



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

TÍTULO

“DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE GUALEL-EL CISNE DEL CANTÓN LOJA”.

Tesis previa a la obtención del título de Médico General

AUTOR:

Carlos Magno Núñez Cabrera

DIRECTORA:

Dra. Mercí Lorena Vallejo Delgado, Mg. Sc.

Loja - Ecuador

2015



CERTIFICACIÓN

Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado Mg. Sc.
DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA.

CERTIFICO

Haber asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución de la investigación de campo y el informe final del proyecto de tesis titulado: **“DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE GUALEL - EL CISNE DEL CANTÓN LOJA”**. De autoria del estudiante Carlos Magno Núñez Cabrera, Previa a la obtención de título de Médico General una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la universidad nacional de Loja ;autorizo su presentación para la defensa ante el tribunal de tesis y disertación pública de la misma para la graduación.

En la ciudad de Loja a los 12 días del mes de noviembre del dos mil quince,
firma:



Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Carlos Magno Núñez Cabrera declaro ser 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 Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma:



Autor: Carlos Magno Núñez Cabrera

Cédula: 0939583721

Fecha: 12 de Noviembre del 2015

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

Yo, **Carlos Magno Núñez Cabrera**, declaro ser el autor de la tesis titulada: **“DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE GUALEL - EL CISNE DEL CANTÓN LOJA”**, como requisito para optar 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 del exterior, con la cuales tenga convenio la Universidad.

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

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

Firma:



Autor: Carlo Magno Núñez Cabrera

Cédula: 1104162092

Dirección: Bolívar Bailón y Eduardo Mora Moreno

Correo Electrónico: calitomagno@yahoo.es

Teléfono: 0939583721

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO

Presidente: Dr. Bolivar Eduardo Samaniego Cárdenas, Mg.Sc

Vocal: Dra. Livia Gladys Pineda López, Mg.Sc.

Vocal: Dr. Juan Arcenio Cuenca Apolo, Mg.Sc

DEDICATORIA

A Dios quien ha estado presente en cada momento de mi vida y me ha permitido lograr esta meta tan anhelada junto a mis seres queridos.

A mis padres, a quienes amo Rosa y Ángel por ser el pilar fundamental y brindarme una carrera para mi futuro, por todo el apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida.

A mi hermano Jorge por brindarme su apoyo.

A mis amigos y compañeros con quienes he compartido momentos muy importantes de mi vida y sobre todo por el constante apoyo durante este proceso.

A mi Directora de Tesis Dra. Lorena Vallejo por su paciencia, generosidad durante mi formación profesional y desarrollo de este proyecto.

CARLOS

AGRADECIMIENTO

Al haber culminado el presente trabajo, expreso mis sinceros agradecimientos primero a Dios y a mis padres por todo su apoyo y esfuerzo.

Así mismo expreso mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja al Área de la Salud Humana, en especial a la Carrera de Medicina, y sus docentes, por la formación académica brindada en todo este trayecto.

De manera especial agradezco a la Dra. Lorena Vallejo quien me brindó su tiempo, apoyo y conocimiento en este trabajo.

Mi reconocimiento y agradecimiento a las autoridades del “CNH de Gualiel - El Cisne del Cantón - Loja “y en especial al a las madres de familia quienes me abrieron sus puertas con amabilidad y sin ningún impedimento e hicieron posible el presente estudio.

De igual manera a todas las personas que contribuyeron de una u otra forma a la realización de mi tesis.

AUTOR

a. TÍTULO

**“DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN
EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE GUALEL - EL CISNE DEL CANTÓN
LOJA”.**

b. RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad determinar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño y su influencia en el desarrollo psicomotor. Misma que es de tipo transversal, correlacional, realizada en 120 niños/as de 0 a 36 meses inscritos en el programa creciendo con nuestros hijos (CNH) en Gualal-El Cisne del cantón Loja en el año 2014, para la recolección de la información, se realizó encuestas a las madres o cuidadores y se evaluó el desarrollo psicomotor aplicando el test de Denver. Del total de niños/as tuvieron un inicio temprano de la lactancia materna el 75% obtuvo resultado de test de Denver normal, a diferencia de los que no recibieron inicio temprano de la lactancia, en los que 17% obtuvieron una prueba anormal. De los niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva el 77% presentaron una prueba normal y 19% dudosa o en riesgo, a diferencia de los que no recibieron lactancia materna exclusiva que el 67% presentaron una prueba normal y el 28% dudosa o en riesgo. De los niños/as que recibieron alimentación complementaria oportuna el 77 % obtuvo un test normal y solo el 8% una prueba anormal y aquellos que no recibieron alimentación complementaria oportuna el 33% presentó un test anormal. . Por lo que se concluye que las adecuadas prácticas alimentarias 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: Prácticas Alimentarias, Desarrollo Psicomotriz, Niños menores de 3 años.

SUMMARY

The present research has the aim of determine the practices of feeding of the, infant and young child and its influence on the psychomotor development. This is a transversal, correlational, conducted with 120 children from 0 to 36 months enrolled in the program grow with our children (CNH) in Gualiel-El Cisne Canton Loja in 2014 , to collect the information, surveys were applied to mothers or caregivers and the psychomotor development was assessed using the Denver test. From the total of all children had an early start of breastfeeding the 75 % obtained a normal test result of Denver unlike those who didn't receive an early initiation of breastfeeding, in which the 17 % obtained an abnormal test. Children whom receiving an exclusive breastfeeding the 77% presented a normal test and 19% presented a doubtful or a risk one, unlike those that didn't receiving exclusive breastfeeding in which the 67% had a normal test and the 28% had a doubtful or a risk. From the children who got supplementary feeding on time the 77% obtained a normal result and the 8% obtained an unusual result. Fort he children who didn't get supplementary feeding on time the 33% obtained an unusual result in the test. It concludes that correct eating habits influence positively in the psychomotor development. . With the results obtained it is recommended to institutions working on behalf of children as is the MIES through CNH, the initiation and maintenance of appropriate feeding practices that ensure the integral development of children.

Keywords: feeding practices, Psychomotor Development, Children under 3 years.

c. INTRODUCCIÓN

Cada año, en el mundo, unos 24 millones de niños nacen con bajo peso, en su mayoría en países en desarrollo. Por lo general, las madres de esos niños también tienen deficiencia ponderal, o trabajan en exceso, o son de talla corta debido a que en la infancia no recibieron una nutrición suficiente. Los hijos de estas mujeres corren más peligro de muerte que los niños más pesados. Los que sobreviven corren riesgo de tener problemas de aprendizaje y sufrir desnutrición. (Lopez, 2010)

En Centro América nace un millón de niños, de ellos cerca de 100.000 morirán antes de cumplir los cinco años. De los que sobreviven, 600.000 sufrirán algún grado de desnutrición y cerca de 100.000 presentarán retardo en su desarrollo psicomotor. Es decir solo la quinta parte de los niños nacidos tiene la posibilidad de crecer y desarrollarse en forma sana. De los 200.000 restantes, 5 aproximadamente 100 niños presentan talentos especiales que nunca podrían desarrollarse, sino se les proporciona las adecuadas oportunidades, afirma la Universidad Estatal a Distancia San José Costa Rica. (Schonhaut, 2008)

En el 2000 la tasa mundial de la desnutrición era de 49% y la de América Latina de 22%. Igualmente, la reducción de la desnutrición crónica en la niñez pasó del 34% al 18.1%, así como de la pobreza de la población (de 52% al 38%) explicarían este descenso. (Lopez Alonzo, 2010)

Según el INEC, (2009) el mejor indicador de la baja calidad de vida en una población, es la desnutrición crónica, el tiempo para atender la desnutrición crónica es solo hasta los 24 meses de vida; de no hacerlo la deficiencia impactará en el desarrollo de todas sus capacidades afectivas, cognitivas, motrices.

Según OMS (2014) afirma que en el Ecuador existe alrededor de 1'960.000 niños de los cuales 1'200.000 viven en condiciones de pobreza. En resumen el

62.52% presentan síntomas de desnutrición. El 34% de niños menores de 5 años sufren de desnutrición global. El 45% de niños sufren de desnutrición crónica. Estos datos son según el último censo de población y vivienda.

Los cantones más pobres llegan a tener 80% de niños con problemas de desnutrición grave. Según Sánchez (2007); las provincias que presentaron mayores porcentajes por sobre el 60% de niños y niñas menores de cinco años pertenecen a la Sierra central: Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi. Hasta el año 2004, la cifra nacional se redujo a un 26.8% de niños/as menores de cinco años afectados por la desnutrición crónica, y a 25.8% en el 2008. Los primeros años de vida brindan una oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños, mediante una alimentación adecuada. Teniendo en cuenta datos confiables sobre la eficacia de las intervenciones, se estima que el logro de la cobertura universal de una lactancia materna óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años. (OMS, UNICEF, 2009)

Así también Chávez, (1998) señala que un niño mal alimentado durante los primeros años de vida, sufrirá las consecuencias de la desnutrición. Tendrá lesiones cerebrales irreversibles como: baja capacidad de percepción y aprendizaje, dificultad en el lenguaje, bajo nivel en el desarrollo psicomotriz.

Es por ello que se ha creído conveniente realizar el presente trabajo investigativo denominado: **“DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE GUALEL-EL CISNE DEL CANTÓN LOJA”**, el mismo es un estudio de tipo cuantitativo, transversal y correlacional. Se planteó como objetivo general; Determinar las prácticas de la alimentación del lactante y del niño pequeño y su influencia en el desarrollo psicomotor en los CNH de Gual-el-Cisne MIES-LOJA, año 2014 y como objetivos específicos: 1. Determinar las prácticas de la alimentación utilizando los indicadores de evaluación de las prácticas de alimentación del

lactante y el niño pequeño de la OMS –UNICEF. 2. Evaluar el desarrollo psicomotor en los niños del CNH de Gualiel-el cisne del Cantón-Loja, del año 2014. 3. Relacionar los indicadores de las prácticas alimentarias con el desarrollo psicomotor en los diferentes grupos de edad de los niños de los CNH de Gualiel-el Cisne del Cantón-Loja.

Para la obtención de datos se aplicó una encuesta estructurada para determinar la alimentación de los niños/as además se aplicó el test de Denver para evaluar el desarrollo psicomotriz en los infantes. La población con la que se trabajó estuvo constituida por los niños de 0 a 36 meses de edad que se encuentran inscritos en los CNH de Gualiel ,el Cisne del cantón Loja con un numero de 120 con un promedio de 60 por cada uno de ellos.

Entre los resultados más relevantes se puede mencionar que del total de niños/as que tuvieron un inicio temprano de la lactancia materna el 75% obtuvo un test de Denver normal y solo el 4 % anormal a diferencia de aquellos que no recibieron un inicio temprano de la lactancia materna en los cuales el 28 % obtuvo un test dudoso y el 17 % una prueba anormal. De los niños/niñas que recibieron lactancia materna exclusiva el 77 % se encuentran normales y solo el 4% presento una prueba anormal a diferencia de los que no recibieron lactancia materna exclusiva que el 6 % de pruebas fueron anormales. De los niños/as que recibieron lactancia materna continua hasta los 18 meses el 74% obtuvo un test normal y solo el 5% un test anormal y aquellos que no recibieron lactancia materna continua hasta los 18 meses el 9% presento un test anormal. De los niños/as que recibieron alimentación complementaria oportuna el 77 % obtuvo un test normal y solo el 8% una prueba anormal y aquellos que no recibieron alimentación complementaria oportuna el 33% presento un test anormal. Los resultados de esta investigación demostraron que sí existe relación entre el desarrollo psicomotriz y la alimentación, debido a que aquellos niños que recibieron las practicas alimentarias adecuadas, tuvieron menos alteraciones en el desarrollo, en comparación a los que no recibieron una correcta alimentación

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS

Según Gamarra, (2010) define: alimentación es el proceso mediante el cual tomamos del mundo exterior una serie de sustancias que, contenidas en los alimentos que forman parte de nuestra dieta, son necesarias para la nutrición.

El alimento es, por tanto, todo aquel producto o sustancia que una vez consumido aporta materiales asimilables que cumplen una función nutritiva en el organismo. Podemos decir que existe una única manera de nutrirse aportando la energía y los nutrientes necesarios pero numerosas, a veces ilimitadas, formas de combinar los alimentos y de alimentarse para obtener dichos nutrientes.

Habitualmente, los niños tienen gusto por las frutas, y una buena ingesta de éstas puede sustituir temporalmente el rechazo por otros vegetales y proveer los minerales y vitaminas necesarios. Con las carnes suele no haber problemas, ni rechazos. Deben elegirse carnes magras, tanto blancas como rojas.

La leche sigue siendo una de las principales fuente de nutrientes. En caso de rechazarse la leche, recordemos que hay muchas alternativas dentro del grupo de los lácteos, quesos, yogur, que la remplazan satisfactoriamente. Además, existe el recurso de disfrazar la leche por otros alimentos que son del gusto del niño, como postres, licuados de frutas. La dieta completa de un niños debería incluir por lo menos tres porciones diarias del grupo de lácteos, una del grupo de carnes, tres del grupo de vegetales y frutas, dos del grupo de cereales y derivados, y cuatro del grupo de cuerpos grasos.

Está demostrado que una dieta hipocalórica (pocas calorías) severa llevada a cabo sin el control del médico o nutricionista, altera el crecimiento en dos etapas: si la malnutrición dura poco tiempo, el retraso de crecimiento se recupera tan pronto como se vuelva a una alimentación

adecuada. En cambio, si el déficit alimentario se prolonga por más tiempo, la fase de recuperación no se produce aunque se restablezca la dieta equilibrada con un suplemento. “Las consecuencias de una inadecuada alimentación son especialmente severas si esta se produce en edades muy tempranas. (Gamarra, 2010)

1.1.1. **Prácticas alimentarias recomendadas.-** Las recomendaciones de la OMS, UNICEF (2009) para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la Estrategia Mundial son:

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

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

Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etéreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años. (OMS, UNICEF, 2009)

1.1.2. **Lactancia materna.-** “La lactancia materna es la alimentación realizada exclusivamente con leche materna generalmente durante el primer semestre de vida, la cual aporta al infante los nutrientes que necesita para un crecimiento y desarrollo saludable” (Aguayo, 2004).

Tipos de lactancia Según el tipo de leche, la lactancia puede ser:

Lactancia Natural. Se realiza con leche materna

Lactancia Artificial. Se emplea otra clase de leche

Lactancia Mixta. Se emplea la lactancia natural y la lactancia mixta

1.1.2.1. ***Importancia de la lactancia materna.***- Según la Comisión de Expertos de la OMS, (2011)

Las ventajas de la lactancia materna son infinitas para la madre, el niño o niña, la familia y la sociedad. Erróneamente oímos una serie de mitos que apartan a las futuras madres de este acto tan hermoso y trascendental que beneficiará a su hijo o hija por el resto de su vida.

Antiguamente se creía que la leche de vaca era superior a la materna y por ello muchas mamás preferían alimentar a sus bebés de forma artificial, a través de teteros, limitando así los beneficios que la lactancia materna aporta. La adaptación de la leche materna a las necesidades del bebé es total, ya que es un alimento completo que difícilmente podrá ser imitado por algún otro. Entre sus nutrientes se encuentra la taurina, un aminoácido esencial para el desarrollo del cerebro, también contiene lactosa (el azúcar propio de la leche) que favorece el desarrollo de la flora intestinal, a la vez que protege al bebé de ciertos gérmenes responsables de la gastroenteritis.

En cuanto al contenido de grasa, ésta se adapta totalmente a las necesidades del niño o niña. Además, posee minerales y vitaminas para que el niño o niña no necesite de ningún aporte suplementario mientras tome pecho. También ofrece anticuerpos, en especial la inmunoglobulina conocida como IgA, cuya función principal es evitar las infecciones en las vías respiratorias y digestivas. Es importante resaltar que estudios científicos han demostrado que los escolares alimentados con leche materna tienen un mayor coeficiente intelectual que otros, cuya alimentación fue artificial.

1.1.2.2. ***Iniciación y duración de la lactancia.***- Según la Comisión de Expertos de la OMS, (2014) recomienda “mantener la lactancia materna exclusiva por 6 meses y con introducción de alimentos complementarios a partir de entonces, siendo la lactancia una fuente vital de nutrientes”.

El primer contacto del recién nacido con la madre e inicio de la lactancia debería darse dentro de la primera hora de vida, si la situación de la madre y el niño lo Permiten, dado que la duración de la lactancia se asocia con la precocidad de este Primer contacto. El número necesario de toma diaria de leche materna decrece a lo largo del primer año de vida, desde ocho o más tras el nacimiento hasta solo tres o cuatro al cumplirse el primer año de edad. (Aguayo, 2004)

El intervalo entre las tomas de leche materna difiere entre individuos y oscila en torno a 3-5 horas durante el primer año de vida. La cantidad de leche que ingiere un lactante en cada toma oscila entre 30 y más de 100m La lo largo de un periodo de 24 horas. (OMS, 2014)

1.1.2.3. ***Las bases fisiológicas de lactancia materna.***- De acuerdo a Aguayo, (2004) menciona:

La leche materna aparte de aportar proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales, de los que nos vamos a ocupar, contiene unas sustancias biológicamente activas (factores bioactivos) que modulan el metabolismo facilitando el proceso de crecimiento y desarrollo y otros factores que colaboran en la defensa contra antígenos extraños y agentes infecciosos.

La LH proporciona un aporte energético aproximado de 70 Kcal/litro. Esta energía es suministrada en un 50-55% en forma de grasa, 35-40% de hidratos de carbono y un 5-0% por las proteínas. Su alto contenido en grasa le permite un elevado contenido energético en poco volumen, aportando la energía necesaria para el buen crecimiento pero adecuándose a la pequeña capacidad gástrica. A su vez, el bajo contenido proteico permite aportar un alimento con escasa carga renal de solutos.

Igualmente Aguayo, (2009) describe:

La lactosa es el carbohidrato predominante con cantidades promedios de 6-7 g/100 ml. Se dan valores de 56.0 \pm 6.0 g/l de lactosa en el 4to día de vida hasta valores de 64.1 \pm 6.45 g/l a los 30 días de la lactancia, independientes el estatus antropométrico y nutricional de la madre y/o costumbres alimenticias como dietas vegetarianas.

El aporte de nitrógeno proteico proporcionado por la leche de mujer es muy bajo, 0.9-1g/100ml. Lo que se relaciona, con la velocidad de crecimiento, que en el humano es la menor de todas las especies de mamíferos.

De ahí que la leche materna presenta nutrientes básicos para el lactante, tales como grasas, carbohidratos, proteínas, vitaminas y agua, así como también bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico. Mediante la alimentación completa durante el primer período del nacimiento el infante se encuentra protegido con un escudo contra las infecciones y enfermedades comunes.

1.1.2.4. **Composición de la leche materna.-** Con respecto Aguayo (2004) afirma

La leche materna contiene caseína-beta (12 al 15% de las proteínas) y caseína-k (9 al 12%). El descenso al paso a leche madura es mayor para la caseína-k contiene un 40-60% de carbohidratos, siendo la composición de aminoácidos e ambas caseínas distintas.

La grasa de la LH constituye la principal fuente de energía. Factores como prematuridad, dieta e la madre (sus depósitos grasos ante ingesta pobre), estado de lactancia e incluso fase de la toda (diferencias de 1.7) se asocia con su composición.

Los lípidos constituyen el 3-5% y representan el 40-55% del total energético, son secretados como glóbulos de grasa conteniendo un núcleo hidrofóbico constituido fundamentalmente por triglicéridos que representan alrededor de un 98% del total de la grasa de la leche, cubierto por una

membrana las hidrofólicas que contiene fosfolípido, colesterol, glicoproteínas y enzimas. (Aguayo, 2004)

Por lo expuesto en esta cita, la leche humana o materna, se compone de lípidos y proteínas, además de carbohidratos y minerales. Entre las principales proteínas que contiene son: lactoalbúmina, lactoglobulina y caseína. Cabe mencionar que su composición no es estática pues varía de acuerdo a sus constituyentes que dependen del estado de salud de la madre.

1.1.2.5. **Beneficios de la lactancia materna.**- Según Aguayo (2004) destaca “la unanimidad respecto a que la leche humana (LH) constituye el mejor alimento que puede aportarse durante los 4 a 6 primeros meses de vida, definiéndose como “alimento único” y modelo a imitar en la fabricación de fórmulas para lactantes”.

Entre los principales beneficios de la leche materna se puede puntualizar que favorece a la recuperación del post- parto, favorece a la relación madre- hijo, proporciona al niño todos los componentes esenciales como las proteínas y vitaminas. Además la lactancia produce beneficios nutricionales, inmunológicos, comportamentales, psicológicos, sociales, económicos y ambientales.

Otros autores como Trinidad, (2009) refiere que: la lactancia es uno de los aspectos vitales para el desarrollo de un niño sano; alimentar es dar amor. Significa un momento íntimo, de comunicación y unión entre la madre y su hijo. A través de la lactancia el bebé puede percibir la voz, el olor, el latido cardíaco de la madre; vuelve a sentir aquellos momentos en los que se encontraba en el vientre materno. Estas sensaciones lo reconfortarán y lo harán sentirse tranquilo.

De acuerdo a esto, la leche materna se considera en la actualidad la mejor forma de alimentación del bebé, todas las madres están capacitadas para

amantar a sus hijos, salvo determinadas excepciones. El éxito de la lactancia radica en la buena información que se tenga y la responsabilidad ante los hijos.

1.1.2.5.1. Para la madre.- De acuerdo a Aguayo, (2009) considera

La mujer lactante recibe beneficios físicos hormonales, tiene menor riesgo de sufrir algunos tipos de cáncer y establece un vínculo afectivo inigualable con su hijo e hija. Junto a las ventajas para la salud de los bebés y de sus madres también existen beneficios económicos, familiares y medioambientales que repercuten en la sociedad.

Entre ellos:

- Menor riesgo de hemorragia y anemia tras el parto porque el útero se contrae más rápidamente y disminuye el sangrado vaginal
- Recuperación más rápida del peso ganado durante el embarazo.
- Menor riesgo de fracturas óseas y de osteoporosis en el periodo de la postmenopausia.
- Disminución de riesgo de cáncer de mama y de ovario. (Aguayo, 2009)

La lactancia trae ventajas tanto para la madre como para el bebé, ya que en el caso de la madre beneficia la salud materna, contribuye a la relación psicoafectiva madre- hijo, colabora en forma efectiva con el espaciamiento de los embarazos, disminuye la fertilidad y ahorra recursos.

También Trinidad, (2009) afirma “el saber que está dando lo mejor de su hijo y que está cumpliendo correctamente con el rol de la madre, la hace sentir segura y con mayor confianza en sí misma”.

- Se reduce la depresión post parto.
- Se facilita la recuperación física del parto.
- La madre aprende a interpretar más rápidamente y mejor las necesidades del bebé en cada momento.
- Cuando más se ponga al niño al pecho, más leche producirá la madre, por tanto hay que estimular el deseo de dar de lactar.

- Es un momento que estimula a que la madre esté más cariñosa con los que rodean. (Trinidad, 2009)

Entendiendo que la lactancia materna es un proceso fisiológico, donde la madre entrega a su hijo parte de su alimentación para su desarrollo físico y fisiológico pleno

1.1.2.5.2. Para el lactante.- Según la UNICEF, (2007)

Alimentar a los lactantes de manera apropiada es crucial para la supervivencia. La lactancia materna exclusiva durante los primeros meses e vida tiene la capacidad de evitar el 13% de todas las defunciones de menores de cinco años en los países en desarrollo, lo que convierte en el método más eficaz para salvar vidas infantiles. Una alimentación complementaria adecuada e iniciada oportunamente podría evitar un 6% de muertes adicionales de niños menores de cinco años.

En cuanto a las ventajas para el lactante, es necesario mencionar que principalmente ayuda a reducir la mortalidad infantil, prevención de enfermedades infecciosas, especialmente diarreas e infecciones respiratorias, además aporta a su adecuada nutrición, la cual favorece a su crecimiento y desarrollo normal y adecuado.

Al respecto Trinidad, (2009) manifiesta “la leche es el elemento más nutritivo para un bebé, contienen calostro el cual es un alimento que contiene alto valor nutritivo y le proporciona anticuerpos necesarios para que el bebé esté protegido de ciertas infecciones y enfermedades futuras”.

- La anemia por carencia de hierro es rara entre los niños nacidos a término y alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses.
- Los niños alimentados a pecho presentan menos casos de diarrea, otitis, infecciones gastrointestinales e infecciones de las vías respiratorias.

- Favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, mejorando la capacidad intelectual y la agudeza visual.
- La succión contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal, ayudando al crecimiento de dientes sanos.
- El contacto de la piel del bebé con la de su madre le va aportando muchos beneficios ya que el tacto es el sistema sensorial que está más maduro en los primeros meses de vida. (Trinidad, 2009)

La leche materna brinda al bebé todos los elementos nutritivos que necesita a su edad temprana, más aun si es durante los primeros 6 meses, para luego combinarle la alimentación que posibilite su crecimiento y salud integral.

1.1.3. **Lactancia materna exclusiva.**- Según la OMS, (2014) señala:

Se debe ofrecer leche materna exclusiva desde el nacimiento hasta alrededor de los 6 meses (y al menos durante los 4 primeros meses) e introducir la alimentación complementaria a partir de entonces (6 meses o 26 semanas) mientras se continúa el amamantamiento frecuente y a demanda hasta los 2 años o más.

Según el Ministerio de Salud de Chile, (2005) determina:

La leche materna es el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales durante los primeros 6 meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos. El niño es capaz de mamar y tragar solamente líquidos en los primeros meses de vida, por la presencia de los reflejos de succión y deglución, que por definición son involuntarios.

La succión precoz y frecuente del calostro mantiene en el niño la glicemia en niveles adecuados, evita la deshidratación y la pérdida exagerada de peso en el recién nacido, proporciona además inmunoglobulinas y otras proteínas que son parte del sistema inmune y por lo tanto, de gran importancia para un recién nacido. El volumen relativamente pequeño del calostro durante los primeros días post parto, contribuye además a que el

lactante pueda establecer en forma adecuada la coordinación entre las funciones de succión, respiración y deglución, y permite la baja de peso fisiológica de los primeros días de vida.

Hasta los 4 meses los niños presentan una menor capacidad para digerir hidratos de carbono complejos (almidones), debido a la menor actividad de la amilasa pancreática; la cual sólo alcanza un nivel de actividad significativo a partir de esta edad. También está presente, hasta los 4 a 6 meses, el reflejo de extrusión que determina que el alimento introducido en la parte anterior de la cavidad bucal sea frecuentemente expulsado.

Entre los 4 y los 6 meses el niño puede experimentar salivación más abundante, picazón de encías y llevarse las manos frecuentemente a la boca. Debe permitirse al niño que juegue y pruebe sus manos, para que registre nuevas percepciones en la lengua. A esta edad madura por completo la deglución y aparece una masticación rudimentaria, comienzan a erupcionar algunos dientes y la lengua va adquiriendo una posición más posterior. (Ministerio de Salud de Chile, 2005)

1.1.4. Alimentación complementaria.- Según la Organización Mundial de la Salud (2014) define “la alimentación complementaria como “el acto de recibir alimentos sólidos o líquidos (excepto medicamentos en gotas y jarabes) diferentes a la leche, durante el tiempo que el lactante está recibiendo leche materna o fórmula infantil” (p. 91).

Como lo manifiestan Daza & Dadán, (2013)

El inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna o fórmula infantil) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida). Resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria.

La alimentación complementaria debe reunir ciertas características. Como en todo período de la vida, la alimentación complementaria también debe cumplir con las leyes fundamentales de la alimentación, conocidas como las reglas de oro del doctor Pedro Escudero, argentino pionero de la nutrición en América Latina. Según estas leyes, la alimentación debe ser:

- **Completa:** debe incluir alimentos de todos los grupos (variedad).
- **Equilibrada:** debe proveer los nutrientes en proporciones y relación adecuadas (representados por sus alimentos-fuente).
- **Suficiente:** debe cubrir los requerimientos, tanto de calorías como de nutrientes.
- **Adecuada:** debe adaptarse a la etapa del desarrollo en que se encuentra el ser humano, haciendo especial énfasis en caracteres organolépticos, tales como olor, sabor, consistencia, textura, así como al grado de desarrollo de los diferentes sistemas. “CESA” es el acrónimo que el doctor Escudero pensó para expresar que “si la alimentación del niño no es CESA, el crecimiento del niño CESA. (Daza & Dadán, 2013)

1.1.4.1. Fases de la alimentación del niño.- Según Daza & Dadán (2013) “la alimentación de un niño se clasifica en tres etapas: Lactancia, de transición y modificada del adulto” distingue lo siguiente:

Lactancia

- **Edad:** primeros seis meses de vida.
- **Alimentación:** láctea exclusivamente.

De transición

- **Edad:** entre los 6 y 8 meses de vida.
- **Alimentación:** se introducen alimentos diferentes a la leche y el tamaño de la “porción” va en aumento.

Modificada de adulto

- **Edad:** entre los 8 y 24 meses de vida.

- **Alimentación:** los niños manejan los mismos horarios de alimentación que los adultos. Pueden comer casi todos los alimentos, aunque varía la “consistencia”. Cuando el niño consigue con sus dedos hacer el movimiento de pinza, debe fomentarse y promover que “tome” alimentos más sólidos y se los lleve a la boca. (Daza & Dadán, 2013)

Alrededor del año de edad, el niño es capaz de cerrar los labios, apretarlos contra el vaso y tomar líquido del recipiente que otra persona sostiene. Durante el segundo año de vida, los niños ya pueden tomar líquido del recipiente sin necesidad de ayuda.

1.1.4.2. Momentos clave durante el proceso de transición en la alimentación del bebé.- A partir del sexto mes, además de la leche materna el niño debe consumir comida preparada en cantidades pequeñas de los siguientes alimentos.

- **A los seis meses**

Van apareciendo las “señales” ya enumeradas que indican que es tiempo de iniciar con la alimentación complementaria. Para esto, se deben escoger alimentos frescos, higiénicos, fáciles de digerir por el niño (suaves), sin demasiada consistencia o que contengan partes sólidas que puedan atorar al bebé. Generalmente, se aconseja iniciar con compotas de frutas, purés-papillas de vegetales y papillas de cereales infantiles. No obstante, esta etapa es también crucial para introducir carnes, molidas o en puré, con el fin de colaborar con la cobertura de nutrientes críticos como hierro y zinc. Colombia no escapa al flagelo mundial del déficit de hierro y anemia propiamente dicha, principalmente manifiestas en los menores de dos años. (Daza & Dadán, 2013)

- **Hacia los siete meses**

Después de haber iniciado con alimentos blandos y suaves, el intestino ha adquirido mayor madurez y las papilas gustativas están más desarrolladas.

Por lo tanto, el bebé está en capacidad de aceptar combinaciones de alimentos, con aumento progresivo de la consistencia, aunque de fácil digestión y que no le ocasionen intolerancias como diarrea, vómito, distensión y gases. A esta edad se puede ampliar la gama de alimentos ofrecidos, tales como compotas de varias frutas mezcladas, purés de diferentes. (Daza & Dadán, 2013)

- **A los ocho meses de edad**

Ya tienen movimientos de pinza (dedos pulgares e índice) y, por ende, pueden “asir” trozos de alimentos con sus dedos. Por ejemplo, trozos de frutas, trozos de pan, galletas. Esto incentivará el avance en la dentición, la masticación y la coordinación entre boca y movimientos de la mano (oral motora). El bebé aprenderá a masticar y a pasar los alimentos más sólidos sin atorarse. (Daza & Dadán, 2013)

- **Hacia los 12 meses de edad**

En su mayoría, los niños ya caminan o están próximos a hacerlo, están más focalizados en explorar el “mundo” y los objetos de alrededor que en la comida. Por lo tanto, los momentos dedicados a “alimentarlo” deben optimizarse para ofrecerles “alimentos realmente nutritivos” que colaboren con su crecimiento y desarrollo.

Hacia el año de edad, el bebé debe estar integrado a la mesa familiar, manejando el esquema y los horarios de comida de los adultos, con tres comidas principales y al menos 1 ó 2 refrigerios; si bien come de “todo”, la consistencia dependerá del nivel de desarrollo (triturado, molido o en puré, trozos pequeños), y se pondrá especial atención a la “calidad” de los alimentos que le brinden. (Daza & Dadán, 2013)

1.1.5. Contraindicaciones de la lactancia.- De acuerdo a Viñas (2007) determina:

- Negativa de la madre. Se ha de informar y aconsejar la lactancia materna, pero nunca imponerla ni culpabilizar a la madre que decide dar biberón.
- Enfermedades neonatales; ictericia grave, infección por estreptococo B, que puede transmitirse a la madre y provocar una mastitis bilateral grave.
- Metabolopatías: galactosemia y alactasia. En la fenilcetonuria es posible una lactancia materna parcial con controles periódicos de fenilalanina; dado que, la leche materna contiene concentraciones bajas de fenilalanina.
- Madre que toma fármacos contraindicados con la lactancia.
- Madre que consume drogas.
- Madre que recibe quimioterapia, antimetabolitos o isótopos radioactivos.
- Madre con absceso mamario. La mastitis no es una contraindicación. Una vez drenado quirúrgicamente el absceso y tratado con antibióticos se puede reanudar la lactancia.
- Madre con lesión activa de herpes simple (HSV-1) mamaria. Las lesiones herpéticas en cualquier otra localización deben cubrirse.
- Madre afecta de tuberculosis activa no tratada.
- Madre con enfermedad neurológica o psicótica grave.
- Madre con enfermedad orgánica grave.
- Madre HIV seropositiva. El virus de la inmunodeficiencia humana se ha aislado en la leche materna. Esta contraindicación es discutible en los países subdesarrollados. La OMS recomienda que las madres infectadas por HIV en los países subdesarrollados mantengan la lactancia al pecho; ya que, sus beneficios superan el riesgo de transmitir el virus.
- Madre seropositiva a HTLV-I (infección por el virus de la leucemia humana de células T). Este virus se transmite a través de la leche materna. Parece que la congelación previa de la leche inactiva al virus HTLV-I pero todavía está por confirmarse. Siempre que se disponga de sustitutos adecuados de la leche materna ésta estará contraindicada en madres seropositivas a HIV y HTLV-I.

- Madre seropositiva a citomegalovirus con recién nacido prematuro. El recién nacido a término no suele infectarse, aunque se ha comprobado el paso de CMV a través de la leche. (Viñas, 2007)

No es una contraindicación la hepatitis B. La lactancia materna no supone un riesgo mayor de infección por VHB. Los hijos de madres HbsAg positivas deben recibir inmunoglobulina específica (IGHB) y vacuna contra la hepatitis B al nacer. Así, se elimina cualquier riesgo teórico de transmisión a través de la lactancia.

La hepatitis C no es una contraindicación. La CDC recomienda no prohibir la lactancia materna sino dejarla a elección de la madre. Existe un mínimo riesgo teórico de transmisión pero éste no ha sido demostrado por ningún estudio. La decisión de amamantar debe basarse en la carga viral. Si la hepatitis C va asociada a una infección concurrente por HIV estará contraindicada la lactancia materna. (Viñas, 2007)

1.1.6. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño.- El documento (OMS, UNICEF, 2009) *Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna*, publicado en 1991 proporcionó un grupo de indicadores que pudieron utilizarse para evaluar la alimentación infantil dentro de los países y entre ellos, y evaluar el progreso de los esfuerzos de promoción de la lactancia materna. Desde entonces, ha habido desarrollos importantes en las recomendaciones y el conocimiento científico acerca de lo que constituyen las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria, lo cual ha generado la necesidad de revisar y expandir el grupo de indicadores recomendados inicialmente. Por ejemplo, en 2001 la Organización Mundial de la Salud recomendó la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, lo cual constituyó un cambio de la recomendación anterior de introducir la alimentación complementaria entre los 4 y 6 meses. El indicador para la lactancia materna exclusiva hasta antes de los 4 meses, por lo tanto, ya no proporciona datos que reflejen las guías actuales.

Adicionalmente, el documento publicado en 1991 incluye únicamente un indicador de alimentación complementaria: la tasa de alimentación

complementaria oportuna. Este indicador informaba si había o no había consumo de alimentos complementarios, pero no informaba sobre la cantidad o calidad de los mismos. En el 2002, como respuesta a la preocupación sobre la falta de indicadores adecuados acerca de la alimentación complementaria, la Organización Mundial de la Salud inició un proceso de revisión y desarrollo de indicadores de las prácticas de alimentación complementaria. Se publicó un marco conceptual para identificar los indicadores potenciales de prácticas de alimentación complementaria. A la vez, se desarrollaron los *Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado*, que versaban sobre la multidimensionalidad de las prácticas de alimentación complementaria. Inmediatamente después se llevó a cabo un esfuerzo similar para desarrollar guías y fundamentos para la alimentación de niños de 6 a 23 meses de edad que no son amamantados, dando como resultado un documento técnico y un grupo paralelo de Principios de Orientación. A partir del 2004, los miembros del Grupo de Trabajo sobre los Indicadores de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño iniciaron una serie de actividades dirigidas hacia la definición y validación de indicadores que reflejaran la calidad y cantidad de la dieta, utilizando grupos de datos existentes provenientes de 10 diferentes lugares en países en desarrollo, el Grupo de Trabajo tomó como guía las recomendaciones y objetivos de la *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Los resultados de los análisis realizados fueron resumidos en un informe en agosto del 2006 y presentados en una consulta de la Organización Mundial de la Salud en octubre del mismo año. Después se realizaron análisis adicionales para cubrir preguntas y preocupaciones pendientes y se presentó un informe al respecto en setiembre del 2007.

En base al trabajo anterior, se desarrolló un grupo modificado de indicadores que se discutió después entre los participantes de la Reunión Mundial de Consenso de la Organización Mundial de la Salud sobre los Indicadores de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño realizada del 6 al 8 de noviembre de 2007 en la sede de la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.. Este informe presenta de manera resumida la discusión y el consenso alcanzado sobre 8 de los indicadores básicos y 7 de

los indicadores opcionales para evaluar las prácticas sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños a nivel poblacional que pueden ser obtenidas a partir de los datos de encuestas de hogares.

1.1.6.1. Indicadores Básicos

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

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

Lactantes de 0 a 5 meses de edad

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

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

Niños de 12 a 15 meses de edad

1.1.6.2. 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

Lactantes de 6 a 8 meses de edad

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

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

Niños de 6 a 23 meses de edad

Frecuencia 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 anterior

Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad

y

Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos
sólidos,

semisólidos o suaves o leche el número mínimo de veces o más durante el día
anterior

Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad (OMS, UNICEF, 2009)

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

Este indicador compuesto será calculado a partir de las dos fracciones siguientes:

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

y

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

Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad

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

Niños de 6 a 23 meses de edad que durante el día anterior recibieron un alimento rico en hierro, o un alimento especialmente diseñado para lactantes y niños pequeños y que estaba fortificado con hierro o un alimento que fue

fortificado en el hogar con un producto que incluía hierro

Niños de 6 a 23 meses de edad (OMS, UNICEF, 2009)

1.2. DESARROLLO PSICOMOTOR

1.2.1. **Concepto.**- De acuerdo a Cantuña, (2007) define:

Progresiva adquisición y organización de habilidades biológicas, psicológicas y sociales en el niño, es la manifestación externa de la maduración del sistema nervioso central (SNC), lo que se traduce en cambios secuenciales, progresivos e irreversibles del individuo en crecimiento. (Cantuña, 2007)

Según Iceta & Yoldi (2002) señala:

Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención, El desarrollo psicomotor podría considerarse como la secuencia de ciertos movimientos corporales y acciones que evolucionan al compás del crecimiento del individuo: crecimiento o maduración del cerebro, del cuerpo y del organismo. A través de dicha maduración, el infante aprende a comunicarse con el entorno y entra en contacto con los objetos, las personas y las situaciones de vida.

1.2.2. **Importancia.**- “En el 15º congreso mexicano sobre educación y adaptabilidad de los niños (as), se presentaron trabajos de investigación que pretendían resaltar la importancia del desarrollo psicomotor con la adaptabilidad” (Lopez, 2010)

Los hallazgos de la investigación muestran significativas asociaciones entre el comportamiento típico de los niños y varios dominios del funcionamiento psicomotor. La alta frecuencia del juego social fue asociada con mejores planeaciones y ejecuciones motoras, control postural y coordinación viso – motora. Esto permite, relacionar la importancia del desarrollo psicomotor de los niños (as) asociada al desarrollo emocional y social, que le permitirá un mayor grado de adaptabilidad en los diferentes ambientes que ellos tengan 12 que enfrentar, lo que le permite resolver desafíos motores individuales y colectivos, y cuya resolución le permite al niño mejorar la interacción social.

De las habilidades motoras, afirma Cantuña, (2007),

Nace en el niño un sentimiento de seguridad física que pronto se convierte en seguridad psicológica... y contribuye de modo importante a la personalidad del niño. Esto sucede en los primeros años de vida de los niños/as, aun así en los centros educativos no se trabaja ni se le da la importancia que se le debería dar. (Cantuña, 2007)

El desarrollo psicomotor sirve tanto como para que el niño mejore en los aprendizajes como para que evolucione su personalidad, ser autónomo, equilibrado y feliz. Antes se utilizaba diferentes instrumentos, en caso de que el niño (a) tuviese un retraso psicomotor, discapacidad o alguna debilidad o dificultad pero según Pineda, (2008) hoy en día va a más y se trabaja para la mejora de todos los niños.

Según el Ministerio de Educación (2010) define:

La educación infantil se ordena en dos ciclos en los que se atiende progresivamente al desarrollo afectivo, al movimiento y a los hábitos de control corporal, a las manifestaciones de la comunicación y del lenguaje, a las pautas elementales de convivencia y la relación social, así como al descubrimiento de las características físicas y sociales del medio.(...) Además se propicia que logren una imagen positiva y equilibrada de sí mismos y adquieran autonomía personal.

1.2.3. **Leyes.-** El desarrollo psicomotor se lo evalúa bajo las leyes que permiten la evaluación de las destrezas de niños(as) entre las cuales mencionamos tres leyes:

La primera es la céfalo-caudal donde establece que el desarrollo comienza en la cabeza y va hasta las extremidades. Esto quiere decir que se controla antes la cabeza que las extremidades.

La segunda es la próximo – distal dice que se desarrollan las zonas más próximas al centro del cuerpo que como un brazo y éste antes que la mano.

La tercera es la ley de la diferenciación progresiva indica que los músculos grandes se controlan antes que los pequeños. (...) Todo esto se ha de tener en cuenta a la hora de realizar las diferentes actividades en los CIBV, mejorando la motricidad fina y gruesa. (Gil, 2006)

Es necesario aceptar que cada uno es diferente y único, como su cuerpo y sus potenciales. (...) Como consecuencia nadie puede hacer exactamente lo mismo que otro. Si se utiliza la empatía se podrá reconocer en qué medida es cada uno diferente, acceder a lo que el otro siente y experiencia al realizar un movimiento, compartir, adentrarse en la realidad de otro (a) pero recordando que es posible hacerlo y seguir siendo uno mismo. (Culbertsony, 2011)

Hoy en día se trabaja de manera muy escasa en el desarrollo psicomotor. Osorio, Welssataub, & Castillo, (2002) destacan que “aparece un porcentaje importante de maestros que ponen en práctica sesiones de desarrollo psicomotor dos veces por semana o menos y solo un 18% la trabaja más de dos veces por semana”.

1.2.4. Factores que influyen.- Para Ponce y Burbano, (2007) existen dos factores que influyen en el desarrollo humano: internos y externos.

Internos: constituyen las variables biológicas determinadas genéticamente y las no genéticas. Las autoras describen a las primeras como heredadas de padres a hijos, el potencial genético transmite las características peculiares de cada individuo y da las pautas generales de conductas para todos ellos. “Las no genéticas las describen a las que son adquiridas durante el desarrollo, como por ejemplo enfermedades que incluyen el término congénito.

En la primera infancia (hasta los dos años): “Las sin cinesias bilaterales se observan en el niño normal hasta la edad de tres años, en que el movimiento voluntario se precisa y tiende a la unilateralidad”. (Cárdenas, 2000, pág. 228)

Segunda y tercera infancia: Las funciones motoras y psíquicas se separan e individualizan a partir de los tres años. El desarrollo psicomotor puede

afectarse a causa de factores cuyo orden cronológico se corresponde con su orden de importancia antes del nacimiento, durante el nacimiento y después del nacimiento. (Cárdenas, 2000)

La maduración del sistema nervioso es otro factor que hace posible la aparición de unas u otras conductas en el proceso de desarrollo.

Externos.- Son aquellos como la alimentación, ambiente social inmediato, sociocultural y el aprendizaje. Así por ejemplo, la alimentación y la nutrición son factores determinantes, indican que una situación de malnutrición durante un período crítico puede tener consecuencias negativas tanto en el crecimiento como en el desarrollo. (Núñez & Fernandez, 2003)

Por otro lado, coinciden en la idea que el desarrollo es el resultado de la interacción de los factores tanto internos como externos; es decir, las características del ser humano “son producto de la interacción entre herencia y ambiente, donde la herencia fija un rango sobre el cual variará una característica dependiendo de la estimulación” (Fernández, Marcet, & Monclus, 1997). La infancia es la etapa más importante del desarrollo humano, no solo en lo referente al aspecto motor, sino también al cognitivo, lingüístico, afectivo y social.

El niño(a) es como una esponja que todo lo absorbe, constantemente explora el mundo que le rodea, se descubre así mismo y a los demás, aprende de cualquier circunstancia y se enriquece a cada momento. El adulto es quien le da la seguridad, las referencias estables, los elementos y las situaciones que facilitan su desarrollo psicomotor, su creatividad y su adaptación al mundo exterior. (Durivage, 2012)

1.2.5. **Evolución de la motricidad gruesa.**- Según Iceta & Yoldi (2002)

Para que el acto motor voluntario evolucione con normalidad hace falta que se produzca por una parte, una progresiva diferenciación de los actos amplios e indiferenciados a otros precisos y concretos, que haya una

proyección céfalo caudal y que además suceda de axial a distal. Todo ello es posible porque el tono muscular evoluciona disminuyendo la hipertonía flexora de las extremidades y aumentando el tono del tronco, lo cual facilita los movimientos.

También sirve de ayuda la disolución de los reflejos arcaicos y la aparición de las reacciones de equilibrio. Así pues, con la desaparición del reflejo tónico cervical asimétrico, se libera la extremidad superior de su actitud en espadachín y permite el acercamiento de los brazos a la línea media. La secuencia evolutiva es la siguiente:

- En decúbito prono, vemos al recién nacido con la pelvis despegada de la cuna y las rodillas flexionadas bajo el abdomen, postura que evolucionará a estar extendido sobre la cuna y comenzar a elevar la barbilla. Posteriormente, el lactante será capaz de reposar sobre sus antebrazos y después sobre sus manos con los antebrazos extendidos. Llegará después a arrastrarse, impulsándose con las manos, inicialmente con el abdomen apoyado sobre el suelo y después gateando, para finalmente adoptar la postura erecta y andar.
- En posición de sentado, desde que nace el niño va enderezando progresivamente la espalda y adquiere equilibrio, paralelamente al control de la estabilidad cefálica. Pasa por la fase de apoyarse en las manos antes de poder sentarse sin ayuda, después llegará a inclinarse para coger un juguete e incluso girarse sin perder el equilibrio. Una maniobra exploratoria útil es la de “paso a sentado”, también conocida como pull to sit. Partiendo de la posición de decúbito supino se lleva al niño a la posición de sentado, tirando suavemente de sus manos. Se valora la alineación de la cabeza con respecto al tronco.
- En posición de erecto, comienza estando de pie con apoyo, después andando sujeto con las dos manos, con una mano y finalmente solo. Posteriormente aprende a subir y bajar escaleras, a sostenerse sobre una pierna y a correr.

1.2.6. Evolución de la motricidad fina.- Iceta & Yoldi (2002)
determina:

El desarrollo de las funciones de la mano se aprecia desde los 4 meses aproximadamente y termina con la consecución del trípede manual (postura que adoptan los dedos pulgar, índice y medio para sostener el lápiz) allá entre los 4 y 6 años.

Es necesaria la desaparición de los reflejos tónico flexor de la mano y la reacción tónico cervical asimétrica y lograr una coordinación con la vista para que la manipulación comience. Así pues, inicialmente sujetará un objeto colocado en su mano, para después ser capaz de buscarlo y alcanzarlo; más tarde pasará un objeto de una mano a otra y después realizará la pinza. La habilidad para hacer torres de dos cubos llegará al poco tiempo, unas semanas antes de poder colocar la tapa de un bolígrafo. (Iceta & Yoldi, 2002)

1.2.7. Desarrollo de los sentidos

Se sabe que el niño al nacer está dotado de unas capacidades sensoriales ya que es capaz de seguir con los ojos a una persona en movimiento y de sobresaltarse con un ruido. Es más, en estudios realizados intra útero se monitorizaron respuestas mediante ultrasonidos ante estímulos auditivos desde la semana 24 de gestación, siendo continuas desde la semana 28. (Iceta & Yoldi, 2002)

El gusto parece ser el sentido más desarrollado en el neonato. La capacidad de succión es mucho más intensa ante un sabor dulce que ante otro salado o amargo. En cuanto al tacto, es el contacto con la piel, especialmente en el momento de acercar el niño al pecho de la madre el que desencadena la aparición de los reflejos propios de esta edad.

En una semana, el neonato muestra preferencia por el olor, la voz y la apariencia de su madre y a las dos semanas fija la mirada en su cara.

- **Desarrollo percepción visual.**

- a) 2 semanas: fija la mirada en la cara de su madre.
- b) 4 semanas: sigue objeto en ángulo de 90°.
- c) 3 meses: sigue objeto en ángulo de 180°.
- d) Se fija bien en elementos cercanos.
- e) 6 meses: cambia la postura y busca juguetes caídos. 12 meses: sigue objetos en rápido movimiento.

- **Desarrollo de la localización del sonido.**

- a) 3 meses: el niño gira la cabeza hacia el lado por donde oye el sonido.
- b) 3 a 4 meses: el niño gira la cabeza y mira hacia la procedencia del sonido.
- c) 5 a 6 meses: si el sonido procede de debajo del oído, gira la cabeza hacia un lado y después hacia abajo.
- d) 6 a 8 meses: gira la cabeza en una circunferencia hacia el sonido. 8 a 10 meses: gira la cabeza en diagonal y directamente hacia el sonido.

1.2.8. **Desarrollo social.-** Así de acuerdo Iceta & Yoldi (2002) indican:

Durante su desarrollo, el niño irá adquiriendo unos patrones de conducta que le servirán para su interacción con el medio, porque por naturaleza es un ser social. La variabilidad en este campo es muy amplia, ya que además del temperamento individual y de la maduración del sistema nervioso existen gran cantidad de factores ambientales y educacionales que influyen en su desarrollo.

De cualquier manera reflejamos a continuación varios hitos en la adquisición de las habilidades sociales:

- a) Sonríe a la madre (1-3 meses).
- b) Ríe a carcajadas (4 meses).
- c) Reconoce el biberón (3-4 meses).

- d) Come una galleta (6-8 meses).
- e) Juega a esconderse (7-12 meses).
- f) Colabora al vestirlo (8-16 meses).
- g) Imita gestos (9-13 meses)
- h) tareas del hogar (14-18 meses).
- i) Come con cuchara (15 meses).
- j) Ayuda a recoger los juguetes (16 meses).
- k) Da de comer a sus muñecos (18 meses).
- l) Avisa cuando se ha hecho pipí (21 meses).
- m) Va solo al inodoro (30 meses).

1.2.9. Lenguaje.- Como lo mencionan Iceta & Yoldi (2002) determinan:

Lenguaje y comunicación no son lo mismo; la utilización del lenguaje supone un canal de comunicación exclusivo de la especie humana que se pone en marcha en el primer año de vida. El lactante tiene muchas formas de comunicación pre-verbal: riendo, gritando y por rabietas; extendiendo los brazos para que lo cojan, cerrando la boca al ofrecerle comida.

Pero una o dos semanas después de comenzar a sonreír a su madre, empieza a vocalizar las vocales a, u, e, además de sonreír. En 3 a 4 semanas añade consonantes m, p, b, j, k y logra los balbuceos. A los 6 meses escuchamos bisílabos inespecíficos y la leo, y a los 11 meses como media, un niño puede decir “papá” o “mamá” de manera específica. A los 13 meses sabe 3 palabras distintas de “papá/mamá”, hacia el año y medio de vida es capaz de utilizar el “no” y combina 2 palabras a los 21 meses y 3 a los 27 meses.

1.2.10. Signos de alerta en el desarrollo psicomotor.- Según Schonhaut, (2008) define: “son aquellas manifestaciones en el desarrollo psicomotor del niño que nos pueden hacer sospechar que estamos ante una disfunción neurológica y así poder establecer un diagnóstico precoz de daño cerebral”. A continuación detallamos los principales signos de alerta por orden cronológico:

1 mes de edad

- a) Irritabilidad persistente.
- b) Trastornos de succión.
- c) No fija la mirada momentáneamente.
- d) No reacciona con los ruidos.

2 meses de edad

- a) Persistencia de irritabilidad.
- b) Sobresalto exagerado ante ruido. –
- c) Aducción del pulgar.
- d) Ausencia de sonrisa social.

3 meses de edad

- a) Asimetría de actividad con las manos.
- b) No sigue con la mirada.
- c) No respuesta a los sonidos.
- d) No sostén cefálico.

4 meses de edad

- a) Pasividad excesiva.
- b) Manos cerradas.
- c) No emite risas sonoras.
- d) Hipertonía de aductores (ángulo inferior a 90°).
- e) No se orienta hacia la voz.

6 meses de edad

- a) Presencia de hipertonía en miembros e hipotonía de cuello y tronco.
- b) No se rota sobre sí mismo.

- c) Persistencia de reacción de Moro.
- d) No sedestación con apoyo.
- e) Ausencia de prensión voluntaria.
- f) No balbucea ni hace “gorgoritos”.

9 meses de edad

- a) No desplazamiento autónomo.
- b) Hipotonía de tronco.
- c) No se mantiene sentado.
- d) Ausencia de pinza manipulativa.
- e) No emite bisílabos.

12 meses de edad

- a) Ausencia de bipedestación.
- b) Presencia de reflejos anormales.
- c) No vocabulario de dos palabras con/sin significado.
- d) No entiende órdenes sencillas.

15 Meses de edad

- a) No camina solo.
- b) Ausencia de pinza superior.
- c) No arroja objetos.
- d) No tiene un vocabulario de tres o cuatro palabras.
- e) Pasa ininterrumpidamente de una actividad a otra.

18 meses de edad

- a) No sube escaleras.
- b) No tiene un vocabulario de 7/10 palabras.
- c) No conoce partes del cuerpo.

- d) No garabatea espontáneamente.
- e) No bebe de un vaso.
- f) No hace una torre de dos cubos.

24 meses de edad

- a) No corre.
- b) No construye torres de 3 ó 6 cubos
- c) No asocia dos palabras.
- d) No utiliza la palabra "NO".
- e) Presencia de estereotipias verbales.
- f) Incapacidad para el juego simbólico.
- g) Signos de alarma a cualquier edad
- h) Movilidad, tono o postura anormal.
- i) Movimientos involuntarios (actitud distónica de manos, hiper-extensión cefálica...).
- j) Movimientos oculares anormales.
- k) Retraso en la adquisición de los ítems madurativa.(Iceta & Yoldi, 2002)

1.2.11. Evaluación del desarrollo psicomotor.- Según los estudios de Schonhaut, (2008) testifica

La etapa de 1 a 2 años, es la del movimiento, en la que el niño descubre su independencia, al empezar a dar sus primeros pasos. Es la etapa de plena exploración, a medida que ejercita su locomoción, elabora su pensamiento da inicio a su lenguaje y empieza a interactuar de manera más fuerte con los objetos, las personas y su entorno.

Así también Schonhaut, (2008), menciona que en "este periodo, el niño necesita de un espacio que permita sentirse un pequeño investigador, con la libertad suficiente para sentir que aprende jugando". Sus habilidades son distintas, más complejas que en meses anteriores.

A continuación se da a conocer los logros que deben tener los niños según, la edad, hay que resaltar que esta es una guía muy útil mas no reemplaza la evaluación de un especialista.

1.2.11.1. Evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 1 a 12 meses.- De acuerdo Coutiño, (2010) considera:

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, lugar privilegiado para conocer con todo detalle en este año su estado general. Por lo que el conocimiento del desarrollo psicomotor y actividad refleja reviste gran importancia; ya que su identificación presupone el conocimiento básico del desarrollo del SNC.

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)

1 Mes

- Persiste semiflexión de extremidades
- Manos flexionadas.

- En prono inicia movimientos repetición.
- Sigue objetos a 90°. Persiste Grasping

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: semiflexión miembros inferiores.
- Lenguaje: Arrullo cuando se le habla. Sonrisa social: Sigue con la vista objetos a 180°.
- Grasping discreto con frecuencia las manos abiertas.

2. 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.

3. 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. (Coutiño, 2010)

- En prono con facilidad sostiene un objeto y golpea fuertemente en el plano de mesa/piso. Inicia pinza inferior entre pulgar y meñique.

4. 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”.

5. 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

6. 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. (Coutiño, 2010)

7. 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"

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).

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).
- Inicia significado, contenido.

10-12 Meses

- Marcha con asistencia.
- Gusto por introducir y retirar objetos (dentro-fuera). (Coutiño, 2010)

Fases de marcha.- Según Coutiño, (2010) distingue:

- 1) El niño ha aprendido a incorporarse hasta ponerse de pie, apoyándose en las barras de la cuna o de los muebles, aprende a “bordear”; deslizando primero ambas manos hacia un lado desplaza su equilibrio, después los pies uno primero y después el otro hasta recuperar la línea, aún no confía del todo su peso en los pies y tampoco a una sola mano.
- 2) En el “bordeo” más eficiente y seguro de sí mismo; se aparta más del apoyo, todo su peso cae sobre sus pies y las manos le sirven para guardar el equilibrio, cuando avanza, cruza una mano sobre la otra y las mueve a un mismo ritmo con los pies.
- 3) Esta fase da al niño una mayor movilidad, aprende a cruzar los espacios que estén al alcance de sus 2 manos extendidas y no se soltará hasta alcanzar el otro apoyo.
- 4) Son los primeros pasos sin apoyo, cruzando pequeños espacios entre mueble y mueble (un paso) se para sin apoyo, generalmente cuando esto hace, lo realiza sin darse cuenta.
- 5) Todavía andará la mayor parte del tiempo con apoyo, pero podrá dar 2-3 pasos sin apoyo.
- 6) Camina con plena independencia en línea recta

Sentidos

Visión Al nacer: Capacidad visual muy limitada. No fija. Distingue contornos a 30 cm. Poca visión lateral. Falta coordinación entre los 2 ojos. No percibe profundidades. Visión exteroscópica.

Oído al nacer: Más desarrollado que la vista. Puede distinguir los ruidos. Los fuertes lo asustan. Distingue volumen, tono.

2 meses.- Vista: El campo visual equivale a 1/3 del adulto. Sigue con la vista.

Oído: Reacciona a estímulos auditivos. (Coutiño, 2010)

3-4 meses.- Vista: Reconoce a mamá. Diferencia y percibe olores. **Oído:** Busca con la cabeza la fuente del sonido.

5-6 meses.- Vista: Distingue expresiones del rostro materno. **Oído:** Orienta bien la cabeza hacia el sonido. Puede dejar de llorar al escuchar a la madre o música conocida.

7-12 meses .- Vista: Visión tridimensional. **Oído:** Cuando se le habla observa y para de moverse.

Así también Coutiño, (2010) señala:

- **OLFATO:** La capacidad olfativa se inicia en el bebé en el mismo momento que el bebé respira automáticamente. Es muy sensible a los olores fuertes por lo que la madre debe evitar perfumes intensos (preferible el olor corporal). Ayuda a organizar relación placer-no placer.
- **GUSTO:** Se desarrolla con la introducción paulatina de los alimentos. En cuanto el desarrollo motor se lo permita todo se llevará a la boca, a través del olfato y el gusto el bebé comienza a experimentar el placer y desplacer.
- **TACTO:** El sentido del tacto se convierte rápidamente en uno de los más importantes en el lactante. A través de él investiga y aprende sin cesar, describiendo sensaciones en la textura y calidad de los objetos. A través de ello encontrará sensaciones placenteras o de dolor (ásperas, cortantes, etc.). Existe desde el nacimiento.

Muy importante para la actividad exploratoria. Ayuda a organizar el esquema dolor-placer, contribuye al desarrollo motriz, afectivo e intelectual del bebé. De aquí la importancia de la caricia de la madre y del descubrimiento de sus propias zonas erógenas. Es indudable que el desarrollo psicomotor del niño depende de la maduración neurológica, pero también es cierto que influyen los factores ambientales.

1.2.11.2. Evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 1 a 2 años.- Según Jaime Bueso, (2007), estima:

La etapa de 1 a 2 años, es la del movimiento, en la que el niño descubre su independencia, al empezar a dar sus primeros pasos. Es la etapa de plena exploración, a medida que ejercita su locomoción, elabora su pensamiento da inicio a su lenguaje y empieza a interactuar de manera más fuerte con los objetos, las personas y su entorno.

Según Coutiño, (2010) menciona: “en este periodo, el niño necesita de un espacio que permita sentirse un pequeño investigador, con la libertad suficiente para sentir que aprende jugando”.

Sus habilidades son distintas, más complejas que en meses anteriores: A continuación se da a conocer los logros que deben tener los niños según, la edad, hay que resaltar que esta es una guía muy útil mas no reemplaza la evaluación de un especialista.

12 meses

- a) Camina llevándole de la mano.
- b) Hace garabatos débiles luego de una celebración.
- c) Puede coger un botón utilizando los dedos índice y pulgar.
- d) De pie, se agacha para coger un juguete.
- e) Bebe solo de un vaso. 20
- f) Dice 3 palabras

15 meses

- a) Camina solo.
- b) Patea la pelota.
- c) Construye una torre con dos cubos.
- d) Llena una tasa de cubos.
- e) Dice cinco palabras.

- f) Señala con el dedo lo que desea.
- g) Bebe sólo en una tasa o vaso.

18 Meses

- a) Sube las escaleras de pie dándole de la mano.
- b) Camina estable.
- c) Construye una torre con tres cubos.
- d) Pasa las páginas de un libro.
- e) Dice por lo menos ocho palabras.
- f) Señala con el dedo lo que desea.
- g) Bebe sólo en una tasa o vaso.

21 meses

- a) Sube las escaleras de pie dándole de la mano.
- b) Construye una torre con cinco cubos.
- c) Corre y se detiene sin caerse.
- d) Troza papeles.
- e) Imita acciones sencillas de los adultos.
- f) Pide de comer y beber.
- g) Da un puntapié a la pelota después de una demostración.

24 meses

- a) Construye una torre con seis cubos por lo menos.
- b) Intenta doblar el papel en dos.
- c) Sube y baja sólo la escalera.
- d) Pasa cuatro a diez cuentas grandes.
- e) Construye frases de varias palabras.
- f) Ayuda a guardar sus juguetes.
- g) Imita un trazo sin dirección determinada (Coutiño, 2010)

De 13 a 15 meses

Área motriz:

Según el Tratado de Pediatría Integral, (2005) indica

Esta etapa es de mayor actividad e independencia para el niño, ahora ya puede pararse y caminar solo, al principio lo hará lento con cierto temor y posiblemente con algunas caídas, pero luego podrá levantarse por sí mismo apoyándose en sus manos y piernas. Posteriormente al lograr el equilibrio demostrará pasos más fuertes y seguros, podrá agacharse para recoger juguetes del piso y llevarlos a otro lugar. Esta es una etapa de mucho disfrute para el niño puesto que la marcha le brinda mayor independencia para explorar y descubrir los objetos de su entorno.

Con respecto a su motricidad fina, ahora puede utilizar con mayor destreza sus dedos índice y pulgar para realizar el movimiento pinza, podrá coger objetos más pequeños, realizar garabatos y pintar con tempera usando solo el dedo índice, puede arrugar y rasgar papel de un solo tirón así como bajar y subir cierres.

Área de lenguaje:

Empieza a realizar sonidos para comunicarse, imita sonidos producidos por animales y objetos de su entorno como: ti ti, guau guau, etc. verbaliza un promedio de 5 palabras, siendo necesario recalcar que el desarrollo del lenguaje varía en cada niño. "A nivel comprensivo, está en la capacidad de entender algunas palabras o instrucciones: lleva y trae objetos cuando le indican. (Cantuña, 2007)

Área cognitiva:

“Reconoce a sus padres fotografías, identifica y señala objetos que se le piden, puede armar torres de dos o tres cubos, encuentra objetos escondidos, sus periodos de atención hacia una actividad son más largos”. (Culbertsony, 2011)

Área socio-emocional:

“Es más independiente con respecto a la madre pero aún demuestra temor a personas y lugares desconocidos, intenta hacer las cosas por sí mismo, quiere comer solo, ayuda a ponerse y sacarse algunas prendas de vestir”. (Culbertsony, 2011).

De 16 a 18 meses

Área motriz:

Según Chavez & Homero Martínez, (1998) menciona

El niño logra mayor estabilidad al caminar, su marcha es más definida y más veloz, es más hábil para subir y bajar de los muebles; está en constante actividad, coge, transporta y tira los objetos que estén a su alcance, pateo la pelota.

Le gusta subir las escaleras, puede hacerlo, cogido de la mano o gateando pero requiere ayuda para bajar. Puede meter cuentas pequeñas en un recipiente haciendo uso de un movimiento pinza mucho más desarrollado y definido. Pone cajas u objetos uno dentro de otro.

Área de lenguaje:

Así también en los estudios de Cantuña, (2007) determina:

El niño aumenta su vocabulario, escucha y observa a los demás hablar para imitarlos, aunque todavía no logra verbalizar claramente las palabras, trata de narrar situaciones utilizando diferentes tonos de voz, comprende y responde algunas instrucciones verbales y preguntas concretas.

Área cognitiva:

El pensamiento del niño se está desarrollando aún más, explorando los objetos y situaciones por ensayo y error, encontrando soluciones más eficaces; responde y cumple órdenes cada vez más complejas, puede pedir objetos o alimentos señalándolos con el dedo, realizando algún sonido o palabra, conoce las funciones de algunos objetos domésticos como el teléfono, el control remoto, la radio, etc. (Simms & Schum, 2000)

Área social:

Según Pérez Oriarte (2003) determina:

Comienza a descubrir sus propias emociones al interactuar con su entorno: alegría, tristeza, frustración, vergüenza, rabia, en algunos casos comenzará a manipular a los adultos haciendo uso de pataletas u otras acciones para conseguir lo que quiere. Con respecto a sus hábitos, empieza a utilizar la cuchara, bebe sólo en una taza o vaso.

De 19 a 24 meses

Área motriz:

“Logra mayor control de su cuerpo, se levanta y se sienta con mayor facilidad, camina con mejor coordinación de costado y hacia atrás, puede correr, girar y detenerse sin caerse” (Gil, 2006)

Patea la pelota con precisión, manteniendo el equilibrio. Sube las escaleras solo cogiéndose de las barandas y puede bajar algunos escalones tomado de una sola mano. Mejora su capacidad para abrir las cajas, ensartar cuentas,

puede hacer torres con más cubos, trozar papel, armar rompecabezas y realizar garabatos libremente.

Área de lenguaje:

Según la Dra. Dora Vilar, (2007), indica

El niño(a) tiene algunas palabras definidas, continua incorporando nuevas palabras a su repertorio, utiliza el sí o el no, puede asociar dos palabras como “dame pan”. Dice su nombre cuando se lo piden, conoce el nombre de los animales e imita los sonidos que éstos producen.

Área cognitiva:

De acuerdo a Henry L. Shapiro, (2008), manifiesta

El niño ya es capaz de indicar las partes de su cuerpo y de la cara de otra persona, sigue instrucciones sencillas. Puede realizar secuencias de acciones tales como utilizar un objeto para abrir una puerta. Comienzan, además, los primeros juegos simbólicos haciendo uso de representaciones mentales por ejemplo: jugar con una caja como si fuera un carro.

Área social:

“Desea hacer todo de manera independiente, se quita los zapatos, ayuda a vestirse y desvestirse, colabora guardando sus juguetes. Imita tareas o acciones sencillas de los adultos como barrer, limpiar”. (Cantuña, 2007)

1.2.11.3. Evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 2 a 3 años

Entre los dos y tres años, es la etapa en la cual el niño demuestra mayores destrezas, pues ya camina de manera estable, incluso corre y salta. Su

lenguaje es más rico así como sus habilidades cognitivas de atención, memoria y razonamiento. (Behrman, Kliegman&Arvin, 2006).

Así también Shapiro & Bresnich, (1992) señala:

Ingresa a la etapa preescolar y sus actividades están centradas en pulir destrezas motoras ya adquiridas con anterioridad. Los padres deben procurar que los niños adquieran la suficiente madurez cognitiva y social para iniciar la etapa escolar, en la cual adquieren mayor autonomía e información académica básica para sus posteriores aprendizajes).

Por ello, presentamos la siguiente escala de Desarrollo Psicomotor para niños de 2 a 3 años, es necesario resaltar que cada niño es diferente:

25- 30 meses

- a) Salta.
- b) Sube y se lanza por la resbaladera solo.
- c) Sube escalera de pie
- d) Construye una torre de ocho cubos.
- e) Imita un trazo vertical y otro horizontal.
- f) Ayuda a vestirse, se pone sus zapatillas.
- g) Agrupa objetos por tamaño y forma.
- h) Se señala y nombra partes de su cuerpo y de su cara como cabeza manos, pies, dedos, barriga, ojos, nariz, boca, orejas y cabello.
- i) Realiza frases como: dame agua.

31 - 36 meses

- a) Salta con los dos pies juntos.
- b) Sube y baja escaleras de pie.
- c) Hace bolitas de papel.
- d) Su lenguaje es más fluido, mantiene el dialogo.

- e) Reconoce las nociones espaciales: encima, debajo, delante, detrás, al lado de, junto a.
- f) Ayuda a bañarse.

De 2 a 3 años

Área motriz:

De acuerdo a Palomero (2007) destaca:

Sigue consolidando su control postural y su equilibrio, puede permanecer sobre un pie unos segundos. Disfruta corriendo, pues es su nueva habilidad, su principal interés está en moverse, podrá subir y bajar las escaleras solo, saltar con ambos pies juntos e incluso dar varios saltos seguidos en su sitio y hacia delante. Finalizando esta etapa habrá mayor coordinación simultánea de brazos y piernas lo que le permitirá pedalear un triciclo

Según Francés P (2005) menciona

En el área motora fina, el niño progresará en sus destrezas manuales, podrá ensartar cuentas pequeñas con mayor precisión, desenroscar frascos, abrochar y desabrochar. Tendrá mayor habilidad para coger el lápiz, garabatear y hacer líneas verticales y horizontales.

Área de lenguaje

Posee un repertorio de palabras que empieza a combinarlas, empezará a construir frases de dos o tres palabras y relatará sus experiencias señalando y nombrando los objetos o personas de su entorno. “Progresivamente su lenguaje se hará más completo y fluido lo que le permitirá mantener conversaciones y realizar preguntas” (Gil, 2006)

Área cognitiva:

Según el Dr. Eduardo Rubiolo, (2005) menciona

En este periodo, el niño ingresa a una etapa pre operacional, utiliza esquemas mentales, lo que le permite nombrar objetos o personas en ausencia de ellas, esto demuestra su capacidad de realizar una imagen mental y de evocarlas de manera verbal. Empieza a usar su imaginación, asociar ideas, puede reconocer colores, formas y tamaños y agrupar objetos en función a estas características.

Área socio-emocional:

Según el Dr. Gerardo Vaucheret, (2008) afirma

Los niños poseen una conducta más sociable, aceptan jugar con otros niños en “paralelo”, es decir, le gusta estar en compañía de ellos pero aún no hay una completa interacción. Finalizando este periodo, los niños comienzan tener control de sus esfínteres y avisan para ir al baño. “

Con respecto a su conducta, ésta “es principalmente egocéntrica, reacciona de manera desfavorable y en ocasiones con rebeldía cuando percibe algún cambio o no se le da lo que desea” (Lopez, 2010)

1.2.12. Instrumentos de evaluación del desarrollo psicomotor.- Para la evaluación del desarrollo existen tres instrumentos los cuales son:

1. Test de Aldrich y Norval este evalúa el desarrollo en los doce primeros meses de edad.
2. Test de Barrera Moncada dentro de los doce a los sesenta meses de edad.
3. Y finalmente el instrumento aplicado en nuestra investigación Test de Denver. (Bueno, 2008)

1.2.12.1. Test de Denver.- Con respecto Bueno (2008) menciona

La evaluación del desarrollo implica la observación de algunas conductas o logros en determinadas edades. La experiencia acumulada por el niño en la ejecución respectiva de algunas actividades estimula el desarrollo de una habilidad específica y promueve el desarrollo de nuevas destrezas. El niño aprende con el ensayo –error causa-efecto, percibe los objetos, analiza situaciones de complejidad creciente, ordena estímulos (Bueno, 2008)

1.2.12.2. Áreas que se evalúa.- Los ítems se hallan clasificados en cuatro áreas:

1.- Personal-Social: Tareas que reflejan la habilidad del niño para contactarse con otras personas y el cuidado de si mismo. Como también la relación del niño con su entorno con el medio que lo rodea y manejo de la sociabilidad en función del mismo.

2.- Motricidad Fina Adaptativa: es decir todas aquellas habilidades que incluyen las capacidades de coordinación, concentración y destrezas 18 manuales. Por ejemplo: sujetar y manipular los objetos con las manos.

3.- Lenguaje: tareas que dan cuenta de la habilidad para escuchar y comunicarse a través del habla.

4.- Motricidad Gruesa: Tareas que reflejan la habilidad del niño en la coordinación y movimientos de los grandes segmentos corporales, brazos, piernas, tronco. (Bueno, 2008)

1.2.12.3. Metodología.- La forma de aplicar la prueba es la siguiente:

1º. El examinador traza una línea (línea de edad) sobre la hoja de la prueba que una la edad del niño en ambas escalas.

2º. Colocar en la parte superior de la línea trazada el nombre del examinador con la fecha de la evaluación.

3º. Debe evaluar todas aquellas tareas que sean atravesadas por la línea de edad o bien que estén ligeramente atrás de ésta si antes no han sido evaluadas. 4º. Procede a evaluar las tareas seleccionadas. (Bueno, 2008)

1.2.12.4. Ventajas y desventajas

Ventajas

- 1) La prueba tiene una buena confiabilidad en la aplicación y reaplicación de la prueba (correlación superior a 0.90 cuando se aplica varias veces).
- 2) Es una medida estandarizada que ha sido normada en una muestra diversa.
- 3) Puede ser administrado rápidamente por profesionales y para-profesionales entrenados.
- 4) Puede ser una herramienta de tamizaje útil cuando se utiliza con criterio clínico.
- 5) El manual de entrenamiento establece como debe conjugarse el juicio clínico con el conocimiento del sistema de salud local, antes de referir a un niño sospechoso. (Bueno, 2008)

Desventajas

“La prueba se ha criticado para carecer sensibilidad para tamizar niños quienes pueden tener problemas de desarrollo posterior o rendimiento escolar”. (Bueno, 2008)

1.2.12.5. Resultados

P (pasó) si el niño realiza las tarea indicada; es decir que su desarrollo psicomotor es normal.

F (falló) si el niño no realiza una tarea que la hace el 90% de la población de referencia; nos indica que presenta retraso del desarrollo psicomotor.

R (rehusó), el niño por alguna situación no colaboró para la evaluación, automáticamente se convierte en un NO porque hay que evaluar en la siguiente visita; por lo cual se denomina un posible retraso del desarrollo psicomotor. (Bueno, 2008)

e. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es de tipo cuantitativo, transversal y correlacional.

ÁREA DE ESTUDIO

La investigación fue realizada en la parroquia Gualiel ubicada al noroccidente del cantón Loja, a 91 km de la ciudad capital que se encuentra ubicada al sur del Ecuador. Limita al Norte con la parroquia San Antonio de Tenta, del cantón Saraguro; al Sur con las parroquias Chuquiribamba y El Cisne; al Este con las parroquias Santiago y San Lucas; y, al Oeste con la parroquia el Cisne. Gualiel está ubicada a 3.750 metros sobre el nivel del mar. La parroquia tiene ocho escuelas y un colegio; en los cuales se desarrolla el programa creciendo con nuestros hijos (CNH). Bajo la dirección del MIES.

UNIVERSO

La población con la que se trabajó estuvo constituida por los niños de 0 a 36 meses de edad que se encuentran inscritos en los CNH de Gualiel-el Cisne del cantón Loja con un número de 120 con un promedio de 60 por cada uno de ellos.

MUESTRA

Fueron seleccionados 120 niños de los CNH de Gualiel-el Cisne del cantón Loja

Criterios de inclusión:

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

Criterios de exclusión:

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

PROCEDIMIENTO

Previa a la recolección de la información se solicitó 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 el consentimiento informado.

En 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 Gual-el Cisne, los aspectos que se incluyeron en la encuesta fueron Alimentación de 0 a 6 meses de edad; Alimentación de 6 meses a 1 año de edad; Alimentación de 1 año a 2 años de edad; Alimentación de 2 a 3 años según grupo de alimentos y frecuencia del consumo, para construir los indicadores de evaluación de las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño.

Para la evaluación del desarrollo psicomotor se aplicó el test de Denver, que está dividido en 4 áreas: motora, motora fina adaptativa, lenguaje y personal-social. Se realizó 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 anota como fallo si no pasa una prueba que realiza el 90% de niños, según el test de Denver; como pasa si realiza la prueba sin problemas.

Se interpretó el Test completo como: anormal si presentaba dos o más fallos en dos o más áreas; o dos fallos en un área y un fallo en otra; Test dudoso o en riesgo si presento un solo fallos en una o más área y normal aquellos que realizaban las actividades que cruzaban la línea de edad, del test, sin complicaciones.

TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información recolectada fue procesada primero en una línea de base, a partir de la cual se inició la tabulación y análisis de los resultados, mismos que serán presentados en tablas y gráfica.

f. RESULTADOS

INICIO TEMPRANO DE LACTANCIA MATERNA DE LOS NIÑOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

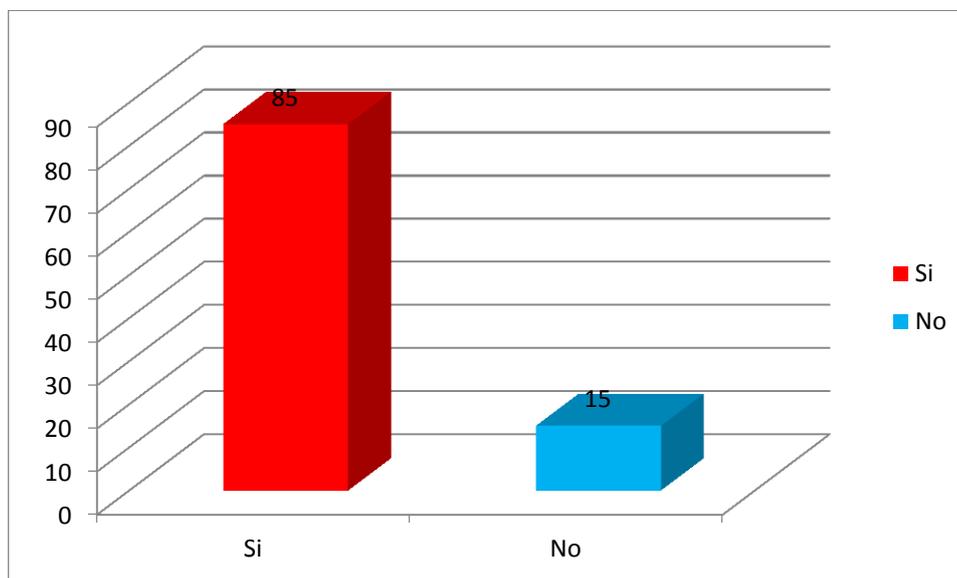
Tabla Nº 1.

Inicio de lactancia Materna en la primera hora de vida	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	54	84	48	86	102	85
No	10	16	8	14	18	15
Total:	64	100	56	100	120	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Gualel - El Cisne Mies-Loja

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 1.



Análisis: Se determinó que el 85% de las madres de familia dan de lactar a sus niños en la primera hora.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LOS NIÑOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

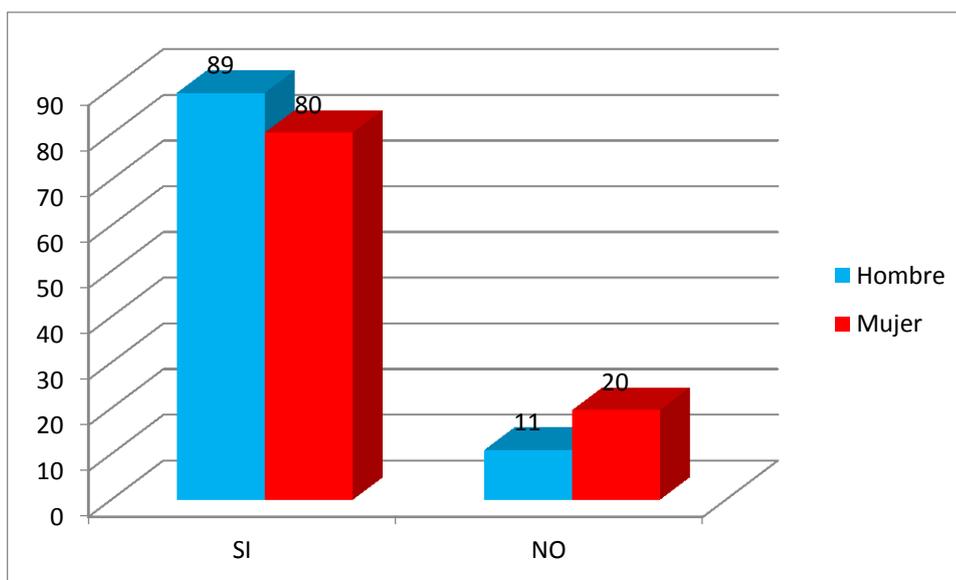
Tabla Nº 2.

Niños que recibieron lactancia materna exclusiva	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
SI	57	89	45	80	102	85
NO	7	11	11	20	18	15
Total:	64	100	56	100	120	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Gualael - El Cisne Mies-Loja

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 2.



Análisis: Se puede observar que el 85 % de los niños recibieron lactancia materna exclusiva en los primero 6 meses de vida.

LACTANCIA MATERNA CONTINUA HASTA LOS 18 MESES DE EDAD EN LOS NIÑOS DE LOS CNH GUADEL - EL CISNE MIES-LOJA

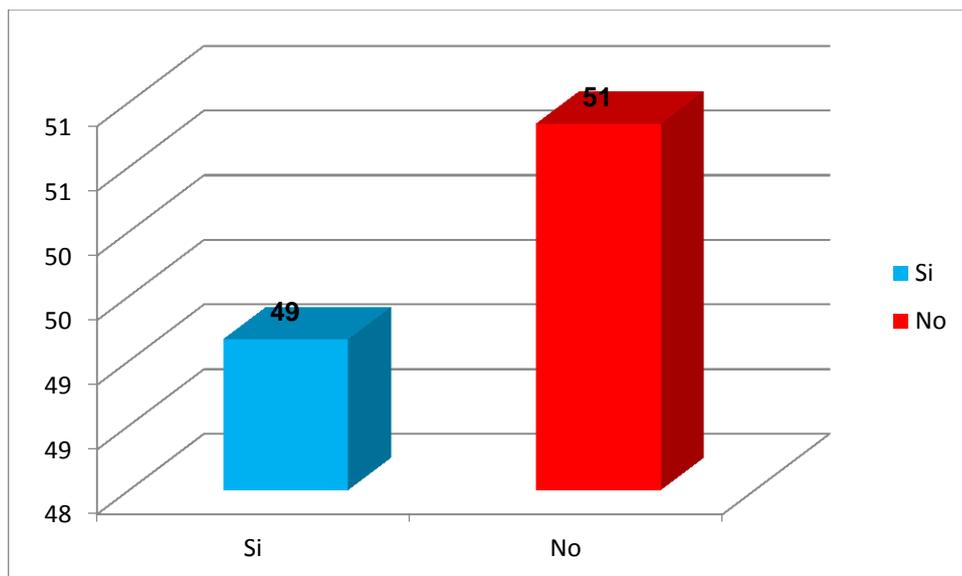
Tabla N° 3.

Niños que recibieron Lactancia materna continua	sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	29	45,313	30	54	59	49
No	35	54,688	26	46	61	51
Total	64	100	56	100	120	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Gualel - El Cisne Mies-Loja

Autor: Carlos Núñez

Gráfico N° 3.



Análisis: Se puede evidenciar que el 49% de los niños/as recibió lactancia materna continua hasta los 18 meses.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA DE LOS NIÑOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

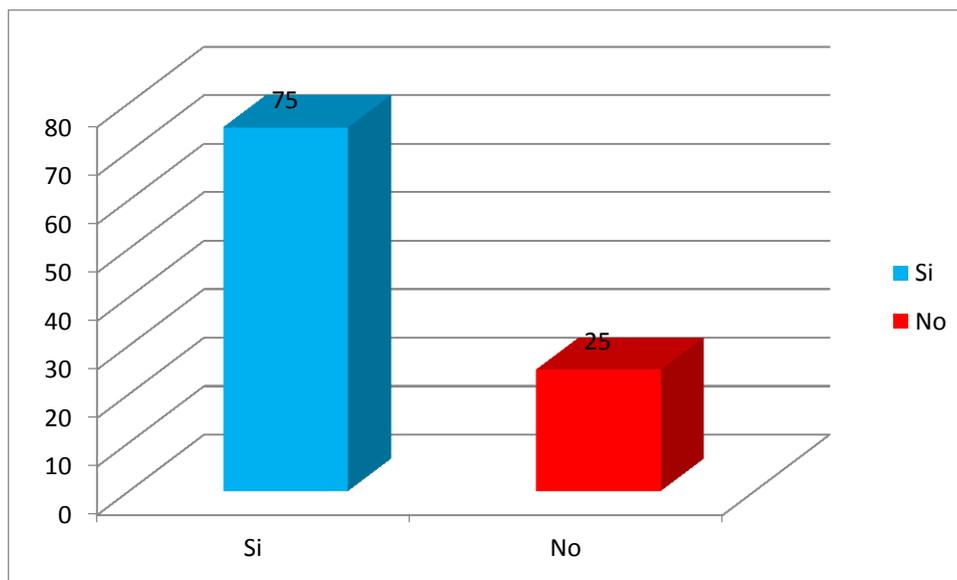
Tabla Nº 4.

Alimentación complementaria oportuna	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	7	87	5	62	12	75
No	1	12	3	37	4	25
Total:	8	100	8	100	16	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Gualel - El Cisne Mies-Loja

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 4.



Análisis: Se determinó que el 75 % de los niños recibieron alimentación complementaria oportuna.

DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA DE LOS NIÑOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

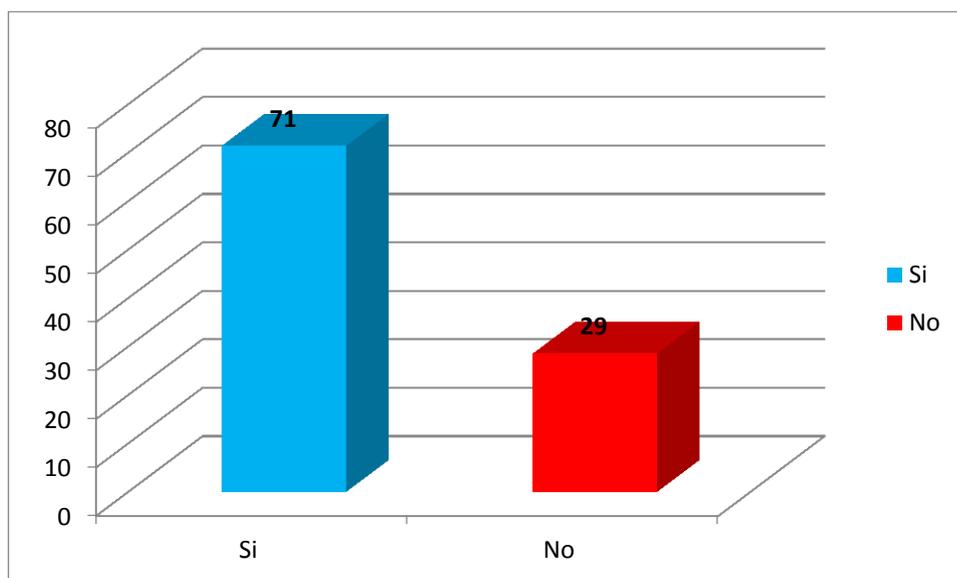
Tabla Nº 5.

Diversidad alimentaria mínima	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	34	79	21	62	55	71
No	9	21	13	38	22	29
Total:	43	100	34	100	77	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Gualel - El Cisne Mies-Loja

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 5.



Análisis: Se determinó que el 71% de los niños recibieron los cuatro grupos alimentarios mínimos mientras que el 29% recibieron menos de los 4 grupos alimentarios mínimos.

**FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS DE LOS NIÑOS AMAMANTADOS DE
LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA**

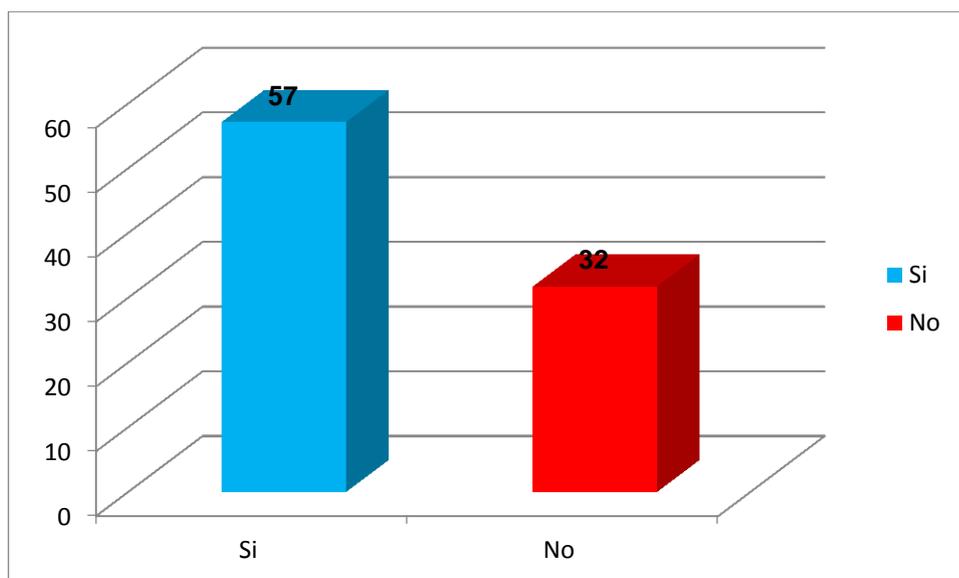
Tabla Nº 6.

Frecuencia mínima de comidas	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	16	55	20	59	36	57
No	13	45	7	21	20	32
Total:	29	100	34	100	63	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Gualel - El Cisne Mies-Loja

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 6.



Análisis: Se determinó que el 57% de niños amamantados si recibieron la frecuencia mínima de comidas requerida.

FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS DE LOS NIÑOS NO AMAMANTADOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

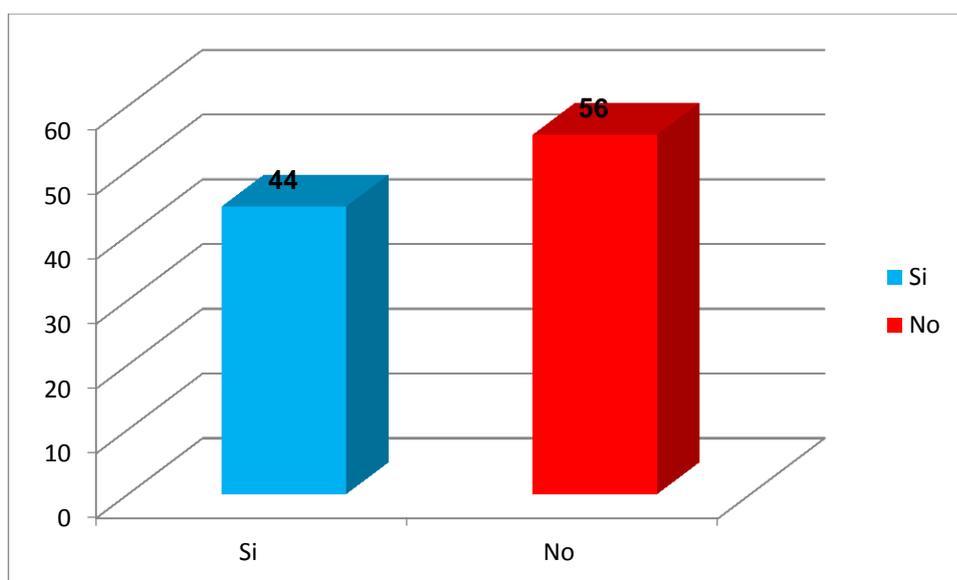
Tabla Nº 7.

Frecuencia mínima de comidas	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	2	67	2	33	4	44
No	1	33	4	67	5	56
Total:	3	100	6	100	9	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Gualael - El Cisne Mies-Loja

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 7.



Análisis: Se determinó que el 44% de niños no amamantados si recibió la frecuencia mínima de comidas.

RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA MOTORA DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

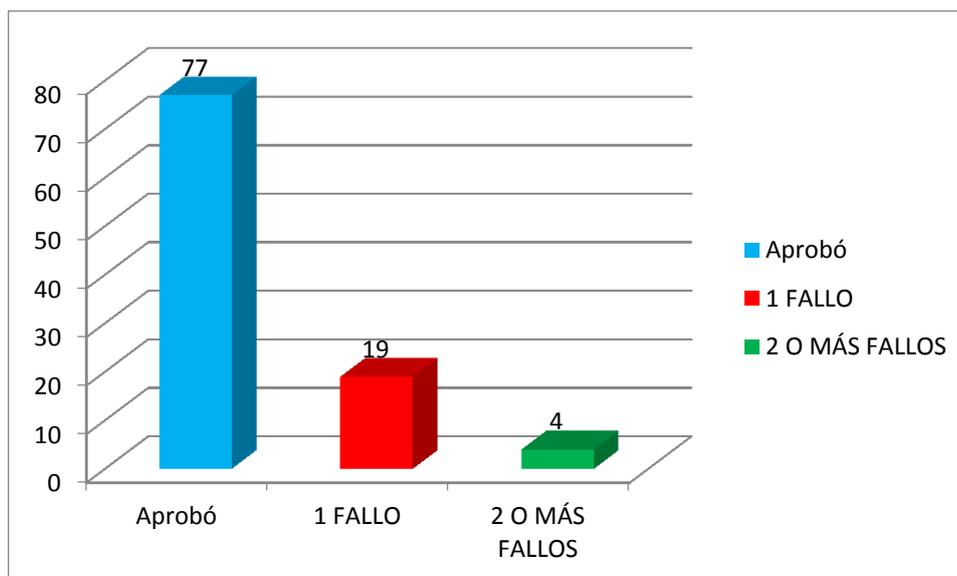
Tabla N° 8.

Variable	Hombre		Mujer		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Aprobó	49	75	43	78	92	77
1 FALLO	14	22	9	16	23	19
2 O MÁS FALLOS	2	3	3	5	5	4
TOTAL	65	100	55	100	120	100

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños de los CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

Autor: Carlos Núñez

Gráfico N° 8.



Análisis: Se determinó que en el área motora del test de Denver el 77% de niños aprobó, el 19% presentó un fallo y un 4% presentó dos o más fallos respectivamente.

RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA MOTORA FINA- ADAPTATIVA DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

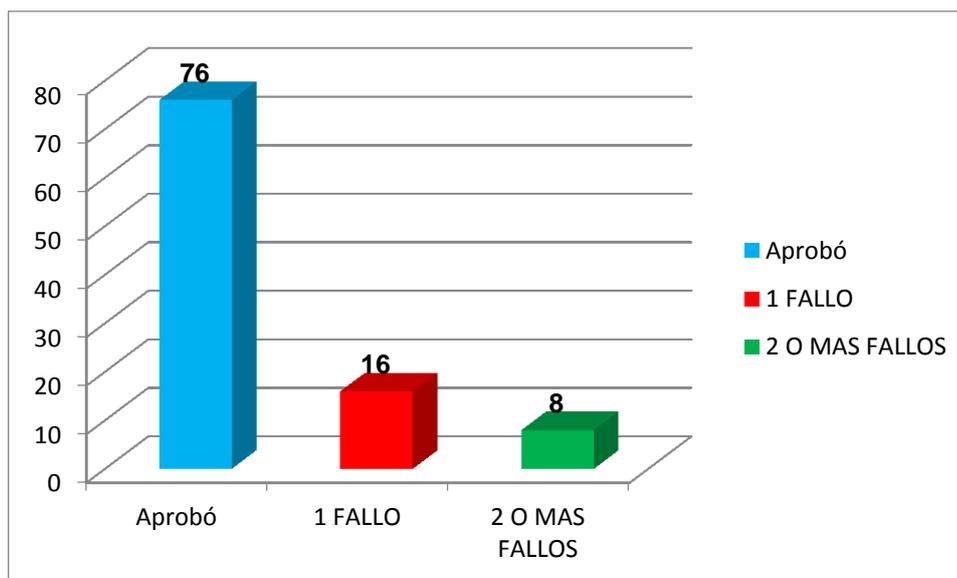
Tabla N° 9.

VARIABLE	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Aprobó	50	78	41	73	91	76
1 FALLO	7	11	12	21	19	16
2 O MAS FALLOS	7	11	3	5	10	8
TOTAL	64	100	56	100	120	100

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños de los CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

Autor: Carlos Núñez

Gráfico N° 9.



Análisis: Se puede determinar en el área motora fina adaptativa del test de Denver que el 76% de niños aprobó el test, el 16% presentó un fallo y el 8% presentó dos o más fallos respectivamente.

RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA DEL LENGUAJE DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

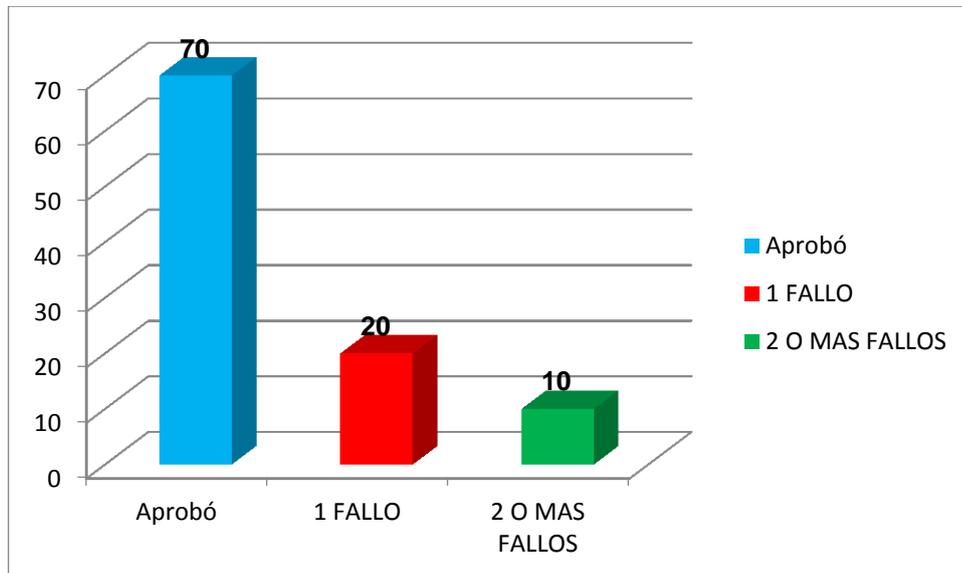
Tabla Nº 10.

VARIABLE	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Aprobó	44	69	40	71	84	70
1 FALLO	15	23	9	16	24	20
2 O MAS FALLOS	5	8	7	13	12	10
TOTAL	64	100	56	100	120	100

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños de los CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 10.



Análisis: Se puede determinar en el área de lenguaje que el 70% de niños aprobó el test, el 20% presentó un fallo y el 10% presentó dos o más fallos.

RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA PERSONAL Y SOCIAL EN LOS NIÑOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

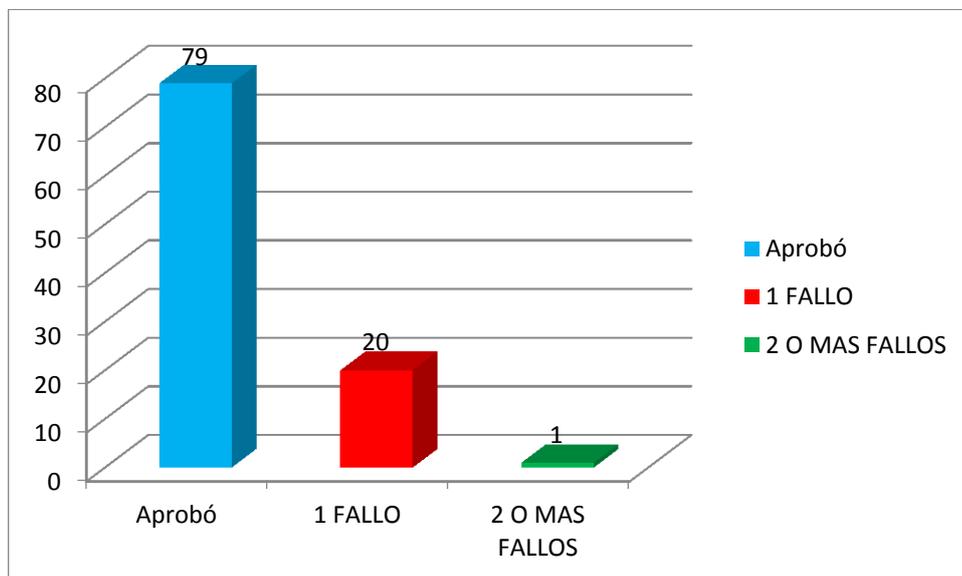
Tabla Nº 11.

VARIABLE	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Aprobó	53	83	42	75	95	79
1 FALLO	11	17	13	23	24	20
2 O MAS FALLOS	0	0	1	2	1	1
TOTAL	64	100	56	100	120	100

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños de los CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 11.



Análisis: Se pudo determinar en el área personal y social que el 79% de niños aprobó el test, el 20% presentó un fallo y el 1% presentó dos o más fallos respectivamente.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN COMPLETA DEL TEST DE DENVER EN LOS NIÑOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA 2014

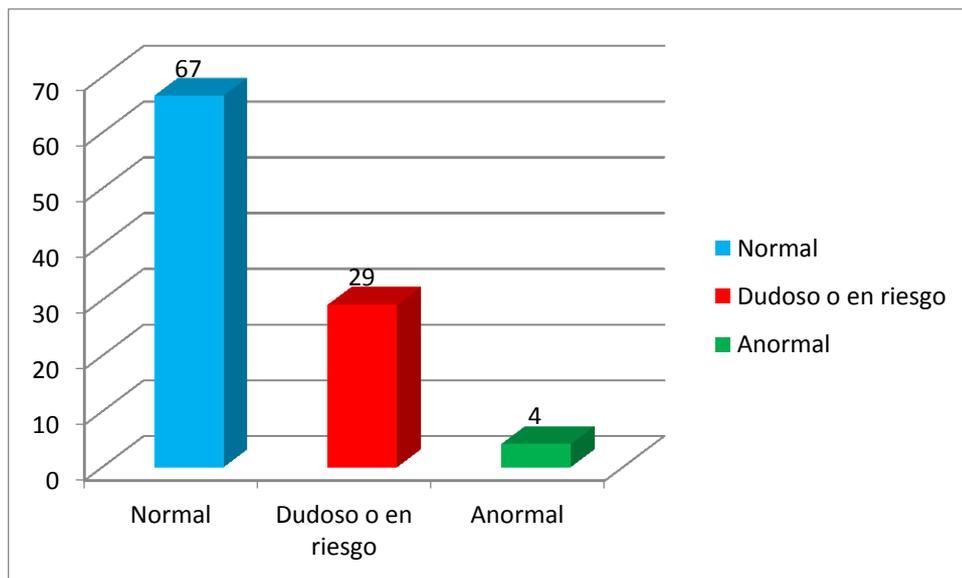
Tabla Nº 12.

EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER	Hombre		Mujer		Total	
	F	%	F	%	F	%
Normal	41	64	39	70	80	67
Dudoso o en riesgo	19	30	16	29	35	29
Anormal	4	6	1	2	5	4
TOTAL	64	100	56	100	120	100

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños de los CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 12.



Análisis: Se pudo determinar en la interpretación global del test de Denver que el 67% de niños y niñas dieron resultados normales, el 29% fueron calificados como una prueba dudosa o de riesgo y el 4% con una prueba anormal.

INFLUENCIA DEL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER EN LOS NIÑOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

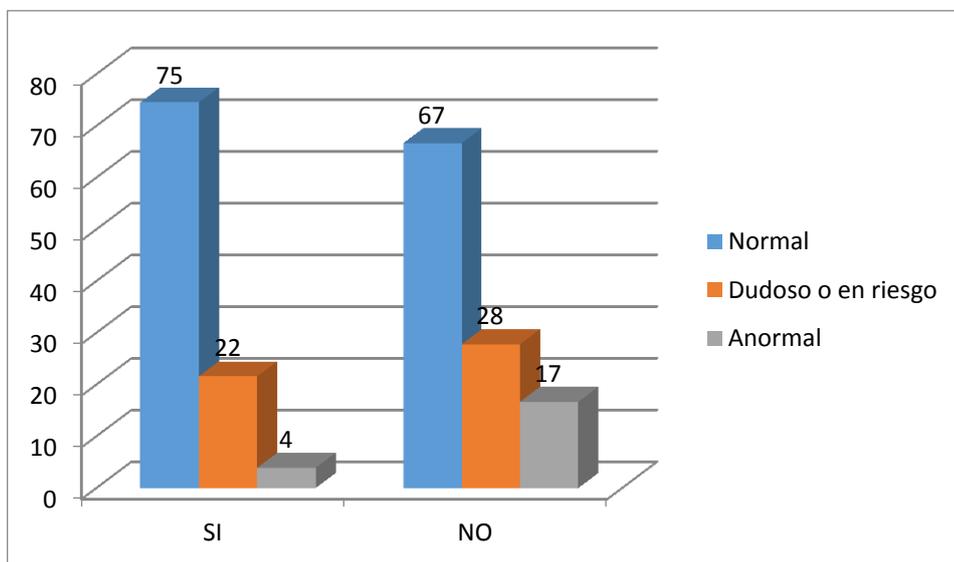
Tabla Nº 13.

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	76	75	12	67
Dudoso o en riesgo	22	22	5	28
Anormal	4	4	3	17
Total:	102	100%	18	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Gualel - El Cisne Mies-Loja

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 13.



Análisis: Se puede observar que en el inicio temprano de lactancia materna según el test de Denver el 75% de niños se encuentran normales, el 22% fueron calificados con una prueba dudosa o de riesgo y el 4 % presentaron una prueba anormal; los niños que no tuvieron un inicio temprano de lactancia materna el 67% fueron normales, el 28% una prueba dudosa o de riesgo y el 17% presentó una prueba anormal.

INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

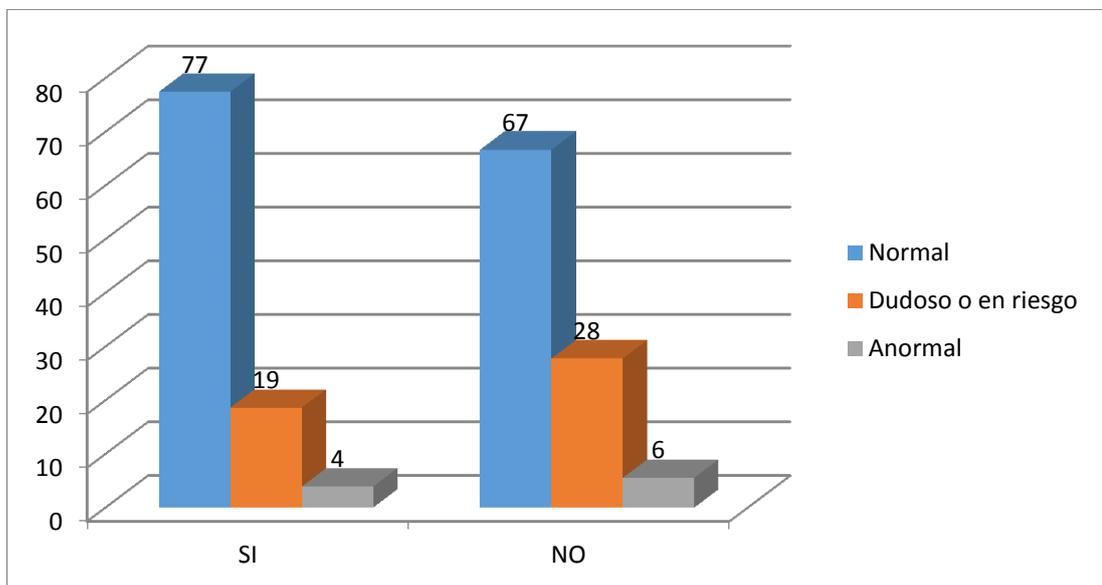
Tabla Nº 14.

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA			
	Si		NO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	79	77	12	67
Dudoso o en riesgo	19	19	5	28
Anormal	4	4	1	6
Total:	102	100	18	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Gualel - El Cisne Mies-Loja

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 14.



Análisis: Se puede determinar que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva según el test de Denver el 77% se encuentran normales, el 19% presentan una prueba dudosa o de riesgo y el 4% presentaron una prueba anormal mientras que aquellos niños que no recibieron lactancia materna exclusiva el 67% se encuentran normales, el 28% presentaron una prueba dudosa o de riesgo y el 6% de niños presentaron una prueba anormal.

INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA CONTINUA HASTA LOS 18 MESES Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

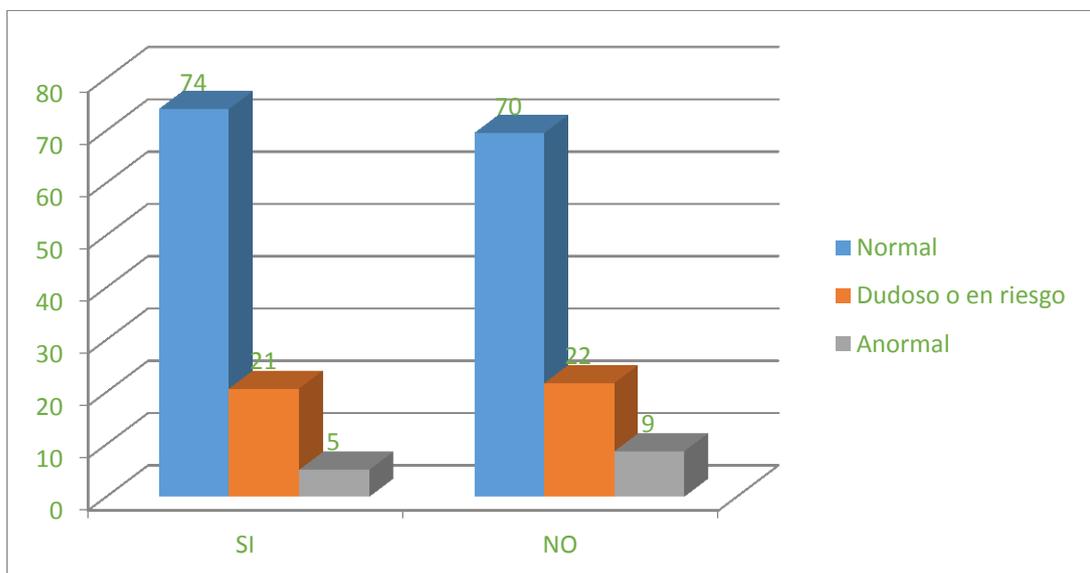
Tabla Nº 15.

	LACTANCIA MATERNA HASTA LOS 18 MESES			
	Si		No	
Normal	43	74	16	70
Dudoso o en riesgo	12	21	5	22
Anormal	3	5	2	9
Total:	58	100	23	100
Normal	43	74	16	70

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Gualel - El Cisne Mies-Loja

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 15.



Análisis: Se puede determinar que los niños que recibieron lactancia hasta los 18 meses según el test de Denver el 74% se encuentran normales, el 21% calificados con una prueba dudosa o de riesgo y el 5% presentan una prueba anormal mientras que aquellos niños que no recibieron lactancia hasta los 18 meses el 70% se encuentran normales, el 22% presentaron una prueba dudosa o de riesgo y el 9% de niños presentaron una prueba anormal.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

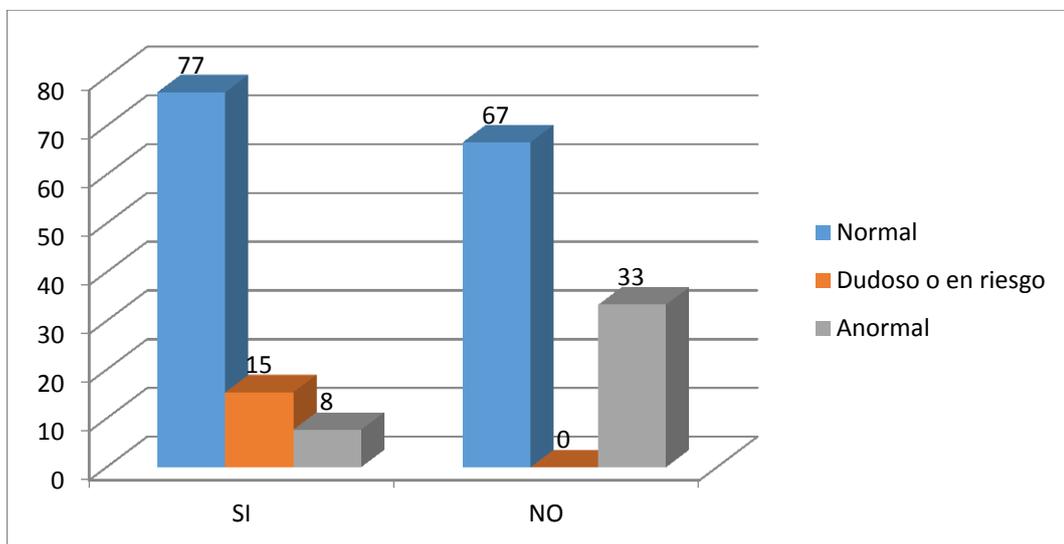
Tabla Nº 16.

	ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA A PARTIR DE LOS 6 MESES			
	Si		No	
RESULTADO DEL TEST DE DENVER	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	10	77	2	67
Dudoso o en riesgo	2	15	0	0
Anormal	1	8	1	33
Total:	13	100	3	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 16.



Análisis: Se puede observar que aquellos niños que recibieron alimentación complementaria a partir de los 6 meses según el test de Denver que el 77% se encuentran normales, el 15% calificados con una prueba dudosa o de riesgo y el 8% presentan una prueba anormal mientras que aquellos niños que no recibieron alimentación complementaria a partir de los 6 meses, el 67% se encuentran normales y el 33% de niños presentaron una prueba anormal.

DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA EN NIÑOS MAYORES DE 6 MESES Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

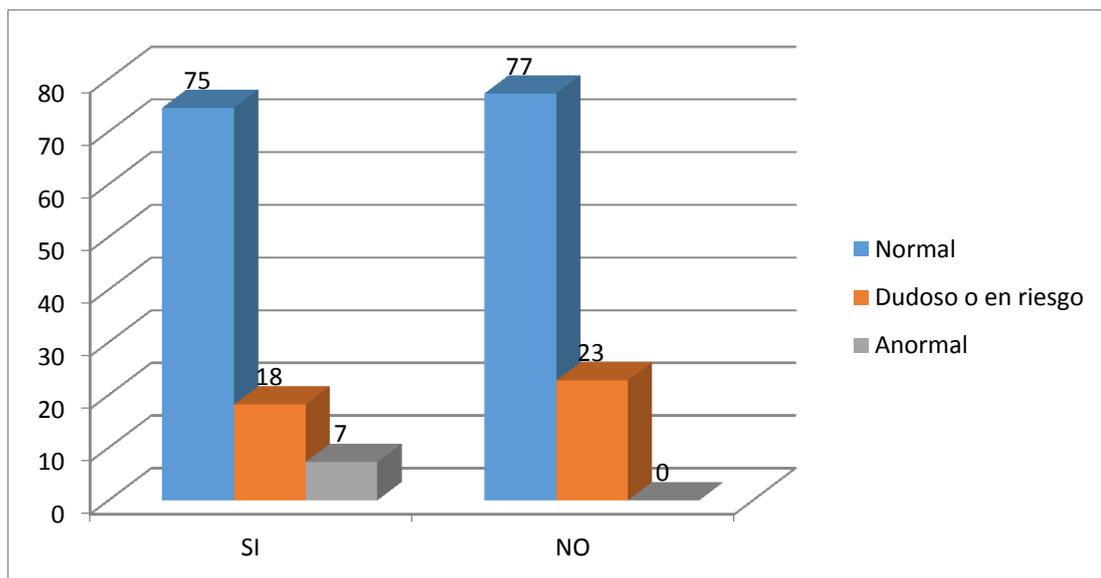
Tabla Nº 17.

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	41	75	17	77
Dudoso o en riesgo	10	18	5	23
Anormal	4	7	0	0
Total:	55	100	22	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 17.



Análisis: Se puede observar que aquellos niños que recibieron alimentación mínima a partir de los 6 meses según el test de Denver el 75% se encuentran normales, el 18% calificados con una prueba dudosa o de riesgo y el 7% presentaron una prueba anormal mientras que aquellos niños que no recibieron alimentación mínima a partir de los 6 meses, el 77% se encuentran normales, el 23% presentaron una prueba dudosa o de riesgo.

FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS AMAMANTADOS Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

Tabla Nº 18.

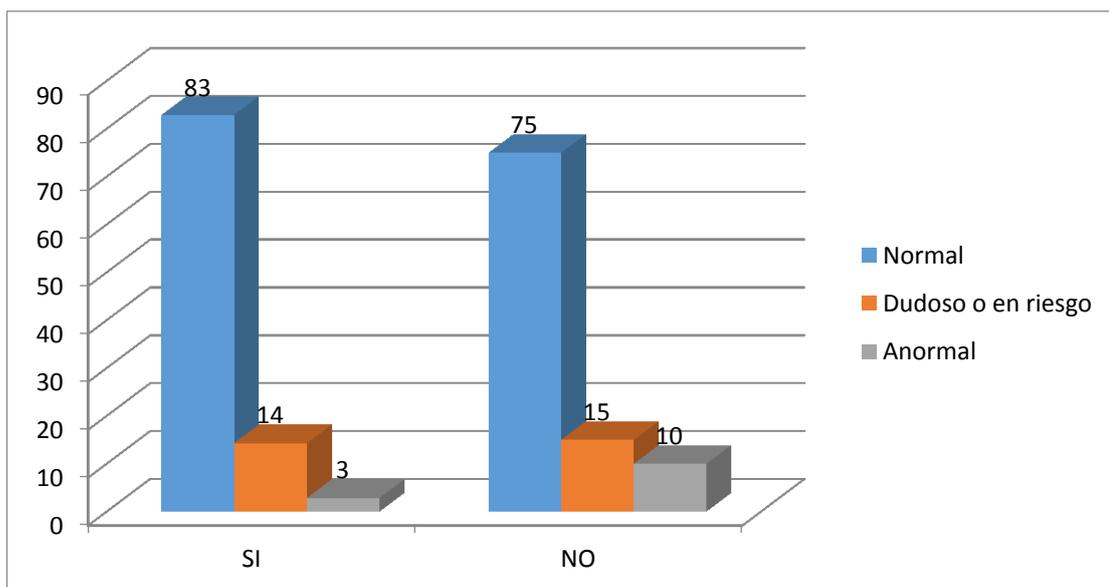
RESULTADO DEL TEST DE DENVER	FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS AMAMANTADOS			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	29	83	15	75
Dudoso o en riesgo	5	14	3	15
Anormal	1	3	2	10
Total:	35	100	20	100

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

CNH GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 18.



Análisis: Se puede observar la frecuencia mínima de comidas en niños amamantados según el test de Denver que 83% se encuentran normales, el 14% calificados con una prueba dudosa o de riesgo y el 3% presentan una prueba anormal mientras que aquellos niños amamantados que no recibieron la frecuencia mínima de comidas, el 75% se encuentran normales, el 15% presentaron una prueba dudosa o de riesgo y el 10% presentan una prueba anormal.

FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS NO AMAMANTADOS Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH LOS NIÑOS DE GUALEL - EL CISNE MIES-LOJA

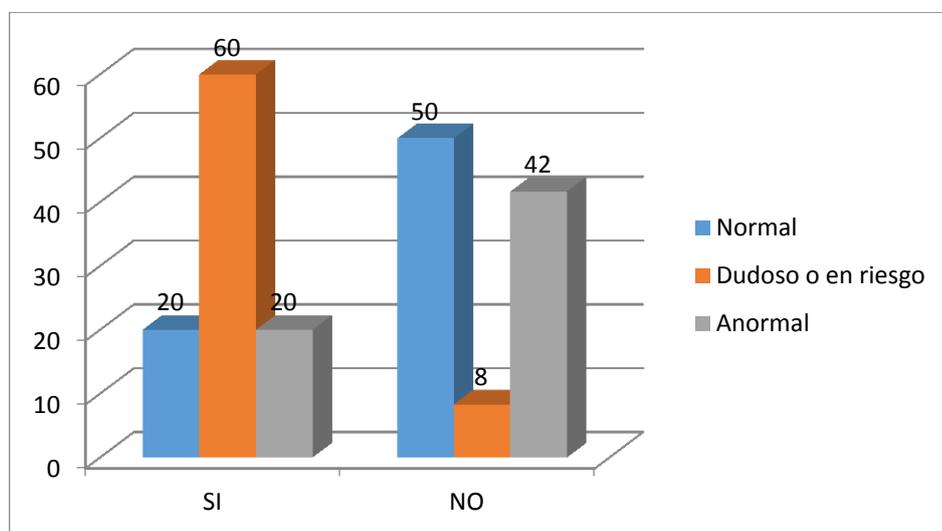
Tabla Nº 19.

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS NO AMAMANTADOS			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	1	20	6	50
Dudoso o en riesgo	3	60	1	8
Anormal	1	20	5	42
Total:	5	100	12	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Gualel - El Cisne Mies-Loja

Autor: Carlos Núñez

Gráfico Nº 19.



Análisis: De acuerdo a los datos obtenidos se puede observar la frecuencia mínima de comidas en niños no amamantados según el test de Denver que el 20% se encuentran normales, el 60% calificados con una prueba dudosa o de riesgo y el 20% presentaron una prueba anormal mientras que aquellos niños no amamantados que no recibieron la frecuencia mínima de comidas, el 50% se encuentran normales, el 8% presentaron una prueba dudosa o de riesgo y el 42% presentan una prueba anormal.

g. DISCUSIÓN

Según los datos de la UNICEF (2011) “el 28% de niños/as tuvieron al menos 18 meses de acceso a la lactancia materna continua, fuera exclusiva o mixta. Los otros indicadores tales como Diversidad alimentaria en niños y niñas fue un 60 %; Frecuencia mínima de comidas 56 %; Dieta mínima aceptable 44 %; Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro 40%”. Las estadísticas mencionadas son diferentes a las obtenidas en nuestra población en estudio donde se evidencia que el 85 % de los niños recibieron lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida. El 49 % recibieron lactancia materna continua de 6 a 18 meses, El 75 % de niños recibieron alimentación complementaria, EL 57% de niños amamantados y un 44 % de los no amamantados recibieron la frecuencia mínima de comidas. Con lo cual podemos determinar que hubo un manejo adecuado de las prácticas alimentarias por parte de las madres en relación al estudio antes mencionado.

En Chile, un estudio realizado por Sepúlveda Araya (2009), a un grupo de 1.025 niños de 0 a 5 años de diversas comunas de Santiago mostró que “un 16% de ellos presenta déficit en el desarrollo psicomotor en el grupo de menores de 3 años y un 40% de déficit en el grupo de 3 a 5 años. El desglose de estos resultados muestra que un 14% corresponde a un riesgo y un 2% retraso en el desarrollo y en el grupo preescolar existía un 31% de riesgo un 9% de retraso. Además, el estudio evidencia que al analizar por áreas de desarrollo, el 0% de ellos presentaba déficit en el lenguaje; un 30 % en coordinación, y un 17% en motricidad. Las evaluaciones se realizan por medio de dos instrumentos nacionales: EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, para niños de 0 a 24 meses) y TEPSI (Test de Desarrollo Psicomotor, para niños de 2-5 años). Ambos instrumentos cuentan con normas para detectar a los niños que presentan riesgo o retraso en su desarrollo psicomotor”, estos resultados difieren a los obtenidos en nuestro estudio en el cual se encontró que en el 67% se obtuvieron resultados normales aprobando exitosamente el test más de la mitad de los niños , el 29% con una prueba dudosa o de riesgo ya que presentaron dificultades durante la aplicación y el 4 % presentaron una prueba

anormal lo que nos indica una diferencia mínima en el retraso del desarrollo psicomotriz en relación con el estudio anteriormente mencionado. De acuerdo al análisis por áreas el 23% de niños presentaron fallos en el área motora, 24% en el área fina adaptativa, 30% en el área del lenguaje y el 21 % en el área del desarrollo personal social. Demostrando de esta manera que hubo mayor alteración, siendo las áreas del lenguaje, motricidad fina y motora las de mayor problema.

Alarcón Armendáriz, Alvarado, & Huitrón (2009) de la Universidad Nacional Autónoma de México analizaron la duración de la lactancia y desarrollo psicomotor en infantes, teniendo en cuenta que el abandono temprano de la lactancia materna representa un problema de salud pública, es necesario comprender los factores de riesgo y construir alternativas para fomentarla. El objetivo del estudio fue describir el nivel de desarrollo psicomotor a los 8 y 12 meses de edad, con respecto a la duración de la lactancia materna. Participaron 112 lactantes quienes cubrieron los requisitos de inclusión. Se formaron dos grupos según el tiempo de lactancia materna predominante: suspensión temprana (hasta tres meses) y lactancia extendida (cuatro y más meses). Los resultados mostraron que 47% de los niños del primer grupo, tuvieron un mejor desarrollo comparados con los del grupo de lactancia extendida, quienes tuvieron mayor prevalencia de malnutrición,” lo que difiere de nuestro estudio donde se encontró una relación directa entre el inicio temprano de la lactancia y el desarrollo psicomotriz normal, los niños que tuvieron un inicio temprano de lactancia materna, según el test de Denver, se identifica que el 75% de niños y niñas dieron resultados normales. Así mismo se observó que los niños de aquellas madres que dieron lactancia exclusiva, según el test de Denver presentan menos alteraciones en el desarrollo psicomotriz en comparación aquellos niños que no recibieron leche materna. De acuerdo a los resultados el 77% de niños que tuvieron lactancia materna exclusiva. Además, al considerar la importancia de la lactancia materna continúa hasta los 18 meses se concluye que el 74% de los niños que lactaron ininterrumpidamente, presentan índices que indican un buen desarrollo psicomotriz.

Por otro lado, Jimenez & Aillon (2012) realizaron un estudio encaminado a determinar las características de la lactancia materna y la alimentación en niños menores de 2 años de edad, en el Hospital La Paz , tomando en cuenta los indicadores de lactancia materna propuestos por la OMS y la UNICEF. “El estudio incluyo a niños de 0-2 años de edad que asistieron a consulta externa, del servicio de Pediatría del Hospital La Paz en Bolivia, durante los primeros 6 meses del año 2012. El total de niños que asistieron al servicio de consulta externa fue de 6,177 entre niños y niñas, la muestra tomada fue de 362 niños (as). Al finalizar el estudio se obtuvo como resultados que el 70% de los niños recibió lactancia materna temprana, el 79% recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, el 57% de los niños de 6 meses a 2 años de edad reciben lactancia materna continua, el 93% de los niños, reciben alimentación complementaria a partir de los 6 meses con alimentos suaves, y el 100% de los niños estudiados fueron amamantados alguna vez”, las estadísticas mencionadas son similares a las obtenidas en el estudio realizado en las parroquias de Gualal-El Cisne debido a que los niños que recibieron alimentación complementaria a partir de los 6 meses, según el test de Denver en su mayoría se encuentran en un parámetro de desarrollo normal con un 77% a diferencia de los que no recibieron alimentación complementaria donde tan solo un 67% presenta un estado normal. Igualmente en mayor medida aquellos niños que recibieron alimentación mínima a partir de los 6 meses, un 75% se encuentran en estado normal y un 18% se encuentran en estado dudoso mientras que un 27 % se encuentran en estado anormal. En lo que se refiere a la frecuencia mínima de comidas en niños amamantados un 83% se encuentran normal un 14% dudoso mientras que un 3% se encuentra en estado anormal. La frecuencia mínima de comidas en niños no amamantados según el test de Denver un 20% se encuentran normal mientras que un el 20 % se encuentran en estado anormal.

h. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo, relacionados a los objetivos planteados al inicio del mismo, se concluye que:

1. De acuerdo a los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas se determinó que el 85 % de los niños tuvieron un inicio temprano de lactancia materna, el 85% recibieron lactancia materna exclusiva. El 49 % recibieron lactancia materna continúa. En relación a la alimentación complementaria la recibió el 75 % de los niños/as, el 71 % recibió los cuatro grupos alimentarios mínimos y el 57 % de niños amamantados recibieron la frecuencia mínima de comidas.
2. La interpretación global del test de Denver nos permitió identificar que el 67% de niños y niñas dieron resultados normales, aprobando exitosamente el test, el 29% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo por presentar dificultades durante la aplicación y el 4 % presentaron una prueba anormal, lo que indica un retraso en el desarrollo psicomotriz.
3. De total de niños en estudio, el 85 % tuvieron un inicio temprano de lactancia materna, de los cuales el 75 % presentó un test de Denver normal en relación a los que no recibieron lactancia materna temprana con el 67 % de test normal. De los que no recibieron lactancia materna temprana el 17 % presentaron un test anormal o retraso del desarrollo psicomotriz, en relación a los que si recibieron inicio temprano de lactancia materna obteniendo el 4 % un test anormal.

Del 85 % de los niños/as que tuvieron lactancia materna exclusiva el 77 % presentaron resultados normales en el test de desarrollo psicomotriz y solo el 4% presentó una prueba anormal a diferencia de los que no recibieron lactancia materna exclusiva el 6 % presentó un test anormal. Los niños/as que recibieron lactancia materna continua hasta los 18 meses el 74%

obtuvo un test de Denver normal y solo el 5% un test anormal a diferencia de los que no recibieron lactancia materna continua hasta los 18 meses el 9% presentó un test anormal.

Aquellos niños/as que recibieron alimentación complementaria oportuna el 77 % obtuvo un test normal y solo el 8% una prueba anormal por el contrario los que no recibieron alimentación complementaria oportuna el 33% presentó un test anormal.

Del total de niños amamantados que recibieron la frecuencia mínima de comidas según el test de Denver el 83 % se encuentran normales y solo el 3 % presentan un test anormal en relación a los niños amamantados que no recibieron la frecuencia mínima de comidas el 10 % presentó un test anormal.

i. RECOMENDACIONES

- Al MIES que incentive la participación de los padres mediante la realización de actividades debidamente planificadas con el fin de propiciar un conocimiento más profundo de las prácticas alimentarias y de esta manera contribuir a un desarrollo adecuado de los niños y niñas.
- Que se motive a los padres de familia en la estimulación psicomotriz de los niños, para que potencialicen las capacidades de los niños en casa.
- Recomendar a los profesionales que están a cargo de los niños continúen motivando y promoviendo a las madres sobre la importancia de las prácticas alimentarias, además se mantenga un expediente individual de cada niño y niña con evaluaciones periódicas del desarrollo psicomotor, problemas de salud y otros problemas que afecten su desarrollo normal.
- Que se promocióne a los padres de familia de los niños atendidos sobre lo importante que es una alimentación adecuada y sus beneficios para el desarrollo y crecimiento del infante.
- Es importante que los profesionales de los CNH asistan a cursos o talleres de capacitación sobre el manejo y aplicación correcta del teste de Denver considerado el instrumento más utilizado para examinar los progresos en el desarrollo psicomotriz en los niños, ya que al no ser considerado se pueden obtener grandes consecuencias en el desarrollo físico, socio-emocional, cognitivo y del lenguaje que pueden ser evitadas con un manejo adecuado y una atención a tiempo acorde con los requerimientos básicos que el mismo posee.
- Por último, como investigador recomiendo que no se deje la investigación hasta este punto, sino ya una vez evidenciado algunas de las alteraciones en la relación de la alimentación con el desarrollo psicomotriz tomarlo como un punto de partida para el establecimiento de nuevos planes de acción, proyectos, campañas u otras investigaciones para el cambio de dicha problemática.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo, J. (2004). *La lactancia materna*. Sevilla: Universidad del Sevilla.
- Aguayo, J. (2009). *Manual de Lactancia Materna de la Teoría a la práctica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Alarcón Armendáriz, M., Alvarado, I., & Huitrón, B. (2009). *Duración de la lactancia y desarrollo psicomotor en infantes*. Mexico.
- Bueno, J. A. (2008). *Prueba de Tamizaje del Desarrollo de Denver II (DDST-II)*. Recuperado el 16 de febrero de 2015, de <https://jaimebueso.files.wordpress.com/2007/04/denver-teoria.doc>
- Cantuña, O. (2007). *Desarrollo Psicomotriz*. Barcelona: 2da Edición.
- Cárdenas, V. (2000). *Leyes del Desarrollo Psicomotor*. Madrid: Tercera edición.
- Chavez, A., & Homero Martínez, M. (1998). *Nutrición y desarrollo psicomotor durante el primer semestre de vida. México.* Recuperado el 16 de febrero de 2015, de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001577>. (Consultado 2014-06-04) (1. Mangialoavori, Gilardon, & Guidet)
- Consejería de salud. (2000). *Guía de promoción de alimentación equilibrada en niños y niñas menores de tres años*. Recuperado el 22 de enero de 2015, de http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/alimentacion_equilibrada_actividad_fisica/guia_alimentacion_menores_3anos/guia_promocion_alimentacion_ninos.pdf
- Coutiño León, B. (2010). Desarrollo Psicomotor. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 14, 58-60.
- Coutiño León, B. (2010). *Desarrollo Psicomotor*. Recuperado el 23 de febrero de 2015, de *Revista Mexicana de Medicina Física Y Rehabilitación*: http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2002/mf02-2_4g.pdf
- Culbertson, C. (2011). *Desarrollo psicomotriz y conducta emocional*. 2da edición.

- Daza, W., & Dadán, S. (2013). *Alimentación complementaria en el primer año de vida*. Recuperado el 16 de enero de 2015, de http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_8_vin_4/alimentacion_complementaria_1ano_vida.pdf
- Decs, D., Infante, D., & Matora, D. (2000). *Lactancia materna y desarrollo psicomotor*.
- Díaz Gómez, N. (2008). *Nutrición Infantil*. Madrid: Acta Pediátrica.
- Durivage, J. (2012). *Tipos de Familia*. Quito: 2da edición .
- Fernandez Alvarez, E. (1988). *El desarrollo psicomotor de 1.702 niños de 0 a 24 meses de edad*. México: Vitora.
- Fernández, J. (2005). *Importancia de la psicomotricidad*. Mc Graw Hill.
- Fernández, J., Marcet, C., & Monclus, M. (1997). *Didáctica de la educación infantil*. Segunda Edición: Océano.
- Frankenburg, W., Dodds, J., Archer, P., Shapiro, H., & Bresnich, B. (1992). The Denver II: A major revision and restandardization of the Denver. *Developmental Screening Test. Pediatrics.*, 477-479.
- Gamarra Atero, R., Porroa, J., & Quintana Salinas, M. (2010). *Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación*. Recuperado el 22 de enero de 2015, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n3/a07v71n3.pdf>
- García Sicilia, J., & Cols. (2011). *Manual práctico de pediatría en atención primaria*. Madrid: Primera edición.
- García Tornel, S., & Glascoe, F. (2000). *Detección precoz de problemas del desarrollo por el pediatra*. Guatemala: Primera edición.
- Gil, P. (2006). *La Expresión Corporal y la Educación Infantil*. 2da Edición .
- Hernández Aguilar, M. (2006). *Alimentación complementaria. Curso de Actualización Pediatría*. Madrid: Exlibris.
- Iceta, A., & Yoldi, M. (2002). *Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención*. Quito: Tercera edición.
- INEC. (2009). *Censo de Población y Vivienda*. Recuperado el 21 de 04 de 2014, de <http://www.inec.gob.ec>
- Jimenez, R., & Aillon, M. (2012). Patrones de alimentación en menores de 2 años. *Revista Médica La Paz - Bolivia*, 312 - 330.

- Lopez Alonzo, E. (2010). *Relación entre el desarrollo motriz y el grado de desnutrición*. Recuperado el 20 de febrero de 2015, de <http://repo.uta.edu.ve/bitstream/handle/123456789/960/4024-Elizabeth%20L%C3%B3pez.pdf?sequence=1>
- Mangialoavori, G., Gilardon, G., & Guidet, A. (2010). *La alimentación en niños menores de 2 años*. Buenos Aires.
- Méndez, L. (2010). *Lactancia Materna. Guía para profesionales*.
- Ministerio de Educación. (2010). *Presidencia de la Nación. Programa Nacional de Educación Sexual Integral*. Quito: MEC.
- Ministerio de Salud de Chile. (2005). *Dpto. Nutrición y Ciclo Vital División De Prevención y Control de Enfermedades*. Recuperado el 23 de marzo de 2015, de http://www.nutricion.sochipe.cl/subidos/catalogo3/Guia_Alimentacion.pdf
- Núñez, G., & Fernandez, G. (2003). *Importancia de la psicomotricidad*. Mc Graw Hill.
- OMS. (2014). *Alimentación de lactante y del niño pequeño*. Recuperado el 23 de enero de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
- OMS, UNICEF. (2009). *Indicadores para evaluar las prácticas de Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado el 3 de febrero de 2015, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf
- Osorio, J., Welssataub, G., & Castillo, C. (2002). *Desarrollo de la Conducta alimentaria en la Infancia y sus Alteraciones*. Recuperado el 3 de febrero de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002
- Pérez Oriarte, P. (2003). *Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor*. Quito.
- Pericas Bosch, J., & PreylInfad, G. (2004). *Curso de Actualización Pediatría*. Madrid.
- Rosich, J., Pons Martinez, M., & Albors-Steve, P. (2009). *Signos de alarma en el desarrollo psicomotor*. Recuperado el 22 de enero de 2014, de http://www.aepap.org/avalpap/signos_alarma_psicomotor.pdf

- Saga, J., & De la Fuente, M. (2011). *Obstetrica y Ginecología* . Madrid: Marban.
- Sánchez Ventura, M. (2006). *Supervisión del desarrollo psicomotor*. España: 2da Edición.
- Sánchez, W. (2007). *Control Prenatal*. Madrid: Gedisa.
- Schonhaut, L. (2008). *El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor*. Recuperado el 23 de febrero de 2015, de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79s1/art05.pdf>
- Sepúlveda Araya, G. (2009). *Estudio comparativo entre el desarrollo psicomotor de niños que presentan o no vulnerabilidad escolar en primer año básico de colegios municipalizados y particulares subvencionados de la comuna de Iquique*. Chile: Facultad de Ciencias de la Educación.
- Simms, M., & Schum, R. (2000). *Niños en edad preescolar con patrones atípicos de desarrollo*. Ecuador.
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2001). *Guía de Alimentación Para Niños De 0-2 Años*. Argentina: Primera edición.
- Trinidad, M. (2009). *Lactancia Materna*. Madrid: Club Universitario.
- UNICEF. (2011). *Análisis del Módulo de Lactancia materna*. Recuperado el 16 de Febrero de 2015, de http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Analisis_Modulo_Lactancia_Materna.pdf
- Viñas, A. (2007). *La lactancia materna: Técnica, Contraindicaciones e Interacciones con Medicamentos*. Barcelona: Sexta edición.

k. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado/da y en consecuencia autorizo mi participación en el proceso investigativo con el respectivo tema “**DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE GUALEL-EL CISNE DEL CANTON-LOJA**”, teniendo en cuenta que:

1. He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento.
2. He tenido oportunidad de aclarar mis dudas.
3. Estoy satisfecho/a con la información proporcionada.
4. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento del proceso investigativo.
5. Reconozco que todos los datos proporcionados son ciertos y que no he omitido ningún dato que sea relevante para la investigación.

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

CI.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
ENCUESTA

PROYECTO: 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 ALIMENTACION DEL NIÑO /A

ALIMENTACION DE 0 A 6 MESES DE EDAD

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

Tomó el seno apenas nació: En la primera hora Más de 1 hora

Leche materna exclusiva Leche materna + leche de vaca

Leche materna + leche de tarro Leche materna + coladas

Solo leche de vaca Solo leche de tarro

Solo coladas Otros:

LACTANCIA MATERNA CONTÍNUA

Hasta que edad le dio el seno

0 a 1 mes 2 a 3 meses 4 a 5 meses 6 a 3 meses

Hasta 6 meses 6 – 12 meses 13 meses a 18 meses

19 meses a 24 meses 24 meses y más

2. Si toma colada especifique de que :

Soya Avena Harina de plátano 7 harinas Tapioca Chuno

ALIMENTACION DE 6 MESES A 11 MESES

3. Qué tipo de alimentación tuvo su niño de 6 meses a 11 meses

Vegetales: Zapallo Zambo acelga Espinaca

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Frutas: Manzana Banana Pera uva melón granadilla

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Tubérculos: Papa melloco camote zanahoria

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Cereales: arroz avena quinua trigo

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Huevo: Yema Clara

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

Carne: Pollo Carne de res hígado

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Leche y derivados: leche yogur

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Leguminosas: fréjol garbanzo lenteja

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Coladas : máchica maíz Harina de Trigo

Otros Señale que

ALIMENTACION DE 12 A 23 MESES

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

Si No

Frutas: naranja mandarina banana manzana granadilla

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Proteínas: pollo Res Pescado huevo entero

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Cereales: arroz quinua trigo avena

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Vegetales: acelga espinaca

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Leguminosas: Frejol arveja lenteja garbanzo chocho

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Carbohidratos: Pan

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Fideos

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Lácteos: Leche de vaca yogurt

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

ALIMENTACION DE 24 A 36 MESES

5. Tipo de alimentación que come durante el día

Frutas: Manzana pera naranja banana mandarina

Uva frutilla

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Proteínas: pollo Res Pescado

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Huevo entero

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Cereales: arroz quinua trigo avena

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Vegetales: acelga espinaca

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Leguminosas: Frejol arveja lenteja garbanzo chocho

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Carbohidratos: Pan

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

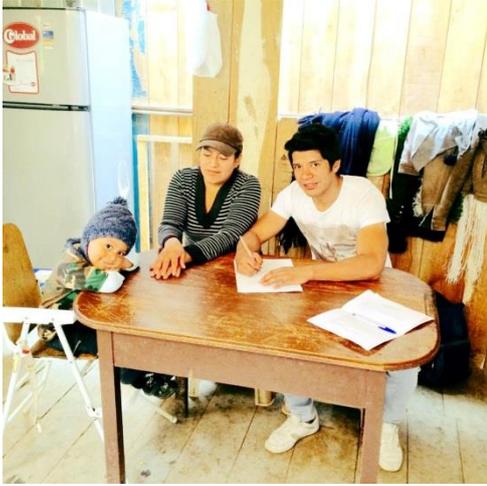
Fideos

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

Lácteos: Leche de vaca yogurt queso

Frecuencia: 1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día

GRACIAS



I. ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN.....	2
SUMARY	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA	7
1.1. ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS	7
1.1.1. Prácticas alimentarias recomendadas.....	8
1.1.2. Lactancia materna.....	8
1.1.3. Lactancia materna exclusiva	15
1.1.4. Alimentación complementaria	16
1.1.5. Contraindicaciones de la lactancia.....	19
1.1.6. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño	21
1.2. DESARROLLO PSICOMOTOR	26
1.2.1. Concepto	26
1.2.2. Importancia.....	26
1.2.3. Leyes	27
1.2.4. Factores que influyen	28
1.2.5. Evolución de la motricidad gruesa.....	29
1.2.6. Evolución de la motricidad fina	31
1.2.7. Desarrollo de los sentidos	31
1.2.8. Desarrollo social	32
1.2.9. Lenguaje.....	33
1.2.10. Signos de alerta en el desarrollo psicomotor.....	33
1.2.11. Evaluación del desarrollo psicomotor	36
1.2.12. Instrumentos de evaluación del desarrollo psicomotor.....	51
e. MATERIALES Y MÉTODOS	55
f. RESULTADOS	58

g.	DISCUSIÓN.....	77
h.	CONCLUSIONES.....	80
i.	RECOMENDACIONES.....	82
j.	BIBLIOGRAFÍA.....	83
k.	ANEXOS.....	87
l.	ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	94