

**UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“TIPOS DE LACTANCIA RELACIONADO AL ESTADO
NUTRICIONAL DE LACTANTES DE 6 MESES, CENTRO
DE SALUD DE PALMIRA, HUARAZ, 2019”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Bach. BERROSPI PEREGRINO Guadalupe Viviana

HUARAZ – PERÚ

2019



**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM**

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: BERROSPI PEREGRINO GUADALUPE UIVIANA
Código de alumno: 122.1104.096 Teléfono: 954 926 791
Correo electrónico: lupe_10_1294@hotmail.com DNI o Extranjería: 48477874

2. Modalidad de trabajo de investigación:

Trabajo de investigación Trabajo académico
 Trabajo de suficiencia profesional Tesis

3. Título profesional o grado académico:

Bachiller Título Segunda especialidad
 Licenciado Magister Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

"TIPOS DE LACTANCIA RELACIONADO AL ESTADO NUTRICIONAL
DE LACTANTES DE 6 MESES, CENTRO DE SAUO DE PAMIRA,
HUARAZ, 2019"

5. Facultad de: CIENCIAS MEDICAS

6. Escuela, Carrera o Programa: PROFESIONAL DE ENFERMERIA

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: ORIUNDO RAMOS EUFRASIA Teléfono: 944 951 246
Correo electrónico: lula952@hotmail.com DNI o Extranjería: 08498044

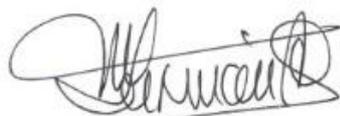
A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma:
D.N.I.: 48477874

FECHA: 14 / 07 / 20

MIEMBROS DE JURADO



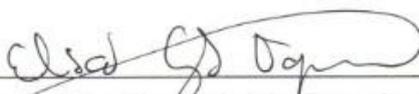
Dra. Magna Guzmán Avalos

PRESIDENTA



Lic. Emilio Alejandro Guillermo Felipe

SECRETARIO



Mg. Elsa Gabriela Gonzales Tapia

VOCAL

FIRMA DE LA ASESORA



Dra. Eufrosia Oriundo Ramos

ASESORA

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional en la parte moral y económica, por su amor y paciencia que me permitieron aprender a solucionar y enfrentar los obstáculos. A mis hermanos que me brindaron apoyo emocional durante mi proceso académico e impulsarme a seguir con mis objetivos.

Guadalupe

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional "Santiago Antúnez de Mayolo", por darme la oportunidad de seguir mis estudios superiores, donde recibí las mejores enseñanzas. A mis docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, por haberme apoyado con sus conocimientos y con sus mejores consejos.

A mi asesora Eufrasia Oriundo Ramos, por haberme apoyado con su sabiduría y sus mejores consejos para llegar a ser buena profesional. A los jurados, Dra. Magna Guzmán Avalos, Lic. Emilio Alejandro Guillermo Felipe, Mg. Elsa Gabriela González Tapia; que alimentaron mis conocimientos con su apoyo, paciencia y el tiempo que me brindaron para mejorar y desarrollar la tesis. A todos los profesionales de salud y madres de familia del Centro de Salud Palmira, al profesional de estadística, que se comprometieron en ser parte importante en el desarrollo de la presente tesis.

INDICE

	Pag
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
1.- INTRODUCCIÓN.....	7
2.- HIPÓTESIS	13
3.-MARCO TEÓRICO	16
4.-MATERIALES Y METODOS.....	43
5.-RESULTADOS.....	50
6.- DISCUSIÓN.....	57
7.- CONCLUSIONES.....	64
8.-RECOMENDACIONES.....	65
9.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS.....	72

RESUMEN

El presente trabajo tiene como título "Tipos de lactancia relacionado al estado nutricional de lactantes de 6 meses, Centro de Salud de Palmira, Huaraz, 2019", con el objetivo de determinar la relación de los tipos de lactancia con el estado nutricional en lactantes de 6 meses; así mismo, con la hipótesis siguiente: existe relación significativa de los tipos de lactancia con el estado nutricional en lactantes de 6 meses. El tipo de estudio a usar fue correlacional, contrastación, prospectiva, descriptiva y cuantitativa con una población de 60 lactantes de 6 meses de edad. En los resultados, se encontró que 28 lactantes recibieron lactancia materna exclusiva, de los cuales, 41.67% tienen estado nutricional normal, 1.67% con obesidad, 1.67% con sobrepeso y el 1.67% con desnutrición aguda; además 29 lactantes recibieron lactancia mixta, el 25% de ellos, tienen un estado nutricional normal, el 13.33% tienen sobrepeso, el 5% con desnutrición crónica, 3.33% con desnutrición aguda, 1.67% con estado nutricional alto; también 3 lactantes recibieron lactancia artificial, de ellos el 1.67% de lactantes tienen estado nutricional normal, el 1.67% con obesidad y el 1.67% con sobrepeso. En conclusión existe relación del tipo de lactancia con el estado nutricional, obteniendo el valor del Chi cuadrado ($X^2=22.783$) con $p=0.012$.

Palabras claves: tipos de lactancia, estado nutricional.

ABSTRACT

The present work has the title "Breastfeeding types related to the nutritional status of 6-month-old infants, Palmira Health Center, Huaraz, 2019", with the objective of determining the relationship between breastfeeding types and nutritional status in infants of 6 months; Likewise, with the following hypothesis: there is a significant relationship between the types of breastfeeding and nutritional status in infants aged 6 months. The method to be used was correlational, contrast, prospective, descriptive and quantitative with a population of 60 infants 6 months of age. In the results, 28 infants who received exclusive breastfeeding were found, of which 41.67% have normal nutritional status, 1.67% with obesity, 1.67% with overweight, 1.67% with acute malnutrition; In addition, 29 infants received mixed lactation, 25% of them, have a normal nutritional status, 13.33% are overweight, 5% with chronic malnutrition, 3.33% with acute malnutrition, 1.67% with high nutritional status; 3 infants also received artificial lactation, 1.67% have infants with normal nutritional status, 1.67% are obese and 1.67% are overweight. To check the relationship between breastfeeding types and nutritional status, the Chi square value ($\chi^2 = 22,783$) was taken with $p = 0.012$. In conclusion, there is a relationship between the type of breastfeeding and the nutritional status.

Keywords: types of breastfeeding, nutritional status.

1.- INTRODUCCIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en todo el mundo, solo el 38% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva; análisis recientes indican que las prácticas de lactancia son sub-óptimas, entre ellas la lactancia no exclusiva, que contribuyen al 11,6% de la mortalidad en los niños menores de 5 años. ⁽¹⁾

La OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS) mencionan que, en los lactantes amamantados exclusivamente con leche materna, el riesgo de muerte de los niños es 12% en los países de ingresos bajos y medianos, en comparación con el riesgo que corren los niños que no fueron amamantados; en promedio los lactantes menores de seis meses que no son amamantados tienen de tres a cuatro veces más probabilidades de morir de los que recibieron leche materna. La duración más prolongada de la lactancia materna se asoció con una reducción de 13% de las probabilidades de prevalencia de sobrepeso u obesidad y una reducción de 35% de la incidencia de la diabetes de tipo 2. ⁽²⁾

En América Latina, solo 38% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. En algunos países, la lactancia materna exclusiva, ha sido particularmente resistente al cambio. Por ejemplo, durante los 20 últimos años se ha estancado en la República Dominicana, que ya tenía el porcentaje más bajo de la región 8%, y en México disminuyó de 20% a 14,5%; sin embargo, en el mismo período, otros países han mostrado un extraordinario progreso, como Colombia, donde aumentó de 15% a 43%. ⁽³⁾

En el Perú gracias a la iniciativa “Hospital Amigo de la madre y el niño”, se produjo una mejora en los indicadores de lactancia hasta el año 2000. La tasa de la

lactancia materna exclusiva aumentó durante la década de los noventa de menos del 20% en el 1992 a algo más del 57% en el año 2000. En consecuencia, la tasa del Perú está muy por encima de la tasa mundial (38%), pero en los últimos años los progresos se han frenado con una tasa de 67.5% en el 2012. ⁽⁴⁾

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el Perú, de todos los niños solo el 98,6% lactaron leche materna alguna vez en su vida, sin cumplir los seis meses y solo el 55,6% de los niños que nacieron empezó a lactar dentro de las primeras horas de vida. Según departamentos con mayor porcentajes de lactancia son: Huánuco el 85,8 %, Junín el 78,3%, Amazonas el 76,2%, Cusco el 72,1% y Loreto el 71,1%. Por departamento, los menores porcentajes se presentaron en Lima el 43,9%, Ica el 45% y Arequipa el 45,6%. ⁽⁵⁾ Por otro lado, el 35,4% de niñas y niños recibieron un alimento diferente a la leche materna antes de empezar a lactar, el porcentaje se incrementó en 4,9 puntos porcentuales a los años anteriores que fue 30,5%; el 27,7% recibe otros alimentos líquidos antes de los 4 meses, y el 26,5% recibe alrededor de los cinco meses de edad. ⁽⁶⁾ Las organizaciones internacionales y nacionales recomiendan que la leche materna sea el alimento exclusivo durante los primeros seis meses de edad y proveer alimentos complementarios seguros y apropiados desde los seis meses, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más. ⁽⁴⁾

Desde el año 2000, el porcentaje de niñas y niños menores de 6 meses con lactancia materna se encuentra por encima del 60,0%, alcanzando alrededor del 70% en los años 2011 y 2013. En el año 2017, el 78,2% de niñas y niños menores de seis meses del área rural y en la región Sierra, y en aquellas madres que tenían primaria o menos, alcanzaron el 77,6% de la lactancia materna. ⁽⁷⁾

En Ancash solo el 57,2% de los niños fueron amamantados durante las primeras horas de vida. ⁽⁸⁾Respecto a LME, el 73,6% de niñas(os) menores de 6 meses de edad tuvieron lactancia materna exclusiva; del total de niñas y niños menores de 6 meses que fueron amamantados, el 16,5% recibieron además leche no materna, el 1,9% solo agua. ⁽⁶⁾

En el Centro de salud Palmira se reportó que solo el 50% de los lactantes cumplen con la lactancia materna exclusiva, a falta de mayor información, se pudo indagar y apreciar que no todos los niños menores de 6 meses cumplen satisfactoriamente con la lactancia materna exclusiva; las madres de estos lactantes referían los motivos por los cuales incumplen con la lactancia materna mencionando: “No lo puedo llevar a mi trabajo”; “es muy cansado darle de lactar a cada rato”, “me da vergüenza darle de lactar en público”, “con la fórmula crece más rápido y está gordito”, “no tengo suficiente leche” todo ese conjunto de circunstancias que se presentan cotidianamente sobre todo en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo, se permitió investigar acerca del consumo de tipos de lactancia relacionado con el estado nutricional de niños menores de seis meses.

Frente a la situación problemática se formuló la siguiente interrogante ¿Cuál es la relación de los tipos de lactancia con el estado nutricional de lactantes de 6 meses, Centro de Salud de Palmira, Huaraz 2019? El **objetivo general** fue determinar la relación de los tipos de lactancia con el estado nutricional en lactantes de seis meses, Centro de Salud de Palmira, Huaraz, 2019; como **objetivos específicos** se consideraron los siguientes: Identificar el estado nutricional en los lactantes de 6 meses, relacionar la lactancia materna exclusiva con el estado nutricional en lactantes de 6 meses, relacionar la lactancia artificial con el estado nutricional en

lactantes de 6 meses, relacionar la lactancia mixta con el estado nutricional en lactantes de 6 meses.

Según los resultados obtenidos en la investigación, 68.3% de los lactantes de 6 meses tienen estado nutricional normal y solo el 31,7% de ellos, tienden sufrir alteraciones en su estado nutricional, como la obesidad, sobrepeso y desnutrición; también se encontró que 28 lactantes de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva, de las cuales, 41.67% con un estado nutricional normal, 1.67% con obesidad, 1.67% con sobrepeso, el 1.67% con desnutrición aguda; Mientras 29 lactantes recibieron lactancia mixta, el 25% de ellos, tienen un estado nutricional normal, 13.33% con sobrepeso, el 5% con desnutrición crónica, 3.33% con desnutrición aguda, 1.67% con estado nutricional alto; solo 3 lactantes recibieron lactancia artificial, de los cuales el 1.67% son lactantes con estado nutricional normal, el 1.67% con obesidad y el 1.67% con sobrepeso.

La investigación consta de 6 partes. En la primera parte se da a conocer el planteamiento del problema, objetivos, la hipótesis, variables y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio con el contexto internacional y nacional. En la tercera parte, se describen el tipo de estudio, población/muestra, los materiales y métodos utilizados en el proceso de recolección, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta parte se exponen los resultados de la investigación. En la quinta parte se discuten los resultados principales. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluye los instrumentos utilizados para la investigación de los datos correspondientes, también se encuentra la validación firmada por cada juez experto,

la matriz de consistencia correspondiente, así como información relevante para la investigación.

La presente investigación se justifica porque en la actualidad existen diferentes formas de alimentar a un niño, en especial a los lactantes, esto puede alterar el estado nutricional del lactante; las alteraciones del estado nutricional podría afectar a los niños en su crecimiento y desarrollo, lo cual constituye un problema para la salud, debido a que se presenta alto riesgo de padecer enfermedades como la diabetes o anemia; también se puede presentar problemas en el desarrollo del niño. Por ello es importante conocer los beneficios de la lactancia materna a toda la población para mejorar los resultados en el crecimiento y desarrollo de los niños.

Es relevante a nivel social, ya que aportará al desarrollo de la familia y comunidades, y permite adoptar estrategias adecuadas para promover la lactancia materna exclusiva en niños y por consiguiente, tener niños que presenten parámetros adecuados en el crecimiento y desarrollo, ya que minimiza la economía de la familia, así también evita gastos futuros relacionados a los problemas y enfermedades que puedan presentar en el futuro.

En cuanto al Centro de salud, sirve a los profesionales de enfermería, nutricionistas entre otros, para implementar estrategias de intervención sobre la difusión de la lactancia materna.

Estos resultados también tienen un aporte teórico a los profesionales salud, ya que permite ayudar complementar sus conocimientos, para brindar una adecuada asesoría a las madres sobre la lactancia materna y sus beneficios.

A nivel metodológico el estudio se justifica en el tipo de estudio, diseño de investigación, materiales utilizados en el presente proyecto, asimismo se pondrá a disposición de la comunidad científica sobre los instrumentos válidos y confiables para que otros investigadores posteriormente realicen trabajos similares en otros ámbitos.

El trabajo fue viable y factible en cuanto a los recursos; en los recursos humanos se contaron con la participación del investigador, las madres/niños; en los recursos materiales se tuvo el apoyo del Centro de Salud Palmira, con un ambiente para realizar la evaluación nutricional correspondiente de cada lactante, que contó con una balanza, tallimetro; para la realización de la investigación se contó con un presupuesto establecido.

En cuanto la pertinencia, el presente trabajo de investigación se encuentra enmarcada dentro de las líneas de investigación de la Escuela Profesional De Enfermería, aprobado mediante la Resolución del Consejo de Facultad N°218-2017-UNASAM, se ubica dentro de la línea de investigación: cuidado de enfermería en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones transmisibles y no transmisibles más frecuentes (Recién nacidos, lactantes, niños, adolescentes, mujeres, adultos, adultos mayores, y familia), y el área de investigación: enfermedades prevalentes de la infancia y la adolescencia; por lo tanto, la investigación es completamente pertinente a la carrera profesional de enfermería.

2.- HIPÓTESIS

H₁: Existe relación significativa de los tipos de lactancia con el estado nutricional en lactantes de 6 meses, Centro de Salud de Palmira Huaraz 2019.

H₀: No existe relación significativa de los tipos de lactancia con el estado nutricional en lactantes de 6 meses, Centro de Salud de Palmira Huaraz 2019.

1.2.1 Variables:

- **Variable Independiente.**

Tipos de lactancia.

- **Variable dependiente:**

Estado nutricional

2.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INDEPENDIENTE Tipos de lactancia	Consiste en la alimentación temprana del infante, ya sea, con la leche materna o leche de vaca o leche artificial (lactancia artificial). Dicho periodo se inicia después del parto; y finaliza progresivamente hasta más de un año, acompañado de alimentos sólidos.	Lactancia materna exclusiva	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de amamantamiento Agarre Posición 	<ul style="list-style-type: none"> SI NO 	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia: Cada 2 horas A libre demanda 	<ul style="list-style-type: none"> SI NO 	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> Duración: Tiempo de amamantamiento por c/mama. 	<ul style="list-style-type: none"> SI NO 	Nominal
		Lactancia artificial	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de alimentación: Uso de Biberones Uso de vasos/taza/cucharita 	<ul style="list-style-type: none"> SI NO 	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia: Cada /2horas A libre demanda 	<ul style="list-style-type: none"> SI NO 	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> Cantidad : 5 oz /cada toma 	<ul style="list-style-type: none"> SI NO 	Nominal
		Lactancia mixta	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia: Cada/3 horas (LA) A libre demanda (LM) 	<ul style="list-style-type: none"> SI NO 	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> Horario LM: mañana, tarde ó noche LA: mañana, tarde ó noche 	<ul style="list-style-type: none"> SI NO 	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE DEPENDIENTE Estado nutricional	Es la medición de parámetros antropométricos y el grado en el cual se están cumpliendo las necesidades fisiológicas de nutrimentos del niño, así mismo es la traducción corporal del equilibrio entre el consumo de nutrimentos y las necesidades que de éstos tiene una persona.	Normal	Peso/talla: +2DS a -2DS Peso/edad: +2DS a -2DS Talla/edad: +2DS a -2DS	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal
		Alto	Talla/edad: > +2DS	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal
		Obesidad	Peso/talla: >+3 DS	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal
		Sobrepeso	Peso/talla: >+2DS Peso/edad: >+2DS	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal
		Desnutrición crónica	Talla/edad: <-2DS a -3DS	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal
		Desnutrición aguda	Peso/talla: <-2DS a -3DS	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal
		Desnutrición global	Peso/edad: <-2DS a -3DS	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal
		Desnutrición severa	Peso/talla: < -3DS	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal

3.-MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

PAZ Ricardo, et colab. 2011. **Lactancia materna vs nuevas fórmulas lácteas artificiales: evaluación del impacto en el desarrollo, inmunidad, composición corporal en el par madre/niño.** Bolivia. Artículo de investigación. Objetivo: determinar los efectos de la lactancia materna y fórmulas artificiales en el estado nutricional del par madre-niño/a, desarrollo psicomotor, inmunidad. Tipo estudio: descriptivo, comparativo, transversal; realizado en la consulta externa del Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel. Resultados: De 1174 pares madres/niños(as), 265 recibieron lactancia materna exclusiva, 104 fórmula artificial, 805 niños recibieron otros alimentos. En la evaluación antropométrica los niños que fueron alimentados con fórmula artificial eran ligeramente más pesados y con menor talla. Mientras los niños que fueron alimentados con lactancia materna exclusiva presentaron un mayor incremento de peso en relación a la talla con un intervalo de confianza del 95%. Conclusiones: La Leche materna beneficia al niño/a y a la madre. El acto de mamar, la relación madre-niño al parecer perenniza la especie humana saludable. ⁽⁹⁾

GUTIÉRREZ Horacio. 2012. **Lactancia materna prolongada y alimentación artificial, su relación con la ganancia de talla durante el segundo semestre de vida.** México. Artículo de investigación. Objetivo: determinar la relación de la lactancia materna exclusiva y prolongada más allá del sexto mes, con el incremento de talla a los doce meses. Tipo de estudio: descriptivo y comparativo. Muestra: 80 recién nacidos. Resultados: en la lactancia materna los percentiles para talla al 6° mes fueron de 60.3 ± 28 y a los 12 meses fueron de 40.4 ± 25 , en los percentiles

peso/talla al 6º mes fueron de 42.8 ± 22 y a los 12 meses 35.1 ± 22 . En la lactancia artificial los percentiles para talla al sexto mes es de 59.2 ± 21 ; a los 12 meses es 49.3 ± 25 . En los percentiles de peso/talla a los 6 meses es 32.3 ± 24 y a los 12 meses es de 25.2 ± 21 . Conclusión: la lactancia materna exclusiva y prolongada hasta los 12 meses de edad afecta negativamente la ganancia de talla en el segundo semestre vida. ⁽¹⁰⁾

FUENTES Nora. 2014. **Lactancia materna exclusiva y estado nutricional de pacientes de 0 a 6 meses**. Guatemala. Tesis para obtener el grado de maestría en pediatría. Objetivo: evaluar los efectos de la lactancia materna exclusiva durante seis meses sobre el crecimiento del niño. Tipo de estudio: descriptivo documental. Muestra: 139 pacientes Niños de 0 a 6 meses de edad que consultan a Pediatría de Hospital General San Juan De Dios. Resultados: presentan estado nutricional normal el 42.3%, desnutrición leve 33.8%, desnutrición moderada 16.9%, desnutrición severa 1.69%; por otra parte 5.48% con sobrepeso y 0% con obesidad. Al realizar la sumatoria de los pacientes con algún grado de desnutrición el porcentaje es mayor (52.6%) en la muestra estudiada. Conclusión: la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida no es suficiente para lograr un adecuado estado nutricional, se considera que este resultado se ve influenciado por las diferentes patologías que presentaron los niños en el momento de consulta, su nivel socioeconómico, nutrición materna, etc. ⁽¹¹⁾

BASAIN José, et colab. 2015. **Duración de lactancia materna exclusiva, estado nutricional y dislipidemia en pacientes pediátricos**. Cuba. Artículo de investigación. Objetivo: determinar el estado nutricional y las alteraciones lipídicas en pacientes pediátricos según la duración de la lactancia materna exclusiva. Tipo de estudio

descriptivo, de corte transversal, en 50 pacientes. Resultados: de los 42 pacientes que abandonaron precozmente la lactancia materna exclusiva, el 81% presentó malnutrición, y el 74% hipertrigliceridemia. Conclusión: resulta insuficiente la promoción de la lactancia materna exclusiva, expresada por la sustitución artificial de ésta a medida que el niño transcurre por los primeros 6 meses de vida. ⁽¹²⁾

CHOQUE María del Carmen. 2015. **Tipos de lactancia y estado nutricional en lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno – 2014**. Puno-Perú. Tesis para obtener licenciatura en enfermería. Objetivo: determinar la relación de los tipos de lactancia con el estado nutricional en lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno - 2014. Tipo de estudio: descriptivo, transversal. Muestra: La población estuvo constituida por 151 recién nacidos. Resultados: el 75% de lactantes recibe lactancia materna exclusiva, el 16,7% lactancia mixta y el 8,3% lactancia artificial. En cuanto a la relación del tipo de lactancia con el estado nutricional; según el índice peso/edad el 94,4% tienen peso normal, el 91,7% tienen talla adecuada; según el índice peso/talla el 88,9% tiene su estado nutricional adecuado. El 8,3% de lactantes tienen talla baja recibiendo lactancia artificial y lactancia mixta; y 5,6% tiene obesidad. Conclusión: Se afirma la relación directa entre los tipos de lactancia y el estado nutricional de los lactantes de 6 meses porque los indicadores que miden el estado nutricional con respecto al peso/edad, talla/edad, peso/talla se relacionan con el tipo de lactancia que recibe el lactante. ⁽¹³⁾

ARGOTE Deysi, et colab. 2015. **Relación del tipo de lactancia y el estado nutricional de los niños menores de seis meses – C.S. Chilca 2014**. Huancayo –

Perú. Tesis para optar el título profesional de licenciatura en enfermería. Objetivo: determinar la relación que existe entre el tipo de lactancia y el estado nutricional de los niños menores de 6 meses. El tipo de estudio: descriptivo, correlacional de corte transversal, el diseño de la investigación fue un estudio no experimental, método observacional. Muestra: constituida por 68 niños menores de 6 meses que asisten a sus controles de Crecimiento y Desarrollo al C.S. Chilca. Resultados: La mayoría de los niños (62) se encuentran normales, 6 de ellos están con desnutrición; en el indicador talla/edad, 52 niños tienen estado nutricional normal y 16 niños con talla baja; el indicador en peso/talla la mayoría de los niños (53) se encuentran con estado nutricional normal, 9 niños se encuentran con obesidad o sobrepeso y 6 niños padecen desnutrición aguda. Conclusión: Existe una relación significativa entre el tipo de lactancia y el estado nutricional de los niños menores de seis meses, comprobado por la prueba V de Cramer con un valor de 0,679, es decir que los niños que reciben lactancia materna exclusiva tienen un estado nutricional normal. ⁽¹⁴⁾

SOLANO Grecia 2016. **Relación entre la lactancia materna exclusiva y mixta, y el estado nutricional en niños de 1, 3 y 6 meses.** Tesis para obtener bachillerato de medicina. Trujillo-Perú. Objetivo: determinar la relación entre el estado de nutrición en niños de 1, 3 y 6 meses y el tipo de lactancia. Tipo de estudio: transversal, comparativo, descriptivo. Muestra: se trabajó con 150 niños del centro materno infantil santa Lucia de Moche. Resultados: en el grupo de lactancia materna el índice talla/edad se encuentra en 13,3% con valores $>+2DE$ al sexto mes, en el indicador peso/talla el 46,7% de niños tienen sobrepeso y 12% son obesos al sexto mes. Existe una relación significativa para el índice peso/talla entre la lactancia materna y el estado nutricional según la Chi-cuadrado. Conclusión: lo niños con lactancia materna

exclusiva se encuentran con valores normales; 46,7% tienen sobrepeso y 12% son obesos al sexto mes de vida. ⁽¹⁵⁾

PAUCAR Rossany, et colab. 2016. **Lactancia materna y estado nutricional del lactante de tres a seis meses, Centro de Salud Chequen, Chepén.** La Libertad – Perú. Tesis para optar el título de licenciatura en enfermería. Objetivo: establecer la relación entre tipos de lactancia materna y el estado nutricional de los lactantes de 3 a 6 meses. Tipo de estudio: descriptivo, correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 171 madres. Resultados: el 56.7% de las madres de lactantes de 3 a 6 meses brindan lactancia materna exclusiva, el 25.2% lactancia mixta y el 18.1% lactancia artificial; de acuerdo al estado nutricional el 78.4 % de los lactantes presenta un estado nutricional normal, seguido de 12.8% que presenta sobrepeso/obesidad, el 7.6% talla baja y solo 1.2% presenta desnutrición. ⁽¹⁶⁾

FERNÁNDEZ Cristina. 2017. **Asociación entre tipo de lactancia, sobrepeso y obesidad al año de edad, Policlínico “El Porvenir”.** Trujillo-Perú. Tesis para obtener el título de médico cirujano. Objetivo: Determinar la asociación de la lactancia mixta con una mayor proporción de lactantes con sobrepeso–obesidad en comparación con la lactancia materna exclusiva. Método: estudio analítico, seccional, transversal, y observacional. La población de estudio estuvo constituida por 104 lactantes de un año hasta 11 meses 29 días de edad. Resultados: Los lactantes que recibieron lactancia mixta tuvieron más riesgo de presentar sobrepeso-obesidad, al año de edad en comparación con los lactantes que recibieron lactancia materna exclusiva. Conclusión: Existe asociación entre el tipo de lactancia, sobrepeso y

obesidad al año de edad. El grupo de lactantes que recibió lactancia mixta tuvo más riesgo de presentar sobrepeso–obesidad, al año de edad. ⁽¹⁷⁾

MORALES Liz. 2017. **Eficacia de la lactancia materna exclusiva en el estado nutricional del niño**. Lima-Perú. Tesis de segunda especialidad. Objetivo: Sintetizar evidencias sobre la eficacia de la lactancia materna exclusiva en el estado nutricional en el niño. Tipo de estudio: revisiones sistemáticas, meta-análisis; un estudio experimental, descriptivo y transversal. Resultados: Del total de artículos analizados el 90% afirma que, sí existe una eficacia entre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional del niño, ya que protege al niño de padecer obesidad hasta la adolescencia, menor riesgo de morbimortalidad en el menor de 5 años. Conclusión: La lactancia materna exclusiva favorece un adecuado estado nutricional en aquellos niños a quienes se les brinda en el tiempo y forma adecuada. ⁽¹⁸⁾

MOSQUEIRA Katiuzka. 2017. **Estado nutricional del lactante de uno a seis meses en relación al tipo de lactancia en el Centro de Salud Progreso 2016**. Chimbote - Perú. Tesis de titulación. Objetivo: determinar el estado nutricional del lactante de uno a seis meses en relación al tipo de lactancia, atendidos en el Centro de Salud Progreso I-4, MINSA de Chimbote - 2016. Tipo de estudio: estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico, en 284 lactantes de 1 a 6 meses. Resultados: 3 lactantes (1,06%) con desnutrición aguda, 5 lactantes (1,76%) con desnutrición global, 22 lactantes (7,75%) con desnutrición crónica, sobrepeso en 51 casos (17,96%), obesidad en 23 lactantes (8,10%) y 180 lactantes con estado nutricional normal, que representa el 63,38%. Se encontró que la lactancia materna exclusiva, se practicó en 146 lactantes (51,41%), la lactancia mixta en 96 lactantes (33,80%) y la

lactancia artificial en 42 lactantes (14,79%). El estudio concluye afirmando que el estado nutricional es principalmente el eutrófico, se concluye además que no existe asociación significativa entre el tipo de lactancia y la presencia de alguna forma de desnutrición, pero la lactancia materna exclusiva favorece en un mayor porcentaje el estado nutricional normal que los otros tipos de lactancia. ⁽¹⁹⁾

3.2 BASES TEÓRICAS

A) LACTANCIA

Definición

Es un conjunto de actividades que permite al lactante ser alimentado en los primeros meses vida, éste periodo se inicia al momento del parto, donde el recién nacido se alimenta de la leche materna, leche de vaca o leche artificial (lactancia artificial) y recibe su alimento a través de seno materno y/o biberones; este periodo finaliza progresivamente hasta más de un año, acompañado de alimentos sólidos. ⁽²⁰⁾

A.1 LACTANCIA MATERNA: la lactancia natural es un soporte fundamental para el crecimiento del lactante, ya que proporciona nutrientes mediante la leche materna, secreción láctea producida por las glándulas mamarias de la mujer; siendo un alimento primordial para el lactante durante los primeros meses de vida que se adapta en cada momento a sus necesidades del lactante. ⁽²¹⁾ Además para conseguir la lactancia materna se quiere diferentes prácticas como la técnica de amamantamiento, el contacto piel a piel entre la madre y el niño. Así mismo, la lactancia materna a través del contacto de madre – niño, contribuye con el desarrollo de la personalidad del lactante y tiene, otros beneficios como psicológicos, antiinfecciosas,

inmunológicos, económicos y, fisiológicos para el niño, la madre, y la familia en general.⁽²²⁾

Lactancia materna exclusiva (LME): La Organización Mundial de la Salud define a la lactancia materna exclusiva como la forma de aportar nutrientes al lactante únicamente con la leche materna durante los primeros 6 meses de vida, ya que, aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre.⁽¹⁾ Es precisamente este tipo de leche que tiene el recién nacido está adaptado y preparado a su metabolismo y su sistema digestivo para asimilarla.⁽²³⁾ Cuando nace, el niño pierde la seguridad del interior materno y se establece un vínculo con su madre y, por intermedio de esta con su padre; este primer vínculo es llamado el vínculo primario, que es la base de todas las demás relaciones que se establecen en la vida y de la construcción de las metas del desarrollo humano, integral y diverso. La lactancia materna facilita la construcción sólida de este vínculo.⁽²²⁾

A.1.1 Fisiología de la lactancia materna: la síntesis de leche y su secreción comienzan más o menos al 5° mes del embarazo, pero las cantidades copiosas se producen solo después del parto. La producción de leche materna depende en gran medida de la secreción de prolactina por la hipófisis anterior, a la cual rige el hipotálamo. Este último controla la secreción de prolactina mediante el factor inhibidor de prolactina, que probablemente es la dopamina.⁽²⁴⁾

La leche se extrae de la glándula por medio de la succión, estimulando la prolactina. La prolactina estimula la producción de leche por medio de las células del alveolo mamario, este aumento en el volumen de la producción láctea sucede alrededor de tres días después del parto y se conoce como

lactogenia. ⁽²⁴⁾

A.1.2 Técnica de amamantamiento: El comienzo del amamantamiento es el periodo de mayor importancia en todo el proceso de la lactancia. En el análisis de la técnica del amamantamiento hay que tener en cuenta el tiempo en que inicie, la frecuencia con que se continúe, la eficacia del niño para pedir el pecho, su posición al pegarse, succionar y retirarse del pecho, y el tiempo total que succiona. ⁽²²⁾

A.1.2.1 Frecuencia: La primera lactancia debe ser en las primeras horas de vida, y las siguientes a libre demanda, según la necesidad del niño. Se estima que no deben pasar más de tres horas entre toma y toma. ⁽²⁵⁾ Cuanto más frecuente es la succión, más aumentará la producción láctea. ⁽²²⁾ A partir del 2º mes, el infante comienza a autorregularse y el intervalo entre las tomas puede establecerse entre 3 a 4 horas. ⁽²⁵⁾

A.1.2.2: Duración: En la duración para el vaciado del pecho, no existe un patrón de alimentación para el lactante, a algunos le puede bastar unos 10 minutos y a otros 30 minutos. La mayoría de los lactantes reciben el 50% de la toma en los 3 primeros minutos y hasta 80-90% a los 7-8 minutos. Cuando se realiza el vaciado completo del pecho se pasa al otro por otros 10 minutos o más minutos; en la toma siguiente comenzará con la mama que se utilizó en último lugar para lograr un vaciado completo. Cuando haya terminado se pondrá al niño en la posición adecuada para que expulse el aire que ha deglutido durante la toma. ⁽²⁵⁾

A.1.2.3 El agarre: El lactante debe estar en una posición decúbiteo lateral, con su abdomen contra el de la madre, de tal forma que quede mirando el seno

materno. ⁽²²⁾ Para garantizar un enganche se debe asegurar que el pezón se dirija hacia el paladar del niño y que sus labios queden evertidos, con ángulo de apertura de 160°, con la lengua entre la encía inferior y el pezón. ⁽²⁶⁾ No es necesario sujetar la mama, pero si se realiza, se debe colocar los dedos y la palma de la mano debajo del pecho y el pulgar en la parte superior. ⁽²⁷⁾

Para retirarlo del pecho, la madre debe introducir su dedo entre las encías del niño para disminuir la presión del interior de la cavidad; por ningún motivo se debe retirar al lactante permitiendo que estire el pezón. ⁽²²⁾

A.13. Tipos de leche materna: existen diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria; son el calostro, leche de transición, leche madura y leche del destete. ⁽²¹⁾

a) Calostro: el calostro se produce durante los primeros días después del parto. Es un líquido amarillento, seroso y de consistencia viscosa; contiene menor cantidad de lactosa, grasas y vitaminas hidrosolubles; y contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), y sustancias inmunológicas, carotenos y algunos minerales como el sodio y el zinc. ⁽²¹⁾ El betacaroteno le confiere el color amarillento y sodio, un sabor ligeramente salado. El calostro contiene gran cantidad de inmunoglobulina, impidiendo de este modo la implantación de gérmenes patógenos ⁽²⁶⁾ junto a la lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos, confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes y alérgenos del medio ambiente. ⁽²¹⁾ El calostro también tiene efecto laxante ayudando al recién nacido a eliminar el meconio, disminuyendo la presentación de ictericia fisiológica del recién nacido. ⁽⁵⁾

b) Leche de Transición: es la leche que se produce entre cuarto y el 15° día postparto. ⁽²¹⁾ Es más opalescente en su aspecto y, excepto por el mayor contenido de fósforo, tiene una composición que representa una progresión entre el calostro y la leche madura; esa progresión continúa durante el 1° mes de vida del niño. ⁽²⁴⁾ La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. ⁽²¹⁾

c) Leche Madura: Es un líquido blanquecino, ligero, algo oleoso, más alto en contenido de grasa y lactosa que el calostro y con menor cantidad de proteínas que éste, más minerales y vitaminas liposolubles y elementos inmunológicos. ⁽²⁴⁾ Tiene una gran variedad de elementos; el volumen promedio de la leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los seis primeros meses postparto, y aproximadamente 500 ml/día en el 2° semestre. Aporta 75 Kcal/100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un niño, producirá un volumen (700 a 900ml) suficiente para cada uno de ellos. ⁽²¹⁾

A.1.4 Composición de la Leche Materna: La leche humana no es sólo un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo (modificando su composición y volumen) y que facilita su adaptación a la vida extrauterina. Tiene una gran complejidad biológica. ⁽¹⁸⁾ Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene oligoelementos, enzimas y hormonas. ⁽²¹⁾

- a) Agua:** Contiene 88% de agua y su osmolaridad es de 286 mOs, semejante a la del plasma, lo que le permite mantener un perfecto equilibrio electrolítico. ⁽²⁸⁾
- b) Proteínas:** La leche humana posee una concentración mínima de proteínas, sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento de niño. La proteína de la leche humana está compuesta de 40% de caseína y 60% de proteínas de suero. La caseína de la leche humana está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio. La proteína del suero son, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas. ⁽²⁸⁾
- c) Hidratos de Carbono:** De los carbohidratos, la lactosa constituye 95%, el resto lo forman pequeñas cantidades de galactosa, oligosacáridos y fructosa.⁽²⁴⁾ El principal hidrato de carbono es la lactosa, disacárido compuesto de glucosa y galactosa; la lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino, aporta el 40% de energía requerida por el infante, además favorece la absorción de hierro y promueve la colonización del tracto digestivo del lactante por *Lactobacillus bifidus*; la galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central. ⁽²⁴⁾ La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción de calcio, hierro y promueve la colonización intestinal con el *Lactobacillus bifidus*, flora microbiana fermentativa que, al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y

parásitos. Esta flora produce los ácidos grasos de cadena corta a nivel intestinal, con rol nutricional sobre el colon, como la fibra en el adulto. El crecimiento del lactobacillus es promovido por el factor bífido, un carbohidrato complejo con contenido de nitrógeno, que no está presente en los derivados de leche de vaca. De ahí que los suplementos alimentarios dados en los primeros días de vida interfieren con este mecanismo protector. ⁽²⁴⁾

d) Grasas: El calostro de la leche de pre término tiene de 1 a 2 g/dl de lípidos. A los 15 días de lactancia, estos se incrementan a 4 o 4.5 g/dl, formados en su mayor parte por triglicéridos que contienen hasta 57% de ácidos grasos poliinsaturados y puede cubrir 50% del requerimiento energético del lactante.⁽¹⁵⁾ La grasa, junto con el volumen, es el componente más variable de la leche humana. Las concentraciones de grasa aumentan desde 2g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto. En adelante siguen siendo relativamente estables, pero con bastantes variaciones individuales, tanto en el contenido total de grasa como en la composición de los ácidos grasos. Hay fluctuaciones diurnas, con más concentración de grasa después del mediodía. ⁽²⁴⁾También hay importante variación dentro de una misma mamada, siendo la segunda leche 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Se cree que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de

prematuros, ya que la leche del final tiene más calorías. La concentración de grasa en la leche es característica de la glándula, pero también se relaciona con el incremento de peso durante el embarazo que determina el tejido adiposo depositado. Este factor tiene influencia marginal en los primeros tres meses pero posteriormente la diferencia es significativa. La grasa de la leche humana es secretada en glóbulos microscópicos que son más pequeños que la de leche de vaca. La membrana globular está compuesta de fosfolípidos complejos. El interior del glóbulo está formado por monoglicéridos, diglicéridos, triglicéridos, ácidos grasos libres, glicolípidos, fosfolípidos y esteroides. La composición de los ácidos grasos de la leche humana varía según la dieta del embarazo y durante la lactancia. ⁽²⁴⁾

- **Ácidos Grasos:** el araquidónico y el docosahexaenoico forman parte de los fosfolípidos de las membranas celulares, en la mielinización de las fibras nerviosas y en la maduración de la retina. Se forman a partir de los ácidos grasos esenciales: linoleico y linolénico respectivamente. Estos últimos se obtienen de la dieta de la madre, tanto durante el embarazo, por el tejido adiposo que se moviliza, como durante la lactancia. ⁽²¹⁾ A pesar de que los ácidos linoleico y linolénico se ven afectados por la dieta de la madre y por la composición de su grasa corporal, toda leche humana es rica en estos ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga. ⁽²⁸⁾

e) **Vitaminas:** La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre.

En las hidrosolubles influye la dieta reciente, en las liposolubles la reciente y los depósitos ⁽²⁸⁾

- **vitamina A:** el betacaroteno, es un potente antioxidante. En el calostro es el doble que en la leche madura. ⁽²¹⁾
- **vitamina K:** La vitamina K permite la síntesis de varias proteínas en el hígado. La concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal. ⁽²⁸⁾
- **vitamina E:** El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E. ⁽²¹⁾
- **vitamina D:** La leche materna contiene suficientes vitaminas, la excepción es la vitamina D (0,15 mg/100 ml). ⁽²⁷⁾ Esta vitamina no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz solar. El lactante requiere ser expuesto a la luz del sol para generar vitamina D endógena, si esto no fuera posible, requerirá suplementación. Siendo necesaria para absorción del calcio y del fósforo. ⁽²⁹⁾
- **vitamina C:** Interviene en la formación e integridad de los tejidos, en especial en el tejido conectivo y vascular. Aumenta la absorción del hierro. Los prematuros pueden presentar tirosinemia transitoria y, por tanto, requerir mayor cantidad (35 a 60 mg/día) de vitamina C.

Las concentraciones de niacina, ácido fólico y ácido ascórbico, son más altas en la leche humana que en la leche de los mamíferos rumiantes. ⁽²¹⁾

f) Minerales: La leche humana tiene todos los minerales que necesita el lactante. Sus concentraciones son más bajas que en los sucedáneos, pero tienen excelente coeficiente de absorción. Su contenido no se modifica sustancialmente por la dieta materna. ⁽²⁸⁾

- **Hierro:** El hierro de la leche humana tiene una excelente biodisponibilidad. Se absorbe en un 49 a 50%. Esta biodisponibilidad se debe a la acidez del tracto digestivo, a la presencia de niveles adecuados de Zinc y Cobre, a la lactoferrina (que impide que el hierro esté disponible para las bacterias intestinales liberándolo sólo cuando los receptores específicos se unen a la transferrina, son factores importantes para aumentar la absorción del hierro) y a la ferritina presentes en la leche humana. ⁽²¹⁾ Entre los niños alimentados con lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida es muy rara su carencia. Sin embargo, los pretérminos necesitan aportes suplementarios de hierro de 2- 4 mg/kg/día. ⁽²⁸⁾

- **Calcio - Fosforo:** La relación entre el calcio y el fósforo en la leche humana es de 2:1, lo que favorece su absorción (se absorbe el 75% del calcio ingerido). La leche de vaca tiene una mayor proporción de fósforo, lo que explica la hipocalcemia neonatal, siendo común en los lactantes alimentados artificialmente. La disponibilidad en la leche de vaca disminuye también por la formación de jabones de calcio

insolubles en el intestino, los cuales pueden llegar a causar obstrucción intestinal. ⁽²⁸⁾

- **Zinc:** el zinc está presente en relativa baja concentración, pero su biodisponibilidad y absorción es elevada, suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre. ⁽²¹⁾
El zinc es esencial para la estructura y funcionamiento de las enzimas, para el crecimiento y el desarrollo de la inmunidad celular. ⁽²⁹⁾

A.2. Lactancia artificial: es la forma de alimentación opcional del lactante cuando la lactancia materna no es posible. El término “fórmula láctea infantil” se emplea para designar productos destinados a la alimentación de los lactantes, adecuados para sustituir total o parcialmente a la leche humana, que deben cubrir las necesidades nutritivas en esta etapa de la vida. Se utilizan fórmulas lácteas procedentes de la leche de vaca, intentando conseguir un alimento lo más parecido posible a la leche de mujer. ⁽²⁵⁾ La mal llamada “*leche maternizada*”, son leches en polvo modificado que se utilizan en lactantes normales; antes de transformarla, se realiza una dilución parcial para disminuir la cantidad de proteínas y grasas, así asemejarla a la leche materna, añadiendo lactosa. ⁽²⁵⁾

A.2.1. Leche de vaca: La leche artificial comercial para lactantes es elaborada a partir de leche de vaca o productos de soja industrialmente modificados. Durante el proceso de manufactura, las cantidades de nutrientes son ajustados para hacerlos más comparables a la leche materna. Sin embargo, las diferencias cualitativas en relación a la grasa y proteínas no pueden ser modificadas, por lo que la ausencia de factores anti-infecciosos y bioactivos se mantiene. La leche artificial comercial en polvo para lactantes no es un

producto estéril y puede ser insegura. ⁽²⁹⁾ La leche humana difiere de la leche vacuna en muchos de sus componentes (electrolitos, vitaminas, carbohidratos, proteínas, grasas,) y en su absorción. A diferencia de lo que ocurre con la leche vacuna, el principal componente proteico de la leche humana es el suero (lactoalbumina alfa) con un cociente suero/caseína (globulina beta) de 80:20, así la leche humana proporciona más contenido de taurina y cistina, y menos tirosina y fenilalanina que la fórmula de leche vacuna. La lactoglobulina beta es la principal proteína de la leche de vaca y la caseína de la leche humana es diferente de la que contiene la de vaca. La urea sanguínea y la osmolaridad del plasma son mayores en los niños alimentados con leche de fórmula. En la leche humana hay menos ácidos grasos de cadena larga volátiles. El mayor contenido de grasas y lactosa con cantidades menores de caseína y cenizas de la leche humana pueden hacer que esta sea más digerible para el lactante. La leche humana contiene casi 4 veces menos sodio que la de vaca y también menos potasio, calcio, fósforo y cloruro. El contenido de sodio es variable, puede ser mayor cuando la madre tiene fibrosis quística o mastitis. La causa del aumento del contenido de sodio no se ha definido, pero puede causar que un niño alimentado al seno llore por sed. Si la madre es vegetariana, el niño puede presentar una deficiencia de vitamina B12. La leche humana contiene menor cantidad de vitaminas K y D, pero ambas como el calcio se absorben mejor, es muy poco probable que un niño alimentado completamente con leche humana presente raquitismo. Estudios recientes demuestran que el contenido de hormonas intestinales y de prostaglandinas de la leche humana es muy diferente al de la leche de vaca y esto puede explicar en parte mayor

número y consistencia disminuida de las evacuaciones de los niños alimentados al seno. ⁽²⁴⁾ La leche no materna es menos digestiva, el estómago del lactante se tarda en vaciar de leche artificial unas tres horas y tan sólo una y media hora en el caso de leche materna. Así mismo, se ha descrito un retraso en la eliminación de meconio y una mayor frecuencia de reflujo gastroesofágico en los niños alimentados con biberón. ⁽²⁸⁾

A.2.2 Tipo de fórmula

- a. Fórmula de inicio:** Debe cubrir por completo las necesidades del lactante sano hasta los 6 meses de edad, aunque puede utilizarse hasta cumplir los doce meses, siempre que vaya acompañada de la alimentación complementaria. Se obtiene a partir de la leche de vaca en la que se han realizado modificaciones para adecuarla al niño. ⁽²⁵⁾
- **Hidratos de carbono:** la lactosa debe ser el componente mayoritario, aunque se admiten pequeñas cantidades de glucosa y dextrinomaltosa. No debe contener almidón ni otros espesantes. En algunas fórmulas se sustituye la lactosa por polímeros de glucosa o dextrinomaltosa, con menos osmolaridad y que no dependen de la lactasa para su absorción adecuado en el intestino del lactante. ⁽²⁵⁾
 - **Proteínas:** deben tener un valor biológico no menor del 80% de la caseína o un índice químico de al menos el 80% de la leche humana. La relación seroproteínas/caseína debe ser 60/40%. El componente principal es la beta-lactoglobulina, mientras que en la leche humana es la alfa-lactoalbúmina. ⁽²⁵⁾

- **Grasas:** su composición debe ser la adecuada para conseguir una absorción del 85%. La mezcla de grasa animal y vegetal debe intentar conseguir un acidograma similar al de la leche de mujer. El ácido linoleico debe aportar del 3-6% de la energía total. Se aconseja mantener la proporción ácido linoleico/ alfa linolénico entre 5 y 15. El ácido oleico debe representar el 40% de los ácidos grasos totales. ⁽²⁵⁾
 - **Minerales y oligoelementos más importantes:** el calcio (Ca) y el fósforo (P) deben tener un valor mínimo en la fórmula de 40 mg/100 ml y 20 mg/100 ml respectivamente, con una relación Calcio/fósforo de 1,8-2, para favorecer la absorción de ambos minerales. En cuanto al hierro se recomienda una concentración de 0,7mg/100 ml. Se aconseja un aporte de Zinc de 0,2-0,6 mg/100ml y un aporte de Cobre y Magnesio similar al que tiene la leche humana. Con relación a las vitaminas los distintos comités de nutrición asumen las recomendaciones del Codex Alimentos. ⁽²⁵⁾
- b. Fórmula de continuación:** Están diseñadas para su empleo a partir de los cuatro y seis meses de edad y siempre formando parte de un régimen alimentario mixto. Se pueden utilizar hasta los tres años de edad. En cuanto a la composición no se definen unos límites estrictos para el contenido energético (60-85 kcal/100ml), porque el niño ya recibe alimentos distintos de la leche. La cantidad de proteínas debe oscilar entre 2,1-3,1 g/100 ml. No es necesario modificar la relación caseína/ proteínas del suero de la leche de vaca (80/20). El valor biológico de la proteína no debe ser inferior al 85% de la caseína. La cantidad total de hidratos de

carbono estará comprendida entre 5,7-8,6 g/100ml. El hidrato de carbono predominante será la lactosa, aunque se permite añadir dextrinomaltosa, almidón, harinas, fructosa (20% como máximo) para que la lactosa favorezca la biodisponibilidad del calcio. Con relación a las grasas, la cantidad total es de 2-4 g/100 ml. No hay razón para sustituir totalmente la grasa láctea por grasa vegetal, ni para suplementar con ácidos grasos esenciales, ya que en esta etapa ya se aportan con otros alimentos. Cuando una fórmula tiene grasa vegetal el contenido de ácido linoleico no será inferior a 300mg/100kcal. La leche de continuación debe ser enriquecida con calcio (800 mg/L), con una relación Calcio/Fósforo entre 1 y 2. Debe suplementarse con hierro, con sales ferrosas que se toleran mejor.⁽²⁵⁾

A.3. Lactancia mixta: La lactancia mixta es la combinación de la lactancia materna con la artificial; es la utilización simultánea de las dos. Puede darse el caso de que al cabo de unos meses de alimentar al bebé con leche materna, la mamá tenga una insuficiente producción de leche (hipogalactia) siendo la más significativa y sucede a la 2º y 3º semana después del nacimiento, lo que está relacionado con el no inicio temprano de la lactancia, los errores de técnica, la introducción del biberón y de otros alimentos, la débil succión y el vaciamiento incompleto de las mamas o simplemente algún problema de tipo psicológico que le impida dar la cantidad de leche necesaria. Por estas u otras razones, es necesario añadir leche de fórmula en alguna toma del día. Esta es difícil de mantener durante un largo periodo de tiempo, ya que el lactante prefiere la tetina del biberón por la facilidad con la que puede succionar el alimento y esto hace que incluso pueda llegar a rechazar el pecho. Además, la falta de

estimulación en los pechos por la succión del lactante hace que cada vez la producción de leche sea menor. ⁽³⁰⁾

B) ESTADO NUTRICIONAL

Definición

Es la medición del grado en el cual se están cumpliendo las necesidades fisiológicas de nutrimentos del individuo, así mismo es la traducción corporal del equilibrio entre el consumo de nutrimentos y las necesidades que de éstos tiene una persona, ⁽³¹⁾ siendo la nutrición un proceso complejo que aborda la digestión, absorción, asimilación y excreción, ⁽²²⁾ además influyen elementos que modifican ambos componentes como la genética, y otros factores aun no suficientemente aclarados. ⁽²⁵⁾

B.1. Mediciones Antropométricas: La antropometría mide la forma y el tamaño del cuerpo y brinda información sobre las dimensiones de algunos elementos relacionados con la composición corporal. ⁽³³⁾ De todas las mediciones corporales posibles, cabe destacar por su importancia en la valoración de la nutrición, el peso, la estatura y los perímetros para estimar la composición corporal. ⁽³¹⁾ En la niñez, las curvas percentiles de crecimiento en peso y estatura valoran los cambios que ocurren en estas mediciones a lo largo del proceso evolutivo, para conocer la estatura para la edad, el peso para la edad, así como también la relación del peso con respecto a la estatura. Aunque durante la evolución estas mediciones mantienen entre ellas cierta relación, su significado es diferente: según que el crecimiento haya ocurrido de manera normal o haya habido alguna causa que da lugar a una disminución en la velocidad del crecimiento

corporal ⁽³¹⁾ Según indicadores antropométricos en el infante, se utilizarán los siguientes indicadores según el peso y la talla.

b.1.1 Peso para la Talla: también definida como el estado nutricional actual en los infantes mayores de ≥ 29 días a < 5 años. ⁽³³⁾ Así mismo valora la relación del peso obtenido de un sujeto de una talla determinada de estas medidas, independientemente de la edad. ⁽²⁵⁾ El peso corporal mide el desarrollo de la masa total del cuerpo y es la medida de uso común por la relativa sencillez de su obtención. La talla mide el crecimiento en longitud del cuerpo y en su magnitud influyen bastante los factores genéticos. ⁽³⁰⁾ Es muy práctica y de gran ayuda para detectar precozmente la malnutrición aguda y la obesidad. ⁽²⁵⁾ Este indicador se afecta por las mismas situaciones clínicas que son descritas en el indicador peso para la edad. ⁽³²⁾

b.1.2 Peso para la Edad (P/E): también definida como el peso global del infante que comprende de ≥ 29 días a < 5 años. Así mismo es la relación que existe entre el peso corporal, siendo la medida más sensible para juzgar su condición nutricional, traduciendo el volumen de masa corporal a una edad determinada. ⁽³¹⁾ Se utiliza para diagnosticar y cuantificar la desnutrición actual o global y el sobrepeso. ⁽³²⁾

Es sensible, fácil de obtener y susceptible de modificarse rápidamente en situaciones de déficit nutricional; el indicador puede ser interpretado de forma errónea cuando existen causas que producen fluctuaciones de peso como visceromegalia, amputación, existencia de un tercer espacio. ⁽³²⁾

b.1.3 Talla para la Edad (T/E): llamado también como el crecimiento longitudinal. Es la relación que existe entre la talla obtenida en un niño determinado y la referencia para su misma edad y sexo (niño o niña). Es un indicador que se modifica a más largo plazo y se usa a nivel poblacional para el diagnóstico de la nutrición pasada o crónica, señalando una talla alta o baja. ⁽³²⁾

B.2. Clasificación del estado nutricional

b.2.1 Alto: se obtiene de acuerdo al indicador talla/edad cuando el punto se ubica por encima de +2DS. ⁽³⁰⁾ La talla de un niño influye en gran medida sus potencialidades genéticas, siempre que sea posible en especial en los casos con talla elevada, será importante relacionar la talla con la de sus padres. ⁽³⁰⁾

b.2.2 Obesidad: se obtiene de acuerdo al indicador peso/talla cuando el punto se ubica por encima de +3DS. ⁽³³⁾ La obesidad es un trastorno nutricional consistente en un incremento excesivo del peso corporal, realizado a expensas del tejido adiposo y en menor proporción del tejido muscular y masa esquelética. ⁽²⁵⁾ El depósito de grasa en exceso es multifactorial; la obesidad se clasifica como una forma de mala nutrición por exceso, básicamente cuantitativa (con un balance energético positivo) y de causa que puede ser primaria, en el caso que el desequilibrio nutricional obedezca a factores ajenos al individuo; secundaria, si el desequilibrio está determinado por una enfermedad de base; y mixta, si ambos factores están presente. El mecanismo mediante el cual se produce el exceso o acumulación de grasa

en el cuerpo es el desbalance energético, o sea un ingreso excesivo de energía en relación con el gasto, lo que se produce por tres mecanismos diferentes: aumento en el ingreso, reducción del gasto y afectación de la regulación del balance energético. ⁽³⁰⁾

b.2.3 Sobrepeso: El sobrepeso es el exceso de peso en relación a su altura del lactante, que se encuentra por encima de los parámetros normales pero por debajo de +3DS y por encima de +2DS. ⁽³³⁾

b.2.4. Normal: Es cuando el lactante o niño tiene el estado nutricional dentro de los parámetros normales, se obtiene cuando el punto se ubica entre de -2DS a +2DS. ⁽³³⁾

b.2.5 Desnutrición: La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. El índice de desnutrición se determina mediante la observación directa, que permite identificar niños demasiado delgados o con las piernas hinchadas, y midiendo la talla, el peso, el perímetro del brazo y conociendo la edad del niño, que se comparan con unos estándares de referencia. ⁽³⁴⁾

b.2.5.1 desnutrición aguda se obtiene de acuerdo al indicador P/T cuando el punto se ubica por encima de -3DS y por debajo de -2DS. ⁽³³⁾ Un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es nueve veces superior que para un infante en condiciones normales. ⁽³⁴⁾

b.2.5.2 bajo peso o desnutrición global: la desnutrición global es cuando un infante tiene el peso disminuido con relación a su edad actual dicho índice se obtiene cuando el punto se ubica debajo de -2DS a -3DS. ⁽³³⁾

b.2.5.3 talla baja o desnutrición crónica: Cuando se dice que un niño tiene “talla baja” significa que su estatura está por abajo de la correspondiente a su edad cronológica. Dicha eventualidad puede ocurrir por el hecho de que sus padres son de estatura baja, o bien porque la velocidad del crecimiento en estatura se haya visto afectada por desnutrición (desmedro): particularmente en etapas críticas del crecimiento, o porque los niños padecen alguna enfermedad de evolución prolongada o algún padecimiento endocrino de índole genético. Cualquiera de estas causas puede explicar la razón del déficit en la estatura. ⁽³¹⁾

La desnutrición crónica presenta un retraso en el crecimiento del niño. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida. ⁽³⁴⁾

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑAS Y NIÑOS DE 29 DÍAS A MENORES DE 5 AÑOS			
Puntos de corte	Talla/Edad	Peso/Talla	Peso/Edad
Desviación estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>+3	-----	Obesidad	-----
>+2	Alto	Sobrepeso	Sobrepeso
+2 a -2	Normal	Normal	Normal
<-2 a -3	Talla baja o desnutrición crónica	Desnutrición aguda	Desnutrición global
<-3		Desnutrición severa	

Fuente: adaptado de Organización Mundial de la Salud (OMS 2006)

3.2.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- a) **Lactancia:** es el periodo en el que el recién nacido se alimenta de la leche materna o leche de vaca o leche artificial (lactancia artificial). Dicho periodo se inicia después del parto; y finaliza progresivamente hasta más de un año, acompañado de alimentos sólidos. ⁽²⁰⁾
- b) **Lactancia materna:** la lactancia natural es un soporte fundamental para el crecimiento del lactante, ya que proporciona nutrientes mediante la leche materna, además para conseguir la lactancia materna se quiere diferentes prácticas como la técnica de amamantamiento, el contacto piel a piel entre la madre y el niño. así mismo la lactancia materna contribuye con el desarrollo de la personalidad del lactante. ⁽²²⁾
- c) **Lactancia materna exclusiva:** es la práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna a partir desde el nacimiento hasta los

primeros 6 meses de vida ya que, aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre.⁽¹⁾

d) Lactancia artificial: Es la forma de alimentación del lactante; cuando la lactancia materna no es posible; la leche de fórmula proveniente de la leche de vaca o soya, es modificada la composición de sus nutrientes para el consumo humano. ⁽²⁵⁾

e) Lactancia mixta: Es la combinación de la lactancia materna con la artificial; es la utilización simultánea de las dos.⁽³⁰⁾

f) Estado nutricional: Es la medición del grado en el cual se están cumpliendo las necesidades fisiológicas de nutrimentos del individuo, así mismo es la traducción corporal del equilibrio entre el consumo de nutrimentos y las necesidades que de éstos tiene una persona.⁽³¹⁾

4.-MATERIALES Y METODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue descriptiva, porque definió a las variables y características de la población en estudio. Fue cuantitativa debido a que se usó la recolección de datos para probar la hipótesis, en base a la medición numérica y el análisis estadístico. ⁽³⁵⁾

Según el tiempo de ocurrencia, el trabajo fue prospectivo porque se registró los datos a medida que transcurrió el tiempo. ⁽³⁵⁾

Por la finalidad de la investigación fue aplicada por que se sustentó en los antecedentes de investigaciones realizadas y de bases teóricas que permitieron

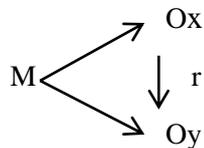
dar respuesta al problema de investigación, así como realizar la contrastación de los resultados que se obtuvo del estudio. ⁽³⁵⁾

Por los medios a utilizar, la investigación fue de campo, porque se estudió los hechos en el lugar donde se produjeron. Así mismo, el estudio fue correlacional porque se buscó evaluar el grado de relación entre las dos variables en estudio. ⁽³⁵⁾

2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación fue no experimental porque, no se manipularon las variables en el estudio; transversal, debido a que la información se recolectó en un período de tiempo y espacio determinado.

Cuyo diagrama es:



Dónde:

M = Muestra

Ox = Tipos de lactancia

Oy = Estado nutricional

r = Relación de las variables de estudio.

2.3 POBLACIÓN O UNIVERSO

2.3.1 POBLACIÓN:

La población estuvo constituida por los lactantes quienes cumplieron 6 meses vida, que en total fueron 60.

Para la selección de los elementos muestrales (unidad de análisis) se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

a) Criterios de inclusión:

- Lactantes de 6 meses que nacieron a término.
- Lactantes de 6 meses que nacieron con un peso adecuado para la edad gestacional.
- Lactantes de 6 meses que hayan cumplido sus nueve controles CRED.

b) Criterio de exclusión

- Lactantes de 6 meses que se encuentran fuera del ámbito local.
- Lactantes de 6 meses migrantes.
- Lactantes de 6 meses hospitalizados.

2.4 UNIDAD DE ANALISIS Y MUESTRA.

2.4.1 Unidad de análisis:

Lactante de 6 meses de edad, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

2.4.2 Muestra:

Muestra: Para el presente estudio se consideró los 60 lactantes de la población, es decir que la muestra fue igual a la población.

2.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Técnicas de recolección de datos.

La técnica que se utilizó para el presente trabajo de investigación fue la encuesta, para la variable independiente (tipo de lactancia), y la observación, para la variable dependiente (estado nutricional).

2.5.2. Instrumentos de recolección de datos.

En la presente investigación, se utilizaron como instrumentos:

a) **Cuestionario:** fue usado para la variable independiente y fue dividida en dos partes

I Parte: En este se consideró los datos del lactante, como género, la fecha de nacimiento. Consta de 9 ítems, mencionando las edades según controles de CRED registrados (2 días, 7 días, 15 días, 1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses) y el tipo de lactancia. Además se considera la lactancia materna exclusiva, lactancia mixta, y lactancia artificial.

II Parte: constó de 20 preguntas divididas por el tipo de lactancia y sus características: la primera fue lactancia materna con 5 preguntas que dió a conocer la técnica de amamantamiento, frecuencia, y el tiempo de amamantamiento; la segunda fue lactancia artificial con 4 preguntas que dió a conocer la forma de alimentación, frecuencia y la cantidad, y por último la lactancia mixta estuvo conformado por 10 preguntas que dió a conocer la técnica de amamantamiento, la frecuencia y el horario de ambos (lactancia materna y mixta), todas estas preguntas con respuestas dicotómicas.

b) **Ficha de evaluación nutricional:** fue usado para la variable dependiente. Donde se recolectó el peso y la talla del lactante, el instrumento fue clasificado por cada indicador peso/talla, peso/edad y peso/talla. Para apoyar la clasificación se usó las gráficas del crecimiento infantil de la Organización Mundial de Salud.

c) **Validez y Confiabilidad:**

Validez: los instrumentos fueron sometidos a una evaluación por 3 jueces de expertos, como se puede observar en el anexo 5; con una puntuación de 4. Se solicitó la opinión de un profesional en enfermería con especialidad en neonatología, una enfermera con conocimientos y experiencia en atención de niños menores de 5 años y un experto en metodología de la investigación.

Confiabilidad: los instrumentos fueron sometidos a un estudio piloto, con una población y en un lugar similar al de la investigación. Para luego determinar la confiabilidad del instrumento empleado, se utilizó el método de Kuder Richardson, para ello se obtuvo un puntaje 0.59, con una fiabilidad de aceptable.

2.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

a. Análisis procedimental

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el software Excel y el paquete estadístico SPSS versión 25.0 para Windows.

b. Análisis descriptivo

Se utilizó el análisis descriptivo, de acuerdo a la necesidad del estudio; determinando la distribución de frecuencias y análisis de variables categóricas. Los resultados se presentaron en tablas estadísticas, se analizó las variables en tablas bidimensionales y tablas de frecuencias.

c. Contrastación de hipótesis :

Para demostrar la relación de la variable del presente estudio, se realizó un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado.

Esta prueba se usó con datos medibles en una escala nominal.

2.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

En todo momento de la investigación se ha tenido en cuenta la práctica de los siguientes principios básicos, planteados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM):⁽³⁶⁾

- Durante el desarrollo de la investigación se consideró el respeto a la autonomía, con la finalidad de salvaguardar la integridad del niño, orientada hacia el bienestar del mismo que debe tener primacía sobre todos los demás intereses (Principio 6)⁽³⁶⁾
- Los participantes de la investigación tuvieron derecho a tomar decisiones informadas, lo cual implica que el investigador describió detalladamente la naturaleza del mismo, puntualizando costos y beneficios potenciales que los guiaron a tomar una decisión razonada sobre su participación. (Principio 24)⁽³⁶⁾
- Se tomó toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la información personal, confidencialidad, estableciendo el compromiso que los datos recolectados no fueron divulgados a personas ajenas o a expertos de valoración y calificación, siendo utilizados sólo para la finalidad de la investigación. (Principio 23)⁽³⁶⁾

- Al realizar la investigación científica se dió la debida importancia a todos los factores que pudieron dañar el medio ambiente. La presente investigación prestó atención a dichos factores. (Principio 13) ⁽³⁶⁾

Para fines de la investigación se consideró los principios de la bioética:

El principio de beneficencia: las madres en este estudio, fueron beneficiados. Este estudio se realizó para plantear algunas soluciones a la relación entre los tipos de lactancia y el estado nutricional. ⁽³⁶⁾

La no maleficencia: la prioridad en toda la investigación, es no cometer daño o perjuicio a los sujetos en estudio. En el estudio se respetó el principio con la reserva de las identidades de las madres y lactantes en los resultados de la aplicación de los instrumentos de medición. ⁽³⁶⁾

El principio de autonomía: las madres de los lactantes tuvieron la libertad de decidir participar en el trabajo de investigación, así mismo tuvieron la libertad de retirarse durante el proceso de la investigación. ⁽³⁶⁾

El principio de justicia: Se aplicó en el sentido de que todas las madres tuvieron las mismas oportunidades de participar en el estudio. ⁽³⁶⁾

5.-RESULTADOS

5.1 Tipos de lactancia relacionada al estado nutricional de lactantes de 6 meses Centro de Salud de Palmira, Huaraz, 2019

Tabla 1. Tipos de lactancia que recibieron los lactantes de 6 meses, Centro de Salud Palmira, Huaraz, 2019.

TIPOS DE LACTANCIA	N	%
Lactancia Materna Exclusiva	28	46.7
Lactancia Artificial	3	5.0
Lactancia Mixta	29	48.3
TOTAL	60	100

En tabla se muestra que 48.3% de lactantes de 6 meses fueron alimentados con lactancia mixta, el 46.7% de los lactantes recibieron lactancia materna exclusiva y el 5% de los lactantes recibieron lactancia artificial.

Tabla 2. Estado Nutricional de los lactantes de 6 meses de edad; Centro de Salud de Palmira, Huaraz, 2019.

ESTADO NUTRICIONAL	N	%
Alto	1	1.7
Obesidad	2	3.3
Sobrepeso	10	16.7
Normal	41	68.3
Desnutrición Global	0	0.0
Desnutrición Severa	0	0.0
Desnutrición Aguda	3	5.0
Desnutrición Crónica	3	5.0
TOTAL	60	100,0

De acuerdo al estado nutricional de los lactantes de 6 meses de edad, 68.3% tienen un estado nutricional normal, el 16.7% de los lactantes tienen sobrepeso; el 5% de los lactantes tienen desnutrición aguda y desnutrición crónica respectivamente, el 3.3% tienen de obesidad, el 1.7% con estado nutricional - alto

Tabla 3. Relación de los tipos de lactancia con el estado nutricional normal en niños de 6 meses; Centro de Salud de Palmira, Huaraz, 2019.

TIPOS DE LACTANCIA	ESTADO NUTRICIONAL – NORMAL				TOTAL
	Si	%	No	%	
Lactancia Materna Exclusiva	25	41.67%	3	5%	28
Lactancia Artificial	1	1.67%	2	3.33%	3
Lactancia Mixta	15	25%	14	23.33%	29
TOTAL	41	68.34%	19	31.66%	60

X²=11.076 P=0.004(P>0.05)

De 28 lactantes de 6 meses que consumieron lactancia materna exclusiva, el 41.67% tienen estado nutricional normal y el 5% de los lactantes no tuvieron un estado nutricional normal. Además 29 lactantes recibieron lactancia mixta, de las cuales, el 25% de los lactantes de 6 meses tienen estado nutricional normal, y el 23.33% de los lactantes no tienen un estado nutricional normal. También, 3 lactantes consumieron lactancia artificial, de los cuales, el 3.33% no tuvieron un estado nutricional normal y el 1.67% de lactantes tiene estado nutricional normal. Comprobando con el valor del Chi cuadrado $X^2=11.076$, $P=0.004(P>0.05)$, se afirma que existe relación del tipo de lactancia y el estado nutricional normal.

Tabla 4. Relación de los tipos de lactancia con el estado nutricional-alto en lactantes de 6 meses, Centro de Salud Palmira, Huaraz, 2019.

TIPOS DE LACTANCIA	ESTADO NUTRICIONAL – Alto				TOTAL
	Si	%	No	%	
Lactancia Materna Exclusiva	0	0%	28	46.67%	28
Lactancia Artificial	0	0%	3	5%	3
Lactancia Mixta	1	1.67%	28	46.67%	29
TOTAL	1	1.67%	59	98.33%	60
			$X^2=1,087$	$p= 0,581(P<0.05)$	

El 46.67% de los lactantes de 6 meses que se alimentaron con la lactancia materna exclusiva no presentaron estado nutricional alto, además no se encontró ningún niño que tenga un estado nutricional alto. También, el 46.67% de los lactantes que recibieron lactancia mixta no tuvieron un estado nutricional alto. Además, el 5% de los lactantes que recibieron lactancia artificial no presentaron estado nutricional alto; y el 1.67% de los lactantes sí presentaron un estado nutricional alto. Comprobando con el valor del Chi cuadrado $X^2=1,087$, $p= 0,581(P<0.05)$ se determinó que no existe relación del tipo de lactancia y el estado nutricional alto.

Tabla 5. Relación de los tipos de lactancia y la obesidad en los lactantes de 6 meses, Centro de Salud Palmira, Huaraz, 2019.

TIPOS DE LACTANCIA	ESTADO NUTRICIONAL-Obesidad				TOTAL
	Si	%	no	%	
Lactancia Materna Exclusiva	1	1.67%	27	45%	28
Lactancia Artificial	1	1.67%	2	3.33%	3
Lactancia Mixta	0	0	29	48.33%	29
TOTAL	2	3.34%	58	96.66%	60

X²= 9.384 p= 0.009(p<0.05)

En la tabla se observa que 48.33% de los lactantes de 6 meses que se alimentaron con la lactancia mixta no tienen obesidad; el 45% de lactantes que consumieron lactancia materna exclusiva no tuvieron problemas de obesidad, y el 1.67% de ellos tuvieron obesidad. Además, el 3.33% de los lactantes de 6 meses que recibieron lactancia artificial no tiene obesidad y el 1.67% de los lactantes tienen obesidad. Comprobando con el valor del Chi cuadrado $X^2=9.384$, $p= 0.009(p<0.05)$ se afirma que existe relación inversa del tipo de lactancia y la obesidad.

Tabla 6. Relación de los tipos de lactancia y el sobrepeso en los lactantes de 6 meses; Centro de Salud Palmira, Huaraz, 2019.

TIPOS DE LACTANCIA	ESTADO NUTRICIONAL				TOTAL
	Sobrepeso				
	si	%	No	%	
Lactancia Materna Exclusiva	1	1.67%	27	45%	28
Lactancia Artificial	1	1.67%	2	3.3%	3
Lactancia Mixta	8	13.33%	21	35%	29
TOTAL	10	16.67%	50	83.33%	60
				X²= 6.54	p= 0.038(p<0.05)

En la tabla se observa que el 45% de los lactantes de 6 meses que consumieron la lactancia materna exclusiva no tiene sobrepeso, y el 1.67% tienen sobrepeso. El 35% de los lactantes que recibieron lactancia mixta no presenta sobrepeso, y el 13.33% de lactantes tienen sobrepeso; el 3.3% de lactantes que recibieron lactancia artificial no presentaron sobrepeso, y el 1.67% de lactantes tienen sobrepeso. De acuerdo al valor del Chi cuadrado $X^2=6.547$, $p=0.038(p<0.05)$ existe relación inversa en los tipos de lactancia y el sobrepeso.

Tabla 7. Relación de los tipos de lactancia y la desnutrición aguda en los lactantes de 6 meses; Centro de Salud Palmira, Huaraz, 2019.

TIPOS DE LACTANCIA	ESTADO NUTRICIONAL				TOTAL
	Desnutrición Aguda				
	si	%	No	%	
Lactancia Materna Exclusiva	1	1.67%	27	45%	28
Lactancia Artificial	0	0%	3	5%	3
Lactancia Mixta	2	3.33%	27	45%	29
TOTAL	3	5.0%	57	95%	60

$X^2= 0.498$ $p= 0.780(p<0.05)$

El 45% de los lactantes de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva no tienen desnutrición aguda y solo el 1.67% de los lactantes que consumieron lactancia materna exclusiva tuvieron desnutrición aguda. Del mismo modo el 45% de los lactantes que consumieron lactancia mixta no presentaron desnutrición aguda y el 3.33% de los lactantes tienen desnutrición aguda. El 5% de lactantes que recibieron lactancia artificial no presentaron desnutrición aguda. De acuerdo al valor del Chi cuadrado $X^2=0.498$ $p=0.780(p<0.05)$ no existe relación de los tipos de lactancia y la desnutrición aguda.

Tabla 8. Relación de los tipos de lactancia y la desnutrición crónica en los lactantes de 6 meses; Centro de Salud Palmira, Huaraz, 2019.

TIPO DE LACTANCIA	ESTADO NUTRICIONAL				TOTAL
	Desnutrición crónica				
	Si	%	no	%	
Lactancia Materna Exclusiva	0	0%	28	47%	28
Lactancia Artificial	0	0%	3	5%	3
Lactancia Mixta	3	5%	26	43%	29
TOTAL	3	5%	57	95%	60
		X²= 3.376		p= 0.185(p<0.05)	

El 47% de los lactantes de 6 meses que se alimentaron con lactancia materna exclusiva no presentaron desnutrición crónica. El 43% de los lactantes que recibieron lactancia mixta no presentó desnutrición crónica y el 5% de los lactantes presentaron desnutrición crónica, también, el 5% de los lactantes que se alimentaron con lactancia artificial, no presentaron desnutrición crónica. De acuerdo al valor del Chi cuadrado $X^2=3.376$, $p= 0.185(p<0.05)$, no existe relación entre el tipo de lactancia con la desnutrición crónica.

Tabla 9. Relación del tipo de lactancia y el estado nutricional en los lactantes de 6 meses, Centro de Salud Palmira, Huaraz, 2019.

TIPO DE LACTANCIA	ESTADO NUTRICIONAL																	
	Alto		Obesidad		Sobrepeso		Normal		Desnutrición severa		Desnutrición Global		Desnutrición Aguda		Desnutrición crónica		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lactancia Materna Exclusiva	0	0	1	3.57	1	3.57	25	89.29	0	0	0	0	1	3.57	0	0	28	100
Lactancia Artificial	0	0	1	33.33	1	33.33	1	33.34	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
Lactancia Mixta	1	3.45	0	0	8	27.59	16	51.72	0	0	0	0	2	6.90	3	10.34	29	100
TOTAL	1	1.7	2	3.3	10	16.67	42	68.33	0	0	0	0	3	5	3	5	60	100
														X²= 22.783		p= 0.012(p<0.05)		

De los 28 lactantes de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva, el 89.29% tienen estado nutricional normal, y el 10.71% tuvieron problemas en el estado nutricional (3,57% con obesidad, 3,57% con sobrepeso y 3,57% con desnutrición aguda). Además 29 lactantes de 6 meses que recibieron lactancia mixta, el 51.72% tuvieron un estado nutricional normal y el 48.28% tuvieron problemas en el estado nutricional (27.59% con sobrepeso, 10.34% con desnutrición crónica, el 6.90% con desnutrición aguda y el 3,45% con estado nutricional alto). También 3 lactantes de 6 meses recibieron lactancia artificial, de los cuales el 33.34% tienen el estado nutricional normal y el 33,33% tienen sobrepeso y obesidad respectivamente. Al obtener el valor de Chi cuadrado $X^2= 22.783$, $p= 0.012(p<0.05)$ se acepta la hipótesis nula, por lo tanto, existe relación entre el tipo de la lactancia y el estado nutricional de los lactantes de 6 meses.

6.- DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos de la presente investigación, se encontró que el 48.3% de los lactantes de 6 meses recibió lactancia mixta, 46.7% lactancia materna exclusiva y 5% lactancia artificial. Resultados que no concuerdan con Paucar Rossany donde, encontró que el 56,7% de lactantes recibieron lactancia materna exclusiva, 25,2% lactancia mixta y 18.1% lactancia artificial. ⁽¹⁶⁾ igualmente en la investigación de Choque María en Puno, encontró que 75% lactantes de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva, el 16.7% lactancia mixta y el 8.3% lactancia artificial. ⁽¹³⁾ El consumo de la lactancia mixta está relacionado con el no inicio temprano de la lactancia en los recién nacidos, los errores en la técnica de amamantamiento, la introducción del biberón y de otros alimentos, la débil succión y el vaciamiento incompleto de las mamas o simplemente algún problema de tipo psicológico que le impida dar la cantidad de leche necesaria al lactante. ⁽³⁰⁾

En cuanto, al estado nutricional de los lactantes de 6 meses, se observa que 68.3% de los lactantes de 6 meses tienen estado nutricional normal, 16.7% de lactantes tienen sobrepeso, 3.3% de lactantes tienen obesidad, 5% de lactantes presentan desnutrición aguda y crónica respectivamente, dichos resultados son similares con el trabajo de investigación de Choque María en Puno, donde obtuvo los siguientes resultados: el 91.7% de lactantes de 6 meses tienen estado nutricional normal, 8.5% de lactantes de 6 meses tienen desnutrición crónica y el 5.6% de lactantes tienen sobrepeso y obesidad. ⁽¹³⁾ Por lo contrario, se discrepa con el trabajo de Fuentes Nora en Guatemala, encontró el 42.3% de lactantes tienen estado nutricional normal, teniendo mayor índice de desnutrición con 52,6%, obesidad 5,48% y 0% sobrepeso. ⁽¹¹⁾ El ámbito geográfico, la estabilidad económica, la educación de las madres de familia,

son factores que condicionan de manera positiva y/o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo del niño(a) ⁽³³⁾. Así mismo, se discrepa con el artículo de investigación de Basain José; quien determinó que los 84% lactantes abandonaron la lactancia materna exclusiva, mostrando un alto porcentaje de malnutridos, también considera insuficiente la promoción de la lactancia materna exclusiva, todo este factor podría afectar la salud de los lactantes. El déficit de la promoción de la lactancia, al no amamantar adecuadamente conlleva riesgo a la morbimortalidad para el lactante, perjudicando su desarrollo integral y conduce a consecuencias negativas a la familia y la sociedad. ⁽³⁸⁾

En cuanto, a la relación de la lactancia materna exclusiva con el estado nutricional del lactante de 6 meses en el Centro de Salud Palmira, se puede observar que en las tablas 3, 4, 5, 6, 7; el 41.67% de ellos tienen estado nutricional normal, el 1.67% tienen desnutrición crónica, y 1,67% tienen obesidad y sobrepeso respectivamente; con estos resultados se determinó que existe relación significativa de la lactancia materna exclusiva con el estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad; más no con el estado nutricional alto y la desnutrición crónica y aguda. Dichos resultados se asemeja con el trabajo de investigación de Fernández Cristina, donde menciona que la lactancia materna exclusiva se relaciona al estado nutricional normal con un porcentaje 76,9%, 15,4% presentan sobrepeso y 7,7% obesidad; también, menciona que los lactantes que reciben lactancia materna exclusiva tienen menos probabilidad de tener sobrepeso y obesidad. La leche materna o humana contiene menos ácidos grasos de cadena larga volátiles; el mayor contenido de grasa y lactosa, procediendo a que sea más digerible para el lactante. ⁽²⁴⁾ La leche materna también contiene hormonas, enzimas y aminoácidos libres favoreciendo el crecimiento adecuado del

lactante. ⁽²¹⁾Motivo por el cual la lactancia materna exclusiva presenta mayor porcentaje de lactantes con estado nutricional normal. La desnutrición varía de acuerdo a los índices de talla/edad, peso/talla y peso/edad, siendo un resultado de carencia de nutrientes en cuanto a cantidad y calidad de la leche, además a esto también ocurre en madres que tienen problemas con la técnica de amamantamiento, y los problemas de la salud de cada lactante. ⁽³⁷⁾

Respecto a la relación de la lactancia mixta con el estado nutricional de lactantes de 6 meses se observa en las tablas 3,4,5,6,7,8; el 25% tiene estado nutricional normal, el 13.33% tienen sobrepeso, el 1.67% tienen estado nutricional alto, 5% tienen desnutrición crónica, 3.33% tienen desnutrición aguda y 0% de obesidad respectivamente; con estos resultados se determinó que existe relación significativa de la lactancia mixta con el estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad; más no con el estado nutricional alto, la desnutrición crónica y aguda. Estos resultados discrepan con el trabajo de investigación de Choque María, donde encontró relación entre lactancia mixta y el estado nutricional los lactantes, en el que 14.8% lactantes tienen estado nutricional normal, el 5.6% tienen desnutrición crónica, 0% tienen sobrepeso y obesidad. ⁽¹³⁾

En cuanto, a la relación de lactancia artificial y el estado nutricional se observa en las tablas 3, 5, 6; se encontró que el 1.67% de lactantes presentan estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad respectivamente; con estos resultados se determinó que existe relación significativa de la lactancia artificial con el estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad. Los resultados obtenidos concuerdan con el trabajo de investigación de Choque María, quien determinó que existe relación la lactancia

artificial con el estado nutricional normal, sobrepeso, obesidad; teniendo 2.8% lactantes con estado nutricional normal, el 5.6% sobrepeso y obesidad, 2.8% tiene desnutrición consumiendo lactancia artificial. ⁽¹³⁾La leche artificial es menos digestiva, el estómago del lactante se tarda en vaciar, demorándose unas tres horas aproximadamente. Aunque los resultados son mínimos es importante aclarar que la lactancia artificial genera problemas de salud. ⁽²⁸⁾

En cuanto, a la relación del tipo de lactancia con el estado nutricional de los lactantes de 6 meses, en la tabla 9 se encontró que los lactantes que consumieron lactancia materna exclusiva, el 89.29% tienen estado nutricional normal, y el 10.71% tuvieron problemas en el estado nutricional; mientras que los lactantes que consumieron lactancia mixta, el 51.72% tuvieron un estado nutricional normal y el 48.28% tuvieron problemas en el estado nutricional; además el 33.33% de los lactantes que recibieron lactancia mixta tienen estado nutricional normal y el 66,66% tienen problemas del estado nutricional. Al realizar el análisis estadístico a través de la prueba Chi cuadrado con los valores de $X^2= 22.783$, $p= 0.012$ ($p<0.05$), se demostró que existe relación significativa entre los dos variables. Resultados que concuerdan con el Argote Deyzi donde concluye que existe relación significativa entre el tipo de lactancia y el estado nutricional de los niños menores de 6 meses, es decir que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva tienen un estado nutricional normal.

(14)

7.- CONCLUSIONES

7.1 Existe relación significativa de los tipos de lactancia con el estado nutricional, de los lactantes de 6 meses atendidos en el Centro de Salud Palmira.

7.2 La mayoría de los lactantes de 6 meses atendidos en el Centro de Salud Palmira-Huaraz, tienen un estado nutricional normal,

7.3 La lactancia materna exclusiva tiene una relación significativa con el estado nutricional normal, obesidad y sobrepeso; mas no se relaciona con la desnutrición.

7.4 La lactancia artificial tiene una relación significativa con el estado nutricional normal, obesidad y sobrepeso.

7.5 La lactancia mixta tiene una relación significativa con el estado nutricional normal, obesidad y sobrepeso; mas no se relaciona con la desnutrición aguda y desnutrición crónica.

8.-RECOMENDACIONES

8.1 El Centro de Salud Palmira a través de la coordinadora de atención integral al niño, debe realizar actividades sobre la promoción de la lactancia materna exclusiva; así mismo, realicen seguimientos a la madre lactante.

8.2 A los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo”, que realicen capacitaciones a todo el personal de salud, en especial a las enfermeras que trabajan en el área de crecimiento y desarrollo del niño.

8.3 Los alumnos de la escuela profesional de enfermería sean partícipes de los cursos y talleres relacionado al tema y fomentar investigaciones sobre la lactancia materna y el estado nutricional.

8.4 Al profesional de enfermería, capacitarse con las últimas informaciones para seguir con las consejerías, apoyo a las madres, así, como dar a conocer la importancia de la lactancia materna exclusiva.

9.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud, UNICEF. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna. [Internet]. 2017 [Consultado 20 jun 2018]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/es/
2. Organización Mundial de la Salud. Publicaciones sobre la nutrición materno-infantil. [Internet] 2017. [Consultado 20 jun 2018] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1471&Itemid=1324&lang=es
3. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia materna en emergencias: una acción que salva vidas. [Internet]. 2014. [Consultado 20 jun 2018] disponible en: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=1671:breastfeeding-during-emergencies-an-action-that-saves-lives&Itemid=1178&lang=es
4. Organización Mundial de la Salud. Protección de la lactancia materna en el Perú [Internet]. 2013 [Actualizada Julio 2017; [consultado 18 Octubre 2018]. Disponible en: http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/#
5. INEI. Encuesta demográfica y salud familiar 2014, nacional y departamental [Consultado 22 julio 2018] disponible en: <https://www.google.com/url?Sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/>
6. INEI. Encuesta demográfica y salud familiar 2012, departamento Ancash. [internet]. 2012. [Consultado: 04 de octubre 18]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1112/Libro.pdf

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). [Internet]. 2016. [Consultado: 04 de octubre 18]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf>
8. INEI. Encuesta demográfica y salud familiar. LACTANCIA Y NUTRICION DE NIÑAS, NIÑOS Y MADRES. Perú 2013. [Consultado: 04 de sep 2018] disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_ digitales/Est/Lib1151/pdf/cap010.pdf
9. Paz R, Zalles L y Santa Cruz W. Lactancia materna vs nuevas fórmulas lácteas artificiales: evaluación del impacto en el desarrollo, inmunidad, composición corporal en el par madre/niño. [Artículo de Investigación]. Bolivia. Rev. Gac Med Bol 2011; 34 (1): 6-10.
10. Gutiérrez H. Lactancia materna prolongada y alimentación artificial, su relación con la ganancia de talla durante el segundo semestre de vida. [Artículo de Investigación]. México. Vol. IV, N°3. Septiembre-diciembre 2012 pag. 121-130. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi123a.pdf>
11. Fuentes N. Lactancia materna exclusiva y estado nutricional de pacientes de 0 a 6 meses. Tesis de grado. [Tesis de grado]. Guatemala. 2014.
12. Basain J, Pacheco L, Valdés M, Miyar E y Maturel A. Duración de lactancia materna exclusiva, estado nutricional y dislipidemia en pacientes pediátricos. [Artículo de Investigación]. Cuba. Rev Cubana Pediatr. 201; 877(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol87_2_15/ped03215.htm

13. Choca MdC. Tipos de lactancia y estado nutricional en lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno – 2014. [Tesis de Licenciatura]. Universidad nacional del Altiplano. 2015.
14. Argote D y Cordero J. Relación del tipo de lactancia y el estado nutricional de los niños menores de seis meses – C.S. Chilca 2014. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo. 2015. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1068/ENF10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Solano G. Relación entre la lactancia materna exclusiva y mixta, y el estado nutricional en niños de 1,3 y 6 meses. [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Trujillo. 2016. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1203/Solano%20Silva%20Grecia%20Paula%20Del%20Coral.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Paucar R, Torres D. Lactancia materna y estado nutricional del lactante de tres a seis meses, Centro de Salud Chequen, Chepén. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Trujillo. 2016. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8848/1765.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Fernández C. Asociación entre tipo de lactancia, sobrepeso y obesidad al año de edad, Policlínico “El Porvenir”. [Tesis de licenciatura]. Universidad Privada Antenor Orrego. 2017. Trujillo. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2609/1/RE_MED.HUMA_CRISTINA.FERNANDEZ_ASOCIACION.LACTANCIA_DATOS.PDF
18. Morales L. Eficacia de la lactancia materna exclusiva en el estado nutricional del niño. [Tesis de segunda especialidad]. Lima. Universidad Wiener.

Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/393/Tesis%20pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Mosqueira K. Estado nutricional de lactante de uno a seis meses en relación al tipo lactancia en Centro de Salud Progreso 2016. [Tesis de grado]. Chimbote. 2017.
20. Diccionario medico DOCTISSIMO. Fecha de acceso 17-01-2019 disponible en: <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/lactancia>
21. Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna. 2° edición Chile. 2010. 10-06-2018. Disponible en: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
22. Posada Á, Gómez J, Ramírez H. El Niño Sano. 3° Edición. Colombia 2005. Editorial Médico Panamericana.
23. Castro F y Urbina O. Manual de enfermería en neonatología. ed ciencias médicas. La Habana. 2007. 10-06-2018.
24. Rodrigues R. MANUAL DE NEONATOLOGIA. 2° edición. Ed McGraw. México. 2012. 10-06-2018. Disponible en: <http://www.Ciculomedicodezarte.org/e-books/Manual-de-Neonatalogia-Bonito-2da-Ed.pdf>
25. Comité de Nutrición de la AEP. Manual Práctico de Nutrición en Pediatría. 11-08-2018. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual_nutricion.pdf
26. Arreo V. Enfermería Pediátrica. 4° edición Madrid-2014.
27. Govern. Guía de lactancia materna. 2009 fecha de acceso 28-09-18 disponible en: http://arxiu.infosalut.com/infosalut/2017/G_07_PED_GUIALACTANCIA_MATERNA_REV_A_290617.pdf

28. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía Para Profesionales. Madrid 2004. 02-08-2018. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestoresensalud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
29. Organización mundial de la salud. La Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Washington, 2010. 02-08-2018. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf
30. Colectivo de autores. Pediatría. Tomo I. La Habana, 2006. Editorial Ciencias Médicas. Fecha de acceso: 06-10-2018. Disponible en: <https://e-medicina-cuartoano.files.wordpress.com/2017/03/ped-tomo-i.pdf>
31. Vega LÑarritu M. Fundamentos de nutrición y dietética. Primera edición. Pearson Educación de México, 2010. Fecha de acceso 06-10-2018. Disponible en: <file:///C:/Users/PC5/Downloads/Fundamentos.de.Nutricion.y.Dietoterapia.pdf>
32. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Nutrición Pediátrica. 1º edición. Editorial medica panamericana. 2009. Venezuela 13-08-2018. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=MouniMMFRl4C&pg=PA75&dq=estado+nutricional+pediatrica&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwiD36BsOrcAhVBtFMKHb6dCrIQ6AEIJjAA#v=onepage&q&f=false>
33. Ministerio de salud. Norma técnica Control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menores de 5 años (2018). Perú. Fecha de acceso 17-01-2019.
34. Unicef. La desnutrición infantil. España (2009). Fecha de acceso 20-01-2019. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

35. Behar Rivero D. Metodología de investigación. Ed. Shalom.Sanabria. (2008).
Fecha de acceso. 21/05/2019. Disponible en: <http://rdigital.unicv.edu.cv/bitstream/123456789/106/3/Libro%20metodologia%20investigacion%20este.pdf>
36. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. [Internet]. [Citado el 03 de enero de 2019] Recuperado de: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
37. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá -INCAP. The Lancet. 2016. Elsevier. Guatemala, Centro América. Fecha de acceso 06-01-2020.
38. Asociación española de pediatría. Manual de lactancia materna. Ed. Medica panamericana. 2009. España fecha de acceso 13-01-2020. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=Ulxj72VZD0C&printsec=frontcover&dq=lactancia+materna&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjNo_i3rYHnAhV_F7kGHdwwCdcQ6AEIJzAA#v=onepage&q=lactancia%20materna&f=false

ANEXOS

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PROFESIONAL DE ENFERMERIA

“TIPOS DE LACTANCIA RELACIONADO AL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES DE 6 MESES, CENTRO DE SALUD DE PALMIRA, HUARAZ, 2019”

CUESTIONARIO

Fecha de Nacimiento:

Sexo del lactante: M F Edad gestacional:

1. TIPO DE LACTANCIA

EDAD /TIPO DE LACTANCIA	Lactancia Materna Exclusiva	Lactancia artificial	Lactancia mixta
2 días (RN)			
7 días (RN)			
15 días (RN)			
1 mes			
2 meses			
3 meses			
4 meses			
5 meses			
6 meses			

2. Característica de la lactancia

ITEMS	SI	NO
LACTANCIA MATERNA		
1. ¿El agarre de pecho es alrededor de la areola y labio inferior hacia afuera??		
2. ¿La cabeza y el cuerpo del lactante están alienados?		
3. ¿La lactancia materna es a libre demanda?		
4. ¿La frecuencia de la lactancia es cada dos horas?		
5. ¿El tiempo de la lactancia por cada mama es aproximadamente 15min?		
LACTANCIA ARTIFICIAL		
1. ¿Usa biberones para alimentar a su hijo?		
2. ¿Usa vaso para alimentar a su hijo?		
3. ¿La lactancia artificial es cada/ 3 horas?		
4. ¿Su hijo recibe más de 5 oz por cada toma?		
LACTANCIA MIXTA		
1. ¿Usa biberones para alimentar a su hijo?		
2. ¿Usa vaso para alimentar a su hijo?		
3. ¿Usted le brinda lactancia materna a libre demanda?		
4. ¿La administración de la leche de fórmula es de c/3 horas?		

5. ¿La administración de leche de fórmula es por la mañana?		
6. ¿La administración de leche de fórmula es por la tarde?		
7. ¿La administración de leche de fórmula es por la noche?		
8. ¿La lactancia materna de por la mañana?		
9. ¿La lactancia materna de por la tarde?		
10. ¿La lactancia materna de por la noche?		

ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL
 “SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 PROFESIONAL DE ENFERMERIA

“TIPOS DE LACTANCIA EN RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES DE 6 MESES, CENTRO DE SALUD DE PALMIRA HUARAZ, 2019”

FICHA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL

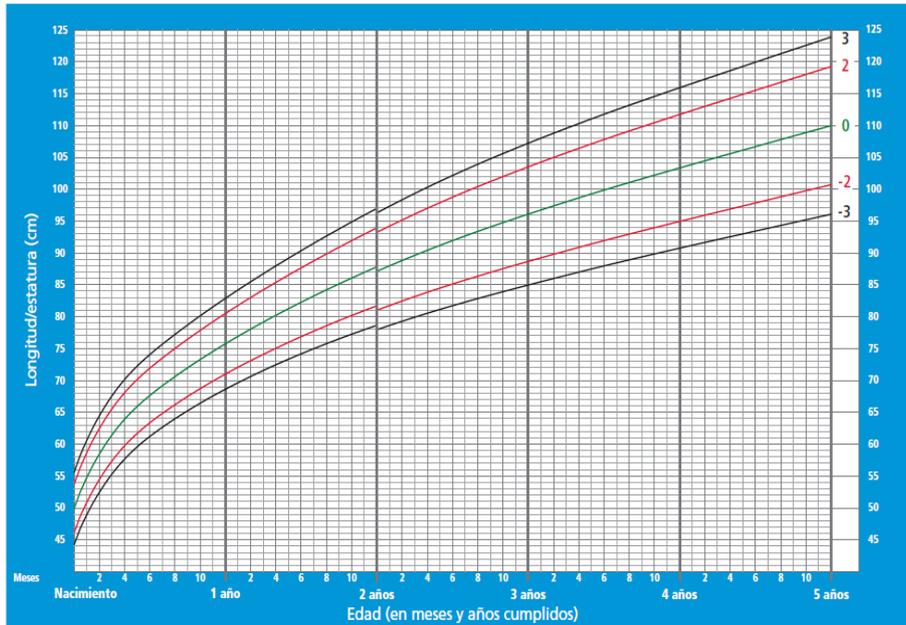
MEDICIÓN DE PESO Y TALLA	
Peso al nacer	
Peso a los 6 meses	
Talla a los 6 meses	

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL		
PESO/EDAD		
ESTADO NUTRICIONAL	ITEMS	
	SI	NO
Sobrepeso		
Normal		
Desnutrición		
PESO/TALLA		
ESTADO NUTRICIONAL	ITEMS	
	SI	NO
Obesidad		
Sobrepeso		
Normal		
Desnutrición aguda		
Desnutrición severa		
TALLA/EDAD		
ESTADO NUTRICIONAL	ITEMS	
	SI	NO
Alto		
Normal		
Talla Baja		

TALLA PARA LA EDAD

Longitud/estatura para la edad Niños

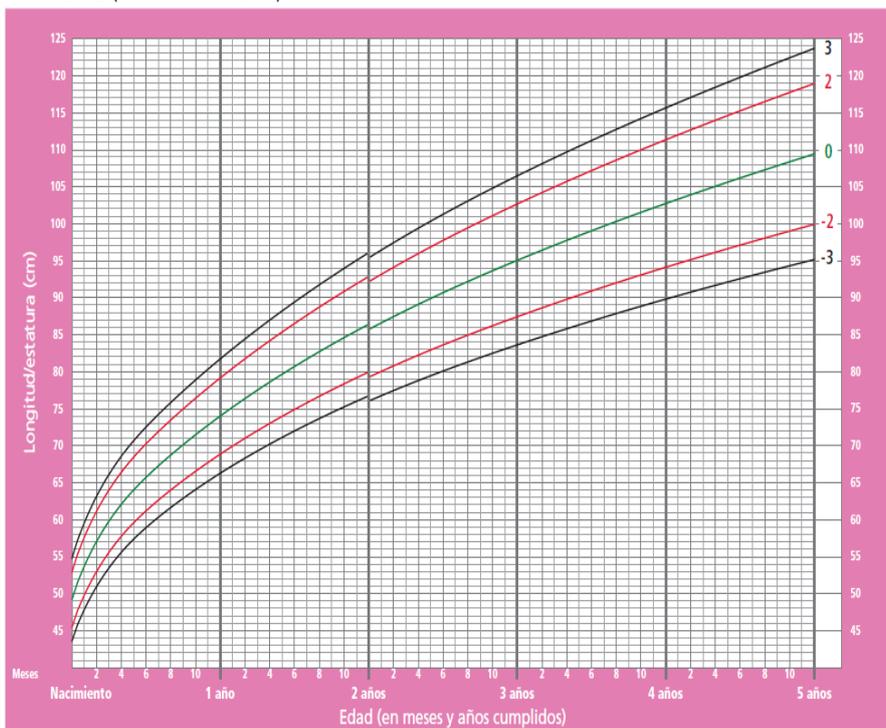
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

Longitud/estatura para las Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

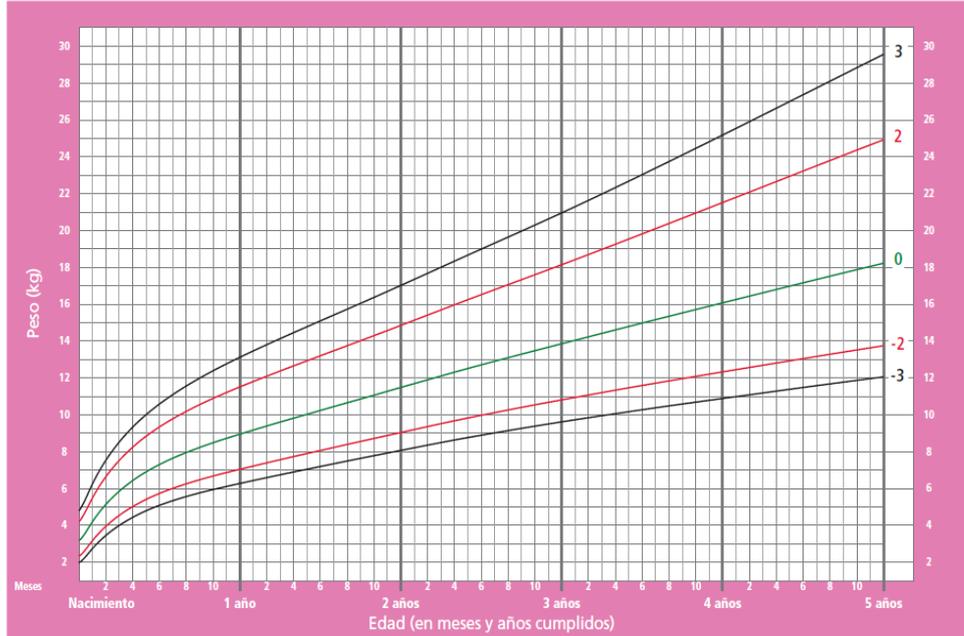


Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

PESO PARA LA EDAD

Peso para la edad Niñas

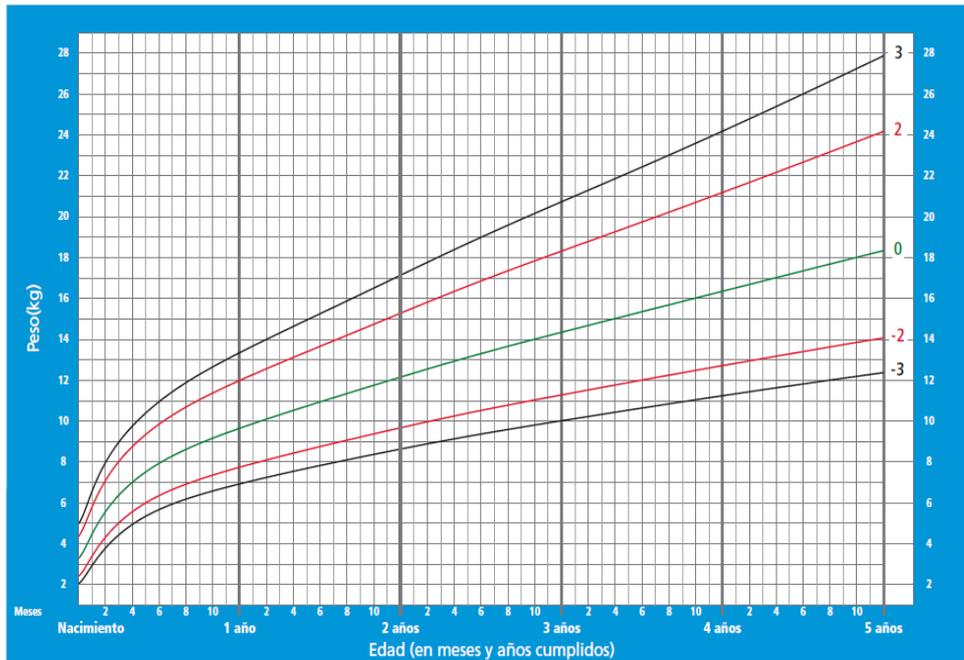
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

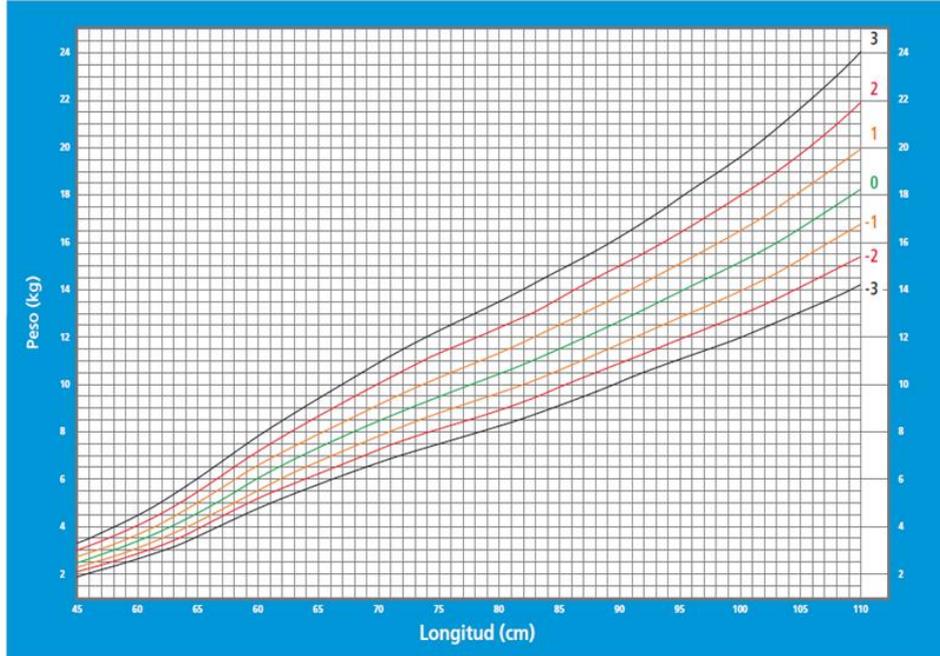


Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

PESO PARA TALLA

Peso para la longitud - Niños

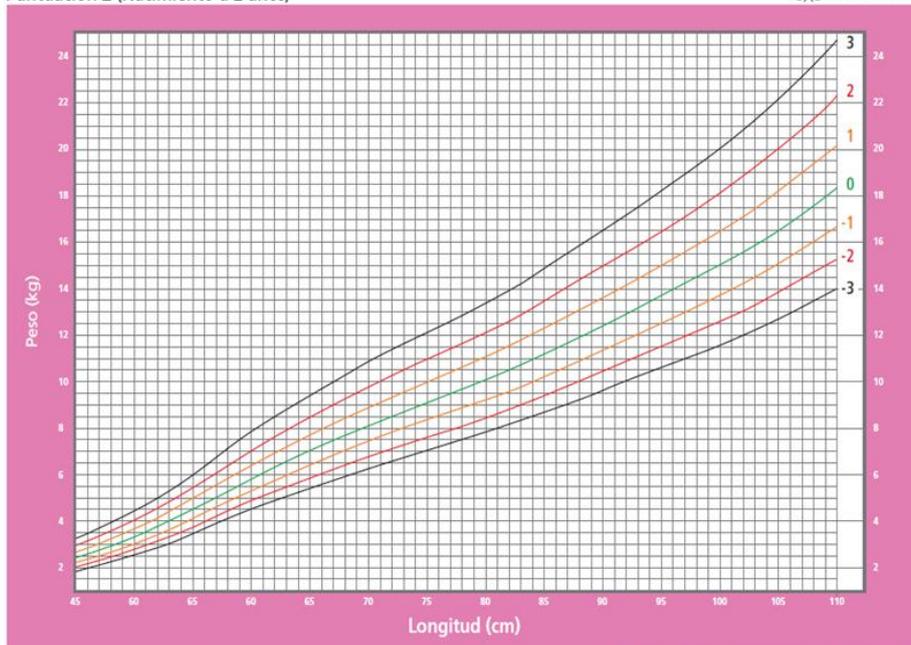
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....por medio de la presente acepto que mi hijo participe en el trabajo de investigación titulada **“TIPOS DE LACTANCIA EN RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES DE 6 MESES, CENTRO DE SALUD DE PALMIRA HUARAZ, 2019”**

El objetivo del estudio es: Determinar la relación de los tipos de lactancia con el estado nutricional en lactantes de 6 meses, Centro de Salud de Palmira Huaraz 2018.

Los beneficios del estudio para mi persona será: conocer el estado nutricional del lactante y también aprenderá a conocer más sobre la lactancia materna.

Declaro que se me ha informado minuciosamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios que conlleva mi participación en el estudio.

La investigadora responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier inconveniente que se pueda presentar durante el proceso de la investigación, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda. Mi duda es.....
.....
.....
.....

También se me ha informado que reservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que se considere conveniente.

La investigadora responsable considera en todo momento el principio de la confidencialidad.

Firma
DNI.....



Huella digital

ANEXO N° 05

UNIVERSIDAD NACIONAL
"SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO"

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PROFESIONAL DE ENFERMERIA

FORMATO PARA LA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS POR JUCIOS DE EXPERTOS

A continuación, le presentamos siete aspectos relacionados al proyecto, en él se clasificará con la puntuación de uno a cinco de acuerdo a su criterio.

1. Ud. Considera que la formulación del problema de investigación es concordante con el objetivo general
2. Ud. Considera que los objetivos dan respuesta al problema de investigación.
3. Ud. Considera que la metodología guarda concordancia con técnica de recolección y procesamiento de datos
4. Ud. Considera que el tipo de estudio guarda concordancia con los objetivos de investigación.
5. Ud. Considera que los ítems de las dimensiones y sus indicadores guardan concordancia con el problema de investigación.
6. Ud. Considera que la hipótesis responde a la formulación del problema.
7. Ud. Considera que la técnica de recolección de datos es adecuada para la investigación.

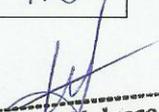
Leyenda:

Puntuación

TA: Totalmente De Acuerdo.	5
A: De Acuerdo.	4
I: Indeciso.	3
D: En Desacuerdo.	2
TD: Totalmente En Desacuerdo.	1

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	TOTAL
I	5	5	4	5	3	5	4	4
II	5	5	5	5	4	5	5	5
III	5	5	4	5	4	5	4	5
TOTAL	5	5	4	5	4	5	4	4.6


 DNI 31682699
 Mag. Aríbal Muñoz Serna.


 Olga D. Rupa Nolasco
 ENFERMERA
 CEP. 58909 REE. 12466



COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ

 Midori J. Huaman Giraldo
 LIC. ENFERMERIA
 C.E.P. 44767

ANEXO N° 06

UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PROFESIONAL DE ENFERMERIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“TIPOS DE LACTANCIA RELACIONADO AL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES DE 6 MESES, CENTRO DE SALUD DE PALMIRA, HUARAZ, 2019”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	MARCO TEÓRICO	IDENTIFICACION DE VARIABLE	METODOLOGIA
¿Cuál es la relación de los tipos de lactancia materna con el estado nutricional de lactantes de 6 meses, Centro de Salud de Palmira, Huaraz - 2019?	<p><u>GENERAL:</u> Determinar la relación de los tipos de lactancia con el estado nutricional en lactantes de 6 meses, Centro de Salud de Palmira Huaraz 2019.</p> <p><u>ESPECIFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el estado nutricional de los lactantes de 6 meses, Centro de Salud Palmira Huaraz 2019. • Relacionar la lactancia materna exclusiva con el estado nutricional en lactante de 6 meses, Centro de Salud de Palmira Huaraz 2019. • Relacionar la lactancia artificial con el estado nutricional en lactante de 6 meses, Centro de Salud de Palmira Huaraz 2019. • Relacionar la lactancia mixta con el estado nutricional en lactante de 6 meses, Centro de Salud de Palmira Huaraz 2019. 	<p>H₁: Existe relación significativa de los tipos de lactancia con el estado nutricional en lactantes de 6 meses, Centro de Salud de Palmira Huaraz 2018.</p> <p>H₀: No existe relación significativa de los tipos de lactancia con el estado nutricional en lactantes de 6 meses, Centro de Salud de Palmira Huaraz 2018.</p>	<p><u>ANTECEDENTES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PAZ Ricardo. 2011 • GUTIÉRREZ Horacio.2012. • FUENTES Nora. 2014. • BASAIN José. 2015 • CHOCA María.2015 • ARGOTE Deysi. 2015. • SOLANO Grecia.2016 • PAUCAR Rossany. 2016 • FERNÁNDEZ Cristina. 2017. • MORALES Liz.2017 • MOSQUEIRA Katiuzka.2017 <p><u>BASES TEORICAS:</u></p> <p>A. LACTANCIA</p> <p>B. ESTADO NUTRICIONAL</p>	<p><u>VARIABLE INDEPENDIENTE:</u></p> <p>TIPOS DE LACTANCIA</p> <p><u>VARIABLE DEPENDIENTE:</u></p> <p>ESTADO NUTRICIONAL</p>	<p><u>TIPO DE ESTUDIO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptiva • Cuantitativa • Prospectiva • Correlacional <p><u>DISEÑO DE ESTUDIO</u></p> <p>No experimental</p> <p><u>POBLACIÓN:</u></p> <p>60 lactantes de 6 meses</p> <p><u>MUESTRA:</u></p> <p>60 lactantes de 6 meses</p> <p><u>TÉCNICA:</u></p> <p>Encuesta</p> <p>Entrevista</p> <p><u>INSTRUMENTO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario (anexo 01). • Ficha de evaluación nutricional (anexo 02 Y 03)