



Maestría en Intervención y Educación Inicial

**“Conductas alimentarias y su relación con el desarrollo
psicomotor y conductual en los niños y niñas de 1 a 3
años, de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos, del
Cantón Cuenca”**

**Trabajo de graduación para la obtención del título de Magíster en
Intervención y Educación Inicial**

Autora: Dora Cecilia Gutiérrez Campoverde

Coautora: Lourdes Huiracocha Tutiven

Cuenca – Ecuador

2014

DEDICATORIA

A mi hijo José Petronio razón de mi ser y mi existir, a mis padres pilar fundamental de mi vida, a mi familia por estar siempre conmigo, y a esa persona especial que aunque no está conmigo siempre está a mi lado.

Doris

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitir que cada día de mi vida sea un constante aprendizaje.

A mi directora de tesis Magister Lourdes Huiracocha, por su gran apoyo en la construcción del presente trabajo.

A todas las personas que de una u otra manera colaboraron y aportaron en la elaboración del presente trabajo.

Doris

RESUMEN

En condiciones sociales, familiares y biológicas apropiadas, se espera que el desarrollo psicomotor, la conducta y la conducta alimentaria de los niños y niñas sean adecuadas dentro de la diversidad e individualidad.

Esta investigación transversal realizada en niños y niñas de 1 a 3 años de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca (N=627/n=360) que evaluó la conducta alimentaria con el cuestionario corto para el Nivel I de Atención Primaria, el desarrollo psicomotor con Brunet-Lezine, y la conducta con la escala de Eyberg, determinó que el 55% de los niños fueron hombres, el 51,2% tuvo familias no nucleares, el 29,2% tuvo retraso del desarrollo psicomotor, el 33,1% problemas de conducta y el 51% dificultades alimentarias. Se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre problemas de conducta 33,1% y el desarrollo psicomotor 29,2%, pero no existe relación ($p < 0,05$) entre problemas de conducta 33,1% y dificultades alimentarias 51%.

Palabras clave: Desarrollo psicomotor, conducta alimentaria, relación, interacción, familia.

ABSTRACT

It is expected that children's psychomotor development, behavior, and eating behavior in social, family and biological conditions is appropriate within diversity and individuality.

This cross-sectional study conducted in 1-3 years old children from the Children's Centers for Good Living located in the urban area of Canton of Cuenca (N = 627 / n = 360) evaluated eating behavior through a short questionnaire for Level I Primary Care, psychomotor development by Brunet-Lezine, and behavior with the scale of Eyberg. This study determined that 55% of children were male, 51.2% didn't have nuclear families, 29.2% had delayed psychomotor development, 33.1% behavioral problems and 51% eating problems. A statistically significant relationship ($p < 0.05$) between behavior problems (33.1%) and (29.2%) psychomotor development was found; however, there is no relationship ($p < 0.05$) between behavioral problems (33.1%) and eating problems (51%).

Keywords: Psychomotor Development, Eating Behavior, Relationship, Interaction, Family.




Translated by
Lic. Lourdes Crespo

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	ii
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1: MARCO TEÓRICO.....	5
CAPÍTULO 2: MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
CAPITULO 3: RESULTADOS.....	21
CAPITULO 4: DISCUSION	24
CONCLUSIONES.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS.....	33
ANEXO 1	33
ANEXO 2	33
ANEXO 3.....	39
ANEXO 4.....	40

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA No. 1

Características demográficas de 360 niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca. 2014 21

TABLA No. 2

Características de 360 niños y niñas de 12 a 36 meses de edad, de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca. 2014 22

TABLA No. 3

Relación entre retraso del desarrollo psicomotor, problemas de conducta y dificultades alimentarias, en niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca. 2014 23

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.

Distribución según sexo de 360 niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca. 2014 21

GRÁFICO 2

Distribución según tipo de familia de 360 niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca. 2014 22

GRÁFICO 3

Frecuencia de las dificultades alimentarias en 360 niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca. 2014.....23

Dora Cecilia Gutiérrez Campoverde

Trabajo de graduación

María de Lourdes Huiracocha Tutivén

Julio 2014

“Conductas alimentarias y su relación con el desarrollo psicomotor y conductual en los niños y niñas de 1 a 3 años en los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca.”

INTRODUCCIÓN

Para Peñafiel; Culbertson y sus colaboradores (Peñafiel y col., 2003; Culbertson y col., 2003) el desarrollo en los niños y niñas es la adquisición dinámica y compleja de las capacidades funcionales en los sistemas: evolutivo, sensorial, afectivo, sexual y social, que posibilitan una equilibrada interacción con el mundo circundante, y la conducta es la serie de acciones corporales motrices, gestuales y verbales como respuestas instantáneas a los estímulos externos e internos que le permite al niño/niña convivir en armonía, realizar actividades de la vida diaria y resolver problemas.

“Desarrollo infantil es el proceso que vive cada ser humano hasta alcanzar la madurez. Incluye una serie de cambios físicos, psicológicos y culturales que se encuentran repartidos en las diferentes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta el momento en el que el individuo deja la infancia.

En el desarrollo infantil tanto los aspectos físicos como psicológicos son indisolubles del proceso, están íntimamente relacionados y pueden afectarse mutuamente.”(Española, 2010)

Para Vigotsky (1988) el desarrollo, y en especial, el de la inteligencia, es un proceso progresivo de equilibrio con el medio, a través de los mecanismos de asimilación y acomodación, los cuales garantizan la transformación de las estructuras operatorias.

El término desarrollo psicomotor designa la adquisición de habilidades que se observa en el niño de forma continua durante toda la infancia.

Corresponde tanto a la maduración de las estructuras nerviosas (cerebro, médula, nervios y músculos...) como al aprendizaje que el bebé -luego niño- hace descubriéndose a sí mismo y al mundo que le rodea.

La **conducta** o comportamiento, está relacionada a la manera que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida, frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.

“Un indicador importante de un óptimo desarrollo psicomotriz y conductual, es la conducta alimentaria definida como el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos y que se adquiere a través de: las necesidades biológicas, la madurez neurológica, de la experiencia directa de la comida, con el entorno familiar y social y por la imitación de modelos”. (Dominguez-Vasquez, 2008)

“La estrecha influencia de la nutrición en los procesos de formación estructural y desarrollo de las funciones del cerebro durante los primeros mil días de vida, y la evidencia de las ventajas de combinar alimentación, nutrición y educación inicial, confirman el reconocimiento de este periodo como la “ventana oportunidades” para invertir en la primera infancia con efectos para toda la vida”.(Infancia, 2011)

Es decir, una adecuada alimentación en los niños y niñas, que les provea de nutrientes como vitaminas, proteínas, minerales y carbohidratos, bien combinados, proporcionados según requerimientos nutricionales, mismos que son necesarios para un buen crecimiento y desarrollo; sumado esto a una estimulación apropiada, afectiva y oportuna acorde a la edad del niño-niña, favorecerán el desarrollo de capacidades y la adquisición de habilidades y destrezas, necesarias para el adecuado desarrollo del ser humano.

“Los trastornos de la alimentación no solo perturban el desarrollo del lactante en sus primeras etapas, sino que se ha encontrado una relación más adelante con déficits en el desarrollo cognoscitivo, problemas conductuales, trastornos de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria en la infancia, en la adolescencia y al comienzo de la edad adulta.” (Chatoor, 2009)

Estudios como el de Irene Chatoor (2009) indican que los niños que tienen problemas de conducta, tienen mayores probabilidades de presentar dificultades alimentarias, como una

La investigación desarrollada, se encuentra dentro de los programas del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) y del Ministerio de Inclusión Económica y Social (M.I.E.S.), porque los datos develarán la realidad de los niños y niñas con respecto a un indicador importante que visibiliza su desarrollo integral (psicomotricidad, afecto, social) y cuyos resultados permitirán direccionar las decisiones en el ámbito del cuidado del “desarrollo infantil”.

Por lo expuesto, este trabajo de investigación a través de un diseño transversal investigó para contestar a la siguiente pregunta **¿El Desarrollo Psicomotor y la conducta de los niños y niñas de 1 a 3 años de edad están relacionados con la Conducta Alimentaria?**

“Los primeros años de vida se caracterizan por el desarrollo más importante y rápido que ocurre en el ciclo vital humano, particularmente del sistema nervioso central. Los “períodos sensibles” para el desarrollo del cerebro ocurren, casi exclusivamente, durante ese tiempo. Las experiencias (p. ej. una alimentación de buena calidad) y las exposiciones ambientales (p. ej. apego a un cuidador) que un niño o niña recibe serán instrumentales en el desarrollo exitoso de la función cerebral temprana. No sólo estas experiencias moldearán al niño psicológicamente, sino que éste también moldeará estas experiencias. El desarrollo que se produce durante la primera infancia proporciona los cimientos esenciales para triunfar en muchas áreas de la vida, tales como el bienestar físico, social y económico”. (Irwin, 2007)

La alimentación óptima está relacionada no sólo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño/niña; por lo que, combinar programas de estimulación y nutrición tiene efectos positivos en el desarrollo infantil.

“En la conducta alimentaria se reflejan los logros en el desarrollo neurológico (enfoque y seguimiento visual, motricidad fina, motricidad bucofacial, control postural), la efectiva interacción con los cuidadores, la correcta conducta en el momento de comer, esto es permanecer sentados, comer solos y de todo (no selectividad).

La mayoría de estudios de investigación indican que los niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor y/o con problemas de conducta tienen dificultad para comer y desarrollan lo que se denomina “dificultad alimentaria”; “el término “dificultad alimentaria” se usa para definir los problemas que tienen los niños o niñas al momento de comer como: llorar, vomitar, rechazar la comida (cerrar la boca, escupir) o tener miedo a la comida, resistirse a comer, aceptar una variedad limitada de alimentos.”(Kerzner, 2009)

La familia que debe propiciar la supervivencia, la protección, el desarrollo psicológico y guiar la educación de sus miembros, en la época actual está sometida a nuevos retos que condiciona disfuncionalidad haciendo que el cuidador familiar que comúnmente es la madre traslade sus ansiedades, temores, problemas a la forma como cuidan a sus hijos y una de estas actividades es el conducirlos a una correcta alimentación pero lejos de ayudarlos lo que ocasiona son adultos que miden sus capacidades de cuidado del niño en el estado nutricional del mismo tomando represivas o restrictivas que más bien llevan a dificultades alimentarias.

Por lo expuesto se considera que los niños y niñas presentan problemas de conducta alimentaria lo cual se acarrea desde el primer año de vida, si no es identificado y corregido oportunamente se puede convertir en trastornos de alimentación, estos problemas se presentan mayormente en niños-niñas con problemas familiares, presentándose además retraso en el desarrollo.

Además dentro de los factores que pueden interactuar para influir y mantener los problemas de conducta alimentaria puede estar el medio ambiente y los cuidadores (dentro del centro infantil y en la familia) ya que la hora de comer se convierte en un problema para los cuidadores al no saber cómo inculcar y desarrollar en los niños-niñas adecuados hábitos alimenticios, al no tener o establecer reglas al momento de comer desde muy temprana edad, o no saben cómo reaccionar frente a la negativa de alimentarse del niño-niña o frente a la lentitud con la que come. El no tener un horario fijo, o el que los alimentos no tengan el contenido nutricional requerido también son causales para la adquisición de inadecuadas conductas alimentarias.

CAPITULO 1: MARCO TEÓRICO

1.1.1. Estudios y teorías del desarrollo psicomotriz.

El desarrollo es una secuencia ordenada de cambios en la conducta, en la forma de ser, de pensar y de sentir, el desarrollo del niño/niña se da de manera integral, ordenada y armónica. El desarrollo físico, se relaciona íntimamente con el desarrollo motor, el desarrollo del lenguaje y el desarrollo socioemocional, influyendo directamente sobre este desarrollo las relaciones familiares y sociales; por lo que, el ser humano desde su nacimiento aprende activamente.

El desarrollo psicológico es el resultado de la interacción de factores internos y externos, dentro de los factores externos están como determinantes del crecimiento y del desarrollo la alimentación y nutrición, la salud, los hábitos y costumbres sociales, el ambiente afectivo, los estímulos y vivencias, en los que se desarrolla el niño/niña.

Los factores internos condicionan el desarrollo del niño/niña, por lo que la maduración del sistema nervioso depende de los estímulos y experiencias vividas.

Para Arnold Lucius Gessel (1940), el desarrollo es progresivo y está determinado por la maduración del sistema nervioso. Gessel, caracteriza cada edad con rasgos propios y especiales describiendo los comportamientos como rasgos de madurez de cada edad así: conducta motriz (control y coordinación de movimientos), conducta adaptativa (resolución de pequeños problemas), conducta social (reacciones del niño-niña frente al mundo que le rodea), y conducta de lenguaje (formas de comunicación comprensiva y expresiva).

Según Wallon (1949) "Hay cuatro factores para explicar la evolución psicológica del niño:

1. La emoción.
2. El otro.
3. El medio (físico, químico, biológico y social).
4. El movimiento (acción y actividad)" Fuente especificada no válida.

Wallon en sus estudios, pretende mostrar la importancia del movimiento en el desarrollo, sosteniendo que el tono muscular es muy importante en el desarrollo infantil, dividiendo la vida del ser humano en estadios, que son un conjunto de características específicas que se establecen a través de las relaciones que tienen las personas con el medio que les rodea en determinado momento de la vida, así:

- Estadio impulsivo (tónico- emocional 6 a 12 meses): a partir de este momento se organiza el movimiento hacia el exterior. Deseo de explorar.

- Estadio proyectivo (2 a 3 años): la motricidad se constituye en instrumento de acción sobre su entorno en el cual se desenvuelve.
- Estadio personalístico (3 a 4 años) su capacidad de movimiento se manifiesta como medio de favorecer su desarrollo psicológico.

“Según Wallon, el niño/niña antes de utilizar el lenguaje verbal como medio de comunicación, utiliza su cuerpo a través de los gestos y movimientos para comunicarse de acuerdo a las situaciones presentadas según su ambiente socio-cultural.” (J.E, 2007)

La Organización Panamericana para la Salud (OPS), señala que las bases para el desarrollo Infantil parten desde la pre-concepción, la gestación, el nacimiento, la lactancia, el período preescolar y la educación primaria, y que con una adecuada atención en cada una de estas etapas, se viabiliza un efectivo desarrollo integral de los niños y niñas.

Cualquier teoría que se tome para mirar el desarrollo lleva a observar la conductas de los niños/niñas (movimientos, gestos, lenguaje) porque el movimiento es la expresión de la funcionalidad cognitiva, sensorial, motora, sensitiva integradas, por estas razones la evaluación de la conducta y de las destrezas del desarrollo psicomotor son importantes para clasificar a un niño o niña con o sin alteraciones.

1.1.2. Características del desarrollo psicomotriz y de la conducta del niño/niña de 1 a 3 años.

“Los indicadores del desarrollo son las cosas que la mayoría de los niños pueden hacer a una edad determinada. Los niños alcanzan estos indicadores en áreas como el juego, el aprendizaje, el habla, la conducta y la movilidad”. La etapa entre 1 a 3 años de edad, que se evalúa a través de varias escalas validadas, entre ellas la de Brunet Lezine, está caracterizada por los siguientes rasgos: mayor contacto y actividad con los objetos por el dominio de la marcha, desarrollo cognitivo desde lo sensoriomotor a lo preoperacional, mayor independencia personal y social, desarrollo del lenguaje expresivo, ampliación de su relación e interacción con los demás.

La conducta que se debe observar en un niño de 1 a 3 años de edad debe ser aquella que le permita comenzar y terminar una actividad de la vida diaria (comer, jugar, dormir, otras), permitir una relación no conflictiva con sus cuidadores, sus familiares, maestros y respetar la integridad física, psicológica propia y de los demás, por lo tanto para evaluar la conducta se requiere tener no solo los cuestionarios conductuales sino a la par las guías de desarrollo.

Como se mencionó arriba, la conducta y el desarrollo psicomotor están ligados a factores ambientales, sociales, familiares. Cuando no son los más apropiados se produce retraso del

desarrollo y/o problemas de conducta. Se llama **retraso del desarrollo** cuando el niño o niña no adquiere las destrezas propias para la edad y se define como **problemas de conducta** a aquellas acciones que salen del patrón considerado propio para la edad (agresividad, excesiva inquietud motora, falta de autocontrol, falta de atención) con una intensidad, frecuencia y duración constante y permanente que llevan a la limitación de las actividades de la vida diaria, causa estados de relaciones conflictivas. Los problemas de conducta se evalúan con diferentes escalas: Conners, Eyberg entre otros.(García L., 2007)

Cuando un niño o niña tiene problemas de conducta se manifiestan también en problemas para comer, de ahí que evaluar la conducta alimentaria puede ser un buen indicador de que ocurre y cuando derivar a un equipo interdisciplinario (pediatra, nutricionista, pedagogo, psicólogo) para una evaluación e intervención integral.

Una investigación realizada en la ciudad de Cuenca en el año 2011 en los Centros de Desarrollo Infantil determinó una frecuencia de problemas de conducta del 24% y de retraso del desarrollo psicomotor del 44% en preescolares y estableció relación estadísticamente significativa entre los dos ($p < 0,05$). (Huiracocha, 2013)

1.1.3. La conducta alimentaria en el niño/niña de 1 a 3 años

“La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales.” (Dominguez-Vasquez O.S., 2008)

A la hora de la alimentación, la comida en común con otros niños y niñas, estimula el acto de comer, y en el caso de algunos niños/niñas con carácter caprichoso para determinados alimentos, les hace variar sus deseos de comer alimentos que antes habían rechazado.

Durante los tiempos de alimentación y a la hora de comer, es ideal que a los niños y niñas se les inculque normas de comportamiento, hábitos alimenticios, además de enseñarles a utilizar los cubiertos y la servilleta. Las normas deben relacionarse con el sentido común, considerando las necesidades de seguridad, independencia y expresión creativa de los niños/niñas, y que interiorice que sus acciones influyen en los demás, debiendo el adulto retroalimentar permanentemente dichas conductas/hábitos.

Para Maité Plazas (2008), el niño de uno a seis años centra su interés en socializar más que en alimentarse. En ocasiones se encuentra tan absorto con el juego que se olvida de comer, lo que aunado al apetito escaso propio de esta edad, origina problemas.

Para evitarlos, es necesario preparar al niño/niña para la hora de la comida, permitiendo que se tome un tiempo de transición para calmarse y descansar. Esto hará que se presente a la mesa con mayor disposición.

“Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad... Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos.

Los modelos de alimentación infantil aplicados por los progenitores, están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños durante la comida. La exposición repetida del niño a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario. Como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro”. (Dominguez-Vasquez O.S., 2008)

En los niños y niñas incluidos los bebés, los problemas alimentarios se manifiestan en la dificultad de incorporar nuevos alimentos. Esto influye mucho en la conducta social, generalmente el niño/niña que rechaza alimentos nuevos también rechazará personas nuevas, convirtiéndose en un experto en comer solo un par de alimentos y rechazar los demás, por lo que es muy importante ofrecerles siempre comida variada, ayudarlo a aceptar nuevos alimentos e insistir variando la preparación y presentación de aquello que ya probó.

A la hora de comer, no puede ni debe haber tensión, reproches o castigos, únicamente conductas positivas de parte del adulto.

1.1.4. La conducta alimentaria y su relación con el desarrollo psicomotor en el niño/niña de 1 a 3 años.

La alimentación, la nutrición y la salud en la primera infancia, tienen efectos a largo plazo, es decir lo que sucede en la infancia y la niñez repercute en la adolescencia y en la edad adulta.

El comer en la mesa familiar favorece que las niñas y niños imiten modales y comportamientos, que desarrollen destrezas motoras y habilidades para manejar los alimentos y los cubiertos, manifiesten sus preferencias y opiniones sobre lo que comen,

todo lo cual constituye un ejercicio de participación y autonomía que favorece la alimentación independiente e influye positivamente en su crecimiento y desarrollo emocional y sicosocial. Por lo que las prácticas alimentarias cotidianas, tienen efectos en el crecimiento y desarrollo integral de los niños y niñas.

“El desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso complejo en el que participan componentes fisiológicos de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal; componentes psicológicos del niño, de los padres y de la familia y además componentes culturales y sociales. Son frecuentes sus alteraciones en los primeros años de vida, las que se pueden traducir en un retraso del crecimiento, aversiones alimentarias y dificultades secundarias en la convivencia familiar. El manejo de estas alteraciones debiera estar basado principalmente en una educación preventiva en los primeros dos años de vida a la madre, en la modificación conductual del ambiente familiar (madre, hijo, otros miembros de ella) y sólo secundariamente considerar el manejo con fármacos” (Osorio.J, 2010)

Hacia el primero y segundo año de vida el niño/niña empieza a tomar la iniciativa de elegir lo que desea comer, coger los alimentos con los dedos, usar la cuchar y beber de un vaso, son acciones que implican un reto realizarlas, más que el deseo y una única actividad de comer, es una etapa de interés y mayor concentración en el movimiento e independencia.

En esta etapa además varían mucho sus gustos y comportamiento por la comida, un día tendrá preferencia y gusto por unos alimentos y otros despreciarlos por completo, por lo que es importante comprender que estos cambios y la necesidad de exploración es parte del desarrollo del niño/niña de esta edad.

El niño/niña de tres años generalmente come muy poco, le gusta comer únicamente cuando tiene hambre, y al satisfacer su apetito deja de hacerlo, hábito que debe fomentarse para que posteriormente tengan hábitos alimentarios saludables. Está en capacidad de sentarse a la mesa con otras personas y compartir ya que tiene la suficiente madurez para quedarse quieto por más tiempo e imitar a los adultos tanto en las cosas buenas como en las malas, por lo que es muy importante el ejemplo que se les da el momento de la alimentación, estos aprendizajes no solo los adquiere de los adultos, sino también de los otros niños, por lo que a veces se hace difícil crear buenos hábitos alimenticios. Le gusta mucho comer un solo tipo de alimentos y le disgusta o se rehúsa a comer alimentos mezclados o entreverados unos con otros.

Durante los primeros años de vida, el niño/niña, al igual que con otros aprendizajes debe aprender a comer, a manejar alimentos semilíquidos y más tarde sólidos. El acto de comer y la alimentación, es todo un proceso de desarrollo, que implica masticar, saborear y familiarizarse con los olores, colores y texturas de los alimentos, así como manipularlos, masticarlos y asimilarlos. Se les debe enseñar a comer tanto en cantidad, como en

calidad, por lo que las primeras experiencias en este proceso serán muy importantes para el establecimiento de actitudes y reacciones emocionales frente a los alimentos y a la hora de comer.

Por lo que, la alimentación correcta a partir del año hasta los 3 años de edad debe basarse en la administración de una dieta variada, equilibrada e individualizada, de acuerdo con el estilo de vida de la familia y la propia constitución del niño/niña, que asegure un crecimiento y desarrollo adecuados, con el objetivo de adquirir buenos aprendizajes de hábitos alimentarios y así poder prevenir algunas enfermedades en la edad adulta.

A más de impartir adecuados aprendizajes ya que los modelos y ejemplos alimentarios aprendidos en esta etapa, sientan las bases para la creación de los hábitos alimentarios que las personas tengan durante su vida, se debe garantizar que los niños y niñas puedan llevar una vida saludable y activa. Garantizando además su seguridad alimentaria y nutricional en cuanto a disponibilidad, acceso, consumo, utilización biológica, calidad de los alimentos, apariencia, buena presentación, olor y color agradables y que no hagan daño.

“Los primeros tres años de vida es una etapa única e irreplicable para el desarrollo físico e intelectual de una persona. Garantizar una buena nutrición es responsabilidad del padre y la madre, y va acompañada de una alimentación balanceada, controles de salud, higiene y afecto. Los tres primeros años de vida es donde inicia el desarrollo del niño, donde los nutrientes, estímulos externos y las condiciones adecuadas de vida lograrán una salud óptima.” (Vilca, 2014)

La hora de alimentar a los niños/niñas pequeños, debe convertirse en un momento agradable y de aprendizaje donde logre conocer los colores, texturas, alimentos, utensilios que se utilizan para la alimentación, normas y hábitos; todo esto con paciencia y amor, ya que un niño/niña que no disfruta de la interacción mientras es alimentado, se puede volver inapetente e indiferente a la comida, convirtiéndose esta en un momento de castigo y no de placer. El niño/niña no come como un adulto, a su ritmo, el pequeño necesita explorar, descubrir, investigar mientras aprende a comer. Lo que aprende en esta etapa de la vida le sirve en su futuro desarrollo.

Cuando no se ha seguido el proceso adecuado para que el niño o niña adquiera la conducta alimentaria se producen las dificultades alimentarias que son definidas como los problemas que presentan en el momento de comer (llorar, resistirse a comer, cerrar la boca, escupir, llorar, moverse) y que causan conflicto con el cuidador.

1.2. Test para evaluar el Desarrollo Psicomotriz y la Conducta de los niños y niñas.

Existen diferentes escalas, de preferencia se eligen las validadas y que se adaptan al medio. Para este estudio se eligió la escala de Brunet Lézine para evaluar el desarrollo psicomotor y la escala de Eyberg para la conducta, ambas validadas y empleadas en nuestro medio a través de estudios de investigación de Huiracocha Tutivén (2013) en el Ministerio de Salud Pública.

1.2.1. Escala de Brunet-Lezine y su aplicación para evaluación del desarrollo.

Entre 1944 y 1946 en Francia, Irene Lézine y Odette Brunet determinan que, las escalas de desarrollo son instrumentos de medición del progreso evolutivo con los que podemos establecer comparaciones en función de los logros conseguidos por los niños y niñas.

Cualquier prueba que estudie el desarrollo o cualquiera de sus procesos de manera estandarizada es susceptible de ser calificada como escala, principalmente si ésta establece una diferenciación por edades cronológicas o psicológicas.

La escala de Brunet - Lézine mide el desarrollo psicomotor de la primera infancia, permite obtener una Edad de Desarrollo (todas las destrezas logradas por el niño-niña) y un Cociente de Desarrollo global del niño/niña, así como una valoración parcial (por área) de la Edad de Desarrollo, que permite determinar si presenta o no retraso del desarrollo y en qué grado en cada una de las áreas exploradas. Recoge información de la observación del niño/niña al plantearles una serie de tareas, e información de su comportamiento a través de preguntas a los padres-cuidadores.

La Escala puede aplicarse desde el primer mes hasta los seis años de edad, aunque preferentemente se administra hasta los treinta meses. Comprende diez pruebas por edad, seis que estudian el comportamiento en situaciones experimentales, con o sin el apoyo de objetos, y cuatro que son preguntas planteadas con relación al entorno. Los items están agrupados en cuatro sectores de desarrollo:

1. Control postural y motricidad: desarrollo postural, tono muscular y estática.
2. Coordinación óculo motriz: adaptación y comportamiento con los objetos.
3. Lenguaje/comunicación: capacidad comprensiva, expresiva y gestual.
4. Socialización y autonomía.

La obtención de puntuación en esta prueba es la que permite cuantificar la evolución en el desarrollo de los niños/niñas.

Anexo 1: Escala Brunet-Lézine

1.2.2. Escala de Eyberg y su aplicación para evaluación de la conducta.

El Eyberg Child Behavioral Inventory (ECBI) es un cuestionario para padres diseñado y validado por Eyberg y Ross en 1978, para medir problemas de conducta infantil entre los 2 y 16 años de edad, la información que se obtiene a través de este cuestionario es importante ya que ayuda de manera fácil a través de la descripción de comportamientos, si existe un problema en el niño/niña, además que aporta con datos cuantificables para compararse con valores referenciales y de esta manera determinar la normalidad o desajuste en el comportamiento del niño/niña de acuerdo a su desarrollo.

La Escala de Eyberg consta de 36 items, que son conductas más frecuentes generales de edades específicas, descritas por los padres/madres de familia de niños/niñas con problemas de conducta que fueron objeto de estudio durante 2 años.

Los 36 items están divididos en dos escalas:

- a) **La escala de intensidad** interroga sobre la frecuencia de aparición de cada comportamiento que puntúa desde nunca (1 punto), hasta siempre (7 puntos), y estos rangos de frecuencia se suman para obtener una puntuación de intensidad total que puede ir de 36 a 252.
- b) **La escala de problema** pregunta a los padres que identifiquen los comportamientos problemáticos marcando con un círculo “sí” o “no” en respuesta a la pregunta: “Es un problema para usted?”. La suma de los “sí”, que pueden ir de 0 a 36 proporciona una puntuación de los problemas.

Anexo 2: Escala Eyberg

1.2.3. Cuestionario validado de Huiracocha y su aplicación para la detección de las dificultades alimentarias.

El cuestionario validado de Huiracocha, es un cuestionario corto para el nivel I de Atención Primaria en Salud, es un cuestionario creado, para que cualquier personal de salud o de educación pueda utilizarlo como una herramienta fácil, práctica y ejecutable para detectar de manera breve y sencilla a los niños/niñas de “Alerta a dificultad alimentaria”, y con los resultados obtenidos de manera inmediata, estos sean derivados a un equipo interdisciplinario para el diagnóstico definitivo; esto hace que sea una práctica real ejecutable y que no se sustituya al equipo profesional experto.

El cuestionario consta de 7 preguntas que ayudan a detectar dificultades alimentarias en el niño/niña, dirigidas a su cuidador, las respuestas se consideran como **SI**, en el caso en el que en la respuesta se indique que la conducta es “Siempre o la mayoría de veces”, y se considera como **NO**, cuando la respuesta es a veces o nunca.

Si todas las preguntas registran respuestas de **NO**, el niño no presenta dificultades alimentarias, y se alimenta bien.

Si alguna de las respuestas es registrada como **SI**, se debe seguir las recomendaciones profesionales para tener una alimentación saludable.

Si dos o más respuestas son registradas como **SI**, es alerta de que el niño/niña puede tener dificultades alimentarias y debe ser atendido por un equipo de profesionales.

Anexo 3: cuestionario corto

1.3. El cuidador y su relación con los niños y niñas de 1 a 3 años durante la alimentación

1.3.1 Conducta del cuidador y su relación con el niño-niña en el CIBV durante la alimentación.

Para Carolina Camacho (2010), la responsabilidad de los padres de proporcionar una buena alimentación a los hijos e hijas, empieza desde la concepción en el vientre materno, hasta la edad adulta. Lo más importante es como los progenitores y cuidadores estén convencidos de que los hábitos alimentarios saludables son fundamentales dentro del proceso educativo de los niños y niñas para su buen desarrollo, considerando siempre que cada uno es único y diferente.

“La alimentación complementaria óptima está relacionada no sólo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño/niña.

La relación positiva entre los estilos de alimentación empleados por las y los cuidadores, los comportamientos alimentarios de las niñas y los niños, y su ganancia de peso. Actitudes como sentarse con ellos a su mismo nivel para alimentarlos, mirarlos a los ojos, y utilizar un comunicación verbal y no verbal que estimule el gusto por la comida y el interés por los alimentos, fortalece el apego con las cuidadoras, les permite entender los distintos temperamentos infantiles y reconocer sus señales de hambre y saciedad para nosobrealimentarlos o desnutrirlos. Esto trae ventajas para la conducta emocional de las niñas y niños ya que aprenden que el hambre se satisface con alimentos nutritivos en lugar de utilizar la comida para satisfacer necesidades emocionales, lo cual evita conflictos durante las comidas y comportamientos inadecuados.” (Infancia-Colombia, 2011)

La hora de comer del niño/niña debe ser un momento muy especial sobre todo si está conociendo o probando nuevos alimentos, para lo cual el cuidador/padres deben tener mucha paciencia y hacer de la alimentación un momento agradable.

La relación que los adultos/cuidadores, tengan con las comidas incidirá directamente en los hábitos de los pequeños. Los problemas de alimentación pueden surgir si la persona que cuida al niño/niña, intenta obligarle a que coma, o muestra demasiada preocupación por el apetito del pequeño o por sus hábitos alimentarios. Mientras se alimentan y si se les obliga, amenaza o chantajea, los niños/niñas con problemas de alimentación son capaces de permanecer sentados en la mesa con la comida en la boca. Algunos niños/niñas pueden vomitar como respuesta a los intentos de los cuidadores/padres de forzarles a comer.

Marisa Russomando, Psicóloga y Directora del Espacio radial La Cigüeña-Colombia, señala que los padres y cuidadores que demuestran flexibilidad para que los niños/niñas decidan sobre la cantidad de las comidas y el espaciamiento entre ellas, que les permiten alimentarse por sí mismos utilizando los dedos o la cuchara sin temor a que se ensucien, o que expresen sus propias opiniones y sentimientos frente a los alimentos, les ayudan a desarrollar la autorregulación y la autonomía, factores clave en el comportamiento alimentario y en el desarrollo infantil. Así mismo, crear ambientes agradables y tranquilos para ofrecer los alimentos en el lugar adecuado, evitando estímulos como la televisión o los juguetes, ayudará a las niñas y niños pequeños a concentrarse en el acto de alimentarse, sin tener que recurrir a presiones ni ofertas de recompensas o castigos.

Presionar a los niños/niñas para que coman puede ser el origen de trastornos emocionales relacionados con la comida, por lo que es importante saber que los cambios en la aceptación de los alimentos y la necesidad de exploración de los mismos, forman parte del crecimiento normal de los niños y niñas y que todos pasan por esta etapa, es importante que el niño/niña disfrute de la hora de la comida y que esta no se convierta en un sacrificio o en una constante lucha para demostrar quien tiene el poder.

El fomento de los hábitos saludables se facilita con la educación alimentaria, ya que la conducta alimentaria se perfila durante los 3 primeros años de vida y esta es una tarea del cuidador, quien tiene que considerar que los alimentos deben ser saludables, nutritivos y en cantidad suficiente para cubrir las necesidades diarias, además el cuidador debe saber reconocer las señales de hambre y saciedad, debe promover comportamientos alimentarios saludables, utilizando y enseñando estrategias para lograrlos, sobre todo debe haber interacciones afectivas, oportunas y de calidad, establecer rutinas, horarios y tiempos de comidas apropiados y respetarlos, ofreciendo alimentos balanceados y nutritivos en ambientes agradables.

“El niño desarrolla sus propios gustos, preferencias y aversiones configurando su patrón de conducta dietética. A lo largo de las diferentes etapas de su vida entra en contacto con otros

medios sociales que directa o indirectamente, van a proponer modificaciones o refuerzos a sus hábitos alimentarios iniciales. En cualquier caso las experiencias, gratificantes o no, que en relación con los alimentos haya vivido en el marco de su familia permanecerán durante su vida, tanto más cuanto mejores sean las relaciones afectivas y la integración con los suyos. Por todo ello hay que procurar que estos hábitos no entren en conflicto con las recomendaciones y normas que definen una dieta como saludable.” (Durán-Sanchez, 2011)

Para Irene Chator (2011), estos primeros años formativos del niño son cruciales para establecer una regulación interna o externa de la ingestión de los alimentos y para aprender a distinguir las sensaciones psicológicas del hambre y la saciedad, de las experiencias emocionales tales como la ira, la frustración y el deseo de afecto. Durante esta etapa del desarrollo pueden surgir patrones inadecuados de alimentación, si el lactante no da señales claras de hambre o saciedad y si el cuidador no es capaz de interpretar sus señales de manera correcta y no responde adecuadamente.

Según Domínguez, Olivares y Santos (2008), los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación. Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos.

Como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro.

1.3.2. Cuestionario de Autoevaluación para adultos y adolescentes SRQ-OMS y su aplicación.

El SRQ (Self-Report Questionnaire), es un cuestionario de 29 preguntas, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para medir y detectar la angustia psicológica general, en adolescentes mayores de 15 años y en personas adultas. En la actualidad, se utiliza en diversas partes del mundo en los servicios generales de salud, demostrando ser una herramienta sensible, para detectar dichos problemas.

La puntuación para este cuestionario no es universalmente aplicable, sin embargo, en la mayoría de los casos, de cinco a siete respuestas positivas en los veinte primeros ítems (1-20 los síntomas “neuróticos”) indican la presencia de angustia psicológica significativa; el

Ítem 21 aborda el comportamiento de beber (síntomas sicóticos) indican síntomas potenciales de angustia. Una única respuesta en los ítems 22 - 24 (síntomas sicóticos) indican síntomas serios y la necesidad de ayuda. Los ítems 25 - 29 se refieren a síntomas comunes del desorden de estrés post-traumáticos, una respuesta única a cualquiera de estos puntos requiere de seguimiento.

CAPÍTULO 2: MATERIALES Y MÉTODOS

1. Objetivo General: Establecer la relación existente entre el desarrollo psicomotor, conducta y la conducta alimentaria de los niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los centros infantiles del Buen Vivir (CIBV) urbanos del Cantón Cuenca.

2. Objetivos Específicos:

2.1 Describir a los niños y niñas según edad, sexo, tipo de familia, desarrollo psicomotor y conducta.

2.2 Identificar a los niños y niñas con dificultades alimentarias.

2.3 Establecer la relación entre desarrollo psicomotor, problemas de conducta y la conducta alimentaria.

3. TIPO DE ESTUDIO: Transversal de prevalencia.

4. Universo

En la presente investigación el universo de estudio fueron 627 niños y niñas de 1 a 3 años de los Centros Infantiles del Buen Vivir (C.I.B.V) Urbanos del Cantón Cuenca, de Septiembre del 2013 a Febrero del 2014.

5. Muestra

Probabilística aleatoria simple cuya fórmula para una variable dependiente cualitativa y para un universo finito es:

$$n = \frac{Npqz^2}{(N-1)e^2 + pqz^2}$$

N= universo

P=probabilidad

q=probabilidad de no ocurrencia= (1-p)

z= nivel de confianza: 95%=1.96

e= precisión, error de inferencia=3%

Cálculo del tamaño de la muestra: para el cálculo se consideró una frecuencia de 20% de dificultades alimentarias, con un error de inferencia del 3%, el 95% de confianza. Universo de 627 niños y niñas entre 1 a 3 años de edad. Se calculó en el EPI- INFO y se consiguió una muestra de 327 niños y niñas de 1 a 3 años de edad. Se añade el 10% de pérdidas (33) y se obtiene un total de 360.

Para la Evaluación del Desarrollo psicomotriz se empleó la Escala de Brunet-Lezine, para evaluar Conducta la escala de Eyberg, y para la Conducta Alimentaria el Cuestionario Corto validado para el nivel I de Atención Primaria en Salud (Huiracocha, 2013).

Previa a la recolección de los datos se pidió la firma del consentimiento informado de las autoridades de los centros infantiles del Buen Vivir y de los padres y/o representantes de los niños y niñas.

6. VARIABLES

Dependiente: Dificultades alimentarias

Independientes: Problemas de conducta y retraso del desarrollo psicomotor.

7. Operacionalización de las variables:

Las variables descriptivas fueron las siguientes:

- Edad, cuantitativa continua, meses y días transcurridos desde la fecha de nacimiento hasta el día de la evaluación.
- Grupos etarios, cualitativa ordinal: 1 año, 2 años, 3 años.
- Sexo (diferencia de genitales): masculino y femenino.
- Tipo de familia: nuclear: padre, madre e hijos; monoparental: el padre o la madre y los hijos; expandida: miembros de más de dos generaciones. También se clasificó como no nuclear y nuclear.

Variable dependiente:

- ✓ Conducta alimentaria normal: cuando una o ninguna de las preguntas del cuestionario corto son contestadas como "sí";
- ✓ Dificultad alimentaria: cuando dos o más de las preguntas son contestadas como "sí".

Variables independientes:

- Conducta: medida por el cuestionario de Eyberg: normal: PTI (Puntuación total de intensidad) menor a 70 y PTP (puntuación total de problema) menor a 13, anormal: cuando PTI y/o PTP están sobre 70 o 13 respectivamente.
- Desarrollo psicomotriz, cualitativa: logros en cada etapa medidos por el test de Brunet-Lezine): Retraso con puntuaciones de 89 o menos y sin retraso con 90 o más.

8. Criterios de Inclusión: Los criterios de inclusión fueron tener entre 1 y 3 años de edad, tener asistencia regular y que la madre o padre o representante firme el consentimiento informado.

9. Criterios de Exclusión: Criterio de exclusión fue la actitud persistente de no colaboración del niño o niña, no formaron parte del estudio los niños y niñas menores de 1 año, ni los niños y niñas que cumplieron 3 años de edad hasta el 30 de septiembre del 2013.

10. Procedimiento: Se obtuvo la firma del consentimiento informado de las autoridades de los Centros Infantiles del Buen Vivir.

- ✓ Con la lista de los niños y niñas de cada centro infantil, se sortearon a aquellos a evaluar, cuyos padres y/o representantes firmaron el consentimiento informado.
- ✓ Se aplicó el formulario con los datos de filiación de los niños y niñas.
- ✓ Se evaluó el desarrollo psicomotor con el Brunet Lezine y se clasificó como niños o niñas con retraso con puntuaciones de 89 o menos y sin retraso con puntuaciones de 90 o más.
- ✓ Se aplicó la Escala Eyberg a cada niño y niña, misma que duró aproximadamente 30 minutos.
- ✓ Cuando faltó un niño o niña se regresó al día siguiente para aplicar la prueba.
- ✓ Se consultó a las cuidadoras sobre la conducta alimentaria aplicando el Cuestionario validado de Huiracocha para la detección de las dificultades alimentarias.
- ✓ Se aplicó a las cuidadoras el Cuestionario de Autoevaluación para adultos y adolescentes SRQ-OMS para detectar la angustia psicológica general.
- ✓ Se respetó el ritmo y afecto de los niños, niñas cuidadoras y padres-madres.

11. Comunicación de los resultados a los padres de los niños: Los resultados de la evaluación se comunicó a los padres de cada uno de los niños, niñas, a las cuidadoras, coordinadoras y técnica de los CIBV. Con los que tuvieron retraso del desarrollo psicomotor o problemas de conducta, se realizaron reuniones especiales para explicar a los padres y sugerirles que ingresen a un programa de intervención temprana.

Se mostró calidad humana, solvencia ética, técnica y científica, se garantizó la confidencialidad de la información, se previó acontecimientos adversos en contra de los niños, niñas, padres de familia y cuidadoras.

12. Análisis Estadístico: Los datos precodificados se introdujeron diariamente en el sistema SPSS versión 18, revisando la calidad de la base y registrando el análisis en la sintaxis. En el nivel de análisis descriptivo se comprobó (asimetría, curtosis, gráficos QQ plot) para las variables cuantitativas continuas (edad en meses, coeficiente de desarrollo) y se seleccionó como medidas de tendencia central y de distribución a la mediana, el mínimo, el máximo y los percentiles. Se realizó pruebas de diferencias de medias o medianas según sexo.

Se caracterizó a los niños y niñas de la muestra en tablas con frecuencias y porcentajes según: sexo, grupo etario, desarrollo psicomotriz, tipo de familia, tipo de conducta, tipo de conducta alimentaria.

Para la relación de la conducta alimentaria con las variables dependientes se usó razón de prevalencia (RP) con intervalos de confianza al 95% (IC 95%) y si es necesario regresión lineal multivariada.

CAPITULO 3: RESULTADOS

TABLA No. 1
Características demográficas de 360 niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca. 2014

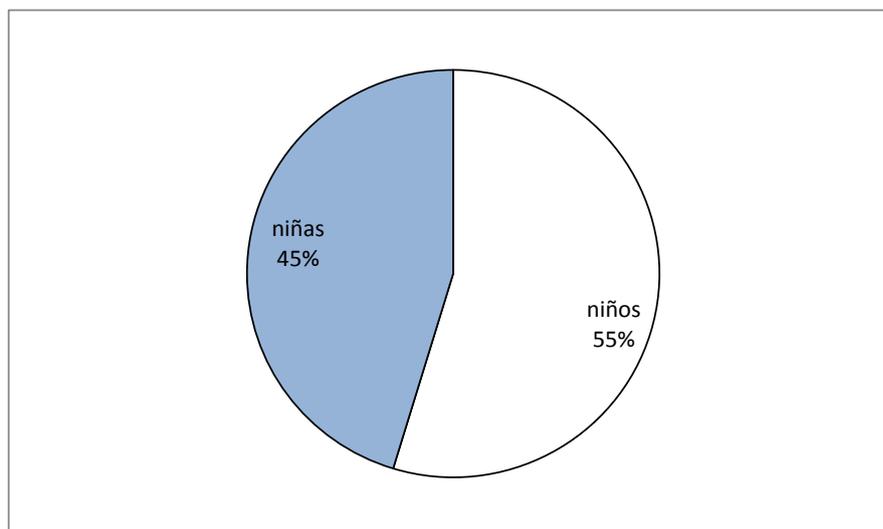
Características	Sexo		p ^b	Grupo de edad (meses)			p ^c
	Niños (media±DS)	Niñas (media±DS)		1	2	3	
N	197	163		99	164	97	
%	54,7	45,3		27,5	45,6	26,9	
Edad (meses)	30.9 ±9.4	30.7±8.4	0.89	16.51±3.5	28.9±3.4	41.1±3.3	<0.001

Fuente: formularios de investigación

Autora: Dora Gutiérrez

Existieron mayor número de niños, la edad con mayor número de niños y niñas fue la de 2 años, existe un número casi similar en las edades de 1 y 3 años. La media de edad de las niños fue de 30,9 meses y la de las niñas de 30.7, no hay diferencia significativa entre la media de las niños y las niñas pero si en la media en los grupos etarios.

GRÁFICO 1.
Distribución según sexo de 360 niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca. 2014



Fuente: formularios de investigación

Autora: Dora Gutiérrez

TABLA No. 2
Características de 360 niños y niñas de 12 a 36 meses de edad, de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca. 2014

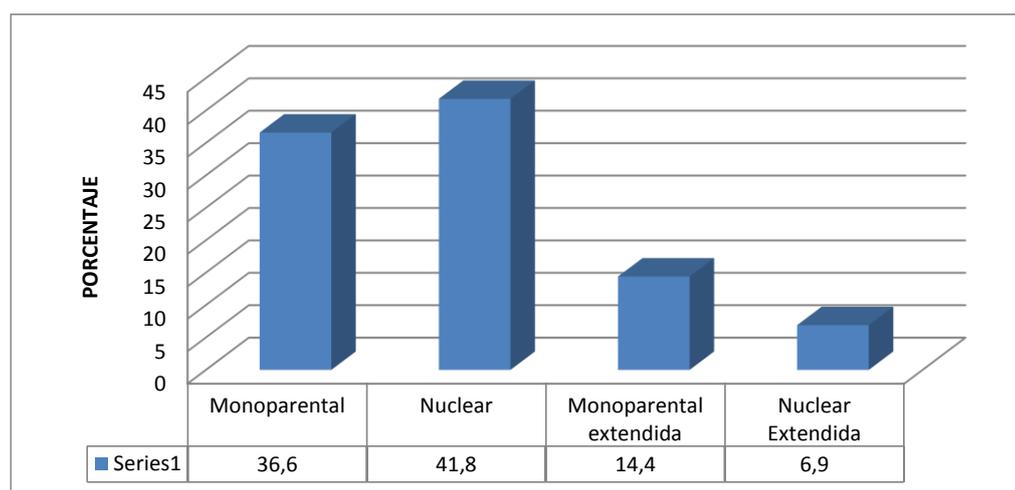
Características	Total	
	No.	%
Tipo de familia		
No nuclear	185	51,2
Nuclear	175	48,8
Total	360	100,0
Desarrollo psicomotor		
Normal	255	70,6
Retraso	105	29,2
Total	360	100,0
Conducta		
Normal	241	66,9
Problemas de conducta	119	33,1
Total	360	100,0

Fuente: formularios de investigación

Autora: Dora Gutiérrez.

El 51,2% de las familias son no nucleares, el 29,2% de los niños y niñas tienen retraso del desarrollo psicomotor y el 33,1 % problemas de conducta.

GRÁFICO 2.
Distribución según tipo de familia de 360 niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca. 2014



Fuente: formularios de investigación

Autora: Dora Gutiérrez.

El 41,8% de las familias de los niños y niñas son nucleares, el 36,6% son monoparentales.

TABLA No. 3
Relación entre retraso del desarrollo psicomotor, problemas de conducta y
dificultades alimentarias, en niños y niñas de 1 a 3 años de edad de los Centros
Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca. 2014

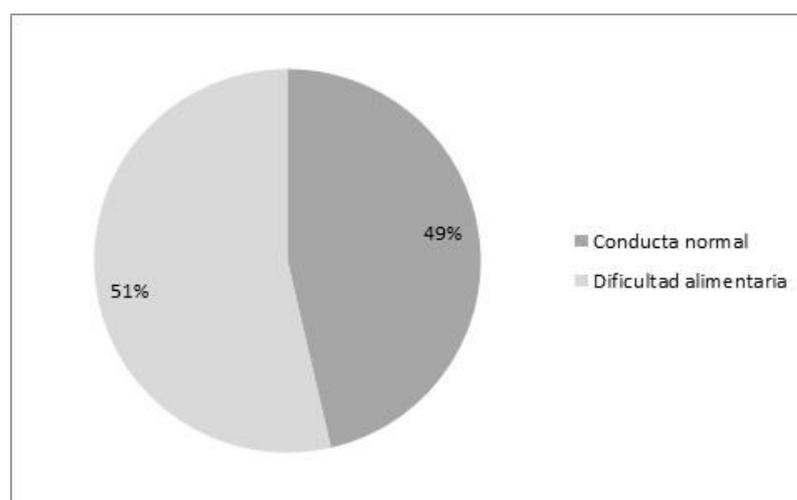
FACTORES ASOCIADOS	CONDUCTA ALIMENTARIA n=360						p
	DIFICULTADES		NORMAL		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Desarrollo psicomotor							0,035
Retraso	66	34,2	39	23,4	105	29,2	
Normal	127	65,8	128	76,6	255	70,8	
Conducta del niño/a							0,575
Inadecuada	58	31,5	61	34,9	119	33,1	
Adecuada	126	68,5	115	65,1	241	66,9	

Fuente: formularios de investigación

Autora: Dora Gutiérrez

Existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre retraso del desarrollo psicomotor y dificultades alimentarias pero no así entre problemas de conducta y dificultades alimentarias ($p > 0,05$).

GRÁFICO 3
Frecuencia de las dificultades alimentarias en 360 niños y niñas de 1 a 3 años de edad
de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del Cantón Cuenca. 2014



Fuente: formularios de investigación

Autora: Dora Gutiérrez

De los 360 niños y niñas evaluados 184 (51%) presenta dificultades alimentarias, es decir sus madres contestaron como "sí" a dos preguntas del cuestionario corto para detección.

CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN

Los primeros años de vida se caracterizan por una sucesión armónica y ordenada de cambios, las experiencias vividas y las relaciones con los entornos moldean al niño/niña y su conducta, así la alimentación y la nutrición son factores determinantes en el desarrollo del niño/niña que puede acarrear consecuencias negativas en la pubertad y hasta en la edad adulta.

La alimentación óptima está relacionada no sólo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño/niña, presentándose así la conducta alimentaria, que es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos.

En la conducta alimentaria que presentan los niños y niñas, se reflejan los logros en su desarrollo y la efectiva interacción con los cuidadores, la mayoría de estudios de investigación, indican que los niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor y/o con problemas de conducta tienen dificultad para comer y desarrollan lo que se denomina “dificultad alimentaria”.

La presente investigación que estudia la relación entre la conducta alimentaria y el desarrollo psicomotor y conductual de los niños y niñas de 1 a 3 años que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) urbanos del Cantón Cuenca realizada en 15 CIBV, por las siguientes razones: primero en condiciones sociales, familiares, biológicas adecuadas se espera que el desarrollo psicomotor y la conducta de los niños y niñas sean dentro de la diversidad e individualidad lo más adecuados posibles, pero las condiciones actuales (pobreza, nuevas estructuras familiares, los dos padres incorporados en el campo laboral, madres solas o adolescentes) hace que exista mayor vulnerabilidad y riesgo para que los niños y niñas presenten retraso del desarrollo psicomotor, problemas de conducta y por lo tanto dificultades alimentarias. Segundo son centros infantiles públicos que atienden a población vulnerable. Tercero están regidos por el Ministerio de Inclusión Económica y Social y la preocupación del Estado es la de ejercer la protección integral declarada en la Convención sobre los Derechos del Niño, en la Constitución de la República; en el Código de la Niñez y Adolescencia, en el Plan Nacional del Buen Vivir, y en el Plan de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia del Cantón Cuenca 2008-2020; para dar cumplimiento a la declaratoria del acceso universal de los niños y niñas menores de 3 años de edad a los Centros de Desarrollo Infantil con el fin de cuidar tanto el desarrollo integral como su estado nutricional. Cuarto los resultados se pueden entregar a los responsables de las unidad de atención y desarrollar acciones para mejorarlos.

Los 15 CIBV (Centros Infantiles del Buen Vivir) atienden en el proceso socioeducativo en el horario de 7H30 a 16H00 a través de la jornada diaria considerando: Actividades de inicio, Actividades de desarrollo y recreación, Actividades de alimentación, aseo y descanso y

Actividades de cierre. En el período Septiembre 2013 a Febrero del 2014 atendieron a 774 niños y niñas entre uno y cuatro años de edad, de los cuales 627 niños y niñas tuvieron entre uno y tres años, con un promedio aproximado de 40 niños y niñas en cada uno de los 11 centros y un promedio aproximado de 50 niños y niñas en cada uno de los 4 centros restantes. Cada unidad de atención, cuenta con un equipo de talento humano conformado por una Coordinadora/Coordinador CIBV con perfil de tercer nivel, una Educadora de Desarrollo Infantil Integral por cada 10 niños/niñas con un nivel mínimo de tecnólogo en educación inicial o en proceso de formación continua y profesionalización en el área, el proceso de preparación de la alimentación es externalizado.

De las características generales de los niños y niñas de 1 a 3 años de la muestra (n=360) se puede decir que la mediana de edad en meses de 30,9 de los niños fue parecida a las de niñas 30,7 porque $p > 0.05$. Existieron mayor número de niños (54,7%), la edad con mayor número de niños y niñas fue la de 2 años, existe un número casi similar en las edades de 1 y 3 años.

Del estudio realizado el 41,8% de los niños y niñas tienen familias nucleares, y el 36,6% tienen familias monoparentales, de las monoparentales el 14,4% son extendidas y de las nucleares el 6,9% son extendidas, en relación con los datos nacionales y según la primera Encuesta Nacional de la Niñez y Adolescencia (ENNA) en Ecuador, del 2010 el 50% de familias son nucleares, el 10% son monoparentales, el 35% extendidos, el 5% son hogares compuestos (Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, 2010), por lo que se puede observar la situación de los niños y niñas de los CIBV en el Cantón Cuenca, en cuanto a la composición de sus familias es diferente a la de la realidad de país.

En lo que se refiera al desarrollo de los niños y niñas, El 29,2% de tienen retraso del desarrollo psicomotor en alguna o en todas las áreas, posiblemente debido a que no se cuenta con un currículo operativo de educación inicial para el trabajo con los niños/niñas en los CIBV, además según la norma técnica de MIES, que normaliza y estandariza la prestación de los servicios para desarrollo infantil integral, la evaluación del desarrollo se lo realiza con indicadores del desarrollo por rangos de edad, que arrojan resultados generales de acuerdo a los ámbitos del Currículo de Educación inicial: logrado, no logrado o en vías de logro, lo cual no permite identificar la edad real del desarrollo y/o alertas sobre el adecuado desarrollo de los niños/niñas para tomar las acciones pertinentes e inmediatas. Criterios que concuerdan con la investigación realizada por Huiracocha y otros (2009) en Centros de Desarrollo Infantil urbanos de Cuenca, en la que la frecuencia del retraso esta aproximadamente entre el 5 al 11% desarrollo psicomotriz y la prevalencia de los niños con alerta en el desarrollo fue del 10,5%, de estos el 79,6% no tuvo el registro de su detección y el 93,9% no fue derivado para el diagnóstico, ni intervención, ni tuvo adaptaciones curriculares, sin embargo el retraso del desarrollo de los niños y niñas en la investigación en

los CIBV es mayor en la actualidad, que hace 5 años atrás probablemente por lo expuesto anteriormente.

Según datos de la revista *Maskana* (L. Huiracocha *Maskana*. 2013), los factores sociales de familia disfuncional, presencia de migración de los padres, tipo de cuidador (madre u otro miembro) están relacionados con el desarrollo psicomotor de los niños. Porque de acuerdo a como se ejerzan las funciones (asegurar la supervivencia, garantizar la protección, el afecto y la identidad de sus seres) es como se puede o no potenciar el desarrollo del niño o niña.

De la investigación realizada, los resultados indican que el 51% de los niños y niñas tienen dificultades alimentarias y el 33, 1% problemas de conducta, resultados que difieren de los obtenidos según el estudio realizado por Huiracocha (2011) en los centros infantiles municipales de Cuenca, en que la prevalencia de problemas de conducta en los niños y niñas es de 28,8%, por lo que se requiere una intervención inmediata y oportuna ya que estas edades son de proceso de formación.

Según estudios realizados por J. Saucedo (1994), del 5 al 25% de los niños tienen problemas de conducta, "la mayor parte de los comportamientos infantiles son aprendidos. La conducta del niño/niña es el resultado de la interacción con su ambiente social. Los niños no heredan malos hábitos, su conducta es el resultado del aprendizaje en el ambiente familiar, escolar y social." (guiainfantil.com) a partir del primer año el ritmo de crecimiento del niño/niña es solo del 20-30% con relación al primer año, por lo que su apetito disminuye, y presentan mayor interés por el mundo que les rodea que por los alimentos. Los cuidadores les exigen a comer provocando el rechazo, no solo por determinado alimento sino por todos, pudiendo condicionarlos a rechazar a comida y que el acto de comer se convierta en algo incómodo y nada placentero. El rechazo a la alimentación puede ser el resultado de una inadecuada técnica de alimentación castigos, súplicas, sobornos.

Según estudios realizados por Irene Chator (2009), se ha estimado que aproximadamente 25% de los lactantes que por lo demás tienen un desarrollo normal, y hasta 80% de los que presentan alguna alteración del desarrollo, manifiestan problemas con la alimentación... Los trastornos de la alimentación no solo perturban el desarrollo del lactante en sus primeras etapas, sino que se ha encontrado una relación más adelante con déficits en el desarrollo cognoscitivo, problemas conductuales, trastornos de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria en la infancia, en la adolescencia y al comienzo de la edad adulta."

H Ortiz (2011) en su publicación, *Nueva clasificación de los desórdenes alimentarios*, estima que los trastornos de alimentación afectan entre el 20 al 80% de los niños de todo el mundo, siendo mayor en niños con problemas familiares, y están asociados con alteraciones en el desarrollo. De los niños con inapetencia o cualquier otro problema de alimentación, aproximadamente el 25 - 45% tiene un desarrollo normal y hasta un 80% de estos tendrá un

retraso en su desarrollo. Los diferentes estudios han sugerido que solo un 16-30% de los casos de problemas de alimentación son orgánicos y que hasta el 80% de los pacientes con este trastorno se remiten a un especialista. Aunque hay factores propios del niño, tales como el temperamento, hay también otros como el medio ambiente y factores parentales que igualmente pueden interactuar para influir y mantener el problema”.

De los resultados de esta investigación los porcentajes de problemas de conducta (33,1%) y de retraso del desarrollo psicomotor (29,2%) en los niños y niñas de 1 a 3 años de edad, concuerdan con los criterios del planteamiento y justificación de la investigación, En la conducta alimentaria que presentan los niños y niñas, se reflejan los logros en su desarrollo y la efectiva interacción con los cuidadores, la mayoría de estudios de investigación (Domínguez- Vásquez, 2008. Chator, 2009. Ortiz, 2011), indican que los niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor y/o con problemas de conducta tienen dificultad para comer y desarrollan lo que se denomina “dificultad alimentaria”.

Según la revista *Pediátrica electrónica de Chile*, estudios realizados por Osorio, Weisstaub y Castillo, demuestran que la prevalencia de trastornos del desarrollo se ha estimado en 16% -18% de los niños, de los cuales alrededor del 90% se relacionan a problemas de aprendizaje, lenguaje o retardo mental. Esta cifra aumenta a 22% si se incluyen problemas del comportamiento.

Las prácticas alimentarias cotidianas, tienen efectos en el crecimiento y desarrollo integral de los niños y niñas, por lo que la alimentación correcta a partir del año de edad hasta los 3 años debe ser variada, equilibrada e individualizada, con un buen aprendizaje de hábitos alimentarios, evitando patrones inadecuados de comportamiento, para asegurar al niño/niña un crecimiento y desarrollo psicomotor, emocional y social óptimos.

Al realizar un análisis de la relación entre los factores asociados de retraso del desarrollo psicomotor, problemas de conducta y dificultades alimentarias se encuentra una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre retraso del desarrollo psicomotor y dificultades alimentarias, pero no entre problemas de conducta y dificultades alimentarias ($p > 0,05$).

La explicación que se da a esta relación, es que, frente a que la conducta está relacionada con la forma de comportarse de las personas ante determinadas situaciones, estímulos y vínculos que recibe de su entorno; la conducta alimentaria son acciones que establecen la relación de la persona con los alimentos y que se adquiere a través de: las necesidades biológicas, la madurez neurológica, de la experiencia directa de la comida, con el entorno familiar y social y por la imitación de modelos.

Según estudios realizados por Domínguez-Vásquez y otros (2008), existen evidencias que indican que el patrón de conducta alimentaria familiar tiene un papel relevante en el

comportamiento de alimentación del niño/niña constituyendo un factor modificable para la prevención de problemas en el desarrollo y la conducta alimentaria.

Con los resultados de esta investigación se elaborará un perfil de intervención para atender con calidad a los niños y niñas con problemas del desarrollo, de conducta y de dificultades alimentarias en los centros, lo que implica continuar con la implementación de protocolos de atención y cuidado, fortalecimiento de las competencias de las educadoras, desarrollo en los padres de estrategias para afrontar las dificultades familiares y fortalecimiento del trabajo en red.

CONCLUSIONES

1. Los porcentajes de problemas de conducta 33,1% y de retraso del desarrollo psicomotor 29,2% en los niños y niñas de 1 a 3 años de edad, son elevados y preocupantes, lo que concuerda con los criterios del planteamiento y justificación de la investigación.
2. Existe una relación significativa ($p < 0,05$), entre retraso del desarrollo psicomotor y dificultades alimentarias
3. No existe relación entre problemas de conducta y dificultades alimentarias.
4. Es indispensable que la evaluación del desarrollo psicomotor en los Centros Infantiles del Buen Vivir, por parte de las educadoras, se la haga con una escala adecuada y acorde a las necesidades para una intervención eficaz y la toma de acciones pertinentes e inmediatas, en base a un currículo operativo que dé respuesta a las necesidades de los niños y niñas sobre todo en las primeras etapas del desarrollo, la cual debe analizarse y determinarse desde el Ministerio de Inclusión Económica y Social.
5. Una relación alimentaria adecuada y positiva del niño/niña con sus entornos a la hora de la alimentación puede prevenir muchos de los problemas alimentarios y de desarrollo.
6. Se requiere elaborar para los CIBV, un perfil con lineamientos de intervención frente a los problemas encontrados, pues el retraso en el desarrollo psicomotriz y los problemas de conducta alimentaria de los niños y niñas a menudo se asocia con disminución de bienestar emocional y psicológico de los cuidadores y la prioridad por cumplir con una jornada diaria y normativa general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adolescencia, C. N. (2005). La Convención sobre los Derechos del Niño. Quito: Concejo Nacional de la Niñez y Adolescencia.
- Buitrago León, L. La Medición del Desarrollo en la Psicología. Revista Digital de Psicología – FUKL .Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Facultad de Psicología.
- Brunet.O, Lézine, I. Escala para medir el Desarrollo Psicomotor de la primera Infancia. MEPSA. s/a 74 pg.
http://revistapediatria.cl/vol2num1/pdf/14_pediatria_desarrollo.pdf 22:40 12 mayo 2014
- Casanueva, E. et. al. (2008) Nutriología Médica. Fundación Mexicana para la Salud. Tercera Edición. (extracto del libro tema Nutrición del preescolar yel escolar. de Maite Plazas.) México
- Camacho Mackenzie, C. (2010). Guía práctica de nutrición infantil. Ediciones GAMMA. Santafé de Bogotá- Colombia. 124 pág.
- Carmona López, M. Psicomotricidad y juego en la atención temprana de niños con discapacidad. Margarita Junta de Andalucía- España, s/a 602 pg.
- Chatoor, I. (2009). Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de la alimentación en los lactantes y niños pequeños. Washington D.C.: ZERO TO TREE.
- Craig, G. (2001). Desarrollo Psicológico. México : Pearson Educación.
- Cuenca, C. C. (2008). Plan de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia del Cantón Cuenca 2008-2020. Cuenca: Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia de Cuenca.
- Dominguez-Vasquez, e. a. (2008). Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Retrieved julio 25, 2013, from www.captura.uchile.cl/handle/2250/6966
- Dominguez-Vasquez, O. S. (2008). SCIELO. Retrieved abril 21, 2014, from SCIELO: <<http://www.scielo.org.ve>
- Ecuador, R. d. (2003). Código de la Niñez y Adolescencia. Quito: República del Ecuador.
- Eyberg. Escala de comportamiento del niño.
<https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/48-5-5.pdf> 22:40 12 mayo 2014
- Española, R. A. (2010). Definiciones de desarrollo. Retrieved agosto 02, 2013, from Definiciones de desarrollo: <https://definiciones.de/desarrollo/#ixzz2cO5m8w9w>
- García, L. (2007, 07 01). Desarrollo Infantil. Retrieved abril 21, 2014, from Desarrollo Infantil: <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/childdevelopment/positiveparenting/toddlers.html>
- Huiracocha, L. (2013). Factores asociados a problemas de conducta en preescolares. Maskana , 36-44.
- Huiracocha, L.et al. (2014). Dificultades alimentarias en la infancia temprana. Junio 2014. Universidad de Cuenca
- Infancia, C. I. (2011). Lineamiento técnico de alimentación y nutrición para la primera infancia. Retrieved agosto 15, 2013, from www.deceroasiempre.gov.co

Infancia-Colombia, C. i. (2011). de cero a siempre. Retrieved Septiembre 08, 2013, from de cero a siempre: www.deceroasiempre.gov.co/.

Irwin, e. a. (2007). Desarrollo de la Infancia: Un potente equalizador. Washington: HELP - Global Knowledge for Early Child Development.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. INEC. Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda>

J.E, V. M. (2007). Diccionario de Ciencias de la Educación . In V. M. J.E, Diccionario de Ciencias de la Educación (p. 1727). México: Santillana-Océano.

Kerzner, B. (2009). Investigación clínica de las dificultades alimenticias en niños pequeños: Un enfoque práctico. In B. KERZNER, Investigación clínica de las dificultades alimenticias en niños pequeños: Un enfoque práctico (p. 965). Clinical Pediatrics.

Marchand, U. (2009). La Nutrición en niños con daño neurológico. Washington: Pediatrics Child Health.

MIES. Ministerio de Inclusión Económica y Social (2014). Norma Técnica de Desarrollo Infantil. Servicios Centros de Desarrollo Infantil.

Northstone, K and Emmett, P. (2012). The associations between feeding difficulties and behaviours and dietary patterns at 2 years of age: the ALSPAC cohort. Original Article

Ortiz, H. (2011). Nueva clasificación de los desórdenes alimentarios. Retrieved agosto 29, 2013, from http://www.sep.com.co/precop/precop_files/modulo_10_vin_4/5_jtw.pdf

Ortiz Pinilla, N. (1999). Escala Abreviada de Desarrollo. Ministerio de Salud Colombia

Osorio, J, W.C. (2010, Diciembre). Desarrollo de la Conducta Alimentaria en la Infancia y sus alteraciones. Retrieved Julio 10, 2014, from SCIELO: <http://www.scielo.org.ve>

Sauceda J. Problemas de conducta en preescolares: prevalencia en niños asistentes a una estancia infantil. México, Rev.mex.pediatr, 1994; 62:77-82. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=139998&indexSearch=ID>

Unidas, N. (1997). La Convención sobre los derechos del Niño. Quito: Instituto Nacional del Niño y la Familia.

Universidad de Cuenca. (2011) Factores asociados a problemas de conducta en preescolares. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Volumen 31 Nro. 2. Cuenca.

Venguer, L. (1981). Temas de Psicología Preescolar. La Habana: Pueblo y Educación.

Vichtová, B. (2012). Use of Movement in Teaching English to Very Young Learners. Brno: Masaryk University.

Vigotsky, L. (1988). Desarrollo de las funciones psíquicas superiores. La Habana: Pueblo y Educación.

Vilca, R. (2014). Campaña de nutrición Infantil. Retrieved Abril 19, 2014, from Campaña de nutrición infantil: <http://radio.rpp.com.pe>

Visión general de las dificultades en la alimentación en niños. (2012). I Cumbre en dificultades de la alimentación. Guayaquil- Ecuador

Zapata, O. (1997). La psicomotricidad y el niño: etapa maternal y preescolar. México: Trillas.

ANEXOS

ANEXO 1

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Conductas alimentarias y su relación con el desarrollo psicomotor y conductual en los niños y niñas de 1 a 3 años, de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos, del Cantón Cuenca”

Cuestionario SRQ – OMS #5

Formulario No.: _____ **Nombre del Centro:** _____

Fecha de aplicación (día/mes/año): ___ / ___ / _____

Nombre de la madre, padre, o cuidador/a: _____

Instrucciones: Por favor lea estas instrucciones completamente antes de llenar el cuestionario. Las siguientes preguntas están relacionadas con ciertos dolores y problemas que lo pudieron haber molestado en los últimos 30 días. Si cree que las preguntas aplican a usted y tuvo el problema descrito en los últimos 30 días, ponga una marca en la línea bajo **SÍ**, por otro lado, si la pregunta no aplica a usted y no tuvo el problema en los últimos 30 días, ponga una marca en la línea bajo **NO**. Si no está seguro de cómo contestar una pregunta, por favor dé la mejor que pueda. Tenga la seguridad que las respuestas que usted proporcione aquí son confidenciales.

SI NO

- | | | |
|-----|-----|---|
| ___ | ___ | 1. ¿Tiene frecuentemente dolores de cabeza? |
| ___ | ___ | 2. ¿Tiene poco apetito? |
| ___ | ___ | 3. ¿Duerme mal? |
| ___ | ___ | 4. ¿Se asusta fácilmente? |
| ___ | ___ | 5. ¿Se siente nervioso, tenso o preocupado? |
| ___ | ___ | 6. ¿Le tiemblan las manos? |
| ___ | ___ | 7. ¿Tiene mala digestión? |
| ___ | ___ | 8. ¿Tiene problemas en pensar con claridad? |
| ___ | ___ | 9. ¿Se siente infeliz? |
| ___ | ___ | 10. ¿Llora más de lo usual? |
| ___ | ___ | 11. ¿Encuentra difícil gozar de sus actividades diarias? |
| ___ | ___ | 12. ¿Encuentra difícil tomar una decisión? |
| ___ | ___ | 13. ¿Está sufriendo por su trabajo diario? |
| ___ | ___ | 14. ¿Es incapaz de representar un papel útil en la vida? |
| ___ | ___ | 15. ¿Ha perdido el interés de las cosas? |
| ___ | ___ | 16. ¿Siente que es una persona sin valor? |
| ___ | ___ | 17. ¿Ha pasado por su mente el pensamiento de terminar con su vida? |
| ___ | ___ | 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? |
| ___ | ___ | 19. ¿Tiene sensaciones extrañas en el estómago (vacío, sentimientos incómodos)? |
| ___ | ___ | 20. ¿Se cansa fácilmente? |
| ___ | ___ | 21. ¿Toma alcohol más de lo usual? |
| ___ | ___ | 22. ¿Siente que alguien ha estado tratando de dañarlo de alguna forma? |
| ___ | ___ | 23. ¿Se ha dado cuenta de cualquier interferencia o cualquier otra cosa inusual o |
| ___ | ___ | 24. ¿Alguna vez oye voces? |
| ___ | ___ | 25. ¿Tiene sueños angustiantes sobre el desastre o hay momentos en los que parece |
| ___ | ___ | 26. ¿Evita actividades, lugares, personas, o pensamientos que le recuerdan del |
| ___ | ___ | 27. ¿Parece menos interesado de lo usual para estar en sus actividades usuales y |
| ___ | ___ | 28. ¿Se siente muy preocupado, angustiado cuando está en una situación que le |
| ___ | ___ | 29. ¿Tiene problemas para experimentar o expresar sus sentimientos? |

ANEXO 2

ESCALA PARA MEDIR EL DESARROLLO PSICOMOTOR

DE LA PRIMERA INFANCIA

(BRUNET - LEZINE)

Hoja de Nivel (1)

Motivo del Examen.....

Apellidos del Niño.....Nombre.....
 Fecha de Nacimiento.....Dirección.....
 Tipo de vivienda.....Confort.....
 Edad del padre.....Profesión.....Edad de la Madre.....
 Profesión..... Datos referentes a la salud de los padres.....

Enfermedades que ha padecido el niño.....
 Número de hermanos/as.....Edad.....
 Salud.....Abortos.....Embarazos.....
 Parto.....
 Peso del niño al nacer..... Talla.....Placenta.....
 Peso Actual..... Talla.....
 Tipo de alimentación ¿pecho?..... ¿Biberón?.....
 ¿El niño ha estado separado de su madre? ¿A qué Edad?.....
 Duración de la separación.....Circunstancias.....

Edad del 1er diente.....2do diente.....Dentición actual.....
 Edad en que empezó a andar solo.....Edad en la que pronunció las primeras palabras.....
 Control de esfínteres.....Apetito.....Sueño.....

Fecha de examen desarrollo CD	Edad real	Edad de	Examinador
Fecha de examen desarrollo CD	Edad real	Edad de	Examinador
Fecha de examen desarrollo CD	Edad real	Edad de	Examinador
Fecha de examen desarrollo CD	Edad real	Edad de	Examinador

ESCALA DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0 A 30 MESES

N de orden	Item				
		<u>1 Mes</u>			<u>5 Meses</u>
1	P1	Sentado, levanta la cabeza de vez en cuando vacilando.	41	P1	Se mantiene sentado con ligero apoyo.
2	P2	Boca abajo, levanta la cabeza vacilando.	42	P2	Hace movimientos para quitarse el pañuelo que se le ha colocado sobre la cara.
3	P3	Boca abajo, mantiene las piernas flexionadas y hace movimientos de reptación.	43	C3	Coge un cubo al contacto.
4	C4	Reacciona al ruido de una campanilla.	44	C4	Mantiene un cubo en la mano y mira al segundo.
5	C5	Sigue momentáneamente al movimiento de los aros hasta los 90°	45	C5	Tiende la mano hacia el objeto que se le ofrece.
6	S6	Fija la mirada en el rostro del examinador.	46	S6	Sonríe ante el espejo.
		PREGUNTAS	47	P7	Coge el sonajero que está al alcance de su mano.
7	P7	Aprieta el dedo colocado en su mano.	48	L8	Da gritos de alegría.
8	L8	Emite pequeños sonidos guturales.	49	S9	Se destapa mediante movimientos de pateo, se coge las piernas o la rodilla.
9	S9	Deja de llorar al aproximarnos a él o al hablarle.	50	S10	Ríe y vocaliza al manipular sus juguetes.
10	S10	Reacciona con movimientos de succión antes de darle el pecho o el biberón.			<u>6 Meses</u>
		<u>2 Meses</u>	51	P1	Sostenido verticalmente de pie soporta una parte de su peso.
11	P1	Sentado, mantiene la cabeza derecha durante un momento.	52	P2	Boca arriba se quita el pañuelo que tiene sobre la cabeza.
12	P2	Boca abajo levanta la cabeza y los hombros.	53	C3	Coge el cubo colocado sobre la mesa ante su vista.
13	P3	Boca arriba sostiene la cabeza cuando se le sienta, mediante tracción sobre los antebrazos.	54	C4	Sostiene dos cubos uno en cada mano y mira el tercero.
14	C4	Sigue con la vista a una persona que se desplaza.	55	C5	Sentado coge con una mano el aro que se balancea delante de él.
15	C5	Sigue el movimiento del aro describiendo un ángulo de 180°	56	C6	Golpea o frota la mesa con la cuchara.
16	S6	Responde con mímicas ante el rostro del examinador.			PREGUNTAS
		PREGUNTAS	57	P7	Permanece sentado bastante tiempo con apoyo.
17	P7	Si se le deja de lado, la madre lo encuentra boca arriba.	58	L8	Hace gorgoritos.
18	L8	Emite varias vocalizaciones.	59	S9	Se golpea los pies con las manos.
19	S9	Se inmoviliza o vuelve la cabeza cuando se le habla.	60	S10	Distingue las caras conocidas de las desconocidas.
20	S10	Sonríe a los rostros conocidos.			<u>7 Meses</u>
		<u>3 Meses</u>	61	P1	Se mantiene sentado sin apoyo durante un momento.
21	P1	Sentado mantiene la cabeza derecha.	62	P2	Sentado con apoyo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.
22	P2	Boca abajo se apoya en los antebrazos.	63	C3	Coge dos cubos uno en cada mano.
23	C3	Mira un cubo colocado sobre la mesa.	64	C4	Coge la pastilla rastrillando.
24	C4	Sostiene el sonajero con un movimiento involuntario.	65	C5	Levanta por el asa la taza invertida.
25	C5	Vuelve la cabeza para seguir un objeto.	66	S6	Tiende la mano hacia el espejo, acaricia su imagen.
26	S6	Responde con una sonrisa cuando el examinador le sonríe.			PREGUNTAS
		PREGUNTAS	67	P7	Se pasa los juguetes de una mano a otra.
27	P7	Coge y atrae hacia sí su sábana.	68	L8	Vocaliza varias sílabas, bien definidas.
28	L8	Balbucea con vocalización prolongada.	69	S9	Se lleva los pies a la boca.
29	S9	Se pone contento cuando ve el biberón o le van a dar el pecho.	70	S10	Puede comer una papilla espesa con una cuchara.
30	S10	Juega con sus manos, se las mira.			<u>8 Meses</u>
		<u>4 Meses</u>	71	P1	Se incorpora hasta quedar sentado con una ligera tracción sobre los antebrazos.
31	P1	Boca abajo mantiene las piernas extendidas.	72	P2	Boca abajo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.
32	P2	Boca arriba levanta la cabeza y los hombros mediante tracción sobre los antebrazos.	73	C3	Coge el tercer cubo soltando uno de los dos primeros.
33	C3	Sentado palpa el borde de la mesa.	74	C4	Coge la pastilla con la participación del pulgar.
34	C4	Mira una pastilla colocada sobre la mesa.	75	C5	Busca la cuchara que se le ha caído.
35	C5	Boca arriba inicia un movimiento de presión hacia el aro.	76	C6	Observa con atención la campanilla.
36	C6	Mueve el sonajero que se ha colocado en la mano mirándolo.			PREGUNTAS
		PREGUNTAS	77	P7	Estando boca arriba, se vuelve boca abajo.
37	P7	Se cubre la cara con una sabanita.	78	L8	Juega al "escondite".
38	L8	Vocaliza cuando se le habla.	79	S9	Juega a tirar sus juguetes al suelo.
39	S9	Ríe a carcajadas.	80	S10	Juega a golpear dos objetos uno con otro.
40	S10	Vuelve la cabeza inmediatamente hacia la persona que lo llama.			

		<u>9 Meses</u>				<u>18 Meses</u>
81	P1	Se sostiene de pie con apoyo.	121	P1	Empuja la pelota con el pie.	
82	P2	Sentado sin apoyo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.	122	C2	Construye una torre con tres cubos.	
83	C3	Levanta la taza colocada boca abajo y coge el cubo escondido debajo.	123	C3	Pasa las páginas de un libro.	
84	C4		124	C4	Saca la pastilla del frasco.	
85	C5	Coge la pastilla utilizando el pulgar y el índice.	125	C5	Coloca la pieza circular después de girarle el tablero.	
86	C6	Acerca el aro hacia sí tirando el cordón. Hace sonar la campanilla	126	L6	Nombra uno, o señala dos dibujos.	
		PREGUNTAS	127	P7	Sube las escaleras de pie, dándole la mano.	
87	P7	Sosteniéndoles por los brazos da algunos pasos.	128	L8	Dice por lo menos ocho palabras.	
88	L8	Dice una palabra de dos sílabas.	129	S9	Utiliza la cuchara.	
89	S9	Reacciona ante algunas palabras familiares.	130	S10	Pide su orinal.	
90	S10	Hace los gestos de "adiós" o "gracias" o "aplaude", etc.	131		<u>21 Meses</u>	
		<u>10 Meses</u>	132	P1	Da un puntapié a la pelota después de una demostración.	
91	P1	De pie y apoyado, levanta y apoya un pie.	133	C2	Construye una torre con cinco cubos.	
92	C2	Encuentra un juguete escondido debajo del pañuelo.	134	C3	Coloca cubos en fila imitando un tren.	
93	C3	Mete el cubo en una taza o lo saca de una demostración.	135	S4	Pone tres cubos en tres sitios diferentes cuando se le pide.	
94	C4	Intenta coger la pastilla a través del frasco.	136	C5	Coloca piezas circulares y cuadradas en su agujero.	
95	C5	Saca la pieza circular de su agujero.	137	L6	Señala cinco partes del cuerpo en el dibujo de una muñeca.	
96	C6	Busca el badajo de la campanilla.	138		PREGUNTAS	
		PREGUNTAS	139	P7	Baja la escalera cogido de la mano.	
97	P7	Se pone de pie solo.	140	L8	Asocia dos palabras.	
98	L8	Repite los sonidos que oye.		S9	Pide de beber y de comer.	
99	S9	Comprende una prohibición.		S10	Imita acciones sencillas de los adultos.	
100	S10	Bebe en una taza o en un vaso.	141		<u>24 Meses</u>	
		<u>12 Meses</u>	142	P1	Da un puntapié a la pelota cuando se le ordena.	
101	P1	Anda llevándole de la mano.	143	C2	Construye una torre con seis cubos por lo menos.	
102	C2	Coge el tercer cubo sin soltar los dos primeros.	144	C3	Intenta doblar el papel en dos.	
103	C3	Mete un cubo dentro de la taza.	145	C4	Imita un trazo sin direcciones determinadas.	
104	C4	Imita el ruido de la cuchara dentro de la taza	146	C5	Coloca las tres piezas en el tablero.	
105	C5	Coloca bien la pieza circular en su agujero después de una demostración.	147	L6	Nombra 2 o señala 4 dibujos.	
106	C6	Hace garabatos débiles después de una demostración.	148		PREGUNTAS	
		PREGUNTAS	149	P7	Sube y baja solo la escalera.	
107	P7	De pie se agacha para coger un juguete.	150	L8	Construye frases de varias palabras.	
108	L8	Dice tres palabras.		S9	Puede utilizar su nombre.	
109	S9	Da algo cuando se le pide con palabras o gestos.	151	S10	Ayuda a guardar sus juguetes.	
110	S10	Repite actos que han causado risa.	152		<u>30 Meses</u>	
		<u>15 Meses</u>	153	P1	Intenta sostenerse sobre un pie.	
111	P1	Anda solo.	154	C2	Construye una torre con ocho cubos.	
112	C2	Construye una torre con dos cubos.	155	C3	Construye un puente con tres cubos según el modelo.	
113	C3	Llena la taza de cubos.	156	C4	Imita un trazo vertical y otro horizontal	
114	C4	Mete la pastilla en el cubo.		C5	Coloca las tres piezas después de girar el tablero.	
115	C5	Coloca la piza circular en su agujero cuando se le ordena.	157	L6	Nombra 5 o señala 7 dibujos.	
116	C6	Hace garabatos cuando se le ordena.	158		PREGUNTAS	
		PREGUNTAS	159	P7	Puede transportar un vaso lleno de agua u otros objetos frágiles, sin volcarlo.	
117	P7	Sube una escalera a "gatas".	160	L8	Emplea pronombres.	
118	L8	Dice cinco palabras.		S9	Ayuda a vestirse, se pone las zapatillas.	
119	S9	Señala con el dedo lo que desea.		S10	Ya no se orina en la cama por las noches.	
120	S10	Bebe solo en una taza o en un vaso.				

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad Real o Cronológica:

Fecha de Evaluación:

**ESCALA DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA
(BRUNET – LEZINE)**

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS FORMA NUEVA DE 3 A 8 AÑOS
La Developpement Psychologique de la premaire enfance P.U.F. pag 23,1971
(Escala No Verbal)**

Apellidos y nombre.....Fecha de Examen.....
Fecha de Nacimiento.....E.R.....E.D.....C.D.....

	<p align="center"><u>24 Meses</u></p> <p>Nivel de base a partir del cual se puede aplicar la escala de 2 a 6 años, si el niño ha alcanzado el nivel de 2 años si no lo ha alcanzado se aplicará la escala del Baby – test. Hojas E.III</p> <p>C2 Construye una torre con seis cubos. C4 Imita un trazo sin dirección determinada. C5 Coloca las tres piezas de madera en el tablero. L6 Nombra 5 o señala 7 dibujos.</p> <p align="center"><u>30 Meses</u></p> <p>1 Construye un puente con tres cubos. 2 Imita un trazo vertical y horizontal. 3 Coloca las tres piezas después de girarle el tablero. 4 Nombra 5 o señala 7 dibujos.</p> <p align="center"><u>3 Años</u></p> <p>5 Construye un puente con 5 cubos. 6 Rompecabezas de 2 piezas. 7 Copia un círculo. 8 Enumera objetos en el dibujo.</p> <p align="center"><u>4 Años</u></p> <p>9 Construye una barrera con 5 cubos. 10 Rompecabezas de 4 piezas (la mitad). 11 Copia un cuadrado. 12 Explica una acción del dibujo.</p> <p align="center"><u>5 Años</u></p> <p>13 Construye una escalera con 10 cubos (con modelo). 14 Rompecabezas de 4 piezas (completo). 15 Copia un triángulo. 16 Cuenta 4 cubos.</p> <p align="center"><u>6 Años</u></p> <p>17 Construye una escalera con 10 cubos (con modelo). 18 Copia un rombo. 19 Maniquí (Grace Arthur). 20 Cuenta 13 cubos.</p>	<p align="center">Observaciones</p>

**ESCALA DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA
(BRUNET – LEZINE)**

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS FORMA NUEVA DE 2 A 5 AÑOS
(Escala Verbal)**

Apellidos y nombre.....Fecha de Examen.....
Fecha de Nacimiento.....E.R.....E.D.....C.D.....

Ítems	<u>24 Meses</u>	Observaciones
P1	Da una patada a la pelota cuando se le ordena	
C2	Construye una torre con 6 cubos.	
C3	Intenta doblar el papel en dos	
C4	Imita un trazo	
C5	Coloca las 3 piezas de madera en el tablero.	
L6	Nombra 2 o señala 4 imágenes	
<u>30 Meses</u>		
P1	Intenta sostenerse sobre un pie	
C2	Construye una torre con 8 cubos	
C3	Construye un puente con 3 cubos, con modelo	
C4	Imita un trazo vertical y horizontal.	
C5	Coloca las 3 piezas después de girarle el tablero.	
L6	Nombra 5 o señala 7 imágenes	
<u>3 Años</u>		
1	Construye un puente con 5 cubos.	
2	Rompecabezas de 2 piezas.	
3	Copia un círculo.	
4	Compara dos líneas	
5	Conoce 3 preposiciones (encima, dentro, debajo)	
6	Repite seis sílabas	
<u>4 Años</u>		
1	Copia un cuadrado	
2	Pliega el papel en diagonal	
3	Describe el dibujo	
4	Conoce 5 proposiciones (encima, dentro, debajo, delante, detrás)	
5	Repite 3 cifras	
6	Conoce 11 verbos en acción.	
<u>5 Años</u>		
1	Construye una escalera con 10 cubos	
2	Rompecabezas de 4 piezas	
3	Copia la figura compleja	
4	Distingue la mañana y la tarde	
5	Repite 12 sílabas.	
6	Cuenta 4 cubos.	

ANEXO 3

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Conductas alimentarias y su relación con el desarrollo psicomotor y conductual en los niños y niñas de 1 a 3 años, de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos, del Cantón Cuenca”

Inventario Eyberg del Comportamiento en Niños (ECBI)

Formulario No.: ___ ___ ___ Nombre del Centro: _____

Fecha de evaluación(día/mes/año): ___ / ___ / _____

Nombre del niño/niña: _____

Nombre de la persona que responde el cuestionario: _____

Instrucciones: Las siguientes frases describen la conducta del niño o niña de edades entre 2 y 13 años de edad. Por favor, señale la frecuencia de cada una de estas conductas en su hijo o hija, y señale con un círculo en el apartado “sí” o “no” si eso es un problema para usted.

	¿Con qué frecuencia ocurre esto en su hijo/hija?			¿Es esto un problema para usted?	
	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Siempre o casi siempre	Si	No
1. Tarda mucho en vestirse				Si	No
2. En casa es muy desobediente				Si	No
3. Tiene malos modales en la mesa (se mancha mucho, juega o tira la comida, se levanta...)				Si	No
4. Lloro o se queja				Si	No
5. Se niega a hacer las tareas que se le solicita				Si	No
6. Tarda o pierde el tiempo cuando es la hora de ir a la cama				Si	No
7. Tiene poca capacidad de atención				Si	No
8. Se comporta de forma desafiante cuando se le dice que haga algo				Si	No
9. Se niega a obedecer hasta que se le amenaza con castigos				Si	No
10. Molesta a otros niños				Si	No
11. Insulta y discute con sus hermanos y hermanas o con niños del entorno familiar				Si	No
12. Se enfada cuando no se sale con la suya				Si	No
13. Quiere llamar la atención constantemente				Si	No
14. Es un contestón				Si	No
15. Se niega a comer la comida que se le ofrece				Si	No
16. Se distrae con facilidad				Si	No
17. Pega a sus hermanos o hermanas o a niños de su entorno familiar				Si	No
18. Pega a los padres				Si	No
19. Maltrata sus juguetes y/u otros objetos				Si	No
20. Miente				Si	No
21. Coge cosas que no le pertenecen				Si	No
22. Discute con los padres sobre las normas de la casa				Si	No
23. Tarda mucho en comer				Si	No
24. Insulta y discute con niños de su edad				Si	No
25. Tiene dificultad para entretenerse solo				Si	No
26. Pega a niños de su edad				Si	No
27. Es muy gritón o chillón				Si	No
28. Es descuidado con los juguetes y las cosas				Si	No
29. Interrumpe a los adultos				Si	No
30. Lloro con facilidad				Si	No
31. Se niega a ir a la cama a la hora de dormir en la noche				Si	No
32. Tiene dificultad para acabar lo que empieza				Si	No
33. Tiene rabietas				Si	No
34. Tiene dificultad para concentrarse en las cosas				Si	No
35. Le cuesta estar quieto un momento				Si	No
36. Se hace pis en la cama				Si	No

PTI: _____

PTP: _____

ANEXO 4

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Conductas alimentarias y su relación con el desarrollo psicomotor y conductual en los niños y niñas de 1 a 3 años, de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos, del Cantón Cuenca”

CUESTIONARIO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS-HUIRACocha-

Formulario No.: _____ Nombre del Centro de Desarrollo Infantil: _____

Fecha de evaluación:
(Día, mes, año)

Nombre del niño o niña: _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Fecha de nacimiento: Edad en meses: _____

Nombre del cuidador

Celular:

Correo electrónico del cuidador:

I. Detecte:

A. Pregunte:		Si	No
(Conteste como “si” cuando la madre indica que la conducta es “ siempre ” o “ la mayor parte de las veces ” y conteste como “no” cuando es “ a veces ” o “ nunca ”).			
1.	¿Usted o quien cuida al niño o niña está muy preocupada/o porque la niña o el niño no come bien y por eso ocasiona problemas en el momento de comer?		
2.	¿El niño o la niña come tan poco y por eso está muy flaco/a o pequeño/a?		
3.	¿El niño o la niña prefiere jugar o hacer cualquier otra cosa menos comer?		
4.	¿El niño o la niña siempre está tan triste* que no quiere comer? <i>*Esta pregunta debe captar a los niños que por negligencia o maltrato no comen.</i>		
5.	¿El niño o la niña escoge para comer menos de 15 alimentos, por eso usted cree que él o ella es selectivo?		
6.	¿El niño o la niña se asusta (tiene miedo) y por eso llora o rechaza o escupe?		
7.	¿El niño o la niña come mucho ya sea porque come a cada rato (más de 5 veces al día) o porque se repite las porciones? (Incluye seno y teta)		
B. Mida y pese al niño o niña:			
Peso en kilos: _____		Talla en centímetros: _____	
IMC: _____		PC: _____	
C. Ubique en las tablas para la edad y sexo del niño o niña y determine si el estado nutricional es:			
Adecuado si presenta todos los siguientes:		Si	No
P/E:entre -2DS y +2DS	T/E: entre -2DS y +2DS		
IMC/E: entre -2DS y +2DS			
Inadecuado si presenta alguno de los siguientes:		Si	No
Normal pero su curva se ha estacionado en más de 3 controles o ha descendido			
Bajo peso (P/E o/y IMC entre -2DS y -3DS)	Bajo peso severo (P/E o/y IMC < -3DS)		
Baja talla (T/E entre -2DS y -3DS)	Baja talla severa (T/E < -3DS)		
Sobrepeso (IMC entre +2DS y +3DS)	Obesidad (IMC sobre +3DS)		

II. CLASIFIQUE Y DECIDA: (Ponga un visto bueno √ donde corresponda)

Si el niño o la niña cumple con los dos siguientes criterios:			
1.	Todas las preguntas han sido contestadas como “no” o solo una de las preguntas ha sido contestada como “si”.		
2.	La antropometría es adecuada.		
A. La conducta alimentaria del niño o niña es normal		Si	No
DECISIÓN: Felicite al cuidador (madre, padre u otro) y llame al control rutinario. De consejos si una de las preguntas fue contestada como “si”.			
Si el niño o la niña cumple con uno o más de los siguientes criterios:			
1.	Dos o más preguntas son contestadas como “si”.		
2.	La antropometría es “inadecuada”.		
B. ALERTA: El niño o la niña tiene una dificultad alimentaria		Si	No
DECISIÓN:			
<ul style="list-style-type: none"> Comuniqué al cuidador su impresión diagnóstica. Derive con una referencia a un equipo interdisciplinar para el diagnóstico integral de la dificultad alimentaria. Reciba la contra referencia y apoye el tratamiento. 			