

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ADHERENCIA A LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO
PSICOMOTOR DE NIÑOS (AS) MENORES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE
SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO - 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL
NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA**

AUTORES:

MARINA LUCÍA NUÑEZ PILLACA

IRMA FLOR CUCHO QUISPE

ZULMA EULALIA ROMÁN GUTIERREZ

Callao - 2021

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA PRESIDENTE
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ VOCAL

ASESORA: MG. HAYDEÉ BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 03-2021

Fecha de Aprobación de tesis: 05/02/2021

Resolución de Consejo de Facultad N° 026-2021-CF/FCS de fecha 29 de Enero del 2021, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar presente en cada paso que doy, por ser la luz que ilumina cada uno de los espacios de mi vida, a nuestras familia y amigos que tenemos son la mejor bendición que Dios nos pudo dar, por fortalecer mi corazón y haber puesto en mi camino a aquellas personas que fueron mi soporte y compañía.

Marina, Irma, Zulma.

AGRADECIMIENTO

A la la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, forjadora del cambio y el progreso; que nos acogió y brindó, en sus aulas, los conocimientos más profundos para hacerme útil a la sociedad.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería y su plana docente, a la Coordinación de la Segunda Especialidad, por sus orientaciones, conocimientos y enseñanzas impartidas, a lo largo de mi formación de la segunda especialidad y lograr mi titulación.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1 Descripción de la realidad problemática	8
1.2 Formulación del Problema	10
1.2.1 Problema General	10
1.2.2 Problemas Específicos	11
1.3 Objetivos	11
1.3.1 Objetivo General	11
1.3.2 Objetivos Específicos	11
1.4 Limitantes de la investigación	12
1.4.1 Limitante teórico	12
1.4.2 Limitante temporal	12
1.4.3 Limitante espacial	12
II. MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes	13
2.1.1 Antecedentes Internacionales	13
2.1.2 Antecedentes Nacionales	14
2.2 Base Teórica	15
2.3 Base Conceptual	16
2.4 Definición de términos básicos	37
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	39
3.1 Hipótesis	39
3.1.1 Hipótesis General	39
3.1.2 Hipótesis Específicas	39
3.2 Definición conceptual de variables	39
3.3 Operacionalización de variables	40
(Dimensiones, indicadores, índices, método y técnica)	41

IV. DISEÑO METODOLÓGICO	42
4.1 Tipo y diseño de la de Investigación	42
4.1.1 Tipo de la Investigación	42
4.1.2 Diseño de la Investigación	42
4.2 Método de investigación	44
4.3 Población y muestra	44
4.3.1 Población	44
4.3.2 Muestra	44
4.3.3 Criterios de Inclusión	44
4.3.4 Criterios de Exclusión	44
4.4 Lugar del estudio y periodo desarrollado	45
4.5 Técnicas e Instrumentos para recolección de la información	45
4.6 Análisis y procesamiento de datos	46
V. RESULTADOS	48
5.1 Resultados Descriptivos	48
5.2 Resultados Inferenciales	52
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	58
6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultado	58
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares	67
6.3 Responsabilidad ética	70
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS	73
ANEXOS	77
Anexo 1: Matriz de consistencia	
Anexo 2: Instrumentos validados	
Anexo 3: Consentimiento informado	
Anexo4: Base de datos	

TABLAS DE CONTENIDO

	<u>Pag.</u>
Tabla N° 5.1.1:RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA MOTORA (MOTOR GRUESO) DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	52
Tabla N° 5.1.2:RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA COORDINACIÓN (MOTOR FINO) DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	53
Tabla N° 5.1.3:RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA LENGUAJE DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	55
Tabla N° 5.1.4:RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA SOCIAL DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	56

TABLAS DE GRÁFICO

	<u>Pag.</u>
Gráfico N° 5.1.1:PROCEDENCIA DE NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	48
Gráfico N° 5.1.2:ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	48
Gráfico N° 5.1.3: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	50
Gráfico N° 5.1.4:EDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	50
Gráfico N° 5.1.5:CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A LA LACTANCIA EN NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	51
Gráfico N° 5.1.6:RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA MOTORA (MOTOR GRUESO) DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	52
Gráfico N° 5.1.7:RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA COORDINACIÓN (MOTOR FINO) DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	54
Gráfico N° 5.1.8:RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA LENGUAJE DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	55
Gráfico N° 5.1.9:RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA SOCIAL DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020	57

RESUMEN

La presente tesis titulada “Adherencia a Lactancia Materna Exclusiva y Desarrollo Psicomotor de niñas (as) Menores de 6 meses, en el Centro de Salud Quinua, distrito de Quinua, Ayacucho 2020” cuyo **Objetivo:** es determinar la relación que existe entre la adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor del niño o niña menor de 6 meses que acude al centro de salud Quinua, del Distrito de Quinua; Ayacucho-2020. **Método:** Enfoque cuantitativo, Tipo: aplicativo, Nivel correlacional explicativo. Diseño. Transversal, prospectivo, Población: Constituido por las madres de los niños menores de 06 meses, que acuden Centro de Salud Quinua, durante el 2020. Muestra conformado por 30 madres que acudieron al consultorio de CRED del Centro de Salud Quinua durante el año 2020. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y observación y el instrumento Guía de entrevista semiestructurada y ficha de sistematización de evaluación del desarrollo psicomotriz. **Resultados:** 60% de niños(as) menores de 6 meses tuvieron adherencia a la lactancia materna exclusiva el 46.7% presentan rendimiento normal en el área motora, 43.3% en el área coordinación, 36.7% en el área lenguaje y 30% en el área social; mientras del 40% de niños(as) que no tuvieron adherencia a la lactancia materna exclusiva el 6.7% presentaron rendimiento inferior en el área motora y social respectivamente, 3.3% en el área coordinación, 16.7% en el área lenguaje; **Conclusiones:** se halló una correlación significativa ($P < 0.05$) entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotriz en las dimensiones área motora, coordinación, lenguaje y social.

PALABRAS CLAVES: Adherencia a lactancia materna exclusiva, Desarrollo psicomotor en niños menores de 6 meses distrito Quinua.

ABSTRACT

The present thesis titled “Adherence to Exclusive Breastfeeding and Psychomotor Development of Children under 6 months of age, at the Quinoa Health Center, Quinoa district; Ayacucho-2020” whose objective: is to determine the relationship between adherence to exclusive breastfeeding and psychomotor development of the child under 6 months of age who attends the Quinoa health center, in the District of Quinoa; Ayacucho-2020. Method: Quantitative approach, Type: applicative, explanatory correlational level. Design. Cross-sectional, prospective, Population: Made up of the mothers of children under the age of 06 months, who attend the Quinoa Health Center, during 2020. Sample made up of 30 mothers who attended the CRED office of the Quinoa Health Center during 2020. The data collection technique was the interview and observation and the semi-structured interview guide instrument and psychomotor development assessment sheet. Results: 60% of children under 6 months had adherence to exclusive breastfeeding, 46.7% show normal performance in the motor area, 43.3% in the coordination area, 36.7% in the language area and 30% in the area Social; While of the 40% of children who did not adhere to exclusive breastfeeding, 6.7% presented lower performance in the motor and social areas respectively, 3.3% in the coordination area, 16.7% in the language area; Conclusions: a significant correlation ($P < 0.05$) was found between adherence to exclusive breastfeeding and psychomotor development in the motor area, coordination, language and social dimensions.

KEY WORDS: Adherence to exclusive breastfeeding, Psychomotor development in children under 6 months of the Quinoa district

KEY WORDS: Prevalence, Metabolic syndrome in adults living above 3000 masl, Health Center.

INTRODUCCIÓN

“ADHERENCIA A LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES, EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020”. Según la OMS La leche materna es el alimento óptimo para el lactante y su composición es la ideal para el mejor crecimiento, desarrollo psicomotor y maduración durante los primeros 4 a 6 meses de vida. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna. (1)

La Lactancia Materna en el Perú, que se celebra cada cuarta semana de agosto. Según la Resolución Ministerial N° 240-2000-SA/DM, realza a la leche materna como alimento único, económico e insuperable, un derecho del niño que lacta y de la madre que da de lactar. La leche materna es un fluido vivo con más de 200 componentes conocidos, que asegura la supervivencia, la nutrición y el desarrollo del niño/a. (1)

El presente trabajo de investigación titulado “Adherencia a Lactancia Materna Exclusiva y Desarrollo Psicomotor de Niños(as) Menores de 6 Meses, en el Centro De Salud Quinoa, Distrito De Quinoa; Ayacucho-2020”, tiene por finalidad describir La relación que hay entre la lactancia materna y. el desarrollo psicomotor de todos los niños que van al consultorio de CRED, para prevenir el retraso en el desarrollo psicomotor, y disminuir los costos en salud.

El presente trabajo de investigación consta de siete apartados; **I**: planteamiento del problema, que incluye la determinación del problema, formulación del problema, objetivos y justificación, **II**: incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **III**: considera las variables e hipótesis, así como la operacionalización de variables, **IV**: metodología; **V**: resultados **VI**: conclusiones y el **VII**: referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

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. ⁽²⁾

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 3 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. (4)

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. (4)

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 4 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 nuestros trabajos en el servicio de Control de crecimiento y desarrollo en el C.S Quinoa, 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, donde la alimentación complementaria era iniciada antes de los 6 meses. Opinamos 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 lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor de niños (as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinoa, distrito de Quinoa; Ayacucho-2020.

1.2 Formulación del problema:

1.2.1 Problema General:

¿Cuál es la relación que existe entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor de niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinoa, Distrito de Quinoa; Ayacucho-2020?

1.2.2 Problemas Específicos:

- ¿Cuál es la Relación entre adherencia y no adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área motora (motor grueso) de niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, distrito de Quinua; Ayacucho-2020?

- ¿Cuál es la Relación entre adherencia y no adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área coordinación (motor fino) de niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, distrito de Quinua; Ayacucho-2020?

- ¿Cuál es la Relación entre adherencia y no adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área lenguaje de niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, distrito de Quinua; Ayacucho-2020?

- ¿Cuál es la Relación entre adherencia y no adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: áreas sociales de niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, distrito de Quinua; Ayacucho-2020?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 Objetivo General:

Determinar la relación que existe entre la adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Describir la relación entre adherencia y no adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área motora (motor grueso) de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.

-Describir la relación entre adherencia y no adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área coordinación (motor fino) de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.

-Identificar la relación entre adherencia y no adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área lenguaje de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020

-Describir la relación entre adherencia y no adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área social de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.

1.4 Limitantes de la Investigación.

1.4.1 Limitante Teórico:

Con respecto a la variable lactancia materna exclusiva existe diversos estudios de investigación a nivel mundial; sin embargo, al realizar la búsqueda de ambas variables incluyendo desarrollo psicomotor existen muy pocas investigaciones.

A nivel Regional no hay estudios con referencia a las dos variables adoptadas en este estudio.

1.4.2 Limitante Temporal:

El estudio se realizó los meses de setiembre a noviembre del presente año; se dificultaron la toma de cuestionario debido a la pandemia declarada por el estado de emergencia, donde se dejaron de atender el consultorio de CRED en el centro de salud de Quinua

1.4.3. Limitante espacial:

El estudio se realizará en el Centro de Salud Quinua, distrito de Quinua; Ayacucho-2020.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

2.1.1. Antecedentes internacionales:

CHEBLE y FERNÁNDEZ (2018), realizaron estudio correlacional titulado “Lactancia materna y su relación con el desarrollo psicomotor en niños/as de 2 a 5 años residentes en el barrio Villa el Libertador de la ciudad de Córdoba, 2017”, cuyo **objetivo** fue analizar la relación entre la práctica de lactancia materna y el desarrollo psicomotor en niños/as de 2 a 5 años. **Metodología:** La muestra estuvo constituida por 105 niños que asisten a los jardines del barrio Villa el Libertador. Se observó la práctica de lactancia materna a través de un cuestionario aplicado a los cuidadores de los niños y para el desarrollo psicomotor se usó como instrumento la prueba nacional de pesquisa (PRUNAPE), dando como resultado que únicamente el 31% recibió lactancia materna exclusiva. Se observó diferencias significativas en cuanto a la permanencia de la lactancia y el desarrollo en el área personal social, favoreciendo a los que recibieron por más de seis meses la lactancia materna. **Conclusión:** existen diferencias significativas en cuanto a la duración de la lactancia y el desarrollo psicomotor, sobre todo en el área personal social. (6)

SAMANIEGO y OJEDA (2016) en su estudio de investigación de nivel correlacional **titulada** “Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y su relación con el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses que acuden a consulta externa en el centro de salud No. 2 de Loja - Ecuador”, cuyo **objetivo** fue analizar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y su relación con el desarrollo psicomotor. **Metodología** La muestra fue de 100 lactantes de 6 a 24 meses. Se aplicó un cuestionario y el test de desarrollo psicomotor de Denver, cuyos resultados fueron De los 100 lactantes, 56 recibieron leche materna exclusiva los primeros 6 meses, de ellos el 94,6% tuvo un desarrollo normal, el 5,4% dudoso y en ninguno se evidenció retraso del desarrollo, mientras que de 44 niños que no se beneficiaron con la exclusividad de la lactancia en los primeros seis meses, el 52,3 % mostró resultado dudoso en la evaluación de su desarrollo, el 25% alcanzaron desarrollo psicomotor

satisfactorio y en el 22,7% hubo retraso, **concluyendo** que los niños y niñas que recibieron lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida tienen un mejor desarrollo psicomotor, en relación a los que no la tuvieron.(7)

2.1.2 Antecedentes Nacionales.

SÁNCHEZ (2018) en su estudio correlacional **titulado** “Lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor del niño de seis meses, servicio de crecimiento y desarrollo del hospital San José de Chíncha Alta, 2017”. cuyo **objetivo** fue determinar la relación entre la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotor del niño de seis meses. **Metodología** se trabajó con una muestra de 132 madres a través del muestreo probabilístico aleatorio simple, cuyos datos se recogieron a través de una ficha de observación y un cuestionario de 12 ítems. Se halló como resultados que más del 50% de madres presenta un nivel regular en cuanto a la lactancia materna exclusiva y un nivel medio para la variable desarrollo psicomotor, llegando a la **conclusión** que hay una correlación directa y positiva entre las variables lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor. (8)

FUENTES Y MALDONADO (2016) en su estudio de investigación correlacional **titulado** “Alimentación en el primer semestre de vida y desarrollo psicomotor en niños de 2 años del puesto de salud de Huascata, Chacacayo, Lima, 2015”, con el **objetivo** de determinar la relación entre la alimentación durante el primer semestre de vida y el desarrollo psicomotor en los niños de 2 años. **Metodología** *La muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico de tipo intencional, siendo conformada por 100 niños de dos años. Se usaron como instrumentos: una ficha de lactancia materna y el TEPSI.* **Conclusión** *51% de los niños recibió lactancia materna exclusiva, 39% recibió lactancia mixta y el 10% recibió lactancia artificial; en cuanto al desarrollo psicomotor, nivel normal 70%, en riesgo 28% y retraso un 2%; hallando relación entre la alimentación los seis primeros meses y el desarrollo psicomotor en los niños de veinticuatro meses.* (9)

CONDE. I, MERINO. I (2017) realizaron el estudio **titulado**: Existe una relación altamente significativa entre el perfil del desarrollo psicomotor en relación a la no adherencia de la lactancia materna exclusiva, cuyo **objetivo** fue: Determinar la relación entre el perfil del desarrollo psicomotor y la adherencia de

la lactancia materna exclusiva. **Metodología:** Descriptivo relacional. **Conclusión:** 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. ($p < 0.01$).

(5)

2.2 Base Teórica

2.2.1 Modelo de rol materno en la alimentación del lactante (2011)

Mercer R: define competencia en el rol, como la capacidad de la mujer para proporcionar atención experta y sensible sabiendo cómo, qué, cuándo, y por qué hace algo por su hijo, fomentando el desarrollo y bienestar del niño. Las prácticas de alimentación se definen como apropiadas cuando la madre tiene la capacidad de responder a las señales de hambre y saciedad en base al desarrollo físico y emocional del lactante promoviendo una ingesta autorregulada. Estas prácticas están determinadas al qué, cuánto y cómo se alimenta en relación a la lactancia materna y a la alimentación complementaria (10).

El desarrollo psicomotor según piaget: (1989)

La teoría de Piaget mantiene que los niños pasan a través de etapas específicas conforme su intelecto y capacidad para percibir las relaciones maduras. Estas etapas del desarrollo infantil se producen en un orden fijo en todos los niños, y en todos los países. No obstante, la edad puede variar ligeramente de un niño a otro. (11)

2.3 Base Conceptual

2.3.1 Lactancia Materna

La OMS define que “La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud” (12)

Es un hábito alimentario que desde la antigüedad está íntimamente unido al niño durante los primeros años de su vida. Sin ella difícilmente la especie humana puede superar los primeros meses de la vida. Tras la Segunda Guerra Mundial se fue abandonando progresivamente. Así en Estados Unidos, durante la década de los 40 hasta los 50, la LM alcanzó cifras 14 prácticamente indetectables (12)

La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones. La leche humana es sin dudas la más adecuada y es específica de la propia especie; alimentar a los niños con otra leche diferente a la leche de la madre es alimentarlos con sucedáneos de leche de la madre que, a pesar de los diseños sofisticados y de su precio elevado, están muy lejos de poder ofrecer todas las ventajas de la leche de la madre. El niño alimentado al pecho es el modelo de referencia que se debe seguir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños. Como se comentará más adelante, la leche de la madre tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales. Hoy por hoy la leche de la madre sigue siendo una sustancia compleja que, a pesar de todos los esfuerzos que se realizan en el campo de la investigación, sigue siendo en gran parte desconocida y no se entienden bien sus mecanismos de acción. (13)

2.3.1.1 Lactancia Materna Exclusiva

Para GONZÁLEZ y PILETA “La Lactancia Materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia de los mamíferos y específica de cada especie” ⁽¹⁴⁾

Según MUÑOZ, lo define como un proceso interactivo bidireccional entre la madre y el/la hijo/a con efecto en ambos, el éxito de ésta depende de la conducta de el/la lactante combinada con la conducta materna, estimulada por apoyo social y guiada por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre. ⁽¹⁵⁾

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la lactancia materna exclusiva, como la ingesta de leche materna pura, lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno, la lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie. ⁽¹⁶⁾

2.3.1.2 Ventajas de la lactancia materna

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 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: (17)

2.3.1.3 Importancia de la Lactancia Materna Exclusiva.

La leche materna exclusiva es el único alimento que el niño necesita hasta cumplir los seis meses de edad. No hay leche evaporada o maternizada que pueda competir con ella. La leche humana está hecha para humanos y contiene todas las proteínas, minerales, calorías y grasas que el bebé necesita. En investigaciones realizadas en laboratorios en todo el mundo, se ha examinado minuciosamente el contenido de la leche materna y se han determinado los requerimientos nutricionales del niño en sus primeros meses de vida. Los resultados han demostrado que el contenido alimenticio de esta leche cubre todas las necesidades del bebé, por lo menos hasta los seis meses de edad. Es recién entonces, cuando el niño debe comenzar a recibir otros alimentos complementarios, pero debe seguir mamando hasta los primeros meses del

segundo año. En otras palabras, la madre produce la cantidad y calidad de alimento que su hijo necesita, pero además la leche que produce es limpia, libre de bacterias, mantiene la temperatura correcta y no tiene costo alguno. Es tan perfecto el mecanismo de producción de leche materna que se ha probado que ella es de buena calidad, aun cuando la madre no esté bien alimentada. Sólo en casos extremos de malnutrición materna esa leche se ve afectada. Pero si la madre recibe suplementos alimenticios su leche mejora. También es cierto que dar de lactar puede contribuir a espaciar los nacimientos de otros hijos. La succión del bebé demora el regreso de la menstruación y, por tanto, distancia el riesgo de un nuevo embarazo (17)

2.3.1.4 Beneficios

Beneficios Para El Bebé

- Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
- Desarrollo de una personalidad más segura e independiente.
- Protección contra algunas formas de cáncer.
- Menor incidencia de desnutrición infantil.
- Nutrición óptima, especialmente del sistema nervioso central. La leche materna también es la alimentación adecuada para los bebés prematuros.
- Menor incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal.
- Menor incidencia de sepsis y enterocolitis necrotizante del recién nacido.
- Menor incidencia de muerte súbita del lactante
- Menor incidencia de alergias respiratorias y digestivas.
- Menor incidencia de infecciones respiratorias y digestivas.
- Menor incidencia de enfermedad celíaca.
- Menor incidencia de infección urinaria.
- Protección contra diabetes mellitus, contra obesidad e hipercolesterolemia.
- Protección contra infecciones del oído medio.
- Menor incidencia de problemas dentales y de mal oclusión.
- Asociación con mayor nivel de inteligencia.

- Mejor reacción a las vacunas y mayor capacidad de defenderse rápidamente contra las enfermedades.
- Menor incidencia de maltrato infantil o abandono, debido al vínculo afectivo madre-lactante.
- No requiere suplemento vitamínico ni mineral, agua ni otros alimentos mientras tome pecho exclusivo.
- Menor incidencia de eczemas y otras afecciones de la piel.
- Menor incidencia de enfermedades como colitis ulcerosa y Enfermedad de Crohn ⁽¹⁷⁾

Beneficios para la Madre

- Refuerza la autoestima dando satisfacción emocional a la madre.
- Menor sangrado posparto.
- Menor riesgo subsiguiente de anemias.
- Mayor espaciamiento entre embarazos.
- Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico.
- Menor depresión posparto.
- Más rápida recuperación física.
- Mayor practicidad para la alimentación nocturna.
- Ayuda a estilizar la silueta, al utilizar los depósitos de grasa de reserva posparto para producir leche ⁽¹⁷⁾

Beneficios Psicológicos.

Los beneficios psicológicos tanto para la madre como para el lactante es que crea lazos de afecto entre ambos, para el lactante también el contacto físico ayuda a sentirse más protegido, abrigado y consolado y para la madre confianza en sí misma y cercanía con su hijo. El contacto emocional del recién nacido desarrolla la parte psicoafectiva, la parte emocional y la parte cognitiva. Además, en los niños que salen muy irritados en el parto, el contacto con la piel de la madre les calma y hace disminuir el llanto. Y en los niños que nacen más adormecidos, que les cuesta más adaptarse al medio externo, notamos que en

el momento en el que se les pone en contacto con la piel de la madre empiezan a estar más reactivos a empezar a colaborar en el inicio de la lactancia (17)

Beneficios Económicos

Existen beneficios económicos ya que para adquirir la leche materna no es necesario realizar un gasto monetario, ya que es gratuita, está en las óptimas condiciones, en la temperatura correcta, y mientras esté dentro del pecho de la madre no se vencerá, lo que garantizará alimento suficiente para el niño. Amamantar ahorra tiempo y dinero. La madre no tiene que comprar la leche con lo que ahorra en dinero y en tiempo. Además, no tiene que medir, mezclar y calentar la leche artificial. Tampoco tiene que lavar y esterilizar biberones y tetinas (17)

2.3.1.5 Técnicas de la lactancia materna

Posición correcta

Es la forma en que es colocado el bebé para que mame.

La posición del niño al pecho es uno de los aspectos que más influyen en el éxito la lactancia. La observación directa de una mamada es parte fundamental del proceso diagnóstico ante numerosos problemas de la lactancia y un profesional sanitario con experiencia (habitualmente la comadrona o la enfermera) debería observar sistemáticamente una toma durante los tres primeros días posparto, ayudando a la madre a corregir cualquier problema. Lo fundamental para la lactancia es la posición y el movimiento de los labios y de la lengua. Si los labios y la lengua están bien, el lactante mamará bien en cualquier posición (17)

Postura Correcta

Es la forma en que se coloca la madre para amamantar. Las hay diversas, todas sirven y la elección de una u otra dependerá del lugar, las circunstancias o las preferencias de cada madre. Aparte de que, para amamantar, la madre disponga de varias posturas entre las que escoger, también existen distintas posiciones para colocar al bebé y múltiples combinaciones de ambas. (17)

- **Postura sentada – Posición estirado:** El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual. Una variante de la posición anterior es colocar al bebé de forma inversa, también estirado y girado hacia la madre, pero con los pies hacia el otro lado. Esta variante no es tan frecuente, pero puede ser útil si el bebé rechaza, por la razón que sea mamar de un pecho. Si se le coloca en el pecho que rechaza del mismo modo en que mama del otro, es posible que lo acepte.

(17)

- **Postura sentada - Posición “De Rugby”:** El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a su espalda. Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque pueden darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en esa. Tanto la posición estirada como la de rugby funcionan perfectamente bien si la madre, en vez de estar sentada, está colocada en postura semi-reclinada.

- **Postura sentada – Posición caballito:** En esta posición el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre. Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatia (maxilar inferior corto o retraído) u otras causas. En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre.

- **Postura estirada – Posición estirado (en paralelo inverso):** En este caso la posición del bebé es menos frecuente que la anterior, pero hay madres que se sienten cómodas con ella y también puede ser un recurso útil, igual que la postura “a cuatro patas”, en caso de obstrucciones o mastitis localizadas en la parte superior del pecho.

- **Postura estirada – Posición estirado (En Paralelo):** En este caso, tanto la postura como la posición son muy frecuentes ya que de este modo se facilita el descanso de la madre. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobre todo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea.

También es muy útil para amamantar por las noches o si simplemente se quiere descansar un rato. (17)

Agarre efectivo

Para que se realice un buen agarre, se debe asegurar que el área alrededor del pezón y areola tengan flexibilidad o elasticidad antes del agarre del niño para facilitarlos. La estimulación táctil o con sacaleches del pezón para que este más eréctil antes de iniciar el agarre o bien para reblandecer el pezón y la areola. Se debe favorecer el agarre y la succión, exprimiendo manualmente unas gotas de leche. Los labios del niño deben tener la boca bien abierta y debe cubrir gran parte de la areola, el labio inferior estará evertido y la lengua acanalada por debajo del pezón y rodeando. Se observa más areola por encima de la boca del bebé que por debajo (17)

Succión Efectiva

Al inicio la succión es rápida y superficial. Después de alrededor de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias. El ritmo normal de la succión de un recién nacido es de ciclos encadenados de 10 a 30 succiones en los que el bebé respira con normalidad sin necesidad de interrumpir la succión. Si el bebé realiza de 3 a 5 succiones consecutivas, seguidas de una pausa de la misma duración del episodio de succión para poder respirar, probablemente tenga una succión inmadura y ello pueda causar dificultades para que se alimente bien. Lo normal es que si hay silencio ambiental puedas escuchar como traga durante unos minutos en cada toma mientras se observa un movimiento mandibular amplio que denota que está tragando. (17)

- La lengua del bebé está debajo de la areola.
- Se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula.
- Las mejillas no se hundan, sino que se ven redondas y llenas. Afortunadamente no hay que enseñar nada de esto al bebé, él nace sabiéndolo instintivamente. (17)

2.3.1.6 Indicadores de amamantamiento correcto

Según MINSA

- Sonido de deglución audible.
- Actitud de niño(a) mamando tranquilamente, en forma rítmica y acompasada, claramente relajado y satisfecho.
- Sueño tranquilo que dura alrededor de 1,5 a 3 horas entre mamadas.
- Producción de volumen de leche constante y bajada de leche en relación al horario de demanda del niño(a).
- Aumento de peso normal en el niño(a).
- Promedio 6 pañales al día mojados con orina clara.
- Promedio 4 deposiciones amarillas y fluidas diarias, durante el primer mes de vida.
- Amamantamiento sin dolor, pezones y pechos sanos ⁽¹⁸⁾

2.3.1.7 Tipos de Lactancia Materna

En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios. ⁽¹⁹⁾

- **Lactancia materna exclusiva:** significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos
- **Lactancia materna predominante:** Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales)
- **Lactancia materna completa:** Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante
- **Lactancia de biberón:** Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana

- En la literatura científica es posible encontrar también otros términos:
- **Lactancia de múltiples:** Lactancia por leche de madre a dos o más hijos de la misma edad
- **Lactancia diferida:** Lactancia por leche materna extraída
- **Lactancia directa:** Cuando el bebé se alimenta tomando la leche directamente del pecho
- **Lactancia en tándem:** Lactancia por leche de la propia madre a dos o más hijos de distinta edad
- **Lactancia inducida:** Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que haya mediado embarazo previo en la madre
- **Lactancia mercenaria:** Lactancia por leche de una madre distinta a la propia a cambio de algún tipo de remuneración
- **Lactancia mixta:** Forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana + leche no humana). La OMS recomienda que no se utilice este término en investigaciones científicas
- **Lactancia solidaria:** Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que medie ningún tipo de remuneración
- **Re lactancia:** Lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia. (19)

2.3.1.8 Fisiología de la Lactancia

La glándula mamaria se desarrolla y prepara durante el embarazo para cumplir la función de alimentar al recién nacido. La lactancia materna conlleva mecanismos bastante complejos que comprenden varias fases.

La primera, la glándula mamaria se desarrolla e hipertrofia, en la segunda se produce la secreción láctea y en la tercera tiene lugar el mantenimiento de la lactancia. (20)

A estos periodos se les denominan, mamo génesis, lacto génesis y galactopoyesis respectivamente.

a) **Mamo génesis.** La mama es una glándula de origen ectodérmico, alvéolo-tubular compuesta por 10 o 15 lóbulos o glándulas aisladas que desde el pezón

se ramifican por toda la mama. Estos lóbulos están dentro de un tejido graso especializado de la pared anterior del tórax. Cada lóbulo está formado por lobulillos que presentan unos acinis o alvéolos revestidos por un epitelio cúbico mono estriado, que drenan a través de unos conductillos en los conductos galactóforos, conductos que se abren al exterior en el pezón (20)

b) **Lacto génesis.** El proceso por el cual la glándula mamaria desarrolla la capacidad para secretar leche se inicia aproximadamente doce semanas antes del parto con aumento significativo de lactosa, proteínas totales e inmunoglobulinas, y por el descenso de sodio y cloro. Este proceso de maduración suele denominarse etapa I de la lacto génesis. Durante el embarazo los estrógenos y progesterona bloquean el efecto de la prolactina y del lactógeno placentario sobre la producción de leche. (20)

c) **Galactopoyesis.** Se le denomina también lacto génesis III. La galactopoyesis es el mantenimiento de la lactancia ya establecida. Para esto es necesario la integridad del eje hipotálamo hipofisario que regula los niveles de prolactina y oxitocina. La lactación requiere la síntesis de leche y la liberación de la misma en los alvéolos y senos galactóforos. Cuando no se extrae la leche disminuye el flujo sanguíneo capilar y puede inhibirse la lactancia. La prolactina es sin duda la hormona más importante en el mantenimiento de la lactancia y la oxitocina es por la succión del pezón también se puede producir por estímulos visuales, táctiles, olfativos y auditivos. Otras situaciones de estrés físico como dolor, ejercicio físico, frío, calor o hipovolemia también la segrean, pero están atenuadas durante la lactancia. (20)

Contraindicaciones

El niño no deberá lactar de su madre cuando se presente 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: (20)

2.3.1.9 Marco Legal de la Lactancia en el Perú

- 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”.

2.3.2 Desarrollo Psicomotor

(Delgado, 2014) El desarrollo psicomotor “se refiere al conjunto de habilidades que el niño va logrando, producto de la maduración del sistema nervioso central y la interacción del medio. (21)

(Walley & Wong, 2013) 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. (22)

(Piaget, teoría planteada la motricidad, 2010) Las investigaciones de Piaget, repercuten en los estudios del desarrollo psicomotor desde el momento en que resalta el papel de las acciones motrices en el proceso del acceso al conocimiento. Así su teoría planteada, afirma que “el aspecto psicomotor es importante para la inteligencia donde ésta se construye a partir de la actividad motriz del niño/a y en los primeros años de vida. (23)

Según LEVIN 2009, pag. 25, el desarrollo psicomotor se da teniendo en cuenta la estructura del sujeto, no hay aprendizaje si no hay una constitución una vivencia de satisfacción en el origen. Por ello se tiene en cuenta este aporte ya que se debe considerar el valor significativo de existencia que adquiere para el niño la realización de la práctica psicomotriz. En esta definición cabe destacar que se interesa no sólo por los factores que intervienen en el proceso sino más bien en la satisfacción que siente el niño cuando aprende algo y lo practica hasta dominarlo por la vivencia directa que ha tenido. (24)

2.3.2.1 Factores que influyen en el Desarrollo Psicomotor

Según LINARES Y CALDERON, plantean que “los factores del desarrollo psicomotor son aquellos elementos que actúan relacionándose entre sí”, se tienen los siguientes factores. (25)

a) **Factores biológicos:** Son los factores donde hay una gran carga genética, presentándose una maduración nerviosa. Dentro de este aspecto nos referiremos al sistema nervioso como aspecto importante para tener en cuenta en el desarrollo psicomotor y que hoy en día es tratado por la neurociencia. (25)

b) **Factores ambientales o psicosociales:** Son agentes donde el ser humano se relaciona con el mundo de los seres y objetos. Estos factores se dividen en primer lugar en estimulación que condiciona variaciones de lo normal y también causa alteraciones del desarrollo, el desarrollo específico de un niño está determinado por factores culturales que generan mayor estímulo en ciertos aspectos; en segundo lugar está la afectividad y el vínculo estos son imputables en el desarrollo equilibrado, en sus aspectos emocionales, sociales y laborales; en tercer lugar están las normas de crianza donde se desarrolla hábitos, interacción con cada miembro de la familia, grado de independencia y autonomía y en cuarto lugar se considera las condiciones socioeconómicas y culturales que determinan en el niño modelos conductuales específicos, valores sociales y religiosos, determina así oportunidades de educación, estimulación y valores. (25)

2.3.2.2 Áreas del Desarrollo Psicomotor

a). Área Motora:

En estudios de PIAGET, se estableció que la motricidad interfiere en la inteligencia, ya que la inteligencia verbal o reflexiva reposa en una inteligencia sensorio motor o práctica. El movimiento constituye un sistema de esquemas de asimilación y organiza lo real a partir de estructuras espacio - temporales y causales. Las percepciones y los movimientos, al establecer relación con el medio exterior, elaboran la función simbólica que genera el lenguaje y éste último dará origen a la representación y al pensamiento. Piaget define a la motricidad mediante la explicación de las conductas que la conciben de un modo interrogativo en la construcción de esquemas sensorios motores, realzando su importancia en la formación de la imagen mental y en la representación de lo imaginario. Lo vivido integrado por el movimiento y por lo tanto introducido en el cuerpo del individuo refleja todo un equilibrio cinético con el medio. La inteligencia es el resultado de una cierta experimentación motora integrada e interiorizada, que como proceso de adaptación es esencialmente movimiento (26)

b). Área Lenguaje:

Según THOUMI S. El desarrollo del lenguaje está relacionado con la audición, visión, kinestesia y atención, ya que es un sistema funcional que se da como resultado de la organización cerebral, permitiendo al ser humano interrelacionarse, este proceso inicia con la percepción de palabras, para pasar a frases aisladas que con el tiempo se construirán estructuras gramaticales.(27)

Según PAPALIA D. Se desarrolla desde los primeros meses el sistema de comunicación con sonidos guturales que se convierten en fonemas sueltos para pasar a palabras y después formar oraciones logrando comunicar sus deseos y necesidades. (28)

“Es una de las funciones psicológicas que más roles desempeña en el desarrollo psíquico del ser humano; permite comunicar información, significados, intenciones, pensamientos y peticiones, así como expresar sus emociones, interviniendo en procesos cognoscitivos: pensamiento, memoria, razonamiento, solución de problemas”. (28)

c). Área Social:

Según PAPALIA D. El desarrollo socio afectivo del niño, es la capacidad de interacción que se desarrolla desde la infancia con diferentes formas y relaciones, lo que permite la creación de bases de aprendizaje. Las relaciones del niño tanto con sus padres que son su primer vínculo de interacción, al igual que con las personas que le rodean se logra dentro de esta área, es una interacción entre el niño y otro ser social la forma de realizar este proceso, es el juego. (28)

2.3.2.3 Etapas del Desarrollo Psicomotor en los primeros años de vida.

Según PIAGET, las etapas del desarrollo son cuatro: etapa sensorio motriz, etapa pre operacional, etapa de operaciones concretas y etapa de operaciones formales. En este estudio sólo haremos referencia a las dos primeras etapas, considerando también aportes de otros autores. (29)

a) **El niño en la etapa sensorio motriz:** “La etapa sensorio motriz, es aquel periodo donde los niños muestran una intensa curiosidad por el mundo que les rodea, su conducta está dominada por las respuestas a los estímulos”. (29)

Según ISAAC, En el recién nacido el tono muscular (es decir, el estado de contracción que posee el músculo en ese momento) es de flexión. El niño recién nacido permanece con sus brazos y piernas flexionados durante todo el día, incluso, si procedemos a estirar alguno de sus miembros, al soltar éstos volverán automáticamente a su estado de flexión. Con esto podemos ver que sus músculos "extensores", aquellos que le permitirán más adelante estirar sus extremidades, no se han fortalecido completamente aún. Si el niño da la impresión de sostener la cabeza al levantarlo y presenta las piernas extendidas y rígidas, nos podríamos encontrar frente a un cuadro de "hipertensión muscular". Si, por el contrario, el niño presenta sus brazos y piernas flácidas y blandas permanentemente, se podría sospechar de un cuadro de "hipotonía muscular". El recién nacido presenta una serie de reacciones llamadas "reflejos primitivos"; estos reflejos permiten evaluar el desarrollo, y también llevan al niño a obtener ciertas conductas, ya sean de defensa o que originan patrones de movimientos que darán información sensorial. En este período, también

comienzan a desarrollarse y agudizarse los otros sentidos, tacto, oído, visión, gusto, olfato, y a hacerse cada vez más conscientes. Al comenzar el segundo mes de vida el niño ya comienza a explorar sus propias sensaciones y movimientos, continúa el tono flexor en el niño, pero ya no tan marcado como en el mes anterior. Al colocarlo en posición boca abajo, el niño logra levantar su cabeza para girarla. El niño patalea y mueve los brazos con más fuerza y frecuencia. Le gusta que lo tomen, que le hagan cariño, que le hablen. Incluso aparece lo que se denomina "sonrisa social", cuando el niño sonríe como respuesta a la sonrisa de un adulto. Llegado a los 4 meses de edad, el niño al ser colocado boca abajo, levanta la cabeza en un ángulo de 45 grados con apoyo de los codos. Al sentar al niño desde la posición acostado, a los 4 meses será capaz de mantener su cabeza alineada hasta sentarse; y a los 5 meses ya será capaz de realizar un esfuerzo activo de flexión para sentarse. Esta fijación de la cabeza le permitirá el mantenimiento de la mirada, y la exploración visual de su medio ambiente. Esta información dispondrá al niño a iniciar el impulso de querer tomar algún objeto y del traslado, y lograr colocarse posteriormente en "cuatro patas" para gatear y alcanzar su objetivo. También a los 4 meses se comienza a desarrollar la "prehensión" (capacidad de tomar objetos con las manos y dedos). Luego, al siguiente mes, ya será capaz de tomar el objeto con la palma de su mano flexionando los dedos todos juntos. Es aquí donde comienza la "etapa del suelo" donde el niño ejercitará su psicomotricidad en busca de sus objetivos. Intentará desplazarse y tomar objetos. Esto es fundamental en su desarrollo como experiencia motora, sensorial y de descubrimientos cognitivos. (30)

b) El niño en la etapa pre operacional. “La etapa pre operacional, es aquel periodo donde los niños tiene un pensamiento mágico y egocéntrico”. El desarrollo psicomotor sigue siendo rápido y variado y por ello es necesario que el niño crezca en un ambiente motivador, adecuado de estímulos de movimiento y posibilidades de mayores aprendizajes para la acción. (30)

En esta etapa según MAYORGA y LINO, Se observa: Un afán de movimientos y actividad que constituyen la base del aprendizaje. El lenguaje y la capacidad regulan las acciones motrices progresivamente ya que influye cada vez más sobre la conducta motriz. Las posibilidades del niño en esta etapa permiten su

relación con el medio, y con ello el desarrollo de sensaciones, percepciones, atención, memoria y otros procesos psicológicos que formarán la base del potencial psicobiológico que sostendrán el desarrollo de sus capacidades en el futuro. En esta etapa las influencias del medio son de mucha importancia para el desarrollo de habilidades motrices para su capacidad de reacción motriz. Asimismo, el juego le permite desarrollar el lenguaje, pensamiento y motricidad además de factores sociales y emocionales. (31)

c) Trastornos del desarrollo psicomotor

Los trastornos del desarrollo motor son alteraciones que ponen de manifiesto un aspecto anormal en el proceso evolutivo de este. Deficiencias que si no se identifican ni tratan a tiempo, podrán desfavorecer la calidad de vida del niño, su aprendizaje y relación con los demás. En general, los trastornos psicomotrices comprenden la totalidad del entorno del niño, y quien tenga la responsabilidad de su formación, deberá propender por la detección de sus deficiencias y la creación de estrategias para que el niño domine mejor su cuerpo y se desarrolle adecuadamente. Dicha detección se deberá efectuar a través de una valoración detallada y profunda del desarrollo motor, en donde se puedan observar cuales son los trastornos presentes. Pero es necesario saber en qué momento y cómo se debe evaluar en general los trastornos del desarrollo psicomotor. En la clínica del niño se evidencian tres fundamentos básicos para valorar a un infante de manera oportuna: cuando el niño no se sienta hábil y cómodo en el uso y en la relación que establece con su cuerpo; es decir que no logra movimientos que lo satisfagan frente a sus desafíos de crecimiento y aprendizaje, cuando existen secuelas de traumatismos o experiencias de internación hospitalaria prolongada, enfermedades neuromusculares o degenerativas, y por ultimo cuando un trastorno psicomotor coarta las posibilidades normales de desarrollo. (31)

d) Debilidad motriz:

Este trastorno, afecta al infante en sus dimensiones psicológicas, biológicas y físicas, retrasando el proceso de maduración en los movimientos y su correcta ejecución. La debilidad motriz se caracteriza por: la torpeza de movimientos, es decir dificultad para ejecutarlos; las sin cinesias que representan inestabilidad

motriz al realizarlos de manera involuntaria, y la par atonía siendo esta última una incapacidad para relajar los músculos de forma voluntaria. Los trastornos más frecuentes se especifican en la coordinación, el tono y el equilibrio. Es necesario entonces identificar las falencias que el niño tenga en sus áreas sensoriales, psíquicas y motrices, con el fin de prever trastornos posteriores o asociados, que terminen por afectar la vida personal y social del niño. (31)

e) Inestabilidad motriz.

Los niños con inestabilidad motriz, son niños que, a nivel escolar, representan un factor complejo de manejo. Los maestros se quejan de su bajo rendimiento académico y su mal comportamiento, pues regularmente no atienden a las actividades e instrucciones y realizan en cambio acciones que perturban la atención de otros niños. Son niños incapaces de realizar un esfuerzo constante, reflejando una incapacidad para inhibir los movimientos. Así mismo presentan alteraciones en su coordinación, hiperactividad, déficit de atención, problemas de memoria y se asocian además el desinterés por el aprendizaje y los problemas de percepción, lenguaje y comprensión. (31)

f) Inhibición motriz.

En la inhibición motriz, la característica más relevante es el miedo a la interacción social y personal. Es decir, el niño se muestra tenso, pasivo y apático al realizar algunos movimientos que lo comprometan como individuo, de manera que va a preferir evitarlos. Además, estos infantes tienden a significar mucho lo que pensarán los demás niños de ellos, si no realizan las acciones que la mayoría sí pueden lograr. (31)

g) Retrasos de maduración.

En este aparte, se revelan diversos factores que comprometen la evolución normal o progreso de las capacidades motrices. La valoración se deberá comparar con un índice estándar que corresponda al normal del niño según la edad. Según los procesos adquiridos que ya deberán estar arraigados al desempeño de su sistema locomotor. Es decir, se refleja a partir de un retraso o incapacidad para realizar algunas acciones que, en su etapa de desarrollo

normal, deberá tener ya apropiadas. Este trastorno se caracteriza en, niños que aun dependen mucho de sus padres, para ejecutar ciertos movimientos, niños con una constante actitud infantil y lenguaje pobre, aun con el progreso de su edad y contexto en el que se desenvuelve. (31)

2.3.2.4 Escala de Evaluación 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 (32)

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. (32)

2.3.2.5 Terminologías utilizadas en la evaluación del Desarrollo Psicomotor

- 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 etario.
- 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: ⁽³²⁾

Normal: CD mayor o igual a 85

Riesgo: CD entre 84 y 70

Retraso: CD menor o igual a 69

2.3.2.6 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. ⁽³²⁾

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 26
- 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 ⁽³²⁾

2.3.2.7 Áreas del Desarrollo según Evaluación con el EEDP

Según (MINSA, 2016) 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:

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:

- a). Lenguaje (L):** Esta área abarca tanto el lenguaje verbal como el no verbal; reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones y emisiones verbales.
- b). 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.
- c). Coordinación (C):** Esta área comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones. (Óculo – motriz y de adaptación ante los objetos).
- d). Motora (M):** Se refiere al control de la postura y motricidad ⁽³²⁾

2.4 Definición de Términos Básicos

Adherencia: 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. ⁽³³⁾

DiMateo y DiNicola: 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. (34)

Lactancia materna exclusiva; Según la OMS: “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”. (35)

Desarrollo Psicomotor: “Es del punto de vista psicomotor tenemos un niño que coordina e integra las acciones. Estas acciones se repiten muchas veces y de la misma manera, por eso se llaman circulares. Tienen otra característica: la intencionalidad, muy relacionada con la causa-efecto. El niño empieza a manifestar indicios de pensamiento” (35)

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Existe relación entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor de niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020

3.1.2 Hipótesis Específicas

- Existe correlación de adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área motora (motor grueso) de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.
- Existe correlación entre adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área coordinación (motor fino) de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.
- Existe correlación entre adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área lenguaje de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.
- Existe correlación entre adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área social de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.

3.2 Definición conceptual de variables

Variable independiente:

Adherencia a la lactancia materna:

Conducta de unión, seguimiento, conexión, afinidad y/o aceptación de la madre e hijo.

La ingesta de leche materna pura, lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno, la lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie

Variable dependiente:

Desarrollo psicomotor

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

Dimensiones:

- Área Motora
- Área Coordinación
- Área Lenguaje
- Área Social

3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Índice	Método	Técnica
V1: Adherencia a la lactancia materna exclusiva	Conducta de unión, seguimiento, conexión, afinidad y/o aceptación de la madre e hijo. La ingesta de leche materna pura, lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno, la lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie.	Adherencia.	Tiempo: meses que el niño recibió sólo lactancia materna. (6 meses)	Nominal	Tipo cuantitativo descriptivo de corte correlacional trasversal	Entrevista y Observación
		No adherencia.	Frecuencia: número de lactadas por día, debe ser mayor a 8, cuando el niño lo demande	Nominal		
V2: Desarrollo Psicomotor.	Se considera el desarrollo como la capacidad de transformación y perfeccionamiento de las funciones globales del individuo en el aspecto físico, emocional, intelectual y de relación con el ambiente y la sociedad. El desarrollo depende fundamentalmente de la maduración y perfeccionamiento de su sistema nervioso, y hasta que esto no se produzca no es posible que adquiera las habilidades y destrezas correspondientes a cada edad.	Áreas del Desarrollo: 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 Motora: Empuja hasta lograr la posición sentado (a). Mantenerse sentado sin apoyo.	Desarrollo psicomotor Rendimiento máximo Rendimiento Normal Rendimiento inferior		
		Área de coordinación (Motor fino): El niño va aprendiendo a coordinar, lo que ve, con lo que hace, lo que oye.	Área de Coordinación: Palpa el borde de la mesa Coge la Argolla. Coge el Cubo Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída.	Desarrollo psicomotor Rendimiento máximo Rendimiento Normal Rendimiento inferior		
		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.	Área del Lenguaje: Vuelve la cabeza hacia quien le habla. Vocaliza cuando se le habla.	Desarrollo psicomotor Rendimiento máximo Rendimiento Normal Rendimiento inferior		
		Área Social: El niño aprende a relacionarse con las demás personas, aprende a querer y ser querido y aceptado.	Área Social: toca su imagen en el espejo. Golpea objetos con la base o entre si repite varias veces los golpes.	Desarrollo psicomotor Rendimiento máximo Rendimiento Normal Rendimiento inferior		

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y diseño de investigación:

4.1.1 tipo de investigación

Según HERNANDEZ S. (pág. 27) El proceso cuantitativo es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos, el orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. El proceso cuantitativo parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de la hipótesis. (36)

Para MURILLO (2008), la investigación aplicada recibe el nombre de “investigación práctica o empírica”, que se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación. El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad. (37)

Es prospectivo

4.1.2. Diseño de investigación:

El diseño de la investigación es no experimental, correlacional y de corte transversal

Para HERNANDEZ S. (2003), el diseño no experimental se divide tomando en cuenta el tiempo durante el cual se recolecta los datos estos son: Transversal, donde se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado. (38)

HERNANDEZ: la utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. Este tipo de estudios mide las dos o más variables que se desea conocer, si están o no relacionados con el mismo sujeto y así analizar la correlación. (39)

A. Según la comparación de poblaciones

No comparativo

B. Según la interferencia de la investigación

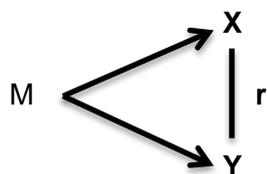
Estudio no experimental: descriptivo

DANKHE (1986) la investigación No experimental, Se realiza sin manipular las variables. Este tipo de investigación solo observa fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. No hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. (40)

Descriptivos se centran en recolectar datos que muestran un evento, una comunidad in fenómeno, hecho contexto o situación que ocurre. Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Además, pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a los que se refieren.

Descriptivo, porque se describirá y analizará la relación entre adherencia a lactancia materna y desarrollo psicomotor del niño(as) menores de 6 meses.

Diseño de la investigación:



M: Muestra

X: Adherencia a Lactancia Materna Exclusiva

Y: Desarrollo Psicomotor

r: Relación entre ambas variables

4.2 Método de Investigación.

HERNANDEZ E. Método deductivo, por tratarse de una investigación cuantitativa; donde se utilizó la recolección y análisis de datos para probar las hipótesis planteadas en el trabajo de investigación. (41)

4.3 Población Y Muestra.

4.3.1 Población:

La población estuvo conformada por las madres y niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud Quinua; Ayacucho -2020; constituida por N=30 niños

4.3.2 Muestra:

Es la población censal

4.3.3 criterio de inclusión:

- Todos los niños (as) menores de 6 meses que se encuentran asegurados en el centro de salud de Quinua, distrito de Quinua; Ayacucho-2020.

Madres con niños de menores 6 meses que pertenecen a la jurisdicción quinua que acepten participar de la investigación, previo consentimiento informado

4.3.4 criterio de exclusión:

- Los niños menores de 6 meses que son transferidos de otros puestos de salud.
- Los niños mayores de 6 meses que son atendidos en este centro de salud y que no pertenecen a esta jurisdicción.
- Los niños menores de 6 meses transeúntes
- Los niños menores de 6 meses no asegurados.
- Los niños menores de 6 meses con problemas crónicos en su desarrollo.

4.4 lugar del estudio y periodo desarrollado.

La institución en mención es un centro de salud con Categoría I-3 y con nivel de atención de pacientes que trabaja las 24 horas del día, ofrece servicios de medicina, emergencia, laboratorio, obstetricia, Atención Inmediata del Recién nacido, Enfermería, Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, el programa de Control y Crecimiento de Niño Sano y Adolescente y, por último, el taller de Estimulación Temprana. El ámbito específico de estudio cuenta con personal de Enfermería especializado, en el área de CRED y los ambientes con equipamiento básico para la atención a todos los niños y niñas.

- Establecimiento: C.S. Quinoa
- Clasificación: Centro de Salud
- Tipo: I-3
- Categoría: I-3

El estudio se realizó los meses de setiembre a noviembre 2020.

4.5 Técnicas e instrumentos para recolección de la información.

Entrevista

SIERRA (1998) quien asegura que la entrevista es un instrumento eficaz y de gran precisión, puesto que se fundamenta en la investigación humana, aunque cuenta con un problema de delimitación por su uso extendido en las diversas áreas de conocimiento. (42)

La técnica empleada será la entrevista y la observación. Los instrumentos a emplear serán la guía de entrevista semiestructurada a través del cual se recopilará la información relacionada a las características sociodemográficas de la población en estudio y la información relacionada a la adherencia a la lactancia materna exclusiva; así mismo se empleará la ficha de evaluación del desarrollo psicomotor para evaluar el nivel de rendimiento del desarrollo en las áreas motora, coordinación, lenguaje y social, las cuales serán recabadas de las Historias clínicas de los niños atendidos en el C.S Quinoa.

Recolección de datos:

Etapa I:

La recolección de datos se realizó con previa autorización del director del Centro de Quinua, del Distrito de Quinua; Ayacucho-2020, de la jefa del departamento de enfermería del servicio, y los jefes de las unidades incluidas en la investigación.

Etapa II:

Se realizará la utilización de la información disponible y entrevista, a través de los instrumentos; la revisión de las Historias Clínicas de los niños y niñas menores de 6 meses atendidos en el servicio en el Centro de Salud de Quinua, entrevista a las madres que acepten participar de la investigación. Previa a la recolección de la información se solicitará el consentimiento informado a las madres de los niños y niñas involucrados en el estudio.

Etapa III:

Finalmente se almacenará toda la información obtenida de forma sistemática, a través de la utilización de instrumentos (ficha de cotejo y ficha de entrevista) que permitirá ser el soporte de la información.

ALBINO F. La validez del instrumento se verificó con el Juicio de Expertos 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 ⁽⁴³⁾

4.7 Análisis y procesamiento de datos:

Las fichas obtenidas después de realizar la recolección de datos serán puestas a verificación del control de calidad, después de ello la sistematización y ordenación de la información, será de acuerdo con la categorización de las variables.

Los datos serán presentados en tablas estadísticas porcentuales simples y de doble entrada de acuerdo a los objetivos de la investigación, utilizando estadística descriptiva e inferencial.

Asimismo, el plan de procesamiento de datos se realizará utilizando el paquete estadístico Excel y SPSS los resultados se presentarán en cuadros de una doble entrada.

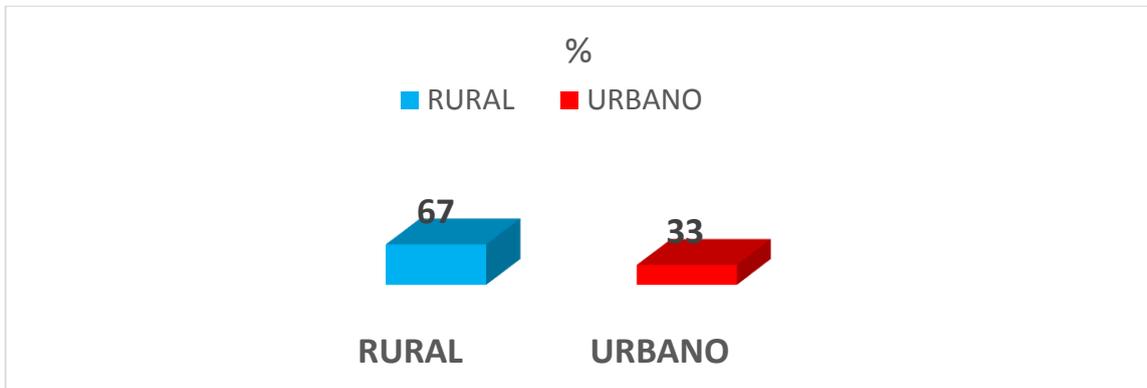
Se aplicó la prueba estadística de correlación de Rho de Spearman para determinar la correlación entre las variables de adherencia a la lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotriz

V. RESULTADOS

5.1.1 Resultados Descriptivos

Gráfico N° 5.1.1

PROCEDENCIA DE NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020

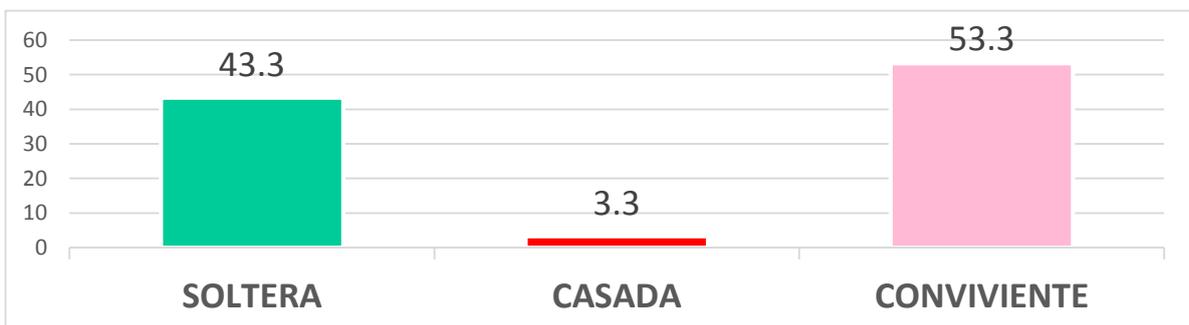


Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

En el gráfico se observa en relación a la procedencia de los niños menores de 6 meses atendidos en el Centro de Salud Quinua, el 67% proceden de la zona rural y el 33% proceden de la zona urbana; reflejando que la población infantil es eminentemente rural, donde las condiciones que influyen sobre el desarrollo psicomotriz les hace más vulnerables.

Gráfico N° 5.1.2

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020

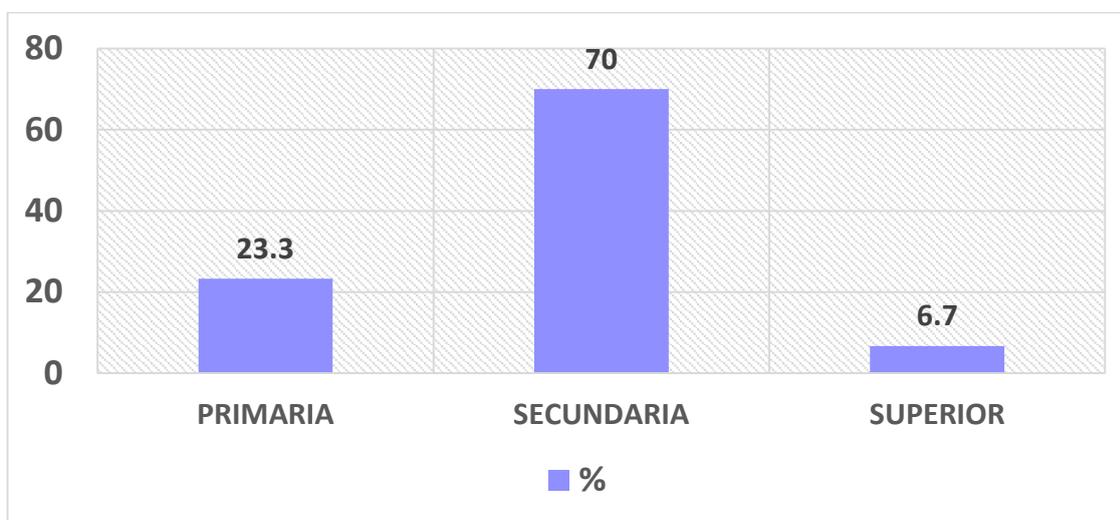


Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

Respecto al estado civil de las madres de niños menores de 6 meses, el 54% de las madres tienen la condición de conviviente, el 43% son solteras y solamente el 3% son de estado civil casadas.

Gráfico N° 5.1.3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020

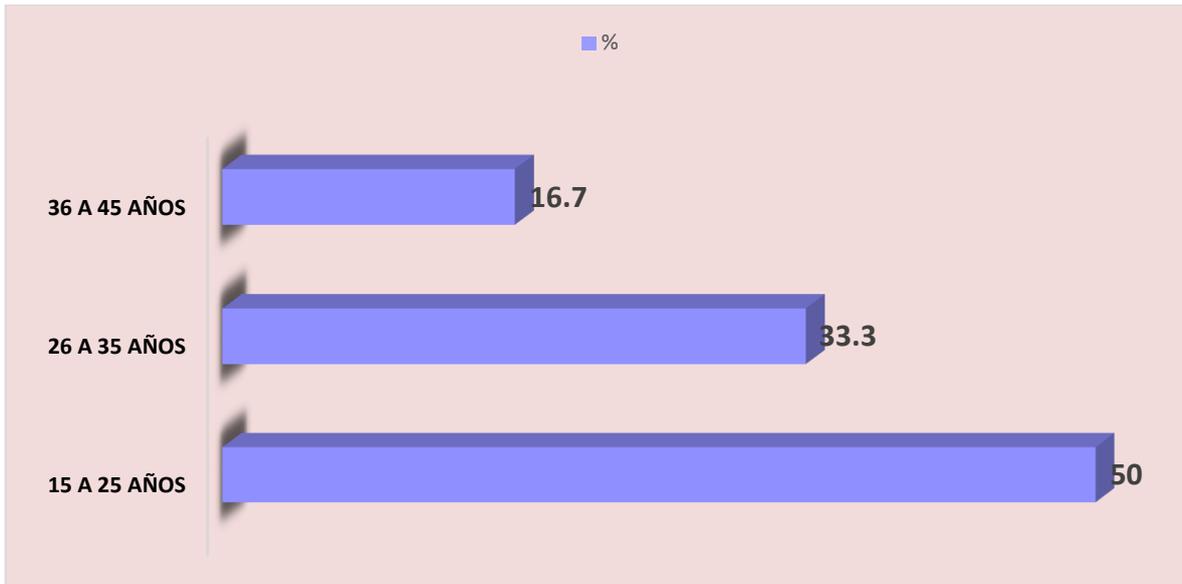


Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

En el gráfico relacionado al grado de instrucción de las madres de los niños(as) menores atendidos en el C.S Quinua, el 70% alcanzaron su estudio de nivel secundario, 23.3% sólo tienen primaria y sólo el 6.7% tienen grado de instrucción del nivel superior.

Gráfico N° 5.1.4

EDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020

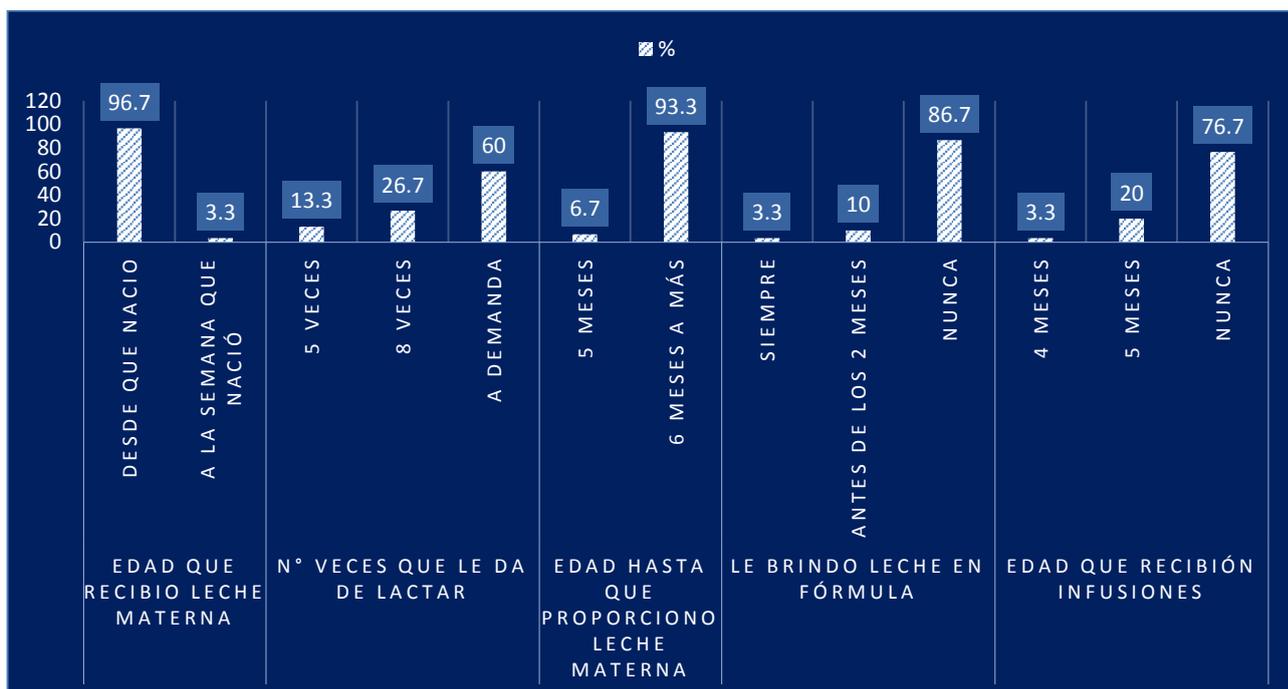


Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

La gráfica muestra que el 50% de las madres de niños menores de 6 meses tienen edades entre 15 a 25 años, el 33.3% entre 26 a 35 años y el 16.7% tienen la edad entre 36 a 45 años.

Gráfico N° 5.1.5

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A LA LACTANCIA EN NIÑOS(AS) MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020



Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

En el presente gráfico en relación a las características de la lactancia materna exclusiva, respecto a la edad que recibió la leche materna, el 96.7% de niños menores de 6 meses recibieron desde que nació, así mismo en cuanto a la frecuencia 60% recibieron a libre demanda, 13.3% 5 veces por día, así mismo el 93.3% de niños recibieron la leche materna hasta los 6 meses de edad; respecto a la alimentación con leche en fórmula 10% recibió antes de los 2 meses, 3.3% consumió permanentemente; finalmente del 100% de la población en estudio 20% de niños recibieron infusiones a los 5 meses y el 3.3% a los 4 meses.

5.2 Resultados Inferenciales

Tabla N° 5.1.1

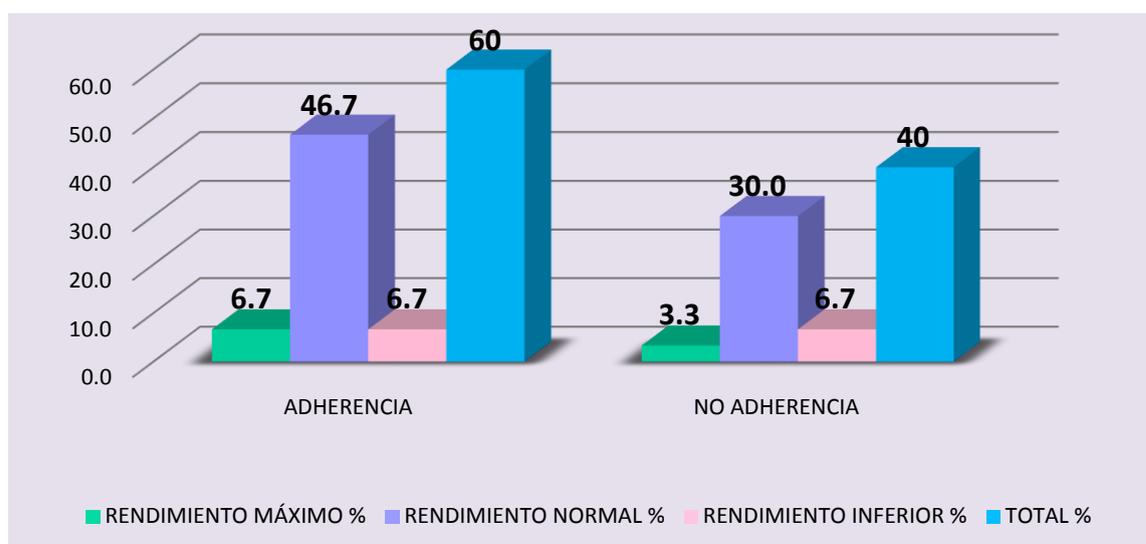
RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA MOTORA (MOTOR GRUESO) DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020

LACTANCIA MATERNA	DESARROLLO PSICOMOTRIZ AREA MOTORA						TOTAL	
	RENDIMIENTO MÁXIMO		RENDIMIENTO NORMAL		RENDIMIENTO INFERIOR		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
ADHERENCIA	2	6.7	14	46.7	2	6.7	18	60
NO ADHERENCIA	1	3.3	9	30.0	2	6.7	12	40
TOTAL	3	10.0	23	76.7	4	13.3	30	100

Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

Gráfico N° 5.1.6

RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA MOTORA (MOTOR GRUESO) DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020



Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

En el presente gráfico, relacionado a la adherencia de la lactancia materna; del 100% de la población en estudio el 60% de niños(as) menores tiene adherencia a la lactancia materna exclusiva, de los cuales el 46.7% presentaron un rendimiento normal en el desarrollo psicomotriz en la dimensión del área motora y el 6.7% presentaron rendimiento máximo e inferior respectivamente; así mismo el 40% de niños menores no presentaron adherencia a la lactancia materna exclusiva, de los cuales 30% presentaron un nivel de rendimiento normal, 6.7% rendimiento inferior y 3.3% rendimiento máximo en el desarrollo psicomotriz, en la dimensión del área motora.

Según la prueba estadística no paramétrica de Rho de Spearman, el valor de $P < 0.05$, demuestra de que existe la relación entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotriz en la dimensión del área motora.

Tabla N° 5.1.2

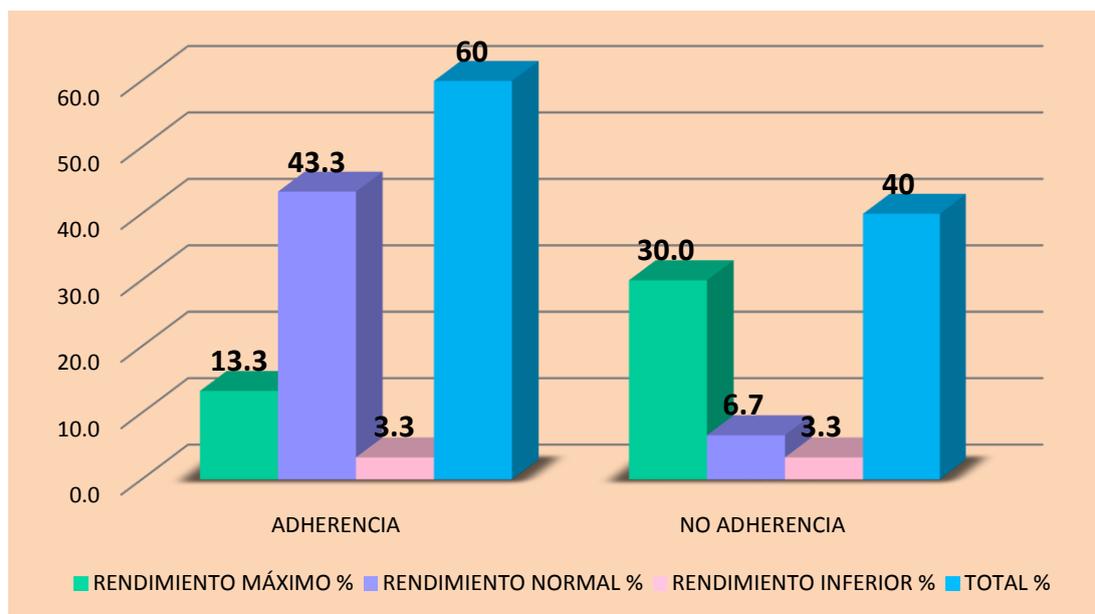
**RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y
DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA COORDINACIÓN
(MOTOR FINO) DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD
QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020**

LACTANCIA MATERNA	DESARROLLO PSICOMOTRIZ AREA COORDINACIÓN						TOTAL	
	RENDIMIENTO MÁXIMO		RENDIMIENTO NORMAL		RENDIMIENTO INFERIOR		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
ADHERENCIA	4	13.3	13	43.3	1	3.3	18	60
NO ADHERENCIA	9	30.0	2	6.7	1	3.3	12	40
TOTAL	13	43.3	15	50.0	2	6.7	30	100

Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

Gráfico N° 5.1.7

**RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y
DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA COORDINACIÓN
(MOTOR FINO) DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD
QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020**



Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

Según la gráfica, del 100% de la población en estudio, el 60% de niños menores de 6 meses presentan adherencia a la lactancia materna exclusiva, de los cuales el 43.3% presentaron rendimiento normal, 13.3% rendimiento máximo y 3.3% rendimiento inferior respecto a su desarrollo psicomotriz en la dimensión área Coordinación; como también del 40% de menores que no presentaron adherencia a la lactancia materna exclusiva 30% tuvieron rendimiento máximo, 6.7% rendimiento normal y 3.3% rendimiento inferior en cuanto al desarrollo psicomotriz en la dimensión área coordinación.

Aplicado la prueba estadística no paramétrica de Rho de Spearman, el valor de $P < 0.05$, demuestra de que existe la relación entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotriz en la dimensión del área coordinación.

Tabla N° 5.1.3

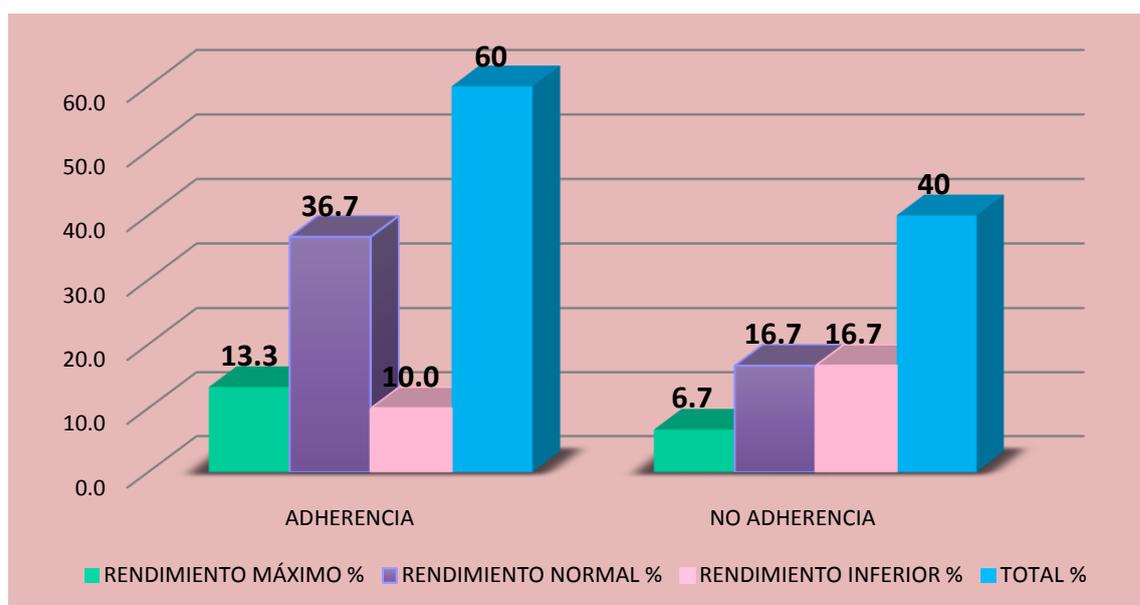
RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA LENGUAJE DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020

LACTANCIA MATERNA	DESARROLLO PSICOMOTRIZ AREA LENGUAJE						TOTAL	
	RENDIMIENTO MÁXIMO		RENDIMIENTO NORMAL		RENDIMIENTO INFERIOR		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
ADHERENCIA	4	13.3	11	36.7	3	10.0	18	60
NO ADHERENCIA	2	6.7	5	16.7	5	16.7	12	40
TOTAL	6	20.0	16	53.3	8	26.7	30	100

Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

Gráfico N° 5.1.8

RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA LENGUAJE DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020



Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

Según el gráfico, del 100% de los niños menores de 6 meses, el 60% presentaron adherencia a la lactancia materna exclusiva, de los cuales 36.7% tuvieron rendimiento normal, 13.3% rendimiento máximo y 10% rendimiento inferior en su desarrollo psicomotriz en la dimensión área lenguaje; mientras del 40% que tuvieron no adherencia a la lactancia materna 16.7% presentaron rendimiento normal e inferior respectivamente y sólo el 6.7% rendimiento máximo en el desarrollo psicomotriz en la dimensión área lenguaje.

Aplicado la prueba estadística no paramétrica de Rho de Spearman, el valor de $P < 0.05$, demuestra de que existe la relación entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotriz en la dimensión del área lenguaje.

Tabla N° 5.1.4

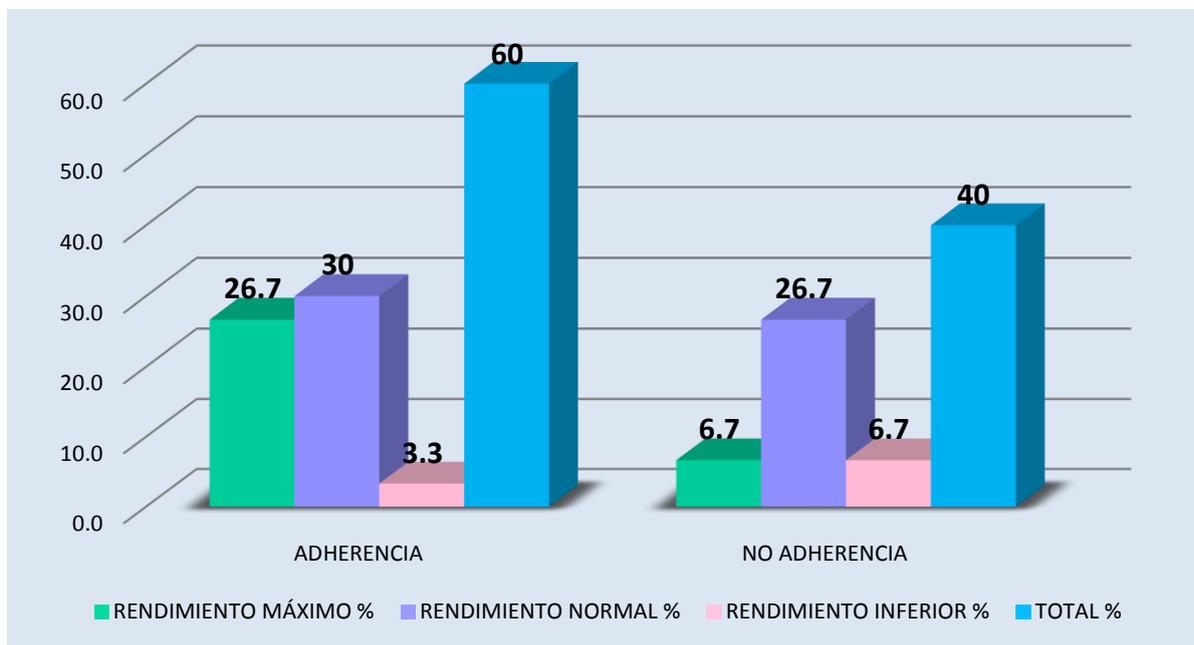
RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA SOCIAL DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020

LACTANCIA MATERNA	DESARROLLO PSICOMOTRIZ AREA SOCIAL						TOTAL	
	RENDIMIENTO MÁXIMO		RENDIMIENTO NORMAL		RENDIMIENTO INFERIOR		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
ADHERENCIA	8	26.7	9	30	1	3.3	18	60
NO ADHERENCIA	2	6.7	8	26.7	2	6.7	12	40
TOTAL	10	33.3	17	56.7	3	10	30	100

Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

Gráfico N° 5.1.9

RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU DIMENSIÓN: ÁREA SOCIAL DE NIÑOS(AS) MENOR DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020



Fuente: instrumento aplicado en campo por investigadores

En el gráfico se aprecia, del 100% de la población en estudio, el 60% presentaron adherencia a lactancia materna exclusiva, de los cuales 30% tuvieron rendimiento normal, 26.7% rendimiento máximo y 3.3% rendimiento inferior en su desarrollo psicomotriz en la dimensión área social; mientras del 40% de los menores de 6 meses que no tuvieron adherencia a la lactancia materna exclusiva, el 26.7% tuvieron rendimiento normal, 6.7% rendimiento máximo e inferior respectivamente en su desarrollo psicomotriz en la dimensión área social.

según la prueba estadística no paramétrica de Rho de Spearman, el valor de $P < 0.05$, demuestra de que existe la relación entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotriz en la dimensión del área social.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

Prueba de Hipótesis Específica 1

HE 1: existe correlación entre adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área motora (motor grueso) de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinoa, Distrito de Quinoa; Ayacucho-2020

HE o: No existe correlación entre la adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área motora (motor grueso) de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinoa, Distrito de Quinoa; Ayacucho-2020

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Adherencia lactancia materna exclusiva	,389	30	,000	,624	30	,000
Evaluación del Desarrollo Psicomotor Área Motora	,394	30	,000	,664	30	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Se aplicara la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk porque la muestra es menor que 50 ($n < 50$)

Cuando el nivel de significancia es >0.05	datos son normales	Prueba paramétrica
Cuando el nivel de significancia es <0.05	datos son anormales	Prueba no paramétrica

Por tanto, en esta tabla se aprecia que 0.000 es <0.05 , por ende, se empleara la prueba no paramétrica de Rho de Spearman.

Correlación no paramétrica: Rho de Spearman

Rho Spearman		Desarrollo Psicomotri z Área Motora	Adherencia Lactancia Materna exclusiva
Desarrollo Psicomotriz Área Motora	Coeficiente de correlación	1,000	0,085062
	Sig. (bilateral)	.	,0455
	N	30	30
Adherencia Lactancia Materna exclusiva	Coeficiente de correlación	0,085062	1,000
	Sig. (bilateral)	,0455	.
	N	30	30

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Valor de Rho calculado	0,085062
Valor de P	0.0455

Por tanto, se rechaza el H_0 y se acepta la H_1 : existe correlación entre adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área motora (motor grueso) de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020

Por ende, el nivel de correlación es positiva; es decir a mayor adherencia a la lactancia materna exclusiva hay un desarrollo psicomotriz adecuado en la dimensión motora en niños menores de 6 meses de edad.

Prueba de Hipótesis Específica 2

HE 1: Existe correlación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área coordinación (motor fino) de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020

HE o: No Existe correlación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área coordinación (motor fino) de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	g	Sig.	Estadístico	g	Sig.
Adherencia lactancia materna exclusiva	,389	30	,000	,30	112	,000
Evaluación del Desarrollo Psicomotor Área Coordinación	,291	30	,000	,30	112	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Se aplicara la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk porque la muestra es menor que 50 (n <50)

Cuando el nivel de significancia es >0.05	datos normales	son	pruebas Paramétricas
Cuando el nivel de significancia es <0.05	datos anormales	son	pruebas no paramétricas

Por tanto en esta tabla se aprecia que 0.000 es <0.05 , por ende se empleara la prueba no paramétrica de Rho de Spearman

Correlación no paramétrica: Rho de Spearman

Rho Spearman		Desarrollo Psicomotriz Area Coordinación	Adherencia Lactancia Materna exclusiva
Desarrollo Psicomotriz Area Coordinación	Coeficiente de correlación	1,000	- ,454*
	Sig. (bilateral)	.	,012
	N	30	30
Adherencia Lactancia Materna exclusiva	Coeficiente de correlación	-,454*	1,000
	Sig. (bilateral)	,012	.
	N	30	30

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Valor de Rho calculado	-0.454
Valor de P	0.012

Por tanto, se rechaza el H_0 y se acepta la H_1 : existe correlación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área coordinación (motor fino) de niños(as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinoa, Distrito de Quinoa; Ayacucho-2020

Por ende, el nivel de correlación es negativa media; es decir a menor acceso a la lactancia materna exclusiva mayor posibilidad de presentar rendimiento inferior de su desarrollo en el área Coordinación, así mismo existirían otros factores que influyen sobre el nivel de desarrollo, no siendo necesariamente la lactancia materna exclusiva un factor determinante.

Prueba de Hipótesis Específica 3

HE 1: Existe relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área lenguaje de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020

HE 0: No Existe relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área lenguaje de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	g	Sig.	Estadístico	g	Sig.
Adherencia lactancia materna exclusiva	,389	30	,000	,624	30	,000
Evaluación del Desarrollo Psicomotor Área Lenguaje	,272	30	,000	,804	30	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Se aplicara la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk porque la muestra es menor que 50 ($n < 50$)

Cuando el nivel de significancia es >0.05	datos normales	son	pruebas Paramétricas
Cuando el nivel de significancia es <0.05	datos anormales	son	pruebas no paramétricas

Por tanto en esta tabla se aprecia que 0.000 es <0.05 , por ende se empleara la prueba no paramétrica de Rho de Spearman.

Correlación no paramétrica: Rho de Spearman

Rho Spearman		Desarrollo Psicomotriz Area Lenguaje	Adherencia Lactancia Materna exclusiva
Desarrollo Psicomotriz Area Lenguaje	Coeficiente de correlación	1,000	,225
	Sig. (bilateral)	.	,0231
	N	30	30
Adherencia Lactancia Materna exclusiva	Coeficiente de correlación	-,225	1,000
	Sig. (bilateral)	,0231	.
	N	30	30

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Valor de Rho calculado	.225
Valor de P	0.0231

Por tanto, se rechaza el H_0 y se acepta la H_1 : Existe relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área lenguaje de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.

Por ende, el nivel de correlación es positiva media; a mayor adherencia a la lactancia materna exclusiva hay un desarrollo psicomotriz adecuado en la dimensión lenguaje en niños menores de 6 meses de edad.

Prueba de Hipótesis Específica 4

HE 1: Existe relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área social de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020

HE 0: No Existe relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área social de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	g	Sig.	Estadístico	g	Sig.
Adherencia lactancia materna exclusiva	,389	30	,000	,624	30	,000
Evaluación del Desarrollo Psicomotor Área Social	,312	30	,000	,772	112	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Se aplicara la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk porque la muestra es menor que 50 ($n < 50$)

Cuando el nivel de significancia es >0.05	datos son normales	Prueba paramétrica
Cuando el nivel de significancia es <0.05	datos son anormales	Prueba no paramétrica

Por tanto, en esta tabla se aprecia que 0.000 es <0.05 , por ende, se empleara la prueba no paramétrica de Rho de Spearman.

Correlación no paramétrica: Rho de Spearman

Rho Spearman	Desarrollo Psicomotriz Area Social	Adherencia Lactancia Materna
---------------------	---	-------------------------------------

			exclusiva
Desarrollo Psicomotriz Area Social	Coeficiente de correlación	1,000	,311
	Sig. (bilateral)	.	,044
	N	30	30
Adherencia Lactancia Materna exclusiva	Coeficiente de correlación	,311	1,000
	Sig. (bilateral)	,004	.
	N	30	30

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Valor de Rho calculado	.311
Valor de P	0.044

Por lo tanto, se rechaza el H_0 y se acepta la H_1 : existe relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área social de niños(as) menor de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.

Por ende, el nivel de correlación es positiva media; es decir a mayor adherencia a la lactancia materna exclusiva hay un desarrollo psicomotriz adecuado en la dimensión social en niños menores de 6 meses de edad

6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares

Los primeros años de vida son determinantes para el proceso de crecimiento y desarrollo del niño(a), por ello es importante proporcionarle una alimentación suficiente y adecuada, durante los primeros meses basadas fundamentalmente en la provisión de leche materna que tiene una composición ideal para el crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 6 meses, por ende, la OPS/UNICEF recomienda propender una lactancia precoz, exclusiva y a libre demanda.

El desarrollo del niño en el aspecto físico, psíquico y social desde el nacimiento está respaldado por la maduración de las estructuras cerebrales durante los primeros años de vida, por ende, el sistema nervioso es un órgano dotado de la plasticidad, el cual afecta el desarrollo condicionado por el aspecto genético y el entorno como alimentación, interacción con los padres, enfermedades, etc.

Por ende, la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, juega un rol importante en el desarrollo del niño(a), mientras la incorporación de la leche no materna y otros sustitutos pueden afectar seriamente su estado nutricional y por ende el desarrollo de las diversas dimensiones del niño(a).

Según los hallazgos del presente estudio, el 60% de los niños menores de 6 meses presentaron adherencia a la lactancia materna exclusiva, de los cuales presentaron rendimiento normal el 46.7% en las dimensiones área motora, 43.3% en el área coordinación, 36.7% área lenguaje y 30% en el área social; así mismo presentaron rendimiento inferior el 6.7% en el área motora, 3.3% área coordinación y social respectivamente y, 10% en el lenguaje. Respecto al rendimiento máximo, 6.7% de niños(as) presentaron en el área motora, 13.3% en coordinación y social respectivamente y 26.7% en el área social.

Así mismo el 40% de niños presentaron No adherencia a la lactancia materna exclusiva, de los cuales presentaron rendimiento normal en un 30% en el área motora, 6.7% en coordinación, 16.7% en lenguaje y 26.7% en el área

social; así mismo presentaron rendimiento inferior en un 6.7% en el área motora y social respectivamente, 3.3% en coordinación y 16.7% en el área lenguaje; finalmente del total de niños con No adherencia presentaron rendimiento máximos en el desarrollo psicomotriz un 3.3% en la área motora, 30% en coordinación y un 6.7% en el área lenguaje y social respectivamente.

Aplicado la prueba estadística no paramétrica de Rho de Spearman, el valor de $P < 0.05$, demuestra de que existe la relación entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotriz en la dimensión del área lenguaje, motora, coordinación y social; por ende, los niveles de rendimiento en las diversas áreas son favorables en niños que han tenido adherencia a la lactancia materna exclusiva.

Existen investigaciones relacionados al tema que se ha abordado en la presente tesis; Cheble et. al (2018); Argentina, concluye que existen diferencias significativas en cuanto a la duración de la lactancia y el desarrollo psicomotor, sobre todo en el área personal social; así mismo Samaniego et. al (2016); Ecuador, concluyeron que los niños y niñas que recibieron lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida tienen un mejor desarrollo psicomotor, en relación a los que no la tuvieron; en la misma línea Sánchez (2018); Ica, en su investigación, arribó a que hay una correlación directa y positiva entre las variables lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor; Conde et. al (2017); Lima, en su investigación encontró de 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; finalmente la revisión de la tesis de Fuentes et. al (2016); Lima, en su tesis tipo correlacional, hallaron la relación entre la alimentación los seis primeros meses y el desarrollo psicomotor en los niños de veinticuatro meses.

La lactancia materna exclusiva es un proceso interactivo entre la madre y el hijo(a) (15); como también es considerado la ingesta de leche materna pura y excluye el consumo de otro tipo de alimento (16); entre las ventajas de la lactancia materna exclusiva es de favorecer el desarrollo cerebral, mejorando la

capacidad intelectual y la agudeza visual, así mismo el vínculo materno infantil promueve la confianza y seguridad; también entre los beneficios que brinda es mejorar el desarrollo psicomotor, emocional y social (17). Los lactantes para garantizar un pleno desarrollo, requieren que su alimentación sea adecuada y balanceada, para el cual la leche materna es el único alimento que cubre sus demandas hasta los 6 meses de edad, para el cual no hay necesidad de ser reemplazo con la leche artificial.

El desarrollo psicomotriz es el conjunto de habilidades que el niño(a) va logrando, generado por la maduración del sistema nervioso central y la interacción del medio (21); el desarrollo ocurre desde la gestación hasta lograr la adolescencia, así mismo Piaget plantea que el desarrollo psicomotor es fundamental para el desarrollo de la inteligencia (23). Existen múltiples factores que influyen sobre el desarrollo psicomotriz de los niños(as); se identifica los factores biológicos como la influencia genética, los factores ambientales y psicosociales que explica la relación de los niños con el entorno que los rodea como la estimulación, aspectos culturales que pueden generar mayor estímulo, las normas de crianza y/o cuidado del niño(a), y las condiciones socioeconómicas de la familia.

Por ende, inferimos que nuestros resultados han demostrado la relación significativa entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotriz en las diversas áreas del niño(a) menor de 6 meses, coincidiendo con los estudios de Cheble et. al Argentina (2018); Samaniego et. al Ecuador (2016); Sánchez, Ica (2018); Conde et. al Lima (2017); y Fuentes et. al Lima (2016); el cual denota nuestros resultados se suman a las afirmaciones corroboradas por las diversas investigaciones.

Concluimos que la adherencia a la lactancia materna exclusiva en los niños(as) menores de 6 meses están relacionados a alcanzar mejores resultados en cuanto al desarrollo psicomotriz en las dimensiones del área motora, coordinación, lenguaje y social.

6.3 Responsabilidad ética

La presente investigación no vulnera los derechos de los investigados, porque los presentes trabajos se han llevado a cabo conforme a los principios éticos universales, así mismo previamente se ha obtenido el consentimiento informado de las madres de los niños menores de 6 meses; también se han respetado las informaciones proporcionadas por la población en estudio, evitando su divulgación alguna.

CONCLUSIONES

- a. Aplicado la prueba estadística no paramétrica de Rho de Spearman existe una correlación positiva ($p < 0.05$) entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotriz en la dimensión área motora en los niños menores de 6 meses atendidos en el Centro de Salud de Quinua, Ayacucho 2020.
- b. Respecto a la relación entre la adherencia entre lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotriz en niños menores de 6 meses, se ha demostrado la existencia de una correlación negativa media, corroborando a menor acceso a lactancia materna exclusiva mayor posibilidad de presentar rendimiento inferior en el área coordinación del desarrollo psicomotriz.
- c. Se concluye la correlación positiva media entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotriz en la dimensión área lenguajes en niños menores de 6 meses atendidos en el C.S Quinua, Ayacucho 2020.
- d. Se halló una correlación positiva media entre adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotriz, en la dimensión social, a mayor adherencia a la lactancia materna exclusiva hay un desarrollo psicomotriz adecuado en la dimensión social en niños menores de 6 meses de edad

RECOMENDACIONES

- a. Al Ministerio de Salud, diseñar Políticas orientadas a promover practicas materno infantiles, que coadyuven a mejorar la situación de salud de la primera infancia en el País.
- b. Al Gobierno Regional, diseñar Políticas Regionales, priorizar el financiamiento a favor de la primera infancia, específicamente sobre la práctica materna infantil como la implementación del banco de leche, lactarios según normativa vigente.
- c. A la Dirección Regional de Salud Ayacucho, Red de Salud Huamanga priorizar la implementación de las políticas orientadas a promover la lactancia materna exclusiva como factor clave para promover el desarrollo psicomotriz, por ende, la salud de la primera infancia.
- d. A la Universidad Nacional de Callao, Facultad de Ciencias de la salud, a la Coordinación de la Especialidad a fin de que promuevan investigaciones a favor de la primera infancia, ya que se trata de una población eminentemente vulnerable en la Región Ayacucho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Organización mundial de la salud (OMS). Lactancia materna exclusiva. Ginebra: Suiza: [Citado 28 oct 2017]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.
2. Resolución Ministerial N° 240-2000SA/DM. Lactancia Materna.
3. ENDES. (2017). Lactancia y nutrición de niñas, niños y mujeres. Perú; Instituto de Estadística e Informática. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../cap010
4. UNICEF y OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño: 59° Asamblea Mundial de la Salud. Informe cuatrienal. Informe de la Secretaría A59/13. 2006.
5. Ignacio Conde, Leonilda Merino Cuba (2017) “Existe una relación altamente significativa entre el perfil del desarrollo psicomotor en relación a la no adherencia de la lactancia materna exclusiva”
6. Cheble y Fernández (2018), “Lactancia materna y su relación con el desarrollo psicomotor en niños/as de 2 a 5 años residentes en el barrio Villa el Libertador de la ciudad de Córdoba, 2018
7. Samaniego y Ojeda (2016) “Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y su relación con el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses que acuden a consulta externa en el centro de salud No. 2 de Loja – Ecuador”
8. Sánchez (2018) “Lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor del niño de seis meses, servicio de crecimiento y desarrollo del hospital San José de Chincha Alta, 2017”
9. Fuentes y Maldonado (2016) “Alimentación en el primer semestre de vida y desarrollo psicomotor en niños de 2 años del puesto de salud de Huascata, Chaclacayo, Lima, 2015”
10. Mercer, Ramona; Ferketich, Sandra. Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. Research in Nursing and Health 1995.

11. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Editorial Médica Panamericana. 2008.
12. Ministerio de salud (MINSAL). Pauta de autoevaluación y monitoreo para centro amigo de la madre y el niño. Chile: Ministerio de Salud. 2014 [citado 07 oct 2017]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Pauta%20autoevaluacio%C3%A9n%20IHAN%20Centro%20de%20salud_definitiva.pdf
13. Ignacio Conde, Leonilda Merino Cuba (2017) “Existe una relación altamente significativa entre el perfil del desarrollo psicomotor en relación a la no adherencia de la lactancia materna exclusiva”
14. Cheble y Fernández (2018), “Lactancia materna y su relación con el desarrollo psicomotor en niños/as de 2 a 5 años residentes en el barrio Villa el Libertador de la ciudad de Córdoba, 2018”
15. Samaniego y Ojeda (2016) “Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y su relación con el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses que acuden a consulta externa en el centro de salud No. 2 de Loja – Ecuador”
16. Sánchez (2018) “Lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor del niño de seis meses, servicio de crecimiento y desarrollo del hospital San José de Chíncha Alta, 2017”
17. Fuentes y Maldonado (2016) “Alimentación en el primer semestre de vida y desarrollo psicomotor en niños de 2 años del puesto de salud de Huascata, Chacacayo, Lima, 2015”
18. Mercer, Ramona; Ferketich, Sandra. Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing and Health* 1995.
19. Piaget Jean Piaget, J. *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Barcelona: Editorial Crítica, 2000.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra:
21. http://www.unicef.org/ecuador/estrategia_mundial_para_la_alimentacion_del_lactante.pdf

22. González L, Pileta B, Lactancia Materna. Rev. Cubana. 2011; IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Enfermer.p18:15-22.
http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_01_02/enf03102.pdf
23. Muñoz H. Lactancia natural. Rev. HCL. 2012; 1(1): 100-107. 2017 agosto.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.
25. MINSA, control de crecimiento y desarrollo (CRED).
http://www.minsa.gob.pe/reunis/data/es_cred.asp
26. Organización Mundial de la Salud (OMS).
27. Hernández T. Lactancia materna. 4ta. Edición. Europa. 2002; Vol. 120: P. 17.
28. Delgado–Becerra A, Arroyo–Cabral LM, Díaz–García MA, Quezada–Salazar CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Bol Med Hosp Infant Mex 2006; 63(1):32-9.
29. WALLEY Y WONG “Enfermería Pediátrica” 4ta edición Ed Mosby Madrid España 1995
30. Piaget j. Conocimiento. Naturaleza y los Métodos de la Epistemología. 2000 noviembre; II (Pág 125). Piaget Jean 2010.
31. Mayorca, P. & Lino, A. (2002). Pedagogía de la Motricidad. Lima: Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Educación.
32. E.E.D.P. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0-24 meses.
33. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
34. DiMatteo, M. y Di Nicola, D. (1982). Achieving patient compliance: the psychology of the.
- 35 Organización Mundial de la Salud Nutrición. Lactancia materna exclusiva. [Online].; 2017 [cited 2017 enero 13. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.
- 36 Hernández Sampiere metodología de la investigación. 5º de México, McGraw-Hill,2010 reporte de resultados de proceso cuantitativo y cualitativo.

- 37 Murillo, W. (2008). La investigación científica. Consultado el 18 de abril de 2008 de <http://www.monografias.com/trabajos15/investigacion/investigacion.shtm>
- 38 Hernández, R. S. (2014). Metodología de la investigación (sexta edición ed.). México D.F.: McGRAWHILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V Hernández S.
- 39 Hernández Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2004). Psicología del desarrollo. México: MC.Graw. Hill.
- 40 *Dankhe* (1986) definen desde el punto de vista puramente científico, que la investigación es un proceso metódico y sistemático dirigido a la solución de problemas o preguntas científicas, mediante la producción de nuevos conocimientos, los cuales constituyen.
- 41 Hernández, E. (2009). lactancia materna es tan antigua como la humanidad misma y ha sido documentada al igual que sus beneficios por ejemplo se ven. Revista semestral Revent
- 42 Sierra (en Galindo, 1998, pp. 281- 282), la entrevista es ...una conversación que establecen un interrogador y un interrogado para un propósito
- 43 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 para optar el título de licenciado en enfermería. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela Académica de Enfermería; 2015.

ANEXOS

**ANEXO 01:
MATRIZ DE CONSISTENCIA
“ADHERENCIA A LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DESARROLLO
PSICOMOTOR DE NIÑOS (AS) MENORES DE 6 MESES, EN EL CENTRO
DE SALUD QUINUA, DISTRITO DE QUINUA; AYACUCHO-2020”**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	POBLACIÓN
<p>Problema General: ¿Cuál es la relación que existe entre la adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020?</p> <p>Problemas Específicos: a) ¿Cuál es la Relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área motora (motor grueso) de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020? b) ¿Cuál es la Relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área coordinación (motor fino) de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020? c) ¿Cuál es la Relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área lenguaje de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020? d) ¿Cuál es la Relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área social de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la relación que existe entre la adherencia a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor de los niños(as) menor a 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020</p> <p>Objetivos Específicos: a) Describir la relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área motora (motor grueso) de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020 b) Explicar la relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área coordinación (motor fino) de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020. c) Identificar la relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área lenguaje de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020. d) Describir la relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área social de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.</p>	<p>Hipótesis General: A mayor adherencia a lactancia materna exclusiva, mejora el desarrollo psicomotor de los niños (as) menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud Quinua, distrito de Quinua; Ayacucho-2020.</p> <p>Hipótesis Específicas: a) Existe relación de adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área motora (motor grueso) de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020. b) Existe relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área coordinación (motor fino) de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020. c) Existe relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área lenguaje de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020. d) Existe relación entre adherencia de lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor en su dimensión: área social de los niños (as) menores de 6 meses en el Centro de Salud Quinua, Distrito de Quinua; Ayacucho-2020.</p>	<p>Variable independiente: La adherencia a la lactancia materna exclusiva.</p> <p>Variable dependiente: Nivel desarrollo psicomotor</p> <p>Variable 1: Variables independientes: La adherencia a la lactancia materna exclusiva</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia • No adherencia <p>Variable 2: Variable dependiente: Desarrollo psicomotor.</p> <p>Dimensiones: Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área motora (motor grueso) • Área motora (motor fino) • Área lenguaje • Área social 	<p>ENFOQUE E Cuantitativa</p> <p>TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: A. Según el periodo en que se capta la información Es prospectivo C. Según la evolución del fenómeno: Es transversal de tipo correlacional</p> <p>D. Según la comparación de poblaciones No comparativo</p> <p>E. Según la interferencia de la investigación Estudio no experimental: descriptivo</p> <p>AREA DE ESTUDIO : Centro de Salud de Quinua, servicio de CRED.</p> <p>TÉCNICAS -Observación y Utilización de la Información disponible.</p> <p>INSTRUMENTOS -Ficha de entrevista y ficha de Cotejo</p>

ANEXO 2

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

DIRIGIDO A LA MADRE DEL NIÑO(A) MENOR DE 6 MESES

I. INTRODUCCION

Sra. Buenos días, somos estudiantes de La Especialidad de Crecimiento , Desarrollo del Niño y Estimulación de la Primera Infancia de La Universidad Nacional Del Callao estamos realizando un trabajo de investigación en el C.S “QUINUA”, 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 obtenga es de carácter confidencial y solo para el uso indicado, para lo cual solicito su colaboración y responder con la mayor sinceridad posible.

I. DATOS GENERALES:

• DE LA MADRE:

1. ¿Qué edad tiene usted?

a) 15 a 25 años () **b)** 26 a 35 años () **c)** 36 a 45 años () **d)** 46 a más ()

2. ¿Hasta qué año estudio?

a) Sin estudios () **b)** Primaria () **c)** Secundaria () **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. ¿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) consulta c) Control y Consulta ()

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

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 al día
- 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!

FICHA DE EVALUACIÓN

EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

El segundo instrumento se lleva a cabo mediante la aplicación de la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP) el cual se realizó en servicio de CRED que permita tener las condiciones de tiempo (15 a 30 min) que requiere la evaluación.

EDAD	ÍTEM	PUNTAJE	EDAD DE EVALUACIÓN
		6 C/U	6 MESES
UN MES	<ol style="list-style-type: none"> 1. (S) fija la mirada en el rostro del animador 2. (L) Reacciona al sonido de la campanilla 3. (M) Aprieta el dedo índice del examinador 4. (C) sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°) 5. (M) Movimiento de cabeza en posición prona 		
DOS MESES	<ol style="list-style-type: none"> 6. (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador 7.(LS) Vocalización en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador 8.(CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador 9.(M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada 10.(L) Vocaliza dos sonidos diferentes 		
TRES MESES	<ol style="list-style-type: none"> 11.(S) sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador 12.(CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 13.(C) sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°) 14.(M) Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada. 15.(L) vocalización prolongada 		

CUATRO MESES	<p>16.(C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece</p> <p>17.(CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla</p> <p>18.(M) En posición prona se levanta a si mismo</p> <p>19.(M) Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada</p> <p>20.(LS) Ríe a carcajadas</p>		
CINCO MESES	<p>21.(SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla</p> <p>22.(C) Palpa el borde de la mesa</p> <p>23.(C) Intenta aprehensión de la argolla</p> <p>24.(M) Empuja hasta lograr la posición sentada</p> <p>25.(M) Se mantiene sentado con leve apoyo</p>		
SEIS MESES	<p>26.(M) Se mantiene sentado solo, momentáneamente.</p> <p>27.(C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída.</p> <p>28.(C) Coge la argolla</p> <p>29.(C) Coge el cubo</p> <p>30.(LS) Vocaliza cuando se le habla</p>		

ANEXO 03:
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado
“.....
.....”, por esta razón es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el estudio de forma que permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, le será aclarada por el investigador responsable.

El estudio pretende..... (Objetivo general).....

Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines netamente académicos.

DECLARACIÓN PERSONAL

He sido invitado a participar en el estudio titulado
“.....
.....”, Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la investigación y se me han aclarado dudas relacionadas con mi participación en dicho estudio. Por lo tanto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio, aportando la información necesaria para el estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Firma del participante

Base de Datos

NUEVO SPSS IRMA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Edadmadr	Numérico	8	0	¿Que edad tien...	{1, 15 a 25 ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
2	gradoinst	Numérico	8	0	¿Hasta que añ...	{1, sin estu...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	estadocivil	Numérico	8	0	¿Cual es su es...	{1, soltera}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	procedencia	Numérico	8	0	¿Cual es su pr...	{1, zona urb...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	nac.nino	Numérico	8	0	¿Que dia nacio...	{1, abril}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	edadnño	Numérico	8	0	¿Cuantos mes...	{1, un mes}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	sexo	Numérico	8	0	Sexo	{1, masculin...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	razoncita	Numérico	8	0	¿Cual es la raz...	{1, control}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	diolactar	Numérico	8	0	¿Ha dado de la...	{1, si}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	iniciolactancia	Numérico	8	0	¿A que edad c...	{1, desde q...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
11	frec.lactancia	Numérico	8	0	¿Cuantas vece...	{1, tres vece...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
12	edadlactancia	Numérico	8	0	¿Hasta que ed...	{1, hasta lo...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
13	dioformula	Numérico	8	0	¿En algun mo...	{1, todo el ti...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	interrunp.lact	Numérico	8	0	¿Interrupcio en...	{1, unos dia...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
15	inicioablact...	Numérico	8	0	¿A que edad re...	{1, a los tre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
16	recibioaguita	Numérico	8	0	¿El niño recibio...	{1, si desde...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
17	tipoaguita	Numérico	8	0	¿Que tipo de a...	{1, agua pur...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
18	areasocial	Numérico	8	0	Evaluacion del ...	{1, rendimie...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
19	arealenguaje	Numérico	8	0	Evaluacion del ...	{1, rendimie...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
20	areamotora	Numérico	8	0	Evaluacion del ...	{1, rendimie...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
21	areacordina...	Numérico	8	0	Evaluacion del ...	{1, rendimie...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
22	coeficdesarr...	Numérico	8	0	coeficiente de d...	{1, normal}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
23	ADHEREN...	Numérico	8	0	ADHERENCIA ...	{1, ADHER...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
24											
25											
26											
27											
28											
29											



2 : edadlactancia 4 Visible: 23 de 23 variables

	Edadmadre	gradoinst	estadocivil	procedencia	nac.nino	edadniño	sexo	razoncita	diolactar	iniciolactan...	frec.lactancia	edadlactan...	dioformul	interrunp.lact	inicioablactan	recibioaguita	tipoaguita	areasocial	are...
1	26 a 35 años	secundaria	conviviente	zona rural	julio	dos meses	femenino	control	si	desde que ...	ocho o ma...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
2	26 a 35 años	secundaria	conviviente	zona rural	agosto	dos meses	masculino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
3	26 a 35 años	secundaria	soltera	zona rural	abril	seis meses	femenino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
4	36 a 45 años	secundaria	casada	zona urbana	abril	cinco meses	masculino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	unos dias	a los cinco...	si desde lo...	infusiones	rendimient...	re
5	26 a 35 años	primaria	soltera	zona urbana	abril	cinco meses	masculino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	todo e...	una semana	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
6	15 a 25 años	secundaria	conviviente	zona rural	abril	cinco meses	masculino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los cinco...	si desde lo...	infusiones	rendimient...	re
7	26 a 35 años	secundaria	conviviente	zona rural	mayo	cinco meses	femenino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	si desde lo...	agua pura	rendimient...	re
8	15 a 25 años	secundaria	soltera	zona rural	mayo	cinco meses	masculino	control	si	desde que ...	ocho o ma...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
9	26 a 35 años	secundaria	conviviente	zona rural	junio	cuatro mes...	femenino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
10	15 a 25 años	secundaria	soltera	zona rural	agosto	un mes	masculino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
11	36 a 45 años	secundaria	conviviente	zona rural	agosto	dos meses	masculino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
12	36 a 45 años	primaria	conviviente	zona rural	agosto	dos meses	femenino	control y c...	si	desde que ...	ocho o ma...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
13	36 a 45 años	secundaria	conviviente	zona urbana	junio	cuatro mes...	masculino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
14	15 a 25 años	secundaria	soltera	zona rural	julio	dos meses	femenino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
15	15 a 25 años	secundaria	conviviente	zona urbana	mayo	cuatro mes...	masculino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
16	15 a 25 años	secundaria	soltera	zona rural	junio	tres meses	femenino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
17	15 a 25 años	secundaria	soltera	zona urbana	abril	un mes	masculino	consulta	si	a la seman...	ocho o ma...	hasta el se...	antes ...	una semana	a los seis ...	si desde lo...	infusiones	rendimient...	re
18	15 a 25 años	primaria	soltera	zona rural	mayo	cinco meses	masculino	control	si	desde que ...	ocho o ma...	hasta los c...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
19	15 a 25 años	superior	soltera	zona urbana	abril	seis meses	femenino	control y c...	si	desde que ...	cinco veces	hasta el se...	antes ...	unos dias	a los seis ...	si desde lo...	agua pura	rendimient...	re
20	15 a 25 años	secundaria	conviviente	zona rural	abril	seis meses	femenino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
21	26 a 35 años	secundaria	soltera	zona rural	agosto	un mes	masculino	control y c...	si	desde que ...	ocho o ma...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
22	15 a 25 años	primaria	soltera	zona rural	abril	cinco meses	femenino	control y c...	si	desde que ...	cinco veces	hasta el se...	nunca	unos dias	a los cinco...	si desde lo...	infusiones	rendimient...	re
23	15 a 25 años	secundaria	conviviente	zona rural	julio	tres meses	masculino	control y c...	si	desde que ...	cinco veces	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
24	26 a 35 años	superior	conviviente	zona urbana	julio	dos meses	femenino	consulta	si	desde que ...	cinco veces	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
25	36 a 45 años	primaria	conviviente	zona urbana	abril	cinco meses	masculino	control	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
26	15 a 25 años	primaria	soltera	zona urbana	junio	cuatro mes...	femenino	control y c...	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	antes ...	un mes o ...	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re
27	15 a 25 años	secundaria	conviviente	zona urbana	agosto	un mes	femenino	control y c...	si	desde que ...	cada vez q...	hasta el se...	nunca	nunca	a los seis ...	nuncas	ninguna	rendimient...	re

Edadmadr	gradoinst	estadocivi	procedenc	nac.nino	edadniño	sexo	razoncita	diolactar	iniciolacta	frec.lactar	edadlactar	dioformul	interrunp.l	inicioablac	recibioagu	tipogaita	areasocial	arealengu	areamotor	areacordir	coeficdesa	ADHERENC
2	3	3	2	4	2	2	1	1	1	3	4	4	4	4	4	4	1	2	2	2	1	1
2	3	3	2	5	2	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	1	2	1	3	1	1
2	3	1	2	1	6	2	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	1	1
3	3	2	1	1	5	1	1	1	1	4	4	4	4	1	3	3	2	2	3	2	1	2
2	2	1	1	1	5	1	1	1	1	4	4	1	2	4	4	4	2	1	2	1	1	2
1	3	3	2	1	5	1	1	1	1	4	4	4	4	3	3	2	2	1	2	1	1	2
2	3	3	2	2	5	2	1	1	1	4	4	4	4	4	3	1	2	3	2	1	1	2
1	3	1	2	2	5	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4	4	2	3	2	1	1	1
2	3	3	2	3	4	2	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	1	2	2	2	1	1
1	3	1	2	5	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	1	1	2	2	1	1
3	3	3	2	5	2	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	1	2	2	2	1	1
3	2	3	2	5	2	2	3	1	1	3	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	1	1
3	3	3	1	3	4	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	1	1
1	3	1	2	4	2	2	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	1	1
1	3	3	1	2	4	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	1	2	2	2	1	1
1	3	1	2	3	3	2	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	2	2
1	3	1	1	1	1	1	2	1	2	3	4	2	4	4	2	2	2	3	2	1	2	2
1	2	1	2	2	5	1	1	1	1	3	3	4	4	4	4	4	1	2	2	1	1	1
1	4	1	1	1	6	2	3	1	1	2	4	2	1	4	3	1	1	2	3	2	2	2
1	3	3	2	1	6	2	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	1	1	2
2	3	1	2	5	1	1	3	1	1	3	4	4	4	4	4	4	2	2	3	2	1	1
1	2	1	2	1	5	2	3	1	1	2	4	4	4	1	3	3	2	2	1	3	2	1
1	3	3	2	4	3	1	3	1	1	2	4	4	4	4	4	4	2	2	1	2	1	1
2	4	3	1	4	2	2	2	1	1	2	4	4	4	4	4	4	2	2	1	1	1	2
3	2	3	1	1	5	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	1	2	2	3	2	2
1	2	1	1	3	4	2	3	1	1	4	4	2	3	4	4	4	1	3	2	1	2	1
1	3	3	1	5	1	2	3	1	1	4	4	4	4	4	4	4	2	1	2	1	1	1
1	3	1	2	3	3	2	1	1	1	3	4	4	4	4	4	4	2	2	3	1	2	2
2	2	3	2	1	5	1	1	1	1	3	3	4	3	4	3	2	2	3	2	1	2	2
2	3	3	2	3	3	2	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	2	1	2	2	1	1

