



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

TÍTULO

**“DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU
RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN
EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE
TENERÍA-CARIGÁN Y CONSACOLA
MIES-LOJA”**

Tesis previa a la obtención
del título de Médico General

Alumna :

Gabriela Belén Cuenca Morocho

Directora :

Dra. Livia Gladys Pineda López, Mg. Sc

*El secreto del
éxito es la
perseverancia.*

LOJA – ECUADOR

2015

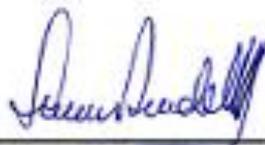
CERTIFICACIÓN

Dra. Livia Gladys Pineda López, Mg. Sc.
DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CERTIFICO

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada **"DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE TENERÍA - CARIGÁN Y CONSACOLA MIES-LOJA"**. De autoría de la estudiante Gabriela Belén Cuenca Morocho, previa la obtención del título de Médica General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

En la ciudad de Loja a los 5 días del mes de noviembre del dos mil quince,
firma:



Dra. Livia Gladys Pineda López, Mg.Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo Gabriela Belén Cuenca Morocho, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Firma: _____



Autora: Gabriela Belén Cuenca Morocho

Cedula: 1105142929

Fecha: 05/11/2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Gabriela Belén Cuenca Morocho declaro ser autora de la tesis titulada "DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE TENERIA-CARIGAN Y CONSACOLA MIES-LOJA", como requisito para optar al grado Medica 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 RDL, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 5 días del mes de noviembre del dos mil quince, firma la autora.

Firma: 

Autora: Gabriela Belén Cuenca M.

Cédula: 1105142929

Dirección: Av. Pablo Palacio y Vía de integración barrial

Correo electrónico: belen512@hotmail.es

Teléfono: 2105239

Celular: 0969339827

Directora de tesis: Dra. Livia Gladys Pineda López, Mg.Sc.

Tribunal de Grado: Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado, Mg.Sc.

Dr. Juan Arcenio Cuenca Apolo, Mg. Sc.

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra, Mg.Sc.

DEDICATORIA

A Quien ha sido mi guía y fortaleza, quien conoce mis caídas y mis triunfos, aquel que me permite hoy cumplir esta meta, a mi Dios y Señor. A los pilares y motor de mi vida, mis padres y hermanos, por su esfuerzo y sacrificio, por ser mi ejemplo de perseverancia, amor y servicio, les dedico este trabajo.

Gabriela Belén Cuenca M.

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi profundo agradecimiento a quienes han sido parte de mi formación como estudiante, a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, al Hospital Isidro Ayora de Loja y docentes por haberme compartido sus enseñanzas y sabiamente orientarme en el conocimiento y desarrollo de destrezas, fomentando siempre la formación académica y humana necesarias en esta noble vocación.

Al MIES-Loja, específicamente a las coordinadoras del programa Creciendo con Nuestros Hijos de Tenería - Carigán y Consacola, quienes abrieron las puertas y amablemente me permitieron realizar el presente estudio.

A mi directora de tesis, así como a todos quienes conforman este macro proyecto del cual me han permitido ser parte, que con mucha paciencia y entrega supieron guiarme en el desarrollo del mismo.

A mis padres por ser mi apoyo incondicional, porque sabiamente a pesar de dificultades y limitaciones me lo han dado todo, desde aquel pequeño juguete que marco mi vida, por enseñarme con su ejemplo, consejos y abrazos, por confiar en mí y llenarme de fortaleza y seguridad.

A mi ejemplo e inspiración de servicio, mi querido hermano y su hermosa familia por ser parte de mi vida. A mí hermana y amiga que me levanta el ánimo, que me hace sonreír y que siempre está conmigo. Finalmente a mis amigas, amigos y compañeros, con quienes se escribió en nuestra historia experiencias valiosas e inolvidables.

A Dios que me permitió caminar por estas sendas, llenas de aventuras buenas y malas, con tristezas y alegrías, pero que conducen a tan grata satisfacción de poder servir, por todo lo que me ha permitido vivir, porque sin Él nada sería posible.

Gracias.

1. TÍTULO

**“DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN
EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE TENERÍA-CARIGÁN Y CONSACOLA
MIES-LOJA”**

2. RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad determinar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño y su influencia en el desarrollo psicomotor. Misma que es de tipo transversal, correlacional, realizada en 103 niños/as de 0 a 36 meses inscritos en el programa creciendo con nuestros hijos (CNH) en Tenerife –Carigàn y Consacola del Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES-LOJA en el año 2014, para la recolección de la información, se realizó encuestas a las madres o cuidadores y se evaluó el desarrollo psicomotor aplicando el test de Denver. Del total de niños/as que tuvieron un inicio temprano de lactancia materna el 68,75% obtuvo un test de Denver normal, a diferencia de aquellos que no recibieron inicio temprano de lactancia, en los que el 65,22% obtuvieron test dudoso y el 13,04% anormal. De los niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva el 63,24% fueron normales y solo el 2,94% obtuvieron una prueba anormal, a diferencia de los que no recibieron lactancia materna exclusiva el 8,57% de pruebas fueron anormales. De los niños que recibieron la diversidad alimentaria mínima, el 55% obtuvieron un test normal, y solo el 5 % anormal; y en aquellos que no recibieron diversidad alimentaria mínima el 66,67% el test fue anormal. Por lo que se concluye que las adecuadas prácticas alimentarias influyen positivamente en el desarrollo psicomotriz. Es importante que las instituciones que trabajan en pro del bienestar de los niños/as como es el MIES a través de los CNH, se fomente el inicio y mantenimiento de prácticas alimentarias adecuadas, que aseguren el desarrollo integral de los niños/as de nuestra provincia Loja.

Palabras claves: niños menores de 3 años, prácticas alimentarias, desarrollo psicomotriz.

SUMARY

This research aims to determine the feeding practices of infant and young child and its influence on the psychomotor development. It is transverse, correlational study, carried out in 103 children from 0 to 36 months enrolled in the program "Growing with our Children" (GOC) in Tenerife - Carigán and Consacola of the Ministry of economic Inclusion and Social MIES-LOJA in 2014, for the collection of information, surveys were conducted to mothers or caregivers and psychomotor development was assessed using the Denver test. From all children who had an early start breastfeeding the 68.75% obtained a normal Denver test, unlike those who did not receive an early initiation of breastfeeding, in which the 65, 22% obtained doubtful test and 13.04% abnormal. From children receiving exclusive breastfeeding the 63.24% were normal and only 2.94% obtained an abnormal test, unlike those who did not receive exclusive breastfeeding 8.57% of the tests were abnormal. Of the children who received the minimum dietary diversity, 55% obtained a normal test, and only 5% abnormal; and those who did not receive minimum dietary diversity 66.67% the test was abnormal. It is concluded that appropriate feeding practices positively affect the psychomotor development. It is need that institutions working for the welfare of children as it is the Ministry of Economic and Social Inclusion through GOC, the encouragement in the initiation and maintenance of appropriate feeding practices that ensure the integral development of children in Loja province.

Keywords: feeding practices, psychomotor development, children

3. INTRODUCCIÓN

La correcta alimentación durante los dos primeros años de vida es fundamental para asegurar el crecimiento y mantener la salud en la fase adulta del individuo. En este periodo se distinguen dos etapas claramente definidas: la Lactancia y la primera infancia. La lactancia engloba a los niños menores de 12 meses de edad, y se caracteriza por la rapidez de crecimiento que provoca una gran demanda de energía y nutrientes si se compara con las necesidades de otras etapas de la vida. Es un periodo en el cual se produce: el desarrollo cerebral y la adquisición de funciones neuromusculares (masticación, deglución, etc.); maduración de las funciones digestivas, etc. Por ello la alimentación durante este periodo se debe ajustar a las capacidades funcionales, desarrollo psicomotor y necesidades del individuo, para asegurar el mantenimiento del organismo y evitar carencias, excesos o errores que podrían comprometer de forma irreparable el desarrollo cerebral y originar un desarrollo defectuoso del niño. (Ciller et.al, 2005, p.58)

Cada año nace en Centro América 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, 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. (Elizabeth Monserrate L. 2010, Pg4)

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, seguida de un régimen de lactancia continuada con alimentación complementaria (Asamblea Mundial de la Salud N° 54. Consulta de Expertos sobre la duración óptima de la Lactancia Materna exclusiva. Ginebra, 2001).

Para el año 2006, se ha estimado que 9.5 millones de niños murieron antes de cumplir los cinco años y que dos tercios de estas muertes ocurrieron durante el primer año de vida. La desnutrición está asociada al menos con el 35% de las

muerdes que ocurren en la niñez; por otra parte, la desnutrición es la principal causa que evita que los niños que sobreviven alcancen su completo potencial de desarrollo. (OMS; OPS, 2011, p.4)

Según la estrategia nacional intersectorial de desarrollo infantil integral en los años 2003 y 2004, se llevó a cabo un estudio para identificar y describir las características socio demográficas y nutricionales asociadas con el desarrollo neuroconductual en niños y niñas de 3 a 61 meses de tres comunidades de la región nororiental andina de Cayambe-Tabacundo, Ecuador. (Mcds Mies/infamsp – mineduc, 2004, p.24). Los resultados del estudio revelan elevadas frecuencias de retraso en el desarrollo. Los niños de 3 a 23 meses de edad presentaron retraso en las habilidades motrices básicas (30,1%) y los niños de 48 a 61 meses de edad presentaron retraso en las habilidades para solucionar problemas (73,4%) y en las habilidades motrices finas (28,1%).(p24)

En nuestra provincia no existen datos estadísticos sobre el tema, por lo que he creído necesario primero conocer nuestra realidad acerca de las prácticas de la alimentación del lactante y del niño pequeño, que podría estar influenciado en el desarrollo psicomotor de los niños del cantón Loja, con la finalidad de con ello emprender actitudes adecuadas y oportunas, por el bien de nuestros niños, cumpliendo con nuestro deber de velar por la integridad de una de las poblaciones más vulnerables pero también la más importante para el desarrollo de nuestro cantón y provincia.

El presente estudio de tipo transversal y correlacional, se llevó a cabo en los niños inscritos en los CNH Tenería-Carigán Y Consacola, que funcionan en la parroquia El Valle, del cantón Loja; con el 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 Tenería-Carigán y Consacola MIES-LOJA, año 2014. Y los objetivos específicos son: 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 Tenería-Carigán Y Consacola del MIES-LOJA, del año 2014. 3. Relacionar los indicadores de las prácticas alimentarias con el desarrollo psicomotor en los diferentes grupos de edad de los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola.

Se seleccionó a 103 niños de 0 a 36 meses inscritos en los CNH a quienes se les aplicó el test de Denver para valorar el desarrollo psicomotriz, y la información acerca de las prácticas alimentarias a través de encuestas a las madres o cuidadores de los niños.

Este proceso de investigación nos permitió determinar que del total de niños/as que tuvieron un inicio temprano de lactancia materna, solo el 2,5% tuvieron pruebas anormales, a diferencia de los niños/as que no tuvieron inicio temprano de lactancia materna en los que el 13% obtuvieron pruebas anormales. De los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva, el 2,94% presentaron pruebas anormales y por el contrario de aquellos que no recibieron lactancia materna exclusiva el 9% presentaron pruebas anormales, según el test de Denver. Se encontró también que de los niños que no recibieron diversidad alimentaria mínima el 67%, presentaron pruebas anormales.

Por lo tanto los niños/as que recibieron adecuadas prácticas alimentarias, presentan menos alteraciones en el desarrollo psicomotriz.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

1. ALIMENTACIÓN

1.1 CONCEPTO

La Alimentación consiste en proporcionar al cuerpo los alimentos (sólidos o líquidos) que se han seleccionado y preparado previamente (Calzada, 2008).

De acuerdo con este autor, la alimentación es fundamental para la supervivencia de todo ser humano, además de su crecimiento, desarrollo, salud y su evolución física, mental, emocional y social.

Mackenzie (2009) afirma que la Alimentación es un 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 lo 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. (p.111)

1.2 IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN

La alimentación es una de las prácticas más cotidianas del ser humano, ya que sin ella no pueda subsistir, esto se configura de acuerdo a hábitos, creencias, costumbres, patrones familiares y sociales. Mediante ésta se logra alcanzar la normalidad y estabilidad en el desarrollo y salud del ser humano.

La iniciación temprana de la lactancia materna viene a significar que a pesar de ser modificables no son de hecho fáciles de cambiar. Una de las estrategias posible a utilizar por su adaptabilidad son los programas de

estimulación del desarrollo, de acuerdo con su enfoque se determinan como estimulación adecuada, estimulación temprana, estimulación precoz, ofrecidos a los infantes en el medio en que se desenvuelven.

Papp y Campos (2010) mencionan que el riesgo de desnutrición infantil está relacionado con prácticas inadecuadas de lactancia materna, destete, incorporación de nuevos alimentos, hábitos y conductas alimentarias, especialmente durante el primer año de vida y en los resultados de su investigación encontraron que la duración de lactancia materna exclusiva fue menor de seis meses en el 55% de los casos. Fórmulas infantiles y leche entera de vaca fueron iniciados precozmente, siendo la dilución inadecuada. El destete se realizó antes de los 3 meses en 74,2%, por razones injustificadas, y 43,3% iniciaron la alimentación complementaria antes de los 3 meses.

1.3 ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE- NIÑO DE 0 A 6 MESES

Para Fricker, Dartois&Frayssseix (2004) mencionan que los más pequeños (de cero a diez semanas) pueden tomar tres o cuatro biberones; la cantidad, los horarios y la frecuencia de las tomas varían según el ritmo del niño.

A partir de los cuatro y seis meses, y hasta los tres años, los niños toman dos o tres comidas.

Es decir que este periodo que va desde su nacimiento hasta los tres años, el infante presente un crecimiento rápido y se lo considera como una etapa de alta sensibilidad.

Mataix (2005) en cambio afirma que el lactante debe encontrar en la leche materna la base fisiológica y por tanto óptima de su alimentación. La alimentación del lactante se hará exclusivamente con leche materna durante los tres a cuatro primeros meses de vida, para posteriormente ir introduciendo alimentos no lácteos. Cuando no se siga la lactancia natural, se acudirá a la lactancia artificial con fórmulas adaptadas que se asemejan aunque no igualan

a la leche humana. El modo alimentario será el mismo que se acaba de exponer para la lactancia natural: durante los tres o cuatro primeros meses de vida se alimentará al neonato con una fórmula láctea exclusiva (leche de inicio), para introducir alimentos no lácteos junto a fórmulas lácteas a partir de ese periodo (p.395).

La lactancia materna, se realiza exclusivamente con la leche de la madre, la cual fortalece y coadyuva al crecimiento y desarrollo integral del bebé. Esta lactancia puede ser natural (leche materna), lactancia artificial (otra clase de leche) y lactancia mixta (lactancia materna y lactancia artificial).

1.3.1 LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE

Garrido (2011) determina que el niño como bien si está sano, toma una dieta variada para su edad y tiene un peso y talla adecuados. Porque no queremos que un lactante tome 150 milímetros de leche por kilo y día. Lo que queremos, repito, es que esté sano y crezca bien. Para eso hay lactantes que necesitan 180 otros que con 100 tienen de sobra.

De hecho cuando un niño toma 100 y con otro 180 y ambos tienen el mismo peso y talla, en principio si hay que preocuparse por alguno de ellos es por el que toma 180, ya que tomando una cantidad mayor de alimento, si no crece más es porque asimila el alimento peor que el que crece como él con sólo 100 ml. (p. 147)

La alimentación complementaria comienza alrededor del sexto de vida pues la leche materna ya no es suficiente para cubrir las necesidades energéticas y nutricionales del infante y deben añadirse otros alimentos. A esta edad el infante ha alcanzado un adecuado desarrollo de la función digestiva y renal, así como la maduración neurológica.

En cambio para Hassink (2007) manifiesta que la infancia es un periodo en el que hay muchas transiciones en lo que respecta a la alimentación tanto del lactante como de la infancia-; se debe prestar particular atención a las

interacciones entre los padres y los niños para allanar el camino hacia una alimentación saludable. Los padrones de actividad física y de sedentarismo también surgen y se debe alentar a las familias a mirar con atención sus propias actitudes y comportamiento hacia la comida, la actividad física y el sedentarismo. Las familias con obesidad familiar tienen riesgo de tener un niño obeso y en ocasiones debe prestarse especial atención al balance energético, la estructura y el modelamiento de hábitos saludables. (p. 42)

La OMS recomienda además continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más. Estudios han demostrado que una mayor duración de la lactancia materna ha sido asociada, entre otros, con la reducción de enfermedades crónicas en la infancia y en la edad adulta.

1.3.2 LACTANCIA MATERNA:

La leche materna es el alimento recomendado para el recién nacido puesto que tiene la composición requerida para su desarrollo, crecimiento y protección contra agentes externos a los cuales estará expuesto al dejar el vientre estéril.

1.3.2.1 COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA.

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes. (OMS, 2010, p.9)

La concentración de Ig M, siendo el valor promedio de las primeras 24 horas de 204,54mg/dL y hacia el quinto día disminuye paulatinamente a un promedio de 14,52 mg/dL; mientras que la concentración de Ig G el valor promedio de las primeras 24 horas es de 51,41mg/dL y en el quinto día disminuye a un promedio de 5,43mg/dL. (OMS, 2010, p.10)

En consecuencia, el calostro es muy rico en inmunoglobulinas especialmente de la G, A y M, decreciendo rápidamente la primera en comparación con las otras; es así como, el niño recién nacido recibe a través del calostro un gran aporte de inmunoglobulinas pre-elaboradas por la madre, proporcionándole una inmunización pasiva que lo protegerá de agresores externos por lo menos sus primeros seis meses de vida hasta que su propio sistema inmune se desarrolle.

Aguayo (2004) afirma que 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 de 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 hidrofólica que contiene fosfolípido, colesterol, glicoproteínas y enzimas. (p.p 46-47).

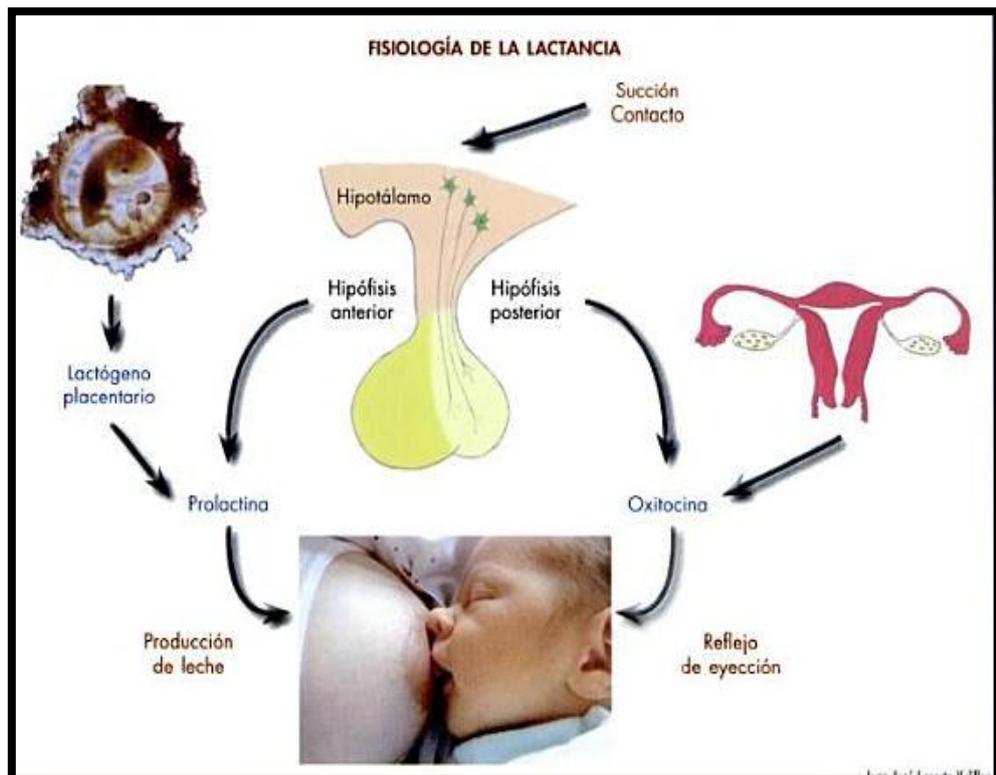
Por lo expuesto en esta cita, la leche humana o materna, se compone de lípidos y proteínas, además de carbohidratos y minerales. Entre las principales proteínas que contiene son: lactoalbúmina, lactoglobulina y caseína.

El *calostro* es la leche especial que es secretada durante los primeros 2–3 días después del parto. Es producida en pequeña cantidad, aproximadamente 40–50 ml en el primer día, pero esta cantidad es la que normalmente el recién nacido necesita en ese momento. El calostro es rico en

glóbulos blancos y anticuerpos, especialmente Ig As y contiene un mayor porcentaje de proteínas, minerales y vitaminas liposolubles (A, E y K) en comparación con la leche madura. La vitamina A es importante para la protección de los ojos y para la integridad de las superficies epiteliales; con frecuencia esta vitamina hace que el calostro sea de un color amarillento. La leche comienza a ser producida en grandes cantidades entre los días 2 y 4 después del parto, provocando que los pechos se sientan llenos; es lo que se llama “subida” (o “bajada”) de la leche. En el tercer día, un lactante toma normalmente 300–400 ml en 24 horas y en el día quinto 500–800 ml. Del día 7 al 14 la leche es llamada *de transición* y después de las primeras 2 semanas se llama *leche madura*. (OMS, 2010, p.9)

Cabe mencionar que su composición no es estática pues varía de acuerdo a sus constituyentes que dependen del estado de salud de la madre.

Gráfico Nro. 1



Fuente: Aguayo (2009)

1.3.2.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

Aguayo (2004) manifiesta que 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. (p. 33)

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.

Para Trinidad (2009) 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 él bebe puede percibir la voz, el olor, el latido cardiaco 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. (p. 23)

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.

1.3.2.2.1 PARA LA MADRE.

Aguayo (2009) considera que 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 (p. 411)

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 que 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, mas 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. (p. 24)

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.

1.3.2.2.2 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 de 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 (p. 10)

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 que 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. (p. 23)

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.

1.3.2.2 INICIO TEMPRANO DE LACTANCIA MATERNA

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) el suministro de leche materna al niño durante la primera hora de vida se conoce como "inicio temprano de la lactancia materna"; así se asegura que recibe el calostro ("primera leche"), rico en factores de protección.

Los estudios actuales indican que el contacto directo de la piel de la madre con la del niño poco después del nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna temprana y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusivamente materna entre el primer y cuarto mes de vida, así como la duración total de la lactancia materna. Los recién nacidos a quienes se pone en contacto directo con la piel de su madre también parecen interactuar más con ellas y llorar menos.

El inicio temprano de la lactancia materna (LM) trae beneficios para la supervivencia y desarrollo. La LM promueve la supervivencia infantil, la salud y el desarrollo cerebral y motor. Si bien la LM brinda beneficios de por vida tanto a la madre como al niño, los riesgos de no recibirla son mucho más pronunciados en la infancia.

El no iniciar la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento, constituye riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal, ya que no reciben de forma inmediata la primera leche, el calostro, que contiene los nutrientes y otros factores esenciales, así como los anticuerpos que fortalecen el sistema inmune del recién nacido, reduciendo el riesgo de enfermedad y

muerte. Iniciar la lactancia dentro de la primera hora promueve además contracciones uterinas posparto en la madre, lo que disminuye el riesgo de hemorragias; incrementa el apego entre madre y niño, y promueve la producción temprana de la leche. (Mullany, 2008, p599)

1.3.2.5 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Para Niño (2012) la lactancia materna representa la mejor y porque no decir la única manera ideal de poder contribuir a los niños los nutrientes que requieren para un adecuado crecimiento y desarrollo, en la práctica todas las madres podrían amamantar siempre y cuando se halle disponible una adecuada información y el apoyo familiar además del sistema de salud; siendo recomendable de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad y pudiendo mantenerse hasta los 2 años o más (p.28).

La leche materna constituye indiscutiblemente el mejor alimento que la madre puede ofrecer al recién nacido durante los primeros seis meses de vida. Posteriormente, hasta los dos años o más, los lactantes pueden seguir con la lactancia materna complementada con otros alimentos nutritivos.

Según Rossato (2008) existe evidencia que la lactancia materna provee al niño/a beneficios importantes al igual que para la madre; como lo menciona Niño y colaboradores una lactancia exclusiva hasta el sexto mes de vida, favorece un adecuado crecimiento y desarrollo, impactando en causas evitables de morbi-mortalidad infantil, sin distinción de nivel socioeconómico o trabajo materno. Un mejor conocimiento de los beneficios de la LM, está asociado a inicio temprano y mayor duración de Lactancia materna (LM). La educación en salud, las intenciones prenatales, experiencias de amamantamiento y el apoyo a la madre, inciden en el inicio o suspensión temprana de la LM (p.99)

El desarrollo de la conducta alimentaria, de sus trastornos y del estado nutricional no puede ser entendido de forma aislada del entorno sociocultural y económico, ni enfrentarse de la misma forma en las distintas sociedades y

culturas, pues existen grandes particularidades derivadas de uno de estos factores. Dado que el medio ambiente, los padres y los niños están en interacción recíproca y permanente, la alteración de una de las partes afecta a las otras.

1.4 ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES

La alimentación complementaria es la administración de cualquier otro tipo de alimento que no sea la leche de la madre o la leche adaptada.

De acuerdo con Frontera & Cabezuelo (2005) manifiestan que la maduración de las funciones fisiológicas del lactante es un fenómeno simultánea al crecimiento físico, y poco a poco sus aparatos digestivos y renales pueden asimilar nuevos alimentos.

El segundo semestre de vida es un periodo de transición entre la alimentación láctea exclusiva de los primeros meses hasta la alimentación variada a partir del año de vida. Hay que introducir nuevos alimentos, la alimentación complementaria, pero de manera muy lenta y progresiva y con calendario bastante riguroso.

La alimentación complementaria no debe empezar antes de los 4 meses del bebé, aunque tampoco se debe demorar más tarde de los 6 meses.

El momento exacto entre los 4 y los 6 meses en que debe comenzar la alimentación complementaria dependerá de las circunstancias de cada niño: si está satisfecho sólo con leche se puede esperar hasta los 5 o 5 meses y medio. Si el niño tiene problemas con la alimentación láctea exclusiva se inicia la alimentación complementaria A los 4 o 4 meses y medio.

El primer alimento que se introduce es la papilla de cereales sin gluten. Hasta los 4 o 5 meses de vida, el lactante no debe tomar ningún otro alimento más que la lactancia materna o leche adaptada. La alimentación complementaria es

otro tipo de alimento distinto de la leche. La alimentación complementaria no debe comenzar antes de los 4 meses del bebé ni después de los 6 meses. (p. 81-82)

Entorno a la alimentación complementaria, se debe aclarar que esta se puede iniciar a partir de los 6 meses, puesto que luego de estos meses iniciales el bebé necesita otros alimentos, que cubran sus necesidades nutricionales. Está claro esta debe ser oportuna, nutricional, segura y que brinde respeto y amor al bebé.

En cambio para Cárdenas & García (2008) la forma habitual de introducir la alimentación complementaria es sustituyendo, de una en una, las tomas de leche que recibe el lactante separando la introducción de un alimento nuevo del otro, al menos una semana, para que el niño vaya aceptado los nuevos componentes de la dieta, dando tiempo a la adaptación de su organismo, y pueda detectarse más fácilmente qué alimento específico es el causante de los eventuales problemas que puedan presentarse (alergia o intolerancia). También, es importante convencer a los padres de que la alimentación es un proceso voluntario y consciente y, por lo tanto, educable; por lo que, si queremos que todo vaya bien, debemos inducir unos buenos hábitos alimentarios desde un primer momento.

Entre algunas esta:

- Mantener la fórmula artificial o leche materna, sin introducir leche de vaca hasta el año.
- A partir de los seis meses, no más del 50% de calorías deben provenir de la alimentación complementaria, manteniendo un aporte de leche materna de al menos 500 ml/día
- No introducir el gluten hasta después de los 6-7 meses.
- Algunos alimentos especialmente alergénicos (pescado y huevo) es mejor introducirlos después de los 9-10 meses (p. 125-126)

Los nutrientes esenciales que un/a lactante mayor de 6 meses necesita en cantidades tales que puedan ser provistos por la leche materna y por los

alimentos complementarios comunes, son el hierro y el zinc. En algunas comunidades también debe prestarse atención la vitamina A, B, C, el ácido fólico y el calcio.

1.4.1 PRINCIPIOS DE ORIENTACIÓN PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Para Aguayo (2009) una alimentación apropiada para el infante es la leche humana y la lactancia materna debe considerarse como referencia o “patrón de oro” de la alimentación del lactante y niño pequeño. Las otras formas de alimentación deben demostrar la ausencia de efectos perjudiciales sobre la salud del lactante y de su madre a corto, mediano y largo plazo y resultados similares en cuanto a desarrollo pondoestatural, psicomotor o psicosocial.

Las madres tienen derecho a tomar una decisión informada y libre sobre el método de alimentación y crianza de sus hijos. Para ello, precisan información veraz y libre de influencias comerciales, respecto a beneficios o perjuicios para la salud y otras consecuencias económicas, sociales y ecológicas. No amamantar conlleva riesgos objetivos de morbilidad para la madre y su hijo, perjudica su desarrollo integral y acarrea consecuencias negativas a la familia, sociedad y medio ambiente. (p. 42)

Vallenas & Casanova (2003) manifiesta que para una alimentación apropiada

Se debe comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeños de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. La energía proveniente de los alimentos apropiados para niños con ingesta “promedio” de leche materna en países en vías de desarrollo es de aproximadamente 200 kcal al día para niños entre los 6 y 8 meses de edad, 300 kcal al día para niños entre los 9 y 11 meses, y 550 kcal al día para niños entre los 12 y 23 meses de edad. En países desarrollados se estima que las necesidades son algo diferentes (130, 310 y 580 kcal al día para niños entre

los 6 y B, 9 y 11 y 12 y 23 meses respectivamente) debido a las diferencias en la ingesta de leche materna.

También es importante aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños. Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría también pueden consumir alimentos que pueden comer con los dedos (meriendas que pueden servirse los niños por si solos). A los 12 meses la mayoría de niños pueden comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia (p. 10)

Una buena nutrición asegura un buen desarrollo en toda su dimensión. Las personas con una buena nutrición tienen mayor disposición para participar plenamente de todas las actividades y oportunidades que ofrece la vida familiar, escolar, académica y social.

1.4.2 DIVERSIDAD ALIMENTARIA

Rojas (2013) afirma que la alimentación complementaria es un proceso que existe del hombre en el cual intervienen factores sociales, culturales, personales, familiares que obstaculizan la buena práctica de este proceso natural a través del tiempo hacen que los conocimientos se modifiquen positiva y negativamente. Es la introducción de cualquier alimento líquido o sólido junto con la lactancia materna; a partir de los seis meses el niño o la niña además de continuar con la lactancia materna necesita iniciar con la alimentación complementaria, cuando el niño empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna es necesario tener mucha paciencia, no forzado, el momento debe ser tranquilo y lleno de cariño (p.129).

La alimentación complementaria se introduce al cumplir los seis meses de edad, y este proceso se inicia cuando la leche materna por sí sola ya no aporta el 100% de las necesidades nutricionales del niño o niña.

Según Calle, Morocho & Otavalo, la elección de alimentos complementarios depende no sólo de aspectos nutricionales (energía, proteína, micro- nutrientes que se debe aportar) sino también de los hábitos culturales, de factores biológicos, como la maduración de los procesos fisiológicos y de factores relacionados con quienes brindan el alimento como es el conocimiento de la madre. Es importante reconocer que las intervenciones nutricionales confrontan siempre las creencias y hábitos (p.69).

La introducción oportuna contribuye a garantizar una transición adecuada de la alimentación líquida exclusiva, a base de leche materna, a una alimentación semisólida, proveniente de otros alimentos complementarios.

1.4.2.1 PIRÁMIDE ALIMENTARIA

La pirámide alimentaria es una guía de lo que debe consumir diariamente para obtener los nutrientes que el cuerpo necesita. Para su interpretación se entiende que los alimentos dispuestos en la cima o vértice superior son los que deben consumirse en menor cantidad y los que están cerca de la base son los que se deben consumir con mayor frecuencia y en cantidades mayores, incluyendo las calorías que aportan.

Gráfico Nro. 2



Fuente: Recuperado en: <http://garciamocp.blogspot.com/2013/10/piramide-nutricional-para-ninos-y.html>. Fecha de recuperación: 03/11/2015

Las necesidades nutritivas del hombre deben satisfacer un cierto número de exigencias, como la resistencia a las enfermedades, unas condiciones físicas y una actividad intelectual satisfactorias, buena salud durante la vejez, etc. Se puede estimar la necesidad mínima de un nutriente midiendo el aporte necesario para compensar la cantidad perdida diariamente por el organismo, así se determinan los requerimientos en nitrógeno, calcio, zinc y magnesio, pero cuando se trata de alimentos que son oxidados y en los que el carbono se elimina por el aire espirado, el requerimiento mínimo corresponde a la cantidad que impide la aparición de los primeros síntomas de carencia, no obstante, esta estimación presenta dificultades de naturaleza metodológica y ética.

La variabilidad que caracteriza las necesidades nutritivas puede atribuirse a diferencias de naturaleza genética o a la influencia del medio de vida, lo que confiere un valor especial a los estudios comparados sobre las necesidades alimentarias y el metabolismo de poblaciones que viven en medios geográficos y culturales diferentes y tienen la misma constitución genética. Los factores ambientales pueden ser de naturaleza física (por ejemplo temperatura ambiente), biológica (enfermedades infecciosas y parasitarias), social (ejercicio físico, vestimenta, condiciones sanitarias e higiene corporal). Estos factores del medio pueden influir directamente sobre el estado nutritivo, modificando las necesidades, o bien, indirectamente, sobre la producción, disponibilidad y consumo de alimentos. Las diferencias que presentan los individuos de la misma edad, igual sexo y estado fisiológico parecido, se atribuyen a factores genéticos y ambientales, una variación importante es la que se manifiesta en relación con la expresión real de los genes de cada individuo.

1.5 ALIMENTACIÓN EN NIÑOS DE 13 A 24 MESES

Danza & Dadán (2014) mencionan que la 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. 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.

A medida que el bebé va desarrollando sus habilidades psicomotoras, adopta una alimentación más parecida a la de los adultos. A partir del primer año, el niño consolida su gusto al probar nuevos sabores y texturas, y comienza a mostrar sus preferencias.

1.6 ALIMENTACIÓN EN NIÑOS DE 25 A 36 MESES

Para Calle, Morocho & Otavalo (2013), en esta etapa la velocidad de crecimiento disminuye, lo que produce un descenso relativo de las necesidades nutricionales. El apetito del niño/a está orientado a satisfacer las necesidades energéticas y la consistencia de los alimentos, disminuye el volumen ingerido y se produce una disminución fisiológica del apetito.

A esta edad el niño/a se adjunta paulatinamente los horarios de alimentación del resto de la familia. Un niño/a con un buen estado nutritivo, debe tener horarios definitivos. El momento de las comidas debe ser compartido, cada vez que se pueda, con el resto del grupo familiar, con la máxima frecuencia que permitan las actividades del grupo y las necesidades de alimentación así como el ciclo sueño- vigilia del menor (p.112).

Es decir, que la participación del niño/a en su propia comida y en la del grupo familiar debe representar para todos, una experiencia de socialización positiva, que de ninguna manera se asocie a reproches, castigo o imposiciones, pero tampoco a gratificaciones que vayan más allá de la experiencia placentera de alimentarse

1.7 INDICADORES PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO

Según la OMS-UNICEF (2007) El estado nutricional de un niño menor de dos años y, en última instancia, su sobrevivencia hasta los 5 años, depende directamente de sus prácticas de alimentación. Por lo tanto, para mejorar la nutrición, la salud y el desarrollo de los niños entre 0 y 23 meses de edad es crucial mejorar sus prácticas de alimentación. Por otro lado, los indicadores usados en las encuestas de base poblacional para medir estas prácticas han estado más enfocados en las prácticas de lactancia materna.

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

Los indicadores descritos en este documento son el resultado de un esfuerzo de 5 años para desarrollar un grupo de indicadores fáciles de medir, válidos y fidedignos para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Se centran en una selección de aspectos relacionados con los alimentos que es posible medir a nivel de la población.

Otros aspectos de la alimentación óptima tales como la alimentación perceptiva y la textura adecuada de la comida son más complejos de evaluar y se sigue trabajando en desarrollar definiciones válidas y fidedignas de los indicadores y métodos de medición para el mismo.

Indicadores Básicos

- **Inicio de la lactancia materna**

Inicio temprano 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 continua**

Lactancia materna continua 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

- **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**

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**

Frecuencia mínima de comidas: Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (pero que también incluyeron leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces o más.

Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad

que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más durante el día 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

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

Indicadores Opcionales

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

Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados alguna vez

Niños nacidos en los últimos 24 meses

Lactancia materna continua a los 2 años: Proporción de niños de 20 a 23 meses de edad que fueron amamantados.

Niños de 20 a 23 meses de edad que fueron amamantados durante el día anterior

Niños de 20 a 23 meses de edad

Lactancia materna adecuada según la edad: Proporción de niños de 0 a 23 meses de edad que fueron amamantados adecuadamente

El indicador se calcula en base a las dos fracciones siguientes:

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

Lactantes de 0 a 5 meses de edad

y

Niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron leche materna así como alimentos sólidos, semisólidos o suaves durante el día anterior

Niños de 6 a 23 meses de edad

Lactancia materna predominante antes de los 6 meses: Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad que son predominantemente amamantados.

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

Lactantes de 0 a 5 meses de edad

Duración de la lactancia materna: La duración mediana de la lactancia materna entre los niños de menos de 36 meses de edad.

La edad en meses cuando el 50% de los niños de 0 a 35 meses de edad no fueron amamantados durante el día anterior

- **Alimentación infantil con biberón**

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

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

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

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

CAPÍTULO II

2. EL DESARROLLO INFANTIL DE 0 A 36 MESES

Según Soutullo (2010) determina el desarrollo infantil de la siguiente manera:

- **En el recién nacido**

Se considera que un bebe es un recién nacido hasta que alcanza su primer mes de vida. Este es únicamente un ser biológico. El ser humano llega al mundo con todo un repertorio conductual que le capacita para interactuar con su cuidador y relacionarse con el mundo que le rodea, ya sean personas u objetos. Ve, oye y puede localizar de donde viene el ruido. Es capaz de emitir expresiones faciales innatas y universales como lo hacen algunos otros primates superiores. Así mismo, es capaz desde muy pronto de responder a la mímica y a la voz de la persona que le cogen en brazo, imitar gestos faciales, diferenciar la voz de la madre de la de otra ciudadana, fijar unos momentos la atención, imitar algún movimiento, responder al gesto del adulto que le habla y establece a través de su cuerpo y de su llanto una comunicación social.

En conclusión, el ser humano reacciona socialmente desde que nace, las reacciones del recién nacido a los estímulos del entorno dependen del nivel de conciencia que presente en un momento determinado. El neonato duerme muchas horas y pasa por muchos estados de conciencia a lo largo del día, (sueño profundo, sueño ligero, adormecimiento, estado de alerta, despierto con mucha actividad motriz y llanto). Las mejores respuestas siempre ocurren cuando está en un estado de alerta (p.22)

Principalmente sus reflejos innatos como por ejemplo la prensión, abrazo de Moro, rotación, succión y demás, este tipo de movimientos traen consigo el instinto nativo de la supervivencia y la generación del vínculo simbiótico con la madre.

- **Entre 0 y 2 meses**

El niño va adquiriendo progresivamente interés por el entorno, además de capacidad para autorregularse. Es decir, de tener un cierto control de conducta (se pone la muñeca o el puño en la boca para dejar de llorar y puede, si se le ha educado para ello, regular los horarios de comer y dormir según sus necesidades y rutinas de su hogar). Hacia el primer mes de vida, el niño ya emite sonidos vocalizados, al principio indiferenciado y después claramente articulados (Soutullo, 2010).

A esta edad el desarrollo del bebé se plasma principalmente en su movimiento libre, en explorar su entorno, por lo que los padres deben brindarle afecto y seguridad. Entre las principales características que presenta son posee la capacidad de mover a voluntad los músculos de su cuello y puede sostener por propia cuenta la cabeza, empieza a desarrollar la coordinación manual, esto dependerá también de cada niño y del tipo de estimulación y a máxima satisfacción del infante son las experiencias táctiles-motrices y para tenerlo feliz basta con mantenerlo entretenido, para calmarlo si llorase, un juguete colorido y al tamaño de sus manos será más que perfecto.

- **A partir de los 2 meses**

Se inicia el proceso de vinculación, muy importante para su salud mental futura. Se denomina vinculación al proceso en el cual todo lactante normal establece entre los 2 y los 8 meses un vínculo emocional especial con su principal cuidador (suele ser la madre). La conducta de vinculación se acompaña de un interés por esta persona, que adquiere una importancia primordial en la vida del niño. Este la mira, la sonrío, le estira los brazos para que lo coja en brazos. El niño también adquiere un mayor interés por las personas de su alrededor y responde a su modo cuando le hablan (con la mirada, gestos, etc.); es muy bueno que se le hable. El bebé emplea sus capacidades sensoriales para formar vínculos con el mundo humano (Soutullo, 2010).

- **A partir de los 3 meses**

En este periodo un lactante normal puede interactuar de forma intencional, es decir, responde a una sonrisa con otra sonrisa y responde a la voz de las personas. Es capaz de iniciar una comunicación y de jugar con otra persona, con un objeto o juguete. En esta etapa aparece el balbuceo.

Cuando termina el estado de vinculación, alrededor de los 8 meses, aparece el temor al extraño y la ansiedad por separación que, a partir de este momento, se incrementa hasta llegar a un máximo hacia los 13 meses. Esto es algo completamente normal en el desarrollo de un niño. Unos lo presentan con más intensidad y otros con menos, por su total ausencia sería muy preocupante para devenir psicosocial ulterior del lactante que lo presente.

- **A partir de los 7 meses**

El niño empieza a manifestar una mayor independencia y sus preferencias gracias a la adquisición de un mejor control postural y la posibilidad de permanecer sentado. Hasta este momento, en los intercambios recíprocos la iniciativa la solía tomar la madre. Ésta, ahora, debería permitir que el bebé pueda también tomarla.

- **Entre los 8 y los 18 meses**

El pequeño empieza a contemplar sus pies hasta que, en un momento dado (varía de un niño a otro) se hecha andar. Este momento constituye un hito importante en su desarrollo psicomotor. Al principio, su equilibrio es precario y se tambalea, pero hacia los 18 meses ya camina solo y seguro. Antes del inicio de la marcha, unos niños pasan por una fase de gateo, mientras otros no lo hacen, sin que ello sea signo alguno de patología. A partir de entonces, el niño se dedica a explorar objetos y personas. Esto es posible si ya ha adquirido la capacidad de comunicación distal y no necesita el contacto físico constante y tolera durante unos momentos de inseguridad de separación de su madre o cuidador. En este periodo también aparecen las primeras palabras. Antes de ello, el lactante hace ensayos fonéticos; pronto intenta reproducir los sonidos que oye y tiene un rico lenguaje gestual pre verbal. Las primeras palabras son bisílabas. El bebé emite agrupaciones de fonemas que por la retroalimentación

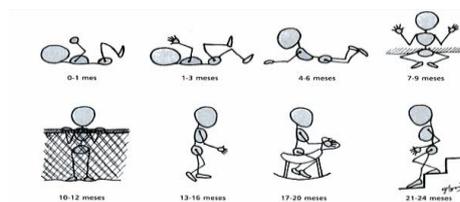
de su entorno, que le presta atención, adquieren significado referencial. A los 12 meses muchos niños tienen un repertorio de unas cinco a diez palabras y a los 18 meses pronuncian las primeras frases, que consiste en la combinación de dos palabras.

Algunas diferencias individuales en el desarrollo del niño pequeño se atribuyen a unos rasgos constitucionales que se denomina temperamento. Thomas Chess, en un estudio longitudinal de 18 años de seguimiento, describieron nueva característica temperamentales dimensiones. Así mismo, describieron un tipo de niño en el que reúnen una serie de dimensiones que generan un temperamento difícil, lo describieron como difícil child (humor negativo, intensidad de reacciones), adaptación pobre y nivel de ritmicidad baja).

Este temperamento suele ser bastante estable en años siguiente y los niños que lo presentan son, en general difíciles de educar. Después de los estudios de Chess, Thomas y Plamín, el temperamento queda bastante olvidado en las publicaciones sobre desarrollo infantil. Pero desde finales de los noventa ha vuelto a cobrar importancia y cada vez son más los que se interesan por él. Foz y Henderson, en 1999, describieron un tipo comportamiento mental al que denominaron exuberante. Se trata de niños que desde el primer año de vida manifiestan una serie de respuestas fisiológicas y conductuales comunes, que consisten en un grado elevado de afecto positivo y conductas frecuentes de aproximación; suelen ser niños muy poco temerosos y en todos ellos se ha encontrado una asimetría frontal izquierda (p.p 39-40)

2.1 DESARROLLO PSICOMOTRIZ

Gráfico Nro. 3



Material protegido por derechos de

Fuente: (Posada, Gómez & Ramírez .2005 p. 126).

Según Posada, Gómez & Ramírez (2005) el desarrollo psicomotor, se puede analizar mediante la observación de cuatro conductas: motriz, adaptativa, del lenguaje y personal social. Los logros significativos para cada edad fueron registrados por el autor en el decenio el cuarenta; no obstante, la observación es que con frecuencia muchos niños muestran tales son conductas antes de las edades que se especifican.

La psicomotricidad comprende actividades del ser humano, las cuales necesitan precisión y coordinación, los cuales se reflejan en sus movimientos en el desarrollo de una determinada actividad. De ahí que implica regularidad, eficacia, armonía y acción, lo que implica una o varias áreas del cuerpo, lo que nos diferencia de los animales

Para Martínez (2014) el desarrollo psicomotriz hay que considerarlo en la actualidad como un método psicoeducativo integral que favorece el desarrollo humano. Este modo de intervención ha ido evolucionando desde planteamientos parcelados en torno a trastornos psicomotores, objeto de reeducación y terapia a una concepción actual donde la educación psicomotriz ocupa un lugar referente en el proceso educativo del niño. (p. 125)

La psicomotricidad es una relación entre el movimiento y el pensamiento, este método permite mejorar la actividad social y el comportamiento de los sujetos, brinda apoyo a las estructuras básicas para el aprendizaje escolar, tales como el esquema corporal, lateralidad, nociones espaciales y temporales

2.2 CONCEPTO:

Según Fejerman & Fernández (2007) los márgenes de las edades a las que se aplica el término “desarrollo psicomotor” no están bien precisados, si bien existe un amplio consenso e limitarlo a los dos primeros años de vida. Durante la infancia progresiva adquisición y el perfeccionamiento de funciones son las tareas primordiales del sistema nervioso (SN). Su alteración es el signo (en ocasiones, el único) más trascendente de una disfunción. Por ello, es impensable el examen funcional del sistema nervioso del niño que no

contemple la valoración de su desarrollo psicomotor. Si se trata de un niño de corta edad esta valoración se hará por observación directa, y si es mayor, en gran parte, con los datos aportados por la histórica clínica. El conocimiento adecuado de las características normales del desarrollo psicomotor es básico para todo profesional involucrado en el cuidado el niño. Los trastornos del desarrollo en forma de retardo mental, parálisis cerebral y disfunción cerebral mínima en el niño son, junto con la epilepsia, las manifestaciones prevalentes de disfunciones. (p. 25)

El desarrollo psicomotor es un fenómeno cualitativo que se expresa tanto en lo corporal como en lo cognitivo y emocional, además de ser la forma natural de ir adquiriendo habilidades durante la infancia. Este ocurre en forma secuencial y progresiva, es decir que para alcanzar nuevas etapas es necesario haber logrado las anteriores. Esta secuencia del desarrollo es igual para todos los niños, sin embargo, el ritmo con que cada uno logra las distintas etapas varía.

2.3 ÁREAS DE DESARROLLO PSICOMOTRIZ

Gráfico Nro. 4

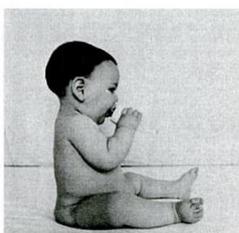


Fig. 3-2. Sedestación activa. El niño se mantiene sentado con seguridad. En esta posición, tiene las extremidades superiores libres para actividades (en este caso, sostener el biberón) propositivas independientes del equilibrio.



Fig. 3-3. Se mantiene de pie apoyado en la baranda.

Fuente: Fejeman & Fernández (2007)

2.3.1 ÁREA MOTORA

Posada, Gómez & Ramírez (2005) considera que las etapas de desarrollo psicomotriz son:

Conducta motriz.- el desarrollo de la actividad motriz depende de crecimiento de los músculos, de los huesos u el sistema nervioso central. Se presenta

cafalocaudalmente (de la cabeza a los pies) y en las extremidades, de lo proximidad a los distal (de la parte más cercana al tronco a la más alejada de él). Este desarrollo le permite al niño el control muscular y un desplazamiento cada vez mayor. (p. 132)

En los tres primeros meses el niño aprende a dominar los doce músculos oculomotores (los que mueven los ojos); de los tres a los seis meses los músculos de la cabeza y los brazos; de los seis a los nueve meses los del tronco y de las manos; de los nueve a los doce meses los de las piernas, los pies y los dedos. Del primero al segundo año se da un perfeccionamiento paulatino de lo adquirido en el primer año.

En el primer mes el niño se caracteriza por tener hipertonicidad muscular; la actividad se expresa fundamentalmente de manera refleja, con los reflejos de búsqueda, de succión, de Moro, de prensión, de marcha automática y de enderezamiento del dorso entre otros.

De los cuatro a los seis meses, al levantarlo o sentarlo, el niño mantiene la cabeza bien sostenida; estando boca abajo, extiende los miembros superiores y levanta el tórax; se voltea de posición boca abajo a boca arriba y luego a la inversa. Lleva todo a su boca; juega con sus manos, las cuales ya mantiene abiertas, y luego con sus pies.

De los siete a los nueve meses aprende a sentarse solo, inicialmente con apoyo y luego sin él. En posición boca abajo, se arrastra, intenta y luego ejecuta movimientos de gateo; cogido de sus manos, se sostiene de pie, con el cual entra a la etapa III del caminar, conocida como de transición.

De los diez a los doce meses el niño permanece firme, de pie, por largo tiempo, se para sostenido de la barandilla de la cama y gatea bien ; se pone de pie sostenido, camina con ayuda y a veces sin ella, lo que constituye la etapa IV.

De los trece a los dieciséis meses casi todos los niños caminan, inicialmente con dificultad, luego con más seguridad, para posteriormente ser capaces de

correr; es la etapa V del caminar, en la cual hay progreso del caminar en el talón al caminar en las pautas de los pies (caminar maduro); además ya puede subir gateando por las escaleras.

De los dieciséis a los veinte meses sus logros motores le permiten lanzar y patear la pelota y subir por escaleras aunque aún sin alternar los pies, subirse a las sillas y montar a caballito.

De los veintiuno a los veinticuatro meses salta en los dos pies, baila, se empina y baja escaleras sin alternar los pies

2.3.2 ÁREA DE DESARROLLO DEL LENGUAJE

La conducta del lenguaje se refiere a la comunicación visible y audible. El niño menor de un mes tiene como lenguaje el llanto, el cual paulatinamente se hace vigoroso y fuerte; al principio tiene facies inexpresiva; luego comienza a emitir sonidos guturales y gorjea; además, atiende sonidos como, por ejemplo, el de una campanilla

De uno a tres meses la expresión se hace despierta y viva; la mirada es directa y definida y emite sonidos como a, e y u.

De los cuatro a los seis meses aparece el parloteo, da gritos de alegría, ríe a carcajadas y, al final del periodo, trata de imitar sonidos.

2.3.3 ÁREA DE DESARROLLO PERSONAL- SOCIAL

La conducta personal se refiere a las relaciones con la cultura, al desarrollo de las habilidades sociales.

El niño menor de un mes solo mira un objeto cuando este se encuentra en la línea de visión; mira a su alrededor y sigue las personas con la mirada; deja de llorar cuando se aproxima alguien y le habla.

El niño de uno a tres meses se anima ante preparativos para su alimentación y sonríe cuando lo acarician y, luego, cuando recibe estímulos visuales y auditivos cariñosos (respuesta facial social). Fija la mirada y rápidamente sigue personas, objetos en movimiento y sonidos, inicialmente con sus ojos y con la cabeza.

De los cuatro a los seis meses contempla su imagen en el espejo y sonríe cuando la ve. Distingue si se le habla amistosa o inamistosamente; mira a quien lo llama: tiene respuesta vocal social y sonríe espontáneamente; reacciona cuando se le llama y pone atención cuando se le habla.

Del séptimo al noveno mes distingue a los extraños; reacciona cuando ve a su imagen en un espejo (la toca y la acaricia); muerde y chupa los juguetes y busca los que están fuera de su alcance; además, ayuda a sostener la taza cuando ingiere líquidos.

De los veintiuno en adelante empuja a las personas para mostrar, come solo, se refiere a sí mismo por su nombre, comprende y pregunta por otro e inicia la imitación doméstica (p 133-134).

2.4 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

Para Ríos (2005) manifiesta que:

Relacionaremos diferentes medios utilizados para la evaluación del desarrollo motor, sin por ello obviar el interés y la necesidad de utilizar instrumentos de observación. No obstante, dada la corresponsabilidad del profesor de educación especial con los equipos multiprofesionales en cuanto a la evaluación y diagnóstico, resulta innecesario presentar instrumentos que sirvan para la valoración del nivel de desarrollo motor, con el fin de detectar las áreas de ajuste sobre las que planifican la intervención, ya sea educativa o reeducativa. (p. 300)

Estos instrumentos permitirán:

- 1.- Permite conocer la situación actual del sujeto y su evolución a lo largo del tiempo.
 - 2.- Permite conocer los procesos que actúan en los sujetos y que determinan sus respuestas para poder obrar esas situaciones.
 - 3.- Permite determinar qué hacer y recibir una retroalimentación informativa del efecto de la actuación pedagógica sobre los sujetos en cuestión.
 - 4.- Permite detectar a los sujetos con problemas y diagnosticar su situación
- (Ríos. 2009. p. 301)

Para Brugué, Sánchez, & Serrat (2008) considera que el objetivo inicial de las escalas fue medir la inteligencia a edades muy tempranas. Los ítems que la componen están ordenados en una secuencia de dificultad que aumenta con la edad. En su forma actual, la EBDI permite medir el desarrollo mental, el desarrollo psicomotor y el comportamiento infantil.

Las habilidades evaluadas varían según la edad y el nivel de desarrollo de los niños. El área del desarrollo mental tiene 163 ítems que miden el desarrollo por medio de una serie de habilidades. En los primeros meses, se evalúa capacidades simples como la inspección visual, la habituación y discriminación de estímulos (por ejemplo la coordinación vertical del movimiento de los ojos). En los meses posteriores se incluyen ítems que representa un incremento de la complejidad comportamental respecto de los ítems anteriores, y se evalúan capacidades más elaboradas como las vocalizaciones y uso del lenguaje, las capacidades perceptivas, la resolución de problemas, la clasificación, la calificación, la generalización y las habilidades sociales. Las puntuaciones del desarrollo mental se transforman en un índice de desarrollo mental, que es una medida estandarizada con una media de 100 y una desviación estándar de 16. (Brugué, Sánchez, & Serrat .2008. p. 128)

Los ítems que el niño realiza de forma satisfactoria constituyen las puntuaciones brutas, que se convierten en puntuaciones estandarizadas por medio de unas tablas (con media =100 y la desviación estándar =16), de modo

que se obtiene un índice de desarrollo mental (IDM) de la escala mental y un índice de desarrollo psicomotor de la escala psicomotora (IDP). El registro de comportamiento del niño proporciona una descripción del comportamiento infantil relativo al que esperaría de cualquier niño que estuviera en el mismo estado. (Brugué, Sánchez, & Serrat .2008 p. 128)

2.5 TEST DE DENVER

2.5.1 Concepto

Para García & González (2002) el test de Denver, en su formato simplificado, es de fácil utilización en la consulta y permite detectar los casos que necesitan estudios más completos (p. 362).

El test Denver fue utilizado por muchos años en varios países del mundo. En su primera versión, se empleaba la evaluación de niños de 0 hasta 3 años de edad

Mientras que Aragón & Silva (2002) consideran que el test de Denver o llamado Tamiz de desarrollo de Denver, elaborado por Frankenburg, Dodds, Fandal, Kazuk y Cohrs (1975, citado por Frankenburg, 1978). Su objetivo es detectar los retrasos en el desarrollo (coeficiente de desarrollo 70 o menos), que al diagnosticarse tempranamente podrían ser tratados. La prueba también está diseñada para detectar el progreso normal desde un mes a seis años de edad, en cuatro partes que corresponden a las áreas de desarrollo: a) personal- social: sonreír espontáneamente o vestirse por sí mismo; b) motor fino-adaptativo: agarrar un sonajero o copiar un cuadrado) lenguaje: reír o saber la definición de las palabras; y d) motor grueso: rodar sobre sí mismo o agarrar una pelota.

Esta prueba proporciona normas para las edades en las cuales 25, 50,75 y 90% de los niños aprueban cada destreza. Por ejemplo, un niño que no posee cierto aspecto a determinada edad cuando 90% de los niños lo presentan es considerado de desarrollo retardado; otro niño con dos o más demoras en dos

o más categorías podría necesitar atención especial (Frankerbur, Fandal, Sciarillo y Burges, 1981). (p. 7)

Permite recolectar datos, observarlos, evaluarlos y en función de ellos, mediante él se verifica el desarrollo psicomotor del niño, el cual debe estar acorde a su edad cronológica. El rango de edad que evalúa este test es entre los 14 meses y los 6 años de vida

2.5.2 UTILIDAD E IMPORTANCIA DEL TEST DE DENVER

Frankenburg, Dodds, Archer, Shapiro, Bresnich (2010) manifiestan que el test de Denver fue creado por Frankenburg y Dodds en 1967 con el objetivo de detectar alteraciones precozmente en el desarrollo a través del seguimiento de los niños. El test de Denver fue utilizado por muchos años en varios países del mundo. En su primera versión, se empleaba la evolución de niños de 0 hasta 3 años de edad. La revisión de la prueba de Denver que paso a denominarse Test de Denver II utilizada hasta el día de hoy, fue aplicada en 200 niños, considerando aspectos como el género, la etnia y el nivel socioeconómico culminando en una prueba con 125 ítems de valoración. (p.11).

Su objetivo es establecer diferentes modos de analizar los protocolos del Bender producidos por niños para evaluar la madurez perceptiva, posible deterioro neurológico, y ajuste emocional en base a un solo protocolo

Para Morales (2010) afirma que el test evalúa el desarrollo motor grueso, el desarrollo motor fino-adaptativo, el desarrollo del lenguaje y el desarrollo personal-social entre l niños de 0 hasta 6 años de edad.

Es decir que, proporciona información eficaz sobre el desarrollo de la psicomotricidad del niño durante los primeros 6 años de vida

Según Rigal (2006) con este test y la observación sistemática indica lo que el sujeto es capaz de hacer (por ejemplo, levantar la cabeza, sentarse solo, andar a gatas, ponerse de pie, andar, correr a una velocidad equis, etc.). Pues si

comparamos sus resultados con las tablas del desarrollo psicomotor obtenidas mediante las observaciones del comportamiento de cientos de niños, podemos deducir la precocidad y la normalidad o el retraso de las posibilidades motrices del sujeto. (p. 408)

Principalmente la utilidad de este instrumento es para los profesionales, tanto de educación como de la salud para detectar posibles problemas que interfieren en el desarrollo psicomotor del niño.

Y por último Behrman, Kliegman&Jenson (2006) consideran que con la aplicación de este test, es posible realizar una detección selectiva rápida, con una sensibilidad y especificidad razonables, usando un conjunto de diez preguntas estructuradas que investigan las preocupaciones paternas en varias áreas del desarrollo. La metodología se ha formalizado como cuestionario Parents Evaluation of Developmental Status (PEDS). El método funciona, puesto que los padres suelen ser observadores fiables del desarrollo y la conducta de sus hijos. La eficacia de la selección se puede aumentar mediante el uso de una prueba formal como detección selectiva de segundo nivel, en cualquier niño marcado por el interrogatorio paterno sistemático. (p. 62)

Puede ser utilizado como guía de programación de actividades que faciliten el desarrollo psicomotriz y como un instrumento orientador y corrección de deficiencias o limitaciones para los maestros, los médicos y su familia primordialmente.

2.5.3 APLICACIÓN DE LA PRUEBA

Según Crespo (2008) el test de desarrollo de Denver se la utiliza para el control del desarrollo psicomotor.

Esta está dividido en cuatro áreas: motriz, adaptiva, lenguaje, personal-social. Dentro de cada área hay una serie de pruebas. Se habla de fallo relativo cuando el niño no supera una prueba que la hace el 75 % de los niños de su edad. En estos casos se indicara a los padres la necesidad de estipular al niño.

Se considera fallo absoluto el no superar la prueba que realizan el 90% de los niños. En la valoración del test de Denver solo se contabilizan los altos absolutos. Si este test es claramente anormal, habrá que realizar otros más completos para su conformación. (p. 1699)

Cabe mencionar que la mayoría de niños con pobres resultados en el Test de Denver no tienen dificultades ni en percepción visual, ni en la coordinación motriz, sino en la integración perceptivo-motriz; es decir, tienen todavía dificultades en una función que requiere un más elevado nivel de integración. La madurez que habitualmente consigue un niño a partir de los 8 o 9 años.

2.5.4. INTERPRETACIÓN DEL TEST

Aragón & Silva (2002) menciona que hay dos versiones del test: la corta, aplicada alrededor de tres a cinco minutos, y la larga, que toma de 15 a 20 minutos; esta segunda versión es aplicada al niño que conteste incorrectamente uno de los tres o cuatro puntos evaluados en la versión corta.

Los resultados son interpretados con base en cuatro categorías:

1.- Normal: cualquier prueba no calificada como dudoso, anormal o inaplicable.

2.- Dudoso: el niño tuvo dos o más retrasos en un área, o un retraso en un área donde no pasó ningún indicador que cruce la línea de edad.

3.- Anormal (hay dos posibilidades): el niño tuvo dos o más retrasos en dos o más áreas de la prueba, o dos o más retrasos en un área, más un retraso en otra en la cual no acreditó ningún indicador que cruce la línea de edad.

4.- Inaplicable: en caso de que el niño no haya realizado varias conductas o no haya podido aplicarlas por diferentes razones. La prueba se considera inaplicable si esas mismas conductas, al ser registradas como fallas, dan un resultado dudoso o anormal. (p. 8)

Sus principales características son: es una prueba para niños/as de 0-6 años, es un método de simple aplicación, permite conocer la concordancia entre la

edad cronológica y el desarrollo adquirido por el niño/a, está constituida por 105 actividades y éstas son organizadas en cuatro áreas.

De acuerdo a Rigal (2006), los estudios realizados mediante este test evalúan a los niños de una edad determinada para establecer el promedio de desarrollo de un aspecto motor concreto. Dichos resultados fijan los rendimientos que logran ciertos colectivos, pero no revelan en ningún momento los procesos que rigen los cambios característicos del desarrollo, ni tampoco los factores que le afectan. En cualquiera de los métodos elegidos, el transversal o longitudinal, se proclama que el desarrollo motor es un proceso continuo y ordenado por el que pasan todos los niños a edades variables. Así, pues, la eficacia de los aprendizajes depende de la edad; existen periodos llamados sensibles o críticos en los que los resultados obtenidos son claramente superiores, comparados con un entrenamiento similar. Así, hay que distinguir la eficacia, el nivel de rendimiento alcanzado en un momento determinado, el desarrollo y el cambio progresivo el rendimiento con el tiempo. (p. 407-408)

Cabe mencionar que considera como anormal cuando hay uno o más sectores con dos o más fallos y dudosa cuando hay dos o más sectores con un solo fallo. Es importante hacer hincapié que aquellos niños que no realizan una tarea y su edad se encuentra entre el 75º y 90º percentil, son niños en riesgo y es urgente la implementación de una intervención con actividades acordes a su edad que favorezcan el desarrollo.

CAPITULO III

3. INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN CON EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

La correcta alimentación durante los dos primeros años de vida es fundamental para asegurar el crecimiento y mantener la salud en la fase adulta del individuo. En este periodo se distinguen dos etapas claramente definidas: la Lactancia y la primera infancia. La lactancia engloba a los niños menores de 12 meses de edad, y se caracteriza por la rapidez de crecimiento que provoca una gran demanda de energía y nutrientes si se compara con las necesidades de otras etapas de la vida. Es un periodo en el cual se produce: el desarrollo cerebral y la adquisición de funciones neuromusculares (masticación, deglución, etc.); maduración de las funciones digestivas, etc. Por ello la alimentación durante este periodo se debe ajustar a las capacidades funcionales, desarrollo psicomotor y necesidades del individuo, para asegurar el mantenimiento del organismo y evitar carencias, excesos o errores que podrían comprometer de forma irreparable el desarrollo cerebral y originar un desarrollo defectuoso del niño. (Ciller et.al, 2005, p.58)

3.1 IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

González (2008) manifiesta que la motricidad refleja todos los movimiento del ser humanos. Estos movimientos determinan el comportamiento motor de los niños y niñas de 1 a 6 años que se manifiesta por medio de habilidades motrices básicas, que expresan a su vez los movimientos naturales del hombre. (p.63)

El niño tiene necesidades motrices y posee de manera innata aptitudes motrices que no llega a desarrollar; el periodo de dos a seis años determina su futuro proceso educativo y existe una interrelación total entre el niño y el medio que lo rodea, produciéndose las influencias de éste al mismo tiempo que su formación.

De ahí que el maestro quien debe de conducirlo a considerar la calidad y los componentes del medio, los cuales van a inducirle a realizar actividades que están insertas en el diario vivir.

Según Palacio (2010) en los primeros años de vida, la Psicomotricidad juega un papel muy importante, porque influye valiosamente en el desarrollo intelectual, afectivo y social del niño favoreciendo la relación con su entorno y tomando en cuenta las diferencias individuales, necesidades e intereses de los niños y las niñas.

- A nivel motor, le permitirá al niño dominar su movimiento corporal.
- A nivel cognitivo, permite la mejora de la memoria, la atención y concentración y la creatividad del niño.
- A nivel social y afectivo, permitirá a los niños conocer y afrontar sus miedos y relacionarse con los demás (p.230).

Tomando en cuenta el criterio del autor la motricidad es la estrecha relación que existe entre los movimientos, el desarrollo psíquico, y desarrollo del ser humano. Es la relación que existe entre el desarrollo social, cognitivo afectivo y motriz que incide en nuestros niños y niñas como una unidad.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo transversal y correlacional.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en los niños inscritos en el programa del MIES, creciendo con nuestros hijos (CNH) en la provincia de Loja, mismo tiene como finalidad, alcanzar el desarrollo integral de estos niños y niñas conjuntamente con las familias y bajo la guía de un profesional capacitado; mediante la utilización de tres estrategias: Atención Individual (visitas casa por casa); Atención Grupal; Participación Familiar y Comunitaria.

En los CNH de los sectores Tenería-Carigán y Consacola, se ubican en la parroquia El Valle, al noroccidente de la ciudad de Loja a 4, 2 Km del centro de la ciudad respectivamente; con un total de 120 niños bajo la dirección del MIES - LOJA

3.3 UNIVERSO

Está constituido por los niños inscritos en los CNH Tenería - Carigán y Consacola de la parroquia El Valle del cantón Loja, que son en número de 103 niños y niñas

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Los niños de 0 a 36 meses inscritos en los CNH
- ✓ Niños que asistan normalmente

3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños con alguna discapacidad física
- Niños cuyas madres no deseen ingresar en el estudio
- Los niños >36meses inscritos en los CNH

3.6 PROCEDIMIENTO

Previa recolección de la información se procedió a solicitar la autorización al MIES, para la organización con las coordinadoras del programa Creciendo con Nuestros Hijos, luego con las madres de familia de los niños la firma del consentimiento informado

Para la recolección de la información sobre las prácticas alimentarias se procedió aplicar la encuesta, previamente elaborada y validada, a las madres o cuidadoras de los niños inscritos en los CNH Tenería-Carigàn y Consacola, los aspectos que se incluyeron en la encuesta fueron: datos generales; Alimentación de 0 a 6 meses de edad; alimentación de 6 meses a 1 año de edad; alimentación de 1 año a 2 años de edad; alimentación de 2 a 3 años según grupo de alimentos y frecuencia del consumo .

Para la evaluación del desarrollo psicomotor se aplicó el test de Denver, mismo que está dividido en 4 áreas: motora, motora fina adaptativa, de lenguaje y personal-social. Los resultados del Test completo fueron calificados como:

Anormal si presentó 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 presentó un solo fallo en una o más áreas

Normal aquellos que realizaban las actividades que cruzaban la línea de edad, del test, sin complicaciones.

3.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información recolectada fue procesada en una línea de base, en el programa Excel, a partir de la cual se realizó el análisis de los resultados, mismos que son presentados en tablas y gráficos.

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

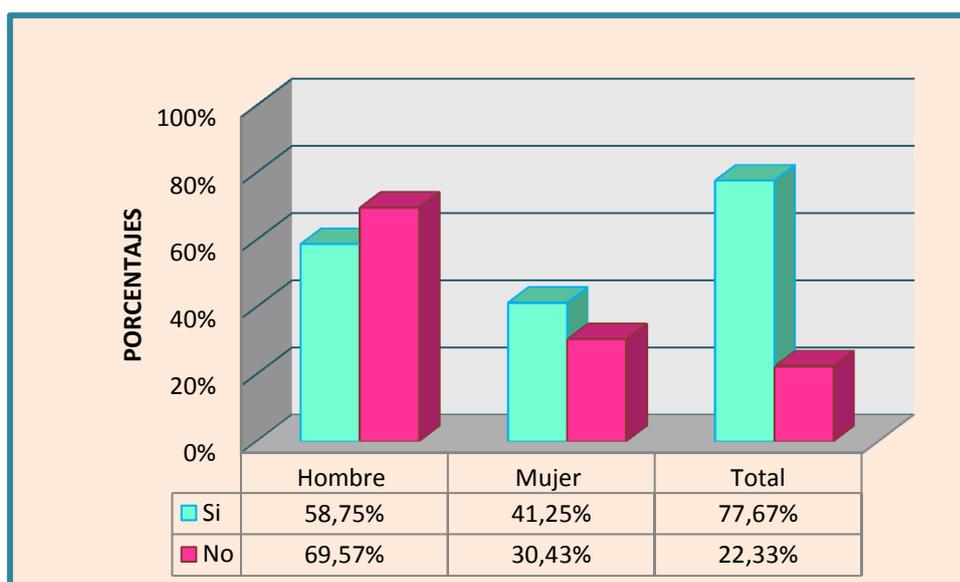
TABLA N° 1

INICIO TEMPRANO DE LACTANCIA MATERNA DE LOS NIÑOS DE LOS CNH DE TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014

Inicio temprano de lactancia Materna	sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	47	58,75%	33	41,25%	80	77,67%
No	16	69,57%	7	30,43%	23	22,33%
Total:					103	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°1



Análisis: Se observa que del total de los niños/as el 77,67% recibieron lactancia materna temprana de los cuales el 58,75% fueron hombres; y el 41,25% mujeres.

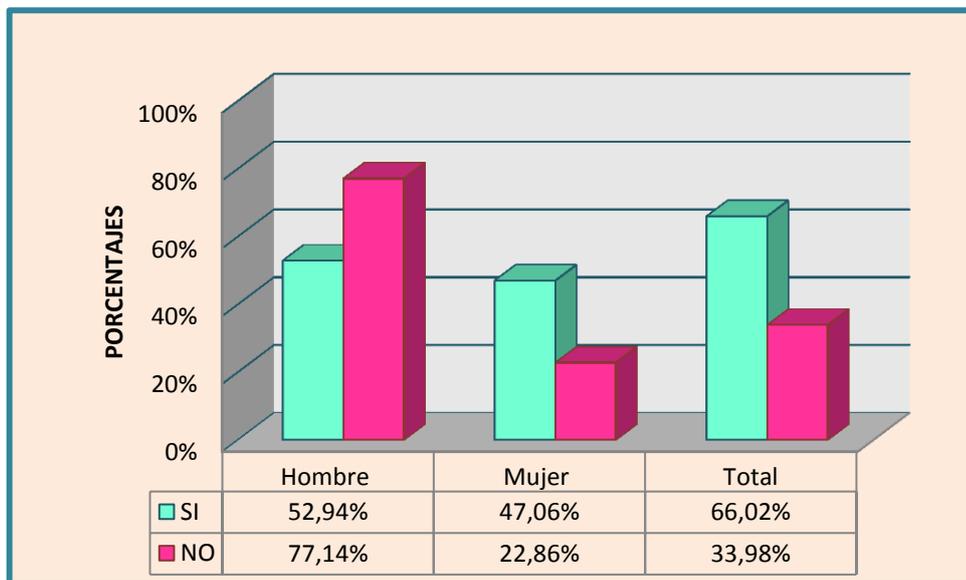
TABLA N° 2

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LOS NIÑOS DE LOS CNH DE TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014

Lactancia materna exclusiva	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
SI	36	52,94%	32	47,06	68	66,02%
NO	27	77,14%	8	22,86	35	33,98%
Total:					103	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°2



Análisis: Se observa que el 66,02% de niños/as recibieron lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida con un predominio de los Hombres que alcanza el 52,94% y de los que no recibieron lactancia materna exclusiva el 77,14%, fueron hombres.

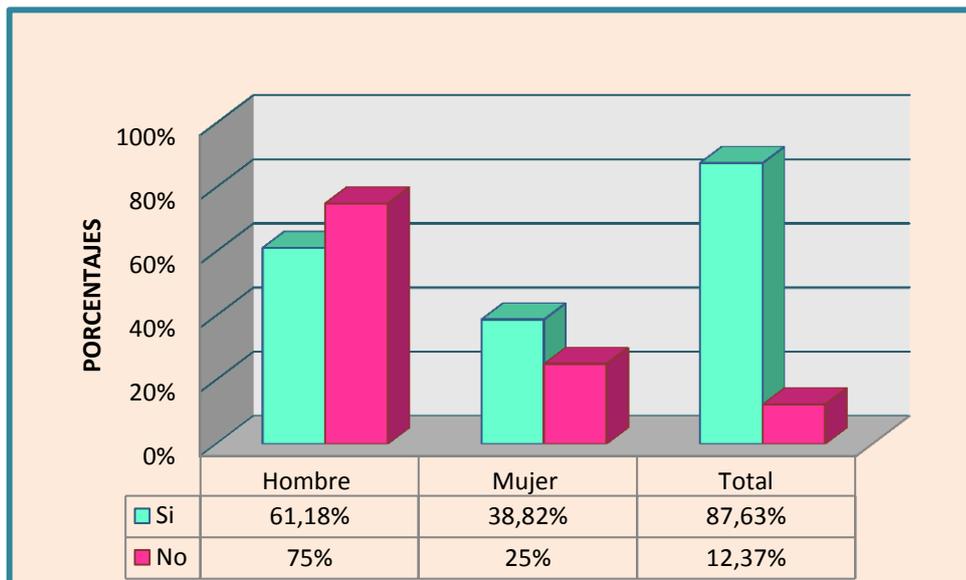
TABLA N°3

**LACTANCIA MATERNA CONTINUA HASTA LOS 18 MESES DE EDAD EN
LOS NIÑOS DE LOS CNH DE TENERÍA-CARIGÁN Y CONSACOLA 2014**

Lactancia materna continua	sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	52	61,18%	33	38,82%	85	87,63%
No	9	75,00%	3	25,00%	12	12,37%
Total:					97	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Tenerife-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°3



Análisis: Observamos que del total de niños mayores a 6 meses de edad, el 87,63% recibieron lactancia materna continua hasta los 18 meses, con mayor porcentaje en los hombres que fue el 61,18%, sin embargo de aquellos que no recibieron lactancia materna continua el 75% fueron hombres.

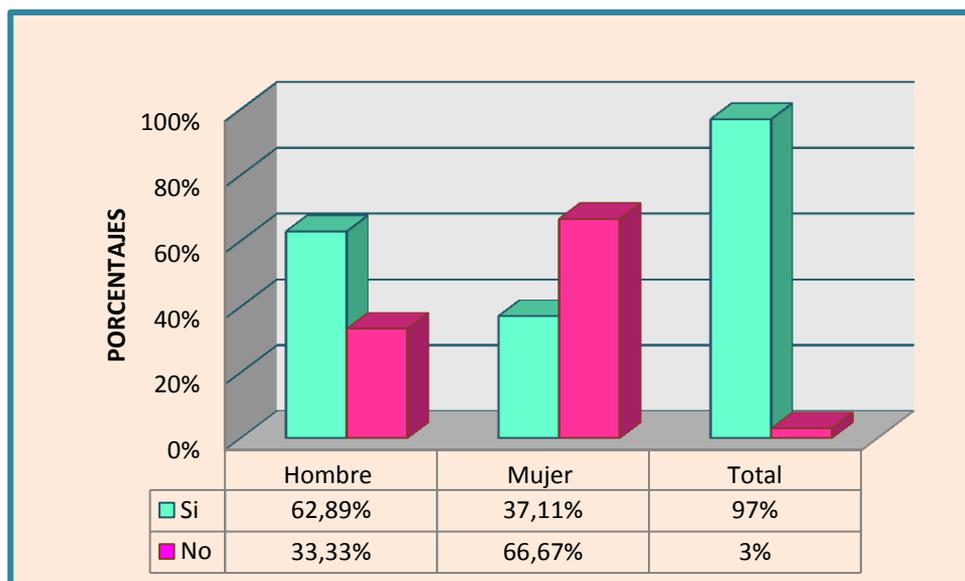
TABLA N° 4

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA DE LOS NIÑOS DE LOS CNH DE TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014

Alimentación complementaria oportuna	sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	61	62,89%	36	37,11%	97	97,00%
No	1	33,33%	2	66,67%	3	3,00%
Total:					100	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Tenerife-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°4



Análisis: en la presente la tabla se observa que la alimentación complementaria oportuna, se practicó en el 97% de los niños/as, de los cuales el 62,89% eran hombres, por el contrario de los que no recibieron lactancia materna continua el 66,67% eran mujeres.

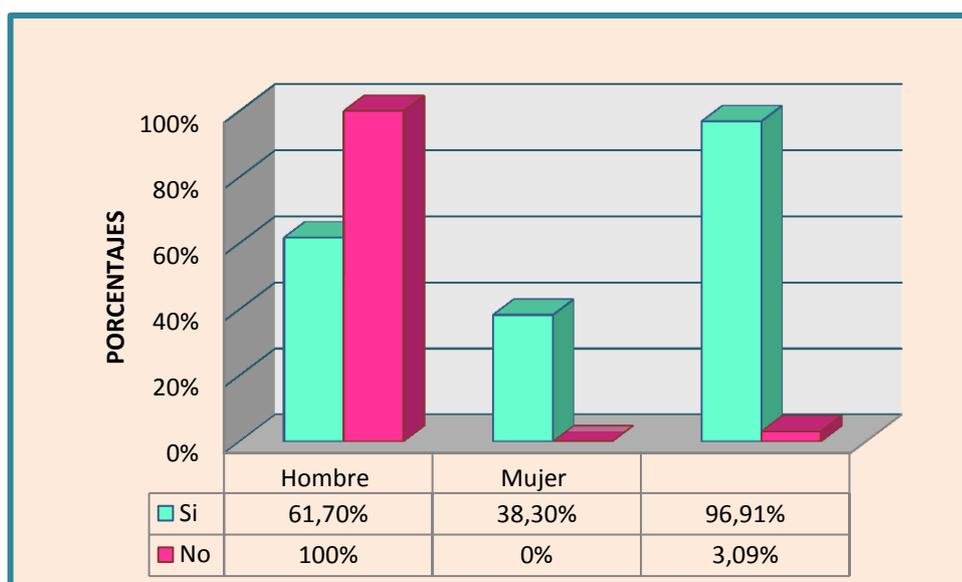
TABLA Nº 5

DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA DE LOS NIÑOS DE LOS CNH DE TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014

Diversidad alimentaria mínima	sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	58	61,70%	36	38,30%	94	96,91%
No	3	100,00%	0	0,00%	3	3,09%
Total:					97	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Tenerife-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO Nº5



Análisis: En relación a la diversidad alimentaria mínima observamos que el 96,91%, de niños/as cumplen (con la ingesta de por lo menos cuatro grupos alimentarios mínimos), de los cuales el 61,70% fueron hombres, sin embargo se observa que el 100% de los que no recibieron diversidad alimentaria mínima son de sexo masculino.

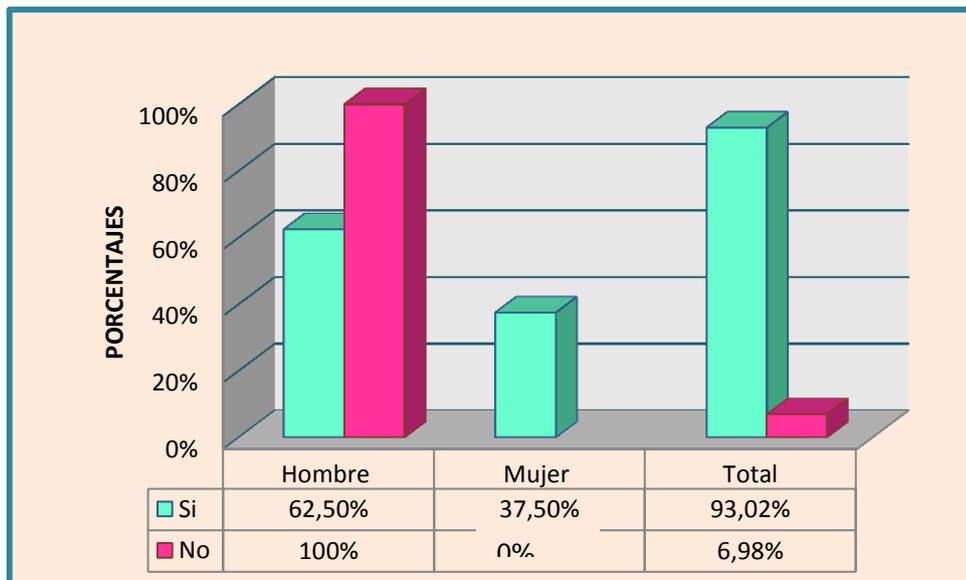
TABLA Nº 6

FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS DE LOS NIÑOS AMAMANTADOS DE LOS CNH DE TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014

Frecuencia mínima de comidas	sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	25	62,50%	15	37,50%	40	93,02%
No	3	100,00%	0	0,00%	3	6,98%
Total:					43	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
 Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO Nº6



Análisis: Se observa que de los niños/as que fueron amamantados, el 93,02% recibieron la frecuencia mínima de comidas, de los cuales el 62,50% fueron hombres, sin embargo se observa que el 100% de los que no recibieron la frecuencia mínima de comidas fueron hombres.

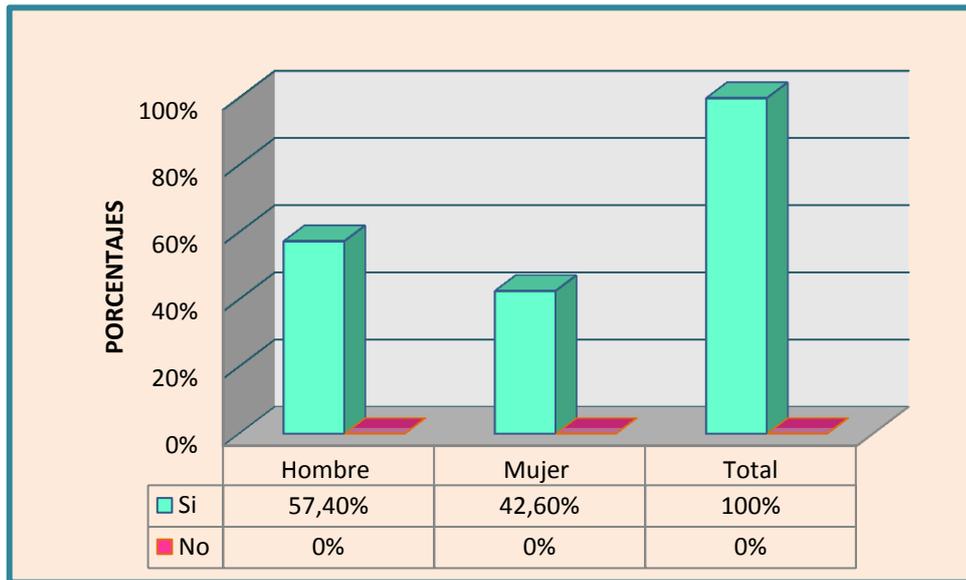
TABLA 7

FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS DE LOS NIÑOS NO AMAMANTADOS DE LOS CNH DE TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014

Frecuencia mínima de comidas	sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	31	57,40%	23	42,60%	54	100,00%
No	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total:					54	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres de los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°7



Análisis: En la presente tabla se observa que el 100% de los niños/as no amamantados, recibieron la frecuencia mínima de comida, con ligero predominio en los niños con un 57,4%.

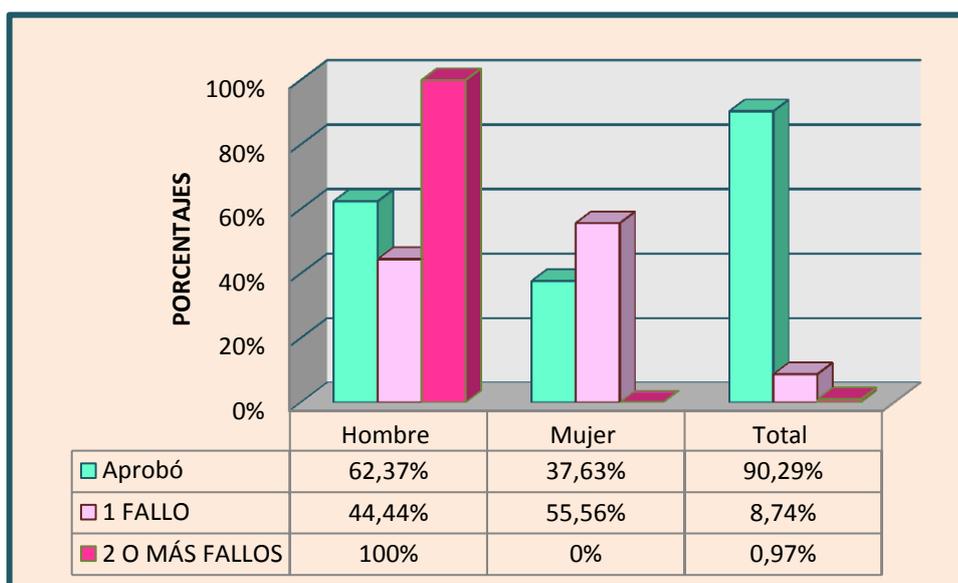
TABLA N° 8

RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA MOTORA DE LOS NIÑOS DE LOS CNH DE TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014

ÁREA MOTORA	SEXO				TOTAL	%
	Hombre	%	Mujer	%		
Aprobó	58	62,37%	35	37,63%	93	90,29%
1 Fallo	4	44,44%	5	55,56%	9	8,74%
2 O Más Fallos	1	100,00%	0	0,00%	1	0,97%
Total					103	100,00%

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
 Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°8



Análisis: Al analizar el presente cuadro podemos observar que el 90,29% de niños aprobaron en el área motora; el 8,74% tuvo un fallo en esta área, encontrándose mayor problema en las mujeres con un porcentaje del 55,56 % y solo el 0,97% presentó dos fallos.

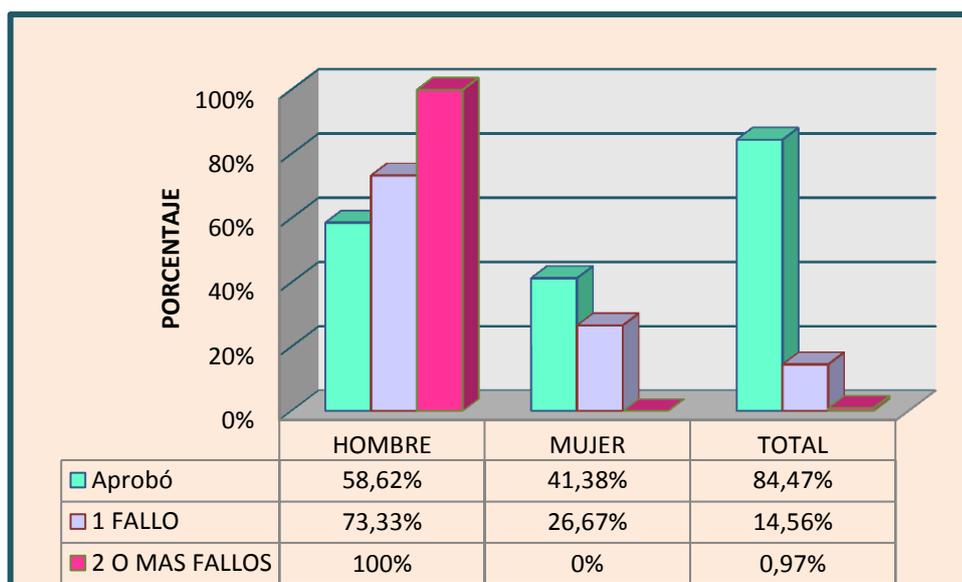
TABLA N° 9

**RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA MOTORA FINA-
ADAPTATIVA DE LOS CNH DE TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014**

ÁREA MOTORA FINA	SEXO				TOTAL	%
	HOMBRE	%	MUJER	%		
Aprobó	51	58.62%	36	41,38%	87	84,47%
1 Fallo	11	73,33%	4	26,67%	15	14,56%
2 O Mas Fallos	1	100,00%	0	0,00%	1	0,97%
Total					103	100,00%

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N° 9



Análisis: Se puede observar que el 84,47% de niños/as aprobaron en el área fina adaptativa; el 14,56% presento un fallo, de los cuales el 73,33% fueron hombres; y solamente el 0,97% presento dos o más fallos en esta área.

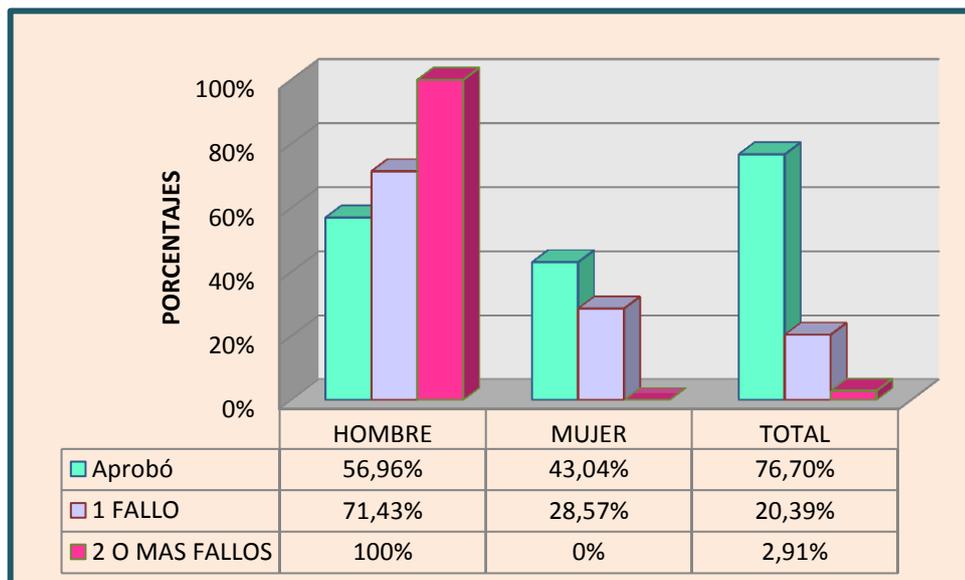
TABLA N° 10

**RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA DEL LENGUAJE DE
LOS CNH DE TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014**

ÁREA DEL LENGUAJE	SEXO				TOTAL	%
	HOMBRE	%	MUJER	%		
Aprobó	45	56,96%	34	43,04%	79	76,70%
1 Fallo	15	71,43%	6	28,57%	21	20,39%
2 O Mas Fallos	3	100,00%	0	0,00%	3	2,91%
Total					103	100,00%

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N° 10



Análisis: En la presente tabla se observa que el 76,70% de niños/as aprobaron en el área del lenguaje, el 20,39% presento un fallo, de los cuales el 71% fueron hombres, y del 2,91% que presentaron dos o más fallos, todos fueron hombres.

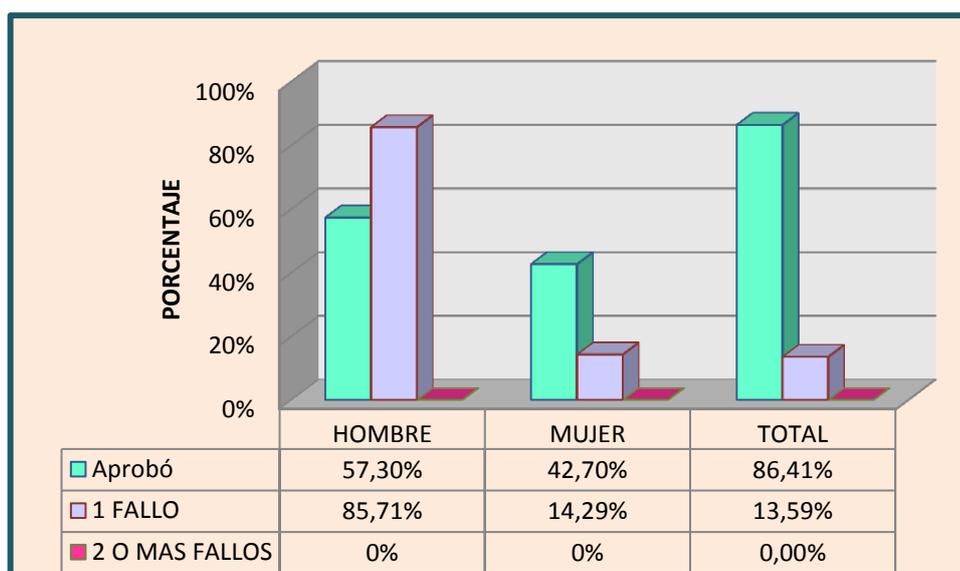
TABLA N° 11

RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA PERSONAL Y SOCIAL EN LOS NIÑOS DE LOS CNH TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014

ÁREA PERSONAL Y SOCIAL	SEXO				TOTAL	%
	HOMBRE	%	MUJER	%		
Aprobó	51	57,3%	38	42,71%	89	86,41%
1 Fallo	12	85,71%	2	14,29%	14	13,59%
2 O Mas Fallos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total					103	100,00%

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
 Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°11



Análisis: Podemos observar en la tabla que el 86,41% de niños/as aprobaron sin problemas en el área personal-social y ninguno de los niños/as presentó más de dos fallos.

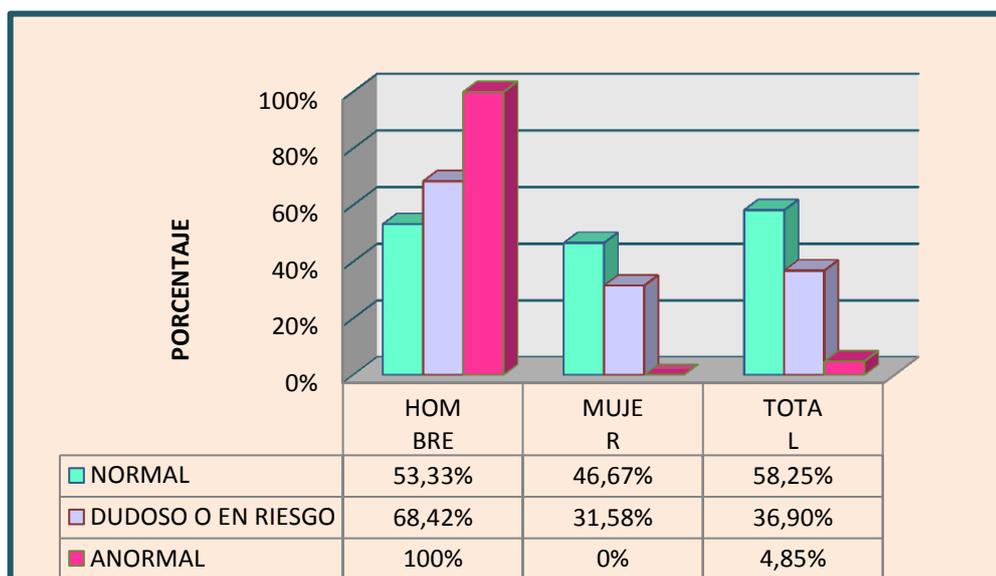
TABLA N° 12

**RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN COMPLETA DEL TEST DE DENVER
EN LOS NIÑOS DE LOS CNH TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014**

EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER	SEXO				TOTAL	%
	HOMBRE	%	MUJER	%		
Normal	32	53,33%	28	46,67%	60	58,25%
Dudoso o en riesgo	26	68,42%	12	31,58%	38	36,89%
Anormal	5	100,00%	0	0,00%	5	4,85%
TOTAL					103	100,00%

Fuente: Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°12



Análisis: En la interpretación global del test de Denver observamos que el 58,25% de niños/as obtuvieron resultados normales; el 36,89% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 4,85% presentaron una prueba anormal.

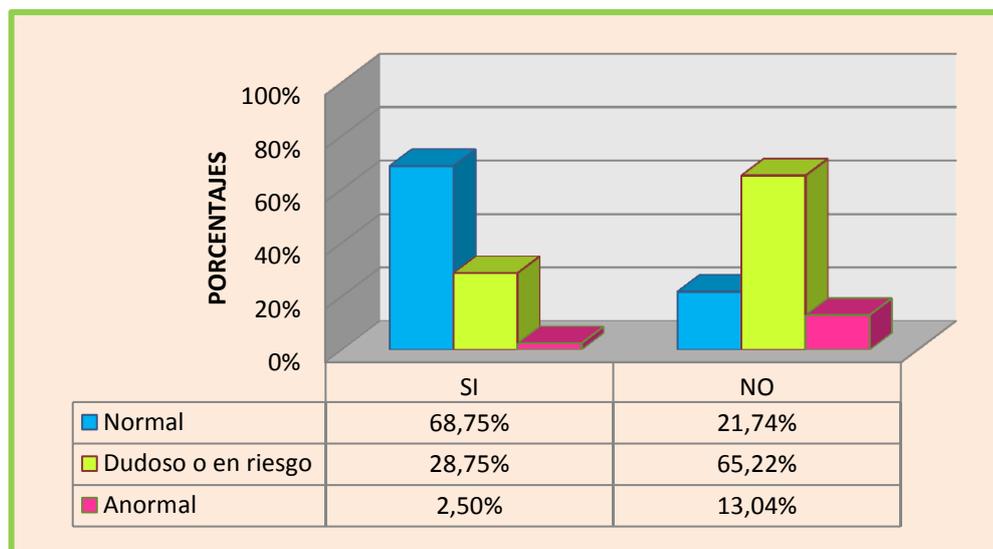
TABLA N° 13

**INFLUENCIA DEL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA Y
LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER EN LOS
NIÑOS DE LOS CNH TENERÍA-CARIGÁN Y CONSACOLA 2014**

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	55	68,75%	5	21,74%
Dudoso o en riesgo	23	28,75%	15	65,22%
Anormal	2	2,50%	3	13,04%
Total:	80	100,00%	23	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICOS N°13



Análisis: En la presente tabla se observa que del total de niños/as que tuvieron un inicio temprano de lactancia materna, el 66,25% obtuvieron resultados normales, y solo el 2,50% fueron anormales; por el contrario de aquellos que no tuvieron un inicio temprano de lactancia materna, el 21,74% obtuvieron pruebas normales y el 13,04% pruebas anormales

TABLA N° 14

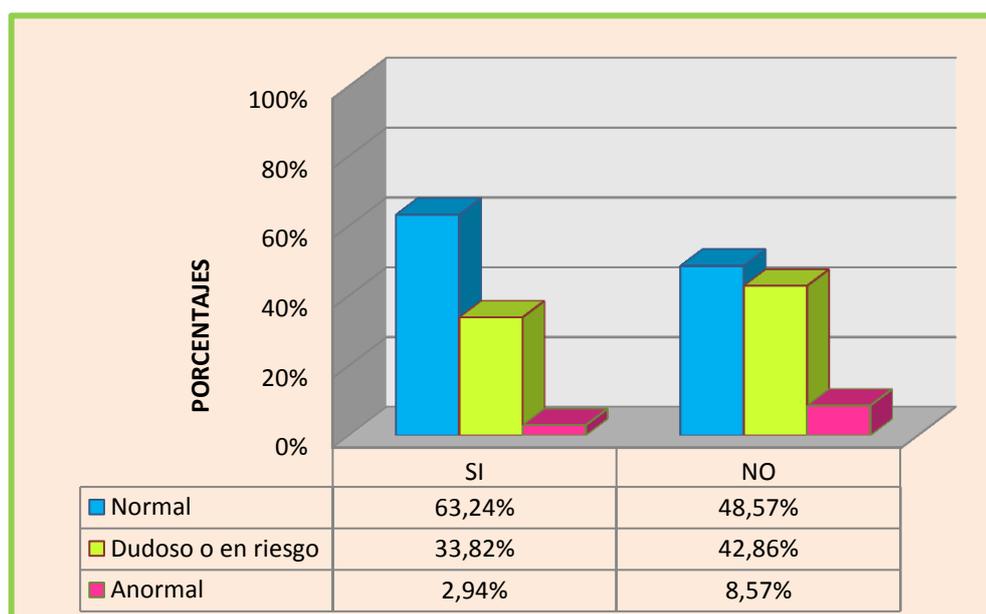
INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH TENERÍA-CARIGÁN Y CONSACOLA 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	43	63,24%	17	48,57%
Dudoso o en riesgo	23	33,82%	15	42,86%
Anormal	2	2,94%	3	8,57%
Total:	68	100,00%	35	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola

Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°14



Análisis: Se observa que, los niños que recibieron lactancia materna exclusiva, el 63,24% obtuvieron un test normal, el 33,82% una prueba dudosa o en riesgo y el 2,94 % prueba anormal, a diferencia de los que no recibieron lactancia materna exclusiva que obtuvieron el 8,57% pruebas anormales.

TABLA N° 15

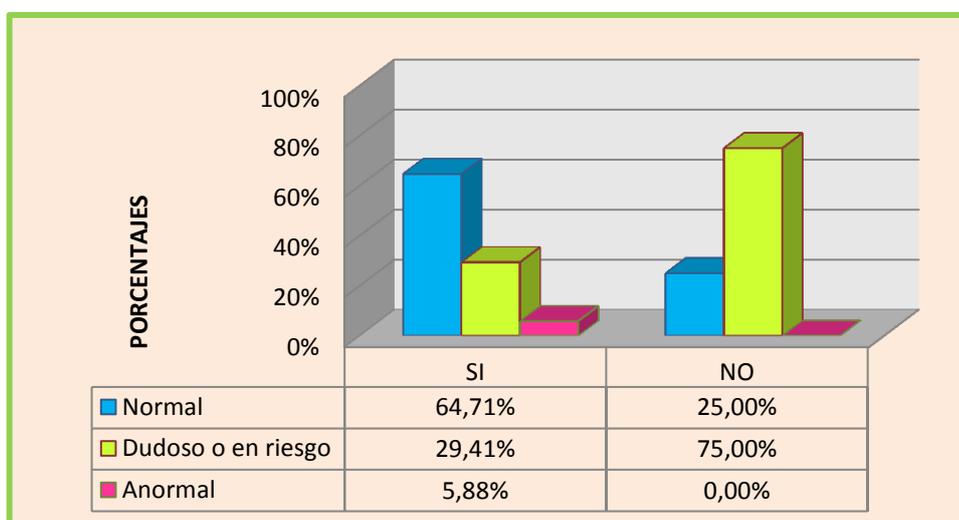
INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA CONTINUA HASTA LOS 18 MESES Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	LACTANCIA MATERNA HASTA LOS 18 MESES			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	55	64,71%	3	25,00%
Dudoso o en riesgo	25	29,41%	9	75,00%
Anormal	5	5,88%	0	0,00%
Total:	85	100,00%	12	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola

Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°15



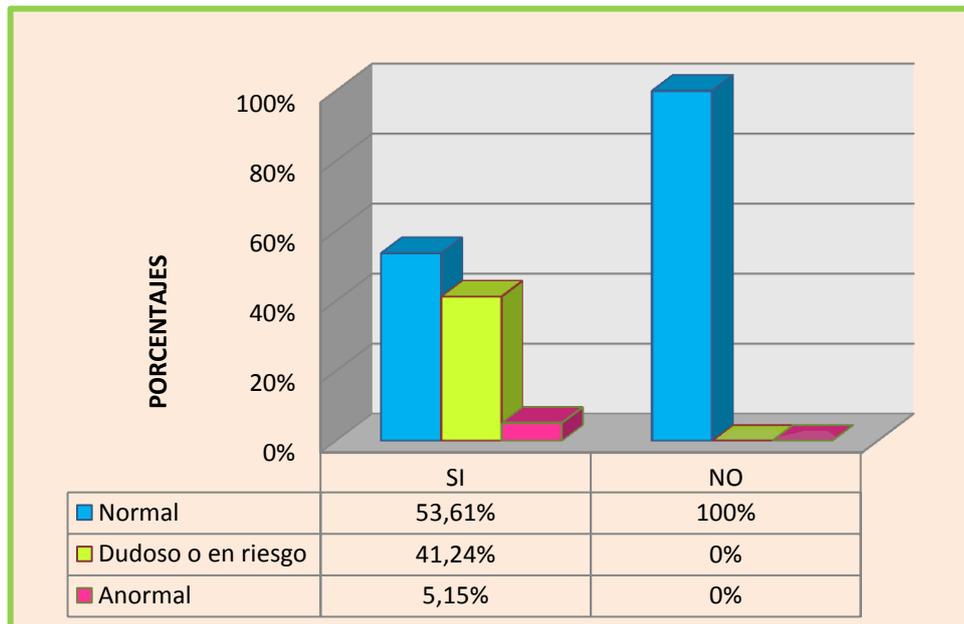
Análisis: Se observa que de los niños/as que tuvieron lactancia materna continua el 65% obtuvieron resultados normales, el 29% fueron calificados como una prueba dudosa o en riesgo y el 6 % fueron anormales; por otro lado aquellos que no recibieron lactancia materna continua, no presentaron anomalías, pero si un test dudoso o en riesgo en el 75% de los niños/as.

TABLA Nº 16
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 TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA A PARTIR DE LOS 6 MESES			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	52	53,61%	3	100%
Dudoso o en riesgo	40	41,24%	0	0%
Anormal	5	5,15%	0	0%
Total:	97	100,00%	3	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO Nº16



Análisis: Del total de niños/as que tuvieron una introducción de alimentación complementaria oportuna, el 53,61% obtuvieron resultados normales, el 41,24% pruebas dudosa o en riesgo y el 5,15 % fueron anormales.

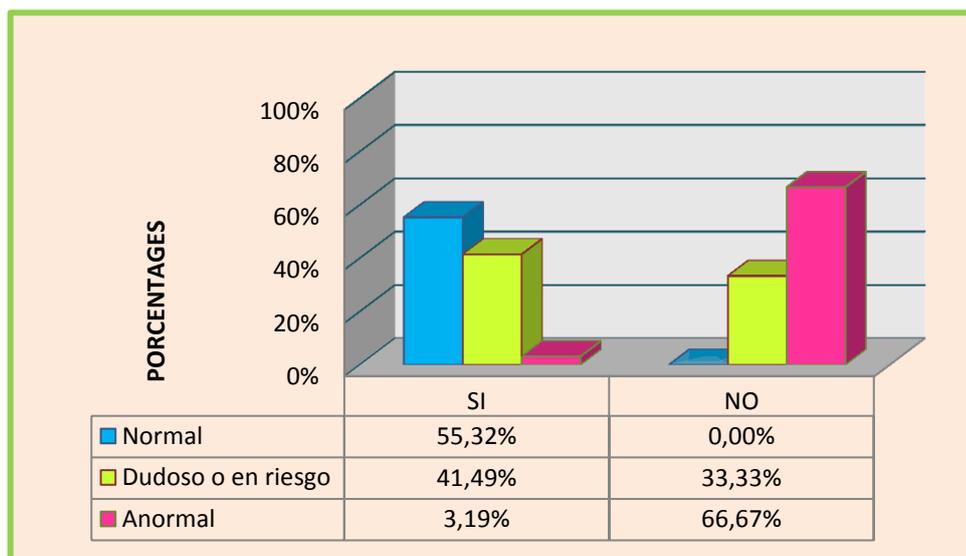
TABLA N° 17
DIVERSIDAD ALIMENTARIA MINIMA EN NIÑOS MAYORES DE 6 MESES Y
SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL TEST
DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH TENERÍA-CARIGAN Y
CONSACOLA 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	DIVERSIDAD ALIMENTARIA MINIMA			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	52	55,32%	0	0,00%
Dudoso o en riesgo	39	41,49%	1	33,33%
Anormal	3	3,19%	2	66,67%
Total:	94	100,00%	3	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola

Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°17



Análisis: En la presente tabla se observa que de los niños que recibieron la diversidad alimentaria mínima, el 55,32% se encontraron dentro de la normalidad, el 41,49% obtuvieron prueba dudosa o en riesgo y solo el 5% presentaron una prueba anormal; mientras los niños que no recibieron la diversidad alimentaria mínima, ningún niño/a tuvo un test normal, el 33,33% presentó una prueba dudosa o de riesgo y el 66,67%, obtuvieron una prueba anormal.

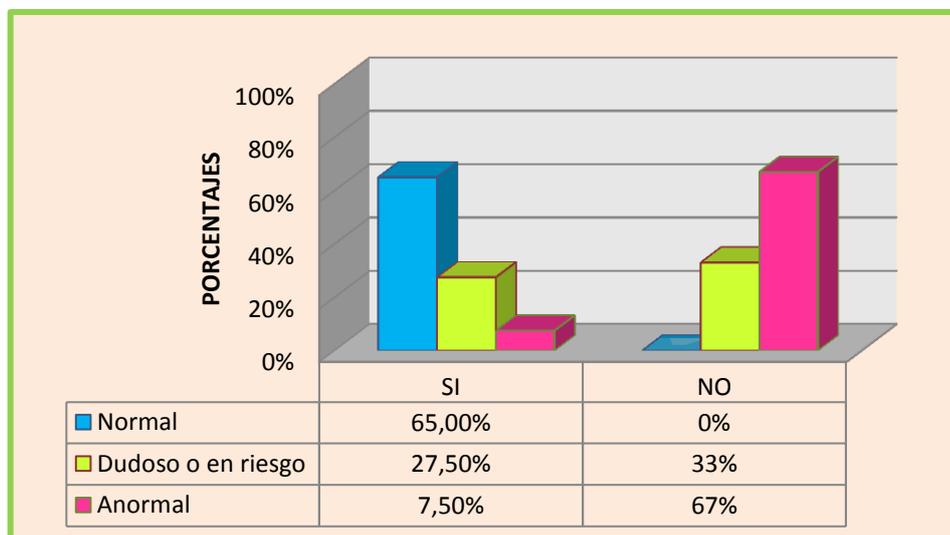
TABLA N° 18

FRECUENCIA MINIMA DE COMIDAS EN NIÑOS AMAMANTADOS Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	FRECUENCIA MINIMA DE COMIDAS EN NIÑOS AMAMANTADOS			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	26	65,00%	0	0%
Dudoso o en riesgo	11	27,50%	1	33,33%
Anormal	3	7,50%	2	66,67%
Total:	40	100,00%	3	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°18



Análisis: Se observa que, del total de los niños/as amamantados que recibieron la frecuencia mínima de comidas, el 65% obtuvieron un test normal, y solo el 7,50% fueron anormales; por el contrario del total de niños/as amamantados que no recibieron la frecuencia mínima de comidas el 66,67%, fueron anormales.

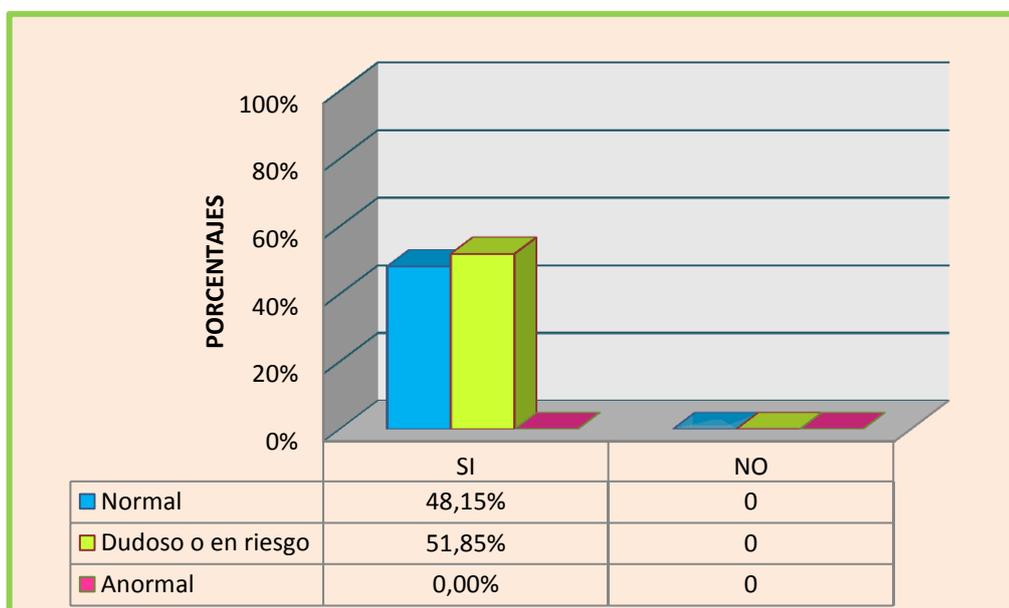
TABLA N° 19

FRECUENCIA MINIMA 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 TENERÍA-CARIGAN Y CONSACOLA 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	FRECUENCIA MINIMA DE COMIDAS EN NIÑOS NO AMAMANTADOS			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	26	48,15%	0	0
Dudoso o en riesgo	28	51,85%	0	0
Anormal	0	0,00%	0	0
Total:	54	100,00%	0	0

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres o cuidadores y Test de Denver aplicado a los niños de los CNH Tenería-Carigán y Consacola
Autor: Gabriela Cuenca M.

GRÁFICO N°19



Análisis: Se observa que de los niños no amamantados que recibieron la frecuencia mínima de comidas, el 48,15% se obtuvieron un test dentro de la normalidad y el 51,85% una prueba dudosa o en riesgo.

7. DISCUSIÓN

En vista de que no existen muchos estudios sobre las practicas alimentarias y su influencia en el desarrollo psicomotriz, pretendo contribuir, a través de la presente investigación, con información de nuestra realidad local sobre el tema, con la finalidad de conocer y emprender actitudes para favorecer el óptimo desarrollo de los niños.

En el presente grupo de estudio, encontramos que el 66% de niños/as tuvieron lactancia materna exclusiva, de los cuales el 63,24% obtuvieron resultados normales en el test de Denver, y solo el 2,94% obtuvieron una prueba anormal, a diferencia de los que no recibieron lactancia materna exclusiva con el 8,57% de pruebas anormales; datos que contrastan con los resultados del estudio realizado por Maldonado Emilio, sobre lactancia materna vs. Alimentación con fórmulas lácteas y sus efectos en el desarrollo psicomotriz en niños entre 6 a 24 meses de edad, realizado en el hospital Guayaquil 2004 - 2005, en el cual: de 66 niños, 15 fueron alimentados durante los primeros 6 meses de vida con fórmulas lácteas, mientras que los 51 restantes exclusivamente con leche materna. En la valoración del cociente madurativo, en el dominio motor de los niños alimentados con leche materna, presentó un promedio de 100 puntos en la escala de desarrollo, mientras que los lactados con fórmulas fue de 94 puntos. El dominio psicosocial los lactados maternalmente 98 puntos; y los alimentados con fórmulas, un promedio de 93 puntos. Se obtuvo mejores cocientes madurativos en el grupo de niños alimentados con leche materna, así mismo un estudio realizado en el año 2003, en 97 infantes menciona que solo el 45.6% de los niños fueron alimentados con leche humana en forma exclusiva, lo cual se asoció a un incremento del índice de desarrollo psicomotor ($F1, 73 = 5.424, p = 0.005$) conforme aumentó la edad. Con la mencionada información nos damos cuenta que en el presente grupo de estudio se evidencia una mayor practica de lactancia materna exclusiva y sobre todo se fundamenta la importante relación del desarrollo psicomotor a favor de los que si recibieron lactancia materna exclusiva.

Del total de niños/as el 87,63% tuvieron lactancia materna continua hasta los 18 meses; de los cuales el 64,71% obtuvieron resultados normales, a diferencia del 25% de pruebas normales en los que no recibieron lactancia materna continua, en los cuales no se presentaron anomalías, sin embargo se encontró un porcentaje mayor de niños en riesgo del 75%; que contrastan con el siguiente estudio, realizado por Martha Alarcón Armendáriz, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el 2009 analizó la duración de la lactancia y desarrollo psicomotor en infantes, en el cual el número de niños que logran el diagnóstico de desarrollo *normal* es superior al 80%, se observan mínimas diferencias entre los grupos según tiempo de lactancia, a favor de los niños de lactancia extendida. Sólo 7 niños fueron diagnosticados con desarrollo *anormal*: 3 a la edad de 8 meses en el grupo de suspensión temprana y los otros cuatro a la edad de 12 meses del grupo de suspensión tardía, que representan 2.6% y 5.6% del porcentaje total para los niños de ambos grupos (2009, p.60), lo mencionado no concuerda con nuestros resultados, pues en el presente estudio existe una amplia diferencia de los resultados normales, entre los que tuvieron y los que no tuvieron una lactancia materna continua, aunque con menores porcentajes. Además el citado estudio menciona un mayor porcentaje de alteraciones en los que tuvieron una suspensión tardía de lactancia, que concuerda en cierta forma con nuestros resultados, ya que el total de alteraciones se encontró en los que tuvieron una suspensión tardía de lactancia o recibieron lactancia materna continua, lo que podría indicar que no existe relación directa del desarrollo psicomotriz y la lactancia materna continua.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2012) MSP/INEC. menciona que el inicio temprano de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento solo se efectuó en el 54.6% de los niños. Sin embargo en el presente grupo de estudio, los niños/as que tuvieron un inicio temprano de lactancia materna fueron el 77.67%, de los cuales el 68,75% obtuvieron un test de Denver normal, porcentaje muy considerable en relación a los que no recibieron lactancia materna temprana con solo el 21,74% de test normal. Además del total de los que no recibieron lactancia materna temprana el 13, 04% obtuvieron test anormal o retardo del desarrollo

psicomotriz, que contrastan con solo el 2,5% de test anormal en los que si recibieron inicio temprano de lactancia materna.

Del total de niños/as de nuestro grupo de estudio el 96,91% recibieron la diversidad alimentaria mínima, dato que se contrasta con los resultados que menciona ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC, en los que el 58.2 - 68.9% recibieron diversidad alimentaria mínima. Por otro lado en nuestro estudio solo el 5 % presentaron una prueba o test anormal, en comparación a los que no recibieron la diversidad alimentaria mínima, que obtuvieron el 66,67% de pruebas anormales.

De los niños/as amamantados que recibieron la frecuencia mínima de comidas, el 65% obtuvieron un test normal, por el contrario los que no recibieron la frecuencia mínima de comidas, obtuvieron el 66,67% de pruebas anormales. El total de niños/as amamantados que recibieron la frecuencia mínima de comidas fue un 93,02%, dato que contrasta con los resultados de ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC. en donde el 54.2 - 66.3% de niños amamantados recibieron la frecuencia mínima de comidas, en relación a lo cual nuestro grupo de estudio presenta un mejoramiento en las practicas alimentarias.

La estrategia nacional intersectorial de desarrollo infantil integral (McdsMies/infa-msp-mineduc) “En los años 2003 y 2004, llevó a cabo un estudio para identificar y describir las características asociadas con el desarrollo neuroconductual en niños y niñas de 3 a 61 meses de tres comunidades de la región nororiental andina de Cayambe-Tabacundo, Ecuador. En el que los niños de 3 a 23 meses de edad presentaron retraso en las habilidades motrices básicas (30,1%) y los niños de 48 a 61 meses de edad presentaron retraso en las habilidades para solucionar problemas (73,4%) y en las habilidades motrices finas (28,1%). Datos que se contrastan con los resultados del presente estudio ya que solo el 10% presentaron retraso en las habilidades motrices básicas, 16% presentaron retrasos en las habilidades de motricidad fina, 23% presentaron retraso en las habilidades del lenguaje y el 14% presento presentaron retraso en el desarrollo personal social.

8. CONCLUSIONES

Luego de haber analizado los resultados del presente estudio, se determinó que:

- ✚ Del total de niños/as en estudio, el 77.67% tuvieron un inicio temprano de lactancia materna, de los cuales el 68,75% obtuvieron un test de Denver normal, porcentaje muy considerable en relación a los que no recibieron lactancia materna temprana con solo el 21,74% de test normales. Además del total de los que no recibieron lactancia materna temprana el 13,04% obtuvieron test anormales o retardo del desarrollo psicomotriz, que contrastan con solo el 2,5% de test anormal en los que si recibieron inicio temprano de lactancia materna.
- ✚ Del 66% de niños/as que tuvieron lactancia materna exclusiva, el 63,24% obtuvieron resultados normales en el test de desarrollo psicomotriz, y solo el 2,94% obtuvieron una prueba anormal, a diferencia de los que no recibieron lactancia materna exclusiva con el 8,57% de pruebas anormales.
- ✚ Los niños/as que tuvieron lactancia materna continua hasta los 18 meses, fueron el 87,63%; de los cuales el 64,71% obtuvieron resultados normales, a diferencia del 25% de los que no recibieron lactancia materna continua, en los cuales no se presentaron anomalías, sin embargo se encontró un porcentaje mayor de niños en riesgo del 75%.
- ✚ Del total de niños/as que recibieron la diversidad alimentaria mínima, el 55,32% obtuvieron un test normal, y solo el 5% presentaron una prueba o test anormal, en comparación a los que no recibieron la diversidad alimentaria mínima, que obtuvieron el 66,67% de pruebas anormales
- ✚ Del total de niños/as amamantados que recibieron la frecuencia mínima de comidas, el 65% obtuvieron un test normal, por el contrario los que

no recibieron la frecuencia mínima de comidas, obtuvieron el 66,67% de pruebas anormales

- ✚ Por lo tanto las adecuadas practicas alimentarias, durante las primeras etapas de la vida, influyen positivamente en el desarrollo psicomotriz.

9. RECOMENDACIONES

- ✚ El programa creciendo con nuestros hijos (CNH) del MIES podría capacitar al personal, para la aplicación continua del test de Denver, con la finalidad de una detección temprana de alteraciones en el desarrollo psicomotriz, durante estas edades o etapas de desarrollo cruciales.
- ✚ Que el Ministerio de Inclusión Económica y Social implemente un plan de capacitaciones o talleres, que permitan mejorar también el compromiso de los padres, para mantener una adecuada práctica alimentaria y contribuir a lograr el óptimo desarrollo de sus niños y niñas.
- ✚ El Ministerio de Inclusión Económica y Social debería también considerar la elaboración de un menú, con una lista de alimentos disponibles en cada región, que contengan por lo menos los cuatro grupos alimentarios mínimos y al alcance de cualquier clase social, que facilite la orientación de los cuidadores, a mantener una adecuada alimentación.
- ✚ La Universidad Nacional de Loja, continúe contribuyendo con estudios que determinen el desarrollo psicomotriz a través de la aplicación de test, de manera que se fundamente aún más la importancia de aplicación de los mismos.
- ✚ Al MSP que implemente, en la atención de niños/as menores de 3 años, la aplicación del test de Denver, que permitan la detección temprana de posibles alteraciones en el desarrollo psicomotriz.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Amar J, Abello R & Tirado D (2004). Desarrollo Infantil y Construcción del Mundo Social. Barraquilla, Colombia Ediciones Uninorte
- Aragón L & Silva A (2002). Evaluación psicológica en el área educativa. México. Primera Edición. Editorial Pax Médico
- Aguayo J (2004). La Lactancia Materna. Universidad de Sevilla. Segunda Edición.
- Aguayo J (2009). Manual de Lactancia Materna de la Teoría a la práctica. Buenos Aires Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A.
- Brugué M, Sánchez, C & Serrat E (2008). El desarrollo de los niños, paso a paso. Barcelona. Editorial OUCG Tercera edición
- Behrman R, Kliegman R & Jenson H (2006). Nelson Tratado de Pediatría. España. Editorial Diorki Servicios Integrales de Edición. Décima Sexta Edición
- Cárdenas C & García R (2008). Cómo introducir la alimentación complementaria en el lactante: Consejos de la matrona en grupos postparto. Costa Rica. Segunda Edición.
- Calderón F & Calderón J (2007). Fisiología aplicada al Deporte. Madrid España Segunda Edición. Editorial Tébar
- Equipo de Centro de Estudios Vector (2006). Educación Infantil: Cuerpo de Maestros. Temario para la preparación de Oposiciones. Madrid España. Editorial MAD.S.L y Centro de Estudios Vector. Quinta Edición
- Fricker J, Dartois A & Fraysseix M (2004). Guía de la alimentación del niño: de la concepción a la adolescencia. Madrid España. Ediciones Tursen S.A. /H. Blume.
- Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnich B. The Denver II: A major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. Pediatrics. 1992 sep; 90(3):477-479.

- Frontera P & Cabezuela G (2005). Cómo alimentar a los niños: Guía para padres. Barcelona España. Editorial Amat SL
- Fejerman N & Fernández E (2007). Neurología Pediátrica. Buenos Aires Argentina. Tercera Edición. Editorial Médica Panamericana
- García C & González A (2002). Tratado de pediatría Social. España Madrid. Segunda Edición. Ediciones Díaz de Santos.
- Garrido J (2011). Manual del Puericultor para Padres y Abuelos. Barcelona España
- Hassink S (2007). Obesidad infantil; Prevención, intervenciones y tratamiento en atención Primaria. Madrid España. Editorial Médica Panamericana S.A
- Martínez E (2014). Desarrollo Psicomotor en educación infantil. Bases para la intervención en psicomotricidad. Editorial Universidad de Almería
- Moraes MW, Weber APR, Santos MCO. Denver II: Evaluation of the development of children treated in the outpatient clinic of Project Einstein in the Community of Paraisópolis. *Einstein*. 2010; 8 (2Pt1): 149-153.
- Mataix J (2005). Nutrición para educadores. Madrid España. Ediciones Díaz de Santos.
- Mullany, et al (2008). Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. *The Journal of nutrition*, 138(3), 599–603.
- OMS. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf
- Pan American Health Organization (2014). Más allá de la supervivencia: prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Estados Unidos. Segunda Edición
- UNICEF (2007). Progreso para la infancia: Examen Estadístico de un Mundo apropiado para los niños y las niñas. Recuperado de:

https://books.google.com.ec/books?id=3zfiCysAX0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

- Posada A, Gómez J & Ramírez H (2005). El Niño Sano. Bogotá Colombia. Tercera Edición. Editorial Médica Internacional.
- Rigal R (2006). Educación motriz y educación psicomotriz en Preescolar y primaria. España. Segunda Edición INDE Publicaciones
- Ríos M (2005). Manual de Educación Física adaptada al alumno con discapacidad. Barcelona España. Editorial Paidotribo. Segunda Edición
- Soutullo C (2010). Manual de psiquiatría del niño y del adolescente Madrid España. Editorial Médica Panamericana
- Soliz D; MCDS MIES/INFA MSP MINEDUC (2011) Estrategia Nacional Intersectorial De Desarrollo Infantil Integral. Recuperado de: [:http://www.desarrollosocial.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/02/2011Estrategia_Nacional_Intersectorial_de_Developmento_Integral.pdf](http://www.desarrollosocial.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/02/2011Estrategia_Nacional_Intersectorial_de_Developmento_Integral.pdf)
- Trinidad M (2009). Lactancia Materna. Madrid España. Editorial Club Universitario.
- Vallenas C & Casanova C (2003). Principios de la orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC. Organización panamericana de la Salud.

11. ANEXOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio será desarrollado por la Srta. Gabriela Cuenca estudiante del Décimo Módulo de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, mismo que tiene por objeto Determinar las prácticas de la alimentación del lactante y el niño pequeño y su influencia en el desarrollo psicomotor. Si usted accede a participar en esta investigación, se realizara a su niño un test, que nos ayudara a conocer su desarrollo psicomotriz, y además se le pedirá completar una encuesta acerca de la alimentación del niño/a. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y Ud. puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

De antemano le agradezco su participación.

Yo..... con
CI..... en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado sobre la investigación “DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE TENERÍA CARIGAN Y CONSACOLA MIES-LOJA” y el propósito de la misma y en consecuencia acepto participar en este estudio investigativo teniendo en cuenta que:

- 1.- He comprendido la naturaleza y propósitos de la investigación.
- 2.- He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas. La información proporcionada es veraz y confiable.
- 3.- Puedo retirarme cuando yo lo decida, sin que esto me perjudique.
- 4.- La información proporcionada por mi será confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Por tanto, doy mi consentimiento para la realización del presente estudio.

Firma

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

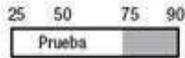
Lácteos: Leche de vaca yogurt queso

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

GRACIAS

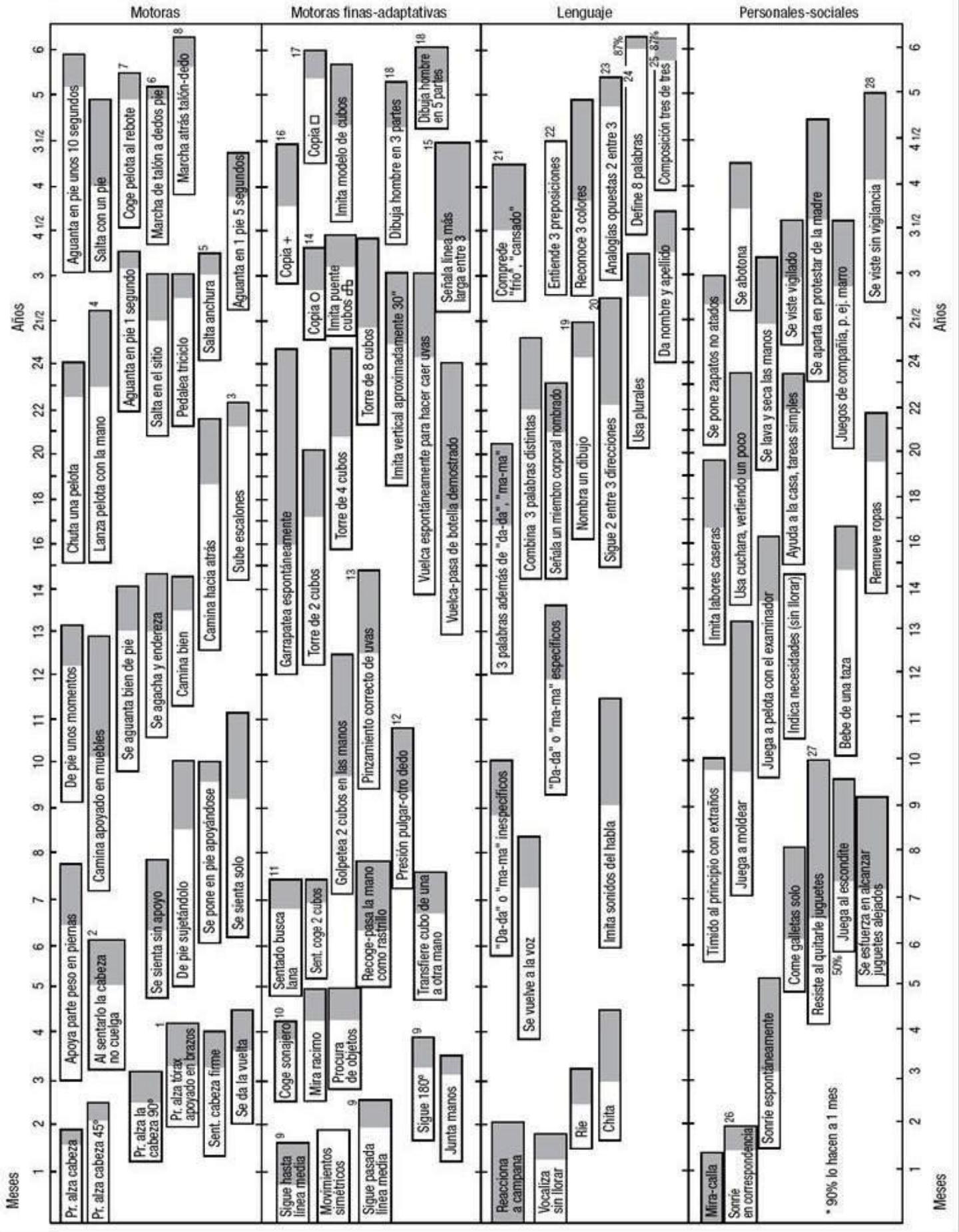
Prueba selectiva del desarrollo de Denver

Porcentaje de niños que lo hacen



Pr. = prono
Sent. = sentado

Fecha
Nombre
N.º de historia
Dirección





ÍNDICE

CARATULA	i
CERTIFICACIÓN	I
AUTORÍA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISION DE LITERATURA	7
CAPÍTULO I	7
1. ALIMENTACIÓN	7
1.1 CONCEPTO	7
1.2 IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN.....	7
1.3 ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE- NIÑO DE 0 A 6 MESES	8
1.3.1 LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE.....	9
1.3.2 LACTANCIA MATERNA:	10
1.3.2.1 COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA.....	10
1.3.2.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.....	13
1.3.2.2.1 PARA LA MADRE.....	13
1.3.2.2.2 PARA EL LACTANTE.....	15
1.3.2.2 INICIO TEMPRANO DE LACTANCIA MATERNA.....	16
1.3.2.5 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	17
1.4 ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES	18
1.4.1 PRINCIPIOS DE ORIENTACIÓN PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	20
1.4.2 DIVERSIDAD ALIMENTARIA	21
1.4.2.1 PIRÁMIDE ALIMENTARIA	22
1.5 ALIMENTACIÓN EN NIÑOS DE 13 A 24 MESES.....	23
1.6 ALIMENTACIÓN EN NIÑOS DE 25 A 36 MESES.....	24
1.7 INDICADORES PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO	25

CAPÍTULO II.....	30
2. EL DESARROLLO INFANTIL DE 0 A 36 MESES	30
2.1 DESARROLLO PSICOMOTRIZ.....	33
2.2 CONCEPTO:.....	34
2.3 ÁREAS DE DESARROLLO PSICOMOTRIZ	35
2.3.1 ÁREA MOTORA	35
2.3.2 ÁREA DE DESARROLLO DEL LENGUAJE.....	37
2.3.3 ÁREA DE DESARROLLO PERSONAL- SOCIAL.....	37
2.4 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.	38
2.5 TEST DE DENVER	40
2.5.1 CONCEPTO	40
2.5.2 UTILIDAD E IMPORTANCIA DEL TEST DE DENVER	41
2.5.4 APLICACIÓN DE LA PRUEBA.....	42
2.5.5 INTERPRETACIÓN DEL TEST.....	43
CAPITULO III.....	45
3. INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN CON EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ.....	45
3.1 IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ.....	45
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	47
6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	49
7. DISCUSIÓN.....	68
8. CONCLUSIONES.....	71
9. RECOMENDACIONES	73
10. BIBLIOGRAFÍA	74
11. ANEXOS.....	77