

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León.

Facultad de Ciencias Médicas.

Escuela de Enfermería.



Tesis para optar al título de Licenciatura en Enfermería con Mención en Materno Infantil.

Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor en niños menores de 1 año relacionado a la Lactancia Materna en el Centro de salud La Paz Centro, León.

Autores: Br. Yamali Anael Bustos Lara.

Br. Moisés Enrique Arauz Rodríguez.

Tutora: Msc. Leuvad del Carmen Tercero Altamirano.

Asesora: Lic. Emma Vargas.

León 08 de octubre del 2019

“A la Libertad por la Universidad”

Índice.

Contenido

Índice.....	1
Dedicatoria	2
Agradecimiento.....	3
Resumen	4
I. Introducción.	1
II. Antecedentes.....	3
Justificación.....	4
IV. Planteamiento de Problema.....	5
V. Hipótesis	6
VI. Objetivos	7
VII. Marco Teórico	8
Lactancia Materna.....	9
Abandono de Lactancia Materna.....	13
Estado Nutricional.....	15
VIII. Diseño Metodológico.....	27
Tabla de contingencia 7	34
Fuente: encuesta	X2: 1.54 RR:1.01 LI: .985 LS:
.1.04	35
Análisis de Resultados.....	36
Estado Nutricional.....	36
Desarrollo Psicomotor	38
Conclusiones.....	40
Abandono de Lactancia Materna en relación al Estado Nutricional.....	40
Abandono de Lactancia Materna en relación al Desarrollo Psicomotor	41

Dedicatoria

A mi madre:

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy; por haberme apoyado tanto en mi educacion academica como mi educacion de vida y la incondicional entrega brindada a traves del tiempo.

Br. Yamali Anael Bustos Lara.

A mi Familia:

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy; por haberme apoyado tanto en mi educacion academica como mi educacion de vida y la incondicional entrega brindada a traves del tiempo.

Br. Moises Enrique Arauz.

Agradecimiento.

A Dios:

Por habernos dado la oportunidad de vivir y estar con nosotros en cada paso; por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes durante la realización de esta Tesis y haber puesto personas guadoras en el camino.

A nuestras Madres:

Por el apoyo incondicional y amor infinito brindado; por creer en nosotros y darnos animo en cada momento.

A nuestros Maestros:

Por la orientación académica y técnica y por la confianza depositada en nosotros.

Resumen

El objetivo general del estudio es El Abandono de Lactancia Materna en relación a Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor, niños menores de un año inscritos en programa VPCD, Centro de Salud Elías Téllez; La Paz Centro.

Es un estudio analítico de cohorte histórico, cuyo universo está conformado por 160 niños inscrito en programa de VPCD, la información se recopiló a través de encuesta, llenada por las madres de niños, expedientes y cartillas de control.

El procesamiento y análisis de información se llevó a cabo mediante el programa SPSS vr. 22 usando tablas de contingencia 2x2 para demostrar la asociación de variables, χ^2 , RR, LI, LS para su significancia estadística, se realizó prueba piloto y se tomaron aspectos éticos.

Los datos sociodemográficos se obtuvieron que la mayoría de las madres son adolescentes, del área rural, amas de casa, con escolaridad secundaria incompleta, con dos o tres hijos, siendo la mayor parte de los niños/as del sexo femenino

En relación al abandono de la lactancia materna con el estado nutricional, se encontró que una pequeña parte tenían alteración en el estado nutricional del área rural, sexo femenino.

En cuanto al desarrollo psicomotor relacionado con el abandono de la lactancia materna se encontró que es factor de riesgo para que la mayoría tenga problemas de desarrollo.

El estudio da salida parcialmente a hipótesis que se planteó, ya que aunque el estado nutricional no haya sido afectado la mayor deficiencia está en el desarrollo psicomotor.

Palabras claves:

Estado nutricional, desarrollo psicomotor, lactancia materna, abandono de lactancia materna, VPCD.

I. Introducción.

El desarrollo integral en la infancia es fundamental para la construcción de capital humano y social. Estos elementos son considerados necesarios para romper el ciclo vicioso e inter generacional de la pobreza y reducir las brechas de inequidad, igualando oportunidades no solo a nivel socioeconómico, sino también humanas.

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente.

La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduros del lactante, brindándole protección contra las infecciones; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes, se dice que después de los seis meses de edad deben facilitarse otros alimentos en combinación con la Leche Materna llamándose esta “Alimentación Complementaria.

La lactancia materna es de vital importancia para el desarrollo saludable del recién nacido, sin embargo a pesar de las recomendaciones de la OMS de que los niños deben alimentarse exclusivamente los primeros 6 meses con leche materna, los resultados no son lo esperados, los principales obstáculos para el abandono del amamantamiento, es la cantidad de leche materna, la falta de tiempo y el dolor que se produce al dar de mamar. ⁽¹⁾

El desarrollo es el aumento de la capacidad del individuo para la ejecución de funciones cada vez más complejas. El desarrollo es definido como cambios de estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y del comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente permanentes. Su fundamento consiste en detectar cómo y porqué el organismo humano crece y cambia durante la vida, en base a tres aspectos. ⁽²⁾

El primero es comprender los cambios que parecen ser universales y que ocurren en todos los niños, sin importar la cultura en que crezcan o las experiencias que tengan; el segundo es explicar las diferencias individuales y el tercero, comprender cómo el comportamiento de los niños es influenciado por el contexto o situación ambiental.

Estos tres aspectos: patrones universales, diferencias individuales e influencias contextuales, son necesarias para entender el desarrollo infantil. Dependiendo de la orientación teórica del profesional y de qué quiere evaluar, el énfasis puede ser colocado en cualquiera de estos aspectos. ^(3,4)

El desarrollo psicomotor es un proceso continuo que va de la concepción a la madurez, con una secuencia similar en todos los niños, pero con un ritmo variable.

Mediante este proceso el niño adquiere habilidades en distintas áreas: lenguaje, motora, manipulativa y social, que le permiten una progresiva independencia y adaptación al medio. El desarrollo psicomotor depende de la maduración correcta del sistema nervioso central (SNC), de los órganos de los sentidos y de un entorno psicoactivo normal y estable. ⁽⁵⁾

En Nicaragua el ministerio de salud ha creado normas y protocolos donde evidencian la influencia de la lactancia materna es un factor determinante para el crecimiento y desarrollo normal del niño, por tal motivo el desarrollo psicomotor del niño y la nutrición de él tienen que ir coordinadamente de acuerdo a las edad y evolución que va experimentando.

En el centro de salud de La Paz Centro, Elías Téllez, existen indicadores que determinan desnutrición en los niños y dificultad tanto en el crecimiento y desarrollo psicomotor acompañados de patología, que son factores predisponentes para una nutrición adecuada y desarrollo normal del niño.

El presente estudio tiene como propósito investigar el estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños menores de 1 año inscritos en el programa VPCD; relacionado con la Lactancia Materna en el puesto anteriormente descrito.

II. Antecedentes.

A nivel mundial, casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2011) sufre desnutrición crónica. La desnutrición crónica, o baja estatura para la edad, se asocia con un anormal desarrollo del cerebro, lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo, tres cuartas partes de los niños con desnutrición crónica en el mundo se encuentran en África subsahariana y el sur de Asia. En África subsahariana, el 40% de niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica; en el sur de Asia, la tasa es del 39%.

En 2011, los cinco países con el mayor número de niños menores de 5 años con desnutrición crónica fueron: India (61,7 millones), Nigeria (11 millones), Pakistán (9,6 millones), China (8 millones) e Indonesia (7,5 millones).

Según el informe, América Latina y el Caribe es, en promedio, la región con menor porcentaje de niños menores de cinco años afectados por desnutrición crónica: un 12% (de 2007 a 2011). Sin embargo, algunos de nuestros países muestran tasas muy elevadas y dispares. Guatemala continúa siendo el país de la región con tasas más altas de desnutrición crónica, es el quinto país del mundo con una mayor tasa de prevalencia de desnutrición crónica entre 2007 y 2011: un 48%. Le siguen Colombia (puesto 37º), Perú (38º), Venezuela (43º), Bolivia (47º), Nicaragua (52º) y El Salvador (53º).⁽⁶⁾

La Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA 2012) mostró que la desnutrición infantil crónica en niños y niñas menores de cinco años había disminuido de 25.8 por ciento en 2001 a 21,7 por ciento en 2006, sin embargo esta disminución no fue equitativa. En el estudio se encontró 2.0 veces más desnutridos crónicos en áreas rurales que en las urbanas, 3.4 veces más riesgo de desnutrición para los nacidos de madres con tres o menos años de educación en comparación con madres que tenían siete o más años de educación.⁽⁷⁾

Justificación.

La leche materna es considerada el mejor alimento para el bebé, porque es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológico del niño a medida que este crece y se desarrolla, considerado el mejor alimento en cuanto calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio en los nutrientes, siendo las funciones principales de la leche la de protección, nutrición y afecto. ⁽⁸⁾

Actualmente se ha observado que la mayoría de las madres no están lactando en un 100% a los niños en los primeros 6 meses de vida, en el informe de ENDESA afirma que solo dura darle exclusiva a los primeros 3 meses de edad, el promedio de la lactancia materna exclusiva es de 2 meses siendo el departamento de León donde menos se mantiene la práctica de lactancia materna.

Se considera que este estudio es de suma importancia porque se dará a conocer como está el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de los niños al responsable y personal de trabajo del centro de salud Elías Téllez donde se elabora el estudio y madres de familia con el propósito de que ellos realicen estrategias para implementar la alimentación del niño con Lactancia Materna de 0-6 meses, y complementaria de 6-12 meses.

IV. Planteamiento de Problema.

La lactancia materna es de vital importancia para el desarrollo saludable del recién nacido. Los problemas más comunes en nuestro medio son los: socio-económicos, madres solteras, adolescentes embarazadas. Todos estos factores son determinantes en la actitud del amamantamiento. Se debe valorar profundamente el hecho de la influencia, creencias, prácticas y costumbres de la familia, para facilitar su decisión a amamantar. Las deficiencias nutricionales tempranas han sido vinculadas con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo. El desarrollo tanto físico como psíquico y social del niño desde su nacimiento, se sustenta en la maduración de las estructuras cerebrales que se completan con la lactancia materna durante los primeros 6 meses y luego durante los primeros años de vida.⁽⁹⁾

Por lo tanto, nos hemos planteado la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación del abandono de Lactancia Materna con las alteraciones en el Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor en niños menores de 1 año?

V. Hipótesis

El Estado Nutricional (peso, talla, edad) y Desarrollo Psicomotor (succiona vigorosamente, alterna movimientos en las piernas, reacciona al sonido, agarra objetos, se sienta solo) en niños menores de 1 año, se afecta por la interrupción de la Lactancia Materna.

VI. Objetivos

Objetivo General:

- Determinar la relación del Abandono de Lactancia Materna con las alteraciones del Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor en niños menores de 1 año.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar Demográficamente la población en estudio.
- Valorar la relación del Abandono de Lactancia Materna con las alteraciones del Estado Nutricional.
- Analizar la relación del Abandono de Lactancia Materna con el Desarrollo Psicomotor.

VII. Marco Teórico

Conceptos Principales:

Lactancia Materna: Es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla. Es el mejor alimento en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes.

Abandono de Lactancia Materna: Es el momento en que la madre decide dejar de dar Lactancia Materna exclusiva a su hijo e incluye otros alimentos antes de los seis meses de vida del bebe o la suspensión definitiva de ella.

Estado Nutricional: Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Desarrollo Psicomotor: Designa la adquisición de habilidades que se observan en el niño de forma continua durante toda la infancia.

Lactancia Materna.

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bio activos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes.

✓ Composición de la Leche Materna:

Grasas: La leche humana contiene aproximadamente 3.5 g de grasa por 100 ml de leche; esta cantidad representa aproximadamente la mitad del contenido energético de la leche. La grasa es secretada en pequeñas gotas y su cantidad se incrementa a medida que la toma de leche va progresando. Por lo tanto, la leche del final, que es secretada hacia el final de la mamada, es rica en grasa y tiene un aspecto blanco cremoso, mientras que la leche del inicio, del principio de la mamada, contiene menos grasa y tiene un color algo azul grisáceo.

Hidratos de carbono: El principal hidrato de carbono de la leche materna es la lactosa, que es un disacárido. La leche materna contiene aproximadamente 7 g de lactosa por 100 ml; esta cantidad es más elevada que en la mayoría de otras leches y es otra fuente importante de energía.

Proteínas: La concentración de proteína en la leche materna (0.9 g por 100 ml) es menor que en la leche animal. La leche materna contiene una menor cantidad de la proteína llamada caseína, la cual tiene una estructura molecular diferente. La caseína de la leche materna forma grumos que son más fáciles de digerir que los que se forman con otras leches.

Vitaminas y minerales: Normalmente, la leche materna contiene suficientes vitaminas para el lactante, a no ser que la madre sea deficiente. La excepción es la vitamina D. El lactante requiere ser expuesto a la luz del sol para generar vitamina D endógena si esto no fuera posible, requerirá suplementación. El hierro y el zinc están presentes en relativa baja concentración, pero su bio disponibilidad y absorción es elevada. Si los

reservorios de hierro de la madre son adecuados, los lactantes que nacen a término tienen una reserva de hierro que permite satisfacer sus necesidades. ¹⁰

Factores anti-infecciosos: La leche materna contiene muchos factores que ayudan a proteger al lactante de la infección incluyendo: *inmunoglobulinas*, principalmente la inmunoglobulina A secretoria (IgAs), la cual recubre la mucosa intestinal y evita que las bacterias penetren a las células; *glóbulos blancos*, que destruyen microorganismos; *proteínas del suero* (lisozima y lactoferrina) que destruyen bacterias, virus y hongos; *oligosacáridos*, que evitan que las bacterias se adhieran a la superficie de las mucosas. La protección brindada por estos factores es de un valor inigualable para el lactante

Tipos de Leche.

Calostro y leche madura: El calostro es la leche especial que es secretada durante los primeros 2–3 días después del parto. Es producida en pequeña cantidad, aproximadamente 40–50 ml en el primer día , pero esta cantidad es la que normalmente el recién nacido necesita en ese momento. El calostro es rico en glóbulos blancos y anticuerpos, especialmente IgAs y contiene un mayor porcentaje de proteínas, minerales y vitaminas liposolubles (A, E y K) en comparación con la leche madura.

El calostro proporciona una importante protección inmunológica al lactante cuando éste se expone por primera vez a los microorganismos del ambiente, y el factor epidérmico de crecimiento ayuda a preparar la mucosa intestinal para recibir los nutrientes aportados por la leche. En este momento es importante que los lactantes reciban calostro y no otros alimentos ¹²

Anatomía del pecho materno: La estructura del pecho materno incluye el pezón y la areola; el tejido mamario; el tejido conectivo de soporte y la grasa; los vasos sanguíneos , linfáticos y los nervios .

El tejido mamario: Este tejido incluye a los alvéolos, que son pequeños sacos compuestos por células secretoras de leche y a los conductos que transportan la leche

al exterior. Entre las mamadas, la leche se almacena en el lumen de los alvéolos y de los conductos. Los alvéolos están rodeados por una ‘canasta’ de células mioepiteliales (musculares), que se contraen y hacen posible que la leche fluya por los conductos.

Pezón y areola: El pezón tiene un promedio de nueve conductos lactíferos que lo atraviesan hacia el exterior y también tiene fibras musculares y nervios. El pezón está rodeado por la areola, que es circular y pigmentada, donde se encuentran localizadas las glándulas de Montgomery. Estas glándulas secretan un líquido aceitoso que protege al pezón y a la areola durante la lactancia y produce un olor particular, para cada madre, que atrae a su lactante hacia el pecho.

Cuando el reflejo de la oxitocina es activo, los conductos que se encuentran por debajo de la areola se llenan de leche y se tornan más anchos durante la mamada.⁽¹³⁾

Reflejos del lactante: Para una lactancia materna apropiada, los reflejos del lactante son importantes. Los reflejos principales son: *el reflejo de búsqueda*, *el reflejo de succión* y *el reflejo de deglución*. Cuando algo toca los labios o la mejilla del lactante, él o ella gira para encontrar el estímulo y abre su boca, colocando la lengua hacia abajo y hacia adelante. Este es el *reflejo de búsqueda* y está presente, aproximadamente, desde la semana 32 de gestación.

Cuando algo toca el paladar del lactante, él o ella comienza a succionarlo. Este es el *reflejo de succión*.

Cuando la boca del lactante se llena de leche, él o ella la deglute. Este es el *reflejo de deglución*.

Cómo el lactante ‘agarra’ y succiona el pecho: Para estimular y extraer la leche del pecho, y para asegurar una adecuada provisión y un buen flujo de leche, el lactante necesita de un ‘buen agarre, de manera que pueda succionar de manera efectiva. Frecuentemente se presentan dificultades cuando el lactante no sostiene el pecho en su boca de manera apropiada y, por lo tanto, no puede succionar de manera efectiva.
(14)

Buen agarre: Los puntos que deben ser advertidos son: mucha areola y tejido subyacente, incluyendo los conductos mayores, se encuentran en la boca del lactante;

el pecho es traccionado para formar una larga 'tetilla', el pezón constituye sólo un tercio de la 'tetilla'; la lengua del lactante se encuentra hacia adelante, sobre la encía inferior, por debajo de los conductos lactíferos (en realidad, la lengua del lactante rodea los lados de la tetilla).

Mal agarre: Los puntos que deben ser advertidos son: - solamente el pezón se encuentra en la boca del lactante, no el tejido mamario subyacente ni los conductos; la lengua del lactante se encuentra hacia atrás de la boca y no puede alcanzar los conductos para presionarlos. ⁽¹⁵⁾

La posición de la madre y del lactante para un buen agarre

Para que exista un buen agarre, tanto el lactante como su madre deben estar en una posición apropiada. Existen diversas posiciones para ambos, pero es necesario tomar en cuenta algunos puntos que deben ser seguidos para cualquier posición.

Posición de la madre: La madre puede estar sentada, parada, si así lo desea. Sin embargo, ella debe estar relajada y cómoda, sin ninguna tensión muscular, particularmente en la espalda. Si está sentada, su espalda requiere de un soporte y debería ser capaz de sostener al lactante contra su pecho sin necesidad de tener que inclinarse hacia adelante.

Posición del lactante: El lactante puede lactar en varias posiciones en relación a su madre, transversalmente al pecho y abdomen de la madre, bajo el brazo o a lo largo de su cuerpo. ⁽¹⁶⁾

Abandono de Lactancia Materna

La lactancia materna es el método más saludable y recomendable para alimentar al bebé durante los primeros meses de vida. Sin embargo, hay ocasiones en las que las madres deciden poner punto y final a la lactancia materna y optan por la leche artificial.

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del bebé, lo cierto es que actualmente y especialmente en los países desarrollados, esta tasa se queda muy por debajo de las recomendaciones de la OMS.

Según un estudio elaborado recientemente por Excellence in Paediatrics Institute (EiP), 9 de cada 10 madres reconocen los beneficios de la lactancia materna y están dispuestas a alimentar a sus hijos ellas mismas. Sin embargo, alrededor de la tercera parte de estas madres acaba abandonando la lactancia antes de los seis meses.¹⁷

Causas de abandono de la lactancia materna.

Para poder responder correctamente a esta pregunta, haría falta preguntarle a cada madre cuáles fueron las causas que les empujaron a dejar de darles el pecho a sus hijos. Sin embargo, y sin entrar en casos concretos, existen causas objetivas a las que frecuentemente suelen apelar las madres que han dejado la lactancia materna antes de los seis meses.

1. La lactancia materna puede, en un principio, suponer muchos obstáculos para la recién estrenada madre. Tanto es así que, en muchas ocasiones, estos obstáculos se convierten en las primeras causas de abandono.

2. Al hablar de obstáculos, muchas madres hacen referencia, por ejemplo, a la falta de tiempo para alimentar a sus bebés. Y es que la incorporación de la mujer a su puesto de trabajo se produce a las 16 semanas de haber dado a luz. En muchos casos, las mujeres que retoman su vida laboral se ven también obligadas a dejar la lactancia por falta de tiempo y de dedicación, y tienen que pasar a la leche de fórmula como opción para alimentar a sus hijos.

3. En otros muchos casos, otra de las causas que esgrimen las madres que han dejado la lactancia, es la disminución en la producción de leche. De hecho, se calcula que más de la mitad de los abandonos de la lactancia se producen, precisamente, por este motivo.

4. Hay que señalar que, siempre que la madre lleve una alimentación adecuada y un estilo de vida saludable y sin estrés, la cantidad de leche materna no debería disminuir, sino más bien al contrario, aumentar a medida que el bebé va succionado más cada día.

6. La falta de descanso es otro de los motivos al que apelan muchas madres que han abandonado la lactancia materna. Y es que, cuando se alimenta a un bebé a través del pecho, las tomas suelen ser más frecuentes durante el día y durante la noche y, por ello, muchas madres optan por el biberón y abandonan la lactancia materna.

7. Con la leche de fórmula el niño se siente más saciado, y por lo tanto, precisa menos tomas a lo largo del día y de la noche, lo que facilita en gran medida el descanso de sus padres.

8. Finalmente, otro tanto por ciento de las madres apela al dolor y a la falta de información como razones de peso para abandonar la lactancia materna. En este sentido, y cuando una madre es primeriza, es normal que el proceso de establecimiento de la lactancia sea algo incómodo y doloroso (sobre todo hasta que se produce la subida definitiva de la leche). 18

Estado Nutricional.

Las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez.

Crecimiento, salud y desarrollo

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. La nutrición inapropiada puede provocar obesidad en la niñez, la cual es un problema que se va incrementando en muchos países. Las deficiencias nutricionales tempranas han sido vinculadas con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo.

La desnutrición durante los primeros dos años de vida es causa de desnutrición crónica, la cual provocará que el adulto no alcance su potencial para el crecimiento en talla y que sea varios centímetros más bajo. Existen pruebas que los adultos que fueron desnutridos durante la infancia temprana tienen compromiso del rendimiento intelectual. Estos adultos también pueden tener una capacidad para el trabajo físico reducida.

Si las mujeres fueron desnutridas durante la niñez, se afectará su capacidad reproductiva; sus hijos pueden nacer con peso bajo y pueden tener mayor riesgo de partos complicados. El elevado número de niños desnutridos en una población tiene consecuencias en el desarrollo del país. Por lo tanto, las consecuencias funcionales globales de la desnutrición son enormes. ⁽¹⁹⁾

Prácticas recomendadas para la alimentación del lactante y del niño pequeño.

Las recomendaciones de la OMS y el UNICEF para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la Estrategia Mundial son:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días).
- Iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más. **Lactancia materna exclusiva** significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre 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. **Alimentación complementaria** es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

El rango etáreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 231 meses de edad, aún cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años. ⁽²⁰⁾

Alimentación complementaria.

Para el lactante alimentado con el pecho materno, se torna progresivamente más difícil cubrir sus requerimientos solamente con la leche de su madre. Además, aproximadamente a los 6 meses, la mayoría de los lactantes ha alcanzado el desarrollo suficiente que les permite recibir otros alimentos. En lugares donde el saneamiento ambiental es muy deficiente, el esperar incluso hasta más allá de los 6 meses, para introducir los alimentos complementarios, podría reducir la exposición a enfermedades transmitidas por los alimentos.

Sin embargo, debido a que a esta edad los lactantes inician la exploración activa del medio en el que viven, se exponen a contaminantes microbianos que existen en el suelo y en los objetos, incluso sin recibir alimentos complementarios. Por lo tanto, la edad recomendada para introducir los alimentos complementarios es la de 6 meses. Durante el período de la alimentación complementaria, los niños se encuentran en un riesgo elevado de desnutrición.

Con frecuencia, los alimentos complementarios son de baja calidad nutricional y son administrados demasiado antes o demasiado tarde, en cantidades muy pequeñas o poco frecuentes. La interrupción prematura o la poca frecuencia de la lactancia materna, también contribuye al aporte insuficiente de nutrientes y de energía para los lactantes mayores de 6 meses de edad. ⁽²¹⁾

Recomendaciones para la suplementación con micronutrientes:

Para los niños pequeños, los micronutrientes son esenciales para el crecimiento, el desarrollo y la prevención de enfermedades.

Vitamina A: La OMS y el UNICEF recomiendan la suplementación universal con vitamina A como una prioridad para niños de 6–59 meses de edad en países con un riesgo elevado de deficiencia.

Esquema universal de administración de la vitamina A para la prevención de la deficiencia.

Lactantes de 6–12 meses de edad 100 000 UI vía oral, cada 4–6 meses.

Niños mayores de 12 meses de edad 200 000 IU vía oral, cada 4–6 meses. ⁽²²⁾

Hierro: Como regla, durante el período de la alimentación complementaria, se debe preferir los alimentos fortificados a la suplementación con hierro. Si se emplean suplementos con hierro, no deben ser administrados a niños que tengan suficientes reservas de este mineral ya que, en estos niños, parece ser mayor el riesgo de aparición de eventos adversos graves. En estas zonas, la prevención y el manejo de la anemia requiere de un sistema de ‘tamizaje’ que permita la identificación de niños con deficiencia de hierro y de la accesibilidad a tratamiento antimalárico y anti-infeccioso apropiados. ⁽²³⁾

Yodo: En el año 1994, la OMS y el UNICEF recomendaron la yodación universal de la sal, como una estrategia segura, costo-efectiva y sostenible, para asegurar la ingesta suficiente de yodo por parte de todos los individuos. Sin embargo, en zonas donde existe una grave deficiencia de yodo, los grupos vulnerables; mujeres embarazadas o en período de lactancia y niños menores de 2 años podrían no estar cubiertos de manera adecuada cuando la estrategia de yodación de la sal no está completamente ejecutada; en este caso, la suplementación con yodo podría ser necesaria.

La Declaración Conjunta de la OMS y el UNICEF, sobre la ingesta óptima de yodo en embarazadas, mujeres que dan de lactar y niños pequeños, brinda guías que permiten

categorizar a los países y posteriormente desarrollar planes para una respuesta adecuada. ⁽²⁴⁾

Zinc: Se recomienda la suplementación con zinc como parte del tratamiento de la diarrea. Se debe administrar zinc (20 mg/día) durante 10–14 días, a todos los niños con diarrea. En el caso de lactantes menores de 6 meses de edad, la dosis del zinc debe ser de 10 mg/día. ⁽²⁵⁾

OPS 2010 indica que el índice de la composición por sexo del grupo es la proporción de la población masculina con respecto a la femenina de un grupo determinado; esto indica que hay 106 por cada 100 mujeres, pero esto puede diferir por los patrones migratorios y de mortandad las variaciones van dependiendo de la ubicación geográfica y el grupo étnico. ⁽²⁶⁾

Evaluación del crecimiento del niño.

La evaluación del crecimiento del niño brinda importante información sobre su estado nutricional y sobre su salud. Existen varias mediciones para evaluar el crecimiento, las que incluyen el *peso para la edad*, *peso para la talla* (o longitud en el caso del niño menor de 2 años) y *talla para la edad*. Actualmente los países pueden revisar sus cartillas de crecimiento e introducir el ‘peso para la talla’ como el estándar para medir el estado nutricional y capacitar al personal de la salud. Es recomendable emplear los estándares específicos para niños y niñas. Es importante entender las cartillas de crecimiento cuando se brinda consejería sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Si el crecimiento no es registrado correctamente y si las cartillas de crecimiento no son interpretadas con precisión, se podría dar información incorrecta a la madre, provocando preocupación o pérdida de confianza. Las siguientes secciones explican brevemente las diferentes mediciones.

Peso para la edad: El peso para la edad refleja el peso corporal en relación a la edad del niño durante un día determinado. La serie de pesos puede decirle si el peso del niño se está incrementando en el curso del tiempo, de manera que es un indicador útil del

crecimiento. Este indicador es empleado para evaluar si el niño tiene peso bajo o peso muy bajo, pero no es empleado para la clasificación del niño con sobrepeso u obesidad.

Debido a que el peso puede ser medido con relativa facilidad, es un indicador comúnmente empleado, pero no es confiable en situaciones cuando la edad del niño no puede ser determinada con precisión. Tampoco permite distinguir entre desnutrición aguda y crónica y entre baja ingesta de energía o de nutrientes.

Peso para la longitud/talla: El peso para la longitud/talla, refleja el peso corporal en proporción con el crecimiento alcanzado en longitud o talla. Este indicador es especialmente útil en situaciones donde la edad del niño es desconocida (por ejemplo en campos de refugiados). Las cartillas de peso para la talla permiten identificar niños con bajo peso para la talla o a aquellos que se encuentran emaciados o gravemente emaciados.

Estas cartillas también ayudan a identificar a los niños con elevado peso para la longitud/talla, que pueden estar en riesgo de sobrepeso u obesidad. Sin embargo, la evaluación del peso para la talla requiere dos mediciones – del peso y de la talla – y esto puede no ser factible en todos los lugares.

Longitud/talla para la edad: La longitud/talla para la edad, refleja el crecimiento alcanzado por el niño, en longitud o talla a una edad determinada durante el momento de la visita. Este indicador puede ayudar a identificar niños con talla baja (bajos para la edad), debido a una prolongada desnutrición o a repetidas enfermedades. También pueden ser identificados niños altos para su edad, pero la ‘altura’ es rara vez un problema, a no ser que sea excesiva y que pueda ser la manifestación de desórdenes endócrinos poco comunes. La desnutrición aguda no afecta la talla.

IMC: Es un cálculo que se realiza tomando en cuenta el peso y la estatura del niño, este cálculo ofrece un dato razonable de la grasa corporal total. ⁽²⁷⁾

INTERPRETACION LOS PUNTOS MARCADOS PARA LOS INDICADORES DE CRECIMIENTO.

Las líneas trazadas impresas en las curvas de crecimiento le ayudaran a interpretar los puntos marcados que representan el estado de crecimiento de un niño/a. La línea rotulada con “O”, en cada curva representa **la mediana**, la cual es generalmente el promedio. Las otras líneas trazadas son líneas de **puntuación Z** de cada curva de crecimiento y proceden de mediciones de niños/as del estudio multicéntrico de referencias de crecimiento de la OMS, quienes fueron alimentados y crecieron en un entorno que favoreció su óptimo crecimiento.

Las líneas de puntuación Z de las curvas de crecimiento están enumeradas positivamente (1, 2,3) o negativamente (-1,-2,-3). En general un punto marcado que está lejos de la mediana a cualquier dirección (por ejemplo, cerca de la línea de puntuación Z 3 o -3), puede representar un problema, sin embargo debe considerarse otros factores como el patrón de crecimiento, las condiciones de salud del niño/a y la talla de los padres.⁽²⁸⁾

El cuadro que se presenta (ver anexo 1) provee un resumen de las definiciones de problemas de crecimiento en términos de puntuación z. Note que un indicador se incluye en una determinada definición si al ser marcado se ubica por encima de o por debajo de una línea de puntuación z en particular. Si el punto marcado cae exactamente en la línea de puntuación z, se clasifica en la categoría menos severa. Por Ejemplo, un peso para la edad exactamente sobre la línea -3 se considera “bajo peso” y no “bajo peso severo.”

Perímetro cefálico: Es la medición del perímetro de la cabeza de un niño en su parte más grande. Se mide la distancia que va desde la parte por encima de las cejas y de las orejas y alrededor de la parte posterior de la cabeza.

La medición del perímetro cefálico es una parte importante del control de rutina del niño sano. Durante el control del niño sano, un cambio del crecimiento normal de la cabeza esperada puede alertar al proveedor de atención médica sobre un posible problema.

Circunferencia braquial media: Otra manera útil de evaluar el estado nutricional actual del niño es la medición de la circunferencia braquial media (CBM) (5). La CBM por debajo de 115 mm es un indicador preciso de desnutrición grave en niños de 6–59 meses de edad. La CBM debería ser medida en todos los niños que tienen bajo peso para la edad

Desarrollo Psicomotor

El primer año de la vida es un tiempo de cambios y de logros enormes, y la rapidez con que se producen puede abrumar fácilmente a los padres. Cada mes y cada etapa del desarrollo tienen implicaciones en la atención infantil. La promoción de la salud durante ese tiempo supone una orientación nutricional, sueño y actividad, apropiados, prevención de enfermedades mediante las correspondientes inmunizaciones y provisión de un entorno seguro. ⁽²⁹⁾

El primer año de vida, es el periodo de crecimiento y 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.

La alimentación del niño en el primer año de vida se basa en leche materna y se completa con otros alimentos (alimentación complementaria.) con el doble objetivo de satisfacer sus necesidades nutritivas y de desarrollo, para crear hábitos alimentarios propio según su edad. ⁽³⁰⁾

El desarrollo tanto físico como psíquico y social del niño desde su nacimiento, se sustenta en la maduración de las estructuras cerebrales que se completan con la lactancia materna durante los primeros 6 meses y luego durante los primeros años de vida. El desarrollo del sistema nervioso del niño es por tanto un órgano (sistema) de enorme plasticidad, cuyo desarrollo viene condicionado por la existencia de un programa genético y por todo un conjunto de influencias externas, interacciones con los padres, estímulos sensoriales, ambientales, alimentación, enfermedades. ⁽³¹⁾

El test de cribado más extensamente utilizado es el de Denver Developmental Screening Test II (DDST-II), que explora 4 áreas del desarrollo: motor fino, motor grueso, personal-social y lenguaje. Estos se usan para la valoración del desarrollo

psicomotor en la primera infancia, anteriormente el ministerio de salud aplicaba este test. ⁽³²⁾

Estos test han sido aplicados para valorar la repercusión que pudiera evidenciarse en el bebé durante su desarrollo psicomotor, por no haber sido alimentado con leche materna por lo menos durante los primeros 4 meses de vida.

Los hábitos alimentarios se relacionan con muchas patologías prevalentes, como la obesidad, la ateromatosis, cáncer. Por todo ello la introducción de nuevos alimentos debe ser supervisada por el médico o personal de enfermería, otorgando especial importancia a la lactancia materna de forma exclusiva por lo menos hasta los 4 meses de edad, garantizando así un crecimiento y desarrollo adecuado en los niños.

El desarrollo físico y madurativo, se produce siguiendo una dirección desde la cabeza hasta los pies y desde el centro del cuerpo hacia afuera. En este mismo sentido el control del cuerpo sigue en el desarrollo. El neonato antes de nacer ejecuta primero el movimiento de la cabeza seguida por la espalda, los brazos y luego las piernas. Este mismo esquema del desarrollo y la integración, continúa después del nacimiento hasta adquirir la madurez total del movimiento.

Con el tiempo hay una secuencia normal y definitiva del logro motor. Al adquirir nuevas destrezas motoras él bebe utiliza las combinaciones de movimiento que ya ha aprendido. Con una madures sensorio-motora creciente, el niño comienza a controlar segmentos aislados del cuerpo en vez de utilizar patrones de movimientos en masa. El control motor comienza en las regiones superiores del cuerpo y continúa por las regiones inferiores.

Durante las etapas tempranas de la vida (los primeros meses) el desarrollo motor normal es influenciado grandemente por la acción refleja primitiva. Por medio del uso de estos reflejos primitivos. Los bebes aprenden como moverse contra la fuerza de la gravedad. Luego modifica las respuestas reflejas por la experiencia en el movimiento. ⁽³³⁾

Principales indicadores para evaluación y pronostico del desarrollo del niño.

Algunos autores sugieren una batería para la evaluación y pronóstico del desarrollo neuro psíquico del niño basado en lo que él considera los principales indicadores.

Un mes.

- Primera sonrisa como respuesta a la conversación de un adulto.
- Tratar de levantar y mantener la cabeza cuando esta acostada boca abajo.

Dos meses.

- Se mantiene tranquilo sin dormir, contempla los juguetes que cuelgan sobre él.
- Sigue con la mirada el juguete que se mueve delante de él.
- Sonríe rápidamente cuando se habla con él.

Tres meses.

- Fija la mirada en la cara de la persona que le conversa.
- Cuando se conversa con él sonríe alegremente y hace vivos movimientos con piernas y brazos, pronuncia algunos sonidos.
- Toca por casualidad con las manos el juguete que cuelga sobre el pecho.
- Se acuesta boca abajo varios minutos, apoyándose en los antebrazos, mantiene perfectamente la cabeza.

Cuatro meses.

- Si oye el sonido de un objeto que no ve, lo busca, vuelve la cabeza hacia el lugar de donde viene el sonido.
- Durante el tiempo que no duerme sonríe con frecuencia, emite sonido con fuerte intensidad, se mueve estirando y encogiendo los brazos y las piernas.
- Se ríe con expresiones sonoras.
- Observa, toca y agarra los juguetes que cuelgan sobre el pecho.
- Cuando se está alimentando agarra con las manos el pecho materno.

Quinto mes.

- Distinguen el tono con que se dirigen a él.
- Distinguen a las personas allegadas de las ajenas, reaccionando de forma gorjea armoniosamente.
- Sostiene en la mano la sonaja.
- Se mantiene largo rato boca abajo, levantando el cuerpo con ayuda de los brazos.
- Se para firmemente si se sostiene por debajo de los brazos.

Seis meses.

- Comienza a balbucear y pronunciar algunas silabas.
- Sujeta con soltura un juguete desde diferentes posiciones y juega con el durante largo rato.
- Se vuelve boca arriba.
- Se mueve lentamente, adelantando los brazos o gateando un poco.
- Puede sujetar un objeto y golpearlo contra otro.

Siete meses.

- Balbucea largo rato.
- Responde con la mirada al momento que le están hablando.
- Juega con el sonajero haciéndolo sonar.
- Gatea sin dificultad.
- Se sienta y se acuesta solo.

Ocho meses.

- Pronuncia fuertemente silabas variadas.
- Ejecuta órdenes brindadas x los padres.
- Se entretiene largo rato con los juguetes y los golpea una contra otro.
- Se agacha y se pone de pie sosteniéndose de una barra con las manos.
- Se mueve a lo largo de la barra.

Nueve meses.

- Imita las silabas que oye.
- Busca los objetos independientemente del lugar donde se encuentra.
- Responde con la mirada cuando lo llaman x su nombre.
- Maneja los objetos de acuerdo con las propiedades de los mismos: hace rodar una pelota, saca objetos de envase.
- Camina apoyándose con las manos.

Diez meses.

- Imita al adulto: repite sonidos y silabas.
- Es capaz de entregar objetos que previamente ha encontrado si se lo pide el adulto.
- Adquiere un carácter constante por ejemplo en manejo de los objetos.
- Sube y baja una rampa sosteniéndose de la baranda.

Once meses.

- Comienza el empleo de palabras sencillas con un significado preciso.
- Es capaz de señalar algunas partes del cuerpo si se le pide.
- Los movimientos con los objetos se hacen más precisos.

Doce meses.

- Imita con facilidad nuevas silabas.
- Pronuncian 10 palabras aproximadamente.
- Aumenta la cantidad de palabra que pueda aprender.
- Puede caminar solo.
- Puede beber sin ayuda.

Estimulación temprana.

Es toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño y que pretenden el desarrollo de capacidades potenciales sobre la base de una estimulación adecuada con la participación activa de la familia guiada y orientada x el estimulador.

Algunas investigaciones demuestran que:

Los niños que han carecido de afecto, de estímulos sensoriales o han crecido en ambientes limitantes, presentan un déficit en su desarrollo, crecimiento, conducta y en su capacidad de aprendizaje. Este déficit también impacta durante toda la vida futura del niño, aún más cuando el niño tiene algún factor de riesgo en su neuro desarrollo.

Principios educativos de la estimulación temprana.

Se debe tener en cuenta los criterios de estimulación temprana (precisa la etapa del desarrollo), precoz (precisa la necesidad de la estimulación), y adecuada (establece el momento de estimulación), sobre la base de los siguientes principios educativos.

- La educación ha de empezar desde los primeros días de vida del niño, ya que ese es el momento adecuado para empezar a modelar su futura personalidad.
- El objetivo de la educación consiste en aprovechar plenamente todo el potencial infantil desde el principio.
- En la temprana edad el niño aprende exclusivamente a través de sus actividades.
- Debe proporcionarse al niño el máximo de oportunidades para adquirir la gama más variada posible de experiencias.
- Debe estimularse y alentarse para que se integre a la actividad, nunca forzarlo.
- La conducta debe ser alentada y guiada, sobre todo con estímulos positivos.
- Cuando el niño aprenda algo, hay que ayudarlo, pero la intervención del adulto se reducirá al mínimo.
- El niño ha de permanecer en contacto con la gente, en la medida de lo posible.
- No todos los niños son iguales, y los padres deben tener presente en todo momento, las características individuales de sus hijos.

Una vez que el niño ha adquirido una habilidad determinada bajo ciertas circunstancias, hay que ofrecerle nuevas oportunidades. ⁽³⁴⁾

VIII. Diseño Metodológico.

- TIPO DE ESTUDIO

Analítico; Cohorte Histórico

- Analítico: Porque va más allá de la descripción de la relación existente entre las alteraciones del Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor con el abandono de Lactancia Materna en niños menores de 1 año y analiza las relaciones entre el estado de salud.
- Cohorte Histórico: En este estudio todos los eventos bajo investigación ya ocurrieron por lo tanto evaluaremos los efectos que tuvo el abandono de la Lactancia Materna en el Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor en los niños menores de 1 año.

- AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Salud Elías Téllez pertenece al municipio de La Paz Centro del departamento de León, consta de una población total 33,228 del área rural 11,214 y urbana 22,014.

Este Centro de Salud cuenta con personal especializado entre los que se encuentran médicos generales, Odontólogos, Lic. en Enfermería, Personal encargado de laboratorio, CPF, Personal encargado de limpieza. Este personal está encargado de brindar los siguientes servicios admisión y estadística, consulta general, Atención Integral a la Mujer, Atención Integral a la Niñez, Programa de Inmunización, Odontología, Farmacia, Laboratorio Clínico, Limpieza y Seguridad.

- UNIDAD DE ANALISIS.

Niños(as) asistentes al Centro de Salud Elías Téllez, que se controlan en el programa VPCD.

- UNIDAD DE INFORMACION: Madres de los niños en estudio.

- UNIVERSO: Está conformado por 160 pacientes niños (as) que están ingresados en VPCD en el centro de salud Elías Téllez de La Paz Centro.

- POBLACION DE ESTUDIO: 160 niños(as) de la población total.

FUENTE DE INFORMACION.

Primaria: Se obtuvo información de las madres de los niños inscritos en el programa VPCD.

Secundaria: Registros de AIEPI.

- CRITERIOS DE INCLUSION.

- ✓ Que cumpla con la definición de un estudio Cohorte Histórico.
- ✓ Niños inscritos en el programa VPCD.
- ✓ Edades comprendidas 0-1 año.
- ✓ Que pertenezcan al área de estudio.
- ✓ Aceptar participar en el estudio.

- VARIABLES DE ESTUDIO.

- ✓ Variable Dependiente: Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor.
- ✓ Variable Independiente: Abandono de Lactancia Materna.

- TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

Se realizó encuesta estructurada focalizada con preguntas cerradas donde la población se expresó espontáneamente en base a objetivos y variables en estudio, se obtuvo información objetiva de los registros de AIEPI, pesamos y tallamos a los niños en estudio e interpretamos los resultados de acuerdo a la evaluación en el momento de la recolección de la información, así mismo se tomó en cuenta los registros de expedientes y tarjetas de control de cada niño(a) en estudio en donde analizamos el Desarrollo Psicomotor desde su nacimiento hasta la edad presente y determinamos su estado como adecuado o inadecuado.

- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó una encuesta de acuerdo a las variables de estudio, se visitó a cada comunidad del sector y se solicitó la participación a las madres de familia para el llenado de la encuesta, además se verifico las cartillas de AIEPI para complementar la información que necesitaremos para nuestro estudio.

- PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.

Para el procesamiento de la información utilizamos el programa SPSS versión 22., Microsoft Word.

El análisis de la información se llevo a cabo a través de estadística analítica y usando tablas de contingencia 2x2 para demostrar la asociación de las variables con los casos y los controles, se utilizara la prueba estadística de X^2 , cuando X^2 es menor de 0.05 se dice que hay relación entre las variables, cuando X^2 es mayor de 0.05 las variables son independientes una de la otra, se utilizara la prueba de Odds Ratio, razón de momios o RR para calcular el riesgo que toma una variable, un RR menor de 1 indica un factor protector, mientras que un RR mayor de 1 indica un factor de riesgo, si el RR es igual a 1 la variable no tiene relación. Se realizó con un intervalo de confianza de un 95% por lo cual se utilizará el límite inferior y superior para determinar la significancia estadística.

- **PRUEBA PILOTO:** Se realizó prueba piloto a 16 personas que cumplieron con los criterios de inclusión, con la finalidad de validar el instrumento y mejorar las preguntas en caso de que hubiese necesidad.
- **ASPECTOS ÉTICOS.**
 - ✓ **Consentimiento Informado:** Es el requisito para que las madres de los niños den su consentimiento de participar en la encuesta del estudio.
 - ✓ **Confidencialidad:** Se guardará la información obtenida y no será contada ni revelada a nadie.
 - ✓ Se guarda la información obtenida y no será contada ni revelada a nadie.
 - ✓ **Autonomía:** El encuestado tiene la dirección de seguir o no participando independientemente que haya iniciado la encuesta.

RESULTADOS
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Fuente: Encuesta

NOMBRE	FRECUENCIA	%
EDAD DE LA MADRE	14-19 AÑOS	64
	20-24 AÑOS	49
	25-29 AÑOS	25
	30-35 AÑOS	15
	36-40 AÑOS	7
	TOTAL	100
EDAD DEL BEBE	MENOR DE UN MES	8.8
	1-2 MESES	10.6
	3-4 MESES	12.5
	5-6 MESES	18.1
	7-8 MESES	12.5
	9-10 MESES	22.5
	11-12 MESES	15
	TOTAL	100
PROCEDENCIA	URBANA	76
	RURAL	84
	TOTAL	100
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	36.1
	SECUNDARIA	38.9
	UNIVERSITARIA	20.6
	NINGUNA	4.4
	TOTAL	
ESTADO CIVIL	CASADA	21.9
	SOLTERA	41.3
	UNION LIBRE	35
	OTRA	1.9
	TOTAL	100
OCUPACION	AMA DE CASA	50.6
	DECTORA	4.4
	LICENCIADA	14.4
	SECRETARIA	8.1
	OBRERA	22.5
	TOTAL	100
RELIGION	CATOLICA	28.1
	EVANGELICA	35.6
	OTRA	36.3
	TOTAL	100
NUMERO DE HIJOS	SOLO 1	43.8
	2-3 HIJOS	50.0
	4 A MAS	6.3
SEXO	FEMENINO	57.5
	MASCULINO	42.5

Tabla de contingencia #2

		Procedencia		Total
		Urbano	Rural	
Abandono de Lactancia Materna	Si	45	52	97
	No	31	32	63
Total		76	84	160

Fuente: encuesta

X2: .728, RR: .943, LI:.678, LS:1.31

Tabla de contingencia #3

		Alteración del Estado Nutricional		Total
		Si	No	
Abandono de Lactancia Materna	Si	28	69	97
	No	23	40	63
Total		51	109	160

Fuente: encuesta

X2:1.27, RR: .791, LI: .504, LS: 1.24

Tabla de contingencia#4

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Abandono de Lactancia Materna	Si	54	43	97
	No	38	25	63
Total		92	68	160

Fuente: encuesta

X2:0.338, RR: 0.92, LI: 0.706, LS:1.206

Tabla de contingencia 5

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Alteración Del Estado nutricional	Si	29	22	51
	No	63	46	109
Total		92	68	160

Fuente: encuesta

X2: 0.12 RR: .984 LI: .738 LS: 1.31

Tabla de contingencia 6

		Alimentos chatarras		Total
		Si	No	
Abandono de Lactancia materna	Si	43	54	97
	No	34	29	63
Total		77	83	160

Fuente: encuesta

X2: 1.42 , RR: .821, LI: .597, LS: 1.13

Tabla de contingencia 7

		Practica la higiene al preparar los alimentos		Total
		Si	No	
Consume Refrescos Naturales El Niño	Si	55	27	82
	No	50	28	78
Total		105	55	160

Fuente: encuesta

X²: ,156 RR: 1.04, LI: ,836, LS: 1.31

Tabla de contingencia 8

		Recibe el niño suplementos y vitaminas		Total
		Si	No	
Alteración del estado nutricional	Si	29	22	51
	No	58	51	109
Total		87	73	160

Fuente: encuesta

X²: .187, RR: 1.06 LI: .794 LS: 1.43

Tabla de contingencia 9

		Alimentos chatarras		Total
		Si	No	
Alteración del estado nutricional	Si	28	23	51
	No	49	60	109
Total		77	83	160

Fuente: encuesta

X2: 1.37 RR: 1.22 LI: .883 LS:1.68

Tabla de contingencia 10

		Ha alcanzado las actividades de desarrollo según su edad?		Total
		Si	No	
Abandono de lactancia materna	Si	97	0	97
	No	62	1	63
Total		159	1	160

Fuente: encuesta

X2: 1.54 RR:1.01 LI: .985 LS: .1.04

Análisis de Resultados.

1. En relación a los datos sociodemográficos se encontró que, la edad de las madres 14-19 años 64(40%), 20-24 años 49(30,6%), 25-29 años 25(15,6%) 30-35 años 15(9.4%) 36-40 años 7(4.4%). Edad del bebe menor de un mes 14/(8.8%), 1-2 meses 17(10.6%), 3-4 meses 20(12.5%), 5-6 meses 29(18.1%), 7-8 meses 20(12.5%), 9-10 meses 36(22.5%), 11-12 meses 24(15%). Procedencia urbana 76(47.5%), rural 84(52.5%). Escolaridad primaria 59(36.1%), secundaria 61(38.9%), universitaria 33(20.6%), ninguna 7(4.4%). Estado civil casada 35(21.9%), soltera 66 (41.3%), unión libre 56(35%), otra 3 (1.9%). ocupación 81 (50.6%), doctora 7 (4.4%), licenciadas 23(14.4%), secretaria 13 (8,1%), obrera 34 (22.5%). religión católica 45(28.1%), evangélica 57(35.6%), otras 58(36.3%). Número de hijos solo 1 70(43.8%) 2-3 hijos 80 (50%) 4 a más hijos 10 (6.3%). Sexo femenino 92(57.5%), masculino 68 (42.5%).(ver tabla no1)

Estado Nutricional.

1. En relación al Abandono de Lactancia Materna con la Procedencia Rural 52 para X^2 .728 que demuestra que no hay asociación de variable; el RR .943 indica que el riesgo de abandonar la Lactancia Materna predomina en el área rural que en la urbana; en los intervalos de confianza se encuentra la unidad por lo que hay significancia estadística

Este resultado difiere con la teoría publicada por Endesa 2012 la cual indica que las mujeres del área rural tienen menos probabilidades de abandonar la Lactancia Materna que las del área urbana esto probablemente es debido a que las mujeres del área rural abandonan la Lactancia para ir a trabajar. (ver tabla no2).

2. En cuanto al Abandono de Lactancia Materna con Estado Nutricional 51 para un X^2 1.27 indica que no hay asociación de variable; RR .791 demuestra ser un factor protector en relación al Estado Nutricional en relación al abandono; los intervalos de confianza comprenden la unidad que nos demuestra que hay significancia estadística.

Los resultados no coinciden con la teoría descrita por Lawrence RA Y Lawrence RM que la leche materna contiene todos los micronutrientes esenciales vitaminas, minerales, inmunoglobulinas, para los niños menor de 6 meses de edad que se

convierte en el alimento ideal, por lo tanto, los resultados se contradicen con la teoría al suspender la lactancia Materna se convierte en un factor protector. (ver tabla no3).

3. En el Abandono de Lactancia en relación al Sexo Femenino 54 para un X^2 .338 indica que no hay asociación de variables; RR .92 demuestra que existe un factor protector al Abandonar Lactancia Materna en las niñas que en los niños; con intervalos de confianza comprendidas en la unidad que demuestran significancias estadísticas.

Esto datos tienen relación con la teoría OPS 2010 indica que el índice de la composición por sexo del grupo es la proporción de la población masculina con respecto a la femenina de un grupo determinado; esto indica que hay 106 por cada 100 mujeres, pero esto puede diferir por los patrones migratorios y de mortandad las variaciones van dependiendo de la ubicación geográfica y el grupo etareo. (ver tabla no4)

4.En cuanto a la Alteración del Estado Nutricional en relación al sexo femenino 29 para X^2 .12 no hay asociación de variables; RR.984 demuestra que hay factor protector en relación al sexo femenino tenga una Alteración en el Estado Nutricional; con intervalos de confianza que comprenden la unidad por lo tanto hay significancia estadística.

Existe relación con la teoría según la OMS 2008 la cual revela que el Estado de Desnutrición puede ser heredado por la madre y esto provoca afectación en la edad reproductiva posteriormente en la vida de la niña. (ver tabla no5)

5.El consumo de Frescos Naturales en relación con la práctica de higiene en la preparación de los alimentos 82 para un X^2 .156 lo cual indica que no hay asociación de variables; RR 1.04 los niños que consumen frescos naturales con prácticas de higiene tienen menos probabilidades de no enfermar; los intervalos de confianza comprenden la unidad por lo tanto hay significancia estadística.

Esto tiene relación con la teoría según OPS/OMS 2012 hace constar que en los lugares donde el saneamiento ambiental es muy deficiente aumenta la exposición de enfermedades transmitidas por la mala higiene de los alimentos. (ver tabla no6)

6.En la alteración del Estado Nutricional en relación a Suplemento de Vitaminas y Minerales 109 X2 .187 lo cual indica no que hay asociación de variables; RR1.06 los niños que no reciben suplementos de Vitaminas y minerales tienen mayor riesgo de tener alteraciones en el estado nutricional; los intervalos de confianza comprenden la unidad hay significancia estadística

Tiene relación con la teoría según OMS/UNICEF 2007 manifiestan que los micronutrientes son esenciales para el crecimiento, el desarrollo y la prevención de enfermedades. (ver tabla no7)

7.En cuanto a la Alteración del Estado Nutricional con las comidas Chatarras 109 X2 1.37 lo cual indica que no hay asociación de variables; RR1.22 el riesgo de consumir alimentos chatarras provoca alteración en el estado nutricional; los intervalos de confianza comprenden la unidad por lo tanto hay significancia estadística

Esto tiene relación con la teoría según la OMS 2008 indica que una nutrición inapropiada puede provocar obesidad en la niñez, las deficiencias nutricionales tempranas están vinculadas con problemas que comprometen al crecimiento y la salud a largo plazo. (ver tabla no8)

Desarrollo Psicomotor

1.Abandono de Lactancia Materna en relación a las Actividades del desarrollo según la edad del niño 97 X2 1.54 lo cual indica que no hay asociación de variables; RR1.01 tienen riesgo de tener una alteración del Desarrollo Psicomotor al no haber tenido una Lactancia Materna Exclusiva, los intervalos de confianza comprenden la unidad por lo tanto hay significancia estadística.

La teoría coincide con los datos anteriormente expuestos según Dworkin P.Britsh 2009 que nos refiere que la alimentación del niño se basa en la Leche Materna con el objetivo de satisfacer sus necesidades nutritivas y de desarrollo.(ver tabla No9)

2.Alteración del Estado Nutricional en relación a las actividades de desarrollo según la edad 109 X2 2.15 lo cual indica que no hay asociación de variables; RR .980 muestra un factor protector en las alteraciones de desarrollo Psicomotor Inadecuado en relación a la edad, los intervalos de confianza comprenden la unidad ´por lo tanto hay significancia estadística.

La teoría no coincide con lo anteriormente descrito en la tabla según Dworkin P.Britsh 2009 refiere que el primer año de vida es el periodo de crecimiento y 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. (ver tabla no 10)

3. Actividades de desarrollo según edad en relación al sexo 159 X2.744 no hay asociación de variables; RR.572 es un factor protector las alteraciones en el desarrollo psicomotor según el sexo femenino, los intervalos de confianza no comprenden la unidad por lo cual no hay significancia estadística.

Esto datos no tienen relación con la teoría OPS 2010 indica que el índice de la composición por sexo del grupo es la proporción de la población masculina con respecto a la femenina de un grupo determinado; esto indica que hay 106 por cada 100 mujeres, pero esto puede diferir por los patrones migratorios y de mortandad las variaciones van dependiendo de la ubicación geográfica y el grupo etareo. (ver tabla no 11)

Conclusiones.

1. En relación a los aspectos sociodemográficos la mayoría de las edades de las madres están comprendidas entre 14-19 años, de procedencia rural, nivel de escolaridad Secundaria sin terminar, estado civil solteras con ocupación ama de casa, de otra religión, con un número de hijos 2-3.

Abandono de Lactancia Materna en relación al Estado Nutricional

En cuanto al Abandono de Lactancia Materna con Estado Nutricional concluimos que:

-No hay asociación de variable; el riesgo muestra que se convierte en un factor protector en relación al Estado Nutricional; los intervalos de confianza comprenden la unidad que nos demuestra que hay significancia estadística.

-En relación al consumo de frescos Naturales con la práctica de la Higiene en la Preparación de los alimentos se convierte en un factor de riesgo para presentar alteraciones en el Estado Nutricional que las que practican la higiene en la preparación de los alimentos.

-En las Alteraciones del Estado Nutricional en relación al Consumo de Suplemento de Vitaminas Y Minerales se convierte en un factor de riesgo para provocar alteraciones en el Estado Nutricional que los niños que reciben suplemento de Vitaminas y Minerales.

-En la Alteración del Estado Nutricional en relación al Consumo de comida Chatarra es un Factor de riesgo en la alteración del estado nutricional en relación a los a los niños que no necesitan comida chatarra.

Abandono de Lactancia Materna en relación al Desarrollo Psicomotor

En cuanto al Abandono de Lactancia Materna en relación al Desarrollo Psicomotor se concluye que:

-El Abandono de Lactancia Materna en relación a las actividades que realiza el niño según la edad muestran que existe factor de riesgo de presentar Alteraciones en el Desarrollo Psicomotor los niños que no recibieron Lactancia Materna Exclusiva.

-En las Alteraciones del Estado Nutricional en relación a las actividades realizadas por el niño según la edad muestra que las Alteraciones del Estado Nutricional se convierten en Factor protector en relación a las Alteraciones del Desarrollo Psicomotor.

-Actividades de Desarrollo según la edad muestra que las Actividades representan factor protector para la edad de los niños en estudio.

En relación a la comprobación de la Hipótesis se concluye que:

-La Hipótesis se comprueba parcialmente.

Recomendaciones.

Al personal de salud:

Promover la lactancia materna exclusiva en cada control de VPCD y explicar a la madre las ventajas que esta da para el crecimiento y desarrollo del niño.

Realizar campañas educativas a la comunidad que promuevan la lactancia materna y la estimulación temprana en los niños

Capacitar mejor al personal nuevo del centro de salud para que haya una comunicación efectiva entre la madre del paciente y este.

Que oriente a la madre la alimentación adecuada del niño conforme a la edad, y proporcionar información de la frecuencia de los alimentos.

Verificar las actividades de desarrollo psicomotor en los controles.

A las madres:

Asistir a cada control de VPCD según cita dada por el personal.

Acatar recomendaciones brindadas por el personal de la unidad de salud a donde asiste a control de VPCD.

Participar de las ferias educativas brindadas por el personal de la unidad de salud.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE: 2004 UPDATE. GENEVA, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008.(7-10).
- 2.. MARCONDES E, MACHADO DVM, SETIAN N, CARRAZZA FR. CRECIMIENTO Y DESENVOLVIMIENTO. IN: MARCONDES E, COORDENADOR. PEDIATRIA BÁSICA. 8A ED. SÃO PAULO: SARVIER;2009. P.35-62.
3. MUSSEN PH, CONGER JJ, KAGAN J, HUSTON AC. DESENVOLVIMENTO E PERSONALIDADE DA CRIANÇA. 3A ED. TRADUCIDO POR ROSA MLGL. SÃO PAULO: HERBRA;2007
- 4.OMS: LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO: CAPÍTULO MODELO PARA LIBROS DE TEXTO DIRIGIDOS A ESTUDIANTES DE MEDICINA Y OTRAS CIENCIAS DE LA SALUD, WASHINGTON, D.C.: OPS, 2010 (3-4).
5. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN REGIONALES SOBRE LA SALUD DEL RN EN EL PROCESO CONTINUO DE LA ATENCIÓN DE LA MADRE,RN Y DEL NIÑO. OPS-UNICEF 2009
6. MINISTERIO DE SALUD, NORMATIVA 108: GUÍA CLINICA PARA LA ATENCIÓN DEL NEONATO, MANAGUA, MARZO 2013.
7. ENCUESTA NICARAGUENSE DE DEMOGRAFIA Y SALUD 2011/2012
8. MANUAL DE LACTANCIA MATERNA PARA ATENCIÓN PRIMARIA, NORMATIVA 60, MANAGUA SEPTIEMBRE 2010. (64).
9. INTERVENCIONES BASADAS EN EVIDENCIAS QUE REDUCEN LA MORBILIDAD-MORTALIDAD, MATERNA-PERINATAL HCI-USAID NOVIEMBRE 2013- ENERO 2014. PAG. (55)

10. CERNADAS JMC, CARROLI G, LARDIZÁBAL J. EFECTO DE LA SINCRONIZACIÓN DEL CLAMPEO DEL CORDÓN UMBILICAL EN LOS VALORES DEL HEMATOCRITO VENOSO NEONATAL Y EL RESULTADO CLÍNICO A TÉRMINO: UN ENSAYO ALEATORIZADO Y CONTROLADO: EN RESPUESTA. PEDIATRICS, 2010, 118: 1318-1319.

11. CHAPARRO CM ET AL. EFECTO DEL MOMENTO DEL CLAMPEO DEL CORDÓN UMBILICAL EN EL ESTADO DEL HIERRO EN LOS BEBÉS MEXICANOS: UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO. LANCET, 2010, 367: 1997-2004

12. LAWRENCE RA Y LAWRENCE RM. LACTANCIA MATERNA: UNA GUÍA PARA LA PROFESIÓN MÉDICA. 6ª EDICIÓN, LONDON, MOSBY, 2009.

13. CASEY CET AL. CONSUMO DE NUTRIENTES POR LOS LACTANTES DURANTE LOS PRIMEROS CINCO DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO. AMERICAN JOURNAL OF DISEASES OF CHILDHOOD, 2011, 140: 933-936

14. EQUIPO DE ESTUDIO COLABORATIVO DE LA OMS SOBRE EL PAPEL DE LACTANCIA MATERNA EN LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL. EFECTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LACTANTES Y NIÑOS MORTALIDAD DEBIDO A ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN MENOS PAÍSES DESARROLLADOS: UN ANÁLISIS CONJUNTO. LANCETA, 2011, 355: 451 - 455.

15. DEWEY KG, ADU-AFARWUAH S. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD DE LOS COMPLEMENTOS INTERVENCIONES DE ALIMENTACIÓN EN PAÍSES EN DESARROLLO. NUTRICIÓN MATERNA E INFANTIL, 2008, 4 (S1): 24-85

16. OMS / UNICEF / USAID. INDICADORES PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑOPEQUEÑO GINEBRA, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2008. (116-123).

17. NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ. CUADRO DE PROCEDIMIENTOS DE AIEPI.

MANAGUA 2009.

18. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. LA CARGA GLOBAL DE LA ENFERMEDAD: GINEBRA, SALUD MUNDIAL ORGANIZACIÓN, 2008. (3-10).

19. OMS / UNICEF / USAID. INDICADORES PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO GINEBRA, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2008. (116-123).

20. OPS / OMS. PRINCIPIOS DE ORIENTACIÓN PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO AMAMANTADO. WASHINGTON DC, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012(42-45).

21. OMS/UNICEF/IVACG FUERZA DE TAREA. VITAMINA A SUPLEMENTOS: UNA GUÍA PARA SU USO EN EL TRATAMIENTO DE DEFICIENCIA DE VITAMINA A Y XEROFTALMIA. GINEBRA, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007.

22. OMS PRINCIPIOS RECTORES PARA LA ALIMENTACIÓN: NIÑOS DE 1 A 24 MESES DE EDAD. GINEBRA, SALUD MUNDIAL, ORGANIZACIÓN, 2015.

23. DECLARACIÓN CONJUNTA OMS / UNICEF. ALCANZANDO ÓPTIMO YODO EN MUJERES EMBARAZADAS Y LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS. GINEBRA, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007.

24. OMS / UNICEF. DECLARACIÓN CONJUNTA SOBRE LA GESTIÓN CLÍNICA DE DIARREA AGUDA. GINEBRA, SALUD MUNDIAL ORGANIZACIÓN, 2014.

25. OMS ESTÁNDARES DE CRECIMIENTO INFANTIL: CATÁLOGO INFANTIL. GINEBRA, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005 ([HTTP://WWW.WHO.INT/CHILDGROWTH/STANDARDS/CHART_CATALOG / ES / INDEX.HTML](http://www.who.int/childgrowth/standards/chart_catalog/es/index.html), VISITADO EL 27 DE AGOSTO (2008).

26. OPS G.E. ALAN DEVER. EPIDEMIOLOGIA Y ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD.

3ERA. EDICIÓN.2010. PP253.

27. NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ. CUADRO DE PROCEDIMIENTOS DE AIEPI.

MANAGUA 2009.

28. DONNA L, WONG, ENFERMERIA PEDIATRICA 4 EDICION.

29. MUÑOZ F. LACTANCIA MATERNA 2009.

30. DWORKIN P. BRITSH AND AMERICAN RECOMENDATIONS FOR DEVELOPMENTAL MONITORING. 2009.

31. SANCHEZ VALVERDE I, OLIVERA JE. PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA A NIVEL HOSPITALARIO, 2015.

32. MINISTERIO DE SALUD, Normativa 108: GUÍA CLINICA PARA LA ATENCIÓN DEL NEONATO, MANAGUA, MARZO 2013(108-117)

33. NYQVIST KH, SJODEN PP, EWALD U. EL DESARROLLO DE LOS LACTANTES PREMATUROS "LACTANCIA COMPORTAMIENTO" DESARROLLO HUMANO TEMPRANO, 2010, 55:247–264.

34. MANUAL DE LACTANCIA MATERNA PARA ATENCIÓN PRIMARIA, NORMATIVA 60, MANAGUA SEPTIEMBRE 2010. (64).

ANEXOS

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-León



“ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO RELACIONADO A LA LACTANCIA MATERNA, CENTRO DE SALUD LA PAZ CENTRO, LEON, I SEMESTRE 2017 ”

Apreciable padres de familia somos estudiantes del V año de la carrera de enfermería con mención en materno infantil de la UNAN-León, en el cual estamos realizando una encuesta para determinar si el crecimiento y el desarrollo de su niño esta normal. La información brindada será confidencial y los datos aquí brindados solo se utilizarán con fines de investigación, por lo cual le pedimos que marque con una **X** donde usted crea conveniente, con la mayor sinceridad posible en sus respuestas.

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

Edad de la madre: -----

Edad del niño(a): -----

Procedencia:

Urbana: -----

Rural: -----

Escolaridad:

Primaria: ----- Secundaria: ----- Universitaria: ----- ninguna: -----

Estado civil:

Casada: ----- Soltera: ----- Unión libre: ----- Otra: -----

Ocupación:

Ama de casa: ----- Doctora: ----- Licenciada: ----- Secretaria: ----- Obrera : ----

Religión:

Católica: ----- Evangélica: ----- Otra: -----

No. De Hijos:

II. ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO(A).

¿A qué edad dejo de dar el pecho al niño(a)?

----- meses

¿Cuáles fueron las razones por las que dejo de darle el pecho al niño (a)?

Falta de Tiempo -----

Incorporación al trabajo -----

Disminución de la producción de Leche -----

Falta de descanso -----

Dolor al amamantar -----

¿Qué otros alimentos ha proporcionado al niño(a)?

Solo leche maternas-----

Lácteos-----

Frutas y verduras-----

Carbohidratos-----

Otros-----

¿Cómo es la consistencia del alimento que le da al niño?

Liquida-----

Blandos-----

Trocitos pequeños-----

¿Con que frecuencia le da alimentos al niño(a)?

----- # de veces

¿Le proporciona alimentos chatarra o chiverías al niño(a)?

Si ----- No -----

¿Consumen el niño frescos naturales?

Si ----- No -----

¿Práctica la Higiene en la manipulación de los alimentos?

Si ----- No -----

¿Recibe el niño(a) suplemento de Vitaminas y Minerales?

Si ----- No -----

¿Cómo considera que está el peso del niño(a)?

Peso Normal ----- Aumento de Peso----- Bajo Peso-----

¿Cómo considera que está la talla del niño con la edad que tiene?

Talla Normal: ----- Pequeño para la edad ----- Grande para la edad -----

II. DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO(A)

¿Ha cumplido con estas actividades el niño(a) en el primer mes de vida?

Primera sonrisa como respuesta a la conversación de un adulto. -----

Tratar de levantar y mantener la cabeza cuando esta acostada boca abajo. ----

¿Ha cumplido con estas actividades el niño(a) en el segundo mes de vida?

Se mantiene tranquila sin dormir, contempla los juguetes que cuelgan

Sobre él. -----

Sigue con la mirada el juguete que se mueve delante de él. -----

Sonríe rápidamente cuando se habla con él. -----

¿Ha desarrollado estas actividades el niño al tercer mes de vida?

Fija la mirada en la cara de la persona que le conversa. -----

Cuando se conversa con él sonríe alegremente y hace vivos movimientos con piernas y brazos, pronuncia algunos sonidos. -----

Toca por casualidad con las manos el juguete que cuelga sobre el pecho. -----

Se acuesta boca abajo varios minutos, apoyándose en los antebrazos, mantiene perfectamente la cabeza. -----

¿Ha desarrollado el niño(a) estas habilidades al cuarto mes de vida?

Si oye el sonido de un objeto que no ve, lo busca, vuelve la cabeza hacia el lugar de donde viene el sonido. -----

Durante el tiempo que no duerme sonríe con frecuencia, emite sonido con fuerte intensidad, se mueve estirando y encogiendo los brazos y las piernas. ---

Se ríe con expresiones sonoras. -----

Observa, toca y agarra los juguetes que cuelgan sobre el pecho. -----

Cuando se está alimentando agarra con las manos el pecho materno. -----

¿Ha cumplido el niño(a) con estas habilidades al quinto mes de vida?

Distinguen el tono con que se dirigen a él. -----

Distinguen a las personas allegadas de las ajenas reaccionando armoniosamente.

Sostiene en la mano la sonaja. -----

Se mantiene largo rato boca abajo, levantando el cuerpo con ayuda de los brazos.

Se para firmemente si se sostiene por debajo de los brazos. -----

¿Ha desarrollado el niño(a) estas habilidades al sexto mes de vida?

Comienza a balbucear y pronunciar algunas silabas. -----

Sujeta con soltura un juguete desde diferentes posiciones y juega con el durante largo rato. -----

Se vuelve boca arriba. -----

Se mueve lentamente, adelantando los brazos o gateando un poco. -----

Puede sujetar un objeto y golpearlo contra otro. -----

¿Ha desarrollado el niño(a) estas habilidades al séptimo mes de vida?

Balbucea largo rato. -----

Responde con la mirada al momento que le están hablando. -----

Juega con el sonajero haciéndolo sonar. -----

Gatea sin dificultad. -----

Se sienta y se acuesta solo. -----

¿Ha desarrollado el niño(a) estas habilidades durante el octavo mes de vida?

Pronuncia fuertemente silabas variadas. -----

Ejecuta órdenes brindadas x los padres. -----

Se entretiene largo rato con los juguetes y los golpea una contra otro. -----

Se agacha y se para sosteniéndose con las manos de una barra. -----

Se mueve a lo largo de la barra. -----

¿Ha desarrollado el niño(a) estas habilidades al noveno mes de vida?

Imita las silabas que oye. -----

Busca los objetos independientemente del lugar donde se encuentran. -----

Responde con la mirada cuando lo llaman por su nombre. -----

Maneja los objetos de acuerdo con sus propiedades de los mismos: hace rodar la pelota, saca objetos de estantes. -----

Camina apoyándose con las manos. -----

¿Ha desarrollado el niño(a) estas habilidades durante el décimo mes de vida?

Imita al adulto: repite sonidos y silabas. -----

Es capaz de entregar objetos que previamente ha encontrado si se lo pide el adulto. -----

Adquiere un carácter constante por ejemplo en manejo de los objetos. -----

Sube y baja una rampa sosteniéndose de la baranda. -----

¿Ha desarrollado el niño(a) estas habilidades durante el undécimo mes de vida?

Comienza el empleo de palabras sencillas con un significado preciso. -----

Es capaz de señalar algunas partes del cuerpo si se le pide. -----

Los movimientos con los objetos se hacen más precisos. -----

¿Ha desarrollado el niño (a) estas habilidades durante el doceavo mes de vida?

Imita con facilidad nuevas silabas-----

Pronuncian 10 palabras aproximadamente-----

Aumenta la cantidad de palabra que pueda aprender-----

Puede caminar solo-----.

Puede beber sin ayuda-----

¿Ha recibido el niño algún tipo de estimulación para su desarrollo como (incentivación)?

Si ----- No -----

Carta de consentimiento informado a las participantes.

León, 30 septiembre del 2017

Señora mamá, Reciba nuestros más sinceros saludos.

Somos estudiantes del V año de la carrera de Enfermería con Mención en Materno Infantil, el motivo de la presente es para solicitarle permiso y colaboración para una encuesta con fines investigativo, el cual lleva por título "**Abandono de Lactancia Materna relacionado con alteraciones en el Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor en niños menores de 1 año, Paz Centro, Enero-Septiembre del 2017.**"; cuyo proposito es determinar el peso, la talla de los niños relacionados con la edad asi mismo las actividades que debe desarrollar según su edad, todo en funcion de la lactancia materna

Dicha informacion brindada sera confidencial y no sera divulgada, se recojera la informacion solo escrita y esta sera utilizada solo con fines investigativos, esta en el derecho de no continuar en la encuesta si lo considera inoportuno.

Doy fe e informo que procedo a trabajar con los estudiantes para que puedan realizar su trabajo.

Att: Br. Yamali Anael Bustos Lara.

Br. Moises Enrique Arauz Rodriguez.

TABLA# 1

Puntuaciones z	Indicadores de Crecimiento			
	Longitud/talla para la edad	Peso para la edad	Peso para la longitud/talla	IMC para la edad
Por encima de 3	<i>Ver nota 1</i>	<i>Ver nota 2</i>	<i>Obeso</i>	<i>Obeso</i>
Por encima de 2			<i>Sobrepeso</i>	<i>Sobrepeso</i>
Por encima de 1			<i>Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)</i>	<i>Posible riesgo De sobrepeso (Ver nota 3)</i>
0 (mediana)				
Por debajo de -1				
Por debajo de -2	<i>Baja talla. Nota 4</i>	<i>Bajo peso</i>	<i>Emaciado</i>	<i>Emaciado</i>
Por debajo de -3	<i>Baja talla Severa. Nota 4</i>	<i>Bajo peso severo</i>	<i>Severamente Emaciado</i>	<i>Severamente Emaciado</i>

Notas:

1. Un niño en este rango es muy alto. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si usted sospecha un desorden endocrino, refiera al niño en este rango para una evaluación médica (por ejemplo, si padres con una estatura normal tienen un niño o niña excesivamente alto para su edad).

2. Un niño cuyo peso para la edad cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con peso para la longitud/talla o IMC para la edad.

3. Un punto marcado por encima de 1 muestra un posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación z 2 muestra un riesgo definitivo.

4. Es posible que un niño con baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso