



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TITULO DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA.**

**“DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS/AS
DESNUTRIDOS DE 1 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL
SUB-CENTRO DE SALUD DE SAN ANDRÉS PERIODO
DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2012”**

AUTORAS:

MIRIAM GÓMEZ

NELLY GUZMÁN

TUTORAS:

MSC: SUSANA PADILLA

ESP. MÓNICA VALVERDE

RIOBAMBA-ECUADOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Tesina de grado de Licenciatura en Enfermería, aprobado en el nombre de la Universidad Nacional de Chimborazo, por el siguiente jurado a los.....del mes.....del año 2013.

Calificaciones:Firma

.....

.....

Lic. Cielito Betancourt

PRESIDENTA

.....

.....

Lic. Clara Mayorga

MIEMBRO N°1

.....

.....

Lic. Mónica Valverde

MIEMBRO N° 2

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente hago constar que he leído el proyecto de Tesina presentado por las señoritas Nelly Mariela Guzmán López y Miriam Isabel Gómez Minta para obtener el Título de Licenciadas en Enfermería y acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutora durante la etapa de desarrollo del proyecto hasta su presentación y evaluación.

Riobamba Abril 2012 a Marzo 2013

Firma y nombre de la tutora

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotras, Nelly Mariela Guzmán López y Miriam Isabel Gómez Minta responsables de todo el contenido de éste trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

Yo, Nelly Mariela Guzmán López, al término del presente trabajo de tesis, ofrezco la meta alcanzada a Dios Todopoderoso, decidor de nuestra existencia; a las personas más importantes de mi vida, en la memoria de mi padre Manuel que desde el cielo me bendice y que inculcó en mí fe, y deseo de superación; a mi madre Rosario fuente de inspiración lucha y perseverancia, apoyo indeclinable durante mi vida personal y estudiantil. A mis hermanos y hermanas: Anita, María, Doris, Mario, Mónica, Danilo, Jessica y Manuel; por confiar en mí y brindarme cariño y respaldo sincero. Y de igual manera a la familia Taco Padilla quienes estuvieron presentes con palabras de aliento para seguir adelante y no claudicar en mi objetivo.

Yo, Miriam Isabel Gómez Minta dedico a Dios, por darme la dicha de la vida. A mis padres Ángel + y Gladys por esa comprensión, apoyo moral, económico, sobre todo por el gran amor que supieron brindarme. A mis hijos, que son el motivo y la razón que me ha llevado a seguir superándome día a día, a mi esposo, que me brinda confianza y apoyo incondicional para seguir adelante y poder cumplir otra etapa en mi vida. A mis hermanos por el apoyo incondicional, es a ellos a quien le dedico con todo el amor del mundo mi esfuerzo y mi carrera

AGRADECIMIENTO

Yo, Nelly Mariela Guzmán López, desde el fondo de mi ser agradezco a Dios, quien está presentedía a día en cada paso que doy, fortalece mi corazón e ilumina mi mente, a mis padres y hermanos por la seguridad de contar con su apoyo en todo momento sin importar el tiempo y la distancia, ya que constituyen el pilar fundamental y fuente de inspiración, por todo ello mil gracias. A nuestras tutoras, profesionales a carta cabal; por saber guiarnos para llegar a la culminación de esta investigación.

Yo, Miriam Isabel Gómez Minta agradezco a Dios, por permitirme terminar este camino, por darme valor y fuerza para afrontarlo los momentos difíciles. A Mis padres, Gladys y Ángel+ porque cada uno en su momento buscó lo mejor para mí y me hizo una persona con valores y principios para toda la vida. A mi esposo a la distancia por todo su amor y comprensión. A la Esp. Mónica Valverde y a la MsC. Susana Padilla tutoras de esta investigación, quien con su valiosa aportación de conocimiento apporto para la culminación de mi tesis de grado.

RESUMEN

La presente investigación del desarrollo psicomotriz en niños/as de 1 a 5 años, con desnutrición atendidos en el Sub Centro de Salud de San Andrés, constituye un factor importante y determinante para el desarrollo físico e intelectual de los mismos. La investigación que se presenta tiene como objetivo determinar el desarrollo Psicomotriz en niños/as desnutridos, estudio de tipo descriptivo y analítico utilizando la técnica de recolección de datos a través de: partes diarias médicas, historias clínicas, encuestas dirigidas a las madres y cuidadores del niño/a; estudio que está enmarcado en una población de 70 niños/as que presentan desnutrición. Los principales resultados de acuerdo a los objetivos demuestran que la desnutrición influye en el posible retraso del desarrollo con el 80% de niños/as afectados, un 18.57% desarrollo normal y tan solo el 1.43% retraso del desarrollo, teniendo presente los factores de riesgo como, nutricionales, socioeconómicas, culturales, ambientales, también existe otros factores importantes como el perfil del cuidador y el surgimiento de enfermedades prevalentes de la infancia, siendo elemental para el buen vivir del niño/a y la familia.

SUMMARY

This research psychomotor development in children / as 1-5 years, Sub malnutrition treated at the Health Center of San Andrés, is a major determinant for the physical and intellectual development of the same. Investigation presented aims to determine Psychomotor development in children / as malnourished, descriptive study using the technique and analytical data collection through: parts medical journals, medical records, surveys aimed at mothers and caregivers of children / a; study that is framed in a population of 70 children / as malnourished. The main results according to the objectives show that malnutrition affects the possible developmental delay with 80% of children / as affected, a 18.57% normal development and only the 1.43% developmental delay, bearing in mind the risk factors as, nutritional, socioeconomic, cultural, environmental, there is also other important factors such as caregiver profile and the emergence of diseases of childhood, being elemental to the good life of the child / family.

ÍNDICE GENERAL

	PAG.
Caratula.....	I
Aceptación de la tutora.....	II
Autoría.....	III
Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Resumen.....	VI
Summary.....	VII
Índice General.....	VIII
Introducción.....	1

CAPITULO I

1.1.Planeamiento del problema.....	2
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Objetivos.....	7
1.3.1 Objetivos generales.....	7
1.3.2 Objetivos específicos.....	7
1.4 Justificación.....	8

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Posicionamiento teórico personal.....	10
2.1.1 Antecedentes.....	10
2.1.2 Reseña Histórica San Andrés.....	13
2.2. Fundamentación Teórica.....	14
.2.1 Estado Nutricional	14
2.2.2 Desnutrición.....	20
2.2.3 Desarrollo Psicomotriz.....	25

CAPITULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 Método Científico.....	51
3.2 Población y muestra.	52
3.3. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	53
3.4 Técnicas para el análisis e interpretación de resultados.....	53
3.4.1 Tratamiento de los datos obtenidos.....	53

CAPITULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4. Análisis estadístico.....	54
4.1 Comprobación de la hipótesis.....	87

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	88
5.2 Recomendaciones.....	90

CAPITULO VI

6.1 Referencias bibliográficas.....	93
6.2 Anexos.....	94

INTRODUCCIÓN

Los niños/as que presentan desnutrición y son atendidos en el sub-centro de San Andrés cantón Guano se debe al consumo insuficiente de alimentos y calorías necesarias para el buen desarrollo y funcionamiento del cuerpo, siendo originados por la pobreza o desconocimiento de las necesidades alimenticias, estos niños con desnutrición también carecen de estimulación temprana en su desarrollo presentando dificultades en la psicomotricidad, los niños/as dependen totalmente del cuidado y manejo de sus padres o cuidadores, para satisfacer todas sus necesidades, buscando en ellas el afecto maternal del cual necesitan; otro de los factores significativos a tomar en cuenta, dentro de la estimulación del desarrollo de los niños/as es el nivel de instrucción de los padres y cuidadores ya que la mayoría de ellos cuentan con un nivel de educación primaria y algunos de ellos no saben leer y escribir, por ello el desconocimiento de la estimulación y las recomendaciones del personal de salud tienen importancia en el cuidado y manejo del niño/a.

La muestra fue de tipo aleatoria, se trabajó con 70 niños/as, las edades están comprendidas entre uno y cinco años, que viven en extrema pobreza en el área rural, siendo la cultura indígena la que prevalece y las condiciones de salud son altamente precarias e inadecuadas. Se utilizó la Escala de evaluación del test de Denver y la clasificación de la Estrategia AIEPI para evaluar a niños/as que presentaron desnutrición evidenciando si padecen retraso, posible o desarrollo normal y proponer la utilización e implementación de programas de estimulación temprana. Se utilizó un promedio de treinta minutos con cada niño, también se tomaron en cuenta los aspectos de las pautas de observación y la información obtenida por medio de encuestas.

La evaluación del desarrollo fue de forma individual por las condiciones que presentaron los niños/as y por ser uno de los parámetros de la escala de desarrollo, dicha evaluación se realizó mediante visitas domiciliarias, controlando peso y talla, revisión de carnet de crecimiento y desarrollo del niño/a, utilizando el material requerido. Se utilizó una observación estructurada en la cual se registró información acerca de las características socioeconómicas y culturales de las familias y el comportamiento que manifiestan los niños/as en forma individual.

Se elaboraron planes educativos de estimulación del desarrollo, que se entregará al personal de salud que laboran en dicho centro para la educación a los padres de familia tomando en cuenta el nivel educativo por lo que será más sencilla, describir algunos ejercicios por medio de dibujos, teniendo en cuenta las áreas que evalúa la escala de desarrollo lo que permitirá conocer los efectos de la desnutrición en el desarrollo dentro de los cuales cabe mencionar problemas en su motricidad fina, motricidad gruesa, en el lenguaje, dificultades en los procesos del pensamiento como por ejemplo: memoria y atención.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las leyes y políticas establecen que todos los niños/as tienen derecho al desarrollo integral al implementar programas y proyectos en los ámbitos de educación, salud, vivienda, seguridad social, cultura, también se instituyen políticas específicas para responder con atención de calidad a las necesidades especiales de los niños/as con problemas del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad, con el fin de lograr una vida digna para ellos y sus familias. Sin embargo la protección de estos derechos no se cumplen porque: (1) No son detectados, diagnosticados e intervenidos en la alteración del su desarrollo, (2) No hay un registro estadístico real del número de niños/as lo que minimiza el problema haciendo que no se instituyan programas ni recursos financieros necesarios, (3) No se ha documentado con investigaciones los factores de riesgo relacionados con retraso y con discapacidad lo que imposibilita la prevención. Esto hace que los niños/as deterioren su condición neurobiológica-social y vayan a la discapacidad o a grados más severos de ella, es decir la sociedad los convierte en seres excluidos, confinados en un espacio alejados de la convivencia, según el Instituto Nacional de la Niñez y de la Familia (INNFA1), el Estado no ha viabilizado programas efectivos que aborden este problema. Sin embargo las condiciones socioeconómicas pobreza del país establecen circunstancias que hacen que el desarrollo psicomotriz de los niños/as no pueda seguir su curso normal o no puedan ser cuidado adecuadamente.

Los retrasos del desarrollo con o sin discapacidades son fruto de la sumatoria de factores de riesgos sociales, ambientales y biológicos,¹de acuerdo a cifras de la Organización de las Naciones Unidas se estima que 19 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición y 178 millones tienen retardo en el crecimiento, se menciona que en América Latina y el Caribe la desnutrición en el año 2011, afecta a cerca de 53 millones de niños/as y más del 40% presentaron alteración en el crecimiento y desarrollo psicomotriz.²Varios estudios en Guatemala han demostrado los efectos directos que tiene el mejoramiento del estado de la nutrición y la salud, desde la concepción hasta los primeros tres años de vida, en el potencial crecimiento y desarrollo del ser humano, incluyendo el desarrollo de la inteligencia, la personalidad y la conducta social, así como la productividad física e intelectual en el adulto.³

Según el Programa Mundial de Alimentación en el año 2009, Ecuador es el cuarto país de América Latina, tras Guatemala, Honduras y Bolivia, con índices de 26 % de desnutrición, estas deficiencias nutricionales dificultan el crecimiento y desarrollo del 60% de niños/as⁴ en hogares pobres de las zonas rurales, donde alcanza al 35,7% y es aún más crítica entre los niños/as indígenas, con índices de más del 40% interviniendo en 27 cantones, localizados en las zonas rurales indígenas de la sierra en las provincias de Chimborazo, Bolívar, Cotopaxi, Cañar, Tungurahua e Imbabura. Además, de Manabí, en la Costa, y las ciudades de Quito, Manta y Guayaquil.⁵

La Secretaría Nacional de Planificación en el año 2009 menciona que el 21 % de los niños/as indígenas tiene carencias en el desarrollo psicomotriz.⁶ De acuerdo Programa Mundial de Alimentación y la Organización Panamericana de Salud Chimborazo, alcanza un 44% de desnutrición en niños-as por su alta población indígena que vive en condiciones de mayor pobreza en comparación a otras provincias.⁷ Aunque no existe datos estadísticos de afectación en el desarrollo psicomotriz la desnutrición presenta 3 veces más riesgos en el retraso del desarrollo psicomotor.⁸ Se estima que de todas las causas de retraso mental en torno a un 20% son evitables. Además, el 50% de los niños con trastornos del desarrollo psicomotor se identifican antes de ingresar en la educación infantil.⁹

En Chimborazo de acuerdo el informe de la Dirección Provincial De Salud en año 2011 existe 2.601 casos de desnutrición en niños/as de 1 a 5 años, en el área N° 6 Guano Penipe fueron 524 casos. En el Sub centro de Salud de San Andrés de la Unidad del Área de salud N° 6 Guano Penipe, ubicado en la parroquia del mismo nombre, en el año 2011 de un total de 1.338 niños-as de 1 a 5 años, se atendieron a 1.143, entre los cuales 277 niños se diagnosticaron sanos pero 866 niños/as enfermos, una de las causas de morbilidad fue la desnutrición en aproximadamente 70 casos, problema que puede afectar las fases iniciales múltiples del desarrollo psicomotriz, y repercutir en las aéreas como el lenguaje las conductas sociales y las habilidades para resolver problemas, cuyas deficiencias pueden reflejar posteriormente un bajo rendimiento escolar.

En la provincia de Chimborazo no se han registrado datos estadísticos sobre alteraciones del desarrollo psicomotriz, debido a que en las unidades de salud no utilizan el test de evaluación (Denver, AIEPI) y no le dan la debida importancia, en especial en el Sub-centro de Salud de San Andrés donde se va a realizar la presente investigación.

El problema de la desnutrición en los niños/as puede deberse a aspectos relacionados con la nutrición como el conocimiento de la madre, el cumplimiento de lactancia materna y alimentación complementaria relacionada con la selección de alimentos acorde a la edad del niño y situaciones Económicas familiares. Este problema de salud puede depender de: cómo y quiénes los cuidan, las características de la infraestructura sanitaria, y las practicas higiénicas generales, individuales, familiares y ambientales, el cumplimiento con el control de salud del niño/a, situaciones que podrían conllevar a la presencia de ciertas enfermedades prevalentes de la infancia; estos aspectos pueden ser determinantes del crecimiento físico, desarrollo psicomotriz, emocional, intelectual y en la capacidad de aprendizaje de los niños/as de San Andrés.

La valoración del desarrollo psicomotor es una actividad básica en la aplicación del Programa de Salud Infantil, y la detección precoz de cualquier disfunción contribuirá a un tratamiento temprano, minimizando las posibles secuelas. La evaluación a los niños de 1 a 5 años se puede realizar a través de la aplicación del test de desarrollo psicomotor, de la Organización Panamericana De la Salud, el cual mide áreas como la motricidad, lenguaje y coordinación. Con estos antecedentes relacionados al problema de la desnutrición y desarrollo en menores de 5 años, como estudiantes de enfermería planteamos la presente investigación denominada: “Desarrollo Psicomotriz en Niños/as Desnutridos de 1 a 5 Años Atendidos en el sub-Centro de Salud de San Andrés Periodo de Abril a Septiembre del 2012”.Pues el investigar oportunamente las alteraciones en el desarrollo psicomotor en niños/as desnutridos, permitirá orientar a los cuidadores/as y realizar un trabajo periódico, oportuno con las madres y familias de los niños/as en el proceso de desarrollo psicomotor.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la desnutrición en el desarrollo psicomotriz de los niños/as de 1 a 5 años atendidos en el sub-centro de salud de San Andrés?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el Desarrollo Psicomotriz en niños/as desnutridos de 1 a 5 años atendidos en el Sub Centro de Salud de San Andrés período de abril a septiembre del 2012.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características socioeconómicas, culturales y ambientales de los niños/as desnutridos y particularidades del cuidador con el surgimiento de enfermedades prevalentes de la infancia.
- Evaluar el Desarrollo Psicomotriz de los niños/as desnutridos.
- Establecer el Proceso de Atención de Enfermería para la asistencia a los niños/as con alteraciones en el desarrollo psicomotor atendidos en el sub – centro de salud de San Andrés.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La desnutrición y el desarrollo psicomotriz en niños/as menores de 5 años constituye un problema de salud pública de prioridad, es trascendente conocer las características socioeconómicas y culturales de las familias, las alteraciones en el desarrollo psicomotriz, particularidades del cuidador y su relación con el surgimiento de las enfermedades prevalentes del infante; lo que permitirá identificar factores que conllevan a este problema.

La importancia de realizar esta investigación en niños/as de 1 a 5 años con desnutrición atendidos en el Sub-Centro de Salud de San Andrés permitirá mejorar la aplicación de programas asistenciales, como estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), el control integral oportuno, seguimiento mediante visitas domiciliarias con talento humano desarrollado, con énfasis en las intervenciones de actividades de estimulación temprana, a niños/as diagnosticados con desnutrición y mejorando las condiciones higiénico sanitarias de las familias y el cuidado infantil.

Los beneficiarios directos de esta investigación son los niños/as, en quienes se deberá aplicar estrategias de mejoramiento de la salud, que los padres y cuidadores capacitados brinden mejor cuidado, el talento humano de salud promocionara con mayor énfasis la atención al estado nutricional y al desarrollo psicomotriz del infante.

Las beneficiarias indirectas serán las estudiantes de enfermería quienes en las visitas domiciliarias aplicaran el Proceso de Atención de Enfermería, para la satisfacción de necesidades en la prevención y recuperación, con estas intervenciones se espera lograr reducir los índices de morbi-mortalidad infantil y retraso en el desarrollo psicomotriz.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO–CONCEPTUAL

2.1 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

La presente investigación pertenece a la teoría cualitativa ya que trata de identificar las consecuencias que la desnutrición ocasiona sobre el desarrollo psicomotriz de los niño/as de 1 a 5 años, con la aplicación de diversas técnicas de investigación que mediante la observación se ha registrado diferentes fenómenos que ocasiona la desnutrición como alteraciones en el crecimiento y distintas aéreas del desarrollo psicomotriz entre ellas el aprendizaje, lenguaje y el rendimiento académico a largo plazo, circunstancias que están analizadas de acuerdo los enunciados conceptuales de diversos actores en referencia a otros autores.

La salud de los niños/as constituye una prioridad esencial dentro de la política de Gobierno, a través de los diferentes estamentos públicos de salud que permitan alcanzar condiciones óptimas en el desarrollo de la niñez, disminuyendo la morbilidad, mortalidad y al mejoramiento de las condiciones sociales, culturales y ambientales de las familias para asegurar las potencialidades en el desarrollo humano.

2.1.1 ANTECEDENTES

De acuerdo a la investigación que se va a realizar sobre el Desarrollo Psicomotriz y la Desnutrición creemos conveniente revisar distintas investigaciones similares, en los que se destacan los siguientes:

Al revisar la investigación titulada “Determinantes del estado de salud de los niños/as que asisten al Centro de Cuidado Infantil La matriz del Patronato de Amparo Social del Cantón Guano, provincia de Chimborazo de enero a junio del 2005”.

La Autora Alicia Ilbay concluye que de los 100% de niños/as atendidos, el 73% presentan enfermedades prevalentes de la infancia teniendo en cuenta que los factores socio-económicos y culturales de las familias influyen en el estado de salud de los niños.

Otra investigación de las autoras Núñez Arbildo, Magali Ulloa titulada “Anemia y Desarrollo Cognitivo en niños/as de 3 a 5 años de la Institución Educativa 06 Cuadritos distrito de Laredo - diciembre 2010 Perú”, llegan a la conclusión que el 17% de niños presentaron anemia con una disminución significativa, en el desarrollo cognitivo existiendo una correlación entre las dos variables, y el 83% no presentaron anemia obteniendo un mejor desarrollo cognitivo.

Al revisar la investigación titulada “Relación existente entre el estado nutricional y el desarrollo psicomotriz de los niños de 4 a 5 años de la Escuela Santiago Cantos Cordero de la ciudad de Quito- Ecuador año 2011”, la autora Estefanía Puente concluye que el 38% de los niños/as presentan desnutrición y con la aplicación del test de Denver se ha evidenciado que el área del lenguaje es la más afectada con un retardo del 48 % en el desarrollo psicomotriz, existiendo una relación significativa entre las dos variables mencionadas.

Luego de haber revisado minuciosamente las investigaciones mencionadas relacionado con el Desarrollo Psicomotriz y Desnutrición en niños/as menores de 5 años, podemos decir que existe una correlación entre las dos variables los cuales han servido de apoyo, orientación y fortalecimiento para realizar la presente investigación planteada, de esta manera incentivar al personal de salud, padres y cuidadores en el interés y atención integral al niño/a, detectando de forma precoz las alteraciones en el estado nutricional y sus efectos en el desarrollo psicomotriz.

2.1.2 RESEÑA HISTÓRICA DE SAN ANDRÉS

La parroquia de San Andrés perteneciente a la Provincia de Chimborazo Cantón Guano, se encuentra ubicada a un costado de la carretera Panamericana Norte, posee mucha historia dentro del desarrollo de la Provincia, con su principal atractivo que es la iglesia actual y el convento parroquial, que son monumentos a la arquitectura de piedra, situada al frente del parque Central, está constituido por 32 comunidades y 8 barrios, con una Población de 10.953 habitantes, que corresponde al área Rural 9.572 habitantes, constituyendo el 42.55% de la población total del Cantón Guano.¹⁰

El sub centro de Salud de San Andrés se encuentra ubicada a un costado del convento, diagonal al parque central, el mismo que proporciona atención a 14 comunidades, ya que las demás cuentan con un sub-centro de salud brindando atención primaria a sus usuarios. La población total de niños/as menores de 1 a 5 años, atendidos en el sub-centro de salud de San Andrés es de 1.338, donde 75 niños/as fueron diagnosticados con desnutrición problema de salud que se va investigar.

Los servicios básicos de la parroquia son escasos, la baja calidad del agua de consumo humano, la infraestructura de riego y sistema de alcantarillado pues no cubre todas las necesidades de la población, la infraestructura en el área de salud no abastece a todas las comunidades.

La situación económica en las comunidades de la Parroquia de San Andrés, se debería básicamente a la producción agrícola y agropecuaria en menor escala que el sector artesanal, comercio y servicios públicos. La falta de incentivos para la inversión ha generado desocupación, subempleo, debido que el sector agropecuario atraviesa una crisis, donde los productos agrícolas demuestran precios muy bajos siendo el único ingreso económico de los campesinos, esta situación ha generado más pobreza en las familias con la caída de precios.

Es importante que exista una política adecuada del gobierno para que se cumpla a cabalidad todas las necesidades básicas de las comunidades dando prioridad a los servicios básicos de salud en dichos sectores.¹¹

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 NUTRICIÓN

La nutrición juega un rol fundamental en el desarrollo del infante desde el momento mismo de la concepción, el punto de vista de la Nutrición Pública confirman que existen déficit o excesos de nutrientes, que influyen negativamente en el desarrollo óptimo de la niñez, provocando indeseables consecuencias en la salud, las deficiencias de micronutrientes son uno de los problemas que afecta a grandes grupos de la población, en especial a los niños/as menores de 5 años.¹²

La nutrición y el neurodesarrollo es importante debido a que durante el periodo de concepción y los 3 primeros años de vida el encéfalo crece a una velocidad imparable que en cualquier otra etapa del desarrollo, es decir que el cerebro es la estructura del Sistema Nervioso Central más vulnerable a la desnutrición temprana ocasionando anomalías cerebrales irreversibles que disminuyen el incremento cerebral, una alimentación rica en carbohidratos, proteína y micronutrientes incrementan los niveles cerebrales de triptófano y serotonina y reduce la tiroxina lo cual evidencia la modulación de la dieta en los niveles de neurotransmisores y así podrían explicarse los cambios en el comportamiento en niños/as con desnutrición.¹³

2.2.2. Nutrición en niños menores de 5 años

La alimentación durante los primeros años de vida es esencial para el crecimiento y desarrollo físico e intelectual del infante, proporcionándole una buena nutrición donde los nutrientes, estímulos externos y las condiciones adecuadas de vida lograrán una salud óptima del niño.¹⁴

2.2.3 Alimentación complementaria en niños/as menores de 5 años.

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, en los menores de 5 años de todo el mundo.

La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida.

La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna, los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos, la adecuada alimentación complementaria depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, de su cuidador.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, de dos o tres veces al día y a partir de los 8 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según desee.¹⁵

2.2.4 CRECIMIENTO

Es un proceso por el cual se incrementa la masa corporal de un infante, debido al aumento en el número de células (hiperplasia), el aumento en el volumen de las células (hipertrofia) y al incremento en la sustancia intercelular. Tanto el crecimiento como la división celular dependen de la capacidad de las mismas para asimilar los nutrientes que se encuentran en el ambiente en que se desarrollan, de esta manera los alimentos son usados por el cuerpo para construir nuevas estructuras celulares.¹⁶

2.2.4.1 Evaluación del crecimiento.

Es la característica más importante de las primeras épocas de la vida, y se altera por enfermedades, nutricionales, sicosociales y emocionales. El propósito de la evaluación del crecimiento es determinar si un niño/a está creciendo “normalmente”, si tiene un problema de crecimiento o si presenta una tendencia que puede llevarlo a un problema de crecimiento. En todas las unidades operativas, independientemente de su nivel de complejidad, la cuantificación de las dimensiones corporales y la evaluación periódica de sus modificaciones, es una de las actividades más importantes que debe ser cumplida durante la atención del niño/a. Uno de los métodos de evaluación del crecimiento es la toma de medidas antropométricas es decir la medición exacta de peso, talla, perímetro cefálico en periodos de edades determinadas.

Se debe utilizar los patrones de crecimiento del niño/a de la Organización Mundial de la Salud: estatura/longitud para la edad, peso para la edad, índice de masa corporal para la edad, registrar e interpretar tendencias de crecimiento que determinan el estado nutricional del niño/a.

2.2.4.2 Patrones de crecimiento del niño/a de la Organización Mundial de la Salud

a) Indicador longitud/talla para la edad

Talla.-Es una medida de dimensión corporal que se expresa en centímetros. El indicador se constituye cuando se relaciona la talla obtenida con la referencia para su misma edad y sexo en una curva de distancia. El resultado obtenido se clasifica en variantes normales y variantes patológicas. Para medir al niño menor de dos años, en decúbito dorsal se utiliza el padiometro o infantometro y se requiere de dos personas, una de ellas sujeta la cabeza del niño/a en decúbito dorsal contra el plano fijo, la persona que realiza la medición sostiene las rodillas y aplica la escuadra móvil a la planta de los pies manteniéndolo en ángulo recto.

b) Indicador peso para la edad

Peso.- Mide la masa corporal total niño/a, el mismo que debe ser tomado con la menor cantidad de ropa posible. Para el monitoreo del crecimiento el niño/a menor de dos años, será pesado de acuerdo a la agenda establecida en las normas de forma individual y colectiva, utilizando la balanza para bebe, acostado sobre el plato, sin ropa, es necesario verificar que la balanza esté encerrada antes de cada pesada, se debe registrar el peso en kilogramos y fracciones hasta diez gramos y graficar en el formulario y en el Carné de Salud Infantil. La clasificación del estado nutricional y evolución del crecimiento se realizan con los datos de peso y de cada control subsiguiente registrados en los gráficos de las curvas de crecimiento.

c) Indicador del perímetro cefálico para la edad.- Representa la máxima circunferencia del cráneo en un plano horizontal que pasa por encima de las cejas y la prominencia occipital.

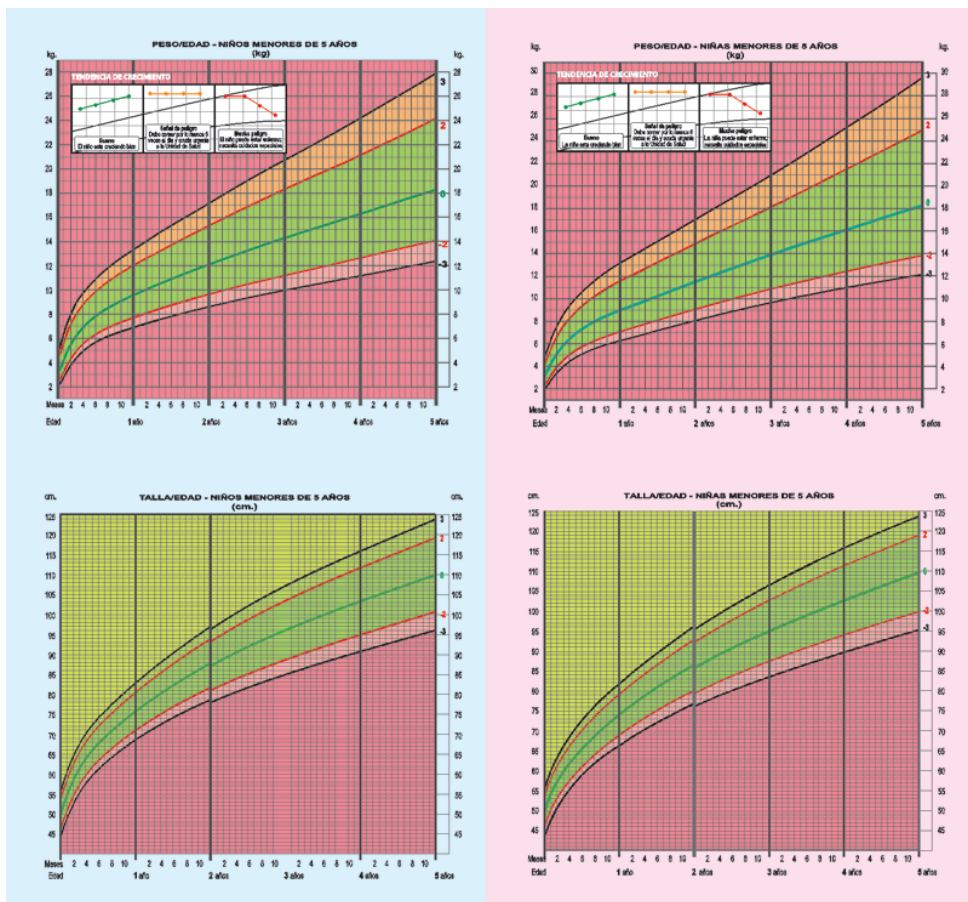
Se obtienen con la ayuda de una cinta flexible no extensible de preferencia de fibra de vidrio o metálica, esta medida se realiza hasta los dos años de edad y se registrara en centímetros y decimales en el formulario correspondiente.

d)Indicador índice de masa corporal para la edad.- Es una medida de asociación entre el peso y talla del niño, es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con el estado nutricional del niño, el Índice de masa corporal (IMC) puede ser un indicador de crecimiento útil cuando está marcado en una gráfica relacionándolo con la edad del niño, se calcula en base a la siguiente fórmula: peso en Kg + Talla/ Longitud en metros al cuadrado, registrándolo en el formulario correspondiente.

2.2.4.3Curvas de valoración de peso y talla.- Este gráfico se presenta por separado para niños/as, está elaborado desde el nacimiento hasta los 5 años con datos del estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento, se grafican las curvas de siete valores de percentiles (3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97) del peso según la edad.

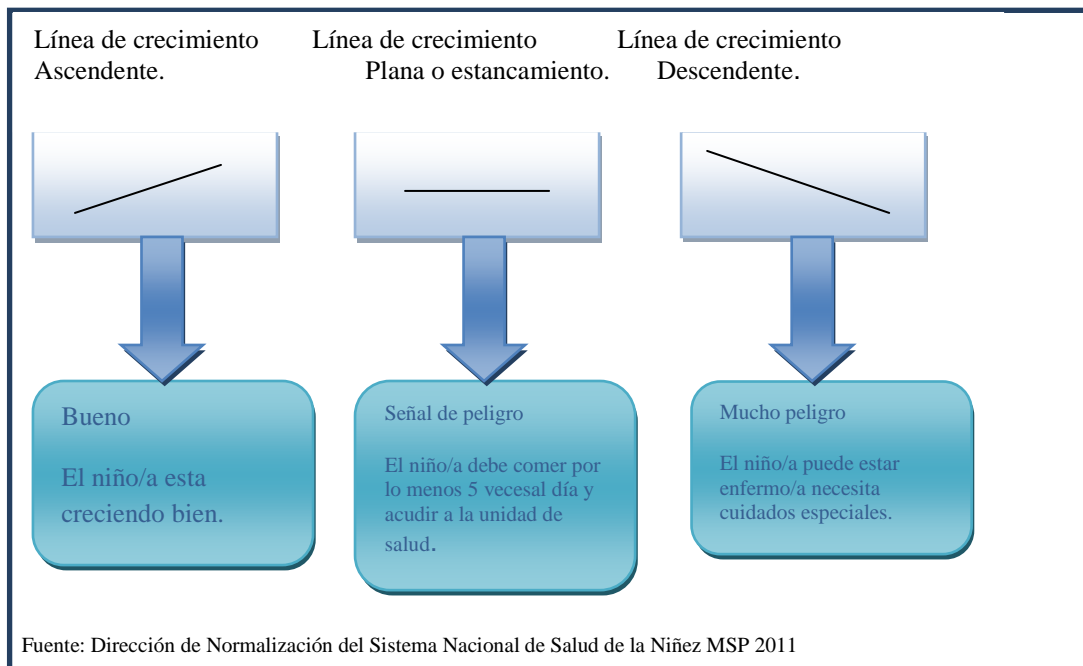
Eje horizontal: La escala de la edad se presenta en meses y años cumplidos desde el nacimiento hasta los 5 años, la edad se debe graficar en meses y años cumplidos.

Eje vertical: La escala del peso se presenta en cuadrícula por kilogramo con reparos cada 2 kilogramos, desde 0 a 30 kilogramos



Fuente: Carnet de salud del niño/a MSP, 2009

2.2.4.4 Curvas de crecimiento - Hay que comparar los puntos marcados en la curva de crecimiento de niños con la línea de puntuación, si tenemos varios puntos graficados en las curvas, estos puntos se unirán con líneas rectas entre ellos, de este modo tendremos una línea que representa la tendencia en el tiempo de acuerdo al indicador que estemos evaluando, las señales de alerta dependerán del estado nutricional del niño/a.¹⁷



2.2.2 DESNUTRICIÓN

La desnutrición es una enfermedad causada por un estado de deficiencia en el consumo de energía y nutrientes que repercute negativamente la salud del niño/a, también puede ser causada por mala absorción de nutrientes, ocurre entre individuos de bajos recursos económicos y principalmente en niños/as de países subdesarrollados. La diferencia entre la malnutrición y la desnutrición es que en la desnutrición existe una deficiencia en la ingesta de calorías y proteínas, mientras que en la malnutrición existe una deficiencia, exceso o desbalance en la ingesta de uno o varios nutrientes que el cuerpo necesita (ejemplo: vitaminas, hierro, yodo, calorías, etc.).

La desnutrición infantil es un obstáculo que impide que los individuos, e incluso las sociedades desarrollen todo su potencial, siendo una etapa donde se necesitan nutrientes para poder desarrollarse en forma adecuada.¹⁸

2.2.2 .1 Clasificación de la desnutrición

a) Por su duración se clasifica en:

1.- Aguda: Se presenta debido a la restricción de alimentos que se manifiesta por la pérdida de peso y detención del crecimiento. Cuando el niño/a es atendido adecuadamente y oportunamente se recupera, repone sus pérdidas y vuelve a crecer normal.

2.- Crónica: Cuando la privación de alimentos se prolonga, la pérdida de peso se acentúa como consecuencia el organismo para sobrevivir disminuye requerimientos y deja de crecer, es decir mantiene una estatura baja para su edad, su recuperación es más difícil.

b) Por su intensidad se clasifica en:

1.- Leve: Es cuando la cantidad y variedad de nutrimentos que el niño recibe son menores a sus requerimientos. Al inicio se caracteriza por la pérdida o no ganancia de peso.

2.- Moderada: Cuando la falta de nutrimentos se prolonga y acentúa, la desnutrición se agudiza y fácilmente se asocia a procesos infecciosos, se manifiesta con mayor déficit de peso, detención del crecimiento, anorexia y mayor facilidad para contraer infecciones.

3.- Severa: Cuando la carencia acentuada de alimentos continua asociada a padecimientos infecciosos frecuentes se intensifica y la descompensación fisiológica del organismo llega a tal grado que pone al niño/a en grave peligro de muerte.¹⁹

2.2.2 .2 Causas de la desnutrición

Dentro de las causas más comunes esta la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades como diarrea infecciones respiratorias agudas y otras. La falta de educación e información sobre la buena o adecuada alimentación, el bajo consumo de suplementos vitamínicos o alimentos fortificados, el costo de los alimentos, detrás de estas causas inmediatas hay otras subyacentes como son, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, las prácticas deficientes en el cuidado del niño/a. En el origen de todo están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad con una escasa educación de las madres.²⁰

2.2.2 .3 Signos y síntomas

Los síntomas pueden variar de acuerdo a la causa de la desnutrición pero se pueden mencionar síntomas generales como fatiga, mareo y pérdida de peso. En los niños/as con desnutrición se puede observar que no crecen, están tristes, no juegan, lloran con facilidad, y se enferman muy fácilmente, se puede detectar la desnutrición controlando la talla, peso y comparando con las tablas de crecimiento establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

2.2.2 .4 Diagnóstico

Como primera medida se debe controlar el peso y talla de acuerdo a la edad del niño/a, de esta manera valorar su estado nutricional detectando la presencia de desnutrición infantil y si la padece clasificarla según la tabla del MSP. También es importante tomar muestras de laboratorio donde se va identificar bajos niveles de la albumina en la sangre ya que esta sustancia se encuentra disminuida cuando hay presencia de desnutrición.

2.2.2 .5 Tratamiento de la desnutrición

El tratamiento adecuado en estos casos es mantener hidratado al niño, suministrando alimentos licuados, triturados, principalmente a base de lácteos según OMS " Los expertos han declarado que se trata de alimentos de alto valor energético, de consistencia blanda o triturable, aptos para el consumo de los niños/as mayores de seis meses y que no es necesario añadirles agua, lo que reduce el riesgo de infecciones bacterianas.

En casos que los niños por falta de los nutrientes esenciales para su desarrollo presenten una deficiencia en la producción de los glóbulos rojos presentándose una anemia según JAMA PATIENT PAGE "La prevención de la deficiencia de hierro requiere seguir una dieta adecuada que incluya alimentos ricos en este mineral (verduras de hoja verde, legumbres y carnes rojas). Su tratamiento puede incluir un incremento de la ingestión de hierro a través del consumo de alimentos fortificados y la prescripción de suplementos vitamínicos.²¹

2.2.2 .6 Consecuencias de la desnutrición

Dependiendo de la intensidad de la desnutrición, el tiempo de duración y la edad a la que el niño/a lo padezca puede presentar para toda su vida: Bajo crecimiento, menor rendimiento intelectual, menor capacidad física, retraso del desarrollo psicomotriz, mayor riesgo de padecer enfermedades de tipo infeccioso correlacionadas con la desnutrición y otras deficiencias nutricionales como anemia, bocio, ceguera nocturna y sobre todo mayor peligro de morir en los primeros años de vida.²²

2.2.3 DESARROLLO PSICOMOTRIZ

El termino desarrollo se refiere al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez. Este proceso biológico que el hombre comparte con todos los seres vivos, presenta la particularidad de requerir un lapso más prolongado para madurar durante su niñez, infancia y adolescencia adquiriendo habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización con el medio.²³

El desarrollo implica una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano y es una característica diferencial en la asistencia del niño/a, la atención a la salud no consiste solamente en satisfacer sus necesidades actuales, sino también en promover un desarrollo normal para que llegue a ser un adulto sano. El crecimiento y desarrollo son el resultado de las condiciones de vida (físicas, biológicas, psicológicas, sociales, nutricionales).

La nutrición juega un papel importante debido a que un niño/a con desnutrición puede quedar atrapado en un espiral de enfermedades recurrentes con débil crecimiento y daños irreversibles para su desarrollo y sus capacidades cognitivas. En este sentido el desarrollo es un proceso expansivo, a medida que el niño madura va formando nuevas conductas que generan nuevos comportamientos a través de la interrelación personal con el medio, en concordancia con sus posibilidades de realización.²⁴

2.2.3.1 Áreas del Desarrollo Psicomotriz

El desarrollo psicomotriz en las diversas edades del niño/a pueden agruparse fundamentalmente en cuatro áreas del desarrollo: cognitivo, motriz, lenguaje y personal social, implicados en el conocimiento, la percepción de la realidad que presenta diferentes particularidades, según los cinco sentidos mediante su estimulación. Los sentidos son la primera fuente de conocimiento, trabajan de manera integrada para ofrecernos información del medio, esta integración ocurre durante los primeros años de vida proceso mediante el cual el infante organiza mentalmente los estímulos e información, relacionando su propia experiencia²⁵ teniendo como objeto de estudio los mecanismos básicos y profundos por los que se elaboran el conocimiento desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y razonamiento lógico, proceso evolutivo de transformación que permite al niño/a ir desarrollando habilidades y destrezas.

ÁREA MOTRIZ: La Motricidad es la capacidad del niño para dominar su movimiento corporal por sí mismos. Tiene que existir una adecuada coordinación y sincronización entre todas las estructuras que intervienen en el movimiento (Sistema nervioso, órganos de los sentidos, sistema musculo esquelético).

1.- Motricidad fina: Influyen movimientos controlados y deliberados que requieren el desarrollo muscular y la madurez del sistema nervioso central, implicando movimientos de mayor precisión que son requeridos especialmente en tareas donde se utilizan de manera simultánea el ojo, mano, dedos como por ejemplo: rasgar, cortar, pintar, colorear, enhebrar, escribir, destrezas que el niño/a va adquiriendo progresivamente en el uso de sus manos jugando un papel central en el aumento de la inteligencia.²⁶

2.- Motricidad gruesa: Habilidades que el niño/a va adquiriendo para mover armoniosamente los músculos de su cuerpo y mantener el equilibrio, agilidad, fuerza y velocidad en sus movimientos corporales. El ritmo de evolución varía de uno a otro, de acuerdo con la madurez del sistema nervioso, su carga genética, su temperamento básico y la estimulación ambiental, Es la capacidad del cuerpo para integrar la acción de los músculos largos, con el objeto de realizar determinados movimientos: saltar, correr, trepar, arrastrarse, bailar.

ÁREA DE LENGUAJE:El lenguaje es posible gracias a diferentes funciones que realiza el cerebro, estas funciones están relacionadas y denominadas como inteligencia y memoria lingüística, la complejidad del lenguaje es una de las grandes diferencias que incluye sonidos, gestos y símbolos gráficos interpretados de acuerdo a la estimulación de su cultura. El lenguaje es un proceso estrechamente relacionado con el desarrollo total del niño/a y su evolución, resulta ser un proceso complicado y menos lógico de lo que estimamos, otra característica del lenguaje es que comienza a desarrollarse y a establecerse a partir de la gestación según la relación del infante con el mundo que lo rodea, de este modo aprende a emitir a escuchar y a comprender ciertos sonidos.²⁷

ÁREASOCIAL Y AFECTIVO.- Permite a los niños/as conocer y afrontar sus miedos y relacionarse con los demás tomando en cuenta las diferencias individuales los afectos y sentimientos del ser humano, el desarrollo social se inicia desde el período prenatal, este desarrollo va de la mano con la afectividad, la comunicación verbal, gestual y como se reconocen en el mundo, esta área es básicamente la habilidad de reconocer y expresar emociones y sentimientos. Involucra un cúmulo de experiencias afectivas y de socialización que permiten al niño/a sentirse un individuo único diferente a los demás, pero a la vez querido, seguro y comprendido.

El juego permite la interacción permanente entre el niño/a y el ambiente tiene como base a la comunidad, porque se enmarca en un proceso participativo, a través de éste el infante retoma su medio lo recrea, lo regresa transformado en una función social importante, ya que gracias a él se realizan los ideales de convivencia, su influencia emocional es vital porque ayudará a que el niño/a adquiera confianza y seguridad en sí mismo.²⁸

2.2.3.2 Evaluación del Desarrollo Psicomotor

Es compromiso fundamental que el equipo básico de salud evalúe periódicamente el desarrollo psicomotriz que manifieste un niño/a, especialmente en los primeros años de vida, durante esta etapa el tejido nervioso crece y madura estando expuesto a un daño cerebral, en esta época es cuando el niño/a responde más a las terapias y a los estímulos que recibe del medio ambiente. El crecimiento y el desarrollo psicomotor no se manifiesta en forma independiente, sino que representan una continuidad de interrelaciones entre el potencial genético y el medio ambiente. Sin lugar a dudas la evaluación del desarrollo psicomotor es una actividad importante, al igual que la evaluación del crecimiento físico en la atención del niño/a.

FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI PARA EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO/A

ENSEGUIDA, VALORAR EL DESARROLLO

EN TODOS LOS NIÑOS /NIÑAS QUE TENGAN CLASIFICACION VERDE DURANTE Y LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO DE LA HILERA AMARILLA (LOS QUE EVOLUCIONEN BIEN), EVALUAR EL DESARROLLO

PREGUNTAR:

- ¿Cómo ve usted el desarrollo de su hijo / hija?
- ¿Existe en la familia del niño / niña alguna persona con problemas del desarrollo?
- ¿Reacciona al sonido?

RECUERDE:

Si Los padres o cuidadores dicen que su niño / niña tiene algún retraso en el desarrollo, preste mucha atención en la observación y exploración.

OBSERVAR Y EXPLORAR:

A partir de los 2 meses

- Eleva la cabeza
- Reacciona la sonido

4 meses

- Agarra objetos
- Sonríe emitiendo sonidos

6 meses

- Gira solo
- Se vuelve al lugar del sonido

9 meses

- Juega a taparse y descubrirse
- Se sienta sin apoyo

12 meses

- Camina con apoyo
- Agarra objetos con las puntas de los dedos índice y pulgar

18 meses

- Camina para atrás
- Garabatea espontáneamente y dice por lo menos tres palabras

24 meses

- Se quita por lo menos una prenda de vestir
- Señala por lo menos dos figuras o dos partes del cuerpo

3 años

- Controla esfínteres
- Sube la escalera sólo(a) y sin apoyo

4 años

- Se viste y calza sólo(a)
- Relata acontecimientos simples y da nombre completo

Clasificar el DESARROLLO

<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de una o más de las condiciones para el grupo de edad anterior a la edad del niño / niña 	RETRASO DEL DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Referir para una evaluación por un especialista.
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de una o más de las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño / niña 	POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar a los padres o cuidadores sobre la estimulación de su hijo / hija de acuerdo a su edad. • Hacer una consulta de seguimiento y control en 30 días. • Indicar a los padres o cuidadores que si el niño / niña no progresa en el desarrollo, volver lo antes posible.
<ul style="list-style-type: none"> • Cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño / niña y no hay factores de riesgo 	DESARROLLO NORMAL	<ul style="list-style-type: none"> • Felicite a la madre • Aconseje a los padres o cuidadores para que continúe estimulando a su hijo / hija de acuerdo a la edad • Hacer seguimiento cada 3 meses si tiene menos de un año y cada 6 meses a partir del año de edad hasta los 5 años. • Indique a los padres o cuidadores los signos de alarma para volver lo mas pronto posible.

Nota: En cada visita verifique si el niño(a) ve y oye

2.2.4 DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

En el Ministerio de Salud Pública se aplica el Test de Aldrich y Norval en los niños de 12 meses de edad y el de Barrera–Moncada para niños de 12 a 60 meses de edad junto con la aplicación del formulario de AIEPI y el examen físico al infante y si se requiere una valoración más completa se utilizara el Test de Denver.²⁹

La prueba de Denver es un instrumento útil para descubrir retrasos del desarrollo en la infancia y en los años preescolares dicha prueba se administra con facilidad y rapidez, así como también se presta para realizar evaluaciones seriadas en una misma hoja de prueba, es mandatorio en niños/as que presentan retraso en las pruebas de Aldrich y Norval o de Barrera –Moncada. La evaluación del desarrollo psicomotriz es un proceso continuo y flexible valorando paralelamente el estado nutricional del niño/a siendo un factor importante en el buen crecimiento y desarrollo, ya que no solo significa la escasez de los alimentos necesarios para el desarrollo del organismo, sino también la falta de estímulos sensoriales para el desarrollo mental del aprendizaje, que junto a la privación de estímulos afectivos y psicomotores propician que el individuo no alcance un pleno desarrollo de sus capacidades psicomotoras y sociales.³⁰

2.2.5 ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

2.2.5.1 POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

Son alteraciones en las que se pueden afectar 2 o más áreas del desarrollo del niño/a con una adquisición tardía de habilidades motoras, ya sea por una evolución lenta o falta de madurez del sistema nervioso central que condiciona variaciones fisiológicas que pueden llegar a ser patológicas, si no se proporciona una atención adecuada y oportuna por un personal médico especializado.³¹

La importancia del Desarrollo Psicomotor viene dada por la plasticidad neurológica del niño en sus primeros años. Las estructuras cerebrales están aún formándose y organizándose en una etapa especialmente sensible a las entradas del mundo exterior y esto puede ayudar a compensar un déficit por lesión o de privación, es posible que un niño/a presente un retraso en su desarrollo psicomotor si sus actitudes sensoriales, cognitivas o interactivas se producen lentamente.³²

Las etapas críticas de adquisición de nuevas actividades sirven para hacer seguimiento al niño/a con sospecha de retraso en el desarrollo, la inmadurez del sistema nervioso central que afecta el área psicomotriz limita las experiencias de movimiento y postura, así como el área cognoscitiva y de lenguaje relacionándose de forma negativa con el aprendizaje del infante.

2.2.5.2 Fisiopatología

El cerebro del recién nacido pesa 350 grs. y se duplica al final del primer año de vida, durante los siguientes 12 meses hay un incremento significativo, la etapa de crecimiento y maduración acelerada del SNC se considera un período vulnerable en las que se establecen las condiciones para lograr una función determinada. Si las estructuras relacionadas a una función se mantienen privadas de las influencias ambientales necesarias para su desarrollo, esta función no se forma adecuadamente, los niños/as deben coordinar los tres sistemas responsables de la regulación del estado de conciencia, la recepción y procesamiento de estímulos sensoriales y el control voluntario de los movimientos finos y gruesos. El desarrollo normal de estos sistemas requiere un sistema nervioso central intacto y un ambiente que responda a sus acciones.³³

2.2.5.3 Signos y síntomas de alerta

En todos los servicios de salud independientemente del nivel de complejidad, se deben detectar tempranamente signos de alerta para la referencia oportuna de estos niños/as a unidades que cuente con servicios neuro-pediátricos para su control periódico, estimulación precoz o rehabilitación.³⁴

2.2.5.4 Factores de riesgo que influyen en el posible retraso del Desarrollo

La mayoría de las veces en las alteraciones del desarrollo de los niños/as no se puede establecer una sola causa, existiendo una asociación de diversas etiologías posiblemente asociadas con el problema, siendo el resultado de una interacción entre las características biológicas y las experiencias ofrecidas por el medio ambiente, factores adversos que pueden alterar y producir un daño. Por ejemplo, la primera condición para que un niño/a se desarrolle bien es el afecto de su madre o de la persona encargada de su cuidado su estado nutricional o alimentación, la falta de afecto y amor en los primeros años de vida dejará marcas definitivas, constituyendo uno de los riesgos más importantes para un buen desarrollo psicológico.³⁵

Los niños/as bien nutridos y sanos no presentan manifestaciones clínicas de posible retraso del desarrollo pero con un déficit de estímulos, no pueden alcanzar su pleno potencial, por eso es importante diagnosticar el problema y promover las bases para un completo desarrollo, teniendo siempre presente el buen cuidado y manejo en especial la alimentación que debe recibir acorde a su edad.³⁶

La mayoría de los estudios clasifica los riesgos de ocurrencia de problemas en el desarrollo del niño/a como riesgos biológicos y riesgos ambientales. Los riesgos biológicos son eventos pre, peri y postnatales, que resultan en la probabilidad de daño genético en el desarrollo y dentro de ello también tenemos la prematurez, la hipoxia cerebral, lesión directa sobre el sistema nervioso, mientras que los problemas ambientales pueden ser de carácter social, económico o cultural.³⁷

2.2.6 Tratamiento del posible retraso desarrollo psicomotor

Los problemas de desarrollo en un niño/a pueden presentarse de diversas maneras: como alteraciones en el desarrollo motor, en el lenguaje, en la interacción personal-social, en lo cognitivo, la mayoría de las veces existen compromisos que afectan más de una función, en este caso presentan alteraciones funcionales mixtas en su desarrollo, el tratamiento de los niños/as con alteración en el desarrollo dependerá de la causa. Si el infante presenta una alteración debido a problemas ambientales, por falta de estímulos de quien lo cuida o por una alimentación inadecuada, el tratamiento consistirá en orientaciones a los padres sobre la manera como se relacionan e interactúan con el niño/a.

Son numerosas las experiencias que demuestran que la estimulación durante los tres primeros años de vida y la alimentación adecuada, mejora el desempeño por lo que se debe incentivar a los padres y cuidadores su aplicación.³⁸

2.2.6 .1ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Se define como un conjunto de acciones que potencializan al máximo las habilidades físicas, mentales y psicosociales del niño/a mediante estimulación repetitiva, continua y sistematizada, proporcionando al infante las experiencias que necesita desde el nacimiento para desarrollar al máximo su potencial intelectual.

Esto se logra a través de estímulos adecuados y de complejidad creciente para su edad cronológica, proporcionada por personas, acciones y objetos que generen en el niño/a una buena relación con su medio ambiente y facilite un aprendizaje afectivo requiriendo una participación activa de los padres y de la comunidad en general.³⁹

2.2.6 .2 Importancia

La importancia de la estimulación temprana es tal que se considera un requisito básico para el óptimo desarrollo del cerebro del infante, ya que potencia sus funciones cerebrales en todos los aspectos (cognitivo, lingüístico, motor y social). Nuestro cerebro requiere información que le ayude a desarrollarse, su crecimiento depende de la cantidad, tipo y calidad de estímulos que recibe, el máximo desarrollo neuronal está comprendido entre el nacimiento y el tercer año de vida, para luego ir poco a poco desapareciendo hasta llegar a los seis años, momento en el que las interconexiones neuronales del cerebro ya están establecidas y los mecanismos de aprendizaje se asemejan a los de un adulto. Por otro lado, una estimulación temprana, abundante, periódica y de buena calidad nos garantiza un ritmo adecuado en el proceso de adquisición de distintas funciones cerebrales, siendo más eficaz porque su cerebro tiene mayor plasticidad; esto hace que se establezcan conexiones entre las neuronas con más facilidad, rapidez y eficacia.

2.2.6 .3 La mala estimulación

En muchas ocasiones los padres, aun sabiendo y siendo conscientes de lo importante que es una buena estimulación temprana, suelen pasar por alto algunos aspectos fundamentales, cuando se brinda una mala estimulación se impide el desarrollo de otras habilidades cerebrales. Por ejemplo, si un niño/a es estimulado únicamente para que sea futbolista, tendrá problemas al momento de realizar actividades que incluyan un reto intelectual mayor, por lo tanto, el objetivo de una buena estimulación nunca será formar genios en un área específica, sino brindar una amplia variedad de conocimientos que abarquen las demás áreas (motora, sensorial y social) del desarrollo del infante.⁴⁰

2.2.6.4 Desnutrición y Posible Retraso del Desarrollo Psicomotriz

En los resultados de numerosas investigaciones en niños/as con desnutrición y alteraciones del desarrollo psicomotor, se han incluido dos aspectos adicionales como: el nivel de actividad y el nivel de atención, puesto que se consideran muy importantes en todos los procesos de aprendizaje de conductas del desarrollo, y muchos de los estudios los han examinado. Posteriormente se examinan los hallazgos de la desnutrición sobre las cuatro áreas del desarrollo psicomotor: cognitiva, motora, personal-social y lenguaje.

- a) **Nivel de Actividad y Atención.**-Estos dos aspectos juegan un rol importante en el desarrollo, la actividad y la atención son requisitos indispensables para la aparición de nuevas conductas motoras y cognitivas. Un niño/a con desnutrición presentara bajo nivel de actividad ya que por falta de energía se torna menos activo y curioso, impidiendo que la curiosidad surja como motor de adquisición de nuevas conductas, la falta de curiosidad impedirá los procesos de recolección, organización y creación de respuestas a la información integrada, que constituyen la base para el aprendizaje, motor y cognitivo, un aspecto relacionado con la atención es la regulación de los estados sueño-vigilia, de igual manera no podrá concentrarse suficientemente en una nueva conducta para su perfeccionamiento y por ende la adquisición posterior de nuevas conductas más complejas se verán retrasadas.

b) **Desarrollo de Lenguaje:** Está ligado a todas las demás áreas del desarrollo, debido que la desnutrición está asociado a cambios conductuales importantes en el infante, para lograr el potencial de ésta área se consideran varios factores determinantes, en primer lugar un componente fisiológico que comprende la aparición e integración de reflejos primitivos orales y de una estructura vocalizadora que permitirá la producción de sonidos, en segundo lugar un componente perceptual que posibilita que el niño/a reciba los estímulos sonoros y los integre a nivel central, en tercer lugar un componente cognitivo que le permite relacionar los estímulos y comprender su significado para producir respuestas coherentes, finalmente es necesario el desarrollo de un componente social que facilite la interacción y comprensión con otros individuos .⁴¹

2.2.6.5 CARACTERÍSTICAS Y PARTICULARIDADES DEL CUIDADOR DEL NIÑO/A

Perfil del cuidador: Numerosas investigaciones han revelado que los cuidadores necesitan un apoyo especializado en conocimiento sobre el cuidado y manejo del infante, deben difundirse información sobre las prácticas alimentarias apropiadas y la importancia de la estimulación temprana para ayudar en el desarrollo psicomotriz y formación acerca de las prácticas higiénicas, si las personas responsables de los niños/as tienen problemas de salud física o mental posiblemente necesiten apoyo adicional para garantizar que puedan cuidar, la mejor salud del cuidador o de la madre puede ser una de las intervenciones más importantes tanto para la madre como para los niños/as en situaciones de salud, teniendo en cuenta el nivel de instrucción para mejorar el conocimiento y la atención.⁴²

2.2.7 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LAS FAMILIAS

- a) **Características socioeconómicas:** Las investigaciones indican que las tasas de mortalidad son mayores para los pobres que para los ricos en todas las edades, esta diferencia es particularmente elevada en la niñez, la separación de ciertos sectores de la población y comunidades con menos recursos económicos, presentan servicios más deficientes en un entorno humano y material degradado.

Las poblaciones con bajos recursos económicos tienen mayores probabilidades de habitar en zonas afectadas por la contaminación y el deterioro ambiental, y otros factores como el régimen alimentario, el uso indebido de alimentos y sustancias tóxicas disminuye la probabilidad de tener una buena salud.⁴³

- b) **Sensibilidad cultural:** Hay factores excluyentes relacionados con el idioma y los valores culturales, la visión cósmica de la salud y las enfermedades forman parte de los sistemas de creencias, que varían con cada grupo étnico, las enfermedades pueden ser provocadas por seres humanos con grandes poderes, por fuerzas sobrenaturales, o por accidentes, excesos o carencias. Dichas creencias pueden provocar en las personas una ironía a usar servicios de salud modernos de base científica, en esos casos la medicina tradicional desempeña una función importante en la prevención y curación de enfermedades. En consecuencia, la prestación de servicios de salud modernos debe tener una sensibilidad cultural suficiente para no limitar el acceso de la minoría étnica teniendo en cuenta las distintas creencias culturales.

- c) **Prácticas de Higiene:** Se refiere al conjunto de prácticas y comportamientos orientados a mantener unas condiciones de limpieza y aseo que favorezcan la salud de los niños/as. La falta de hábitos higiénicos adecuados por parte de las personas se convierte en un problema grave no sólo por lo desagradable de una mala apariencia o de los malos olores sino por el potencial peligro de transmisión de virus y gérmenes a otras personas.

La buena o mala higiene incide de manera directa en la salud del infante. Son muchas las enfermedades relacionadas con las malas prácticas de higiene, por ejemplo: la diarrea, las enfermedades gastrointestinales, la conjuntivitis, las infecciones de la piel, la pediculosis, etc. El aseo diario de la vivienda se constituye en una de las principales formas de evitar la contaminación de los diferentes espacios y de prevenir la presencia de plagas y por ende enfermedades. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la higiene alimentaria comprende todas las medidas necesarias para garantizar la inocuidad sanitaria de los alimentos, manteniendo a la vez el resto de cualidades que les son propias, la contaminación de alimentos se produce desde diferentes fuentes así: el aire, el agua, el suelo, los seres humanos, los animales y demás seres vivos, no todos los microorganismos que contaminan los alimentos crudos tienen la misma importancia sanitaria, unos se denominan microorganismos alterantes y los demás se denominan microorganismos patógenos.⁴⁴

La cantidad de agua que se provee y que se usa en las viviendas es un aspecto importante de los servicios de abastecimiento de agua domiciliaria que influye en la higiene y por lo tanto en la salud pública. Hasta la fecha, la OMS no ha proporcionado datos sobre la cantidad de agua domiciliaria que se requiere para promover una buena salud, los requerimientos de agua deben ser aceptable que permita satisfacer las necesidades de consumo (para bebida y preparación de alimentos) e higiene básica.⁴⁵

2.2.8 ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

En América Latina la cifra de mortalidad es de un millón de niños menores de cinco años y la gran mayoría fallece en países no desarrollados. En los organismos de salud, a diario millones de niños consultan, por infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica, desnutrición, meningitis, sarampión y estas enfermedades corresponden al 50 a 70% de las consultas o al 30 a 60% de las hospitalizaciones. Para cada una de ellas se conocen plenamente los factores de riesgo y han sido demostradas las razones por las cuales una enfermedad dada presenta mayor mortalidad; es el caso de las infecciones respiratorias agudas y la neumonía para las que se conocen como la prematuridad, la corta edad, el bajo peso, la carencia o malas prácticas de alimentación materna, la desnutrición, la ausencia de vacunación, la marginalidad, el hacinamiento y la contaminación, contribuyen definitivamente a aumentar las muertes por estas causas.⁴⁶

a) **Enfermedades Respiratorias Agudas:** En Ecuador en el año 2011 Las enfermedades respiratorias agudas, ocupa el primer lugar como causa de mortalidad infantil con una incidencia 10.8 %, ⁴⁷ y en la provincia de Chimborazo con 25.2%, ⁴⁸ aunque se agudizan en épocas frías y húmedas, se presentan durante todo el año y afectan a uno o varios órganos del sistema respiratorio como boca, fosas nasales, faringe, laringe, tráquea, y bronquios, entre las más frecuentes encontramos.

- La neumonía o pulmonía.
- La gripe o influenza.
- El resfriado común.
- La amigdalitis.
- La bronquitis.

Las enfermedades respiratorias son ocasionadas por virus, bacterias o elementos ambientales, deben ser atendidas oportuna y adecuadamente, ya que sus complicaciones suelen ser severas, por lo que se debe acudir al médico ante cualquier síntoma, seguir el tratamiento completo y evitar el contacto con otras personas.⁴⁹

- b) **Enfermedades Diarreicas:** Las Enfermedades diarreicas en Ecuador en el año 2011 es la segunda causa de muerte de niños/as menores de cinco años con 7.4%,⁵⁰ ocasionando la muerte de 1,5 millones de niños cada año y en la provincia de Chimborazo con una incidencia del 12.2%.

La diarrea se define como la deposición de tres o más veces al día, con una frecuencia mayor que lo normal de heces sueltas o líquidas, puede durar varios días y privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia, suele ser un síntoma de infección del tracto digestivo, que es causada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos, alrededor de mil millones de personas carecen de acceso a fuentes de agua mejoradas y unos 2.500 millones no tienen acceso a instalaciones básicas de saneamiento, la diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo.⁵¹

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Alimentación: Es el conjunto de actos conscientes y voluntarios que van dirigidos a la selección, preparación e ingestión de los alimentos, es decir comer y beber, mediante la alimentación llevamos al organismo alimentos que seleccionamos e ingerimos de acuerdo a los hábitos y costumbres alimentarias, creencias, y condiciones económicas, sociales, políticas personales.

Alimentación familiar: Es la acción de seleccionar los alimentos que se incluyen en la dieta diaria de la familia de acuerdo a sus costumbres.

Alimentos: Es cualquier producto o sustancia, sólida o líquida normalmente ingerida por los seres vivos y que contiene en mayor o menor cantidad, una serie de sustancias llamadas nutrientes que son necesario para satisfacer las necesidades nutricionales de nuestro organismo.

Nutrientes: Los nutrientes son compuestos especiales para el crecimiento desarrollo y reparación de los órganos y tejidos del cuerpo, manteniendo el adecuado funcionamiento del sistema inmune contra enfermedades. Se dividen en macronutrientes y micronutrientes.

Macro nutrientes: Son nutrientes que suministran la mayor parte de la energía metabólica que necesita el organismo para funcionar adecuadamente. Se necesitan en grandes cantidades ya que además de proveer la energía que el cuerpo necesita, son utilizados para la construcción de tejidos, y mantenimiento de las funciones corporales ayudando en el crecimiento y desarrollo. Los principales son los carbohidratos, proteínas y grasas.

Micronutrientes: Son las vitaminas y minerales, los cuales son indispensables debido a que participan en diferentes funciones del organismo.

Vitaminas: Son nutrientes esenciales para los procesos básicos de la vida, como la transformación de los alimentos en energía para el buen crecimiento y desarrollo en la infancia, reparación de los tejidos y defensa contra enfermedades, tiene que estar presentes en las cantidades adecuadas.

Minerales: Son elementos químicos imprescindibles para el normal funcionamiento metabólico, desempeñan un papel importantísimo en el organismo, ya que son necesarios para la elaboración de tejidos, síntesis de hormonas.

Toxoplasmosis: Es una enfermedad infecciosa ocasionada por un protozoo parásito llamado *Toxoplasma gondii*, un parásito intracelular puede causar infecciones leves y asintomáticas, así como infecciones mortales que afectan mayormente al feto.

Heredopatía: Enfermedad hereditaria es decir que se transmite de padres a hijos, debida alteraciones en los genes o en los cromosomas.

Revertir: Volver algo a su estado o condición anterior; Convertirse o mudarse algo en otra cosa.

Cósmico: Es un sistema ordenado o armonioso, hoy la palabra se suele utilizar como sinónimo de universo (considerando el orden que éste posee).

Inocuidad: Todo alimento libre de peligros químicos, físicos o microbiológicos para la salud humana es decir que no causa daño.

Pre-lenguaje: Es un sistema de comunicación rudimentario que aparece en el lenguaje de los bebés y que constituye la base de la adquisición de este.

Anorexia: Es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el enfermo

Somatometría: Es la medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.

Exantema: Es una erupción cutánea que aparece de forma aguda, frecuentemente con enfermedades generales infecciosas como sarampión, rubéola.

Triptófano: Es un compuesto orgánico esencial (aminoácido) para el organismo, que ayuda a regular los niveles adecuados de serotonina en el cerebro.

Serotonina: Es un neurotransmisor que trabaja en el sistema nervioso se sintetiza a través de la ingesta de ciertos alimentos que contienen triptófano como plátano, leguminosas, lácteos, etc.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 HIPÓTESIS

Hipótesis de relación de producción

La desnutrición en los niños/as de 1 a 5 años influye en el Desarrollo Psicomotriz.

2.4.2 VARIABLES

Variable independiente

La Desnutrición en niños/as de 1 a 5 años.

Variable dependiente

Desarrollo Psicomotriz.

2.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
La desnutrición en niños/as de 1 a 5 años	Es un estado nutricional producido por falta de ingesta o absorción de alimentos, por las características del cuidado, debido a factores sociales, económicos, culturales, ambientales y enfermedades prevalentes de la infancia.	• Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Peso/edad • Talla/edad • Peso/talla • IMC 	Ordinal Bajo peso -2 Normal 0, 2 Sobrepeso 3 Obesidad 4 Alto 2 Normal 0 Bajo -2 Bajo peso -2 Normal 0, 2 Sobrepeso 3 Obesidad 4	Encuestas Peso Kg/talla cm ³
		• Alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Leche materna. • Alimentación complementaria • Numero de comidas al día • Tipo de alimentación 	Nominal Si No Antes de los 6 meses A los 6 meses Más de 7 meses. 3 veces 4 veces 5 veces o más. Frituras Carbohidratos. Proteínas hortalizas Frutas	Encuestas Encuestas Encuestas Encuestas
		Factores • Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de instrucción de los padres. • Edad de los padres. • Estado civil 	Nominal Primaria Secundaria Superior Ninguno 15 a 20 años 21 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años Casada Soltera Divorciada Viuda	Encuestas Encuestas Encuestas
		• Factores Económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso familiar • Tipo de Ocupación del jefe/a de hogar 	Nominal Suficiente Insuficiente Otros Profesional Ocupación QQ.DD	Encuestas Encuestas

		<ul style="list-style-type: none"> Factores Culturales 	<ul style="list-style-type: none"> Atención por actores ancestrales Atención en unidades de los sistemas de salud. 	Nominal Si No	Encuesta Encuesta
		<ul style="list-style-type: none"> Factores Ambientales 	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a Servicios básicos. Condiciones ambientales Recolectores de Desechos domiciliarios 	Nominal Si No Si No Si No	Observaciones Encuestas. Observaciones Encuestas. Encuestas.
		Características del cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado. Manejo del comportamiento del niño/a Edad del cuidador Instrucción del cuidador. Estado de salud del cuidador del niño/a. 	Nominal Materno No materno Centro del buen vivir (CBV) Adecuado Inadecuado 15 a 20 años 21 a 30 años 31 a 40 años Más de 41 años Primaria secundaria superior ninguna Sano Enfermo Discapacitado	Encuesta Encuestas Encuestas Encuestas Encuestas
		Enfermedades prevalentes	<ul style="list-style-type: none"> IRAS EDAS Parasitosis Otros 	Ordinal Siempre (4-7) al año. Ocasionalmente (1-3) al año. Nunca (0)	Encuestas

Desarrollo psicomotriz	Es el conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez adquiriendo habilidades y destrezas psicomotoras.	<ul style="list-style-type: none"> Habilidades destrezas psicomotoras. 	<ul style="list-style-type: none"> Área cognitiva Área Motriz Motricidad fina Motricidad gruesa. Área de lenguaje Área social y afectivo. <p>Hijo/a</p> <p>Demostración de afecto y amor</p> <p>Estimulación temprana.</p>	<p>Nominal Desarrollo normal.</p> <p>Posible retraso del desarrollo.</p> <p>Retraso del desarrollo</p> <p>Planificado No planificado</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>	<p>Observación Encuestas</p> <p>Observación Encuestas</p> <p>Observación Encuestas</p> <p>Encuestas</p> <p>Encuestas</p> <p>Encuestas</p>
-------------------------------	---	---	--	--	---

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente Investigación es de tipo no experimental porque se realiza sin manipular deliberadamente variables del desarrollo psicomotriz en niños/as desnutridos de 1 a 5 años atendidos en el Sub- centro de San Andrés, se basara fundamentalmente en la observación de factores de riesgo, sociales, económicos, culturales y ambientales que se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad, en este tipo de investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio, siendo observados en su ambiente natural.

Por la relación que existe entre las variables, también se va a desarrollar con un enfoque Cualitativo, porque se va describir los efectos que causa la desnutrición sobre el desarrollo psicomotriz, se basa en el estudio de la comprensión de los fenómenos sociales y posee una observación naturalista, la investigación toma datos reales sin alteración alguna, orientado al descubrimiento de la hipótesis debido a que nos muestra la realidad del problema a futuro.

3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación puede responder a las siguientes modalidades de investigación.

1.- Investigación de campo: Mediante un estudio sistemático en el lugar de los hechos donde se realizara la investigación, en este caso será en los centro de Salud de San Andrés y en las comunidades, donde se tendrá contacto físico con los niños, padres familia y personal de salud.

2.-Investigación bibliográfica:Con el propósito de detectar, ampliar y profundizar diferentes enfoques, teorías de manera científica y criterios de diversos autores sobre el tema de investigación, basándonos en documentos, libros, revistas, e Internet.

3.1.3 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Pasará por el nivel descriptivo en la medida en que las variables del problema observadas serán caracterizadas en sí mismas y en su relación. La investigación culminará en el nivel de asociación de variables, por cuanto se establecerá una conexión entre los conocimientos de la desnutrición infantil y el desarrollo psicomotriz en los niños/as de 1 a 5 años atendidos en el sub centro de Salud de San Andrés.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Universo

Se tomo como universo a 70 niños/as diagnosticados con desnutrición de 1 a 5 años atendidos en el Sub Centro de Salud de San Andrés en el año 2011.

3.2.2. Muestra

En vista que se ha trabajado con el universo del 100% de desnutridos no se ha elegido ninguna muestra.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica a utilizar es la observación directa ya que así se determinó de una manera más clara la valoración del desarrollo psicomotriz en niños/as de 1 a 5 años con desnutrición atendidos en el sub-centro de San Andrés.

Se utilizo como instrumento de recolección de datos:

- Encuesta dirigida a las madres y cuidadores de los niños/as de 1 a 5 años con desnutrición.
- Guía de observación y visitas domiciliarias
- Control de peso y talla
- Test de valoración del desarrollo Psicomotriz del MSP del Ecuador.

3.4 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la encuesta van a ser analizados en forma cuantitativa y cualitativa con un nivel representativo como son las barras simples expresadas por los porcentajes correspondientes en el programa de SPSS y Excel.

CAPITULO IV

4.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

4.1.1 RESULTADO DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS/AS, CON DESNUTRICIÓN ATENDIDOS EN EL SUB-CENTRO DE SALUD DE SAN ANDRÉS

CUADRO N° 1

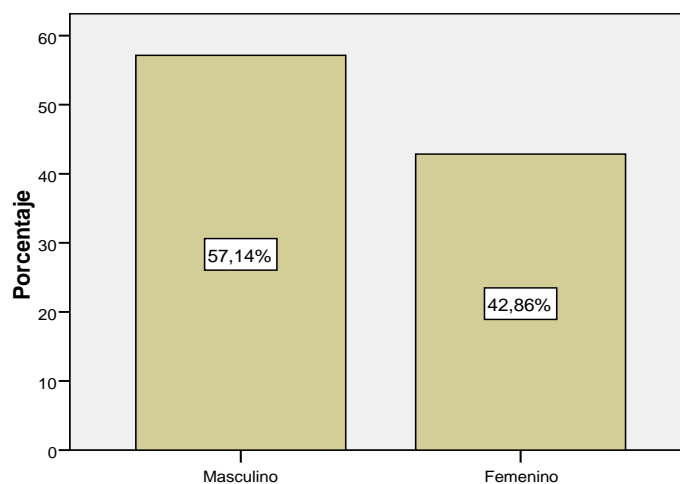
Sexo de los Niños/as con Desnutrición atendidos en el Sub-centro de Salud San Andrés

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Masculino	40	57,14	57,14
Femenino	30	42,86	42,86
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

SEXO



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: Del procesamiento de encuestas el 57,14% corresponden al sexo masculino; datos que tienen concordancia con los partes diarios del Sub- centro de salud

II. ESTADO NUTRICIONAL.

CUADRO N° 2

Señora Usted: ¿Alimento a su niño/a con leche materna exclusiva?

Leche materna exclusiva	Frecuencia	%	Edad en meses	Número	Porcentaje
Si	51	72,86	Cuatro meses	1	1,43
			Cinco meses	4	5,71
			Seis meses	40	57,14
			Siete meses	4	5,71
			Ocho meses	2	2,86
No	19	27,14	Estudio	8	11,43
			Trabajo	11	15,71
Total	70			70	100

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a la tabla se observa que un 72,86%, han sido alimentados con leche materna exclusiva, de este porcentaje el 57,14%; fue hasta los 6 meses, como lo señala la OMS que la leche materna es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños/as, también podemos mencionar que el 27,14% no recibieron una alimentación satisfactoria a causa del estudio y trabajo de los padres.

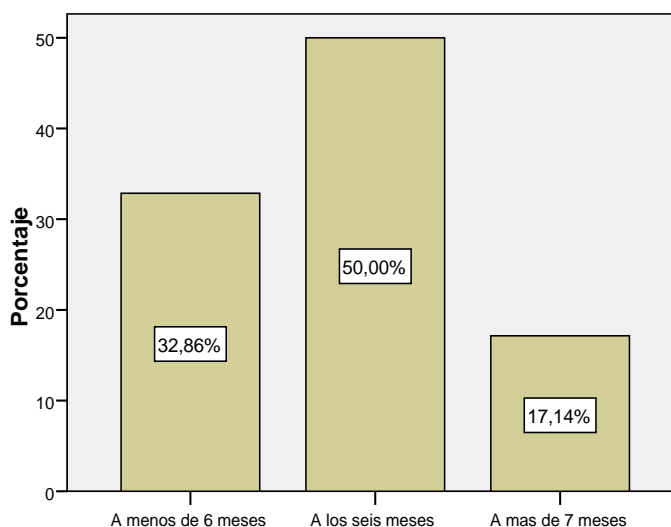
CUADRO N° 3

Señora: ¿A qué edad en meses inicio la alimentación complementaria en su hijo/a?

Inicio de alimentación complementaria	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
A menos de 6 meses	23	32,86	32,86
A los seis meses	35	50,0	50,0
A más de 7 meses	12	17,14	17,14
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012
Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Inicio de alimentación complementaria



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012
Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De los resultados de la tabla el 50% de niños/as iniciaron alimentación complementaria a edades no recomendadas, debido a que se encontraban al cuidado de sus familiares y centros del buen vivir.

CUADRO N° 4

En el año 2011: ¿Qué tipo de alimentación complementaria recibió su niño/a?

Alimentación complementaria	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Frituras	16	22,86	52	74,29	2	2,86	70	100
Carbohidratos	46	65,71	24	34,29	0	0	70	100
Proteínas	17	24,29	53	75,71	0	0	70	100
Hortalizas	35	50	35	50	0	0	70	100
Frutas	23	32,86	47	67,14	0	0	70	100
Comida Chatarra	11	15,71	58	82,86	1	1,43	70	100

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

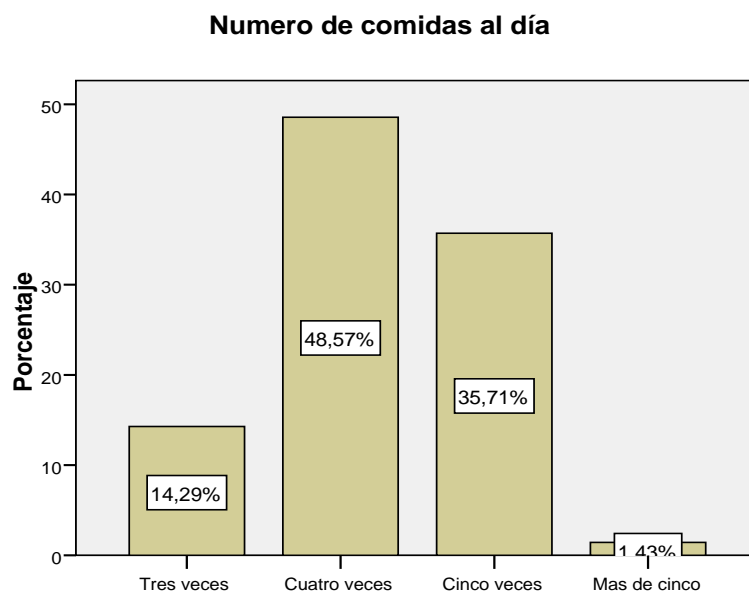
ANÁLISIS E INTERPRETACION: Según la gráfica se determina que 65,71% de niños/as han iniciado su alimentación complementaria siempre con carbohidratos; el 82,86% han consumido ocasionalmente comida chatarra, en desventaja con el 24,29% en el consumo de proteínas, por la situación económica baja de las familias y el desconocimiento en la alimentación del niño/a.

CUADRO N° 5

Durante el año 2011: ¿Cuántas comidas al día recibía su niño/a?

Numero de comidas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Tres veces	10	14,29	14,29
Cuatro veces	34	48,57	48,57
Cinco veces	25	35,71	35,71
Más de cinco	1	1,43	1,43
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012
Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez.



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012
Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez.

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De las encuestas aplicadas se determino que el 48,57% de niños/as recibían alimentación cuatro veces al día y el 1,43% tres veces al día, es decir que la buena nutrición no está en la cantidad si no en la calidad de alimentación que recibe el niño/a.

III. FACTORES SOCIALES. CUADRO N° 6

En el año 2011: ¿Cuál fue el nivel de instrucción de los padres del niño/a?

Instrucción	Padre		Madre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	43	61,43	42	60
Primaria Incompleta	6	8,57	7	10
Secundaria completa	10	14,29	6	8,57
Secundaria Incompleta	7	10	3	4,29
Superior	1	1,43	6	8,57
Ninguna	3	4,29	6	8,57
Total	70	100	70	100

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012
Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a los datos obtenidos se observa que el 61.43% de padres cuentan con una escolaridad primaria completa y el 4,29% no tienen ningún nivel de instrucción, determinándose un factor de riesgo en el buen cuidado de la nutrición y el desarrollo psicomotriz del niño/a.

CUADRO N° 7

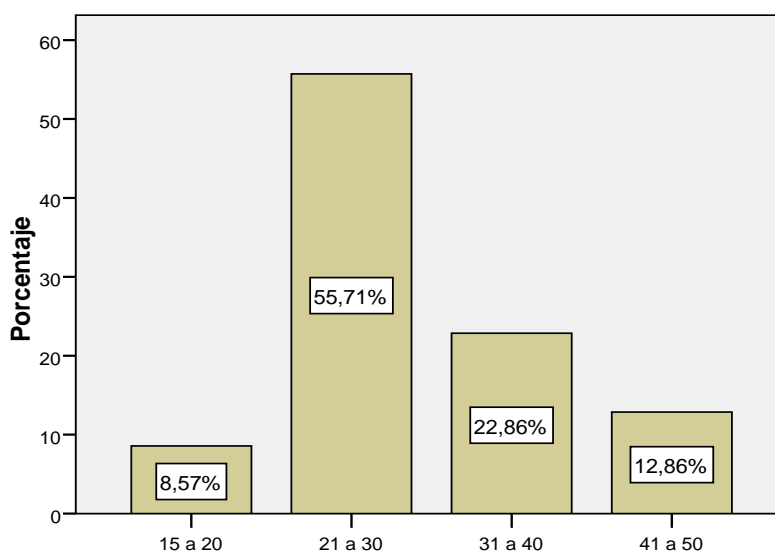
En el año anterior: ¿Cuántos años tenían los padres del niño/a?

Edad del padre	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
15 a 20	6	8,57	8,57
21 a 30	39	55,71	55,71
31 a 40	16	22,86	22,86
41 a 50	9	12,86	12,86
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Edad del padre



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

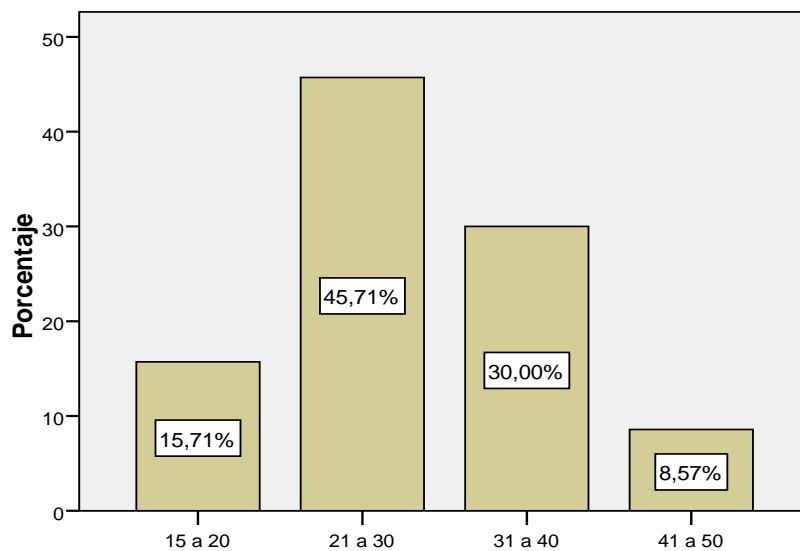
ANÁLISIS E INTERPRETACION: En la tabla se evidencia que el 55.71% de los padres corresponden a la edad de 21 a 30 años, siendo una edad considerable para el cuidado y manejo del niño/a, mientras que un 8.57% a la edad de 15 a 20 años existiendo un factor de riesgo debido a que los adolescentes no están suficientemente preparados para el cuidado del niño/a.

CUADRO N° 8

Edad de la Madre	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
15 a 20	11	15,71	15,71
21 a 30	32	45,71	45,71
31 a 40	21	30,0	30,0
41 a 50	6	8,57	8,57
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012
Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Edad de la Madre



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012
Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION:En la tabla se observa que el 45.71% de las madres corresponden a la edad de 21 a 30 años, siendo una edad considerable para el cuidado y manejo del niño/a, mientras que un 15.71% a la edad de 15 a 20 años existiendo un factor de riesgo debido a que las madres adolescentes no están suficientemente preparados para el cuidado y manejo del niño/a.

CUADRO N° 9

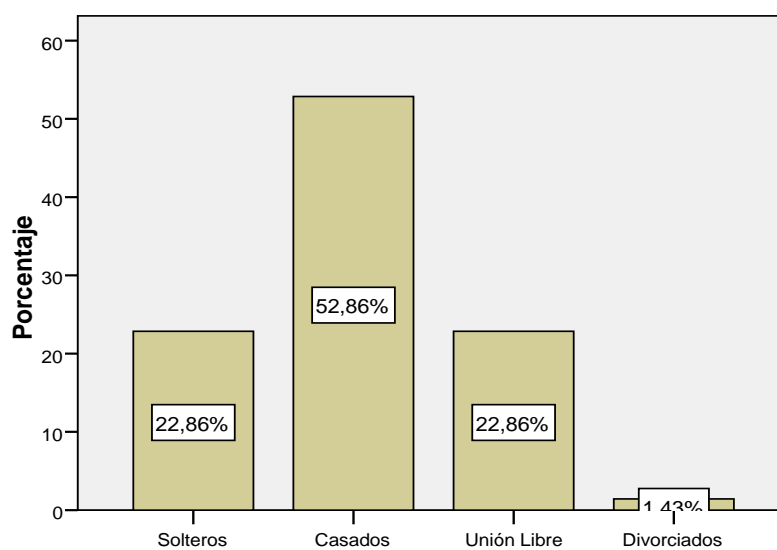
Cuando el niño/a nació: ¿Qué Estado civil tenía los padres?

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Solteros	16	22,86	22,86
Casados	37	52,86	52,86
Unión Libre	16	22,86	22,86
Divorciados	1	1,4	1,4
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Estado civil de los padres



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo los resultados obtenidos se concluye que el 52,86% de los padres son casados, lo que favorece un buen entorno familiar del niño/a y tan solo el 1,43 divorciado

IV. FACTORES ECONÓMICOS.

CUADRO N° 10

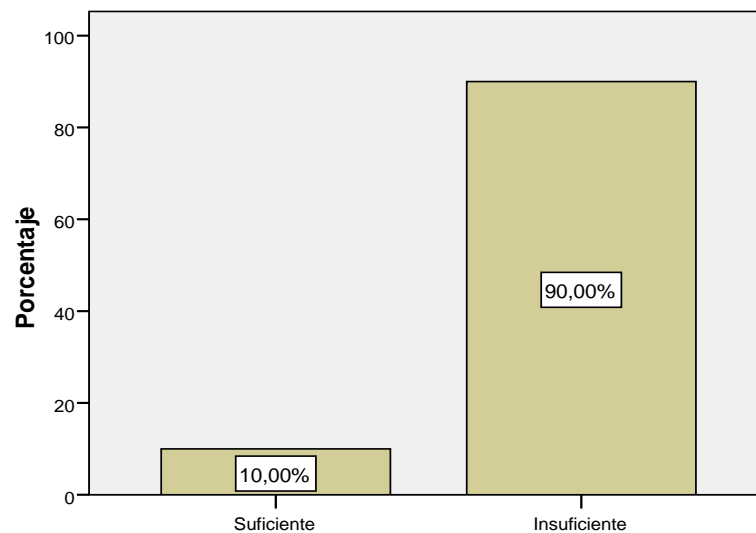
En el año 2011: ¿Cuáles fueron los ingresos económicos para gastos de alimentos?

Ingresos económicos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Suficiente	7	10,0	10,0
Insuficiente	63	90,0	90,0
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Ingresos económicos de la familia



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: En la gráfica se determina que un 90% tienen insuficientes ingresos económicos, siendo un factor de riesgo provocando la falta de acceso a los recursos necesarios como: alimentación, educación.

CUADRO N° 11

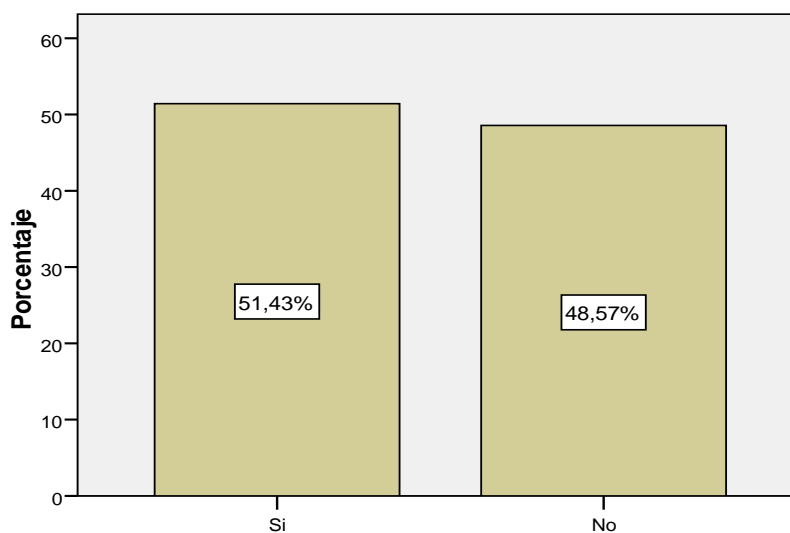
¿Cuenta con otros ingresos económicos como el bono de desarrollo humano?

Bono de Desarrollo Humano	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	36	51,43	51,43
No	34	48,57	48,57
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores.

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Bono de desarrollo humano



Fuente: encuestas realizadas a madres y cuidadores, noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a los resultados se observa que un 51,43% de madres tienen acceso al Bono del desarrollo humano, mientras que el 48,57% no tienen dicho beneficio, siendo un ingreso económico indispensable para satisfacer las necesidades nutricionales en el niño/a.

CUADRO N° 12

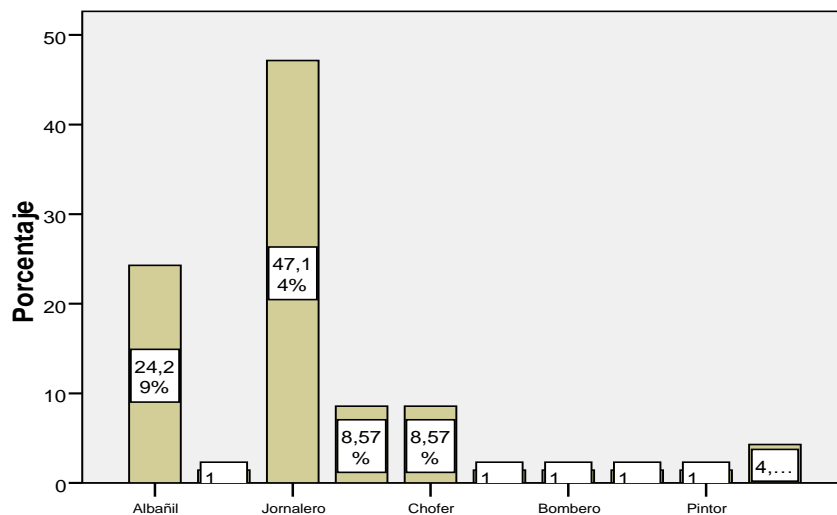
Durante el año 2011: ¿Cuál fue la ocupación del jefe de hogar del niño/a?

Ocupación del jefe de hogar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Albañil	17	24,29	24,29
Panadero	1	1,43	1,43
Jornalero	33	47,14	47,14
Empleada domestica	6	8,57	8,57
Chofer	6	8,57	8,57
Mecánico	1	1,4	1,4
Bombero	1	1,4	1,4
Soldador	1	1,4	1,4
Pintor	1	1,4	1,4
Contadora	3	4,29	4,29
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Ocupación del jefe de hogar



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a las encuestas sobre la ocupación del jefe de hogar se evidencia que un 47,14% corresponde a jornalero, siendo un trabajo con baja remuneración que no abastece la canasta familiar, de esta manera puede verse afectado el estado nutricional del niño/a.

V. FACTORES CULTURALES.

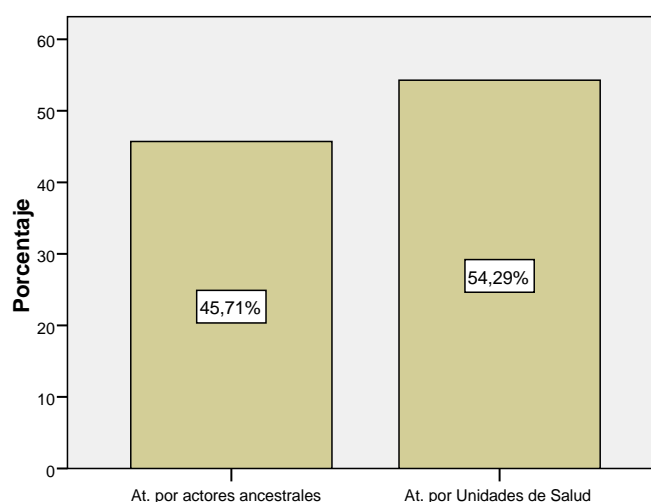
CUADRO N° 13

En el año anterior: ¿Cuándo su niño/a estuvo enfermo a donde le llevo primero?

Lugar de atención	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
At. por actores ancestrales	32	45,71	45,71
At. por Unidades de Salud	38	54,29	54,29
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012
Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Lugar de atención del niño/a



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012
Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De las encuestas aplicadas se concluye, que el 54,29% de niños/as fueron atendidos por unidades de salud, mientras que el 45,71% por actores ancestrales, debido a que los servicios de salud modernos deben tener una sensibilidad cultural suficiente para no limitar el acceso a la población de la minoría étnica.

CUADRO N° 14

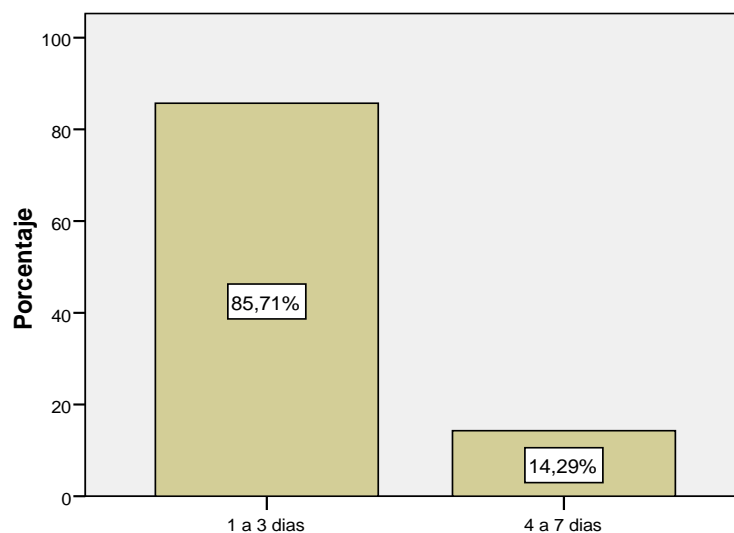
¿Qué tiempo tardaron en buscar ayuda?

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1 a 3 días	60	85,71	85,71
4 a 7 días	10	14,29	14,29
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Tiempo en buscar ayuda



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: En la gráfica se concluye que un 85,73% de madres tardaron en buscar ayuda de 1 a 3 días, mientras y el 14,29% de 4 a 7 días, siendo un factor de riesgo para la salud del niño/a y de esta manera verse afectada la nutrición y el desarrollo psicomotriz del niño/a.

VI. FACTORES AMBIENTALES.

CUADRO N° 15

Señora en el año anterior: ¿Tenía acceso a los servicios básicos

Ser vicios básicos	Si		No		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Red de agua potable	69	98,57	1	1,43	70
Alcantarillado	8	11,43	62	88,57	70
Carro recolector de desechos domiciliarios	8	11,43	62	88,57	70

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a la tabla se concluye que el 98,57% de familias cuentan con red de agua entubada y el 88,57% no tienen acceso al servicio del alcantarillado y desechos domiciliarios, siendo un factor de riesgo ambiental que puede afectar la salud del niño/a y la familia.

VII. CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO.

CUADRO N° 16

¿Cuándo el niño/a estuvo enfermo cual fue el cuidador?

Cuidadora	Si		No		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Materno	29	41,43	41	58,57	29
Abuelita	16	86			16
Centro de cuidado infantil	19	27.14			19
Tía/o	5	7.14			5
Total	70	100			70

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De las encuestas aplicadas se determina que el 58,57% no fueron cuidados por sus madres de este porcentaje el 22,86% se encuentran bajo el cuidado de sus abuelitas, lo que se puede considerar como factor preponderante en el bajo nivel nutricional y desarrollo psicomotriz de los niños, puesto que en personas de la tercera edad la falta de actividad física y el desconocimiento de una adecuada nutrición son características más notables en el sector rural.

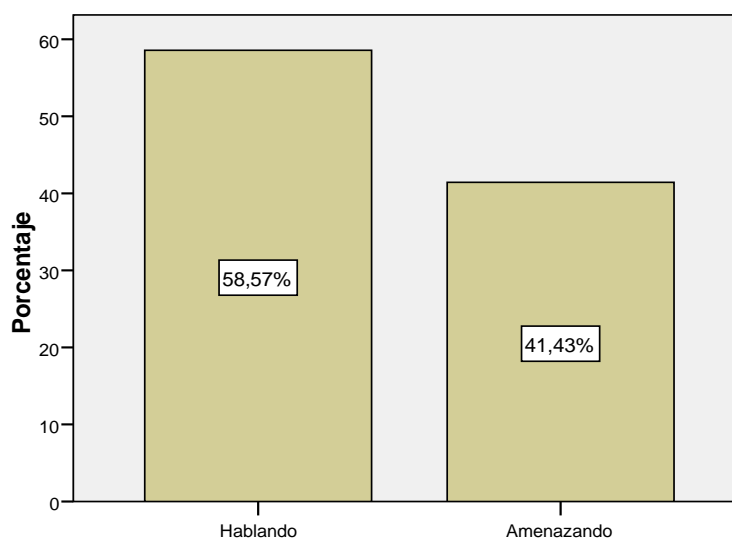
CUADRO N° 17

¿Cómo corrigió usted el mal comportamiento del niño/a en la solución de problemas?

Corrección del mal comportamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Hablando	41	58,57	58,57
Amenazando	29	41,43	41,43
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012
Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Corrección del mal comportamiento



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012
Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a la gráfica se determina que un 58,57% corrigen el comportamiento de su niño/a a través del dialogo y la intercomunicación y el 41,43% utiliza el amedrentamiento como recurso para obtener repuesta favorable o cambio de actitud de su niño/a, siendo importante la conducta del niño/a para interrelacionarse con las personas que lo rodean.

CUADRO N° 18

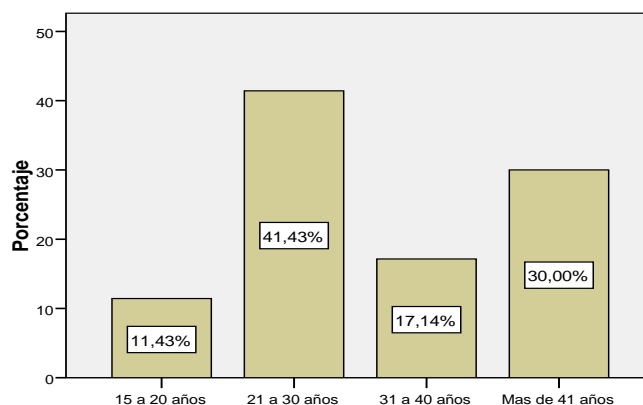
¿Cuándo el niño/a estuvo enfermo que edad tenía el cuidador?

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
15 a 20 años	8	11,43	11,43
21 a 30 años	29	41,43	41,43
31 a 40 años	12	17,14	17,14
Más de 41 años	21	30,0	30,0
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Edad del cuidador del niño/a



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De los resultados obtenidos se observa que 41,43% se encuentran en la edad de 21 a 30 años y el 11,43% corresponden a la edad de 15 a 20 años, circunstancias que no podrían ser favorables o beneficiosas para el desarrollo del niño/a puesto que los cuidadores del primer grupo no tiene como actividad primordial o principal el cuidado y el aseguramiento alimentario de los niños/as sino que la comparten con actividades agrícolas y quehaceres domésticos, en cuanto a los cuidadores de 15 a 20 años son más recreativos que formativos.

CUADRO N° 19

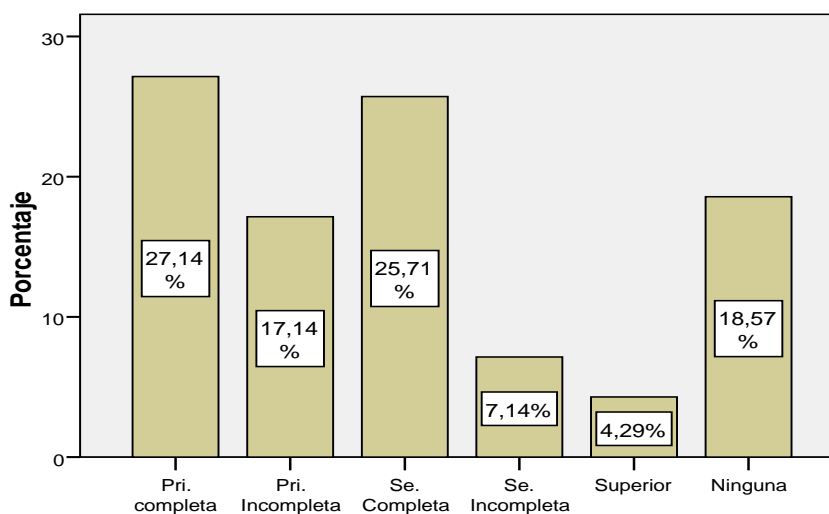
En el año 2011: ¿Cuál fue nivel de instrucción del cuidador cuando el niño/a estuvo enfermo?

Instrucción del cuidador	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Primaria Completa	19	27,14	27,14
Primaria Incompleta	12	17,14	17,14
Secundaria Completa	18	25,71	25,71
Secundaria Incompleta	5	7,14	7,14
Superior	3	4,29	4,29
Ninguna	13	18,57	18,57
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Nivel de instrucción del cuidador



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a los resultados obtenidos se determina que el 27,14% tienen primaria completa; el 18,57% no tiene ninguna instrucción, estableciendo que el cuidador no tiene suficiente conocimiento, razón por lo que se puede afectar el estado nutricional y el desarrollo psicomotriz del niño/a.

CUADRO N° 20

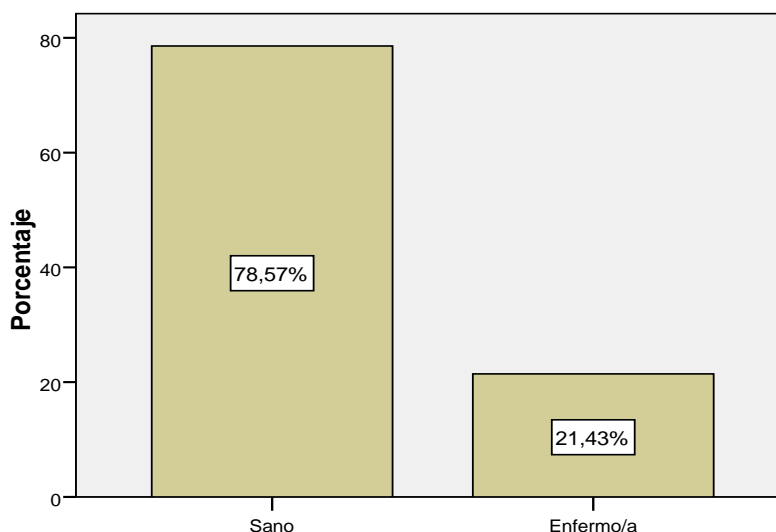
¿Cuándo el niño /a estuvo enfermo el cuidador tuvo algún problema de salud?

Salud del cuidador	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sano	55	78,57	78,57
Enfermo/a	15	21,43	21,43
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Salud del cuidador



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: Según la gráfica se observa que un 78,57% puede considerarse como personas sanas y el 21,43% padece de alguna enfermedad común, lo que se puede determinar como factor positivo para el desarrollo integral y no verse afectado el estado de salud del niño/a.

VIII. ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

CUADRO N° 21

En el año 2011 ¿Qué enfermedades tuvo su niño/a?

Enfermedades prevalentes de la Infancia	Si	# de veces					%	Total
	Frecuencia	1 a 3 veces	%	4 a 6 Veces	%	Más de 7 veces		
IRAS	70	17	24,30	49	70	4	5,70	100
EDAS	70	17	24,30	36	51,40	17	24,30	100
Parasitosis	70	70	100	0		0		100

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que todos los niños han presentado diferentes tipos de enfermedades prevalentes de la infancia, convirtiéndose en un factor de riesgo en el óptimo desarrollo psicomotriz de los niños/as.

CUADRO N° 22

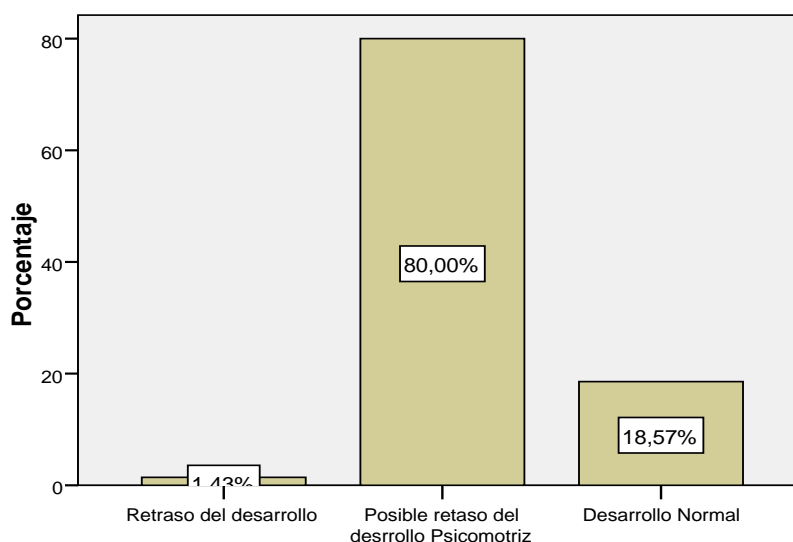
IX. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

Evaluación del desarrollo Psicomotor.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Retraso del desarrollo	1	1,43	1,43
Posible retaso del desarrollo Psicomotriz	56	80,0	80,0
Desarrollo Normal	13	18,57	18,57
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Evaluación del desarrollo psicomotriz



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a la gráfica se observa que el 80% de niños/as presentan posible retraso del desarrollo Psicomotriz; y el 1,43% retraso del desarrollo, lo que confirma nuestra hipótesis, la desnutrición afecta en el desarrollo psicomotriz de los infantes, estableciéndose como factor de riesgo para alcanzar un desarrollo normal óptimo.

CUADRO N° 23

Evaluación del desarrollo Psicomotriz por edades.

Edad de niños/as	Frecuencia	%	Retraso del desarrollo	%	Posible retraso del desarrollo	%	Desarrollo Normal	%
12 a 17 meses	2	2,85	0	0	2	2,85	0	0
18 meses a 23 meses	4	5,72	1	1,43	1	1,43	2	2,85
24 meses a 35 meses	32	45,72	0		24	34,30	8	11,44
3 años a 3a 11 meses	13	18,57	0		10	14,28	3	4,29
4 años a 4a 11 meses 29 días	19	27,14	0		19	27,14	0	0
Total	70	100	1	1,43	56	80,00	13	18,57

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a los resultados obtenidos el 45.72% de niños/as corresponden a la edad de 24 a 35 meses, es decir que este grupo de edad tienen mayor riesgo en la alteración del desarrollo psicomotriz, contando con bajos niveles en las condiciones óptimas requeridas para el desarrollo personal del niño/a.

CUADRO N° 24

Valoración del desarrollo, Psicomotriz en niños/as por actividades de acuerdo al grupo de edad.

12 meses a 17 meses	Si	No	Total
Camina con apoyo	0	2	2
Agarra objetos con la punta de los dedos	2	0	2

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS INTERPRETACION: De acuerdo a la tabla se observa que 2 niños/as de 12 a 17 meses no caminan con apoyo; pero si agarran objetos con la punta de los dedos; situación que se puede presentar por la falta de conocimiento sobre estimulación temprana por parte de los padres y cuidadores de los niños/as.

CUADRO N° 25

Valoración del desarrollo, Psicomotriz en niños/as por actividades de acuerdo al grupo de edad.

18 meses a 23 meses	Si	No	Total
Camina para atrás	0	1	1
Garabatea espontáneamente y dice por lo menos 3 palabras	1	0	1

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a la tabla se observa que un niño/a de 18 a 32 meses no camina para atrás, pero si garabatea espontáneamente y dice por lo menos 3 palabras; situación que se puede presentar por la mala estimulación temprana por parte de los padres y cuidadores de los niños/as, actividades que debe desarrollarse de acuerdo a la edad cronológica del niño/a.

CUADRO N° 26

Valoración del desarrollo, Psicomotriz en niños/as por actividades de acuerdo al grupo de edad.

24 meses a 35 meses	Si	No	Total
Se quita por lo menos una prenda de vestir	21	4	24
Señala dos figuras o partes del cuerpo	1	23	24

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a la tabla se determina 4 niños/as de 24 meses a 35 meses no se quitan por lo menos una prenda de vestir y 23 de ellos no señalan dos figuras o partes del cuerpo; situación que se puede presentar por falta de estimulación temprana por parte de los padres y cuidadores de los niños/as.

CUADRO N° 27

Valoración del desarrollo, Psicomotriz en niños/as por actividades de acuerdo al grupo de edad.

3 años a 3 a 11 meses	Si	No	Total
Controla esfínteres	0	10	10
Sube las escaleras sin apoyo	9	1	10

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION:De acuerdo a la tabla se evidencia que 10 niños/as de 3 a 3 años 11 meses, no controlan esfínteres, situación que se puede presentar por falta de estimulación temprana por parte de los padres y cuidadores de los niños/as, actividades que debe desarrollarse de acuerdo al grupo de edad del niño/a.

CUADRO N° 28

Valoración del desarrollo, Psicomotriz en niños/as por actividades de acuerdo al grupo de edad.

4 años a 4 a 11 meses 29 días	Si	No	Total
Se viste y calza solo	11	8	19
Relata acontecimientos y da nombres completos	7	12	19

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a los datos obtenidos se determina que 8 niños/as de 4 años a 4 a 11 meses 29 días no se visten y calzan solos y 12 de ellos no relatan acontecimientos y dan nombres completos, situación que se puede presentar por falta de estimulación temprana por parte de los padres y cuidadores de los niños/as.

X. ÁREA AFECTIVA.

CUADRO N° 29

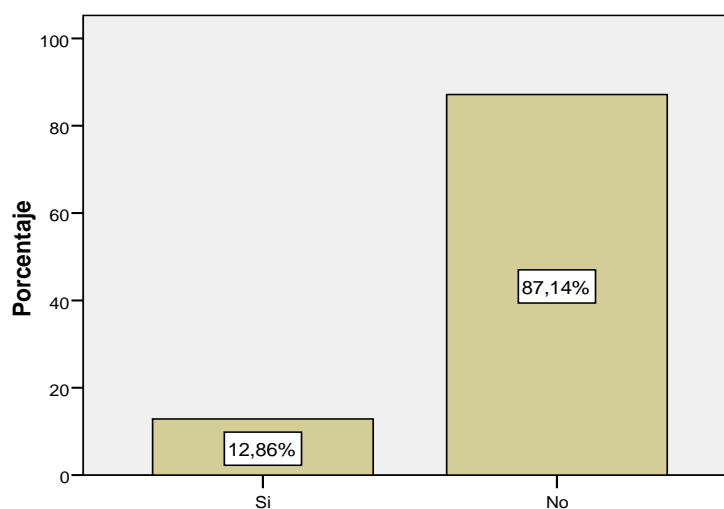
Señora para que nazca su hijo/a Usted decidió planificar

Planificado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	9	12,86	12,86
No	61	87,14	87,14
Total	70	100,0	100,0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

Planificación para tener al niño/a



Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: Según la gráfica se observa que el 87.14% de padres no han realizado planificación familiar, detectando que la población rural de San Andrés encuestada carece de conocimiento básico y fundamental para la familia.

CUADRO N° 30

¿Señora usted le ha demostrado amor y afecto a su hijo/a?

Demostración de amor y afecto	Frecuencia	Jugando, Abrazando	%	Besando, Acariciando	%
Si	70	45	64,29	25	35,71
No	0	0	0	0	0

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a la tabla se observa que el 100% de padres han demostrado amor y afecto a sus niños/as; asegurando que el clima afectivo que brinda la familia al infante sea propicio para un buen desarrollo psicoactivo.

CUADRO N° 31

Factores de riesgo para el posible retraso del desarrollo psicomotriz en niños/as con desnutrición.

Lactancia Materna exclusiva	#	Edad en meses y causa	#	Cuidado del niño/a	#	Instrucción del cuidador.	#	Conocimiento de estimulación temprana	#
Si	39	4 meses	1	Madre	24	P. completa	23	Si	14
		5 meses	4	Abuelita	16	P incompleta	12	No	42
		6 meses	25	Promotoras	10	Ninguna	10		
		7 meses	6	Tía	5	S. completa	7		
		8 meses	3	Hermano	1	S. incompleta	2		
						Superior	2		
No	17	Trabajo	12						
		Estudio	5						
Total	56		56		56		56		56

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: Los presentes resultados generalizan que la mala nutrición, la falta de conocimiento de estimulación temprana, la carencia del cuidado y manejo del niño/a por parte de los padres, cuidadores y el bajo nivel de instrucción de los mismos, son situaciones que ponen en riesgo el desarrollo óptimo de los niños/as y sus familias.

CUADRO N° 32

Enfermedades prevalentes de la infancia en niños/as con posible retraso del desarrollo psicomotriz

Enfermedades prevalentes de la infancia	1a vez	3 a 6 veces	Más de 7 veces	Total
IRAS	4	48	4	56
EDAS	4	35	17	56
Parasitosis	56			56

Fuente: Encuestas realizadas a madres y cuidadores, Noviembre 2012

Elaborado: Srtas. Nelly Guzmán y Miriam Gómez

ANÁLISIS E INTERPRETACION: Los resultados obtenidos corroboran lo analizado anteriormente determinando que nuestra población infantil en su totalidad han sufrido las consecuencias de una mala nutrición que ha provocado la presencia de enfermedades prevalentes como: IRAS, EDAS y parasitosis; que en lo futuro pueden presentar alteraciones en el desarrollo psicomotriz como: bajo desarrollo escolar social y afectivo.

4.2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La hipótesis planteada en esta investigación es, “La Desnutrición influye en el Desarrollo Psicomotriz de los niños/as de 1 a 5 años, atendidos en el Sub Centro de Salud de San Andrés del cantón Guano de la provincia de Chimborazo.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se concluye que del 100% de niños/as estudiados el 80% presentaron posible retraso del desarrollo, el 1,43% retraso del desarrollo y el 18,57% tienen desarrollo normal, estos resultados se obtuvo mediante la utilización del test de Denver y la clasificación de la Estrategia AIEPI, por lo que se acepta la hipótesis.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Luego de haber realizado la investigación se determina que el 80% de niños/as de 1 a 5 años presentan posible retraso del desarrollo psicomotriz, mediante el test de Denver y la clasificación según la Estrategia AIEPI, afectando sus distintas áreas como son: Motricidad fina, gruesa, Área de lenguaje y Personal Social.
- En las características socioeconómicas, culturales y ambientales se concluye que el 61,43% de los padres tienen primaria completa; el 90% de las familias son de bajos ingresos económicos; el 54,29% de niño/as fueron atendidos en Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública; el 88,57% no tienen acceso a servicios de alcantarillado y desechos domiciliarios; en lo referente a las particularidades del cuidador y el surgimiento de enfermedades prevalentes de la infancia el 58,57% fueron cuidados por familiares y centros del buen vivir; y el 100% presentaron enfermedades prevalentes de la infancia como son: Enfermedades diarreicas agudas, Infecciones respiratorias agudas, Parasitosis.
- En la evaluación del desarrollo psicomotriz mediante el test de Denver y la clasificación de la Estrategia AIEPI, se concluye que el 80% de niños/as presentaron posible retraso; un 18,57% desarrollo normal y tan solo el 1,43% retraso del desarrollo.
- Se plantea un Proceso de Atención de Enfermería que servirá de guía y apoyo para Enfermeras y Estudiantes, en los cuidados específicos de los niños/as de 1 a 5 años que presenten alteración del Desarrollo Psicomotriz.

5.2.1 RECOMENDACIONES

- El personal del Sub Centro de Salud de San Andrés debe ser capacitado continuamente en la evaluación del desarrollo psicomotriz, para la aplicación del test de Denver y la clasificación de la Estrategia AIEPI que les permitirá detectar oportunamente factores de riesgos en el desarrollo para mejorar la situación de salud del niño/a y su entorno.
- El personal de salud debe realizar visitas domiciliarias con planes educativos estructurados, poniendo énfasis en la promoción de la salud, prevención de riesgos los mismos que serán dirigidos a los padres y cuidadores.
- Que el personal de la Unidad Operativa cumpla con las actividades de estimulación temprana y aplique los instrumentos de valoración del desarrollo psicomotriz en cada control integral de los niños/as de 1 a 5 años.
- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería propuesto para la asistencia a los niños/as de 1 a 5 años con alteración en el desarrollo psicomotriz.

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INNFA <http://www.infa.gob.ec/catalogo/catalog/ejemplares/d179.pdf> año 2009
2. Todos Ayudan Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe año 2011.
3. PRDC, Programa para la reducción de la desnutrición crónica 2006-2016, Guatemala.
4. Plan Nacional para el buen vivir 2009-2013 <http://plansenpladesgob.ec/diagnostico1eldiario.ec> ONU alerta por desnutrición infantil en Ecuador año <http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/106173-onu-alerta-por-desnutricion-infantil-en-ecuador/>.
5. UNICEF, PMA Y OPS trabajan juntos contra la desnutrición infantil año 2010-2012 http://www.unicef.org/ecuador/media_9001.htm
6. Instituto de altos estudios nacionales 2009 <http://repositorio.iaen.edu.ec/bitstream/24000/551/1/ARQ%20VALERIA%20ESPINOZA%20TRABAJO%20FINAL.pdf>.
7. Aspectos demográficos de la provincia de Chimborazo año 2011 <http://www.slideshare.net/manuelpilamunga/diagnostico-de-la-provincia-dechimborazo>.
8. Publicación Científica de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría Filial Pichincha 2009 [www.investigacionsalud.com/index.php?option=com.10.Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - Vista rápida](http://www.investigacionsalud.com/index.php?option=com.10.Formato%20de%20archivo%3A%20PDF/Adobe%20Acrobat%20-%20Vista%20r%C3%A1pida)
9. Valoración Del Desarrollo año Psicomotor http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/0dc8490e-b57a-11dd-954a-5f407b1fae81/17_Valoraciondesarrollopsicomotor.pdf.

10. Asociación De Municipalidades Ecuatorianas
<http://www.ame.gov.ec/index.php/institucion/objetivos-estrategicos/65-mapa-cantones-del-ecuador/mapa-chimborazo/263-canton-guano> año 2012.
11. Gobierno autónomo descentralizado de la parroquia de san andres
<http://www.sanandres.info.ec/index.php/component/content/category/82-la-parroquia> año 2010.
12. MSP del ecuador coordinación nacional de nutrición protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño/a año 2010.
13. Repercusión de la nutrición en el neurodesarrollo y la salud neuropsiquiatría de niños y adolescentes
http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol81_2_09/ped08209.htm año 2009.
14. MSP Campaña de nutrición infantil <http://radio.rpp.com.pe/nutricion/oms-43-millones-de-ninos-menores-de-5-anos-con-sobrepeso/> año 2011.
15. OMS Alimentación complementaria año 2013.
16. OMS Crecimiento y desarrollo.pdf-Adobe -Reader M.A Hinojosa Sandoval Año 2012.
17. MSP del Ecuador Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud Manual de Normas de atención integral a la niñez año 2011.
18. OMS Boletín de la Organización Mundial de la Salud
<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/3/nandy0305abstract/es/index.html>
 AÑO 2012
19. OMS Pobreza infantil <http://markoa2020.blogspot.com/2012/03/pobreza-infantil.html> año 2012
20. OPS Determinantes Sociales, Biológicas y Económicas De La Desnutrición Infantil
http://www.paho.org/Spanish/D/RicardoUauy_DeterminantesSociales.pdf
 año 2008.
21. OMS diagnóstico de la denutricion
<http://desnutricioninfantil-katch.blogspot.com/2009/05/diagnostico.html> año 2000.

22. Secretaria de salud Vigilancia De La Nutrición Y Crecimiento Del Niño
http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/cec/man_vigi_nutr_crec_nino.pdf año 2009.
23. MSP del ecuador Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud
 Manual de Normas de atención integral a la niñez año 2011
24. Nutrición y Desarrollo autor: Lic. Mariana Logarzo
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/053_ninez1/files/desarrollo_desnutricion.pdf año 2007.
25. Desarrollo Psicomotor de los Niños
<http://tesisdeinvestigadores.blogspot.com/2011/04/desarrollo-psicomotor-de-los-ninos.html>.
26. ARCHIVODEBLOG, Motricidad fina, <http://anamotricidadfina.blogspot.com/> año 2007.
27. OPS, oc. cit. Dra. GONZÁLEZRODRÍGUEZ, Catalina, “desarrollo del niño”, pdf.
28. Desarrollo Psicomotor de los Niños
<http://tesisdeinvestigadores.blogspot.com/2011/04/desarrollo-psicomotor-de-los-ninos.html>.
29. MSP del Ecuador Nelson test book of pediatrics 18th ed, año 2007.
30. OMS desarrollo infantil <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desarrollo1.htm> año 2006
31. Guías de medicina física y rehabilitación
http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/retraso_psicomotor.pdf año 2009
32. OMS Retraso Del Desarrollo Psicomotor
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Retraso-Del-Desarrollo-Psicomotor-Global/329915.html> año 2008
33. Bilogía apoya: Fundación Josep Carreras y los Premios Bitácoras.com
<http://norka.blogia.com/2007/051501-trastornos-psicomotor.php> 2012

34. Normas de Atención Integral a la niñez Ministerio de Salud Pública del Ecuador año 2011.
35. OMS Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15276&Itemid= año 2011.
36. OMS Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15276&Itemid= año 2010.
37. OMS Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto. de AIEPI http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15276&Itemid= año 2011
38. OMS Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15276&Itemid= año 2011
39. Estimulación temprana <http://www.slideshare.net/olgotru/importancia-de-la-estimulacin-temprana> año 2009
40. Estimulación temprana <http://www.bebesymas.com/desarrollo/la-importancia-de-la-estimulacion-temprana> año 2011
41. Silvia Martínez Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil. <http://www.diproredinter.com.ar/general/05.htm> año 2008
42. OMS Salud mental y bienestar psicosocial del niño http://www.who.int/mental_health/emergencies/salud_mental_M1.pdf año 2005
43. OMS salud y ausencia de discriminación http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_SDE_HDE_HHR_01.2_spa.pdf año 2005
44. OMS Alimentos e higiene, hábitos de higiene personal y del medio <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/fulltext/entornosdocente/unidad6.pdf> año 2009

- 45.** OMS Agua, saneamiento y salud (ASS)
http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/wsh0302/es/index.html
 año 2007
- 46.** (AIEPI) y la Enseñanza en las Ciencias de Salud AIEPI en los países de América Latina Informe de la Reunión de Quito, Ecuador
<http://encolombia.com/medicina/pediatrica/actualiza-pediat12202editorial.h> año 2004.
- 47.** MSP Ecuador Indicadores básicos de salud pdf. año 2011
- 48.** ESPCH
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/195/1/94T00065.pdf>
 f año 2011.
- 49.** Salud enfermedad
<http://www.esmas.com/salud/enfermedades/infecciosas/577529.html> año 2009.
- 50.** OPS AIEPI en las Américas
http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2008/AIEPI_Americas_final.pdf año 2008.
- 51.** OMS centro de prensa enfermedades diarreicas
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/> Nota descriptiva N°330 año 2009.

ANEXOS

GRAFICO N° 1

Reconocimiento de la Parroquia San Andrés



GRAFICO N° 2

Reconocimiento del sub-centro de San Andrés



GRAFICO N° 3

Recolección de datos en el sub-centro de salud.



GRAFICO N° 4

Reconocimiento de las comunidades a los que pertenecían los niños/as.





Reconocimiento de las comunidades a los que pertenecían los niños/as.





GRAFICO N° 5

Visitas domiciliarias





GRAFICO N° 6

Aplicación de las encuestas a las madres y cuidadores de los niños en las comunidades.





GRAFICO N° 7

Evaluación del desarrollo psicomotriz con la aplicación de los instrumentos.





GRAFICO N° 8

Educación a las madres y cuidadores de los niños/as.



GRAFICO N° 9

Visitas a los centros de cuidado infantil.



GRAFICO N° 10

Contaminación ambiental





GRAFICO N°11

Ubicación geográfica de la vivienda de la niña.



GRAFICO N°12

Entrevista con el cuidador de la niña.



GRAFICO N°13

Control de peso y talla



GRAFICO N°14

Curvas de crecimiento del MSP



GRAFICO N°15

Examen físico

