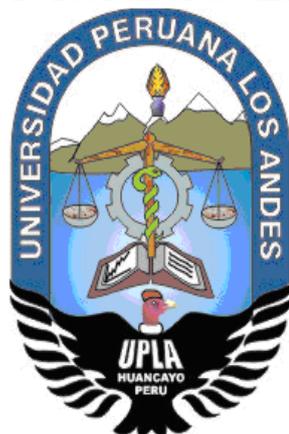


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería



INFORME FINAL DE TESIS

- Título** : PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA – 2017
- Para optar** : El título profesional de Licenciada en Enfermería
- Autores** : Bach. Ignacio Conde, Leonilda
Bach. Merino Cuba, Sonilda
- Asesor** : Mg. Usuriaga Palacios Maribel Nerida
- Área de investigación** : Enfermería en la prevención y promoción de la salud
- Línea de investigación** : Prevención y promoción en la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición; atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).
- Lugar de investigación:** Centro de Salud Chilca - Huancayo

ASESORA

MG. MARIBEL NERIDA USURIAGA PALACIOS

DEDICATORIA

Dedico a las personas que considero como amigos y familiares por su apoyo brindados incondicionalmente mis más sinceros agradecimientos a todos ellos.

Leonilda

DEDICATORIA

En primer lugar agradezco a Dios, mis padres, que me dieron la fortaleza y apoyo incondicional para lograr mis metas.

Sonilda

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a los integrantes de la Universidad Peruana Los Andes, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería por brindarnos la oportunidad que nos permitió lograr el desarrollo profesional en sus aulas.

Así mismo, al Decano de la Facultad, a la coordinadora de la escuela Mg. Tania Vílchez Cuevas y a todos los docentes por la enseñanza brindado y potencializar en nosotros el humanismo científico en el trabajo que desarrollamos con nuestros pacientes, de tal manera a nuestra Asesora Mg. Maribel Usuriaga por su tiempo dedicado en la orientación necesaria para realizar este trabajo de investigación.

Al director del Centro de Salud Chilca, por su apoyo incondicional para la recolección de datos.

Finalmente a nuestros padres, amigos que nos apoyaron incondicionalmente para lograr nuestros objetivos.

ÍNDICE

Pág.

Asesora.....	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice de documentos.....	v
Índice de tablas estadísticas.....	vi
Índice de gráficos	viii
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
CAPÍTULO I	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción del problema.....	1
1.2. Delimitación del problema.....	7
1.3. Formulación del problema.....	8
1.3.1. Problema general.....	8
1.3.2. Problemas específicos	8
1.4. Justificación.....	8
1.4.1. Social	8
1.4.2. Científica.....	9
1.4.3. Metodológica.....	10
1.5. Objetivos.....	11
1.5.1. Objetivo general.....	11
1.5.2. Objetivos específicos.....	11
1.6. Marco teórico.....	11
1.6.1. Antecedentes de estudio.....	11
1.6.2. Marco conceptual.....	21
1.7. Hipótesis.....	55
1.7.1 Hipótesis general.....	55
1.7.2 Hipótesis específicas.....	55

1.8 Operacionalización de variables.....	56
CAPÍTULO II	
2. METODOLOGÍA	60
2.1 Método de investigación.....	60
2.2 Tipo de investigación.....	61
2.3 Nivel de investigación.....	61
2.4 Diseño de investigación.....	62
2.5 Población y muestra.....	62
2.6 Técnicas y/o instrumentos de recolección de datos.....	64
2.7 Procedimiento de la investigación.....	49
2.8 Técnicas y análisis de datos.....	65
2.9 Aspectos éticos de la investigación.....	66
CAPÍTULO III	68
3. RESULTADOS.....	68
CAPÍTULO IV	102
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	102
CAPÍTULO V	110
5. CONCLUSIONES.....	110
CAPÍTULO VI	111
6. RECOMENDACIONES.....	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
7. ANEXOS.....	117

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1 Perfil del desarrollo psicomotor en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	69
TABLA N° 2 Diagnóstico del desarrollo en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	71
TABLA N° 3 Adherencia a la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	72
TABLA N° 4 Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la no adherencia de la LME en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	73
TABLA N° 5 Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según la edad de las madres de menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	75
TABLA N° 6 Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según grado de instrucción de las madres de menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	78
TABLA N° 7 Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según estado civil de las madres de menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	81
TABLA N° 8 Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según procedencia de las madres de menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	84
TABLA N° 9 Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según razón de su cita de las madres de menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	87

TABLA N° 10	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según edad de inicio de la misma en el Centro de Salud Chilca – 2017.	90
TABLA N° 11	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según número de veces al día para lactar en el Centro de Salud Chilca – 2017.	93
TABLA N° 12	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según uso de leche de fórmula en el Centro de Salud Chilca – 2017.	96
TABLA N° 13	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según consumo de agüitas antes de los 6 meses en el Centro de Salud Chilca – 2017.	99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1	Pág.
Perfil del desarrollo psicomotor en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro De Salud Chilca – 2017.	70
GRÁFICO N° 2	
Diagnóstico del desarrollo en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	71
GRÁFICO N° 3	
Adherencia a la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	72
GRÁFICO N° 4	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	74
GRÁFICO N° 5	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según la edad de las madres de menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	77
GRÁFICO N° 6	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según grado de instrucción de las madres de menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.	80
GRÁFICO N° 7	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según estado civil de las madres de menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro De Salud Chilca – 2017.	83
GRÁFICO N° 8	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según procedencia de las madres de menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro De Salud Chilca – 2017.	86

GRÁFICO N° 9	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según razón de su cita de las madres de menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro De Salud Chilca – 2017.	89
GRÁFICO N° 10	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según edad de inicio de la misma en el Centro De Salud Chilca – 2017.	92
GRÁFICO N° 11	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según número de veces al día para lactar en el Centro De Salud Chilca – 2017.	95
GRÁFICO N° 12	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según uso de leche de fórmula en el Centro de Salud Chilca – 2017.	98
GRFICO N° 13	
Perfil del desarrollo psicomotor en relación a la adherencia de la LME según consumo de agüitas antes de los 6 meses en el Centro De Salud Chilca – 2017.	101

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar el perfil del desarrollo psicomotor en relación a la no adherencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017, el tipo de estudio corresponde a una investigación aplicada transversal, descriptiva con diseño correlacional, la población fueron 140 menores de 6 a 12 meses, con una muestra para proporciones de 103. La técnica de recolección de datos fue la encuesta para evaluar la no adherencia a la lactancia materna exclusiva y la observación para evaluar el perfil del desarrollo psicomotor, el instrumento fue un cuestionario y el Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño de 0 a 30 meses. Los resultados más importantes fueron: El perfil del desarrollo psicomotor en niños menores de 6 a 12 meses, es normal en el 76.7%, se presentó retraso en alguna área del desarrollo psicomotor en 19.4% de los menores y un 3.9% de adelanto en alguna área del desarrollo psicomotor. La prevalencia de la No adherencia a la lactancia materna exclusiva en niños menores evaluados es de 30.1% siendo la adherencia de 69.9%. Conclusión general: Existe una relación altamente significativa entre el perfil del desarrollo psicomotor en relación a la no adherencia de la lactancia materna exclusiva, de los 72 menores que han recibido lactancia materna, el 90.3% presenta un desarrollo psicomotor normal y solo un 4.2% de este grupo presenta retraso en alguna área del desarrollo, además se observa que el 100% de los menores que presentaron algún adelanto en el desarrollo, son niños que recibieron lactancia materna exclusiva, contrariamente a esto, se tiene a 31 menores que no tuvieron lactancia materna exclusiva, de ellos el 54.8% presentaron retraso en alguna de las áreas del desarrollo psicomotor. ($p < 0.01$).

PALABRAS CLAVE:

Perfil del desarrollo psicomotor, no adherencia de la lactancia materna exclusiva

ABSTRACT

The aim of the present study was to determine the profile of psychomotor development in relation to the non-adherence of exclusive breastfeeding in children under 6 to 12 months attended in the Chilca Health Center - 2017, the type of study corresponds to an applied research, cross-sectional, descriptive with correlational design, the population was 140 under 6 to 12 months, with a sample for proportions of 103. The data collection technique was the survey to evaluate non-adherence to exclusive breastfeeding and observation for evaluate the profile of psychomotor development, the instrument was a questionnaire and the Peruvian Test for the Evaluation of Child Development from 0 to 30 months. The most important results were: The profile of psychomotor development in children under 6 to 12 months, is normal in 76.7%, there was a delay in some area of psychomotor development in 19.4% of children and 3.9% of progress in some area of psychomotor development. The prevalence of non-adherence to exclusive breastfeeding in young children evaluated is 30.1% with adherence of 69.9%. Overall conclusion: There is a highly significant relationship between the profile of psychomotor development in relation to the non-adherence of exclusive breastfeeding, of the 72 children who have received breastfeeding, 90.3% have a normal psychomotor development and only 4.2% have this group is delayed in some area of development, in addition it is observed that 100% of the children who showed some progress in development, area children who received exclusive breastfeeding, contrary to this, we have 31 children who did not have breastfeeding exclusive, 54.8% of them had a delay in some of the areas of psychomotor development. ($p < 0.01$).

KEYWORDS:

Profile of psychomotor development, non-adherence of exclusive breastfeeding

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A nivel internacional los resultados de cientos de investigaciones y artículos que hablan sobre los beneficios únicos de la lactancia materna. Conocemos que posee múltiples propiedades y ventajas tanto para el niño para que alcancen todo su potencial en relación al crecimiento y desarrollo, protegiéndolo de diversas enfermedades. (1)

Según UNICEF La leche materna es el mejor alimento que puede recibir un niño o niña, ya que está destinada a satisfacer las necesidades de su especie. (2) La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) recomienda que los niños sean amamantados exclusivamente con leche materna durante los primero seis meses de vida, y que se pueda prolongar hasta los dos años de edad, y se complementan con otros alimentos. (2)

Existe un efecto dosis – respuesta entre la leche materna y la salud humana. No solo el inicio, sino también la exclusividad y la duración de la lactancia materna tienen un efecto sobre la salud. Tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, una menor duración de la lactancia materna exclusiva o el abandono prematuro de la lactancia implican un aumento significativo del riesgo de enfermedades infecciosas y crónicas relacionado con la lactancia artificial. (3)

En los países en desarrollo, donde el 35% de las muertes ocurridas en la niñez está relacionado con la desnutrición, o en situaciones de emergencia humanitaria, las consecuencias de la suplementación con leche artificial y especialmente la no adherencia de la lactancia son mucho peores que en los países desarrollados. Se trata de contextos con bajas tasas de vacunación, contaminación del agua de bebida y reducción de la inmunidad debido a la desnutrición. Se estima que las prácticas subóptimas de lactancia, en estos países, el 12% de las muertes en niños menores de 5 años (1,4 millones de muertes al año) y el 10% de la morbilidad. (4)

En estudios llevados a cabo en países industrializados, una menor duración de la lactancia materna completa o lactancia materna exclusiva se ha asociado a un mayor riesgo de infecciones gastrointestinales, hospitalización como resultado de infecciones durante el primer año de vida, dermatitis atópica y síndrome de muerte súbita del lactante. Además, en los niños amamantados durante pocos meses de tiempo se ha descrito un mayor riesgo de infecciones y hospitalización, síndrome de muerte súbita del lactante, cáncer linfático infantil, diabetes tipo I, asma, enterocolitis necrotizante en lactantes

prematuros, obesidad en la adolescencia y en la edad adulta e hipertensión arterial y diabetes tipo 2 en el adulto. (5)

En relación con la salud de las madres, la lactancia materna se ha relacionado con beneficios a corto plazo, como la reducción del riesgo de hemorragia posparto y depresión posparto; y a largo plazo, con la reducción del riesgo de cáncer de ovario, mama y de diabetes tipo 2. Además, la lactancia exclusiva o completa es un método de control efectivo de la natalidad durante los primeros meses posparto, disponible para poblaciones con difícil acceso a otros métodos anticonceptivos. (5)

Según la información proporcionada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, a nivel nacional, la proporción de niños y niñas con lactancia materna exclusiva en el Perú es del 69.8%. Las regiones de Huancavelica (100%), Pasco (87.3%) y Loreto (77.7%) son las que registran los índices más altos, a diferencia de las regiones de Tumbes (29.6%), Ica (40.5%) y Madre de Dios (45.3%) que presentan una menor cantidad. De acuerdo al área de residencia, en el área urbana, la proporción de niños con lactancia materna exclusiva es del 63.2% mientras que en el área rural sube a 84.3% mostrando una diferencia de más de 20 puntos porcentuales. (6)

Los estudios demuestran que los bebés amamantados no necesitan otro alimento ni bebida diferente a la leche materna, hasta los 6 meses de vida, y tendrán menos riesgo de contraer diabetes, neumonía, infecciones de oído y algunos cánceres comparado con niños que son alimentados con sucedáneos de leche materna. Así mismo, los estudios demuestran que las madres que amamantan también tendrán menores riesgos de cáncer de ovarios y de seno,

pero las consecuencias más notorias se dan principalmente a nivel nutricional y a nivel de perfil del desarrollo psicomotor. (7)

En el Perú, el amamantamiento continúa siendo una práctica natural y culturalmente aceptada en el 2014, donde el 98.5% de los niños/as ha lactado alguna vez. Sin embargo, solo el 52.7% de niño/as inicia la lactancia en la primera hora de nacido y una tercera parte (30.5%) recibe otros líquidos o alimentos antes de dar la primera mamada, lo cual pone en riesgo la duración de la lactancia y sus beneficios. Esto ocurre mayoritariamente en niño/as que han nacido en un establecimiento de salud (33.6%) y en aquellos que recibieron asistencia de un profesional de salud en el parto (33.1%). (7)

Como podrá observarse, estas cantidades difieren en forma importante de las recomendaciones establecidas. A pesar de estas discrepancias, está plenamente demostrado que, con la leche materna, los niños, tienen un desarrollo adecuado durante los primeros 4 meses de vida. (7)

Palacios M. en su texto sobre Pediatría Integral indica que, en estudios realizados, se llegó a la conclusión, que los niños alimentados de forma exclusiva al seno materno presentaban patrones de crecimiento diferentes al resto de los niños. (8)

Un mecanismo que puede explicar este hecho es una mejor utilización de calorías y nutrientes de la leche materna, a expensas de una disminución importante de las infecciones clínicas y subclínicas en el niño. (9) Los niños alimentados con lactancia materna de forma exclusiva se enferman 21/2 veces menos que los alimentados con fórmulas. (10)

El desarrollo psicomotor, tanto físico como psíquico y social del niño desde su nacimiento, se sustenta en la maduración de las estructuras cerebrales durante los primeros años de vida. Es un hecho conocido que la mielogénesis se desarrolla en los primeros años de vida (primeros 3 años), y que durante este período se establecen múltiples conexiones neuronales a nivel dendrítico y se seleccionan aquellas que permiten un mejor funcionalismo, destruyéndose las de peor calidad. El sistema nervioso central del niño es por tanto un órgano dotado (sistema) de enorme plasticidad, cuyo desarrollo viene condicionado por la existencia de un programa genético y por todo un conjunto de influencias externas, interacciones con los padres, estímulos sensoriales, ambientales, alimentación, enfermedades, etcétera. (11, 12)

Gómez M. en su estudio denominado: Influencia de la lactancia materna sobre el desarrollo psicomotor y mental del niño, en España, encuentra una correlación lineal positiva y estadísticamente significativa entre el coeficiente intelectual de los progenitores y las puntuaciones obtenidas en el desarrollo mental del niño, tanto a los 18 como a los 24 meses. Se concluye que la lactancia materna tiene un efecto positivo sobre el desarrollo mental del niño a los 18 y 24 meses de edad con periodos de amamantamiento iguales o superiores a cuatro meses.

Palacios y Cruz plantea que existe un gran interés en la promoción de la lactancia materna y que este ha sido motivado por las notables diferencias en la morbilidad por afecciones intestinales, respiratorias, e incluso en el desarrollo neurológico de los niños alimentados a pecho. (8,10)

El cerebro humano se desarrolla casi completamente durante los 2 primeros años de vida y la leche materna contiene nutrientes esenciales, indispensables para el desarrollo del sistema nervioso central, permitiendo que el cerebro humano se desarrolle casi en su máxima extensión en esta primera etapa de la vida. A su vez, el acto de amamantar forma lazos que brindan al niño una sensación de bienestar, seguridad y confianza; constituyendo la primera experiencia social de su vida, de esta manera potencializa una autoestima adecuada y una inteligencia emocional para toda la vida, así como la atención y protección materna, todo ello en consecuencia propicia un ambiente favorable del desarrollo psicomotor del menor. En el Centro de Salud Chilca existe una gran demanda de menores de un año con déficit en el desarrollo psicomotor.

El desarrollo psicomotor es un proceso continuo que va de la concepción a la madurez, con una secuencia similar en todos los niños, pero con un ritmo variable. Mediante este proceso el niño adquiere habilidades en distintas áreas: lenguaje, motora, coordinación y social, que le permiten una progresiva independencia y adaptación al medio, el desarrollo psicomotor depende de la maduración correcta del sistema nervioso central (SNC), de los órganos de los sentidos y de un entorno psicoafectivo adecuado y estable, por lo que las madres suelen preguntarse sobre las causas que conducen a este problema de salud, sin tener en cuenta la alimentación del menor con leche materna exclusiva, en esta zona al igual que en nuestra región se tiene un alto número de madres que suelen iniciar la alimentación complementaria precozmente, lo cual conlleva a múltiples consecuencias tanto a nivel gástrico, así como sobre el estado nutricional y el desarrollo psicomotor. Los menores que no han

recibido una leche materna de manera constante son los más susceptibles de sufrir de alguna alteración a las áreas del desarrollo psicomotor. (11)

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El Centro de Salud Chilca se encuentra ubicado en el distrito de Chilca, al margen izquierdo de río Mantaro, al lado sur de la Provincia de Huancayo, departamento de Junín.

Uno de los problemas que presenta tanto a nivel nacional y regional es el déficit en el desarrollo psicomotor. Este problema se puede intervenir a través de una lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, sin embargo no se cumple este compromiso de las madres de dar leche materna hasta los seis meses. Por qué existe un alto porcentaje de madres que suelen iniciar la alimentación complementaria precoz. Causas que conducen a este problema de salud, conlleva a múltiples consecuencias tanto a nivel gástrico, respiratorio, así como sobre el estado nutricional y el desarrollo psicomotor. Los menores que no han recibido una leche materna de manera constante son los más susceptibles de sufrir de alguna alteración a las áreas del desarrollo psicomotor.

- Delimitación espacial: El estudio se realizó en el Centro de Salud de Chilca de la provincia de Huancayo, región Junín.
- Delimitación temporal: El estudio se desarrolló en el año 2017.

- Delimitación social: Se trabajó con las madres de menores de seis a doce meses que acuden al centro de salud de Chilca.

Por todo lo expuesto se presenta la siguiente formulación del problema:

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el perfil del desarrollo psicomotor en relación a la no adherencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca - 2017?

1.3.2 . PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es el perfil del desarrollo psicomotor en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud de Chilca, 2017?
- ¿Cuál es la prevalencia de la no adherencia a la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud de Chilca, 2017?

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. SOCIAL

A partir de los resultados encontrados, los profesionales de enfermería del establecimiento podrán realizar propuestas dirigidas a mejorar y modificar aquellos factores que intervienen a la no adherencia de lactancia materna, con la finalidad de reducir el déficit del desarrollo psicomotor. Entre las actividades que se deben proponer está

principalmente fortalecer a las madres sobre lactancia materna exclusiva; mediante campañas de salud, monitoreo y sistemas de vigilancia, orientación sobre estimulación temprana, en coordinación y trabajo en equipo del personal de salud a fin de instalar estrategias de prosperidad. Todas estas actividades irán a fortalecer en beneficios de los menores y de sus familias.

1.4.2 . CIENTÍFICA

Durante la infancia se da el desarrollo cerebral más importante en la vida del ser humano, en consecuencia, se debe tener un cuidado absoluto en garantizar que los factores externos, principalmente relacionados con la nutrición, debe proporcionar los nutrientes necesarios para el desarrollo adecuado del menor, por tanto, es fundamental proporcionar una estimulación y nutrición adecuada para el desarrollo del niño durante los primeros años de vida. La lactancia materna constituye el alimento ideal que satisface estas necesidades impostergables del niño y que además fortalece la relación afectiva madre-hijo brindándole seguridad y confianza al niño o niña. Ante las afirmaciones de investigaciones prácticas en el hecho de señalar que la Lactancia Materna Exclusiva no está relacionada al perfil del desarrollo psicomotor, es necesario refutar esta afirmación a fin de dar cabida lógica de la influencia de una buena nutrición y afecto sobre el desarrollo psicomotor del menor, es por ello, que en uso de la ciencia para refutar lo que antes se demostró en una tesis, es que presentamos

este estudio a fin de comprobar la precisión y confiabilidad de los resultados que refutan esta relación, solo de esta manera estaremos frente a una investigación netamente al servicio de la teoría del conocimiento. De esta manera se podrá proporcionar al personal de Enfermería información que demuestre que existe una relación entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor para los tiempos actuales.

Además los resultados que encontremos nos llevarán a describir y explicar la problemática del déficit del desarrollo psicomotor y la no adherencia de la lactancia materna, a partir de dicha información se desarrollaran las teorías existentes ya que serán reafirmadas por la lógica científica esperada, además la información que se consigue es actualizada y nos provee de datos que pueden ser conocidos por otros Investigadores y tomados como referencia para diferentes fines.

1.4.3. METODOLÓGICA

Los aportes en el campo de la metodología científica, son escasos puesto que se limita al uso de los contenidos metodológicos que la metodología, lo más importante que se deja es el instrumento de recolección de datos, el mismo que podrá ser utilizado posteriormente por otros investigadores.

1.5. OBJETIVO

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil del desarrollo psicomotor en relación a la no adherencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca – 2017.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el perfil del desarrollo psicomotor en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud de Chilca, 2017.
- Evaluar la prevalencia de la no adherencia a la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud de Chilca, 2017.

1.6. MARCO TEÒRICO: ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL

1.6.1. ANTECEDENTES

A. Antecedentes internacionales

Rueda, N. en su tesis desarrollada en Ecuador 2016. Titulada “**La lactancia materna en el desarrollo psicomotor del niño de 1 a 6 meses, en el Centro de Salud de Latacunga de la provincia de Cotopaxi**”, planteó como objetivo relacionar la lactancia materna en el desarrollo psicomotor del niño de 1 a 6 meses, en el Centro de Salud. El tipo de investigación fue analítica, descriptiva y transversal, se determina la población y muestra incluyendo los criterios de inclusión y exclusión. La población estuvo conformada por 96 niños y niñas. Se encontró que los

niños/as alimentados con lactancia materna exclusiva en las actividades de motricidad gruesa presentan frecuencias más altas de aprobación: índice medio con una diferencia del 10% de ventaja, y medio alto del 72%, mientras que en la lactancia mixta hay mayores situaciones de alerta, como es del 69%. En motricidad fina la lactancia exclusiva presenta una diferencia del 10% en estado medio y medio alto del 100%. Además, se observó que existe una diferencia en el desarrollo psicomotor: motricidad gruesa los niños con lactancia exclusiva presentaron mejores índices de calificación medio 55% y medio alto 85.7% en comparación con los de lactancia mixta que presentaron índices de calificación medio 45% y alto 14.3%, además el índice de alerta es mayor en la lactancia mixta 69% y de la lactancia exclusiva 31%. Motricidad fina Lactancia exclusiva presenta mejores índices de calificación media 55.2% y media alta 100% en y menor índice de alerta 28% en comparación con Lactancia mixta con mayores indicadores de alarma 72% y baja índice medio 44.8% y medio alto 0%. Por lo cual se concluye que la lactancia exclusiva influye de manera significativa sobre el desarrollo psicomotor dando ventajas para el cumplimiento de las actividades de evolución de los niños. (12)

Chinququirá, M. 2014, en su investigación titulado “Desarrollo psicomotor en niños alimentados con lactancia materna exclusiva o con fórmula artificial” en Venezuela, planteó como objetivo relacionar el desarrollo psicomotor del niño con el tipo de alimentación recibida (lactancia materna o fórmula artificial). Materiales y Métodos: Se realizó una investigación explicativa, prospectiva y longitudinal con diseño

experimental. Se evaluaron 60 lactantes menores de seis meses atendidos en la Consulta de Niño Sano del Hospital de Niños de Maracaibo, durante el periodo de noviembre 2013 a noviembre 2014. La muestra se dividió en dos grupos: Grupo A, lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva y Grupo B, lactantes alimentados con fórmula láctea. Se aplicó el análisis estadístico de tipo descriptivo por medio del cálculo de la distribución numérica y porcentual, así como la media y desviación estándar. Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) en cuanto a las variables perinatales. Se observó un incremento de peso, talla y circunferencia cefálica en los niños alimentados con lactancia materna en relación con los alimentados con fórmula artificial, siendo estas diferencias en los promedios estadísticamente significativas ($p<0,05$). En cuanto al desarrollo psicomotor se observó en los niños alimentados con lactancia materna en forma exclusiva un mejor desarrollo en las áreas de desarrollo motricidad gruesa (96,7%), lenguaje (96,7%), motricidad fina (93,3%) y personal-social (96,7%) con relación a los niños alimentados con fórmula artificial (motricidad gruesa 83,3%; lenguaje 76,6%; motricidad fina 70% y personal-social 73,3%). Se observó que los niños alimentados con lactancia materna exclusiva alcanzaron satisfactoriamente los hitos de desarrollo considerados adecuados por la escala de Denver para su edad. Conclusiones: Los niños alimentados con lactancia materna en forma exclusiva tienen un mejor desarrollo psicomotor que los alimentados con fórmula láctea. (13)

Bustamante, G. y Fernández, M. en el 2014 en su tesis “**Efecto de la lactancia materna en el desarrollo de niños y niñas de 18 meses a 4 años en Ecuador**”, tuvo como objetivo analizar la asociación entre el desarrollo infantil y el tiempo de lactancia materna en niños y niñas de escasos recursos económicos entre 18 y 48 meses de edad. Su muestra fue de 110 niñas y niños que acuden a las escuelas en las comunidades aledañas a Quito. A través de un cuestionario realizado a los padres, se recolectó la información sobre lactancia y variables sociodemográficas. Se evaluó el desenvolvimiento de los niños y niñas en las áreas personal-social, motora fina, lenguaje y motora gruesa a través de la escala de tamizaje Denver II. Teniendo los siguientes resultados: de los 110 participantes del estudio, el 74,5% recibió lactancia materna por un período de seis meses o más. Este grupo presentó menor porcentaje de fallas en el área del lenguaje (20,7%), motora fina (4,9%) y personal/social (6,1%) versus el grupo que lactó por un tiempo menor a seis meses. Se observó un mayor cumplimiento de lactancia materna cuando el participante era de sexo femenino (OR= 0.2, IC 95%: 0,09-0,6). El 28% de los participantes presentaron retraso en el desarrollo en alguna de las áreas evaluadas. La categoría del lenguaje mostró mayor porcentaje de retrasos (23,6%), en relación a las otras áreas. Al analizar la influencia de la lactancia materna sobre el retraso en cada área del Denver, se encontró que los niños que reciben lactancia materna exclusiva por mínimo 6 meses tienen 5.26 veces menos riesgo de presentar fallas en el desarrollo de motor fino (OR= 0.19; IC 95%= 0,05-0,7). En las áreas personal/social y motor grueso también se encontró un efecto

protector de la lactancia pero este no alcanzó significancia estadística ($p=0,08$ y $p=0,95$, respectivamente). El desarrollo del lenguaje no mostro beneficios. Por último, no se demostró que exista una influencia por parte de los factores sociodemográficos estudiados sobre los resultados del Denver. Así como tampoco los factores sociodemográficos sobre el tiempo de lactancia materna estudiado. (14)

....**Magalón, M. y Magalón, V.** en el 2012, en su investigación denominada **“Lactancia materna exclusiva en desarrollo psicomotor del lactante menor en el servicio de consulta externa del HUHMP” en Colombia**, tuvo como objetivo analizar la relación de la lactancia materna exclusiva y el adecuado desarrollo psicomotor del lactante menor. Y las alteraciones específicas que presenta y correlacionarlo con la administración inadecuada del producto anteriormente mencionado. El estudio fue observacional, con una población de 45 pacientes de 12 a 15 meses que hayan recibido lactancia materna exclusiva, y 35 pacientes de entre 12 a 15 meses que no lo recibieron. Se halló que dentro del grupo que no recibe lactancia materna exclusiva, hay mayor incidencia de alteraciones del desarrollo psicomotor, en comparación de aquellos lactantes menores que reciben lactancia materna exclusiva, ya que de un total de 27 niños que presentaron anomalías 18 fueron del grupo que no recibió lactancia exclusiva y 9 a aquellos que si la recibieron, en cuanto al porcentaje el resultado fue de 66.6% y 33.3% respectivamente, lo que muestra una gran relevancia de las ventajas de la lactancia materna exclusiva en niños

lactantes menores y la disminución de alteraciones del desarrollo psicomotor en comparación a niños que no la recibieron En cuanto tiene que ver a la afectación específica del desarrollo, concerniente a la motricidad fina encontramos que hay mayor afectación en niños que no recibieron lactancia materna exclusiva en comparación con los niños que si la recibieron, En relación a la afectación de la motricidad gruesa observamos una pequeña diferencia entre el grupo de niños que recibieron lactancia materna exclusiva de aquellos que no la recibieron, En lo concerniente a la alteración del lenguaje observamos una gran diferencia entre el grupo que recibió lactancia materna exclusiva de aquel que no lo hizo igualmente en el aspecto social. (15)

B. Antecedentes nacionales

Albino, F. en Lima durante el 2015 realizó su trabajo llamado “**Relación que existe entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor del niño de 6 meses que acude al servicio de CRED de un centro de salud**”, tuvo como objetivo determinar la relación entre la adherencia a la Lactancia Materna Exclusiva y el Nivel de Desarrollo Psicomotor. Fue una investigación cuantitativa, nivel aplicativo, método correlacional; la muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico conformado por 30 madres y sus niños de 6 meses que asistieron al control de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud. Para la recolección de datos se seleccionó como técnicas la entrevista y la observación, como instrumentos la encuesta y el protocolo de Escala de

Evaluación del Desarrollo Psicomotor. Se encontró la relación entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor del 100% (30) de niños, 60% (18) no tuvieron adherencia y 40% (12) si lo tuvieron, del 60% (18) que no tuvieron adherencia se identificó un 40% (12) de niños en riesgo de su desarrollo psicomotor y un 20% sin riesgo; aplicándose la significancia estadística se rechaza la hipótesis principal y se acepta la hipótesis nula, en el sentido que las variables no tienen relación y son variables independientes. Conclusiones: No existe relación entre la adherencia a la lactancia exclusiva y el desarrollo psicomotor del niño; sin embargo, más del 50% de los niños cuyas madres no mostraron adherencia, se encontraron en riesgo de su desarrollo psicomotor. (16)

Infante, M., Boada, A., Cabrera, F. en su tesis desarrollada el 2009 denominada **“Influencia de la lactancia materna exclusiva en el desarrollo psicomotor en niños menores de tres años del programa del vaso de leche en el distrito Jesús de Nazareth”**, tuvo como objetivo determinar la influencia de la lactancia materna exclusiva en el desarrollo psicomotor en niños de tres años del Programa Vaso de Leche del distrito Jesús de Nazareth, ciudad de Ayacucho. La muestra estuvo constituida por 106 niños menores de tres años (53 con lactancia materna exclusiva y 53 con lactancia materna mixta), ajustándose al tipo de investigación no experimental, diseño descriptivo y correlacional. Se halló influencia directa de la aplicación de la lactancia materna exclusiva en el desarrollo

psicomotor en niños menores de tres años del Programa de Vaso de Leche del distrito Jesús de Nazareth ($p < 0,05$). Los factores relacionados ($p < 0,05$) al desarrollo psicomotor en niños menores de tres años fueron el número de hijos y el nivel de instrucción de la madre; y los factores no relacionados ($p > 0,05$) fueron; la edad del niño, edad de la madre y la procedencia. (17)

Ayasca, C., Mogollón, A., Ramos, M. en su trabajo desarrollado el 2009 “**Antecedentes de lactancia materna y la evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 2 a 5 años del CEI 072 de la Urbanización Villacampa, Rímac**”, tuvo como objetivo conocer los antecedentes de lactancia que brindaron las madres, características personales y la pertenencia o no al Sector Educación o Salud de la misma. A su vez para conocer el Desarrollo Psicomotriz del niño. El tipo de estudio fue descriptivo y de corte transversal. La población en estudio fue de condición socioeconómica alta, media y baja conformada por 250 madres con sus respectivos niños. Los resultados demostraron que las madres 188 (75 por ciento) brindaron Lactancia Materna Exclusiva por un período de 6 meses y del mismo grupo de madres, el 86 por ciento contaban con una ocupación y de éstas un mismo porcentaje brindaron Lactancia Materna Exclusiva, destacándose que la ocupación de la madre no interfiere en el tipo y tiempo de lactancia. Referente a la evaluación de los niños con el test de Evaluación Psicomotriz (TEPSI), se halló que 176 (70 por ciento) tuvieron una respuesta normal, donde el 78 por ciento de éstos recibieron Lactancia Materna Exclusiva. (18)

C. Antecedentes regionales

Ticsihua J. y Poma E. en su tesis titulada **“Factores maternos y perfil del desarrollo psicomotor en el niño menor de dos años en el Puesto de Salud La Esperanza Chilca – 2016”**, con el objetivo: determinar la relación entre los factores maternos y el perfil del desarrollo psicomotor de los menores de dos años en el Puesto de Salud La Esperanza, Chilca. 2016. Tipo: Descriptivo, transversal, prospectivo. Diseño: Descriptivo correlacional. Población: 152 madres y sus respectivos niños menores de dos años. Muestra: Fue de 121 madres con sus respectivos hijos. Técnica de recolección de datos: Fue la encuesta y la observación. Instrumento: Cuestionario y el Test peruano del desarrollo psicomotor del niño Resultados: 25.6% de madres son menores de 19 años. 24% no llevan a sus menores a sus controles CRED según programación. 89.3% refieren que conocer el peso y talla del niño es importante. 68% reseñan que los niños vienen a este mundo con la inteligencia que Dios les dio. 22% describe que cuando el niño esta lloroso deben llevarlo al curandero. 20.7% responden airadamente cuando sus menores les hablan. 38.8% de las madres refieren que gritan al niño cuando no hace las cosas correctamente. 73.9% de menores presentan un desarrollo psicomotor normal. 18.2% presenta trastorno en el desarrollo, 3.3% tienen adelanto en el desarrollo. 5% presenta riesgo en el trastorno del desarrollo. 28.9% de madres tiene creencias sobre la crianza, 19% no son afectivas con el menor, 17.4% de ellas son poco tolerables. 19% no son organizadas. Las seis dimensiones

evaluadas tienen relación altamente significativa con el desarrollo psicomotor del menor de dos años. ($p \leq 0.01$). (19)

Puente LY. En su tesis: **“factores predisponentes del abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en madres atendidos en la estrategia de Crecimiento de Desarrollo del Hospital Materno Infantil “El Carmen” Huancayo, 2013”** con el objetivo de determinar los factores predisponentes relacionados al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva de las gestantes que acuden al Hospital Docente Materno Infantil El Carmen, 2013. Tipo de estudio: analítico, prospectivo, transversal. Diseño: correlacional causal. Población: 200 madres de menores de 6 a 9 meses, atendidas en estrategia crecimiento y desarrollo del hospital materno infantil “El Carmen”, durante un mes. muestra: calculada mediante la fórmula de proporciones con poblaciones conocidas llegando a 175, los datos serán recolectados mediante la técnica de encuesta válida y confiable. Diseño estadístico: los datos se procesarán en el programa SPSS V-20, presentando tablas de frecuencia y análisis de correlación χ^2 para la contratación de hipótesis. resultados el nivel de conocimientos de las madres es bajo en 37.5%, medio en 60.5% y alto en 2%, las creencias sobre la LME son inadecuadas en 78% destacando la creencia de que “se debe espaciar las mamadas para que puedan llenarse los pechos”, las actitudes son negativas en 68%, 32.5% de las madres dicen que ”dando leche artificial es la única forma de que la familia ayude con el cuidado del hijo”, el abandono de LME es 86.5%, el 42.5% de abandono es al cuarto mes del menor. Existe relación

altamente significativa ($p \leq 0.01$) entre nivel de conocimientos bajo y el abandono de LME, entre las creencias inadecuadas y el abandono de la LME en 98.1%, entre la actitud negativa y el abandono de la LME en 94.1% de las madres evaluadas. (20)

1.6.2. MARCO CONCEPTUAL

A. LA LECHE MATERNA:

Es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. Por todo ello la lactancia materna es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante y el niño pequeño. (21)

B. CALOSTRO:

El calostro es un líquido secretado por las glándulas mamarias; este tipo de leche materna empieza a producirse en las últimas semanas de embarazo y los primeros días después del parto; que es mejor alimento y primordial para el recién nacido, y será el primer alimento que tome el bebé durante sus dos a cinco primeros días de vida, ya que a partir de ese momento es cuando la mama empieza a producir “leche madura”.

El calostro es un fluido de color amarillento, más viscoso y denso que la leche materna. Constituye el alimento ideal para el recién nacido durante los primeros días de vida por los siguientes motivos:

1. El calostro es rico en células inmunológicamente activa: anticuerpos y otras proteínas protectoras. Como alimento constituye la primera inmunización de los bebés recién nacidos, les ayuda a regular su sistema inmune protegiéndoles contra diversas infecciones.
2. Contiene factores de crecimiento, que ayudan a madurar el intestino de los pequeños, para funcionar con eficacia. Esto hace más difícil que los microorganismos y las sustancias alergénicas se desarrollen en el cuerpo de los bebés recién nacidos.
3. Estimula el movimiento intestinal del bebé, de tal modo que el meconio es eliminado rápidamente. Así, el calostro ayuda a liberar las sustancias que producen ictericia, ayudando por lo tanto a reducirla.
4. Tiene factores estimulantes y hormonas, que favorecen mejores niveles de glucemia en los primeros días de vida.
5. Viene en volúmenes pequeños, justo lo que el bebé recién nacido necesita.
6. Es rico en vitamina A, que les ayuda a proteger la visión y los ojos, y a reducir infecciones.

C. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA:

Contiene células provenientes de la sangre materna: linfocitos T y B, macrófagos, mastocitos y células epiteliales en concentración aproximada de 4.000 mm³. Son responsables de las respuestas inmunológicas y antiinfecciosas mediadas por células, de la síntesis de lactoferrina, lisozina, complemento y prostaglandinas. Almacenan y liberan IgA e interferón.

Las células no son destruidas en el tracto gastrointestinal del bebé y conservan toda su capacidad fagocítica. (Ronayne de Ferrer, 1993). La concentración celular es mayor en el calostro y decrece a los 4 o 5 días. En el bebé recién nacido son las células y las inmunoglobulinas maternas las responsables de protegerlo de la sobreestimulación antigénica. (Cunningham, 1991).

La leche humana contiene proteínas, azúcares, grasas, minerales, vitaminas, hormonas y enzimas, se encuentran en la concentración ideal para el óptimo crecimiento del bebé y en la exacta proporción entre los componentes, lo que implica menor sobrecarga renal y cardíaca (situación diferente si se lo alimenta con otras leches).

Existen en la leche materna elementos esenciales que el bebé aún no está capacitado para sintetizar y que no recibiría de otra fuente (taurina, ácidos grasos, hormonas, enzimas).

Composición centesimal de la leche humana madura:

- Nutriente g %
- Proteína total 0.90

- Caseína 0.27
- Proteínas del suero 0.63
- Grasas 7.20
- Hidratos de carbono 3.0 - 4.0
- Cenizas 0.20

1. Proteínas:

Muchas propiedades particulares de la leche humana se deben a sus proteínas. Los aminoácidos que las componen son característicos de la leche humana. La taurina cuya función es conjugar ácidos biliares, interviene en el sistema nervioso central y actúa como modulador del crecimiento y estabilizador de las membranas.

Se clasifican en: proteínas del suero (60%) y caseína (40%). La caseína, forma un coágulo más blando y digerible y su concentración es menor que en la leche bovina. Es considerada una prohormona con acción inmunomoduladora. Libera un componente que participa en la creación del *Lactobacillus Bífidos*, de importancia para la formación de la flora intestinal.

La proteína mayoritaria del suero lácteo es la Alfa lactalbúmina, de alto valor nutritivo, con componentes adecuados a los requerimientos del neonato.

La Lactoferrina, proteína que compite con las bacterias por el hierro que ellas necesitan, determina una acción bacteriostática, especialmente contra la *E. coli*. Se encuentra en menor concentración en madres desnutridas.

Las Inmunoglobulinas son las responsables principales de la inmunidad humoral. Están presentes los 30 componentes identificados hasta el momento, 18 de ellos se hallan asociados a proteínas séricas humanas, el resto está exclusivamente en la leche.

En el calostro, las IgA e IgM tienen concentraciones muy altas que caen a los 4 o 5 días. No ocurre lo mismo con la IgG.

Existe un eslabón enteromamario: el antígeno entra en contacto con el intestino, sensibiliza el sistema linfático local, los linfocitos se vierten a la circulación enteromamaria hasta la glándula mamaria donde comienzan a formar anticuerpos (inmunoglobulinas). Un proceso similar ocurre con los antígenos respiratorios. El neonato inmunológicamente inmaduro al tomar calostro recibe inmunidad contra antígenos ambientales a los que está expuesto. Se han descubierto hasta el momento anticuerpos específicos contra: *Escherichia coli*, *Vibrio Cholerae*, *Salmonella typhimurium*, *Shigella*, *Streptococos grupo B*, *Neumococos*, *Kebsiella Pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae*, *Rotavirus*, *Virus sincicial respiratorio*, *Virus de polio* y *de rubéola*.

La leche humana es el único alimento que provee enzimas para ser digerido, y posee actividad inhibitoria para las mismas. Tal es el caso de la lipasa dependiente de las sales biliares, importante por el alto grado de absorción de grasas que realiza el neonato.

2. Hidratos de carbono:

De los hidratos de carbono la lactosa es predominante. Disacárido cuya única fuente es la leche, es sintetizado en la glándula mamaria. Su función principal es energética. Posee propiedades específicas: poder osmótico (transporte de agua); favorece el crecimiento de la flora acidófila junto al factor bífido.

3. Grasas:

Constituyen el 50% de las calorías totales que recibe el bebé. Se le atribuyen funciones inmunológicas e intervienen en la formación de la mielina. El perfil de ácidos grasos es constante para cada especie. Su composición varía con la dieta. Existen ácidos grasos saturados (45%) e insaturados (55%). Los poliinsaturados son importantes para la estabilidad de las membranas y la síntesis de prostaglandinas. (Lawrence, 1994). Recientemente se han adicionado a fórmulas lácteas para recién nacidos y prematuros.

4. Vitaminas:

Un neonato a término, hijo de madre bien nutrida tiene reservas de vitaminas. La concentración de vitaminas liposolubles en la leche depende de la dieta materna, no así las hidrosolubles.

5. Minerales:

La relación de calcio y hierro, es la adecuada para el neonato humano. El aporte de sodio, cloro y potasio es menor que en otras

leches. El calcio, magnesio, cobre, hierro y zinc son de alta biodisponibilidad.

Propiedades antialérgicas

La proteína de la leche humana es específica de modo que no es alérgica. En cambio dentro de los 18 días de tomar leche de vaca el niño comienza a desarrollar anticuerpos y puede producir un cuadro clínico que puede ser severo.

Protección contra enfermedad crónica

Estudios epidemiológicos brindan información que sugiere que el amamantamiento por 4 o más meses provee protección inmunológica contra enfermedades que comienzan en la infancia: como la enfermedad de Crohn (Davis, 1988), diabetes juvenil insulino dependiente, ciertos tipos de leucemia y linfomas.

La superioridad de la leche materna viene determinada especialmente por su composición, que se adapta a las necesidades del lactante y varía a lo largo de la lactancia, a lo largo del día, e incluso a lo largo de cada toma. (22)

El calostro es la primera leche, es más amarillenta contiene gran cantidad de proteínas e inmunoglobulinas (sustancias antiinfecciosas) y aporta gran cantidad de calorías en pequeño volumen. Es el alimento ideal para los primeros días, ya que el tamaño del estómago del bebé es pequeño y necesita realizar tomas frecuentes de poca cantidad. (22)

La composición de la leche también cambia durante la toma. En la primera parte de la toma, la leche contiene más agua y azúcar, así

satisface la sed del bebé. Después, aumenta gradualmente, su contenido en grasa, aportando más calorías que sacian a la criatura. Por esto es importante y recomendado que el bebé termine de mamar de un pecho antes de ofrecerle el otro (cuando suelte el primero de forma espontánea), y si tiene hambre lo aceptará. Para evitar ingurgitación o retenciones, es aconsejable comenzar cada toma por el pecho del que no mamó o del que mamó menos en la toma anterior. Parte de los efectos beneficiosos que la lactancia materna ejerce sobre el desarrollo psicomotor del bebé no están relacionados directamente con la composición de la leche sino con el acto de amamantar que conlleva una proximidad y contacto estrecho y frecuente madre-hijo: el intercambio de miradas, el bebé se siente abrazado, la succión directa del pecho materno que provoca en la madre la síntesis de hormonas como la oxitocina y la prolactina, todo lo cual establece un vínculo especial que se traduce en niños más equilibrados psicológicamente y con menos problemas de conducta, hiperactividad, depresión y ansiedad, incluso en la adolescencia. (22)

Por todas estas razones y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo lo deseen. (22)

D. EL INICIO DE LA LACTANCIA

El mejor comienzo:

Si la madre y el bebé están sanos, independientemente del tipo de parto que hayan tenido, es importante que el recién nacido sea colocado encima de su madre, en estrecho contacto piel con piel y permitirles a ambos mantener dicho contacto, sin interrupciones ni interferencias, al menos hasta que el bebé haya hecho la primera toma de pecho, e idealmente durante todo el tiempo que madre e hijo deseen. (23)

El recién nacido tienen unas capacidades innatas que, si le dejamos, pone en marcha al nacimiento. Puesto boca abajo sobre el abdomen de su madre, gracias a sus sentidos (sobre todo el tacto y el olfato) y a sus reflejos, es capaz de llegar por sí sólo al pecho materno. Irá reptando hasta él, lo olerá, lo tocará con las manos y posteriormente con la boca y finalmente, será capaz de agarrarse al pecho espontáneamente, con la boca totalmente abierta, abarcando el pezón y gran parte de la areola. (23)

El contacto piel con piel no sólo es importante para una buena instauración de la lactancia sino que ayuda al recién nacido a adaptarse mejor a la vida extrauterina y a establecer un vínculo afectivo con su madre. Por todo ello, el contacto precoz se debe fomentar en todos los recién nacidos independientemente del tipo de alimentación que vayan a recibir posteriormente. (23)

La capacidad del recién nacido para agarrarse de forma espontánea y correcta al pecho de su madre se mantiene hasta los 3-4 meses de vida, lo

que tiene mucha importancia para el manejo de los problemas de lactancia. Es recomendable utilizar este método, denominado “afianzamiento espontáneo”, cuando la madre lo desee, pero sobre todo cuando haya dificultades con el agarre. (23)

E. TÉCNICA DE LA LACTANCIA

La mayoría de los problemas de lactancia se deben a problemas en la técnica de lactancia, bien por una posición inadecuada, un agarre no correcto o una combinación de ambos. (23)

Un buen agarre

Una buena técnica de lactancia evita la aparición de complicaciones como grietas y dolor, vacía correctamente el pecho y permite una producción de leche adecuada para cada bebé. (23)

Para un buen agarre es importante que todo el cuerpo del bebé esté enfrentado a la madre, y que al abrir la boca introduzca gran parte de la areola, especialmente por la parte inferior (donde tiene la barbilla) para que al mover activamente la lengua no lesione el pezón. Los signos que nos indicarán un buen agarre son: que el mentón del bebé toca el pecho, que la boca está bien abierta, el labio inferior está hacia fuera (evertido) y las mejillas estén redondas o aplanadas (no hundidas) cuando succiona. Además se tiene que ver más areola por encima de la boca que por debajo. Si el bebé está bien agarrado, la lactancia no duele. El dolor es un signo que, en la mayoría de los casos, indica un agarre o una postura incorrecta. (23)

Técnicas de lactancia materna

El éxito de la lactancia materna depende bastante de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. Existen muchas posiciones para el amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando. (23)

La lactancia materna es la forma natural de alimentar al bebé, las madres debemos confiar en nuestra capacidad de amamantar y aunque sea un hecho fisiológico y sencillo si hay aspectos que enseñar y reforzar, como es la posición. (23)

Una postura incorrecta está relacionada con la hipogalactia (insuficiente producción de leche) e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica. (23)

F. POSICIONES:

- **Posición tradicional o de cuna:**

La espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. El niño está recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del tórax: La cabeza del niño en el antebrazo de la madre. (23)

- **Posición de cuna cruzada:**

Útil para dar ambos pechos sin cambiar al niño de posición en casos en los que el bebé tenga predilección por uno de los dos pechos. Una variante de la anterior en la que la madre con la mano del mismo lado que amamanta, la coloca en posición de “U” y sujeta el pecho, la otra es para sujetar al bebé por la espalda y la nuca. Es necesario disponer de una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho. (23)

- **Posición de canasto, o de rugby:**

Útil en caso de cesáreas, grietas y amamantamiento simultáneo de dos bebés. Colocamos al niño bajo el brazo del lado que va a amamantar, con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del bebé con la mano del lado que amamanta, sujetándolo por la nuca. (23)

- **Posición de Crianza biológica:**

La denominada posición en crianza biológica está basada en el estudio de reflejos maternos y neonatales. La madre se colocará recostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el bebé boca abajo, en estrecho contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé liberarse de su peso y desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. Además le asegura el contacto de su cara con el pecho. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición pone en marcha una serie de reflejos en

ambos que facilitarán un buen agarre, la eficiencia de la toma y una mejor producción de leche. (23)

Se puede realizar en cualquier momento, pero es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho). (23)

- **Posición sentada:**

La posición sentada suele ser más cómoda con la elevación de los pies en una banqueta, también un poco recostada, en posición de crianza biológica, en caso de episiotomía, ya que al dejar esa zona fuera de la silla se alivian mucho las molestias. (24)

Se debe colocar al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. De esta manera la madre puede sujetarlo con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo. Con la otra mano puede dirigir el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre acercarlo con suavidad al pecho para que pueda agarrar un buen pedazo de areola. Es la posición más utilizada pasados los primeros días, cuando la madre tiene más movilidad y seguridad con el bebé. No es necesario intentar sujetar las nalgas del bebé con la mano del brazo en el que está apoyado, ya que habitualmente esto fuerza a que la cabeza del bebé se sitúe muy cerca del codo, lo que puede provocar que el cuello se flexione o no pueda estirarlo hacia atrás resultándoles más difícil agarrarse bien y tragar con comodidad. (24)

- **Posición acostada:**

En esta posición, la madre se sitúa acostada de lado, con la cabeza ligeramente elevada (sobre una almohada) con el bebé también de lado, acostado sobre la cama, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. La madre puede acercarlo al pecho empujándole por la espalda, con suavidad, cuando abra la boca, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para la toma nocturna y los primeros días, aunque suele ser más incómoda y menos eficaz que la posición de crianza biológica. (24)

- **Posición de caballito:**

Estando la madre sentada, el bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre y con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura puede ayudar en casos de grietas y en bebés con reflujo gastroesofágico importante, prematuros, con labio leporino o fisura palatina, mandíbula pequeña o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo a la vez que se sujeta la barbilla del bebé. (24)

Lactancia a demanda

Lactancia a demanda significa ofrecer el pecho siempre que el bebé lo pida, (sin contar el número de tomas) y todo el tiempo que pida (sin fijarnos en la duración de cada toma). No es conveniente retirar al bebé del pecho, sino que es preferible que suelte el pecho espontáneamente

Los bebés quieren mamar cuando hacen movimientos de chupeteo, bostezan, se llevan la mano a la boca o hace sonidos de llamada. No es necesario esperar a que lloren. (24)

Los bebés necesitan agarrarse al pecho no sólo para comer sino también para tranquilizarse. Por otro lado, cada vez que succiona del pecho, las hormonas de la lactancia se ponen en funcionamiento, incluso aunque el niño no esté sacando leche. Para evitar interferencias no se recomiendan el empleo de chupetes ni tetinas, hasta que la lactancia esté bien instaurada (al menos las primeras 4-6 semanas). Además, las tetinas pueden favorecer un mal agarre y la aparición de grietas. Tampoco se recomienda el uso de pezoneras de manera sistemática. Sólo en casos especiales, y prescritas por un profesional experto en lactancia, pueden resultar útiles. Para el bebé puede ser más fácil encontrar el pezón recubierto por la pezonera, pero le será más difícil extraer la leche, sobre todo la del final de la toma, que contiene más grasa. (24)

Hasta cuándo amamantar:

Se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con una alimentación complementaria adecuada, hasta los dos años de vida o más. Está bien demostrado que el lactante no necesita nada más que leche materna hasta los seis meses de edad ya que ésta le aporta todos los nutrientes necesarios y por otro lado, la introducción más temprana de otros alimentos puede causarle problemas. A partir de los 6 meses, y hasta el año de edad, después de la toma al pecho se le pueden ofrecer paulatinamente otros alimentos. De esta forma el bebé los

aceptará mejor y aseguraremos que recibe todas las calorías y nutrientes que necesita. (24)

Madre e hijo/a deben decidir hasta cuando mantener la lactancia. Dar el pecho más allá de los dos años de edad del lactante, aunque poco frecuente, sigue siendo beneficioso para ambos. Cuando llegue el momento del destete, se realizará de forma progresiva y lenta, para evitar problemas tanto al bebé como a su madre. (24)

G. TEORIAS DEL NEURODESARROLLO

La secuencia del Neurodesarrollo en el hombre, desde que el óvulo es penetrado por el espermatozoide hasta que el individuo llega a la etapa adulta, adquiriendo y desechando un sin número de capacidades y funciones, corresponde al proceso más complejo y, a la vez, perfecto de la naturaleza toda. Tan perfecto, que algunos científicos aseguran que es el resultado de una programación divina y ello confirmaría la existencia de Dios. (25)

Para los científicos agnósticos y algunos ateos, gran parte de la explicación provenía de la teoría de Darwin, de la “evolución de las especies”, en el siglo XIX, quien falleció sin haber encontrado el “eslabón perdido”, que otorgara solidez definitiva e irrefutable a su teoría, sin embargo, nos permitió comprender que la Ontogenia es una recapitulación de la Filogenia. Hoy, en el siglo XXI, con los notables avances tecnológicos y científicos en diversas áreas, especialmente en embriología, genética, neurofisiología y otras, como el enorme aporte de

la computación, que nos ha permitido comprender un poco más esta maravilla evolutiva, podemos afirmar que el neurodesarrollo es más aún que una recapitulación de la Filogenia: es una recapitulación del Cosmos, desde el “Bing-Bang” hasta nuestros días, desde los primeros átomos, moléculas y ADN, hasta el complejo ser humano, su inteligencia y sus infinitas potencialidades. (25)

La temática del neurodesarrollo, que se expresa en lo que conocemos como “Desarrollo Psicomotor”, no preocupó a los médicos antes del siglo XVI, cuando recién se comienza a acuñar el concepto de “Infancia” y sólo en el siglo XVIII se comprende al niño como un ente diferente al adulto. En el año 1774, Johann Heinrich Pestalozzi comienza las primeras descripciones del desarrollo del niño y su secuencia.

En el siglo XX se desarrolla la Pediatría, en todas sus áreas y sólo, a partir del año 1990 comienza a estudiarse el desarrollo infantil, desde la perspectiva de la neurociencia y se comprende que el desarrollo psicomotor es una consecuencia de la interacción entre la genética y el medio ambiente, expresados en el desarrollo cerebral, con la participación de más de 30.000 genes para construir esta obra. Tras las primeras secuencias embriológicas que llevan a la “Gastrulación”, cuando nace el Sistema Nervioso Central, pasando por el proceso Notocordial y luego la Inducción Dorsal y Ventral, en las primeras semanas tras la fecundación, se avanza hacia la etapa de “Proliferación”, entre el 2º y 4º mes de gestación, cuando aumenta el número de neuronas y células de la glía, para continuar con el proceso de “Migración”,

cuando las neuronas viajan desde las zonas centrales hasta la periferia, para formar la corteza cerebral, entre el 3° y 5° mes, para luego comenzar el complejo proceso de “Organización”, que comienza en el 6° mes, pero continúa varios meses después del nacimiento, con la arborización de las dendritas, que establecen cada día millones de circuitos, algunos que persisten y otros que desaparecen, para dar paso a otros más complejos (apoptosis: muerte celular programada).

Finalmente el último y más prolongado proceso: la “Mielinización”, que comienza alrededor del nacimiento y se extiende por varios años, permitiendo el aislamiento de circuitos y mejorando la velocidad de conducción nerviosa. Este conocimiento, netamente descriptivo, se enfrenta hoy a la programación genética molecular, que corresponde a la embrión-genética moderna, donde se describen programas genéticos predefinidos que dirigen y coordinan la diferenciación celular y tisular y permite entender, con mayor precisión, las secuencias temporales y espaciales de los cambios estructurales y funcionales que va experimentando el cerebro.

Este es el “eslabón perdido” de Darwin, que la ciencia, hoy está próxima a dirimir. La interacción de múltiples y variados genes, algunos organizadores, otros reguladores o inhibidores, programan sincrónicamente el neurodesarrollo y cualquier alteración o problema de alguno de ellos, ya sea de manera directa o indirecta, se traduce en una patología del Sistema Nervioso Central, con severas repercusiones en el desarrollo psicomotor.

Todas las características definidas a nivel de nuestro genoma, son sometidas a interacción con el medio ambiente, el cual puede introducir modificaciones positivas o negativas para el neurodesarrollo). Esta programación, pulida y perfeccionada, tras millones de años de evolución, que comenzamos a comprender, nos abre las puertas a la “Neuroprevención”, “Neuroprotección” y “Neurotratamiento”.

Ahora comprendemos cómo el ácido fólico, el ácido retinoico, el alcohol, la cocaína, los pesticidas, algunos fármacos, las radiaciones, etc., pueden interferir con el normal desarrollo de nuestro cerebro y ello nos permite dar los primeros pasos en lo que es la “Neuroprevención”. La adición de Ac. Fólico en la harina de trigo, es un hito mundial de neuroprevención en nuestro país y de ello se ha desprendido la evidencia de una importante disminución de los defectos del tubo neural en los recién nacidos chilenos. El cerebro de un recién nacido pesa alrededor de 350 gramos, a los 2 años 1.050 y en el adulto 1.400 gramos.

El encéfalo produce sinapsis los primeros tres años, aquellas que mantienen estímulos prevalecen y las subestimuladas desaparecen. Aquí está la clave del rol que ejerce el medio ambiente, que ejerce influencias en la arquitectura cerebral y sus funciones. Como el cerebro humano es el único cerebro de mamíferos que no ha completado su desarrollo al nacer es obvio que la continuación de su proceso depende de dos grandes factores: 1° la leche materna, específica para la especie humana, que aporta valiosos nutrientes, que ninguna otra leche mamífera puede brindar, para concluir el neurodesarrollo y en 2° lugar el apego, que es la

mayor influencia del medio ambiente en el adecuado desarrollo psicomotor. (25)

Abundan las investigaciones, filtradas por la medicina de las evidencias, que demuestran que los niños alimentados al menos los primeros 6 meses de vida con leche materna, enferman menos y son más inteligentes y al tener mejor Apego, son más seguros, estables, con menos maltrato, con familia más funcional y con un sistema inmunológico más potente. Se ha descrito, por ejemplo, que el maltrato infantil es capaz de disminuir el volumen cerebral y el número de sinapsis, como una influencia negativa del medio ambiente, al igual que el alcohol y muchas drogas.

El desarrollo psicomotor es individual y con transiciones. Es un proceso de cambio sistemático, gradual, adaptativo, donde es necesario perder algunas funciones para poder adquirir otras. (Por ej. no es posible lograr la aprehensión voluntaria a los 3 meses, si no ha desaparecido el reflejo de aprehensión involuntario. Tampoco es posible saltar etapas, según la comprobada teoría de J. Piaget “es imposible caminar si no se aprendió a pararse, y menos correr, si no se sabe caminar”, lo que es aplicable a la mayoría de las áreas del neurodesarrollo.

Otra gran verdad: “Las experiencias tempranas marcan las conexiones cerebrales y, por ende, el futuro del ser humano“. “El futuro del hombre está en el cerebro de los niños. Si cuidamos el cerebro de los recién nacidos y niños, estaremos cuidando a la humanidad”. En el neurodesarrollo existen elementos de extrema importancia, que se dividen en:

- “Período Crítico”, que es una ventana en el tiempo que permite el desarrollo de una determinada habilidad. Por ejemplo: La visión y audición se desarrollan primordialmente desde el nacimiento hasta los 5 meses de edad. Posteriormente, una catarata congénita o una sordera anatómica no operadas, dejan secuelas irreversibles. El lenguaje, entre el 1º y 8º año de vida. Luego no se rehabilita de manera efectiva. Así sucede con otras habilidades.
- “Período Sensible”, otra ventana más amplia, que permite cierto aprendizaje y que corresponde a los períodos en que es posible incorporar nuevas habilidades. Depende, en parte, de la capacidad de crear nuevas sinapsis y en cerebros exigidos, puede extenderse por mucho tiempo. Pero, indudablemente el elemento más apasionante es el de la “Neuroplasticidad”, que corresponde a la capacidad del cerebro de responder y reorganizarse frente a noxas que lo afecten seriamente y esta condición es propia de la primera década de vida. Por ejemplo: Cuando un adulto padece de un accidente vascular en su arteria cerebral media izquierda, esto determina, necesariamente una afasia y una hemiparesia o hemiplejía derecha, con un pobre porcentaje de recuperación. Si lo mismo ocurre en un niño de tres años, sucede lo mismo, pero al cabo de tres meses el niño recupera completamente el lenguaje y a la vez, su hemiplejía se atenúa o desaparece. Esto se explica, porque en el cerebro joven existe plasticidad, es decir, la capacidad de reasumir las mismas funciones con otras áreas cerebrales, a través de nuevas interconexiones. Esta

Neuroplasticidad puede ser Reactiva, como manera de ajustarse frente a agresiones, Adaptativa, como una capacidad de readaptar los circuitos neuronales, Reestructuradora, recuperando funciones pérdidas o Evolutiva, interactuando con el medio ambiente. Resulta claro, que muchos factores pueden interferir el neurodesarrollo, tanto desde el punto de vista intrínseco, como genéticos, estructurales y metabólicos, como extrínseco, agregando en esta lista el stress, los traumas, toxinas, accidentes vasculares, tumores, etc. Si sólo analizamos el stress, en los tres primeros años de vida, podemos observar que éste es capaz de aumentar la producción de glucocorticoides, a través del eje hipotálamo hipofisario, lo que, se ha demostrado, es capaz de generar cambios permanentes en el cerebro en desarrollo. Pero finalmente y quizás lo más importante es que cualquier tipo de stress, en los primeros meses de vida, interfiere al Apego y la Lactancia Materna, lo que demuestra se traduce en disminución de las conexiones neuronianas, con aumento de la apoptosis (autodestrucción de neuronas, antes del tiempo ideal) y que en la práctica significa menos inteligencia global y emocional, mayor riesgo de maltrato infantil, mayor vulnerabilidad frente a infecciones y menores índices de salud en general. Lo que permitió que los mamíferos sobrevivieran a los dinosaurios y otras especies y que, posteriormente el hombre, pese a los períodos glaciales y otros desastres de la naturaleza, también sobreviviera y continuara evolucionando en su genoma e inteligencia, no es sino merced a la

lactancia natural y el apego, que brindaron los nutrientes específicos y los estímulos ambientales necesarios para un adecuado y progresivo neurodesarrollo. Triste es, en el siglo XXI, constatar que pese a nuestra civilización y desarrollo científico logrado, el ser humano sea el único mamífero del planeta, que por razones sociológicas y políticas inadecuadas, no puede completar su neurodesarrollo como es debido, por no estar protegida con una adecuada lactancia materna y apego. En nuestra legalidad está penalizado el aborto, pero curiosamente está permitido y legalizado el abortar la lactancia natural y el apego, interrumpiendo el normal desarrollo psicomotor, a través de una licencia postnatal insuficiente para los requerimientos biológicos del ser humano, en desacuerdo con las evidencias científicas claramente conocidas. (25)

❖ **DEFINICIÓN DE DESARROLLO PSICOMOTOR**

Según la Norma Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años emitida el 10 de Julio del 2017 con Resolución Ministerial Nro. 537 Ministerio de Salud indica que desarrollo psicomotor es el proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social.

❖ **TRANSTORNO DEL DESARROLLO**

Es la desviación significativa del curso del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de la relación con el entorno que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse en forma espontánea. Siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno. Operativamente se aprecia al determinar la evaluación del desarrollo como resultado de la evaluación a través del instrumento definido en la presente norma. (26)

❖ **RIESGO PARA TRANSTORNO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR**

Es la probabilidad que tiene una niña o un niño por sus antecedentes pre, peri o postnatales, condiciones del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo) de presentar en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento, pudiendo ser estos, transitorios o definitivos. (26)

❖ **TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO (TPED)**

Se evalúa a niño o niña de 0 a 30 meses, para obtener el diagnóstico de este tamizaje se encierra en un circuito la edad

cronológica trazando una línea en todas las áreas evaluadas. Luego se unirán las marcas de todos y cada uno de los hitos logrados. (27)

Diagnostico que se obtiene puede ser:

- **Desarrollo normal:** si el perfil del desarrollo psicomotor no muestra desviación.
- **Adelanto del desarrollo psicomotor:** si la línea esta desviado a la derecha de la edad cronológica actual.
- **Trastorno del desarrollo:** cuando la línea esta desviada a la izquierda de la edad cronológica actual.
- **Riesgo para trastorno del desarrollo:** si no hay desviación, de la línea a la izquierda pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo. (28)

❖ EL TEST DETERMINA EL PERFIL EN 12 LÍNEAS DEL DESARROLLO, CORRESPONDIENTE A DIFERENTES COMPORTAMIENTOS:

a) Comportamiento motor postural, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:

- Control de cabeza y tronco - sentado.
- Control de cabeza y tronco - rotaciones.
- Control de cabeza y tronco - marcha.

b) Comportamiento viso motor, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:

- Uso de brazo y mano.

- Visión.
- c) Comportamiento del lenguaje, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Audición.
 - Lenguaje comprensivo.
 - Lenguaje expresivo.
- d) Comportamiento personal social, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
 - Alimentación vestido e higiene.
 - Juego.
 - Comportamiento social.
- e) Inteligencia y Aprendizaje.

❖ EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO A LA EDAD

1 mes

- Movimientos asimétricos de brazos y piernas
- Levanta la cabeza por momentos.
- Puesto de pie extiende las piernas.
- Aprieta cualquier objeto colocado en su mano.
- Frunce el ceño y rechazo con parpadeo la luz intensa.
- Detiene sus movimientos al oír un sonido.
- Sonríe con la voz de su madre.
- Lloro por una causa hambre, frío, sueño.
- Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado.

- Chupa.
- Demuestra estar atento.

2 meses

- Parado no sostiene peso de su cuerpo.
- Sigue con la mirada objetos sin sonido en ángulo de 90°.
- Emite sonido “a”, “gu” cuando se le habla.
- Sonríe ante cualquier rostro.
- Al contacto con un objeto abre y cierra la mano.

3 meses

- La cabeza acompaña al movimiento del tronco no cae.
- Apoyo inestable sobre el antebrazo.
- Manos abiertas abre brazos ante objetos.
- Sigue con la mirada objetos cercanos sin sonido en un ángulo lo de 180°.
- Voltea al oír el sonido de la campana.
- Responde diferente a la voz molesta y alegre.
- Juega con sus manos. Alegras cuando le van a dar el pecho.

4 meses

- Toma su objeto con ambas manos.
- Lleva los juguetes a la boca.

5 meses

- Dorso recto con apoyo hacia adelante con descarga de peso.

- Comienza a pararse.
- Reconoce su nombre.
- Se repite a sí mismo en respuesta a los de más.
- Se lleva a la boca algo que le ponen en la mano.
- Juega con sus manos y pies.

6 meses

- Gira fácilmente
- Coge un objeto en cada mano.
- Localiza diferencia y reacciona ante sonidos con movimientos completos de la cabeza.
- Comprende “chau, upa, ven (levantarlo).
- Toca su imagen en el espejo.
- Bebe del vaso con ayuda.
- Coge y golpea los objetos y repite seriamente el golpe.
- Mira cuando cae un objeto.

7 meses

- Sentado sin apoyo.
- Dice papá mamá a cualquier persona.

8 meses

- Pinza índice pulgar-torpe.
- Llama o grita para establecer contacto con otros.
- Lanza objetos a cierta distancia y disfruta con el sonido

9 meses

- Responde diferente a la voz molesta y a la voz alegre.
- Encuentra objetos ocultos.

10 meses

- Camina apoyándose en las cosas.
- Dice papá y mamá.
- Encuentra objetos ocultos el juguete en la caja.

11 meses

- Pinza fina.
- Responde a una orden simple e identifica objetos.
- Imita gestos.
- Come con las manos del plato.
- Juega con la mano empuja la pelota con el pie.
- Explora su juguete.

12 meses

- Camina solo con pobre equilibrio, piernas separadas.
- Dice dos palabras sueltas, además de papá y mamá.
- Ofrece un juguete.
- Forcejea hasta quitarse los zapatos.
- Hace garabatos.

15 meses

- Mete un frejol en el frasco.
- Come en la mesa con los de más.
- Arrastra juguetes.

- Identifica figuras de objetos comunes.

18 meses

- Sentado en el suelo se para solo.
- Corre
- Hace torre de 3 cubos.
- Distingue entre tú y yo.
- Dice palabras frases mamá teta.
- Imita tareas simples de la casa.
- Avisa sus necesidades.
- Defiende su juguete.
- Utiliza un objeto para alcanzar otro.

21 meses

- Comprende dos frases sencillas, consecutivas: “recoge el cubo y dámelo”.
- Imita quitarse las prendas inferiores.
- Juega con otros Hace torre de 5 cubos.
- niños.

24 eses

- Hace torre de 7 cubos.
- Comprende tres frases: siéntate, quítate los zapatos y dámelo.
- Dice oraciones simples “mamá vamos a la calle”, “mamá quiero pan”.
- Desenrosca un tapón para mirar dentro.

30 meses

- Puente de tres cubos.
- Pasa una página, elige figura del libro y la nómina.
- Intente enroscar.
- Se pone alguna ropa.
- Juego social sabe esperar su turno.
- Coloca los aros en orden de tamaño.

❖ MATERIALES PARA LA EVALUACIÓN

- **Pelota:** de 10cm diámetro, color entero, de plástico uno.
- **Cubos:** de madera de 2.5 cm., de lado, liso y de color rojo siete.
- **Pañal o pedazo de tela:** De color blanco, tipo de tela: indistinto, sin dibujos, 20cm x 30cm aproximadamente uno.
- **Frijoles o maíz:** (alternativa: pelotillas de papel tamaño del frijol) cuatro.
- **Caja:** De cartón, pequeña, con tapa, fácil de levantar por el niño, grosor de cartón: consistente, para evitar deformación uno.
- **Frasco con tapa de rosca:** forma del frasco: cilíndrico, transparente o claro liso, de 5cm de diámetro aproximadamente, de acrílico o vidrio uno.
- **Juego de vástago y aros para encajar:** (6 aros de plástico), multicolor, peso: el del mercado, de diferente diámetro cada aro, el palo donde van a encajar los aros no tiene una medida específica, no debe tener bolilla de tope uno.

- **Libro de figuras:** (diseño propio, que el niño pueda pasar las hojas) contenido 10 a 12 páginas:
- **Figuras:** animales, prendas de vestir, juguetes, vajilla y utensilios de cocina, pelota, niño, niña, perro,
- **Linterna:** pequeña tipo lapicero uno.
- **Espejo** de 40 x 40 cm con marco uno.
- **Hoja de papel:** tamaño A4, periódico o bond uno.
- **Plumones:** de diferentes colores, punta fina dos.
- **Campanilla de bronce:** de 3 cm altura y 4.5 cm de diámetro uno.
- **Juguete con ruedas o carreta:** de 20 x 20 cm aproximadamente, sencilla con pita para jalar, peso: que permita estabilidad, color: indistinto uno.
- **Carrito pequeño u otro juguete:** de plástico, cualquier color liviano, ancho 2.5cm aproximadamente uno.
- **Sonaja simple:** uno. (28)

❖ **TRASCENDENCIA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR**

El desarrollo psicomotor de los niños juega un papel muy relevante en el posterior progreso de las habilidades básicas de aprendizaje, desde la capacidad para mantener la atención, la coordinación viso motora (habilidad para poder plasmar sobre el papel aquello que pensamos o percibimos) o la orientación espacial. Siendo todos estos aspectos claves de cara al posterior desarrollo de la lectura y la escritura. (29)

En el desarrollo psicomotor conviene prestar atención a dos pasos fundamentales que facilitaran el posterior desarrollo del aprendizaje de los niños, estos son el arrastre y el gateo. (29)

Los resultados de una vasta gama de investigaciones en los campos de la antropología, la psicología del desarrollo, la medicina, la sociología y la educación ponen al descubierto la importancia fundamental que reviste el desarrollo del niño con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. (30)

H. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Adherencia a la lactancia materna exclusiva:** Es el cumplimiento de la alimentación del menor con solo leche materna a través del amamantamiento hasta cumplir los 6 meses de vida.

Según Haynes: define adherencia como la magnitud en la cual la conducta de una persona coincide con las recomendaciones hechas por el equipo de salud.

Di Mateo y Di Nicola: quienes conceptualizan la adherencia como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

- **Lactancia materna:** Amamantar o criar, dar leche a un niño de la mama. La lactancia materna estimula la involución uterina y enlentece la vuelta normal de la menstruación, proporcionando un cierto grado de contracepción.
- **Lactancia materna exclusiva:** Dar leche materna a un niño hasta los 6 meses de edad, sin complemento de otros alimentos, como su nombre lo dice debe ser exclusivo (28).
- **Perfil del desarrollo psicomotor:** Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones.
- **Comportamiento motor postural:** Se refiere al control de cabeza – tronco y sentado, así mismo se incorpora el movimiento de rotación, el dominio del cuerpo al sentarse y el uso del brazo y de la mano, en los movimientos de pinza gruesa y fina.
- **Comportamiento viso motor:** Comprende el desarrollo de la visión, contempla la reacción de parpadeo ante la luz y posteriormente el seguimiento de la vista ante la presencia de un ruido.
- **Comportamiento del lenguaje:** Es la reacción de comunicación frente a la presencia de otro individuo, se inicia con la sonrisa, sonidos de silabeos, primeras palabras y la capacidad de entendimiento de los mensajes en la comunicación.
- **Comportamiento personal social:** Es el nivel de aceptación de terceras personas, además de la madre, dar sonrisas a los demás, acostumbrarse a convivir con otros, imita a los demás, ofrece sus juguetes.

- **Inteligencia y aprendizaje:**

Es el desarrollo de la capacidad de integración con su entorno, dar respuesta a ciertas actividades que requieren del uso de las actividades cognitivas.

1.7. HIPOTESIS

1.7.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación significativa entre el perfil del desarrollo psicomotor con la no adherencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el centro de salud chilca – 2017.

1.7.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- El perfil del desarrollo psicomotor en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud de Chilca, es de déficit en alguna área del desarrollo.
- La prevalencia de la no adherencia a la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud de Chilca es alta.

1.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Título: PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA - 2017							
Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas e Instrumentos	Escala de Medición
No adherencia a la lactancia materna exclusiva.	Por su posición en la Hipótesis variable 1: Adherencia a la lactancia materna exclusiva	Es el cumplimiento de la alimentación del menor con solo leche materna a través del amamantamiento hasta cumplir los 6 meses de vida.	Edad hasta que recibió LME.	Conocer la edad en meses hasta las cuales recibió la lactancia materna de manera exclusiva.	- Recibió LME sólo 1 mes. - Recibió LME hasta los 2 meses - Recibió LME hasta los 3 meses. - Recibió LME hasta los 4 meses. - Recibió LME hasta los 5 meses. - Recibió LME hasta los 6 meses a más.	Técnica: Encuesta	Razón o proporciones
			-				
			Sexo del menor.				

				Identificar el sexo de los menores.	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 		Nominal.
Perfil del desarrollo psicomotor.	Por su posición en la Hipótesis variable 2: Perfil del desarrollo psicomotor	Norma Técnica de crecimiento y desarrollo del MINSA, Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e	Comportamiento motor postural	<ul style="list-style-type: none"> -Control de cabeza y tronco sentado. -Control de cabeza y tronco - rotaciones. -Control de cabeza y tronco - marcha. -Uso de brazo y 	<ul style="list-style-type: none"> Perfil de desarrollo normal. Perfil de desarrollo con retraso en alguna área. Perfil de desarrollo con adelanto en alguna área. 	observacional	Nominal

		integración de sus funciones.	Comportamiento viso motor	mano -Visión -Audición			
			Comportamiento del lenguaje	-Lenguaje comprensivo -Lenguaje expresivo			
			Comportamiento personal social	-Alimentación, vestido e higiene -Juego Comportamiento social			

			Inteligencia aprendizaje	y	- Inteligencia - Aprendizaje			
--	--	--	-----------------------------	---	---------------------------------	--	--	--

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

- a) **Método General.**- Se aplicó el método científico que es un proceso metódico, sistemático y demostrable, donde realizamos uso de las inducciones formulando hipótesis contrastables, mediante las cuales se realizaron deducciones y se llegó a una conclusión lógica.
- b) **Método específico.**- en el presente estudio se utilizó

Método hipotético-deductivo

Ya que se partió dando aseveraciones en calidad de hipótesis y buscó refutar o falsear tales hipótesis, deduciendo de ellas conclusiones que se confrontaron con los hechos.

Método analítico

Debido a que nos condujo a descomponer un objeto de estudio, separando cada una de las partes del todo para estudiarlas en forma individual, es decir se obtuvo la asociación de cada factor de riesgo con la patología en estudio mediante un grupo control comparativo denominado control.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La clasificación del tipo de estudio responde a diferentes criterios, de acuerdo al alcance de los resultados encontrados el estudio tipifica como descriptivo, así mismo es una investigación aplicada ya que busca los resultados que se obtuvieron nos llevaron a actuar frente a la problemática encontrada, mediante la aplicación de acciones correctivas.

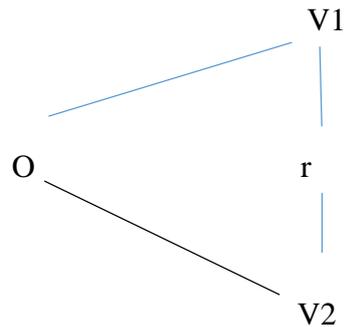
Este estudio fue transversal ya que se tomó la información en una muestra poblacional en un solo momento en el tiempo; permitiéndonos estimar la magnitud de los problemas en un momento dado.

2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de nivel descriptivo, ya que nos llevó a la identificación de las diferentes características del menor en sus cuatro áreas del desarrollo y a conocer las características de la lactancia materna exclusiva.

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo correlacional, mediante el cual se estableció la relación entre las variables de estudio.



Dónde:

V1: No adherencia a la lactancia materna exclusiva.

V2: Perfil del desarrollo psicomotor

r: Relación entre la variable de estudio.

2.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población de la investigación estuvo constituida por 140 menores de 6 a 12 meses, atendidos en un periodo trimestral, en el Centro de Salud Chilca.

MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

- **TIPO DE MUESTRA**

Se aplicó un muestreo probabilístico ya que todos los niños y sus madres tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados en la muestra.

- **TAMAÑO DE MUESTRA**

Para determinar el tamaño muestral se utilizó la fórmula para poblaciones finitas con un nivel de confiabilidad de un 95%, con un coeficiente crítico de 1,96 y con un margen de error de 5%. La muestra será proporcional a la cantidad de niños por edad.

$$n = \frac{z^2 pq N}{(N-1)E^2 + z^2 pq}$$

N = Tamaño de muestra para población finita.

N = Tamaño de población 140 menores de 6 a 12 meses.

p = Probabilidad de éxito 0.50 (no se encontraron antecedentes a nivel regional, por lo que se toma como valor desconocido)

q = Probabilidad de fracaso 0.50

E = Nivel o margen de error admitido 0.05

Z = Al 95% de nivel de confianza Z=1,96

$$n = \frac{1.96^2 (0.5) (0.5) 140}{(140-1)0.05^2 + 1.96^2 (0.5) (0.5)}$$

n = 102.8 es decir 103 menores de 6 a 12 meses y sus respectivas madres

2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica

Para la evaluación de la no adherencia al cumplimiento de la lactancia materna exclusiva se aplicó la técnica de encuesta, en la que la madre informó hasta que mes de edad de su menor hijo le brindó la lactancia materna exclusiva.

La evaluación del desarrollo psicomotor del menor fue mediante la aplicación de la técnica de la observación.

Instrumento de recolección de datos

Para evaluar la adherencia de la lactancia materna exclusiva se aplicó el cuestionario.

Para evaluar el desarrollo psicomotor se utilizó el Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño de 0 a 30 meses, el cual está normado por Resolución Directoral del Ministerio de Salud.

Fuentes directas: La información de la madre respecto a la no adherencia de la Lactancia Materna Exclusiva se obtuvo mediante la aplicación de un instrumento (cuestionario de preguntas) en la muestra de madres, el cual ha sido validado según los criterios establecidos, teniendo en cuenta el análisis de validez de contenido. Así mismo la apreciación del desarrollo psicomotor del menor fue mediante la evaluación del menor en las cuatro áreas del desarrollo psicomotor, siendo también una fuente directa.

Validez del instrumento de recolección de datos.

Para la validez se realizó la consulta a tres expertos mediante la evaluación de la validez por contenido y debiendo responder a un cuestionario de 10 preguntas para el validador, el análisis del resultado de la validez se presenta adjunto en anexos.

2.7. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

- Se visitó al Centro de Salud a fin de conocer el nombre del director o responsable de emitirnos el consentimiento informado para la recolección de los datos.
- Se presentó el documento dirigido al Director del Centro de Salud.
- Se coordinó con el personal de enfermería de la Estrategia CRED a fin de evaluar el desarrollo psicomotor de los menores de 6 a 12 meses durante dos meses que duró la recolección de datos.
- Se solicitó a las madres de estos menores que rellenen el cuestionario sobre la adherencia a la LME.
- Se verificó la integridad de la información brindada.
- Se codificaron los datos antes de elaborar la base de datos.

2.8. TÉCNICAS Y ANÁLISIS DE DATOS

Base de datos:

La información de la evaluación se procesó adecuadamente conforme a criterios y parámetros elegidos para el estudio, para ello se utilizó el programa estadístico SPSS V.23 IBM, en el que se elaborará la base de datos.

Estadística descriptiva:

Se aplicó la estadística descriptiva en la presentación de cuadros estadísticos y gráficos que permitieron hacer más objetivas las características de estudio.

Estadística Inferencial:

Se utilizó la prueba de hipótesis de correlación de Thao Kendall y la prueba de comparación proporcional χ^2 para variables cualitativas de tipo nominal, con la cual se estableció la relación entre las variables de estudio.

Procesamiento a seguir para probar la hipótesis.

Para la comprobación de las hipótesis se siguieron los siguientes pasos:

1. Se planteó la hipótesis alterna y la hipótesis nula.
2. Se delimitó el margen de error tipo I.
3. Se eligió la prueba de hipótesis para comparación de proporciones χ^2 cuadrado.
4. Se calculó los valores tabulares de χ^2 y valores calculados de χ^2 según la distribución elegida.
5. Se determinó el área de aceptación o rechazo de la hipótesis nula o estadística, para comparar el valor de χ^2 calculado con la zona de la hipótesis nula y la zona de la hipótesis alterna.

2.9. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo del presente estudio se contará con el consentimiento informado donde las madres darán su aprobación de conformidad para la participación en el estudio, se garantiza así mismo, la integridad física, y

psicológica de los involucrados en el estudio, así como también se respalda mantener en reserva la información prestada para este estudio.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Los resultados corresponden a la evaluación del desarrollo psicomotor de 103 menores de 6 a 12 meses, así mismo se indagó la información sobre la lactancia materna exclusiva a fin de establecer la relación entre ambas variables.

TABLA N° 1

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12
MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA - 2017

ACTIVIDADES EVALUADAS		PERFIL DE DESARROLLO NORMAL	RETRASO	ADELANTO	TOTAL
Control de cabeza y tronco - sentado.	N°	82	18	3	103
	%	79.6	17.5	2.9	100.0
Control de cabeza y tronco - rotación	N°	88	13	2	103
	%	85.4	12.6	1.9	100.0
Control de cabeza y tronco - marcha.	N°	91	10	2	103
	%	88.3	9.7	1.9	100.0
Uso de brazo y mano	N°	88	12	3	103
	%	85.4	11.7	2.9	100.0
Visión	N°	88	12	3	103
	%	85.4	11.7	2.9	100.0
Audición	N°	87	14	2	103
	%	84.5	13.6	1.9	100.0
Lenguaje comprensivo	N°	82	17	4	103
	%	79.6	16.5	3.9	100.0
Lenguaje expresivo	N°	89	11	3	103
	%	86.4	10.7	2.9	100.0
Alimentación, vestido e higiene	N°	89	9	5	103
	%	86.4	8.7	4.9	100.0
Juego	N°	92	7	4	103
	%	89.3	6.8	3.9	100.0
Comportamiento social	N°	84	15	4	103
	%	81.6	14.6	3.9	100.0
Inteligencia y aprendizaje	N°	91	9	3	103
	%	88.3	8.7	2.9	100.0

GRÁFICO N° 1

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA - 2017

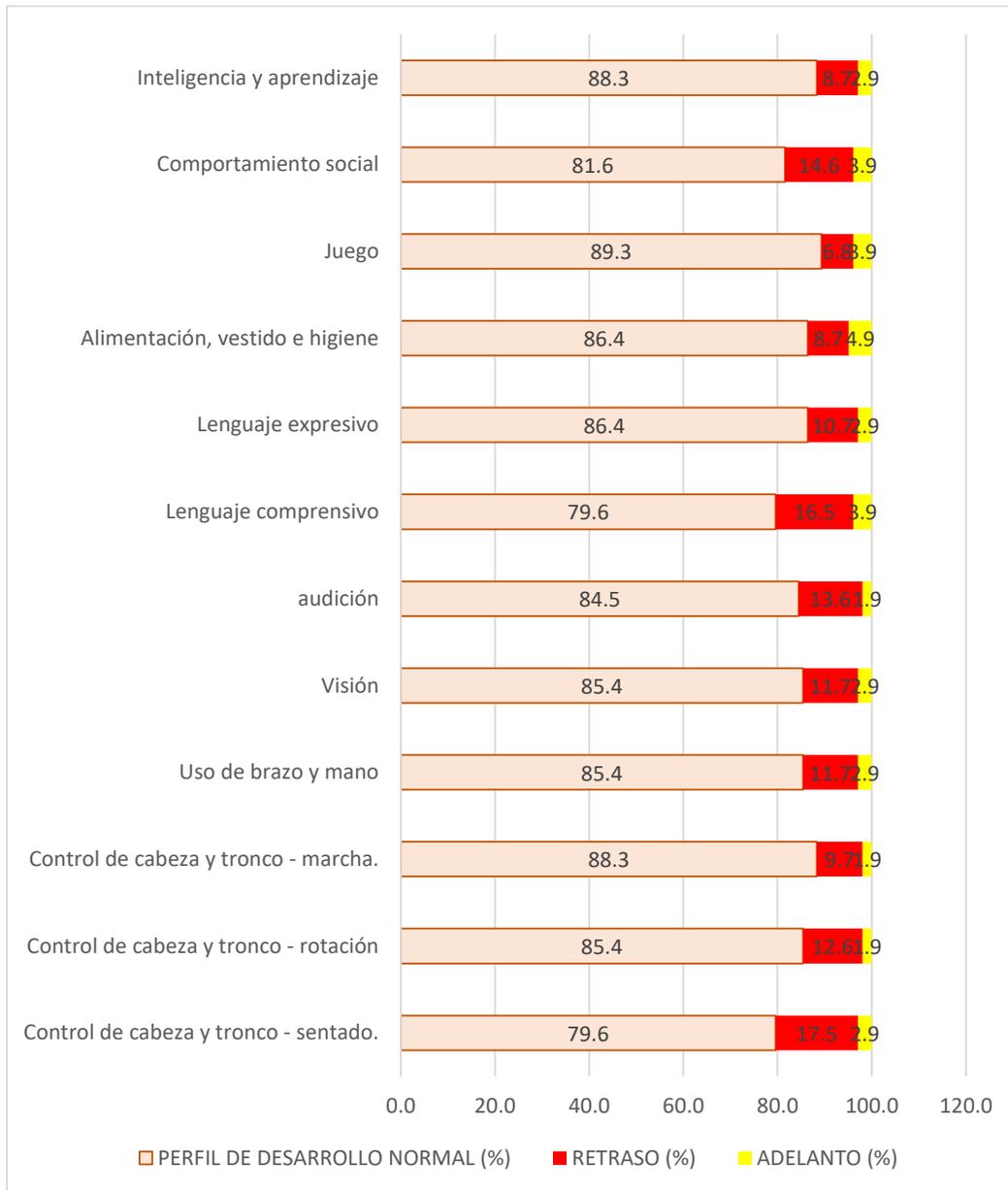


TABLA N° 2

DIAGNÓSTICO DEL DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12 MESES
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA – 2017

PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR	N°	%
PERFIL DE DESARROLLO NORMAL	79	76.7
RETRASO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	20	19.4
ADELANTO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	4	3.9

GRÁFICO N° 2

DIAGNÓSTICO DEL DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12 MESES
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA - 2017

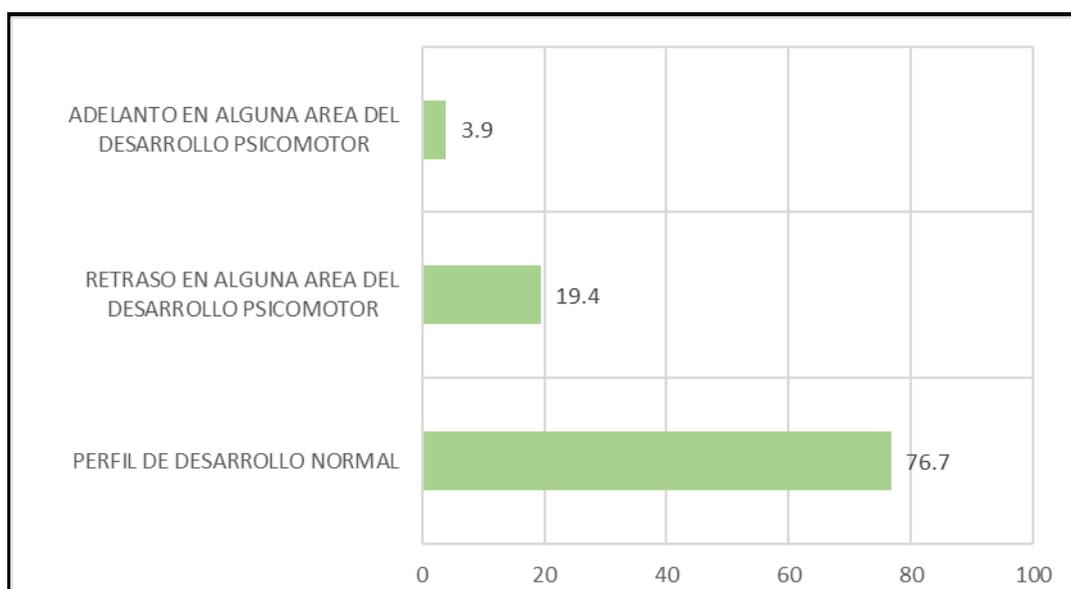


TABLA N° 3

ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS
MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA
- 2017

Adherencia a Lactancia Materna Exclusiva	N°	%
SI	72	69.9
NO	31	30.1
TOTAL	103	100

GRÁFICO N° 3

ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS
MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA
- 2017

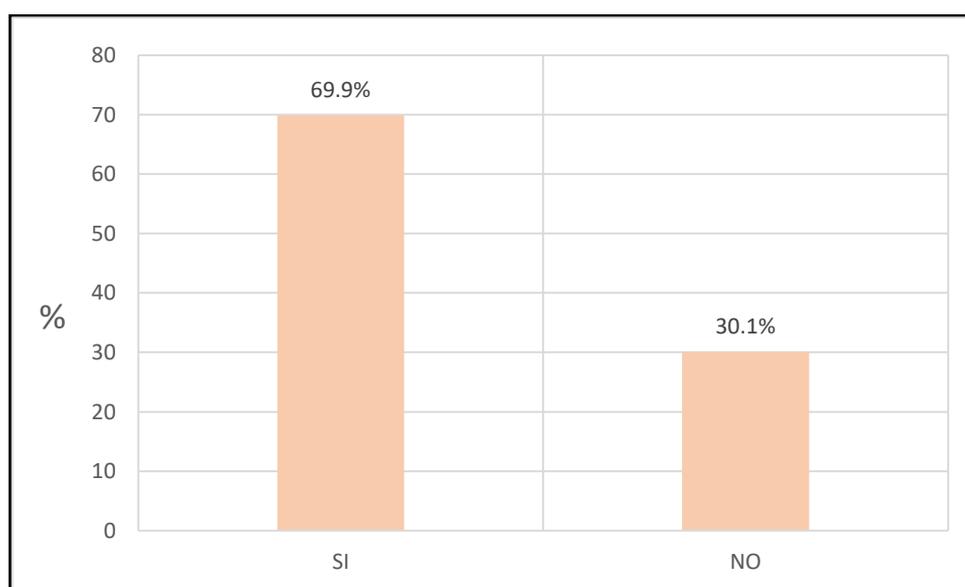


TABLA N° 4

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA - 2017

		PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR				Total
		PERFIL DE DESARROLLO O NORMAL	RETRASO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO O PSICOMOTOR	ADELANTO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR		
¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?	SI	Recuento	65	3	4	72
		% dentro de ¿Le dio LME a su niño hasta los 6 meses?	90,3%	4,2%	5,6%	100,0%
		% PERFIL D. P.	82,3%	15,0%	100,0%	69,9%
		% del total	63,1%	2,9%	3,9%	69,9%
	NO	Recuento	14	17	0	31
		% dentro de ¿Le dio LME a su niño hasta los 6 meses?	45,2%	54,8%	0,0%	100,0%
		% PERFIL D. P.	17,7%	85,0%	0,0%	30,1%
		% del total	13,6%	16,5%	0,0%	30,1%
Total	Recuento	79	20	4	103	
	% dentro de ¿Le dio LME a su niño hasta los 6 meses?	76,7%	19,4%	3,9%	100,0%	
	% PERFIL D. P.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	76,7%	19,4%	3,9%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	36,128 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	35,290	2	,000
Asociación lineal por lineal	12,186	1	,000
N° de casos válidos	103		

GRÁFICO N° 4

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA - 2017

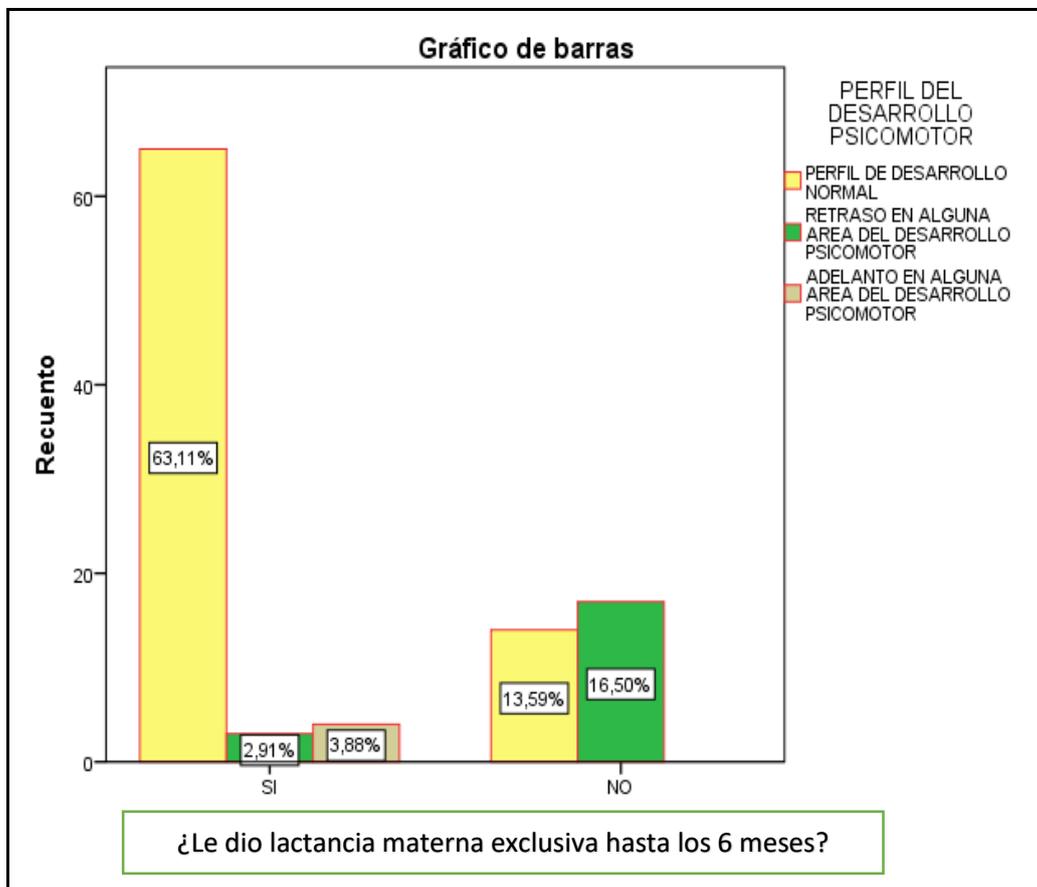


TABLA N° 5

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN LA EDAD DE LAS MADRES DE MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA – 2017

¿Le dio Lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?				PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			Total		
				PERFIL DE DESARROLLO NORMAL	RETRASO EN ALGUNA ÁREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	ADELANTO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			
SI	¿Qué edad tiene usted?	Menor de 19 años	N°	7	2	0	9		
			%	9,7%	2,8%	0,0%	12,5%		
		20 - 25 años	N°	22	1	1	24		
			%	30,6%	1,4%	1,4%	33,3%		
		26 - 30 años	N°	20	0	0	20		
			%	27,8%	0,0%	0,0%	27,8%		
		Mayores de 31 años	N°	16	0	3	19		
			%	22,2%	0,0%	4,2%	26,4%		
		Total			N°	65	3	4	72
					%	90,3%	4,2%	5,6%	100,0 %
NO	¿Qué edad tiene usted?	Menor de 19 años	N°	0	11		11		
			%	0,0%	35,5%		35,5%		
		20 - 25 años	N°	6	3		9		
			%	19,4%	9,7%		29,0%		
		26 - 30 años	N°	4	3		7		
			%	12,9%	9,7%		22,6%		
		Mayores de 31 años	N°	4	0		4		
			%	12,9%	0,0%		12,9%		
		Total			N°	14	17		31
					%	45,2%	54,8%		100,0 %
TOTAL	¿Qué edad tiene usted?	Menor de 19 años	N°	7	13	0	20		
			%	6,8%	12,6%	0,0%	19,4%		
		20 - 25 años	N°	28	4	1	33		
			%	27,2%	3,9%	1,0%	32,0%		
		26 - 30 años	N°	24	3	0	27		
			%	23,3%	2,9%	0,0%	26,2%		
		Mayores de 31 años	N°	20	0	3	23		
			%	19,4%	0,0%	2,9%	22,3%		
		Total			N°	79	20	4	103
					%	76,7%	19,4%	3,9%	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado				
¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?		Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
SI	Chi-cuadrado de Pearson	14,39 1 ^b	6	,026
	Razón de verosimilitud	12,83 8	6	,046
	Asociación lineal por lineal	,362	1	,548
	N de casos válidos	72		
NO	Chi-cuadrado de Pearson	16,00 2 ^c	3	,001
	Razón de verosimilitud	21,66 6	3	,000
	Asociación lineal por lineal	12,12 6	1	,000
	N de casos válidos	31		
TOTAL	Chi-cuadrado de Pearson	40,24 6 ^a	6	,000
	Razón de verosimilitud	37,84 0	6	,000
	Asociación lineal por lineal	4,951	1	,026
	N de casos válidos	103		

GRÁFICO N° 5

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN LA EDAD DE LAS MADRES DE MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA – 2017

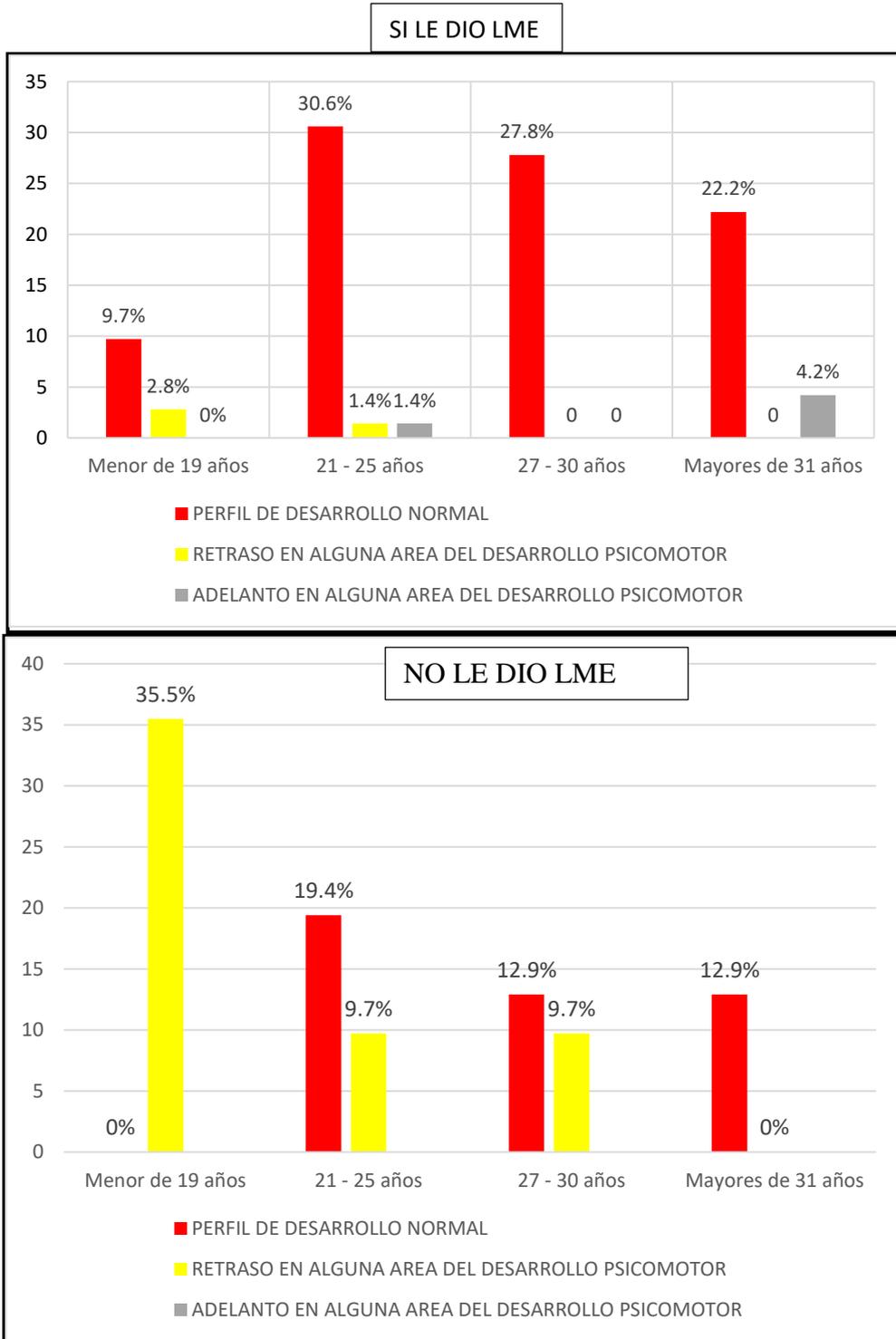


TABLA N° 6

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA - 2017

¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?				PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			Total		
				PERFIL DE DESARROLLO NORMAL	RETRASO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	ADELANTO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			
SI	Grado de Instrucción	Sin estudio	N°	1	0	0	1		
			%	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%		
		Primaria	N°	8	2	1	11		
			%	11,1%	2,8%	1,4%	15,3%		
		Secundaria	N°	34	1	3	38		
			%	47,2%	1,4%	4,2%	52,8%		
		Superior	N°	22	0	0	22		
			%	30,6%	0,0%	0,0%	30,6%		
		Total			N°	65	3	4	72
					%	90,3%	4,2%	5,6%	100,0%
NO	Grado de Instrucción	sin estudio	N°	0	2		2		
			%	0,0%	6,5%		6,5%		
		Primaria	N°	1	6		7		
			%	3,2%	19,4%		22,6%		
		Secundaria	N°	5	6		11		
			%	16,1%	19,4%		35,5%		
		Superior	N°	8	3		11		
			%	25,8%	9,7%		35,5%		
		Total			N°	14	17		31
					%	45,2%	54,8%		100,0%
TOTAL	Grado de Instrucción	sin estudio	N°	1	2	0	3		
			%	1,0%	1,9%	0,0%	2,9%		
		Primaria	N°	9	8	1	18		
			%	8,7%	7,8%	1,0%	17,5%		
		Secundaria	N°	39	7	3	49		
			%	37,9%	6,8%	2,9%	47,6%		
		Superior	N°	30	3	0	33		
			%	29,1%	2,9%	0,0%	32,0%		
		Total			N°	79	20	4	103
					%	76,7%	19,4%	3,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?		Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
SI	Chi-cuadrado de Pearson	8,877 ^b	6	,181
	Razón de verosimilitud	8,705	6	,191
	Asociación lineal por lineal	3,301	1	,069
	N de casos válidos	72		
NO	Chi-cuadrado de Pearson	7,717 ^c	3	,052
	Razón de verosimilitud	8,894	3	,031
	Asociación lineal por lineal	7,364	1	,007
	N de casos válidos	31		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	17,22 3 ^a	6	,008
	Razón de verosimilitud	16,49 8	6	,011
	Asociación lineal por lineal	10,44 2	1	,001
	N de casos válidos	103		

GRÁFICO N° 6

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA – 2017

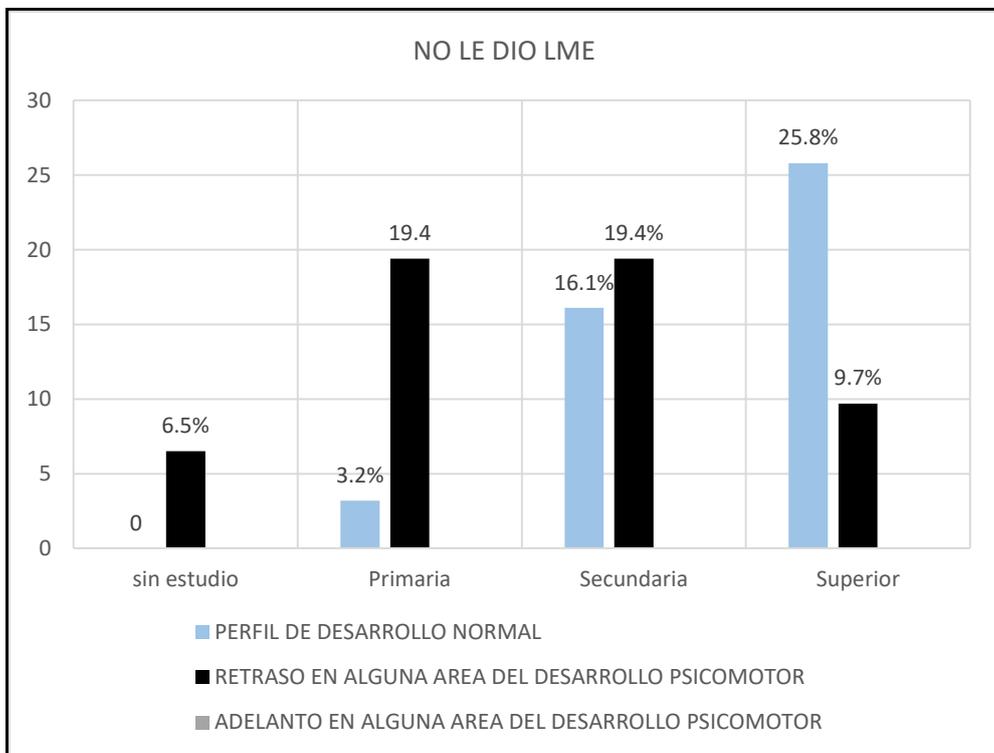
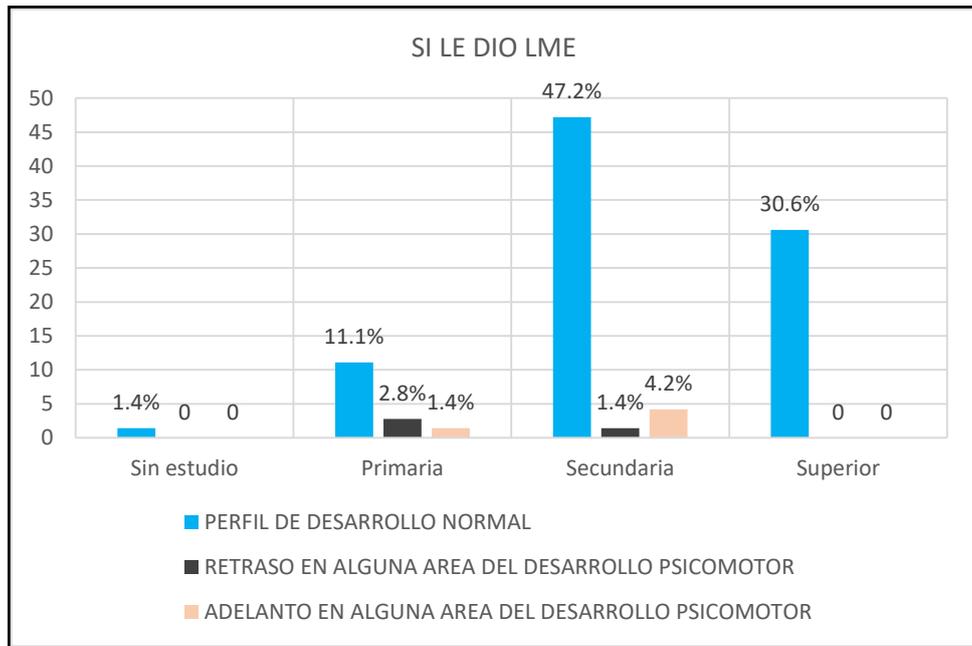


TABLA N° 7

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA – 2017

¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?				PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			Total		
				PERFIL DE DESARROLLO NORMAL	RETRASO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	ADELANTO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			
SI	¿Cuál es su estado civil?	Soltera	N°	6	1	0	7		
			%	8,3%	1,4%	0,0%	9,7%		
		Casada	N°	10	0	0	10		
			%	13,9%	0,0%	0,0%	13,9%		
		Conviviente	N°	48	2	4	54		
			%	66,7%	2,8%	5,6%	75,0%		
		Divorciada	N°	1	0	0	1		
			%	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%		
		Total			N°	65	3	4	72
					%	90,3%	4,2%	5,6%	100,0%
NO	¿Cuál es su estado civil?	Soltera	N°	0	3		3		
			%	0,0%	9,7%		9,7%		
		Casada	N°	3	3		6		
			%	9,7%	9,7%		19,4%		
		Conviviente	N°	11	11		22		
			%	35,5%	35,5%		71,0%		
		Total			N°	14	17		31
					%	45,2%	54,8%		100,0%
TOTAL	¿Cuál es su estado civil?	Soltera	N°	6	4	0	10		
			%	5,8%	3,9%	0,0%	9,7%		
		Casada	N°	13	3	0	16		
			%	12,6%	2,9%	0,0%	15,5%		
		Conviviente	N°	59	13	4	76		
			%	57,3%	12,6%	3,9%	73,8%		
		Divorciada	N°	1	0	0	1		
			%	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%		
		Total			N°	79	20	4	103
					%	76,7%	19,4%	3,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado				
¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
SI	Chi-cuadrado de Pearson	3,683 ^b	6	,720
	Razón de verosimilitud	4,434	6	,618
	Asociación lineal por lineal	,297	1	,586
	N de casos válidos	72		
NO	Chi-cuadrado de Pearson	2,735 ^c	2	,255
	Razón de verosimilitud	3,868	2	,145
	Asociación lineal por lineal	1,713	1	,191
	N de casos válidos	31		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	4,496 ^a	6	,610
	Razón de verosimilitud	5,216	6	,516
	Asociación lineal por lineal	,176	1	,675
	N de casos válidos	103		

GRÁFICO N° 7

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CS CHILCA – 2017

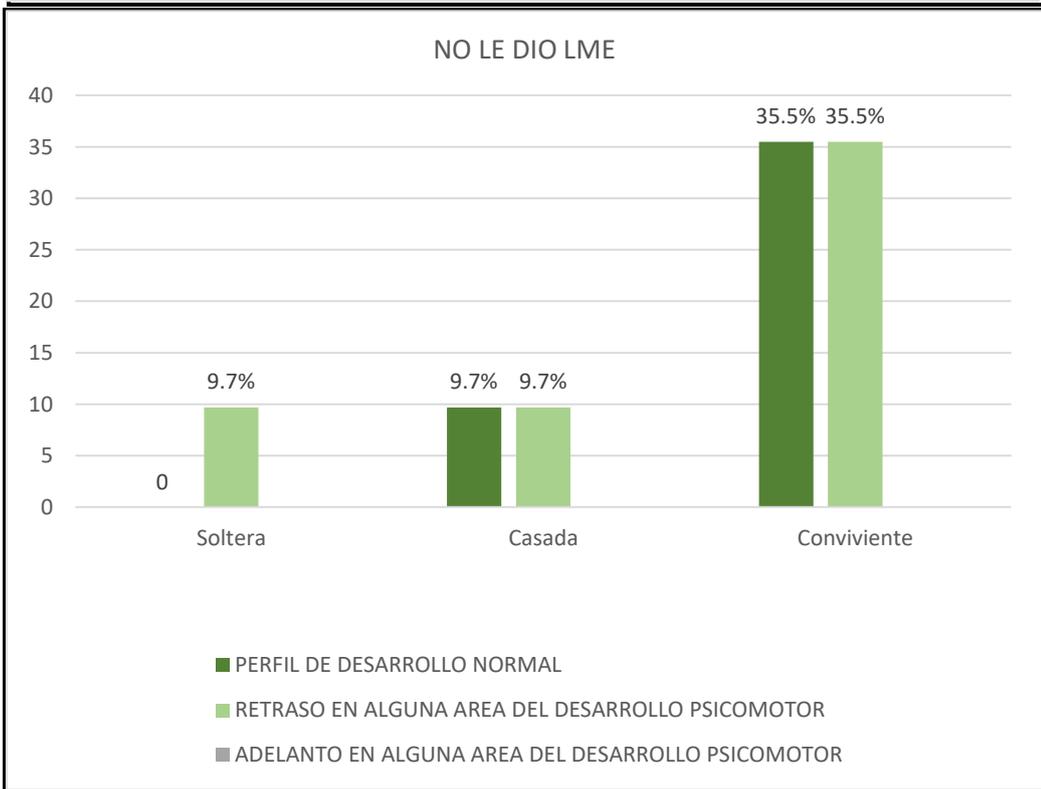
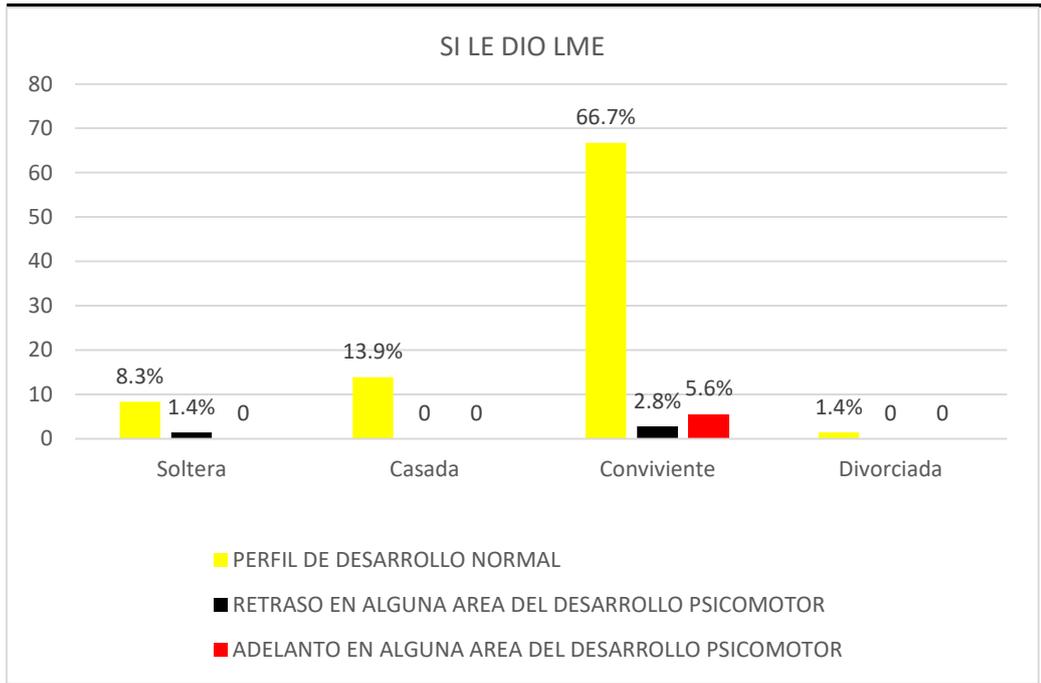


TABLA N° 8

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CS CHILCA - 2017

¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?				PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			Total		
				PERFIL DE DESARROLL O NORMAL	RETRASO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	ADELANTO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			
SI	¿Cuál es su procedencia ?	Cañete	N°	1	0	0	1		
			%	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%		
		Huancayo	N°	38	1	1	40		
			%	52,8%	1,4%	1,4%	55,6%		
		Huancavelica	N°	19	2	3	24		
			%	26,4%	2,8%	4,2%	33,3%		
		Ayacucho	N°	1	0	0	1		
			%	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%		
		Cajamarca	N°	2	0	0	2		
			%	2,8%	0,0%	0,0%	2,8%		
		Comas	N°	1	0	0	1		
			%	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%		
		Huánuco	N°	1	0	0	1		
			%	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%		
		La Oroya	N°	1	0	0	1		
			%	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%		
		Jauja	N°	1	0	0	1		
			%	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%		
		Total			N°	65	3	4	72
					%	90,3%	4,2%	5,6%	100,0%
NO	¿Cuál es su procedencia ?	Huancayo	N°	7	6		13		
			%	22,6%	19,4%		41,9%		
		Huancavelica	N°	6	11		17		
			%	19,4%	35,5%		54,8%		
		Satipo	N°	1	0		1		
			%	3,2%	0,0%		3,2%		
Total			N°	14	17		31		
			%	45,2%	54,8%		100,0%		
To tal	¿Cuál es su procedencia	Cañete	N°	1	0	0	1		
			%	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%		

?	Huancayo	N°	45	7	1	53	
		%	43,7%	6,8%	1,0%	51,5%	
	Huancavelica	N°	25	13	3	41	
		%	24,3%	12,6%	2,9%	39,8%	
	Ayacucho	N°	1	0	0	1	
		%	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%	
	Cajamarca	N°	2	0	0	2	
		%	1,9%	0,0%	0,0%	1,9%	
	Comas	N°	1	0	0	1	
		%	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%	
	Huánuco	N°	1	0	0	1	
		%	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%	
	La Oroya	N°	1	0	0	1	
		%	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%	
	Jauja	N°	1	0	0	1	
		%	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%	
	Satipo	N°	1	0	0	1	
		%	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%	
	Total		N°	N°	20	4	103
			%	%	19,4%	3,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado				
¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
SI	Chi-cuadrado de Pearson	5,311 ^b	16	,994
	Razón de verosimilitud	5,540	16	,992
	Asociación lineal por lineal	,004	1	,948
	N de casos válidos	72		
NO	Chi-cuadrado de Pearson	2,279 ^c	2	,320
	Razón de verosimilitud	2,665	2	,264
	Asociación lineal por lineal	,544	1	,461
	N de casos válidos	31		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	10,552 ^a	18	,912
	Razón de verosimilitud	12,164	18	,839
	Asociación lineal por lineal	,139	1	,709
	N de casos válidos	103		

GRÁFICO N° 8

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CS CHILCA – 2017

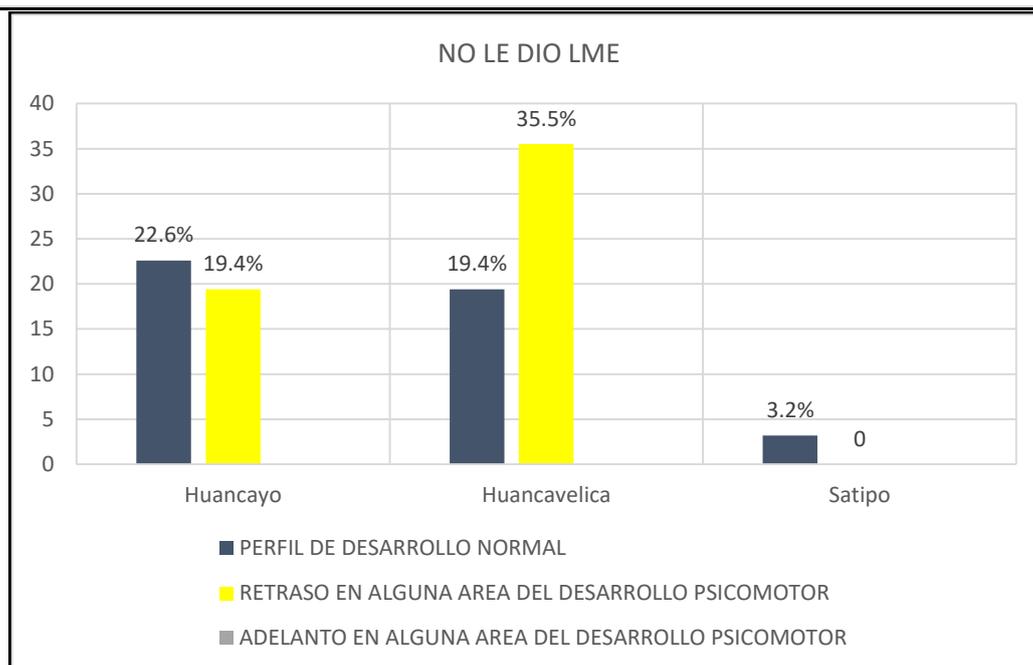
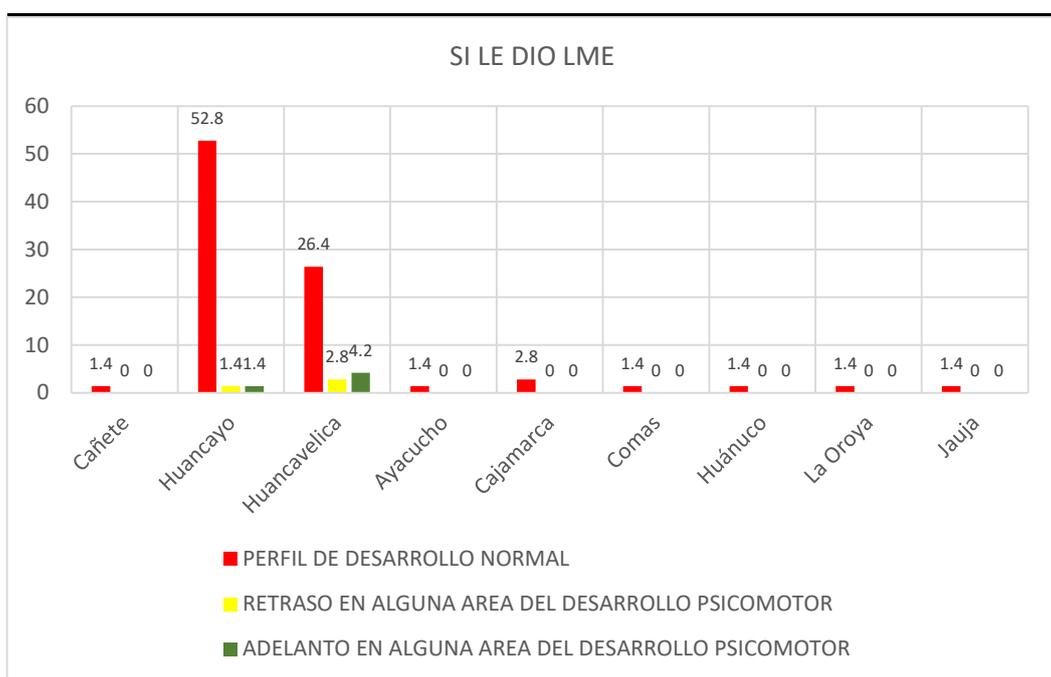


TABLA N° 9

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN RAZÓN DE SU CITA DE LAS MADRES DE MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CS CHILCA – 2017

¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?				PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			Total	
				PERFIL DE DESARROLLO NORMAL	RETRASO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	ADELANTO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR		
SI	¿Cuál es la razón de su cita?	Control	N°	47	1	2	50	
			%	65,3%	1,4%	2,8%	69,4%	
	Control y Consulta	N°	18	2	2	22		
		%	25,0%	2,8%	2,8%	30,6%		
	Total			N°	65	3	4	72
				%	90,3%	4,2%	5,6%	100,0%
NO	¿Cuál es la razón de su cita?	Control	N°	11	5		16	
			%	35,5%	16,1%		51,6%	
	Control y Consulta	N°	3	12		15		
		%	9,7%	38,7%		48,4%		
	Total			N°	14	17		31
				%	45,2%	54,8%		100,0%
TOTAL	¿Cuál es la razón de su cita?	Control	N°	58	6	2	66	
			%	56,3%	5,8%	1,9%	64,1%	
	Control y Consulta	N°	21	14	2	37		
		%	20,4%	13,6%	1,9%	35,9%		
	Total			N°	79	20	4	103
				%	76,7%	19,4%	3,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado						
¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta antes los 6 meses?		Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significac ión exacta (2 caras)	Significac ión exacta (1 cara)
SI	Chi-cuadrado de Pearson	2,807 ^b	2	,246		
	Razón de verosimilitud	2,564	2	,277		
	Asociación lineal por lineal	1,869	1	,172		
	N de casos válidos	72				
NO	Chi-cuadrado de Pearson	7,429 ^c	1	,006		
	Corrección de continuidad	5,591	1	,018		
	Razón de verosimilitud	7,798	1	,005		
	Prueba exacta de Fisher				,011	,008
	Asociación lineal por lineal	7,190	1	,007		
	N de casos válidos	31				
Total	Chi-cuadrado de Pearson	13,429 ^a	2	,001		
	Razón de verosimilitud	13,041	2	,001		
	Asociación lineal por lineal	9,558	1	,002		
	N de casos válidos	103				

GRÁFICO N° 9

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN RAZÓN DE SU CITA DE LAS MADRES DE MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CS CHILCA – 2017

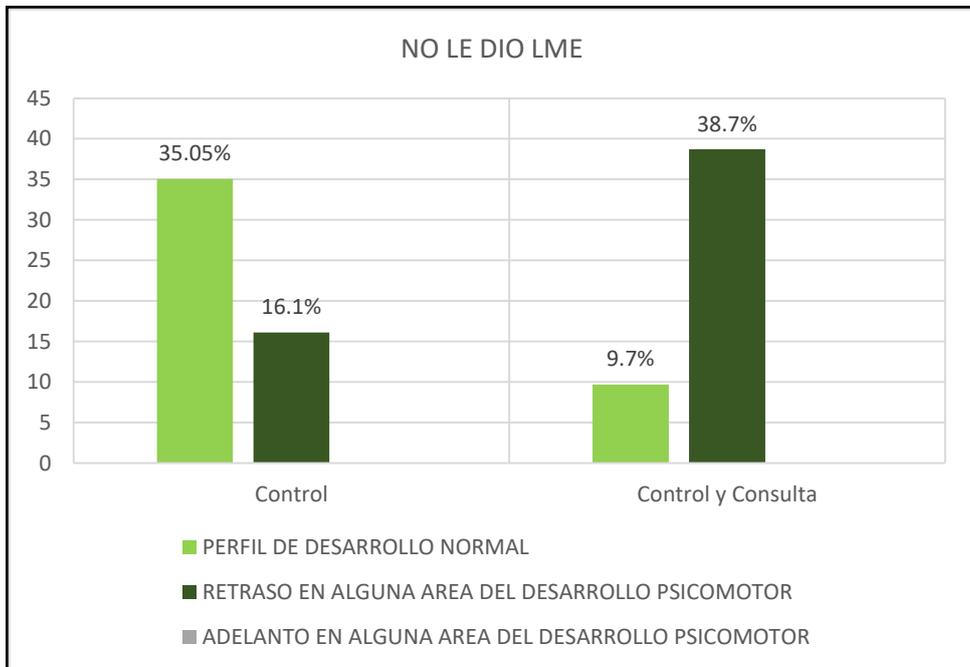
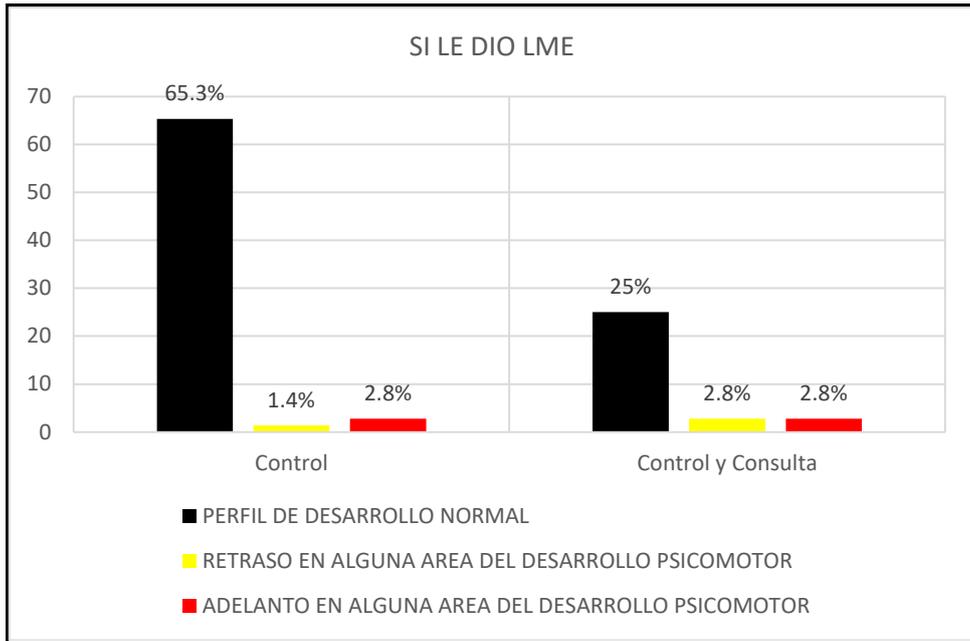


TABLA N° 10

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN EDAD DE INICIO DE LA MISMA EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA - 2017

				PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			Total	
				PERFIL DE DESARROLLO NORMAL	RETRASO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	ADELANTO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR		
¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?								
SI	¿A qué edad comenzó usted a darle leche materna a su hijo?	Desde que nació	N°	53	2	1	56	
			%	73,6%	2,8%	1,4%	77,8%	
		A la semana que nació	N°	8	0	0	8	
			%	11,1%	0,0%	0,0%	11,1%	
		Desde el primer mes	N°	4	1	3	8	
			%	5,6%	1,4%	4,2%	11,1%	
	Total			N°	65	3	4	72
				%	90,3%	4,2%	5,6%	100,0%
NO	¿A qué edad comenzó usted a darle leche materna a su hijo?	Desde que nació	N°	12	10		22	
			%	38,7%	32,3%		71,0%	
		A la semana que nació	N°	1	6		7	
			%	3,2%	19,4%		22,6%	
		Desde el primer mes	N°	1	1		2	
			%	3,2%	3,2%		6,5%	
	Total			N°	14	17		31
				%	45,2%	54,8%		100,0%
TOTAL	¿A qué edad comenzó usted a darle leche materna a su hijo?	Desde que nació	N°	65	12	1	78	
			%	63,1%	11,7%	1,0%	75,7%	
		A la semana que nació	N°	9	6	0	15	
			%	8,7%	5,8%	0,0%	14,6%	
		Desde el primer mes	N°	5	2	3	10	
			%	4,9%	1,9%	2,9%	9,7%	
	Total			N°	79	20	4	103
				%	76,7%	19,4%	3,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado				
¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?		Valor	Gf	Sig. asintótica (2 caras)
SI	Chi-cuadrado de Pearson	19,925 ^b	4	,001
	Razón de verosimilitud	12,683	4	,013
	Asociación lineal por lineal	13,679	1	,000
	N de casos válidos	72		
NO	Chi-cuadrado de Pearson	3,496 ^c	2	,174
	Razón de verosimilitud	3,854	2	,146
	Asociación lineal por lineal	1,363	1	,243
	N de casos válidos	31		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	25,355 ^a	4	,000
	Razón de verosimilitud	15,340	4	,004
	Asociación lineal por lineal	12,993	1	,000
	N de casos válidos	103		

GRÁFICO N° 10

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN EDAD DE INICIO DE LA MISMA EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA – 2017

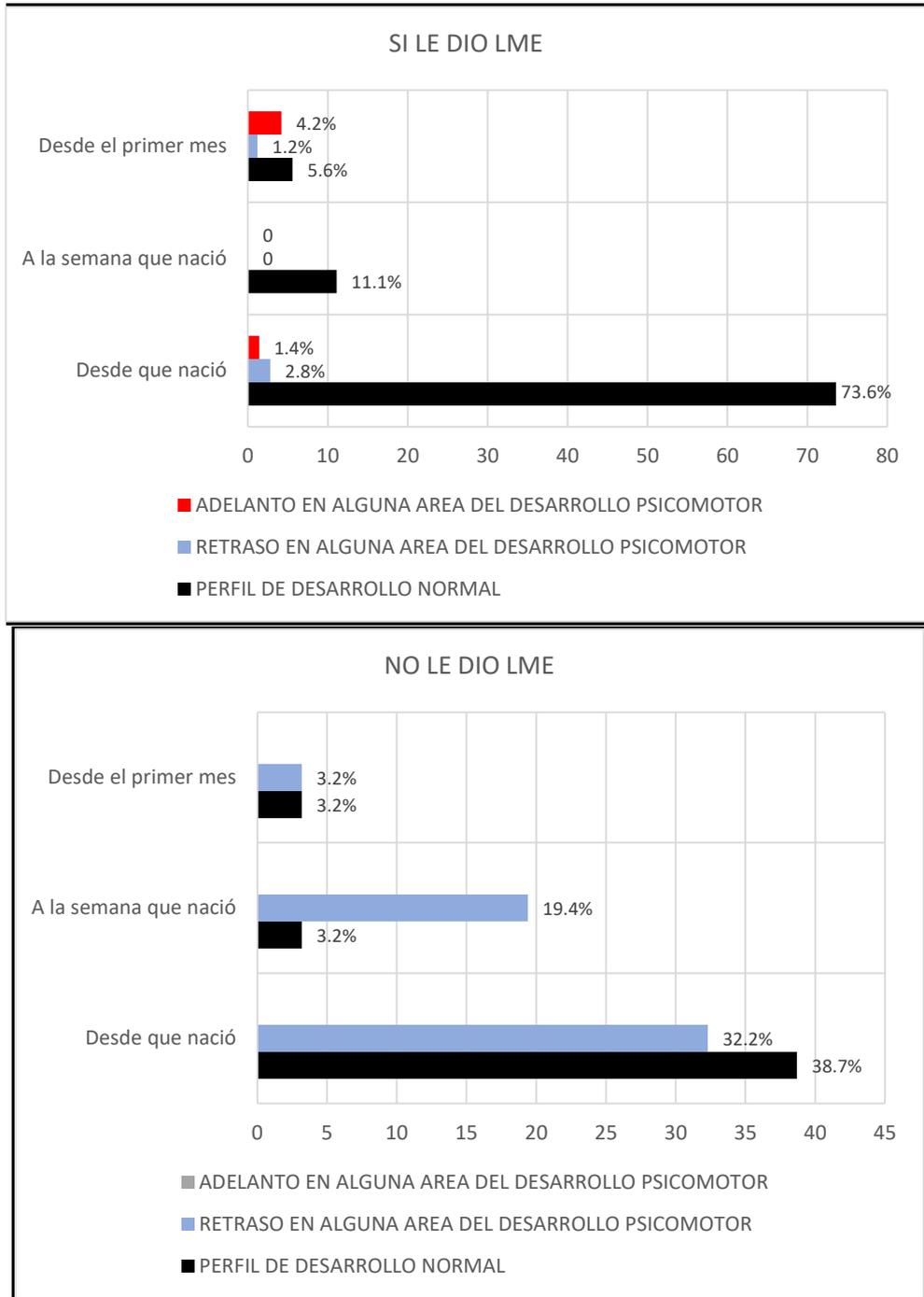


TABLA N° 11

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN NÚMERO DE VECES AL DÍA PARA LACTAR EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA – 2017

				PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			Total
				PERFIL DE DESARROLLO NORMAL	RETRASO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	ADELANTO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	
¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?							
SI	¿Cuántas veces al día le daba de lactar?	3 veces al día	N°	3	0	2	5
			%	4,2%	0,0%	2,8%	6,9%
		5 veces	N°	14	1	0	15
			%	19,4%	1,4%	0,0%	20,8%
		8 a más veces al día	N°	25	2	2	29
			%	34,7%	2,8%	2,8%	40,3%
		No hay horario, cada vez que me lo pedía	N°	23	0	0	23
%			31,9%	0,0%	0,0%	31,9%	
Total			N°	65	3	4	72
			%	90,3%	4,2%	5,6%	100,0%
NO	¿Cuántas veces al día le daba de lactar?	5 veces	N°	1	7		8
			%	3,2%	22,6%		25,8%
		8 a más veces al día	N°	8	6		14
			%	25,8%	19,4%		45,2%
		No hay horario, cada vez que me lo pedía	N°	5	4		9
			%	16,1%	12,9%		29,0%
	Total			N°	14	17	
			%	45,2%	54,8%		100,0%
TOTAL	¿Cuántas veces al día le daba de lactar?	3 veces al día	N°	3	0	2	5
			%	2,9%	0,0%	1,9%	4,9%
		5 veces	N°	15	8	0	23
			%	14,6%	7,8%	0,0%	22,3%
		8 a más veces al día	N°	33	8	2	43
			%	32,0%	7,8%	1,9%	41,7%
		No hay horario, cada vez que me lo pedía	N°	28	4	0	32
%			27,2%	3,9%	0,0%	31,1%	
Total			N°	79	20	4	103
			%	76,7%	19,4%	3,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado				
¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
SI	Chi-cuadrado de Pearson	15,610 ^b	6	,016
	Razón de verosimilitud	12,595	6	,050
	Asociación lineal por lineal	5,348	1	,021
	N de casos válidos	72		
NO	Chi-cuadrado de Pearson	4,650 ^c	2	,098
	Razón de verosimilitud	5,169	2	,075
	Asociación lineal por lineal	2,900	1	,089
	N de casos válidos	31		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	24,630 ^a	6	,000
	Razón de verosimilitud	16,248	6	,012
	Asociación lineal por lineal	6,590	1	,010
	N de casos válidos	103		

GRÁFICO N° 11

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN NÚMERO DE VECES AL DÍA PARA LACTAR EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA – 2017

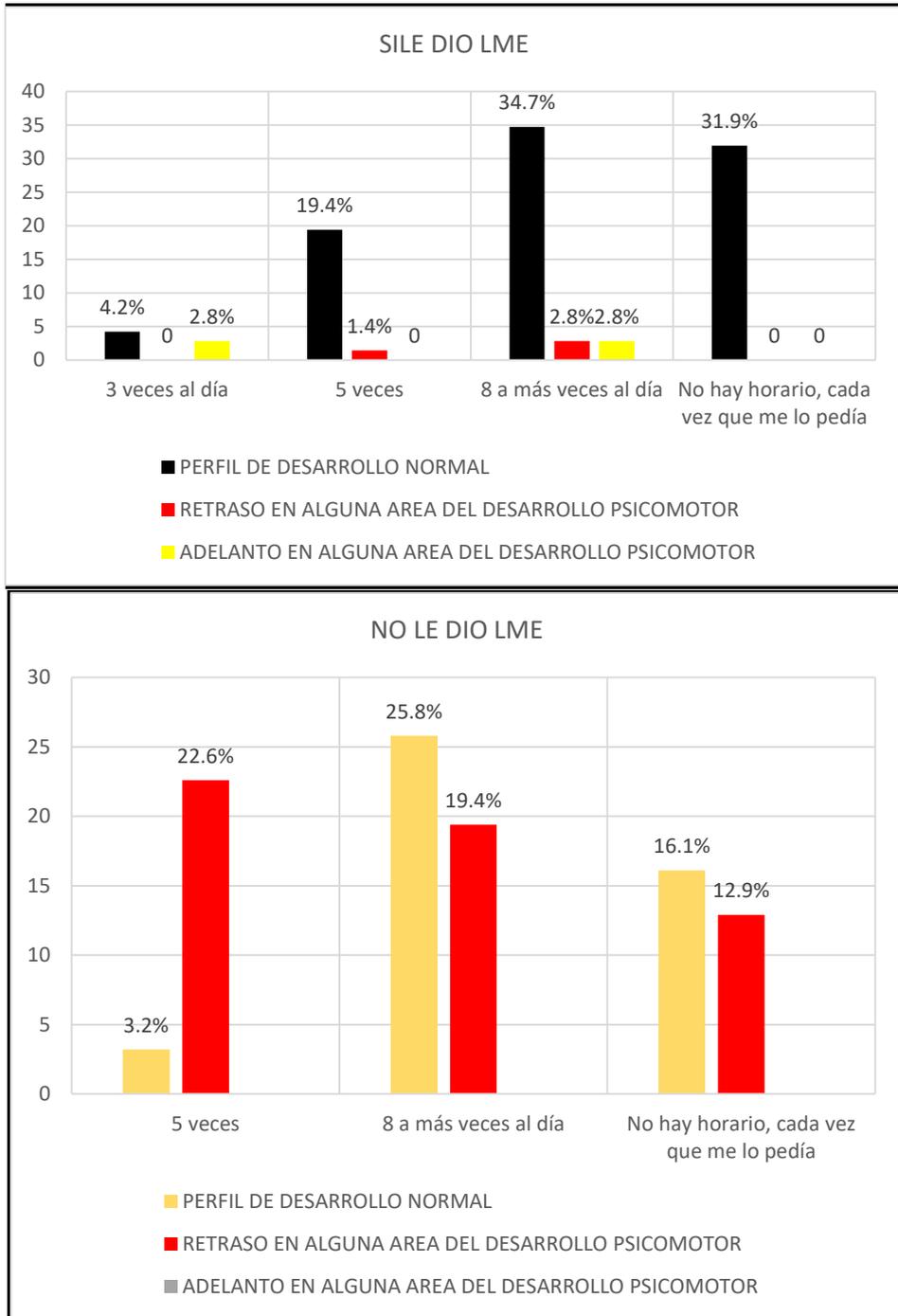


TABLA N° 12

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN USO DE LECHE DE FÓRMULA EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA – 2017

¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?				PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			Total		
				PERFIL DE DESARROLLO NORMAL	RETRASO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	ADELANTO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			
SI	¿En algún momento le dio leche de formula a su hijo?	Todo el tiempo	N°	2	2	1	5		
			%	2,8%	2,8%	1,4%	6,9%		
		Antes de los 2 meses	N°	18	0	2	20		
			%	25,0%	0,0%	2,8%	27,8%		
		3 a 5 meses	N°	9	0	1	10		
			%	12,5%	0,0%	1,4%	13,9%		
		Nunca	N°	36	1	0	37		
			%	50,0%	1,4%	0,0%	51,4%		
		Total			N°	65	3	4	72
					%	90,3%	4,2%	5,6%	100,0%
NO	¿En algún momento le dio leche de formula a su hijo?	Todo el tiempo	N°	0	3		3		
			%	0,0%	9,7%		9,7%		
		Antes de los 2 meses	N°	5	2		7		
			%	16,1%	6,5%		22,6%		
		3 a 5 meses	N°	0	9		9		
			%	0,0%	29,0%		29,0%		
		Nunca	N°	9	3		12		
			%	29,0%	9,7%		38,7%		
		Total			N°	14	17		31
					%	45,2%	54,8%		100,0%
T O T A L	¿En algún momento le dio leche de formula a su hijo?	Todo el tiempo	N°	2	5	1	8		
			%	1,9%	4,9%	1,0%	7,8%		
		Antes de los 2 meses	N°	23	2	2	27		
			%	22,3%	1,9%	1,9%	26,2%		
		3 a 5 meses	N°	9	9	1	19		
			%	8,7%	8,7%	1,0%	18,4%		
		Nunca	N°	45	4	0	49		
			%	43,7%	3,9%	0,0%	47,6%		
		Total			N°	79	20	4	103
					%	76,7%	19,4%	3,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado				
¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
SI	Chi-cuadrado de Pearson	23,451 ^b	6	,001
	Razón de verosimilitud	16,239	6	,013
	Asociación lineal por lineal	7,825	1	,005
	N de casos válidos	72		
NO	Chi-cuadrado de Pearson	16,147 ^c	3	,001
	Razón de verosimilitud	20,813	3	,000
	Asociación lineal por lineal	2,501	1	,114
	N de casos válidos	31		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	31,519 ^a	6	,000
	Razón de verosimilitud	30,363	6	,000
	Asociación lineal por lineal	10,375	1	,001
	N de casos válidos	103		

GRÁFICO N° 12

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN USO DE LECHE DE FÓRMULA EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA – 2017

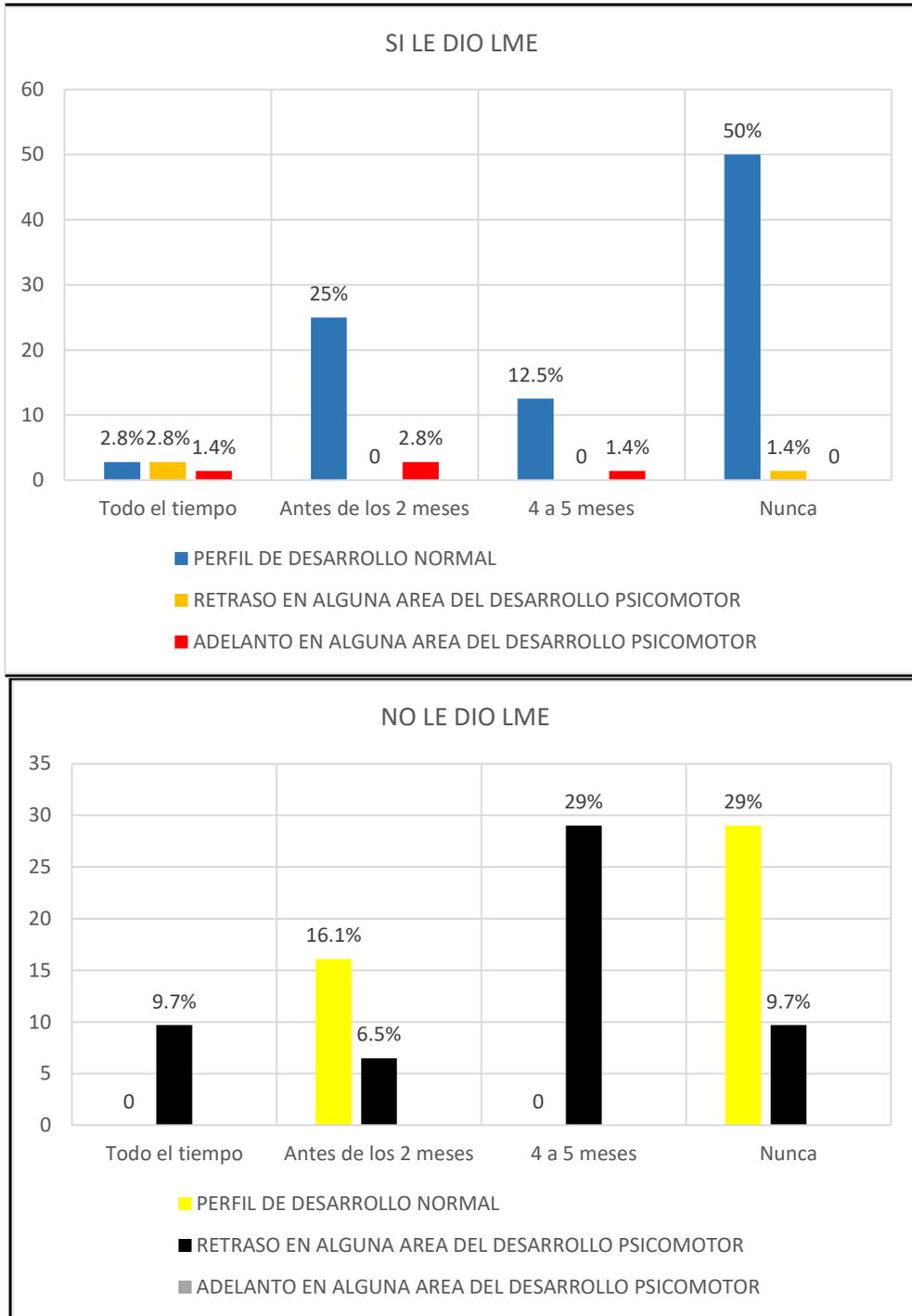


TABLA N° 13

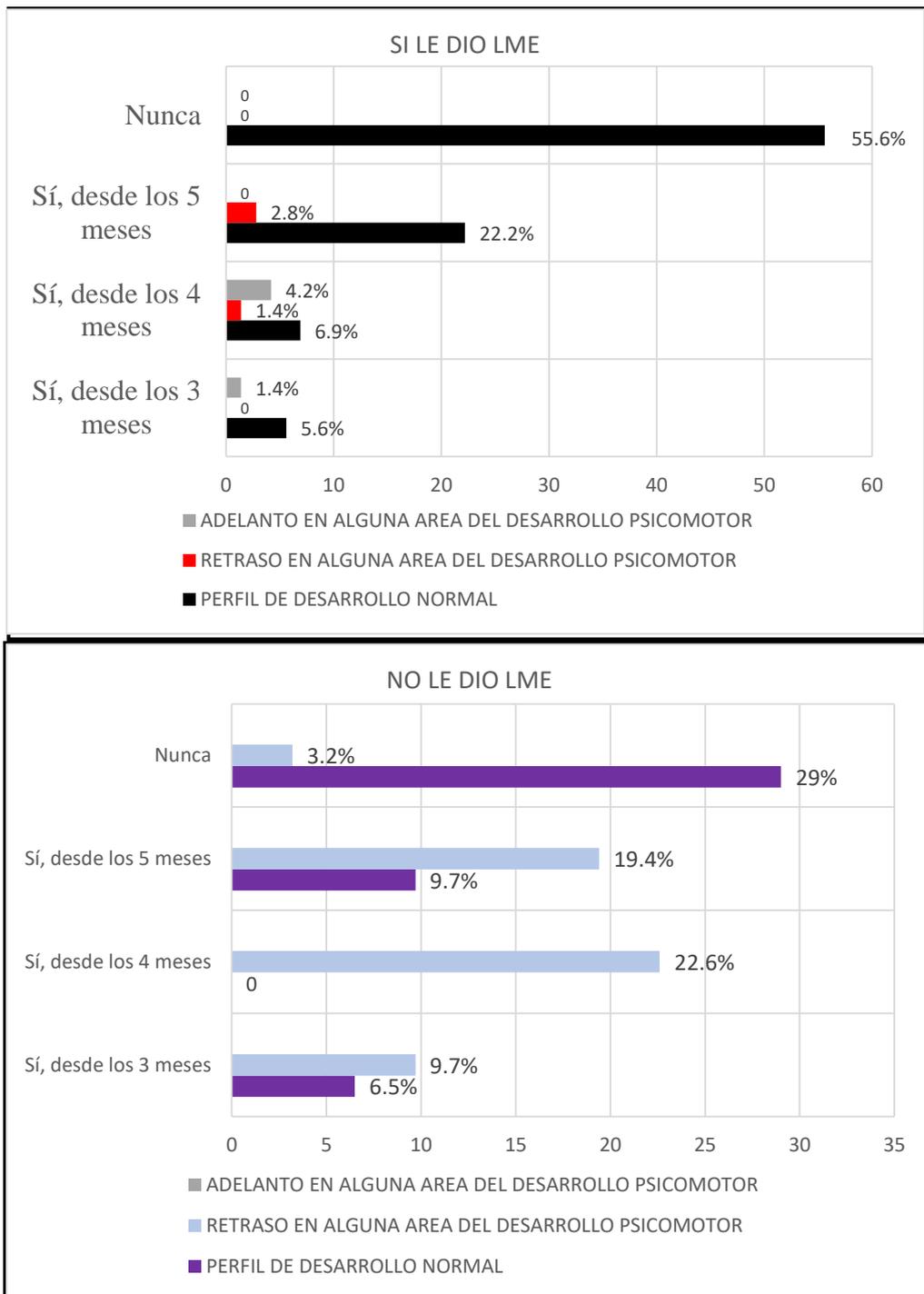
PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN CONSUMO DE AGÜITAS ANTES DE LOS 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA - 2017

¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?				PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR			Total
				PERFIL DE DESARROLLO NORMAL	RETRASO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	ADELANTO EN ALGUNA AREA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	
SI	¿El niño recibió agüitas antes de los 6 meses?	Sí, desde los 3 meses	N°	4	0	1	5
			%	5,6%	0,0%	1,4%	6,9%
		Sí, desde los 4 meses	N°	5	1	3	9
			%	6,9%	1,4%	4,2%	12,5%
		Sí, desde los 5 meses	N°	16	2	0	18
			%	22,2%	2,8%	0,0%	25,0%
	Nunca	N°	40	0	0	40	
	%	55,6%	0,0%	0,0%	55,6%		
Total			N°	65	3	4	72
			%	90,3%	4,2%	5,6%	100,0%
NO	¿El niño recibió agüitas antes de los 6 meses?	Sí, desde los 3 meses	N°	2	3		5
			%	6,5%	9,7%		16,1%
		Sí, desde los 4 meses	N°	0	7		7
			%	0,0%	22,6%		22,6%
		Sí, desde los 5 meses	N°	3	6		9
			%	9,7%	19,4%		29,0%
	Nunca	N°	9	1		10	
	%	29,0%	3,2%		32,3%		
Total			N°	14	17		31
			%	45,2%	54,8%		100,0%
T O T A L	¿El niño recibió agüitas antes de los 6 meses?	Sí, desde los 3 meses	N°	6	3	1	10
			%	5,8%	2,9%	1,0%	9,7%
		Sí, desde los 4 meses	N°	5	8	3	16
			%	4,9%	7,8%	2,9%	15,5%
		Sí, desde los 5 meses	N°	19	8	0	27
			%	18,4%	7,8%	0,0%	26,2%
	Nunca	N°	49	1	0	50	
	%	47,6%	1,0%	0,0%	48,5%		
Total			N°	79	20	4	103
			%	76,7%	19,4%	3,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado				
¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
SI	Chi-cuadrado de Pearson	24,283 ^b	6	,000
	Razón de verosimilitud	21,062	6	,002
	Asociación lineal por lineal	13,162	1	,000
	N de casos válidos	72		
NO	Chi-cuadrado de Pearson	14,445 ^c	3	,002
	Razón de verosimilitud	17,995	3	,000
	Asociación lineal por lineal	7,348	1	,007
	N de casos válidos	31		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	38,376 ^a	6	,000
	Razón de verosimilitud	40,118	6	,000
	Asociación lineal por lineal	24,802	1	,000
	N de casos válidos	103		

GRÁFICO N° 13

PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LME SEGÚN CONSUMO DE AGUITAS ANTES DE LOS 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA – 2017



CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Existe evidencia concluyente relativa a que la lactancia materna protege a los niños contra infecciones respiratorias y gastrointestinales, esto principalmente debido al alto contenido de nutrientes que tiene la leche materna, fortaleciendo así el sistema inmunológico de los menores, protegiéndolos de múltiples enfermedades. Esta certeza, obviamente, tiene consecuencias de trascendencia mayor en el desarrollo del niño, ya que es poco probable que los infantes que se enferman más frecuentemente tengan un desarrollo psicoemocional, intelectual y físico óptimos. No obstante, así mismo se infiere que existe una influencia de la lactancia en el desarrollo psicoemocional infantil a través de sus efectos directos en el funcionamiento cerebral, un factor de riesgo psicoemocional importante para los niños. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es mostrar una certidumbre de la certeza disponible en estas áreas. Se conoce que el desarrollo psicomotor del niño está plenamente condicionado por los factores externos que se encuentran alrededor de él, desde la mirada y afecto de la madre hasta el coger algún objeto o ver algún color, todo eso determina finalmente el nivel del desarrollo psicomotor del menor.

Desde este punto de vista se considera que uno de los aspectos más importantes de la lactancia materna, no solo es la garantía de un adecuado nivel nutricional, sino también el acto del amamantamiento provoca un estímulo positivo frente al desarrollo de las potencialidades del menor.

La evaluación del desarrollo psicomotor de los menores muestran que existe un retraso en control de cabeza y tronco – sentado en 17.5%, así mismo también se encontró retraso en 12.6% en control de cabeza y tronco – rotación, el 9.7% presenta retraso en control de cabeza y tronco – marcha, en uso del brazo, el 11.7% presenta retraso, así mismo se encontró que el 11.7% presentó retraso en la visión y 13.6% en la audición. Mayores problemas se evidencian a nivel del uso de lenguaje comprensivo el 16.5% presenta retraso, lo mismo para el lenguaje expresivo donde se halló un 10.7% de retraso, también es preocupante el comportamiento social donde se presentó un 14.6% de retraso, en el caso de la alimentación, vestido e higiene el 8.7% presentó retraso y en inteligencia y aprendizaje se halló el mismo porcentaje.

Como se observa en todos los aspectos evaluados del desarrollo del niño se presenta algún nivel de retraso, sin embargo, de lo que se trata en este estudio es evaluar e identificar la relación e influencia del acto del amamantamiento sobre el desarrollo psicomotor del menor.

De manera general, se encontró que existe un 76.7% de niños con un perfil de desarrollo psicomotor normal y un 19.4% de menores con retraso en alguna área del desarrollo psicomotor y un 3.9% de adelanto en alguna área evaluada.

Respecto a la lactancia materna exclusiva, según la respuesta de las madres, esta se da en el 69.9%, existiendo así un 30.1% de no adherencia a la lactancia materna exclusiva.

Como se puede observar, a pesar que las instancias en salud, brinden continuamente una orientación respecto a los beneficios de la lactancia materna, un buen porcentaje de madres no la practican, esto es debido a diversos factores que no constituyen objeto del presente estudio, sin embargo al establecer la relación del desarrollo psicomotor y la no adherencia a la lactancia materna exclusiva, se observa que de los 72 menores que han recibido lactancia materna, el 90.3% presenta un desarrollo psicomotor normal y solo un 4.2% de este grupo presenta retraso en alguna área del desarrollo, además se observa que el 100% de los menores que presentaron algún adelanto en el desarrollo, son niños que recibieron lactancia materna exclusiva, contrariamente a esto, se tiene a 31 menores que no tuvieron lactancia materna exclusiva, de ellos el 54.8% presentaron retraso en alguna de las áreas del desarrollo psicomotor, además solo el 45.2% están con un desarrollo normal y ninguno de ellos presenta algún adelanto en su desarrollo. ($p < 0.01$).

Cuando se evalúa el perfil del desarrollo psicomotor entre niños que recibieron y no recibieron lactancia materna, en función a la edad de las madres, se observa que las madres más jóvenes son las que no cumplen con la lactancia materna exclusiva y en sus menores se presenta el mayor porcentaje de niños con retraso en alguna área de su desarrollo psicomotor (35.5%). Existiendo una relación significativa entre dichas variables ($p < 0.01$).

Otro de los resultados que se encontraron fue que aquellas madres con un grado de instrucción categorizado como sin estudio (6.5%) o con estudio primaria, son las que presenta casi la totalidad de menores con retraso en alguna área.

De igual manera, la no adherencia a la LME fue evaluada en función al desarrollo psicomotor en función al estado civil de las madres, encontrándose que no existe relación entre estas variables ($p>0.05$). Es decir no hay influencia de manera específica por algún tipo de estado civil que influya en la no adherencia a la LME.

Así mismo se evaluó la procedencia de las madres en función al cumplimiento de la lactancia materna exclusiva y al desarrollo psicomotor del menor. Al igual que en el caso anterior no se observa relación significativa entre estas variables, por lo que se asume que no hay adherencia a la lactancia materna exclusiva, al margen de la condición civil de la madre. ($p>0.05$).

Nuestros resultados evidencian la relación que existe entre la edad de inicio de la lactancia materna, la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotor del menor, de esta manera tenemos que el 73.6% de los menores que fueron amamantados desde el nacimiento, permanecieron hasta los 6 meses con LME y su desarrollo psicomotor es normal. Esto corrobora las teorías que indican que el momento de la lactancia materna, no es solo un momento en el que se alimenta al menor, sino es un momento de interrelaciones emocionales que fortalecen el desarrollo del menor, ya que recibe seguridad, amor y cuidado de parte de sus madres, esto fortalece su desarrollo integral, a diferencia de este grupo cuando el menor no recibe lactancia desde el momento en que nace, el 71% de estos menores

no cumplen con la LME, y un 32.3% de estos niños presenta algún nivel de retraso en alguna área del desarrollo psicomotor. ($p < 0.01$).

La discusión con los resultados hallados por otras investigaciones, muestran que los resultados de nuestro estudio, en el que se encontró una relación significativa entre la adherencia hacia la Lactancia Materna Exclusiva y el desarrollo psicomotor normal de los niños, son cercanos a lo reportado por **Rueda, N.** quien encontró que los niños/as que tomaron lactancia materna exclusiva en las actividades de motricidad gruesa y fina, presentan frecuencias más altas de aprobación en los test de desarrollo psicomotor, los niños con lactancia exclusiva presentaron mejores índices de calificación medio 55% y medio alto 85.7% en comparación con los de lactancia mixta que presentaron índices de calificación medio 45% y alto 14.3%. Por lo cual se deduce que la lactancia materna exclusiva influye de manera significativa sobre el desarrollo psicomotor dando ventajas para el cumplimiento de las actividades de evolución de los niños. (12)

Así mismo nuestros hallazgos son cercanos a lo reportado por **Chinquinquirá,** quien en cuanto al desarrollo psicomotor se observó en los niños alimentados con lactancia materna en forma exclusiva un mejor desarrollo en las áreas de desarrollo motricidad gruesa (96,7%), lenguaje (96,7%), motricidad fina (93,3%) y personal-social (96,7%) con relación a los niños alimentados con fórmula artificial.). (13)

Así mismo nuestros resultados, son también corroborados por **Bustamante, G. y Fernández,** quienes encontraron que el 74,5% de los menores recibieron lactancia materna por un período de seis meses o más. En este grupo se encontró que los niños que reciben lactancia materna exclusiva por mínimo 6 meses tienen 5.26 veces

menos riesgo de presentar fallas en el desarrollo de motor fino (OR= 0.19; IC 95%= 0,05-0,7). En las áreas personal/social y motor grueso también se encontró un efecto protector de la lactancia (p=0,05, respectivamente. (14)

Magalón, M. y Magalón, V. reporta ventajas de la lactancia materna exclusiva en niños lactantes menores, ya que en ellos se observa una disminución de alteraciones del desarrollo psicomotor en comparación a niños que no la recibieron. En lo concerniente a la alteración del motor grueso, motor fino, lenguaje y aspecto social, se observa que en estas áreas hay mayores déficits para los menores que no recibieron lactancia materna exclusiva, coincidiendo así con las relaciones que se ha encontrado en este estudio. (15)

Nuestros resultados, sientan diferencias con lo hallado por **Albino, F.** ya que este autor encontró que el 60% de niños evaluados (18) no tuvieron adherencia y 40% (12) si lo tuvieron, concluyendo que no existe relación entre la adherencia a la lactancia exclusiva y el desarrollo psicomotor del niño. (16), a diferencia de nuestro estudio en el que se llegó a comprobar la relación entre estas dos características evaluadas.

Ayasca, C., Mogollón, A., Ramos, M. Los resultados demostraron que las madres 188 (75%) brindaron Lactancia Materna Exclusiva por un período de 6 meses y del mismo grupo de madres, se halló que 176 (70%) tuvieron una respuesta normal para el desarrollo psicomotor, donde el 78% de éstos recibieron Lactancia Materna Exclusiva. (18) comprobándose así que existe una relación favorable entre la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotor del menor, siendo similar al hallazgo de este estudio.

Ticsihua J. y Poma E. Resultados: 25.6% de madres son menores de 19 años. 24% no llevan a sus menores a sus controles CRED según programación. 89.3% refieren que conocer el peso y talla del niño es importante. 68% reseñan que los niños vienen a este mundo con la inteligencia que Dios les dio. 22% describe que cuando el niño esta lloroso deben llevarlo al curandero. 20.7% responden airadamente cuando sus menores les hablan. 38.8% de las madres refieren que gritan al niño cuando no hace las cosas correctamente. 73.9% de menores presentan un desarrollo psicomotor normal. 18.2% presenta trastorno en el desarrollo, 3.3% tienen adelanto en el desarrollo. 5% presenta riesgo en el trastorno del desarrollo. 28.9% de madres tiene creencias sobre la crianza, 19% no son afectivas con el menor, 17.4% de ellas son poco tolerables. 19% no son organizadas. Las seis dimensiones evaluadas tienen relación altamente significativa con el desarrollo psicomotor del menor de dos años. ($p \leq 0.01$). (19)

Puente, Y., Huisa, J. resultados el nivel de conocimientos de las madres es bajo en 37.5%, medio en 60.5% y alto en 2%, las creencias sobre la LME son inadecuadas en 78% destacando la creencia de que “se debe espaciar las mamadas para que puedan llenarse los pechos”, las actitudes son negativas en 68%, 32.5% de las madres dicen que “dando leche artificial es la única forma de que la familia ayude con el cuidado del hijo”, el abandono de LME es 86.5%, el 42.5% de abandono es al cuarto día del menor. Existe relación altamente significativa ($p \leq 0.01$) entre nivel de conocimientos bajo y el abandono de LME, entre las creencias inadecuadas y el abandono de la LME en 98.1%, entre la actitud negativa y el abandono de la LME en 94.1% de las madres evaluadas. (20)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- El perfil del desarrollo psicomotor en niños menores de 6 a 12 es normal en el 76.7%, se presentó retraso en alguna área del desarrollo psicomotor en 19.4% de los menores y un 3.9% de adelanto en alguna área del desarrollo psicomotor. En la evaluación del desarrollo psicomotor muestra que existe un retraso en el área motora en control de cabeza y tronco – sentado con el 17.5%, y así mismo hay déficit en el área de lenguaje comprensiva con el 16.5%.
- La prevalencia de la no adherencia a la lactancia materna exclusiva en niños menores evaluados es de 30.1% siendo la adherencia de 69.9%.

CONCLUSION GENERAL:

- Existe una relación altamente significativa entre el perfil del desarrollo psicomotor en relación a la no adherencia de la lactancia materna exclusiva, de los 72 menores que han recibido lactancia materna, el 90.3% presenta un desarrollo psicomotor normal y solo un 4.2% de este grupo presenta retraso en alguna área del desarrollo, además se observa que el 100% de los menores que presentaron algún adelanto en el desarrollo, son niños que recibieron lactancia materna exclusiva, contrariamente a esto, se tiene a 31 menores que no tuvieron lactancia materna exclusiva, de ellos el 54.8% presentaron retraso en alguna de las áreas del desarrollo psicomotor. ($p < 0.01$).

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- Al personal del Centro de Salud de Chilca se recomienda tomar acciones para reorientar positivamente; mediante cursos de capacitación frecuentes para promocionar eficazmente sobre la Lactancia Materna Exclusiva y Desarrollo Psicomotor del niño(a).
- Apoyar a las madres mediante la promoción de grupos de apoyo y consejería en distintas etapas; principalmente durante el embarazo, postparto inmediato y el periodo neonatal ya que tiene un fuerte impacto positivo en la lactancia de madres primerizas y además los esposos y familiares deben ser partícipes en estas circunstancias.
- Se recomienda a la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo que programen y ejecuten actividades continuas de diagnóstico, detección oportuna y

recuperación en caso de niños y niñas con déficit en algún área del desarrollo psicomotor.

- En cada control de CRED se debe sensibilizar la importancia de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, de tal manera evaluar cómo está lactando en ese momento.
- Brindar a los padres de familia una guía de actividades de estimulación temprana e información, para reforzar cada una de las áreas y de esta manera reforzar el desarrollo psicomotriz en general y ubicarlo en un nivel adecuado. Además, esta guía deberá tener información general de los hitos del desarrollo, enfermedades más comunes, etc.
- Se recomienda realizar más estudios sobre lactancia materna en relación al desarrollo psicomotor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev. Enfermería Actual. N° 15. Costa Rica [en línea]. Octubre 2008. ISSN 1409-4568. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>.
2. UNICEF y Organización Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño: 59° Asamblea Mundial de la Salud. Informe cuadrienal. Informe de la Secretaría A59/13. 2006.
3. Bolaños, L. Salud familiar y del menor, lactancia Materna, México. 2011.
4. Muñoz F. Lactancia materna. Pediatría Integral. Bogotá. Colombia. 2010.
5. Oliver A. El abandono prematuro de la Lactancia Materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. [Tesis] Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería. España. 2012.
6. OMS. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2016.
7. Ministerio de Salud. La Lactancia Materna y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la Leche Materna en el Perú. 2014
8. Palacios, M. Alimentación complementaria. Destete. Pediatría Integral. México. 2010
9. Reyes Vázquez H. Lactancia materna: ventajas y aspectos prácticos. En: Avances en el tratamiento y prevención de la EDA en niños. 1991.
10. Cruz M, Molina JA, Barguñó JM. Lactancia Materna. En: Cruz M. Tratado de Pediatría 7ma ed. Barcelona: Espaxs, 1994.

11. Argumedo, R. Indagación del crecimiento y desarrollo. Documento clínico en Pediatría Barcelona, 2010.
12. Rueda, N. La lactancia materna en el desarrollo psicomotor del niño de 1 a 6 meses, en el Centro de Salud de Latacunga de la provincia de Cotopaxi. [Tesis de grado] Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, 2016.
13. Chinququirá, M. Desarrollo psicomotor en niños alimentados con lactancia materna exclusiva o con fórmula artificial. [Tesis de grado] Venezuela: Universidad del Zulia, 2014.
14. Bustamante, G. y Fernández, M. Efecto de la lactancia materna en el desarrollo de niños y niñas de 18 meses a 4 años. [Tesis de grado] Ecuador: Universidad San Francisco de Quito, 2014.
15. Magalón, M. y Magalón, V. Lactancia materna exclusiva en desarrollo psicomotor del lactante menor en el servicio de consulta externa del HUHMP. [Tesis de grado] Colombia: Universidad Surcolombiana, 2012.
16. Albino, F. Relación que existe entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor del niño de 6 meses que acude al servicio de CRED de un centro de salud. [Tesis de grado] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.
17. Infante, M., Boada, A., Cabrera, F. Influencia de la lactancia materna exclusiva en el desarrollo psicomotor en niños menores de tres años del programa del vaso de leche en el distrito Jesús de Nazareth. [Tesis de grado] Perú: Universidad San Martín de Porres, 2009.
18. Ayasca, C., Mogollón, A., Ramos, M. Antecedentes de lactancia materna y la evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 2 a 5 años del CEI 072

- de la Urbanización Villacampa, Rímac. [Tesis de grado] Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1997.
19. Ticsihua, J., Poma, E., Factores Maternos y perfil del Desarrollo Psicomotor en el niño menor de 2 años en el Puesto de Salud La Esperanza Chilca – 2016. (Tesis para optar el Título Profesional).
 20. Puente, Y., Huisa, J., Factores predisponentes del Abandono De la Lactancia Materna exclusiva en madres atendidas en la estrategia de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Materno Infantil “El Carmen” Huancayo, 2013. (Tesis del título profesional).
 21. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Editorial Médica Panamericana. 2008.
 22. Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica. Lawrence RA. Editorial Elsevier España. 6ª edición. Ed. en español 2007.
 23. Guía de Lactancia Materna. Gobierno Balear. 2009.
 24. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
 25. Salgado.P. Desarrollo Motor Normal. Análisis desde el enfoque del Neurodesarrollo Santiago de Chile: Universidad de Chile 2007.
 26. Avaria, M. (2009). Desarrollo Psicomotor. *Revista chilena de Pediatría*, 70(2), 162-167.
 27. Norma técnica de salud de control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Minsa 2017/DGIESP con resolución ministerial N° 537.

28. Doussoulin, A. (2003). Influencia del nivel socioeconómico y la estimulación ambiental en el desarrollo psicomotor en preescolares. *Revista de Kinesiología*, 70, 15-17.
29. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2014.

I. ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA - 2017”

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACIÓN Y MUESTRA	DISEÑO	TECNICA E INSTRUMENTO	ESTADISTICA
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es el perfil del desarrollo psicomotor en relación a la no adherencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud Chilca - 2017?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar el perfil del desarrollo psicomotor en relación a la no adherencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el centro de salud chilca – 2017.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe relación significativa entre el perfil del desarrollo psicomotor con la no adherencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el centro de salud chilca – 2017.</p>	<p>Variable 1:</p> <p>No adherencia a la lactancia materna.</p> <p>Variable 2:</p> <p>Perfil del desarrollo psicomotor</p>	<p>Población:</p> <p>La población estará conformada por 140 madres con sus respectivos niños de 6 a 12 meses.</p> <p>Muestra:</p> <p>El cálculo del</p>	<p>Nivel de investigación:</p> <p>Descriptiva. Transversal. Aplicativa.</p> <p>Diseño:</p>	<p>TÉCNICA:</p> <p>Para variables 1 es la encuesta y para variable 2 la TPED.</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Para el</p>	<p>El análisis inferencial se evaluará mediante la correlación con el análisis Thao de Kendall y la prueba de comparación proporcional</p>

Problemas específicos:	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		tamaño de muestra se realizó mediante la aplicación de la fórmula de muestra para proporciones.	Correlacional	desarrollo psicomotor es el Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño de 0 a 30 meses. Para la evaluación de la no adherencia a la LME es una encuesta.	de xi cuadrado.
¿Cuál es el perfil del desarrollo psicomotor en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud de Chilca, 2017?	Identificar el perfil del desarrollo psicomotor en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud de Chilca, 2017.	El perfil del desarrollo psicomotor en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud de Chilca, es de déficit en alguna área del desarrollo.		$Z2 \alpha/2$ $(p)(q)(N)$ $n = \frac{Z^2 \alpha/2 (p)(q)}{e^2(N-1) + Z^2 \alpha/2 (p)(q)}$			
¿Cuál es la prevalencia de la no adherencia a la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12	Evaluar la prevalencia de la no adherencia a la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12	La prevalencia de la no adherencia a la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud de		n = 103 madres con sus menores de 6 a 12 meses			

meses atendidos en el Centro de Salud de Chilca, 2017?.	meses atendidos en el Centro de Salud de Chilca, 2017.	Chilca es alta.					
---	--	-----------------	--	--	--	--	--

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ENCUESTA SOBRE NO ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

PRESENTACIÓN: Esta encuesta está dirigida a conocer cuáles es el periodo en el que le brindó Lactancia Materna Exclusiva a su menor hijo. Le agradecemos su gentil colaboración porque todo lo que usted diga será en beneficio de sus menores hijos, además nos ha de servir para poder proponer algunas soluciones en bien de todos.

II. DATOS GENERALES:

DE LA MADRE:

1. ¿Qué edad tiene usted?

a) menor de 19 años

c) 26 - 30

b) 20 - 25

d) Mayores 31

2. grado de instrucción

a) sin estudio

c) Secundaria

b) Primaria

d) superior

3. ¿Cuál es su estado civil?:

a) Soltera () b) casada () c) conviviente () d) divorciada () e) viuda ()

4. ¿Cuál es su procedencia?

DEL NIÑO:

5. ¿fecha de nacimiento de su niño?

6. ¿Cuántos meses tiene? (meses cumplidos)

7. Sexo: a) Masculino () b) Femenino ()

8. ¿Cuál es la razón de su cita?

a) Control () b) Control y Consulta ()

Motivo:

III. CONTENIDO PARA MEDIR LA ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

1. ¿Le dio lactancia materna exclusiva a su niño hasta los 6 meses?

a) Si

b) No

2. ¿A qué edad comenzó usted a darle leche materna a su hijo?

a) Desde que nació

b) A la semana que nació

c) Desde el primer mes

d) Nunca Explique porque:

3. ¿Cuántas veces al día le daba de lactar?

a) 3 veces al día

b) 5 veces

c) 8 o más veces al día

d) No hay horario, cada vez que me pedía.

4. ¿Hasta qué edad le dio solo leche materna a su niño?

a) Hasta los 3 meses

b) Hasta los 4 meses

c) Hasta los 5 meses

d) Hasta el 6to mes o más.

5. ¿En algún momento le dio leche de formula a su hijo?

a) Todo el tiempo

b) Antes de los 2 meses

c) 3 a 5 meses

d) Nunca Explique porque:

6. ¿Interrumpió en algún momento la lactancia materna?

a) Unos días

b) Una semana

c) 1 mes o más

d) Nunca Explique porque:

7. ¿A qué edad recibió su primer alimento sólido (papillas)?

a) A los 3 meses

b) A los 4 meses

c) A los 5 meses

d) A los 6 meses o más

8. ¿El niño recibió agüitas antes de los 6 meses?

a) Si, desde los 3 meses

b) Si, desde los 4 meses.

c) Si, desde los 5 meses.

d) Nunca Explique porque:

9. ¿Qué tipo de agüitas?

a) Agua Pura

b) Infusiones (anís, muña, manzanilla, etc.)

c) Otros

d) Ninguna

¡GRACIAS!

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL PERFIL DEL DESARROLLO
PSICOMOTOR

 PERÚ Ministerio de Salud		TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO															
		1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES
ACTIVIDAD	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
CONTROL DE CARGA Y TRONCO SINUADO	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
CONTROL DE CARGA Y TRONCO NOTADIALES	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
CONTROL DE CARGA Y MOVIMIENTO EN BRUJAS	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
USO DEL BRAZO Y MANO	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
VISIÓN	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
AUDICIÓN	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
SERVALE COMPRESIVO	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
LINGUAJE EXPRESIVO	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
COMPROMISO SOCIAL	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
IDENTIFICACIÓN VISUAL Y REPERTE	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
JUEGO	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
REGULACIÓN APRENDE	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
ACTIVIDAD	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES

ANEXO

VALIDEZ DE CONSTRUCTO: PRUEBA BINOMIAL-JUICIO

DE EXPERTOS

N° ITEM	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	P VALOR	SIG. ESTAD.
1	1	1	1	0.032	SIG.
2	1	1	1	0.004	ALT. SIG.
3	1	1	1	0.026	SIG.
4	1	1	1	0.001	ALT. SIG.
5	1	1	1	0.008	ALT. SIG.
6	1	1	1	0.012	SIG.
7	1	1	1	0.002	ALT. SIG.
8	0	1	0	0.032	SIG.
9	1	1	1	0.041	SIG.
10	1	1	1	0.033	SIG.

ANEXO F

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: COEFICIENTE DE

KUDER – RICHARSON

$$KR20 = \left(\frac{n}{n-1} \right) \frac{\sigma_t^2 - \sum p_i q_i}{\sigma_t^2}$$

Dónde:

k = número de preguntas o ítems.

p = proporción de éxito.

q = proporción donde no se identifica el atributo. (1 - p)

σ^2 = varianza de las puntuaciones totales

Los valores oscilan entre 0 y 1. Un valor cercano a la unidad

indica fiabilidad.

Datos:

k = 10

$\sum p*q$: 1.56

$$\sigma^2 = 4.36$$

Por lo tanto:

$$K-R = (10/9) 4.36 - 1.56/4.36$$

$$K-R = 1.11 * 0.64 = 0.7128$$

Se dice que un instrumento tiene alta confiabilidad cuando el resultado de su análisis da un mayor de 0.50. Por lo tanto, si el valor obtenido es de 0.7128, el instrumento del presente estudio es CONFIABLE.

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TITULO: "PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA, 2017"

Item 1	PREGUNTA	OBSERVACIONES		
		JURADO		Observaciones
		SI	NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema	✓		
2	El instrumento persigue los fines de los objetivos generales.	✓		
3	El instrumento persigue a los fines de los objetivos específicos.	✓		
4	Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento.	✓		
5	El instrumento responde a la operacionalización de las variables.	✓		
6	La escala utilizada es correcta.	✓		
7	Los reactivos siguen un orden lógico.	✓		
8	Los ítems están redactados en forma clara y precisa.	✓		
9	El número de ítems que cubre cada dimensión es el correcto	✓		
10	Se deben considerar otros ítems.		✓	

SUGERENCIAS.....

DATOS DEL VALIDADOR:

NOMBRE: JORGE LUIS ARAUCO RODRIGUEZ

TITULO O GRADO ACADÉMICO: LIC EN ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
PUERTO SALUD AZAPAZA

FIRMA DEL VALIDADOR
CER: 22019

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TITULO: "PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA, 2017"

Item 1	PREGUNTA	OBSERVACIONES		
		JURADO		Observaciones
		SI	NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema	✓		
2	El instrumento persigue los fines de los objetivos generales.	✓		
3	El instrumento persigue a los fines de los objetivos específicos.	✓		
4	Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento.	✓		
5	El instrumento responde a la operacionalización de las variables.	✓		
6	La escala utilizada es correcta.	✓		
7	Los reactivos siguen un orden lógico.	✓		
8	Los ítems están redactados en forma clara y precisa.		✓	pregunta 2.3 Reformular
9	El número de ítems que cubre cada dimensión es el correcto	✓		
10	Se deben considerar otros ítems.	✓		

SUGERENCIAS... Reformular las preguntas 2.3 de la encuesta

DATOS DEL VALIDADOR:

NOMBRE: ... LIC. LESLY ESTERALDA CASAS MAYTA

TITULO O GRADO ACADÉMICO: ... LICENCIADA EN ENFERMERÍA



FIRMA DEL VALIDADOR

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TITULO: "PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACIÓN A LA NO ADHERENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA, 2017"

Item 1	PREGUNTA	OBSERVACIONES		
		JURADO		Observaciones
		SI	NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2	El instrumento persigue los fines de los objetivos generales.	X		
3	El instrumento persigue a los fines de los objetivos específicos.	X		
4	Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento.	X		
5	El instrumento responde a la operacionalización de las variables.	X		
6	La escala utilizada es correcta.	X		
7	Los reactivos siguen un orden lógico.	X		
8	Los ítems están redactados en forma clara y precisa.	X		
9	El número de ítems que cubre cada dimensión es el correcto	X		
10	Se deben considerar otros ítems.	X		

SUGERENCIAS.....

DATOS DEL VALIDADOR:

NOMBRE: *FERNÁNDEZ BLENDIA LUISA LAURA*

TITULO O GRADO ACADÉMICO: *LICENCIADA DE ENFERMERIA*

FIRMA DEL VALIDADOR



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Chilca, 24 Agosto del 2017

Señoritas:
SONILDA MERINO CUBA

ASUNTO: **CARTA DE ACEPTACION**

De mi mayor consideración:

Con singular agrado me dirijo a usted, para expresarle mi saludo a nombre de la Micro Red de Chilca que me honro dirigir, y a la vez dar a conocer, que visto su solicitud de Autorización para **realizar Trabajo de Investigación**, esta jefatura **Autoriza** la realización de la misma titulada "PERFIL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN RELACION A LA NO ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS MENORES DE 6 A 12 MESES", en el Centro de Salud Chilca, con el compromiso de hacer entrega de una copia de la Investigación Realizada.

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes testimoniarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - JUNIN
RED DE SALUD VILLA EL SALVADOR
MICRO RED DE SALUD CHILCA



Mag. **Edith S. Pariona Salazar**
JEFE DE LA MICRO RED DE SALUD CHILCA
ESPECIALISTA EN SALUD PUBLICA
CEP. 10641 - RNE. 104

ANEXOS



