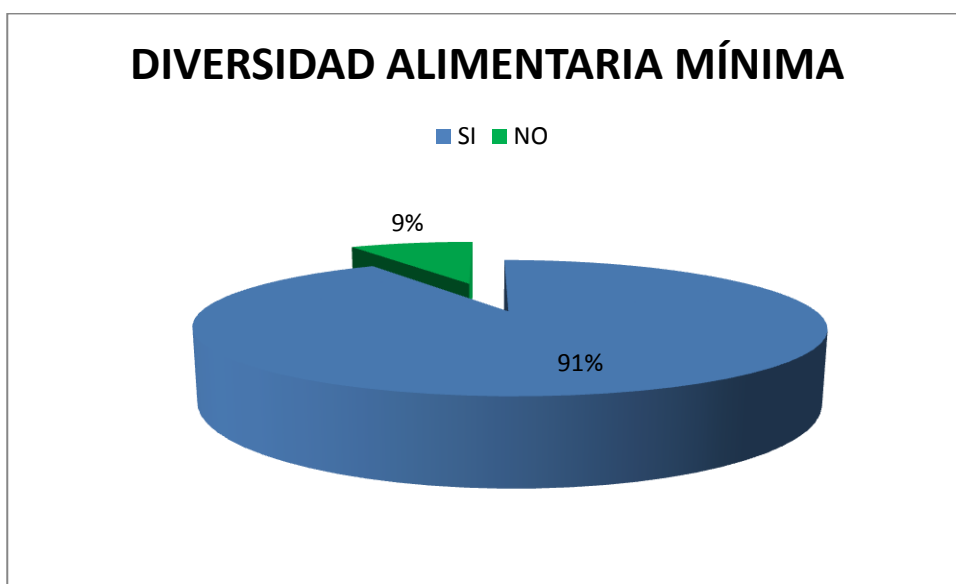
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 4 nos muestran que de los niños mayores de 6 meses el 97% recibió alimentos sólidos, semisólidos o suaves; mientras que el 3% que no recibió oportunamente alimentación.

**TABLA 5: DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH MOTUPE ALTO Y MOTUPE BAJO 2014**

Diversidad alimentaria mínima	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
<b>SI</b>	48	46%	57	54%	105	91%
<b>NO</b>	6	60%	4	40%	10	9%
<b>TOTAL</b>	54	47%	61	53%	115	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 5 nos muestran que de los niños/as mayores de 6 meses el 91% recibió alimentación con una diversidad alimentaria mínima de 4 grupos alimentarios; mientras que el 9% no la recibió.

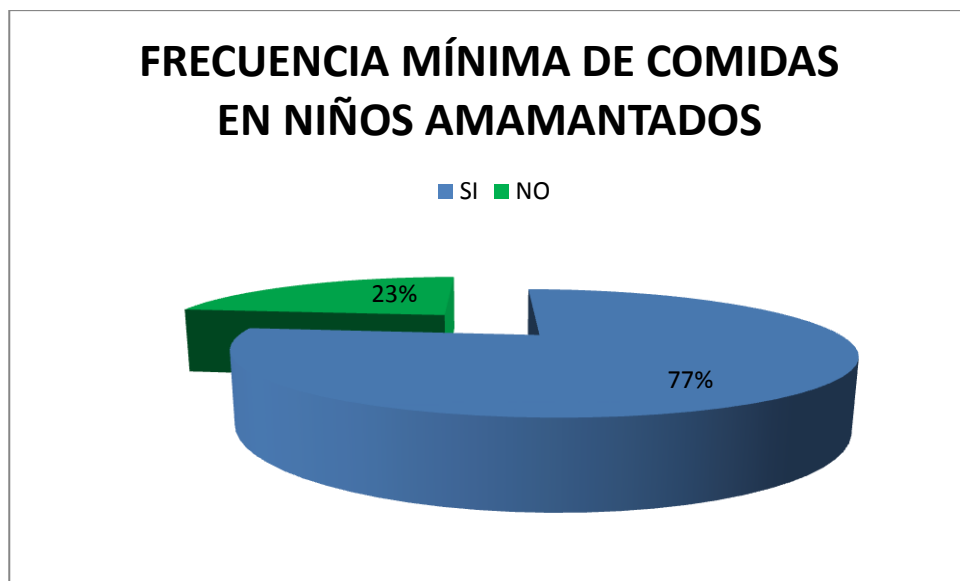


**TABLA 6: FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS AMAMANTADOS EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE MOTUPE ALTO Y MOTUPE BAJO 2014**

Frecuencia mínima de comidas en niños amamantados	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
SI	21	53%	19	48%	40	77%
NO	5	42%	7	58%	12	23%
<b>TOTAL</b>	26	50%	26	50%	52	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



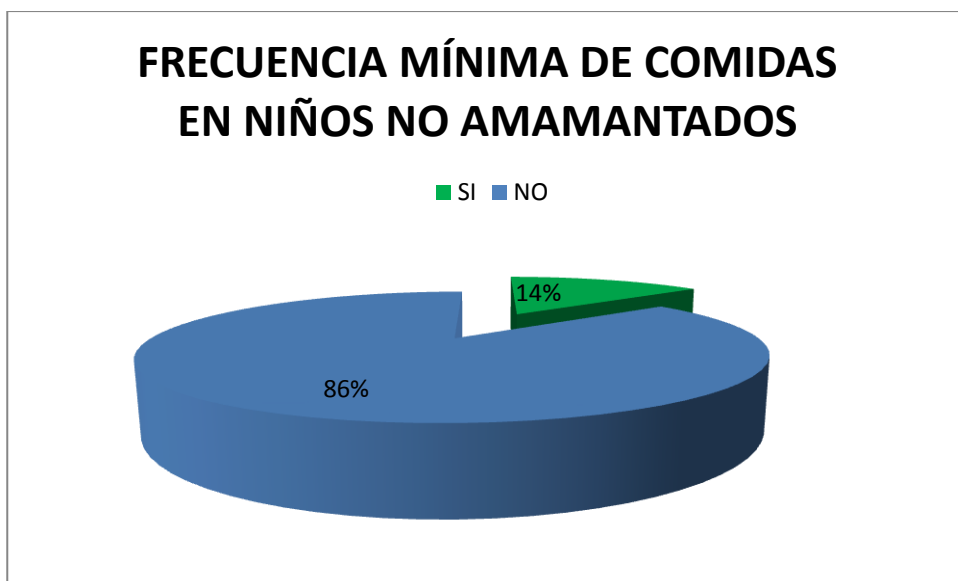
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 6 nos muestran que de los niños mayores de 6 meses que fueron amamantados, el 77% recibió alimentación en número mínimo de veces; mientras que el 23% no la recibió.

**TABLA 7: FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS NO AMAMANTADOS EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE MOTUPE ALTO Y MOTUPE BAJO 2014**

Frecuencia mínima de comidas en niños no amamantados	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
SI	4	44%	5	56%	9	14%
NO	28	52%	26	48%	54	86%
TOTAL	32	51%	31	49%	63	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



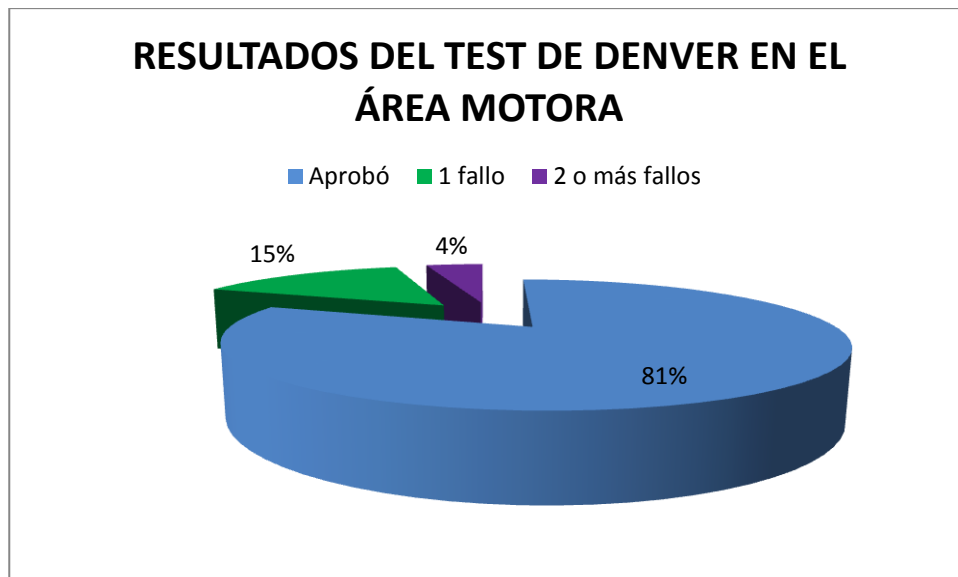
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 7 nos muestran que de los niños mayores de 6 meses no amamantados sólo el 14% recibió alimentación en número mínimo de veces; el 84% que no la recibía en una frecuencia mínima.

**TABLA 8: RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA MOTORA**

Área motora	Sexo				Total	%
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
<b>Aprobó</b>	47	48%	50	52%	97	81%
<b>1 fallo</b>	8	44%	10	56%	18	15%
<b>2 o más fallos</b>	2	40%	3	60%	5	4%
<b>Total</b>	57	48%	63	52%	120	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



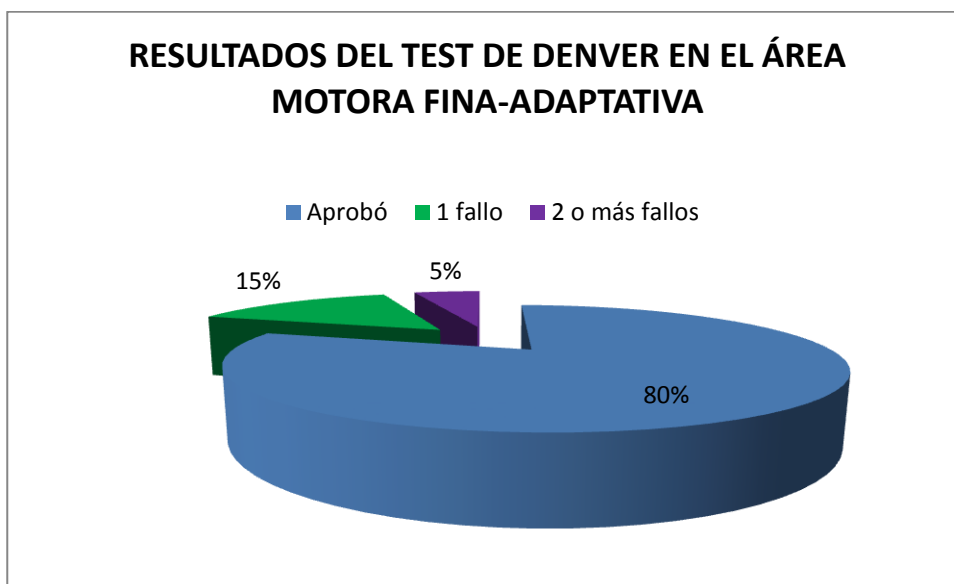
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 8 nos muestran que de la población infantil en estudio el 81% aprobó todos los hitos del desarrollo motor grueso y el 4% presento 2 o más fallos.

**TABLA 9: RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA MOTORA FINA-ADAPTATIVA**

Área motora fina- adaptativa	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
<b>Aprobó</b>	47	48%	50	52%	97	81%
<b>1 fallo</b>	8	44%	10	56%	18	15%
<b>2 o más fallos</b>	2	40%	3	60%	5	4%
<b>Total</b>	57	48%	63	52%	120	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



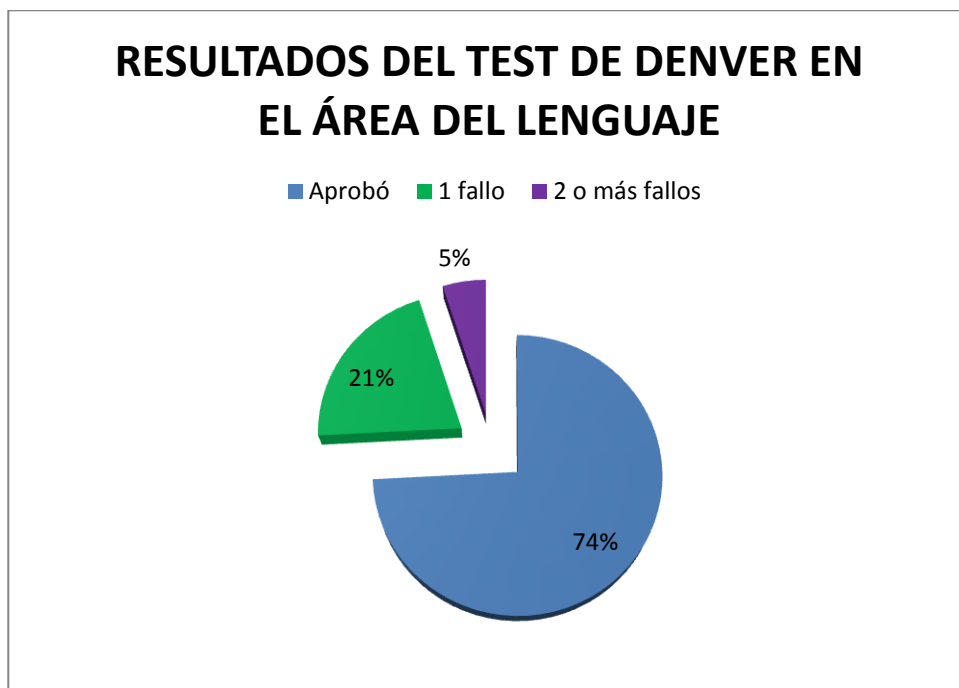
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 9 nos muestran que de la población infantil en estudio el 80% aprobó todos los hitos del desarrollo del área de motricidad fina-adaptativa y el 5% presento 2 o más fallos.

**TABLA 10. RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA DEL LENGUAJE**

Área de Lenguaje	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Aprobó	42	47%	47	53%	89	74%
1 fallo	15	60%	10	40%	25	21%
2 o más fallos	0		6	100%	6	5%
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>48%</b>	<b>63</b>	<b>52%</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



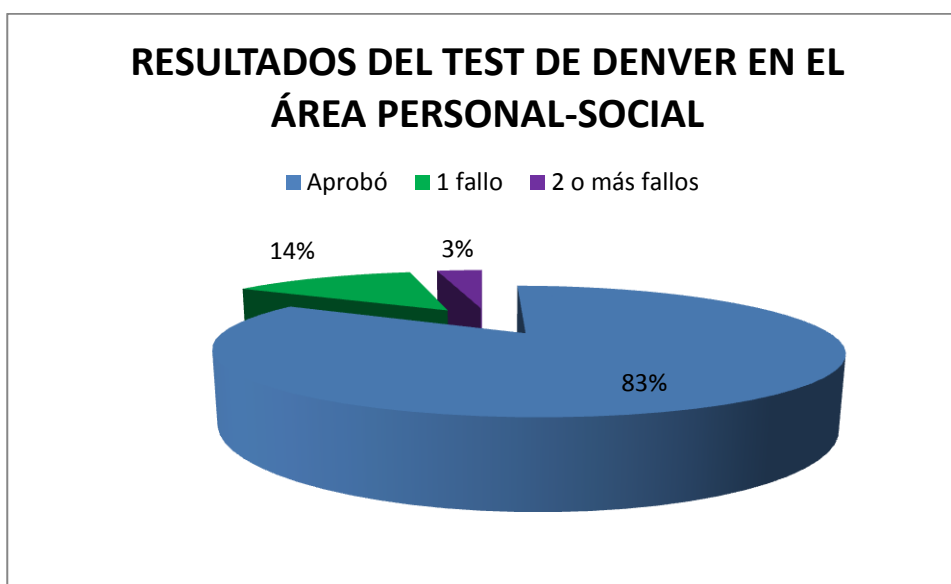
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 10 nos muestran que de la población infantil en estudio el 74% aprobó todos los hitos del desarrollo del área del lenguaje, y el 5% presento 2 o más fallos.

**TABLA 11: RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA PERSONAL-SOCIAL**

Área personal-social	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
<b>Aprobó</b>	46	46%	54	54%	100	83%
<b>1 fallo</b>	8	50%	8	50%	16	13%
<b>2 o más fallos</b>	3	75%	1	25%	4	3%
<b>Total</b>	57	48%	63	52%	120	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



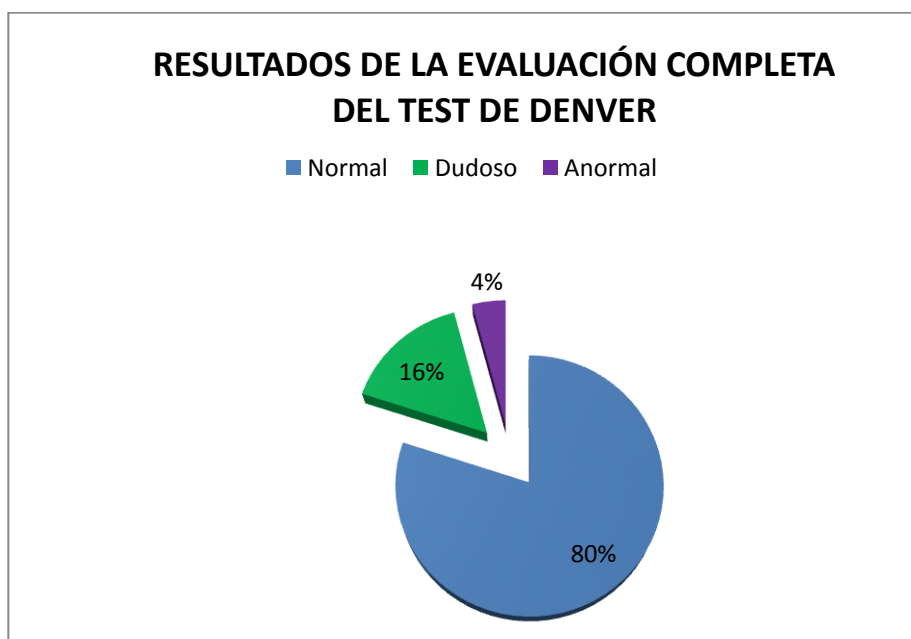
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 11 nos muestran que de la población infantil en estudio el 83% aprobó todos los hitos del desarrollo del área personal-social, y 3% presento 2 o más fallos.

**TABLA 12: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN COMPLETA DEL TEST DE DENVER**

Resultados del test de Denver	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Normal	45	47%	51	53%	96	80%
Dudoso	10	53%	9	47%	19	16%
Anormal	2	40%	3	60%	5	4%
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>48%</b>	<b>63</b>	<b>52%</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



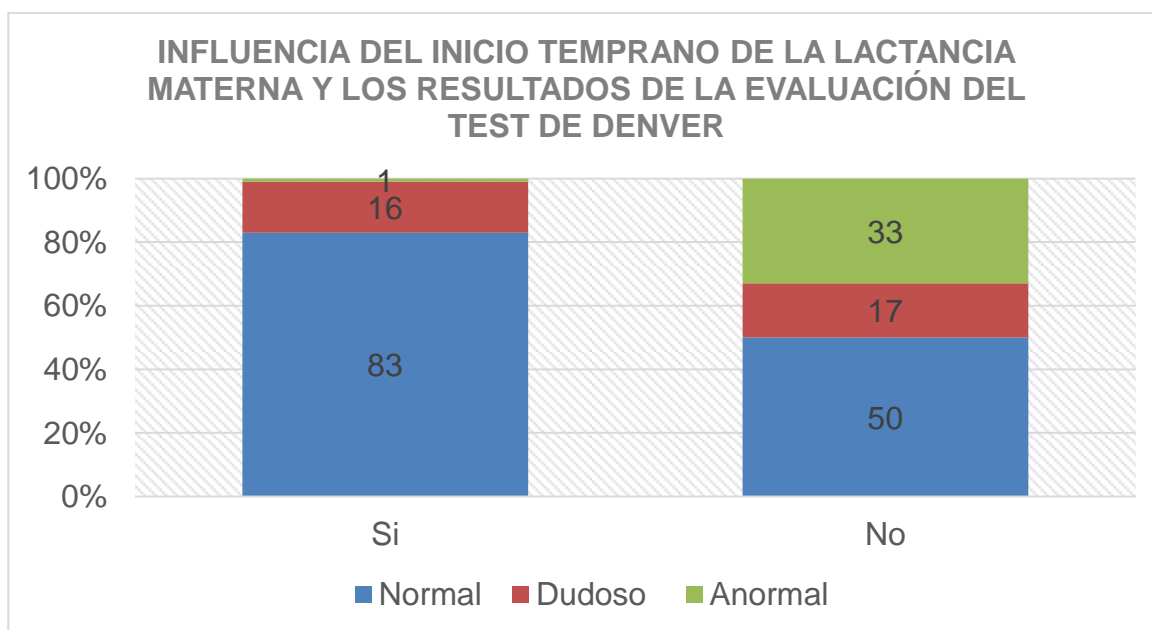
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 12 nos muestran que de la población infantil en estudio el 80% aprobó en la evaluación de las 4 áreas del desarrollo psicomotor y el 4 % prueba anormal.

**TABLA 13: INFLUENCIA DEL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER**

Inicio temprano de la lactancia materna	Resultados del test de Denver							
	Normal		Dudoso		Anormal		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	90	83%	17	16%	1	1%	108	90%
No	6	50%	2	17%	4	33%	12	10%
Total	96	80%	19	16%	5	4%	120	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 13, nos muestran que de la población infantil en estudio que recibieron lactancia materna en la primera hora el 83% fue normal en el test de Denver; a diferencia de los que no iniciaron lactancia materna temprana; que el 33 % presentaron el Test de Denver anormal.

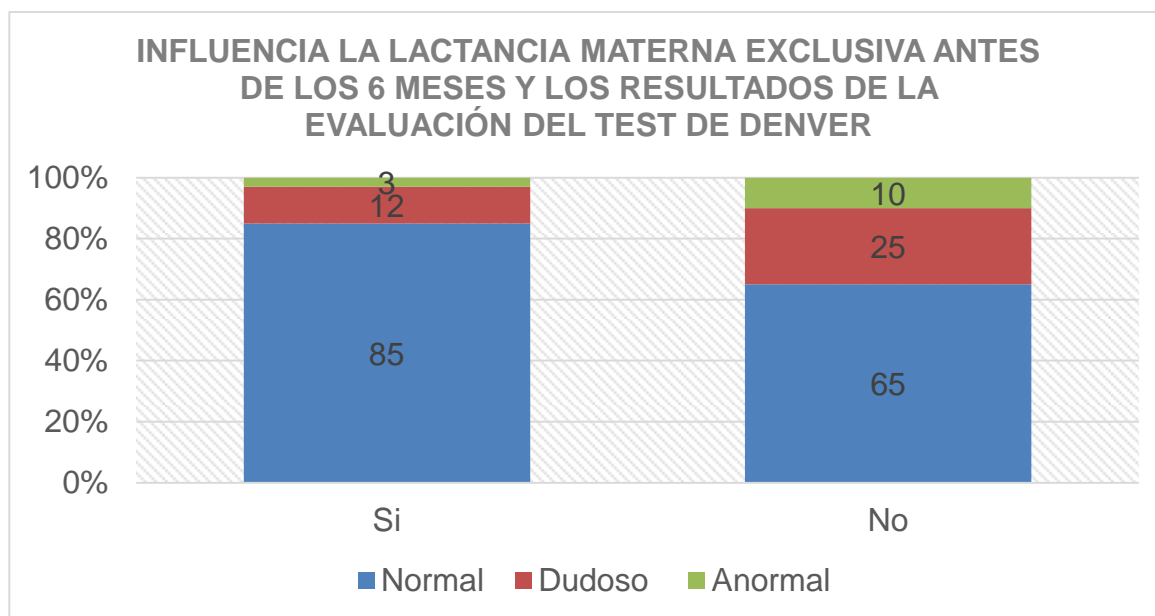


**TABLA 14: INFLUENCIA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER**

Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses	Resultados del test de Denver						Total	
	Normal		Dudoso		Anormal			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	76	85%	11	12%	2	3%	89	74%
No	20	65%	8	25%	3	10%	31	26%
Total	96	80%	19	16%	5	4%	120	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



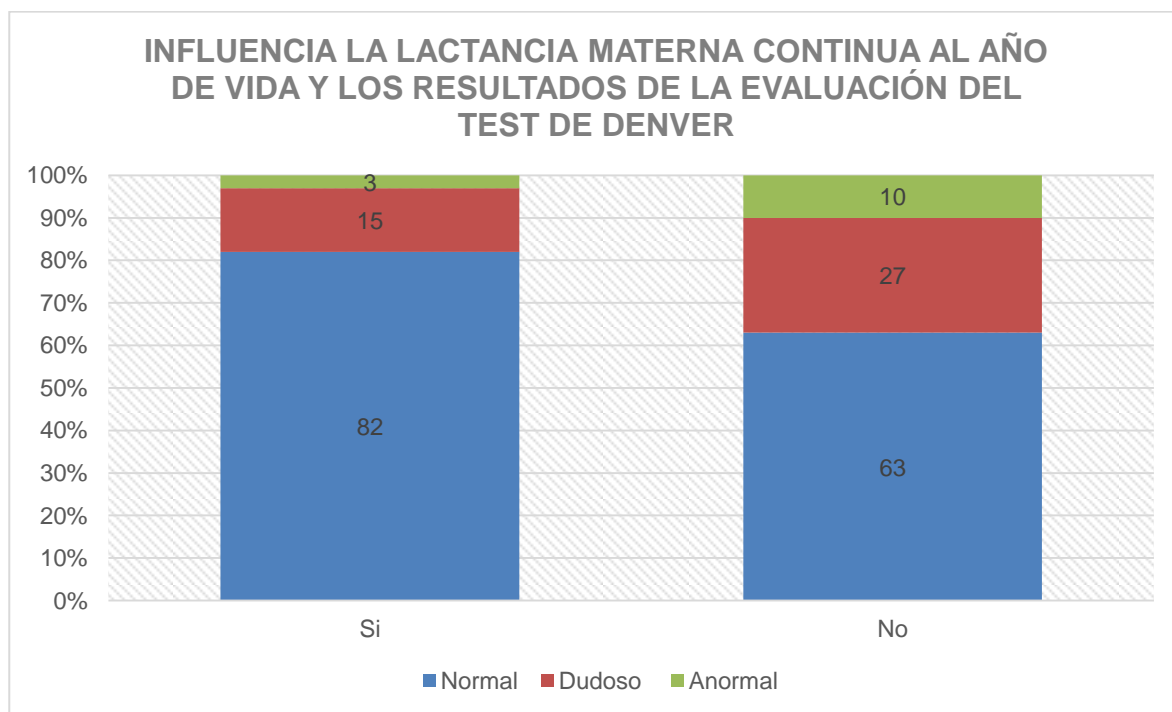
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 14 nos muestran que de la población infantil que recibieron lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, el 85% fue normal en el Test de Denver, a diferencia de los que no recibieron que fue el 10 % anormales

**TABLA 15: INFLUENCIA LA LACTANCIA MATERNA CONTINUA AL AÑO DE VIDA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER**

Lactancia materna continua al año de vida	Resultados del test de Denver						Total	
	Normal		Dudoso		Anormal			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	55	82%	10	15%	2	3%	67	69%
No	19	63%	8	27%	3	10%	30	31%
Total	74	76%	18	19%	5	5%	97	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



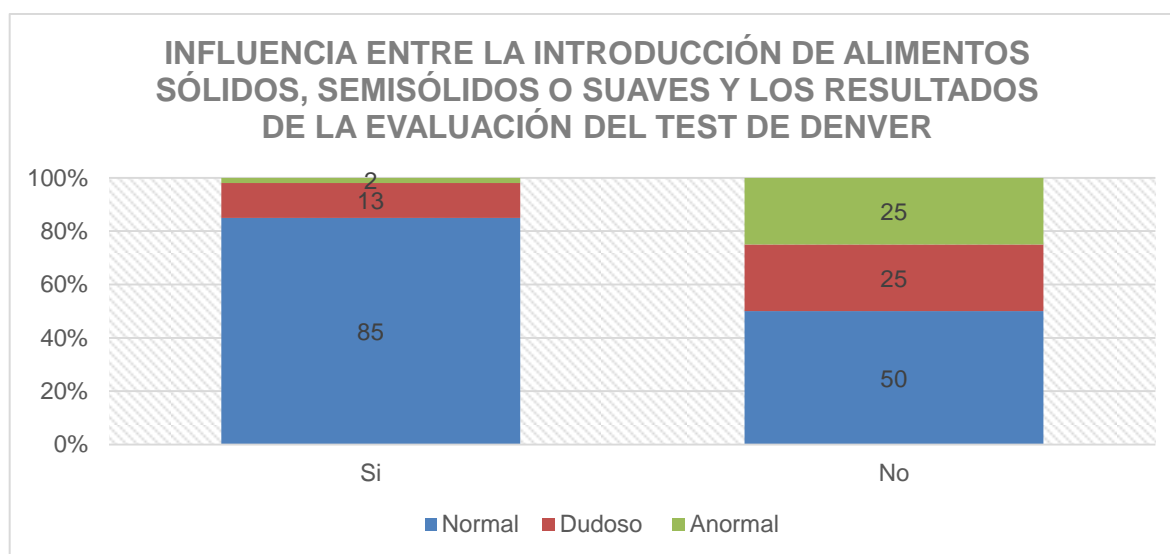
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 15 nos muestran que de la población infantil en estudio, los niños que presentaron lactancia materna continua se observan mayor proporción de pruebas normales en un 82% y el 3 % anormal, a diferencia de los que no recibieron lactancia materna exclusiva que fue el 10% test de Denver anormales.

**TABLA 16: INFLUENCIA ENTRE LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER**

Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves	Resultados del test de Denver							
	Normal		Dudoso		Anormal		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	94	85%	14	13%	3	2%	111	97%
No	2	50%	1	25%	1	25%	4	3%
Total	96	83%	15	13%	4	2%	115	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



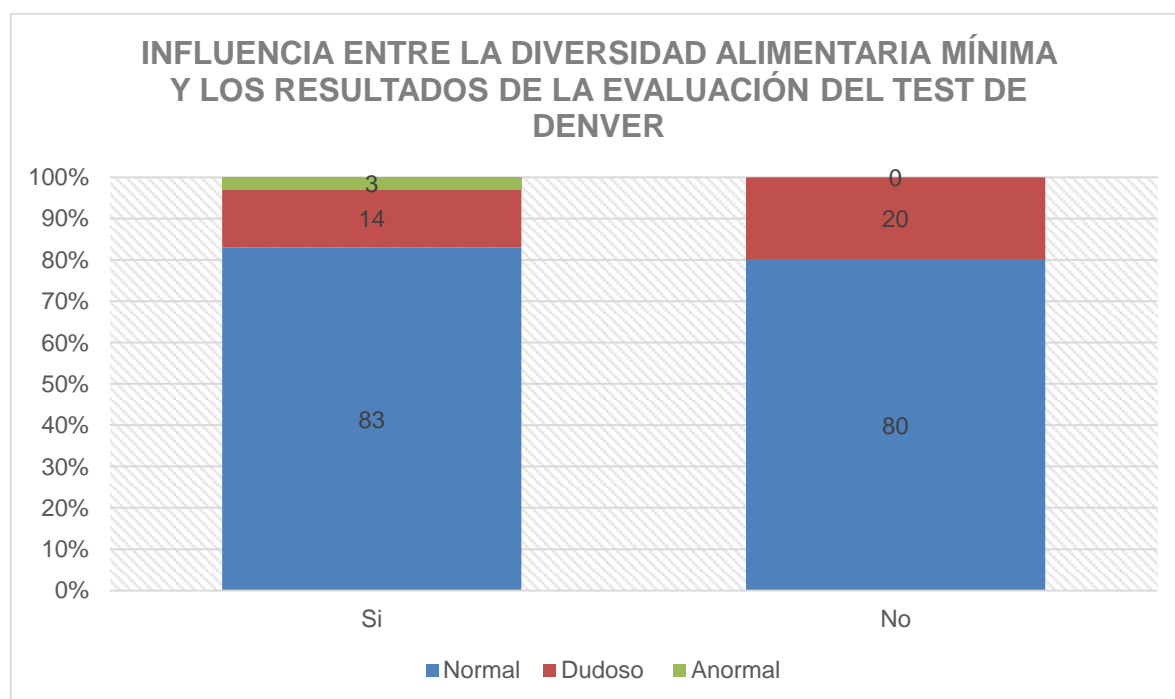
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 16 nos muestran que de la población infantil en estudio que si recibió alimentación diferente a la leche materna hubo porcentajes de 85% de pruebas normales y 2% presentó prueba anormal a diferencia de los que no recibieron alimentos sólidos, semisólidos y suaves que un 25% presente prueba anormal.

**TABLA 17: INFLUENCIA ENTRE LA DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER**

Diversidad alimentaria mínima	Resultados del test de Denver							
	Normal		Dudoso		Anormal		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	87	83%	15	14%	3	3%	105	91%
No	8	80%	2	20%	0	0%	10	9%
Total	95	83%	17	15%	3	3%	115	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



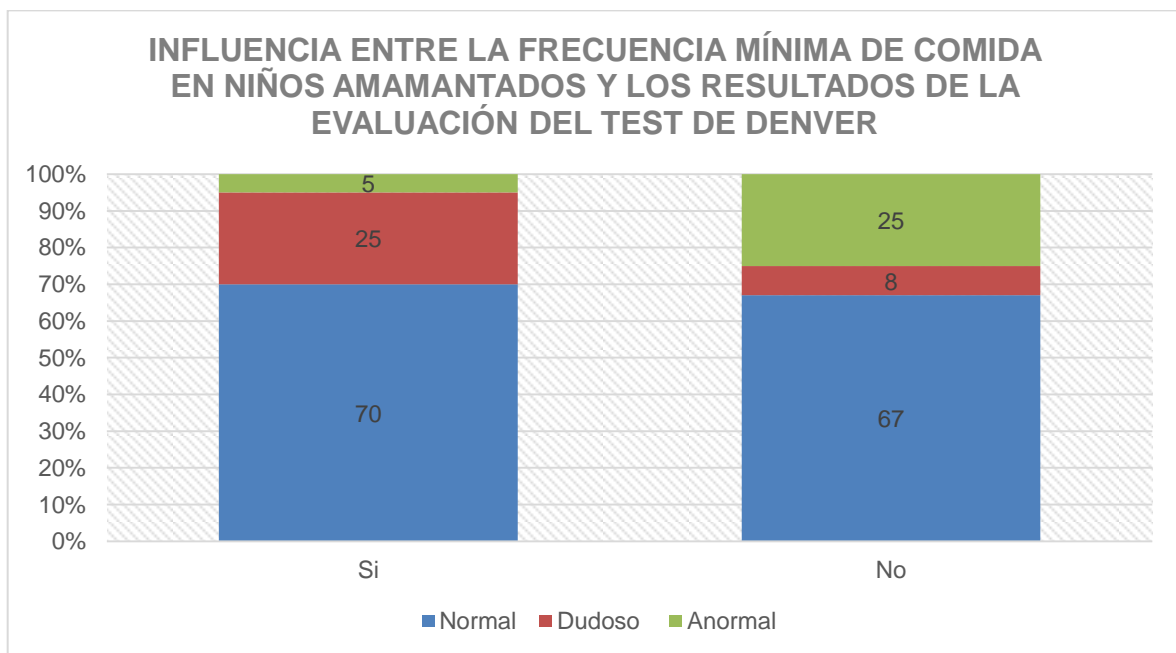
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 17 nos muestran que de los niños que recibieron alimentación con diversidad alimentaria mínima 83 % fue normal y el 3% anormal a relación del 0% que no recibió diversidad alimentaria mínima.

**TABLA 18: INFLUENCIA ENTRE LA FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDA EN NIÑOS AMAMANTADOS Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER**

Frecuencia mínima de comida en amamantados	Resultados del test de Denver						Total	
	Normal		Dudoso		Anormal		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Si	28	70%	10	25%	2	5%	40	77%
No	8	67%	1	8%	3	25%	12	23%
Total	36	69%	11	21%	5	10%	52	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



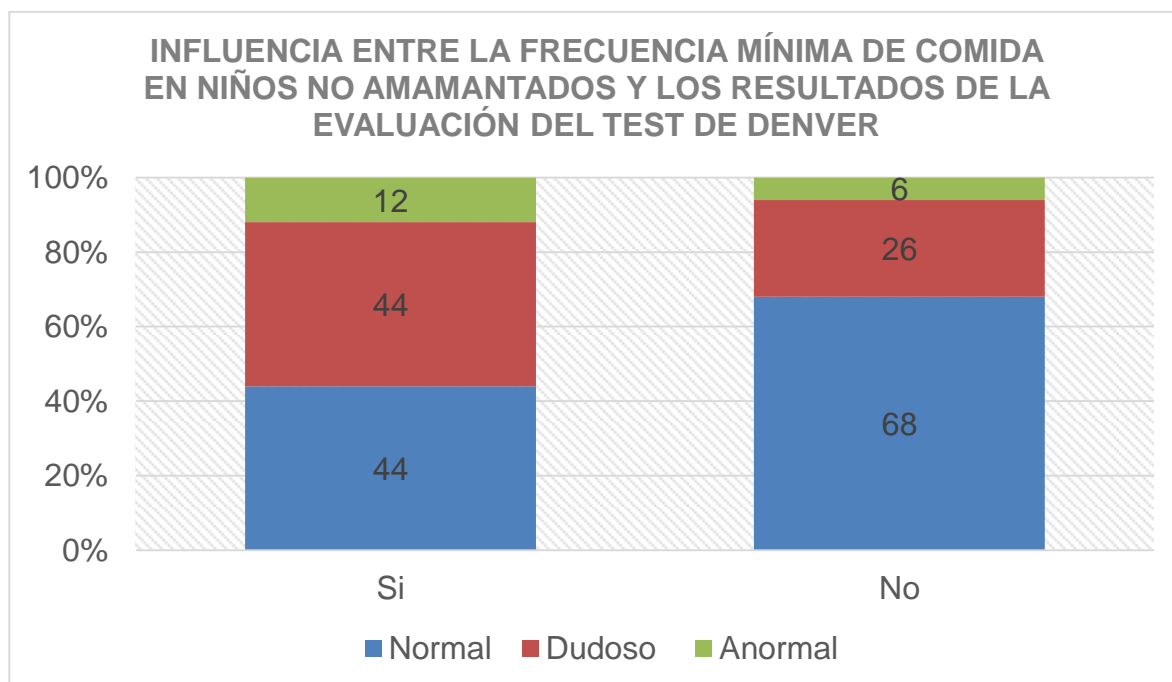
**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 18 nos muestran que de la población infantil en estudio que recibieron frecuencia mínima de alimentos y son amamantados el 70% presentó pruebas normales en el test de Denver; a diferencia de los que no lo son cuyo resultado en 25% fue anormal.

**TABLA 19: INFLUENCIA ENTRE LA FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDA EN NIÑOS NO AMAMANTADOS Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER**

Frecuencia mínima de comida en no amamantados	Resultados del test de Denver							
	Normal		Dudoso		Anormal		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	4	44%	4	44%	1	12%	9	14%
No	37	68%	14	26%	3	6%	54	86%
Total	41	65%	18	29%	4	6%	63	100%

**Fuente:** Encuestas realizadas a niños de los CNH de Motupe Alto Y Motupe Bajo del MIES–Loja.

**Autor:** Julio Quintanilla



**Análisis:** Los resultados presentados en la tabla 19 nos muestran que de la población infantil en estudio en niños no amamantados que reciben una frecuencia mínima de comidas presentan resultados normales 44% versus 68% de los niños que no son amamantados y que no recibieron comida el número mínimo de veces.

## **g) DISCUSIÓN.**

En el presente trabajo investigativo y cumpliendo con los objetivos pertinentes del tema, se determinó que en la población infantil en estudio el 90% recibieron lactancia materna en la primera hora. EL 74% recibieron lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. El 69% recibieron lactancia materna continua de 6 a 18 meses. El 91% recibió alimentación complementaria. El 77% de niños amamantados y el 23% no amamantados recibieron frecuencia mínima de comidas. Lo que concuerda con los datos obtenidos en Bolivia en el estudio realizado por Jiménez & Aillon (2012), a un grupo de 362 niños y niñas de 0 a 2 años de edad que asistieron al servicio de consulta externa de pediatría del Hospital La Paz; en que el 80% recibieron lactancia materna en la primera hora; 79 % lactancia materna exclusiva. El 57% de los niños de 6 meses a 2 años de edad reciben lactancia materna continua y la alimentación complementaria fue recibida en una proporción del 93 %. Al observar resultados similares; podemos determinar que en gran parte existe manejo adecuado de las prácticas alimentarias por parte de las madres en nuestro medio.

En cuanto a los resultados de la aplicación del test de Denver para determinar el desarrollo psicomotriz se determinó que el 81% aprobó todos los hitos del desarrollo motor grueso, el 15% en riesgo y el 4% anormal. En los hitos del desarrollo del área de motricidad fina-adaptativa el 80% normal, el 15% en riesgo y el 5% anormal. En los hitos del desarrollo del área del lenguaje el 74% normal, el 21% en riesgo y el 5% anormal. En el área personal-social, el 83% normal, el 13% en riesgo y 3% anormal. Al correlacionar con los resultados obtenidos por Garrido y Alvarado (2007) en un estudio realizado en Chile en niños y niñas, entre 12 y 36 meses, a quienes se les aplicó el test EEDP y test de Denver, en la 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, podemos determinar que existe relación con nuestro estudio

En la interpretación completa del test de Denver aplicado al grupo de estudio se identificó que el 80% de niños y niñas dieron resultados normales, el 16% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 4 % presentaron una prueba anormal: Dichos resultados se confirman un estudio realizado en Centros de Desarrollo Infantil de la ciudad de Cuenca en el 2009, en el que se encontró 16.7 % de niños entre 0 a 24 meses, que fueron evaluados con el Test de Denver, presentaban riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor.

Al relacionar los indicadores de la práctica alimentaria con el desarrollo psicomotor determinamos que: la población infantil en estudio que si recibieron lactancia materna la primera hora presentaron el 83% prueba normal, 16% dudoso y el 1 % anormal en el test de Denver. El 85% de pruebas normales; el 12% dudoso; y el 3 % anormal en los niños que recibieron lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. Los que recibieron lactancia materna continua, el 82% presentó pruebas normales, 15 % dudoso y el 3 % anormal. Aquello que recibieron alimentación diferente a la leche materna hubo porcentajes de 85% de pruebas normales, el 13% tuvo prueba dudosa, y el 2% presentó prueba anormal. Los niños que recibieron alimentación con diversidad alimentaria mínima 83 % el resultado de Test de Denver fue normal; el 14 % dudoso y el 3% anormal. Además los niños amamantados que no recibieron alimentos con la frecuencia mínima presentaron más pruebas anormales 25% versus 5% del otro grupo. Finalmente los no amamantados que no recibían con frecuencia mínima de comidas presentan resultados normales en 68%: y anormales 6%. 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 tanto se demuestra que las prácticas alimentarias adecuadas son importantes para asegurar el correcto desarrollo físico, emocional, creativo e intelectual en los niños y niñas.

## **h) CONCLUSIONES**

Una vez finalizado la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- Del total de investigados el 90% recibió lactancia materna en la primera hora; durante los primeros seis meses el 74% recibió lactancia materna exclusiva. el 97% de los niños mayores de 6 meses recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves y el 69% recibió lactancia materna continua. Con lo que respecta a la alimentación complementaria, el 91% recibió alimentación con una diversidad alimentaria mínima de 4 grupos alimentarios. Aquellos que continuaban siendo amamantados, el 77% recibió alimentación el número mínimo de veces; mientras de los no amamantados el 14% recibió alimentación el número mínimo de veces y el 85% no la recibía en una frecuencia mínima.
- El desarrollo psicomotor de los niños/as investigado a través del Test de Denver fue normal en la mayoría de los casos y solamente un reducido número presentaron un test anormal (4%)
- Al relacionar los indicadores de las prácticas alimentarias con el desarrollo psicomotor se pudo determinar que las prácticas alimentarias adecuadas contribuye al correcto desarrollo psicomotor de los niños/as como se demuestra en los resultados del estudio en donde los niños que recibieron lactancia materna la primera hora el 83% tuvieron una prueba normal y solamente el 1 % anormal en el test de Denver. En los niños que recibieron lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses el 85% la prueba fue normal y el 3 % anormal; los que recibieron lactancia materna continua el 82% presentó pruebas normales, y el 3 % anormal. Los niños que recibieron alimentación con diversidad alimentaria mínima 83 % el resultado de Test de Denver fue normal; el 14 % dudoso y el 3% anormal.

Además los niños amamantados que no recibieron alimentos con la frecuencia mínima presentaron más pruebas anormales 25% versus 5% del otro grupo. Finalmente los no amamantados que no recibían con frecuencia mínima de comidas presentan resultados normales en 68%: y anormales 6%.

## **i) RECOMENDACIONES**

- Que el MIES fortalezca los programas de educación a las madres sobre la importancia de la lactancia materna y el derecho de niños y niñas a un alimento nutritivo, seguro y accesible, acordes con la política pública de lactancia materna, en el marco de las políticas Gubernamentales del Estado por parte del Ministerio de Salud Pública.
- Fortalecer los programas de educación continua al personal de salud, por parte del Ministerio de Salud Pública, y Ministerio Coordinador de Desarrollo Social para el fomento de la lactancia materna, su duración ideal y efectos positivos sobre las condiciones y calidad de vida de los menores y sus madres.
- Reconocer los beneficios de la lactancia materna para el niño, para la madre, para la familia y para la sociedad por los organismos encargados MSP
- Que las educadoras de los CNH del MIES concienticen a las madres sobre la importancia de la lactancia materna desde la primera hora del nacimiento.

## j) BIBLIOGRAFÍA:

- Alvarez, M. J., Soria, J., & Galbe, J. (2009). Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de atención primaria. *Pediatría de Atención Primaria*, 11(41), 65–87. <http://doi.org/10.4321/S1139-7632200900010000>
- Castelló M. (2012). Alimentación complementaria del lactante. *Universitat Jaume I*, 1–8.
- Coutiño L, B. (2010). Desarrollo Psicomotor. *Revista Mexicana de Medicina Física Y Rehabilitación*, 14, 58–60.
- Díaz-Gómez, N. M. (2008). Nutrición Infantil. *Acta Pediatrica Espanola*, 63(8), 321–327.
- Flores, S., Martínez, A., & Agrelo, F. (2007). Análisis longitudinal y comparativo del desarrollo infantil en la ciudad de Córdoba, 99(2), 119–126.
- Hernández A. (2010). Alimentación complementaria. *AEP Curso de Actualización Pediatría*, 249–256.
- Jimenez R. (2013). Patrones de alimentación en menores de 2 años. *Scielo*, 1, 3.
- Menegello. (2013). Desarrollo y Crecimiento. En *Pediatría* (158). Buenos Aires: Panamericana.
- Nelson. (2012). Tratado de Pediatría. Barcelona: Elsevier.
- OMS. (2011). Alimentación Complementaria. 2014, de OMS Sitio web: [http://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/)
- OMS. (2007). Indicadores para evaluar las practicas de la alimentación. 2014, de OMS Sitio web: <file:///D:/Mis%20documentos/indicadores%20de%20alimentacion%20en%20ni%C3%B1os%20peque%C3%B1os.pdf>
- Organización Mundial De La Salud Unicef (2007), “Indicadores para evaluar las practicas de alimentación del lactante y del niño pequeño”, Parte 1, Clasificación Nlm Ws 120. Vol. (1) 1-27
- Pardio, J. (2012). Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. *Acta Pediatrica de Mexico*, 33(2), 80–88

- Perdomo G, M., & Durán, F. (2011). Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatría Integral*, 15(5), 344–350
- Pérez, L., Iglesias, J., & Mendes, R. (2008). El estudio del desarrollo motor: Entre la tradición y el futuro. *Revista Fuentes*, 8, 243–258. Retrieved from [http://institucional.us.es/revistas/fuente/8/art\\_16.pdf](http://institucional.us.es/revistas/fuente/8/art_16.pdf)
- Pérez, a. V., & Rousselet, M. a A. (2008). Retraso psicomotor. *Neurología Suplementos*, 4(3), 2–8.
- Pisón, J. L., & Galindo, L. M. (2011). Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. *Revista de Pediatría de Atención Primaria Suplemento*, (20), 131–144. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000400015&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000400015&script=sci_arttext)
- 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>
- Rodríguez M (2009), “Prevalencia y duración de la Lactancia Materna, influencia sobre el peso y la morbilidad” *Rev. Nutrición Hospitalaria*;1: 213-217.
- Rosich, J., Pons Martínez, 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](http://www.aepap.org/avalpap/signos_alarma_psicomotor.pdf)
- Ruiz Pérez, L.M.; Linaza Iglesias, J.L. & Peñaloza Mendes, R. (2008). El estudio del desarrollo motor: entre la tradición y el futuro. *Revista Fuentes*, 8.
- 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/2014/02/2011Estrategia\\_NacionalIntersectorial\\_de\\_Desarrollo\\_InfantilIntegral.pdf](http://www.desarrollosocial.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/02/2011Estrategia_NacionalIntersectorial_de_Desarrollo_InfantilIntegral.pdf)

USDA/ Nutrición. (2012). La Guía: Pirámide de Alimentos. *La Nutrición Y Su Salud: Guías Alimentarias Para La Población Estadounidense.*, 1(252), 28

Vericat, A., & Orden, A. B. (2010). Herramientas de screening del desarrollo psicomotor en LatinoamÉrica. *Revista Chilena de Pediatría*, 81(5), 391–401. <http://doi.org/10.4067/S0370-41062010000500002>

## k) ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE MOTUPE ALTO Y MOTUPE BAJO MIES- LOJA, DEL AÑO 2014.**

Mediante la información recibida por parte del investigador sobre la relevancia de la Investigación DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN Autorizo..... ced: ..... la realización de la encuesta alimentaria y la evaluación del Test de Denver que son las herramientas de la misma, con el fin de detectar alteraciones tempranas en el caso de haberlas para poder tomar las medidas pertinentes del caso.

Firma padre de familia.....

Autor: Julio Quintanilla Barba



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

**DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DEL 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 .....

CNH al que asiste .....

Sexo: M  F

Edad 0 – 6 meses  7 - 12 meses  13- 24 meses  25- 36 meses

Lugar de Residencia: Urbana  Urbano-marginal  Rural

**DATOS DE LA MADRE**

ESTADO CIVIL: Soltera  casada  Divorciada  viuda  unión 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 ALIMENTACIÓN DEL NIÑO /A**

**ALIMENTACIÓN DE 0 A 6 MESES DE EDAD**

1. Que tipo de alimentación tuvo su niño durante los primeros 6 meses de vida

Leche materna exclusiva  Leche materna + leche de vaca   
Leche materna + leche de tarro  Leche materna + coladas   
Solo leche de vaca  Solo leche de tarro   
Solo coladas  Otros .....

2. Hasta que edad le dio el seno materno

Hasta 6 meses  6 – 12 meses  13 meses a 18 meses   
19 meses a 24 meses  24 meses y más

3. Si toma colada especifique de que :

Soya  Avena  Harina de plátano  7 harinas  Tapioca  Chuno

### ALIMENTACIÓN DE 6 MESES A 1 AÑO DE EDAD

4. Que tipo de alimentación tuvo su niño de 6 meses a 1 año

Vegetales: Zapallo  Zambo  acelga  Espinaca

Cantidad: 2 cucharitas  3 cucharitas  4 cucharitas   
más de 4 cucharitas

Frecuencia: 1 vez al día  2 veces al día  3 veces al día

Frutas: Manzana  Banana  Pera  uva  melón  granadilla

Cantidad: ¼ de unidad  ½ unidad  1 unidad

Frecuencia: 1 vez al día  2 veces al día  3 veces al día

Tubérculos: Papa  melloco  camote  zanahoria

Cantidad: 2 cucharitas  cucharitas  4 cucharitas   
más de 4 cucharitas

Frecuencia: 1 vez al día  veces al día  3 veces al día

Cereales: arroz  avena  quinua  trigo

Cantidad: 2 cucharitas  3 cucharitas  4 cucharitas   
más de 4 cucharitas

Frecuencia: 1 vez al día  2 veces al día  3 veces al día

Huevo : Yema  Clara

más de 1  1  ½

cantidad : 1 diario  1 cada 2 días  1 a la semana

Carnes : Pollo  Carne de res  hígado

Cantidad: 1 onza  2 onzas  3 onzas

Frecuencia : diario  cada 2 días  a la semana

Leche y derivados : leche  yogur

Cantidad: ¼ taza  ½ taza

Frecuencia: diario  cada 2 días  a la semana

Leguminosas : fréjol garbanzo lenteja

Cantidad 1 cucharada  2 cuc  adas  3 cuc  adas  y más de 3

Frecuencia: diario  cada 2 días  a la semana

Coladas : máchica  maíz arina de Trigo.

Otros  Señale que .....

## ALIMENTACIÓN DE 1 AÑO A 2 AÑOS

5. El niño come diariamente la misma comida que el resto de la familia

Si  No

Frutas: naranja  mandarina  banana  manzana  granadilla

cantidad : más de 1  1  ½

Frecuencia: diario  cada 2 días  a la semana

Proteínas :pollo Res  Pescado  huevo entero

Cantidad: 1 porción  ½ porción  ¼ porción

Frecuencia : diario  cada 2 días  a la semana

Cereales: arroz  quinua  trigo  avena

Cantidad: 1 a 3 cucharadas  Mas de 3 cucharadas

Frecuencia : diario  cada 2 días  a la semana

Vegetales: acelga  espinaca

Cantidad: 1 tasa  ½  ¼

Frecuencia : diario  cada 2 días  a la semana

Leguminosas: Frejol  arveja  lenteja  garbanzo  chocho

Cantidad 1 cucharada  2 cucharadas  3 cucharadas  más de 3

Frecuencia: diario  cada 2 días  a la semana

Grasas : aceite

Cantidad: 1 cucharada  2 cucharadas  3 cucharadas

Frecuencia: diario  cada 2 días  a la semana

Carbohidratos: Pan

Cantidad: 1 unidad  2 unidades  3 unidades

Frecuencia: diario  cada 2 días  a la semana

Fideos

Cantidad: 1 cucharada  2 cucharadas  3 cucharadas

Frecuencia: diario  cada 2 días  la semana

Lácteos: Leche de vaca  yogurt  queso

Cantidad: 1 taza  2 tazas  3 tazas

Frecuencia: diario  cada 2 días  a la semana

## ALIMENTACIÓN DE 2 A 3 AÑOS

Tipo de alimentación que come durante el día

Frutas: Manzana  pera  naranja  banana  mandarina

Cantidad :  $\frac{1}{2}$  unidad  1 unidad  2 unidades

uva  frutilla

Cantidad : 3 unidades  4 unidades  5 unidades

Proteínas : pollo  Res  Pescado

Cantidad: 1 onza  2 onzas  3 onzas

Frecuencia : diario  cada 2 días  a la semana

huevo entero

cantidad : 1 diario  1 cada 2 días  1 a la semana

Cereales: arroz  quinua  trigo  avena

Cantidad: 2 cucharadas  3 cucharadas  Mas de 3 cucharadas

Frecuencia : diario  cada 2 días  a la semana

Vegetales: acelga  espinaca

Cantidad: 1 tasa   $\frac{1}{2}$  taza   $\frac{1}{4}$  taza

Frecuencia : diario  cada 2 días  a la semana

Leguminosas: Frejol  arveja  lenteja  garbanzo  chocho

Cantidad 1 cucharada  2 cucharadas  3 cucharadas  y más de 3

Frecuencia: diario  cada 2 días  a la semana

Grasas : aceite

Cantidad: 1 cucharada  2 cucharadas  3 cucharadas

Frecuencia : diario  cada 2 días  a la semana

Carbohidratos: Pan

Cantidad: 1 unidad  2 unidades  3 unidades

Frecuencia : diario  cada 2 días  a la semana

Fideos

Cantidad: 2 cucharadas  3 cucharadas  4 cucharadas

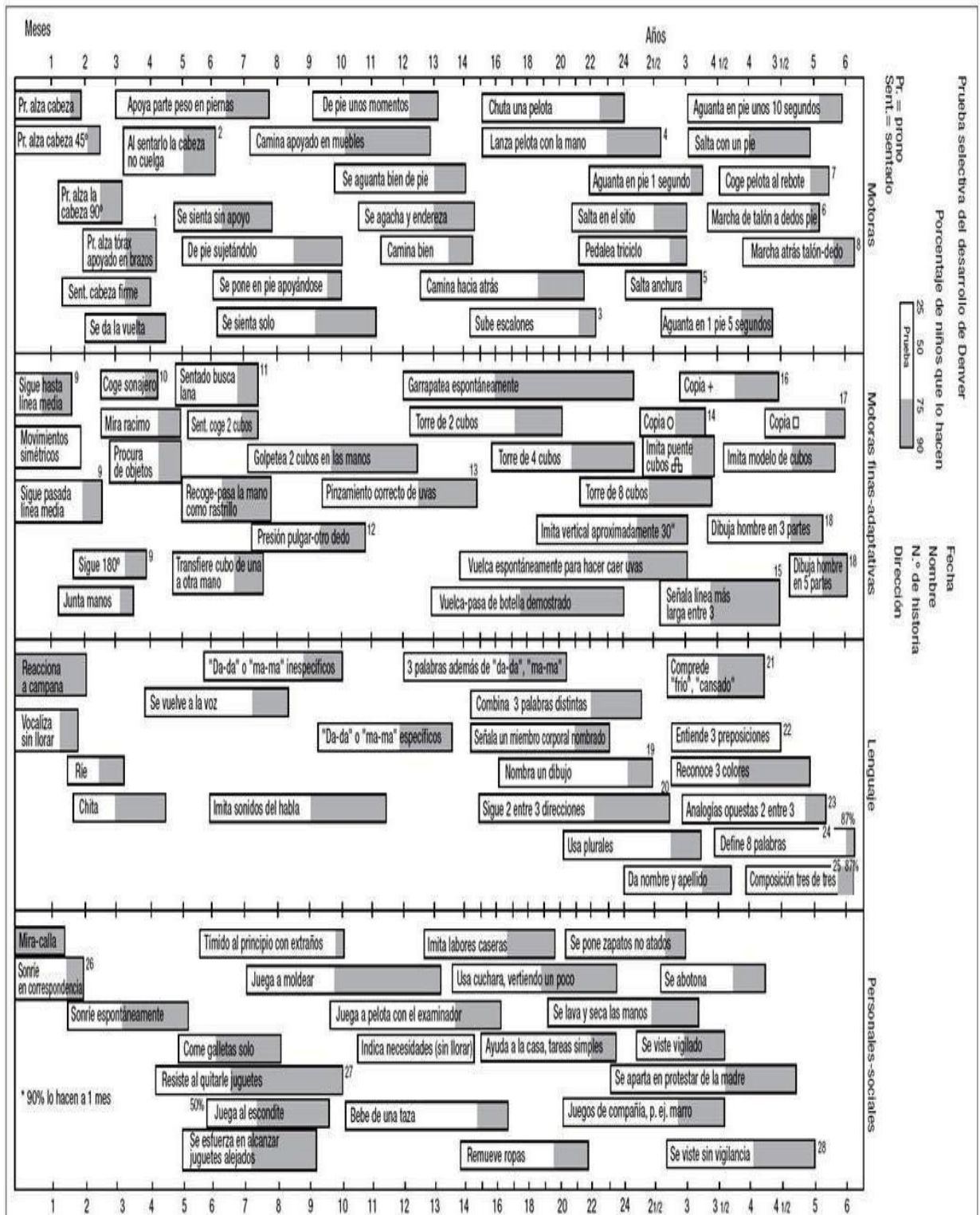
Frecuencia : diario  cada 2 días  a la semana

Lácteos: Leche de vaca  yogurt  queso

Cantidad:  $\frac{1}{2}$  taza  1taza  2tazas  3 tazas  4 tazas

más de 4

Frecuencia : diario  cada 2 días  a la semana











## ÍNDICE CONTENIDOS

<b>AUTORÍA.....</b>	<b>ii</b>
<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN .....</b>	<b>iii</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>vi</b>
<b>a) TÍTULO: .....</b>	<b>1</b>
<b>b) RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>3</b>
<b>c) INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>d) REVISIÓN DE LA LITERATURA.....</b>	<b>6</b>
Capítulo 1 .....	6
1.1. Definición .....	6
1.2. Lactancia Materna .....	6
1.2.1. Bases fisiológicas de la lactancia materna .....	7
1.2.2. Beneficios para la madre	
1.2.3. Beneficios para el niño. ....	9
1.2.4. Lactancia Materna exclusiva.....	9
1.3. Alimentación complementaria .....	10
1.3.1. Razones para ofrecer alimentos complementarios.....	10
1.4. Alimentación de acuerdo a la edad.....	11
1.4.1. Desde los 6-7 meses: .....	11
1.4.2. 11 meses .....	12
1.4.3. 12 meses: .....	12
1.4.4. A los 2 años: .....	12
1.5. Grupos alimentarios.....	12
1.6. Indicadores para evaluar prácticas alimentarias al lactante y al niño pequeño OMS.....	13
1.6.1. Indicadores Básicos de la Alimentación .....	14
1.6.2. Indicadores opcionales .....	21

Capítulo II .....	25
2.2. Test de Denver .....	27
2.2.1. Definición.....	27
2.2.2. Material necesario.....	28
2.2.3. Consideraciones.....	28
2.2.4. Valoración.....	28
2.3. Evolución de Motricidad Fina .....	32
2.4. Evolución de motricidad gruesa .....	34
<b>e) METODOLOGÍA .....</b>	<b>36</b>
<b>f) RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
<b>g) DISCUSIÓN.....</b>	<b>57</b>
<b>h) CONCLUSIONES.....</b>	<b>60</b>
<b>i) RECOMENDACIONES .....</b>	<b>62</b>
<b>j) BIBLIOGRAFÍA: .....</b>	<b>63</b>
<b>k) ANEXOS .....</b>	<b>66</b>