



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOMÉDICA Y BIOLÓGICA

TÍTULO DE MÉDICO

**Influencia de las prácticas alimentarias en el desarrollo psicomotor de los
preescolares atendidos en el Centro de Salud N°1-Loja.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Tandazo Chicaiza, Sandy Gabriela

DIRECTORA: Buele Maldonado, Norita, Dra

LOJA- ECUADOR

2020



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2020

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora

Norita Buele Maldonado

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Influencia de las prácticas alimentarias en el desarrollo psicomotor de los preescolares atendidos en el Centro de Salud N°1-Loja” realizado por Tandazo Chicaiza Sandy Gabriela, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre del 2020

f).....

DECLARACIÓN DE AUDITORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Tandazo Chicaiza Sandy Gabriela declaro ser autor del presente trabajo de titulación: “Influencia de las prácticas alimentarias en el desarrollo psicomotor de los preescolares atendidos en el Centro de Salud N°1-Loja”, de la Titulación de Medicina, siendo Norita Buele Maldonado directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f).....

Autor: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Cédula: 1104749930

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación fruto de mi preparación y esfuerzo en este largo camino universitario lo dedico a mi familia quienes con su apoyo diario e incansable han logrado cristalizar mi meta de ser un profesional de la salud; de manera especial a mis padres quienes son mi ejemplo de constancia, entrega y devoción y a mis hermanos quienes son los que me dan fuerza y me motivan a culminar mi carrera profesional.

Sandy Tandazo

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme las fuerzas necesarias que día a día me impulsan a conseguir mi meta, por ser quien guía mi camino con humildad y bondad.

A mis padres por haberme proporcionado la mejor educación y enseñarme que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue.

A las autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la titulación de Medicina por haber sido mi segundo hogar en el cual pude desarrollar destrezas, compartir experiencias, así como también a los diferentes docentes quienes nos brindaron sus conocimientos y apoyo para llegar a cumplir con nuestras metas. Un especial sentido de gratitud a mi directora de tesis Dra. Norita Buele Maldonado y a mi tribunal Dra. Yadyra Ludeña y Dra. Yomara Quizhpe quienes con su invaluable guía han permitido la culminación de este trabajo.

A mis compañeros quienes siempre estuvieron a mi lado durante toda mi carrera de Universidad ya que gracias a su amistad, lealtad y apoyo moral han aportado un granito de arena para seguir adelante en los momentos más difíciles y culminar juntos nuestras metas.

Sandy Tandazo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE AUDITORIA Y CESIÓN DE DERECHOS	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VI
RESUMEN.....	- 1 -
ABSTRACT	- 2 -
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I.....	5
MARCO TEÓRICO	5
1. Alimentación en niños menores de tres años	6
1.1. Alimentación del Lactante.....	6
1.1.1. Lactancia Materna:.....	6
1.1.2. Producción de la leche materna	7
1.1.3. Lactancia Materna Precoz:	7
1.1.4. Lactancia Materna Exclusiva:.....	7
1.2. Buenas prácticas de lactancia.....	8
1.3. Beneficios de la Lactancia Materna.....	8
1.4. Lactancia en la madre separada del niño	8
1.5. Cifras en el Ecuador de la Lactancia Materna	9
1.6. Prácticas Alimentarias	9
1.6.1. Alimentación Complementaria.....	9
1.6.2. Requisitos de los alimentos complementarios.....	9
1.7. Riesgo de la alimentación mixta.....	10
1.8. La Nutrición y su influencia en el Desarrollo Neurológico	10
1.9. Alimentación Saludable	10
1.10. Comidas y socialización del niño	10
1.11. Momentos claves en el proceso de transición	10
1.11.1. De los 2 a los 5 meses de edad	10
1.11.2. De los 6 a los 11 meses de edad del niño	11
1.11.3. De los 12 a los 24 meses de edad del niño	12
1.11.4. De los 24 a los 36 meses de edad del niño	12
2. Desarrollo Psicomotor	13

2.1	Desarrollo neurológico	13
2.2.	Factores que influyen en el desarrollo del niño	13
2.3.	Márgenes de normalidad	14
2.4.	Signos de alarma en el desarrollo psicomotor	14
2.5.	Riesgos en el desarrollo psicomotor.....	14
2.6.	Hitos del desarrollo en los primeros años de edad	14
2.7.	Desarrollo psicomotor normal en las distintas edades	15
CAPITULO II.....		16
OBJETIVOS		16
Determinar la influencia de las prácticas alimentarias en el desarrollo psicomotor de los niños atendidos en el Centro de Salud N.º 1- Loja en el año 2018		17
CAPITULO III.....		18
METODOLOGÍA.....		18
3.1.	Tipo de Estudio	19
3.1.1.	Descripción del área del estudio	19
3.2.	Universo y muestra.....	19
3.2.1.	Universo.....	19
3.2.2.	Muestra n=60	19
3.2.3.	Tipo de Muestreo	20
3.2.4.	Criterios de inclusión	20
3.2.5.	Criterios de exclusión	20
3.3.	Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	20
3.3.1.	Método	20
3.3.2.	Instrumento	20
3.3.3.	Procedimiento	20
3.3.4.	Plan de tabulación y análisis.....	21
3.3.5.	Recursos y presupuesto.....	21
3.3.5.1.	Recursos humanos.....	21
3.3.5.2	Recursos materiales.....	21
3.4.	<i>Definición y operativización de variables</i>	21
CAPITULO IV.....		26
RESULTADOS.....		26
Resultado 1: caracterización de la población estudiada		27
Tabla 1. Población de niños en el Centro de Salud N°1- Loja en relación edad- sexo.....		27
Tabla 2. Personas encargadas del cuidado de los niños del Centro de Salud N°1-Loja en relación con el sexo		27

Tabla 3. Grado de instrucción del cuidador encargado de la atención de los niños del Centro de Salud N°1-Loja	28
Tabla 4. Estado civil y edad de las personas encargadas del cuidado del Centro de Salud N° 1-Loja	28
Resultado 2: prácticas alimentarias utilizando las normas de alimentación para niños de 0 a 3 años	29
Tabla 5. Inicio Temprano de la Lactancia Materna en los niños del Centro de Salud N° 1- Loja. .	29
Tabla 6. Lactancia Materna exclusiva de los niños del Centro de Salud N°1- Loja.....	29
Tabla 7. Lactancia materna continua en los niños del Centro de Salud N°1- Loja	30
Tabla 8. Tipo de alimentación en los niños de 6 a 8 meses de edad del Centro del Salud N° 1-Loja	30
Tabla 9. Tipo de alimentación en los niños de 9 a 11 meses de edad del Centro de Salud N° 1-Loja	31
Tabla 10. Tipo de alimentación en los niños de 12-23 meses de edad del Centro de Salud N° 1-Loja	31
Tabla 11. Tipo de alimentación en los niños de 24-36 meses de edad del Centro de Salud N° 1-Loja	31
Resultado 3: resultados de la evaluación completa del test de Denver en los niños del centro de Salud N°1-Loja	32
Tabla 12. Análisis de la prueba de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja	32
Tabla 13. Relación de la lactancia precoz y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1-Loja	32
Tabla 14. Relación de la lactancia materna exclusiva y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja.....	33
Tabla 14. Relación de la lactancia materna continua y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja.....	34
Tabla 15. Relación de la alimentación de 6 a 8 meses y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja.....	35
Tabla 16. Relación de la alimentación de 9 a 11 meses y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja.....	36
Tabla 17. Relación de la alimentación de 12 a 23 meses y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja.....	36
Tabla 18. Relación de la alimentación de 24 a 36 meses y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja.....	37
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	43
BIBLIOGRAFIA.	44
ANEXOS.....	47
ANEXO 1: Encuesta realizada a la madre o a cuidadora del preescolar	48

ANEXO 2: Test de Denver 51
..... 52
Anexo 3: Autorización para la recolección de información en las Unidades Operativas de Distrito
11D01 53

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad, determinar la influencia de las prácticas alimentarias en el desarrollo psicomotor de 60 niños atendidos en el Centro de Salud N°1-Loja, durante el año 2018; investigación de tipo, transversal, cuantitativa. Para la recolección de la información, se realizó encuestas a las madres o cuidadores de los infantes y se evaluó el desarrollo psicomotor aplicando a los mismos el test de Denver. Los resultados demuestran que del total de niños/as que tuvieron un inicio temprano de la lactancia materna el 83,3% obtuvo resultado de test de Denver normal. De los niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva el 86,7% presentaron una prueba normal, a diferencia de los que no recibieron lactancia materna exclusiva que el 6,7% presentaron una prueba dudosa. En general al realizar la prueba de significancia, se concluye que la relación entre la lactancia materna, prácticas alimentarias y el desarrollo psicomotor se encuentran fuertemente relacionadas en el desarrollo integral de los niños.

Palabras Claves: Alimentación adecuada, Desarrollo psicomotriz, Lactancia Materna

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the influence of food practices in the psychomotor development of 60 children treated at the Health Center No. 1-Loja, during the year 2018; type research, transversal, quantitative. For the collection of information, surveys were carried out on mothers or caregivers of infants and psychomotor development was evaluated by applying the Denver test to them. The results show that of the total number of children who had an early onset of breastfeeding, 83.3% obtained a normal Denver test result. Of the children who received exclusive breastfeeding, 86.7% had a normal test, unlike those who did not receive exclusive breastfeeding that 6.7% had a dubious test. In general, when carrying out the significance test, it is concluded that the relationship between breastfeeding, feeding practices and psychomotor development are strongly related to the integral development of children.

Keywords: Adequate diet, Psychomotor development, Breastfeeding

INTRODUCCIÓN

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. El ambiente tiene un efecto muy fuerte en el desarrollo cognitivo y socio-emocional de los niños porque la formación del cerebro inicia durante la gestación y es más rápido antes de los 3 años de edad y porque depende en parte de la capacidad de la madre de responder a gestos e interés del niño. Un ejemplo es el desarrollo del lenguaje, donde el número de palabras escuchadas antes de los 3 años de edad según la situación socioeconómica de la familia se verá reflejado en el desarrollo del lenguaje del niño. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

La alimentación del niño en el primer año de vida se basa en la leche materna y se completa con otros alimentos, con el doble objetivo de satisfacer sus necesidades nutritivas y crear hábitos alimentarios adecuados. La lactancia materna es la nutrición natural del lactante y sus ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas son conocidas. (Peraza, 2012)

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Es así, que la lactancia materna y la alimentación complementaria son las formas de alimentación que contribuyen al desarrollo físico y mental del niño durante los dos primeros años, cuando alguna de estas formas de alimentación falla podría generar en el niño deficiencias en el desarrollo psicomotor a corto plazo y deficiencias en el desarrollo cognitivo a largo plazo. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Por lo antes mencionado se realizó el presente estudio en la ciudad de Loja, con niños de edades que varían de entre 0 a 36 meses, y cuyo objetivo principal fue determinar las prácticas alimentarias en el desarrollo psicomotor de los niños atendidos en el Centro de Salud N° 1 Loja, dentro de los objetivos específicos se estableció caracterizar socio demográficamente el entorno familiar de los niños atendidos y establecer las prácticas alimentarias utilizando las normas de alimentación para los niños en estudio.

Mediante la aplicación de una encuesta estructurada a las personas que realizan su cuidado. Se valoró el desarrollo psicomotor a través de la aplicación del test de Denver y se relacionó las practicas alimentarias con el desarrollo psicomotor en la población investigada

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1. Alimentación en niños menores de tres años

La adecuada alimentación durante la infancia juega un rol importante en el desarrollo del ser humano desde el momento de la concepción. “Desde el punto de vista de la Nutrición Pública, estudios realizados en el ciclo de vida confirman que existe déficits o excesos de nutrientes que influyen negativamente en el desarrollo óptimo, causando consecuencias en la nutrición y por ende en la salud” ((Ministerio de Salud Pública & Nutrición, 2013). Por esta razón tanto las malas prácticas en la lactancia materna como en la alimentación complementaria constituyen problemas que afectan a la población.

El alimento, por lo tanto, es todo producto o sustancia que una vez consumido aporta gran cantidad de nutrientes a nuestro organismo, considerándose una ventana crítica para promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño y de esta manera alcance su máximo potencial.

El estado nutricional refleja el equilibrio existente entre la ingesta de nutrientes, las necesidades del organismo y las pérdidas del mismo. En el niño el crecimiento es individualizado, siendo influido por factores genéticos y ambientales, de este modo cobra especial importancia la realización de una completa anamnesis y examen físico, de manera periódica, siendo una herramienta fundamental para prevenir y detectar precozmente la malnutrición. ((Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016).

La UNICEF y la OMS recomiendan:

- Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida
- Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más. (OMS, 2018)

1.1. Alimentación del Lactante

1.1.1. Lactancia Materna:

La lactancia materna se reconoce universalmente como la mejor manera de alimentar a un bebé ya que protege a la madre y al niño de una gran variedad de problemas de salud. Es así que se define “ como un proceso vital mediante el cual la madre provee un tejido vivo, que abarca un amplio espectro de intercambios, tanto nutricionales, inmunológicos y emocionales” (Rolandi, 2014).

El inicio inmediato de la lactancia materna-amamantar a los recién nacidos dentro de la primera hora de vida, constituye una medida de importancia crítica tanto para la supervivencia como para la lactancia a largo plazo. (UNICEF, 2018)

1.1.2. Producción de la leche materna

La activación secretora de la mama, se caracteriza por la transición del calostro a leche madura junto al aumento del volumen de leche. La depuración de progesterona de la sangre de la madre actúa como desencadenante de la secreción de leche al suprimirse su acción inhibitoria, lo que hace que, en presencia de prolactina y cortisol, aumente la secreción láctea después de la eliminación de la placenta. (V, Valenzuela C, & Moore V, 2017)

Las mamas se llenan de calostro y el volumen de leche aumenta de 50 hasta 500 mL/día del primer al cuarto día postparto, alcanzando hasta 700-1000ml/día entre el día 5 y 14. Las madres con partos múltiples pueden llegar a producir más de dos litros de leche al día, demostrando la amplia capacidad de adaptación a las necesidades de los lactantes. (American Academy of Padiatrics , 2017)

1.1.3. Lactancia Materna Precoz:

Consiste en el inicio de la lactancia de manera rápida, a más tardar en la primera hora después del nacimiento. Los procedimientos rutinarios como limpiar y pesar al niño se pueden realizar sin que los mismos interfieran con lactancia precoz. Es de gran importancia ya que “en la madre la lactancia temprana estimula las contracciones uterinas, disminuyendo el sangrado y por lo tanto el riesgo de anemia” (“Creciendo Sano,” 2015).

Se ha demostrado que el contacto piel a piel inmediatamente después del parto y hasta después que el bebé lacte por primera vez incrementa la probabilidad de que este siga lactando durante los primeros meses de vida; así mismo proporciona el momento oportuno para fortalecer el vínculo con la madre, lo que permitirá que el niño se sienta tranquilo y seguro, percibiendo el calor y los latidos del corazón de su mamá. (UNICEF, 2018)

1.1.4. Lactancia Materna Exclusiva:

Se refiere a que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos ni siquiera aguda, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos. (OMS, n.d.)

La lactancia materna debe ser el alimento exclusivo de los bebés durante los primeros seis meses de vida y complementaria al menos hasta los 2 años, ya que brinda a los lactantes y niños pequeños todos los nutrientes necesarios para un buen desarrollo cognitivo e intelectual. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), 2011)

1.2. Buenas prácticas de lactancia

La lactancia se establece en general en los primeros 30 días de vida del niño. Durante este período es muy importante amamantar a libre demanda para que las mamas respondan a los requerimientos del niño. En el caso de un niño de bajo peso al nacer, la madre debe despertarlo para alimentarlo si pasada las tres horas el niño no lo pide espontáneamente. Idealmente, se debe amamantar un mínimo de 8-10 veces en 24 horas hasta asegurar una tasa de crecimiento adecuada, entre 20 y 30 g/día en los primeros meses. (V, Valenzuela C, & Moore V, 2017)

1.3. Beneficios de la Lactancia Materna

Se considera que la Lactancia Materna es la forma más adecuada y natural de proporcionar nutrientes al bebé; la mayoría de las investigaciones internacionales recomiendan la lactancia exclusiva sin el uso de fórmulas infantiles u otros alimentos durante los primeros 6 meses de vida contribuye a un excelente desarrollo físico y mental óptico. (Buttle & Stuebe, 2018)

El principal estímulo para la producción de leche se inicia con la succión de niño o la niña lo cual favorece al aumento de los niveles sanguíneos de oxitocina y prolactina y dar lugar a la producción de leche.

La lactancia materna asegura al recién nacido la cantidad exacta de grasa, azúcares, agua y proteínas, proporcionándoles todos los nutrientes que necesita y contribuyendo a su crecimiento y desarrollo saludable. (UNICEF, 2018)

Continuar con la lactancia materna tiene muchas ventajas. En el niño promueve el desarrollo neurosensorial y agudeza visual, disminuye la incidencia de infecciones en especial digestivas y respiratorias, reduce el 50% de otitis media aguda y alergias; tanto que en la madre reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovarios, mantiene la amenorrea evitando otro embarazo, promueve la pérdida de peso siendo de esta manera una ventaja enorme para ambos. ("Creciendo Sano," 2015).

1.4. Lactancia en la madre separada del niño

La hospitalización de un niño o una madre no debería ser razón de separación. Siempre puede favorecerse el que permanezca juntos. Si no ocurre, se debe ayudar a la madre a que amamante o extraiga su leche al menos cada cuatro horas para darle al niño. (Organización Panamericana de la Salud , 2017)

El trabajo o estudio pueden ser otra razón de separación. Seguir la misma recomendación de extracción frecuente de leche. Esta puede ser manual o por bomba, ambas son eficientes si se practican bien. Lo importante es aprender la técnica y sacar leche algunas semanas previas

al trabajo y de esta forma tener reservas necesarias de leche para situaciones de emergencia. (V, Valenzuela C, & Moore V, 2017)

1.5. Cifras en el Ecuador de la Lactancia Materna

En nuestro país, solo el 39,6% de mujeres dan de lactar y el promedio de lactancia materna exclusiva es de tan solo 2 meses y medio. El porcentaje de niños/as que reciben lactancia es también mayor en la Sierra que en la Costa y es más del doble para hijos/as de madres indígenas que para los de las madres mestizas. (UNICEF ECUADOR, 2017)

1.6. Prácticas Alimentarias

1.6.1. Alimentación Complementaria

Se considera alimentación complementaria a cualquier alimento líquido, semilíquido o sólido distinto de la leche materna o de la fórmula adaptada (Perdomo Giraldi & De Miguel Durán, 2015)

Después de los 6 meses de edad, el lactante alimentado exclusivamente con leche materna se torna más difícil cubrir sus requerimientos solamente con la leche de su madre. Aproximadamente a esta edad, la mayoría de los lactantes han alcanzado el desarrollo suficiente que les permite recibir otros alimentos para completar la dieta en cantidad y calidad y no para sustituir la alimentación del pecho (Naranjo, 2016)

Cabe mencionar que para iniciar la alimentación complementaria se debe tener en cuenta varios factores involucrados en el éxito de una buena implementación, como: edad, capacidad del niño para la digestión y absorción de los diferentes nutrientes presentes en la dieta, habilidades sociales y motoras adquiridas, el medio socioeconómico en el que se encuentra, la incapacidad de leche materna y de las fórmulas lácteas infantiles capaces de asegurar un aporte energético adecuado. (Cuadros et al., 2017)

1.6.2. Requisitos de los alimentos complementarios

Los alimentos complementarios tienen que cumplir los siguientes requisitos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

- **Oportunos**, cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural, exclusiva y frecuente.
- **Adecuados**, deben proporcionar energía, proteínas, grasas, carbohidratos y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño/a en crecimiento.
- **Inocuos**, deben conservar, preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias y utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas.

- **Suficientes**, se deben dar en base a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentos; los alimentos deben ser adecuados para su edad.

1.7. Riesgo de la alimentación mixta

Se ha demostrado que al introducir una alimentación mixta es decir líquidos o alimentos con la leche materna en los bebés menores de seis meses de edad contribuye un riesgo en la salud del lactante, ya que aumenta la posibilidad de diarreas, enfermedades infecciosas. De igual manera la alimentación mixta conlleva a que el suministro de leche materna disminuya a medida que el bebé succiona menos el pecho. (Lactancia Materna, 2018)

1.8. La Nutrición y su influencia en el Desarrollo Neurológico

La introducción de nuevos alimentos a la dieta se base en el desarrollo neurológico al momento de decidir iniciar la alimentación complementaria; durante este proceso el lactante irá perdiendo los reflejos primarios como es el de extrusión de la lengua, que en un inicio lo protegían, al tiempo que gana capacidades necesarias para la alimentación de alimentos no líquidos como la leche materna y las fórmulas lácteas infantiles. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

1.9. Alimentación Saludable

La alimentación tiene una dimensión cultural, familiar y social que deben ser consideradas y respetadas, en un contexto de salud global. Si bien el mejor indicador de adecuación dietaria es un crecimiento pondo-estatural en rango normal, no siempre este refleja una adecuada calidad y hábitos de alimentación, necesarios de monitorizar y guiar desde el inicio. (V, Valenzuela C, & Moore V, 2017)

1.10. Comidas y socialización del niño

El inicio de la alimentación complementaria del niño empieza por varios procesos de aprendizaje en el que, viendo, sintiendo, oliendo y probando nuevas texturas, sabores y olores estimulan su crecimiento y desarrollo; por lo tanto, en gran medida se debe tratar que este proceso sea agradable y lo suficientemente variable para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. (UNICEF, 2018)

1.11. Momentos claves en el proceso de transición

1.11.1. De los 2 a los 5 meses de edad

Desde los 2 meses de observa mayor espaciamiento y acortamiento de las mamadas. Se recomienda amamantar de un lado hasta el final y luego continuar con el otro pecho si lo requiere. Se debe anticipar la crisis transitoria del lactante, que ocurre entre el 2º y 3º mes cuando la madre siente que el niño se queda con hambre. La recomendación es incrementar

la frecuencia de amamantamiento respondiendo a las demandas del niño. (V, Valenzuela C, & Moore V, 2017).

Si recibe fórmula, se debe preguntar detalladamente los contenidos de la mamadera, cómo la preparan y ofrecer a la madre la posibilidad de reincidir lactancia. Se recomienda retardar el inicio de los sólidos hasta el 6° mes. Su indicación es variable y depende del desarrollo del niño. Se busca que esté desaparecido el reflejo de protrusión de la lengua hasta el paladar para empujar la comida hacia atrás. Además, el niño debe ser capaz de mantener la cabeza y el tronco erguido al sentarlo con apoyo y manifestar deseo de comer abriendo la boca al ver la cuchara. (“Creciendo Sano,” 2015)

Un niño de 5 meses alimentado solo con fórmula puede comenzar con la introducción de sólidos. Sin embargo, en un niño alimentado con leche materna exclusiva se prefiere siempre iniciar los sólidos a partir de los 6 meses de edad. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2018)

La introducción de sólidos se inicia con un almuerzo de puré de verduras mixtas con carne sin grasas (pollo, pavo o vacuno) y papillas que pueden ser de cereales sin gluten, jugo de frutas no cítricas (guineo, papaya, manzanada). Cuando ya está acostumbrando a estas papillas, se debe introducir tubérculos como papa, yuca y zanahoria blanco, así como la yema de huevo (Ministerio de Salud Pública & Nutrición, 2013).

1.11.2. De los 6 a los 11 meses de edad del niño

Cercano a los 6 meses, el lactante está en condiciones de realizar el primer gran cambio en su alimentación, es mismo no debe ser forzado, sino que acorde al desarrollo psicomotor del niño. En este sentido ya debe estar con un buen sostén cefálico y de tronco, ser capaz de abrir la boca al ofrecer una cucharada y deglutir sin dificultad la comida sólida, habiendo desaparecido el reflejo de protrusión de la lengua. (Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada, 2019).

En niños alimentados con fórmulas se debe indicar el cambio en su preparación, ajustándolo a los requerimientos de la edad. La alimentación sólida debe tener verduras, carnes y frutas, asegurando un aporte balanceado de calorías, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y fibra. La consistencia debe ser adecuada al desarrollo psicomotor y dentición. (Revista Chilena de Pediatría , 2018)

Se debe recomendar activamente a los padres la introducción de agua pura en la dieta, al mismo tiempo que desaconsejar el uso de líquidos azucarados como jugos y bebidas, de igual forma se recomienda horarios y lugar establecidos para alimentar al niño, evitando “picoteos” entre las comidas e introducción de golosinas. (Martínez, Cantarero, & Espín, 2018)

1.11.3. De los 12 a los 24 meses de edad del niño

A partir del año de edad se recomienda comenzar a incorporar a las comidas de la casa: ensaladas cocidas, legumbres, pescado, huevos y variedad de cereales. La comida es un buen momento para compartir, permite que los niños se incorporen a la vida familiar y aunque pueden mostrar preferencia por ciertas comidas, se recomienda con paciencia educarlos a comer una comida variada y no solo sus comidas preferidas. (V, Valenzuela C, & Moore V, 2017)

Se debe reforzar el hábito de alimentación, con dos comidas con postre (frutas crudas), evitando comidas fuera de horas, golosinas, jugos o bebidas. Es aconsejable que el niño se acostumbre a tomar agua y también que a medida que va creciendo aprenda a comer por sí mismo. Se debe reforzar que pruebe la mayor variedad de alimentos posible. (Cuadros et al., 2017)

Si recibe lactancia materna se debe asegurar que la reciba en forma ordenada, tres veces al día, no durante la noche y que no interfiera con la alimentación sólida. Si recibe fórmula, indicar 2-3 mamaderas, con volúmenes de 250 ml con leche al 10%, cereal al 3% y azúcar al 2,5% dependiendo del estado nutricional del niño. (V, Valenzuela C, & Moore V, 2017)

1.11.4. De los 24 a los 36 meses de edad del niño

A los 2 años, el niño debe haber completado el destete y debe estar consumiendo la comida habitual de la casa. Es importante reforzar la incorporación de ensaladas variadas de frutas como postre y la ingesta de agua durante el día, en lugar de jugos o bebidas. Se debe cuidar que los momentos de las comidas sean agradables y favorezcan la conversación. (Turquez Marco, 2015)

Algunas recomendaciones específicas en esta etapa son:

Leche semidescremada: Dos porciones de 250ml/día, o descremada en caso de sobrepeso u obesidad. No requiere cereales ni azúcar si el peso es adecuado. Los saborizantes se pueden utilizar para mejorar la aceptación. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2018)

Dos comidas diarias variadas, que incluyan diferentes alimentos: verduras, carnes magras, legumbres, frutas, cereales y grasa de preferencia de origen vegetal. Las proporciones de alimentos deben ser de un tamaño adecuado a la edad y actividad del niño para evitar un excesivo aporte de energía. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2018)

2. Desarrollo Psicomotor

El seguimiento del desarrollo de los niños durante los primeros años de vida extrauterino es fundamental, ya que es en esta etapa que el tejido nervioso crece y madura, por lo tanto, está más expuesto a sufrir daño. Debido a su gran plasticidad, es también en este tiempo cuando el niño responde más a las terapias y a los estímulos que recibe del medio ambiente. (Consuelo , Neves, & Graciela , 2011)

Es de esta manera que se ha definido al Desarrollo Psicomotor:

Al proceso continuo que va de la concepción a la madurez, con una secuencia similar en todos los niños, pero con un ritmo variable. Mediante este proceso el niño adquiere habilidades en distintas áreas: lenguaje, motora, manipulativa y social, que le permiten una progresiva independencia y adaptación al medio. El desarrollo Psicomotor depende de la maduración correcta del sistema nervioso central (SNC), de los órganos de los sentidos y de un entorno psicoafectivo adecuado y estable. (Asunción & Pérez, 2016)

2.1 Desarrollo neurológico

El desarrollo psicomotor tiene su sustrato fisiológico indispensable en la maduración de todo el sistema nervioso. Esto comprende el cerebro, cerebelo, tronco cerebral, médula espinal, así como los nervios periféricos, incluidos los de los sentidos (oído, tacto, visión, etc.). El sistema nervioso constituye un conglomerado de neuronas y de células auxiliares. El crecimiento del cerebro y maduración de manera lenta y progresiva establece conexiones entre sí similares a un circuito que son la base de la adquisición de funciones motoras y cognitivas. (Cruz Saéz, 2017)

Para alcanzar un crecimiento cerebral normal es necesario una adecuada nutrición que lleve a un normal crecimiento físico del niño y la importante influencia de un ambiente favorable, a través de estimulación, interacción social, con su familia, la cultura y la comunidad.

2.2. Factores que influyen en el desarrollo del niño

El desarrollo psicomotor es el resultado de la interacción entre el niño y su ambiente. En el niño están sus componentes biológicos que son su potencial genético heredado de sus progenitores, su temperamento y la indemnidad orgánica y funcional del sistema nervioso y de todo su organismo. El ambiental en el cual vive el niño, para ser apropiado y contribuir a un desarrollo normal. (V, Valenzuela C, & Moore V, 2017)

El proceso psicomotor del niño se puede ver afectado si el ambiente falla en proporcionar las condiciones básicas para su óptimo desarrollo. Por el contrario, un ambiente generoso y rico en estímulo, puede contribuir positivamente a alcanzar un mejor desarrollo en niños con discapacidad física e incluso mental. (Roche , 2017)

2.3. Márgenes de normalidad

Según los factores genéticos, cada niño llevará su propio proceso de desarrollo, más rápido o más lento. No por ser más precoz desde un punto de vista motriz el niño va a ser más inteligente. Los márgenes son amplios, y en cada uno deberemos valorar su propio curso de desarrollo y la capacidad que tenga el niño de adquirir nuevas habilidades sobre todo en el área de la motricidad y el lenguaje. (Roche , 2017)

2.4. Signos de alarma en el desarrollo psicomotor

Son retrasos cronológicos significativos en la aparición de adquisiciones del desarrollo global o de un área específica, para la edad del niño. De igual manera se debe considerar como signos de alarma la persistencia de patrones que deberían haber desaparecido, la existencia de signos anómalos a cualquier edad o de signos que son anómalos a partir de una edad concreta. Por ende, se debe recordar que un signo de alarma no presume la existencia de un problema, pero obliga a la realización de un examen y seguimiento oportuno. (Asunción & Pérez, 2016).

2.5. Riesgos en el desarrollo psicomotor

Se considera que un niño se encuentra en riesgo desde el punto de vista neurológico aquél que por sus factores prenatales, perinatales, nacidos prematuros o habiendo presentado alguna enfermedad neonatal, puede conllevar riesgo de afectación neurológica en su desarrollo. Si ese niño no es controlado en una unidad específica, el pediatra es la persona idónea para detectar lo que podrían ser signos de sospecha. (Pediatria Integral Anda Lucia , 2016)

2.6. Hitos del desarrollo en los primeros años de edad

Los hitos del desarrollo se han dividido clásicamente en cuatro grandes grupos:

- **Motor grueso:** tiene como finalidad alcanzar el movimiento voluntario e independiente del niño.
- **Motor fino y visión:** se refiere al uso de las extremidades superiores para manipular el entorno
- **Lenguaje, audición y comunicación:** define como la representación de ideas y pensamientos a través de signos culturalmente aceptados para el adecuado intercambio de ideas entre las personas.
- **Social, emocional y comportamiento:** corresponden a los aspectos psicológicos del desarrollo

2.7. Desarrollo psicomotor normal en las distintas edades

El niño de 1 mes: Lo más importante es ver su actividad espontánea, actitud basal, el fijar su mirada y el atender a sonidos de frente.

De los 3 a los 4 meses de edad: el niño consolida y enriquece sus adquisiciones, desarrollando ya una manipulación más activa y directa. Es capaz de girar su cabeza a uno y otro lado ante el entorno; inicia la búsqueda progresiva de sonidos a la altura de la cabeza. Parlotea, emite grititos de placer y después ríe fuertemente. Camino de los 5-6 meses le va a gustar estar más incorporado al ambiente; jugará con sus pies, pero también se proyectará más abiertamente hacia lo que le rodea. (Centro de enseñanza del embarazo , 2015)

A los 6 meses de edad: El niño adquiere totalmente la sedestación libre, el cambio de decúbitos y la reptación. Intenta coger objetos desde la sedestación inclinándose o girando su cuerpo. Imita sonidos para llamar la atención o que riamos con él. Localiza sonidos a distinto nivel que su cabeza. (Iceta, 2017)

A los 9 meses de edad: Los siguientes meses son de fortalecimiento de la posición de bipedestación, para más tarde iniciar la marcha. Se gira lateralmente en sedestación para coger objetos; desarrollará después el gateo. Se inicia la oposición del pulgar y luego la pinza. Imita gestos graciosos. Comprende el significado de la palabra no y atiende a su nombre. (Roche , 2017)

Al 1 año de edad: el niño se relaciona bien a través de juegos, le gusta que le ofrezcan objetos que se muevan y caigan, su manipulación es precisa lo cual nos permite explorar incluso su tono y fuerza muscular, reflejos osteotendinosos y pares craneales. A esta edad el niño comienza a dar sus primeros pasos con ayuda de sus padres, también comienza la marcha lateral que hace él solo, pero apoyándose; además son capaces de agacharse y volverse a levantar sin caerse. (Organización Panamericana de la Salud , 2017)

A los 2 a 3 años de edad: A partir de esta edad el niño se mueve con soltura: anda, corre deprisa, gira, salta, sube y baja escaleras el solo; tiene buena rotación de muñeca lo que le facilita abrir, cerrar las puertas, ponerse sus zapatos, hacer garabatos a los 2 años y el cuerpo humano a los 3, hace torres de 6 y 8 cubos, encaja elementos, diferencia y conoce 2 a 4 colores. En cuanto al lenguaje utiliza enseguida cada palabra nueva que aprende, llega a comprender hasta 500 palabras y frases sencillas. (V, Valenzuela C, & Moore V, 2017)

CAPITULO II

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la influencia de las prácticas alimentarias en el desarrollo psicomotor de los niños atendidos en el Centro de Salud N.º 1- Loja en el año 2018

Objetivo específico:

- I. Caracterizar socio demográficamente el entorno familiar de los niños atendidos en el Centro de Salud N°1.
- II. Establecer las prácticas alimentarias utilizando las normas de alimentación para niños de 0 a 3 años del Ministerio de Salud Pública (MSP)
- III. Evaluar el desarrollo psicomotor en los preescolares atendidos en el Centro de Salud N°1.

CAPITULO III
METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Estudio

El siguiente trabajo de investigación es de tipo no experimental, la finalidad del estudio es de tipo cuantitativo, analítico, la secuencia temporal es transversal ya que recolecta datos en un momento dado y tiene como propósito describir situaciones y eventos en un tiempo único.

3.1.1. Descripción del área del estudio

El siguiente estudio fue realizado en la ciudad de Loja en el Centro de Salud N°-1, ubicado en la calle Avenida Universitaria y José Flores Rodríguez esquina.

El centro de Salud N° 1-Loja tiene como objetivo garantizar una atención de calidad y calidez a la población que tiene a su cargo, contando con profesionales altamente capacitados en diferentes áreas para contribuir al bienestar de la población en general.

3.2. Universo y muestra

3.2.1. Universo

El universo a estudiar en el presente trabajo de investigación corresponde a 60 niños de 0 a 36 meses de edad atendidos en el Centro de Salud N°1-Loja.

3.2.2. Muestra n=60

En el trabajo de investigación se tomará como muestra al universo que corresponde a los 60 niños de 0 a 36 meses de edad, beneficiarios en el Centro de Salud N°1-Loja, obtenida mediante el programa feedbacknetworks.

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

3.2.3. Tipo de Muestreo

No Probabilístico

3.2.4. Criterios de inclusión

- Los niños menores de tres años de edad atendidos en el Centro de Salud N°1-Loja
- Niños cuyas madres aceptan participar en el proyecto

3.2.5. Criterios de exclusión

- Niños con algún diagnóstico de discapacidad física o intelectual.
- Niños mayores de 3 años
- Niños cuyas madres no desean ingresar en el estudio

3.3. Métodos e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Método

Se lo realizó mediante la aplicación de encuestas (Anexo 1) a los encargos del cuidado de los preescolares y la valoración del desarrollo psicomotor se procedió a utilizar el Test de Denver II (Anexo 2)

3.3.2. Instrumento

- Aplicación de encuestas mediante la cual se valora el estado sociodemográfico de los preescolares, así como las prácticas alimentarias.
- Hoja de evaluación del Test de Denver

3.3.3. Procedimiento

Para la aplicación de la encuesta en este estudio se realizó la revisión y corrección de la misma con un profesional pediatra de una unidad operativa del 11D01-Loja Salud, quien recomendó que tomando en cuenta que la encuesta se formuló en base a la Protocolos y Normas de alimentación del MSP, donde se indica que para adecuado debe alcanzarse lo mínimo que menciona la guía y si no cumple con lo mínimo se debería integrar otras categorías para evitar la polarización o exclusión de los datos, añadiéndose los parámetros de intermedio e inadecuado. Además de esto se hizo una prueba piloto, en la que se aplicó la encuesta a madres de niños mayores de 3 años atendidos en el centro de Salud N° 1, con lo que se efectuaron los ajustes necesarios a la encuesta.

De igual manera se aplicó el Test de Denver a los preescolares en la cual se analizó las cuatro áreas a evaluar: motor grueso, motor fino, lenguaje y personal social. Se procedió a calificar el desarrollo psicomotor de la siguiente forma:

- **ANORMAL:** cuando hay 1 o 2 sectores con dos o más fallos
- **DUDOSA:** cuando hay 2 o más sectores con un solo fallo
- **NORMAL:** cuando no existía fallo alguno.

El tiempo aplicado para la realización del Test de Denver fue de aproximadamente 30 minutos por niño, los cuales se fueron evaluando por semana entre los meses de noviembre del 2018 y mayo del 2019.

3.3.4. Plan de tabulación y análisis

Una vez obtenida la base de datos se procede a la utilización del programa IBM SPSS Statistic, para analizar la relación de las variables del estudio. Mediante el mismo se obtiene un desglose de los resultados tanto en frecuencia como en porcentaje de la población en estudio y para valorar la significancia estadística de los datos se utilizó la prueba no paramétrica Chi-cuadrado.

3.3.5. Recursos y presupuesto

3.3.5.1. Recursos humanos

Para la realización de mi proyecto se contará con la ayuda y autorización de los niños a evaluar y de los padres de familia de los infantes de dicho Centro de Salud N°1; de igual forma si es posible con el personal que labora en la institución (enfermeras, médicos, personal administrativo).

3.3.5.2 Recursos materiales

Utilización de materiales para desarrollar encuestas (hojas), kit de test de Denver que se va a evaluar de acuerdo a la edad mental y cronológica de los niños/as.

3.4. Definición y operativización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Caracterización socio demográfica del entorno familiar de los niños	Características sociales y demográficas de las personas que comparten el espacio donde	Sociales	Escolaridad	Sin instrucción Básica Bachillerato Superior Técnico

	se desarrollan las habilidades y capacidades del niño para su integración al mundo social.		Ocupación	Empleado Desempleado
			Demográficas	Sexo
		Edad		15 a 19 años 20 a 35 años 36 a 45 años 46 y más
		Estado civil		Soltero Casado Unión libre Viuda Divorciada
Prácticas alimentarias según normas de alimentación para niños de 0 a 3 años del MSP	Conjunto de prácticas referentes a la alimentación del niño adecuadas para su edad sugeridas por el ente rector de salud del país	De 0 a 6 meses	Inicio de lactancia materna (Apego precoz) Niños que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento. Lactancia materna exclusiva	Si NO 1,2,3,4,5,6 meses

		De 6 a 8 meses	(Lactantes de 0 a 6 meses de edad, alimentados exclusivamente con leche materna)	<p>Adecuado: 1 vez al día 3 a 5 veces por semana</p> <p>Intermedio: 2 veces a la semana</p> <p>Inadecuado: 1 0 menos veces a la semana</p>
		De 6 a 23 meses	<p>Introducción de alimentación complementaria</p> <p>(Lactantes de 6 a 8 meses que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves)</p>	<p>Adecuado: 3 a 5 veces al día</p> <p>Intermedio: 1 a 2 veces al día</p> <p>Inadecuado: Rara vez o nunca</p>
		De 12 a 24 meses	<p>Tipo de alimentación</p> <p>(Diversidad alimentaria: Niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de 4 o mas grupos alimentarios el número mínimo de veces o más)</p>	<p>6,7,8,9,10,11,12 meses</p> <p>Adecuado: 3 a 5 veces al día</p> <p>Intermedio: 1 a 2 veces al día</p>

			<p>Lactancia materna continua</p> <p>(Niños de 12 a 24 meses de edad que son amamantados).</p> <p>Tipo de alimentación</p> <p>(Diversidad alimentaria:</p> <p>Niños de 24 a 36 meses de edad que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios el número mínimo de veces o más)</p>	Inadecuado: Rara vez o nunca
		De 24 a 36 meses		
Desarrollo psicomotor en los preescolares	Habilidades que los niños adquieren de forma progresiva, secuencial y coordinada	Área Personal Social	Adaptación del niño con otras personas y el cuidado de sí mismo	P (pasó) si el niño realiza la tarea

CAPITULO IV
RESULTADOS

Resultado 1: caracterización de la población estudiada

Tabla 1. Población de niños en el Centro de Salud N°1- Loja en relación edad- sexo

Tabla 1. Edad y sexo de los niños

			SEXO NIÑO		
			Hombre	Mujer	Total
EDAD NIÑO	0-5 meses	Recuento	3	9	12
		% del total	5,0%	15,0%	20,0%
	6-8 meses	Recuento	4	6	10
		% del total	6,7%	10,0%	16,7%
	9-11 meses	Recuento	4	2	6
		% del total	6,7%	3,3%	10,0%
	12-23 meses	Recuento	9	11	20
		% del total	15,0%	18,3%	33,3%
	24-36 meses	Recuento	9	3	12
		% del total	15,0%	5,0%	20,0%
Total		Recuento	29	31	60
		% del total	48,3%	51,7%	100,0%

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja
Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza.

Interpretación: Se observa que de la población de 60 niños/as el grupo más grande de investigación fueron los niños de 12-23 meses de edad predominando el sexo masculino.

Tabla 2. Personas encargadas del cuidado de los niños del Centro de Salud N°1-Loja en relación con el sexo

Tabla 2. Con quien vive el niño y sexo de cuidador

			SEXO CUIDADOR		
			Hombre	Mujer	Total
CON QUIEN VIVE NIÑO	Madre	Recuento	0	18	18
		% del total	0,0%	30,0%	30,0%
	Ambos	Recuento	1	40	41
		% del total	1,7%	66,7%	68,3%
	Fam. Paterno	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,7%	1,7%
Total		Recuento	1	59	60
		% del total	1,7%	98,3%	100,0%

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja
Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza.

Interpretación: Los resultados muestran que, del total de niños, el 68,3% (41) viven con ambos padres, siendo el sexo femenino el que está a cargo del niño en la mayoría de tiempo con un 66,7% (40); mientras que el 1,7% (1) es solamente del sexo masculino.

Tabla 3. Grado de instrucción del cuidador encargado de la atención de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Tabla 3. Escolaridad cuidador y ocupación del cuidador

		OCUPACIÓN CUIDADOR			
			Empleado	Desempleado	Total
ESCOLARIDAD	Sin Instrucción	Recuento	1	0	1
CUIDADOR		% del total	1,7%	0,0%	1,7%
	Básica	Recuento	2	6	8
		% del total	3,3%	10,0%	13,3%
	Bachillerato	Recuento	7	21	28
		% del total	11,7%	35,0%	46,7%
	Superior	Recuento	13	9	22
		% del total	21,7%	15,0%	36,7%
	Técnica	Recuento	1	0	1
		% del total	1,7%	0,0%	1,7%
Total		Recuento	24	36	60
		% del total	40,0%	60,0%	100,0%

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza.

Interpretación: Los resultados muestran que la mayoría de los cuidadores de los niños son desempleados con un 60,0% (36), y con un nivel de Instrucción de Bachillerato 46,7% (28).

Tabla 4. Estado civil y edad de las personas encargadas del cuidado del Centro de Salud N° 1- Loja

Tabla 4. Edad cuidador y estado civil cuidador

		ESTADO CIVIL CUIDADOR						
			Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Unión Libre	Total
EDAD	15-19 años	Recuento	2	0	0	0	2	4
CUIDADOR		% del total	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	6,7%
	20-35 años	Recuento	9	22	1	1	16	49
		% del total	15,0%	36,7%	1,7%	1,7%	26,7%	81,7%
	36-45 años	Recuento	2	2	0	0	2	6
		% del total	3,3%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%	10,0%
	46 años y más	Recuento	0	1	0	0	0	1
		% del total	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%
Total		Recuento	13	25	1	1	20	60
		% del total	21,7%	41,7%	1,7%	1,7%	33,3%	100,0%

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que la mayoría de los cuidadores se encuentran en edades comprendidas entre 20-35 años 81,7% (49); y además se evidencia que el estado civil que predomina es el casado en un 41,7% (25).

Resultado 2: prácticas alimentarias utilizando las normas de alimentación para niños de 0 a 3 años

Tabla 5. Inicio Temprano de la Lactancia Materna en los niños del Centro de Salud N° 1- Loja.

Tabla 5. Lactancia a la Primera Hora (Apego Precoz)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Si	52	86,7	86,7
	No	8	13,3	13,3
	Total	60	100,0	100,0

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados nos muestran que el 86,7% (52) de los niños recibieron lactancia materna a la primera hora de vida, mientras que el 13,3% (8) no la recibieron.

Tabla 6. Lactancia Materna exclusiva de los niños del Centro de Salud N°1- Loja

Tabla 6. Lactancia Materna exclusiva

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Si	52	86,7	86,7
	No	8	13,3	13,3
	Total	60	100,0	100,0

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que el 86,7% (52) de los niños recibieron lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, mientras que el 13,3% (8) no la recibieron.

Tabla 7. Lactancia materna continua en los niños del Centro de Salud N°1- Loja

Tabla 7. Sexo niño y lactancia materna continua (hasta que edad)

			LACTANCIA MATERNA CONTINUA (HASTA QUE EDAD)								Total
			3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	8 meses	9-11 meses	12-24 meses	
SEXO NIÑO	Hombre	Recuento	1	0	3	1	3	1	5	15	29
		% del total	1,7%	0,0%	5,0%	1,7%	5,0%	1,7%	8,3%	25,0%	48,3%
	Mujer	Recuento	3	4	3	3	2	2	4	10	31
		% del total	5,0%	6,7%	5,0%	5,0%	3,3%	3,3%	6,7%	16,7%	51,7%
Total		Recuento	4	4	6	4	5	3	9	25	60
		% del total	6,7%	6,7%	10,0%	6,7%	8,3%	5,0%	15,0%	41,7%	100,0%

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que el 41,7% (25) de los niños entre 12-24 meses recibieron lactancia materna continua y en su mayoría son de sexo masculino 25,0 % (15).

Tabla 8. Tipo de alimentación en los niños de 6 a 8 meses de edad del Centro del Salud N° 1-Loja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Adecuado	38	63,3	63,3
	Intermedio	10	16,7	16,7
	N/A	12	20,0	20,0
	Total	60	100,0	100,0

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que los niños de edades comprendidas entre 6-8 meses de edad un 63,3% (38) tuvieron una alimentación adecuada con la introducción de semisólidos para la edad.

Tabla 9. Tipo de alimentación en los niños de 9 a 11 meses de edad del Centro de Salud N° 1-Loja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Adecuado	28	46,7	46,7
	Intermedio	11	18,3	18,3
	N/A	21	35,0	35,0
	Total	60	100,0	100,0

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que los niños de edades comprendidas entre 9-11 meses de edad un 46,7% (28) tuvieron una alimentación adecuada.

Tabla 10. Tipo de alimentación en los niños de 12-23 meses de edad del Centro de Salud N° 1-Loja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Adecuado	23	38,3	38,3
	Intermedio	9	15,0	15,0
	N/A	28	46,7	46,7
	Total	60	100,0	100,0

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que los niños de edades comprendidas entre 12-23 meses de edad un 38,3 (23) tuvieron una alimentación adecuada.

Tabla 11. Tipo de alimentación en los niños de 24-36 meses de edad del Centro de Salud N° 1-Loja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Adecuado	11	18,3	18,3
	Intermedio	1	1,7	1,7
	N/A	48	80,0	80,0
	Total	60	100,0	100,0

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que los niños de edades comprendidas entre 24-36 meses de edad un 18,3% (11) tuvieron una alimentación adecuada para la edad.

Resultado 3: resultados de la evaluación completa del test de Denver en los niños del centro de Salud N°1-Loja

Tabla 12. Análisis de la prueba de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja

			SEXO NIÑO		
			Hombre	Mujer	Total
Denver	Normal	Recuento	27	29	56
		% del total	45,0%	48,3%	93,3%
	Dudoso	Recuento	2	2	4
		% del total	3,3%	3,3%	6,7%
Total	Recuento		29	31	60
	% del total		48,3%	51,7%	100,0%

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que la totalidad de los niños del Centro de Salud N°1-Loja presentaron un test de Denver normal con un 93,3% (56); de los cuales un 48,3% (29) fueron mujeres y el 45,0% (27) fueron hombres; en contraste con un 6,7% (4) mostraron un test de Denver dudoso.

Relación de las prácticas alimentarias y el Desarrollo de Denver

Tabla 13. Relación de la lactancia precoz y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja

Tabla 13. Lactancia en la primera hora (apego precoz) y Denver

			Denver		
			Normal	Dudoso	Total
LACTANCIA EN LA PRIMERA HORA (APRGO PRECOZ)	Si	Recuento	50	2	52
		% del total	83,3%	3,3%	86,7%
	No	Recuento	6	2	8
		% del total	10,0%	3,3%	13,3%
Total	Recuento		56	4	60
	% del total		93,3%	6,7%	100,0%

	LACTANCIA EN LA PRIMERA HORA (APRGO PRECOZ)		Denver
Chi-cuadrado	32,267 ^a		45,067 ^a
Gl	1		1

Sig. Asintótica ,000 ,000

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja
Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que la mayoría de los niños que tuvieron apego precoz, la prueba de Denver fue normal con un 83,3% (50) y de acuerdo con el chi cuadrado, la relación lactancia precoz y el desarrollo psicomotor es fuerte y tiene significancia ya que menor a 0.05.

Tabla 14. Relación de la lactancia materna exclusiva y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja

Tabla 14. Lactancia materna exclusiva y Denver

			Denver		
			Normal	Dudoso	Total
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Si	Recuento	52	0	52
		% del total	86,7%	0,0%	86,7%
	No	Recuento	4	4	8
		% del total	6,7%	6,7%	13,3%
Total	Recuento		56	4	60
	% del total		93,3%	6,7%	100,0%

	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Denver
Chi-cuadrado	32,267 ^a	45,067 ^a
Gl	1	1
Sig. asintótica	,000	,000

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja
Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que la mayoría de los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva, la prueba de Denver fue normal con un 86,7% (52) y de acuerdo con el chi cuadrado, la relación lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotor es fuerte y tiene significancia ya que menor a 0.05.

Tabla 14. Relación de la lactancia materna continua y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja

			Tabla 14. Lactancia materna continua (hasta que edad) y Denver		
			Denver		Total
			Normal	Dudoso	
LACTANCIA MATERNA	3 meses	Recuento	4	0	4
CONTINUA (HASTA QUE EDAD)		% del total	6,7%	0,0%	6,7%
	4 meses	Recuento	4	0	4
		% del total	6,7%	0,0%	6,7%
	5 meses	Recuento	4	2	6
		% del total	6,7%	3,3%	10,0%
	6 meses	Recuento	3	1	4
		% del total	5,0%	1,7%	6,7%
	7 meses	Recuento	4	1	5
		% del total	6,7%	1,7%	8,3%
	8 meses	Recuento	3	0	3
		% del total	5,0%	0,0%	5,0%
	9-11 meses	Recuento	9	0	9
		% del total	15,0%	0,0%	15,0%
	12-24 meses	Recuento	25	0	25
		% del total	41,7%	0,0%	41,7%
Total		Recuento	56	4	60
		% del total	93,3%	6,7%	100,0%

Estadísticos de prueba

	LACTANCIA MATERNA CONTINUA (HASTA QUE EDAD)	Denver
Chi-cuadrado	49,867 ^a	45,067 ^b
GI	7	1
Sig. Asintótica	,000	,000

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que la mayoría de los niños que recibieron lactancia materna continua hasta los 12-24 meses de edad, la prueba de Denver fue normal con un 93,3% (56) y de acuerdo con el chi cuadrado, la relación lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotor es fuerte y tiene significancia ya que menor a 0.05.

Tabla 15. Relación de la alimentación de 6 a 8 meses y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja

		Tabla 15. cruzada 6-8 MESES y Denver			
		Denver		Total	
		Normal	Dudoso		
6-8 MESES	Adecuado	Recuento	36	2	38
		% del total	60,0%	3,3%	63,3%
	Intermedio	Recuento	8	2	10
		% del total	13,3%	3,3%	16,7%
	N/A	Recuento	12	0	12
		% del total	20,0%	0,0%	20,0%
Total	Recuento	56	4	60	
	% del total	93,3%	6,7%	100,0%	

Estadísticos de prueba

	6-8 MESES	Denver
Chi-cuadrado	24,400 ^a	45,067 ^b
GI	2	1
Sig. Asintótica	,000	,000

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que los niños encuestados el 63,3% (38) recibieron una alimentación adecuada de los cuales un 60,0% (36) mostraron un test de Denver normal y un 3,3% (2) tuvieron un test de Denver dudoso; mientras que el 16,7% (10) tuvieron una alimentación intermedia de ellos un 13,3% (8) mostraron un test de Denver normal y el 3,3% (2) obtuvo un test de Denver dudoso.

Tabla 16. Relación de la alimentación de 9 a 11 meses y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja

			Denver		Total
			Normal	Dudoso	
9-11 MESES	Adecuado	Recuento	27	1	28
		% del total	45,0%	1,7%	46,7%
	Intermedio	Recuento	8	3	11
		% del total	13,3%	5,0%	18,3%
	N/A	Recuento	21	0	21
		% del total	35,0%	0,0%	35,0%
Total	Recuento	56	4	60	
	% del total	93,3%	6,7%	100,0%	

	9-11 MESES	Denver
Chi-cuadrado	7,300 ^a	45,067 ^b
Gl	2	1
Sig. Asintótica	,026	,000

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja
Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que los niños encuestados el 46,7% (28) recibieron una alimentación adecuada de los cuales un 45,0% (27) mostraron un test de Denver normal y un 1,7% (1) tuvieron un test de Denver dudoso; mientras que el 18,3% (11) tuvieron una alimentación intermedia de ellos un 13,3% (8) mostraron un test de Denver normal y el 5,0% (3) obtuvieron un test de Denver dudoso.

Tabla 17. Relación de la alimentación de 12 a 23 meses y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja

			Denver		Total
			Normal	Dudoso	
12-23 MESES	Adecuado	Recuento	23	0	23
		% del total	38,3%	0,0%	38,3%
	Intermedio	Recuento	5	4	9
		% del total	8,3%	6,7%	15,0%

	N/A	Recuento	28	0	28
		% del total	46,7%	0,0%	46,7%
Total		Recuento	56	4	60
		% del total	93,3%	6,7%	100,0%

	12-23 MESES	Denver
Chi-cuadrado	9,700 ^a	45,067 ^b
GI	2	1
Sig. Asintótica	,008	,000

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que los niños encuestados el 38,3% (23) recibieron una alimentación adecuada de los cuales un 38,3% (23) mostraron un test de Denver normal; mientras que el 15,0% (9) tuvieron una alimentación intermedia de ellos un 8,3% (5) mostraron un test de Denver normal y el 6,7% (4) obtuvieron un test de Denver dudoso.

Tabla 18. Relación de la alimentación de 24 a 36 meses y test de Denver de los niños del Centro de Salud N°1- Loja

			Denver		Total
			Normal	Dudoso	
24-36 MESES	Adecuado	Recuento	11	0	11
		% del total	18,3%	0,0%	18,3%
	Intermedio	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,7%	1,7%
	N/A	Recuento	45	3	48
		% del total	75,0%	5,0%	80,0%
Total		Recuento	56	4	60
		% del total	93,3%	6,7%	100,0%

	24-36 MESES	Denver
Chi-cuadrado	61,300 ^a	45,067 ^b
GI	2	1
Sig. Asintótica	,000	,000

Fuentes: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños del Centro de Salud N°1-Loja

Elaborado por: Sandy Gabriela Tandazo Chicaiza

Interpretación: Los resultados muestran que los niños encuestados el 18,3% (11) recibieron una alimentación adecuada de los cuales un 18,3% (11) mostraron un test de Denver normal; mientras que el 1,7% (1) tuvieron una alimentación intermedia de ellos un 1,7% (1) tuvieron un test de Denver dudoso.

DISCUSIÓN

En base a datos publicados por UNICEF para el 2017, el 42 % de niños a nivel mundial tuvieron acceso a leche materna dentro de la primera hora después del nacimiento, mientras que los niños de 0 a 5 meses, solamente el 41% fueron amamantados exclusivamente. Los niños que se hallan entre los 12 a 15 meses de edad el 75% recibieron lactancia materna continua, descendiendo a un 45% para aquellos niños cuya edad se hallaba entre los 20 a 23 meses de edad. Por otro lado, se establece que el 69% de niños de 6 a 8 meses recibieron una alimentación adecuada por medio de la ingesta de alimentos sólidos, semisólidos o blandos; mientras que, de todos los niños de 6 a 23 meses de edad, el 51% mantuvieron una frecuencia de comidas mínima, un 25 % una diversidad de dieta mínima y 16 % un mínimo de dieta aceptable. (United Nations Childrens Fund, 2018)

Estos datos difieren de los datos obtenidos en la presente investigación, donde se observa que para el caso de los niños que recibieron lactancia materna durante la primera hora de vida, como para aquellos que recibieron la lactancia exclusiva, estos indicadores duplican a los valores de las estadísticas mundiales, llegando a un 86,7% en ambos casos. Además, el indicador para la prevalencia de lactancia materna exclusiva obtenido en nuestra investigación, se encuentra por encima de lo establecido en la meta número 16 del primero objetivo (Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas) del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2023, que establece: “Aumentar del 54,6% (OPS 2017) al 64%, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, al 2021”. (Plan Nacional de Desarrollo, 2017)

Para el caso de la lactancia materna continua hasta los dos años, los valores muestran un leve descenso en relación a las estadísticas mundiales llegando a un 41,7%. En los niños con edades entre 6 a 8 meses, se establece que un 63,3% ha recibido una alimentación adecuada, sin embargo, en referencia a alimentación adecuada a partir de los nueve y hasta los 36 meses, el estudio revela indicadores que no sobrepasan el 47%, con un decrecimiento progresivo a medida que los niños se crecen y desarrollan (niños de edades comprendidas entre 9-11 meses de edad un 46,7%, de 12-23 meses de edad un 38,3% y entre 24-36 meses de edad un 18,3%). Determinando que menos de la mitad de los niños de entre 9 a 36 meses de vida reciben la provisión de nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.

En base a los resultados obtenidos a través de la aplicación de la prueba de Denver, se puede establecer que casi la totalidad de los niños del Centro de Salud N°1-Loja presentaron un test de Denver normal con un 93,3% (56); de los cuales un 48,3% (29) fueron mujeres y el 45,0% (27) fueron hombres; en contraste con un 6,7% (4) mostraron un test de Denver dudoso o en riesgo.

Los Resultados demostraron además que, los niños que accedieron a lactancia materna durante la primera hora de vida mantuvieron un desarrollo psicomotriz normal, al igual que aquellos que mantuvieron una lactancia exclusiva hasta los seis meses con resultados superiores al 80% para los dos casos. En los casos en los cuales los niños que recibieron lactancia materna continua desde los 12 hasta los 24 meses de edad, presentaron resultados normales superiores al 90%.

Estos resultados al ser comparados con dos estudios similares realizados uno en México (Alarcón Armendáriz, Alvarado, & Huitrón, 2009) y otro en Ecuador (Nuñez, 2015), muestran similitudes en lo que a lactancia materna durante la primera hora de vida (70% México, 85% Ecuador), lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida, (79% México, 85% Ecuador), lactancia materna continua (57% México, 49% Ecuador), Mostrando en su mayoría se encuentran dentro de un parámetro de desarrollo normal.

En general no se establece una diferencia significativa entre los niveles de desarrollo psicomotriz entre los niños que han recibido una alimentación adecuada frente a una alimentación intermedia, así; de los de los niños comprendidos entre los 6 a 8 meses que recibieron una alimentación adecuada 36 mostraron un test de Denver normal y 2 tuvieron un test de Denver dudoso; mientras que de 10 que tuvieron una alimentación intermedia 8 mostraron un test de Denver normal y 2 obtuvieron un test de Denver dudoso. De los niños de 9 a 11 meses que recibieron una alimentación adecuada, 27 mostraron un test de Denver normal y uno obtuvo un test de Denver dudoso; mientras que de 11 que tuvieron una alimentación intermedia 8 mostraron un test de Denver normal y 3 obtuvieron un test de Denver dudoso. De los niños de 12 a 23 meses que recibieron una alimentación adecuada todos mostraron un test de Denver normal; mientras que 9 que tuvieron una alimentación intermedia 5 mostraron un test de Denver normal y 4 obtuvieron un test de Denver dudoso. Finalmente, de los niños de 24 a 36 meses de edad 11 recibieron una alimentación adecuada y un test de Denver normal; mientras que 1 que tuvo una alimentación intermedia presentó un test de Denver dudoso.

Más del 60% de los niños sujetos de este estudio se desarrollan en un ambiente ideal para ser criados, siendo las madres las que desde el momento del nacimiento tienen un vínculo estrecho con los infantes, lo cual, en muchos casos, garantiza un estado nutricional normal y por ende un buen desarrollo físico y mental. Además, es importante el resultado en lo que al rango de edad de las personas que se encargan de su cuidado, por la demandan del tiempo y la energía necesaria para poder realizarlo.

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el presente trabajo de investigación y analizando cada uno de los resultados se concluye que:

- Según el estudio se demuestra que las cuidadoras y madres encargadas de los niños cursan con un grado de instrucción de Bachillerato y en su mayor parte se encuentran desempleadas, por lo tanto, al no encontrarse trabajando mencionaban que el factor económico sigue siendo el limitante para que puedan adquirir todos los alimentos que se mencionaban en la lista de la encuesta.
- Se determinó que el 86,7% de los niños recibieron lactancia materna a la primera hora de vida; 86,7% recibieron lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y 41,7% de los niños recibieron lactancia materna continua hasta los 12-24 meses. Con relación a la alimentación complementaria entre edades comprendidas de 6 a 8 meses, 9-11 meses, 12-23 meses y de 24-36 meses fue adecuada para la edad.
- Al aplicar el Test de Denver para evaluar el desarrollo psicomotor de los niños del Centro de Salud N°1-Loja se evidenció que el 93,3% presentó un desarrollo psicomotor normal, mientras que un 6,7% fueron calificados como una prueba dudosa por presentar dificultades durante la aplicación del test.
- Al relacionar el total de niños en estudio con los resultados que se obtuvieron del Test de Denver se encontró que los niños/as que tuvieron un inicio temprano de la lactancia materna el 83,3% obtuvo resultado de test de Denver normal. De los niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva el 86,7% presentaron una prueba normal, a diferencia de los que no recibieron lactancia materna exclusiva que el 6,7% presentaron una prueba normal y el 6,7% dudosa.
- De los niños de 6 a 8 meses que recibieron una alimentación adecuada un 60% mostraron un test de Denver normal y un 3,3% fue dudoso; los niños de 9 a 11 meses que recibieron una alimentación adecuada, un 45% mostraron un test de Denver normal y 1,7% presentó un test dudoso; los niños de 12 a 23 meses que recibieron una alimentación adecuada un 38,3% mostraron un test de Denver normal y el 0% el test fue dudoso; finalmente de los niños de 24 a 36 meses que recibieron una

alimentación adecuada un 18,3% mostraron un test de Denver normal y 0 % obtuvo un test de Denver dudoso.

- El presente trabajo ha logrado demostrar que existe una gran vinculación entre la alimentación del niño y su influencia con el desarrollo psicomotor.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que todas las Instituciones de Salud tanto públicas y privadas incentiven la participación de las madres/padres y futuras mamás a talleres y actividades previamente planificadas con el fin de dar a conocer la importancia de la lactancia materna en los primeros años de vida del niño y de esta forma contribuir a un adecuado desarrollo en los niños.

Se debe motivar a los padres de familia de los niños sobre la importancia que tiene el introducir alimentos sólidos en la dieta a partir de los 6 meses de edad ya que estos juegan un papel muy importante y trae consigo beneficios para el desarrollo psicomotor del niño a largo plazo.

Se debe recomendar a los padres de familia que deba existir la estimulación psicomotriz necesaria en el hogar, para que potencialicen las capacidades de los niños, sin olvidar que mientras más tiempo exista el vínculo entre hijo y madre o padre mayor será el desarrollo e interés de querer aprender cosas nuevas.

Recomendar la participación Interinstitucional como: MSP, IESS, MIES, Municipios, Consejos Provinciales encargos de promover programas en beneficio de los niños que continúen fortaleciendo en las madres la importancia de llevar una alimentación adecuada en los niños, con los alimentos necesarios y las cantidades de acuerdo con la edad; así mismo se debe tratar de llevar un registro periódico del desarrollo psicomotor verificando si todo está normal o existen alteraciones a nivel psicomotor.

El Test de Denver debe ser una guía y anexo en la historia clínica del niño utilizada por todos los profesionales de la Salud ya que es considerado uno de los instrumentos para cuantificar los progresos del desarrollo psicomotor del niño.

BIBLIOGRAFIA.

- Academia Americana de Pediatría* . (2016). Obtenido de Indicadores del desarrollo Infantil:
https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/parents_pdfs/ltsae_booklet_milestonemoments_span-readerspreads_web-ready_7.22.11.pdf
- American Academy of Pediatrics* . (14 de 11 de 2017). Obtenido de Por qué es bueno amamantar :
<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/Paginas/why-breastfeed.aspx>
- Buttle, N., & Stuebe, A. (3 de 10 de 2018). *Educación del paciente: salud y nutrición materna durante la lactancia*. Obtenido de UpToDa: https://www.uptodate.com/contents/maternal-health-and-nutrition-during-breastfeeding-beyond-the-basics?search=leche%20materna&topicRef=1196&source=see_link
- Centro de enseñanza del embarazo* . (2015). Obtenido de Hitos del desarrollo y crecimiento :
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/como_cuidar_a_su_bebe.pdf
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*. (13 de 05 de 2018). Obtenido de RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL LACTANTE AMAMANTADO: https://laligadelaleche.eu/wp-content/uploads/201802-alimentacion-complementaria_1_1-1.pdf
- Consuelo , A., Neves, I., & Graciela , V. (09 de 2011). *AIEPI*. Obtenido de MANUAL PARA LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL (0 A 6 AÑOS): <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/manual-vigilancia-desarrollo-infantil-aiepi-2011.pdf>
- Cruz Saéz, S. (2017). Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. *Ministerios de Salud Pública del Ecuador* , 95.
- Duryea, T. (25 de 03 de 2019). *UpToDaTe*. Obtenido de Introducción de alimentos sólidos y suplementos vitamínicos y minerales durante la infancia.:
https://www.uptodate.com/contents/introducing-solid-foods-and-vitamin-and-mineral-supplementation-during-infancy?search=alimentacion%20complementaria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada*. (12 de 04 de 2019). Obtenido de ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO DE CORTA EDAD:
<http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alimentacion-del-lactante-y-del-ni%C3%B1o-de-corta-edad.pdf>
- Iceta, A. (2017). *Sistema en pediatría de Navarra*. Obtenido de Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención primaria:
<https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5531/4546>
- Lactancia Materna*. (17 de 03 de 2018). Obtenido de Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html

- Martínez, A., Cantarero, M., & Espín, B. (16 de 02 de 2018). *Scielo*. Obtenido de ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n77/1139-7632-pap-20-77-35.pdf>
- OMS. (16 de 02 de 2018). Obtenido de Alimentación del Lactante y del niño pequeño : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Obtenido de Alimentación del Lactante y del niño pequeño: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>, acceso 09 de julio 2019
- Organización Panamericana de la Salud . (22 de 12 de 2017). Obtenido de Lactancia, promoción a la madre y al niño : <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001254cnt-lactancia-promocion-apoyo-hamyn.pdf>
- Pediatría Integral Andaluza . (22 de 07 de 2016). Obtenido de Evaluación del Desarrollo psicomotor y afectivo : <http://pediatrasandalucia.org/Pdfs/psi.pdf>
- Peraza, G. (2012). Lactancia Materna y desarrollo psicomotor. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 402-405.
- Plan Nacional de Desarrollo. (2017). *Toda una vida*, 30-33.
- Revista Chilena de Pediatría . (2018). Obtenido de La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v89n5/0370-4106-rcp-00707.pdf>
- Roche , M. (2017). *Atención primaria*. Obtenido de Desarrollo psicomotor del niño de menor edad:una aproximación práctica: <http://www.neonatos.org/DOCUMENTOS/Desarrollo%20psicomotor.pdf>
- UNICEF. (22 de 04 de 2018). Obtenido de Inicio temprano de la lactancia materna: el mejor comienzo para el recién nacido: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/capture-moment-early-initiation-bf-report-sp.pdf?ua=1>
- UNICEF. (06 de 02 de 2018). Obtenido de Nutrición y alimentación complementaria: https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
- UNICEF ECUADOR. (15 de 03 de 2017). Obtenido de Un acto de amor y de supervivencia infantil: La Lactancia Materna: https://www.unicef.org/ecuador/activities_29002.html
- United Nations Childrens Fund. (2018). Obtenido de UNICEF: : monitoring the situation of children and women. Access the data: child feeding <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>, acceso 08 de julio 2019.
- V, P. V., Valenzuela C, P., & Moore V, R. (2017). *Pediatría Ambulatoria. Un Enfoque Integral*. Chile: UC.
- Creciendo Sano. (2015). *Ministerio de Salud Pública Del Ecuador*.
- Cuadros, C., Vichido, M., Montijo, E., Zárate, F., Cadena, J., Cervantes, R., ... Ramirez, J. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. [internet] 2017 [Acceso 10 de octubre de 2018]; 38(3): 182-201. *Acta Pediatr Mex.*, 38(3), 182–201. <https://doi.org/10.1080/0034408370320208>

- De Antonio Ferrer, L. (2015). Lactancia materna: Ventajas, técnica y problemas. *Pediatría Integral*, 19(4), 243–250.
- Figueiras, A. C., Cristina, I., Souza, N. De, & Benguigui, Y. (2015). MANUAL PARA LA VIGILANCIA. *AIPE*, 3, 54.
- Geometry, R., & Analysis, G. (2015). *Madre Ayudando a Madres*.
- Gonzalo Cabellos, M. I. (2013). La lactancia materna. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 29(3), 117–118. [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(03\)74166-5](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(03)74166-5)
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. (2016). *Alimentación en edad Pre-Escolar*. 1–7. Retrieved from https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=54-cadena-24-alimentacion-en-edad-preescolar&category_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235
- La, R. D. E., & La, S. (2018). *Alimentación complementaria*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Alimentación Menores de 2 años*. 1–48.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Nutrición en salud. Propuesta para el fortalecimiento institucional en el área de nutrición en salud*. 56. Retrieved from http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/ESTRATEGIA_NACIONAL/NUTRICION_EN_SALUD.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2011). *PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y MANUAL DE CONSEJERÍA para el crecimiento del niño y la niña MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR COORDINACIÓN NACIONAL DE NUTRICIÓN*.
- Ministerio de Salud Pública, & Nutrición, C. N. de. (2013). Normas y Protocolos de alimentación en niños menores de 2 años. *Revisión Técnica*, 2, 50. Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion_nino_menor_2anios.pdf
- Naranjo, P. (2016). Desnutrición y Salud Pública. *Acta Andina*, 2(1), 81–98. <https://doi.org/10.20453/aa.v2i1.2897>
- OMS. (n.d.). *La alimentación del lactante y del niño pequeño*.
- Perdomo Giraldi, M., & De Miguel Durán, F. (2015). Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatría Integral*, 19(4), 260–267.
- Rolandi, M. C. (2014). *Creencias , prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses*. 142. Retrieved from http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/488/2014_N_003.pdf?sequence=1
- Tello, B., Gutiérrez, P., Caicedo, R., & Mena, A. (2015). Paso a paso por una infancia plena. *Ministerio De Salud Publica*, 15–30. <https://doi.org/10.1097/00003727-200601000-00011>
- Turquez Marco, N. A. M. D. E. (2015). *GUÍA DE ALIMENTACIÓN DEL GUÍA DE ALIMENTACIÓN*.
- Wenden, A. L. (2015). *El Desarrollo Psicomotor*, 3(September).
- Wenden, A. L. (2016). *Desarrollo y crecimiento de la niñez un enfoque integral* (Vol. 3).

ANEXOS

ANEXO 1: Encuesta realizada a la madre o a cuidadora del preescolar

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

TITULACIÓN DE MEDICINA

PROYECTO: INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS PRESCOLARES ADSCRITOS AL D1101 SALUD

El objetivo de la presente encuesta es obtener información referente a la alimentación de sus hijos menores de 3 años y conocer cómo ésta influye en su desarrollo; los resultados obtenidos nos permitirán proponer estrategias de mejoramiento de la atención que brindan las unidades operativas del D11de Loja, para lo cual le solicitamos responder a las siguientes preguntas:

DATOS GENERALES DEL NIÑO/A

No. Historia Clínica del niño						
Sexo:	Masculino				Femenino	
Edad:	0 a 5 meses	De 6 a 8 meses	De 9 a 11 meses	De 12 a 24 meses	De 24 a 36 meses	
Lugar de residencia	Urbano				Urbano marginal	
Con quien vive	Madre	Padre	Padres	Familiar paterno	Familiar materno	Otros

Datos de la madre o persona encargada del cuidado:						
Sexo:	Masculino				Femenino	
Edad:	15 a 19 años	20 a 35 años	36 a 45 años	46 años y más		
Estado Civil	Soltera	Casada	Divorciada	Viuda	Unión libre	
Escolaridad	Sin instrucción	Básica	Bachillerato	Superior	Técnico	
Ocupación:	Empleada				Desempleada	

TIPO DE ALIMENTACION DEL NIÑO /A

LACTANCIA MATERNA ()

Tipo		1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8 m	9 a 11 m	12 a 24m
Primera hora de nacido (Apego precoz)	Si										
	No										
Leche materna exclusiva											
Leche materna + sucedáneos											
Sucedáneos de la leche materna											
Coladas											

DE 6 a 8 MESES

Tipo de alimento	Alimentos semisólidos (papillas)			
	Frecuencia			
Leche materna + cereales o frutas	Nunca	1 vez a la semana	2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
Leches maternizadas + cereales o frutas				
Coladas + cereales, frutas				
Suplementación con vit. A y Fe				

DE 9 a 11 MESES

Grupo de alimentos	Frecuencia				
	Nunca	Rara vez	1 vez al día	2 veces al día	3 -5 veces al día
Verduras: acelga, espinaca, zanahoria, apio, zapallo, remolacha)					
Hortalizas (brócoli, coliflor, nabo, alcachofa, rábano)					
Frutas dulces: (manzana, pera, sandia, banano, papaya, melón)					

Cereales (Arroz, maíz, quinua, avena, trigo)					
Leguminosas (lenteja, arveja,					
Carnes: (res, pollo, pavo)					
Tubérculos: (papa, yuca, camote)					
Suplementos (Fe. Vit. A)					


DE 12 a 24 meses

Grupos de alimentos	Frecuencia			
	Rara vez	1 vez día	2 veces al día	3 a 4 veces al día
Cereales: Arroz, maíz, quinua				
Tubérculos: papa, yuca, camote				
Frutas: manzana, pera, sandia, banano, papaya, melón, naranja, mandarina, granadilla, cítricos				
Verduras: acelga, espinaca, zanahoria, apio, zapallo, remolacha				
Carnes: (res, pollo, pavo, pescado)				
Leguminosas (fréjol, arveja, lenteja, garbanzo, chocho)				
Leche y sus derivados				
Carbohidratos (pan, fideos)				
Huevos				
Suplementos				

24 a 36

Grupos de alimentos	Frecuencia			
	Rara vez	1 vez día	2 veces al día	3 a 4 veces al día
Cereales: Arroz, maíz, quinua				
Tubérculos: papa, yuca, camote				
Frutas: manzana, pera, sandia, banano, papaya, melón, naranja, mandarina, granadilla, cítricos				
Verduras: acelga, espinaca, zanahoria, apio, zapallo, remolacha				
Carnes: (res, pollo, pavo, pescado)				
Leguminosas (fréjol, arveja, lenteja, garbanzo, chocho)				
Leche y sus derivados				
Carbohidratos (pan, fideos)				
Huevos				
Suplementos				

ANEXO 2: Test de Denver



Ministerio de Salud Pública

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		NOMBRES DEL PACIENTE		APELLIDOS DEL PACIENTE		SEXO		CÉDULA DE IDENTIDAD/ HISTORIA CLÍNICA	
						H M			
EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO		EDAD CRONOLÓGICA		OBSERVACIONES:		FECHA DE ATENCIÓN			
		Años Meses				dd mm aaaa			

MESES: 2 4 6 9 12 15 18 24 AÑOS: 3 4 5 6

Porcentaje de niños que pasan: 25 50 75 80

Puede pasarse por reportes: R PUNTO DE PRUEBA

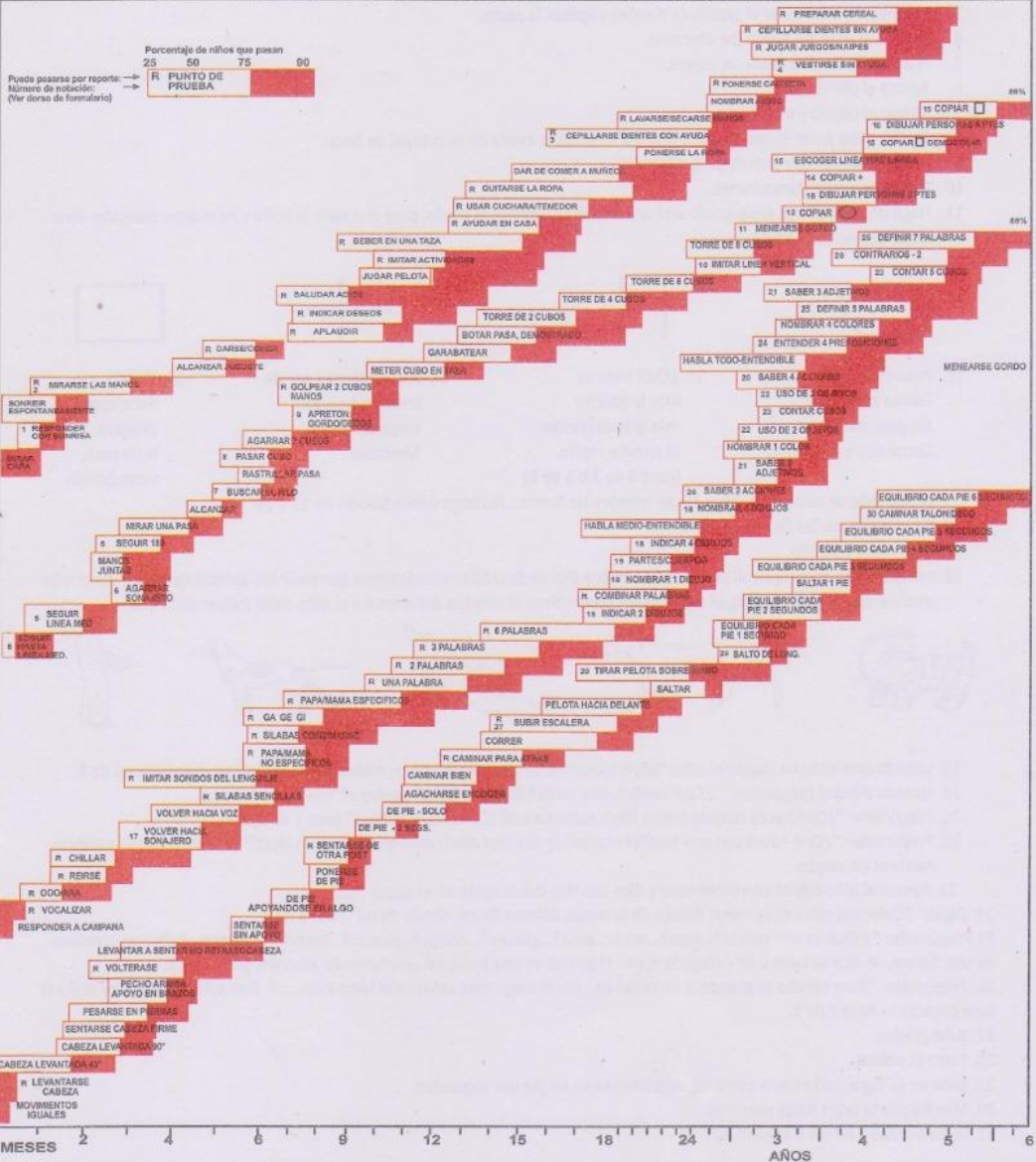
Número de ítem(s): (Ver dorso de formulario)

PERSOAL - SOCIAL

MOTOR FINO - ADAPTIVO

LENGUAJE

MOTOR GRANDE



	NORMAL	CUIDOSO	ANORMAL
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO			

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA EVALUACIÓN:	
Apellidos y Nombres:	
Firma y Sello:	

MSP/DNEAIS-HCU-Form.028/mayo/2015

Test de Denver II

INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN

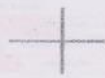
1. Intente animarle al niño a sonreír, hablarle, o saludarle con la mano.
2. El niño debe fijar la vista por varios segundos.
3. El familiar puede guiar el cepillo de dientes y aplicar la pasta.
4. El niño se viste sin ayuda (se abotona).
5. Fija y sigue con la mirada un objeto.
6. Agarra el chinosco.
7. Buscar el objeto y alcanzarlo.
8. El niño debe pasar el cubo de una mano a otra, sin la ayuda de su cuerpo, su boca.
9. Recoge objetos con el dedo pulgar (pinza).
10. Garabatea espontáneamente.
11. Haga un puño con el dedo gordo arriba y menee solamente el gordo, pase si el niño lo imita y no mueve cualquier otro dedo que no se el gordo.



12. Pase cualquier Forma encerrada. No pase movimientos Continuos y redondos.



13. ¿Cuál línea es Más larga?(no más grande)Voltee El papel y repita. (pase 3 de 3 o 5 de 6)



14. Pase cualquier par de líneas que cruzan cerca del punto Mediano.



15. El niño debe copiar primero. Si no pasa, demuéstrello.

Al administrar puntos 12, 14, y 15, no nombre las formas. No haga demostración de 12 y 14.

16. Dibujar tres partes de una persona.
17. Responde a sonido.
18. Indique el dibujo y dígame al niño que lo nombre.(No se da crédito simplemente por decir los sonidos que hacen)Si el niño nombra menos de 4 dibujos, el examinador puede decir el nombre del animal y el niño debe indicar cada uno.



19. Usando una muñeca, dígame al niño: "Muéstrame nariz, ojos, orejas, boca, manos, pies, estómago, pelo" Pase 6 de 8.
20. Usando dibujos pregúntele: "¿Cuál vuela?...dice miau?...habla?...ladra?...galopa?" Pase 2 de 5, 4 de 5.
21. Pregúntele: "¿Qué haces cuando tienes frío?...estas cansado?...tienes hambre?" pase 2 de 3, 3 de 3.
22. Pregúntele: "¿Qué haces con una taza?...¿Para qué se usa una silla?...¿para que se usa un lápiz?" Se deben incluir palabras Palabras de acción.
23. Pasa si el niño coloca correctamente y dice cuantos cubos están en el papel. (1,5)
24. Dígame: "Coloca el cubo en la mesa; debajo de la mesa; delante de mí; detrás de mí" Pase 4 de 4.
25. Pregúntele: "¿Qué es una pelota?...lago?...mesa...casa?...guineo?...cobija?...puerta...techo?" Pase si se define en términos de uso, forma, de que se hace o de categoría ejem. El guineo es una fruta, no simplemente amarillo, pase 5 de 8.
26. Pregúntele: "Si un caballo es grande, ¿un ratón es...? Si el fuego esta caliente el hielo esta.....? Si el sol brilla durante el día la luna durante ::: Pase 2 de 3.
27. Sube gradas.
28. Patea la pelota.
29. Salta en su lugar, salta hacia adelante, se balancea en un pie dos segundos.
30. Marcha punta talón hacia adelante.
31. Se balancea en un pie 6 segundos.

Anexo 3: Autorización para la recolección de información en las Unidades Operativas de Distrito 11D01

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



DISTRITO 11D01 LOJA SALUD PROCESO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS PROGRAMA DE DOCENCIA

PARA : Dra. Lorena Vallejo
DOCENTE DE LA UTPL

ASUNTO : Autorización para recolección de información en las unidades operativas del DISTRITO 11D01

FECHA: 28 de septiembre del 2018

En el marco del convenio firmado entre la Coordinación Zonal 7 y la UTPL y en cumplimiento a lo que establece la Norma Técnica para Unidades Asistenciales Docentes se autoriza a los estudiantes del IX ciclo de la Titulación de Medicina de la UTPL, realicen la recolección de la Información del Proyecto ***"INFLUENCIA DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS PREESCOLARES ATENDIDOS EN EL DISTRITO 11S01- LOJA SALUD"*** en las unidades operativas que a continuación detallo.

Nº	ESTUDIANTES	UNIDAD OPERATIVA
1	AGUILAR CEVALLOS MARÍA DEL C.	Héroes del Cenepa
2	ALVAREZ ROMERO GERMAN A.	Zamora Huayco
3	BUELE MUÑOZ SORAYA DEL CISNE	La Pradera
4	GUTIÉRREZ HERRERA SANTIAGO G.	Daniel Alvarez
5	PALMA MONTERO TATIANA YARITZA	Consacola
6	SANTÍN GUSMÁN JESSICA GABRIELA	Chontacruz
7	SARASTI RIOFRÍO LEONEL A.	Carigán
8	OJEDA SARI FABIOLA KATIUSKA	San Cayetano
9	TACURI ROJAS JOSSELYN AMADA	Centro de Salud N° 2
10	TAPIA GÓMEZ HUMBERTO DANIEL	Obrapía
11	TANDAZO CHICAIZA SANDY G	Centro de Salud N° 1
12	TORRES TORRES ALEXIS FERNANDO	Centro de Salud N° 3
13	CARAGUAY LOARTE NANCY CECIBETH	Miraflores



La recolección de la información deberá ser realizada integrados a los equipos de atención de las unidades operativas, además indicar que al finalizar el proyecto los estudiantes deberán entregar al distrito la copia de los resultados obtenidos.

Dra. Livia Pineda López
RESPONSABLE DE DOCENCIA DEL DISTRITO 11D01



- c/c Dr. Darwin Armijos RESPONSABLE DEL CS. HEROES DEL CENEPA
- Dra. Alba Fierro RESPONSABLE DEL CS. ZAMORA HUAYCO
- Dr. Xavier Ochoa RESPONSABLE DEL CS. LA PRADERA
- Dr. Diego Aldean RESPONSABLE DEL CS. DANIEL ALVAREZ
- Dra. Patricia Rodríguez RESPONSABLE DEL CS. CONSACOLA
- Dra. Denisse Becerra RESPONSABLE DEL CS. CARIGAN
- Dr. Juan Carlos Becerra RESPONSABLE DEL CS. SAN CAYETANO
- Dr. Luis Dávila RESPONSABLE DEL CS. Nº 2
- Dra. Maritza Cabrera RESPONSABLE DEL CS. OBRAPIA
- Dr. Ernesto Granda RESPONSABLE DEL CS. Nº 1
- Dr. Luis Murillo RESPONSABLE DEL CS. Nº 3
- Dra. Miriam Vega RESPONSABLE DEL CS. MIRAFLORES