

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**“RELACION 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

Para optar el Título de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Fabiola Albino Meza

ASESOR

Ángela Rocío Cornejo Valdivia de Espejo

Lima – Perú

2015

**“RELACION 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”**

Primero agradezco a la Doctora Rocío Cornejo Valdivia por su guía y apoyo durante la construcción de esta investigación.

Al Centro de Salud “Nueva Esperanza” por su colaboración durante la realización de este estudio.

A las madres que asisten al control de Crecimiento y Desarrollo que participaron para que este estudio pueda llevarse a cabo.

Esta Investigación va dedicada a mi familia, mis seres más queridos quienes siempre me brindaron su apoyo incondicional durante todo el desarrollo de mi formación profesional.

Dedico también este trabajo a mis amigos por acompañarme en esta maravillosa aventura y por todos los ánimos y momentos compartidos.

Por ultimo dedico este trabajo a Dios por ser la luz que ilumina cada uno de los espacios de mi vida, y porque la familia y amigos que tengo son la mejor bendición que él me pudo dar.

INDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	i
DEDICATORIA.....	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACS	vii
PRESENTACIÓN	viii
 CAPITULO I: INTRODUCCION	
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
B. FORMULACION DEL PROBLEMA	4
C. OBJETIVOS	5
D. JUSTIFICACION	5
E. LIMITACIONES.....	6
F. MARCO TEORICO	6
1. Antecedentes	6
2. Base Teórica Conceptual.....	10
2.1. Lactancia Materna.....	10
2.2. Desarrollo Psicomotor	21
2.3. Rol de Enfermería	27
3. Definición Operacional De Términos	28
G. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS:	29
1. Hipótesis Principal	29
2. Hipótesis nula	29
 CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO	
A. TIPO DE INVESTIGACION.....	30

B.	AREA DE ESTUDIO	30
C.	POBLACION Y MUESTRA	31
D.	VARIABLES DE ESTUDIO	32
E.	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	32
F.	PROCESO DE RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS	33
G.	PROCESO DE ANALISIS E INTERPERTACION DE DATOS.....	34
H.	CONSIDERACIONES ETICAS.....	35

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

A.	RESULTADOS.....	36
B.	DISCUSION	40

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A.	CONCLUSIONES	43
B.	RECOMENDACIONES	44

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO	Pág.
1 ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO SETIEMBRE-DICIEMBRE 2014	37
2 NIVEL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 6 MESES QUE ASISTE AL SERVICIO DE CRED DEL C.S NUEVA ESPERANZA SETIEMBRE-DICIEMBRE 2014	38

RESUMEN

Objetivos: Determinar la relación entre la adherencia a la Lactancia Materna Exclusiva y el Nivel de Desarrollo Psicomotor. **Método:** 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 “Nueva Esperanza” durante los meses de Setiembre a Diciembre del 2014. 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. Para el plan de análisis de la correlación entre las variables se utilizó el paquete estadístico SPSS, utilizando la formula estadística de Chi Cuadrado. **Resultados:** Respecto a 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.

Palabras claves: Desarrollo Psicomotor, adherencia y lactancia materna exclusiva.

ABSTRACS

Objectives: determine the relationship between adherence to exclusive breast feeding and Psychomotor Development Level. **Method:** quantitative research, applicative level, correlational descriptive method and cross-section; the sample was obtained by a non-probability sampling consisted of 30 mothers and their children 6 months who attended the control growth and development of the Health Center "Nueva Esperanza" during the months of September to December 2014. For data gathering was chosen as techniques: the interview and observation, as instruments: the survey and the scale evaluation of psychomotor development protocol, the first instrument was applied personally to each mother who go with your child to growth and development program, while the second was taken to out through a home visit. For the plan of analysis of the correlation between variables SPSS was used, using the chi-square statistic formula for being categorical variables. **Results:** Regarding the relationship between adherence to exclusive breastfeeding and level of psychomotor development of 100% (30) of children, 60% (18) had no grip and 40% (12) if they had, 60% (18) who had no adhesion by 40% (12) of children at risk of psychomotor development and 20% risk was identified; apply statistical significance lower than expected chi square was obtained, so that the main hypothesis is rejected and the null hypothesis is accepted, in the sense that the variables are unrelated and are therefore are independent variables. **Conclusions:** There is no relationship between adherence to exclusive breastfeeding and psychomotor development of children; however, over 50% of children whose mothers showed no adhesion were found at risk of psychomotor development.

Keywords: Psychomotor development, adhesion and exclusive breastfeeding.

PRESENTACIÓN

La lactancia materna exclusiva es una de las prácticas más importantes que los organismos nacionales e internacionales buscan impulsar día a día. Los primeros años de vida, constituyen el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y a su vez el más vulnerable; por ello es importante proporcionarle una alimentación suficiente y adecuada, siendo la lactancia materna el alimento óptimo para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 6 meses de vida.

Se destaca de esta práctica que como vínculo afectivo y cognitivo es tan importante como el nutricional, puesto que el contacto entre la madre y el niño, brinda confianza al niño y genera en la madre un incremento de su unión con el pequeño. Tanto en función de su importancia en la alimentación como en términos de su valor para el desarrollo psicomotor, el personal de enfermería cumple un rol primordial en la aceptación de las madres para que la lactancia materna se presente de forma precoz, exclusiva y a libre demanda del niño, antes de los seis meses de vida y continuar con ella de forma complementaria hasta los dos años de edad

Por todo lo expresado nace el deseo de realizar esta investigación con el objetivo de establecer la relación entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel del desarrollo psicomotor en niños de 6 meses.

La estructura del presente trabajo está conformada por un primer capítulo la Introducción, en la que se expone el planteamiento, la formulación, la justificación del problema y las limitaciones del estudio.

En el segundo capítulo: Diseño metodológico, donde se presentan las técnicas de recolección de datos así como la forma de procesamiento y presentación de datos. El tercer capítulo se detalla los resultados y la discusión de los hallazgos. Por último el cuarto capítulo se expone las conclusiones y recomendaciones en relación al estudio.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida, y que constituya parte importante de la alimentación durante el resto del primer año. ⁽¹⁾ Ante ello dichas organizaciones lanzaron en 1992 la iniciativa “Hospitales Amigos de los Niños” con el fin de fortalecer apoyo de la lactancia materna. La iniciativa “Hospitales Amigos de los Niños” se ha aplicado en aproximadamente 16 000 hospitales de 171 países y ha contribuido a mejorar la adhesión a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo. ⁽²⁾ Aunque la mejora de los servicios de maternidad ayuda a aumentar el inicio de la lactancia materna exclusiva, para que las madres no la abandonen, es necesario un apoyo de todo el sistema de salud. Ante esto, el Plan Estratégico Multisectorial para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna 2013-2021 busca reforzar la aplicación de la normativa existente sobre la alimentación de los lactantes, garantizar la disponibilidad de salas de lactancia en los lugares de trabajo, y reevaluar los hospitales que hayan obtenido el certificado de “amigos de la madre y el niño” para confirmar que siguen apoyando la lactancia natural.

Mediante esas medidas, el Perú intentará aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuación de la lactancia hasta los 24 meses en un 2% anual hasta 2021.

En el Perú durante el periodo 2000-2010, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-2011), la proporción de menores de seis meses de edad con Lactancia Materna Exclusiva (LME) se ha incrementado de 67, 2% a 68,3%. No obstante, en zonas urbanas, entre los años 2007 y 2010, la LME en el referido grupo etario ha disminuido en casi 5% (de 64,5% a 59,9%) en zonas urbanas, poniéndose en riesgo la salud de un significativo número de niñas y niños. Entonces si se profundiza en estos resultados, se observa que la LME en las áreas rurales es la que se ha incrementado en mayor proporción con el paso de los años. Aun para los tiempos actuales el porcentaje en cuanto a la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad ha tenido un comportamiento variable de 58.3%, 70.6%, 68.6% y 71% para los años de 2010, 2011, 2012, y 2013 respectivamente. Asimismo, se observa que el 75% de los niños reciben Lactancia Materna Exclusiva hasta el primer mes, la proporción disminuye al 60% cuando el niño cumple el tercer mes y se reduce a 50% al llegar al quinto mes de vida. ⁽³⁾.

Además de ello existe también aquellas situaciones donde a pesar que el Perú es un país que intenta destacar como regulador de la promoción de la lactancia materna, se consta un aumento del uso de sucedáneos de la leche materna por parte de las madres, lo cual socava los objetivos antes mencionados que se quieren lograr. La OMS, el UNICEF y un amplio grupo de ONG están colaborando con el gobierno para intensificar su apoyo a la lactancia materna una vez más.

Uno de los aspectos trascendentales de la salud pública es contribuir al desarrollo integral de los niños, a través del posicionamiento de la lactancia materna como práctica exclusiva desde

la primera hora de vida hasta los 6 meses ya que esta fortalece el sistema inmunológico, contribuye al desarrollo progresivo del aparato digestivo, protege al niño de enfermedades crónicas y fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo del niño. Se reconoce que la leche materna cubre satisfactoriamente los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes en 95%, y disminuye a 80% durante el sexto mes, a 60% el noveno y 32.5% a los 12 meses; motivo por el cual se recomienda el inicio de la alimentación complementaria al sexto mes. ⁽⁴⁾

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. ⁽⁵⁾ 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. ⁽⁶⁾

Sin embargo, a pesar que las ventajas son múltiples las estadísticas no evidencian que el 100% de niños reciban lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses de vida. Ante esta problemática el personal de enfermería cumple un rol importante durante el control de Crecimiento y Desarrollo mediante la promoción de esta práctica a través de la consejería a la madre resaltando en cada ocasión que la leche materna no solo es un conjunto de nutrientes apropiados para el lactante, sino que estos nutrientes interactúan y que tienen más de una función cada uno, generalmente una nutricional, otra

de protección contra las infecciones, y otra de estímulo del desarrollo al asegurar y prolongar la formación de vínculos entre la madre y su hijo.

El problema surge con lo observado en el desarrollo de las prácticas en el servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niños Sano, del C.S “Nueva Esperanza”, en los cuales se pudo evidenciar a través de la entrevista que algunas madres hacían uso de sucedáneos de la leche materna incluso desde la primera semana de vida o caso donde la alimentación complementaria era iniciada antes de los 6 meses. Así tenemos que si bien la lactancia materna es reconocida por su valor nutricional y que existe un riesgo en el peso y talla del niño que no recibe este alimento de forma exclusiva, nace la interrogante ¿pasa lo mismo con el desarrollo psicomotor? ¿La carencia de esta práctica en la madre será también un factor relevante en el óptimo desarrollo de su niño?

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre la relación que existe entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor en lactantes de 6 meses.

B. FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la 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 del C.S Nueva Esperanza?

C. OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Determinar la relación entre la adherencia a la Lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor del niño de 6 meses.

Objetivos Específicos:

- Identificar la adherencia a la lactancia materna exclusiva en las madres de niños de 6 meses de edad.
- Identificar el nivel de desarrollo psicomotor de los niños de 6 meses de edad.
- Establecer la relación entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotor.

D. JUSTIFICACION:

La primera infancia es el período de desarrollo cerebral más intenso de la vida de todo ser humano, por tanto, es fundamental proporcionar una estimulación y nutrición adecuada para el desarrollo del niño durante los primeros años de vida. Un óptimo desarrollo garantiza que cada niño o niña alcance su potencial y se integre como parte productiva en una sociedad globalizada. 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; sin embargo, cada año en el Perú hay 320 mil niños que no reciben lactancia materna antes de la primera hora de vida, esto significa que la mitad de los niños que nacen no están recibiendo lactancia materna en la primera hora, con los riesgos que ello implica para su

supervivencia y adecuado desarrollo en no poder alcanzar su pleno potencial cognitivo y social. Aun así aunque mucho se ha especulado acerca de la adherencia a la lactancia materna para una buena nutrición y desarrollo psicomotor, la realidad es que el problema sigue siendo evidente a pesar de la promoción y los programas educativos que se desarrollan para fomentar esta práctica. Así tenemos que en nuestro país la lactancia materna en los últimos 10 años ha fluctuado entre un 48% a 56%, y de este grupo la practica exclusiva es de un 63% a 72%.

Es por ello que el presente trabajo de investigación se justifica en la importancia de la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, como factor relevante para el desarrollo psicomotor óptimo de todo niño y así 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.

E. LIMITACIONES:

El presente estudio solo es generalizable al ámbito donde se realizó la investigación.

F. MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTES:

A continuación se presenta la revisión de la literatura, expresando la existencia de algunos trabajos de investigación de carácter internacional relacionado con el tema de investigación.

Maldonado Sabando, Emilio realizó un estudio denominado “Lactancia Materna Vs. Alimentación con Fórmulas Lácteas. Estudio Comparativo de sus Efectos en el Desarrollo Psicomotriz en niños entre 6 a 24 meses de edad, realizado en el Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón, Octubre 2004 - Marzo 2005” de tipo casos y controles. El cual tuvo como objetivo general: Evaluar el desarrollo motor, cognoscitivo y psicosocial de niños entre 6 y 24 meses, que recibieron lactancia materna o alimentación con fórmulas lácteas, durante los primeros 6 meses de vida y objetivos específicos: Determinar el porcentaje de madres que dan lactancia materna a sus hijos los primeros 6 meses de vida, determinar el porcentaje de madres que dan alimentación con fórmulas lácteas a sus hijos, durante los primeros 6 meses de vida y establecer el cociente madurativo y número de banderas rojas, en niños de 6 a 24 meses de vida de acuerdo al tipo de lactancia recibida. La población estudiada estuvo conformado por 66 niños entre 6 y 24 meses de edad, 15 fueron alimentados exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida con fórmulas lácteas, mientras que los 51 restantes con leche materna. Entre sus conclusiones tenemos:

“Existieron en el estudio, más niños lactados maternalmente, que alimentados con fórmulas durante los primeros 6 meses de vida. Se obtuvo mejores cocientes madurativos en el grupo de niños alimentados con leche materna en los dominios motor y sobre todo cognoscitivo, a excepción del dominio psicosocial, en el cual no se rechaza”.⁽⁷⁾

Alarcón Armendáriz Martha Elba, Alvarado Guerrero Irma Rosa, Huitrón Vázquez Blanca Estela realizaron un estudio sobre la “Duración de la Lactancia y Desarrollo Psicomotor en infantes de un programa de seguimiento 2007” estudio de tipo cuantitativo retrospectivo,

longitudinal, observacional y descriptivo cuyos objetivos fue describir el nivel de desarrollo psicomotor a los 8 y 12 meses de edad, con respecto a la duración de la lactancia materna. Participaron 112 lactantes quienes cubrieron los requisitos de inclusión. Se formaron dos grupos según el tiempo de lactancia materna predominante: suspensión temprana (hasta tres meses) y lactancia extendida (cuatro y más meses). Entre sus datos más relevantes encontramos:

“El 47% de los niños del primer grupo, tuvieron un mejor desarrollo comparados con los del grupo de lactancia extendida, quienes tuvieron mayor prevalencia de malnutrición. Los datos confirman la necesidad de conducir nuevos estudios que integren otras variables de interés cuya contribución a la promoción de la lactancia exclusiva hasta los seis meses y el desarrollo sean relevantes.”⁽⁸⁾

Sevilla Paz Soldán Ricardo, Zalles Cueto Lourder, Santa Cruz Gallardo Walter realizaron un estudio sobre “Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: evaluación del impacto en el desarrollo, inmunidad, composición 2011” estudio de tipo cuantitativo, descriptivo comparativo transversal cuyo objetivo fue Determinar efecto de lactancia materna y fórmulas artificiales en estado nutricional del par madre-niño/a, desarrollo psicomotor, inmunidad. La población de estudio estuvo conformada por 369 niños que ingresaron al estudio: 265 recibieron lactancia materna exclusiva, 104 fórmula artificial exclusiva. Entre sus conclusiones tenemos:

“El aporte de la leche materna, beneficia no solo al niño/a, sino que contribuye a la relación madre-niño/a, lo que permite considerar investigaciones y/o estrategias que trabajen sobre el apego a la lactancia materna con inclusión importante del entorno social (pareja, familia).

La leche materna y el acto de mamar en la relación madre niño, al parecer son partes importantes de un código secreto que debe continuarse descifrando para perennizar la especie humana sana.”⁽⁹⁾

Chasi Sánchez, Jessica Nathaly realizó un estudio sobre el “Crecimiento y Desarrollo Psicomotor en niños menores de un año en relación con la Lactancia Materna y Artificial en el Hospital Provincial general de Latacunga Septiembre 2011- Enero 2012” estudio de tipo cuali-cuantitativo, transversal, el cual tuvo como objetivos diseñar un programa educativo orientado a capacitar, sobre la importancia de la relación nutrición desarrollo infantil a las madres que se encuentran dando de lactar en el Hospital Provincial General de Latacunga periodo Septiembre 2011-Enero 2012 y fundamentar científicamente sobre la relación entre nutrición, lactancia (materna y artificial) y desarrollo en niños menores de un año. Su población de estudio consto de 30 madres que en el momento de realizar estaban dando de lactar. Entre sus conclusiones tenemos:

“Se reconoce que la lactancia y la alimentación complementaria son componentes fundamentales en las estrategias de desarrollo integral de la primera infancia y que a mediano y largo plazo contribuye a mejorar el rendimiento escolar”.⁽¹⁰⁾

Berdnar Carretero, Cristina realizo un estudio sobre el “Efecto del tipo de lactancia durante el primer año de vida sobre el estado de hierro y el desarrollo físico y psicológico del niño” 2012; estudio de tipo longitudinal de intervención cuyo objetivo fue valorar el desarrollo de los niños durante el primer año de vida en función del tipo de lactancia realizada durante el primer semestre y en función de la dosis de hierro administrada durante el segundo semestre, en lactantes de nuestro entorno. La población estudiada estuvo conformada por 129 niños seguidos desde el nacimiento hasta el primer año de vida. Entre sus conclusiones tenemos:

“La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida aumenta el índice de desarrollo mental y psicomotor a los 12 meses en los niños de nuestra población.”⁽¹¹⁾

Habiendo revisado trabajos a nivel internacional, nivel nacional, regional y local no se han encontrado más trabajos relacionadas al problema de investigación, además de las anteriormente mencionadas.

2. BASE TEORICA CONCEPTUAL:

2.1. LACTANCIA MATERNA:

a. DEFINICIÓN

La lactancia materna es un término usado en forma general para hacer referencia a la alimentación básica más beneficiosa que puede recibir el recién nacido y lactante a través del seno materno, ya que a mediante ella se asegura la nutrición completa, suficiente, equilibrada y adecuada a las necesidades nutricionales que requiere todo ser vivo en sus primeros meses de vida.

b. IMPORTANCIA

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al niño de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida;
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua.
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche;
- No utilizar sucedáneos.

El lactante alimentado por su propia madre desde el nacimiento, lleva un estilo de vida que se caracteriza por : satisfacción de sus necesidades nutricionales en forma flexible, acorde a su propia tolerancia y ritmo; contacto placentero y frecuente con su madre que le otorga singular sensación de seguridad, al mismo tiempo que estimulación sicomotora personalizada y cuidados generales adecuados; recibe lactancia materna modulada por su propio apetito y la atención de su madre, en frecuencia personal por demanda; la lactancia lo protege de frecuentes enfermedades que interfieran con su progreso evolutivo.

En concordancia con las características mencionadas, los autores publican evidencias de mejores rendimientos intelectuales, conductuales y sensoriales en los pre-escolares, escolares y adolescentes que fueron amamantados en su edad lactante. (Lucas, Kramer)

c. MARCO LEGAL DE LA LACTANCIA EN EL PERU

- Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de la leche materna, aprobado por 181 países de la Asamblea Mundial de la Salud (Resolución 34.22)
- Decreto Supremo N° 003-2002-PROMUDEH, que aprobó el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002-2012.
- Decreto Supremo N° 066-2004-PCM, que aprobó la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004-2015.
- Resolución Ministerial N° 126-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 006-MINSA-INS-V.01 “Lineamientos de Nutrición Materna”.

- Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 010-MINSA-INS-V.01 “Lineamientos de Nutrición Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 933-2005/MINSA, que establece la conformación del Comité Técnico Institucional para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna.
- Reglamento de Alimentación Infantil – RAI: 1982-2006. Decreto Supremo 020-82-SA)
- Reglamento de Alimentación Infantil – RAI Decreto Supremo 009-2006-SA, vigente
- En el 2008, se Crea la Comisión Multisectorial Para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna (Decreto Supremo N° 018-2008-SA).
- Semana de la Lactancia Materna 2010, N° 615-2010/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 035MINSA/ DGPS -V.01 “Promoción de la Semana de la Lactancia Materna en el Perú”.

d. COMPOSICION NUTRICIONAL:

La leche materna contiene: proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua que están en cantidad y proporción adecuadas para lograr una máxima biodisponibilidad en el lactante menor de 1 año. La osmolaridad de la leche materna y su contenido en enzimas digestivas y en factores moduladores de crecimiento permiten su mejor digestión y contribuyen al desarrollo del tubo digestivo durante los primeros meses de vida del niño. Los factores moduladores de crecimiento promueven el desarrollo de la mucosa intestinal, lo que reduce la posibilidad de ingreso de proteínas extrañas, como macromoléculas, que desencadenen reacciones alérgicas

Sus proteínas (1,2 a 1,6 g/100 ml) tienen una proporción 70:30 de proteínas del suero: caseína, lo que produce un coágulo gástrico blando y de vaciamiento rápido. La proporción de aminoácidos es única, destacándose la cantidad de cisteína que es esencial para los primeros meses de vida, y de taurina, que es un modulador de crecimiento que posee un papel importante en la maduración del sistema auditivo y de la audición. La glutamina también presente en mayor cantidad en la leche materna, interviene en el metabolismo de los enterocitos del sistema linfático, lo que contribuye a aumentar las defensas frente a las infecciones gastrointestinales.

La lactosa es el hidrato de carbono más abundante en la leche materna y su presencia en el lumen hasta porciones distales del intestino delgado contribuye a una buena absorción de calcio, hierro, magnesio y oligoelementos en el niño. Se encuentra en cantidades de 7 g/100 ml y aporta el 37% de las calorías totales.

Los lípidos están presentes en cantidades de 3,5 a 4,5 g/100 ml en la leche materna y son una importante fuente de energía. La óptima utilización de las calorías grasas de la leche materna se debe a la formación de glóbulos lipídicos pequeños, adecuados al desarrollo linfático intestinal del lactante menor, como también a la contribución de la taurina a los ácidos biliares. La lipasa humana presente en la leche materna, se suma a la lipasa pancreática, cuya actividad es todavía insuficiente en el lactante menor.

La composición de Ácidos Grasos guarda óptima relación con las cantidades de hierro y vitamina E para lograr una apropiada composición de las membranas celulares. El hierro, calcio, fósforo, los oligoelementos y las vitaminas A, C, D, B y E se encuentran en la leche humana en condiciones de óptima biodisponibilidad. La

presencia de ácidos grasos como el oleico, linoleico, araquidónico y docosahexanoico son esenciales para el metabolismo del Sistema Nervioso Central, particularmente de la retina y de los centros auditivos.

La presencia de inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima y células linfocíticas vivas en la leche materna produce una protección local y general contra las infecciones. La leche materna, como órgano vivo, trasplanta en el niño menor la experiencia inmunológica de su madre adulta. El recién nacido recibe inmunoglobulinas de la clase IgG a través del transporte placentario, pero las produce lentamente en los primeros meses, debido a la menor función de sus linfocitos T y B. Presenta, además, un déficit relativo de IgA, y de SIgA (inmunoglobulina IgA secretora). Por esta razón, es dependiente de la inmunidad que recibe de la madre a través de la leche materna.

La leche materna aporta al niño inmunoglobulinas IgG e IgM y, especialmente, IgA, que es el anticuerpo dominante y que se sintetiza en la glándula mamaria. El niño recibe 0,5 g diarios de IgA por la leche materna, la cual es resistente a la destrucción por enzimas proteolíticas y se une a bacterias, virus y antígenos, constituyendo un tipo de defensa local muy importante. En la fracción IgA de la leche humana se han descrito anticuerpos contra muchas bacterias y virus. Conviene destacar que IgA protege contra E. coli, Salmonella, B. Pertussis y virus Polio. (12)

Por tanto, la leche materna contiene elementos esenciales que favorecerán un crecimiento y desarrollo óptimo en los niños, la maduración intestinal, la protección inmunológica, la maduración cerebral, maduración de los centros auditivos y visuales, entre otros,

son ventajas que todo niño merece recibir desde la primera hora de vida.

e. VENTAJAS

Para el niño:

- La leche es el alimento natural más nutritivo para un bebé, contiene calostro, el cual es un alimento que contiene alto valor nutritivo y le proporciona anticuerpos necesarios para que el bebé esté protegido de ciertas infecciones y enfermedades futuras.
- La anemia por carencia de hierro es rara entre los niños nacidos a término y alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses.
- Previene la aparición de alergias alimentarias en el niños pues se adapta a su aparato digestivo al mismo tiempo que proporciona antígenos protectores para la mucosa gástrico de estos.
- Los infantes que fueron alimentados con lactancia materna presentan menos casos de enfermedades diarreicas aguda (el riesgo de muerte por esta causa disminuye a 18 veces en los niños), otitis, infecciones gastrointestinales e infecciones de las vías respiratorias. (disminuye 3 veces).
- Favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, mejorando la capacidad intelectual y la agudeza visual

- La succión contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal, ayudando al crecimiento de dientes sanos. Previniendo las anomalías dentarias y maxilofaciales.
- El contacto de la piel del bebé con la de su madre le va a aportar muchos beneficios ya que el tacto es el sistema sensorial que está más maduro en los primeros meses de vida.
- La lactancia hace que se mantenga la unión entre madre-hijo que se crea durante el embarazo, contribuyendo al equilibrio emocional y afectivo del niño.
- A través de la piel de la madre el bebé capta el cariño y apoyo de la madre, lo que hace que se vaya desarrollando la confianza y seguridad en sí mismo.
- Cuando el bebé lacta por completo una mama se obtiene la mejor nutrición para el bebé, ya que la parte final de la leche contiene más lípidos y tiene mayor concentración de calorías. ⁽¹³⁾

Para la madre:

- El saber que está dando lo mejor a su hijo y que está cumpliendo correctamente con el rol de madre, la hace sentir segura y con mayor confianza en sí misma.
- Se reduce la depresión post parto.
- Se facilita la recuperación física del parto.
- La madre aprende a interpretar más rápidamente y mejor las necesidades del bebe en cada momento.

- Cuanto más se ponga al niño al pecho, más leche producirá la madre, por tanto hay que estimular el deseo de dar de lactar.
- Es un momento que estimula a que la madre esté más cariñosa con los que la rodean. ⁽¹³⁾

Para la Familia:

- La lactancia materna repercute en la economía familiar, porque se gastará menos en consultas al pediatra y en medicamentos, además es no se compra, no se prepara y es fácil de alimentar al bebe.

f. CONTRAINDICACIONES

El niño no deberá lactar de su madre cuando se presentes las siguientes circunstancias

- Madre portadora de VIH.
- Enfermedad materna grave, de tipo orgánico o psíquico:
 - a) Psicosis o neurosis: son una contraindicación no sólo porque puede empeorar la condición de la madre sino por los propios riesgos que el niño pudiera correr
 - b) Nefritis, eclampsia, hemorragia profusa, escasa nutrición crónica
 - c) Enfermedad infecciosa activa de la madre si el niño no la padece: presencia de gérmenes ajenos a la propia composición de la leche (estreptococos, bacilo tuberculoso, sífilis, CMV, VIH, paludismo, sepsis materna, virus de la rubeola, etc.

- Tóxicos consumidos por la madre: drogadicción (heroína ...), hidrocarburos clorados (insecticidas, fungicidas ...), anticonceptivos orales, clomifeno, ergotamina, quimioterápicos antineoplásicos, litio, IMAO, ciclosporina, bromocriptina, cimetidina, ranitidina, sales de oro, bromfeniramina, metoclopramida, clorfeniramina, clofibrato, griseofulvina, triamterene, colchicina, dimenhidrato, ácido etacrínico, ciproheptadina, furosemida, cloranfenicol, reserpina, hidroxicina y ketoconazol.
- Madre con hepatitis B (aguda o portadora), si no se inicia la profilaxis activa y pasiva del niño en las primeras 24 horas.
- Mastitis e infecciones agudas febriles de la madre.
- Pezones invertidos. Grietas en el pezón y/o areola mamaria que no ceden con su tratamiento
- Enfermedad metabólica del recién nacido: galactosemia, intolerancia a la lactosa, fenilcetonuria y síndrome de hiperbilirrubinemia no conjugada grave por leche materna.
- Malformación bucal (labio leporino), para esta condición la madre necesitara consultar con profesional la forma de alimentar a su hijo ya sea con su propia leche o no. ⁽¹⁰⁾

g. LACTANCIA ARTIFICIAL:

Las fórmulas lácteas infantiles son productos industriales elaborados para substituir de forma parcial o total la leche materna.

Se fabrican a partir de leche de vaca adaptándola con la finalidad de simular lo máximo posible a la leche materna.

Existen dos tipos de fórmulas lácteas infantiles para lactantes sanos: leche de inicio y leche de continuación.

La leche de inicio: cubre las necesidades nutricionales del recién nacido entre los 0 y los 6 meses. Proporciona entre 60 y 75 kcal/100 ml, lactosa como principal hidrato de carbono, proteínas, grasas animales y vegetales, vitaminas y minerales. En el caso del hierro, la cantidad oscila entre 0,3 y 1 mg/100 ml de leche de inicio.

La leche de continuación: está formulada para ser consumida a partir de los 6 meses de edad, pero a diferencia de la leche de inicio, esta no cubre totalmente los requerimientos nutricionales del lactante por lo que es necesario complementar la ingesta con otros alimentos. Energéticamente es similar a la leche de inicio, entre 60 y 85 kcal/100 ml. La composición también es similar en cuanto a proteínas y grasas, y entre los hidratos de carbono se encuentra la lactosa pero también dextrinomaltosa, almidón, harinas, miel o fructosa. La leche de continuación se suplementa con sales ferrosas, entre 0,7 y 1,44 mg de hierro por cada 100 ml de leche.

h. LACTANCIA MIXTA:

La lactancia mixta es la combinación de la lactancia materna con la artificial de forma simultánea. Esta situación se da por lo general cuando la madre no tiene suficiente leche para alimentar al niño o cuando, por motivos laborales u otros, la madre no puede ofrecer la lactancia durante todo el día.

La administración de la lactancia mixta puede ser por método coincidente cuando primero se le ofrece lactancia materna y luego leche en fórmula, o bien por método alternante donde en una toma el niño recibe leche materna y en la siguiente fórmula láctea.

El inconveniente del método alternante es que favorece la agalactia ya que disminuye la estimulación del pecho que mantiene la producción de leche. ⁽¹⁴⁾

2.2. DESARROLLO PSICOMOTOR

a. DEFINICION

Es un proceso gradual y permanente de transformaciones que ocurren en un niño, debido a la interacción con el medio ambiente que lo rodea y a la madurez de su organismo. Este proceso se inicia desde la gestación y es acumulativo, gradual, continuo e integral. ⁽¹⁵⁾

b. AREAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Área Motora: Es importante destacar que el movimiento es el principal generador de cualquier dinámica que experimenta el ser humano, el inicio del desarrollo del niño se haya dominado por la motricidad, éste adquiere el conocimiento y luego lo enriquece a partir de la movilidad física que realiza. El niño desarrolla esta área adquiriendo fuerza muscular y control de sus movimientos, lo cual le va a permitir primero conocer su propio cuerpo y más adelante el mundo que lo rodea.

Área Lenguaje: La función principal del lenguaje es permitir la comunicación entre los individuos en caso del lactante, se comunica haciendo uso de diversas formas de expresión, es decir a través de las primeras manifestaciones del prelenguaje (chupeteos,

balbuceos, sonidos guturales, emisiones vocálicas, risas y gritos) hasta llegar a comprender el lenguaje oral y escrito como una forma de expresión, pero esto se irá realizando paralelamente en las diferentes etapas de la vida del niño. El niño poco a poco va emitiendo sonidos hasta que logra pronunciar sus primeras palabras, aprender o hablar así logra comunicarse mejor con los demás.

Área Social: Un aspecto importante es estimular al niño a realizar actividades que le permitan satisfacer su iniciativa, curiosidad y su necesidad de obtener un mayor grado de autonomía, conforme va creciendo en lo que se refiere a los hábitos de independencia personal (alimentación, vestido, aseo, etc.) así como una conducta social adecuada al medio en que se desenvuelve.

Las buenas relaciones que se establecen entre el niño y las demás personas que lo rodean, así como la capacidad para desenvolverse en su medio ambiente, va a permitir que el niño se quiera a sí mismo y se acepte; y también a querer a los demás; y estos a la vez van a ser factores que determinen la armonía familiar.

(15)

c. INDICADORES DE DESARROLLO:

El niño para los 6 meses debe haber desarrollado las siguientes habilidades:

Área Motora:

- Empuja hasta lograr la posición sentado (a)
- Mantenerse sentado sin apoyo

Área de Coordinación:

- Palpa el borde de la mesa
- Coge la Argolla.
- Coge el Cubo
- Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída

Área del Lenguaje y Social:

- Vuelve la cabeza hacia quien le habla
- Vocaliza cuando se le habla

d. PAUTA DE EVALUACION: ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

La evaluación debe hacerse en presencia de los padres o responsable del cuidado del niño, en un ambiente adecuado, sin ropa o con ropa ligera, tratando de que la niña o niño se sienta menos temeroso. Además la madre debe comprender las conductas que su hijo debe realizar según su edad, para que pueda estimularlo adecuadamente en su hogar.

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. La Escala consta de 75 ítems, 5 por cada edad, con un determinado valor. De uno a diez meses el puntaje de cada ítem es de 6 puntos, doce meses el puntaje es de 12 puntos y de los quince a los veinte cuatro meses el puntaje es de 18 puntos. La puntuación de los ítems

no admite graduaciones, existiendo solo dos posibilidades: éxito o fracaso frente a la tarea propuesta. Se considera 15 grupos de edad entre los 0 y 24 meses; a saber: 1, 2, 3, 4, 5,6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 18, 21 y 24 meses

Se seleccionaron estas edades por considerarlas más significativas, en el sentido de adquisición de nuevas conductas en el desarrollo psicomotor de un niño.

Dicha selección no significa que sólo a los niños de estos grupos de edad se les puede administrar la escala. Esta prueba sirve para evaluar a un niño de cualquier edad entre 0 y 24 meses; pudiéndose evaluar a los 2 años a aquellos niños que tengan hasta 732 días. ⁽¹⁶⁾

▪ **TERMINOLOGÍA DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA:**

- Edad Cronológica (EC): es la edad del niño en días; ejemplo si el lactante tiene

9 meses y 3 días, la EC será = 273 días
- Edad Mental (EM): es la suma del puntaje que obtiene de todos los ítems aprobados.
- Edad Base (EB): es el mes donde el niño responde con éxito a todos los ítems
- Razón (R): es el resultado de la división entre la edad mental (EM) y la edad cronológica (EC)
- Puntaje Estándar (PE): es la distribución estadística de las tablas de puntaje según grupo etáreo.

- Coeficiente de Desarrollo (CD): es el resultado porcentual obtenido por el niño en base a la razón convertido en Puntaje Estándar. Este Coeficiente de Desarrollo puede clasificarse en:

Normal: CD mayor o igual a 85

Riesgo: CD entre 84 y 70

Retraso: CD menor o igual a 69

- **PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR:**

En la evaluación del desarrollo psicomotor, es importante tener en cuenta, además del puntaje global, una apreciación del rendimiento del niño en las distintas áreas de desarrollo. Un coeficiente de desarrollo normal puede encubrir un retraso notable en un área. Puede ocurrir también que un CD muy bajo, no se deba a un retraso general, sino a dificultades en una o dos áreas. Para conocer en forma más precisa el desarrollo del niño, en un momento determinado se ha diseñado un perfil por área de desarrollo que permite, entre otras cosas, advertir un retardo selectivo en el desarrollo del niño.

- **DESCRIPCIÓN DE LA BATERÍA:**

Consta de los siguientes materiales:

- Una campanilla
- Una argolla de 12 cm. de diámetro con el cordel o pabilo de 50 cm.
- Una cuchara de plástico de 19 cm. de largo de color rojo o azul

- Diez cubos rojos de madera de 2.5 cm. por lado
- Una pastilla o gragea rosada poli vitamínica (sulfato ferroso)
- Un pañal pequeño de 35 cm. x 35 cm. (color blanco)
- Una botella entre 4 y 4 ½ de alto y 4 cm. de diámetro
- Hoja de protocolo de EEDP
- Hoja de Datos de Filiación

▪ **ÁREAS DEL DESARROLLO EVALUADAS POR LA EEDP**

Se han distinguido dentro del proceso del desarrollo psicomotor cuatro (4) áreas de funcionamiento relativamente específicas e independientes. Estas áreas han sido denominadas y definidas como sigue:

Lenguaje (L): Esta área abarca tanto el lenguaje verbal como el no verbal; reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones y emisiones verbales.

Social (S): El comportamiento social se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a las personas y aprender por medio de la imitación.

Coordinación (C): Esta área comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones. (Óculo - motriz y de adaptación ante los objetos).

Motora (M): Se refiere al control de la postura y motricidad. ⁽¹⁶⁾

2.3. ROL DE ENFERMERIA

El rol de enfermería en la promoción de la lactancia abarca todos los niveles de atención, siendo así que en el área de Crecimiento y Desarrollo su deber primordial es fomentar la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y extender su práctica durante la alimentación complementaria hasta que el niño cumpla los 2 años por medio de la educación y difusión de la importancia que posee esta práctica, para el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, a través de actividades preventivo promocionales, abarcando esta las de tipo intramurales (actividades educativas, educación a la madre, etc.) y extramurales (campañas de salud, visitas domiciliarias, etc.).

En el ámbito hospitalario enfermería posee un rol protagónico y privilegiado en la promoción, protección y apoyo de la Lactancia Materna, ya que es el personal que tiene la oportunidad de estar en contacto directo con la madre y el niño. Si bien la lactancia materna es un proceso natural, el mantenimiento de esta práctica requiere el personal de enfermería debe facilitar a las madres a alcanzar, mantener y proteger esta práctica saludable.

El rol de la enfermera en el componente de CRED es evaluar el crecimiento y desarrollo psicomotor del niño; que en relación a la lactancia materna exclusiva, la consejería y educación de su práctica es una de las mejores intervenciones para proteger la nutrición y desarrollo de los niños; es por ello, que el personal de Enfermería tiene entre sus funciones desarrollar una efectiva consejería en lactancia materna; que permita fortalecer la autoconfianza de la madre, que le brinden información exacta, que mejoren las técnica de alimentación y prevenga y/o solucione

problemas relacionados al amamantamiento. siendo este último evaluado a través de los test como la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) o Pauta Breve (PB) que ayuda a la enfermera a determinar el nivel de desarrollo que posee el niño que asiste a su control; posteriormente a la evaluación la enfermera en su desempeño de la consejería en el servicio CRED, brinda la pautas a las madres de las condiciones que favorecen el óptimo desarrollo del niño como es la estimulación temprana, un buen estado de salud, y la alimentación saludable y adecuada para la edad de su niño, dentro de esta, volviendo a resaltar la enfermera la importancia de la lactancia materna exclusiva del niño hasta los 6 meses y mantener su consumo hasta los dos años de edad del niño.

3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

3.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

ADHERENCIA:

Conducta de seguimiento, cumplimiento y/o aceptación de las indicaciones y recomendaciones recibidas por parte de los profesionales de salud.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:

Tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente solo con la leche de su madre, que contiene características únicas que beneficiaran al niño, excluyendo cualquier otro alimento o agua.

DESARROLLO PSICOMOTOR:

Es el proceso continuo de adquisición de habilidades que permite al niño relacionarse, conocer y adaptarse al medio que lo rodea. Este proceso incluye aspectos como el lenguaje expresivo y comprensivo, coordinación viso-motora, motricidad gruesa, equilibrio y el aspecto social-afectivo.

G. FORMULACION DE LA HIPOTESIS:

1. Hipótesis Principal

Existe relación estadísticamente significativa entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel del desarrollo psicomotor.

2. Hipótesis nula

No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de desarrollo psicomotor y la adherencia a la lactancia materna exclusiva.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

A. TIPO DE INVESTIGACION:

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo puesto que la variables lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor tendrán una medición.

Teniendo en cuenta los objetivos que posee este estudio el nivel es aplicativo, pues se concentra en estudiar y contribuir a la obtención de datos que el establecimiento de salud podrá utilizar en el programa de Crecimiento y Desarrollo.

El método utilizado es el descriptivo correlacional ya que está orientado a establecer el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracteriza porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacional y la aplicación de pruebas estadísticas, se estima la correlación.

B. AREA DE ESTUDIO

El estudio de investigación fue realizado en el Centro de Salud Nueva Esperanza ubicada en la Av. 26 De Noviembre 835 en la localidad de Nueva Esperanza, Distrito de Viila María del Triunfo, perteneciente a la Disa II Lima Sur.

EL ámbito específico de estudio fueron los consultorios del programa de Crecimiento y Desarrollo del niño sano, está bajo la responsabilidad de 2 licenciadas de enfermería, con apoyo de 1 técnico de enfermería.

C. POBLACION Y MUESTRA:

La población lo constituyeron los niños entre el primer mes de vida y los 6 meses de edad que asisten bajo el cuidado de su madre a su control de CRED en el C.S “Nueva Esperanza”. La muestra estuvo constituida por las madres y sus niños que tenían 6 meses cumplidos y asistieron al servicio de CRED durante los meses de setiembre a diciembre del 2014 a quienes se les reviso sus historias clínicas familiares para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. La muestra fue obtenida a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo las madres captadas cuando demandaron los servicios del programa Crecimiento y Desarrollo

1. Criterios de Inclusión:

- Madres de niños nacidos con 36 semanas o más de gestación.
- Madres de niños que tengan 6 meses de edad.
- Madres de niños que se encuentren aparentemente sanos al momento de realizar la evaluación del Desarrollo Psicomotor.
- Madres de niños que hayan recibido lactancia en algún momento.

2. Criterios de Exclusión:

- Madres de niños que presenten defectos congénitos mayores.
- Madres de niños que no entiendan el castellano.
- Madres de niños que hayan recibido estimulación psicomotora de tipo profesional.
- Madres que se encuentren en un mal estado de Salud.

D. VARIABLES DE ESTUDIO:

1. ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA:

Conducta de la madre para que el niño no reciba ningún otro alimento que no sea su leche entre los 0 a 6 meses de edad con una frecuencia igual o mayor a 8 veces por día.

2. DESARROLLO PSICOMOTOR:

Está definido como la capacidad que el niño muestra para caminar, hablar y socializar a los 6 meses de edad.

E. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se seleccionó como técnica la entrevista y la observación, como instrumentos la encuesta y el protocolo de Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, el primer instrumento se aplicó de forma personal a cada madre de familia que acuda con su niño al programa de CRED, mientras que el segundo fue llevado a cabo a través de una visita domiciliaria.

La estructura del primer instrumento (la encuesta) posee 3 partes: Introducción, que contiene la presentación, el objetivo y la confidencialidad de los datos; la segunda, corresponde a los datos generales, la tercera parte; constituyen el contenido propiamente dicho para medir la adherencia a la lactancia materna, el cual presenta 10 ítems que hacen referencia al tiempo y frecuencia de la lactancia materna así como también el uso de lactancia artificial y el inicio de la alimentación complementaria. El segundo instrumento consta de un cuadro para evaluar el nivel de desarrollo psicomotor de los niños que se encuentren dentro de los 6 meses de vida, este cuadro posee 15 ítems que abarcan desde los 5 a 7 meses, puesto que el protocolo establece evaluar desde la etapa anterior en la que se encuentre el niño hasta la etapa donde apruebe todo los ítems, pudiendo esta ser superior a la edad en que se encuentre el niño.

La validez del instrumento se verifico con el Juicio de Expertos (Anexo C) que fue conformado por Licenciadas en Enfermería con experiencia en el área de Pediatría, Neonatología e Investigación. Los puntajes fueron procesados en una Tabla de Concordancia de Jueces Expertos para determinar la validez mediante la Prueba Binomial, donde el valor de "p" fue de 0.03.y la aplicación del coeficiente de correlación R de Pearson (Anexo D).

F. PROCESO DE RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS

Para el proceso de recolección de datos se realizaron los trámites administrativos correspondientes dirigidas a la dirección del C.S "Nueva Esperanza" con fines de conseguir la autorización para la realización de la investigación.

Después de haber recibido la autorización, se procedió a coordinar con las licenciadas para la recolección de datos, se revisó las historias clínicas y se elaboró una lista de los niños que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente, se procedió a ubicar a cada madre de familia en la sala de espera del servicio de CRED, explicando de manera individualizada los objetivos del estudio para así obtener el consentimiento informado. Al aceptar la madre del niño, se procedió a realizar la encuesta, la cual se hizo en un ambiente adecuado, cerca al ambiente de CRED, contando con un promedio de 10 minutos para su desarrollo. Al finalizar la encuesta se acordó con la madre el día de la visita domiciliaria para la evaluación del desarrollo psicomotor, explicando las razones por la cual no se era conveniente realizarla durante su consulta en CRED.

La aplicación de la encuesta se realizó todos los días que la institución atiende a las madres de niños de 6 meses, previa obtención del consentimiento informado. Una vez obtenida la información y con la finalidad de facilitar el manejo de los datos se elaboró un libro de códigos u hoja de codificación, los cuales fueron procesados de forma manual mediante el sistema de tabulación por paloteo. Para la presentación de los hallazgos se realizaron tablas y gráficos estadísticos que sirvieron de base para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida.

G. PROCESO DE ANALISIS E INTERPERTACION DE DATOS

La adherencia fue medida a través de una encuesta de opción múltiple conformada por 9 preguntas, en el que se asignó una puntuación de uno a la respuesta correcta y cero a la incorrecta. Las 9

preguntas equivalen al 100% siendo que se consideró adherente a aquella que obtuvo un porcentaje del 100%, aquellos que desaprobaron en algún ítem, se consideró no adherente.

Los datos del segundo instrumento fueron orientados para evaluar el nivel de desarrollo psicomotor mediante un coeficiente de desarrollo final, para el cual se hizo uso del Protocolo de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), cuyo valores de Coeficiente de Desarrollo según el número de ítems aprobados están previamente establecido; considerando niveles finales de Retraso cuando el coeficiente de desarrollo es menor o igual a 69, Riesgo entre 84 a 70 y Normal cuando es mayor o igual a 85.

Para el plan de análisis de la correlación entre las variables se utilizó el paquete estadístico SPSS, utilizando la formula estadística de Chi Cuadrado por tratarse de variables categóricas.

H. CONSIDERACIONES ETICAS

La participación de las madres fue de forma voluntaria a través de un consentimiento informado (Anexo B), el cual se obtuvo luego de expresarles los objetivos y propósito del estudio, que pretendía obtener información sobre la lactancia de sus niños en los primeros 6 meses de vida y evaluar su desarrollo psicomotor mediante una visita domiciliaria, en condiciones que permitan el desenvolvimiento adecuado del niño durante la evaluación; así mismo se les dio a conocer que la información obtenida por el instrumento solo será empleada para fines de la investigación.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

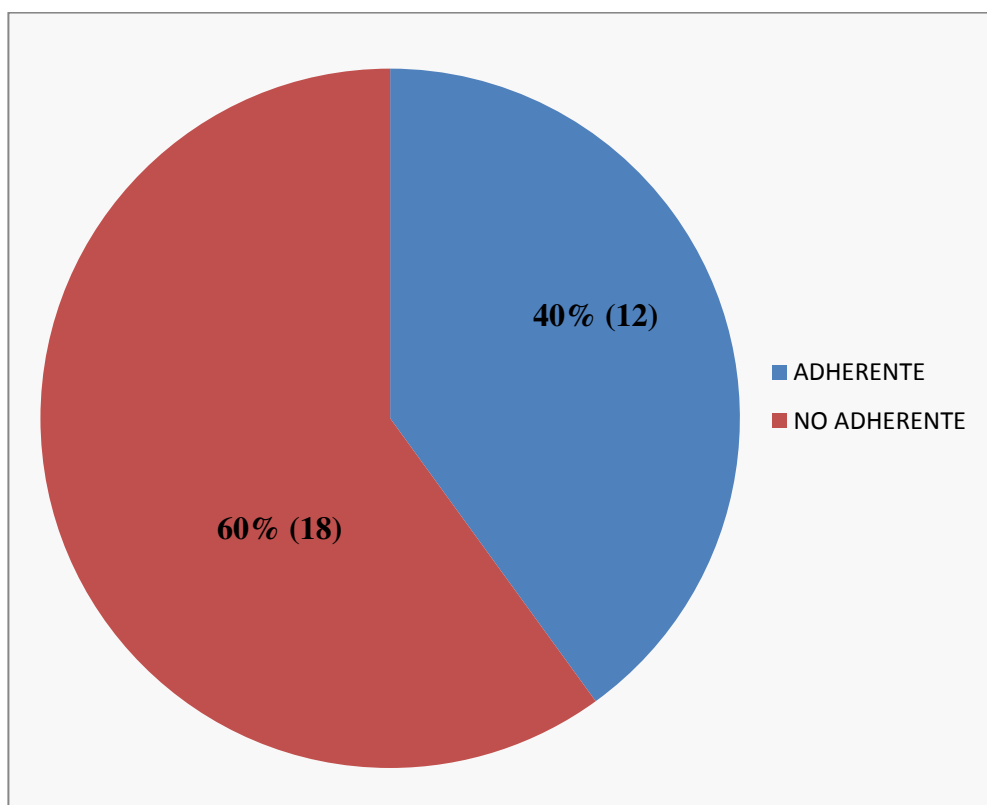
A. RESULTADOS:

Las madres encuestadas de este estudio tuvieron como características generales que un 60%(18) pertenecen a la región sierra de nuestro país, 30% (9) costa y 10%(3) selva (Anexo I).

Según su grado de instrucción el 70%(21) termino su secundaria completa, 20%(6) primaria completa y el 10%(3) estudio una carrera técnica y/o universitaria (ANEXO J).

Respecto a la edad de las madres se observó que el 30% (9) corresponden al grupo de 20 a 24 años, seguido del grupo de 35 a 39 años con un 20% (6), seguido por los grupos de 15-19, 25-29 y 30 a 34 años con un 16, 7% (5) cada grupo (ANEXO K).

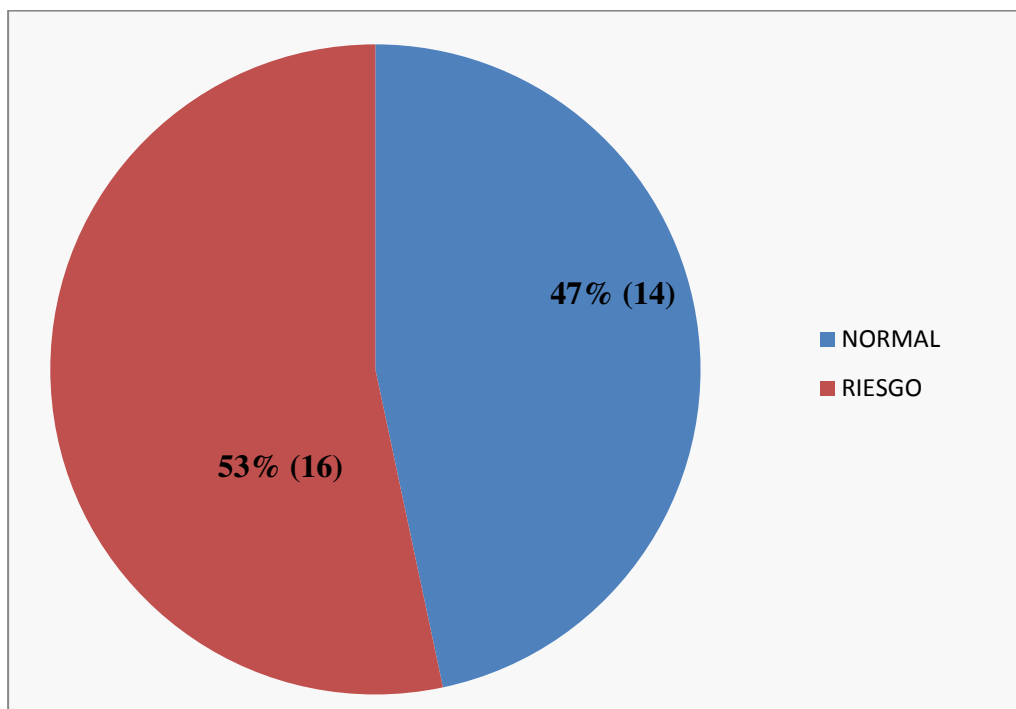
GRAFICO 1
ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS
MADRES DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO
SETIEMBRE-DICIEMBRE
2014



En el Gráfico 1 se puede observar que del 100% (30) de madres encuestadas, el 60% (18) no mostraron adherencia a la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad de sus niños y el 40 % (12) si mostró adherencia a esta práctica.

GRAFICO 2

NIVEL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO
DE 6 MESES QUE ASISTE AL SERVICIO DE
CRED DEL C.S NUEVA ESPERANZA
SETIEMBRE-DICIEMBRE
2014



En la Gráfico 2 se presenta la situación del desarrollo psicomotor de los niños evaluados, en este caso cabe señalar que ninguno mostro un nivel de retraso; sin embargo de los niños evaluados el 53% (16) se encuentran en un nivel de riesgo, identificándose específicamente en el área de coordinación y la conducta motora gruesa; mientras que el 47% (14) de los niños mostro un desarrollo normal para su edad.

TABLA nº1

RELACION ENTRE EL NIVEL DE ADHERENCIA DE LAS MADRES
A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y EL
NIVEL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL
NIÑO QUE ASISTE AL SERVICIO DE
CRED DEL C.S NUEVA ESPERANZA
SETIEMBRE-DICIEMBRE
2014

ADHERENCIA	NIVEL DE DESARROLLO PSICOMOTOR				Total	
	En Riesgo		Normal		N	%
	N	%	N	%		
SI	4	13.3	8	26.7	12	40.0
NO	12	40.0	6	20.0	18	60.0
Total	16	53.3	14	46.7	30	100.0

En la Tabla 1 se aprecia la relación entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor,

encontrándose que 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. Además, aplicándose la significancia estadística se obtuvo un $X^2 = 3.214 < 3.84$, por lo que se rechaza la hipótesis principal y se acepta la hipótesis nula, en el sentido que las variables no tienen relación y son por lo tanto variables independientes.

B. DISCUSION:

El estudio ha evidenciado que las madres, a pesar de la información que reciben para que mantengan una lactancia materna exclusiva, no lo hacen, incumpliendo con ello una de nuestras más importantes políticas de salud para el crecimiento y desarrollo óptimo de los niños. No solamente no es exclusiva, sino que la frecuencia de lactadas que debería ser “a demanda del niño” o “más de 8 veces al día” tampoco se cumple. Llama la atención de los datos obtenidos que son las madres entre 15 a 24 años los grupos que coincidentemente presentan el mayor porcentaje de no adherencia (ver ANEXO J), es decir, mientras más jóvenes eran las madres menos adherencia presentaban; es por ello que las diversas políticas de impulso de la lactancia materna exigen a los profesionales de enfermería brindar una amplia y completa consejería a la madre sobre la importancia de la lactancia materna inmediatamente después que el niño tenga contacto con la madre en su primera hora de vida y verificar los conocimientos aprendidos sobre esta práctica durante cada control al niño, sobre todo si pertenecen a los grupos de riesgo como son las madres adolescentes.

Lo que se ha querido demostrar en el presente trabajo es, si bien no hay adherencia, ¿Qué pasa con el desarrollo psicomotor del niño?, ¿se afecta?, ¿sigue normal?; por ello se complementó el tema de adherencia con una evaluación de cada niño, obteniéndose un resultado que consideramos debe tomarse en cuenta, ya que si bien no se encontró retraso en el desarrollo de estos niños, si se detectó algunas situaciones de riesgo como: riesgo en el área motora gruesa y riesgo de la coordinación oculomotriz habilidades que ya deberían estar desarrolladas a sus 6 meses.

Aunque en el estudio no se encontró significancia estadística entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel del desarrollo psicomotor, seguimos insistiendo en que la lactancia materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, el contacto frecuente con la madre le otorga al niño seguridad y confianza, su composición nutricional de ácidos grasos participa en la maduración del sistema nervioso central, particularmente de la retina y de los centros auditivos, quienes cumplen un rol importante en la captación de estímulos para su óptimo desarrollo psicomotor durante los primeros años de vida; además de proteger al niño de enfermedades infecciosas y crónicas que afecten su disposición a la adquisición de habilidades psicomotoras, por ello es una política de salud el impulsar que los niños reciban lactancia materna de forma exclusiva los primeros 6 meses de vida por ser el periodo donde el crecimiento y desarrollo del niño no solo es más rápido sino también más vulnerable.

Así mismo, al contrastar nuestros resultados con otros estudios, tenemos que señalar que el 60% de no adherencia a la lactancia materna exclusiva en este trabajo, comparándolo con el estudio de Bernard Carretero, Cristina; se reportan un 83.5 % de no adherencia,

coincidiendo el predominio de no adherencia en las madres al utilizar en su lugar lactancia mixta y lactancia artificial. Igualmente es importante resaltar que la adherencia a la lactancia materna es un componente fundamental en el desarrollo del niño, como lo afirma Chasi Sánchez, Jessica en su estudio sobre el “Crecimiento y Desarrollo Psicomotor en niños menores de un año en relación con la lactancia materna y artificial en el Hospital provincial general de Latacunga”.

Consideramos por lo tanto que la adherencia a la lactancia materna debe seguirse difundiendo en cuanto a su importancia para el desarrollo del niño, incorporando nuevas estrategias de información y comunicación, para que sea de total conocimiento y aceptación por parte de las madres.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. 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.
- Existe un predominio de madres que asisten al componente de CRED del C.S Nueva Esperanza que no tienen adherencia a la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida de sus niños.
- Ningún niño evaluado mostro retraso en su desarrollo psicomotor; sin embargo, se presentaron más niños con un estado de riesgo en su desarrollo.

B. RECOMENDACIONES

- Se sugiere realizar un estudio cuya muestra sea más amplia, para poder obtener resultados más definitivos.
- Incorporar nuevas estrategias de difusión de la lactancia materna exclusiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Lactancia materna exclusiva (visitado el 18-04-13)
(Disponible en :
http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El amamantamiento, base para un futuro saludable. New York, UNICEF: División de Comunicaciones; 1999: 1–16.
3. Minsa, Plan de actividades, Semana de la lactancia materna en el Perú. Visitado el 18-14-2013) Disponible en :
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/lactancia/normatividad/RM615-2010- MINSAs.pdf>
4. Minsa. ¿Por qué la leche materna es buena para mí? (Visitado el 17-04-13)(Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/lactancia/presentacion.htm>
5. Arancibia Rodríguez Y Undurraga” Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor “ Chile 1974
6. Gilberto Treviño, CR. “Manual de Pediatría” Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. Febrero 2009.
7. Maldonado Sabando, ME Lactancia materna vs. alimentación con fórmulas lácteas. Estudio comparativo de sus efectos en el desarrollo psicomotriz en niños entre 6 a 24 meses de edad,

realizado en el hospital Guayaquil “Abel Gilbert Pontón”, octubre 2004 - marzo 2005. Rev. “Medicina” Vol. 11 N° 1. Año 2005

8. Alarcón Armendáriz ME, Alvarado Guerrero RH, Huitrón Vázquez BE “Duración De La Lactancia Y Desarrollo Psicomotor En Infantes De Un Programa De Seguimiento” Apuntes de Psicología, ISSN 0213-3334, Vol. 27, N°. 1, 2009 , págs. 53-64 Visitado el 19-04-2013) Disponible en :http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL.%2027_1_2009/vol.%2027_1_3.pdf
9. Sevilla Paz Soldán R, Zalles Cueto L, Santa Cruz GW. Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Par Madre/Niño. Gac Med Bol [revista en la Internet]. 2011 [citado 2013 Abr 08] ; 34(1): 6-10. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662011000100002&lng=es.
10. Chasi Sánchez, JN. “Crecimiento Y Desarrollo Psicomotor En Niños Menores De Un Año En Relación Con La Lactancia Materna Y Artificial En El Hospital Provincial General De Latacunga Septiembre 2011- Enero 2012”
11. Bedmar Carretero, C . “Efecto del tipo de lactancia durante el primer año de vida sobre el estado de hierro y el desarrollo físico y psicológico del niño 2012” Tesis doctoral Visitado el 17-04-2013) Disponible en : <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/97212/Tesi.pdf?sequence=1>

12. WALLEY Y WONG “ Enfermería Pediátrica” 4ta edición Ed Mosby Madrid España 1995
13. Hoekelman R. Atención Primaria en Pediatría. Ed. Harcourt Mosby, 1º Ed; 2002: 204-219.
14. Muñiz VIJ, Martínez ME, Ramírez AAL, Díaz MMC, Bazavilvazo RN, Hernández OR. Ablactación: criterios que usan el personal de salud y las pacientes para su inicio. Nutr Clin. 2003; 6: 345–
15. Rodríguez, S. Arancibia ,V. Undurraga, C.(1987)Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 – 24 meses. 4ªedición. Editorial Galdoc. Santiago de Chile.MINSAL 2008 : Manual para el apoyo y seguimiento dedesarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años

BIBLIOGRAFIA

1. Alarcón Armendáriz ME, Alvarado Guerrero RH, Huitrón Vázquez BE “Duración De La Lactancia Y Desarrollo Psicomotor En Infantes De Un Programa De Seguimiento” Apuntes de Psicología, ISSN 0213-3334, Vol. 27, Nº. 1, 2009 , págs. 53-64 Visitado el 19-04-2013) Disponible en :http://www.cop.es/delegaci/andocci//files/contenidos/VOL.%2027_1_2009/vol.%2027_1_3.pdf
2. Arancibia Rodríguez Y Undurraga” Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor “ Chile 1974
3. Bedmar Carretero, C . “Efecto del tipo de lactancia durante el primer año de vida sobre el estado de hierro y el desarrollo físico y psicológico del niño 2012” Tesis doctoral Visitado el 17-04-2013) Disponible en : <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/97212/Tesi.pdf?sequence=1>
4. Chasi Sánchez, JN. “Crecimiento Y Desarrollo Psicomotor En Niños Menores De Un Año En Relación Con La Lactancia Materna Y Artificial En El Hospital Provincial General De Latacunga Septiembre 2011- Enero 2012”
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El amamantamiento, base para un futuro saludable. New York, UNICEF: División de Comunicaciones; 1999: 1–16.
6. Gilberto Treviño, CR. “Manual de Pediatría” Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. Febrero 2009.

7. Hoekelman R. Atención Primaria en Pediatría. Ed. Harcourt Mosby, 1° Ed; 2002: 204-219.
8. Maldonado Sabando, ME Lactancia materna vs. alimentación con fórmulas lácteas. Estudio comparativo de sus efectos en el desarrollo psicomotriz en niños entre 6 a 24 meses de edad, realizado en el hospital Guayaquil “Abel Gilbert Pontón”, octubre 2004 - marzo 2005. Rev. “Medicina” Vol. 11 N° 1. Año 2005
9. Minsa, Plan de actividades, Semana de la lactancia materna en el Perú. Visitado el 18-14-2013) Disponible en : <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/lactancia/normatividad/RM615-2010- MINSA.pdf>
10. Minsa. ¿Por qué la leche materna es buena para mí? (Visitado el 17-04-13)(Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/lactancia/presentacion.htm>
11. Muñiz VIJ, Martínez ME, Ramírez AAL, Díaz MMC, Bazavilvazo RN, Hernández OR. Ablactación: criterios que usan el personal de salud y las pacientes para su inicio. Nutr Clin. 2003; 6: 345–
12. OMS. Lactancia materna exclusiva (visitado el 18-04-13) (Disponible en : http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
13. Rodríguez, S. Arancibia ,V. Undurraga, C.(1987)Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 – 24 meses. 4ª edición. Editorial Galdoc. Santiago de Chile. MINSAL 2008 : Manual para el apoyo y seguimiento de desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años

14. Sevilla Paz Soldán R, Zalles Cueto L, Santa Cruz GW. Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Par Madre/Niño. Gac Med Bol [revista en la Internet]. 2011 [citado 2013 Abr 08] ; 34(1): 6-10. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662011000100002&lng=es.
15. WALLEY Y WONG “ Enfermería Pediátrica” 4ta edición Ed Mosby MadridEspaña 1995

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

- A. ENCUESTA
- B. EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
- C. CONSENTIMIENTO INFORMADO
- D. VALIDEZ DE CONSTRUCTO: PRUEBA BINOMIAL-JUICIO DE EXPERTOS
- E. VALIDEZ DE CONTENIDO: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN R DE PEARSON (CORRELACIÓN ITEM-TEST)
- F. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: COEFICIENTE DE KUDER – RICHARSON
- G. CALCULO DEL CHI CUADRADO
- H. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES
- I. LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MADRES
- J. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES
- K. ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES DEL NIÑO QUE ASISTE AL SERVICIO DE CRED SEGÚN EDAD DE LA MADRE

ANEXO A

ENCUESTA

DIRIGIDO A LA MADRE DEL NIÑO DE 6 MESES

I. INTRODUCCION

Sra. Buenos días, mi nombre es Fabiola Albino Meza, soy estudiante del quinto año de Enfermería de la UNMSM, actualmente me encuentro trabajando en coordinación con la enfermera encargada del programa de crecimiento y desarrollo, así mismo con el C.S “Nueva Esperanza”, con el objetivo de obtener información acerca de la lactancia materna de los niños en los primeros 6 meses de vida y su relación con el desarrollo psicomotor, la información que se comparta será de carácter confidencial y solo para el uso indicado, para lo cual solicito su colaboración y responder con la mayor sinceridad posible.

II. DATOS GENERALES:

- DE LA MADRE:

1. ¿Qué edad tiene usted?
2. ¿Hasta qué año estudio?
3. ¿Cuál es su estado civil?:
a) Soltera () b) casada () c) conviviente () d) divorciada () e) viuda ()
4. ¿Cuál es su procedencia?

- DEL NIÑO:

5. ¿Qué día nació el 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. ¿Ha dado de lactar a su niño?
 - 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 de lactar 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?
- 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
 - c) Otros
 - d) Ninguna

¡GRACIAS!

ANEXO B

EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

El segundo instrumento llevo a cabo mediante la aplicación de la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP) el cual se realizó a través de una visita domiciliaria que permita tener las condiciones de tiempo (30 a 45min) que requiere la evaluación.

Edad	Ítem	Pun taje	Edad de evaluaci ón
			6 meses
5 M	21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla	6 c/u	
	22. (C) Palpa el borde de la mesa.		
	23. (C) Intenta presionar la argolla.		
	24. (M) Empuja hasta lograr la posición sentada.		
	25. (M) Se mantiene sentado sin apoyo		
6 M	26. (M) Se mantiene sentado solo, momentáneamente.	6 c/u	
	27. (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída.		
	28. (C) Coge la argolla.		
	29. (C) Coge el cubo.		
	30. (LS) Localiza cuando se le habla.		

7 M	31. (M) Se mantiene sentado solo, por 30s o más.	6 c/u	
	32. (C) Intenta agarrar la pastilla.		
	33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares.		
	34. (S) Cooperera en los juegos.		
	35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano.		

Extraído del Protocolo de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor 0 a 2 años

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN					
Edad Mental					
Edad Cronológica		Días:		Meses:	
ED/EC					
Coeficiente de Desarrollo (CD)					
DESARROLLO PSICOMOTOR:					
Normal		Riesgo		Retraso	
(> = 85)		(84 – 70)		(< = 69)	

CONCLUSION:

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO C



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN
MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo _____

declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio *“Relación que existe entre la adherencia a la Lactancia Materna exclusiva y el Nivel de Desarrollo Psicomotor del niño 6 meses?”*, cuyo objetivo es Determinar la relación entre la adherencia a la Lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor en los niños de 6 meses.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consistirá en la aplicación de una encuesta y una visita domiciliaria y que no representa riesgo alguno a mi persona y la de mi hijo.

Es de mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee, sin ser afectado en mi trato o atención.

Lima- VMT ____ de _____ del 2014

Firma de la madre

ANEXO D

VALIDEZ DE CONSTRUCTO: PRUEBA BINOMIAL-JUICIO DE EXPERTOS

Ítem	Jueces Expertos								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
2	1	0	1	1	1	1	1	1	0.03516
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
4	1	0	1	1	1	1	1	1	0.03516
5	1	0	1	1	1	1	1	1	0.03516
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
8	1	1	1	1	1	0	0	1	0.01445
9	1	0	1	1	1	1	1	1	0.03516
10	1	0	1	1	1	1	1	1	0.03516

Se ha considerado:

1: si la respuesta es afirmativa

0: si la respuesta es negativa

P: valor binomial

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es **significativo** de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez.

Según lo aplicado el valor de p es de 0.0335, por lo tanto el grado de concordancia es **SIGNIFICATIVO**.

ANEXO E

VALIDEZ DE CONTENIDO: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN R DE PEARSON (CORRELACIÓN ITEM-TEST)

$$r = \frac{n(\sum AB) - (\sum A)(\sum B)}{\sqrt{[n(\sum A^2) - (\sum A)^2][n(\sum B^2) - (\sum B)^2]}}$$

Donde:

r: Coeficiente de correlación de Pearson

n: número de individuos.

A: Puntaje obtenido, una persona en un ítem.

B: Puntaje obtenido, una persona en todo el instrumento.

Por lo tanto:

La validez de la encuesta es:

Nº ÍTEM	R. DE PEARSON	Nº ÍTEM	R. DE PEARSON
1	0.428	6	0.581
2	0.275	7	0.840
3	0.440	8	0.825
4	0.428	9	0.954
5	0.440		

Para que exista Validez, r de Pearson debe ser ≥ 0.20 . Por lo tanto este instrumento es VALIDO en cada uno de sus ítems.

ANEXO F

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: COEFICIENTE DE KUDER – RICHARSON

$$\rho_{KR20} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^k p_j q_j}{\sigma^2} \right)$$

Donde:

k = número de preguntas o ítems.

p_j = proporción de éxito.

q_j = 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:

$k = 9$

$\sum p^*q: 1.48$

$\sigma^2 = 5.288889$

Por lo tanto:

$$K-R = \frac{9}{8} \left(1 - \frac{1.48}{5.28889} \right) = 0.81$$

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 0.81, el instrumento del presente estudio es CONFIABLE.

ANEXO G

CALCULO DEL CHI CUADRADO

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Donde

X^2	\Rightarrow	Valor de Chi cuadrado
Σ	\Rightarrow	Suma
O	\Rightarrow	Valor observado
E	\Rightarrow	Valor esperado o teòrico

Calculo de Chi Cuadrado:

$$X^2 = \sum \left(\frac{o - e}{e} \right)^2 = 3.214$$

Decisión Estadística:

La H0 se rechazará con un nivel de significación de 0.05 y 1 grados de libertad si $X^2 \geq 3.841$ a través del programa SPSS con un valor de $p=0.50$.

Como $X^2 = 3.214 < 3.841$ no se rechaza la Hipótesis Nula lo que indica que no tienen una relación significativa y son por lo tanto variables independientes.

ANEXO H
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

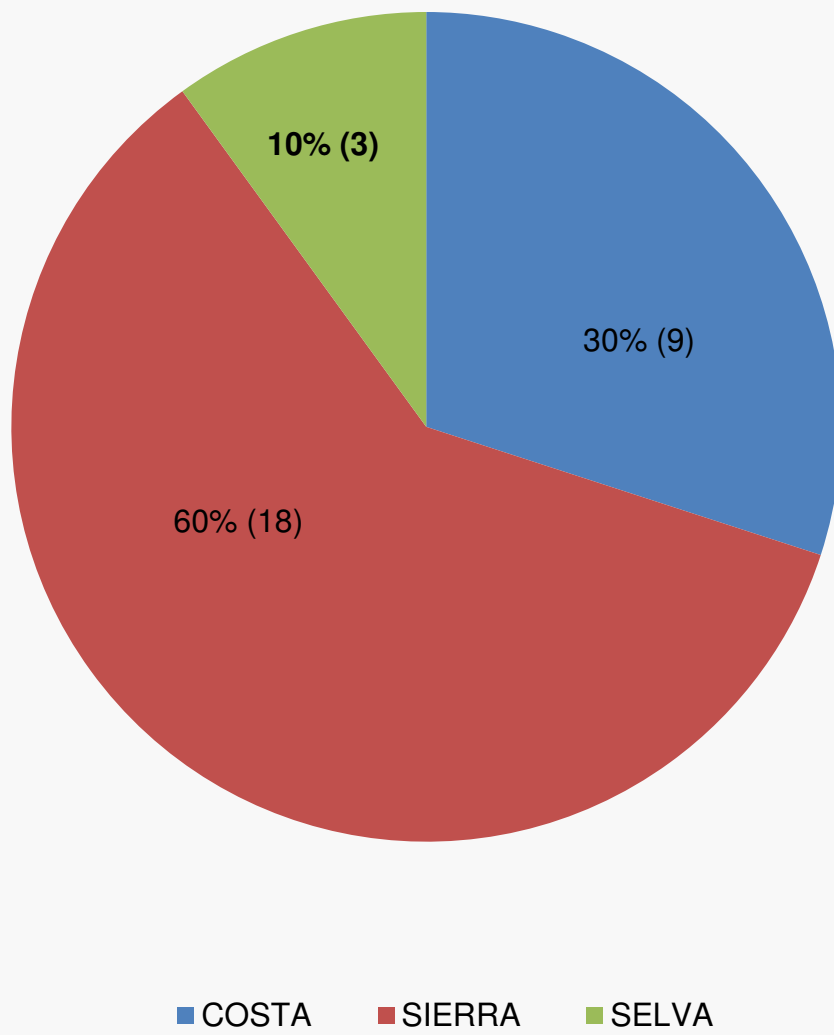
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Adherencia a la Lactancia Materna	Coincidencia del comportamiento de una madre, de un recién nacido o lactante, y los consejos que recibe del personal del centro de salud para asumir la lactancia materna exclusiva.	No posee dimensiones para este estudio.	a) Tiempo: meses que el niño recibió sólo lactancia materna. (6 meses) b) Frecuencia: número de lactadas por día, debe ser mayor a 8, cuando el niño lo demande	<ul style="list-style-type: none"> • SI HAY ADHERENCIA Cuando el niño solo recibió lactancia materna y se dio por: 6 meses + 8 o más lactadas x día • NO HAY ADHERENCIA cuando: La lactancia materna duro de 5 meses o menos, la frecuencia fue de 7 veces o menos y/o hubo complicaciones.

<p>Desarrollo Psicomotor</p>	<p>Es un proceso gradual y permanente de transformaciones que ocurren en un niño, debido a la interacción con el medio ambiente que lo rodea y a la madurez de su organismo.</p>	<p>Áreas del Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área motora (Motor grueso): El niño va adquiriendo fuerza muscular y el control de sus movimientos, lo cual le va a permitir primero conocer su propio cuerpo y posteriormente su entorno. • Área de coordinación (Motor fino): El niño va aprendiendo a coordinar lo que ve con lo que hace, lo que oye con lo que ve, etc. 	<p>Área Motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empuja hasta lograr la posición sentado (a). • Mantenerse sentado sin apoyo <p>Área de Coordinación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palpa el borde de la mesa • Coge la Argolla. • Coge el Cubo • Vuelve la cabeza hacia la 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal (≥ 85) • Riesgo (84 -70) • Retraso (≤ 69)
-------------------------------------	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Área del Lenguaje: El niño va poco a poco emitiendo sonidos hasta que logra pronunciar sus primeras palabras; al aprender a hablar, logra comunicarse mejor con los demás. <p>Área Social: El niño aprende a relacionarse con los demás personas, aprende a querer y ser querido y aceptado.</p>	<p>cuchara caída</p> <p>Área del Lenguaje y Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vuelve la cabeza hacia quien le habla. • Vocaliza cuando se le habla 	
--	--	--	--	--

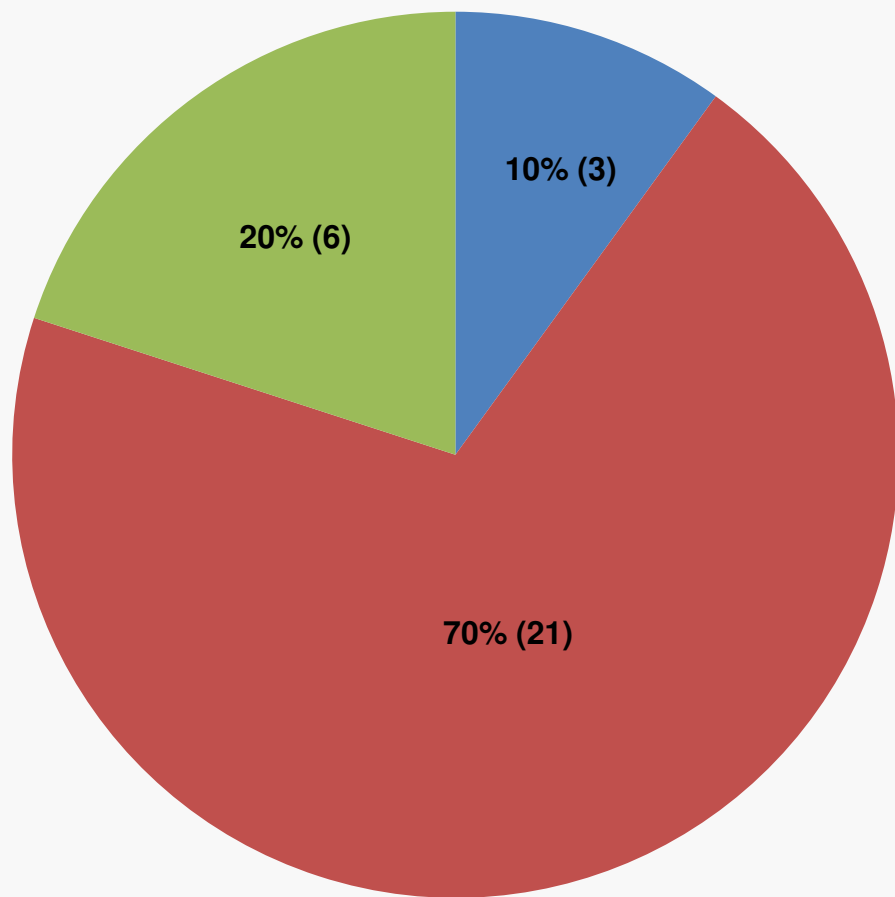
ANEXO I

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA MADRE



ANEXO J

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE



- PRIMARIA COMPLETA
- SECUNDARIA COMPLETA
- SUPERIOR

ANEXO K

ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES DEL NIÑO QUE ASISTE AL SERVICIO DE CRED SEGÚN EDAD DE LA MADRE

EDAD MADRE	NIVEL DE ADHERENCIA				TOTAL	
	ADHERENTE		NO ADHERENTE		N	%
	N	%	N	%		
15-19	1	3.3	4	13.3	5	16.7
20-24	1	3.3	8	26.7	9	30.0
25-29	2	6.7	3	10.0	5	16.7
30-34	2	6.7	3	10.0	5	16.7
35-39	6	20.0	0	0	6	20.0
Total	12	40.0	18	60.0	30	100.0