

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA



NIVEL DE PREGRADO

“DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE VILCABAMBA MIES-LOJA”

Tesis previa a la obtención del título de médica general

AUTORA

Luz Aurora Morocho Guamán

DIRECTORA:

Dra. Livia Gladys Pineda López Mg. Sc.

Loja – Ecuador
2015



CERTIFICACIÓN

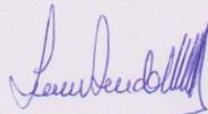
Dra. Livia Gladys Pineda López Mg. Sc.
DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CERTIFICO

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada **“DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACION CON LA ALIMENTACION EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE VILCABAMBA MIES-LOJA”**. De autoría de la estudiante Luz Aurora Morocho Guamán, previa la obtención del título de Médica General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

09 de Noviembre del 2015

Atentamente.



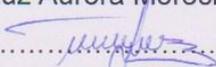
Dra. Livia Gladys Pineda López Mg.Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Yo, Luz Aurora Morocho Guamán, declaro ser autora del presente trabajo de tesis, titulada: "DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE VILCABAMBA DEL MIES-LOJA" 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: Luz Aurora Morocho Guamán

Firma: 

Cédula: 1104931124

Fecha 09 de Noviembre del 2015

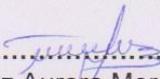
CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Luz Aurora Morocho Guamán**, declaro ser el autor de la tesis titulada: **“DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE VILCABAMBA MIES-LOJA”**, como requisito para optar el grado de **MEDICO GENERAL**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

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

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

Firma:.....

Autor: Luz Aurora Morocho Guamán

Cédula: 1104931124

Dirección: Manuel Vivanco y Pedro V Falconí

Correo Electrónico: luzam_00@hotmail.com

Teléfono: 096866315

DATOS COMPLEMENTARIOS

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

TRIBUNAL DE GRADO

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

Vocal: Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado Mg. Sc.

Vocal: Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg.Sc

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorar cada día más. Por encima de todo, quiero dedicar a mi hijo Erick Andrés, que se ha convertido en un angelito de Dios, por ser mi inspiración y la razón para seguir adelante, siempre estarás en mi corazón te amo.

Dedico también este trabajo a mis padres, que con su esfuerzo han sido un gran apoyo para cumplir mis metas, a mi novio, a mis hermanos, a mis grandes amigas y amigos que siempre han estado conmigo en los momentos difíciles y felices de mi vida.

Y a mis maestros, que con su sabiduría formaron en mí este gran valor de ser profesional, a mis compañeros de la universidad que han sido parte de mi proceso de aprendizaje, y a todas las personas que han cumplido una misión en mi ciclo de vida, dejándome gratos recuerdos.

Luz A Morocho Guamán

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradezco a la Universidad Nacional de Loja por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Agradezco también a mi directora de tesis la Dra. Livia Pineda por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Me agradecimiento también va dirigido a los directivos del MIES, a las coordinadoras, madres y niños del programa Creciendo con Nuestros Hijos por haber aceptado colaborar en la realización de mi tesis.

Y para finalizar, también agradezco a todos los que fueron mis compañeros de clase durante todos los niveles de Universidad ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante en mi carrera profesional.

LA AUTORA

1) TITULO

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

2) RESUMEN

El presente estudio cuyo título es: “Desarrollo psicomotor y su relación con la alimentación en los niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja”, tiene como objetivo determinar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño y su influencia en el desarrollo psicomotor en los niños del programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) del MIES de la parroquia Vilcabamba de la ciudad de Loja. Se realizó un estudio de tipo transversal correlacional. En donde fueron incluidos 118 niños, de 0 a 36 meses. La valoración del desarrollo psicomotor del niño fue realizada mediante el test de Denver, de la misma forma se aplicó encuestas a las madres para la determinación de las prácticas alimentarias. Las puntuaciones obtenidas en el desarrollo psicomotor se analizaron en relación los indicadores de alimentación propuestos por la OMS-UNICEF.

Los resultados más significativos encontrados en el estudio fueron los siguientes: En niños /as que recibieron lactancia materna en la primera hora de nacimiento el 73% obtuvo un test de Denver normal, de igual forma el 68% de los niños que no recibieron son normales. Mientras que el 3% de los niños/as presentan resultados anormales en ambos grupos.

En cuanto a la duración de lactancia materna, el 69% de los niños que recibieron lactancia hasta los 18 meses presentan un test de Denver normal, mientras que los resultados anormales son del 2%. A diferencia de los niños en quienes se interrumpió la lactancia antes de los 18 meses, el 77% son normales y el 4% presentan resultados anormales. De la misma forma podemos decir que la alimentación complementaria oportuna a partir de los 6 meses de edad influye en el desarrollo psicomotor de los niño/as ya que el 71% presentan resultados normales, y el porcentaje de anormalidad es del 3%.

Por lo que se recomienda a las coordinadoras/os de los CNH, concientizar a las madres sobre la necesidad de proporcionar al niño la alimentación adecuada de acuerdo a la edad, lo cual va ayudar al desarrollo psicomotor de los niños.

Palabras Clave: Desarrollo psicomotor, alimentación, lactancia materna, alimentación complementaria.

SUMMARY

This study entitled: "Psychomotor development and its relationship to food in children of CNH of Vilcabamba MIES-Loja" aims to determine the feeding practices in infants and young children and its influence on psychomotor development in the program "Growing with our children" of the parish Vilcabamba Loja. A transversal correlational study was conducted, where 118 children from 0-36 months were included. The assessment of psychomotor development of children was carried out using the Denver test, also surveys were applied to mothers for the determination of food practices. The scores in psychomotor development were analyzed in relation with the supply indicators proposed by the WHO-UNICEF.

The most significant results found in the study were as follows: In children breastfed in the first hour of birth, 73% obtained a normal test Denver, just as 68% of children who did not receive normal. While the 3% of children have abnormal results in both groups.

As for the duration of breastfeeding, the 69% of children who received breastfeeding until 18 months have a normal test Denver, while abnormal results are 2%. Unlike children who stopped breastfeeding before 18 months, the 77% are normal and 4% have abnormal results. In the same way we can say that the timely complementary feeding from 6 months of age affects the psychomotor development of children due to the 71% have normal results, and the percentage of abnormality is 3%.

Consequently it is recommended that the coordinators of CNH, sensitize mothers about the need to provide the child with adequate food according to age, which will help the psychomotor development of children.

Keywords: psychomotor development, nutrition, breastfeeding, complementary feeding.

3) INTRODUCCIÓN

La nutrición adecuada es fundamental para la supervivencia, el crecimiento físico, el desarrollo mental y psicomotor, el desempeño, la productividad, la salud y el bienestar durante toda la vida: desde las primeras etapas del desarrollo fetal y el nacimiento, hasta la lactancia, la niñez, la adolescencia y la edad adulta.

Los niños de 0 a 6 años necesitan estimulación en cantidad y calidad adecuada ya que es en esta etapa de la vida en la que se produce la mayor parte de la maduración del cerebro y es justo ahí cuando las habilidades del niño van definiéndose dependiendo de la maduración del sistema nervioso.

Según la OMS el 60% de los niños menores de 6 años no se encuentran estimulados, lo cual puede condicionar un retraso en el desarrollo psicomotor refiriendo además que la falta de estimulación se da más en las áreas rurales debido a la educación de los padres. En Perú el 48% de la población es pobre y el 23% de extrema pobreza siendo más evidente la falta de estimulación en estas áreas.

El Ecuador no está excluido de los problemas nutricionales que prevalecen en la región de las Américas. Al igual que en la mayoría de los países, sus habitantes presentan simultáneamente déficit nutricionales y excesos desbalances. En el año 2006 se estimaba, con base en los datos obtenidos en la encuesta de condiciones de vida, que el 26% de los niños y niñas menores de 5 años padecían de desnutrición crónica. Se encontró que el 19% de los desnutridos se encontraban en la zona urbana, mientras que el 36% pertenecían a la zona rural.

En 25 años, el nivel promedio de inteligencia de menores de 3 años ha subido en 10 puntos, por muchas razones, probablemente debido a una mejor nutrición, más conocimientos de las madres para ayudar a sus niños a aprender.

En el Ecuador se han logrado avances importantes en la reducción de la desnutrición crónica, especialmente en los últimos siete años. La desnutrición crónica infantil se redujo de 40,2% al 25,3% entre 1986 y el 2012.

Existe una relación directa entre nutrición y desarrollo en el niño pequeño. En la 3ª. Serie de Lancet sobre Desarrollo Infantil en 2007, se presentan los riesgos

de baja talla/edad y su relación con el desarrollo cognitivo, así como los de deficiencia de hierro, yodo, y bajo peso al nacer. Nuevos estudios están señalando la importancia de la nutrición para el desarrollo y el estatus del zinc en el embarazo en relación al desarrollo neurológico.

La evidencia indica que la calidad del cuidado y la estimulación tienen un efecto independiente sobre el desarrollo; cuando no hay una intervención que mejore el desarrollo, además de la nutrición, se pierde una gran oportunidad para el niño.

Sumado esto a una deficiente estimulación constituye una problemática que impedirá un adecuado desarrollo psicomotor, de continuar esta tendencia los niños con deficiente desarrollo psicomotor del ahora se convertirán en los estudiantes con alteraciones en el aprendizaje y otros problemas en la adolescencia y en la edad adulta en el mañana, la estimulación adecuada constituye una herramienta más accesible como medida de prevención en el desarrollo psicomotor que colaborará en el desarrollo de los individuos.

De ahí que, el presente estudio busca identificar los problemas de psicomotricidad que puede acarrear una mala alimentación o la influencia que tiene la alimentación sobre el desarrollo psicomotor de los niños de los CNH de la parroquia Vilcabamba, analizando para ello las metodologías que actualmente aplican las promotoras dentro del centro para promover el uso de técnicas psicomotrices.

A continuación, esta investigación detalla la relación que existe entre la alimentación y el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 36 meses, de los centros Creciendo con Nuestros Hijos de la parroquia Vilcabamba. Con el siguiente objetivo general: determinar las prácticas de la alimentación del lactante y del niño pequeño y su influencia en el desarrollo psicomotor en los CNH de Vilcabamba del MIES-LOJA, año 2014; así como los objetivos específicos: 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 del CNH de Vilcabamba del MIES-LOJA, del año 2014, y relacionar los

indicadores de las prácticas alimentarias con el desarrollo psicomotor en los diferentes grupos de edad de los niños de los CNH de Vilcabamba

Inicialmente se hace un recorrido teórico que contextualiza el estudio, seguido de la aplicación de instrumentos tales como encuestas y la aplicación de test de Denver, presentación de los resultados adquiridos, que permitieron llevar a cabo los objetivos de la investigación.

4) REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

ALIMENTACIÓN

1.1. Concepto

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

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

Mackenzie (2009) afirma que la Alimentación es un proceso mediante el cual tomamos del mundo exterior una serie de sustancias que, contenidas en los alimentos que forman parte de nuestra dieta, son necesarias para la nutrición. El alimento es, por lo tanto, todo aquel producto o sustancia que una vez consumido aporta materiales asimilables que cumplen una función nutritiva en el organismo, podemos decir que existe una única manera de nutrirse aportando la energía y los nutrientes necesarios pero numerosas, a veces ilimitadas, formas de combinar los alimentos y de alimentarse para obtener dichos nutrientes (p.111).

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

1.2. Importancia de la alimentación de la alimentación del lactante y del niño pequeño

OMS (2010) 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 deficiencias nutricionales tempranas también han sido vinculadas con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo. La desnutrición durante los primeros dos años de vida es causa de desnutrición crónica, la cual provocará que el adulto no alcance su potencial para el crecimiento en talla y que sea varios centímetros más bajo. Existen pruebas que los adultos que fueron desnutridos durante la infancia temprana tienen compromiso del rendimiento intelectual. Estos adultos también pueden tener una capacidad para el trabajo físico reducida. Si las mujeres fueron desnutridas durante la niñez, se afectará su capacidad reproductiva; sus hijos pueden nacer con peso bajo y pueden tener mayor riesgo de partos complicados. El elevado número de niños desnutridos en una población tiene consecuencias en el desarrollo del país. Por lo tanto, las consecuencias funcionales globales de la desnutrición son enormes.

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

1.3. Grupos alimentarios

Conocer los Grupos de Alimentos o Grupos Alimenticios es de gran importancia para una alimentación sana y equilibrada.

Una Visión tradicional de los Grupos de Alimentos los ordena horizontalmente, distribuyéndolos de la siguiente manera:

- Grupo 1: Leche y productos lácteos
- Grupo 2: Proteínas (carne, productos de la pesca y huevos)
- Grupo 3: Verduras y frutas
- Grupo 4: Hidratos de Carbono (harina, pan, pastas, arroz, leguminosas, papas) y alimentos azucarados (frutos secos, azúcar, confituras, chocolates, etc.).
- Grupo 5: Grasas
- Grupo 6: Líquidos: agua, zumo de frutas, bebidas alcohólicas (vino, cerveza, sidra, etc...) Y bebidas estimulantes y aromáticas (café y té).

1.3.1. Leche y productos lácteos.

Son alimentos casi completos, sobre todo la leche, de importancia capital en todos los estados. Se les califica como grupo de alimentos protectores o de seguridad, siendo de gran riqueza en calcio o proteínas de alto valor biológico.

El calcio es el elemento más importante del hueso.

La leche, el queso y el yogurt, son los únicos alimentos que lo aportan en cantidad considerable. Un régimen pobre en leche y derivados, ocasiona trastornos en el desarrollo óseo en el niño y desmineralización en el adulto acompañada de fatiga general, y de dolores pseudoreumáticos.

1.3.2. Proteínas (Carnes, pescados y huevos).

Estos alimentos tienen en común ser fuertes de materias nitrogenadas de alto valor biológico. Es necesario considerar que las proteínas son los constituyentes principales de la materia viva, de ahí su importancia. El valor

nutritivo de la carne es equiparable al de los pescados y los huevos. Conviene no obstante consumirlos todos en las raciones aconsejadas.

Es necesario advertir, que en algunas circunstancias patológicas (sobre todo en el hipercolesterolemia), es necesario consumir más pescado y restringir el huevo (que contiene colesterol) y las carnes (que contienen grasa saturada). Respecto al pescado, se aconseja el consumo de todos los tipos, tanto blancos como azules. Los crustáceos, cigalas, gambas, cangrejos, langostinos, etc. también son fuentes de proteínas, pero no se recomienda su consumo cuando existen trastornos de los lípidos. Los moluscos que asimismo son fuente interesante de proteínas pueden, en ocasiones, producir alergias o trastornos gastrointestinales, sobre todo si se consumen crudos.

1.3.3. Verduras y frutas.

Son alimentos hipocalóricos, son fuente importante de vitamina C. por otra parte, proporcionan fibra alimentaria, asegurando con ello un tránsito intestinal normal, si su consumo es regular. De entre las verduras, las más ricas en vitamina C son las verdes, que asimismo tienen la ventaja de aportar minerales antianémicos (hierro y cobre).

Las frutas que mayor contenido aportan de vitamina C, son las ácidas: naranja, pomelo, limón, grosella y fresa. Las manzanas, pera, uva, plátano, etc. contienen menos vitamina C.

De todas las vitaminas, la C es la más lábil; a lo largo de la cocción se destruye en parte, ocurriendo lo mismo en contacto con el aire, de lo cual se deduce que es imprescindible el consumo de las ensaladas y que éstas deben prepararse inmediatamente antes de ser consumidas.

La cocción de las verduras, deben hacerse en recipientes cerrados y de manera rápida con la finalidad de conservar el contenido vitamínico y sus propiedades.

1.3.4. Hidratos de carbono (Alimentos feculentos y alimentos azucarados)

Este grupo de alimentos aporta fundamentalmente hidratos de carbono, como la papa, los cereales y derivados (pasta: fideos, macarrones, etc.) Y las leguminosas.

Pueden aportar también otros principios, sobre todo vitaminas del grupo B (cereales y leguminosas) y vitamina C (papa).

El abuso de los alimentos azucarados (azúcar, pasteles, helados, etc.), desequilibra el aporte normal de hidratos de carbono y es contraproducente ya que puede conducir a obesidad, a la diabetes y trastornos del metabolismo lípido, con tasas altas de colesterol y triglicéridos. Las leguminosas (garbanzos, ejotes, habas, lentejas), son más ricas en materias nitrogenadas y debidamente combinadas con cereales o papas, pueden sustituir a la carne, los pescados o los huevos.

1.3.5. Grasas

Las grasas (mantequilla, margarina, aceites, tocino) son básicamente alimentos que aportan grasa, en consecuencia son alimentos hipercalóricos. Son fundamentalmente energéticos, si bien cumplen otras funciones de gran importancia biológica, ya que constituyen el vehículo de las vitaminas liposolubles y son fuente exclusiva de ácidos grasos esenciales.

La mantequilla es una grasa saturada de origen animal, y una fuente muy

importante, si bien no imprescindible, de vitamina A, la cual se encuentra en otros muchos alimentos en cantidad suficiente. Las margarinas de buena calidad, aportan grasa insaturada y proporcionan ácidos esenciales.

El aceite de oliva contiene fundamentalmente grasa monoinsaturada y los aceites germinales (soya, maíz y girasol), proporcionan grasa poliinsaturada.

Debe evitarse el abuso de las materias grasas, como medida preventiva de la obesidad. El consumo de las grasas saturadas, debe restringirse como medida preventiva y curativa de trastornos del metabolismo lípido (hipercolesterolemias e hipertriglicéridemias).

1.3.6. Líquidos

El agua es la única bebida realmente indispensable al organismo. No obstante, conviene no tomarla en exceso, sobre todo durante las comidas. Los

jugos de frutas son bebidas particularmente sanas, y cuyo consumo debería extenderse.

El interés alimentario de las bebidas alcohólicas es más discutible. Su consumo puede momentáneamente elevar el tono psíquico y disminuir la sensación de fatiga. En general, se aconseja la moderación como norma o la supresión total en determinadas circunstancias (hiperlipidemias, obesidad).

Las bebidas aromáticas, sobre todo el café, tomadas en pequeña cantidad estimula las funciones cerebrales, mejorando el rendimiento intelectual y disminuyen la sensación de fatiga. Sin embargo, el exceso crea hábito y dependencia.

1.4. Lactantes y niñas y niños de 0 a 6 meses: Fase de lactancia exclusiva

Hernández y Salinas (2000) mencionan que los niños que no lactan presentan mayor riesgo de desnutrición, en una muestra de 507 niños la asociación no lactancia-desnutrición-infección es frecuente; por lo tanto se evidencia la gran importancia que posee la lactancia materna (p.9).

La iniciación temprana de la lactancia materna viene a significar que a pesar de ser modificables no son de hecho fáciles de cambiar. Una de las estrategias posible a utilizar por su adaptabilidad son los programas de estimulación del desarrollo, de acuerdo con su enfoque se determinan como estimulación adecuada, estimulación temprana, estimulación precoz, ofrecidos a los infantes en el medio en que se desenvuelven.

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

embargo, la progresión fue adecuada y dirigida principalmente por las madres (p.117).

Mientras que, la estimulación temprana aplicada en forma sistémica y secuencial se emplea con el objetivo de desarrollar al máximo capacidades cognitivas, físicas, psíquicas y permite también evitar alteraciones en el desarrollo, así ayuda a los padres en el cuidado y desarrollo del niño con eficacia y autonomía.

1.4.1. Iniciación temprana de la lactancia materna.

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

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

Según Rossato (2008) existe evidencia que la lactancia materna provee al niño/a beneficios importantes al igual que para la madre; como lo menciona Niño y colaboradores (17) una lactancia hasta el sexto mes de vida, favorece un adecuado crecimiento y desarrollo, impactando en causas evitables de morbilidad infantil, sin distinción de nivel socioeconómico o trabajo materno. Un mejor conocimiento de los beneficios de la LM, está asociado a inicio temprano y mayor duración de Lactancia materna (LM). La educación en salud, las intenciones prenatales, experiencias de amamantamiento y el apoyo a la madre, inciden en el inicio o suspensión temprana de la LM (p.99)

El desarrollo de la conducta alimentaria, de sus trastornos y del estado nutricional no puede ser entendido de forma aislada del entorno sociocultural y económico, ni enfrentarse de la misma forma en las distintas sociedades y culturas, pues existen grandes particularidades derivadas de uno de estos factores. Dado que el medio ambiente, los padres y los niños están en interacción recíproca y permanente, la alteración de una de las partes afecta a las otras

1.4.2. Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.

Para Delgado (1997) la lactancia materna es considerada como la práctica más adecuada para lograr una nutrición óptima en los niños, esto debido a sus múltiples componentes nutritivos, los cuales, son capaces de satisfacer por sí mismos todas las necesidades del lactante durante los primeros cuatro a seis meses de edad (p.34).

Se sabe que la duración de la lactancia exclusiva depende de cuándo se inicie la misma por lo tanto, se recomienda que la lactancia se empiece dentro de la primera media hora después del parto, pues esta medida asegura una mejor succión por parte del niño y se establece inmediatamente el vínculo madre-hijo; o bien cuando el estado del niño y de la madre lo permitan

Díaz (1995) menciona que la regla de oro para la alimentación de un niño es la lactancia materna y el mejor método, sobre todo durante los primeros cuatro a seis meses de vida. La lactancia natural exclusiva durante este período tras el parto tiene beneficios nutricionales, inmunológicos y psicosociales. Sin embargo, a pesar de ser conocidos estos conceptos en todo el mundo la incidencia y duración de la lactancia materna está disminuyendo, particularmente en países en desarrollo (p.56).

Con la lactancia materna se disminuye una enormidad de problemas de salud a los recién nacidos ya que la leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros 6 meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas

de carbohidratos, proteínas, grasa y suministra las proteínas (enzimas) digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los bebés necesitan. La leche materna también contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a resistir las infecciones.

1.4.3. Duración media de la lactancia materna.

Cardozo (2008) afirma que la OMS considera que la Lactancia Materna Exclusiva (LME) debería ser hasta los 6 meses. La LME tiene menor incidencia de diarreas e infecciones respiratorias y por las siguientes razones:

1. Buen incremento ponderal a los 6 meses con lactancia materna exclusiva
2. Lactancia materna exclusiva en relación al desarrollo psicomotor. Los niños amamantados gateando antes en forma significativa.
3. En relación a medidas que favorecían a la madre:
 - a) Diferencia significativa en la recuperación de peso pre- embarazo en las mujeres que seguían amantando hasta los 6 meses era significativamente mayor.
 - b) Tiempo de amenorrea, amantando hasta los 6 meses esa significativamente mayor (p.69).

Esto en consideración, que la lactancia debe ser exclusiva los primeros 6 meses, para luego complementar su alimentación y coadyuvar a su desarrollo normal e integral.

Para Strain (2014) en relación al momento del último destete total cuando el niño ya está recibiendo alimentación complementaria, es decir, la edad que se debería dejar de amamantar, aún no hay publicaciones que confirmen una edad determinada.

La OMS y la UNICEF recomienda la lactancia materna hasta los dos años de edad y la tendencia es que el destete sea guiado por el niño. Esta posición

es ratificada por la Academia Americana de Pediatría en su nueva declaración sobre Lactancia y Leche Humana (p. 211).

Cabe mencionar que la madre al tiempo de dar de lactar, comienza a bajar de peso a su peso normal antes del embarazo, siendo también que puede concebir de nuevo.

En Ecuador, la media de la duración de la lactancia materna es de 15,3 meses, siendo menor en la zona urbana, 14,5 meses frente a 17,1 meses en la zona rural. De igual forma, se observa una menor duración en la Costa: 13,6 meses, en relación a la Sierra: 18,1 meses.

1.4.4. Alimentación con biberón.

En relación a las características maternas, destacamos la edad, el nivel de estudios y la experiencia materna previa. La edad de la madre se relaciona con el inicio de la lactancia materna, pero sobre todo con el tiempo que está se mantiene. La lactancia materna es más difícil si la edad de la madre es inferior a 20 años (Moreno, 1997).

Ante esto, se debe aclarar que la alimentación mediante biberón con fórmulas alimenticias, es el resultado de la plena decisión de la madre, ya que es cuando la madre en la mayoría de los casos no puede pasar mucho tiempo con el bebé, siendo la única forma el uso del biberón, ya sea con la leche materna o con fórmula que la remplace.

Par Bruch (2000), en Ecuador, la media de la duración de la lactancia materna es de 15,3 meses, siendo menor en la zona urbana, 14,5 meses frente a 17,1 meses en la zona rural. De igual forma, se observa una menor duración en la Costa: 13,6 meses, en relación a la Sierra: 18,1 meses (p.34).

1.4.5. Alimentación complementaria.

Rojas (2013) afirma que la alimentación complementaria es un proceso que existe del hombre en el cual intervienen factores sociales, culturales,

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

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

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

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

1.5. Políticas Y Programas Para La Alimentación De Lactantes Y Niñas Y Niños Pequeños

1.5.1. Política, programa y coordinación nacional.

Para la Coordinación Nacional de Nutrición (2012), afirma que la Organización Mundial de la Salud, en su asamblea 55.1, instó a los países miembros a que, de forma urgente, se implemente la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, la cual se fundamenta en los logros pasados y presentes que, en políticas de lactancia materna y

alimentación infantil, se han alcanzado. Estos son: la implementación del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, aprobado en 1981; la Declaración de Innocenti sobre los Diez Pasos hacia una Lactancia Materna Exitosa, implementada en 1990, la misma que se hizo operativa mediante la Iniciativa Hospital (p.56).

La importancia, se previó que para el 2009 se retomen los instrumentos de política pública, como el Comité Nacional para la Lactancia Materna y la revisión y actualización de leyes y normas nacionales relacionadas, que legislan y regulan su promoción y protección.

Esta política demuestra los avances en este campo, aunque se adolece aún de una política integral que articule los componentes de lactancia materna, alimentación complementaria, así como las estrategias de alimentación en situaciones excepcionalmente difíciles, como emergencias, VIH, orfandad de niños y niñas, desplazados o con discapacidades.

1.5.2. Diez pasos para una lactancia materna exitosa.

Los diez pasos que deben seguir los establecimientos de salud para promover una buena lactancia consisten en:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.

6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupador o chupete artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Amamantar tiene numerosos beneficios. Facilita la formación de un vínculo sólido y saludable entre madre e hijo, y es fundamental para su desarrollo físico, emocional, intelectual y psicomotor. Además, contiene una combinación óptima de grasas, azúcares, proteínas y minerales. La lactancia es muy importante porque le brinda al bebé la protección que necesita para evitar infecciones, lo protege contra alergias, hace que tenga un mayor desarrollo cognitivo, psico-motor, emocional y social, una mejor respuesta a las vacunas, más capacidad de reacción frente a enfermedades, menos problemas dentales, menor riesgo de diabetes y menor incidencia de síndrome de muerte súbita.

1.5.3. Implementación del Código Internacional.

Vite (2012) hacia fines de los años setenta, la baja prevalencia de la lactancia materna en el ámbito mundial reconocida por las altas tasas de destete precoz y el incremento de las infecciones respiratorias y diarreicas entre los menores de cinco años, causaron una reacción de honda preocupación en las instituciones de salud y organizaciones internacionales interesadas en recuperar la práctica de la lactancia materna.

Es entonces cuando, en una reunión conjunta de la OMS y UNICEF, en 1979, se decide la redacción de un código de conducta que frene la comercialización de productos que obstaculizaban la lactancia y fomentaban el destete precoz.

Surge así, la primera política de apoyo a la lactancia materna, con la aprobación en 1981 del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

En Ecuador, en el año 1983, se implementa el primer reglamento concerniente a la comercialización de fórmulas alimenticias para lactantes menores de un año; una de sus principales regulaciones se refiere a la publicidad de estos productos, que sería autorizada por el Ministerio de Salud Pública.

Posteriormente, mediante Acuerdo Ministerial, en el año 1993, se solicita que todas las instituciones públicas y privadas transformen sus prácticas materno-infantiles para que se implementen los diez pasos para una lactancia materna exitosa y establece que las compañías fabricantes de fórmulas para lactantes cumplan con lo estipulado en el código de sucedáneos de leche materna. En ese mismo año, se firma un código de conducta para productores y comercializadores de fórmulas alimentarias para lactantes, entre cuyos principales aportes está exigir a la industria no realizar actividades de promoción, publicidad ni ofertas especiales de fórmulas, así como no entregar, de forma gratuita o a precio reducido, suministros de fórmulas infantiles y sucedáneas de leche materna.

Finalmente, en 1995 y 1999 se aprueba la Ley de Fomento, Apoyo y Protección de la Lactancia Materna y su reglamento, respectivamente. En estos cuerpos legales se establecen la regulación y control de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna y son todos estos instrumentos, vigentes en la actualidad, los que nos proporcionan herramientas para vigilar este código tan importante para regular la promoción de los sucedáneos de la leche materna (p.327).

1.6. Alimentación Niños de 6 a 12 meses: Fase Transicional

Continuar la alimentación a libre demanda, hasta los 24 meses y más allá.

- Introducir los alimentos complementarios a partir de los seis meses de edad.

- Dar de mamar al niño antes de darle cualquier alimento complementario.
- Aumentar las cantidades de alimentos a medida que el niño crece a la vez que se sigue amamantando con frecuencia.
- Suministrar a los lactantes de 6 a 8 meses de edad aproximadamente 280 kcal por día provenientes de alimentos complementarios.
- Suministrar a los lactantes de 9 a 11 meses de edad aproximadamente 450 kcal diarias provenientes de alimentos complementarios.
- Suministrar a los niños de 12 a 24 meses de edad aproximadamente 750 kcal diarias provenientes de alimentos complementarios.
- Aumentar la frecuencia de la alimentación complementaria a medida que el niño crece, utilizando una combinación de comidas y meriendas.
- Suministrar alimentos complementarios a los lactantes de 6 a 8 meses de 2 a 3 veces por día.
- Suministrar alimentos complementarios a los lactantes de 9 a 11 meses de 3 a 4 veces por día.
- Suministrar alimentos complementarios a los lactantes de 12 a 24 meses de 4 a 5 veces por día.
- Aumentar gradualmente el espesor de los alimentos y la variedad a medida que el niño crece, adaptando la alimentación a las necesidades y las habilidades del niño.
- Dar alimentos triturados en puré y semisólidos a los lactantes, a partir de los 6 meses de edad.
- Dar combinaciones de alimentos ricos en energía a los niños de 6 a 11 meses.
- Empezar a dar alimentos que el niño pueda comer por sí solo aproximadamente a los 8 meses.
- Hacer la transición a la dieta familiar hacia los 12 meses de edad.

Además, se debe variar la alimentación, tanto de la madre que está amamantando como del niño, mediante la inclusión de frutas, hortalizas, alimentos enriquecidos y/o productos animales para mejorar la calidad de la misma.

- Dar frutas y vegetales todos los días especialmente los que son
- Ricos en vitamina A y otras vitaminas.
- Dar carne, pollo, pescado u otros productos animales todos los
- Días o tan a menudo como sea posible (si es viable y aceptable).

1.7. Alimentación Niños de 13 a 24 meses: Fase de Adulto modificado

Danza & Dadán (2014) mencionan que la alimentación: los niños manejan los mismos horarios de alimentación que los adultos. Pueden comer casi todos los alimentos, aunque varía la “consistencia”. Cuando el niño consigue con sus dedos hacer el movimiento de pinza, debe fomentarse y promover que “tome” alimentos más sólidos y se los lleve a la boca. Alrededor del año de edad, el niño es capaz de cerrar los labios, apretarlos contra el vaso y tomar líquido del recipiente que otra persona sostiene. Durante el segundo año de vida, los niños ya pueden tomar líquido del recipiente sin necesidad de ayuda.

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

1.8. Alimentación preescolar comprendida entre los 2 a 5 años

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

A esta edad el niño/a se adjunta paulatinamente los horarios de alimentación del resto de la familia. Un niño/a con un buen estado nutritivo, debe tener horarios definitivos. El momento de las comidas debe ser compartido, cada vez

que se pueda, con el resto del grupo familiar, con la máxima frecuencia que permitan las actividades del grupo y las necesidades de alimentación así como el ciclo sueño- vigilia del menor (p.112).

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

1.9. Indicadores de la OMS-UNICEF para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño

Definiciones

Indicadores Básicos

Inicio de la lactancia materna

1. Inicio temprano de la lactancia materna: Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento

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

Niños nacidos en los últimos 24 meses

Lactancia materna exclusiva

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

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

Lactantes de 0 a 5 meses de edad

Lactancia materna continúa

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

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

Niños de 12 a 15 meses de edad

Introducción de alimentos complementarios

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

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

Lactantes de 6 a 8 meses de edad

Diversidad Alimentaria

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

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

Niños de 6 a 23 meses de edad

Frecuencia de comidas

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

Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad

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

Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad

y

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

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

Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad

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

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

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

y

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

Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro:

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

$$\frac{\text{Niños de 6 a 23 meses de edad que durante el día anterior recibieron un alimento rico en hierro, o un alimento} \\ \text{especialmente diseñado para lactantes y niños pequeños y que estaba fortificado con hierro o un alimento que fue} \\ \text{fortificado en el hogar con un producto que incluía hierro}}{\text{Niños de 6 a 23 meses de edad}}$$

Indicadores Opcionales

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

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

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

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

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

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

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

Lactantes de 0 a 5 meses de edad

y

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

Niños de 6 a 23 meses de edad

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

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

Lactantes de 0 a 5 meses de edad

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

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

Alimentación infantil con biberón

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

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

Niños de 0 a 23 meses de edad

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

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

Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad

CAPÍTULO II

Psicomotricidad

2.1. Concepto

Según Rojas (2012) El término motriz hace referencia al movimiento. El término psico designa la actividad psíquica en sus dos componentes: socio afectivo y cognoscitivo.

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

Silva (2007), afirma que la psicomotricidad es una actividad que confiere una significación psicológica al movimiento, en donde cada nueva habilidad se desarrolla a partir de otra menos organizada que permite integrar y coordinar las funciones de la vida psíquica con el movimiento, convirtiéndose en un elemento básico, en el aprendizaje, pues promueve el eficiente proceso cognoscitivo. La psicomotricidad es una actividad que facilita el desarrollo integral del niño.

Al respecto, este término surge en un primer momento como una estrategia que tenía como fin normalizar las conductas posturales inadecuadas del sujeto, es decir, que al principio su función era solamente generalizar aquellas posturas consideradas correctas en torno a las personas.

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

2.1.1. Factores que influyen en el desarrollo Psicomotor.

Linares & Calderón (2008), plantean que los factores del desarrollo psicomotor son aquellos elementos que actúan relacionándose entre sí, se tienen los siguientes factores.

Factores biológicos. Son los factores donde hay una gran carga genética, presentándose una maduración nerviosa. Dentro de este aspecto nos referiremos al sistema nervioso como aspecto importante para tener en cuenta en el desarrollo psicomotor y que hoy en día es tratado por la neurociencia

Factores ambientales o psicosociales. Son agentes donde el ser humano se relaciona con el mundo de los seres y objetos. Estos factores se dividen en primer lugar en estimulación que condiciona variaciones de lo normal y también causa alteraciones del desarrollo, el desarrollo específico de un niño está determinado por factores culturales que generan mayor estímulo en ciertos aspectos; en segundo lugar está la afectividad y el vínculo estos son imputables en el desarrollo equilibrado, en sus aspectos emocionales, sociales y laborales; en tercer lugar están las normas de crianza donde se desarrolla hábitos, interacción con cada miembro de la familia, grado de independencia y autonomía y en cuarto lugar se considera las condiciones socioeconómicas y culturales que determinan en el niño modelos conductuales específicos, valores sociales y religiosos, determina así oportunidades de educación, estimulación y valores (p.23).

Mientras que Franco (2009) afirma que los factores que influyen en la psicomotricidad son:

- **Percepción sensoriomotriz:** El movimiento está altamente relacionado con el desarrollo del pensamiento, por esto es importante permitirle al niño que tenga experiencias que favorezcan su agudeza perceptual, específicamente la percepción visual, táctil y auditiva.

- **Esquema corporal:** Esta noción es indispensable para la estructuración de la personalidad. El niño vive su cuerpo en el momento en que se pueda identificar con él, expresarse a través de éste y utilizarlo como medio de contacto y expresión. Esta noción se trabaja a través de:
 - Imitación.
 - Exploración.
 - Nociones corporales.
 - Utilización del cuerpo.

- **Lateralidad:** Es el conjunto de predominancias laterales a nivel de los ojos, manos y pies. En esta se trabaja:
 - Diferenciación global.
 - Orientación del propio cuerpo.
 - Orientación corporal proyectada.

- **Espacio:** La estructuración de la noción de espacio en el niño tiene su punto de partida en el movimiento, esto implica desarrollar:
 - La adaptación espacial.
 - Nociones espaciales.
 - Orientación espacial.
 - Estructuración espacial.
 - Espacio gráfico.

- **Tiempo y ritmo:** Esta noción también se elabora a través del movimiento, ya que por su automatización introduce cierto orden temporal debido a la contracción muscular. Esta incluye:
 - Regularización.
 - Adaptación a un ritmo.
 - repetición de un ritmo.
 - Nociones temporales.
 - Orientación temporal.

- **Motricidad:** Es otro de los componentes de la psicomotricidad y es la capacidad del hombre y los animales de generar movimiento por sí

mismos; se refiere al dominio del cuerpo, el cual es el intermediario entre el sujeto y el medio que lo rodea.

Consecuentemente, la estimulación temprana aplicada en forma sistémica y secuencial se emplea con el objetivo de desarrollar al máximo capacidades cognitivas, físicas, psíquicas y permite también evitar alteraciones en el desarrollo, así ayuda a los padres en el cuidado y desarrollo del niño con eficacia y autonomía.

2.1.2. Importancia De La Psicomotricidad.

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

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

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

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

- A nivel motor, le permitirá al niño dominar su movimiento corporal.

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

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

2.1.3. Clasificación de la Psicomotricidad.

Bucher (2008) la psicomotricidad sería el estudio de los diferentes elementos que requieren datos perceptivos-motrices en el terreno de la representación simbólica, pasando por toda la organización corporal tanto a nivel práctico como esquemático así como la integración progresiva de las coordenadas temporales y espaciales de la actividad Psicomotricidad en preescolar (p.96).

Es decir que la psicomotricidad, no es más que una actividad corporal, que apunta la atomización de las potenciales intelectuales, afectivos y sociales del ser humano, dando esto seguridad, equilibrio y desenvolvimiento personal, familiar y social.

Según Comellas y perpinya (2003) la Psicomotricidad se clasifica en: Motricidad Gruesa, Motricidad Fina y Corporal (p.34)

La psicomotricidad dentro de todo lo que se refiere, se la divide en tres partes para que se pueda dar un mejor estudio y para facilitar el trabajo de todos los que buscamos que tanto los niños como las niñas puedan ser bien estimulados.

2.1.3.1. Motricidad Gruesa.

Comellas&Carbo (2011) afirma que la psicomotricidad gruesa a su vez se subdivide en dos grupos: dominio corporal dinámico y en dominio corporal estético. Es importante tener en cuenta esta subdivisión porque para que se dé un buen desarrollo tenemos que considerar que existen algunos factores que ayudaran directa o indirectamente en el empleo de las habilidades y en la realización de actividades físicas.

Dominio Corporal Dinámico: Coordinación General.

Equilibrio.

Ritmo Coordinación viso - motora.

Dominio Corporal Estético: Tonicidad.

Autocontrol.

Respiración.

Relajación.

La motricidad gruesa es de suma importancia en el desarrollo general de todo ser humano, puesto que a lo largo de su etapa inicial de niño, se genera la mayor parte de actividades familiares y sociales, en donde los aprendizajes son en lo general acciones grandes de grupos musculares y posturales.

Es la motricidad general del cuerpo, que se desarrolla en movimientos y que es posible efectuarla en espacios amplios o abiertos, donde pueden intervenir marcadamente los varazos y las piernas mediante actividades como la carrera, el salto, los lanzamientos, o la carga de los objetos de diversos pesos en desplazamientos considerables. Esta clase de movimientos constituye la base para el desarrollo de los otros que requieren mayor precisión o alto grado de complejidad (Pazcual, 2012).

De tal manera que el desarrollo motor del infante se origina inicialmente de la maduración física, el desarrollo esquelético y neomuscular, siendo los logros alcanzados por las habilidades motoras de mayor dominio del cuerpo y el

entorno, los mismos que influyen en las relaciones sociales, las expresiones de afecto y juego.

2.1.3.2. Motricidad Fina.

Berruezo (2006) define el proceso como: El control de las destrezas motoras finas en el niño es un proceso de desarrollo y se toma como un acontecimiento importante para evaluar su edad de desarrollo. Las destrezas de la motricidad fina se desarrollan a través del tiempo, de la experiencia y del conocimiento y requieren inteligencia normal (de manera tal que se pueda planear y ejecutar una tarea), fuerza muscular, coordinación y sensibilidad normal. (p.15)

Siendo la motricidad fina, la que comprende actividades de precisión y de coordinación, siendo el origen del desarrollo motriz de las manos y dedos, la misma que coadyuva a la capacidad motora de la manipulación de objetos, creación de figuras y formas.

Comellas (2009) considera que: La motricidad fina implica un nivel elevado de maduración y un aprendizaje largo para la adquisición plena de cada uno de sus aspectos, ya que hay diferentes niveles de dificultad y precisión psicomotricidad en pre-escolar. (p.44)

Mientras que este autor, considera que la motricidad fina se refiere a la motricidad de la pinza y con esto la habilidad de las manos y dedos, siendo esta etapa inicial desde el año y medio de edad, consiguiendo grandes resultados si se practica y desarrolla en los primeros años de vida y generando resultados a lo largo de su existencia.

2.1.3.3. Esquema Corporal.

Ballesteros (2002) menciona que este conocimiento del propio cuerpo supone para la persona un proceso que se irá desarrollando a lo largo del crecimiento.

El concepto de esquema corporal en cada individuo va a venir determinado por el conocimiento que se tenga del propio cuerpo. (p.24)

La representación del esquema corporal trata del cuerpo humanos y sus partes, además de sus movimientos y su imagen mental y visual que tenemos del mismo, ya sea esto de forma estática o dinámica.

De acuerdo a Gómez (2003) el esquema corporal, es una configuración intuitiva que se estructura a lo largo de toda la evolución, a partir de las relaciones entre el sujeto y el mundo. A medida que se desarrolla las principales nociones del pensamiento, se va adquiriendo el conocimiento corporal (p.69).

El esquema corporal constituye la experiencia con nuestro cuerpo, en cuanto a nuestra imagen, siendo nuestros errores, cambios, ajustes y nuevos elementos lo que genera un cambio y visualización diferente, lo cual trae consigo una maduración física.

2.2. Desarrollo Afectivo y Social

Al respecto Rodríguez (2005) se relaciona con el proceso mediante el cual el niño aprende a comportarse dentro del grupo familiar, de amigos, de compañeros de escuela; y las etapas afectivas por las que va pasando desde que nace, cuando es por completo dependiente de los otros, hasta que logra adquirir un alto grado de independencia, la misma que le permitirá tomar ciertas decisiones, saber cuál es su nombre, su género, lo que siente, lo que es bueno para él y los demás, reconocer sus derechos, sus obligaciones y desarrollar el sentido del deber hacia el grupo (p.152).

De tal manera que el niño se siente seguro de la confianza, el afecto y comprensión de su grupo social (familia- escuela), donde se puede relacionar mediante el juego, lo que sienta bases seguras de desarrollo pleno, como ente social.

Ocaña (2011) afirma que el ser humano, es un ser social, desde que nace se relaciona con otros seres de su especie y, a través de las interacciones que se establece con ellos, va a ir integrándose progresivamente en los distintos contextos sociales de los que forma parte.

Se considera un área del proceso evolutivo y, como tal, debe ser objeto de estudio o intervención educativa para conseguir el desarrollo armónico y global del niño.

Se encuentra íntimamente ligado al resto de los ámbitos. Las relaciones sociales que el niño establece condicionan su mundo afectivo, el concepto de sí mismo; su aprendizaje, su conducta, sus formas de comunicación, etc. Al mismo tiempo, su progreso social depende de la evolución cognitiva, motora, del lenguaje, etc. (p.225).

El desarrollo afecto- social del niño, se lo puede palpar principalmente en su relación con los demás, pero mediante el juego que permite la interacción permanente entre el niño y el ambiente que lo rodea, tiene como base a la comunidad, porque se enmarca en un proceso participativo que lleva hacia la integración, expresada en la creación grupal, por lo que tiene sus primeras interacciones con su comunidad o ámbito social.

2.2.1. Afectividad.

Por su parte Pérez, Saboya&Moreno (2003) afirman que la capacidad que va adquiriendo el niño o niña para estar solo, y esto depende de que haya podido establecer e interiorizar un vínculo afectivo con la persona que lo cuida; en consecuencia el niño/ niña es capaz de estar solo físicamente porque la sensación interna de protección y amor transmitida por la constancia de sus cuidadores, hace que se sienta psíquicamente acompañado (p.532).

Para tal efecto las relaciones socio- afectivas del niño son la base de proceso de desarrollo de los infantes, quienes se ven reflejadas en el juego.

Esto depende de los factores de familia, maestros y del entorno que le rodea, lo que permite desarrollar su inteligencia emocional, su carácter, voluntad y su personalidad en general.

Ordóñez & Tinajero (2008) mencionan que el niño y la niña construyen su personalidad y autoestima a través de un proceso constante de interacción, con sus padres y demás personas más cercanas. La variedad de estímulos y la calidad de interacciones, especialmente con papá y mamá, promoverán el desarrollo de un niño inteligente y feliz (p.53).

Por lo que es fundamental, que el niño tenga múltiples experiencias de tipo emocional, de relaciones socio-afectivas de vida durante los primeros años, favoreciendo al desarrollo de su autonomía, por ende la formación de los rasgos de su personalidad, así como expresar sentimientos positivos y negativos, aprendiendo a manejar los mismos.

2.2.2. Social.

De acuerdo a López (2008) en la familia, cada niño va construyendo la base de sus valores culturales a través de diferentes experiencias y apreciaciones: qué interés tiene, que juegos le regalan, como organiza su día, que lugares conoce, con quien tiene más afinidad, etc. No obstante, esta construcción es única y, aun compartiendo todos los círculos anteriores, se espera que existan diferencias entre dos niños, como puede apreciarse, por ejemplo, entre los hermanos.

Según los grupos de pertenencia, cada individuo aprende maneras o modos de comportarse: dentro de su familia, al pertenecer a un grupo de iguales, a una comunidad y a cierta región (p.36).

Cabe mencionar que la familia constituye el lugar inicial de desarrollo social del niño, además de ser su primer centro educativo, siendo de esta manera su repercusión preponderante, ya que su estructura y evolución socio-familiar permite desarrollar experiencias de formación y educación del infante.

Al respecto Ocaña (2011) determina que durante la primera infancia si el niño vive en un núcleo familiar sano, no necesita ningún otro agente socializador para seguir un correcto desarrollo de su ámbito social. Hasta dos años, las únicas interacciones necesarias son aquellas que establece con los adultos de referencia. Pero en la actualidad el niño, por diversas razones de índole socioeconómico, se incorpora a otros contextos de socialización a edades cada vez más tempranas. El ingreso a la escuela supone para el niño enfrentarse a un nuevo núcleo de socialización (p.51).

Con referencia a esta cita, el desarrollo social, inicia con el proceso del niño en su aprendizaje de su comportamiento dentro del núcleo familiar, de amigos, de compañeros de escuela; y las etapas afectivas por las que va pasando desde que nace y desarrollar el sentido de pertenencia a un grupo social.

2.3. Características Evolutivas de 0 – 3 años

2.3.1. Niños y niñas de 0 a 6 meses.

Guzmán (2003) afirma que la dependencia completa de la actividad refleja, en especial la succión. Hacia los tres o cuatro meses se inician los movimientos voluntarios debido a estímulos externos (p.22).

El desarrollo de los niños/as en cuanto a sus primeros días de vida, siguen patrones de comportamiento y sensaciones totalmente desconocidos, ya que dedican casi la totalidad de su tiempo en alimentarse y dormir, además de que poseen la conducta dependiente a sus padres en especial a su madre, por lo que es necesario brindarle confianza y seguridad.

Según Mendoza (2014) al nacer, los niños no pueden controlar los movimientos de su cuerpo. La mayoría de sus movimientos son por reflejos. Durante los primeros meses, los niños pueden ver claramente aquellos objetos que se encuentran aproximadamente 10 pulgadas de su vista.

Al os cuatro meses, la mayoría de los niños tienen algún control sobre sus músculos y su sistema nervioso. Mientras que a los cinco meses, la mayoría de los niños pueden darse vuelta por sí solos. A los seis meses, su visión es más desarrollada. Pueden sentarse con ayuda y mantener la cabeza erguida por periodos cortos de tiempo y pueden darse vuelta y descansar sobre su estómago.

2.3.2. Niños y niñas de 6 meses a 1 año.

Mientras que Ponce (2009) menciona que se caracteriza por la organización de las nuevas posibilidades del movimiento. Se observa una movilidad más grande que se integra con la elaboración del espacio y del tiempo. Esta organización sigue estrechamente ligada con la del tono muscular y la maduración propia del proceso de crecimiento, la cual se enriquece continuamente debido al feedback (retroalimentación) propio del desarrollo cognitivo. Cerca del año, algunos niños caminan con ayuda (p.43).

Entorno al desarrollo de los niños de 6 meses a un año, existen los indicadores de desarrollo, los mismos que a esta edad aprenden a enfocar su vista a que alcanzar, explorar sobre las cosas

Por otra parte Mendoza (2014) afirma que dentro de su desarrollo físico los niños de esta edad empiezan a comer y dormir con un horario regular, comen tres veces al día y toman leche de sus biberones a diferentes horas, a esta edad ya deben sentarse sin ayuda, gatean con el estómago rozando el piso y levantan su cuerpo sosteniéndose con sus manos y rodillas. Mientras que a los ocho meses pueden alcanzar y sostener objetos con las manos, pudiendo tirar cosas.

Sobre las características de los niños de esta edad, se puede mencionar que los primeros años de vida, el desarrollo del cerebro es determinante, así como la formación de los dientes, huesos, músculos y tejidos.

2.3.3. Niños y Niñas de 2 a 3 años.

Así mismo Guzmán (2003) Alrededor del año y medio el niño anda solo y puede subir escalones con ayuda. Su curiosidad le hace tocar todo y se puede sentar en una silla, agacharse, etc... A los 3 años el niño corre y puede saltar con los dos pies juntos. Se pone en cuclillas, sube y baja las escaleras sintiendo el apoyo de la pared. Se consolida lo adquirido hasta el momento, se corre sin problemas, se suben y bajan escaleras sin ayuda ni apoyos, pueden ir de puntillas andando sobre las mismas sin problemas (p.45).

En este periodo de edad los niños utilizan adecuadamente sus sentidos, entienden y asimilan la información visual y auditiva. Cabe mencionar que aquí ya tienen destrezas físicas, se pone de pie y camina solo, siendo además su capacidad mental una de las más importantes, consiguiendo con esto tener ya un lenguaje oral que le permite comunicarse con los demás.

Según Rodríguez & Viteri (2010) menciona que comparándolo al niño/a de cuatro años, el de cinco se muestra más maduro, dueño de sí mismo, sociable activo e inquieto. Puede alejarse más tiempo de su familia, lo cual le beneficiará el ir al jardín de infantes u otra unidad o modelo de atención preescolar. Es de vital importancia reconocer e identificar en el niño/a su forma de comportarse y adaptarse al medio social en el que se está desarrollando tomando en cuenta las diferencias individuales y preferencias por tal o cual amistad ya que mostrara un poco de egocentrismo en su forma de actuar, no querrá compartir ni prestar sus materiales de trabajo aduciendo ser el dueño de los mismos puesto que está pasando por la etapa del yo y el mío (p.9).

De acuerdo a esto los niños a esta edad poseen un dominio mayor de la coordinación fina, realiza representaciones más complejas, concretas y semejantes a las acciones que observa, así mismo tiene nociones o inicios de concentración y atención.

2.4. El Test de Denver

Según Frankenburg&Dodds(1992) este test se creó con el objetivo de detectar alteraciones precozmente en el desarrollo a través del seguimiento de los niños. El test Denver fue utilizado por muchos años en varios países del mundo. En su primera versión, se empleaba la evaluación de niños de 0 hasta 3 años de edad. La revisión de la prueba de Denver que pasó a denominarse Test de Denver II utilizada hasta el días de hoy, fue aplicada en 2000 niños, considerando aspectos como el género, la etnia y el nivel socioeconómico culminando en una prueba con 125 ítems de valoración (p.67).

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

2.4.1. Fundamentos científicos.

Según Burga (2011) El test de Denver o El Examen del Desarrollo Infantil de la Población conocido como EDIP, proporciona información eficaz sobre el desarrollo de la psicomotricidad del niño durante los primeros 6 años de vida. El Test de Denver es una herramienta para valorar el estado de evolución del niño en cuatro categorías principales:

- a) Área Personal Social: Evalúa tareas que reflejan la habilidad del niño para contactarse con otras personas y el cuidado de sí mismo.
- b) Motricidad Fina Adaptativa: Evalúa tareas que reflejan la habilidad del niño para ver y usar sus manos coordinadamente en coger objetos, manipularlos, etc.
- c) Área de Lenguaje: Evalúa tareas que dan cuenta de la habilidad para escuchar y comunicarse a través del habla.

d) Área de Motricidad Gruesa: Evalúa tareas que reflejan la habilidad del niño en la coordinación de los grandes segmentos corporales, brazos, piernas y tronco (p.50).

Este test, se presenta como una herramienta de gran importancia para recabar datos para observar si el desarrollo del niño es normal o está dentro de los límites de su edad.

Ante esto el test presenta deficiencias al ser ejecutado cuando existen dos o más falencias o fallas o no se lo puede realizar por rechazo a la evaluación, es decir que la actividad o alcance no genera un resultado en el 90% del niño.

2.4.2. Caracterización del Test de Denver.

Su objetivo es establecer diferentes modos de analizar los protocolos del Denver producidos por niños para evaluar la madurez perceptiva, posible deterioro neurológico, y ajuste emocional en base a un solo protocolo (Pozo, 2004).

Entre las principales características tenemos:

- a) Es una prueba para niños/as de 0-6 años.
- b) Es un método de simple aplicación.
- c) Permite conocer la concordancia entre la edad cronológica y el desarrollo adquirido por el niño/a.
- d) Está constituida por 105 actividades.
- e) Las actividades están organizadas en cuatro áreas.

2.4.3. Aplicaciones.

El Test de Denver, EDIP o Escala de Denver es aplicable entre los 0 a 6 años, su mayor utilidad se obtiene a los 2 – 3 años.

Nos planteamos la siguiente pregunta **¿La prueba debe aplicarse a todos los niños?** Para Bueso (2008) NO, la prueba debe administrarse a aquellos niños

que presenten fallos o prevenciones en un “pretest”, el “Denver II PrescreeningDevelopmentalQuestionnaire” (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.

2.4.4. Normas de corrección e interpretación.

Según Ortiz, Santamaría, Cardenal & Sánchez (2011), 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 convierte en una NO porque hay que evaluar en la siguiente visita (p.115).

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.

CAPITULO III

Desarrollo Psicomotor y Alimentación

3.1. Importancia

Tejedor (1992) afirma que la lactancia materna para la alimentación del niño, desde su nacimiento, ha representado a lo largo de generaciones el hecho fundamental para la supervivencia de la especie humana. Así, el sobrevivir después del nacimiento dependía con exclusividad de la leche materna, ya que el niño no era capaz de tolerar de forma adecuada la leche de ningún animal doméstico, hasta que, a comienzos de nuestro siglo, empezaron a desarrollarse métodos de tratamiento de la leche de vaca, que la han ido haciendo asimilable al recién nacido (p.6)

La dieta materna se correlacionó con varias pruebas de Brazelton en el recién nacido, en particular con la habituación (reactividad e inhibición), con el mayor consumo energético y de alimentos de origen animal (como porcentaje de calorías) y varios micronutrientes como ácido ascórbico, niacina, riboflavina y hierro.

Mientras que Dogdale (1986) considera que las pruebas de Bayley, sobre todo a los seis meses, se correlacionan en forma importante con el consumo materno, durante el embarazo, de alimentos de origen animal y negativamente con el consumo de tortilla y frijol, lo mismo que con el consumo de fuentes totales de fitatos, oxalatos y fibra en general. La relación inversa entre el consumo de tortilla y de frijol por parte de la madre con la capacidad de los niños para pasar las pruebas de Bayley ($r = -0.24$ y -0.22 , respectivamente) es constante pero de un bajo nivel de significancia (0.1). Por otro lado, existe una relación directa importante con consumo de frutas ($r = 0.31$, $p < 0.05$) (p.342).

La dieta materna durante la lactancia también presenta correlaciones semejantes, pero es claro que los hábitos dietéticos del embarazo tienden a persistir durante la lactancia. En los aspectos de interacción materno-infantil también hubo correlación entre la dieta materna durante el embarazo y varios

comportamientos, sobre todo entre consumo proteico, de grasa, de energía total, alimentos de origen animal y frutas por parte de la madre, con el niño más activo, que ve a la madre y se sonrío. Por el contrario, el consumo de pulque, de tortilla y de fibra son los mayores factores de predicción de comportamiento deficiente del niño.

Cuadro IV
CORRELACIONES DE SPEARMAN ENTRE ALIMENTACIÓN MATERNO-INFANTIL Y PRUEBAS DE DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO

Consumo durante el embarazo	Brazelton (al nacer) (r)	Bayley (a los seis meses) (r)	Interacción materno-infantil (r)	Consumo suplementario alrededor de los tres meses	Bayley (a los seis meses)	Interacción materno-infantil a los seis meses (r)
Energía total	+0.23*	-	+0.30 [‡]	Energía	+0.22 [‡]	+0.30 [‡]
Alimentos de origen animal	+0.37 [‡]	+0.18*	+0.21*			
Frutas	-0.10	+0.31 [‡]	-	Leche	+0.21*	+0.27 [‡]
Acido ascórbico	+0.23*	+0.53 [‡]	+0.31 [‡]			
Niacina	+0.30 [‡]	+0.29 [‡]	-0.20*	Huevo	+0.24 [‡]	+0.24*
Hierro	+0.34 [‡]	+0.23*	+0.19*	Fruta	+0.19*	+0.19*
Pulque	+0.45 [‡]	-0.10	-0.30 [‡]			
Tortilla de maíz	-0.16	-0.21*	-0.16	Papa, pasta/pan	+0.30 [‡]	+0.20*
Frijol	-	-0.22*	-0.10	Azúcar	+0.23 [‡]	+0.26 [‡]
Fibra	-0.48 [‡]	-0.18*	-0.27 [‡]	Maíz (atole)	+0.31 [‡]	+0.36 [‡]
Fitato/zinc	-0.40 [‡]	-0.23*	-0.21*			

* significativo > 0.1
‡ significativo > 0.05

3.2. Alimentación suplementaria del niño y sus propias pruebas psicomotoras

Uchua (2005) considera que hay que destacar que la introducción de la alimentación complementaria se va a ver influenciada por factores culturales, psicosociales e históricos, estando relacionada con los hábitos alimenticios y el status sociocultural del conjunto de la población (p.37).

En el momento actual parece que hay unanimidad entre distintos organismos internacionales y autores, en que, aun cuando el lactante es capaz de tolerar alimentos distintos a la leche humana o fórmula láctea en edades tempranas, no hay datos concluyentes de que esto le reporte claros beneficios

Mientras que Moran (2000), afirma que sin lugar a dudas, la alimentación suplementaria alrededor de los tres meses se relacionó en forma muy positiva con mejores resultados del Bayley a los seis meses. Un mayor consumo de

energía suplementaria dio lugar a mejores resultados en las pruebas mentales ($r= 0.22$, $p< 0.05$), mejor reactividad y capacidad de dirigir acciones ($r= 0.30$, $p< 0.05$) y un mejor tono emocional. Todos los alimentos consumidos, incluyendo el azúcar, se asociaron con mejores resultados motores ($r= 0.23$, $p< 0.05$) y de comportamiento ($r= 0.35$, $p< 0.05$), incluyendo el tono emocional ($r= 0.25$, $p< 0.05$). El atole se asoció con mejores pruebas, no sólo motoras sino también mentales, lo mismo que otros alimentos poco usados como papa, plátano, pasta, pan y galletas (p.89)

En el momento actual parece que hay unanimidad entre distintos organismos internacionales y autores, en que, aun cuando el lactante es capaz de tolerar alimentos distintos a la leche humana o fórmula láctea en edades tempranas, no hay datos concluyentes de que esto le reporte claros beneficios. Cuando se administraron alimentos de origen animal, huevo o leche, así como fruta, a los niños entre los tres y seis meses de edad, se encontraron muy altas correlaciones con las pruebas psicomotoras y de interacción. También la alimentación suplementaria durante ese segundo trimestre dio resultados positivos con alimentos poco consumidos como pasta, papa, pan y galletas.

5) MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo transversal, correlacional.

ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el parroquia Vilcabamba ubicada en la parte Sur Oriental del cantón Loja aproximadamente a 39 kilómetros de la cabecera cantonal; en 118 niños/as de 0 a 36 meses de dos centros del programa Creciendo con nuestros Hijos (CNH), teniendo en cuenta que es una modalidad de atención alternativa, cuyo objetivo principal es alcanzar el desarrollo infantil integral. Educadoras y educadores familiares visitan a los padres para capacitarlos y promover el desarrollo de sus hijas e hijos en cada etapa del crecimiento. Para ello, utilizan tres estrategias: atención individual, atención grupal, participación familiar y comunitaria.

UNIVERSO

Niños de 0 a 36 meses inscritos en los CNH de la parroquia Vilcabamba perteneciente al cantón Loja, que son en número de 118; de los cuales 65 son niños y 53 niñas; distribuidos en 2 CNH con un promedio de 58 y 60 por cada uno de ellos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los niños inscritos en los CNH que asistieron normalmente a recibir atención

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños con alguna discapacidad física

Niños cuyas madres no deseen ingresar en el estudio y no asistieron.

TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Previa la recolección de la información se procedió a solicitar la autorización al MIES, para la organización con las coordinadoras del programa Creciendo con

Nuestros Hijos, y luego con las madres de los niños quienes firmaron el consentimiento informado.

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

De la misma forma se aplicó el test de Denver que evalúa el desarrollo psicomotor, aplicable en niños de 0 a 6 años, su mayor utilidad se obtiene a los 2-3 años. Este test se creó con el objetivo de detectar alteraciones precozmente en el desarrollo a través del seguimiento de los niños, además es una herramienta para valorar el estado de evolución del niño en cuatro categorías principales:

- a) Área Personal Social: Evalúa tareas que reflejan la habilidad del niño para contactarse con otras personas y el cuidado de sí mismo.
- b) Motricidad Fina Adaptativa: Evalúa tareas que reflejan la habilidad del niño para ver y usar sus manos coordinadamente en coger objetos, manipularlos, etc.
- c) Área de Lenguaje: Evalúa tareas que dan cuenta de la habilidad para escuchar y comunicarse a través del habla.
- d) Área de Motricidad Gruesa: Evalúa tareas que reflejan la habilidad del niño en la coordinación de los grandes segmentos corporales, brazos, piernas y tronco.

Tabulación y Análisis de los datos

La información recolectada se tabuló, utilizando el programa Excel cuyos resultados son presentados en tablas y gráficas con el análisis estadístico y comparativo.

6) RESULTADOS

TABLA N° 1

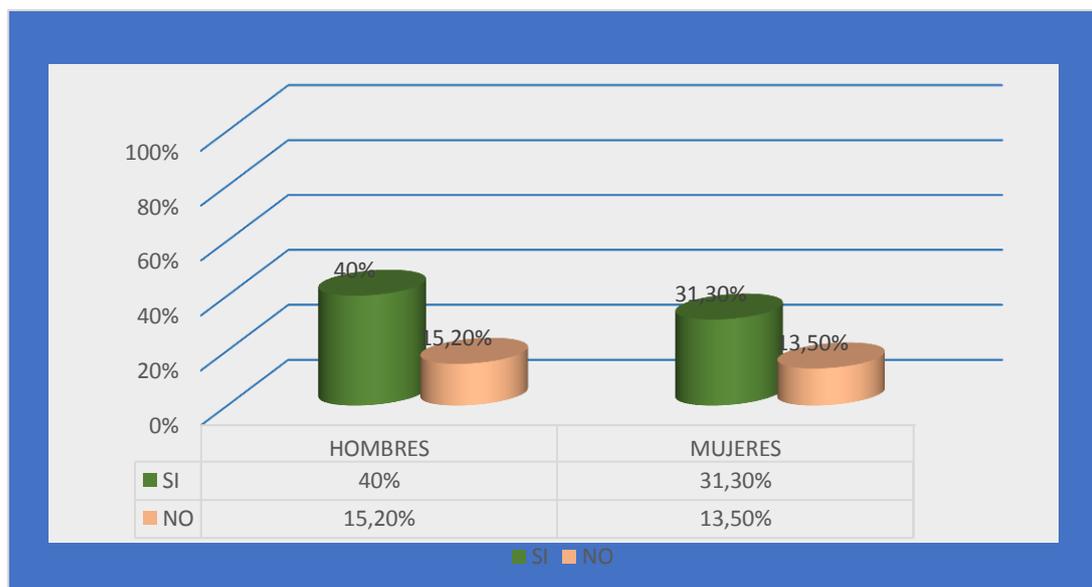
INICIO TEMPRANO DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE LOS CNH VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

Inicio de lactancia materna en la primera hora	SEXO				TOTAL	PORCENTAJE
	Hombres	%	Mujeres	%		
SI	47	40%	37	31.3%	84	71.18%
NO	18	15.2%	16	13.5%	34	28.8%
TOTAL					118	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO N° 1



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en la presente tabla se evidencia que del total de los niños/as el 71.18% inicio en la primera hora tras el nacimiento; mientras que el 28.8% de ellos su lactancia se dio después de la hora de nacimiento.

TABLA Nº 2

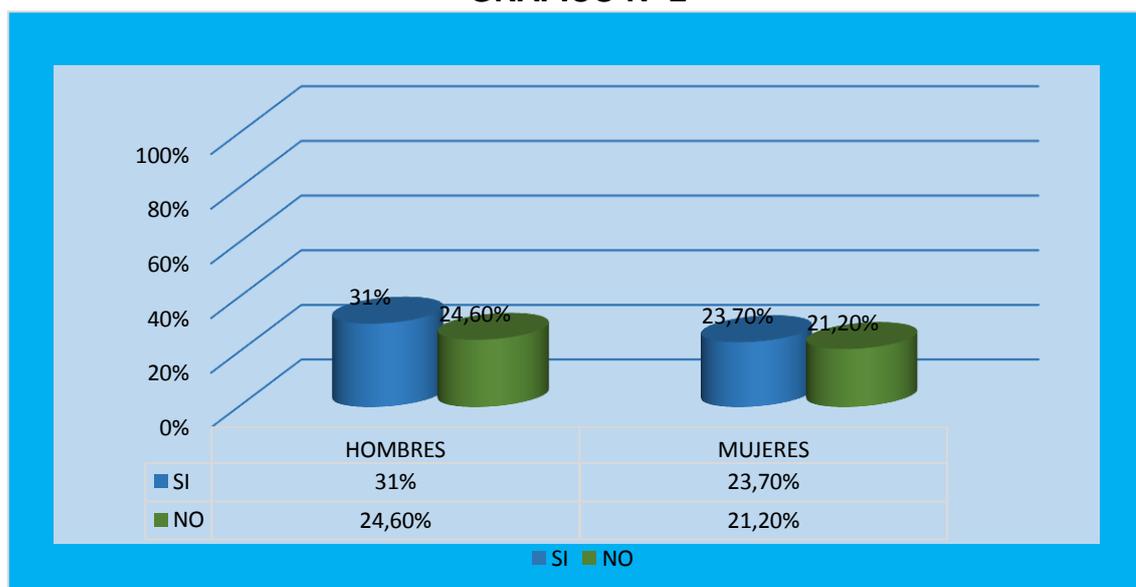
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE LOS CNH VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

Niños que han recibido lactancia materna exclusiva	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombres	%	Mujeres	%		
SI	36	30.5%	28	23.7%	64	54.2%
NO	29	24.6%	25	21.2%	54	45.8%
TOTAL					118	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO Nº 2



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en el presente cuadro se observa, que de los niños/as el 54.2% recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, mientras que el 45.8% no reciben lactancia exclusiva.

TABLA Nº 3

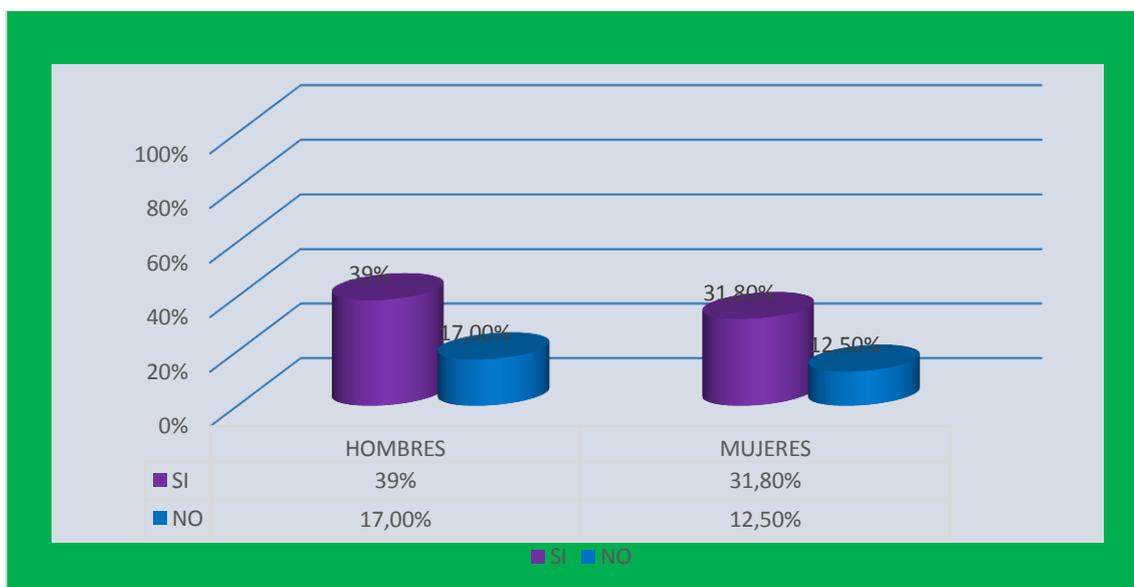
LACTANCIA MATERNA CONTÍNUA HASTA LOS 18 MESES DE EDAD EN LOS NIÑOS DE LOS CNHVILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

NIÑOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA CONTINUA HASTA LOS 18 MESES	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
SI	34	38.7%	28	31.8%	62	70.5%
NO	15	17%	11	12.5%	26	29.5%
TOTAL					88	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Luz Morocho Guamán

GRÁFICO Nº 3



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en la tabla se evidencia que el 70.5% de los niños/as comprendidos entre la edad de 12 a 36 meses recibieron lactancia hasta los 18 meses, mientras que el 29.5% no lo recibieron, en proporciones similares para ambos sexos.

TABLA N° 4

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE LOS CNH DE VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

Alimentación complementaria oportuna	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombre	%	Mujer	%		
Si	61	56%	48	44%	109	100%
No	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL					109	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.
Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO N° 4



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.
Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en la presente tabla se verifica que de los niños/as de 6 a 36 meses, el 100% de ellos tuvo una adecuada introducción de alimentos.

TABLA Nº 5

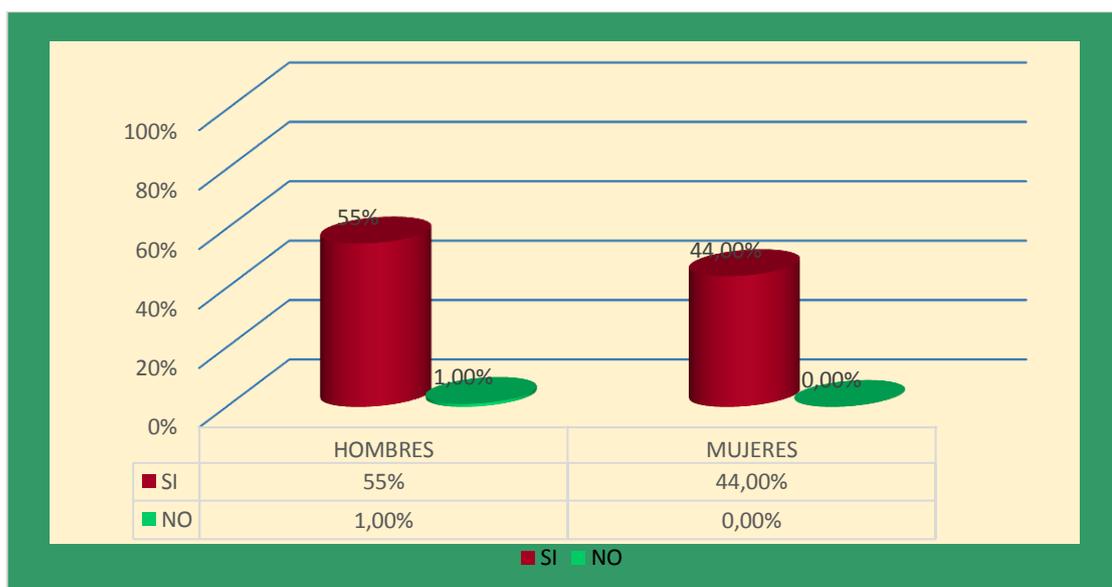
DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA EN NIÑOS 6 A 36 MESES DE LOS CNHDE VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

Niños que recibieron cuatro o más grupos de alimentos	SEXO				Total	Porcentaje
	Hombres	%	Mujeres	%		
SI	60	55%	48	44%	108	99%
NO	1	1%	0	0%	1	1%
TOTAL					109	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO Nº 5



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en el presente cuadro se muestra la diversidad alimentaria mínima en niños/as de 6 a 36 meses, en donde se puede verificar que el 99% recibieron cuatro o más grupos de alimentos, mientras que tan solo el 1% no consumió cuatro o más grupos alimentarios.

TABLA N° 6

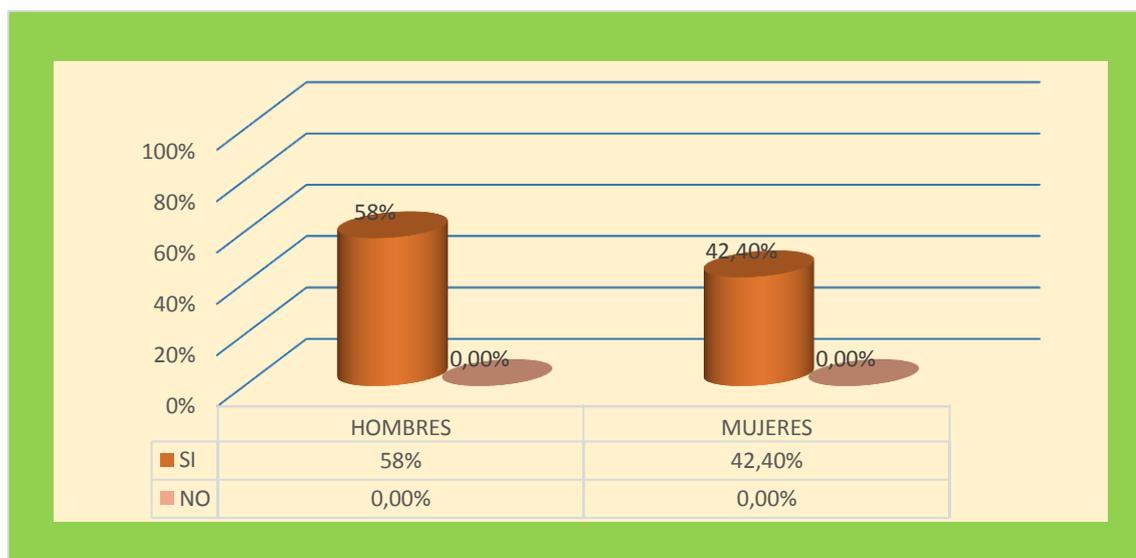
FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS AMAMANTADOS DE 6 A 36 MESES DE LOS CNHDE VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

Frecuencia mínima de comidas en niños amamantados	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombres	%	Mujeres	%		
Si	34	57.6%	25	42.4%	59	100%
No	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL					59	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO N° 6



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: se verifica en el presente cuadro que el 100% de los niñas/os amamantados, presentaron una frecuencia de comidas adecuado teniendo en cuenta que la misma quees de dos veces o más en el día.

TABLA Nº 7

FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS NO AMAMANTADOS DE LOS CNHDE VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

Frecuencia mínima de comidas en niños no amamantados	Sexo				Total	Porcentaje
	Hombres	%	Mujeres	%		
SI	27	54%	23	46%	50	100%
NO	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL					50	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO Nº 7



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est Luz Morocho Guamán

Análisis: en la presente tabla se evidencia que en niños/as que no fueron amamantados el 100% de ellos, presentó una adecuada frecuencia de comidas es decir cuatro veces o más en el día.

TABLA N° 8

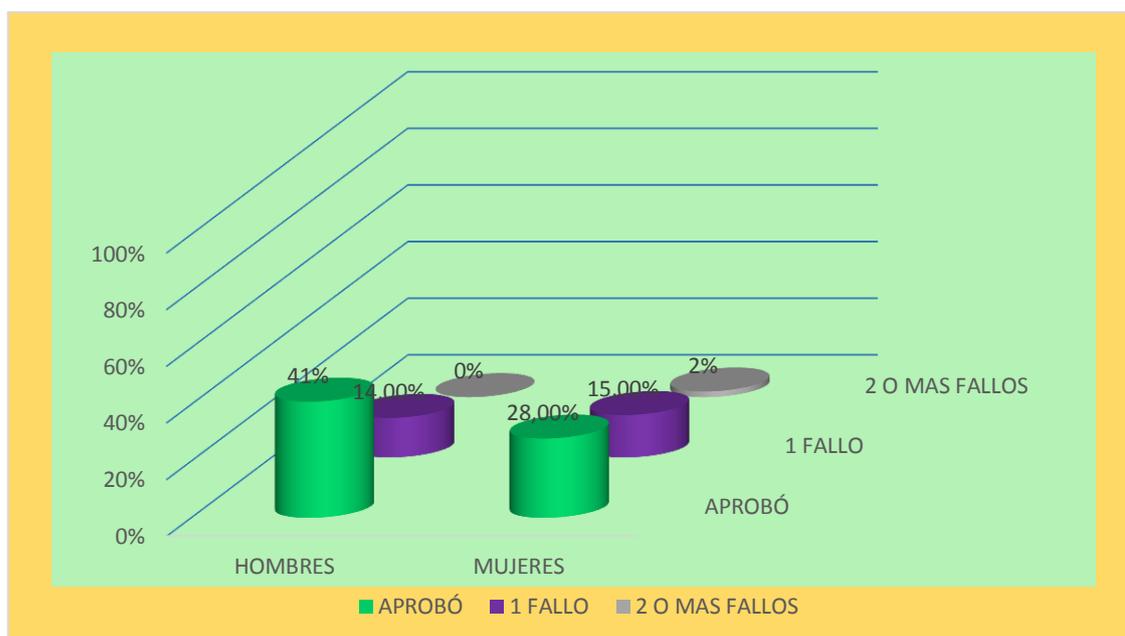
RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA MOTORA DE LOS CNHDE VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

AREA MOTORA	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Aprobó	48	41%	33	28%	81	68%
1 FALLO	17	14%	18	15%	35	30%
2 O MÁS FALLOS	0	0%	2	2%	2	2%
TOTAL					118	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Ets. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO N° 8



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Ets. Luz Morocho Guamán

Análisis: en el cuadro se puede apreciar que el 68% de niños/as aprobaron el área motora del test de Denver, de ellos el 41% del sexo masculino, mientras que el 30% presentó 1 fallo, y el 2% presentó 2 o más fallos recalcando que fueron del sexo femenino.

TABLA Nº 9

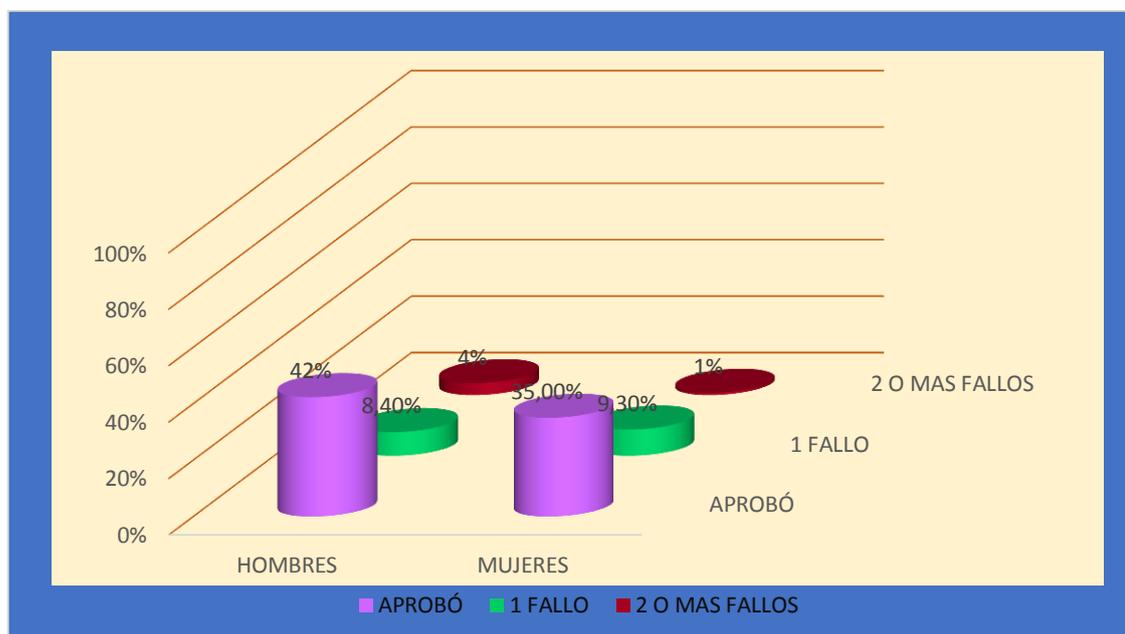
RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA MOTORA FINA-ADAPTATIVA DE LOS CNH DE VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

VARIABLE	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Aprobó	50	42.3%	41	35%	91	77%
1 FALLO	10	8.4%	11	9.3%	21	18%
2 O MAS FALLOS	5	4.2%	1	0.8%	6	5%
TOTAL					118	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRAFICO Nº 9



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en cuanto al área motora fina-adaptativa, se puede verificar que el 77% de niños/as aprobó la evaluación, mientras que el 18% presenta 1 fallo, y el 5% presentó dos o más fallos presentándose en mayor porcentaje en el sexo masculino.

TABLA N° 10

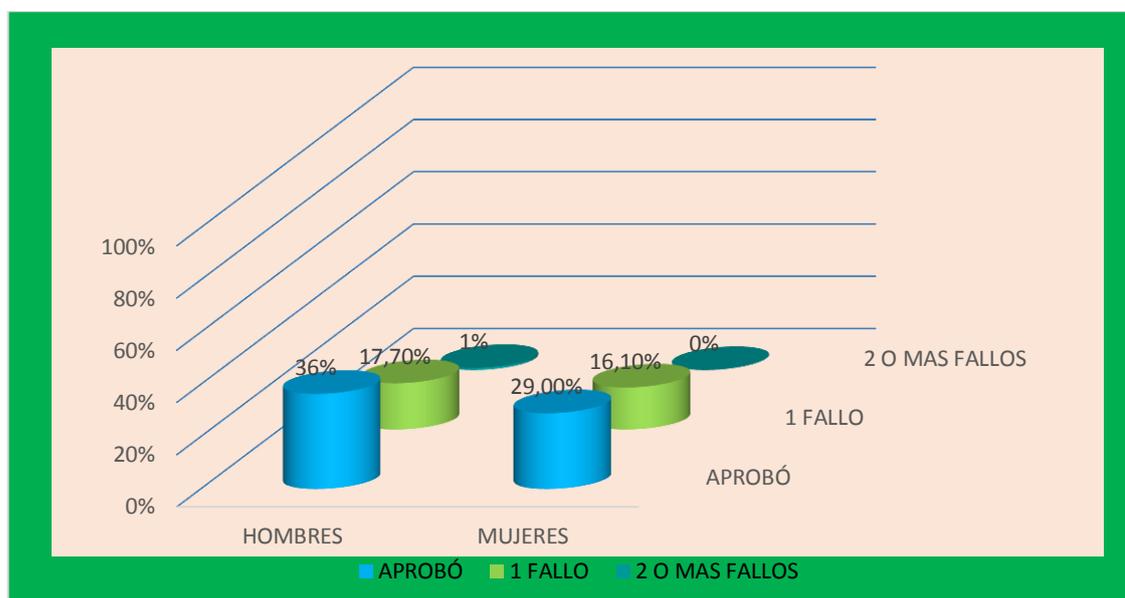
RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA DEL LENGUAJE DE LOS CNH DEVILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

ÁREA DEL LENGUAJE	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Aprobó	43	36.4%	34	29%	77	65.4%
1 FALLO	21	17.7%	19	16.1%	40	33.8%
2 O MAS FALLOS	1	0.8%	0	0%	1	0.8%
TOTAL					118	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO N° 10



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en el presente cuadro se expresa los resultados de la evaluación del área del lenguaje, en la cual se evidencia que el 65.4% de niñas/os aprobó, el 34% presentó 1 falla y tan solo el 0.8% presentó dos o más fallos, los porcentajes son similares para ambos sexos.

TABLA Nº 11

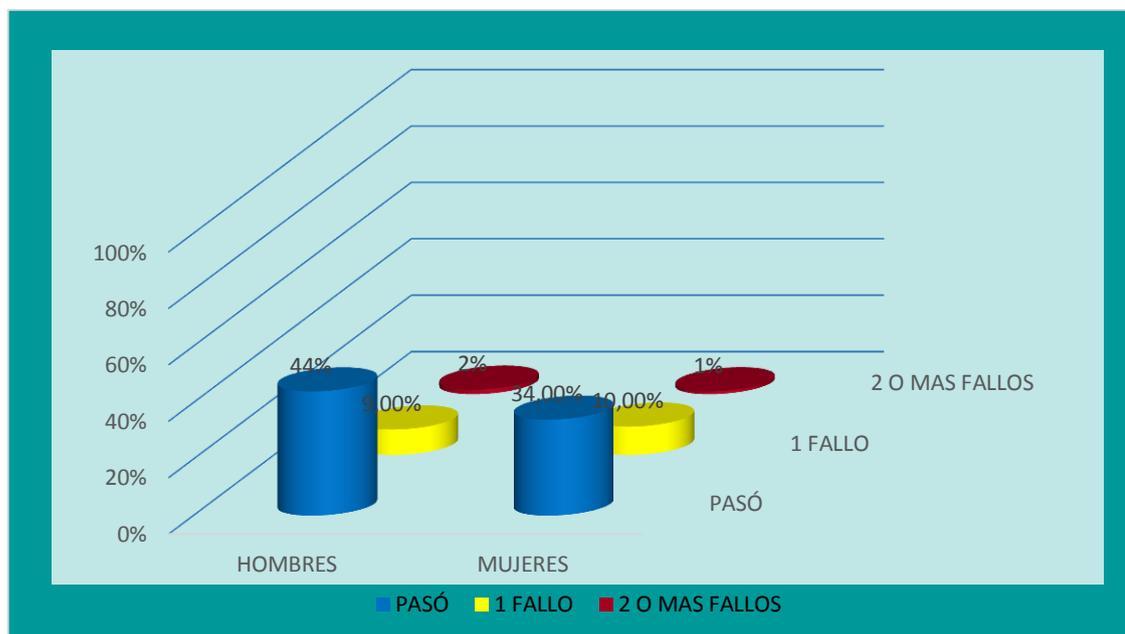
RESULTADOS DEL TEST DE DENVER EN EL ÁREA PERSONAL Y SOCIAL EN LOS NIÑOS DE LOS CNH VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

Área personal y social	SEXO				TOTAL	PORCENTAJE
	HOMBRE	%	MUJER	%		
PASÓ	52	44%	40	34%	92	78%
1 FALLO	11	9%	12	10%	23	19.4%
2 O MAS FALLOS	2	2%	1	1%	3	2.6%
TOTAL					118	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO Nº 11



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en el presente cuadro muestra la evaluación del área personal y social, donde se determinó que el 78% de los niños/as aprobó, el 19.4% presentó 1 fallo, y tan solo el 2.6% presentó dos o más fallos.

TABLA N° 12

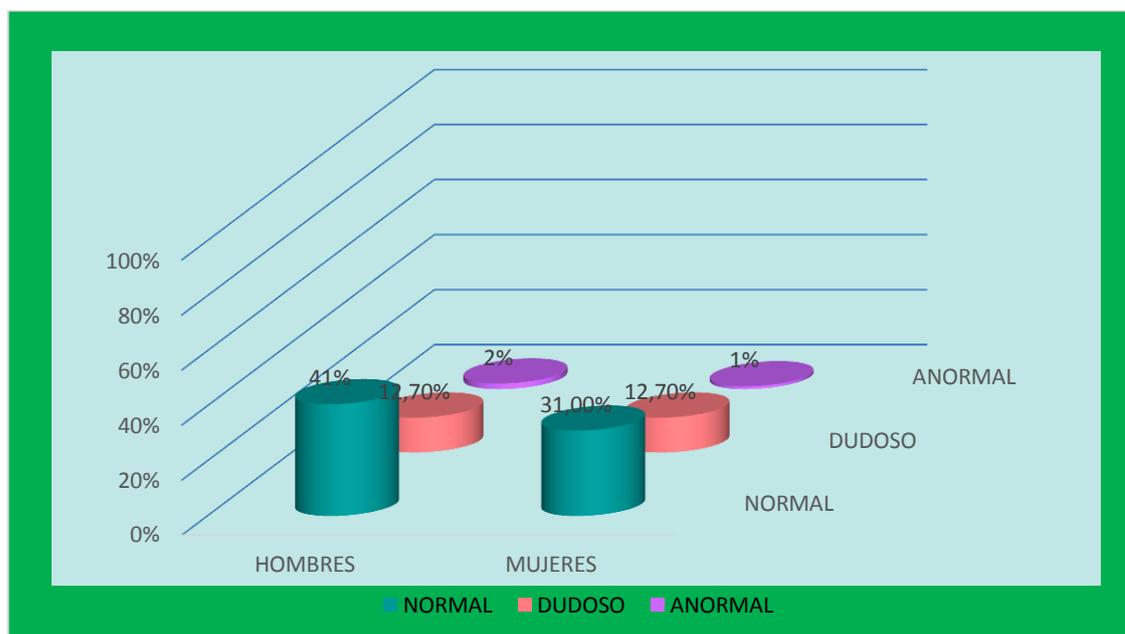
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN COMPLETA DEL TEST DE DENVER EN LOS NIÑOS DE LOS CNH VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

Test de Denver	SEXO				Total	Porcentaje
	HOMBRE	%	MUJER	%		
NORMAL	48	40.6 %	37	31%	85	71.6%
DUDOSO	15	12.7 %	15	12.7 %	30	25.4%
ANORMAL	2	2%	1	1%	3	3%
TOTAL					118	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO N° 12



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: En cuanto a los resultados del desarrollo psicomotor de los niños/as el 71.6% se encuentran en normalidad; mientras que el 25.4% se encuentran en riesgo de presentar alguna alteración en el desarrollo psicomotor y solo el 3% presentan resultados anormales.

TABLA N° 13

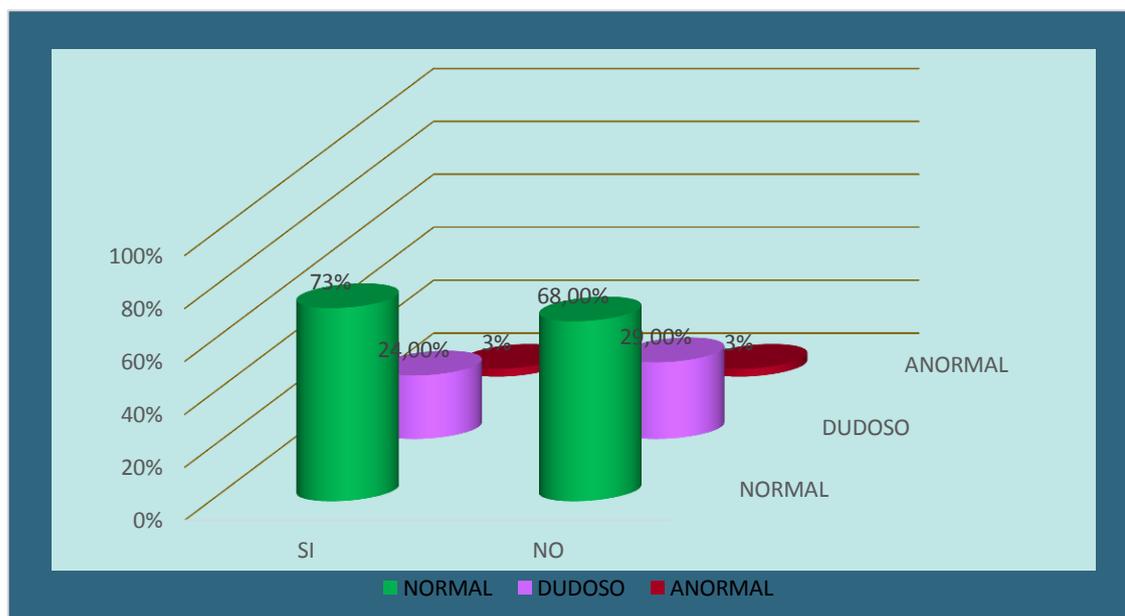
INFLUENCIA DEL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER EN LOS NIÑOS DE LOS CNH VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	INICIO TEMPRANO DE LACTANCIA MATERNA			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	61	73%	23	68%
Dudoso o en riesgo	20	24%	10	29%
Anormal	3	3%	1	3%
Total:	84	100%	34	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO N° 13



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en la presenta tabla podemos observar que el 73% de los niños/as que recibieron lactancia durante la primera hora son normales, mientras que el 24% de ellos se encuentran en riesgo, y el 3% presentan anormalidad; sin embargo de los niños/as que no recibieron lactancia en la primera hora presentan porcentajes similares, lo cual en este estudio no demuestra relación entre el inicio temprano de lactancia y desarrollo psicomotor.

TABLA N° 14

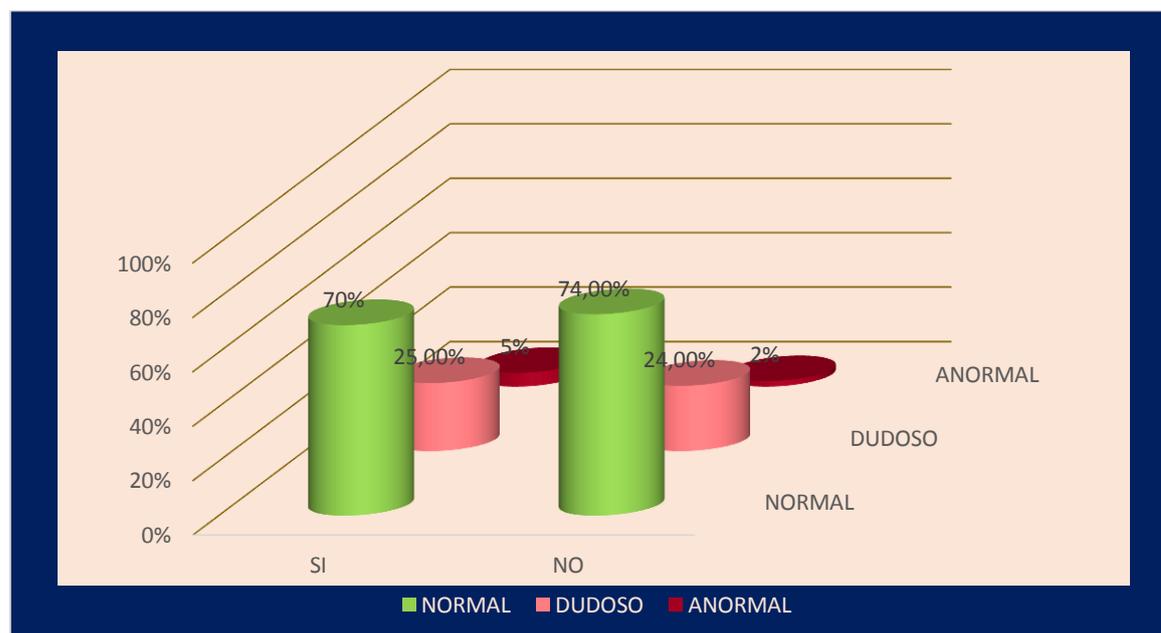
INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	45	70%	40	74%
Dudoso o en riesgo	16	25%	13	24%
Anormal	3	5%	1	2%
Total:	64	100%	54	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO N° 14



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en la presente tabla, podemos verificar que el 70% de los niños/as quienes recibieron lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses tienen resultados normales, el 25% se encuentran en riesgo y un 5% de ellos presentan resultados anormales; mientras que de los niños que no recibieron el 2% presenta anormalidad, podemos verificar según este estudio que no hay influencia directa para el desarrollo psicomotor.

TABLA Nº 15

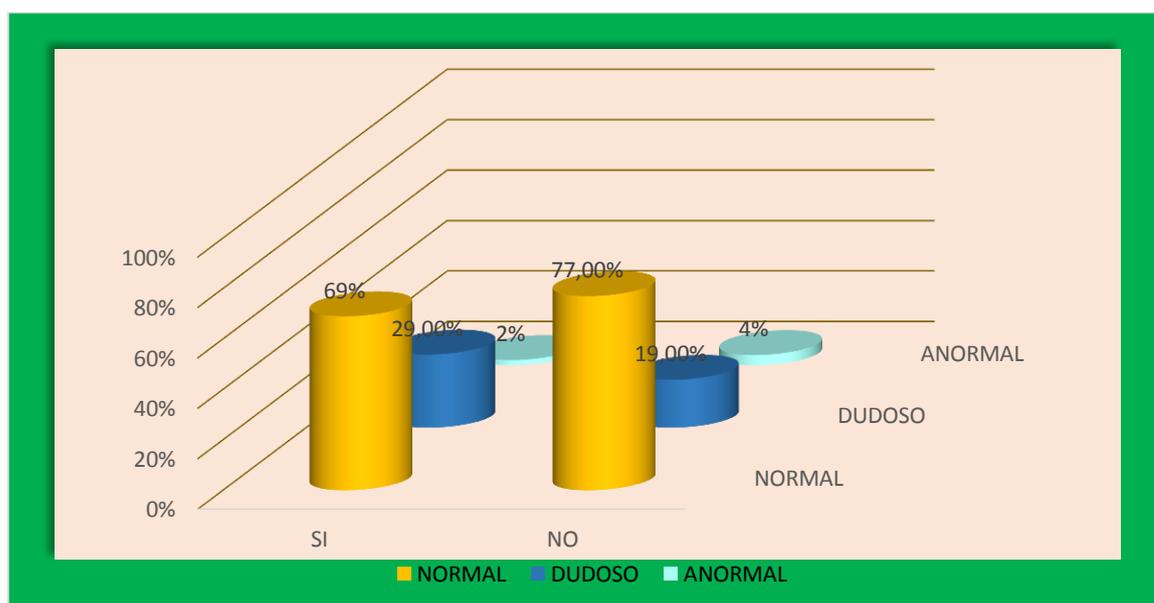
INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA CONTINUA HASTA LOS 18 MESES Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	LACTANCIA MATERNA CONTINUA HASTA LOS 18 MESES			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	43	69%	20	77%
Dudoso o en riesgo	18	29%	5	19%
Anormal	1	2%	1	4%
Total:	62	100%	26	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO Nº 15



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.

Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en ésta tabla podemos identificar que los resultados normales son similares para ambas variables. En tanto que el 2% de los niños/as quienes continuaron con lactancia presentan resultados anormales, mientras que en los niños que no recibieron existe anormalidad en un 4%, mostrando relación entre el tiempo de duración de lactancia materna y desarrollo psicomotor.

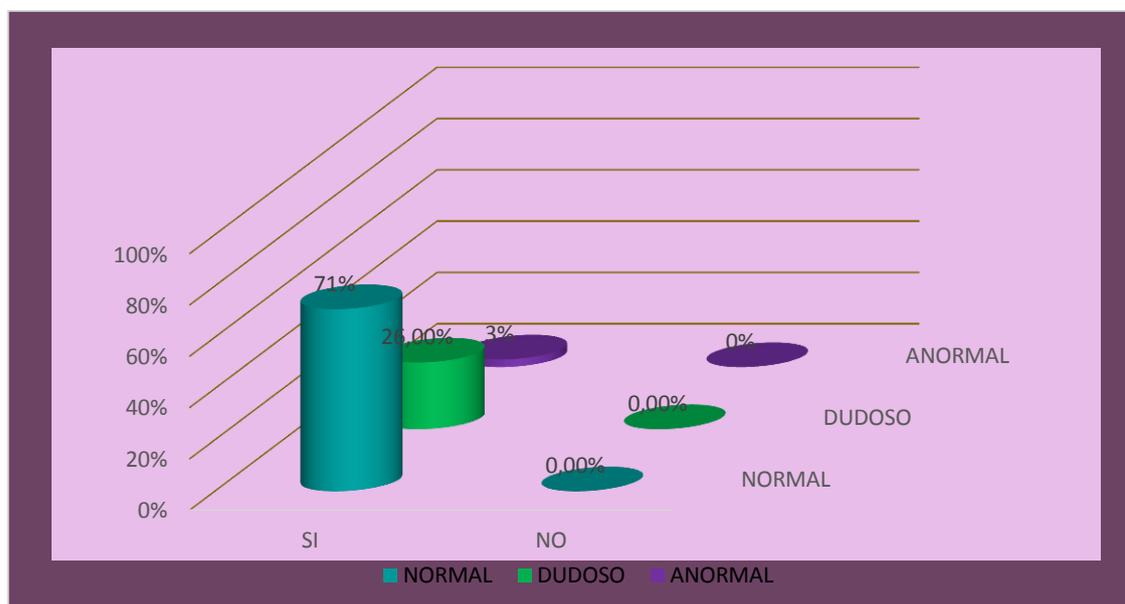
TABLA Nº 16

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OPORTUNA A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	ALIMENTACION COMPLEMENTARIA OPORTUNA			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	78	71%	0	0%
Dudoso o en riesgo	28	26%	0	0%
Anormal	3	3%	0	0
Total:	109	100%	0	0%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.
Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO Nº 16



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.
Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en la presente tabla podemos observar que el 100% de los niños/as tuvo una adecuado introducción de alimentación complementaria; de ellos el 71% encuentran en normalidad; mientras que el 26% se encuentran en riesgo de presentar alguna alteración en el desarrollo psicomotor y solo el 3% presentan anormalidad.

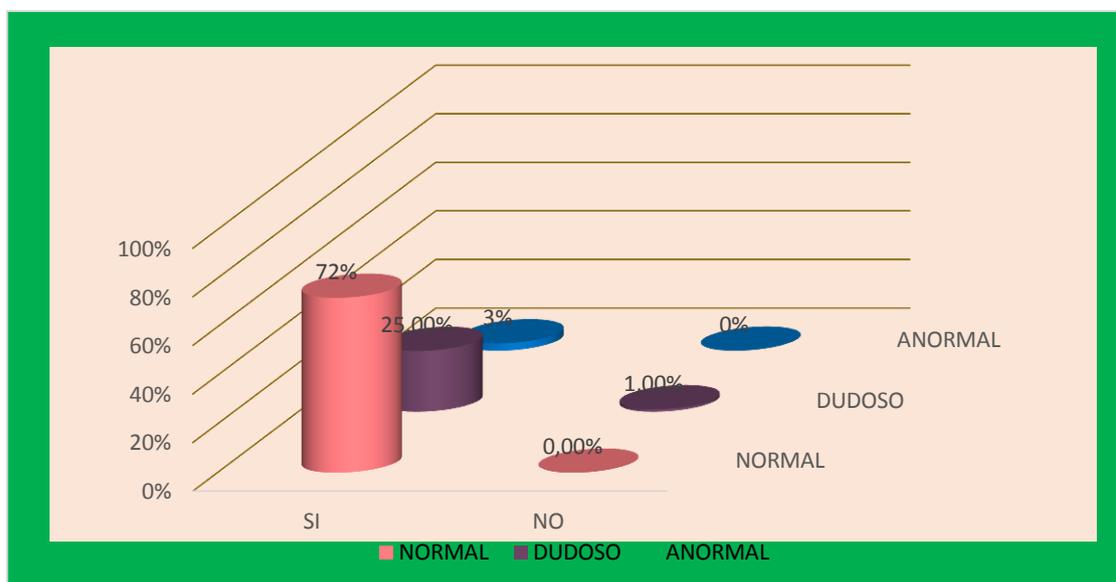
TABLA Nº 17

DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA EN NIÑOS MAYORES DE 6 MESES Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	DIVERSIDAD ALIMENTARIA MÍNIMA EN NIÑOS MAYORES DE 6 MESES			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	78	72%	0	0%
Dudoso o en riesgo	27	25%	1	100%
Anormal	3	3%	0	0%
Total:	108	100%	1	100%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.
Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRAFICO Nº 17



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.
Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: una vez realizado el recuento de los resultados, se verifica que el 72% de los niños/as que recibieron cuatro o más grupos alimentarios presentan resultados normales, el 25% se encuentran en riesgo, y el 3% presenta resultados anormales en el desarrollo psicomotor. En relación al 100% que no recibió una diversidad adecuada quien se encuentra en anormalidad.

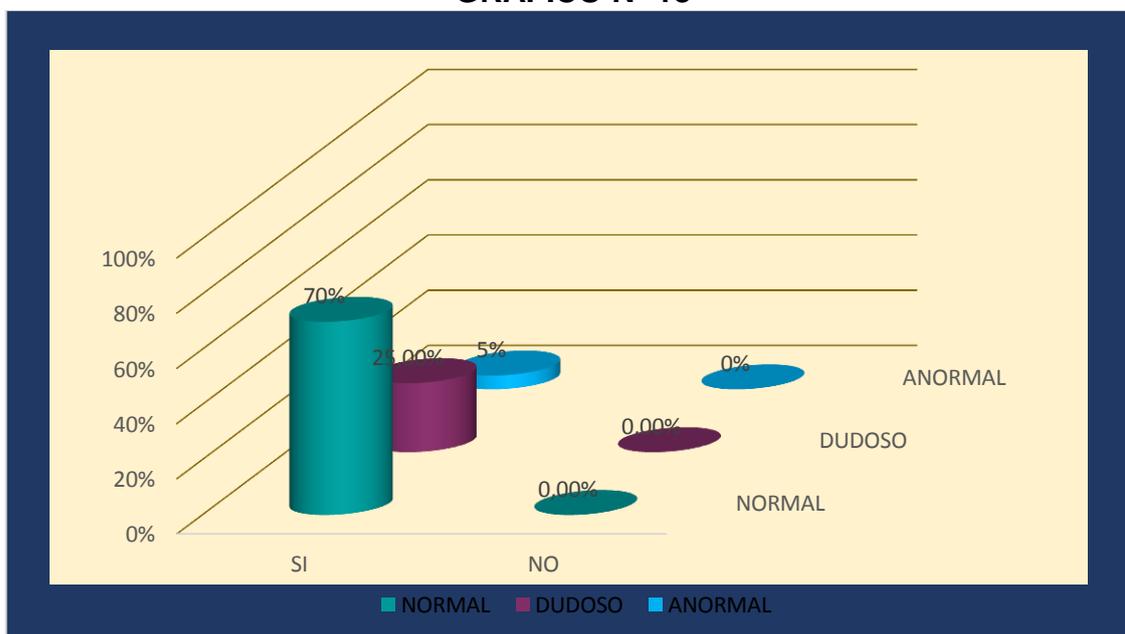
TABLA N° 18

FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS AMAMANTADOS Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS MAYORES DE 6 MESES AMAMANTADOS			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	41	70%	0	0%
Dudoso o en riesgo	15	25%	0	0%
Anormal	3	5%	0	0%
Total	59	100%	0	0%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.
Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRAFICO N° 18



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.
Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en la tablase demuestra que todos los niños/as tuvieron una adecuada frecuencia de comidas, con los siguientes resultados en la evaluación del test de Denver; el 70% son normales, el 25% se encuentran en riesgo y el 5% tienen anomalía en el desarrollo psicomotor.

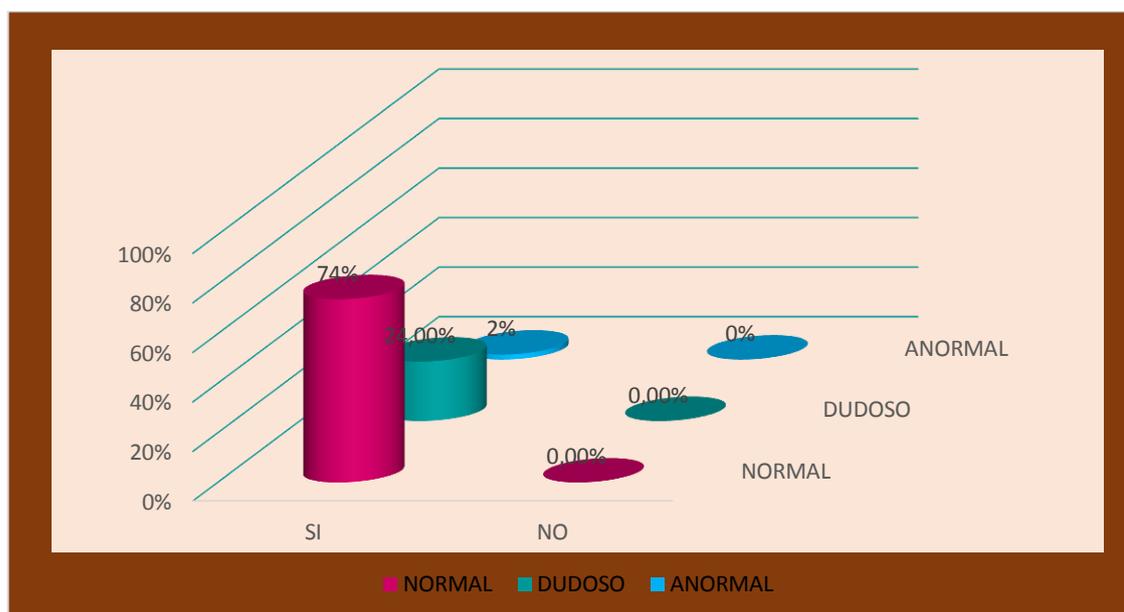
TABLA N° 19

FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS NO AMAMANTADOS Y SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST DE DENVER, EN LOS NIÑOS DE LOS CNH VILCABAMBA NORTE Y SUR, AÑO 2014

RESULTADO DEL TEST DE DENVER	FRECUENCIA MÍNIMA DE COMIDAS EN NIÑOS MAYORES DE 6 MESES NO AMAMANTADOS			
	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal	37	74%	0	0%
Dudoso o en riesgo	12	24%	0	0%
Anormal	1	2%	0	0%
Total:	50	100%	0	0%

Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.
Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

GRÁFICO N° 19



Fuente: Encuesta aplicadas a madres de niños de los CNH de Vilcabamba MIES-Loja.
Elaboración: Est. Luz Morocho Guamán

Análisis: en el cuadro, podemos constatar que del total de niños/as que presentan una adecuada frecuencia de alimentación, el 74% siendo la mayoría son normales, el 24% están en riesgo, y tan solo el 2% presentan resultados anormales.

7) DISCUSIÓN

Una adecuada alimentación durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo psicomotor. Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria están muy difundidas. A nivel mundial, se ha estimado que solamente el 34.8% de lactantes reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses. Los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros. A continuación, se hace la discusión de los resultados tanto del test aplicado a los infantes, como de la encuesta aplicada a las madres de éstos.

La duración de la lactancia materna en nuestro estudio el 70.5% se extendió hasta los 18 meses o más, mientras que el 29.5% terminaron su lactancia antes de los 18 meses. En comparación a otro estudio realizado en el año 2013 por J. Pérez de la Universidad de Granada; en la cual un 25.35% de las encuestadas mantuvieron la lactancia hasta los 6 meses; un 16.5% terminaron la lactancia a los 6 meses y un 4.85% mantuvieron aún durante un tiempo cercano al año.

En cuanto a la alimentación complementaria oportuna, a partir de los 6 meses de edad; el 100% de los niños/as cumple con lo mínimo establecido por los indicadores de la OMS, UNICEF (2007), es decir cuatro o más grupos alimenticios, tales como frutas, verduras, cereales, carnes, lácteos, tubérculos y leguminosas; de la misma forma la frecuencia de consumo de estos es adecuado en la totalidad de los casos, tanto para niños amamantados y lo no amamantados. Lo cual concuerda en un estudio realizado por Giovannini y cols en el año 2004, donde evidencia que a los 6 meses de edad un 85.4% de las madres habían introducido las papillas de cereales, un 93.2% las frutas, un 73.8% las verduras y legumbres y solo el 34% habían iniciado el consumo de carnes y pescados.

De la misma forma en estudios realizados en países europeos Freeman y cols en el año 2000, el porcentaje de lactantes que había iniciado la alimentación complementaria a los 3, 4 y 6 meses de edad fue de un 50%, 67% y un 95%

respectivamente, llegando a los 6 meses de edad a un porcentaje similar a nuestro estudio.

En el 70% de los niños/as que recibieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses presentan un desarrollo psicomotor normal, el 25% de ellos se encuentran en riesgo, y el porcentaje de resultados anormales es del 5%. A diferencia de los niños que no recibieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses el porcentaje de anormalidad es del 2%, mientras que los resultados normales y de riesgo son similares para ambos rangos. Por lo tanto en nuestro estudio el desarrollo psicomotor no se relaciona con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

En el estudio realizado por M. Gómez en Córdoba en el año 2002; A los 24 meses, la puntuación en el Índice de Desarrollo Psicomotor era mayor en los niños alimentados con lactancia materna durante cuatro meses o más tiempo ($115,9 \pm 10,5$), respecto a los amamantados menos tiempo ($114,2 \pm 11,2$ puntos). La menor puntuación la obtuvieron los niños alimentados con lactancia artificial ($106,2 \pm 8,8$ puntos).

A continuación detallamos la relación de la lactancia hasta los 18 meses y desarrollo psicomotor; en donde la mayoría de niños/as tienen un desarrollo psicomotriz normal con un porcentaje del 69% en comparación a los resultados anormales que son del 2%, siendo el área más afectada la motora fina adaptativa; y un posible retraso o riesgo del 29% mientras que de los niños/as que no recibieron lactancia hasta los 18 meses el 77% son normales, el 19% están en riesgo y 4% presentan resultados anormales. Lo cual se relaciona con el estudio realizado en un programa de seguimiento realizado por LARCÓN y colaboradores., México 2009, sobre duración de lactancia y desarrollo psicomotor, donde las calificaciones obtenidas por los infantes del estudio en esta prueba de desarrollo son muy similares para todos los grupos, puesto que el número de niños que logran el diagnóstico de desarrollo normal es superior al 80%, es decir, se observan mínimas diferencias entre los grupos según tiempo de lactancia, que son siempre a favor de los niños de lactancia extendida. De los niños que obtuvieron un diagnóstico dudoso, los menores porcentajes (11.8% y 8.3% respectivamente) se observan a la edad de 12

meses para ambos grupos. Sólo 7 niños fueron diagnosticados con desarrollo anormal: 3 a la edad de 8 meses en el grupo de suspensión temprana y los otros cuatro a la edad de 12 meses, que representan 2.6% y 5.6% del porcentaje total para los niños de ambos grupos.

Los resultados de esta investigación serán difundidos en la biblioteca de la Universidad Nacional de Loja con el fin de que el lector se informe de la realidad del estado de desarrollo psicomotor y su relación con la alimentación de los niños del programa creciendo con nuestros hijos de la parroquia Vilcabamba por medio de esto se implemente una herramienta para realizar un diagnóstico temprano y un manejo interdisciplinario.

8) CONCLUSIONES

Una vez realizado el trabajo investigativo, en niños de 0 a 36 meses, que forman parte de los Centros Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) de la parroquia Vilcabamba podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- ✓ El 5% de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad presentan resultados anormales, mientras que los niños que no recibieron lactancia exclusiva el porcentaje de anormalidad es del 2%, identificando en este estudio que el desarrollo psicomotor no se relaciona con la lactancia exclusiva hasta los 6 meses.
- ✓ La lactancia materna influye sobre el desarrollo psicomotor de los niños, principalmente se relaciona con la duración de lactancia ya que los niños que recibieron lactancia hasta los 18 meses presentan un menor porcentaje de retraso 2% con respecto a los niños/as que no recibieron siendo ésta del 4%.
- ✓ De la misma forma podemos decir que la alimentación complementaria oportuna a partir de los 6 meses de edad influye sobre el desarrollo psicomotor de los niño/as ya que el 71% presentan resultados normales, y el porcentaje de resultados anormales es mínimo 3%.
- ✓ La introducción de cuatro a más grupos alimentarios a partir de los 6 meses, en la dieta de los niños/as muestra resultados mayores de normalidad 72%, y el 3% presentan anormalidad.
- ✓ Una adecuada frecuencia de comidas tanto para niños amamantados como los no amantados presentan resultados normales del 70% y 74% respectivamente, de la misma forma los resultados anormales son mínimos 2% y 5%. Pero llama la atención la existencia de resultados dudosos similares del 25% y 24% para ambos rangos respectivamente.

9) RECOMENDACIONES

- Se recomienda la socialización de los resultados a los directivos del MIES-LOJA, para que de esta manera se tenga una visión global de nivel de desarrollo psicomotor y la relación que existe con la alimentación de los niños que acuden a los centros creciendo con nuestros hijos (CNH).
- Se recomienda al MIES implementar actividades de orientación y promoción de la salud que permita a la madre conocer la importancia que existe entre el desarrollo del niño y su alimentación.
- Se recomienda a las coordinadoras/os de los CNH, concientizar a las madres sobre la necesidad de proporcionar al niño la atención adecuada que este necesita, lo cual se puede lograr a través de charlas, además de lograr una integración de todas estas madres que les permita apoyarse entre sí para optimizar una mejor atención y cuidado de los infantes.
- Se recomienda la coordinación entre el Ministerio de Salud Pública y el MIES para trabajen en conjunto con la finalidad de obtener una atención integral y la detección oportuna de alteraciones en el desarrollo psicomotor de los niños/as que acuden a los centros creciendo con nuestros hijos (CNH).
- Se recomienda además, motivar a futuras investigaciones que detecten otros factores además de la alimentación que pueden afectar en el desarrollo psicomotor normal de los niños y niñas.

10) BIBLIOGRAFÍA

- BALLESTEROS, S. (2002). El Esquema Corporal. Madrid
- BERRUEZO, A. (2006). El cuerpo, el desarrollo y la Psicomotricidad. Madrid.
- BRUCH, M. (2000). Prevalencia de factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural. Barcelona
- BUCHER, H. (2008). Estudio de la personalidad del niño a través de la exploración psicomotriz.
- BURGA, M. (2011). Tesis. Factores de riesgo que afectan en el desarrollo psicomotriz del niño de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro Infantil Pequeños Traviesos, en la ciudad de Otavalo, periodo de Agosto- Diciembre 2011. Ibarra.
- CALZADA, L. (2008). Crecimiento del niño, fundamentos fisiopatológicos. México.
- CARDOZO, J. (2008). Conocimiento de las madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido. Bogotá.
- COMELLAS, M. (2009). Educar en la comunidad y en la familia. Guatemala.
- COMELLAS, C. & CARBO M. (2011). La psicomotricidad en preescolar. Barcelona.
- COMELLAS, C & PERPINYA, L. (2003). Inicialización a la expresión corporal. Barcelona
- DELGADO, M. (1997). Actitudes y Prácticas de la mujer Guatemalteca con respecto al destete y la ablactación. Guatemala.
- DÍAZ, S. (1995). Conocimientos, actividades y prácticas sobre lactancia materna. Guatemala
- FRANCO, F. (2005). El desarrollo de las habilidades motrices básicas en educación inicial. Tesis. Bogotá.
- GÓMEZ, M. (2002) Influencia de la Lactancia materna sobre el desarrollo psicomotor y mental del niño. Córdova
- GÓMEZ, M. (2003). Sinfonía del esquema corporal. Quito.
- GONZÁLEZ, M. (2006). Desarrollo humano. Bogotá.
- GUZMAN, A. (2003). Desarrollo Psicomotriz. Colombia.

LINARES, N. (2008). Nivel de desarrollo psicomotor en niños de 0 a 2 años de madres que recibieron estimulación prenatal en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo julio 2005 a julio 2007. Tesis. Lima.

LÓPEZ, P. (2008). Terapia Ocupacional en la Infancia. Madrid.

MACKENZIE, C. (2009). Guía Práctica de Nutrición Infantil. Bogotá.

MENDOZA, O. (2014). Tesis Universidad Nacional de Loja. La Estimulación Temprana y su influencia en el desarrollo de la psicomotricidad en los niños y niñas con retraso motor de 0 a 3 años de edad, que acuden al Centro de Rehabilitación Médica Nro. Del Ministerio de Salud Pública, del Distrito Metropolitano de Quito Periodo 2013.

MORENO, L. (1997). Lactancia materna. Madrid.

MUÑOZ, L. (2003). Educación Motriz. Bogotá.

OCAÑA, L. (2011). Desarrollo Socio- Afectivo. Madrid.

OMS-UNICEF (2007). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

OMS-OPS,(2010) La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud

ORDÓÑEZ, M. & TINAJERO, A. (2011). Estimulación Temprana. Inteligencia Emocional y cognitiva. Madrid.

PALACIOS, R. (2010). El Desarrollo Psicomotor. Chile.

PAZCUAL, P. (2012). Psicomotricidad escolar. Alcalá.

POZO, R. (2004). Documento Interno De Trabajo. Madrid.

PÉREZ, A., SANBAYA M. & MORENO C. (2003). Currículo Operativo de la Educación Inicial para niños de 3-5 años de Edad. Bogotá.

PONCE, S. (2009). Didáctica General metodología juego- trabajo y rincones. Buenos Aires.

RODRÍGUEZ, M. & VITERI, A. (2010). Tesis. Incidencia de los Ambientes de aprendizaje en el desarrollo integral de los niños de los centros de educación inicial Medardo Proaño Andrade y Gonzalo Zaldumbide del Cantón Ibarra Provincia de Imbabura. Ibarra.

RODRÍGUEZ, S. (2005). Salud mental del niño de 0 a 12 años, necesidades básicas del niño de acuerdo al nivel de desarrollo y sus implicaciones en la salud mental. Costa Rica.

ROJAS, E. (2012). Consideraciones acerca de la Psicomotricidad en la edad inicial y preescolar. Quito.

SILVA, M. (2007). Desarrollo de la psicomotricidad. Editorial Piedra santa. Guatemala.

11)ANEXOS

ANEXO 1

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INCLUSIÓN EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA TITULADO: “DESARROLLO PSICOMOTOR Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CNH DE VILCABAMBA DEL MIES-LOJA”

Yo, Sr(a) _____ he leído y comprendido toda la información y mis preguntas han sido respondidas quedando satisfecho. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio podrán ser publicados o difundidos con fines científicos. De manera que **acepto** participar en este estudio de investigación.

Firma (participante/padre/tutor)

Esta parte debe ser completada por el Investigador:

He explicado al Sr(a). _____
La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

LUGAR Y FECHA

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Nombre: Luz Morocho Guamán.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

ENCUESTA

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

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

DATOS GENERALES DEL NIÑO/A

Nombre y Apellido

CNH al que asiste

Sexo: M F

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

Lugar de Residencia: Urbana Urbano-marginal Rural

DATOS DE LA MADRE

ESTADO CIVIL: Soltera casada Divorciada viuda Unión libre

EDAD: 15 – 19 años -35 años a 45 años 46 añ y más

ESCOLARIDAD: Sin escolaridad primaria secundaria superior

NUMERO DE HIJOS: 1 2 más de 3

OCUPACION: empleada desempleada

TIPO DE ALIMENTACION DEL NIÑO /A

ALIMENTACION DE 0 A 6 MESES DE EDAD

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

Leche materna exclusiva Leche materna + leche de vaca

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

2. Hasta que edad le dio el seno materno

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

3. Si toma colada especifique de que :

Soya Avena Harina de plátano 7 harinas Tapioca Chuno

ALIMENTACION DE 6 MESES A 1AÑO DE EDAD

4. 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

Frutas: Manzana Banana Pera uva melón granadilla

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

Tubérculos: Papa melloco camote zanahoria

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

Cereales: arroz avena quinua trigo

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

Huevo: Yema Clara

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

Carnes: Pollo Carne de res hígado

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Leche y derivados: leche yogur

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Leguminosas: fréjol garbanzo lenteja

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Coladas: máchica maíz Harina de Trigo.

Otros Señale que

ALIMENTACION DE 1 AÑO A 2 AÑOS

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

Sí No

Frutas: naranja mandarina banana manzana granadilla

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Proteínas: pollo Res Pescado huevo entero

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Cereales: arroz linua trigo ave

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Vegetales: acelga espinaca

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Leguminosas: Frejol arveja lenteja garbanzo chocho

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Grasas : aceite

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Carbohidratos: Pan

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Fideos

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Lácteos: Leche de vaca yogurt queso

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

ALIMENTACION DE 2 A 3 AÑOS

Tipo de alimentación que consumen durante el día

Frutas: Manzana pera naranja banana mandarina

uva frutilla

Proteínas: pollo res pescado

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Huevo entero

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

Cereales: arroz quinua trigo avena

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Vegetales: acelga espinaca

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Leguminosas: Frejol arveja lenteja garbanzo chocho

Frecuencia: diario cada días a la mana

Grasas : aceite

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Carbohidratos: Pan

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

Fideos

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

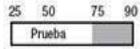
Lácteos: Leche de vaca yogurt queso

Frecuencia: diario cada 2 días a la semana

**ANEXO 3
TEST DE DENVER**

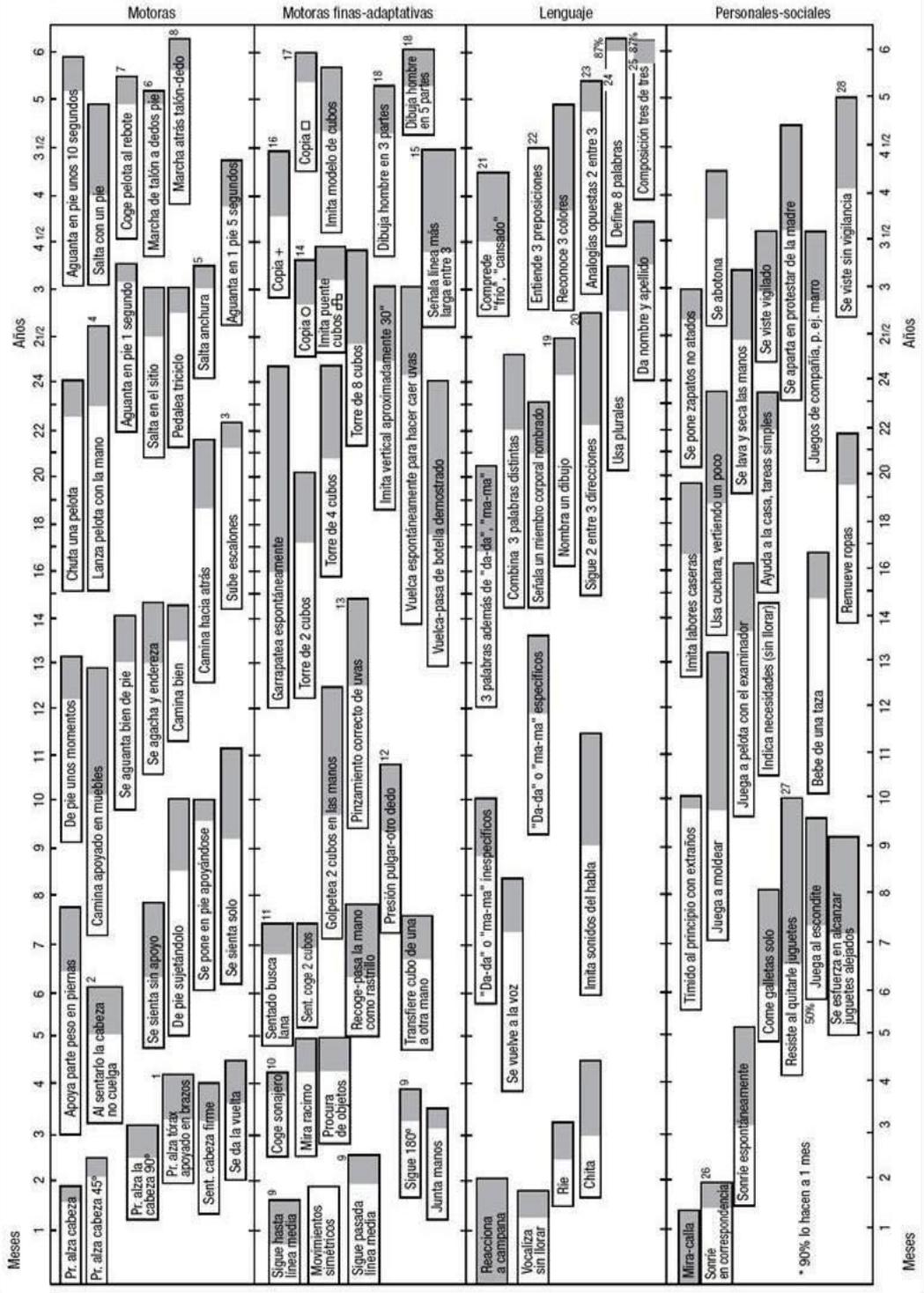
Prueba selectiva del desarrollo de Denver

Porcentaje de niños que lo hacen



Pr. = prono
Sent. = sentado

Fecha
Nombre
N.º de historia
Dirección



ANEXO 4











INDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORIA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
TITULO.....	1
RESUMEN	2
SUMMARY	3
INTRODUCCIÓN	4
REVISIÓN DE LITERATURA	7
CAPITULO I.....	7
ALIMENTACIÓN.....	7
Concepto	7
Importancia de la alimentación de la alimentación del lactante y del niño pequeño.....	8
Grupos alimentarios.....	9
Leche y productos lácteos.	9
Proteínas (Carnes, pescados y huevos).	9
Verduras y frutas.....	10
Hidratos de carbono (Alimentos feculentos y alimentos azucarados).....	10
Grasas	11
Líquidos	11
Lactantes y niñas y niños de 0 a 6 meses: Fase de lactancia exclusiva	12
Iniciación temprana de la lactancia materna.....	13
Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.	14
Duración media de la lactancia materna.....	15
Alimentación con biberón.	16
Alimentación complementaria.	16
Políticas Y Programas Para La Alimentación De Lactantes Y Niñas Y Niños Pequeños	17
Política, programa y coordinación nacional.	17
Diez pasos para una lactancia materna exitosa.....	18
Implementación del Código Internacional.	19
Alimentación Niños de 6 a 12 meses: Fase Transicional.....	20
Alimentación Niños de 13 a 24 meses: Fase de Adulto modificado	22
Alimentación preescolar comprendida entre los 2 a 5 años	22

Indicadores de la OMS-UNICEF para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño	23
CAPÍTULO II	27
Psicomotricidad	27
Concepto	27
Factores que influyen en el desarrollo Psicomotor.....	28
Importancia De La Psicomotricidad.	30
Clasificación de la Psicomotricidad.	31
Desarrollo Afectivo y Social	34
Afectividad.....	35
Social.	36
Características Evolutivas de 0 – 3 años.....	37
Niños y niñas de 0 a 6 meses.	37
Niños y niñas de 6 meses a 1 año.	38
Niños y Niñas de 2 a 3 años.	39
El Test de Denver	40
Fundamentos científicos.	40
Caracterización del Test de Denver.....	41
Aplicaciones.	42
Normas de corrección e interpretación.	42
CAPITULO III	44
Desarrollo Psicomotor y Alimentación	44
Importancia	44
Alimentación suplementaria del niño y sus propias pruebas psicomotoras	45
MATERIALES Y MÉTODOS	47
RESULTADOS	49
TABLA Nº 1.....	49
GRÁFICO Nº 1	49
TABLA Nº 2.....	50
GRÁFICO Nº 2	50
TABLA Nº 3.....	51
GRÁFICO Nº 3	51
TABLA Nº 4.....	52
GRÁFICO Nº 4	52
TABLA Nº 5.....	53
GRÁFICO Nº 5	53

TABLA N° 6.....	54
GRÁFICO N° 6	54
TABLA N° 7.....	55
GRÁFICO N° 7	55
TABLA N° 8.....	56
GRÁFICO N° 8	56
TABLA N° 9.....	57
GRAFICO N° 9	57
TABLA N° 10.....	58
GRÁFICO N° 10.....	58
TABLA N° 11.....	59
GRÁFICO N° 11.....	59
TABLA N° 12.....	60
GRÁFICO N° 12.....	60
TABLA N° 13.....	61
GRÁFICO N° 13.....	61
TABLA N° 14.....	62
GRÁFICO N° 14.....	62
TABLA N° 15.....	63
GRÁFICO N° 15.....	63
TABLA N° 16.....	64
GRÁFICO N° 16.....	64
TABLA N° 17.....	65
GRAFICO N° 17.....	65
TABLA N° 18.....	66
GRAFICO N° 18.....	66
TABLA N° 19.....	67
GRÁFICO N° 19.....	67
DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES.....	72
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	76
ÍNDICE	87