

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**DESARROLLO Y LACTANCIA DEL MENOR DE SEIS
MESES EN CIUDAD DE DIOS**

TESIS
PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

- **Br. JUANA MARIA BARAHONA JIMENEZ**
- **Br. LITA MERY MENDOZA MEJIA**

ASESOR:

- **DR: CARLOS TELLO POMPA**

CO-ASESORA

- **Dra. DELIA AURORA LÁZARO ARANDA.**

SUMARIO

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

I. INTRODUCCION	01
II. MATERIAL Y METODO	18
2.1. Tipo de Investigación	19
2.2. Población de Estudio	
Universo Muestral	19
Muestra	20
2.3. Unidad de Análisis	20
2.4. Unidad de Muestreo	20
2.5. Instrumentos	20
2.6. Procedimiento	24
2.7. Procesamiento de Datos	24
2.8. Principios Éticos	25
2.9. Control y Calidad de los Instrumentos	25
2.10. Definición y Operacionalización de Variables.	26
III. RESULTADOS	29
IV. ANALISIS Y DISCUSION	36
V. CONCLUSIONES	43
VI. RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
ANEXOS	49

A DIOS NUESTRO PADRE

*Gracias Padre por habernos dado la vida, tu misma vida.
Por todo lo que nos diste en los años pasados.
Gracias por nuestra familia, tu misma familia.
Gracias por tu infinito amor, por la fuerza y la luz,
que nos guió durante
nuestra formación profesional.*

*Gracias por la salud y la enfermedad,
por las penas y las alegrías,
por todo lo que nos diste y por todo lo que nos pediste.*

*Gracias por el Don del conocimiento y la confianza.
Gracias dador de vida y Sustancia Única Vital
por nuestro futuro encuentro
con lo anhelado.*

*Gracias por habernos escogido para cuidar a quien lo necesita.
Queremos ser como Tú, acogedoras con todos,
en especial con los más desvalidos,
sensibles ante sus sufrimientos,
pacientes con sus limitaciones
y liberadoras de sus miedos.*

*Gracias Señor sobre todo por hacer realidad
nuestro anhelo de ser Enfermeras,
y ayúdanos a ser buenas profesionales,
competentes en nuestro trabajo,
humanas y serviciales.*

Juany y Lita

Con infinito amor, respeto, admiración y eterna gratitud a mis queridos padres:

*A MI MADRE QUERIDA
DORIS*

*Por tu infinito amor, abnegación,
sacrificio y comprensión.*

*Por estar siempre a mi lado,
alentándome, compartiendo mis
alegrías y tristezas apoyándome
incondicionalmente, brindándome
tu confianza y estimulándome a
seguir adelante.*

*Gracias por darme lo mejor de ti,
por ser la mejor madre y amiga,
y haber hecho posible mi más
anhelado sueño.*

Ser Enfermera

*A MI QUERIDO PADRE
JOSE ANDRES*

*Por tu amor, sacrificio y comprensión,
por sembrar en mí la semilla superación,
por brindarme tú apoyo constante,
dándome fortaleza para seguir adelante.
Gracias por ser un padre ejemplar, por
depositar tu confianza en mi y
ayudarme hacer realidad mi sueño.*

Ser Profesional

Juany

*CON AMOR Y CARIÑO A MIS
QUERIDOS HERMANOS:
Jesica y Margarita*

*A quienes agradezco por su amor, cariño,
comprensión, confianza y apoyo.
Por representar el estímulo constante para mi
superación personal y profesional.
Por compartir conmigo mis alegrías, tristezas,
triumfos y aspiraciones en todo momento de
mi vida, porque con sus consejos acertados,
supieron alentar en mi el espíritu de superación.*

*CON TODO MI AMOR Y TERNURA
A MIS SOBRINOS:
Jhonatan, Gardy y Maytte*

*Gracias por sus inocentes ideales, que me
motivaron a hacer grande el esfuerzo de ser
profesional.
A ustedes sobrinos míos, les invito al camino
de lucha y entrega para lograr con éxito sus
grandes y preciados anhelos.*

*PARA UNA PERSONA
ESPECIAL EN MI VIDA
JULIO SALVADOR*

*A ti Amor, por tu apoyo incondicional,
confianza y comprensión a toda prueba.
Gracias por compartir mis penas,
alegrías y satisfacciones durante el
transcurso de mi vida.
Por alentarme en todo momento con tu
alegría, brindándome la fuerza necesaria
para superar las dificultades y seguir
adelante.*

*Gracias por aceptarme como soy.
Juany*

No caben palabras en mi mente, en mi corazón, para agradecer a mis queridos padres:

*CON MUCHO CARIÑO
A MI MADRE
MARIA*

Por su infinito amor, paciencia, comprensión, y apoyo incondicional, en toda esta ardua carrera, por lograr hacer de mí, un anhelo esperado: Ser Profesional.

Hoy con este logro me siento satisfecha por cumplir una de mis metas, y espero seguir adelante con paso firme, logrando cosechar más frutos para mí.

*CON MUCHO AMOR
A MI PADRE
FAUSTO*

Gracias por ser ejemplo de amor, entrega y sacrificio, por inculcarme valores que me ayudan a forjar mi futuro.

Gracias por su apoyo constante y darme las fuerzas necesarias para superar las dificultades de la vida y no dejarme caer en el abismo de mis tristezas

Gracias por haberme permitido cristalizar uno de mis grandes sueños:

Ser Profesional.

Lita

*CON MUCHO CARIÑO
A MIS HERMANOS
Wilmar, Araceli y Analí*

Por su apoyo y aliento constante durante el transcurso de mi vida estudiantil, por compartir mis penas, alegrías y satisfacciones, por estar siempre presente en mis logros y fracasos, por entenderme y brindarme su comprensión y confianza, porque con sus consejos acertados, supieron alentar en mí el espíritu de superación.

*CON TODO MI AMOR Y TERNURA
A MI ADORADA HIJA:
GIANELLA GUADALUPE SAMADHI*

Te dedico este paso de mi vida como muestra de amor y cariño, porque desde que estuviste dentro de mí, fuiste el estímulo constante que me dio fuerzas para superar las dificultades de la vida y seguir siempre adelante. Que Dios guíe tus pasos en el transcurso de tu vida y me permita compartir contigo la alegría que me hace sentir hoy al dejarme cumplir mi más anhelo sueño.

Ser Profesional

Lita

*Nuestro reconocimiento al Centro de Salud
Ciudad de Dios*

*Que nos abrió las puertas para llevar a cabo
El presente trabajo de investigación y en
Especial al equipo de salud encargado de
dirigir esta institución.*

*Un especial agradecimiento a las
Enfermeras del Centro de Salud
Ciudad de Dios que participaron
en nuestra investigación:
Janet y Araceli*

*Por su valiosa colaboración desinteresada
en el desarrollo del presente estudio y
haber permitido hacer realidad este ideal*

Juany y Lita

*CON PROFUNDO AGRADECIMIENTO A NUESTRO ASESOR:
DR. CARLOS TELLO POMPA*

Por su excelente asesoría, quien con mucho profesionalismo demostró preocupación por la calidad y buen resultado de la investigación poniendo en manifiesto sus excelentes datos intelectuales.

Juany y Lita

*CON PROFUNDO AFECTO, RESPETO Y ADMIRACION A NUESTRA
CO-ASESORA
DRA: DELIA LAZARO ARANDA*

*Por brindarnos su amistad, experiencia, paciencia, su tiempo y su valiosa asesoria.
Por su fortaleza, por ser ejemplo de lucha y perseverancia, por su calidad humana y ser
ejemplo de superación.
Pedimos a Dios que la colme de bendición y le siga dando fortaleza para afrontar los retos que
se presentan en la vida*

Juany y Lita



*CON MUCHO CARIÑO A LAS MADRES CON SUS RESPECTIVOS NIÑOS
PARTICIPANTES DE NUESTRA INVESTIGACION*

Les agradecemos su valiosa colaboración en la realización de este estudio, ya que sin ellos sería imposible la investigación.

Juany y Lita

GRADO DE DESARROLLO Y TIPO DE LACTANCIA DEL NIÑO MENOR DE SEIS MESES EN CIUDAD DE DIOS

Barahona Jimenez Juana Maria
Mendoza Mejía Lita Mery

RESUMEN

El presente estudio cuantitativo, descriptivo exploratorio, tuvo como propósito determinar el Grado de Desarrollo del niño menor de seis meses, en relación al Tipo de Lactancia, realizado en el Centro Poblado Menor Ciudad de Dios, para ello se encuestó a 50 madres, a la par que se evaluó a sus respectivos niños menores de seis meses, aplicando los instrumentos de Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor y Formulario semiestructurado sobre Lactancia. Se concluye que:

- 1.- El 92% de niños menores de seis meses en estudio, en el Centro Poblado Menor Ciudad de Dios, presentó Desarrollo Normal, y el 4% presentó Desarrollo en Riesgo y en Retraso respectivamente.
- 2.- De acuerdo a los factores maternos, se ha encontrado que el mayor porcentaje (70%) corresponde a madres jóvenes (de 17 a 27 años), con instrucción secundaria (70%), con número de hijos entre 2 a 3 (60%), que han dado de lactar hasta los seis meses (82%) y que declaran tener una frecuencia de lactancia de acuerdo a la demanda (40%).
- 3.- El Tipo de Lactancia que brindan las madres a los niños menores de seis meses, en su mayoría se encontró que el 74% declaró brindar Lactancia Materna, y en porcentaje menor que brindan lactancia Mixta.
- 4.- Al relacionar el Grado de Desarrollo y el Tipo de Lactancia del niño menor de seis meses, se encontró relación altamente significativa entre ambas variables, según la prueba estadística χ^2 .

Palabras Claves: Grado de Desarrollo. Tipo de Lactancia. Niño Menor de seis meses.

**DEVELOPMENT LEVEL AND TYPE OF FEEDING FOR SIX – MONTH – OLD
CHILDREN AND YOUNGER CUIDAD DE DIOS**

**Barahona Jimenez Juana Maria
Mendoza Mejía Lita Mery**

ABSTRACT

This descriptive explorative quantitative research had the main purpose to determine the Development Level of six – month – old children and younger, according to feeding type; done at Ciudad de Dios village. In order to do that, fifty (50) mothers were interviewed. At the same time their six – month – old babies were evaluated using test devices for Psychological and motor development, as well as semi – structured feeding forms. It is concluded:

1. 92% of six – month – old babies in the research at Ciudad de Dios village, showed a normal development. And 4% of them showed risk development and underdevelopment.
2. According to maternal facts, it has been found that the highest percentage (70%) relates to young mothers (17 – 27 years old), with a high school education level and with 2 or 3 children (60%) who stopped breastfeeding when their children were 6 months old (82%) and declare breastfeeding on demand (40%).
3. It was found that 74% of surveyed mothers breastfed their six – month – old children and younger and a lower percentage offer mixed feeding .
4. After relating development level and Type of Feeding for six – month – old children and younger, a highly significant relationship was found between both variables.

Keys words: Development level. Type of Feeding. Six – month – old babies.

INTRODUCCION

Cada persona llega a este mundo como un ser único, diferente a los demás, dotado de una extensa gama de potencialidades y una variedad de necesidades básicas que deben ser satisfechas por los padres desde el nacimiento para alcanzar un buen crecimiento y desarrollo (DICKASON,1995).

CUSMINSKY(1994), consideran al crecimiento y desarrollo como un conjunto de cambios complejos, somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez, donde intervienen numerosos componentes sometidos a una variedad de influencias, el cuerpo, la mente y la personalidad, las cuales se desarrollan en forma simultanea, interdependiente y a proporciones distintas.

NELSON (1997), refiere que en el niño ambos procesos son individuales, cada uno tiene su propio ritmo y va construyendo a través del tiempo su propio patrón, evolucionando paralelamente hacia un mismo fin.

PAPALIA (1999), refiere que es el conjunto de cambios cualitativos y cuantitativos normales en el que los niños cambian con el paso del tiempo. El tiempo cuantitativo, incluye cambios en cantidad, como altura, peso y cantidad de vocabulario; y el cambio cualitativo es más complejo e incluye adquisición de nuevas capacidades.

Del mismo modo, MONTENEGRO (1991) y PAPALIA (1999), definen al desarrollo como las transformaciones biológicas y psicosociales producidas por la interacción entre el organismo en crecimiento y su medio ambiente. Además señala, que la dirección del desarrollo tiende a alcanzar niveles de organización y estructuras adaptadas cada vez más diferenciadas, como consecuencia de la interacción entre el organismo y el ambiente.

MARLOW Y REDDING (1991), refiere que el desarrollo ilustra 2 principios complementarios del desarrollo físico tanto en crecimiento como en desarrollo motor: el principio céfalocaudal, el cual tendrá lugar de la cabeza a las partes bajas del cuerpo; el principio proximodistal, por el cual el desarrollo tiene lugar de la parte central del cuerpo hacia las partes externas. Estos dos principios gobiernan el desarrollo antes del nacimiento y después de él.

Entre las teorías que tratan de explicar como se van originando las transformaciones en el desarrollo del ser humano tenemos la cognitiva, de aprendizaje, psicosocial y la psicoanalítica.

La teoría cognoscitiva sustentada por Piaget, señala que el niño menor de 6 meses se ubica en el periodo sensorio-motriz, periodo durante el cual los niños cambian, de ser criaturas que responden primariamente a través de reflejos y conducta al azar, a seres con una meta fija y que organizan sus actividades en relación con la gente y cosas a su alrededor, generalizando la conducta a una

variedad de situaciones y coordinan conductas antiguas y nuevas (PAPALIA, 1999).

MENEGHELLO y cols. (2000), agrega que PIAGET distingue 6 subestadios durante este primer periodo de la inteligencia sensoriomotora que va desde los 0 a 24 meses; donde el estadio I es el uso de los reflejos (0-1 mes); estadio II reacciones circulares primarios (1-4 meses); estadio III que es la reacción circular secundaria y los procedimientos para prolongar espectáculos interesantes (4-8) meses.

MARLOW y REDDING (1991), refieren que durante esta primera etapa los niños aprenden a través de la sensación y el movimiento; que los objetos siguen existiendo aún cuando están fuera de la vista. El concepto de permanencia de un objeto, es un requisito para la capacidad de pensar en las cosas cuando no están presentes y de estar concientes de que se puede controlar algunos aspectos del ambiente. El niño menor de 6 meses desarrolla una idea temprana de conducta dirigida al objetivo y una captación primitiva en la conexión entre causa y efecto. Durante estos meses los niños no aprenden a “pensar” porque no pueden manejar en forma abstracta las cosas más allá del ámbito de su experiencia sensoriomotora.

MAIER (1979), considera a la teoría del aprendizaje, sostenido por SEARS, como una de las fundamentales para la explicación del desarrollo del ser humano y sostiene que el desarrollo es una cadena continua de hechos que

se agregan a las adquisiciones anteriores y en parte los reemplaza, planteando tres fases del desarrollo:

1. La fase de la conducta rudimentaria, que se funda en las necesidades innatas y en el aprendizaje propio de la infancia temprana, la experiencia ambiental aún no dirige el aprendizaje.
2. La fase de los sistemas motivacionales primarios, basados en el aprendizaje centrado en la familia.
3. La fase de los sistemas motivacionales secundarios, basados en el aprendizaje extrafamiliar.

Estas tres fases pueden describirse como tres círculos concéntricos que se expanden en un estanque de agua donde se ha arrojado una piedra. El primer círculo representa el ambiente más íntimo del niño, constituido por sus progenitores. El segundo, implica la aparición del niño en un ambiente familiar más amplio. Y el más externo, simboliza la gradual penetración social del niño en su vecindario. A medida que se expande cada círculo, se fusiona con el siguiente, y de este modo pierde su diferenciación, ampliándose más, la esfera del aprendizaje.

Asimismo, MARLOW y REDDING (1991), refieren que el desarrollo biofísico, cognoscitivo, afectivo y social del lactante, contribuyen al desarrollo de la capacidad para comprender y utilizar el lenguaje; pues el lactante no es un receptor pasivo del lenguaje hablado, sino que interacciona activamente. El lactante tiene urgencia para comunicar sus emociones, a una edad sorprendentemente temprana. Antes que pueda utilizar palabras, se comunica a

través del llanto, de una sonrisa o estirando los brazos. El lactante aprende a transmitir mensajes no verbales, mirando las expresiones faciales, los movimientos de manos y brazos y los gestos corporales de las personas que le rodean.

MENEGHELLO (2000), refiere que la teoría psicosocial desde la perspectiva de Erickson, se va desarrollando en los 6 primeros meses en la resolución de conflicto, durante estos meses el autor plantea que el elemento primero y más importante para desarrollar una persona sana es la “confianza básica”. Es un estadio incorporativo en el cual el niño es receptivo a todo lo que se le ofrece, aunque también es sensible y vulnerable. El lactante debe aprender si el mundo es, o no un lugar en el que pueda confiar en las personas y las cosas. Según Erick Erickson, “confianza” es una seguridad plena en los otros y también un sentimiento fundamental de la propia confiabilidad. El niño debe lograr un equilibrio apropiado de confianza sobre la desconfianza, que le permita la intimidad y favorezca la autoprotección.

NEWMAN y NEWMAN (1991), señala que otra de las teorías que sustenta el desarrollo del niño es: la teoría psicoanalítica, la cual gira en torno al desarrollo emocional del niño, sus motivaciones y sus actividades psíquicas. Refiriendo, así mismo, que Freud propuso que toda conducta estaba motivada y que los motivos primarios, eran los impulsos sexuales, agresivos y de supervivencia. Los intentos del niño para dar satisfacción a esos instintos básicos, forman el fundamento de los conflictos, angustias y predisposiciones únicas, que se irían repitiendo de continuo, durante el resto de la vida. Además

refiere que Freud considera tres componentes en la personalidad: el “ello”, el “yo” y el “superyo”. El “ello” es la fuente de los instintos y de los impulsos. Es la fuente primordial de la energía psíquica que existe ya desde el nacimiento. El “ello” opera sin tomar en cuenta las restricciones que impone la realidad. El “yo” incluye la percepción, la memoria, el juicio, la percatación de sí y las capacidades lingüísticas. Su propósito primordial es gratificar los impulsos del ello. El “superyo” está constituido por las prohibiciones referentes al comportamiento moral y abarca los ideales sobre los propios recursos, como persona moral.

PAPALIA (1999), refiere que Sigmund Freud en su teoría psicosocial, llegó a creer que la clave de la formación de la personalidad residía en los conflictos entre las primeras necesidades biológicas y las exigencias de la sociedad; la etapa oral que dura desde el nacimiento a los 12 -18 meses, la alimentación es la principal fuente de placer, debido a que estimula la boca, los labios y la lengua, esta estimulación puede provenir también de los dedos, de los chupones y de cualquier cosa que ellos metan a la boca. Freud llamó a esta parte de la personalidad como el ello, el cual contiene impulsos instintivos y funciona sobre la base del principio del placer, que procura gratificación inmediata y que el desarrollo moral en la etapa del lactante, es fundamental porque de ello y de los límites puestos dependerá su comportamiento futuro.

Estas teorías han servido de base para la formulación de varios instrumentos de valoración del desarrollo del niño tales como: La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). Este instrumento, de origen chileno tiene por

autores a los investigadores RODRÍGUEZ, ARANCIBIA Y UNDURRAGA (1974), y fue adaptado en el Perú, por el Ministerio de Salud, en 1995.

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor del niño, mide el rendimiento de éste frente a ciertas situaciones, que para ser resueltas, requieren cierto grado de desarrollo. Se han distinguido dentro del proceso de desarrollo, cuatro áreas de funcionamiento, relativamente específico e independientes. Estas son: área de Lenguaje, área Social, área de coordinación y área Motora.

El área de lenguaje, abarca tanto el lenguaje verbal como el no verbal, reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones y emisiones verbales. Según HEUSSLER Y MARCHANT (1991), el área de lenguaje incluye todas las formas de comunicación, tanto de expresión como de comprensión. El lenguaje articulado depende de la maduración de algunos sectores de la corteza cerebral, de la capacitación de representación simbólica y de un medio social determinado.

HEUSSLER Y MARCHANT (1991), agregan que, el área del lenguaje es una de las funciones psicológicas que más roles desempeña en el desarrollo psíquico del ser humano. El lenguaje interviene en la organización de pensamientos y en la expresión de emociones. También participa en los procesos cognoscitivos como: el pensamiento, la memoria, el razonamiento, la solución de problemas y el planteamiento. Así mismo, señalan que el área social se

refiere a la habilidad del niño para reaccionar a las personas y aprender por medio de la imitación.

MAIER (1979), refiere que, el área social del niño es una de las más importantes, ya que es a través de ella que el ser humano se va incluyendo en la sociedad. El aspecto social trasciende hacia la formación y el aprendizaje del niño, así como es el crecimiento de su personalidad.

El área de coordinación comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones: oculomotriz y de adaptación ante objetos y HEUSSLER Y MARCHANT, afirman que la coordinación vasomotora juega un rol importante en el desarrollo psíquico infantil. La coordinación incluye entre otros, el contacto y la manipulación de objetos, la percepción visomotriz, la representación de la acción, la imitación y la figuración gráfica. Así mismo, señala que Piaget, en su teoría cognitiva, no dejó de descartar el papel fundamental de la manipulación y el contacto con los objetos y de la representación en el desarrollo mental.

El área motora se refiere al control de la postura y la motricidad. HAUSSELER Y MARCHANT (1991), destacan la importancia de la motricidad en el desarrollo psíquico temprano. Además, refieren que Piaget designa desarrollo sensorio motriz al desarrollo psicológico de los primeros años. Pues gran parte del mundo del niño está relacionado con movimiento. Primero está ligado a los progresos de las nociones y de las capacidades

fundamentales del niño, y luego, cuando pasa bajo el control dominante de la inteligencia, todavía puede implicarse en las maneras bajo las cuales se exterioriza la actividad psíquica. El acto motor es la íntima integración recíproca del movimiento y del espacio, que se proyecta sobre todos los planos de la vida mental.

RODRÍGUEZ, ARANCIBIA Y UNDURRAGA (1974), hacen una clasificación del desarrollo del niño de 0 a 24 meses, teniendo en cuenta la aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, denominado:

- I. Niño con desarrollo normal: cuando su desarrollo está de acuerdo con lo esperado para su edad, de acuerdo a los ítems evaluados en la EEDP. Para este niño, su coeficiente de desarrollo es cercano al promedio de 100, hasta una desviación estándar de 85.
- II. Niño con desarrollo en riesgo, si es que el niño obtiene un coeficiente entre uno y dos desviaciones estándar bajo el promedio.
- III. Niño con retraso en su desarrollo, es aquel niño cuyo coeficiente de desarrollo se ubica a más de dos desviaciones estándar, es decir 70.

MINSA (1998), recomienda que la evaluación debe tener lugar preferentemente cuando el niño está en buen estado de salud. Por ello es importante indagar si el niño presenta algún síntoma de enfermedad o toma algún medicamento que pueda afectar sus conductas.

PERAZA (2000), refiere que el primer año de vida, es el período de desarrollo más rápido en la vida del niño y es cuando este es más inmaduro y vulnerable. Por ello es importante proporcionarle una alimentación suficiente y adecuada, aunque a veces se ve influenciada por algunos factores maternos como la edad, grado de instrucción, número de hijos y la duración y frecuencia de la lactancia materna en el niño menor de seis meses.

INGALLS (1992) Y MENENGHELLO (2000), señalan que la edad de la madre determina características fisiológicas y psicológicas para cada etapa de vida. Así tenemos que la edad de la madre es un factor ligado a la vida de los niños ya que las madres mas jóvenes no siempre están identificadas con su rol y aún no están capacitadas para la crianza de su hijo; y las madres adultas cuya edad cronológica refleja maduración emocional mas estable, toman conciencia de sus responsabilidades que les permiten adoptan mejores actitudes y decisiones firmes en la práctica preventiva de salud de su hijo, favoreciendo un mejor crecimiento y desarrollo.

CUSMINSKY (1994), afirma que el grado de instrucción es un elemento facilitador que permite a las madres a adquirir información y brindar cuidados. Opera como un factor de cambio en las actitudes, creencias y costumbres frente al cuidado del niño. MENENGHELLO (1997), menciona que un alto grado de instrucción permite a la madre informarse por cualquier medio sobre el cuidado integral de su hijo permitiendo actitudes favorables, y las madres con bajo grado de instrucción no brindan atención necesaria, lo que va a dar lugar a problemas

nutricionales y complicaciones que puedes llegar a aumentar las tasas de morbimortalidad infantil.

El número de hijos es otro factor que intervienen en la actitud de la madre frente a la alimentación que le pueda brindar, mientras mas sea el número de hijos, conocerá mejor sobre las propiedades, la frecuencia y hasta que tiempo deba brindarle lactancia al niño menor de seis meses.

PAPALIA (1999), refiere que lactancia es la alimentación natural de todas las crías de mamíferos, entre los que se encuentra el ser humano, y según la recomendación de la OMS: exclusiva por 6 meses. En relación a los tipos de lactancia podemos decir que están condicionados por la interacción de factores biológicos, sociodemográficos, económicos y culturales, de la atención clínica y por las estrategias de mercadeo de las casas productoras de leches artificiales; caracterizadas así como lactancia materna, lactancia artificial y lactancia mixta.

La lactancia materna, según GEORGINA PERAZA (2000), es la forma de nutrición del lactante, que contiene además de los nutrientes en las cantidades y proporciones optimas y factores inmunológicos, células, anticuerpos, antiinflamatorios, inmuno-modulares, factores de crecimiento, enzimas y hormonas. Considerándose como el corazón del cuidado del niño, ya que facilita un óptimo crecimiento y desarrollo, lo protege de infecciones; y favorece un vínculo especial y único entre la madre y el niño.

Estos beneficios han sido publicados por la OMS/UNICEF (SCHELLHORN, y VALDEZ, 1995), con el fin de estimular y aumentar las posibilidades de una lactancia materna con éxito, la cual debido a su composición y almacenamiento se encuentra estéril y se suministra exactamente a la temperatura adecuada; las reacciones alergias son menos frecuentes; proporciona máxima protección frente a infecciones; contribuye a la formación del nuevo ser tanto física como psicológicamente, reduce el riesgo de sobrealimentación y no tiene costo alguno.

Hay que tener en cuenta que la leche materna no tiene una composición uniforme, sino que es variable de un día a otro y según la etapa de la lactancia, por eso, que dentro de los requerimientos nutricionales, MENEGHELLO y cols. (2000), considera tres tipos de leche el cual engloba ésta: el calostro, leche de transición y la leche madura. El calostro tiene una composición importante para esta primera etapa extrauterina en la que existe cierta inmadurez en sus sistemas tanto digestivos como inmunitarios, se produce los primeros 5 días posparto, su volumen es de 2 a 20 ml. por mamada en los primeros 3 días y cubre los requerimientos del recién nacido si este recibe entre 8 y 12 mamadas en 24 horas. Además, llama leche de transición a la que se produce entre la segunda y tercera semana posparto, se caracteriza por un aumento del volumen, lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y calorías, así como por una disminución de la concentración de las inmunoglobulinas y proteínas en relación al calostro; y la leche madura que contiene un alto porcentaje de grasas, lactosa, y el calcio se va incrementando durante los primeros 6 meses post parto.

PAPALIA (1999), refiere que las formulas modernas se aproximan mucho a la lactancia materna y contienen suplementos de vitaminas y minerales que la leche materna no contiene. Refiere además que muchos niños prosperan con esta formula ya que pueden brindarle muchos de los beneficios emocionales de la lactancia sosteniendo al niño cerca durante la alimentación. En la actualidad existen una gran cantidad de sustitutos de la lactancia materna que constituyen las fórmulas adaptadas, preparadas de forma muy cuidadosa y cada vez mejores, pero que no han conseguido igualar a la lactancia materna.

MENEGHELLO (2000), señala que la fórmula láctea es una preparación culinaria en la que el ingrediente básico es leche, fluido o en polvo, con agregado de azúcar (sacarosa), harina de cereales (polisacáridos) y aceite (lípidos), o solo alguno de estos nutrientes. Las alternativas van desde preparaciones caseras, a base de leche fluida o en polvo sin modificar, hasta las fórmulas comerciales patentadas, que habitualmente vienen en polvo y solo es necesario diluir en agua tibia, además, señala que, la lactancia artificial se plantea ante la ausencia de la lactancia natural, por fallecimiento de la madre, contraindicaciones absolutas de lactancia natural, como TBC activa bacilífera, diabetes mellitus insulina dependiente, psicosis, neoplasias, terapias con drogas antineoplásicas o con isótopos radiactivos.

El otro tipo de lactancia es mixta en donde MOLINA (2004), refiere que es aquella lactancia en que se combina la leche materna con la leche artificial; la

cual se debe a diversos motivos. Las razones para iniciar la lactancia mixta se debe a que la leche materna es escasa, o por que la madre no puede alimentar al niño todas las veces que éste lo requiera. También esta impuesta por razones sociales, cuando las madres trabajan fuera de casa y no reciben facilidades para administrar todas las tetadas e igualmente en la fase predestete, al abandonar progresivamente el pecho, ya que obligan a recurrir al biberón en alguna de las tomas diarias.

REEDER (1995), agrega que las infecciones de los senos y los pezones dolorosos con grietas o fisuras, condicionan cambios en la rutina de alimentación, dándole al niño lactancia mixta.

GEORGINA PERAZA (2000), señala que la madre constituye un efecto básico en la protección y supervivencia del niño por el tiempo y el amor que le dedica, ya que ella es la cuidadora primaria, y es la persona adecuada para intervenir en el cuidado de su niño.

El interés de investigar el desarrollo y la Lactancia del niño menor de seis meses, se ve reflejado en algunos estudios sobre el tema, tales como: En Colombia, DELGADO (2000), investigó el tipo de lactancia en niños menores de 6 meses en el Instituto de Seguros Sociales, llegando a la conclusión que la mayoría de madres dan lactancia materna a su niños, y el resto de madres que utilizan lactancia artificial se debe a que el problema más común fue por “leche insuficiente”.

PERAZA (2000), refiere que en estudios realizados desde inicios de los años 80 se demostró que los niños menores de seis meses alimentados de forma exclusiva con lactancia materna presentaban patrones de desarrollo diferentes al resto de los niños, por la mejor utilización de calorías y nutrientes de la leche materna.

JUEZ (2000), agrega que los niños alimentados con lactancia materna aumentan de peso y crecen rápidamente durante los 2 a 3 primeros meses de vida; en estudios realizados sobre desarrollo de niño con lactancia materna y en control adecuado ha demostrado ser óptimo y muchas veces superior a los patrones internacionales. El desarrollo de 1217 niños chilenos en lactancia exclusiva durante los primeros meses de vida se distribuye en percentil de peso para la edad, al menos tan apropiados como los percentiles de la OMS.

Según MINSA (2002), se han publicado estudios desde 1929 que describen las ventajas de la lactancia materna versus la lactancia artificial, observándose efectos benéficos proporcionales a la duración de la lactancia materna y especialmente en poblaciones vulnerables como los recién nacidos de bajo peso y muy bajo peso al nacimiento.

VIAL (2003), refiere que uno de los beneficios que demuestra la lactancia materna es que favorece el desarrollo del niño ya que proporciona

todas las sustancias nutritivas que los niños necesitan durante sus primeros seis meses de vida.

Por todo lo presentado, el objeto de estudio de la presente investigación es Grado de Desarrollo y Tipo de Lactancia en menores de seis meses.

Por lo tanto el propósito de la investigación es demostrar la relación existente entre el Grado de Desarrollo y el Tipo de Lactancia en menores de seis meses en Ciudad de Dios.

El Centro Poblado Menor Ciudad de Dios, está ubicado en el Valle Jequetepeque, en la intersección de la carretera Panamericana Norte Km. 683 y la Vía de Penetración a Cajamarca, pertenece al Distrito de Guadalupe, Provincia de Pacasmayo, Región La Libertad (**Anexo 04**).

Ciudad de Dios fue creada por ley de reubicación N° 23328 y fundada el 23 de enero de 1997 con el nombre de. Centro Poblado Menor “Cruce Cajamarca” con los pobladores de Montegrande, Chungal y parte baja de Tembladera reubicados por la afectación de la construcción y embalse de la represa de gallito ciego.

La ubicación geográfica estratégica de Ciudad de Dios a permitido un gran crecimiento poblacional acompañado de un fuerte impulso económico,

convirtiéndose en un lugar de intercambio cultural, comercial e industrial, teniendo como principal actividad la agricultura y la molinera

Ciudad de Dios cuenta con diferentes entidades públicas, siendo una de ellas su Centro de Salud, en donde su cobertura de atención alcanza a toda la jurisdicción territorial del distrito de Ciudad de Dios es decir que comprende a Ciudad de Dios, Pakatnamu, Faclo chico, Faclo grande, La barranca, Pampas de Faclo, Tamarindo y los sectores de los Ángeles, jardines, Manuel Guarniz.

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre el grado de desarrollo y el tipo de lactancia que recibe el niño menor de seis meses en Ciudad de Dios, durante Marzo del 2006?

2.3 OBJETIVOS:

1. Determinar el Grado de desarrollo del niño menor de seis meses en Ciudad de Dios.
2. Identificar algunos factores maternos: Edad, Grado de Instrucción, Número de hijos, Duración y Frecuencia de la Lactancia, en Ciudad de Dios.
3. Identificar el tipo de lactancia que reciben los niños en Ciudad de Dios.
4. Determinar la relación que existe entre el grado de desarrollo y el tipo de lactancia de los niños en mención.

MATERIAL

Y

METODO

II. MATERIAL Y MÉTODO:

Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo exploratorio (POLIT y HUNGLER, 1997).

Población de Estudio

Universo Muestral

El universo muestral estuvo conformado por el total (50) de niños menores de 6 meses y sus respectivas madres, residentes en el Centro Poblado Menor de Ciudad de Dios – Valle Jequetepeque, (ANEXO 04) durante el mes de Marzo del 2006, que cumplan con los criterios de inclusión siguientes:

- Niños menores de seis meses de ambos sexos de madres que residen en Ciudad de Dios.
- Madres que viven más de seis meses en Ciudad de Dios.
- Niños menores de seis meses de ambos sexos aparentemente sanos.

- Madres que aceptaron voluntariamente participar de la investigación.

Muestra:

En vista que el tamaño del universo es manejable y hay las condiciones apropiadas y convenientes para su manejo, las autoras creyeron por conveniente trabajar con los 50 niños menores de seis meses de esa localidad.

Unidad de Análisis

La unidad de análisis fue la madre del menor de seis meses.

Unidad de Muestreo

La unidad de muestreo fue el niño menor de seis meses.

Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó:

Formulario semiestructurado sobre lactancia del niño menor de seis meses (Anexo 01).

Instrumento diseñado por las investigadoras en base a las referencias bibliográficas señalado en los antecedentes sobre el tema, consto de

dos partes: datos informativos y tipo de lactancia que recibe el niño menor de seis meses, las cuales fueron de 4 ítems respectivamente, que fue aplicada a la madre del niño.

Escala de evaluación del desarrollo psicomotor (Anexo 02)

Para la valoración del desarrollo del niño de 0 a 6 meses, se utilizó la Escala del Desarrollo Psicomotor (EEDP) de origen chileno y adaptado por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA - 1995).

Esta escala se basó fundamentalmente en la verificación, por el diálogo y por el examen durante la entrevista por la madre, de los logros alcanzados por el niño y la comparación de estos logros con patrones ya establecidos. La evaluación se hizo en presencia de la madre, para que el niño se sienta menos temeroso, y además para que la madre comprenda las conductas que su niño deba tener según su edad (MINSA. 1998).

Dicha Escala consta de 30 ítems que valora al niño de 0 - 6 meses. Cada ítem tiene un valor de 6 puntos si el niño lo aprueba, de lo contrario no hay puntuación, según criterios de evaluación establecidos previamente. Para determinar el grado de desarrollo del niño, se establecieron tres categorías que son calificadas en base a los puntos obtenidos en la EEDP. Estas categorías son:

Desarrollo Normal

Desarrollo en riesgo

Desarrollo en retraso

Para evaluar el desarrollo del niño mediante la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor se realizó de la siguiente manera:

1) Edad Cronológica (E.C.)

a) En días:

Se obtuvo multiplicando el número de meses del niño por 30.

b) En meses:

Se obtuvo sumando el número de meses cumplidos hasta 15 días más, pero si fueron 16 días, entonces se tomó como edad cronológica el mes siguiente. La prueba se inició comenzando con el mes inmediato inferior a la edad cronológica, en meses.

- Se inició la prueba comenzando siempre con el mes inmediato inferior al de la edad cronológica, en meses.
- Si el niño fracasaba en cualquier ítem de este mes, se continuaba administrando la escala, descendiendo en edad, hasta el mes en que el niño aprobó los cinco ítems por mes.
- Posteriormente se administró los ítems de los meses superiores, hasta que el niño fracasase.

2) **Edad Mental (E.M.)**

La edad mental es el puntaje que obtiene el niño en la prueba. Se otorgó puntaje a los ítems aprobados, según se indica a continuación:

- El mes mayor en que el niño respondió con éxito a los cinco ítem, fue considerado como MES BASE y éste se multiplicó por 30, este puntaje fue sumado con el adicional que se obtuvo en los ítems de los meses superiores.
- Si algún niño del primer mes fallaba en algún ítem, no se calculaba el mes base y se procedía solamente a sumar los puntajes acumulados.

3) **Razón entre edad mental y cronológica (EM/EC)**

Para determinar esta razón se debe dividir el puntaje obtenido por el niño en la prueba (Edad Mental) entre la edad cronológica del niño en días. Expresándose en la siguiente fórmula:

$$\text{Razón (EM / EC)} = \frac{\text{Edad Mental (EM)}}{\text{Edad Cronológica (EC)}}$$

La razón e EM/EC, se expresó con dos decimales.

4) **Coefficiente de desarrollo (C.D.)**

Para obtener el Coeficiente de Desarrollo, la razón (EM/EC) debió convertirse en puntaje Estándar (P.E.) Para ello se buscó el mes correspondiente a la Edad Cronológica del niño y determinó el Puntaje Estándar equivalente a la razón obtenida (**Anexo N° 3**).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el coeficiente de desarrollo del niño, este se ubicó en:

- C.D. mayor o igual a 85 : Desarrollo Normal
- C.D. entre 84 y 70 : Desarrollo en Riesgo
- C.D. menor o igual a 69 : Desarrollo en Retraso

Procedimiento

La recolección de datos se realizó en el domicilio de la madre, a través de una entrevista entre las autoras, la madre y el niño menor de seis meses, aproximadamente durante 45 minutos. Primero se aplicó el cuestionario para conocer el tipo de lactancia de los niños menores de seis meses y luego se evaluó el desarrollo del niño menor de seis meses, utilizando la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, aplicando los ítems que corresponden a la edad cronológica y edad mental de acuerdo a las instrucciones anteriormente mencionados, en las cuales se describieron las conductas observadas, utilizando las baterías correspondientes estandarizadas de acuerdo a la edad en estudio.

Procesamiento de Datos

Los datos recolectados fueron organizados en tablas de una o dos entradas, empleando SPSS para Windows (The Package Statistical For The Social Sciences), y EPIINFO versión 2000.

La existencia de relación entre el tipo de lactancia y el grado de desarrollo del niño menor de seis meses fue aprobada empleando el test chi-cuadrado de independencia de criterios. La significancia estadística fué considerada a partir del 5% de probabilidad.

Principios Éticos

Durante la realización de la presente investigación, se respetaron los principios de intimidad, anonimidad y confidencialidad de la información, así como el consentimiento informado, y en todo momento se respetaron los derechos del niño (Polit y Hungler, 1997).

Control de Calidad de los Instrumentos

Se realizó a través de la prueba piloto y validez del instrumento.

2.9.1. Prueba Piloto:

Los Instrumentos se aplicaron a una muestra piloto de 10 madres y sus respectivos niños menores de seis meses, con el propósito de examinar la redacción de las preguntas y la forma de realizar el registro de datos

2.9.2. Validez del Instrumento:

Las autoras no han creído conveniente realizar la validación de los instrumentos por estar validado en nuestro medio.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1. VARIABLE DEPENDIENTE: GRADO DE DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE SEIS MESES.

1.1 Definición Conceptual

Proceso continuo que experimenta el ser humano desde su concepción; tiene secuencias ordenadas, los cambios son específicos, progresivos, varían a diferentes edades y representan un proceso total. El niño desde que nace va adquiriendo nuevas capacidades, así: fija la mirada en el rostro de la mamá reconociéndola, reacciona a sonidos, sigue con la vista objetos coloridos, vocaliza en respuesta a la sonrisa, intenta controlar la cabeza, etc. Este desarrollo es evaluado por la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) de origen chileno y adaptada por el Ministerio de Salud del Perú (1995), el cual evalúa al lactante menor (0-12 meses) y al lactante mayor (13-24 meses). Esta escala mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor, las cuales evalúa el área motora, área de lenguaje, área social y área de coordinación.

1.2 Definición Operacional

Se operacionalizará teniendo en cuenta la clasificación del Ministerio de Salud, en las siguientes categorías:

DESARROLLO NORMAL: Mayor o igual a 0.85 del coeficiente de desarrollo del niño según el EEDP

DESARROLLO EN RIESGO: De 0.84 a 0.70 del coeficiente de desarrollo del niño según el EEDP

DESARROLLO EN RETRASO: Menor o igual a 0.69 del coeficiente de desarrollo del niño según el EEDP

(Según se muestra en el Anexo 03).

2. VARIABLE INDEPENDIENTE: TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE SEIS MESES.

1.3 Definición Conceptual

El tipo de lactancia en niños menores de seis meses se refiere a la lactancia natural o materna y a la lactancia artificial y/o mixta que el niño recibe desde su nacimiento hasta los seis meses, el cual debe tener nutrientes esenciales para un desarrollo integral.

1.4 Definición Operacional

Se operacionalizará de acuerdo al tipo de lactancia:

- Lactancia materna: Cuando el niño recibe solo leche materna desde el nacimiento hasta los seis meses de edad.
- Lactancia artificial: Cuando el niño recibe leche artificial, ya sea leche fluida o en polvo antes de los seis meses.
- Lactancia mixta: Es aquella donde se combina la leche materna con la leche artificial.

RESULTADOS

CUADRO 1: GRADO DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES RESIDENTES EN EL CENTRO POBLADO MENOR DE CIUDAD DE DIOS - VALLE JEQUETEPEQUE, DURANTE EL MES DE MARZO DEL 2006.

GRADO DE DESARROLLO PSICOMOTOR	NIÑOS	%
Normal	46	92.0
Riesgo	2	4.0
Retraso	2	4.0
Total	50	100.0

Fuente: Información obtenida del Test elaborado a partir de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor. Ciudad de Dios. 2006.

En el presente cuadro observamos que el mayor porcentaje (92%), corresponde al grado de desarrollo psicomotor normal. Además se ha comprobado de porcentajes similares tanto para el grado de desarrollo en riesgo y en retraso (4% respectivamente).

CUADRO 2: TIPO DE LACTANCIA QUE BRINDAN LAS MADRES A LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES RESIDENTES EN EL CENTRO POBLADO MENOR DE CIUDAD DE DIOS – VALLE JEQUETEPEQUE, DURANTE EL MES DE MARZO DEL 2006.

TIPO DE LACTANCIA	MADRES	%
Lactancia Materna	37	74.0
Lactancia Artificial	0	0.0
Lactancia Mixta	13	26.0
TOTAL	50	100.0

FUENTE: Formulario semiestructurado sobre Lactancia del niño menor de seis meses. Ciudad de Dios. 2006.

En el presente cuadro observamos que el mayor porcentaje (74%), corresponde al tipo de Lactancia Materna, seguida por el de Lactancia Mixta en menor proporción (26%); prácticamente las 3/4 partes de la población de menores de seis meses han recibido lactancia Materna.

**CUADRO 3: FACTORES MATERNOS DE PROGENITORAS DE LOS NIÑOS
MENORES DE 6 MESES RESIDENTES EN EL CENTRO
POBLADO MENOR DE CIUDAD DE DIOS - VALLE
JEQUETEPEQUE, DURANTE EL MES DE MARZO DEL 2006.**

FACTORES MATERNOS	MADRES	%
<u>EDAD</u>		
- De 17 – 27 años	35	70.0
- De 28 – 38 años	15	30.0
TOTAL	50	100.0
<u>GRADO DE INSTRUCCIÓN</u>		
- Sin instrucción	0	0.0
- Primaria	12	24.0
- Secundaria	35	70.0
- Superior	03	6.0
TOTAL	50	100.0
<u>N ° DE HIJOS</u>		
- Solo 1 hijo	17	34.0
- 2-3 Hijos	30	60.0
- Más de 4 Hijos	03	6.0
TOTAL	50	100.0
<u>DURACION DE LA LACTANCIA</u>		
	6	12.0
- Menos de Meses	41	82.0
- Hasta 6 meses	03	6.0
- Más de 6 Meses	50	100.0
TOTAL		
<u>FRECUENCIA DE LA LACTANCIA</u>		
- Cada 2 Horas	15	30.0
- Cada 3 Horas	15	30.0
- Cada vez que desea	20	40.0
TOTAL	50	100.0

Fuente: Idem.

En lo que respecta a los factores maternos, se ha encontrado de que el mayor porcentaje (70%), corresponde a madres jóvenes (de 17 a 27 años), con instrucción secundaria (70%), con número de hijos entre 2 a 3 (60%), que han dado de lactar hasta los 6 meses (82%), y que declaran tener una frecuencia de lactancia de acuerdo a la demanda (40%), aunque hay que resaltar la tendencia a considerar un horario de duración (60%).

CUADRO 4: GRADO DE DESARROLLO PSICOMOTOR Y TIPO DE LACTANCIA QUE BRINDAN LAS MADRE DAN A LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES RESIDENTES EN EL CENTRO POBLADO MENOR DE CIUDAD DE DIOS – VALLE JEQUETEPEQUE, DURANTE EL MES DE MARZO DEL 2006.

GRADO DE DESARROLLO PSICOMOTOR	TIPO DE LACTANCIA				TOTAL	
	LACTANCIA MATERNA		LACTANCIA MIXTA		Niños / Madre	%
	Niños / Madre	%	Niños / Madre	%		
Normal	37	100.0	9	69.2	46	92.0
Riesgo	0	0.0	2	15.4	2	4.0
Retraso	0	0.0	2	15.4	2	4.0
TOTAL	37	100.0	13	100.0	50	100.0

Fuente: Información obtenida del test elaborado partir d e la de Evaluación Psicomotor y del Formulario semiestructurado sobre Lactancia. Ciudad de Dios. 2006

Valor Chi-Cuadrado: $X^2 = 12.37$ Valor $p = 0.001$ (≤ 0.01 ó 1%)
 Altamente Significativo
 (Hay relación entre las variables)

En el presente cuadro, se observa un mayor porcentaje de menores de seis meses con grado de desarrollo psicomotor normal (92%), de estos,

aquellas madres que declararon dar lactancia materna se encontraron grado de desarrollo psicomotor normal en sus niños (100%). Situación distinta se observó en aquellas madres que declararon dar lactancia mixta, en lo que se encontró mayor porcentaje (69.2%) con grado de desarrollo psicomotor normal, presentándose además porcentajes similares en aquellas que presentaron riesgo y retraso (15.4% respectivamente).

La prueba de independencia de criterios (X^2), demuestra relación altamente significativa entre las dos variables, por lo que se puede colegir que el tipo de lactancia está relacionado con el grado de desarrollo psicomotor.

**ANALISIS
Y
DISCUSION**

ANALISIS Y DISCUSION

Los resultados obtenidos en el cuadro 1, sobre los niños menores de seis meses en Desarrollo Psicomotor Normal, se caracterizaron principalmente porque la mayoría aprobó las cuatro áreas de desarrollo: Lenguaje, Social, Coordinación y área Motora, según la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), debido a que la mayoría de los niños en estudio recibían lactancia materna, mientras que la minoría recibía lactancia mixta.

Los hallazgos son consistentes con los resultados encontrados con YUFRA (1998) y VARGAS (1997), en donde la mayoría de niños presentaron desarrollo normal y la minoría riesgo o retraso en su desarrollo; mientras TRELLES (2005), encontró que la mayoría presentó desarrollo en riesgo y la minoría presentó desarrollo normal y en retraso respectivamente. Cabe resaltar que esta diferencia se debió a que esta investigación se realizó con niños lactantes de familias que disertaron al control de crecimiento y desarrollo.

Para obtener un desarrollo psicomotor dentro de lo normal, es necesario que el niño reciba de sus padres ciertas condiciones básicas como aspecto nutricional, afectivo, actitudinal y cultural (ALEGRIA, 1989), así mismo MARLOW (1991), señala que el desarrollo del niño es un proceso muy sensible a factores de influencia positivas y negativas, por lo tanto, resulta importante la satisfacción oportuna de estas necesidades básicas.

Estos resultados permiten afirmar que el desarrollo psicomotor de los niños menores de seis meses depende fundamentalmente de la Lactancia Materna, tal como lo afirma VIAL (2003), refiriendo que uno de los beneficios que demuestra la lactancia materna es que favorece el desarrollo del niño, ya que proporciona todas las sustancias nutritivas que los niños necesitan durante sus primeros seis meses de vida, en donde MENEGHELLO (2000), señala que la lactancia materna contiene elementos esenciales para el desarrollo del sistema nervioso del lactante, que no están presentes ni en las fórmulas o leches maternizadas, lo que sumado al estímulo del amamantamiento favorece al desarrollo psicomotor y de la inteligencia.

El análisis de los resultados permiten concluir que la mayoría (92%) de los niños menores de seis meses en estudio presentaron Desarrollo Psicomotor Normal y la minoría (4%), presentaron Desarrollo Psicomotor en Riesgo y Retraso respectivamente.

Por otro lado, los hallazgos encontrados en el cuadro 2, nos indican la preferencia de las madres por brindar lactancia natural a sus hijos. La lactancia mixta se aplicaría solamente para aquellas madres que tienen poca leche, trabajan o estudian; en suma, pasan el mayor tiempo fuera del hogar o alejada del lactante.

Una importante decisión de los padres es elegir el método para alimentar a su hijo. La elección final se influencia por diversos factores, de tipo físico, psicológico y social, ya que a su vez muchas mujeres desconocen las diferencias

de los tipos de lactancia, basándose en los consejos de amigas o de sus madres (REEDER, 1995).

Los resultados encontrados por DELGADO (2000), señalan que la mayoría de madres dan lactancia materna a sus niños, y que el resto de ellas lactancia artificial, debido a que el problema más común fue por leche insuficiente.

Así mismo estudios realizados demuestran que la lactancia natural ofrece numerosas ventajas nutricionales, inmunológicas y psicosociales, La leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del niño durante los primeros seis meses de vida.

Los hallazgos encontrados permiten concluir, que la mayoría (74%) de madres en estudio, brindan a sus niños menores de seis meses lactancia materna y la minoría (26%) rindan a sus niños lactancia mixta.

Los resultados encontrados en esta investigación nos muestra hallazgos que podrían estar influenciados en cierta medida por algunos factores maternos que podríamos considerar importantes tales como el grado de instrucción de las madres, que nos indica que el 70% tienen secundaria, seguida muy de lejos con aquellas madres que tienen primaria, y muy pocas tienen instrucción superior. Hay que hacer notar que en las madres que se encontraron no hay analfabetas.

De estos resultados se infiere que la población estudiada en su mayoría son madres con buen nivel educativo, lo que probablemente les posibilite tener acceso a los medios de información y así ampliar sus conocimientos; cabe resaltar que la edad es un factor importante en la concientización de estas madres, a fin de mejorar la calidad de vida de su hijo. En esta investigación, el mayor porcentaje corresponde a madres jóvenes (17 a 27 años).

Según la Organización Panamericana de la Salud (1998), la instrucción o escolaridad de la madre influye en la salud del niño, enriqueciendo su cultura, modificando sus hábitos y creencias erróneas, mejorando así su nivel de vida.

Por otro lado al analizar el número de hijos de las madres de los niños menores de seis meses, se observa que el 60% tienen entre 2 a 3 hijos, seguida de 1 hijo, y por aquellas que tuvieron más de 4 hijos. Este factor según PERAZA (2000), interviene en la actitud de la madre frente a la alimentación que pueda brindar, en donde refiere que mientras mas sea el número de hijos (2 a 4), conocerá mejor las propiedades, la frecuencia y hasta que tiempo debe brindarle lactancia al niño menor de seis meses.

No existe un regla rígida respecto a cuanto debe tomar el niño al día, se recomienda que el niño succiones a libre demanda, como en los hallazgos encontrados en esta investigación, en donde, en su mayoría de los casos, las madres optan por brindar lactancia materna cada vez que desee, como lo señala REEDER (1995), el horario debe ser autorregulado i libre demanda y hasta los seis meses exclusivamente.

El análisis de los resultados permite concluir que la mayoría (70%), corresponde a madres jóvenes (17 a 27 años), con instrucción secundaria (70%), con número de hijos de 2 a 3 (60%), que han dado de lactar hasta los seis meses (82%) y que declaran tener una frecuencia de lactancia cada vez que desean (40%).

En los hallazgos encontrados en el cuadro 4, la prueba estadística de chi-cuadrado, demuestra relación altamente significativa entre ambas variables: Grado de Desarrollo y Tipo de Lactancia, de tal manera que mientras mayor sería la lactancia materna, habría mayores posibilidades de encontrar mayores niños con Desarrollo Psicomotor Normal.

En investigaciones realizadas en Honduras por KRAMER (2001), sobre efectos de la Lactancia Materna Exclusiva durante seis meses sobre la salud, el Crecimiento y Desarrollo del niño, no se demostró la existencia de déficit de crecimiento y desarrollo entre los lactantes de países en vías de desarrollo; así mismo, los hallazgos encontrados por DEWEY (2001), señalan que los lactantes que reciben Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros seis meses, tuvieron un Desarrollo Psicomotor avanzado que otros niños.

El riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor en los niños, indican la existencia de diversos factores que pueden influir negativamente como el deficiente aporte alimentario, por su ocupación y por su bajo nivel

socioeconómico - cultural, lo cual no permite un buen progreso de las capacidades psicomotoras (HURLOCK, 1990).

Los hallazgos encontrados permiten concluir que el Grado de Desarrollo tiene relación con el Tipo de Lactancia, por lo que se recomienda que el personal de salud elabore modelos de atención a la familia dando énfasis a la importancia de la Lactancia Materna.

CONCLUSIONES

El presente estudio cuantitativo, descriptivo exploratorio, tuvo como propósito determinar el Grado de Desarrollo del niño menor de seis meses, en relación al Tipo de Lactancia. Del análisis de los resultados se concluye:

1.- El 92% de niños menores de seis meses en estudio, en el Centro Poblado Menor Ciudad de Dios, presentó Desarrollo Normal, y el 4% presentó Desarrollo en Riesgo y en Retraso respectivamente.

2.- De acuerdo a los factores maternos, se ha encontrado que el mayor porcentaje (70%) corresponde a madres jóvenes (de 17 a 27 años), con instrucción secundaria (70%), con número de hijos entre 2 a 3 (60%), que han dado de lactar hasta los seis meses (82%) y que declaran tener una frecuencia de lactancia de acuerdo a la demanda (40%).

3.- El Tipo de Lactancia que brindan las madres a los niños menores de seis meses, en su mayoría se encontró que el 74% declaró brindar Lactancia Materna, y en porcentaje menor que brindan lactancia Mixta.

4.- Al relacionar el Grado de Desarrollo y el Tipo de Lactancia del niño menor de seis meses, se encontró relación altamente significativa entre ambas variables.

RECOMENDACIONES

- ✓ Que el personal de salud, especialmente del Ministerio de Salud, continúe con la captación y seguimiento oportuno para evaluar el desarrollo psicomotor de los niños mediante visitas domiciliarias.

- ✓ Que el personal de salud, tanto de EsSalud como del Ministerio de Salud consideren estrategias sobre la importancia de los factores maternos desde la formación en los colegios, favoreciendo el desarrollo integral del niño menor de seis meses.

- ✓ A las Redes de Salud se les invoca mantener evidente lineamientos de política acompañado de campañas de promoción sobre la lactancia para mejorar la atención a las usuarias de los servicios de salud, y así proteger, promover y apoyar la lactancia materna a través de la puesta en práctica de los Diez pasos para una Lactancia exitosa, empleando los medios de comunicación masiva.

- ✓ A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, tanto a investigadores noveles como experimentados, sugerir que realicen investigaciones en donde se relacionen algunos factores maternos y prácticas de amamantamiento o lactancia con los parámetros de desarrollo en menores de seis meses, especialmente en la Red de Salud Pacasmayo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEGRIA, M. (1989). Privación Bio- Psicocultural y de Desarrollo del Crecimiento y desarrollo.

CUSMINSKY, M. y col. (1994). Manual de Crecimiento y Desarrollo. 2da Edición. Serie Paltex. Washington.

DELGADO NOGUERA, MARCO. (2000). Lactancia en Niños menores de seis meses en el Instituto de Seguros Sociales. Colombia. Sitio On Line. Disponible en:

<http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/35400lactancia.htm>. Acceso en Enero. 2005.

DEWEY KG, (2001). Efectos de la Lactancia Materna en el Desarrollo Intelectual y Motor. Honduras. Sitio On Line. Disponible en:

<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/BOB3.pdf>. Acceso en Junio. 2006.

DICKASON, E; SIVERMAN (1995). Enfermería Materno Infantil. 2da Edición. Ed. Mosby/ Doyna. España.

HEUSSLER Y MARCHANT (1991). Test de Desarrollo Psicomotor. Edición Universidad Católica de Chile. Chile.

HURLOCK, E. (1990). Desarrollo del Niño 6º Edición. Ed. Interamericana. México.

INGALLS, A. SALERNO, M. (1992). Enfermería Materno Infantil y Pediátrica. Editora Limusa. México.

JUEZ, G. (2000). Lactancia Materna. Ventajas Generales y Nutricionales para el niño menor de 1 año. En Manual de Pediatría (Capítulo XX). Disponible en: <http://www.medpuc.c/lactancia.materna.Puc.html>. Acceso en Enero. 2005

KRAMER MS, KAKUMA R. (2001). Duración Óptima de la Lactancia Exclusiva. Honduras. Sitio On Line. Disponible en: <http://www.updape-software.com/abstractsES/ABOO3517-ES.htm>. Acceso en Junio - 2006.

MAIER, H. (1979). Tres Teorías sobre el Desarrollo del Niño. Erickson, Piaget y Sears. Talleres Gráficos Didot. Buenos Aires, Argentina.

MARLOW, D. Y REDDING, B. (1991). Enfermería Pediátrica. El Lactante, El niño de 1-3 años. 6ta. Ed. II Vol. Interamericana. Buenos Aires – Argentina

MENEGHELLO, R. y colaboradores (2000). Pediatría. 5ta. Ed. Tomo 1 y 2 Editorial Médica. Panamericana. Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD (1995). Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). Minsa / Unicef. Lima – Perú.

MINISTERIO DE SALUD. (1998). Proyecto Salud y Nutrición Básica. Procedimientos y protocolos de Atención en Salud Infantil. Minsa. Perú.

MINSA. (2002). Amamantar: mucho más que alimentar. Disponible en: [http://minsa.cl/ministerio de salud.html](http://minsa.cl/ministerio%20de%20salud.html). Acceso en Febrero – 2005.

MOLINA FONT, JUAN A. (2004). Lactancia Mixta. Granada. Disponible en: http://www.pulevasalud.com/subcategoria.jhtml?ID_CATEGORIA=102823&RUTA

MONTENEGRO, H. (1991). Desarrollo Psicológico y Social infantil. Tomo I. 4ta Ed. Mediterráneo. México.

NELSON, W. (1997). Tratado de Pediatría. 15ava Edición. Ed. Interamericana. España.

NEWMAN, B. Y NEWMAN, P. (1991). Desarrollo del Niño. Limusa. México.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Proyecto de Desarrollo y Salud Integral del Niño y Adolescente de América Latina y el Caribe. OPS. El Salvador.

PAPALIA, (1999). Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia. 5ta. Ed. Editorial Mc Graw Hill. México.

PERAZA ROQUE, GEORGINA, J. (2000). Lactancia Materna y Desarrollo Psicomotor. Cuba. Disponible en:
<http://www.escuela.medipuc.cl/paginas/publicaciones/manualped/lac.mater.html>.
Acceso en Febrero. 2005.

POLIT, D. Y HUNGLER, B. (1997). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ta. Ed. Interamericana México.

REEDER, RN. (1995). Enfermería Materno Infantil. 17 ava. Ed. Interamericana Mc Graw.Hill. México.

RODRIGUEZ, ARANCIBIA Y UNDURRAGA (1974). Escala de Evaluación de Desarrollo Picomotor. Chile

SCHELLHORN, C. VALDÉZ, V. (1995). Lactancia Materna: Contenidos Técnicos para profesionales de la salud. MINSA, Chile, Comisión Nacional de Lactancia Materna. UNICEF. Santiago.

TRELLES, IDA (2005). Desarrollo del Niño Lactante en relación a Características Socioculturales de Deserción Familiar. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

VARGAS, S. (1997). Vinculo Afectivo Padres – Hijo y Desarrollo del Niño. Tesis para optar el Grado de Maestría en Enfermería con mención en Salud de la Mujer y el Niño. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

VIAL DÍAZ, M. (2003) Lactancia Materna. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en:
http://www.enfermeria21.com/textos/index_textos3.html. Acceso en marzo - 2005.

YUFRA REJAS, HILDA. (1998). Desarrollo del Niño, Actitud de la Familia Urbana hacia la Lactancia Materna Exclusiva y Características BioPsicosociales. Tacna. Tesis para optar el Grado de Maestro en Enfermería con mención en Salud Familiar y Comunitaria. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

ANEXOS

ANEXO 01

FORMULARIO SEMIESTRUCCTURADO SOBRE LACTANCIA DEL NIÑO MENOR DE 6 MESES

1. DATOS INFORMATIVOS:

Sexo:

Edad:

Hijos:

Grado de instrucción:

2. CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

2.1. ¿Qué tipo de lactancia le da a su niño?

- Solo pecho Por qué.....
- Otras leches
- Pecho y otras leches
- Otros alimentos

2.2. Hasta que edad recibió leche materna exclusiva su niño?

- Menos de 6 Meses Por qué.....
- Hasta 6 Meses
- Mas de 6 meses

2.3. Cada que tiempo le da de lactar a su niño?

- Cada 2 horas Por qué.....
- Cada 3 horas
- Cada vez que desea

2.4. ¿La lactancia materna y la artificial tienen las mismas propiedades?

Si No Por qué.....

.....

ANEXO 02

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA EEDP

ITEM 1: Fija la mirada en el rostro del examinador

- **Correctamente:** el niño fija la mirada en el rostro del examinador.
- **Incorrectamente:** Se dirige la mirada a otro sitio o hay mirada perdida.

ITEM 2: Reacciona al sonido.

- **Correctamente:** Cualquier respuesta definida al sonido como pestañeo, fruncir el ceño, sobresalto del cuerpo, aumento de la actividad o llanto (puede demorarse varios segundos).
- **Incorrectamente:** No hay respuesta:

ITEM 3: Aprieta el dedo índice del examinador, introducido en la mano del niño.

- **Correctamente:** La mano del niño se cierra al contacto con su dedo índice.
- **Incorrectamente:** No hay cierre de la mano del niño ante el estímulo.

ITEM 4: Sigue con la vista la argolla en un ángulo de 90°

- **Correctamente:** El niño sigue con la vista la argolla en forma continua en un ángulo de 90°, desde la línea media a un costado a inversamente.
- **Incorrectamente:** El niño no sigue con la vista a la argolla o lo hace interrumpidamente.

ITEM 5: Movimientos de la cabeza, en posición prona.

- **Correctamente:** Cuando el niño al estar boca abajo, deja libre su cara levantando la cabeza o cuando se libera de la superficie.
- **Incorrectamente:** Cuando el niño al estar boca abajo, no puede alzar la cabeza.

ITEM 6: Mímica en respuesta al rostro del examinador

- **Correctamente:** El niño mantiene la mirada en el examinador y mueve sus labios en respuesta a la sonrisa.
- **Incorrectamente:** Si el niño no fija la mirada en el examinador, o este no le llama la atención.

ITEM 7: Vocaliza como respuesta a la sonrisa y conversación con el examinador.

- **Correctamente:** El niño responde con vocalización a cualquier estímulo.
- **Incorrectamente:** El niño no responde al examinador.

ITEM 8: Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador.

- **Correctamente:** El niño cambia su expresión facial o da otra evidencia de reacción hacia su desaparición.
- **Incorrectamente:** El niño se torna indiferente ante la desaparición del examinador.

ITEM 9: Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada.

- **Correctamente:** La cabeza no cuelga exageradamente hacia atrás y hay intentos de enderezarla.
- **Incorrectamente:** La cabeza cuelga hacia atrás y no intenta enderezarla.

ITEM 10: Vocaliza dos sonidos diferentes.

- **Correctamente:** Si hay al menos dos sílabas distinguibles.
- **Incorrectamente:** No se pueden distinguir sílabas.

ITEM 11: Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador.

- **Correctamente:** Si es clara y rápidamente provocada.
- **Incorrectamente:** Si no hay sonrisa.

ITEM 12: Busca con la vista la fuente del sonido.

- **Correctamente:** El niño mueve sus ojos en busca del sonido, (no necesariamente en la dirección del sonido).
- **Incorrectamente:** No hay señal para buscar ningún sonido.

ITEM 13: Sigue la argolla con la vista en un ángulo de 180°.

- **Correctamente:** El niño sigue con la vista la argolla, en forma continua, en un ángulo de 180°, aunque mire todavía la mano del examinador.
- **Incorrectamente:** El niño no sigue a la argolla.

ITEM 14: Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada.

- **Correctamente:** El niño es capaz de mantener la cabeza erguida aunque la espalda esté siempre arqueada y tenga a menudo oscilaciones de la cabeza.
- **Incorrectamente:** El niño no es capaz de mantener la cabeza erguida.

ITEM 15: Vocalización prolongada.

- **Correctamente:** El niño emite al menos, dos sonidos prolongados distinguibles.
- **Incorrectamente:** Si no emite sonido alguno o solamente se distingue uno.

ITEM 16: La cabeza sigue a la cuchara que desaparece.

- **Correctamente:** Si el niño mueve la cabeza para seguir a la cuchara, visualmente, cuando ésta se mueve a cada lado.
- **Incorrectamente:** El niño no sigue a la cuchara.

ITEM 17: Gira la cabeza al sonido de la campanilla.

- **Correctamente:** Si el niño vuelve su cabeza, en forma discriminatoria, hacia la fuente del sonido
- **Incorrectamente:** Si el niño no reacciona ante el sonido.

ITEM 18: En posición prona se levanta a sí mismo apoyándose en sus brazos.

- **Correctamente:** Si el niño eleva su cabeza y parte superior del tronco mediante una acción voluntaria.
- **Incorrectamente:** Si el niño solamente eleva su cabeza.

ITEM 19: Levanta la cabeza y los hombros al ser llevado a la posición sentada.

- **Correctamente:** Si el niño es capaz de participar en el movimiento, la cabeza no cuelga hacia atrás y se afirma desde el inicio del movimiento.
- **Incorrectamente:** Si el niño no participa en el movimiento o si su cabeza cuelga hacia atrás.

ITEM 20: Ríe a carcajadas.

- **Correctamente:** Cualquier respuesta que implique risa ruidosa.
- **Incorrectamente:** No hay risa ruidosa.

ITEM 21: Da vueltas la cabeza hacia quien le habla.

- **Correctamente:** Si el niño guía la cabeza en respuesta al llamado.
- **Incorrectamente:** El niño no gira la cabeza como respuesta al llamado.

ITEM 22: Palpa el borde de la mesa.

- **Correctamente:** Si el niño rasguña, explora, palpa, rastrillea o golpea el borde de la mesa.
- **Incorrectamente:** Si el niño no demuestra una firme actitud frente a la mesa.

ITEM 23: Comienza un movimiento de prensión dirigida hacia la argolla.

- **Correctamente:** Cualquier esfuerzo de prensión: agitación de todo el cuerpo, actividad de la boca, los brazos, alargamiento de la mano hacia la argolla o cogimiento de la misma.
- **Incorrectamente:** No hay esfuerzo de prensión.

ITEM 24: Tracción hasta lograr la posición sentada.

- **Correctamente:** Si el niño llega a una posición sentada por su fuerza y con el apoyo de los pulgares del examinador.
- **Incorrectamente:** El niño no hace esfuerzo por sentarse.

ITEM 25: Se mantiene sentado con leve apoyo.

- **Correctamente:** Si se mantiene sentado con leve apoyo.
- **Incorrectamente:** No se sienta con apoyo.

ITEM 26: Se mantiene sentado sólo momentáneamente.

- **Correctamente:** Se mantiene sentado sólo momentáneamente.
- **Incorrectamente:** El niño no se sienta.

ITEM 27: Da vuelta la cabeza hacia la cuchara caída.

- **Correctamente:** Si el niño vuelve la cabeza hacia el lugar del ruido.
- **Incorrectamente:** El niño no reacciona ante el ruido.

ITEM 28: Coge la argolla.

- **Correctamente:** Si el niño coge la argolla por algunos segundos.
- **Incorrectamente:** El niño no coge la argolla.

ITEM 29: Coge el cubo.

- **Correctamente:** Si el niño tiende su mano espontáneamente hacia el cubo, lo coge en su palma y lo levanta de la mesa.
- **Incorrectamente:** El niño no hace el esfuerzo por coger el cubo.

ITEM 30: Vocaliza cuando se le habla.

- **Correctamente:** Cualquier respuesta afirmativa ante el estímulo.
- **Incorrectamente:** No hay respuesta frente al estímulo.

ANEXO 03

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

TABLAS DE PUNTAJE

Edad: UN MES

K = 0,0027

X = 1.56

EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE
0.08	0.60	0.34	0.67	0.60	0.74	0.86	0.81	1.12	0.88	1.38	0.95
0.09	0.60	0.35	0.67	0.61	0.74	0.87	0.81	1.13	0.88	1.39	0.95
0.10	0.61	0.36	0.68	0.62	0.75	0.88	0.82	1.14	0.89	1.40	0.96
0.11	0.61	0.37	0.68	0.63	0.75	0.89	0.82	1.15	0.89	1.41	0.96
0.12	0.61	0.38	0.68	0.64	0.75	0.90	0.82	1.16	0.89	1.42	0.96
0.13	0.61	0.39	0.68	0.65	0.75	0.91	0.82	1.17	0.89	1.43	0.96
0.14	0.62	0.40	0.69	0.66	0.76	0.92	0.83	1.18	0.90	1.44	0.97
0.15	0.62	0.41	0.69	0.67	0.76	0.93	0.83	1.19	0.90	1.45	0.97
0.16	0.62	0.42	0.69	0.68	0.76	0.94	0.83	1.20	0.90	1.46	0.97
0.17	0.62	0.43	0.69	0.69	0.77	0.95	0.84	1.21	0.91	1.47	0.98
0.18	0.63	0.44	0.70	0.70	0.77	0.96	0.84	1.22	0.91	1.48	0.98
0.19	0.63	0.45	0.70	0.71	0.77	0.97	0.84	1.23	0.91	1.49	0.98
0.20	0.63	0.46	0.70	0.72	0.77	0.98	0.84	1.24	0.91	1.50	0.98
0.21	0.64	0.47	0.71	0.73	0.78	0.99	0.85	1.25	0.92	1.51	0.99
0.22	0.64	0.48	0.71	0.74	0.78	1.00	0.85	1.26	0.92	1.52	0.99
0.23	0.64	0.49	0.71	0.75	0.78	1.01	0.85	1.27	0.92	1.53	0.99
0.24	0.64	0.50	0.71	0.76	0.78	1.02	0.85	1.28	0.92	1.54	0.99
0.25	0.65	0.51	0.72	0.77	0.79	1.03	0.86	1.29	0.93	1.55	1.00
0.26	0.65	0.52	0.72	0.78	0.79	1.04	0.86	1.30	0.93	1.56	1.00
0.27	0.65	0.53	0.72	0.79	0.79	1.05	0.86	1.31	0.93	1.57	1.00
0.25	0.65	0.54	1.72	0.80	0.79	1.06	0.87	1.32	0.94	1.58	1.01
0.29	0.66	0.55	0.73	0.81	0.80	1.07	0.87	1.33	0.94	1.59	1.01
0.30	0.66	0.56	0.73	0.82	0.80	1.08	0.87	1.34	0.94		
0.31	0.66	0.57	0.73	0.83	0.80	1.09	0.87	1.35	0.94		
0.32	0.67	0.58	0.74	0.84	0.81	1.10	0.88	1.36	0.95		
0.33	0.67	0.59	0.74	0.85	0.81	1.11	0.88	1.37	0.95		

EM/EC: Razón entre edad mental y edad cronológica.

K = Constante

PE: Puntaje estándar.

X = Promedio

TABLA DE PUNTAJE**Edad: DOS MESES****K = 0,0050****X = 1.15**

EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE
0.34	0.60	0.62	0.74	0.90	0.88	1.18	1.02	1.46	1.16	1.74	1.30
0.35	0.60	0.63	0.74	0.91	0.88	1.19	1.02	1.47	1.16	1.75	1.30
0.36	0.61	0.64	0.75	0.92	0.89	1.20	1.03	1.48	1.17	1.76	1.31
0.37	0.61	0.65	0.75	0.93	0.89	1.21	1.03	1.49	1.17	1.77	1.31
0.38	0.62	0.66	0.76	0.94	0.90	1.22	1.04	1.50	1.18	1.78	1.32
0.39	0.62	0.67	0.76	0.95	0.90	1.23	1.04	1.51	1.18	1.79	1.32
0.40	0.63	0.68	0.77	0.96	0.91	1.24	1.05	1.52	1.19	1.80	1.33
0.41	0.63	0.69	0.77	0.97	0.91	1.25	1.05	1.53	1.19	1.81	1.33
0.42	0.64	0.70	0.78	0.98	0.92	1.26	1.06	1.54	1.20	1.82	1.34
0.43	0.64	0.71	0.78	0.99	0.92	1.27	1.06	1.55	1.20	1.83	1.34
0.44	0.65	0.72	0.79	1.00	0.93	1.28	1.07	1.56	1.21	1.84	1.35
0.45	0.65	0.73	0.79	1.01	0.93	1.29	1.07	1.57	1.21	1.85	1.35
0.46	0.66	0.74	0.80	1.02	0.94	1.30	1.08	1.58	1.22	1.86	1.36
0.47	0.66	0.75	0.80	1.03	0.94	1.31	1.08	1.59	1.22	1.87	1.36
0.48	0.67	0.76	0.81	1.04	0.95	1.32	1.09	1.60	1.23	1.88	1.37
0.49	0.67	0.77	0.81	1.05	0.95	1.33	1.09	1.61	1.23	1.89	1.37
0.50	0.68	0.78	0.82	1.06	0.96	1.34	1.10	1.62	1.24	1.90	1.38
0.51	0.68	0.79	0.82	1.07	0.96	1.35	1.10	1.63	1.24	1.91	1.38
0.52	0.69	0.80	0.83	1.08	0.97	1.36	1.11	1.64	1.25	1.92	1.39
0.53	0.69	0.81	0.83	1.09	0.97	1.37	1.11	1.65	1.25	1.93	1.39
0.54	0.70	0.82	0.84	1.10	0.98	1.38	1.12	1.66	1.26	1.94	1.40
0.55	0.70	0.83	0.84	1.11	0.98	1.39	1.12	1.67	1.26	1.95	1.40
0.56	0.71	0.84	0.85	1.12	0.99	1.40	1.13	1.68	1.27		
0.57	0.71	0.85	0.85	1.13	1.00	1.41	1.13	1.69	1.27		
0.58	0.72	0.86	0.86	1.14	1.00	1.42	1.14	1.70	1.28		
0.59	0.72	0.87	0.86	1.15	1.00	1.43	1.14	1.71	1.28		
0.60	0.73	0.88	0.87	1.16	1.01	1.44	1.15	1.72	1.29		
0.61	0.73	0.89	0.87	1.17	1.01	1.45	1.15	1.73	1.29		

EM/EC: Razón entre edad mental y edad cronológica.**K =** Constante**PE:** Puntaje estándar.**X =** Promedio

TABLA DE PUNTAJE**Edad: TRES MESES****K = 0,0070****X = 1.14**

EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE
0.35	0.60	0.64	0.73	0.93	0.87	1.22	1.00	1.51	1.14	1.80	1.28
0.36	0.60	0.65	0.74	0.94	0.87	1.23	1.01	1.52	1.15	1.81	1.28
0.37	0.61	0.66	0.74	0.95	0.88	1.24	1.01	1.53	1.15	1.82	1.29
0.38	0.61	0.67	0.75	0.96	0.88	1.25	1.02	1.54	1.16	1.83	1.29
0.39	0.61	0.68	0.75	0.97	0.89	1.26	1.02	1.55	1.16	1.84	1.30
0.40	0.62	0.69	0.76	0.98	0.89	1.27	1.03	1.56	1.16	1.85	1.30
0.41	0.62	0.70	0.76	0.99	0.90	1.28	1.03	1.57	1.17	1.86	1.31
0.42	0.63	0.71	0.77	1.00	0.90	1.29	1.04	1.58	1.17	1.87	1.31
0.43	0.63	0.72	0.77	1.01	0.91	1.30	1.04	1.59	1.18	1.88	1.31
0.44	0.64	0.73	0.77	1.02	0.91	1.31	1.05	1.60	1.18	1.89	1.32
0.45	0.64	0.74	0.78	1.03	0.92	1.32	1.05	1.61	1.19	1.90	1.32
0.46	0.65	0.75	0.78	1.04	0.92	1.33	1.06	1.62	1.19	1.91	1.33
0.47	0.65	0.76	0.79	1.05	0.92	1.34	1.06	1.63	1.20	1.92	1.33
0.48	0.66	0.77	0.79	1.06	0.93	1.35	1.07	1.64	1.20	1.93	1.34
0.49	0.66	0.78	0.80	1.07	0.93	1.36	1.07	1.65	1.21	1.94	1.34
0.50	0.67	0.79	0.80	1.08	0.94	1.37	1.08	1.66	1.21	1.95	1.35
0.51	0.67	0.80	0.81	1.09	0.94	1.38	1.08	1.67	1.22	1.96	1.35
0.52	0.68	0.81	0.81	1.10	0.95	1.39	1.08	1.68	1.22	1.97	1.36
0.53	0.68	0.82	0.82	1.11	0.95	1.40	1.09	1.69	1.23	1.98	1.36
0.54	0.69	0.83	0.82	1.12	0.96	1.41	1.09	1.70	1.23	1.99	1.37
0.55	0.69	0.84	0.83	1.13	0.96	1.42	1.10	1.71	1.24	2.00	1.37
0.56	0.69	0.85	0.83	1.14	0.97	1.43	1.10	1.72	1.24	2.01	1.38
0.57	0.70	0.86	0.84	1.15	0.97	1.44	1.11	1.73	1.24	2.02	1.38
0.58	0.70	0.87	0.84	1.16	0.98	1.45	1.11	1.74	1.25	2.03	1.39
0.59	0.71	0.88	0.84	1.17	0.98	1.46	1.12	1.75	1.25	2.04	1.39
0.60	0.71	0.89	0.85	1.18	0.99	1.47	1.12	1.76	1.26	2.05	1.39
0.61	0.72	0.90	0.85	1.19	0.99	1.48	1.13	1.77	1.26	2.06	1.40
0.62	0.72	0.91	0.86	1.20	1.00	1.49	1.13	1.78	1.27		
0.63	0.73	0.92	0.86	1.21	1.00	1.50	1.14	1.79	1.27		

EM/EC: Razón entre edad mental y edad cronológica.**K =** Constante**PE:** Puntaje estándar.**X =** Promedio

TABLA DE PUNTAJE**Edad: CUATRO MESES****K = 0,0070****X = 1.14**

EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE
0.57	0.60	0.80	0.76	1.03	0.92	1.26	1.08	1.49	1.25
0.58	0.61	0.81	0.77	1.04	0.93	1.27	1.09	1.50	1.25
0.59	0.62	0.82	0.78	1.05	0.94	1.28	1.10	1.51	1.26
0.60	0.62	0.83	0.78	1.06	0.94	1.29	1.11	1.52	1.27
0.61	0.63	0.84	0.79	1.07	0.95	1.30	1.11	1.53	1.27
0.62	0.64	0.85	0.80	1.08	0.96	1.31	1.11	1.54	1.28
0.63	0.64	0.86	0.80	1.09	0.97	1.32	1.13	1.55	1.29
0.64	0.65	0.87	0.81	1.10	0.97	1.33	1.13	1.56	1.29
0.65	0.66	0.88	0.82	1.11	0.98	1.34	1.14	1.57	1.30
0.66	0.66	0.89	0.83	1.12	0.99	1.35	1.15	1.58	1.31
0.67	0.67	0.90	0.83	1.13	0.99	1.36	1.15	1.59	1.32
0.68	0.68	0.91	0.84	1.14	1.00	1.37	1.16	1.60	1.32
0.69	0.69	0.92	0.85	1.15	1.01	1.38	1.17	1.61	1.33
0.70	0.69	0.93	0.85	1.16	1.01	1.39	1.18	1.62	1.34
0.71	0.70	0.94	0.86	1.17	1.02	1.40	1.18	1.63	1.34
0.72	0.71	0.95	0.87	1.18	1.03	1.41	1.19	1.64	1.35
0.73	0.71	0.96	0.87	1.19	1.04	1.42	1.20	1.65	1.36
0.74	0.72	0.97	0.88	1.20	1.04	1.43	1.20	1.66	1.36
0.75	0.73	0.98	0.89	1.21	1.05	1.44	1.21	1.67	1.37
0.76	0.73	0.99	0.90	1.22	1.06	1.45	1.22	1.68	1.38
0.77	0.74	1.00	0.90	1.23	1.06	1.46	1.22	1.69	1.39
0.78	0.75	1.01	0.91	1.24	1.07	1.47	1.23	1.70	1.39
0.79	0.76	1.02	0.92	1.25	1.08	1.48	1.24	1.71	1.40

EM/EC: Razón entre edad mental y edad cronológica.**K =** Constante**PE:** Puntaje estándar.**X =** Promedio

TABLA DE PUNTAJE**Edad: CINCO MESES****K = 0,0070****X = 1.08**

EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE
0.51	0.60	0.74	0.76	0.97	0.92	1.20	1.08	1.43	1.25
0.52	0.61	0.75	0.77	0.98	0.93	1.21	1.09	1.44	1.25
0.53	0.62	0.76	0.78	0.99	0.94	1.22	1.10	1.45	1.26
0.54	0.62	0.77	0.78	1.00	0.94	1.23	1.11	1.46	1.27
0.55	0.63	0.78	0.79	1.01	0.95	1.24	1.11	1.47	1.27
0.56	0.64	0.79	0.80	1.02	0.96	1.25	1.11	1.48	1.28
0.57	0.64	0.80	0.80	1.03	0.97	1.26	1.13	1.49	1.29
0.58	0.65	0.81	0.81	1.04	0.97	1.27	1.13	1.50	1.29
0.59	0.66	0.82	0.82	1.05	0.98	1.28	1.14	1.51	1.30
0.60	0.66	0.83	0.83	1.06	0.99	1.29	1.15	1.52	1.31
0.61	0.67	0.84	0.83	1.07	0.99	1.30	1.15	1.53	1.32
0.62	0.68	0.85	0.84	1.08	1.00	1.31	1.16	1.54	1.32
0.63	0.69	0.86	0.85	1.09	1.01	1.32	1.17	1.55	1.33
0.64	0.69	0.87	0.85	1.10	1.01	1.33	1.18	1.56	1.34
0.65	0.70	0.88	0.86	1.11	1.02	1.34	1.18	1.57	1.34
0.66	0.71	0.89	0.87	1.12	1.03	1.35	1.19	1.58	1.35
0.67	0.71	0.90	0.87	1.13	1.04	1.36	1.20	1.59	1.36
0.68	0.72	0.91	0.88	1.14	1.04	1.37	1.20	1.60	1.36
0.69	0.73	0.92	0.89	1.15	1.05	1.38	1.21	1.61	1.37
0.70	0.73	0.93	0.90	1.16	1.06	1.39	1.22	1.62	1.38
0.71	0.74	0.94	0.90	1.17	1.06	1.40	1.22	1.63	1.39
0.72	0.75	0.95	0.91	1.18	1.07	1.41	1.23	1.64	1.39
0.73	0.76	0.96	0.92	1.19	1.08	1.42	1.24	1.65	1.40

EM/EC: Razón entre edad mental y edad cronológica.**K =** Constante**PE:** Puntaje estándar.**X =** Promedio

TABLA DE PUNTAJE**Edad: SEIS MESES****K = 0,0070****X = 1.05**

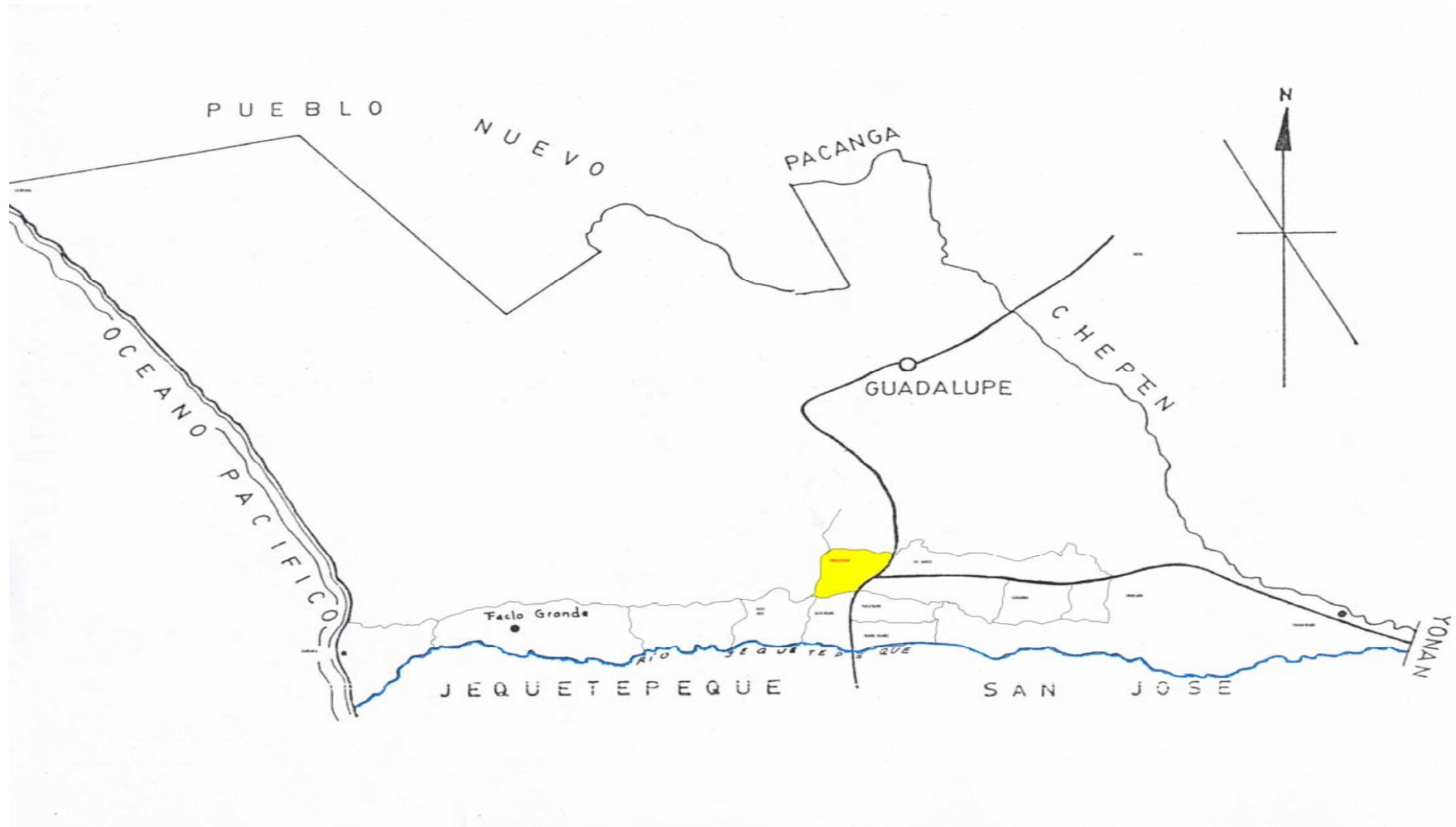
EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE
0.67	0.59	0.86	0.80	1.05	1.00	1.24	1.20
0.68	0.60	0.87	0.81	1.06	1.01	1.25	1.21
0.69	0.61	0.88	0.82	1.07	1.02	1.26	1.22
0.70	0.63	0.89	0.83	1.08	1.03	1.27	1.24
0.71	0.64	0.90	0.84	1.09	1.04	1.28	1.25
0.72	0.65	0.91	0.85	1.10	1.05	1.29	1.26
0.73	0.66	0.92	0.86	1.11	1.06	1.30	1.27
0.74	0.67	0.93	0.87	1.12	1.07	1.31	1.28
0.75	0.68	0.94	0.88	1.13	1.09	1.32	1.29
0.76	0.69	0.95	0.89	1.14	1.10	1.33	1.30
0.77	0.70	0.96	0.90	1.15	1.11	1.34	1.31
0.78	0.71	0.97	0.91	1.16	1.12	1.35	1.32
0.79	0.72	0.98	0.93	1.17	1.13	1.36	1.33
0.80	0.73	0.99	0.94	1.18	1.14	1.37	1.34
0.81	0.74	1.00	0.95	1.19	1.15	1.38	1.35
0.82	0.75	1.01	0.96	1.20	1.16	1.39	1.36
0.83	0.76	1.02	0.97	1.21	1.17	1.40	1.37
0.84	0.78	1.03	0.98	1.22	1.18	1.41	1.39
0.85	0.79	1.04	0.99	1.23	1.19	1.42	1.40

EM/EC: Razón entre edad mental y edad cronológica.
PE: Puntaje estándar.

K = Constante
X = Promedio

ANEXO 04

ATENCIÓN DEL CENTRO DE SALUD CIUDAD DE DIOS



ANEXO 05

**CUADRO 5: EDAD DEL NIÑOS MENORES DE 6 MESES RESIDENTES
EN EL CENTRO POBLADO MENOR DE CIUDAD DE DIOS -
VALLE JEQUETEPEQUE, DURANTE EL MES DE MARZO
DEL 2006**

Edades (Meses)	Niños	%
entre 1 a 2 meses	15	30.0
entre 3 a 4 meses	24	48.0
entre 5 a 6 meses	11	22.0
Total	50	100.0

Fuente: Información obtenida del Formulario Semiestructurado sobre Lactancia.
Ciudad de Dios.2006.

Los resultados de cuadro 5, permiten señalar que del total (50) de niños menores de seis meses en estudio, el 48% se encuentran en edades de 3 a 4 meses, el 30% en edades de 5 a 6 meses, lo que hace prevalecer que hay una población significativa de lactantes que se acercan de la lactancia natural a la ablactancia.

ANEXO 06

**CUADRO 6: NIÑOS MENORES DE 6 MESES SEGÚN SEXO, RESIDENTES
EN EL CENTRO POBLADO MENOR DE CIUDAD DE DIOS -
VALLE JEQUETEPEQUE, DURANTE EL MES DE MARZO
DEL 2006**

Sexo	Niños	%
Femenino	21	42.0
Masculino	29	58.0
Total	50	100.0

Fuente: Idem.

En el cuadro 6, se observa que hay mayor porcentaje de niños masculinos (58%), lo que diversos actores concuerdan que hay mayores nacimientos de hombres que mujeres, pero en el transcurso de la vida hay menos hombres.

ANEXO 07

CUADRO 7: OPINION DE LAS MADRES ACERCA DE LAS PROPIEDADES DE LA LACTANCIA MATERNA Y LA ARTIFICIAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES RESIDENTES EN EL CENTRO POBLADO MENOR DE CIUDAD DE DIOS - VALLE JEQUETEPEQUE, DURANTE EL MES DE MARZO DEL 2006

La lactancia Materna y la artificial tienen las mismas propiedades	Madres	%
Si	0	0.0
No	50	100.0
Total	50	100.0

Fuente: Idem

En el presente cuadro observamos que el mayor porcentaje (100%), diferencian las propiedades de la lactancia materna con la Lactancia Artificial, de tal manera que afirman que no tienen las mismas propiedades.

ANEXO 08

**CUADRO 8: EDAD MENTAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES
RESIDENTES EN EL CENTRO POBLADO MENOR DE
CIUDAD DE DIOS - VALLE JEQUETEPEQUE, DURANTE EL
MES DE MARZO DEL 2006**

Edad mental	Niños	%
Entre 31 a 60 días	12	24.0
Entre 61 a 90 días	10	20.0
Entre 91 a 120 días	13	26.0
Entre 121 a 150 días	10	20.0
Entre 151 a 180 días	5	10.0
Total	50	100.0

Fuente: Idem

El cuadro 8, permite señalar que del total (50) de niños investigados, se encontraron que los mayores porcentajes están entre 91 a 120 días, seguido de 31 a 60 días, de 121 a 150 días y de 61 a 90 días; entre los más significativos no se encontraron niños con edad mental menor de 30 días.

ANEXO 09

**CUADRO 9: EDAD CRONOLOGICA DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES
RESIDENTES EN EL CENTRO POBLADO MENOR DE CIUDAD
DE DIOS - VALLE JEQUETEPEQUE, DURANTE EL MES DE
MARZO DEL 2006**

Edad cronológica	Niños	%
Entre 31 a 60 días	9	18.0
Entre 61 a 90 días	9	18.0
Entre 91 a 120 días	17	34.0
Entre 121 a 150 días	6	12.0
Entre 151 a 180 días	9	18.0
Total	50	100.0

Fuente: Idem.

En el cuadro 9, sobre la edad cronológica de los niños menores de seis meses, observamos que el mayor porcentaje (34%) están en una edad cronológica de 91 a 120 días entre los más significativos, ya que en una segunda línea corresponden a la edad de 31 a 60 días, 61 a 90 días y de 151 a 180 días respectivamente, con el mismo porcentaje (18%).

Al igual que el cuadro anterior no hemos encontrado edad cronológica menor de 30 días.

ANEXO 10

CUADRO 10: ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS DE LA INFORMACION DE LAS MADRES Y DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES RESIDENTES EN EL CENTRO POBLADO MENOR DE CIUDAD DE DIOS - VALLE JEQUETEPEQUE, DURANTE EL MES DE MARZO DEL 2006

Variables	Tamaño	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Desviación Estándar
Edad del niño	50	1	6	3.38	1.40
Número de hijos tenidos por la madre	50	1	5	2.00	0.99
Edad mental del niño	50	24	180	103.52	42.96
Edad cronológica del niño	50	35	180	108.16	40.52
Coefficiente de desarrollo del niño	50	0.4	1.06	0.94	0.12

Fuente: Idem.

CONSTANCIA DE ASESORIA DE TESIS

Yo, CARLOS TELLO POMPA, Profesor, Categoría Principal del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, mediante la presente, certifico mi asesoramiento a las Bachilleres de Enfermería Barahona Jimenez, JUANA y Mendoza Mejía, LITA; en la elaboración de la Tesis intitulado: “Grado de Desarrollo y Tipo de Lactancia de Niños Menores de 6 meses en Ciudad de Dios”.

Se expide la presente constancia a solicitud de las interesadas para los fines convenientes.

Trujillo, 03 de Julio del 2006.

Dr. Carlos Tello Pompa.

Código N° 4676

Solicito: Permiso Para Ejecución de Proyecto

Dr. Alberto Tello Velásquez.
Director del Centro de Salud Ciudad de Dios

Juana Maria Barahona Jiménez, identificada con DNI 19336677 y Lita Mery Mendoza Mejia, identificada con DNI 40362895 , bachilleres en Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, ante usted con el debido respeto nos presentamos y exponemos:

Que, siendo de necesidad aplicar el Proyecto de Aprobación titulado **“DESARROLLO Y LACTANCIA DEL NIÑO MENOR DE SEIS MESES”**, solicitamos a su digno despacho se nos otorge las facilidades para la ejecución de dicho Proyecto, el cual cuenta con la asesoría del Dr. Carlos Tello Pompa Docente del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria y de la Co-Asesora Dra. Delia Lázaro Aranda, Docente Principal a Dedicación Exclusiva en el Departamento de Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.

Por lo expuesto agradeceremos acceder a nuestra petición por ser de justicia.

.....
Barahona Jiménez Juana

.....
Mendoza Mejia Lita

Adjunto:

- . Proyecto de Investigación
- . Constancia de aprobación