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 CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES – LOJA, AÑO 2014

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Mariuxi Janeth Apolo González

DIRECTORA:

Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán

Loja-Ecuador
2015

CERTIFICACIÓN

Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL AREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICO:

Que el presente trabajo: "**DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE CHANTACO Y CHUQUIRIBAMBA DEL MIES-LOJA, AÑO 2014",** de autoría de la Srta. Mariuxi Janeth Apolo Gonzalez, ha sido revisado bajo la correspondiente dirección en forma prolija tanto en su forma como en su contenido, de conformidad con los requerimientos institucionales y luego de su revisión autorizo su presentación ante el tribunal respectivo, previo a optar por el título de Médico General.

Loja, 04 de noviembre del 2015

.....

Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán

DIRECTORA

AUTORIA

Yo, Mariuxi Janeth Apolo González, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autor: Mariuxi Janeth Apolo Gonzalez

Firma:.....

Cédula: 1104839392

Fecha: 05 de noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Mariuxi Janeth Apolo González, declaro ser autora de la tesis titulada **"DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACION CON LA ALIMENTACION EN LOS NINOS DE LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES-LOJA, ANO 2014"**, como requisito para optar el grado de Medica General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que por fines académicos, muestre al mundo la reproducción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

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

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

Autor: Mariuxi Janeth Apolo Gonzalez

Firma:.....

Cédula: 1104839392

Correo: sssolsss@hotmail.com

Teléfono: 072572217

Dirección: Mercadillo y José María Peña

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán

Tribunal de grado:

Presidente: Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas

Vocal: Dra. Livia Gladys Pineda López

Vocal: Dra. Lorena Vallejo Delgado

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de tesis a Dios, porque siempre estuvo acompañándome en cada momento de mi vida, A mi madre, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. A mi padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor. A mi novio y amigo, Andrés por ser alguien muy especial en mi vida y por demostrarme que en todo momento cuento con él, A mis familiares y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis. A la Dra. Margarita Sotomayor por su apoyo ofrecido en este trabajo, su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional. A mis amigos. Y mi amigo Geoffrey compartimos largas horas juntos en el desarrollo de la tesis y que al fin hoy es realidad. Finalmente aquellos docentes que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario.

AGRADECIMIENTO

En esta primera etapa de carrera profesional y logrando el objetivo de realizar el trabajo de tesis, contando con la colaboración de algunas personas que han sido participes de este esfuerzo tan grande para mí, quiero agradecer principalmente:

A la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, por brindarme sus aulas para formarme en ellas como persona y como futura profesional.

A mis docentes, por ofrecer y compartir sus conocimientos a lo largo de la carrera y muy especialmente a la Doctora Margarita Sotomayor quien desinteresadamente y, en base a sus conocimientos y capacidad profesional dirigió el desarrollo de mi trabajo de tesis.

Mariuxi Janeth Apolo González

TÍTULO

DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES-LOJA, AÑO 2014

b. RESUMEN

La presente investigación se centró en las prácticas de la alimentación del lactante y el niño pequeño y su influencia en el desarrollo psicomotor en los CNH de Chuquiribamba y Chantaco del MIES-LOJA, año 2014, investigación de tipo transversal correlacional, realizada a niños de edades comprendidas entre 0 a 3 años que asistieron a los CNH, se aplicó encuestas orientadas a las prácticas alimentarias y se evaluó el desarrollo psicomotor utilizando el test de Denver. Dándonos como resultado que el inicio temprano de la lactancia materna ayuda a mejorar el desarrollo psicomotor del lactante presentando menos pruebas anormales de los que no recibieron una lactancia materna temprana (12% vs 42%), así mismo tenemos que los que no recibieron una lactancia materna exclusiva presentaron un porcentaje mayor de pruebas anormales, en comparación con los que si recibieron (53.5% vs 21%), los que recibieron una lactancia materna continua al año de vida presentaron un mayor porcentaje de pruebas normales en comparación con los que no recibieron (70% vs 51%). En niños amamantados que recibieron una frecuencia mínima de comidas presentaron menos pruebas anormales, de los que no la recibieron (19% vs 25%), A pesar de no contar con una población amplia, los resultados obtenidos en la presente investigación, demuestra que la lactancia materna ayuda a presentar un mejor desarrollo psicomotor al igual que las prácticas alimentarias.

PALABRAS CLAVES: LACTANCIA MATERNA, DESARROLLO PSICOMOTOR, TEST DE DENVER.

ABSTRACT

The present research has been focused in practices of infant feeding, toddler, and it´s influence in the psychomotor development in the CNH (acronym in spanish) of Chuquiribamba y Chantaco of MIES-LOJA, year 2014, research of transversal correlational kind, done to children aged from 0 to 3 that attended CNH, where surveyed feeding practices and was evaluated the psychomotor development using the Denver´s Test.

Given as a result that the early beginning of breastfeeding help to improve the psychomotor development of the breastfed presenting less abnormal proofs than the ones that didn't receive an early breastfeeding (12% vs 42%), therefore the ones that didn't receive an exclusive breastfeeding showed a bigger percentage of abnormal proofs compared to the ones that did receive (53.5% vs 21%), the ones that receive a continuous breastfeeding at age one showed a bigger percentage of normal proofs compared to the ones that didn't (70% vs 51%). In infant breastfed that received a minimum frequency of meals showed less abnormal proofs, that the ones that didn't receive (19% vs 25%), Nevertheless not having a broad population, the results obtained in this research, shows that the breastfeeding helps to improve a better psychomotor development as well as feeding practices

KEYWORDS: BREASTFEEDING, PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT, DENVER`S TEST.

C. INTRODUCCIÓN

La desnutrición en los primeros años de vida puede llevar a déficit permanentes en el crecimiento, el desarrollo psicomotor y la capacidad de aprendizaje del niño. Los efectos de la desnutrición parecen tener consecuencias más importantes de lo que se creía hace unos años y esto afecta terriblemente el potencial de desarrollo humano de millones de niños en los países del tercer mundo. (Hernández, 2003)

Los problemas de desarrollo en el niño pueden presentarse de diversas maneras: como alteraciones en el desarrollo motor, en el lenguaje, en la interacción personal-social, en lo cognitivo, etc. (Figueiras, Neves, Rios & Benguigui, 2006)

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición. Un 45% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición. Se calcula que en 2012, a nivel mundial, 162 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 51 millones presentaban un peso bajo para su talla, en la mayoría de los casos debido a una alimentación deficiente y a infecciones repetidas; 44 millones tenían sobrepeso o eran obesos. Por término medio, solo aproximadamente un 38% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna. Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, solo un tercio de los niños de 6 a 23 meses alimentados con leche materna cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad. Todos los años se podría salvar la vida de unos 800 000 menores de 5 años si la lactancia materna de todos los menores de 23 meses fuera óptima. (OMS 2014)

Los dos a tres primeros años de vida son cruciales para la configuración de las capacidades de las personas. El bajo peso al nacer y la desnutrición infantil roban el potencial que cada niño y cada niña trae al nacer. La desnutrición tiene efectos negativos en distintas dimensiones, entre las que destacan los impactos en la salud, la educación y la economía. A su vez, estos agudizan los problemas

de inserción social e incrementan o profundizan el flagelo de la pobreza e indigencia en la población, reproduciendo el círculo vicioso al aumentar con ello la vulnerabilidad a la desnutrición. (CEPAL & PMA 2009) En relación a la desnutrición en Ecuador de acuerdo a la última encuesta nacional materno infantil (ENDEMAIN 2004), el tiempo promedio de lactancia exclusiva es de tan solo 2.7 meses, con una prevalencia de 39.6% siendo mayor en la zona rural que en la zona urbana. La práctica de la exclusividad en la lactancia va disminuyendo conforme la edad del niño va aumentando, así, el 51.8 % del grupo de niños de 0 a 2 meses de edad recibe lactancia exclusiva, mientras que la prevalencia decae al 27.7% en los niños de 2 a 5 meses de edad, Los suplementos más comunes durante los primeros dos meses son: otras leches, 26%; agua solamente, 16.9%. En los infantes de tres a cinco meses, se añade purés o alimentos semisólidos, 26.1% y otras leches, 19%. La Organización Mundial de la Salud recomienda que la lactancia materna dure 24 meses, y si es el deseo de la madre puede prolongarse, no existe ninguna contraindicación para su continuación. Además, se ha demostrado que a mayor duración de la lactancia, mayor crecimiento lineal, sobre todo en lugares con inadecuadas condiciones sanitarias y deficiente acceso al agua. La evidencia científica indica que la leche materna, durante el segundo año, aporta el 40% de las necesidades de energía que requiere el menor, además del 45% de vitamina A y el 100% de vitamina. (MSP, 2012)

Cabe mencionar que en Loja no existen estudios que brinden información sobre la problemática. Estas investigaciones y los pocos datos referentes a la lactancia materna tiene el país, fueron factores que se consideraron para plantear la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo se relaciona el desarrollo psicomotor con la alimentación en niños de los CNH de Chuquiribamba y Chantaco del MIES Loja, del año 2014?

Una revisión acerca del impacto de la desnutrición sobre el desarrollo psicomotor en el niño, exige de acuerdo a conceptos contemporáneos de neuropsicología del desarrollo, una mirada simultánea a todos los aspectos del desarrollo incluyendo el nivel de actividad y atención, el desarrollo motor, cognitivo, el lenguaje y el desarrollo personal-social del niño.(Hernández, 2003)

Es por ello que la presente investigación se desarrolló estudiando a los niños que estuvieron inscritos en el programa creciendo con nuestros hijos (CNH) del Ministerio de inclusión Económica y Social, que aporto conocimientos acerca de la alimentación en nuestra población y como estas influyen en el desarrollo psicomotor de los niños para que las autoridades de salud realicen acciones destinadas a promocionar una alimentación adecuada y saludable para los niños en sus primeros años de vida.

El objetivo general de la presente investigación fue determinar las prácticas de la alimentación del lactante y el niño pequeño y su influencia en el desarrollo psicomotor en los CNH de Chuquiribamba y Chantaco del MIES-LOJA, año 2014, y los objetivos específicos fueron: 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, Evaluar el desarrollo psicomotor en los niños de los CNH de Chuquiribamba y Chantaco del MIES-LOJA, año 2014 y Relacionar los indicadores de las prácticas alimentarias con el desarrollo psicomotor en los diferentes grupos de edad de los CNH de Chuquiribamba y Chantaco del MIES-LOJA, año 2014

Esta es una investigación de tipo correlacional transversal, el universo estuvo constituido por 120 niños de 6 a 36 meses de edad que se encontraron inscritos en los CNH de Chuquiribamba y Chantaco, los criterios de inclusión planteados fueron, los niños inscritos en los CNH y niños que asistan normalmente a recibir atención. Los criterios de exclusión fueron, niños con alguna discapacidad física y niños cuyas madres no deseen ingresar en el estudio. Se recolecto la información mediante la aplicación de encuestas previamente elaboradas y validadas sobre las prácticas alimentarias a las madres o cuidadoras de los niños inscritos en CNH de Chuquiribamba y Chantaco, los aspectos que se incluyeron en la encuesta fueron: Alimentación de 0 a 6 meses de edad; Alimentación de 6 a 12 meses de edad; Alimentación de 12 a 23 meses de edad; Alimentación de 24 a 36 meses de edad, según el grupo de alimentos y frecuencia del consumo, con los datos obtenidos se realizaron los indicadores de las prácticas alimentarias.

Para la evaluación del desarrollo psicomotor se aplicó la prueba de tamizaje del desarrollo de Denver (DDST), este es el instrumento más utilizado para examinar los progresos en desarrollo de niños del nacimiento a los 6 años de edad, está dividido en 4 áreas: motora, motora fina adaptativa, lenguaje y personal-social. Luego de haber obtenido la información necesaria, se inició su tabulación para lo cual se utilizó el programa estadístico de Excel 2010 mediante el cual se logró la interpretación de los datos, lo cual permitió la elaboración y presentación en tablas y gráficos estadísticos que reflejaron los resultados.

d. REVISION DE LITERATURA

CAPITULO I

1. Alimentación

Cuando se analiza la alimentación del niño, aparece un tema que es imposible desligar: el proceso de crecimiento y desarrollo. Actualmente, estamos asistiendo a un hecho que hace ostensible la estrecha relación entre alimentación y crecimiento. Si comparamos a los niños actuales con los de generaciones previas, se aprecia cómo los niños de nuestros días crecen antes y más. Por otra parte, si se consideran países menos desarrollados o estratos sociales bajos, la inadecuada alimentación ocasiona procesos de crecimiento y desarrollo insatisfactorios. Por lo tanto, la disponibilidad de alimentos y su ingesta modifican notablemente, entre otras muchas cosas, los patrones de crecimiento y desarrollo de la población infantil, con la influencia que esto tiene sobre el rendimiento físico-deportivo de la persona, tanto durante la juventud como durante la vida adulta. (Delgado et al, 2004)

La alimentación del niño es un fiel reflejo de la alimentación del adulto. Un análisis del estado de salud de lo población adulta puede indicar el tipo de alimentación que se recibe en la edad infantil. Enfermedades de alta prevalencia como diabetes, dislipemias, hipertensión, aterosclerosis, caries o ciertos tipos de cáncer, tienen un alto condicionante en malos hábitos alimentarios. Hace algunos siglos, muchas de estas enfermedades, denominadas de la sociedad moderna, prácticamente no existían. Tampoco tienen gran incidencia en culturas coetáneas a la propia donde no se han introducido en términos cualitativos/cuantitativos ciertos alimentos. Las necesidades nutritivas del niño no son constantes a lo largo del tiempo y, en cualquier caso, difieren de las necesidades nutritivas del adulto. De ahí que se tenga que realizar un análisis de la alimentación del niño en diferentes fases: primer año de vida, caracterizado por la lactancia e introducción de los primeros alimentos sólidos; período pre-escolar (1 a 3 años), donde se amplía al máximo la variedad de alimentos; edad escolar (desde los 3 años hasta la pubertad), donde se deben de consolidar unos hábitos alimenticios correctos fomentando una dieta equilibrada, sana y variada. (Delgado et al., 2004)

1.1. Alimentación durante el primer año de vida

1.1.1. La alimentación del recién nacido

Debe cubrir las necesidades de mantenimiento además de las que se derivan de su crecimiento. El crecimiento físico supone un incremento en el tamaño que se objetiviza por los cambios de peso y talla, siendo una de las características fisiológicas más importantes de este período. En los primeros meses de vida el crecimiento es más rápido que en cualquier otro periodo; a los 5 ó 6 meses los niños duplican su peso, y suelen triplicarlo hacia el final del primer año. (Javier et al., 2012)

Podemos considerar dos etapas en la alimentación del recién nacido: etapa láctea y etapa de transición. La primera comprende hasta los cuatro o seis meses de vida, y el único alimento será la leche (humana o artificial) pues el niño sólo está preparado para succionar y deglutir líquido. La leche materna es el alimento por excelencia durante este periodo por una serie de ventajas evidentes (mayor protección inmunológica al bebe, mejor digestibilidad, nutrición, evolución psicoafectiva, evitación de errores en la preparación de leches artificiales). La lactancia se hará dando las tomas, cada tres o cuatro horas; en un principio, se darán seis o siete hasta quedar reducidas a cinco tomas diarias. Cuando se tenga que usar una leche artificial se usará una leche adaptada al recién nacido siendo de gran importancia la concentración que debe tener dicha leche. En la etapa de transición se van introduciendo alimentos no lácteos preparados de forma adecuada en textura y cantidad. A partir de los seis meses las necesidades nutricionales aumentan y la leche sola se hace insuficiente. Paralelamente progresa la maduración del tubo digestivo y se inicia la dentición. La incorporación de nuevos alimentos se hará siempre de forma gradual y lentamente. (Javier et al., 2012)

1.1.2. Periodo de lactancia exclusiva

La iniciación inmediata y la exclusividad son dos partes importantes y relacionadas del establecimiento del efecto protector de la lactancia materna contra la morbilidad y la mortalidad neonatales. Al empezar a amamantarlo de inmediato se asegura que el recién nacido reciba calostro, a menudo denominado la “primera inmunización” del niño debido a su contenido rico en importantes factores inmunitarios (tanto

secretorios como mediados por células), agentes antiinflamatorios y antimicrobianos y vitamina A, todos ellos importantes para la protección inmediata y a largo plazo contra infecciones. (OMS, 2013)

La leche materna como alimento exclusivo y estéril para el recién nacido también previene la introducción de agentes patógenos a través de líquidos o alimentos contaminados (como el agua utilizada para preparar las fórmulas, o las fórmulas mismas en polvo). La alimentación con otros líquidos o sólidos no solo ofrece una posible vía de ingreso de agentes patógenos, sino que también lesiona el aparato digestivo facilitando así la entrada de patógenos al cuerpo del lactante. La contaminación de las fórmulas en polvo para lactantes con Enterobacter sakazakii y otras bacterias se ha asociado con informes de mortalidad neonatal (debido a infecciones invasoras sistémicas) y reviste especial interés para los prematuros y de peso bajo al nacer porque son más vulnerables a las infecciones causadas por estos microorganismos (por ejemplo, enterocolitis necrotizante, septicemia y meningitis). Como ejemplo de las notables repercusiones que la lactancia materna exclusiva y temprana puede tener en la mortalidad y la morbilidad neonatales, un estudio de Ghana publicado en el 2006 calculó que la iniciación temprana de la lactancia materna podría reducir un 22% la mortalidad neonatal por todas las causas y que la alimentación de los recién nacidos con leche materna exclusivamente reduciría cuatro veces su probabilidad de morir. En un estudio de una zona rural de Gambia, la administración de tomas pre-lácteas estaba asociada con una probabilidad 3,4 (75%) mayor de muerte neonatal. Por último, la lactancia materna exclusiva también previene la pérdida clínica y subclínica de sangre del aparato digestivo causada por una alimentación mixta (en particular con leche de vaca), que puede tener efectos perjudiciales en el estado nutricional del lactante, especialmente en los reservas de hierro. Como en general el cuerpo no pierde hierro salvo por sangrado, la lesión intestinal asociada a la alimentación mixta que causa pérdida de sangre puede contribuir a un estado nutricional más deficiente. (OMS, 2013)

La lactancia materna inmediata también es beneficiosa para la madre porque el amamantamiento temprano estimula la liberación de oxitocina endógena, lo que induce contracciones uterinas y puede reducir las hemorragias postpartos. Una atonía uterina es la principal causa de hemorragia postparto, que a su vez es la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo y contribuye a un 25% de

las muertes maternas. La lactancia no materna o el cese precoz del amamantamiento también parecen ir asociados a depresión puerperal, aunque se necesitan más investigaciones para establecer mejor el carácter temporal de esta relación. Hay alguna evidencia de que la lactancia materna puede ser protectora del estado de ánimo de la madre por sus efectos reductores del estrés y mitigadores de la respuesta inflamatoria que, según una hipótesis, participaría en la patogenia de la depresión. Hay también alguna evidencia de que las mujeres que sufren depresión pueden tener menos confianza en su capacidad de amamantar. Aunque las cuestiones de salud mental han recibido relativamente poca atención como prioridades de salud pública, en particular en países en desarrollo la relación entre lactancia materna y depresión postparto no debe pasarse por alto porque algunos estudios han mostrado que la depresión postparto puede tener efectos negativos sobre el crecimiento, la nutrición y el desarrollo del niño. (OMS, 2013)

1.1.2.1. Leche materna

Una de las primeras decisiones que debe tomar una madre (lo ideal es que sea antes de que nazca el niño) es si lo amamantará o le dará fórmulas artificiales. La leche materna está adaptada, como ninguna, a las necesidades del niño y, por tanto, es la leche más adecuada para él. La lactancia materna presenta además ventajas prácticas y psicológicas. Por tanto, debe animarse a todas las madres a que consideren amamantar a sus hijos, aunque sin coaccionarlas. (Heird, 2008)

La leche humana es el alimento ideal para el niño especialmente durante los primeros seis meses de vida, recomendándose además que su suministro se extienda hasta los dos años de vida con la adecuada complementación de otros alimentos. El contenido de nutrientes de la leche humana es el adecuado para la inmadurez renal e intestinal del niño pequeño, para el crecimiento y maduración de su cerebro y como sustrato para los cambios de composición corporal que tienen lugar durante el primer año de vida. Sus componentes están en la concentración óptima como para que ninguno interfiera en la adecuada absorción de otro además del insustituible aporte de inmunoglobulinas cuyo aporte son el complemento natural para las deficiencias inmunológicas del bebé en los primeros meses de su vida. La biodisponibilidad del hierro y el zinc son las adecuadas por su estado químico y por la baja concentración de fósforo, proteínas y calcio de la leche humana que cuando

se encuentran en exceso interfieren en su absorción. La revalorización actual de la lactancia materna se centra en las diferencias insuperables de la leche humana por sobre las fórmulas infantiles o la leche de vaca no solo en los aspectos nutricionales y sus beneficios inmediatos para el lactante sino como factor de protección respecto de ciertas patologías crónicas no transmisibles, beneficios para la salud psico-física de la madre, para la funcionalidad familiar y por estas razones para una sociedad más sana en el futuro. (Raspini, Stábile, Dirra, Di Orio, 2011)

1.1.2.1.1. Beneficios de la lactancia materna

Con todo lo anterior se entiende que en el primer año de vida se considere al niño un lactante, ya que es la leche materna (producida como en todos los mamíferos por las glándulas mamarias de la madre para alimentar a sus crías) el alimento ideal, adaptado a sus necesidades para el crecimiento y desarrollo y a las limitaciones fisiológicas del tubo digestivo, del metabolismo intermediario y de la función renal existentes en este periodo. Representa la continuación de la alimentación intrauterina y contribuye a la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. (Vázquez & López, 2005). Las principales ventajas de dicha lactancia son:

Para el lactante:

- Idoneidad para satisfacer sus necesidades específicas de energía y de nutrientes. Desde el punto de vista nutritivo, desde los 3 a 6 primeros meses la lactancia materna satisface totalmente las necesidades nutritivas del lactante (excepto las de vitaminas K y, circunstancialmente, de hierro y vitamina D). Su contenido en aminoácidos esenciales, su bajo contenido en sales y la excelente biodisponibilidad de calcio, fósforo, magnesio y hierro constituyen algunas de las ventajas nutritivas de esta lactancia. (Vázquez et al., 2005)
- Modulación de la respuesta inmune, que se traduce en defensa frente a infecciones gastrointestinales y más discutidas, frente a otras como otitis media o infecciones respiratorias. Este papel protector no nutritivo vendría dado por su contenido en sustancias como inmunoglobulina A secretora, lactofenina y lisozima (con capacidad bactericida), lípidos con capacidad antimicrobiana y sustancias moduladoras del desarrollo inmunológico. (Vázquez et al., 2005)

- Aporte de factores de crecimiento y de hormonas gastrointestinales moduladores de la maduración del tracto gastrointestinal del recién nacido.
- Menor incidencia de dermatitis at6pica y de sensibilización a proteínas de leche de vaca en niños susceptibles.
- Establecimiento de una óptima relación afectiva madre-hijo, con un mayor, estímulo para el desarrollo psicoafectivo del lactante.
- Hay estudios epidemiológicos que sugieren un efecto protector frente al desarrollo en la infancia de enfermedades como la diabetes y la obesidad.

Para la madre:

- Mejor contracción e involución uterina.
- Más rápido y económico.
- Menor incidencia de neoplasia de mama. (Vázquez et al., 2005)

1.1.2.1.2. Contraindicaciones

En nuestro medio las escasas situaciones en las que hay una contraindicación absoluta para la lactancia materna serían, por parte de la madre, la quimioterapia o enfermedad grave, casos de adicción a drogas, infección por VIH y hepatitis B, si no se administra gammaglobulina y vacuna al recién nacido. Por parte del niño, estaría contraindicada la lactancia materna en los casos de enfermedades metabólicas como la galactosemia, fenilcetonuria o enfermedad de jarabe de arce. El principal motivo de abandono es el síndrome de insuficiencia de secreción láctea, sensación percibida por la madre de que el niño pasa hambre y de que no se tiene leche suficiente. Otras razones son problemas con los pezones, ganancia inadecuada de peso y trabajo materno fuera del hogar. (Vázquez et al., 2005)

En estos casos ha de ser alimentado con leches especiales prescritas por el pediatra. Respecto a la madre, generalmente si sufre ciertas enfermedades o si está infectada por el virus del sida, de las hepatitis B y C o por el citornegaloviros, Otro tanto ocurre si es consumidora de drogas o si está sometida a determinados tratamientos farmacológicos, puesto que algunos pasan a la leche y son ingeridos por el bebé. Ante cualquier duda, siempre contamos con la ayuda del médico. (Sánchez, 2007)

1.1.3. Lactancia artificial

Cuando por la circunstancia que fuere se toma la decisión de seguir la lactancia artificial, se utilizan fórmulas lácteas generalmente derivadas de la leche de vaca. La intención ha sido en todo instante lograr un alimento que fuera lo más parecido posible a la leche humana, por considerarla como el nutrimento óptimo para el niño en los primeros meses de la vida. Los progresos en el conocimiento de la composición de leche humana y de las necesidades nutricionales del lactante, junto con la disponibilidad de medios industriales cada vez más perfectos, permiten disponer hoy de una variada gama de preparados para la alimentación artificial del lactante**.** (Gil, Maldonado & Martínez, 2010)

1.1.4. Alimentación complementaria

Por alimentación complementaria se entiende la administración de algún alimento diferente de la leche, y se pretende cubrir con ella las necesidades nutricionales que precisa el ritmo de crecimiento y desarrollo del organismo del lactante. La introducción de estos alimentos se realizará a partir de los 4 – 6 meses de edad, se hará de forma progresiva, y terminará cuando el niño recibe una alimentación parecida a la del adulto. (Gil et al., 2010)

1.2. Alimentación del niño de 1 a 2 años

El periodo entre 1 y 2 años es un periodo de transición entre la fase de gran crecimiento y desarrollo propio del lactante, y la fase de crecimiento estable a partir de los 3 años hasta la pubertad, y, por lo tanto, entre la alimentación del niño pequeño o lactante y el patrón alimentario del niño mayor, más semejante al del adulto. (Vázquez et al., 2005)

Las últimas indicaciones formuladas sobre la cronología de introducción de la alimentación suplementaria en nuestro medio serían:

- Comienzo de diversificación : 5-6 meses
- Introducción de cereales: 5-6 meses; gluten : 6-8meses
- Introducción de frutas : 6-8 meses
- Introducción de verduras: 6-8 meses

- Introducción de legumbres: 9-12 meses
- Introducción de carne : 6 meses
- Introducción de pescado: 8-10 meses
- Introducción de huevo 10-12 meses
- Introducción de yogur: 9- 12 meses (Vázquez et al., 2005)

1.3. Alimentación del niño de 2 a 3 años

A partir de los dos años y hasta finalizar el desarrollo, el niño entra en un periodo de la vida que puede dividirse en tres etapas diferentes: preescolar, escolar y adolecente. Es importante conocer las características diferenciales de cada una de ellas en edad, maduración y crecimiento para comprender mejor las conductas alimenticias y requerimientos nutricionales de cada momento.

Los patrones de alimentación en el segundo año de vida cambian más rápidamente que en cualquier otro periodo de vida. El niño va a incorporar los hábitos alimentarios de su familia y van a aparecer ya preferencias y aversiones alimentarias claras. Las necesidades nutricionales son todavía altas, pero no hay recomendaciones específicas sobre la alimentación en este grupo de edad. Las indicaciones sobre la alimentación son mucho más generales y el consumo de los grupos de alimentos van a ser muy semejantes a los ingeridos en el primer año de la ingesta de leche no debe ser inferior a 500ml, aunque parte de estos aportes se puede sustituir por derivados lácteos (quesos, yogures, etc.). Los cereales y el pan acompañando a la leche van a ser los constituyentes principales del desayuno y merienda. El consumo diario de cereales, pan y pastas es la base de una dieta equilibrada. Las carnes, pescado, y huevos van a completar el aporte proteico. Debe tenderse a usar carnes y pescados magros, y cocinados con poca grasa. Se aconseja el dar una o dos veces a la semana hígado por su riqueza en hierro. La ingesta de huevos recomendada suele ser de uno a tres a la semana. Las verduras y legumbres pueden usarse frescas o congeladas. Estas últimas constituyen un excelente aporte de proteínas y fibra. Las frutas han de ser frescas y más bien maduras. Son la fuente principal de carbohidratos. En este sentido es importante el controlar que el niño no se acostumbre a la ingesta de dulces y chucherías, creándose hábitos alimentarios que puedan ser perjudiciales. En este periodo no son necesarios suplementos

nutricionales si se sigue una dieta variada, salvo la necesidad de flúor en los casos de aguas de consumo insuficientemente fluoradas. (Vázquez et al., 2005)

1.4. Prácticas alimentarias de la OMS

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. La nutrición deficiente incrementa el riesgo de padecer enfermedades y es responsable, directa o indirectamente, de un tercio de las 9.5 millones de muertes que se ha estimado ocurrieron en el año 2006 en niños menores de 5 años de edad. La nutrición inapropiada puede, también, provocar obesidad en la niñez, la cual es un problema que se va incrementando en muchos países.

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

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

Lactancia materna exclusiva significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos .La Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etáreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 231 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años Estas recomendaciones pueden ser adaptadas de acuerdo a las necesidades de los lactantes y niños pequeños que viven en circunstancias excepcionalmente difíciles, como es el caso de prematuros o lactantes con bajo peso al nacer; niños con desnutrición grave. (OMS, 2010)

Inicio de la lactancia materna

1. **Inicio temprano de la lactancia materna:** Proporción de niños nacidos que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento

$$\frac{\text{Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento}}{\text{Niños nacidos en los últimos 24 meses}}$$

Lactancia materna exclusiva

2. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses: Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.

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

Lactancia materna continúa

3. Lactancia materna continua al año de vida: Proporción de niños de 12 a15 meses de edad que son amamantados

$$\frac{\text{Niños de 12 a 15 meses de edad que fueron amamantados}}{\text{Niños de 12 a 15 meses de edad}}$$

Introducción de alimentos complementarios

4. Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves: Proporción de lactantes de 6–8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves

$$\frac{\text{Lactantes de 6 a 8 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves durante}}{\text{Lactantes de 6 a 8 meses de edad}}$$

Diversidad alimentaria

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

$$\frac{\text{Niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de} \geq 4 \text{ grupos alimentarios}}{\text{Niños de 6 a 23 meses de edad}}$$

- Los 7 grupos alimentarios usados para la tabulación de este indicador son:

– cereales, raíces y tubérculos

– legumbres y nueces

– lácteos (leche, yogurt, queso)

– carnes (carne, pescado, aves e hígado o carnes provenientes de vísceras)

– huevos

– frutas y verduras ricas en vitamina A

– otras frutas y verduras

El consumo de cualquier cantidad de comida de cada grupo alimentario es suficiente para “contar”; por ejemplo, no hay cantidad mínima excepto si alguno se usa sólo como condimento.

El número mínimo de por lo menos 4 de los 7 grupos alimentarios indicados anteriormente fue seleccionado ya que está asociado con las dietas de mejor calidad tanto para niños amamantados como para niños no amamantados. El consumo de alimentos de por lo menos 4 grupos alimentarios significaría que en la

mayoría de las poblaciones el niño ha tenido una alta tendencia a consumir por lo menos un alimento de origen animal y por lo menos una fruta o verdura ese día, además de un alimento básico (cereal, raíz o tubérculo).

Frecuencia mínima de comidas

6. **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.

Se calcula el indicador a partir de las dos fracciones siguientes

$$\frac{\text{Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más}}{\text{Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad}}$$

Y

$$\frac{\text{Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves o leche el número mínimo de veces o más}}{\text{Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad}}$$

Mínimo se define como

- 2 veces para niños amamantados de 6 a 8 meses
- 3 veces para niños amamantados de 9 a 23 meses
- 4 veces para niños no amamantados de 6 a 23 meses
- Comidas” incluye tanto comidas como refrigerios o meriendas (que no sean cantidades triviales), y la frecuencia está basada en el informe dado por la persona al cuidado del niño.

Indicador compuesto sumario de alimentación de lactantes y niños pequeños

7. **Dieta mínima aceptable:** Proporción de niños que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna).

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

$$\frac{\text{Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad que tuvieron por lo menos la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comidas}}{\text{Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad}}$$

y

$$\frac{\text{Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron por lo menos 2 tomas de leche y que recibieron por lo menos la diversidad alimentaria mínima (sin incluir tomas de leche) y la frecuencia mínima de comidas}}{\text{Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad}}$$

Capítulo II

2. Desarrollo Psicomotor

2.1. Definición

Por desarrollo psicomotor entendemos el proceso que sigue el niño desde su nacimiento en la progresiva adquisición de habilidades motrices, de lenguaje y de adaptación/ relación con su entorno. En general, se admite la etapa que va desde el nacimiento a los 2-3 años como la propia del desarrollo psicomotor, ya que en ella se producen las adquisiciones más importantes. (Pérez, 2014)

El término “psicomotor” indica la concomitancia de as-pedos mentales o psíquicos y de movimiento o motrices. Si algo es importante en el conocimiento del desarrollo psicomotor es su comprensión como proceso complejo y dinámico, fruto de una maduración neurobiológica en continua interrelación con aspectos psicológicos y sociales, podemos visualizar cómo gracias a sus competencias motrices el lactante es capaz de establecer una relación visual con el adulto y esta, a su vez, le anima a mantener el esfuerzo motor para llevarla a cabo. Todo ello le proporciona una experiencia a distintos niveles (motriz, propioceptivo, visual, auditivo, relacional, afectivo, etc.) pero también integrada en su vivencia, que enriquece y hace progresar su desarrollo.

El bebé es un ser muy activo, dotado de unas capacidades innatas muy poderosas para conseguir atención a sus necesidades: ser cuidado. El desarrollo del niño pequeño depende de la maduración del sistema nervioso, del mundo que lo envuelve y le da lo que va necesitando para su crecimiento personal, y del proceso interno de estructuración de su pensamiento y personalidad. Y todo lo anterior en continua interrelación, acoplamiento progresivo y modificaciones mutuas. Esta interrelación es una característica del desarrollo del niño pequeño, y el adjetivo “psicomotor” nos lo recuerda de manera clara. Hoy ya podemos afirmar que las experiencias del niño constituyen un elemento fundamental en la organización de su sistema nervioso central. Esta comprensión integrada o global del desarrollo es fundamental si queremos profundizar en este proceso. Así pues, nos permitirá pensar en elementos de ayuda y soporte al desarrollo desde el trabajo de la atención

primaria de salud, que también forma parte del mundo del niño y de su familia. Podemos decir que, sin el adulto, no se habría dado la experiencia descrita por parte del niño. A esto añadiremos que la experiencia de relación que ha tenido el adulto le anima a confiar en los recursos y aspectos personales del niño y en los suyos propios para favorecer el desarrollo del pequeño. El adulto, principalmente madre o padre, a su vez sigue un proceso de conocimiento de su hijo para ayudarle en este camino de hacerse mayor. Nunca insistiremos lo suficiente en la importancia de un buen encuentro emocional entre padres y niño para un desarrollo psicomotor adecuado. En este sentido la confianza y seguridad que el pediatra da a los padres en sus competencias para favorecer el desarrollo del niño tienen una gran relevancia principalmente en padres primerizos o inseguros. El desarrollo del niño expresa su progresivo crecimiento como persona. Muchos autores han insistido en la importancia de los primeros años de vida para el futuro del niño y del adulto, tanto en lo referente a la salud física como a la mental. Una situación de bienestar biológico, psicológico y de entorno se traducirá en un desarrollo sano que sentará la base para los cambios vitales posteriores. Al contrario, problemas biológicos y psicológicos o un entorno inadecuado que no ayude al niño pueden conducir a un desarrollo anómalo y a un adulto insatisfecho, aislado o con retraso. La salud del adulto, entendida como la define la OMS, depende en gran medida de la salud en los primeros años de vida. De ahí resulta el importante valor preventivo del cuidado al desarrollo, tanto por parte de la familia como de los profesionales que forman parte del entorno del niño y familia. Los padres intuyen esta relación entre desarrollo y capacidades futuras de su hijo.

La observación o valoración del desarrollo es un instrumento muy valioso para poder comprender la situación del niño. Cuando no se ajuste a la edad del niño, será necesario plantearse hacer valoraciones más profundas que permitan un diagnóstico y el inicio de un proceso de ayuda para el niño y su familia. Hemos de ser prudentes para evitar alarmar innecesariamente a los padres. Siempre hemos de plantearnos la comunicación de nuestros hallazgos como algo importante que debemos meditar previamente. Es conveniente dejar expresar primero la preocupación familiar, que, muchas veces, ya está presente y por miedo no han podido mencionar. El hecho de que la familia pueda expresar su preocupación y pensar en el niño, la puede acercar a las necesidades de este y mejorar así la

situación del pequeño. Los profesionales de atención primaria pueden contar con la colaboración de equipos especializados en desarrollo para valorar, diagnosticar e intervenir terapéuticamente.

En la valoración del desarrollo psicomotor es necesario tener en cuenta dos cuestiones importantes La primera, la consulta de la familia. Cuando consulta por una preocupación sobre el desarrollo de su hijo, hay que acogerla y evitar la negación absoluta del profesional que dificulte su seguimiento en visitas posteriores. La opinión de los padres sobre el desarrollo de su hijo es un buen indicador

Y a menudo, coincide con la valoración del profesional. La consideración es que ningún instrumento de valoración del desarrollo (test, tabla o cuestionario para padres) puede sustituir el sentimiento común y la experiencia del profesional. La observación repetida y atenta del niño pequeño de cómo se mueve, habla, juega o se relaciona, es el mejor instrumento de valoración.

2.2. Factores de riesgo

Por factores de riesgo entendemos las condiciones biológicas, psicológicas o sociales que aumentan la probabilidad de que aparezca una alteración en el desarrollo que comprometa el ajuste personal y social del niño. Su conocimiento permitirá estar más atentos al desarrollo del niño y llevar a cabo, si lo consideramos necesario, un seguimiento más completo y frecuente. En el aspecto conceptual es conveniente saber que un niño en situación de riesgo, pasado o presente, puede tener un desarrollo normal. En determinadas situaciones de riesgo psicosocial puede plantearse una intervención o ayuda, a pesar de que el desarrollo del niño sea normal en aquel momento. (Pérez, 2014)

2.2.1. Factores de riesgo biológicos

Son circunstancias vitales, condiciones genéticas o agresiones diversas al sistema nervioso o somático del niño que pueden comprometer su desarrollo. (Pérez, 2014)

2.2.2. Factores de riesgo psicosociales

Hacen referencia a situaciones del entorno del niño no adecuadas o adversas para su desarrollo normal. (Pérez, 2014)

2.3. Desarrollo psicomotor normal y principales signos de alerta

Debemos tener en cuenta que, si bien es necesario conocer el desarrollo normal, también tenemos que pensar que cada niño tiene un desarrollo personal y propio en función de su genética y situación biológica, psíquica y social.

Clásicamente el desarrollo psicomotor se describe por áreas de este modo se facilita su observación analítica, pero puede llevar a una distorsión de su comprensión integrada cuya importancia ya hemos remarcado. (Pérez, 2014)

2.3.1. Etapa de recién nacido

Motricidad general

Está condicionada por los reflejos arcaicos, la posición fetal y la inestabilidad del control cefálico. Algunos reflejos, como el de los puntos cardinales o el de succión, le son muy útiles. El niño reacciona a los estímulos con movimientos globales. Predomina la posición fetal con flexión de extremidades e hipotonía de cabeza y tronco. En decúbito prono hace movimientos reflejos de reptación y puede liberar las vías respiratorias lateralizando la cabeza. En supino patalea alternativamente. Mantenido en posición de sentado observamos una marcada cifosis de tronco y la cabeza se vence hacia delante

Manipulación

Se caracteriza por el reflejo de prensión palmar y la flexión predominante en extremidades. Las manos permanecen cerradas la mayor parte del tiempo.

Función visual

Podemos conseguir que fije su mirada en nuestra cara. Hay respuesta palpebral a los cambios de luz. Se orienta hacia la luz.

Función auditiva

Es muy sensible a la intensidad de los sonidos. La voz de la madre lo tranquiliza. No localiza el sonido, pero si gira la cabeza hacia el lugar de donde viene en determinadas condiciones.

Lenguaje

Frente a sensaciones desagradables puede emitir un llanto agudo. Con el llanto expresa sus necesidades.

Nivel adaptativo-social

Se tranquiliza al cogerlo en brazos, mecerlo, acariciarlo o darle alimento. Sus habilidades perceptivas están más desarrolladas que las motrices.

2.3.2. Niño de 1 mes

Motricidad general

La tonicidad muscular va disminuyendo. La respiración es más regular. Han mejorado la succión y la deglución. La motricidad es aún primaria y está condicionada en parte por los reflejos arcaicos, la inestabilidad cefálica y la actitud corporal en flexión. Los movimientos son bruscos y descoordinados. En decúbito prono el tronco es aún débil. Puede volver la cabeza hacia los lados y separarla repetidamente del plano de la cama por breves instantes. Existe una extensión intermitente de extremidades inferiores con movimientos de reptación. Da pequeñas patadas. Los codos están todavía flexionados. En decúbito supino mantiene las extremidades en flexión y puede mantener la cabeza en la línea media por unos segundos. En la posición vertical aún no controla la cabeza.

Manipulación

Persiste el reflejo de prensión. Va disminuyendo la tendencia a mantener las manos cerradas. Puede llevarse la mano a la boca de manera involuntaria.

Función visual

Tiene un interés especial por la cara humana y puede sonreír a la madre en la tomas de alimento, y la mira intensamente cuando le habla. La luz atrae su mirada.

Función auditiva

Reacciona claramente a los ruidos fuertes. Se calma con la voz de los padres.

Lenguaje

Emite sonidos guturales de carácter emocional. Habitualmente se consuela y deja de llorar cuando la madre lo coge en brazos o le habla. Diferencia la carga afectiva del lenguaje materno. Puede emitir sonidos vocálicos entre “a” y “e” y guturales asociados a “j” suave.

Nivel adaptativo-social

El niño es más receptivo a la voz y cara de la madre. Progresa la fijación de la mirada a la cara. Disfruta de actividades como el baño. Cuando la madre le proporciona bienestar, esboza una sonrisa que traduce una satisfacción profunda. Duerme durante períodos prolongados. Todavía no soporta demasiados estímulos que lo exciten.

Principales signos de alerta

- No levanta momentáneamente la cabeza en decúbito prono.
- No fija la mirada en la cara humana.
- Irritabilidad persistente sin una causa clara.
- Trastornos de la succión o rechazo persistente del alimento.

2.3.3. Niño de 2 meses

A los dos meses de edad, al mismo tiempo el niño sonríe en correspondencia, también adquiere la capacidad de seguir objetos rotando la cabeza hacia el mismo sitio y en dirección a donde se desplace el objeto, cruzando la línea media hacia uno y otro lado, inicialmente d 15° a 20° a cada lado, hasta lograr un ángulo de 180° de rotación cefálica, con lo cual aumenta su visión panorámica y prepara el terreno para llegar a la visión con profundidad de campo, también llamada visión estereoscópica o en tres dimensiones.(Ucrós & Mejía,.2009)

Motricidad general

Los reflejos arcaicos, aunque no todos, tienden a desaparecer. La flexión de extremidades va disminuyendo. En decúbito prono, la cabeza se apoya sobre un lado y la levanta de tanto en tanto iniciando la extensión cervical.

Por unos segundos, la cara forma un ángulo de unos 45° con el plano de la cama. La pelvis se apoya en la cama con las caderas en más extensión. Los codos y los hombros están aún flexionados, pero con más flexibilidad hacia la extensión. En decúbito supino patalea vigorosamente de manera simétrica y alternante En la posición de sentado. (Pérez, 2014)

2.3.4. Niño de 3 meses

Motricidad general

La motricidad refleja se va integrando en la voluntaria. Los movimientos de extremidades están poco coordinados. En decúbito prono levanta la cabeza con más facilidad y por más tiempo. La cara alcanza un ángulo de 45-90° con el plano de la cama, hay una extensión armónica del tronco y se mantiene apoyado en los antebrazos. La pelvis reposa plana en la cama. En decúbito supino hace movimientos de flexo extensión de piernas y puede girar pasivamente del decúbito lateral al dorsal.

En sedestación hace una extensión cervical y dorsal y puede mantener la cabeza erguida durante bastantes segundos. La cifosis dorso lumbar va disminuyendo. Sostenido en vertical y al apoyar las plantas de los pies en una superficie, lo hace con las caderas en abducción y las piernas flexionadas.

Manipulación

Las manos permanecen generalmente abiertas. Hay prensión al contacto o involuntaria, cuando se coloca un objeto en contado con la mano, y esto provoca que la abra, la cierre y lo retenga por unos instantes. Tiene mucho interés por sus manos, que mira y puede llevarse a la boca.

Función visual

Mira prolongadamente la cara de la madre. Se mira las manos. Gira la cabeza para seguir un objeto que se desplaza. Puede desplazar la mirada de un objeto a otro. Hace una persecución óptica vertical hacia arriba.

Función auditiva

Busca con la mirada el lugar de origen de un sonido que está dentro de su campo visual. Presta gran atención al lenguaje humano.

Lenguaje

Puede emitir gritos de alegría o de mal humor. Va ampliando la variedad de sonidos. Llora menos y comunica más cuando se interesan por él. Comienza a utilizar consonantes. Vocaliza sonidos similares en respuesta a los habituales del niño imitados por el adulto. Es la edad del balbuceo en forma de vocalizaciones prolongadas. Manifiesta placer con sus producciones verbales. Está atento a las conversaciones.

Nivel adaptativo-social

El niño está más abierto a su mundo, ha aumentado el tiempo de alerta. Las vocalizaciones son más prolongadas y la expresión de sentimientos mediante la mímica lo hace más cercano al adulto. Se consolida la sonrisa en respuesta a la mirada humana (sonrisa social). Puede calmarse ron la proximidad de la madre. Utiliza el lenguaje del cuerpo para apresar sus sentimientos de bienestar o de ansiedad. Busca las caras y aprecia mucho la compañía. Recibiendo una atención continuada y cariñosa, va adquiriendo confianza básica en el entorno. Los hábitos de sueño ya acostumbran a estar bien organizados. Puede despertarse aún por las noches. (Pérez, 2014)

Principales signos de alerta

- No elevación cefálica mantenida en decúbito prono.
- Ausencia de fijación de la mirada en objetos.

- Ausencia de seguimiento visual de la cara humana.
- Ausencia de respuesta a la voz o a ruidos fuertes.
- Ausencia de sonidos.
- Ausencia de sonrisa social.

2.3.5. Niño de 4 meses

Motricidad general

En decúbito prono, de manera progresivamente más estable y apoyado en los antebrazos, puede levantar la cabeza y el tórax hasta llevar la cara a un ángulo recto con la cama. Las piernas están en extensión y realiza movimientos de flexoextensión con las cuatro extremidades. En esta posición, la pelvis queda completamente plana sobre la cama. Intenta girar a decúbito lateral. En la maniobra de paso a sedestación desde la posición en decúbito supino, la cabeza va alineada con el tronco y hace una elevación activa de las piernas, que a su vez flexiona. En la posición de sentado mantiene la cabeza en vertical de manera continuada.

Al hacer más extensión de tronco va disminuyendo la cifosis dorsolumbar. Sostenido en venial y al apoyar los pies sobre una superficie disminuye la flexión de piernas.

Manipulación

Junta las manos. Inicia el acercamiento vacilante y conjunto de las dos manos al objeto. Se lleva los objetos a la boca. Juega con los dedos de la mano.

Función visual

Puede ver objetos a diferentes distancias y percibir sus pequeños detalles. La convergencia ocular le permite la visión binocular. Mantiene más el interés y los períodos de observación son más largos. Puede observar un juguete que tiene en la mano. Alcanza los 180* en la persecución óptica horizontal.

Función auditiva

La agudeza auditiva ya está bien adquirida. Identifica ruidos familiares girando la cabeza hacia la dirección adecuada.

Lenguaje

Ha mejorado la calidad de su voz y su entonación se hace más variada. Forma melodías de sonidos vocálicos y consonánticos asociados. Va ampliando las consonantes utilizadas (balbuceo en forma de consonantes). Pueden aparecer sonidos fricativos (como la “v”) y labiales explosivos (como la “m” y la “b”). Demuestra alegría con la emisión espontánea de sonidos que puede hacer repetidamente. Ríe sonoramente (carcajadas).

Nivel adaptativo-social

Es una edad de gran importancia para la socialización. Se muestra alegre incluso delante de extraños. Todo le interesa y observa mantenidamente las caros familiares, los objetos de la sala o el movimiento de las personas. Va alargando los períodos de vigilia. Conoce muy bien a los padres y les dedica sonrisas muy discriminativas. Continúa observándose las manos, que cruza, toca, golpea. La succión es una actividad mayor. Reconoce el biberón si lo utiliza.

2.3.6. Niño de 5 meses

Motricidad general

En decúbito prono levanta la cabeza y gran parte del tronco apoyándose en los antebrazos o las palmas de las manos. Tiene gran actividad y extiende los brazos y las piernas. Intenta ponerse en decúbito supino. En esta posición se toca las piernas con las manos. En el paso a sedestación desde la posición en decubito supino participa activamente avanzando la cabeza con relación al tronco. Si lo mantenemos de pie, mantiene una gran parte de su peso.

Manipulación

Aparece la prensión voluntaria. Es capaz de coger voluntariamente y con dificultad los objetos próximos, que se lleva a la boca. Es una prensión bimanual, palmar, global e imprecisa.

Lenguaje

Similar al de los 4 meses, con mejor diferenciación de consonantes. Mira con interés las bocas y escucha atentamente los diferentes sonidos. La voz humana lees especialmente interesante. Va asociando el lenguaje y la comunicación a un proceso de afectividad, de bienestar.

Nivel adaptativo-social

Es la edad de la prensión voluntaria. Esto le ayuda en el proceso de ir comprendiendo que el objeto es algo /fe• rente de él, que está fuera. Si el objeto desaparece, aún no lo busca. Delante del espejo se mostrará intrigado con el reflejo de su imagen. Pide más atención. Necesita estar al lado de los padres para mirar, comunicarse y sentirse seguro. Va diferenciando las tonalidades afectivas del lenguaje y la mímica. Los espacios de sueño comienzan a acortarse. Puede despertarse intranquilo.

Principales signos de alerta

- No se apoya en los antebrazos en decúbito prono.
- Ausencia de buen control «fálico en vertical.
- No junta las manos en la línea media.
- Cabeza retrasada en relación al tronco en la maniobra del paso a sentado.
- Ausencia de persecución visual del objeto por un arco superior a 90°.
- Ausencia de verbalización recíproca.
- Desinterés por el entorno.

- No reconoce el biberón.
- No está atento a las conversaciones.
- No dirige su mirada a la voz.

2.3.7. Niño de 6 meses

Motricidad general

En decúbito prono levanta la cabeza, el tórax y parte del abdomen apoyado por momentos en sus manos y llevando la cabeza hacia atrás. Si en decúbito supino la madre le pone los pulgares en sus manos, tracciona y puede sentarse Comienza acogerse los pies, y así va profundizando en el descubrimiento de su cuerpo. Sentado puede mantenerse con un mínimo de soporte y comienza a apegarse en sus manos avanzadas. La espalda esta recta o con poca cifosis lumbar. El control de la cabeza ya está conseguido. Si lo ponemos de pie, atiende las caderas y rodillas, y mantiene una gran parte de su peso.

Manipulación

La prensión voluntaria global, con toda la mano, está bien adquirida. De una prensión palmar más cubital va pasando a una más radial. Palpa superficies con la palma.

Función auditiva

Localiza con seguridad un sonido girando la cabeza y dirigiéndole la mirada.

Lenguaje

Es el inicio del balbuceo o encadenamiento de sílabas. Controla mejor el caudal de sus expresiones vocales y puede variar su volumen. Va tomando conciencia de los diferentes tonos de su repertorio.

Nivel adaptativo-social

Manifiesta mucho interés por los objetos y alterna su exploración entre las manos y la boca. Comienza a manifestar un comportamiento diferente frente a los

desconocidos. Es sensible a la entonación y volumen de la voz humana. Le gusta el sonido de su voz. Las producciones verbales se acompañan de movimientos de las extremidades. Puede seguir con la mirada un objeto que cae al suelo. En general, acepta bien el momento de comer. Deja de mirarse las manos. (Pérez, 2014)

2.3.8. Niño de 7 meses

Motricidad general

En decúbito prono se apoya sobre las manos y puede separar una mano de la superficie de apoyo para coger un objeto. En decúbito puede voltear de prono a supino. En decúbito supino se coge los pies y puede llevárselos a la boca. Si le ofrecemos un dedo para que lo coja, se levanta por sí mismo para sentarse. En la posición de sentado puede mantenerse por unos instantes con el apoyo de las manos por delante. Mantenido de pie sobre una base le gusta saltar y agacharse, y se mantiene unos instantes.

Manipulación

Inicia las tentativas de prensión en pinza inferior (con la base del pulgar y parte lateral del índice). Puede retener un objeto en cada mano. Se pasa objetos de una mano a la otra. Puede dejar un objeto cuando lo desea. Los movimientos manuales aún son imprecisos. Juega con manos y pies. Da vueltas a los juguetes con las dos manos. Progresa en la inspección manual de objetos.

Lenguaje

Perfecciona el balbuceo con mejor diferenciación de las sílabas. Utiliza las producciones verbales para atraer la atención de la madre. Puede cantar.

Nivel adaptativo-social

Está muy interesado en todo lo que le rodea. Puede estar solo, pero la presencia de la madre es primordial. Diferencia a su madre de otras personas. Sigue con atención las actividades de la persona que lo cuida. Comienza a llorar si la madre se aleja. Puede encontrar un objeto escondido detrás de una pantalla. Puede comer solo un trozo de galleta.

Principales signos de alerta

- No se apoya en las manos en decúbito prono.
- No lleva la cabeza avanzada en relación al tronco en la maniobra de paso a sedestación.
- No hace prensión del objeto.
- Ausencia de variación expresiva.

2.3.9. Niño de 8 meses

Motricidad general

En decúbito prono puede iniciar el paso a la posición de gateo. Puede hacer el volteo en los dos sentidos. Generalmente puede mantener una sedestación bastante estable, pero poco mantenida. Sentado puede apoyarse delante o lateralmente. Se mantiene de pie si lo cogemos por ambas

Manipulación

Va perfeccionando la prensión en pinza inferior que va siendo más distal. Puede dejar el objeto de una mano para coger otro. Juega a lanzar los objetos.

Lenguaje

Vocaliza cuando ve personas u objetos, como si quisiera contactar con ellos. Intenta modular sus combinaciones fonéticas. Puede iniciar la duplicación silábica. El niño se habla a sí mismo y a los demás. Puede susurrar.

Nivel adaptativo-social

Al controlar la sedestación avanza hacia su independencia de movimientos y de relación con el entorno. Tiene mucho interés en practicar sus adquisiciones de movimientos, manipulación y lenguaje. Su prensión es cada vez más precisa y le gusta coger un objeto en cada mano. También le gusta lanzar objetos para oír el mido. Le gusta el juego del espejo y sonríe y observa su imagen. El espejo le proporciona una vía para el reconocimiento de todo su cuerpo. Sacude el sonajero.

Busca la presencia de la madre para sentirse seguro. Puede extender los brazos para que le cojan. Comienza a imitar a los adultos a los que tiene confianza. Llora en presencia de extraños. Es muy sensible a las separaciones de la madre, que pueden provocarle una fuerte ansiedad. (Pérez, 2014)

2.3.10. Niño de 9 meses

Motricidad general

En decúbito prono pasa a la posición de gateo e intenta gatear. Puede rastrear sobre el abdomen hacia delante. Le gusta voltear para desplazarse Cuando está sentado puede inclinarse hacia delante sin perder el equilibrio, pero le cuesta hacerlo hacia los lados. La reacción de apoyo lateral está ya establecida. Inicia el paso de sedestación a decúbito prono. Puede iniciar el paso a bipedestación apoyándose en los muebles, pero cae fácilmente. De pie y apoyado en un soporte puede mantener el equilibrio y todo su peso por unos segundos.

Manipulación

Puede coger objetos pequeños haciendo prensión en pinza inferior. Esto le da más independencia manual. Aproxima un objeto a los padres, que no llega a entregar en una primera fase. Con el dedo índice toca detalles de los juguetes. Puede golpear dos objetos entre sí.

Lenguaje

Ya hace duplicación silábica, pero sin un significado claro. Puede decir varias silabas diferentes, que encadena.

Función adaptativo-social

El perfeccionamiento de la prensión le permite más libertad de manipulación y le da intensas satisfacciones. Deja caer voluntariamente los objetos para volverlos a coger. Progresa en encontrar un objeto escondido. Le gusta practicar sus adquisiciones de movimientos. Continúa la gran dependencia de la madre y constantemente le dirige la mirada como si no la quisiera perder de vista. Reacciona con desconfianza delante de una persona extraña. Le encanta el juego de

esconderse y mostrar la cara, que le ayuda en la elaboración mental de la separación de la madre. Puede imitar acciones sencillas, como hacer palmas. (Pérez, 2014)

Principales signos de alerta

- No se mantiene sentado con un mínimo de ayuda humana.
- No voltea.
- No se pasa objetos de mano.
- No sostiene un objeto en cada mano.
- No hace emisiones silábicas.
- No parece reconocer a la persona más próxima.
- Palta de interés por el entorno más amplio.

2.3.11. Niño de 10 meses

Motricidad general

Ya puede gatear de manera poco coordinada, aunque una proporción de niños (15-20%) no lo hará antes de caminar. Puede balancearse manteniéndose a cuatro patas. Con ayuda física pasa de decúbito a sedestación. Sentado mantiene una postura casi permanente con la espalda recta y las rodillas atendidas. Puede ponerse de pie agarrándose a los muebles y mantener la postura.

Manipulación

Prensión “en pinza” entre los pulpejos distales del pulgar y el dedo índice, articulación proximal del pulgar extendida. Articulación distal del pulgar algo flexionada, pulgar opuesto al dedo índice. (Zitelli & Davis,.2009)

Lenguaje

Utiliza tanto monosílabos como sílabas repetidas. Puede hacer una imitación bastante correcta de sílabas conocidas Es un juego de palabras o diálogo entre

madre y niño. Puede hacer «adiós• con la mano imitando al adulto. Reacciona al oír su nombre.

Nivel adaptativo-social

Le gusta ejercitar sus adquisiciones motrices, principalmente el desplazamiento por el suelo. Se va haciendo más ágil y curioso. Quiere explorarlo todo. Puede utilizar un objeto como continente de otros. Le gusta introducir y sacar objetos de un recipiente Adapta sus manos a la forma de los objetos. Los explora con la mirada y las manos por un rato, y los puede lanzar bruscamente al suelo. Se sirve de los objetos de manera discriminada. La reacción de desconfianza frente a los extraños es más clara. (Pérez, 2014)

2.3.12. Niño de 11 meses

Motricidad general

Puede caminar solo, cogido de la mano del adulto o agarrándose a los muebles lateralmente. Puede gatear con coordinación cruzada y hacer la marcha de oso apoyándose en manos y pies. Pasa a sedestación desde decúbito sin ayuda. La sedestación permanente está bien desarrollada. Va mejorando el equilibrio en las diferentes posiciones, mejora el paso a bipedestación.

Manipulación

Va perfeccionando la oposición pulgar-índice, que es prácticamente completa. Puede coger pequeños objetos con la punta del índice flexionado y el pulgar en oposición. Señala objetos con el índice

Lenguaje

Va utilizando un lenguaje global bastante significativo. Pueden aparecer las primeras palabras con sentido todavía amplio. Mueve la cabeza para negar. Entiende prohibiciones. Puede hacer “adiós” con la mano cuando le invitamos a hacerlo. Busca con la mirada a la madre o al padre al nombrarlos. Comprende el significado de algunas palabras.

Nivel adaptativo-social

Le gusta juntar y separar objetos. Va mejorando la memoria visual. Puede anticipar cienos acontecimientos como el mido provocado por la caída de un objeto, la imitación comienza a adquirir un papel importante te gustan los juegos que implican aparición y desaparición, separación y reencuentro. Puede Iniciarla entrega de un objeto a la madre si se lo pide. (Pérez, 2014)

2.3.13. Niño de 12 meses

Motricidad general

Sentado hace la reacción de apoyo posterior (hacia atrás). El niño puede caminar solo o agarrándose a los muebles o con la ayuda del adulto. Continúa la mejora de las reacciones de equilibrio.

Manipulación

Mejora la prensión fina y precisa. La pinza fina, con las puntas de índice y pulgar, ya está desarrollada. Al coger un objeto, la abertura de la mano se adapta a su tamaño. Es un aspecto más de la progresiva adaptación del niño a su entorno.

Lenguaje

Perfecciona el lenguaje global significativo. Las variaciones individuales en este aspecto son importantes. Puede imitar silabas. Puede comprender el significado de frases sencillas (p. ej., “tráeme la pelota”) y responder con un gesto o acción a la propuesta del adulto.

Nivel adaptativo-social

Sigue interesado en introducir y sacar objetos de un continente. Este juego le encanta y puede hacerlo varias veces seguidas. Esto le ayuda a comprender y asimilar los conceptos de dentro y fuera. Entrega objetos cuando se le pide. Demuestra interés por las imágenes. Puede iniciarse en el juego de lanzar una pelota hacia otra persona. También es capaz de bailar escuchando música. Va mejorando en las imitaciones de otras personas, y esto le ayuda en el descubrimiento de los otros. Va tomando conciencia de que es una persona

diferente Puede mostrarse tozudo y tener momentos de ansiedad cuando no consigue lo que desea. Poco a poco va tolerando mejor las separaciones de la madre, y los momentos de ansiedad por este motivo se van atenuando. Va siendo más sociable. Puede pedir ayuda. Colabora al vestido. Continúa con el interés por los juegos de aparecer y desaparecer, de separar y unir objetos. Le gusta jugar con la comida. Le fascina su imagen en el espejo y juega con ella.

Principales signos de alerta

- Falta de sedestación estable y autónoma.
- No se mantiene de pie agarrado a un soporte físico.
- Ausencia de desplazamientos.
- Ausencia de pinza manual inferior.
- No dice bisílabos inespecíficos.
- No busca un objeto desaparecido.
- No inspecciona objetos con detenimiento.
- No introduce objetos en un recipiente.
- No extiende los brazos para que lo cojan.
- No reacciona con muestras de ansiedad ante una relación directa con extraños. Se va con cualquiera.
- Ausencia de comunicación no verbal.

2.3.14. Niño de 15 meses

Motricidad general

Va suele caminar solo. Sube escaleras gateando. De pie se puede agachar para coger un objeto. Puede arrodillarse sin ayuda. Puede pasar solo a bipedestación, apoyándose solo en el suelo, pero el equilibrio es aún precario.

Manipulación

La función manual es cada vez más fina y precisa. Ya puede introducir un objeto pequeño en una botella. Sabe sostener una cuchara de manera todavía imperfecta. Puede pasar páginas de un cuento y hacer garabatos.

Lenguaje

Va perfeccionando su lenguaje global significativo. Ya puede decir “mamá” o “papá” de manera específica y también tres palabras más. Va modulando mejor su voz. Puede ir expresando mejor sus sentimientos. Puede repetir palabras sencillas. La comprensión del lenguaje avanza rápidamente. (Pérez, 2014)

Nivel adaptativo-social

El control de la verticalidad de su cuerpo le permite una exploración más completa de su entorno. Esto también afecta a su personalidad y acepta menos las limitaciones de su familia. Tiene gran interés por la práctica de los movimientos generales de su cuerpo: camina, se para, vuelve a caminar, se agacha, se arrodilla, etc El niño tiene necesidad de los otros para divertirse. Comienza el interés por pequeñas construcciones, por los juegos de encaje. Puede imitar actividades &mancas. Demuestra interés en comer solo. Es tozudo y perseverante. Puede despertarse temporalmente por la noche.

Principales signos de alerta

- No pasa por si solo de decúbito a sentado.
- No hace marcha en cabotaje (agarrándose a los muebles).
- No hace la pinza digital superior.
- Falta de comprensión de algunas palabras habituales. No colabora al vestido.
- Imposibilidad de separarse de la madre.
- No hace demandas gestuales claras al adulto. No imita gestos sencillos.

2.3.15. Niño de 18 meses

Motricidad general

Puede subir escaleras cogido de la mano. Intenta saltar sobre los dos pies. Inicia la carrera con las piernas separadas. Puede caminar hacia atrás.

Manipulación

Puede sacarse los zapatos sin cordones y algunas prendas de ropa. Puede comer solo. Le gusta hacer garabatos. Sabe hacer torres de tres cubos.

Lenguaje

Sabe decir el nombre de uno o dos objetos corrientes. Nombra una parte de su cuerpo. Puede decir 4 o 6 palabras, aparte de “mamá” y “papá”. Tiene una jerga propia. Comprende órdenes cada vez más complejas. Puede identificar, con la mirada o señalando, un objeto conocido.

Nivel adaptativo-social

Destaca su vitalidad. Le gusta practicar las nuevas adquisiciones motrices (correr, subir y bajar peldaños, agacharse y levantarse, lanzar una pelota, etc.). Las caídas son frecuentes, ya que el equilibrio es aún precario. La evolución del lenguaje le permite descubrirlo como un método eficaz de relación con el entorno. Es muy observador e imitador. Puede imitar algún gesto facial. Le gustan los juegos en que siendo perseguido va a buscar un refugio, que puede ser la madre. Disminuyen los desbordamientos por excitación de etapas anteriores, pero aún puede liberar la agresividad con agresiones físicas. También le gusta transportar juguetes con una actividad repetida de ir y volver. Va demostrando su interés por colocar los juguetes en su lugar habitual. Todavía participa poco en juegos colectivos con otros niños. Puede dormir de seguido y tranquilo.

Principales signos de alerta

- Ausencia de marcha libre.
- No se pone de pie por sí solo y sin soporte

- Ausencia de bisílabos con sentido, como “mamá” y “papá”.
- No señala con el índice
- No se acerca un vaso a la boa.
- Ausencia de juego imitativo.
- Falta de experimentación de objetos.
- Palta de reconocimiento de imágenes familiares.
- Ausencia de atención conjunta o compartida.

2.3.16. Niño de 24 meses

Motricidad general

Puede subir y bajar peldaños solo sujetándose a la barandilla. Va mejorado mucho el equilibrio y ya puede correr deprisa. Puede girar en redondo, saltar sobre los dos pies, trepar, bailar, chutar una pelota con precisión.

Manipulación

Los movimientos de la muñeca y antebrazo han mejorado mucho y esto le permite desarrollar capacidades como abrir y cerrar puertas, lavarse y secarse la cara, ponerse los zapatos, ponerse piezas de ropa, pasar páginas gruesas de un cuento, montar una torre de seis cubos. Puede hacer garabatos cada vez mejor e imita los trazos horizontales y verticales. Come solo correctamente. (Pérez, 2014)

Lenguaje

En general es la edad de la explosión del vocabulario. Ya utiliza verbos y puede hacer frases explícitas combinando dos palabras con un lenguaje infantil, aunque las variaciones individuales son importantes en este aspecto. Puede utilizar pronombres posesivos. Nombra varios objetos habituales. Puede identificar imágenes sencillas. Nombra cuatro o cinco partes de su cuerpo.

Nivel adaptativo-social

La coordinación motriz y el desarrollo del lenguaje le permiten ir progresando en su autonomía, separación de los padres y expresión de sus sentimientos. En la medida que la separación de los padres le sea emocionalmente más tolerable, también evolucionará en lenguaje y otros aspectos. Es una etapa de transición entre un vínculo acentuado con la madre y la autonomía y separación. En el momento de ir a dormir pueden aparecer conductas que retarden la separación de la madre. Le cuesta compartir los juguetes. Le gustan los juegos de movimiento, pero también los de manipulación y relación de objetos con pequeñas construcciones y encajes. Se inicia el juego simbólico. Observa a los otros niños, pero le cuesta pisar con ellos. El niño va demostrando sus preferencias en las actividades habituales. Puede mostrarse autoritario y oposicionista. Le gusta hacer las cosas solo, pero pide ayuda si no consigue su objetivo.

Principales signos de alerta

- No sube peldaños sujetándose a la barandilla.
- No hace una torre con cuatro cubos.
- No señala, al nombrarla, al menos una parte de su cuerpo.
- No utiliza la palabra “no”.
- No se acerca la cuchara a la boca.
- No tapa un bolígrafo. (Pérez, 2014)

2.4. Retraso psicomotor

La terminología puede ser algo confusa:

- Retraso: implica la adquisición lenta de todas las habilidades (Retraso Global) o de las habilidades de un campo o área específicos (retraso específico), especialmente en relación con los problemas de desarrollo en el grupo de edad de entre 0 a 5 años. (Lissauer & Clayden. 2009)

- Dificultad para el aprendizaje: se aplica a los niños en edad escolar, y puede ser cognitiva, física o ambas (compleja).
- Trastorno: alteración del desarrollo de una habilidad.

Las siguientes definiciones son por convenio:

- Afectación: alguna pérdida o anomalía de la función fisiológica o de una estructura anatómica. (Lissauer & Clayden. 2009)
- Discapacidad: cualquier restricción o falta de capacidad debida a la alteración.
- Minusvalía: desventaja derivada de la discapacidad que limita o evita el desempeño del papel normal.

El patrón del desarrollo anómalo (global o especifico) puede clasificarse en

- Lento y constante.
- Estable
- Regresivo

La gravedad puede clasificarse en:

- Leve
- Moderada
- Grave
- Intensa

Otras características del retraso del desarrollo son al aumentar la edad, la diferencia entre el desarrollo normal y el anómalo se hace mayor, y por tanto más aparente.

Retraso del desarrollo global: implica retraso del desarrollo en todos los campos (habilidades motoras groseras; visión y habilidades motoras finas; audición, habla y lenguaje; habilidades sociales, emocionales y conductuales). Generalmente se hace evidente en los primeros 2 años de vida. Sin embargo, en algunos niños puede observarse más adelante un retraso en las habilidades del habla y el lenguaje, pero si se revisa su historia del desarrollo puede apreciarse un retraso de las habilidades motoras groseras y finas (que en su momento se consideró que no tenía importancia), por lo que sería más adecuado hacer un diagnóstico de retraso del desarrollo global que de retraso especifico del lenguaje. Es probable que el retraso global del desarrollo se asocie a dificultades cognitivas, aunque es posible que éstas

no se hagan evidentes hasta varios años después. El retraso de desarrollo específico se produce cuando un campo de desarrollo o una habilidad se retrasa más que otros, o se desarrolla de forma desordenada. (Lissauer & Clayden. 2009)

2.5. Valoración del desarrollo psicomotor

2.5.1. Test de Denver

La prueba de tamizaje del desarrollo de Denver (DDST) es el instrumento más utilizado para examinar los progresos en desarrollo de niños del nacimiento a los 6 años de edad. El nombre "Denver" refleja el hecho que fue creado en el Centro Médico de la Universidad de Colorado en Denver. Desde su diseño y publicación en 1967 ha sido utilizado en varios países del mundo lo que indujo a que la prueba fuera revisada, surgiendo la versión DDST-II, que es la que actualmente se utiliza. (Bueso, 2007)

Existen muchas otras herramientas de evaluación conductual infantil, entre ellas se pueden mencionar:

- La Escala de Evaluación de la Conducta del Recién Nacido, desarrollada por T. Berry Brazelton de Harvard y mejor conocida como el "Test de Brazelton".
- El ELM o Lenguaje Temprano de Milestone (Early Language Milestone), escala para niños de 0 a 3 años de edad.
- El CAT o Test Clínico Adaptativo (Clinical Adaptive Test) y la Escala Clínica Lingüística y Auditiva de Milestone –CLAMS- (Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale), para evaluar niños de 0 a 3 años.
- El Sistema de Monitoreo Infantil para niños de 4 a 36 meses.
- La Prueba de Lenguaje Gráfico de Peabody (conocida como "el Peabody") para evaluar niños de 2½ a 4 años de edad.

El propósito de evaluar el desarrollo dependerá de la edad del niño, en recién nacidos las pruebas pueden detectar problemas neurológicos, en infantes pueden a menudo tranquilizar a los padres sobre dudas del desarrollo de sus hijos o bien identificar tempranamente la naturaleza de los problemas para orientar el

tratamiento y más adelante, durante la infancia, las pruebas permiten a delimitar problemas de aprendizaje o sociales, siempre de utilidad a la hora de tratarlos. Independiente de la edad de aplicación, pueden ayudar al clínico a decidir su plan de acción, ya sea un nuevo tamizaje, guía a los padres, evaluaciones futuras o referencia temprana. (Bueso, 2007)

Los materiales se requieren para su administración son: Bola de lana roja, caja de pasas, botonetas o botones de colores, chinchín, botella pequeña, campana, pelota de tenis, 8 bloques o cubos de 1 pulgada por lado la prueba de Denver II no valora la inteligencia ni predice cual será el nivel de inteligencia futura. La prueba no debe tampoco ser utilizada para diagnosticar. Debe ser administrada de una manera estandarizada por el personal entrenado. (Bueso, 2007)

La prueba Denver II está diseñada para probar al niño en veinte tareas simples que se ubican en cuatro sectores:

1. **Personal – social:** Estas tareas identificará la capacidad del niño de ver y de utilizar sus manos para tomar objetos y para dibujar.

2. **El motor fino adaptativo:** Estas tareas identificará la capacidad del niño de ver y de utilizar sus manos para tomar objetos y para dibujar.

3. **El lenguaje:** Estas tareas indicará la capacidad del niño de oír, seguir órdenes y de hablar.

4. **El motor grueso:** Estas tareas indicará la capacidad del niño de sentarse, caminar y de saltar (movimientos corporales globales).

Son cinco las causas por las que se puede fallar en cualquier proceso de tamizaje:

1. **Esperar hasta que el problema sea evidente:** Los clínicos tienden a utilizar una herramienta de tamizaje ante la noticia de que algo no anda bien. Si el problema es obvio, la referencia es la mejor conducta, pero se ha perdido un tiempo precioso.

2. **Ignorar los resultados de tamizaje**. Muchas veces los resultados no son tomados en serio y los niños que fallan no son referidos. Las buenas

herramientas hacen tomar decisiones correctas en el 70 a 80% de las veces. Los niños sobre-referidos por estos tamizajes tienden a tener factores de riesgo pisco-social y hacen que los niños tengan una sobre atención por proveedores no médicos invaluable. Los niños no detectados son fácilmente identificados en visitas ulteriores. (Bueso, 2007)

3. **Utilización de herramientas informales.** Herramientas informales como las listas de comprobación que contienen tareas que seguramente serán falladas por niños con problemas, tal el caso del mismo Denver original, en el cual no se detectaba a 50% de retrasos mentales y hasta 70% de defectos del habla, y que no proveen criterios para referencia y tienen una confiabilidad incierta. Recuerde, mucho de los problemas de desarrollo y conductuales no son obvios. Los niños caminan, pero algunos no lo hacen bien, hablan pero no del todo bien y leen, pero tampoco bien. Discriminar entre un desarrollo adecuado y niveles de habilidad problemático requiere de mediciones cuidadosas. La validación y estandarización es algo que las pruebas informales no poseen.

4. **Utilizando medidas no recomendables para el cuidado primario:** Muchos practicantes conservan copias de Denver I o Gessell, existe preocupación sobre la exactitud de la aplicación de ambas pruebas, ya que su aplicación sobrepasa el tiempo promedio de una buena visita. Esto conlleva a dos cosas, 1) utilizar la prueba únicamente en aquellos niños con problemas observables y 2) corromper la administración, como es el aplicar los ítems dominantes de la prueba de Denver, ignorando a los asintomático, quienes son los que más necesitan de la aplicación de una prueba de tamizaje. (Bueso, 2007)

5. **Los servicios prestados son limitados o inexistentes:** Aunque los proveedores de salud no siempre están al alcance de las poblaciones infantiles, los buenos servicios de salud contemplan la atención para niños con problemas de inhabilidades.

La prueba debe administrase a aquellos niños que presenten fallos o prevenciones en un “pretest”, el “Denver II Prescreening Developmental Questionnaire” (PDQ-II). Esta prueba la realizan los padres en 10 a 20 minutos, consisten en una serie de 91

preguntas que se han agrupado en cuatro formas de acuerdo a la edad, la forma de color naranja para niños de 0 a 9 meses, la púrpura (9 a 24 meses), la crema (2 a 4 años) y la blanca (4 a 6 años). Estas preguntas toman como base los percentiles 75º (prevención) y 90º (fallo). Los padres del niño responden las preguntas o bien son leídas por el personal de salud a aquellos padres con menos educación, si el niño no tiene retrasos o advertencias se considera que tiene un desarrollo normal, si por el contrario tiene un retraso y dos prevenciones, el trabajador de salud indica actividades que fomenten el desarrollo de acuerdo a su edad y se reevalúa con el PDQ-II un mes más tarde, si persisten los retrasos o prevenciones, la prueba DDST-II debe ser aplicado lo antes posible. Si el niño presenta dos o más retrasos o tres o más prevenciones en la primera evaluación, debe aplicársele el DDST-II tan pronto como sea posible. (Bueso, 2007)

La prueba consiste en 125 tareas que el niño debe realizar de acuerdo a su edad, las mismas son representadas por un rectángulo que se colocan entre dos escalas de edad y agrupadas de acuerdo a las cuatro áreas de desarrollo, motor grueso, motor fino, lenguaje y personal social Bueso J.A.(2007)

Algunas tareas no es necesario que el investigador las evalúe prácticamente, basta con preguntar al encargado del niño si éste las realiza o no, estas tareas están identificadas con una letra **R** en la esquina superior izquierda del rectángulo, otras tienen una anotación al pie (esquina inferior izquierda) que refiere al examinador al reverso de la hoja en donde se indica las instrucciones para su administración. (Bueso, 2007)

La forma de administrar la prueba es la siguiente:

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

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

3º.Debe evaluar todas aquellas tareas que sean atravesadas por la línea de edad o bien que estén ligeramente atrás de ésta si antes no han sido evaluadas.

4º.Procede a evaluar las tareas seleccionadas, dependiendo del resultado coloca cualquiera de las siguientes claves sobre la marca del 50% de la población de referencia:

a. **P** (pasó) si el niño realiza la tarea.

b. **F** (falló) si el niño no realiza una tarea que la hace el 90% de la población de referencia.

c. **NO** (nueva oportunidad) si el niño no realiza la prueba, pero aún tiene tiempo para desarrollarla (la línea de edad queda por detrás del 90% de la población de referencia).

d. **R** (rehusó), el niño por alguna situación no colaboró para la evaluación, automáticamente se convierta en una NO porque hay que evaluar en la siguiente visita.

Una prueba se 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. (Bueso, 2007)

e. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio correlacional, transversal.

ÁREA DE ESTUDIO

El mismo se llevó a cabo en la parroquia Chuquiribamba, ubicada a 49,1 km de la provincia de Loja, que a su vez se encuentra ubicada en el sur del Ecuador, la misma que cuenta con 2.466 habitantes, de los cuales 1.140 son hombres y 1.326 son mujeres. Está conformada por los siguiente barrios: Calucay, Carmelo, Pordel, Huiñacapac Oriental, Huiñacapac Occidental, Zañe, La Dolorosa, Tesalia, Tesalia Alto, Guayllas, Saracapa, El Calvario, San Vicente, Simón Bolivar, Reina del Cisne, Miraflores, San José, Casachir, San Antonio y Saracuña. De igual manera se realizó en la parroquia Chantaco, ubicada a 30 Km. de Loja, la parroquia tiene 1.177 habitantes, de los cuales 560 son hombres y 617 son mujeres (INEC, 2010). Está integrada por los barrios: El Auxilio, Linderos, Sauce, Cañara Bajo, Cañara Alto, Motupe, San Nicolás, Fátima, Cumbe, La Unión, Chantaco Alto, Chantaco Centro. En estas parroquias se desarrolla el programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH).

UNIVERSO Y MUESTRA

Estuvo constituido por 120 niños de 6 a 36 meses de edad que se encontraron inscritos en los CNH de Chuquiribamba y Chantaco en el año 2014.

Los criterios de inclusión planteados fueron:

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

Los criterios de exclusión fueron:

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

Técnicas y procedimientos

Previa a la recolección de la información se solicitó autorización al MIES. Para la organización con las coordinadoras del programa Creciendo con Nuestros Hijos, y luego con las madres de familia de los niños las cuales firmaron la hoja de consentimiento informado.

Se recolecto la información mediante la aplicación de encuestas previamente elaboradas y validadas sobre las prácticas alimentarias a las madres o cuidadoras de los niños inscritos en CNH de Chuquiribamba y Chantaco, los aspectos que se incluyeron en la encuesta fueron: Alimentación de 0 a 6 meses de edad; Alimentación de 6 a 11 meses de edad; Alimentación de 12 a 23 meses de edad; Alimentación de 24 a 36 meses de edad, según el grupo de alimentos y frecuencia del consumo, y con los datos obtenidos se elaboró los indicadores de las prácticas alimentarias.

Para la evaluación del desarrollo psicomotor se aplicó la prueba de tamizaje del desarrollo de Denver (DDST) el cual es el instrumento más utilizado para examinar los progresos en desarrollo de niños del nacimiento a los 6 años de edad. El nombre "Denver" refleja el hecho que fue creado en el Centro Médico de la universidad de Colorado en Denver, Desde su diseño y publicación en 1967 ha sido utilizado en varios países del mundo lo que indujo a que la prueba fuera revisada, surgiendo la versión DDST-II, que es la que actualmente se utiliza para el tamizaje de niños de 1 mes a 6 años de edad para posibles problemas de desarrollo, confirmación de problemas sospechados con una medición objetiva Está dividido en 4 áreas: motora, motora fina adaptativa, lenguaje y personal-social. Se realiza trazando una línea vertical que marca la edad del niño y se evalúan todas aquellas tareas que sean atravesadas por la línea o ligeramente a la izquierda de ésta, si antes no han sido evaluadas. Se valora el test como fallo si no pasa un prueba que realizan el 90%, Test normal no presenta fallos o presenta solo un fallo en un área, Test dudoso un fallo en dos o más áreas y Test anormal dos o más fallos en dos o más áreas.

Luego de haber obtenido la información necesaria, se inició su tabulación para lo cual se utilizó el programa estadístico de Excel 2010, mediante el cual se logró

la interpretación de los datos, lo cual permitió la elaboración y presentación en tablas y gráficos estadísticos que reflejaron los resultados.

f. RESULTADOS

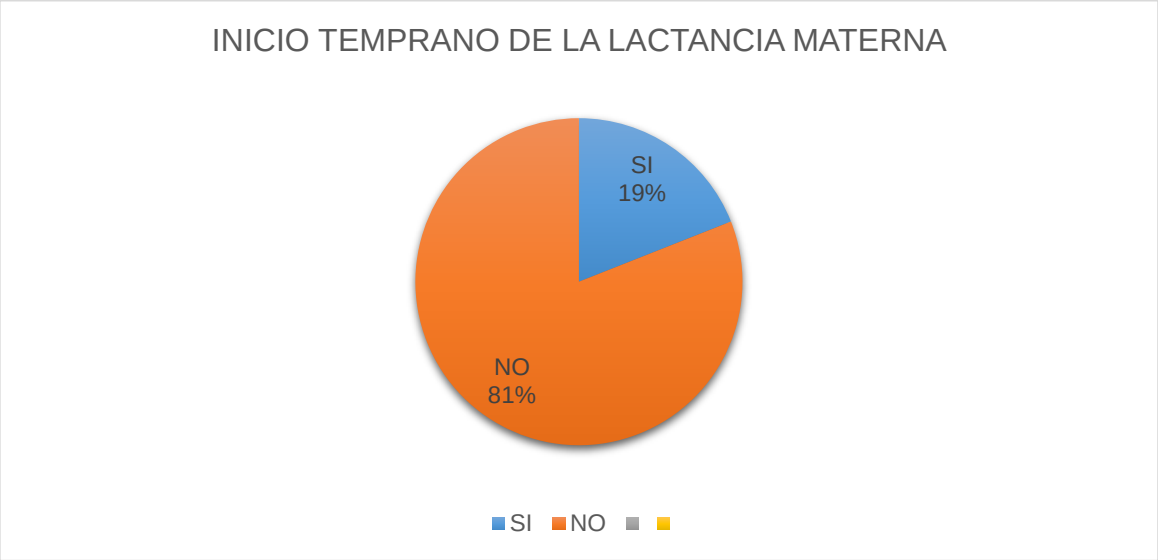
TABLA N°1: INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA

Inicio de la lactancia materna en la primera hora	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%	Frecuencia	%
SI	10	59%	7	41%	17	19%
NO	28	38%	46	62%	74	81%
TOTAL	38	42%	53	58%	91	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°1



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°1 se determinó que del 100% del total de encuestados, el 19% tuvo un inicio temprano de la lactancia materna. Mientras que el 81% de los restantes no conto con un inicio oportuno de la lactancia materna.

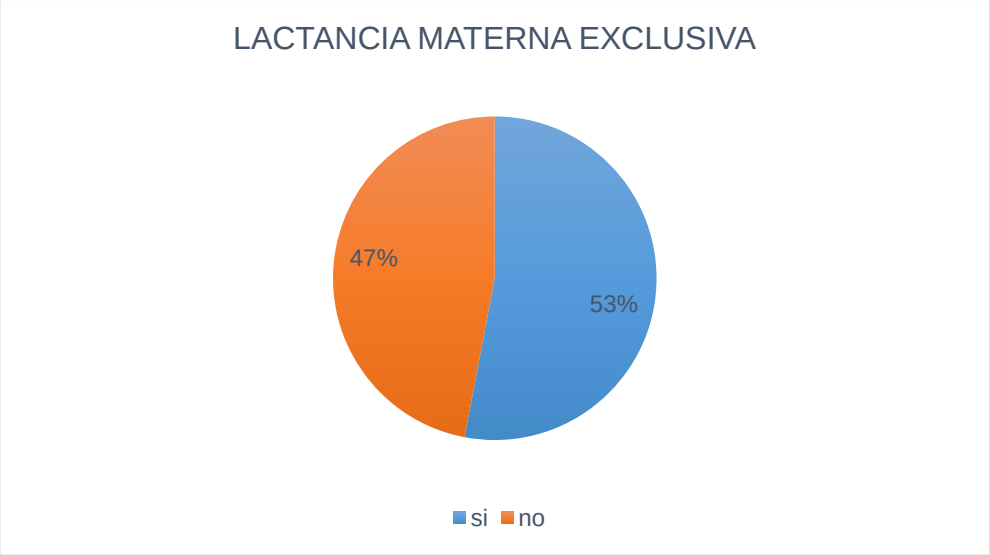
TABLA 2: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Niños que han recibido lactancia materna exclusiva	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%	Frecuencia	%
SI	15	31%	33	69%	48	53%
NO	23	53%	20	47%	43	47%
TOTAL	38	42%	53	58%	91	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°2



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°2 se determinó que del 100% del total de los encuestados, el 53% tuvo lactancia materna exclusiva. Mientras que el 47% de los restantes no conto con lactancia materna exclusiva ya que sus madres incorporaron otro tipo de alimento.

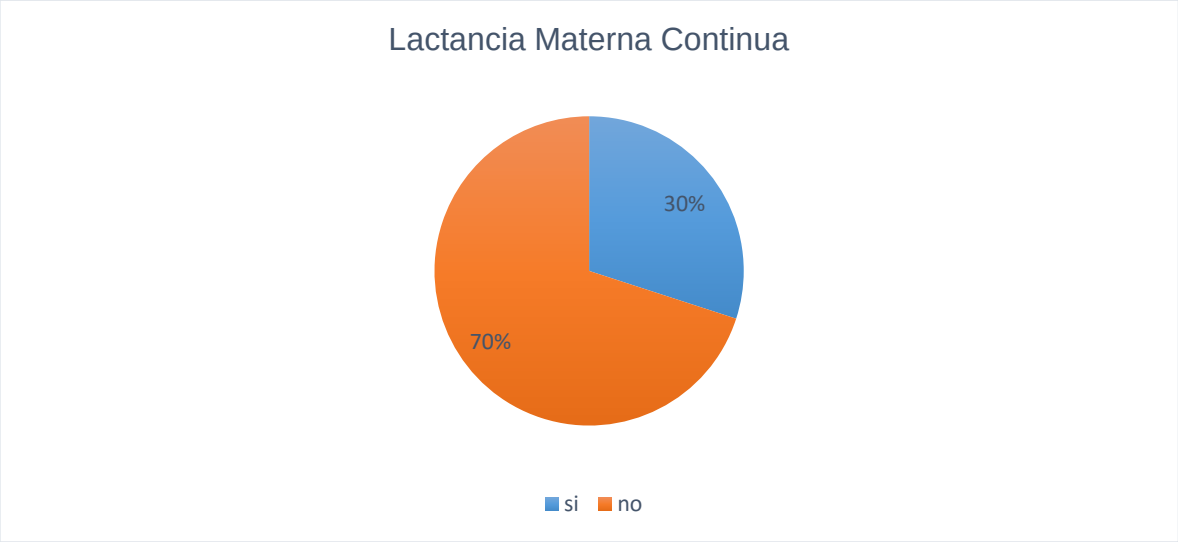
TABLA N°3 LACTANCIA MATERNA CONTINUA HASTA LOS 18 MESES DE EDAD EN LOS NIÑOS EN LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES LOJA, AÑO 2014

Niños que han recibido lactancia materna continua hasta los 18 meses	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%	Frecuencia	%
SI	14	52%	13	48%	27	30%
NO	24	38%	40	62%	64	70%
TOTAL	38	42%	53	58%	91	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°3



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°3 se determinó que del 100% del total de los encuestados, el 30% las madres continuaron dándoles de lactar. Mientras que el 70% de los restantes no continuaron recibiendo leche materna.

TABLA N°4 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA EN LOS NIÑOS EN LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES LOJA, AÑO 2014

Alimentación complementaria oportuna	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%	Frecuencia	%
SI	34	40%	50	60%	84	100%
NO	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	34	40%	50	60%	84	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°4

ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°4 se determinó que del 100% del total de los encuestados, el 100% las madres introdujeron alimentos sólidos, semisólidos y suaves dentro de su dieta a sus Hijos.

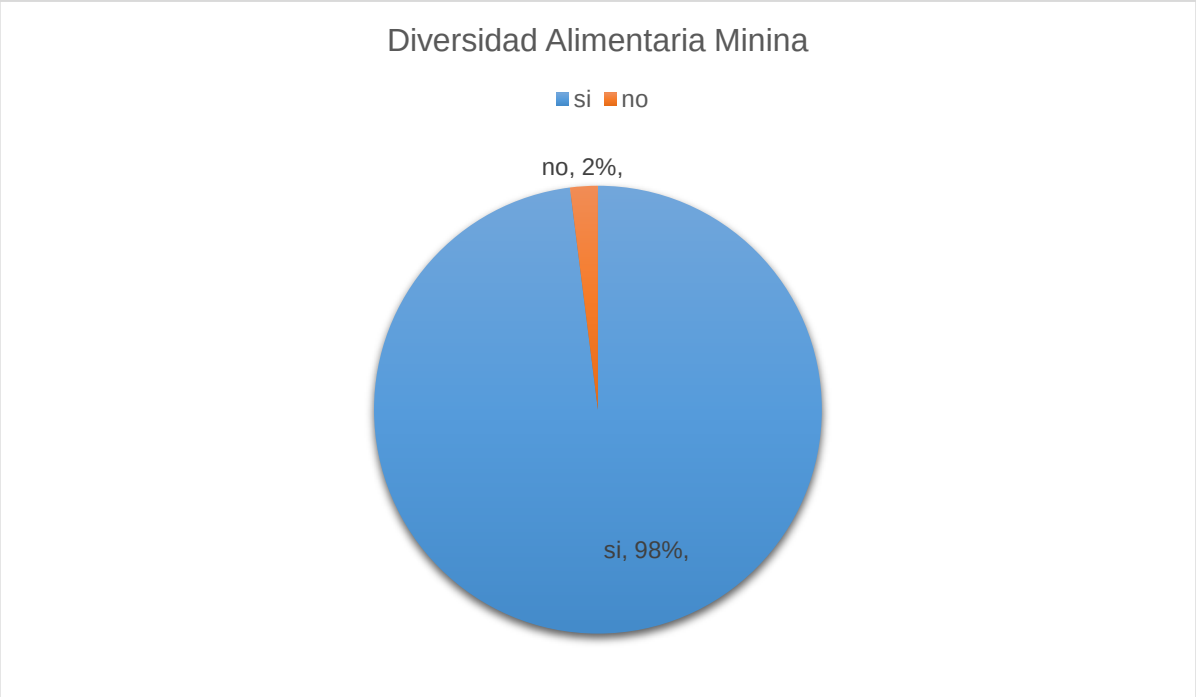
TABLA N°5: DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA EN LOS NIÑOS EN LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES LOJA, AÑO 2014

Diversidad alimentaria mínima	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%	Frecuencia	%
SI	36	42%	50	58%	86	98%
NO	1	50%	1	50%	2	2%
TOTAL	37	42%	51	58%	88	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°5



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°5 se determinó que del 100% del total de los encuestados, el 98% cumple con una diversidad alimentaria mínima, mientras que el 2% no cumple en la incorporación de por lo menos 4 grupos alimentarios

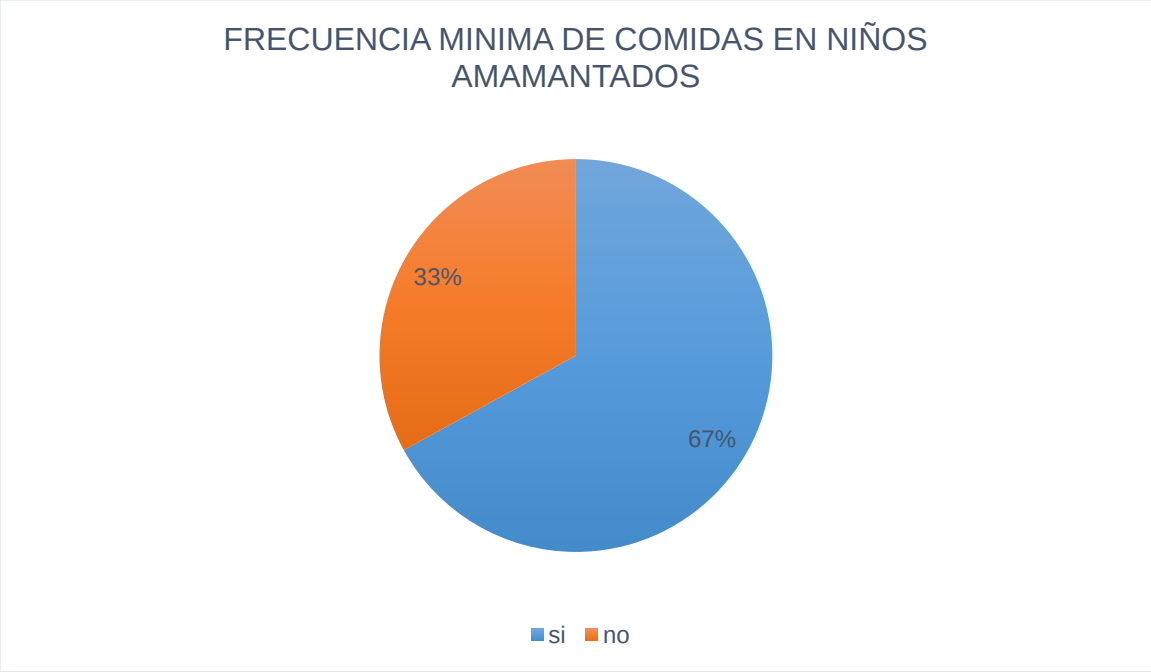
TABLA N°6: FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN LOS NIÑOS AMAMANTADOS DE LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES LOJA, AÑO 2014

Frecuencia mínima de comidas en niños amamantados	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%	Frecuencia	%
SI	9	56%	7	44%	16	67%
NO	3	38%	5	62%	8	33%
TOTAL	12	50%	12	50%	24	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°6



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°6 se determinó que del 100% del total de los niños que aún son amamantados, el 67% cumple con una frecuencia mínima de comida, mientras que el 33% no cumple con una frecuencia alimentaria mínima.

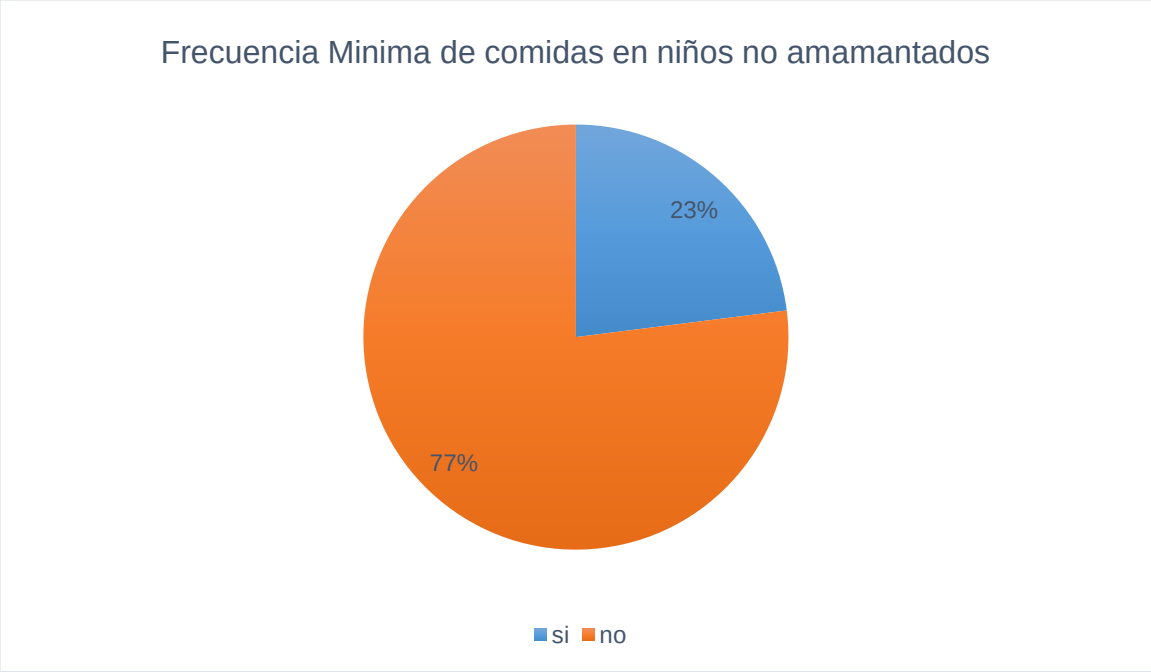
TABLA N°7: FRECUENCIA MÍNINA DE COMIDAS EN LOS NIÑOS NO AMAMANTADOS EN LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES LOJA, AÑO 2014

Frecuencia mínima de comidas en niños no amamantados	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%	Frecuencia	%
SI	6	43%	8	57%	14	23%
NO	20	42%	28	58%	48	77%
TOTAL	26	42%	36	58%	62	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°7



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°7 se determinó que del 100% del total de los niños que no son amamantados luego d haber cumplido los 6 meses, el 23% cumple con una frecuencia mínima de comida, mientras que el 77% no cumple con una frecuencia alimentaria mínima.

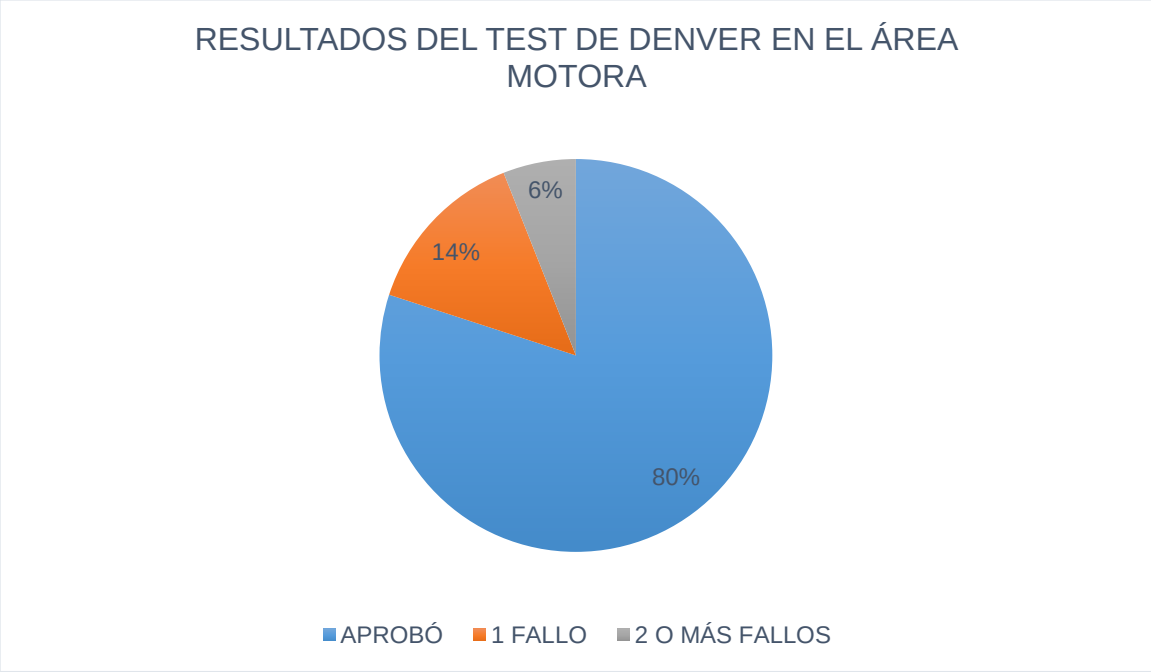
TABLA 8: RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA MOTORA EN LOS NIÑOS EN LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES LOJA, AÑO 2014

Área motora	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Aprobó	32	44%	41	56%	73	80%
1 fallo	5	38%	8	62%	13	14%
2 o más fallos	1	20%	4	80%	5	6%
Total	38	42%	53	58%	91	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°8



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°8 se determinó que del 100% del total de los niños evaluados con el Test de Denver en el área motora, tenemos que el 80% Aprobó, mientras que el 14% presento un fallo y el 6% restante más de 2 fallos dentro de su evaluación

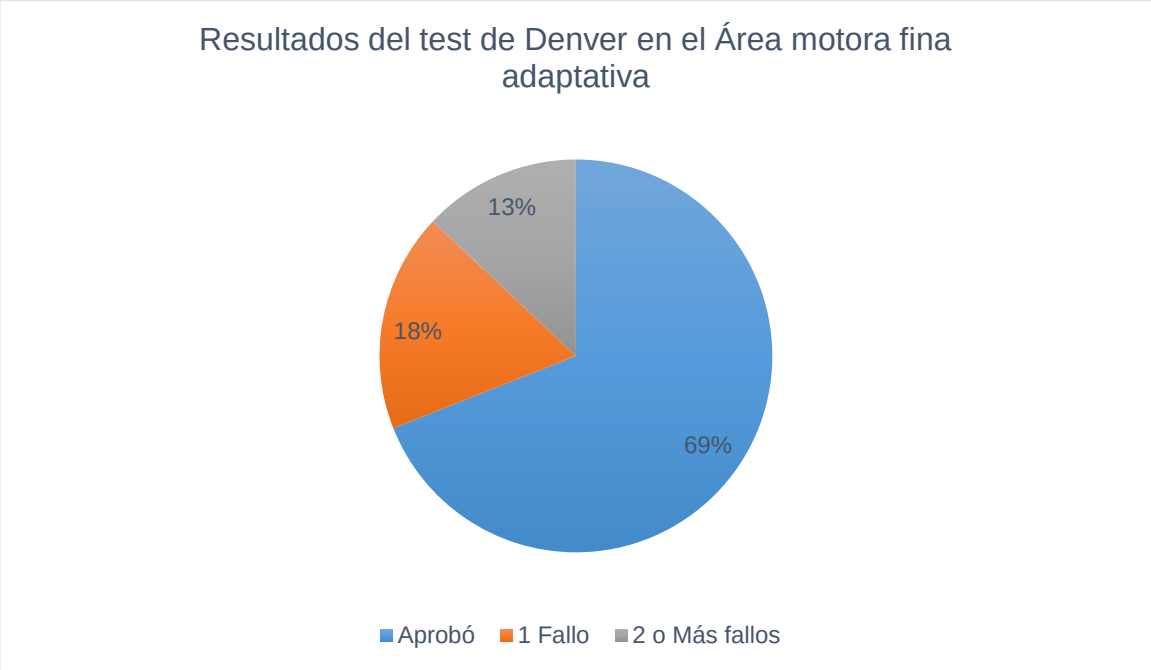
TABLA 9: RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA MOTORA FINA-ADAPTATIVA EN LOS NIÑOS EN LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES LOJA, AÑO 2014

Área motora fina-adaptativa	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Aprobó	24	38%	39	62%	63	69%
1 fallo	7	44%	9	56%	16	18%
2 o más fallos	7	58%	5	42%	12	13%
Total	38	42%	53	58%	91	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°9



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°9 se determinó que del 100% del total de los niños evaluados con el Test de Denver en el área motora fina adaptativa , tenemos que el 69% Aprobó, mientras que el 18% presento un fallo y el 13% restante más de 2 fallos dentro de su evaluación

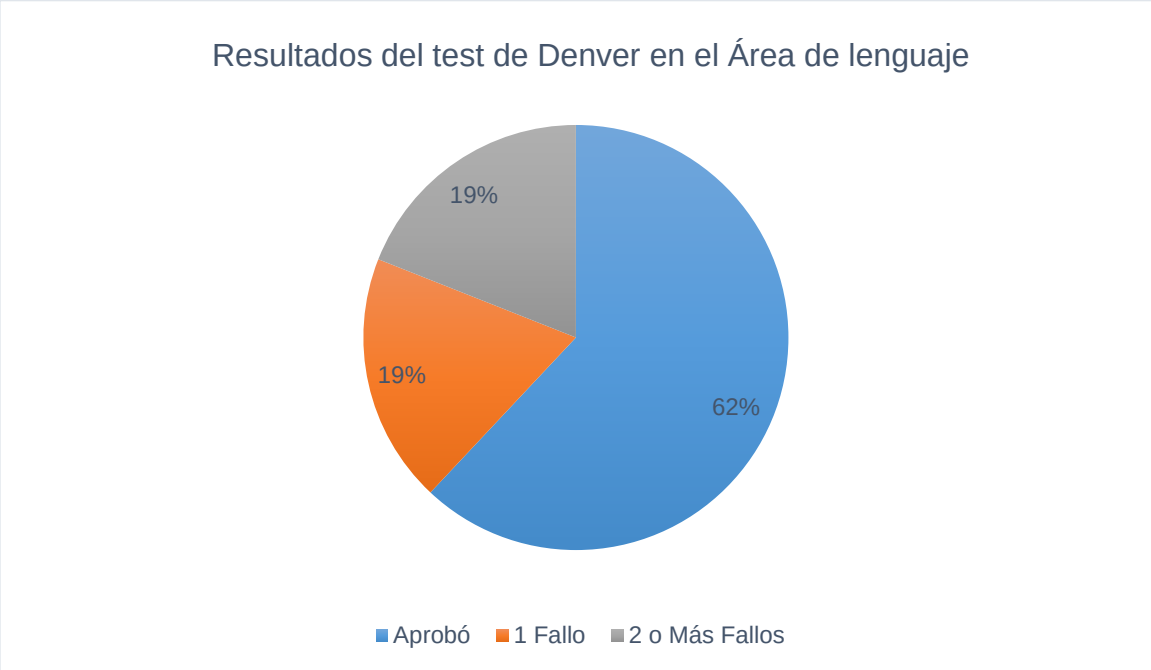
TABLA 10: RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA DEL LENGUAJE EN LOS NIÑOS EN LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES LOJA, AÑO 2014

Área del lenguaje	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Aprobó	23	40%	34	60%	57	62%
1 fallo	8	47%	9	53%	17	19%
2 o más fallos	7	41%	10	59%	17	19%
Total	38	42%	53	58%	91	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°10



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°10 se determinó que del 100% del total de los niños evaluados con el Test de Denver en el área de lenguaje, tenemos que el 62% Aprobó, mientras que el 19% presento un fallo y el 19% restante más de 2 fallos dentro de su evaluación.

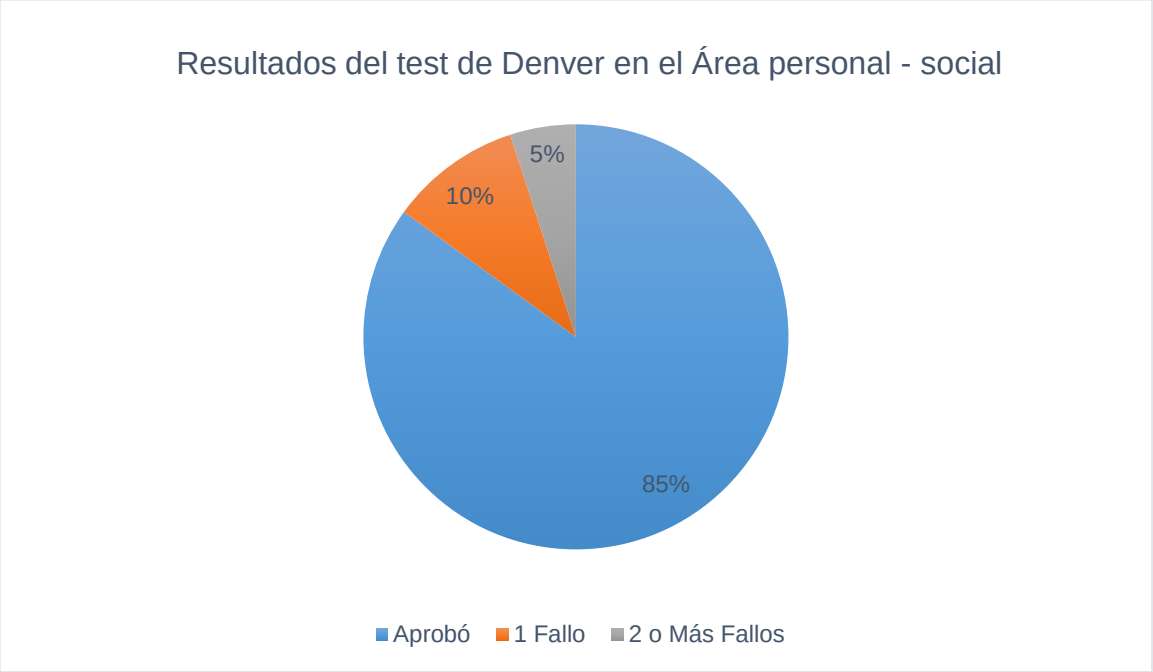
TABLA 11: RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA PERSONAL-SOCIAL EN LOS NIÑOS EN LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES LOJA, AÑO 2014

Área personal-social	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Aprobó	31	40%	46	60%	77	85%
1 FALLO	4	44%	5	56%	9	10%
2 O MÁS FALLOS	3	70%	2	40%	5	5%
TOTAL	38	42%	53	58%	91	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°11



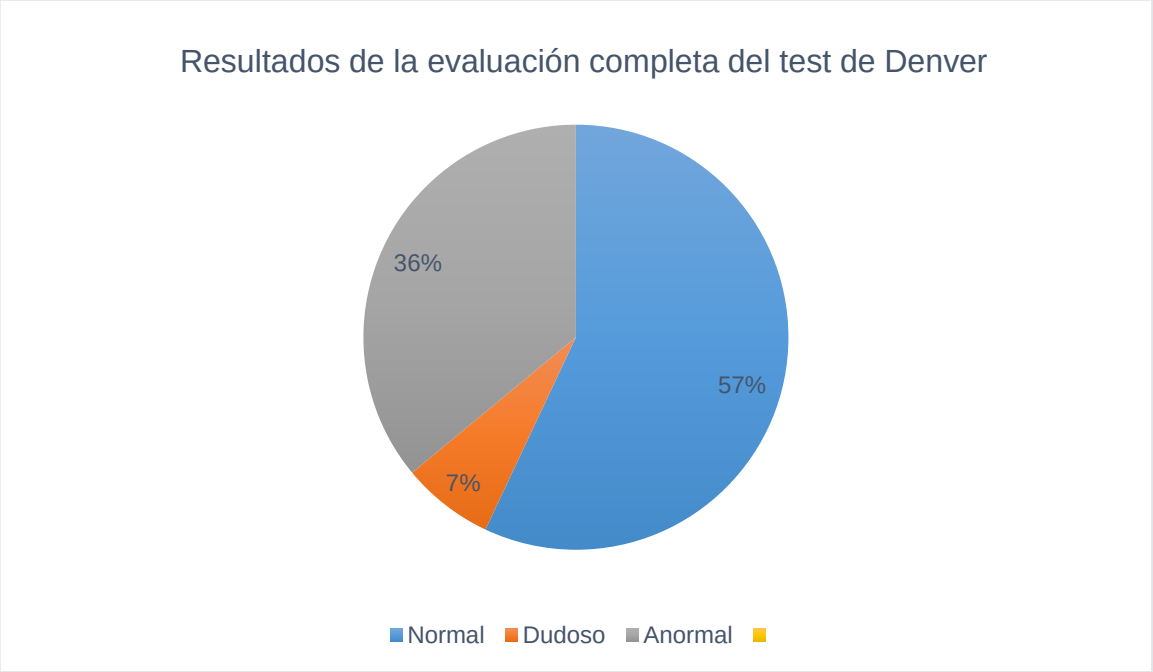
ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°11 se determinó que del 100% del total de los niños evaluados con el Test de Denver en el área personal- social, tenemos que el 85% Aprobó, mientras que el 10 % presento un fallo y el 5% restante más de 2 fallos dentro de su evaluación

TABLA 12: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN COMPLETA DEL TEST DE DENVER EN LOS NIÑOS EN LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES LOJA, AÑO 2014

Resultados del test de Denver	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Normal	20	38%	32	62%	52	57%
Dudoso	3	50%	3	50%	6	7%
Anormal	15	45%	18	55%	33	36%
Total	38	42%	53	58%	91	100%

FUENTE: Encuestas realizadas
ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°12



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°12 se determinó que del 100% del total de los niños evaluados con el Test de Denver en todas las Áreas, tenemos que el 57% presento un test normal, mientras que el 7 % presento un test dudoso y el 36% restante presento un test anormal.

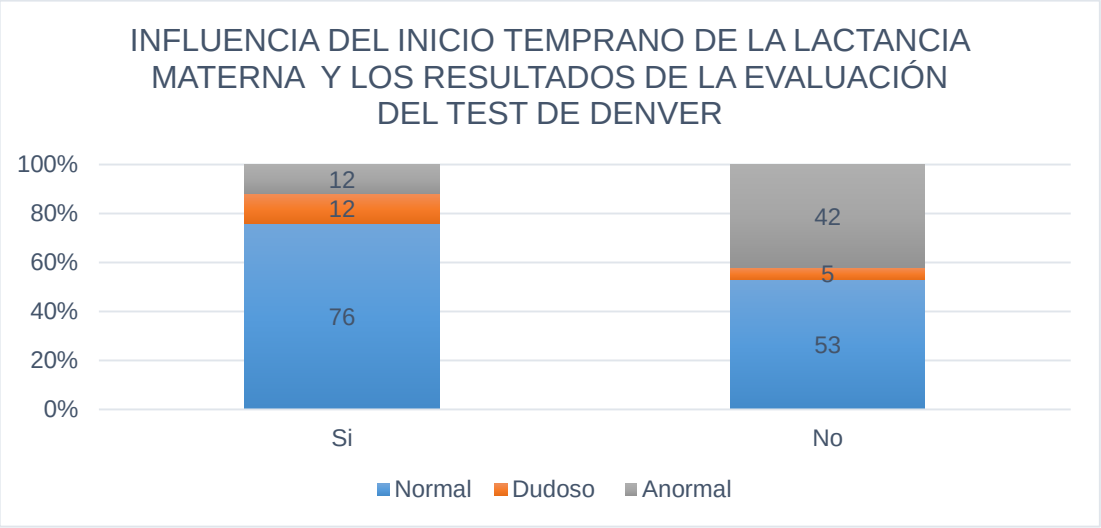
TABLA 13: INFLUENCIA DEL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER EN LOS NIÑOS EN LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES LOJA, AÑO 2014

Inicio temprano de la lactancia materna	Resultados del test de Denver							
	Normal		Dudoso		Anormal		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	13	76%	2	12%	2	12%	17	19%
No	39	53%	4	5%	31	42%	74	81%
TOTAL	52	57%	6	7%	33	36%	91	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°13



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°13 se determinó que del 100% del total de los niños Influencia del inicio temprano de la lactancia materna y los resultados de la evaluación del test de Denver tenemos que 76% que recibió leche materna la primera hora presenta un test normal el 12% un test dudoso y 12% restante un test anormal, en cambio el 81% que no recibió la lactancia materna la primera hora presenta el 53% un test normal el 5% un test dudoso y el 42% restante un test anormal.

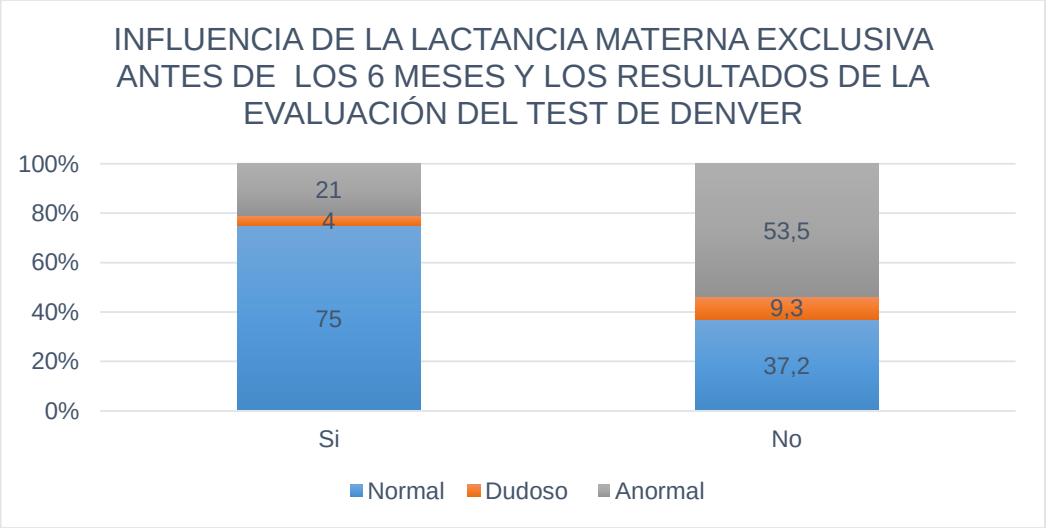
TABLA 14: INFLUENCIA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER

Lactancia exclusiva antes de los 6 meses	Resultados del test de Denver							
	Normal		Dudoso		Anormal		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	36	75%	2	4%	10	21%	48	53%
No	16	37.2%	4	9.3%	23	53.5%	43	47%
TOTAL	52	57%	6	7%	33	36%%	91	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°14



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°14 sobre cómo influye la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses en los resultados de la evaluación del test de Denver se observa que niños que recibieron una lactancia materna exclusiva presentaron un mejor porcentaje de pruebas normales 75%% Vs a los que no recibieron la lactancia exclusiva con un resultado de 37.2%.

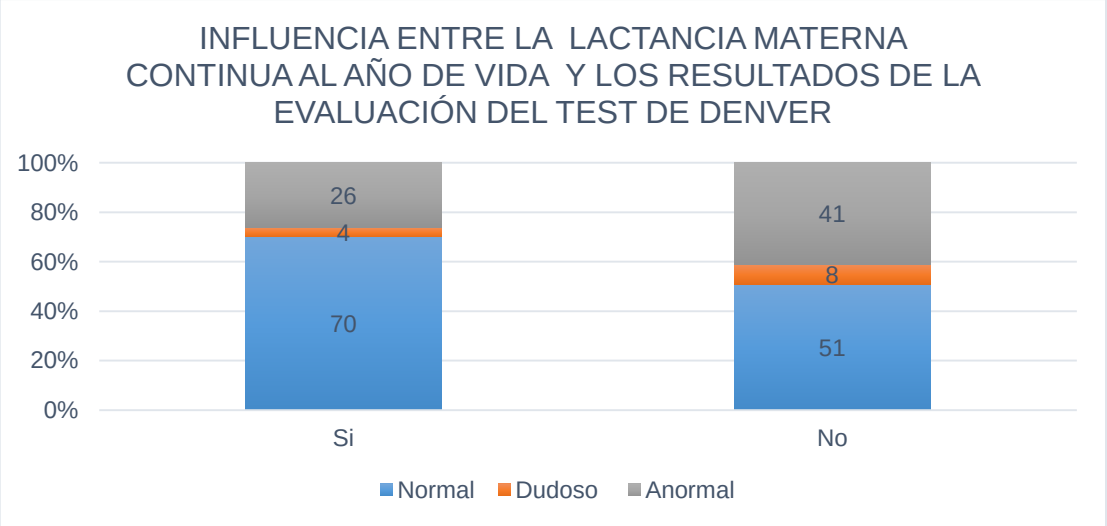
TABLA 15: INFLUENCIA LA LACTANCIA MATERNA CONTINUA AL AÑO DE VIDA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER

Lactancia materna continua al año de vida	Resultados del test de Denver							
	Normal		Dudoso		Anormal		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	19	70%	1	4%	7	26%	27	30%
No	33	51%	5	8%	26	41%	64	70%
TOTAL	52	57%	6	7%	33	36%	91	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°15



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°15 sobre cómo influye la lactancia materna continua en los resultados de la evaluación del test de Denver se observa que niños que recibieron una lactancia materna continua presentaron un mejor porcentaje de pruebas normales 70%, y menos porcentaje de pruebas anormales 26% Vs a los que no recibieron la lactancia continua con un resultado de pruebas normales 51% y un mayor número de pruebas anormales de 41%

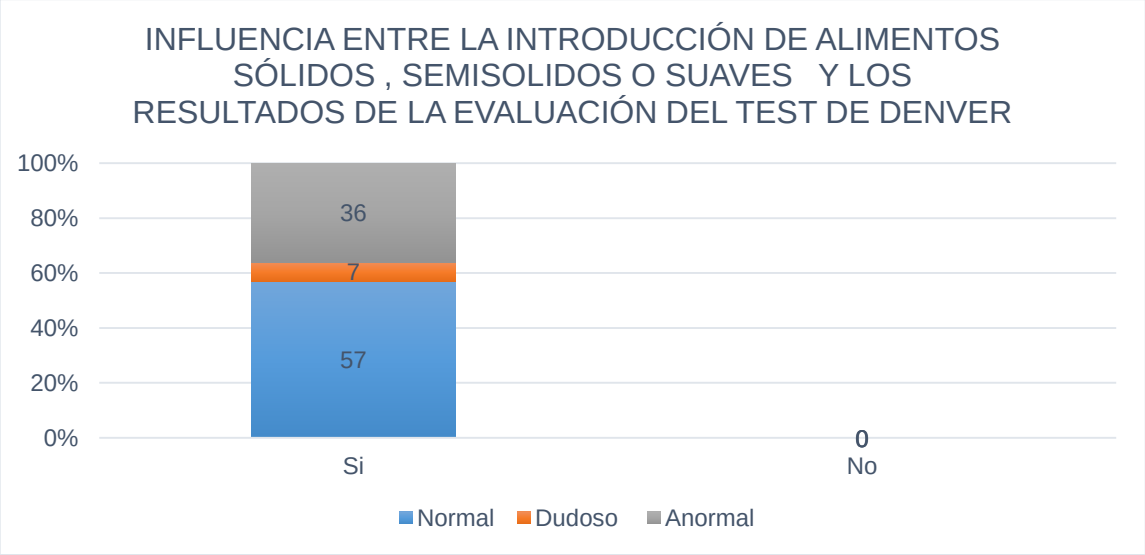
TABLA 16: INFLUENCIA ENTRE LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER

Introducción de alimentación complementaria oportuna	Resultados del test de Denver							
	Normal		Dudoso		Anormal		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	49	57%	6	7%	31	36%	86	100%
No	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	49	57%	6	7%	31	36%	86	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°16



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°16 sobre cómo influye la alimentación complementaria oportuna en los resultados de la evaluación del test de Denver se observa que del 100% de los niños encuestados el 57% presento un test normal, el 7% un test dudoso y el 36% restante un test anormal.

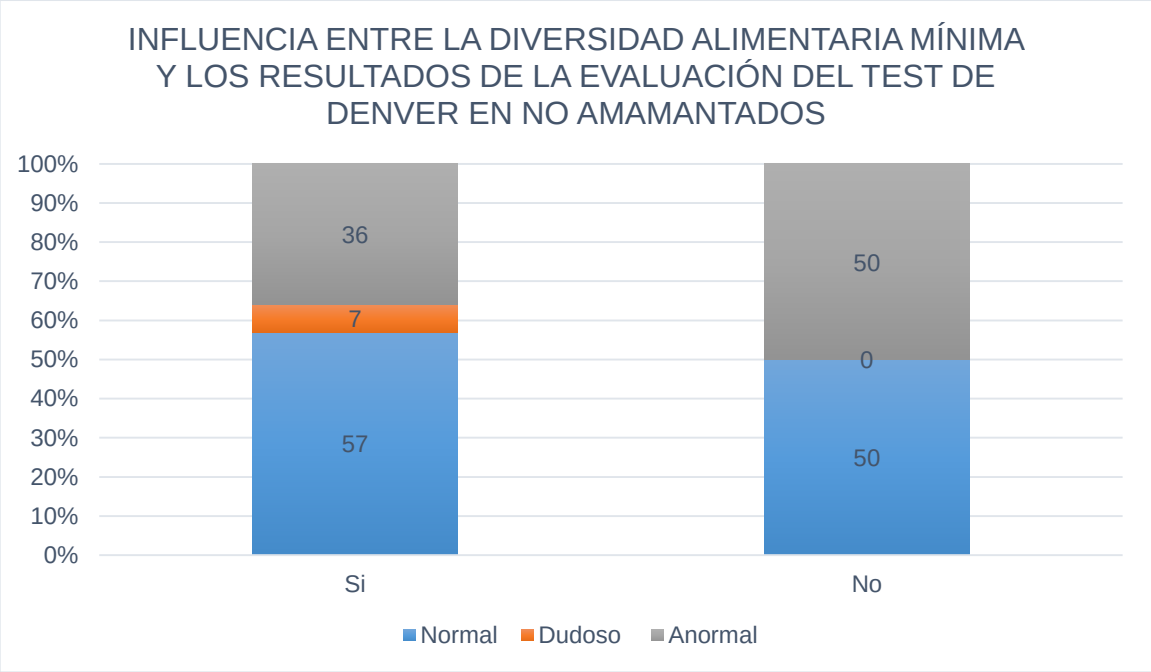
TABLA 17: INFLUENCIA ENTRE LA DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER

Diversidad alimentaria mínima	Resultados del test de Denver							
	Normal		Dudoso		Anormal		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	49	57%	6	7%	31	36%	86	98
No	1	50%	0	0%	1	50%	2	2
TOTAL	50	57%	6	7%	32	36%	88	100

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°17



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°17 sobre cómo influye la diversidad alimentaria mínima en los resultados de la evaluación del test de Denver se observa que niños que recibieron una diversidad alimentaria mínima presentan mejores resultados un 57% presento un test normal, el 7% un test dudoso y el 36% restante un test fallido en comparación que los que no recibieron la diversidad alimentaria mínima que presentan 50% de pruebas normales y un 50% de pruebas fallidas

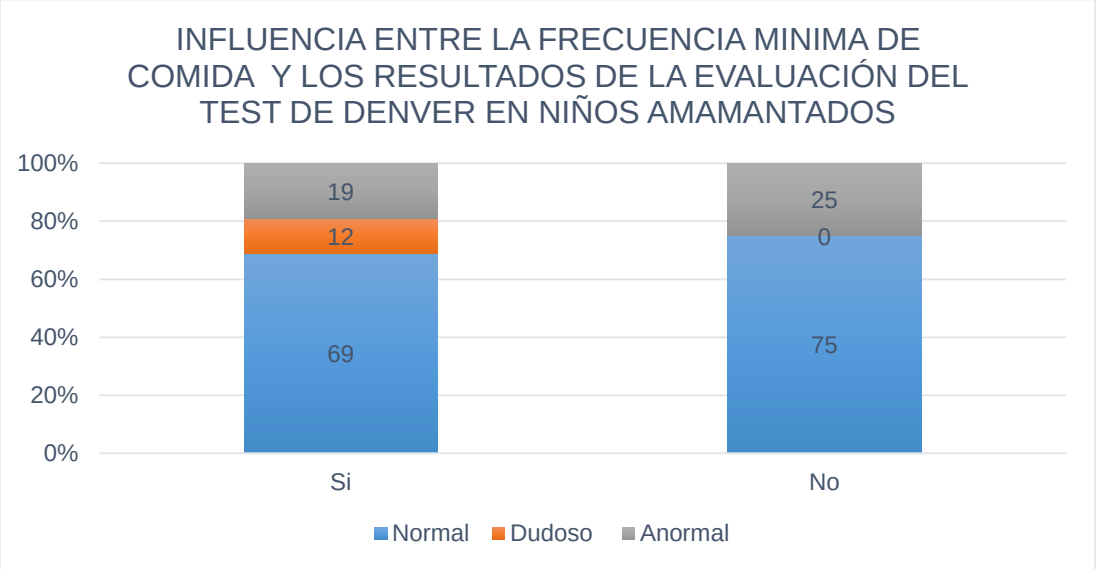
TABLA 18: INFLUENCIA ENTRE LA FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER

Frecuencia mínima de comida en amamantados	Resultados del test de Denver							
	Normal		Dudoso		Anormal		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	11	69%	2	12%	3	19%	16	67%
No	6	75%	0	0%	2	25%	8	33%
TOTAL	17	71%	2	8%	5	21%	24	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°18



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°18 sobre cómo influye la frecuencia mínima de comida en los resultados de la evaluación del test de Denver en niños amamantados se observa que niños que recibieron una frecuencia alimentaria mínima presentan mejores resultados un 19% presento un test fallido en comparación con los que no recibieron una frecuencia mínima en comida que presentaron el 25% de test fallidos

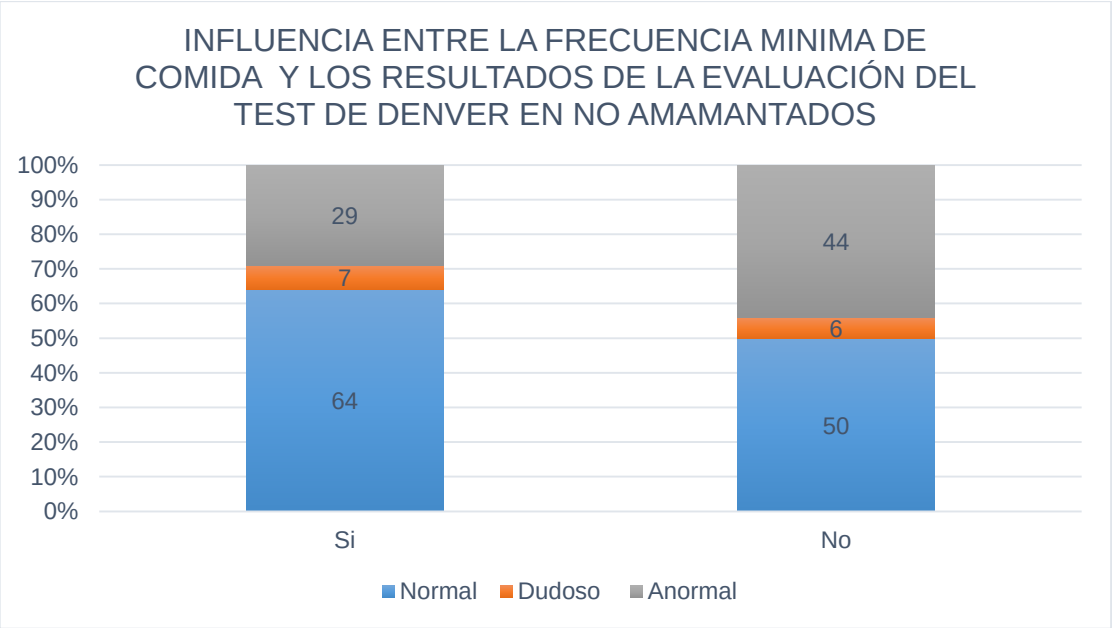
TABLA 19: INFLUENCIA ENTRE LA FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER

Frecuencia mínima de comida en no amamantados	Resultados del test de Denver							
	Normal		Dudoso		Anormal		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	9	64%	1	7%	4	29%	14	23%
No	24	50%	3	6%	21	44%	48	77%
TOTAL	33	53%	4	7%	25	40%	62	100%

FUENTE: Encuestas realizadas

ELABORACION: Mariuxi Janeth Apolo González

GRÁFICO N°19



ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla y gráfico N°19 sobre cómo influye la frecuencia mínima de comida en los resultados de la evaluación del test de Denver en niños no amamantados se observa que niños que recibieron una frecuencia alimentaria mínima presentan mejores resultados un 29% presento un test fallido en comparación con los que no recibieron una frecuencia mínima en comida que presentaron el 44% de test fallidos.

g. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo por objetivo Determinar las prácticas de la alimentación del lactante y el niño pequeño y su influencia en el desarrollo psicomotor en los CNH de Chuquiribamba y Chantaco del MIES-LOJA, año 2014 De los 91 niños que participaron en el estudio, 19% tuvieron una iniciación temprana de la lactancia materna dentro de la primera hora tras el parto , 48% recibieron lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, 30%recibieron lactancia materna continua al año de vida, en un estudio realizado por Sáenz M. & Camacho A.(2007) en Bogotá a 199 familias en un jardín estudiantil se encontró que El 98 % de los niños recibió leche materna y en la mayoría de casos, Solo el 21 % finalizó la lactancia antes de los 6 meses, edad mínima recomendada por la OMS. El 40 % de las madres mantienen la lactancia a los 12 meses. Cuyos resultados se asemejan a los encontrados en nuestra investigación pocas son las madres que mantienen la lactancia materna de sus hijos, de acuerdo a datos obtenidos por la organización mundial de la salud, a nivel mundial menos del 40% de los lactantes menores a seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva.

En un estudio realizado en Ecuador por ENSANUT-ECU (2013) el inicio temprano de la lactancia materna solo se efectuó en el 54.6% de los niños menores de 24 meses. Estos datos también reportan que un poco menos de la mitad de niños no iniciaron la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento y, de ellos, un 14% lo hizo después de 24 horas, Hasta el mes de vida, 52.4% de los niños se alimentaron exclusivamente con leche materna, pero para el grupo de 2 a 3 meses de edad, la proporción de quienes se alimentaron exclusivamente con leche materna bajó al 48%, y entre los niños de 4 a 5 meses, alcanzó solo al 34.7%.Desde muy temprana edad, los niños están expuestos a otros líquidos diferentes a la leche materna. Casi un 50% de los niños entre cero y un mes ya fueron expuestos a esta práctica, y, para cuando llegan al rango de edad de 5 a 6 meses, el 72 % ya consumieron líquidos distintos a la leche materna. Lo mismo que observamos en nuestra investigación el 100% de los niños ya cumplidos los 6 meses se les incorporo la alimentación sólida, 98% recibió una diversidad alimentaria mínima, 67% de niños amamantados recibió

comida el número mínimo de veces y 48% de niños no amamantados recibió comida el número mínimo de veces.

A diferencia a nuestro estudio una investigación realizada por Maldonado M.(2004-2005) en el hospital Abel Gilbert Pontón" de Guayaquil en 66 niños estudiados, se pudo determinar que 15 fueron alimentados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, con fórmulas lácteas; mientras que los 51 niños restantes, con lactancia materna. En esta investigación existe preferencia por parte de las madres en otorgar lactancia materna a sus hijos, más que la alimentación con fórmulas lácteas como las encontradas en nuestra investigación.

Una investigación realizada por Fernández (2014) aplicada a 110 participantes mostro por medio de la escala Denver, independientemente del tiempo de lactancia, los resultados mostraron un 23,6% de fallas en el área de lenguaje. Tanto el área motora fina y personal-social presentaron un 9,1% de fallas. Seguido por el área motora gruesa con un 3,6% de participantes con fallas. lo que contrasta con nuestro estudio y aplicando la misma escala de Denver, independientemente del tiempo de lactancia mostraron que el área que mayor fallos presenta es el área de lenguaje con el 19%, seguida del área motora fina adaptativa con un 13%, área motora 6% y área personal social 5%. DDST

EL artículo publicado por Chiu et al. (2011) en la que se investigó la duración de la lactancia materna y el riesgo de retraso en el desarrollo en los niños taiwaneses en la que incluyo a 14,621 lactantes de 0 a 18 mostró que el grupo que recibió lactancia materna por 6 meses o más un beneficio en todas las áreas del Denver en comparación con los que no lactaron encontrando el área motora gruesa OR de 0.69 [IC 95% 0,57, 0,83], motora fina 0.64 [IC 95% 0,53, 0,77], lenguaje,0.74 [IC 95% 0,60, 0,91] y personal- social 0.76 [IC 95% 0,64, 0,90]. En comparación con nuestra investigación encontramos que los niños que recibieron una lactancia materna exclusiva presentaron un mejor porcentaje de pruebas normales 75% en algunas de las áreas evaluadas Versus a los que no recibieron la lactancia exclusiva con un resultado de 37.2%. así mismo la investigación realizada por Fernández M.(2014) aplicada a 110 participantes se encontró que el grupo que lactó por un tiempo menor a 6 meses presentó mayor

número de fallas principalmente en el área del lenguaje, motora fina, y personal/social , el 31.0% de los niños que lactaron por menos de 6 meses presentaron fallas en el área del lenguaje versus un 20,7% en el grupo que lactó por seis meses (p=0,26), el área motora fina presentó un 20,7% de fallas en el grupo de menor lactancia, versus un 4,9% en el otro grupo. El área personal-social mostró más fallas en el primer grupo (20.0%) versus 6,1% respectivamente. Finalmente, el área motora gruesa se mantuvo similar en ambos grupos con menos de 4% de fallas. Asimismo encontramos un estudio realizado por Maldonado M.(2005) se evaluó en cada uno los dominios motor, cognoscitivo, y psicosocial, utilizando las tablas de Vaughan, En el dominio cognoscitivo dio que los niños lactados maternalmente los primeros seis meses de vida, presentaron una media en el cociente madurativo de aproximadamente 99 puntos, 9 puntos más que la media obtenida por los niños alimentados con fórmulas lácteas y el límite inferior del cociente madurativo del grupo de niños que fue alimentado con leche materna, son dos puntos más altos que el límite superior del cociente madurativo del grupo de niños lactados con fórmula. En dominio psicosocial, la media del cociente madurativo en el grupo de niños alimentados con leche materna es cerca de 98 puntos, mientras que, la media del cociente madurativo de los alimentados con fórmulas corresponde a 93 puntos. Concluyendo que los niños entre 6 y 24 meses alimentados con lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, tienen mejor desarrollo cognoscitivo que los alimentados con fórmulas lácteas. Los estudios de esta investigación como las citadas anteriormente, y como existen muchas más vemos la importancia de la lactancia materna para el desarrollo psicomotor futuro de los lactantes. Aunque no encontramos estudios relacionados sobre cómo influye la diversidad de alimentos en el desarrollo psicomotor en nuestra investigación encontramos que los niños que recibieron una diversidad alimentaria mínima presentan mejores resultados un 57% presento un test normal, el 7% un test dudoso y el 36% restante un test fallido en comparación que los que no recibieron la diversidad alimentaria mínima que presentan 50% de pruebas normales y un 50% de pruebas fallidas.

Luego de realizar la comparación de los resultados de nuestra investigación con los presentados por otros autores vemos la importancia que tiene la lactancia y

alimentación complementaria en los niños y que en nuestro medio constituye una de las mayores falencias, de ahí la importancia de crear programas que ayuden a desarrollar buenas prácticas alimentarias en el lactante y niño pequeño.

h. CONCLUSIONES

- A pesar de no contar con una población amplia, los resultados obtenidos en la presente investigación, demuestra que existe preferencia por la leche de fórmula para la alimentación de los niños menores de seis meses de edad, que la alimentación con leche materna, muchas de las madres no dan de lactar a sus hijos durante la primera hora de nacido con porcentaje 62% superior a las que si lo hacen, tenemos que el mantener una lactancia exclusiva por lo menos los 6 meses como lo recomienda la organización mundial de la salud cada vez se ve deteriorada debido a que muchas de las madres no practican este hábito tan importante es por ello que en nuestra investigación se encontró una diferencia del 6% más de las que no dan una lactancia exclusiva.
- Alimentar de forma saludable a nuestros hijos representa un gran reto porque no siempre contamos con la información adecuada para hacerlo bien y, en ocasiones nos dejamos llevar por hábitos que no necesariamente son correctos esto se ve reflejado en que muchas de ellas abandonan la lactancia de sus hijos muy pronto con un porcentaje 40% más que de las que aun dan en edades posteriores a los 6 meses de edad.
- La diferencia que existe en los resultados finales del test de Denver en nuestra investigación entre los que presentaron un test normal y un test anormal (57% vs 36%) es cada vez menor, dentro de los cuales se encontró un mayor número de pruebas fallidas en el área de lenguaje tenemos que los niños presentan dificultad al momento de combinar las palabras y usar plurales.
- El inicio temprano de la lactancia materna ayuda a mejorar el desarrollo psicomotor del lactante presentando menos pruebas anormales de los que no recibieron una lactancia materna temprana (12% vs 42%), así mismo tenemos que los que no recibieron una lactancia materna exclusiva presentaron un porcentaje mayor de pruebas anormales, en comparación con los que si recibieron (53.5% vs 21%), los que recibieron una lactancia materna continua al año de vida presentaron un mayor porcentaje de pruebas normales en comparación con los que no recibieron (70% vs

51%). En niños amamantados que recibieron una frecuencia mínima de comidas presentaron menos pruebas anormales, de los que no la recibieron (19% vs 25%), también tenemos que los niños que no fueron amamantados la mayoría de ellos no recibieron una frecuencia mínima de comida, en comparación de los que si la recibieron (77% vs 23%) y presentaron más pruebas anormales (44%vs 29%).

i. RECOMENDACIONES

- De acuerdo con los datos obtenidos se recomienda al MIES Loja que a través de su programa creciendo con nuestros hijos:
- Desarrolle programas y educación personalizada por el que se pueda brindar una mayor información a las madres que están dando de lactar sobre los beneficios que tiene la leche materna y como esta influye en el desarrollo de sus hijos.
- Fomentar conciencia en las madres acerca de la importancia en la alimentación que debe ser adecuada, suficiente, completa, variada y equilibrada.
- Que las madres dentro de su hogar brinden una alimentación que incluya alimentos de todos los grupos, sin abusar de ninguno de ellos. Todos los alimentos son buenos, lo importante es el equilibrio entre ellos.
- Que se creen actividades en que los niños realicen actividades recreativas, deportivas, celebraciones, reuniones, jerarquizando la importancia del desarrollo infantil.

j. BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado M., Gutiérrez A., Castillo M.J. (2004) Entrenamiento físico-deportivo y alimentación de la infancia a la edad adulta (pp: 97) Barcelona; Paidotribo.
2. Javier J., et al (2012) Temario técnico en educación infantil (pp:158) Madrid: Parainfo
3. O.M.S. (2013). Más allá de la supervivencia, prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños(pp22-23)Washington; PAHO
4. Heird W.C. (2008) La alimentación de los lactantes y niños pequeños. En R.M. Kliegman, R.E. Behrman, H.B. Jenson, B.F. Stantion (18ª Ed) Nelson tratado de Pediatría (capitulo 42) Barcelona: Elsevier.
5. Raspini M., Stábile V., Dirra A., Dl Orio A. (2011). Alimentación del niño sano trabajos prácticos B. (pp 24-25) Mar de Plata: Universidad de Fasta.
6. Sánchez M. (2007) Embarazo contado con sencillez. Madrid: Maeva.
7. Chiu, W.C., Liao, H.F., Chang, P.J., Chen P.C., y Chen, Y.C. (2011). Duration of breast feeding and risk of developmental delay in Taiwanese children: a nationwide birth cohort study. Paediatr Perinat Epidemiol, 25(6): 519-527.
8. Pérez P. (2014). Promoción de la salud y prevención en pediatría. En Marquillas J.B. & De la Flor J.(3ª Ed) Pediatría en atención primaria(pp 98-108)
9. Vázquez C., De Costa A., López C. (2005). Alimentación y nutrición 2ª edición manual teórico practico. Madrid: Díaz Santos (pp 199-205)
10. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capitulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de salud. Washington; O.P.S.
11. Gil A., Maldonado J., Martínez E. (2010).Tratado de nutrición tomo III Nutrición humana en el estado de salud. Madrid: Medica panamericana (p216)
12. OMS (2007). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington; minimum graphics

13. Lissauer T., Clayden G. (2009). Texto ilustrado de pediatría. Barcelona; Elsevier (pp 40-42)
14. Bueso J. A. (2007). Prueba de tamizaje del desarrollo de Denver II
15. Hernández N. (2003). Desnutrición y desarrollo Psicomotor. Colombia; Gastrohnup
16. Figueiras A., Neves I., Rios V. & Benguigui Y. (2006). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington; OPS.
17. CEPAL & PMA (2009) El costo del hambre impacto social y económico de la desnutrición infantil en el estado plurinacional de Bolivia, el Ecuador, Paraguay y el Perú. Santiago de Chile
18. MSP (2012) Iniciativa mundial sobre tendencias en la lactancia materna. Ecuador; Quito
19. ENDEMAN(2004) Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Pichincha y ciudad de Quito
20. Ucrós S. & Mejía N. (2009) Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia, 2ª edición. Bogotá; Panamericana.
21. Zitelli B. & Davis H. (2009) Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría, quinta edición. España; Elsevier. (p72).

k. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Mariuxi Janeth Apolo González con C.I 1104839392, estudiante del quinto año de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja, le invito a participar del estudio para la realización de mi proyecto de tesis llamado "DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE CHUQUIRIBAMBA Y CHANTACO DEL MIES-LOJA, AÑO 2014".

El presente estudio tiene por objetivo determinar las prácticas de la alimentación del lactante y el niño pequeño y su influencia en el desarrollo psicomotor en los CNH de Chuquiribamba y Chantaco del MIES-LOJA, año 2014

Si usted acepta participar en este estudio se le aplicara una encuesta donde se le harán preguntas sobre datos generales de su hijo/a: nombres, CNH al que asiste, genero, edad, lugar de residencia; además datos sobre ud. como su estado civil, edad, escolaridad número de hijos, ocupación y también se le preguntara sobre el tipo de alimentación de su hijo/a; además se evaluara el desarrollo psicomotriz de su hijo/a utilizando el Test de Denver.

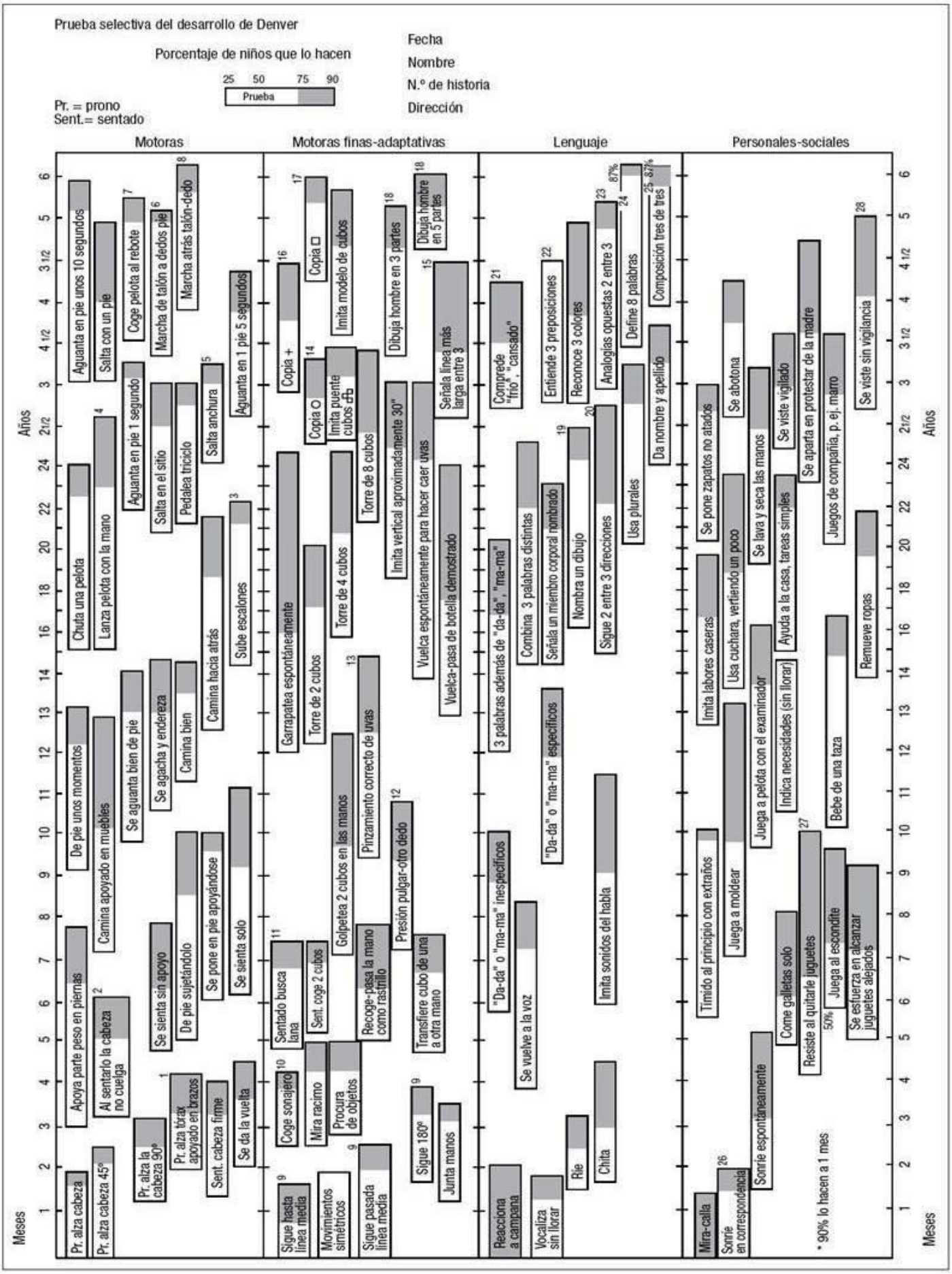
La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. Los datos de este estudio serán utilizados de modo confidencial y de acceso solo por el investigador; no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Para que los resultados sean los más confiables posible es de vital importancia la honestidad en sus respuestas. Este trabajo no presenta riesgos físicos para el participante. Además la participación o no en este estudio no va a influir sobre los deberes y derechos que tiene Ud. como ciudadano/a Ecuatoriano/a.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradezco su participación.

Yo……, en pleno uso de mis facultades mentales, me ofrezco a participar en el estudio.

Firma del/la participante	Firma de la investigadora

Fecha: ___ de Junio de 2014


Prueba selectiva del desarrollo de Denver
Porcentaje de niños que lo hacen
25 50 75 90
Prueba
Pr. = prono
Sent.= sentado
Fecha
Nombre
N.º de historia
Dirección
Motoras
Motoras finas-adaptativas
Lenguaje
Personales-sociales
Meses
Años
Pr. alza cabeza
Pr. alza cabeza 45°
Pr. alza la cabeza 90°
Pr. alza tórax apoyado en brazos
Sent. cabeza firme
Se da la vuelta
Apoya parte peso en piernas
Al sentarlo la cabeza no cuelga
De pie unos momentos
Camina apoyado en muebles
Se sienta sin apoyo
De pie sujetándolo
Se pone en pie apoyándose
Se sienta solo
Chuta una pelota
Lanza pelota con la mano
Se aguanta bien de pie
Se agacha y endereza
Camina bien
Camina hacia atrás
Sube escalones
Aguanta en pie unos 10 segundos
Salta con un pie
Aguanta en pie 1 segundo
Salta en el sitio
Pedalea triciclo
Salta anchura
Aguanta en 1 pie 5 segundos
Coge pelota al rebote
Marcha de talón a dedos pie
Marcha atrás talón-dedo
Sigue hasta línea media
Movimientos simétricos
Sigue pasada línea media
Coge sonajero
Mira racimo
Procura de objetos
Sigue 180°
Junta manos
Sentado busca lana
Sent. coge 2 cubos
Recoge-pasa la mano como rastrillo
Transfiere cubo de una a otra mano
Garrapatea espontáneamente
Torre de 2 cubos
Golpetea 2 cubos en las manos
Pinzamiento correcto de uvas
Presión pulgar-otro dedo
Copia +
Copia O
Copia □
Imita puente cubos
Imita modelo de cubos
Torre de 4 cubos
Torre de 8 cubos
Imita vertical aproximadamente 30°
Vuelca espontáneamente para hacer caer uvas
Vuelca-pasa de botella demostrado
Dibuja hombre en 3 partes
Señala línea más larga entre 3
Dibuja hombre en 5 partes
Reacciona a campana
Vocaliza sin llorar
Ríe
Chita
"Da-da" o "ma-ma" inespecíficos
Se vuelve a la voz
3 palabras además de "da-da", "ma-ma"
"Da-da" o "ma-ma" específicos
Imita sonidos del habla
Comprende "frío", "cansado"
Combina 3 palabras distintas
Señala un miembro corporal nombrado
Nombra un dibujo
Entiende 3 preposiciones
Sigue 2 entre 3 direcciones
Reconoce 3 colores
Usa plurales
Analogías opuestas 2 entre 3
Define 8 palabras
Da nombre y apellido
Composición tres de tres
Mira-calla
Sonríe en correspondencia
Sonríe espontáneamente
Tímido al principio con extraños
Juega a moldear
Come galletas solo
Resiste al quitarle juguetes
Juega al escondite
Se esfuerza en alcanzar juguetes alejados
Imita labores caseras
Usa cuchara, vertiendo un poco
Juega a pelota con el examinador
Indica necesidades (sin llorar)
Bebe de una taza
Remueve ropas
Se pone zapatos no atados
Se abotona
Se lava y seca las manos
Ayuda a la casa, tareas simples
Juegos de compañía, p. ej. marro
Se aparta en protestar de la madre
Se viste vigilado
Se viste sin vigilancia
* 90% lo hacen a 1 mes

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA 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 ALIMENTACIÓN DEL NIÑO /A

ALIMENTACIÓN DE 0 A 6 MESES DE EDAD

1. Su hijo/a recibió el seno a la primera hora de su nacimiento SI ☐ NO ☐
2. Qué tipo de alimentación tuvo su niño durante los primeros 6 meses de vida
   Leche materna exclusiva ☐ Leche materna + leche de vaca ☐
   Leche materna + leche de tarro ☐ Leche materna + coladas ☐
   Solo leche de vaca ☐ Solo leche de tarro ☐
   Solo coladas ☐ Otros……
3. Hasta que edad le dio el seno materno
   Hasta 6 meses ☐ 6 – 12 meses ☐ 13 meses a 18 meses ☐
   19 meses a 24 meses ☐ 24 meses y más ☐

4. Si toma colada especifique de que :
   Soya ☐ Avena ☐ Harina de plátano ☐ 7 harinas ☐ Tapioca ☐ Chuno ☐

ALIMENTACIÓN DE 6 MESES A 11 MESES DE EDAD

5. Qué tipo de alimentación tuvo su niño de 6 meses a 1 año

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 ☐ Pe ☐ ☐ me ☐ grana ☐ la

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: arro ☐ ☐ avena ☐ ☐ quinua trigo

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

Huevo: Yema ☐ Clara ☐

Cantidad: 1 diario ☐ 1 cada 2 días ☐ 1 a la semana ☐

Carnes: 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…….

ALIMENTACIÓN DE 12 MESES A 23 MESES

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

Sí ☐ No ☐

Frutas: Naranja ☐ mandarin ☐ bar ☐ a ma ☐ ana ☐ nadilla

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 ☐

ALIMENTACIÓN DE 24 MESES A 36 MESES

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 ☐

Cantidad: 1 diario ☐ 1 cada 2 días ☐ 1 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

FOTO N° 1

FOTO N°2

FOTO N°3

FOTO N°4

FOTO N°5

FOTO N°6

ÍNDICE **Página**

Portada…… i
Certificación…… ii
Autoría…… iii
Carta de autorización…… iv
Dedicatoria…… v
Agradecimiento…… vi
a. Título…… 1
b. Resumen …… 2
Abstract…… 3
c. Introducción…… 4
d. Revisión de literatura…… 8
Capítulo I
1. Alimentación…… ..8
1.1. Alimentación durante el primer año de vida…… ..9
1.1.1. La alimentación del recién nacido……9
1.1.2. Periodo de lactancia exclusiva……9
1.1.2.1 Leche materna…… 11
1.1.2.1.1. Beneficios de la lactancia materna…… 12
1.1.2.1.2. Contraindicaciones …… 13
1.1.3. Lactancia artificial…… 14
1.1.4. Alimentación complementaria…… 14
1.2. Alimentación del niño de 1 a 2 años…… 14
1.3. Alimentación del niño de 2 a 3 años…… 15
1.4. Prácticas alimentarias de la OMS…… 16
Capítulo II
2. Desarrollo Psicomotor…… 21
2.1. Definición…… 21
2.2. Factores de riesgo…… 23
2.2.1. Factores de riesgo biológicos…… 23
2.2.2. Factores de riesgo psicosociales…… 23
2.3. Desarrollo psicomotor normal y principales signos de alerta…… 24
2.3.1. Etapa de recién nacido …… 24

2.3.2. Niño de 1 mes…… 25
2.3.3. Niño de 2 meses…… 26
2.3.4. Niño de 3 meses…… 27
2.3.5. Niño de 4 meses…… 29
2.3.6. Niño de 5 meses…… 30
2.3.7. Niño de 6 meses…… 32
2.3.8. Niño de 7 meses…… 33
2.3.9. Niño de 8 meses…… 34
2.3.10. Niño de 9 meses…… 35
2.3.11. Niño de 10 meses…… 36
2.3.12. Niño de 11 meses…… 37
2.3.13. Niño de 12 meses…… 38
2.3.14. Niño de 15 meses…… 39
2.3.15. Niño de 18 meses…… 41
2.3.16. Niño de 24 meses…… 42
2.4. Retraso psicomotor …… 43
2.5. Valoración del desarrollo psicomotor…… 45
2.5.1. Test de Denver …… 45
e. Materiales y métodos…… 50
f. Resultados…… 53
g. Discusión…… 72
h. Conclusiones…… 76
i. Recomendaciones…… 78
j. Bibliografía…… 79
k. Anexos…… 81
ÍNDICE……89