



**UNIVERSIDAD PRIVADA
ANTENOR ORREGO**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“RIESGO DE CONDUCTA ANORMAL DE NIÑOS DE 8 A 14
AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA COMPARADO CON LOS QUE NO LA
RECIBIERON
HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA HUARAZ 2014”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**AUTOR: NOHELY JACOBA QUIROZ CÁCERES
ASESOR: PABLO ANTONIO ALBUQUERQUE FERNÁNDEZ**

**TRUJILLO – PERÚ
2014**

MIEMBROS DEL JURADO:

**DRA: LOZANO IBAÑEZ ROSA
PRESIDENTE**

**DR: ROSALES GARCIA ROBERTO
SECRETARIO**

**DR: JARA MORILLO JORGE
VOCAL**

ASESOR

Dr. Pablo Albuquerque Fernández

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi señor padre MANUEL FRANCISCO QUIROZ ROMERO y mi Señora madre MIRIAM MERIDA CACERES DE QUIROZ pilares fundamentales en mi vida, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mis hermanos MILAGROS Y MANUEL que son el motor y motivo para seguir adelante y a mi familia en general que de una u otra forma siempre estuvieron allí brindándome su cariño y palabras de aliento para seguir adelante

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien

ÍNDICE

PORTADA

HOJA DE MIEMBROS DE JURADO

DEDICATORIA

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

Página

I. INTRODUCCIÓN	01
II. MATERIAL Y MÉTODOS	06
III. RESULTADOS	15
IV. DISCUSIÓN	25
V. CONCLUSIONES	28
VI. RECOMENDACIONES	29
VII. BIBLIOGRAFIA	30
ANEXOS	34

I. RESÚMEN:

Objetivos: Comparar el riesgo de conducta anormal en niños de 8 a 14 años que recibieron lactancia materna exclusiva con los que no la recibieron.

Diseño: Analítico .Observacional. Cohortes.

Ámbito de estudio: Hospital Huaraz MINSA-Perú. En los meses Enero - Febrero 2014.

Poblaciones: 120 niños, 60 con lactancia materna exclusiva(LME) y 60 que no recibieron LME.

Medidas principales del seguimiento: Puntajes del score de MESSY.

Resultados Los niños que no recibieron LME tienen mayor riesgo de tener conducta anormal Chi cuadrado de Pearson=19.394 p=0.000 OR=5.571(2.531-12.267). Tanto en el puntaje total como en los dominios la media de los puntajes es mayor en el grupo LME , la diferencia de medias intergrupos es estadísticamente significativa. ANOVA intergrupos: Total: F=7.64,p=0.006 ;Habilidades sociales: F=11.069 p=0.001 Asertividad F=16.812, p=0.000; Impulsividad F=15.003, p=0.000 : Sobreconfianza F=8.009 p=0.005, Celos-soledad F=10.699 p=0.001.No encontramos correlación significativa entre duración de LME y los puntajes total y por dimensiones del score de MESSY.

Conclusiones: Los niños que recibieron lactancia materna exclusiva tienen menor riesgo de presentar conducta anormal que los que no la recibieron.

Palabras claves: lactancia materna exclusiva, conducta anormal

ABSTRACT:

Objectives: To compare abnormal behavior in children's between 8 to 14 years exclusive breastfeeding a with no breast feeding.

Design: Prospective. Observational Analytic. Cohorts.

Setting: Huaraz' Hospital – Perú In the months from January to February 2014.

Subjects: 120 children assigned to 2 cohorts 60 with and 60 without antecedent exclusive breast feeding (EBF).

Main outcome measures: Score de MESSY

Results: The children who received no LME have higher risk of having abnormal behavior Chi square Pearson = 19.394 $p = 0.000$ OR = 5.571 (2.531-12.267). In the score of MESSY, both in the total score as domains in the average scores is higher in the LME group, Middle Intergroup difference is statistically significant. ANOVA intergroups: Total: $F = 7.64$, $p = 0.006$; Social skills: $F = 11.069$ $p = 0.001$ assertiveness $F = 16.812$, $p = 0.000$; Impulsivity $F = 15.003$, $p = 0.000$; freaking $F = 8.009$ $p = 0.005$, jealousy-solitude $F = 10.699$ $p = 0.001$. Not found significant correlation between duration of LME and total scores and dimensions of the score of MESSY.

Conclusions: Children receiving exclusive breastfeeding have less risk of developing abnormal behavior that they did not receive.

Key words :exclusive breastfeeding, abnormal

II. INTRODUCCIÓN:

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida es el mejor alimento para lactantes según la Academia Americana de Pediatría (AAP). Desde 1980 tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han remarcado sus beneficios y promovido iniciativas para aumentar las tasas de Lactancia Materna en todos los países. La OMS (2008) recomienda LME los primeros 6 meses y continuar con alimentos apropiados suplementarios hasta los 2 años de edad. ^(1,2,3)

A pesar del conocimiento sobre los beneficios y de los esfuerzos nacionales e internacionales solamente 60% de mujeres en EUA alimenta exclusivamente con LM el primer mes y solamente 51% continúan LM a los 3 meses. En Canadá, 90.3% de mujeres inician LM y 51.7% LME a los 3 meses pero sólo 14.7% lactan a los 6 meses. ^(4,5,6)

Entre los beneficios de la LM además de los nutricionales se ha reportado mayores niveles de capacidad cognitiva o performance académica de los niños amamantados, pero no está claramente

establecida si esta ventaja es debida solo a beneficios propios de la leche materna o depende de otros factores que intervienen en la vida del niño.^(4,5,6)

El desarrollo mental de un niño es un proceso complejo que es resultado del potencial genético del niño en relación con una diversidad de factores medioambientales. El inicio y la duración de la Lactancia Materna (LM) en países desarrollados está fuertemente asociado con indicadores socioeconómicos, y la asociación entre LM y desarrollo intelectual es consistentemente afectado por el nivel socioeconómico (NSE) y factores medioambientales.^(7,8,9)

La LM es más que una provisión de nutrientes; el acto de succionar a la mama tiene un impacto sobre el niño y su madre. La LM calma y produce analgesia a los lactantes como se evidencia por una reducida frecuencia cardiaca y metabolismo y reduce la capacidad a percibir dolor durante la succión. El efecto calmante y analgésico estimula la orofaringe del lactante a nivel de los mecanorreceptores reduciendo el foco de atención a la boca y reduciendo las influencias internas.

Además la succión y la absorción intestinal de grasa desde la leche estimula la liberación de colecistokinina, que activa un mecanismo vagal aferente que induce relajación y liberación del dolor. El sabor dulce de la leche estimula también, la liberación de opioides del

cerebro medio del lactante que actúa sobre receptores que disminuyen la percepción del dolor^(11,12)

La LM involucra el contacto materno piel a piel que estabiliza la glucemia, temperatura corporal y frecuencia respiratoria contribuye a la autorregulación neuroconductual y también reduce la liberación de las hormonas del estrés y la presión sanguínea. La LM implica interacción social íntima madre-niño que libera oxitocina, que también es una hormona anti estrés.^(13,14,15)

Reynolds et al. (2013). Efectuaron un estudio seccional-transversal con datos obtenidos desde la cohorte de Irlanda de 8357 niños. Encontraron que la práctica de Lactancia Materna exclusiva al menos 26 semanas está asociada a una reducción en el riesgo 36% ($P < 0.05$) de no tener una buena salud mental a la edad de 9 años⁽¹⁶⁾

Oliviery y col. (2012). En un estudio efectuado en el Reino Unido (Inglaterra). Incluyeron 10 037 binomios madre-niño, 9525 recién nacidos a término y 512 recién nacidos pre término midieron la conducta a los 5 años mediante un cuestionario validado administrado a los padres (SDQ). Encontraron en el grupo de Lactancia materna exclusiva: RNT < 2,0 meses: OR: 0,75; IC: 95% 0,62 a 0,90; 2,0 a 3,9 meses: OR: 0,49; IC: 95%: 0,39 a 0,62; igual o superior a 4 meses:

OR: 0,30; IC: 95%: 0,23 a 0,41. RNP: igual o inferior a 2,9 meses: OR: 0,56; IC: 95 %: 0,31 a 0,99; igual o superior a 3 meses: OR: 0,39; IC:95%: 0,18 a 0,85. Concluyen que una mayor duración de la LM se asoció con menos problemas de conducta (identificados por los progenitores) en niños de 5 años de edad⁽¹⁷⁾

Kwok et al. (2013). Efectuaron en China un estudio de cohortes midieron la conducta de 5598 niños a los 11 años de edad encuentran que los que recibieron LM al menos tres meses tuvieron un test de la t $p < 0.01$ para no presentar conducta anormal (z-score (0.10, 95% CI 0.05 to 0.16)) y autoestima(-0.09, 95% CI -0.14 to -0.04)⁽¹⁸⁾

Batty et al. (2009). Efectuaron un meta análisis que incluye 5475 niños. Encuentran que la LM no tiene un efecto importante sobre la salud mental e inteligencia de niños, OR (0.52) no significativo (IC 95% -0.19 to 1.23). Siendo el factor más importante la inteligencia de las madres⁽¹⁹⁾

Liu J et al. (2014). Estudiaron 1267 niños de 6 años de edad en China encontraron en el grupo LME comparado con el no LME el riesgo de internalizar problemas(promedio=10.01,DE=7.21)/promedio=12.79 E=8.14) $P < 0.01$. Concluyen que el efecto de la LME en internalizar patologías podría representar un beneficio adicional de la LM⁽²⁰⁾

2.3. Justificación:

La salud mental de niños y adolescentes es un factor fundamental en el desarrollo de la violencia juvenil y el inicio del gamberrismo, problema prioritario en nuestro país. El abandono progresivo de la lactancia materna como forma de alimentar a los niños tiene y va a tener en el futuro, consecuencias muy importantes para la salud de los niños actuales, quizás más importantes aun para las generaciones futuras. Por ello estudiar las relaciones entre LME y conducta del niño y adolescente son muy importantes en nuestra realidad. Por tal motivo la realización de la presente investigación se fundamenta en lo ya expuesto y en la ausencia de literatura nacional relacionada.

1. Formulación del Problema Científico:

¿Cuánto es mayor el riesgo de conducta anormal en niños de 8 a 14 años que recibieron LME que los que no la recibieron en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz durante el periodo Enero- Febrero 2014?

2. Objetivos:

2.1. Generales:

- Determinar el riesgo de conducta anormal en niños de 8 a 14 años con antecedente de haber o no recibido Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz del 2014.

2.2. Específicos:

1. Determinar la prevalencia de conducta anormal en niños de 8 a 14 años de edad con antecedente de LME.
2. Determinar la prevalencia de conducta anormal en niños de 8 a 14 años de edad sin antecedente de LME.
- 3.- Determinar el riesgo de conducta anormal en niños de 8 a 14 años según género
4. Determinar la correlación de duración de la LME con los puntajes obtenidas en el test de conducta MESSY.
5. Determinar la diferencia en el Score total y en las dimensiones del test de conducta MESSY en niños con y sin antecedente de LME.

3. Hipótesis:

Hipótesis Nula (Ho): No existe diferencia en la prevalencia de conducta anormal en niños de 8 a 14 años de edad con y sin antecedente de LME.

Hipótesis Alternativa (Ha): Existe mayor prevalencia de conducta anormal en niños de 8 a 14 años de edad con LME que sin LME.

4. Material y Métodos:

4.1. Población Diana o Universo:

La población estará constituida por todos aquellos niños de 8 a 14 años de edad que acuden a los consultorios externos del servicio de pediatría del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz durante el periodo Enero- Febrero del 2014.

Criterios de Selección:

- Criterios de Inclusión:

Cohorte 1

- Niños de ambos sexos de 8 a 14 años de edad que acuden a los consultorios externos del servicio de pediatría del Hospital Víctor Ramos de Guardia de Huaraz y cuyos padres consientan y acepten responder la encuesta.
- Niños de ambos sexos de 8 a 14 años de edad que recibieron LME.

Cohorte 2:

- Niños de ambos sexos de 8 a 14 años de edad que acuden a los consultorios externos del Servicio de Pediatría que no recibieron LME.

- Criterios de Exclusión:

- Niños de ambos sexos que presenten diagnóstico de alguna enfermedad mental.

4.2. Población de Estudio:

Niños de ambos sexos de 8 a 14 años de edad atendidos en los consultorios externos del servicio de pediatría en el Hospital Víctor Ramos de Guardia de Huaraz que cumplen con los criterios de selección.

4.3. Muestra:

- **Unidad de Análisis:**

Niños de ambos sexos de 8 a 14 años de edad atendidos en los consultorios externos del Servicio de Pediatría del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz.

- **Unidad de Muestreo:**

Los test de los niños respondidos por los padres.

- **Muestreo:**

No aleatorio, por saturación hasta alcanzar el tamaño muestral.

- **Tamaño Muestral:**

Dado que es un estudio de cohortes aplicamos la fórmula para dos poblaciones

$$N = (z \text{ alfa} + z \text{ beta})^2 (p_1 q_1 + p_2 q_2) / (p_1 - p_2)^2$$

Dónde:

N=Tamaño de la población a encuestar.

z alfa=valor de la distribución zeta para un error alfa de 0.05.

z beta : 0,84 que equivale a una probabilidad de error beta de 20 %.

p1= 0.10 prevalencia de conducta anormal en LME según Liu (20).

q1=1-p= 0.90

p2= 0.16 prevalencia de conducta anormal sin LME según Liu (20).

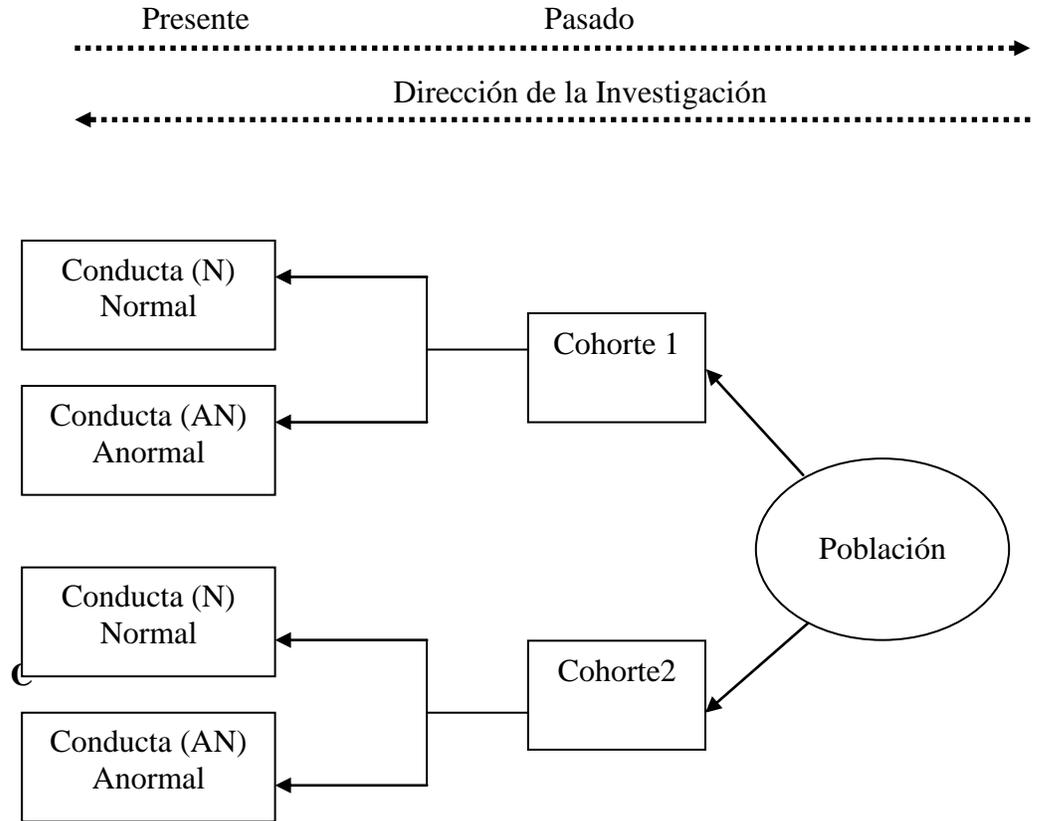
q2=1-p2= 0.84

$$N = (1.96 + 0.84)^2 (0.16)(0.84) + 0.1)(0.9) / (0.06)^2$$

N= 75 Niños para cada cohorte.

5. Diseño del Estudio:

- Observacional, analítico de cohortes retrospectivo.



COHORTE1: LME (+)

COHORTE 2 : LME(-)

5.2.1 .Descripción de Variables y Escala de Medición

Clase de Variable	Tipo de Variable	Escala de Medida	Indicador	Unidad de Medida
Independiente: LME	Categórica	Nominal	Encuesta	LME Si / No
Dependiente Conducta Anormal	Categórica	Nominal	Escala de MESSY	Mayor de 128 puntos Si / No
Intervinientes Sexo Edad	Categórica Cualitativa	Nominal Nominal	Encuesta Encuesta	M-F 8 a 14 años

5.2.2. Definiciones Operacionales de las Variables de Estudio

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:

Alimentación al pecho materno que excluye cualquier alimento sólido o líquido (incluso agua), con la excepción de gotas de vitaminas, minerales o medicamentos. En nuestro trabajo consideramos el tiempo que recibe este tipo de alimentación y si es exclusiva por 6 meses^(2,3)

CONDUCTA ANORMAL:

Se define como la disfunción psicológica de un individuo y/o niño asociada con la angustia o con impedimentos en el funcionamiento y con una respuesta que no es característica o no se espera culturalmente. Los niños con conducta anormal tienen dificultad para seguir reglas y comportarse de una manera socialmente aceptable. Para el presente estudio se utilizará la Escala Messy para el alumno. *The Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters (MESSY)* de Matson, Rotatori y Helsel (1983).²¹

Sus propiedades psicométricas han sido investigadas a profundidad, particularmente en muestras inglesas y en muestras españolas, resultando, en general satisfactorias.

El cuestionario dirigido a alumnos o sus padres presenta un formato de respuesta en cuatro escalones: 1 nunca, 2 a veces, 3 a menudo y 4 siempre. Se han considerado los cinco DOMINIOS siguientes

I. Habilidades Sociales Apropriadas (26 ítems). Este factor

evalúa conductas de expresividad emocional, tener amigos y compartir. Algunos ejemplos de ítems son: “miro a la gente cuando hablo con ella” y “me dirijo a la gente y entablo conversación.” Siendo los ítems : (1,9,10,12,13,16,23, 24,27,28,31,32,34,37,40,42,43,44,46,47,50,51,52,55,56,59)

II. Asertividad Inapropiada (20 ítems): el cual explora conductas

agresivas, de burla o abuso de los demás. Algunos ejemplos de ítems son: ” Pegó cuando estoy furioso” e ”cojo cosas que no son mías sin permiso”. Siendo los ítems : (2, 4,5,7,8,11,14,17,20,22,29,30,38,39,53,57,61,41,58,21)

III. Impulsividad (5 ítems). Algunos ejemplos de ítems son: “me

enfado fácilmente” e “interrumpo a los demás cuando están hablando.”Siendo los ítems : (3,6,15,19,62)

IV. Sobre confianza (6 ítems). Este factor explora conductas de

sobrevaloración del Yo. Algunos ejemplos de ítems son: “miro a la gente cuando hablo con ella” y “me dirijo a la gente y entablo conversación.” Siendo los ítems: (18,33,35,45,60,36)

V. Celos/soledad (5 ítems), el cual explora conductas como sentirse solo o no tener amigos. Siendo los ítems : (25,26,48,49,54)

El puntaje máximo es 110 puntos y se considera **Conducta anormal si tiene 128 puntos o más .**

6. Procedimiento:

1. Se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz.
2. Se solicitó la aprobación de los padres mediante la firma del consentimiento informado.
3. Se captaron pacientes de 8 a 14 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y se formaron dos grupos con y sin LME.
4. Se evaluó la presencia de conducta anormal de los niños encuestados mediante la Escala de Messy referido por los padres.
5. Se recopilaron los datos en una hoja de toma de datos (Anexo 1).
6. Estos datos fueron almacenados en un archivo de base de datos del SPSS versión 21.0 para el análisis estadístico correspondiente.

7. Recolección y Análisis de Datos:

- **Estadística Descriptiva:** Medidas de frecuencia de edad, sexo, procedencia, porcentajes, tablas de doble entrada y gráficos, medias, porcentajes y desviación típica.
- **Estadística Analítica:** Para estudiar la relación entre variables categóricas se utilizó Chi Cuadrado o el test exacto de Fisher cuando

las frecuencias esperadas fueron menores de 5 en tablas de contingencia de 2 x 2.

▪ **Estadígrafos propios del estudio:**

Por tratarse de un estudio de cohortes se aplicó la medición del RR de tener conducta anormal por no recibir LME.

8. Aspectos Éticos:

La presente investigación se realizó sobre la base de aplicación de la Escala Messy para el niño, como tal se requirió la aprobación de los padres lo cual se vio reflejado mediante la firma del consentimiento informado específico y se mantuvo plena confidencialidad del paciente a través del estudio.

IV.RESULTADOS:

Gráfico No1.PREVALENCIA DE CONDUCTA ANORMAL:

Fueron 120 niños evaluados de 8 a 14 años donde la media de edad fue 10,6 con DE = 1.88 estos fueron distribuidos en dos cohortes ; la cohorte 1: 60 con LME y la cohorte 2: 60 sin LME de los cuales se evaluó la conducta anormal y normal. En el grupo de conducta anormal, el 31.8 % habría recibido LME y el 68.2% no recibió LME, y en el grupo de conducta normal, el 72.2% recibió LME y el 27.8 no recibió LME.

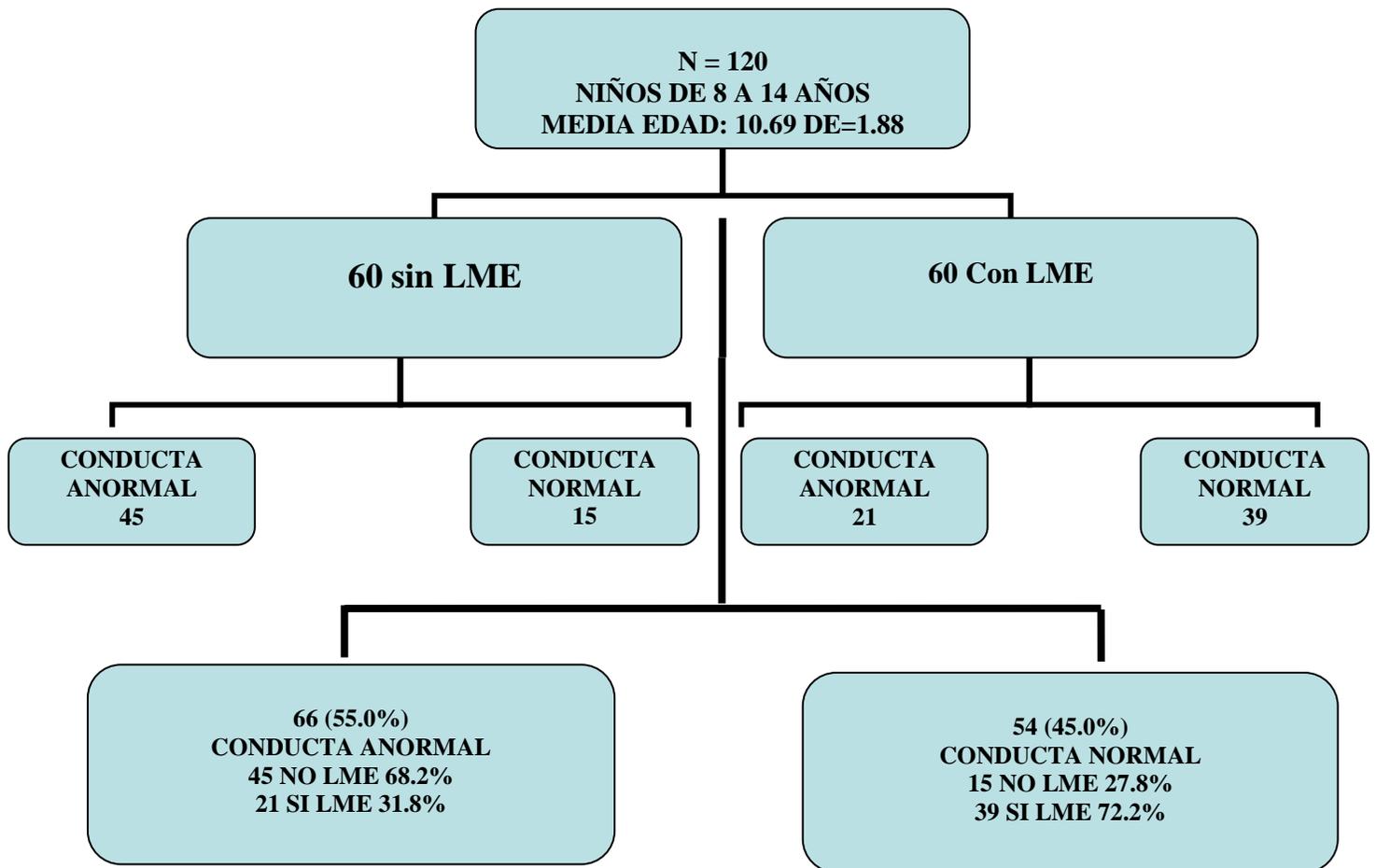
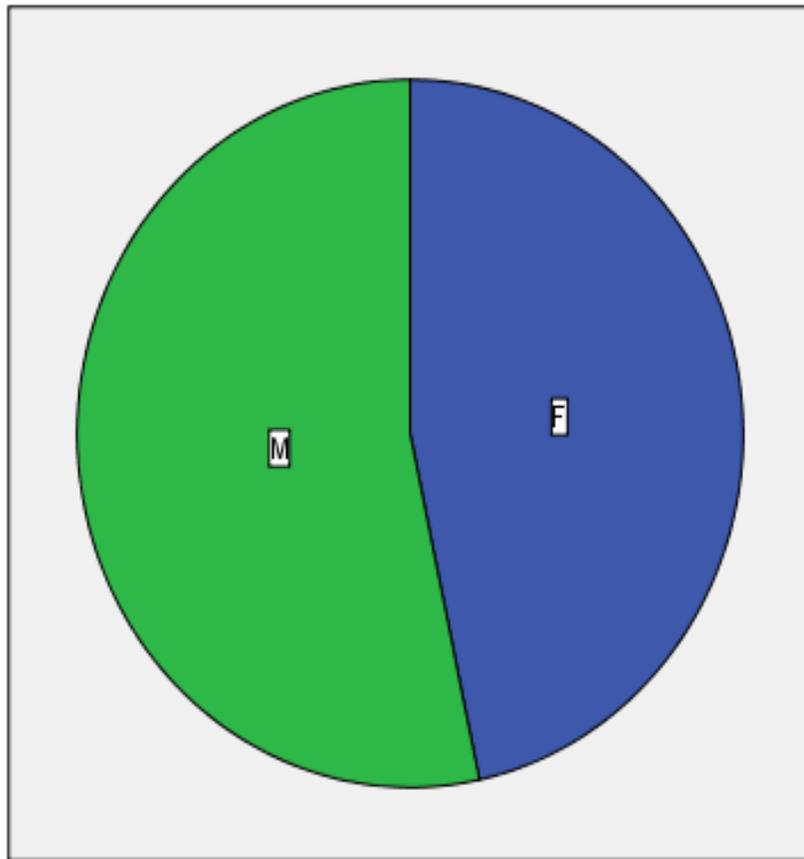


TABLA N°1 : CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:

Estadísticos descriptivos						
	N	Mínimo	Máximo	Media	DE.	
1.Edad	120	8,00	14,00	10,6917	1,8866	
2.Tiempo de LME	120	5,00	12,00	7,4583	2,2968	
2. Puntaje MESSY	120	73,00	195,00	138,9333	26,891	
3.Habilidades Sociales	120	25,00	102,00	52,8583	20,145	
Apropiadas						
4. Asertividad	120	20,00	95,00	50,4083	23,815	
Inapropiada						
5.Impulsividad	120	5,00	20,00	11,7917	4,8087	
6.Sobreconfianza	120	6,00	24,00	13,1917	5,6095	
7. Celos/soledad	120	5,00	20,00	10,6417	4,3825	
N	120					

Según el estadístico descriptivo la media de edad de los niños evaluados fue de 10.6 y el tiempo de LME que recibieron tuvo un promedio de 7,4 meses , existe un mayor puntaje en el Score total de MESSY en un promedio de 138,9 indicador de conducta anormal , se destaca que el dominio de habilidades sociales apropiadas tuvo un mayor puntaje de 52,8 a comparación de los demás dominios.

GRÁFICO NO2 .SEXO DE LA POBLACIÓN.



M:64(53.3% F:56(46.7%)

En este gráfico se puede apreciar que más de la mayoría de los niños evaluados de la muestra total (120) son del sexo masculino 53.3%.

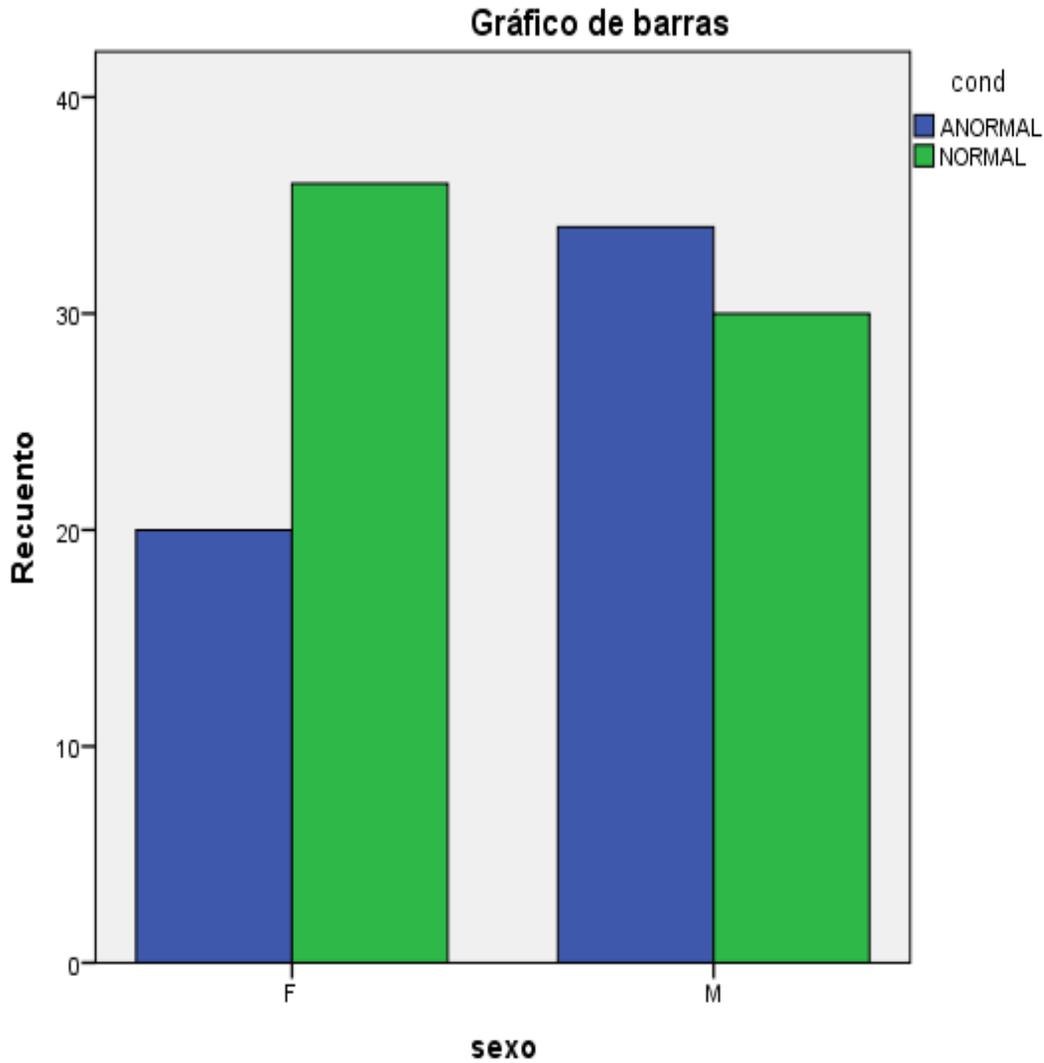
TABLA N°2: GÉNERO Y RIESGO DE CONDUCTA ANORMAL

Género	Conducta anormal		Total
	No	Si	
FEMENINO	20(36.7%)	36(64.3%)	56
MASCULINO	34(53.1%)	30(46.9%)	64
Total	54(45%)	66(55%)	120

Chi cuadrado 3.658 p=0.067 OR=0.490(0.235-1.022)

En la tabla se muestra que no existe significancia p=0.067 en el riesgo asociado de conducta anormal y el género.

GRÁFICO NO 3 : GÉNERO Y FRECUENCIA DE CONDUCTA ANORMAL EN NIÑOS DE 8 A 14 AÑOS



En este grafico se puede observar el aumento en la prevalencia en el sexo masculino para el riesgo de conducta anormal.

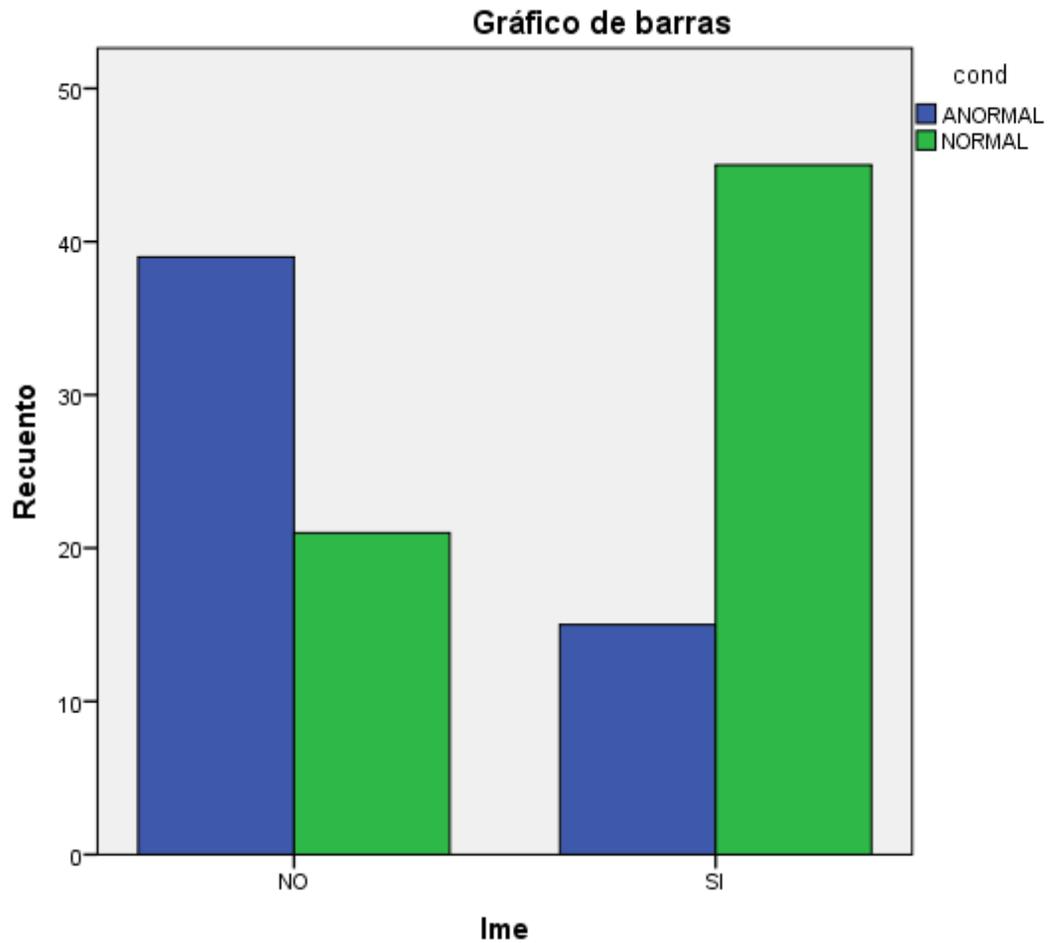
TABLA NO 3: RIESGO DE CONDUCTA ANORMAL EN NIÑOS DE 8 A 14 AÑOS SEGÚN LME

LME	Conducta anormal		Total
	SI	NO	
NO	45(75%)	15(25%)	60
SI	21(35%)	39 (65%)	60
Total	66 (55%)	54(45%)	120

Chi cuadrado de Pearson=19.394 p=0.000 OR=5.571(2.531-12.267)

En la tabla N^o 3 muestra que los niños del grupo que no recibieron LME tienen mayor riesgo de conducta anormal en 75 % y 25% de conducta normal y el grupo si recibieron LME tienen un 35% de riesgo de conducta anormal y en 65% de conducta normal con resultados altamente significativos p=0.000.

GRÁFICO NO 4: RIEGO DE CONDUCTA ANORMAL EN NIÑOS DE 8 A 14 AÑOS SEGÚN LME



En este grafico se observa en el grupo de los que no recibieron LME un patrón mayor en el desarrollo de conducta anormal.

**TABLA NO 4: MEDIAS DE PUNTAJES DE SCORE DE MESY
TOTAL Y SEGÚN DOMINIOS**

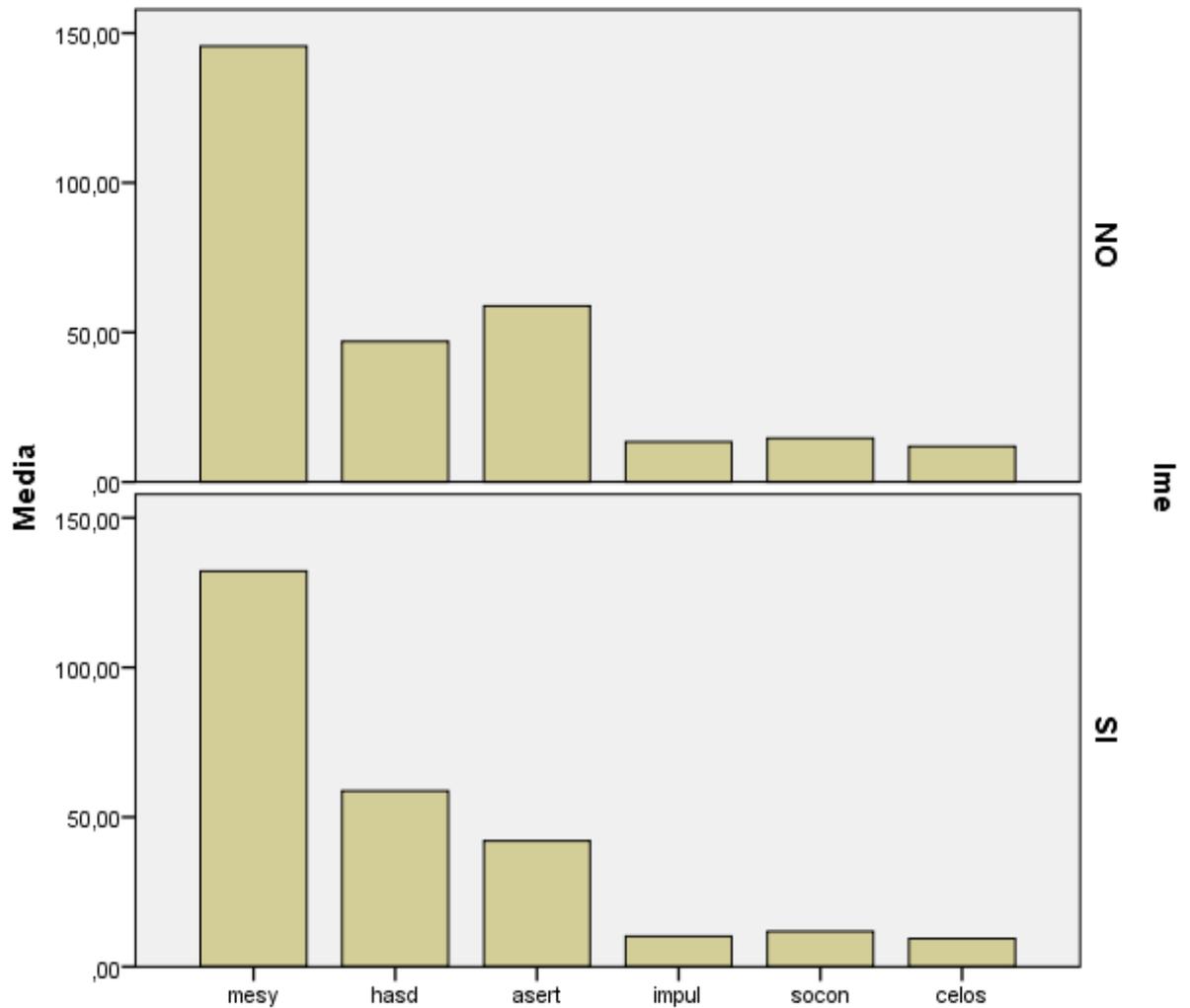
La presente tabla nos da a conocer que existe mayor puntaje en el Score total en el grupo que no recibieron LME (145,6) a comparación de los que si recibieron LME (132,2) se destaca que el dominio de habilidades sociales apropiadas (HASO) en el grupo de los que recibieron LME tuvo un mayor puntaje (58,7) a comparación de los demás dominios con resultados altamente significativos.

		Informe					
LME		Total	HASO	ASER	IMPU	SOCO	CELOS
NO	Media	145,66	46,983	58,783	13,400	14,600	11,900
	N	60	60	60	60	60	60
	DE.	24,684	17,320	21,854	4,7983	5,9352	4,3441
SI	Media	132,20	58,733	42,033	10,183	11,783	9,3833
	N	60	60	60	60	60	60
	DE.	27,513	21,173	22,883	4,2843	4,9200	4,0800
Total	Media	138,93	52,858	50,408	11,791	13,191	10,641
	N	120	120	120	120	120	120
	DE.	26,891	20,145	23,815	4,8087	5,6095	4,3825

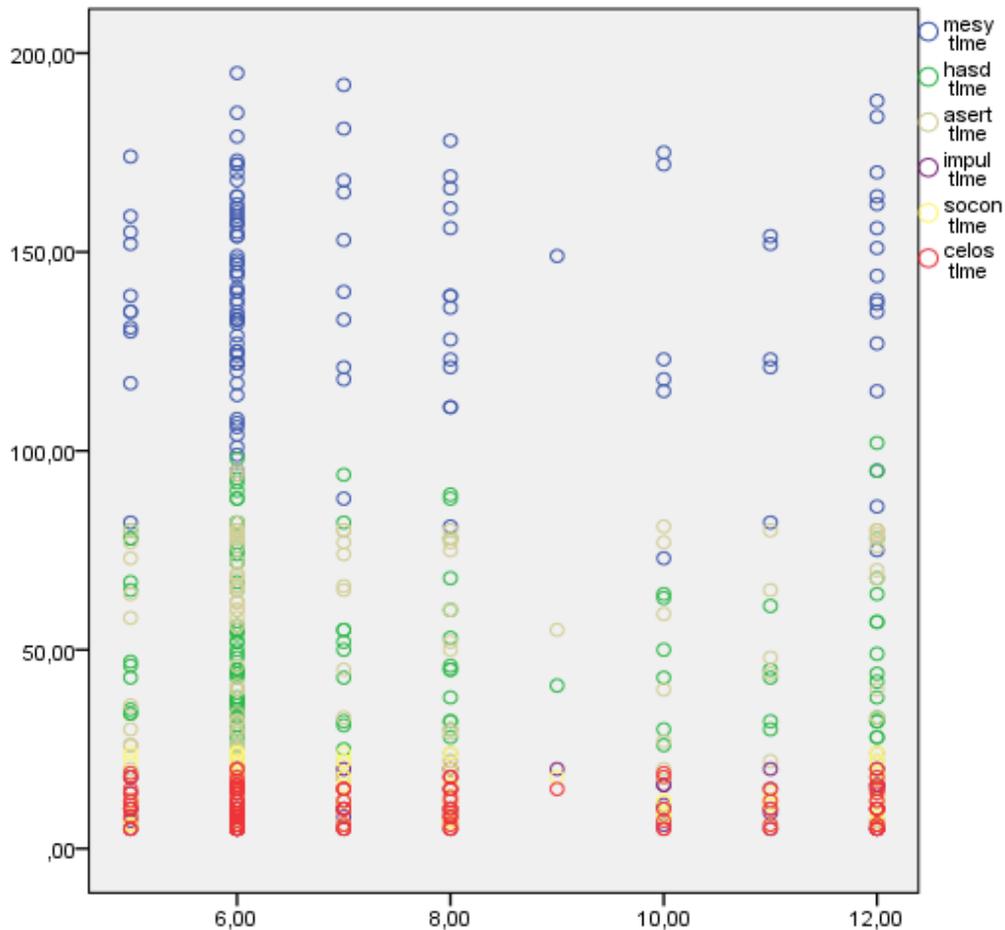
ANOVA Intergrupos :

Total:	F=7.64	p=0.006
Habilidades sociales (HASO)	F=11.069	p=0.001
Asertividad inapropiada (ASER)	F= 16.812	p=0.000
Impulsividad (IMPU)	F=15.003	p=0.000
Sobre confianza (SOCO)	F=8.009	p=0.005
Celos (CELOS)	F=10.699	p=0.001

GRÁFICO N°5 : PUNTAJE DE MESSY TOTAL Y POR DOMINIOS EN GRUPOS CON Y SIN LME



En este grafico se puede apreciar el mayor puntaje en el Score de MESSY en el grupo que no recibieron comparado con los que sí lo recibieron además que el dominio de habilidades sociales apropiadas tuvo un mayor puntaje en el grupo que recibieron LME y el dominio de Asertividad inapropiada tuvo un mayor puntaje en el grupo que no recibieron LME.



Correlación de Pearson

Duración de LME – Total: -0.62 $p=0.504$

Duración de LME - Habilidades sociales -0.93 $p=0.314$

Duración de LME- Asertividad 0.29 $p=0.756$

Duración de LME- Impulsividad -0.04 $p=0.964$

Duración de LME- Sobreconfianza -0.93 $p=0.120$

Duración de LME - Celos-Soledad 0.017 $p=0.851$

En el presente gráfico no se encuentra correlación significativa entre duración de LME y el puntaje total y por dimensiones del score de MESSY.

V. DISCUSIÓN:

La lactancia materna es promovida mundialmente por sus beneficios para la madre y el niño, y se recomienda, por al menos 6 meses exclusivamente (LME). Aunque hay muchas ventajas orgánicas de la LME los beneficios sobre la capacidad cognitiva, inteligencia y rendimiento académico han sido estudiados recientemente²³. Reynolds¹⁶ en un estudio seccional-transversal con datos obtenidos desde la cohorte de Irlanda de 8357 niños. Encontraron que la práctica de Lactancia Materna exclusiva al menos 26 semanas está asociada a una reducción en el riesgo 36% ($P < 0.05$) de no tener una buena salud mental a la edad de 9 años⁽¹⁶⁾. También Liu²⁰, reportó que niños con LME comparado con el no LME tienen menor riesgo de internalizar problemas

No es claro si los beneficios aparentes de la LME en el área mental y psicológica se deben solamente a las ventajas nutricionales de ella o a otros factores asociados. Así Batty¹⁹, en un meta análisis que incluye 5475 niños, encontró que la LM no tiene un efecto importante sobre la salud mental e inteligencia de niños siendo el factor más importante la inteligencia de la madre. En nuestro país la violencia es un problema severo y estudiar sus causas es obligación de los profesionales de la salud por lo que desarrollamos este trabajo para ver si la LME, que

influye sobre áreas de la esfera psicológica, podría influir sobre la conducta social del niño.

Por este motivo estudiamos, en la ciudad de Huaraz-Perú, en el servicio de pediatría del Hospital Víctor Ramos Guardia nivel II-2, En los meses comprendidos de Enero y Febrero 120 niños de 8 a 14 años, con una edad promedio de 10.69 DE=1.88, de los cuales el 55% (66/120) tuvo conducta anormal. La duración promedio de LME fue 7.458(DE=2.29) meses, el puntaje promedio del score de MESSY fue de 138.93 DE= 28.69 .El 46.7%(56/120) de la población fue de sexo femenino y el 53.3%(64/120) de sexo masculino. El 36.7% de mujeres vs. 53.1% de varones tuvieron conducta anormal. No existe significancia en el riesgo asociado del género y conducta anormal, $p=0.067$.

La prevalencia de conducta anormal en el grupo con LME fue 31.8% y en el grupo no LME 68.2%. Los niños que no recibieron LME tienen mayor riesgo de tener conducta anormal Chi cuadrado de Pearson=19.394 $p=0.000$ OR=5.571(2.531-12.267). Tanto en el puntaje total como en los dominios la media de los puntajes es mayor en el grupo LME , la diferencia de medias intergrupos es estadísticamente significativa. ANOVA intergrupos: Total: $F=7.64, p=0.006$;Habilidades sociales: $F=11.069 p=0.001$, Asertividad $F= 16.812, p=0.000$;, Impulsividad $F=15.003, p=0.000$, Sobre confianza $F=8.009 p=0.005$, Celos-soledad $F=10.699 p=0.001$.

No encontramos correlación significativa entre duración de LME y los puntajes total y por dimensiones del score de MESSY. Coeficiente de correlación de Pearson –significancia: Duración de LME – Total:-0.62 p=0.0504; Duración de LME - Habilidades sociales -0.93 p=0.314; Duración de LME- Asertividad 0.29 p=0.756; Duración de LME- Impulsividad -0.04 p=0.964; Duración de LME- Sobre confianza -0.93 p=0.0120 ; Duración de LME - Celos-Soledad 0.017 p=0.851.

No hemos encontrado en la literatura internacional trabajos que empleen el score de MESSY para medir la asociación de LME y conducta social anormal pero Olivieri¹⁷ , en el Reino Unido (Inglaterra). Incluyeron 512 niños y midieron la conducta a los 5 años mediante un cuestionario validado. Encontró que una mayor duración de la LM se asoció con menos problemas de conducta (identificados por los progenitores) en niños de 5 años de edad. Igualmente Kwok¹⁸ en China, midió la conducta de 5598 niños a los 11 años de edad encontrando que los que recibieron LM al menos tres meses tuvieron un test de la t $p < 0.01$ para no presentar conducta anormal (z-score (0.10, 95% CI 0.05 to 0.16)) .

Creemos que un estudio longitudinal, con una muestra mayor y seleccionando más rigurosamente los niños podrían dar mayores luces sobre la influencia de la LME sobre la conducta de nuestros niños y el riesgo de problemas posteriores en la vida adulta.

VI.CONCLUSIONES:

1. Los niños de 8 a 14 años con antecedente de haber recibido Lactancia Materna Exclusiva tuvieron menor riesgo de tener conducta anormal que los que no la recibieron.
2. La prevalencia de conducta anormal fue 31.8% en niños de 8 a 14 años de edad con antecedente de LME.
3. La prevalencia de conducta anormal fue 68.2% en niños de 8 a 14 años de edad sin antecedente de LME.
4. No existe significancia en el riesgo asociado a conducta anormal y el género.
5. No encontramos correlación significativa entre la duración de la LME con los puntajes obtenidas en el test de conducta de MESSY.
6. Existe mayor puntaje en el Score total en el grupo de sin antecedente de lactancia materna exclusiva, se destaca que el dominio de habilidades sociales apropiadas en el grupo con antecedente de lactancia materna exclusiva tuvo un mayor puntaje con resultados altamente significativos.

VII.RECOMENDACIONES:

A partir de los resultados se recomienda promover la Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses para disminuir el riesgo de conducta anormal social en los niños, la que puede persistir hasta la vida adulta generando mayores niveles de conducta antisocial en nuestra sociedad.

VIII. BIBLIOGRAFÍA:

1. Menenghello J, Fanta E, Paris E et al. *Pediatría Menenghello*. Editorial Panamericana, 5ta. Ed. 2002; 284: 1739 – 44.
2. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. *Tratado de Pediatría*. El Sevier. 17ª. Ed. 2004; 439: 1604 – 6.
3. World Health Organization. (2008). Breastfeeding recommendations. Retrieved from <http://www.who.int/about/en/>
4. American Academy of Pediatrics. Policy statement: Organizational principles to guide and define child health care system and/or improve the health of all children. *Pediatrics*, (2010); 115(2), 496–506.
5. Avery, A., Zimmermann, K., Underwood, P. W., & Magnus, J. H. Confident commitment is a key factor for sustained breastfeeding. *Birth*, (2009); 36: 141–148.
6. Oddy WH: The impact of breastmilk on infant and child health. *Breastfeed Rev* 2012; 10:5-18.
7. Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y: Analgesic effect of breastfeeding in term neonates: randomised controlled trial. *Br Med J* 2008; 326:13-1
8. Ferber SG, Makhoul IR: The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomised, controlled trial. *Pediatrics* 2009; 113:858-865.

9. .Schore AN: The effects of a secure attachment on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J* 2001; 22:7-66.
10. Trianes M, Blanca J, Muñoz A, García B, Cardelle-Elawar M , Infante L. Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: Profesores, iguales y autoinformes .*Anales de Psicología*. 2002;18(2)197-214
11. Oddy, W.H.; Kendall, G.E.; Li, J.; Jacoby, P.; Robinson, M.; de Klerk, N.H, et al. The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: A pregnancy cohort study followed for 14 years. *J. Pediatr*. 2010; 156:568–574.
12. . Liu, J.; McCauley, L.A.; Zhao, Y.; Zhang, H.; Pinto-Martin, J. Cohort profile: The China Jintan child cohort study. *Int. J. Epidemiol*. 2010; 39: 668–674.
13. . Liu, J.; McCauley, L.; Leung, P.; Wang, B.; Needleman, H.; Pinto-Martin, J. Community-based participatory research (CBPR) approach to study children’s health in China: Experiences and reflections. *Int. J. Nurs. Stud*. 2011; 48: 904–913.
14. . Liu, J.; Cheng, H.; Leung, P.W. The application of the preschool child behavior checklist and the caregiver-teacher report form to mainland Chinese children: Syndrome structure, gender differences, country effects, and inter-informant agreement. *J. Abnorm. Child Psychol*. 2011; 39: 251–264.

15. Jianghong L , Ip S and Chung M. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Asses* 2011;153: 76-186
16. Reynolds D, Hennessy E, Polek EIs breastfeeding in infancy predictive of child mental well-being and protective against obesity at 9 years of age? *Child Care Health Dev.* 2013 ; 19: 101-111
17. Olivieri P and Muñoz M .La Lactancia materna y su asociación a un menor número de trastornos conductuales en la infancia.*Evid.Pediatr.*2012;8:5
18. Kwok MK, Leung GM, Schooling CM.Breast feeding and early adolescent behaviour, self-esteem and depression: Hong Kong's 'Children of 1997' birth cohort. *Arch Dis Child.* 2013; 98(11):887-94.
19. Batty GD, Deary IJ.Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ.* 2009 Nov; 4: 333.
20. Liu J , Leung P and Yang A. Breastfeeding and Active Bonding Protects against Children's Internalizing Behavior Problems *Nutrients* 2014; 6: 76-89.
21. María I; Leonardo M and Reyna. Propiedades psicométricas de la Escala de MESSY. *Revista de Psicología* 2011; 29:2.

22. Der G, Batty GD, Deary IJ . Effect of breastfeeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ*.2006;333(7575):945

***Anexos:**

Anexo I: Consentimiento Informado de Participación

Estimado padre de familia, el presente estudio tiene como objetivo determinar si existe relación entre el antecedente de lactancia materna y el desarrollo de trastornos conductuales en su hijo(a), para lo cual se hará necesario la realización de una encuesta a fin de evaluar el estado de conducta.

No se realizará procedimiento alguno que dañe la integridad de su menor hijo .No habrá cobro alguno por la aplicación del test, ni pago de otra índole.

Toda información sobre la investigación será netamente confidencial, teniendo acceso a ella sólo el personal investigador.

Si Usted se halla informado adecuadamente y participa en el presente estudio por favor firme a continuación y guarde una copia de este documento con Usted.

.....
Padre o Madre del Participante
N° DNI:

.....
Investigador
N° DNI:

Anexo II: Instrumento de Recolección de Información

Relación entre el antecedente de Lactancia Materna Exclusiva y el desarrollo de conducta anormal en escolares de 8 a 14 años de edad. Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz. 2014.

	CASO
	CONTROL

A. Datos generales del paciente:

N° de Historia Clínica

N° de Ficha de Recolección		

Edad		Sexo		LME	
-------------	--	-------------	--	------------	--

Otros datos:

Duración:

ESCALA DE MESSY

Nombre:....Edadsexo.....Grado de instrucción.....

Rodea con un círculo el número que mejor represente la forma de ser o comportarse de su hijo

1	2	3	4
Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1. Suelo hacer reír a los demás.			1 2 3 4
2. Amenazo a la gente o me porto como un matón.			1 2 3 4
3. Me enfado con facilidad.			1 2 3 4
4. Soy un mandón (le ordeno a la gente lo que tiene que hacer).			1 2 3 4
5. Critico o me quejo con frecuencia.			1 2 3 4
6. Interrumpo a los demás cuando están hablando.			1 2 3 4
7. Cojo cosas que no son mías sin permiso.			1 2 3 4
8. Me gusta presumir ante los demás de las cosas que tengo.			1 2 3 4
9. Miro a la gente cuando hablo con ella.			1 2 3 4
10. Tengo muchos amigos/as			1 2 3 4
11. Pego cuando estoy furioso.			1 2 3 4
12. Ayudo a un amigo que está herido.			1 2 3 4
13. Doy ánimo a un amigo que está triste.			1 2 3 4
14. Miro con desprecio a otros niños.			1 2 3 4
15. Me enfado y me pongo celoso cuando a otras personas les va bien			1 2 3 4
16. Me siento feliz cuando otra persona está bien.			1 2 3 4

- | | |
|---|---------|
| 17. Me gusta sacar defectos y fallos a los demás. | 1 2 3 4 |
| 18. Siempre quiero ser el primero. | 1 2 3 4 |
| 19. Rompo mis promesas. | 1 2 3 4 |
| 20. Alabo a la gente que me gusta. | 1 2 3 4 |
| 21. Miento para conseguir algo que quiero. | 1 2 3 4 |
| 22. Molesto a la gente para enfadarla. | 1 2 3 4 |
| 23. Me dirijo a la gente y entablo conversación. | 1 2 3 4 |
| 24. Digo "gracias" y soy feliz cuando la gente hace algo por mí. | 1 2 3 4 |
| 25. Me gusta estar solo. | 1 2 3 4 |
| 26. Temo hablarle a la gente. | 1 2 3 4 |
| 27. Guardo bien los secretos. | 1 2 3 4 |
| 28. Sé cómo hacer amigos. | 1 2 3 4 |
| 29. Hiero los sentimientos de los demás a conciencia. | 1 2 3 4 |
| 30. Me burlo de los demás. | 1 2 3 4 |
| 31. Doy la cara por mis amigos | 1 2 3 4 |
| 32. Miro a la gente cuando está hablando. | 1 2 3 4 |
| 33. Creo que lo sé todo. | 1 2 3 4 |
| 34. Comparto lo que tengo con otros. | 1 2 3 4 |
| 35. Soy testarudo. | 1 2 3 4 |
| 36. Actúo como si fuera mejor que los demás. | 1 2 3 4 |
| 37. Muestro mis sentimientos. | 1 2 3 4 |
| 38. Pienso que la gente me critica cuando en realidad no lo hace. | 1 2 3 4 |
| 39. Hago ruidos que molestan a los otros (eructar, sonarse,...). | 1 2 3 4 |

- | | |
|--|---------|
| 40. Cuido las cosas de los demás como si fueran mías. | 1 2 3 4 |
| 41. Hablo demasiado fuerte. | 1 2 3 4 |
| 42. Llamo a la gente por sus nombres. | 1 2 3 4 |
| 43. Pregunto si puedo ayudar. | 1 2 3 4 |
| 44. Me siento bien si ayudo a alguien. | 1 2 3 4 |
| 45. Intento ser mejor que los demás. | 1 2 3 4 |
| 46. Hago preguntas cuando hablo con los demás. | 1 2 3 4 |
| 47. Veo a menudo a mis amigos. | 1 2 3 4 |
| 48. Juego solo. | 1 2 3 4 |
| 49. Me siento solo. | 1 2 3 4 |
| 50. Me pongo triste cuando ofendo a alguien. | 1 2 3 4 |
| 51. Me gusta ser el líder. | 1 2 3 4 |
| 52. Participo en los juegos con otros niños. | 1 2 3 4 |
| 53. Me meto en peleas con frecuencia. | 1 2 3 4 |
| 54. Me siento celoso de otras personas. | 1 2 3 4 |
| 55. Hago cosas buenas por la gente que se porta bien conmigo. | 1 2 3 4 |
| 56. Pregunto a los demás cómo están, qué hacen. | 1 2 3 4 |
| 57. Me quedo en casa de la gente tanto tiempo, que casi me tienen que echar. | 1 2 3 4 |
| 58. Explico las cosas más veces de las necesarias. | 1 2 3 4 |
| 59. Me río de los chistes e historias divertidas que cuentan los demás. | 1 2 3 4 |
| 60. Pienso que ganar es lo más importante. | 1 2 3 4 |
| 61. Suelo molestar a mis compañeros porque les tomo el pelo. | 1 2 3 4 |
| 62. Me vengo de quien me ofende. | 1 2 3 4 |

I.- Habilidades Sociales Apropriadas (26 ítems): 1,9,10,12,13,16,23,

24,27,28,31,32,34,37,40,42,43,44,46,47,50,51,52,55,56,59

II.- Asertividad Inapropiada (20 ítems):

(2,4,5,7,8,11,14,17,20,22,29,30,38,39,53,57,61,41,58,21)

III- Impulsividad (5 ítems): (3,6,15,19,62)

IV. Sobreconfianza (6 ítems): (18,33,35,45,60,36)

V. Celos/soledad (5 ítems): (25,26,48,49,54)