

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN
LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD
METROPOLITANO DE PUNO - 2014**

TESIS

PRESENTADA POR:

MARIA DEL CARMEN CHOQUE FLORES

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2015

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES DE
6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE PUNO - 2014**

TESIS PRESENTADA POR:

MARIA DEL CARMEN CHOQUE FLORES

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA
APROBADO POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:**

PRESIDENTE :


.....
Dra. NARDA ESTELA CALSIN CHIRINOS

PRIMER MIEMBRO :


.....
Mstra. NANCY SILVIA ÁLVAREZ URBINA

SEGUNDO MIEMBRO :


.....
Lic. JULIA BELIZARIO GUTIÉRREZ

DIRECTORA DE TESIS :


.....
Dra. FELICITAS RAMOS QUISPE

ASESORA DE TESIS :


.....
Mg. ROSA PILCO VARGAS

**PUNO - PERÚ
2015**

ÁREA : Del niño

TEMA : Estado nutricional del menor

DEDICATORIA

A dios por iluminar mi camino día a día, dándome fuerzas para seguir por el sendero de la vida. Además por darme la oportunidad de existir así, aquí y ahora; por mi vida, que la he vivido.

A mis padres Juan Carlos y Blanca, por creer en mí y su incondicional apoyo, tanto al inicio como al final de mi carrera; por estar pendiente de mí a cada momento y por la inmensidad de su amor.

A mis hermanas Katia Sdenka y Jessica Milagros, porque juntas aprendimos a vivir creciendo como cómplices día a día y somos incondicionales de toda la vida, compartiendo triunfos y fracasos.

A mis amigas por la valiosa y desinteresada amistad que me brindaron cada día.

Maria del Carmen

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos:

- ✓ *A mi alma mater y a la Facultad de Enfermería por la formación recibida durante todo este tiempo. Gracias por prepararme para la vida.*
- ✓ *Con merecida gratitud y reconocimiento a la Presidenta del Jurado, Dra. Narda Calsin Chirinos y los miembros del jurado, Mstro. Nancy Álvarez Urbina y Lic. Julia Belizario Gutiérrez; por su guía y orientación durante la elaboración de la presente investigación.*
- ✓ *A la Directora de Tesis, Dra. Felicitas Ramos Quispe y la Asesora, Mg. Rosa Pilco Vargas, quienes muy acertadamente dirigieron mi tesis, así mismo por el aliento y apoyo moral que me brindaron durante todo este proceso.*
- ✓ *Al Mg. Victor Hugo Valencia Parisaca, quien acertadamente dirigió la parte estadística de la presente investigación.*
- ✓ *Al establecimiento de salud I – 3 Metropolitano Puno; por la cálida acogida durante la ejecución de esta investigación, en especial a las Licenciadas en CRED. Lic. Olga Velásquez Yupanqui y a la Lic. Esperanza Becerra Conde.*
- ✓ *Al personal administrativo por su orientación, apoyo y paciencia durante el proceso de elaboración de la investigación.*

María del Carmen

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.1. El problema de la investigación.....	10
1.2. Antecedentes de la investigación.....	14
1.3. Objetivos de la investigación	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO, MARCO CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.1. Marco teórico	17
2.2. Marco conceptual	36
2.3. Hipotesis de la investigación.....	38
CAPÍTULO III: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	39
3.1. En relación a la selección de la muestra.....	39
3.2. En relación a las técnicas e instrumentos	40
3.3. En relación al análisis.....	43
CAPÍTULO IV: CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	44
CAPÍTULO V: EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	46
5.1. Resultados	46
5.2. Discusión	52
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS	72

RESUMEN

La investigación, se realizó con el objetivo de determinar la relación de los tipos de lactancia y el estado nutricional en lactantes de 6 meses del Centro de Salud Metropolitano de Puno - 2014; el estudio fue descriptivo, transversal, correlacional; cuya muestra está constituida por 36 lactantes. Los instrumentos usados para la recolección de datos fueron: guía de revisión documental y cuestionario estructurado. Los resultados muestran que 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 estado nutricional adecuado recibiendo lactancia materna exclusiva. Sin embargo un 8,3% de lactantes tiene talla baja recibiendo lactancia artificial y lactancia mixta y un 5,6% tiene obesidad según Peso/Edad y similar porcentaje según Peso/Talla donde los lactantes tienen sobrepeso y obesidad tras recibir lactancia artificial y lactancia mixta. Demostrando que existe relación directa entre los tipos de lactancia y el estado nutricional de los lactantes.

PALABRAS CLAVES: Lactancia, estado nutricional, lactantes.

ABSTRACT

The research was conducted to determine the relationship of the types of breastfeeding and nutritional status in unweaned babies 6 months of Metropolitan Health Center of Puno - 2014; the study was descriptive, transverse, correlational; whose sample is made up of 36 unweaned babies. The instruments used for data collection were: guidance document review and structured questionnaire. The results demonstrate that the 75% of unweaned babies receive exclusive breastfeeding, mixed feeding 16.7% and 8.3% artificial feeding. As for the type of breastfeeding relationship with nutritional status according to the index weight/age 94.4% had normal weight, 91.7% have adequate height; according to the index weight/height 88.9% have been receiving adequate nutritional exclusive breastfeeding. However 8.3% of unweaned babies have low height receiving artificial feeding and mixed feeding and 5.6% have obesity according to weight/age and a similar percentage according weight/height where unweaned babies have overweight and obesity after receiving artificial feeding and mixed feeding. Demonstrating that exist a direct relationship between the types of breastfeeding rates and nutritional status of unweaned babies.

KEYWORDS: Breastfeeding, nutritional status, unweaned babies.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación sobre “Tipos de lactancia y estado nutricional en lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno – 2014” surge tras evidenciar en la experiencia vista durante el pregrado donde no todos los lactantes de 6 meses reciben una lactancia materna exclusiva; sabiendo que ello afecta directamente en el estado nutricional, teniendo como efecto que estos estén puestos a tener sobrepeso o desnutrición. Debido a que en nuestro entorno los medios de comunicación influyen constantemente en las madres promocionando las fórmulas artificiales para la alimentación de los niños incentivando a que sus productos son elaborados para potenciar su desarrollo y mejorar su capacidad intelectual.

Esta investigación está enmarcada en las políticas de salud de alimentación infantil, que precisa que se debe brindar una eficiente atención y cuidado de la alimentación de los niños hasta los 24 meses de edad, mediante la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Siendo el sector salud el motor del desarrollo del ser humano, por lo tanto este estudio enmarca los primeros 6 meses de vida de la persona es así que el estado nutricional repercute enormemente en la salud del niño desde el inicio de su alimentación.

Lactancia materna es la alimentación del recién nacido y lactante, a través del seno materno. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a su práctica. Estas tienen repercusión en la salud del niño. Las bibliografías mencionan diferentes clasificaciones con relación a los tipos de lactancia pero para este estudio solo se tomó de acuerdo al comité de nutrición de la Sociedad Española de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica donde refiere que existen tres tipos de lactancia: Lactancia materna exclusiva, lactancia artificial y lactancia mixta.

El MINSA define lactancia materna exclusiva, como la alimentación de un lactante exclusivamente con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses; esta garantiza el aporte de nutrientes necesarios y suficientes para el crecimiento y desarrollo del lactante. En tanto la lactancia artificial es la alimentación con fórmulas lácteas preparadas artificialmente, siendo la base de los mismos la leche de vaca. Estas se parecen a la leche de la madre, pero no llegan a tener carácter inmunitario, hormonas y otros aspectos irreproducibles. Mientras la lactancia mixta es la alimentación tanto con leche materna y leche artificial.

Por otro lado la nutrición, en la etapa temprana constituye uno de los pilares del desarrollo humano. Es importante el poder monitorear el estado nutricional de forma individual para poder medir el progreso desde las etapas tempranas de vida del lactante.

En tanto la presente investigación da a conocer el cómo se relacionan los tipos de lactancia con el estado nutricional, así mismo nos muestra la relación directa entre los tipos de lactancia con el estado nutricional. Además se busca identificar los tipos de lactancia y el estado nutricional en los lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno – 2014. La investigación fue de tipo descriptivo con diseño correlacional, utilizando las técnicas de revisión documental y encuesta y como instrumentos la guía de revisión documental y el cuestionario estructural.

La investigación se divide en 5 capítulos: El primero, describe el problema, antecedentes y los objetivos de la investigación; el segundo, el marco teórico conceptual e hipótesis de investigación; en el tercero, el método de investigación; El cuarto, la caracterización del área de investigación y el quinto, la exposición y análisis de los resultados. Así mismo describe las conclusiones y recomendaciones a las que llegó la investigación realizada.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) solo aproximadamente un 38% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna¹. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS refieren que la lactancia es un proceso fisiológico normal, la leche humana es el alimento ideal para promover el crecimiento y el desarrollo del lactante durante sus primeros seis meses, en algunos países es la única manera de asegurar la supervivencia y el crecimiento de un recién nacido. Por tal motivo la OMS recomienda comenzar la lactancia en la primera hora de vida. Además, enfatiza que se haga a libre “demanda”, es decir, con la frecuencia que quiera el lactante, tanto de día como de noche².

La OMS, junto a UNICEF y la AEP (Asociación Española de Pediatría) recomiendan que los lactantes tomen leche materna exclusiva hasta los 6 meses y que sigan lactando al menos hasta los 2 años de vida. Estas recomendaciones se dan por los beneficios tanto para la madre como para el lactante que parecen ampliarse con los resultados de un nuevo estudio que sugiere que el tiempo que un lactante está dentro del útero en gestación y el tiempo que es amamantado después de nacer, es directamente proporcional al tamaño de su cerebro³.

Según el fundamento de un estudio realizado en Cuba menciona que “Hoy en día afecta el hecho que no se lacte hasta el sexto mes de vida, a pesar de las ventajas que ofrece la lactancia materna y su efecto protector. Además los niños alimentados con pecho presentan menos incidencia de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y otitis media aguda”⁴.

En el Perú en el 2011 según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) manifiesta respecto a la lactancia exclusiva donde el 70,6 % de lactantes menores de seis meses de edad recibieron lactancia exclusiva⁵. Y según ENDES del 2012 el 67,6 % de lactantes menores de seis meses de edad tuvieron lactancia exclusiva⁶. Por lo que se concluye que año tras año la alimentación con lactancia materna exclusiva disminuye en los lactantes menores de 6 meses del país por lo que es un problema de salud en esta etapa de vida.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) indica que nacen anualmente 588 806 niños, donde la tasa de mortalidad infantil es de 19 por cada mil nacidos vivos en niños menores de 1 año. Las principales causas están asociadas a enfermedades perinatales, infecciones respiratorias, desnutrición, accidentes, etc.⁷.

En el Perú, la UNICEF manifiesta que la desnutrición crónica empieza a establecerse a partir del cuarto mes de edad, cuando la leche materna se hace insuficiente⁸. Además ENDES en el 2013 refiere que la desnutrición crónica afectó al 17,5% de niñas y niños menores de cinco años de edad donde los lactantes menores de seis meses de edad representan el 11,6%⁹. 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. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres¹⁰.

En un estudio realizado en Lima en el 2011 cuyo objetivo fue identificar el estado nutricional de lactantes de uno a seis meses en relación el tipo de lactancia con una muestra aleatoria de 250 niños entre 1- 6 meses de ambos géneros. Que fueron evaluados a través de las medidas antropométricas: talla, peso y perímetro cefálico y que se utilizó una encuesta dirigida a la madre. Los resultados refieren que el porcentaje de lactantes eutróficos de acuerdo al tipo de lactancia, fue el siguiente: 92,8% (129) en el grupo de lactancia materna exclusiva, 40,0% (34) con lactancia mixta y 34,6% (9) con lactancia artificial. En lactantes con sobrepeso de acuerdo al tipo de lactancia fue: 47,1% (40) en el grupo de lactancia materna mixta, 46,2% (12) con lactancia artificial y 5,8% (8) con lactancia materna exclusiva. Los lactantes con desnutrición aguda, de acuerdo al tipo de lactancia, fue: 19,2% (5) en el grupo de lactancia artificial, 12,9% (11) con lactancia mixta y 1,4% (2) con lactancia materna exclusiva¹¹.

En Puno según el INEI nacen anualmente 30 477 niños y la tasa de mortalidad infantil es de 30 por cada mil nacidos en niños menores de 1 año debido al mal estado nutricional, por la falta de lactancia materna exclusiva principalmente en los 6

primeros meses de vida⁷. Asociado a esto que el 97.3% recibe lactancia materna exclusiva¹².

En otro estudio realizado en la Ciudad de Puno para determinar la relación del tipo de lactancia con el crecimiento y desarrollo del niño de 1 a 23 meses de edad del Hospital Carlos Monge Medrano, teniendo como muestra 88 niños; cuyos instrumentos fueron: la lista de chequeo, guía de entrevista, guías de evaluación de crecimiento y desarrollo. Los resultados con relación al tipo de lactancia que recibieron: lactancia materna con un 64.8%, el 30.6% recibió lactancia mixta y un mínimo de 4.6% recibió lactancia artificial. Además 74.1% que recibieron lactancia mixta tuvieron crecimiento normal; seguido de niños con desnutrición global de I grado 22.2% y por último 3.7% de niños con sobrepeso. Del 100% de niños que recibe lactancia artificial el 50% presenta desnutrición global de I grado¹³.

En el siguiente estudio realizado en la ciudad de Puno, sobre determinar el tipo de lactancia en los Barrios Victoria y 4 de Noviembre. Cuya muestra fue de 90 madres: 50 madres del barrio victoria que representan el grupo urbano y 40 madres del barrio 4 de noviembre que representan el grupo periurbano; se utilizó como instrumentos: guía de entrevista, cuestionario y guía de observación. Arribándose a los siguientes resultados: en el barrio urbano predomina la lactancia mixta con el 60% y en el barrio periurbano predomina la lactancia materna con el 67.5% además el 36% de las madres que tienen nivel educativo superior dan lactancia mixta y el 62.5% tienen primaria respectivamente y por último en niños menores de 1 año en el barrio urbano un 37.04% reciben lactancia mixta y el 11.1% reciben lactancia artificial por motivos de trabajo y estudio de la madre y en el barrio periurbano el 50% dan lactancia mixta por motivos de hospitalización¹⁴.

Según la experiencia que se tiene en el pregrado en diferentes consultorios de Crecimiento y Desarrollo (CRED) se evidencia que no todos los lactantes de 6 meses reciben una lactancia materna exclusiva; debido a que existe la interrupción de la lactancia o complementación precoz con fórmulas artificiales. Lo cual afecta directamente en el estado nutricional, teniendo como efecto que estos estén puestos a tener sobrepeso o desnutrición; lo cual influye en el crecimiento físico y mental e incrementa el riesgo de contraer enfermedades prevenibles (diarreas, infecciones respiratorias, alergias) lo que conlleva a la mortalidad infantil.

Y según la realidad de nuestro entorno se observa que los medios de comunicación influyen constantemente en las madres promocionando las formulas artificiales para la alimentación de los niños incentivando a que sus productos son elaborados para potenciar su desarrollo y mejorar su capacidad intelectual.

A la revisión bibliográfica sobre antecedentes de estudio se han encontrado pocos estudios que datan de anteriores décadas en nuestra región por lo que significa que tienen datos desactualizados para la comunidad de investigación. Así mismo este trabajo va dirigido para solucionar esta dificultad, lo que motiva a la realización de esta investigación.



1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A NIVEL MUNDIAL:

En un estudio realizado en Chile sobre identificar los conocimientos, actitudes, prácticas relacionados con la Lactancia Materna (LM) en mujeres en edad fértil residentes del asentamiento las Marías del Municipio de Girón en el año 2005. Teniendo como muestra 96 mujeres en edad fértil del asentamiento las Marías, Girón. Para la recolección de datos se aplicó una encuesta tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) además se utilizaron medidas de tendencia central y de proporciones. Obteniéndose como resultados: El 78,1% de las participantes había tenido hijos y solo el 13% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar. Un 49% no conocía los métodos de conservación de la leche materna. El 69,8% de las participantes tiene actitud de apoyo cuando ve a una familiar lactando. El tiempo promedio de lactancia materna fue 5,7 meses. El alimento con el que más inician la alimentación complementaria es el caldo (88%). Llegando a concluir que se presentaron proporciones considerables de mujeres que dieron lactancia materna durante menos de seis meses, que iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses y que suspendieron la lactancia materna cuando el hijo lactante sufrió alguna enfermedad¹⁵.

Otro estudio realizado en Bolivia sobre lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia. Cuyo objetivo fue caracterizar los niveles de desnutrición y las prácticas de alimentación de infantes para desarrollar un programa de intervenciones efectivas, sensibles al género y culturalmente relevantes, fomentando las buenas prácticas de alimentación infantil. Con una muestra de 400 niños/as menores de cinco años de 30 comunidades diferentes. Para la recolección de datos se tomaron el peso, talla; y en seis de estas comunidades, se usaron entrevistas y discusiones con grupos focales con 33 madres y otros familiares. Donde se llegaron a los siguientes resultados: Casi el 20% de los niños/as son de bajo peso; además los niños/as tienen altos niveles de retraso en la talla. El 38% de las mamás empezaron la lactancia materna después de 12 horas. Con este estudio se pudo ver que las deficiencias nutricionales a menudo empiezan cuando la madre inicia la lactancia materna y cuando introduce por primera vez la alimentación complementaria¹⁶.

A NIVEL NACIONAL:

En un estudio realizado en Lima en el 2011 cuyo objetivo fue identificar el estado nutricional de lactantes de uno a seis meses que acuden a consultorio externo en relación el tipo de lactancia. Se seleccionó aleatoriamente 250 niños entre 1-6 meses de edad de ambos géneros, para ser estudiados en consultorios externos. Para la recolección de datos se evaluó las medidas de talla, peso y perímetro cefálico y como instrumento una encuesta dirigida a la madre. Los resultados refieren que el porcentaje de lactantes eutróficos de acuerdo al tipo de lactancia, fue el siguiente: 92,8% (129) en el grupo de lactancia materna exclusiva, 40,0% (34) con lactancia mixta y 34,6% (9) con lactancia artificial. En lactantes con sobrepeso de acuerdo al tipo de lactancia fue: 47,1% (40) en el grupo de lactancia materna mixta, 46,2% (12) con lactancia artificial y 5,8% (8) con lactancia materna exclusiva. Los lactantes con desnutrición aguda, de acuerdo al tipo de lactancia, fue: 19,2% (5) en el grupo de lactancia artificial, 12,9% (11) con lactancia mixta y 1,4% (2) con lactancia materna exclusiva¹¹.

A NIVEL REGIONAL:

En un estudio realizado en Puno sobre determinar la relación del tipo de lactancia con el crecimiento y desarrollo del niño de 1 a 23 meses de edad del Hospital Carlos Monge Medrano. Teniendo como muestra 88 niños; cuya técnica de recolección de datos se utilizó el análisis documental, entrevista estructurada en la observación directa. Y como instrumento la lista de chequeo, guía de entrevista, guías de evaluación de crecimiento y desarrollo. Los resultados fueron que el tipo de lactancia que recibieron fue la lactancia materna con un 64.8%, el 30.6% recibió lactancia mixta y un mínimo de 4.6% recibió lactancia artificial. En relación al tipo de lactancia con el crecimiento postnatal se tuvo que el 77.1% de niños que recibieron lactancia materna tuvieron crecimiento normal; seguido de niños con sobrepeso 12.3%; y con un mínimo porcentaje con desnutrición global de I y II grado 8.8% y 1.8% respectivamente. Además 74.1% que recibieron lactancia mixta tuvieron crecimiento normal; seguido de niños con desnutrición global de I grado 22.2% y por ultimo 3.7% de niños con sobrepeso. Del 100% de niños que recibe lactancia artificial el 50% presenta desnutrición global de I grado¹³.

En otro estudio realizado en Puno, sobre determinar el tipo de lactancia en los Barrios Victoria y 4 de Noviembre. Cuya muestra fue de 90 madres: 50 madres del barrio victoria que representan el grupo urbano y 40 madres del barrio 4 de noviembre que representan el grupo periurbano; para la obtención de datos, se realizó entrevistas, encuestas, visitas domiciliarias y la observación directa. Lográndose los siguientes resultados que en el barrio urbano predomina la lactancia mixta con el 60% y en el barrio periurbano predomina la lactancia materna con el 67.5% además que el 36% de las madres que tienen nivel educativo superior dan lactancia mixta y el 62.5% tienen primaria respectivamente y por último en niños menores de 1 año en el barrio urbano un 37.04% reciben lactancia mixta y el 11.1% reciben lactancia artificial por motivos de trabajo y estudio de la madre y en el barrio periurbano el 50% dan lactancia mixta por motivos de hospitalización¹⁴.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

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.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las tipos de lactancia en términos de: Lactancia materna exclusiva; lactancia artificial y lactancia mixta en lactantes de 6 meses.
2. Identificar el estado nutricional en lactantes de 6 meses según a los índices: Peso/Edad, Talla/Edad y Peso/Talla.
3. Establecer la relación de los tipos de lactancia con el estado nutricional en lactantes de 6 meses.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO, MARCO CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. TIPOS DE LACTANCIA

Lactancia materna es un término usado en forma genérica para señalar alimentación del recién nacido y lactante, a través del seno materno. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a su práctica. Estas tienen repercusión en la salud del niño¹⁷.

Las bibliografías mencionan diferentes clasificaciones con relación a los tipos de lactancia pero para este estudio, se tomará de acuerdo al comité de nutrición de la Sociedad Española de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica donde refiere que existen tres tipos de lactancia:

- ✓ **Lactancia materna exclusiva o biológica:** Basada en leche procedente de la madre.
- ✓ **Lactancia artificial:** La procedencia de la leche es animal (principalmente de vaca) o vegetal (sobre todo de soja).
- ✓ **Lactancia mixta:** El hijo es alimentado simultáneamente por ambos tipos de leche¹⁸.

A. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:

Según el MINSA Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta los 6 meses es la alimentación de un lactante exclusivamente con leche materna desde el nacimiento, sin el agregado de agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos. La LME garantiza el aporte de nutrientes necesarios y suficientes para el crecimiento y desarrollo del niño, así como el aporte de defensas para el organismo y establece el vínculo afectivo entre la madre, la niña o niño, el padre y el entorno familiar¹⁹.

“La lactancia materna exclusiva es el modelo ideal que sirve de referencia para valorar los métodos alternativos de alimentación en relación con el crecimiento, la salud, el desarrollo y el resto de efectos a corto y largo plazo”. Por lo tanto corresponde a aquellos que proponen estas alternativas la obligación de aportar pruebas científicas que demuestren su superioridad o igualdad respecto a la lactancia materna²⁰.

Se considera lactancia materna exclusiva incluyendo la leche extraída de la madre. Además permite que el lactante reciba las sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

El niño alimentado exclusivamente con la “leche de madre” no necesita ningún tipo de líquidos ni agüitas para la sed, porque la madre provee todo el líquido que necesita²¹.

El niño tampoco necesita sopitas, frutas, ni carnes, por lo menos hasta los seis meses, si tiene a su madre cerca cada vez que tiene hambre. Lo importante y lo que debemos recordar, es que el niño debe tener la oportunidad de acostumbrarse a mamar. Él sabe hacerlo porque nace con ese reflejo, pero a veces no sabemos cómo ayudarlo y hacemos que olvide lo que trajo aprendido.

Los niños que se alimentan únicamente con leche materna son menos propensos a sufrir enfermedades como neumonía, asma bronquial, diarreas o infecciones intestinales, y presentan menos alergias a determinados alimentos. Además, les ayuda a expresar al máximo su potencial de crecimiento corporal y desarrollo mental²².

Según el MINSA los lactantes alimentados con leche materna exclusivamente hasta los seis meses, contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otros alimentos.

La Promoción de la lactancia materna exclusiva presenta las siguientes características:

- La LME es segura porque contiene factores que protegen, previenen y combaten infecciones como la diarrea, neumonía y reducen el riesgo de alergias particularmente el asma.
- La LME, es sensata, porque contiene los nutrientes necesarios en las cantidades adecuadas y de calidad sin igual.
- La LME, es sostenible porque contribuye a la seguridad alimentaria de la familia.
- La LME es satisfactoria porque cuando se da de lactar se crean lazos especiales de apego entre la madre y su niño²³.

Todos los lactantes nacen con dos reflejos muy definidos y muy fuertes que son los que le permiten alimentarse del pecho de la madre. Uno de ellos es algo así como

un reflejo de orientación llamado “reflejo de búsqueda”, que hace que el lactante busque el pezón de la madre cuando se encuentra cerca. Toda mamá puede ver, por ejemplo, que cuando roza la mejilla del niño con su pecho, éste busca inmediatamente el pezón y abre su boquita.

El segundo reflejo, también muy fuerte, es el reflejo de succión. Desde que nace, la boca del lactante está lista para “llamar” al alimento que necesita con adecuados movimientos de músculos y de su lengua.

a. Ventajas de la lactancia materna exclusiva:

- Fortalece los lazos entre la madre y el niño a través del contacto físico. Otorga seguridad y confianza al niño al estar en el regazo de la madre.
- Es gratuita.
- Da seguridad alimentaria por lo menos los seis primeros meses de vida.
- Es una práctica cómoda porque la madre no debe preparar ni calentar la leche.
- Es higiénica, no contiene gérmenes.
- Está siempre a la temperatura perfecta.

La única forma de aumentar la producción de leche es amamantado más seguido al lactante y sobretodo que todos los lactantes tienen derecho a recibir leche de la madre durante la primera media hora después del nacimiento y los 6 primeros meses de forma exclusiva²⁴.

b. Beneficios de la lactancia materna exclusiva en los niños (as)

- Buena nutrición.
- Menos probabilidad de sufrir de diarreas, infecciones de las vías respiratorias y otitis.
- Menos probabilidad de padecer enfermedades crónicas como las alergias, diabetes, hipertensión, obesidad y cáncer.
- Mayor desarrollo mental, intelectual y motor.
- Mejor formación de la boca y alineación de los dientes²⁵.

c. Duración de las tomas de lactancia materna exclusiva:

El tiempo que dura una toma depende de la buena técnica de succión del lactante y de la velocidad de transferencia de la leche por parte de este. No debe limitarse la duración de la toma, el lactante nos indica cuánto tiempo necesita

estar mamando. La consistencia de la leche varía a lo largo de la toma: al principio es más líquido, y durante la toma el contenido en grasa va aumentando a la vez que disminuye la cantidad de leche.

En general, se recomienda que duren más de diez minutos, hasta que el niño o niña suelte espontáneamente el pecho, con signos de saciedad, que se manifiestan por puños abiertos, somnolencia, calma y desinterés por el pecho. Si desea continuar, se le puede ofrecer el otro pecho. Si hubiera mamado poco tiempo de un pecho es conveniente ofrecer el mismo pecho en la siguiente toma.

d. Frecuencia de las tomas de lactancia materna exclusiva:

La lactancia materna es a demanda, por lo que tienes que ponerle al pecho cada vez que lo pida. Los recién nacidos van a tener unos intervalos entre las tomas más cortos, por lo que pedirán comer más a menudo. Poco a poco van aumentando las horas de sueño, la lactancia materna se hace más eficaz y necesitan menos tomas para saciarse, pero pueden reclamar el pecho porque necesitan líquidos. Como norma general debemos saber que a partir de las primeras 24 horas el lactante puede hacer de 8 a 10 tomas al día²⁶.

B. LACTANCIA ARTIFICIAL:

La lactancia artificial es la alimentación con fórmulas lácteas preparadas artificialmente, siendo la base de los mismos la leche de vaca. Se llaman fórmulas adaptadas porque se adaptan a las características del lactante. Las fórmulas artificiales se parecen a la leche de la madre, pero relativamente poco, últimamente se ha conseguido gran similitud pero no llegan a tener carácter inmunitario, hormonas y otros aspectos irreproducibles²⁷.

Según el Reglamento de Alimentación Infantil del MINSA refiere que los sucedáneos de la leche materna, que son los alimentos comercializados o presentados como sustituto parciales o totales de la leche materna. Las fórmulas infantiles, preparaciones para los lactantes, alimentos complementarios de origen lácteo y no lácteo, incluidos los alimentos complementarios cuando están comercializados y cuando se indique que pueden emplearse con o sin modificación para sustituir parcial o totalmente a la leche materna. Incluye a los biberones y tetinas²⁸.

Es cuando los lactantes crecen sin recibir leche materna, con la ayuda de preparados especiales de leche de vaca, que la ser elaborados aproximan los

nutrientes a los de la leche materna. Esta leche humanizada recibe el nombre de leche maternizada o adaptada²⁹.

Es la alimentación del lactante utilizando leches diferentes a la materna, en especial por medio de fórmulas alimenticias diseñadas para llenar las necesidades nutricionales del lactante³⁰.

Si por alguna circunstancia la madre no puede amamantar a su hijo, es necesario que pueda recurrir a una alternativa que cubra completamente las necesidades nutricionales del niño. Las fórmulas artificiales basadas en la leche de vaca modificada, cuya composición procura ser semejante a la de la leche materna y que se conocen como fórmulas de inicio, deben ser indicadas por el médico³¹.

A pesar de las reconocidas ventajas de la lactancia natural, se dan algunos casos en los que ésta no es posible. Cuando se dan esos casos, la madre puede optar por alimentar al lactante con preparados de fórmula.

Según la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN), las fórmulas se clasifican en dos tipos:

- **Fórmulas de Inicio:** Son aquellas que cubren por sí solas todas las necesidades nutritivas del lactante sano nacido a término, durante los seis primeros meses de vida; no obstante, pueden ser utilizadas conjuntamente con otros alimentos desde los seis a los doce meses.
- **Fórmulas de Continuación:** Destinadas a ser utilizadas a partir de los seis meses conjuntamente con otros alimentos. Según las recomendaciones de la ESPGHAN, su administración puede prolongarse hasta los tres años con ventaja sobre la leche de vaca³².

También llamada leche de fórmula es una alternativa cuando la alimentación al pecho no es posible o bien la madre decide libremente esta opción. La leche artificial es una leche de vaca modificada que intenta asemejarse lo más posible a la leche materna. Es decir, se intentan añadir todos los nutrientes presentes en la leche materna, que no están en la leche de vaca, para que el niño pueda obtener efectos parecidos a los del lactante amamantado. Actualmente todavía no se puede añadir a la leche de fórmula la función inmunológica (las defensas) que están presentes en la leche materna.

a. Ventajas de la lactancia artificial:

- El niño tarda un poquito más en digerirla por lo que tiene mayor sensación de saciedad. Esto significa que los periodos entre tomas son más largos que con la leche materna.
- Tenemos un control exacto de la cantidad de leche que el lactante toma
- Da más libertad de movimiento a la madre ya que puede salir de casa sin estar pendiente del horario y otra persona puede darle el biberón.
- El padre o el resto de la familia, pueden tener mayor protagonismo en la alimentación del lactante.

Es una alternativa excelente en los casos en los que está contraindicada la lactancia materna:

- ✓ **VII.**
- ✓ Alcoholismo o adicción a otras drogas por parte de la madre.
- ✓ Virus herpes en la zona de la mama.
- ✓ Trastornos psiquiátricos de la madre.
- ✓ Algún problema metabólico del lactante.
- ✓ Tuberculosis activa.
- ✓ Cáncer de mama.
- ✓ Toma de algunos fármacos: litio, antineoplásicos³³.

b. Desventajas de la lactancia artificial:

- ✓ **Sistema inmune del lactante:** Los preparados lácteos no proporcionan al lactante las propiedades inmunológicas de la leche natural o de la madre, aunque la leche artificial es modificada para ser lo más parecido a la de la madre carece de esta ventaja³⁴.
- ✓ **Intolerancias y alergias alimenticias:** Debido a que las fórmulas lácteas están hechos a base de leche de vaca y otras de soya; los lactantes menores de 6 meses no pueden introducir a su alimentación ninguno de

los anteriores mencionados; debido a que estos inciden a desarrollarse alergias (urticaria y reacciones alérgicas) e intolerancia (eccemas, diarreas, fisuras anales, llanto, cólicos y dolor abdominal)³⁵.

- ✓ **Digestión:** Con los preparados lácteos la digestión es más lenta ya que el lactante tarda más en digerirla.
- ✓ **Estreñimiento y gases:** Puede producir en algunos lactantes estreñimiento y cólicos de gases.
- ✓ **Aumento de la higiene y seguridad:** Hay que ser estrictamente cuidadosos con la higiene de los biberones, tetinas, y esterilizarlos correctamente para evitar la posible aparición de diarreas.
- ✓ **Precio:** Resulta más caro que dar el pecho al lactante por lo que supone un coste importante en el presupuesto de la familia.
- ✓ **Espacio y comodidad:** Hay que disponer de más espacio en el bolso del lactante para poder llevar el paquete de leche, el biberón, el agua, el termo para el agua y demás utensilios³⁴.

c. Frecuencia de las tomas de lactancia artificial:

La leche artificial es de más difícil digestión que la materna y por ello permanece más tiempo en el estómago, aproximadamente 3 a 4 horas. La recomendación suele ser la de dar un biberón cada 3 horas³⁶.

d. Volumen de las tomas de lactancia artificial:

Su distribución horaria deberá ser ajustada por el pediatra a las necesidades particulares de cada lactante, advirtiendo a la madre que las ingestas señaladas por el fabricante para cada edad son sólo orientativas.

Por regla general, durante las primeras 2 semanas el lactante puede ingerir 8 tomas de 60 cc. Entre la segunda y la octava semana, 7 tomas con 90 cc.

Durante el segundo y tercer mes puede disminuirse el número de tomas a cinco diarias, naturalmente según las peculiaridades de cada niño, siendo el pediatra el que ajustará las pautas a través del siguiente esquema:

Edad	Medidas/ rasa	ml de agua hervida	Biberones al día
0 – 2 semanas	2	60	8
2 – 8 semanas	3	90	7
2 – 3 meses	5	150	5 - 6
3 – 6 meses	6	180	4 - 5

Fuente: http://www.nutriben.es/el_bebe_consejos_0_4_meses.php³⁷

e. Preparación de los biberones para la lactancia artificial:

Se iniciará después de lavarse cuidadosamente las manos, tomando la tetina y el biberón previamente desinfectados. Se empleará agua hervida, que se dejará enfriar hasta los 37° - 38° C, para facilitar la disolución con la leche en polvo.

Es conveniente preparar los biberones antes de cada toma. Si se prepara más de uno deberán conservarse en frío hasta su utilización hasta un máximo de 24 horas³⁷.

C. LACTANCIA MIXTA:

Es la alimentación tanto con leche materna como con leche artificial. Existen situaciones que requieren implantar la lactancia mixta. Dichas situaciones son:

- ✓ La madre no desea dar el pecho o no puede por algún motivo puntual.
- ✓ La madre no tiene suficiente cantidad de leche o no es de calidad.
- ✓ Imposibilidad de dar todas las tomas de leche materna.
- ✓ Tránsito de lactancia materna a lactancia artificial (destete).

La lactancia mixta puede ser:

Coincidente: Es el método recomendado en situaciones en las que la madre no tiene suficiente cantidad de leche. En la misma toma, el lactante recibe leche materna primero y a continuación leche artificial en la cantidad que desee.

Alternante: Es el método que se usa cuando alguna toma no puede ser de leche materna, así el lactante recibe la toma exclusivamente de leche artificial y la siguiente toma de leche materna³⁸.

La alimentación mixta, o dar otros líquidos y/o alimentos con la leche materna a los lactantes menores de seis meses de edad, es una práctica muy difundida en muchos países. Esta práctica constituye un riesgo para la salud del lactante, ya que puede aumentar la posibilidad de que sufra diarrea y otras enfermedades infecciosas.

La alimentación mixta, sobre todo dar agua u otros líquidos, también lleva a que el suministro de leche materna disminuya a medida que el lactante succiona menos el pecho. Los lactantes no necesitan ningún otro líquido aparte de la leche materna, ni siquiera agua, durante los primeros seis meses, ya que la leche materna contiene toda el agua que necesita el lactante, incluso en climas muy calurosos³⁹.

2.1.2. ESTADO NUTRICIONAL:

A. Nutrición:

La nutrición, en particular en la etapa temprana constituye uno de los pilares del desarrollo humano y del progreso de las naciones. El tener niños y niñas bien nutridos les abre en el presente y en el futuro una ventana de posibilidades en su capacidad física, en la capacidad intelectual, en la salud, en el desarrollo emocional y social. Por ello es muy importante el poder monitorear el estado nutricional en etapas tempranas de la vida, de forma individual para poder medir el progreso del niño, y a nivel colectivo o nacional para poder medir el avance del país y sus posibilidades de desarrollo⁴⁰.

B. Estado Nutricional:

Es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes, una condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutricionales individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos⁴¹.

La evaluación antropométrica del estado nutricional puede realizarse en forma transversal (en un momento determinado) o longitudinal (a lo largo del tiempo). Su determinación es relativamente sencilla, de bajo costo y muy útil.

C. Medidas Antropométricas:

Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son el peso y la talla o longitud. Estas mediciones se relacionan con la edad o entre ellos, estableciendo los llamados índices. Los índices más utilizados son el peso para la edad (P/E), la talla para la edad (T/E) y el peso para la talla (P/T)⁴².

Las medidas antropométricas correctamente tomadas, nos dan a conocer la situación nutricional en que se encuentra un individuo o una población.

El cuidado en la determinación del peso y la longitud nos permite obtener medidas de alta calidad, que aseguran un diagnóstico correcto. El personal responsable de la toma de estas medidas debe haber sido capacitado y entrenado para la obtención de las mismas⁴³

El peso, la longitud de los lactantes dicen mucho de su desarrollo físico. Desde su nacimiento, el lactante es pesado y medido y, especialmente, en el primer año de su vida, su peso y sus medidas de crecimiento deben ser controlados por la enfermera⁴⁴.

El peso de los lactantes logra un incremento semanal de 140 a 200grs. desde su nacimiento a los 6 meses de edad. Donde el peso al nacimiento se duplica al final de los 6 meses.

La longitud de los lactantes logra un incremento mensual de 2.5 cm. desde su nacimiento a los 6 meses de edad⁴⁵.

D. Clasificación del Estado Nutricional

Según el instituto Nacional de Salud (INS) dentro de la valoración nutricional antropométrica en niños menores de 5 años reconoce 3 índices y su denominación frente a la desnutrición, además hace referencia sobre los mismos puntos de corte para la clasificación según desviación estándar, donde lo describe de la siguiente forma:

- Peso para la edad (P/E): Desnutrición Global
- Talla para la edad (T/E): Desnutrición Crónica y retardo en el crecimiento
- Peso para la Talla (P/T): Desnutrición Aguda⁴⁶.

Según el MINSA en la “Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años” con RM. N° 990 - 2010; el estado nutricional se realizará en base a la comparación de indicadores: P/E/, T/E/ y P/T con los valores de los patrones de Referencia vigentes:

Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años

Puntos de corte	Peso para Edad	Peso para la Talla	Talla para Edad
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> + 3		Obesidad	
> + 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Desnutrición	Desnutrición Aguda	Talla baja
< - 3		Desnutrición Severa	

Fuente: Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años⁴⁷.

Si los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+ 2 a - 2 DS) y la tendencia del gráfico de la niña o del niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera Riesgo Nutricional⁴⁷.

Su clasificación que se encuentra adaptada a la que refiere la OMS 2006, la cual se muestra en el cuadro anterior donde se describe de la siguiente manera:

a) PESO PARA LA EDAD:

Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnets de crecimiento.

Sus principales ventajas son:

- Es fácil de obtener con poco margen de error.
- Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño.
- Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.

Sin embargo también tiene desventajas importantes:

- No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica). Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla⁴⁸.

Este a su vez se subclasifica de la siguiente manera:

➤ **Sobrepeso en lactantes:**

Según la OMS se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud⁴⁹.

La Asociación Española de Pediatría hace referencia que los niños alimentados con leche materna que tienen sobrepeso, no aumentan el número de adipocitos, sino que aumentan el tamaño de los adipocitos, por ello no tiene secuelas ese aumento de peso en el periodo de lactancia⁵⁰.

Además el tener sobrepeso puede retrasar el gatear y caminar, afectando esencialmente el desarrollo físico y mental de un lactante.

Varios estudios muestran una relación entre la lactancia materna y la disminución del riesgo de sobrepeso u obesidad. La alimentación mixta con leche materna y fórmula o con fórmula se asocia con mayor predisposición al sobrepeso que los lactantes con lactancia materna exclusiva. Los recién nacidos alimentados con fórmula presentan un aumento en la deposición de grasa en comparación con los bebés alimentados exclusivamente con leche materna⁵¹.

➤ **Lactantes normales:**

También denominados como eutróficos, son aquellos que poseen una nutrición normal⁵². Es decir el lactante cuyo peso presenta un 90% a 100% de adecuación para su edad⁵³; donde el peso y talla son adecuados para su edad⁵⁴.

En el grupo de lactantes con lactancia materna exclusiva se observa que el mayor porcentaje de niños eutróficos, con adecuados índices de peso y talla para la edad.

Según el índice de peso para la talla del lactante es el resultante de comparar el peso de un niño, con la talla que presenta, como método ideal para evaluar el estado nutricional⁵⁵.

➤ **Desnutrición:**

Es el estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes⁵⁶. Los nutrientes que necesita un lactante los encuentra todos en la leche materna. La carencia o escasez de estos nutrientes puede dificultar el desarrollo del niño. A los seis meses de edad, un lactante debe tener el doble del peso que tenía al nacer⁵⁷.

b) TALLA PARA LA EDAD:

El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla o longitud suelen presentarse lentamente y también recuperarse muy lentamente.

Las ventajas de este índice son:

- Refleja la historia nutricional del sujeto.
- Estima el grado de desnutrición crónica.

Las principales desventajas son las siguientes:

- Requiere conocer con exactitud la edad.
- La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error.
- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda⁴⁸.

Este a su vez se sub clasifica de la siguiente manera:

✓ **Talla alta:**

Se define como aquella que está situada por 2 desviación estándar (DE) o por encima de la línea media o por una velocidad de crecimiento anormal para edad y sexo⁵⁸.

✓ **Talla normal:**

Se consideran tallas normales las situadas entre ± 2 desviaciones estándar (DE) para la edad, sexo y grupo étnico⁵⁹.

✓ **Talla baja:**

Se define como aquella que está situada por debajo de -2 según desviación estándar (DE) para edad y sexo en relación a la media de población de referencia según la OMS 2006; este problema suele presentarse lentamente y también recuperarse muy lentamente⁶⁰. Es un indicador que sirve para diagnosticar desnutrición crónica, se determina al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo. Es un indicador para medir los problemas de desarrollo de la niñez, por su estrecha relación con problemas de aprendizaje, desarrollo psicomotor⁶¹.

La prevalencia de desnutrición crónica puede atribuirse a una ingesta inadecuada y una mala utilización de alimentos así como a episodios infecciosos frecuentes y prolongados como la diarrea, que desencadenan el

círculo vicioso de desnutrición; problemas que en su mayoría pueden minimizarse con una seguridad alimentaria en el hogar y una adecuada información, educación y capacitación a los hogares

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Perú indica que existen factores determinantes para desarrollarse la desnutrición crónica; menciona las características de la madre (embarazo adolescente, desnutrición materna, etc.), las características de la vivienda (inadecuado saneamiento básico, inadecuado acceso a agua segura, contaminación, etc.), las características del niño (vacunación incompleta, inadecuadas prácticas de alimentación, inadecuado tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia, no control de crecimiento y desarrollo, etc.) y las características contextuales (vectores de enfermedades, inseguridad alimentaria, etc.); por lo que los lactantes están predispuestos a la mortalidad infantil⁶².

La talla baja es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría, especialmente en los países en vía de desarrollo. La talla está determinada por el crecimiento óseo, el cual es un proceso complejo, influenciado por la interrelación de múltiples factores y en el que se requiere la adecuada funcionalidad e integralidad de los diferentes sistemas para lograr alcanzar la talla esperada de cada individuo; por lo tanto, cualquier noxa prenatal o posnatal que afecte al niño puede comprometerla. Donde las causas son de origen prenatal, debido a presentar enfermedades de origen endocrinológico como hipotiroidismo, síndrome de Cushing o raquitismo; pueden estar determinadas por enfermedades crónicas como: diabetes mellitus, asma, anemia o problemas de nutrición en la madre durante la etapa gestacional⁶³.

La desnutrición crónica definida como el retardo en el crecimiento del niño con relación a su edad, está considerada como un indicador síntesis de la calidad de vida debido a que es el resultado de factores socioeconómicos presentes en el entorno del niño durante su periodo de gestación, nacimiento y crecimiento⁶⁴.

La desnutrición puede presentarse en todas las edades, sin embargo, es más notoria y grave entre los 6 y 36 meses de edad. Después del destete, que con frecuencia inicia antes del cuarto mes, el niño recibe poco o ningún alimento con leche, sus derivados u otros productos de origen animal. La combinación de una dieta baja en energía y proteínas aunada a infecciones frecuentes

digestivas y respiratorias propicia un avance lento y progresivo hacia una desnutrición grave. Así como el abandono de la lactancia materna, el uso inadecuado de los sucedáneos de la leche materna y las infecciones gastrointestinales frecuentes en el niño⁶⁵.

c) PESO PARA LA TALLA:

Este índice compara el peso de un individuo con el peso esperado para su longitud y esto permite establecer si ha ocurrido una pérdida reciente de peso corporal.

Las principales ventajas son las siguientes:

- No se requiere conocer la edad del niño.
- Determina bien al niño adelgazado agudamente de aquel que tiene desnutrición crónica.

Algunas desventajas son las siguientes:

- Exige la determinación simultánea de peso y talla.
- El personal de salud no está muy familiarizado con su uso.
- No permite determinar si existe retardo del crecimiento⁴⁸.

Este a su vez se sub clasifica de la siguiente manera:

▪ **Obesidad en lactantes:**

Es el aumento de peso corporal dado por un aumento de la grasa corporal. Se establece cuando el peso real está por sobre el 20% del peso ideal. Para evaluarlo existe una referencia o un patrón de comparación. En el Perú se utiliza la clasificación del estado nutricional según la OMS.

La principal causa está dada más por la madre o la persona que cuida al lactante porque muchas veces piensan que cuando el niño llora, es porque tiene hambre, sabiendo que hay muchos motivos por lo que puede llorar. Lo resultante de todo eso, es un aumento innecesario de energía (calorías) que inevitablemente aumentará el peso en función de aumentar la grasa corporal⁶⁶.

Los lactantes alimentados con leche de fórmula y a los que se les da alimentos sólidos antes de los 6 meses de edad tienen mayor riesgo de subir de peso, por lo que podrían desarrollar obesidad en etapa de lactante⁶⁷.

La lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del lactante reduce el riesgo de obesidad en el niño, y que tampoco hay prisa para darle alimentos sólidos cuando se alimentan con leche artificial⁶⁸.

▪ **Sobrepeso en lactantes:**

Según la OMS se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud⁴⁹.

La Asociación Española de Pediatría hace referencia que los niños alimentados con leche materna que tienen sobrepeso, no aumentan el número de adipocitos, sino que aumentan el tamaño de los adipocitos, por ello no tiene secuelas ese aumento de peso en el periodo de lactancia⁵⁰.

Además el tener sobrepeso puede retrasar el gatear y caminar, afectando esencialmente el desarrollo físico y mental de un lactante.

Varios estudios muestran una relación entre la lactancia materna y la disminución del riesgo de sobrepeso u obesidad. La alimentación mixta con leche materna y fórmula o con fórmula se asocia con mayor predisposición al sobrepeso que los lactantes con lactancia materna exclusiva. Los recién nacidos alimentados con fórmula presentan un aumento en la deposición de grasa en comparación con los bebés alimentados exclusivamente con leche materna⁵¹.

▪ **Lactantes normales:**

También denominados como eutróficos, son aquellos que poseen una nutrición normal⁵². Es decir el lactante cuyo peso presenta un 90% a 100% de adecuación para su edad⁵³; donde el peso y talla son adecuados para su edad⁵⁴.

En el grupo de lactantes con lactancia materna exclusiva se observa que el mayor porcentaje de niños eutróficos, con adecuados índices de peso y talla para la edad.

Según el índice de peso para la talla del lactante es el resultante de comparar el peso de un niño, con la talla que presenta, como método ideal para evaluar el estado nutricional⁵⁵.

- **Desnutrición aguda en lactantes:**

Es el trastorno de la nutrición que produce déficit del peso sin afectar la talla (peso bajo, talla normal). La desnutrición continúa siendo un problema significativo en todo el mundo, sobre todo entre los niños⁶⁹.

Según UNICEF es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en vía de desarrollo. Por eso, prevenir esta enfermedad se ha convertido en una prioridad para la OMS⁷⁰.

La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado.

Uno de las causas principales es la pobreza pero también está la no lactancia materna exclusiva, la presencia de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias agudas, y otras; la falta de educación y de información sobre la buena o adecuada alimentación.

Además como factor decisivo en la presencia de desnutrición aguda en los menores de 6 meses es la baja práctica de la lactancia materna exclusiva. Esta situación es responsable de la alta prevalencia de la desnutrición aguda entre los menores de 6 meses⁷¹.

- **Desnutrición severa en lactantes:**

Enfermedad crónica severa potencialmente reversible, con retardo de crecimiento (T/E <85%) y déficit de peso (P/T <70%) o sin él, pero con edemas⁷².

La desnutrición crónica definida como el retardo en el crecimiento del niño con relación a su edad, está considerada como un indicador síntesis de la calidad de vida debido a que es el resultado de factores socioeconómicos presentes en el entorno del niño durante su periodo de gestación, nacimiento y crecimiento⁷³.

La medición del peso y talla para la edad, y el peso para la talla, constituyen los parámetros más fieles para evaluar crecimiento y estado nutritivo en el niño.

Además de la medición de los valores actuales de la antropometría, en el niño resulta especialmente valiosa la evaluación de la curva y velocidad de incremento de estos parámetros en el tiempo, ya que indicaran como es el estado nutricional del niño mes a mes.

Los valores antropométricos pueden expresarse como % del valor ideal, desviación estándar del promedio, o ubicación en determinado percentil. Tiene importancia también la tabla de referencia a utilizar, siendo actualmente aceptado internacionalmente el patrón de N.C.H.S / O.M.S., que es usado también como norma por el Ministerio de Salud en Perú. Se considera como límites para definir desnutrición, valores por debajo del 80% del ideal, dos desviaciones estándar del promedio; se considera como "riesgo" de constituir desnutrición, valores entre -2 y -3 desviaciones estándar, así como el deterioro en los incrementos, o cambio de desviación estándar o "canal" de crecimiento⁷⁴.

2.1.3. LACTANCIA MATERNA Y ESTADO NUTRICIONAL

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuadas. Se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años. Las curvas de crecimiento confeccionadas a partir del peso y talla de niños alimentados con leche materna exclusiva los primeros seis meses de vida, muestran un crecimiento superior al de las de referencia basadas en los pesos de niños con lactancia mixta o artificial.

La leche materna contiene otras sustancias además de los nutrientes, como hormonas y factores de crecimiento. Entre las hormonas de la leche humana se encuentran: El cortisol, la somatostatina, las hormonas tiroideas, la oxitocina y la prolactina y otras sustancias como los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga de leche humana. Pueden estar relacionadas con el crecimiento del niño(a)⁷⁵.

La palabra, del griego antropo (hombre) y metría (medida), se define como "tratado de las proporciones y medidas del cuerpo humano". Las medidas antropométricas son de dos tipos: de tamaño y de composición corporal. Son de creciente importancia en la evaluación nutricional y permiten una cuantificación objetiva del estado nutricional individual o grupal, siempre y cuando sean

tomadas por personal adecuadamente entrenado. Con las medidas de tamaño, dimensión física del cuerpo y distribución regional de la grasa, se pueden identificar problemas de malnutrición, ya sea por exceso (sobrepeso y obesidad) o por deficiencia (desnutrición).

La importancia de la antropometría nutricional en salud pública radica, entre otras, en ser una herramienta de tamizaje de la población, de uso fácil y de bajo costo. Además sirve para caracterizar el estado nutricional, evaluar intervenciones, vigilar tendencias en el tiempo, orientar actividades de promoción y orientar la asignación de recursos⁷⁶.

El nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil referido a los lactantes y niños pequeños difundido hoy por la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona, por primera vez, datos científicos y orientación sobre la manera en que cada niño del mundo debería crecer.

El nuevo patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.

Desde finales del decenio de 1970 se ha utilizado la tabla de referencia de crecimiento del National Center for Health Statistics/OMS para evaluar el crecimiento de los niños. Esa tabla de referencia se basaba en datos de una muestra limitada de niños de los Estados Unidos, y planteaba ciertos inconvenientes técnicos y biológicos que la hacían poco adecuada para el seguimiento de la rápida y cambiante tasa de crecimiento en la primera infancia.

El nuevo patrón se basa en el niño alimentado con leche materna como norma esencial para el crecimiento y el desarrollo. Esto asegura, por primera vez, la coherencia entre los instrumentos utilizados para evaluar el crecimiento, y las directrices nacionales e internacionales sobre alimentación infantil que recomiendan la lactancia materna como fuente óptima de nutrición durante la primera infancia. A partir de ahora, se podrán evaluar, valorar y medir con precisión los resultados de la lactancia materna y la alimentación complementaria⁷⁷.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

A. Lactancia:

La OMS y el UNICEF señalan que la lactancia “es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños”⁷⁸. Además se define como la secreción de la leche por parte de las glándulas mamarias, que comienza normalmente al final del embarazo⁷⁹. Se considera como el primer periodo de la vida de los mamíferos durante el cual se alimentan con la leche producida por las glándulas mamarias de sus madres⁸⁰.

B. Lactante:

Es considerado a una niña o un niño de 0 – 24 meses de edad cumplidos⁸¹. Considerándose el período inicial de la vida extrauterina durante la cual el lactante se alimenta con leche materna.

Según Montero Leída el lactante es el niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad. Este periodo a su vez puede dividirse en dos sub periodos.

- ❖ Lactante Menor: desde los 29 días de nacido hasta los 12 meses de edad.
- ❖ Lactante Mayor: desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses de edad⁸².

C. Lactancia Materna:

El MINSA considera que es la fuente perfecta de nutrición para las niñas y niños lactantes, porque contiene cantidades apropiadas de nutrientes y proporciona enzimas digestivas, hormonas y anticuerpos que protegen el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño⁸³.

Lactancia materna es la alimentación con la leche de la madre. Se trata de un alimento único que transmite las defensas de la madre al hijo mientras fortalece el vínculo materno-filial⁸⁴.

La lactancia materna es la forma natural de alimentación de la especie humana. Proporciona al recién nacido, el tipo de alimento ideal para su crecimiento y desarrollo, además de ejercer una influencia biológica y afectiva inigualable, tanto en el niño como en su madre⁸⁵.

La OMS considera que la lactancia materna debe ser la alimentación exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de vida ya que, por sus propiedades, resulta indispensable para el desarrollo saludable⁸⁶.

- ❖ **Importancia de la lactancia materna:** La lactancia materna es la forma más adecuada y natural de proporcionar aporte nutricional, inmunológico y emocional al lactante, ya que le aporta todos los nutrientes y anticuerpos que lo mantendrán sano, sin olvidar que le permitirá crear fuerte lazo afectivo con la madre⁸⁷.
- ❖ **Beneficios de la lactancia materna:** Los beneficios para la salud de la madre o el lactante, así como sus beneficios en el ámbito familiar, económico o social, se usan a menudo como argumento para la promoción de la lactancia materna. Son los siguientes:
 - ✓ Al niño lo protege contra enfermedades, lo ayuda en cuanto crecimiento y desarrollo y fortalece un vínculo afectivo con la madre.
 - ✓ A la madre la ayuda a la involución uterina, disminuye las hemorragias posparto, disminuye el riesgo de cáncer en los senos y ovarios y le facilita regresar al peso que tenía antes del embarazo.
 - ✓ En el ámbito económico disminuyen los gastos, además que siempre estará disponible y a la temperatura adecuada.
 - ✓ Con todo, organizaciones y organismos alertan sobre la conveniencia de basar la información sobre lactancia materna en la difusión de sus beneficios, por entender que: La lactancia materna es la forma natural y propia de la especie humana para la alimentación de lactantes y niños pequeños, lo cual no es preciso demostrar con pruebas científicas⁸⁸.

D. Desnutrición:

UNICEF define a la desnutrición como el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad) debido a la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas, falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación⁸⁹.

Para la OMS es la ingesta insuficiente de alimentos de forma continuada, que es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, sea por

absorción deficiente y/o por uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos

E. Malnutrición:

La OMS define a la malnutrición como las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/o otros nutrientes. Su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación.

F. Sobrealimentación

Para la OMS a la sobrealimentación es la ingesta alimentaria que supera las necesidades de energía. Este hecho se conoce como la doble carga de la malnutrición⁹⁰.

G. Mala nutrición

Según la OPS, la mala nutrición es un causante directo de diabetes, enfermedad que degenera en discapacidades e incluso la muerte. Además, se dictaminó que los hábitos alimenticios repercuten en la circulación de la sangre. De acuerdo al dictamen final, es menester un planeamiento minucioso de las comidas del día para mejorar la salud de nuestro sistema circulatorio⁹¹.

2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Ha: Existe relación directa entre los tipos de lactancia y el estado nutricional en lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno - 2014.

Ho: No existe relación directa entre los tipos de lactancia y el estado nutricional en lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno - 2014.

CAPÍTULO III

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

DISEÑO METODOLÓGICO

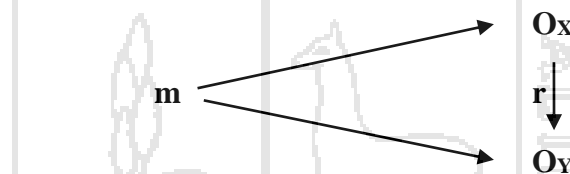
A. Tipo de Investigación: Descriptivo, transversal.

Descriptivo porque está dirigido a determinar “como es” y “como está” la situación de las variables que se estudian en una población; es transversal porque estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo⁹².

B. Diseño de Investigación: Correlacional; debido a que describe variables y la relación⁹³ entre la variable dependiente e independiente, ósea se estudia la correlación entre dos variables⁹⁴.

En el caso de esta investigación describió la relación entre los tipos de lactancia y el estado nutricional en lactantes de 6 meses.

El diagrama va a ser:



m= Muestra; conjunto de Lactantes de 6 meses de edad que asisten al Centro de Salud Metropolitano de Puno.

O_x = Tipos de Lactancia.

O_y = Estado Nutricional.

r = Relación

3.1. En relación a la selección de la muestra

3.1.1. Población: La población estuvo constituida por 151 recién nacidos atendidos en el Centro de Salud Metropolitano de Puno, de Junio del 2013 a Diciembre del 2013⁹⁵.

3.1.2. Muestra: La muestra representativa fue de 36 lactantes de 6 meses que asistieron al Centro de Salud Metropolitano. Que se obtuvo según el muestro aleatorio simple para población finita; calculada con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{e^2 \times N + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n= Tamaño de la Muestra.

N= Tamaño de la Población.

Z²= Valor de distribución normal con un nivel de confianza del 95% de Probabilidad. Equivale= 1.96

e= Margen de Error de estimación es el 0.96%. Equivale= 0.0096.

p= Proporción esperada. Equivale= 0.5

q= Probabilidad de fracaso. Equivale= 0.5 (se obtiene de restar 1 - p)

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 151}{0.0096^2 \times 151 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{145.02}{3.77 + 0.9604}$$

$$n = \frac{145.02}{4.73}$$

$$n = 36$$

3.1.3. Unidad de medida:

A. Criterios de Inclusión:

- Lactantes con antecedentes de peso adecuado para la edad Gestacional.

B. Criterios de Exclusión:

- Lactantes que no tengan registrado su peso y/o talla en la historia clínica o Carnet.

3.2.En relación a las técnicas e instrumentos:

3.2.1. Técnicas: Las técnicas de recolección de datos que se utilizaron fueron:

- a. **Revisión Documental:** Técnica que permitió revisar la historia clínica de los lactantes.
- b. **Encuesta:** Técnica que permitió realizar preguntas estructuradas a las madres de los lactantes estudio para recolectar los datos necesarios.

3.2.2. Instrumentos:

- **Guía de Revisión Documental:** En este se consideró lo siguiente: Para determinar el estado nutricional se extraerá el peso y la longitud de los lactantes de 6 meses asistentes al Centro de Salud Metropolitano de Puno (ANEXO N° 2).
- **Cuestionario Estructurado:** En este se consideró los siguiente: Para su alimentación recibe únicamente; según controles de CRED registrados (7 días, 15 días, 1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses) y duración de la lactancia (ANEXO N° 3).

3.2.2.1. Medición del instrumento:

- A. La guía de revisión documental en relación al estado nutricional, el mismo que tuvo como objetivo obtener información sobre el peso y longitud de los lactantes del Centro de Salud Metropolitano de Puno.

Consta de 3 partes: Peso/Edad; Talla/Edad y Peso/Talla

a. **Peso/Edad:**

Sobrepeso: Según desviación estándar se considera $> +2$.

Normal: Según desviación estándar se considera entre $+2$ a -2 .

Desnutrición: Según desviación estándar se considera entre $< + -2$ a -3 .

b. **Talla/Edad:**

Alto: Según desviación estándar se considera $> +2$.

Normal: Según desviación estándar se considera entre $+2$ a -2 .

Talla baja: Según desviación estándar se considera entre $< + -2$ a -3 .

c. **Peso/Talla:**

Obesidad: Según desviación estándar se considera $> +3$.

Sobrepeso: Según desviación estándar se considera $> +2$.

Normal: Según desviación estándar se considera entre $+2$ a -2 .

Desnutrición Aguda: Según desviación estándar se considera entre $< + -2$ a -3 .

Desnutrición Severa: Según desviación estándar se considera entre < -3 .

- B. El cuestionario aplicado en relación con el tipo de lactancia que reciben los lactantes, el mismo que tuvo como objetivo obtener información sobre el tipo de lactancia que reciben los lactantes del Centro de Salud Metropolitano de Puno.

Consta de 3 partes: Primero para su alimentación que tipo de leche recibe, segundo si recibió según controles de CRED registrados hasta el 6 meses y por último la duración de la lactancia según cada uno de los tipos de lactancia.

a. Para su alimentación, el tipo de lactancia que recibe: Donde se tiene 5 categorías:

- **Leche materna y Leche materna extraída:** Hacen referencia a la Lactancia Materna Exclusiva.
- **Fórmula láctea + agua:** Hace referencia a la Lactancia Artificial.
- **Leche materna + Fórmula láctea con agua y Leche materna extraída + Fórmula láctea con agua:** Hace referencia a la Lactancia Mixta.

b. Recibió según controles de CRED registrados: Según la norma de CRED establece los fechas: 7 días, 15 días, 1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses; los cuales suman 8 fechas de control; se tienen 3 categorías:

- **Lactancia Materna Exclusiva:** Si el lactante cumple hasta los 6 meses (8 fechas) haber recibido una lactancia Materna Exclusiva se considera apto para esa categoría.
- **Lactancia Artificial:** Si el lactante cumple hasta los 6 meses (8 fechas) haber recibido una Lactancia Artificial se considera apto para esa categoría.
- **Lactancia Mixta:** Si el lactante hasta los 6 meses (8 fechas) recibe leche materna y artificial considera apto para esa categoría.

c. Duración de la lactancia:

- **6 meses:** Se considera cuando recibe de forma exclusiva leche sin interrupción.
- **<de 6 meses:** Se considera si existe interrupción por haber iniciado con la alimentación complementaria.

3.2.3. Procedimientos de recolección de datos:

1º A la Facultad de Enfermería se peticionó a través de una solicitud de oficio dirigido al jefe del Establecimiento de Salud Metropolitano de Puno.

2º Una vez obtenida la solicitud de Decanato, se le hizo llegar al jefe de Establecimiento de Salud Metropolitano de Puno.

3° Se coordinó con el jefe del Establecimiento de Salud para permitir la realización del presente trabajo de Investigación. Así mismo se realizó la coordinación con la jefa del Enfermeras y con las licenciadas que laboran en el área de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud.

4° Posteriormente a la Lic. de Enfermería en el consultorio de CRED, se le solicitó el préstamo del libro de registros para la extracción de datos de los lactantes en estudio y se procederán a llenar en la Guía de Revisión Documental.

5° En el consultorio de CRED del Centro de Salud Metropolitano de Puno con el consentimiento de la madre se procedió a pesar y tallar, y los datos obtenidos fueron llenados en la Guía de Revisión Documental (Anexo N° 7).

6° Seguidamente se aplicó el cuestionario estructurado a las madres para preguntarles sobre el tipo de lactancia que brinda a su hijo (Anexo N° 7).

7° Con la información obtenida se evaluó el Estado Nutricional a través de Tabla de Evaluación Nutricional (Anexo N° 4).

3.3. En relación al análisis:

A. Plan de procesamiento de datos: Para el cumplimiento de esta etapa se realizó las siguientes acciones:

- a) Organización de la información obtenida.
- b) Codificación de los 2 instrumentos que fue realizado por la ejecutora.
- c) Se elaboraron los cuadros porcentuales de doble entrada.
- d) Se realizó el análisis de los resultados obtenidos posteriormente.

B. Plan de tabulación y tratamiento estadístico: Para el análisis de la información se utilizó la estadística no paramétrica la cual nos permitió sacar conclusiones generales de toda la población a partir de la muestra en estudio.

Donde se utilizó la prueba de Chi cuadrado cuya fórmula es:

$$X^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (O - E)^2}{E}$$

Donde:

O= Frecuencia de valor Observado.

E= Frecuencia de valor Esperado.

CAPÍTULO IV

CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

ÁMBITO DE ESTUDIO:

El presente estudio de investigación se realizó en la ciudad de Puno, Capital del distrito, provincia y departamento de Puno; el cual está ubicado a orillas del Lago Titicaca a 3827 m.s.n.m., lago navegable más alto del Mundo. Se encuentra en la Región de la sierra a los 15° 50'26" de latitud sur, 70° 01' 28" de longitud Oeste del meridiano de Greenwich; ocupa una extensión de 460.63 Km².

Su clima de la región es frío y seco, con una estación lluviosa de 4 meses. La formidable elevación del altiplano y su condición geográfica única en el mundo, hace que en la práctica haya sólo dos estaciones climáticas bien diferenciadas. El invierno que absorbe al otoño y va de Mayo a Octubre, con noches frías, pero con días soleados y de intensa luminosidad. La primavera que se une al verano, es la época de lluvias y se extiende de Noviembre a Abril. La temperatura promedio es de 9°C, teniendo días cálidos de 24°C y noches frías con temperaturas de 2°C.

El Centro de salud Metropolitano de Puno; es un establecimiento de salud de nivel I – 3, perteneciente a la Microred de Salud de Puno. Este se encuentra ubicado al Sureste de la ciudad de Puno, en el Barrio Victoria; el área constituida es de 1,500 m². Tiene una forma rectangular, ubicado sobre la av. El sol; que limita:

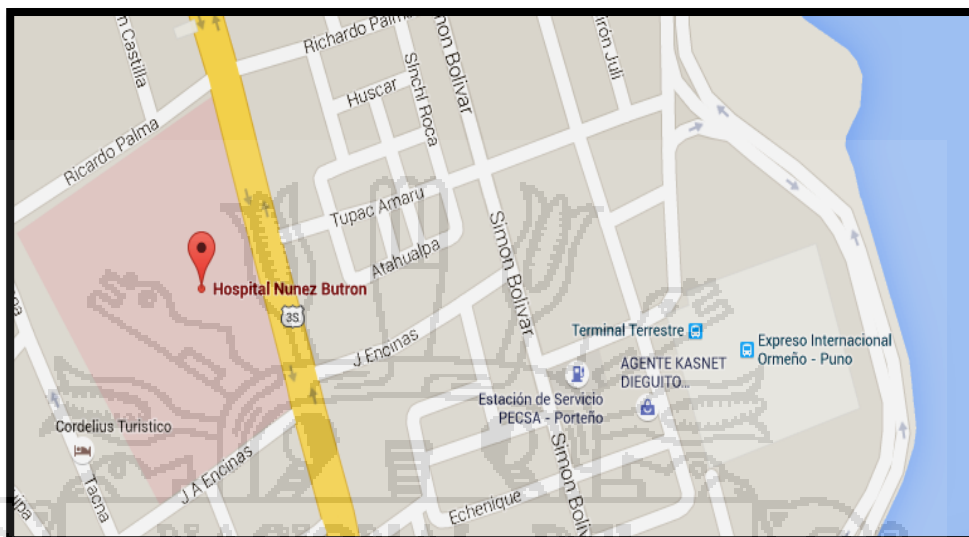
- ❖ **ESTE:** Av. El sol
- ❖ **OESTE:** El Centro Gineco – Obstétrico del HRMNB.
- ❖ **NORTE:** El Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”.
- ❖ **SUR:** Jr. José Antonio Encinas.

En el Centro de salud Metropolitano cuenta con 01 ambiente de consultorio de CRED (Crecimiento y Desarrollo) y 01 ambiente de admisión. Y el presente estudio se realizó en dichos espacios existentes dentro del establecimiento de salud. El estudio de investigación comprende los lactantes de 6 meses de edad asistentes al Centro de salud Metropolitano.

La población limitante dentro de la presente jurisdicción pertenece a barrios urbanos y peri urbanos dentro de la ciudad de Puno. Por lo que las familias tienen

mayor accesibilidad a todos los servicios básicos de saneamiento, así como cuentan con servicios de electrificación pública, transporte y seguridad urbana.

Cuyo croquis de ubicación es el siguiente:



Fuente: <https://www.google.com.pe/maps/place/Hospital+Nunez+Butron,+J+A+Encinas,+Puno/@-15.8433195,-70.0231519,17z/data=!4m2!3m1!1s0x915d6993b8a7fa25:0xd594d98d0b4fc92c?96>.

CAPÍTULO V

EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1.RESULTADOS

CUADRO 1

**TIPO DE LACTANCIA EN LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE
SALUD METROPOLITANO DE PUNO - 2014**

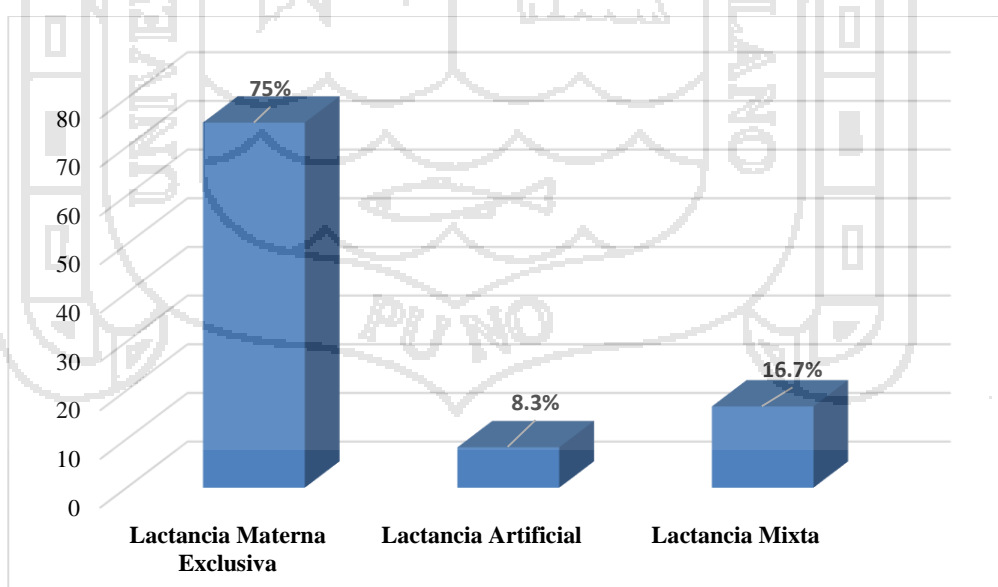
TIPOS DE LACTANCIA	N°	%
Lactancia Materna Exclusiva	27	75,0
Lactancia Artificial	3	8,3
Lactancia Mixta	6	16,7
TOTAL	36	100,0

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional. Elaboración del investigador

El presente cuadro muestra el tipo de lactancia que reciben los lactantes de una muestra de 36 lactantes; donde el 75% (27) recibe lactancia materna exclusiva, el 16,7% (6) recibe lactancia mixta y el 8,3% (3) reciben lactancia artificial.

GRÁFICO 1

**TIPO DE LACTANCIA EN LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE
SALUD METROPOLITANO DE PUNO - 2014**



Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional. Elaboración del investigador

CUADRO 2
ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO
DE SALUD METROPOLITANO DE PUNO - 2014

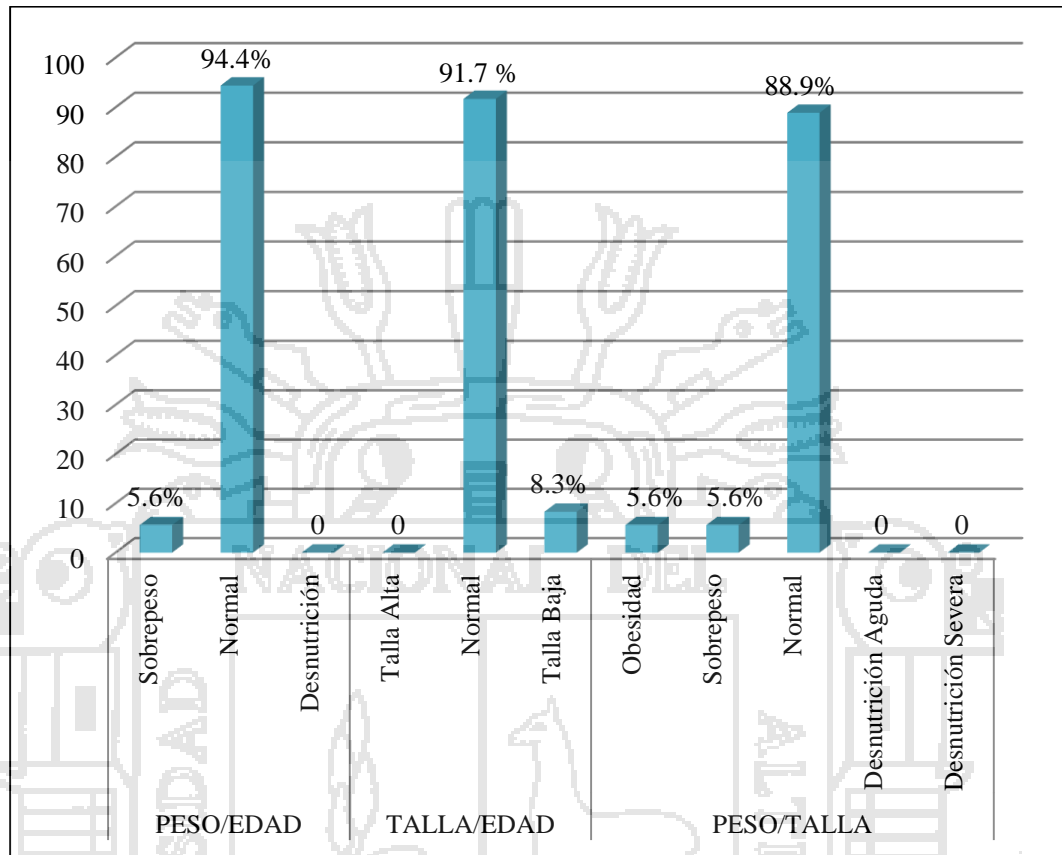
ESTADO NUTRICIONAL		N°	%
PESO/EDAD	Sobrepeso	2	5,6
	Normal	34	94,4
	Desnutrición	0	0
TOTAL		36	100,0
TALLA/EDAD	Talla Alta	0	0,0
	Normal	33	91,7
	Talla Baja	3	8,3
TOTAL		36	100,0
PESO/TALLA	Obesidad	2	5,6
	Sobrepeso	2	5,6
	Normal	32	88,9
	Desnutrición Aguda	0	0,0
	Desnutrición Severa	0	0,0
TOTAL		36	100,0

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional. Elaboración del investigador

En el presente cuadro se observa el estado nutricional representado por Peso/Edad, Talla Edad y Peso/Talla, así entre los resultados que resaltan tenemos: Según el índice Peso/Edad el 94,4% tienen peso normal, además el 91,7% de lactantes tienen una talla adecuada, según el índice que Peso/Talla el 88,9% tiene un estado nutricional adecuado. Sin embargo un 8,3% de lactantes tiene talla baja y un 5,6% tiene obesidad según Peso/Edad y similar porcentaje según Peso/Talla donde los lactantes tienen sobrepeso y obesidad.

GRÁFICO 2

ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO
DE SALUD METROPOLITANO DE PUNO – 2014



Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.
Elaboración del investigador

CUADRO 3

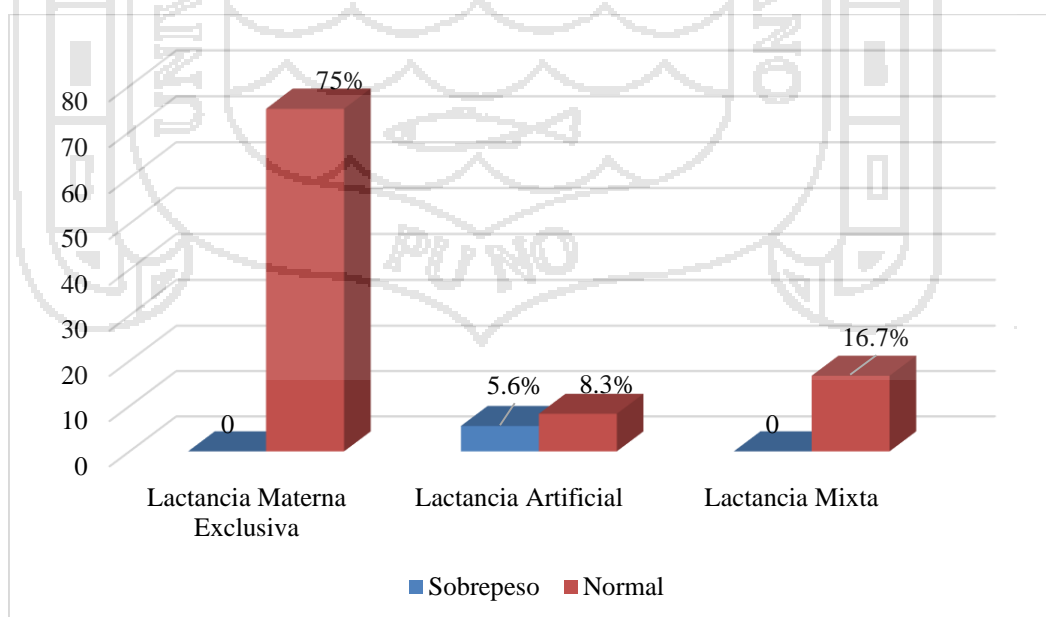
**TIPO DE LACTANCIA SEGÚN PESO/EDAD EN LACTANTES DE 6 MESES
EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE PUNO - 2014**

TIPO DE LACTANCIA	PESO/EDAD				TOTAL	
	Sobrepeso		Normal			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lactancia Materna Exclusiva	0	0,0	27	75,0	27	75,0
Lactancia Artificial	2	5,6	1	2,8	3	8,3
Lactancia Mixta	0	0,0	6	16,7	6	16,7
TOTAL	2	5,6	34	94,4	36	100,0

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.
Elaboración del investigador

En el presente cuadro muestra la relación del tipo de lactancia según peso/edad, donde se observa que 27 niños que representan el 75% reciben lactancia materna exclusiva teniendo su peso normal; además que 6 niños que representan el 16,7% reciben lactancia mixta su peso también es normal, mientras que 2 niños que representan el 5,6% reciben lactancia artificial y tienen sobrepeso.

GRÁFICO 3

**TIPO DE LACTANCIA SEGÚN PESO/EDAD EN LACTANTES DE 6 MESES
EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE PUNO - 2014**


Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.
Elaboración del investigador

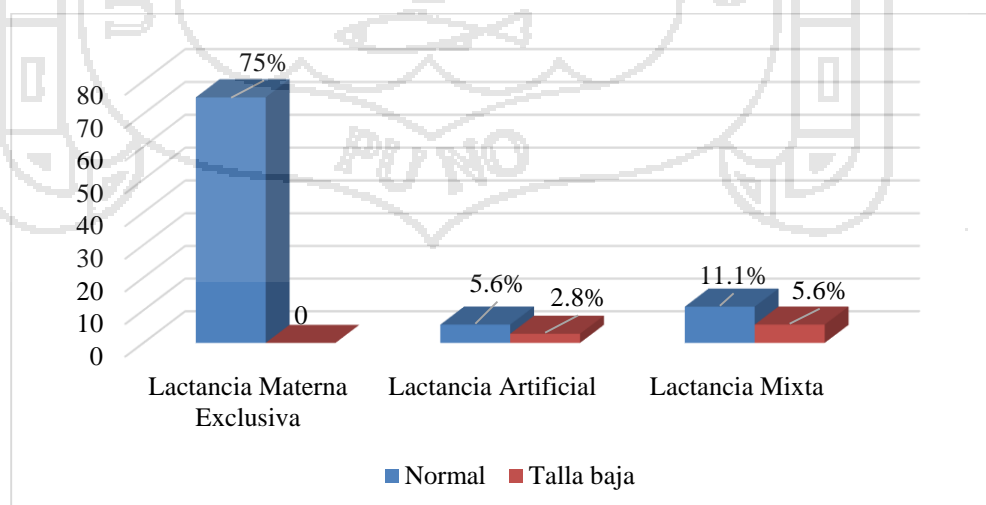
CUADRO 4
TIPO DE LACTANCIA SEGÚN TALLA/EDAD EN LACTANTES DE 6
MESES EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE PUNO - 2014

TIPO DE LACTANCIA	TALLA/EDAD				TOTAL	
	Normal		Talla Baja			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lactancia Materna Exclusiva	27	75,0	0	0,0	27	75,0
Lactancia Artificial	2	5,6	1	2,8	3	8,3
Lactancia Mixta	4	11,1	2	5,6	6	16,7
TOTAL	33	91,7	3	8,3	36	100,0

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.
Elaboración del investigador

En el presente cuadro muestra la relación entre el tipo de lactancia según Talla/Edad, en ello se observa que; 27 niños que representan el 75% tienen un tipo de lactancia materna exclusiva su talla es normal; además que 4 niños que representan el 11,1% tienen un tipo de lactancia mixta su talla es normal. Sin embargo 2 niños que representan el 5,6% tienen un tipo de lactancia mixta tienen talla baja. Del total de los niños que tienen talla baja, representa los 8,3%, principalmente reflejados en las lactancias artificial y mixta.

GRÁFICO 4
TIPO DE LACTANCIA SEGÚN TALLA/EDAD EN LACTANTES DE 6
MESES EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE PUNO - 2014



Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.
Elaboración del investigador

CUADRO 5

TIPO DE LACTANCIA SEGÚN PESO/TALLA EN LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE PUNO - 2014

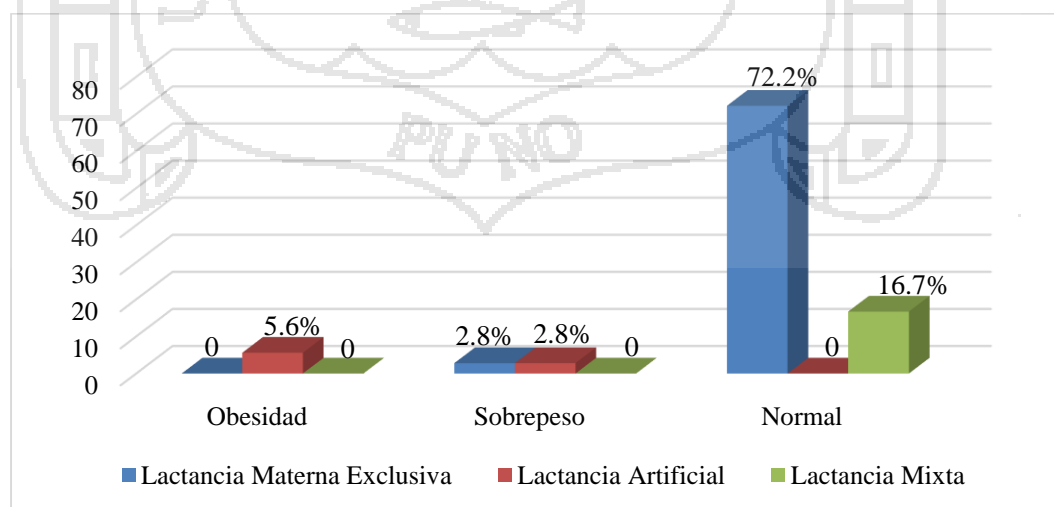
TIPO DE LACTANCIA	PESO/TALLA						TOTAL	
	Obesidad		Sobrepeso		Normal		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Lactancia Materna Exclusiva	0	0,0	1	2,8	26	72,2	27	75,0
Lactancia Artificial	2	5,6	1	2,8	0	0,0	3	8,3
Lactancia Mixta	0	0,0	0	0,0	6	16,7	6	16,7
TOTAL	2	5,6	2	5,6	32	88,9	36	100,0

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional. Elaboración del investigador

El cuadro muestra la relación entre el tipo de lactancia según peso y talla, en ello se observa que; 26 niños que representan el 72,2% tienen un tipo de lactancia materna exclusiva su peso es normal; además que 6 niños que representan el 16,7% tienen un tipo de lactancia mixta su peso es normal, mientras que 2 niños que representan el 5,6% tienen un tipo de lactancia artificial tienen obesidad. Los resultados son alarmantes al ver lactantes tan pequeños con obesidad y sobrepeso representando un 5.6% del total de lactantes observándose el mismo porcentaje en sobrepeso manifiestos estos en lactantes que recibieron lactancia mixta y artificial

GRÁFICO 5

TIPO DE LACTANCIA SEGÚN PESO/TALLA EN LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE PUNO - 2014



Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional. Elaboración del investigador

5.2.DISCUSIÓN

Al contrastar los resultados con la prueba de hipótesis afirmamos que existe relación directa entre los tipos de lactancia y el estado nutricional de los lactantes de 6 meses del Centro de Salud Metropolitano de Puno – 2014; porque los indicadores que miden el estado nutricional con respecto al Peso/Edad, Talla/Edad, Peso/Talla se relacionan directamente con el tipo de lactancia que recibe el lactante; por lo que se acepta la hipótesis alterna.

Respecto a los resultados obtenidos sobre el tipo de lactancia que reciben los lactantes de 6 meses, demuestran que existe mayor población de lactantes alimentándose exclusivamente con leche materna pero cabe resaltar que hay importantes porcentajes de lactantes que reciben lactancia mixta y artificial.

Comparando con el estudio de investigación a nivel nacional realizado por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) se asemejan, ya que los resultados reflejan que los lactantes reciben lactancia materna exclusiva en un 70.6% en el año 2011⁵. Así mismo en otro estudio realizado a nivel local en el Hospital Carlos Monje Medrano de Juliaca sobre la “Relación del tipo de lactancia con el crecimiento y desarrollo del niño de 1 a 23 meses de edad” demuestra que mayormente los lactantes reciben lactancia materna exclusiva, seguida por la mixta y en mínimo porcentaje reciben lactancia artificial¹³. Por lo que podemos referir que el mayor porcentaje de lactantes reciben lactancia materna exclusiva.

La lactancia materna es la forma más adecuada y natural de proporcionar aporte nutricional, inmunológico y emocional al lactante porque aporta todos los nutrientes y anticuerpos que lo mantendrán sano, sin olvidar que le permitirá crear fuerte lazo afectivo con la madre a través del contacto físico⁸⁷. Además otorga seguridad y confianza al niño al estar en el regazo de la madre, es gratuita, da seguridad alimentaria por lo menos los seis primeros meses de vida, es una práctica cómoda porque la madre, es higiénica, no contiene gérmenes, está siempre a la temperatura perfecta; así mismo se sabe que la única forma de aumentar la producción de leche es amamantado más seguido al lactante y sobretodo que los lactantes tienen derecho a recibir leche de la madre durante la primera media hora después del nacimiento y los 6 primeros meses de forma exclusiva²⁴.

Los lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva tendrán menos probabilidad de sufrir de diarreas, infecciones de las vías respiratorias y otitis. Así mismo previene padecer de enfermedades crónicas como las alergias, diabetes, hipertensión, obesidad y cáncer. Además existirá un mayor desarrollo mental, intelectual y motor, mejor formación de la boca y alineación de los dientes²⁵. Para la madre también existen beneficios ya que le ayuda a la involución uterina, disminuye las hemorragias posparto, disminuye el riesgo de cáncer en los senos y ovarios y le facilita regresar al peso que tenía antes del embarazo⁸⁸.

En nuestra región, los lactantes un mayor porcentaje se alimentan con lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida, por lo que tienen una seguridad alimentaria y así evitan el riesgo de padecer enfermedades prevenibles. Es importante que los lactantes reciban LME hasta los 6 meses debido a que es la única forma de alimentar a un lactante ayudando de esta forma a que tengan un buen crecimiento físico y un estado nutricional adecuado. Sin embargo llama la atención el porcentaje de lactantes que reciben lactancia mixta, debido a que estos lactantes están en riesgo de presentar sobrepeso.

En relación a los resultados del estado nutricional de los lactantes de 6 meses, tras comparar con un estudio a nivel nacional realizado en Lima sobre el “Estado nutricional de lactantes de uno a seis meses que acuden a consultorio externo en relación el tipo de lactancia” demostró que existen lactantes con sobrepeso en un porcentaje considerable así como lactantes con desnutrición aguda¹¹. En otro estudio realizado a nivel local en el Hospital Carlos Monje Medrano de Juliaca sobre la “Relación del tipo de lactancia con el crecimiento y desarrollo del niño de 1 a 23 meses de edad” demostró según el crecimiento que existen lactantes con sobrepeso y un mínimo porcentaje de lactantes con grados de desnutrición ¹³. Estos resultados y los estudios referidos anteriormente indican que el mayor porcentaje de lactantes tiene un estado nutricional adecuado, seguido por grados de desnutrición y bajos porcentajes de sobrepeso u obesidad.

Estas medidas correctamente tomadas, nos dan a conocer la situación nutricional en que se encuentra el lactante⁴³. Los indicadores más utilizados son el peso para la edad (P/E), la talla para la edad (T/E) y el peso para la talla (P/T)⁴². El lactante desde su nacimiento es pesado y medido, especialmente en el primer año de su vida, su

peso y sus medidas de crecimiento deben ser controlados por la enfermera⁴⁴ lo que garantiza la evaluación del estado nutricional del lactante.

En los resultados del estado nutricional según el indicador P/E llama la atención tener lactantes con sobrepeso es decir van a presentar una acumulación anormal o excesiva de grasa, que compromete un riesgo en la salud de los lactantes⁴⁹, como consecuencias próximas puede retrasar el gatear y caminar, afectando esencialmente el desarrollo físico y mental del lactante⁵¹. Y como consecuencias futuras podrían desarrollar alteraciones metabólicas produciéndose así la diabetes y problemas cardiovasculares.

Así mismo según el indicador T/E los resultados indican la presencia de lactantes con talla baja esto debido al retardo en el crecimiento o la ganancia inadecuada de talla para su edad; este problema suele presentarse lentamente y también recuperarse muy lentamente⁶⁰. La talla baja en lactantes es consecuencia de los problemas prenatales y/o antecedentes maternos, debido a presentar enfermedades de origen endocrinológico como hipotiroidismo, síndrome de Cushing o raquitismo; pueden estar determinadas por enfermedades crónicas como: diabetes mellitus, asma, anemia o problemas de nutrición en la madre durante la etapa gestacional⁶³. Como consecuencia se evidenciará un crecimiento lento, es así que los lactantes no alcancen una talla adecuada.

Además según el indicador P/T los resultados indican que existen lactantes con obesidad, es decir hay exceso de masa de tejido adiposo, lo cual es un problema latente dentro de nuestra sociedad. Estos problemas del estado nutricional se deberían a que estos lactantes están recibiendo lactancia artificial o mixta, por lo que podrían desarrollar obesidad. Se enfatiza que una nutrición inadecuada del lactante puede llegar a convertirse en un problema sanitario grave, con gran riesgo para la vida.

El estado nutricional de los lactantes en nuestra región en un significativo porcentaje es adecuado, este es un indicador básico para la evaluación del crecimiento, así podemos saber que el lactante está bien nutrido y sano. Una buena nutrición a partir de la lactancia materna exclusiva ayuda a prevenir enfermedades y desarrollar el potencial físico y mental.

Respecto a los resultados de los tipos de lactancia con el estado nutricional: Peso/Edad de los lactantes de 6 meses, la prueba estadística de la chi cuadrada afirma que existe relación entre el de lactancia según Peso/Edad, debido a que su valor de probabilidad es de 0,000 la que muestra alta significancia entre dichas variables, observando que el valor de la chi cuadrada calculada (23,294) es superior a la chi cuadrada tabulada (5,99), demostrando dependencia entre el tipo de lactancia según Peso/Edad (Anexo N° 6).

En estos resultados llama la atención que los lactantes de 6 meses que recibieron lactancia artificial padecen de sobrepeso. Tras comparar con un estudio nacional que se realizó en Lima demuestra que el 46.2% de lactantes presenta sobrepeso al recibir lactancia artificial¹¹. Llegando a concluir que los lactantes que reciben lactancia artificial pueden padecer de sobrepeso, siendo este un problema latente en nuestra sociedad.

La OMS manifiesta que la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud de los lactantes⁴⁹. Así mismo se debe tener en cuenta que los niños alimentados con fórmulas lácteas se asocian con mayor predisposición al sobrepeso que los lactantes con lactancia materna exclusiva. Los recién nacidos alimentados con fórmulas lácteas presentan un aumento en la deposición de grasa en comparación con los bebés alimentados exclusivamente con leche materna⁵¹.

Las fórmulas lácteas preparadas artificialmente tienen gran similitud a la leche materna pero no llegan a tener carácter inmunitario, hormonas y otros aspectos irreproducibles²⁷ además las fórmulas lácteas están hechos a base de leche de vaca y otras de soya. Los lactantes hasta los 6 meses no pueden introducir a su alimentación ninguno de estos alimentos debido a que son perjudiciales para su salud; ya que presentarán alergias (urticaria y reacciones alérgicas) e intolerancia (eccemas, diarreas, fisuras anales, llanto y dolor abdominal)³⁵ y su digestión es más lenta ya que el lactante tarda más en digerirla haciendo que se produzca estreñimiento y cólicos de gases. Además que requiere ser estrictamente cuidadosos con la higiene de los biberones, tetinas, y esterilizarlos correctamente para evitar la aparición de diarreas. Y con respecto a lo económico resulta más caro que dar el pecho al lactante por lo que supone un coste importante en el presupuesto de la familia³⁴

La actitud del profesional de Enfermería frente a esta dificultad es promocionar la lactancia materna exclusiva haciendo conocer a la población involucrada sobre los beneficios, ventajas, importancia. Y no solo hablar de la lactancia materna sino hablar sobre la lactancia artificial y mixta para que las propias madres den cuenta de las diferencias y que empiecen a tomar una decisión correcta para la alimentación de sus hijos.

Según la experiencia que se tiene en el pregrado en diferentes consultorios de Crecimiento y Desarrollo (CRED) se evidencia que no todos los lactantes de 6 meses reciben una lactancia materna exclusiva; debido a que existe la interrupción de la lactancia o complementación precoz con formulas artificiales. Lo cual afecta directamente en el estado nutricional y esto puede conllevar a la mortalidad infantil.

Los resultados respecto a tipos de lactancia con el estado nutricional: Talla/Edad de los lactantes de 6 meses, la prueba estadística de la chi cuadrada afirma que existe relación entre el tipo de lactancia según Talla/Edad, debido a que su valor de probabilidad es de 0,007 la que muestra alta significancia entre dichas variables, observando que el valor de la chi cuadrada calculada (9,818) es superior a la chi cuadrada tabulada (5,99), demostrando con ello dependencia entre tipo de lactancia según Talla/Edad.

Según el instituto Nacional de Salud (INS) la presencia de talla baja es indicador de desnutrición crónica⁴⁶, además el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el Perú manifiesta que la desnutrición crónica empieza a establecerse a partir del cuarto mes de edad⁸. Comparando con el estudio de investigación a nivel nación realizado por ENDES se asemejan, ya que sus resultados reflejan que los lactantes menores de 6 meses en un 11,6% presentan desnutrición crónica en el año 2013⁹. Por lo que podemos concluir que existe desnutrición crónica en lactantes.

Llama la atención tener lactantes de 6 meses con talla baja tras recibir lactancia mixta, lo que es un indicador ligado a la inadecuada alimentación. Siendo esto el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas como las prácticas deficientes de cuidado y alimentación¹⁰. La talla baja es uno de los motivos de consulta más frecuentes, especialmente en los países en vía de desarrollo. Además este problema nutricional se presenta a causa de

problemas prenatales y antecedentes maternos ya sea de enfermedades de origen endocrinológico, enfermedades crónicas o problemas de nutrición en la madre durante la etapa gestacional⁶³. Como consecuencia se evidenciará un crecimiento lento, es así que los lactantes no alcancen una talla adecuada.

Por ende los lactantes que tienen una talla baja a la que se que se espera para su edad, están predispuestos a la mortalidad infantil⁶². Por lo que la alimentación en el lactante cumple un papel muy importante, y más aun dentro de los primeros 6 meses de vida.

Los resultados frente a los tipos de lactancia con el estado nutricional: Peso/Talla de los lactantes de 6 meses, la prueba estadística de la chi cuadrada afirma que existe relación entre el tipo de lactancia según Peso/Talla, debido a que su valor de probabilidad es de 0,000 la que muestra alta significancia entre dichas variables, observando que el valor de la chi cuadrada calculada (29,583) es superior a la chi cuadrada tabulada (9,49), demostrando con ello dependencia entre tipo de lactancia según el Peso/Talla.

Tras comparar con un estudio a nivel nacional realizado en Lima sobre el “Estado nutricional de lactantes de uno a seis meses que acuden a consultorio externo en relación el tipo de lactancia” los resultados se asemejan, ya que demostró que los lactantes con sobrepeso de acuerdo al tipo de lactancia fue: 46,2% con lactancia artificial y 5,8% con lactancia materna exclusiva¹¹. En otro estudio realizado a nivel local en el Hospital Carlos Monje Medrano de Juliaca sobre la “Relación del tipo de lactancia con el crecimiento y desarrollo del niño de 1 a 23 meses de edad” demostró según el crecimiento que el 3.7% de lactantes con sobrepeso¹³. Por lo que podemos referir que existen porcentajes significativos de lactantes con sobrepeso.

En los resultados llama la atención la presencia de obesidad y sobrepeso en lactantes que reciben lactancia artificial siendo indicadores muy peligrosos para el estado nutricional de los lactantes.

Las fórmulas lácteas son los alimentos comercializados o presentados como sustituto parciales o totales de la leche materna. Las fórmulas infantiles, preparaciones para los lactantes, los utilizan para sustituir parcial o totalmente a la leche materna²⁸. La alimentación con fórmulas lácteas se asocia con mayor predisposición al sobrepeso. Los lactantes alimentados con formula presentan un

aumento en la deposición de grasa en comparación con los bebés alimentados exclusivamente con leche materna⁵¹.

La principal causa está dada más por la madre o la persona que cuida al lactante porque muchas veces piensan que cuando el niño llora, es porque tiene hambre, sabiendo que hay muchos motivos por lo que puede llorar. Lo resultante de todo eso, es un aumento innecesario de energía (calorías) que inevitablemente aumentará el peso en función de aumentar la grasa corporal⁶⁶. Así mismo los lactantes alimentados con leche de fórmula tienen mayor riesgo de subir de peso, por lo que podrían desarrollar obesidad⁶⁷. Además sabemos que el problema de obesidad puede generar enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión, etc.) a algo plazo.

Además en los resultados se observa sobrepeso en lactantes que reciben lactancia materna exclusiva; a Asociación Española de Pediatría hace referencia que los niños alimentados con leche materna que tienen sobrepeso, no aumentan el número de adipocitos, sino que aumentan el tamaño de los adipocitos, por ello ese aumento de peso no significa un problema en el periodo de lactancia⁵⁰. Esa ganancia de peso es beneficiosa para los lactantes, principalmente en esta etapa de vida.

Es así de evidente cuanta influencia tiene la alimentación que se le brinda a los lactantes, ya que esta repercute en su salud hacia el futuro; por ello la nutrición desde los primeros meses de vida juega un papel muy importante para el lactante. Debido a que influye en su adecuado crecimiento y por ende evitar contraer enfermedades prevenibles, así como el padecimiento de enfermedades crónicas degenerativas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permitieron llegar a las siguientes conclusiones:

PRIMERA.-

Los lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno - 2014 en un mayor porcentaje se alimentan con lactancia materna exclusiva, pero cabe resaltar que hay importantes porcentajes de lactantes que reciben lactancia mixta y artificial.

SEGUNDA.-

El estado nutricional representado por Peso/Edad, Talla Edad y Peso/Talla, los resultados resaltan que el mayor porcentaje de lactantes tiene un estado nutricional adecuado, seguidos por talla baja y bajos porcentajes de sobrepeso y obesidad.

TERCERA.-

Existe un alto porcentaje de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva tienen su peso y talla adecuado, mientras que los lactantes que reciben lactancia mixta tienen problemas de sobrepeso y talla baja y un porcentaje mínimo de lactantes que reciben lactancia artificial tienen problemas de obesidad, sobrepeso y talla baja.

CUARTA.-

Se afirma la relación directa entre los tipos de lactancia y el estado nutricional de los lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno – 2014; porque los indicadores que miden el estado nutricional con respecto al Peso/Edad, Talla/Edad, Peso/Tallase relacionan con el tipo de lactancia que recibe el lactante; por lo tanto se demuestra la validez de la hipótesis alterna.

RECOMENDACIONES

A LOS INVESTIGADORES.-

Hacen falta estudios de investigación comparativos entre la lactancia mixta y la lactancia artificial con el propósito de observar y analizar las diferencias y similitudes que se ver frente a la alimentación a través de esas lactancias.

A LOS DOCENTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.-

A las docentes encargadas de impartir las asignaturas de: Enfermería en salud Materna, Crecimiento y Desarrollo; Salud Familiar, Salud Comunitaria sigan inculcando en los estudiantes la promoción de la lactancia materna para evitar el sobrepeso, obesidad y talla baja en lactantes de 6 meses.

AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 3 METROPOLITANO DE PUNO.-

A las licenciadas responsables de crecimiento y desarrollo del niño y a la coordinadora estrategia de atención integral al niño, es importante tomar en cuenta en los registros de la historia clínica el rubro de estado nutricional y tipo de lactancia que recibe el lactante de 6 meses. Así mismo durante la consejería brindar educación a las madres sobre lactancia materna considerando: importancia, beneficios, frecuencia y duración.

A LAS ESCUELAS PROFESIONALES AFINES.-

Realizar estudios de investigación en la etapa del niño, por ser la etapa más vulnerable, para poder buscar la causa de los problemas y así generar posibles soluciones con respecto a los problemas de salud existentes en esta etapa de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño [en línea] 2014 febrero [acceso 16 de octubre del 2014]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
2. Schellhorn H C, Valdés L V. Manual de lactancia materna; Chile [en línea] 2010 marzo 2 [acceso 22 de julio del 2014]. Disponible en:
http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/manual_lactancia_materna.pdf
3. RPP. Campaña de nutrición infantil [en línea] 2011 mayo 10 abril [acceso 22 de julio del 2014] Disponible en:
<http://radio.rpp.com.pe/nutricion/mientras-mas-tiempo-es-amamantado-un-nino-mas-crece-su-cerebro/#more-5076>
4. Estrada Rodríguez J, Amargos Ramírez J, Reyes Domínguez B, Guevara Basulto V. Intervención educativa sobre lactancia materna. AMC [en línea] 2010 marzo - abril [acceso 23 de julio del 2014]; 14 (2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000200009&script=sci_arttext
5. ENDES. Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres [en línea] 2011 [acceso 19 de octubre del 2014]. Disponible en:
<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR269/FR269.pdf>
6. ENDES. Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres [en línea] 2012 [acceso 16 de octubre del 2014]. Disponible en:
<http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap10.pdf>
7. Inei.gob.pe. [en línea]. Perú: INEI; 2014 [actualizado 11 de julio 2014; acceso 20 de julio del 2014]; Disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf
8. UNICEF. La desnutrición crónica infantil [en línea] 2013 noviembre [acceso 19 de octubre del 2014]. Disponible en:
<http://www.unicef.org/peru/spanish/La-desnutricion-cronica-infantil.pdf>
9. ENDES. Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres [en línea] 2013 [acceso 19 de octubre del 2014]. Disponible en:
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR299/FR299.pdf>

10. Comité UNICEF. Desnutrición infantil – Derecho a la supervivencia. SyE [en línea] 2010 mayo 10 [acceso 22 de julio del 2014]. Disponible en:
<http://sanoyecologico.es/desnutricion-infantil/>
11. Ubillús G, Lamas C, Lescano B, Lévano M, Llerena Z, López R. Estado nutricional del lactante de uno a seis meses y tipo de lactancia. RHM [en línea] Lima. 2011 enero – junio [acceso 22 de julio del 2014]; 11(1). Disponible en:
<http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/111>
12. ENDES. Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres [en línea] 2010 [acceso 19 de octubre del 2014]. Disponible en:
http://proyectos.inei.gob.pe/endes/Investigaciones/Libro_Endes.pdf
13. Vilca Aza LM. Relación del tipo de lactancia con el crecimiento y desarrollo del niño de 1 a 23 meses de edad del Hospital Carlos Monge Medrano. [tesis]. Puno. Servicio de publicaciones e intercambio Científico. Universidad Nacional del Altiplano; 2001
14. Gómez Yupanqui TA; Quispe Chambi MN. Tipos de Lactancia en los Barrios Victoria y 4 de Noviembre de la ciudad de Puno. [tesis]. Puno. Servicio de publicaciones e intercambio Científico. Universidad Nacional del Altiplano; 1986
15. Gamboa D EM; López B N; Prada G GE; et al. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Rev. chile. nutr. [en línea] 2008 [acceso 22 de julio del 2014]; 35 – 1(43-52). Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182008000100006&script=sci_abstract
16. Cruz Agudo Y, Jones A, Berti P, Larrea Macías S. Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia. ALAN [en línea] 2010 marzo [acceso 22 de julio del 2014]; 60 (1). Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222010000100002&script=sci_arttext
17. Universidad Nacional Autónoma de México. Lactancia Materna. UNAM; México [en línea]; [acceso 04 de setiembre del 2014]. Disponible en:

- <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad3/images/lactancia.pdf>
18. natalbenlactancia.com. Lactancia: introducción. [en línea]. España: natalbenlactancia; 2008 [no actualizado, acceso 04 de setiembre del 2014]; Disponible en:
<http://www.natalbenlactancia.com/lactancia>
 19. MINSA. Promoción de la Semana de la Lactancia Materna en el Perú [en línea] Lima: 2010 agosto 6 , [acceso 20 de octubre del 2014]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/lactancia/normatividad/RM615-2010-MINSA.pdf>
 20. doulacaribecolombia.com. Lactancia. [en línea]. Colombia: doula; 2012 [actualizado el 4 de julio del 2014; acceso 23 de julio del 2014]; Disponible en:
<http://www.doulacaribecolombia.com/index.php/etapas-de-la-maternidad/13-lactancia>
 21. Rojas Collazos LK. Lactancia materna beneficios y mitos. SSS. [en línea] 2010 diciembre 22, [acceso 16 de setiembre del 2014]. Disponible en:
http://www.inppares.org/revistass/Revista%20VIII%202010/10_-_Lactancia_Materna.pdf
 22. Vega SM; RPP Noticias; Importancia de la leche materna en la salud infantil. Lima; 2012 noviembre 27 [acceso 16 de setiembre del 2014]; Disponible en:
<http://rpp.pe/lima/actualidad/importancia-de-la-leche-materna-en-la-alimentacion-infantil-noticia-544224>
 23. minsa.gob.pe. Lactancia Materna. [en línea]. Perú: MINSA; 2012 [actualizado 04 de setiembre del 2012; acceso 23 de julio del 2014]; Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/SuSaludEsPrimero/Nino/nino-lactancia.asp>
 24. Peña M; Representante de la OPS/OMS en el Perú. RPP Noticias; Beneficios de la lactancia materna para el niño y la madre. Lima; 2012 agosto 3 [acceso 16 de setiembre del 2014]; Disponible en:
<http://rpp.pe/lima/actualidad/beneficios-de-la-lactancia-materna-para-el-nino-y-la-madre-noticia-508422>
 25. unicef.org. [en línea]. Perú: Rotafolio sobre Lactancia Materna ; [acceso 16 de setiembre del 2014]; Disponible en:

- http://www.unicef.org/peru/spanish/croma_arte_rotafolio_-_baja_para_web.pdf
26. Arroyo Bello E; Tudela Machuca C. Duración y frecuencia de la lactancia. todopapas.com [en línea]; [acceso 16 de setiembre del 2014]. Disponible en: <http://www.todopapas.com/bebe/lactancia/duracion-y-frecuencia-de-la-lactancia-4326>
27. EduRed. Lactancia Artificial y Mixta. EduRed; Cuba [en línea]; [acceso 05 de setiembre del 2014]. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Lactancia_artificial_y_mixta
28. MINSA. Reglamento de Alimentación Infantil [en línea] 2006 [acceso 20 de octubre del 2014]. Disponible en: [http://www.unicef.org/peru/spanish/UNICEF-MINSA_-_RAI_y_Lactarios_WEB_\(producto_final\).pdf](http://www.unicef.org/peru/spanish/UNICEF-MINSA_-_RAI_y_Lactarios_WEB_(producto_final).pdf)
29. B. Embarazo y lactancia. España [en línea] 2012; [acceso 05 de setiembre del 2014]. Disponible en: <http://html.rincondelvago.com/embarazo-y-lactancia.html>
30. Araya H. Cómo alimentar a tu lactante recién nacido: lactancia materna vs. fórmula. About.com [en línea] 2014; [acceso 05 de setiembre del 2014]. Disponible en: <http://embarazoyparto.about.com/od/Postparto/a/ComoAlimentarATuBebeRecienNacido.htm>
31. Burgess A; Glasauer P. Guía de nutrición de la familia; Tema 6: Alimentación de los niños de 0 a 6 meses. FAO; Italia [en línea] 2006; [acceso 16 de setiembre del 2014]. Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/009/y5740s/y5740s.pdf>
32. nutriben.es. [en línea]. 1ª ETAPA: De 0 a 4 meses: Alimentación. Madrid: nutriben; [acceso 17 de setiembre del 2014]; Disponible en: http://www.nutriben.es/el_bebe_consejos_0_4_meses.php
33. Martínez García E. Nutrición: Lactancia artificial. MAPFRE [en línea] Madrid, España; [acceso 05 de setiembre del 2014]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/lactancia-artificial-caracteristicas.shtml#inicio>
34. Ortiz T. Desventajas de la lactancia artificial.LA. [en línea] 2012 setiembre 20; [acceso 16 de setiembre del 2014]. Disponible en:

- <http://www.lactancia-materna.net/lactancia-artificial/desventajas-de-la-lactancia-artificial/>
35. SINA. Alergias alimentarias y Lactancia Materna [en línea] 2009 junio 04 [acceso 20 de octubre del 2014]. Disponible en:
<http://www.asociacionsina.org/2009/06/04/alergias-alimentarias-y-lm/>
36. Bastida A. El biberón también se da a demanda. Lactantesymás. [en línea] 2009 mayo 08; [acceso 16 de setiembre del 2014]. Disponible en:
<http://www.bebesymas.com/alimentacion-para-bebes-y-ninos/el-biberon-tambien-se-da-a-demanda>
37. nutriben.es. [en línea].1ª ETAPA: De 0 a 4 meses: Alimentación. Madrid: nutriben; [acceso 17 de setiembre del 2014]; Disponible en:
http://www.nutriben.es/el_bebe_consejos_0_4_meses.php
38. natalbenlactancia.com. [en línea]. Lactancia Mixta. España: natalbenlactancia; 2008 [no actualizado, acceso 05 de setiembre del 2014]; Disponible en:
<http://www.natalbenlactancia.com/lactancia-mixta>
39. unicef.org. [en línea]. Mundial; Nutrición: Lactancia Materna; [acceso 16 de setiembre del 2014]; Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
40. MINSA. Manual de la Antropometrista [en línea] Lima: 2012 enero; [acceso 06 de noviembre del 2014]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas_INEI/Bddatos/Documentos%20Metodologicos/Manuales/MANUAL%20DE%20LA%20ANTROPOMETRISTA%202012.pdf
41. Ortiz Z. Evaluación de crecimiento de niños y niñas. [en línea]. Argentina. 2012 julio. [actualizado en julio 2012; acceso 23 de julio del 2014]; Disponible en:
www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
42. Santisteban J. Curso de Nutrición: Clase 4 de 7: Evaluación del Estado Nutricional. EHAS [en línea] 2001, [acceso 23 de julio del 2014]. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/nutricion/Clase%20401.htm>
43. Costa Bauer M, Aguinagua Recuento A. Medidas antropométricas, registro y estandarización. [en línea] Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Lima, Perú, 1998 [acceso 23 de julio del 2014]. Disponible en:

- http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cenan/modulo_medidas_antropometricas_registro_estandarizacion.pdf
44. M. Ensayos para estudiantes: Enfermería. CE [en línea] 2012 octubre 29 [acceso 23 de julio del 2014]. Disponible en:
<http://clubensayos.com/Ciencia/Enfermeria/382544.html>
45. Wilson D. Hockenberry M. Manual de Enfermería Pediatría de Wong. 7ma edición. México: Mc Graw Hill; 2009.
46. Contreras Rojas M, Valenzuela Vargas R. La medición de la talla y el peso. Guía para el personal de la salud del primer nivel de atención. Instituto Nacional de Salud [en línea] Lima, Perú: 2004 [acceso 9 de julio del 2015]. Disponible en:
<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/La%20Medicion%20de%20la%20Talla%20y%20el%20Peso.pdf>
47. MINSA. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. 1ª ed. Lima: MINSA, 2011. Pág. 31.
48. Santisteban J. Curso de Nutrición: Clase 4 de 7: Evaluación del Estado Nutricional. EHAS [en línea] 2001, [acceso 11 de setiembre del 2014]. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/nutricion/Clase%20401.htm>
49. OMS. Obesidad y sobrepeso. [en línea]. OMS; 2014 agosto [acceso 08 de Noviembre del 2014]; Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
50. Moll JM. Sobrepeso de lactante y LM. [en línea]. Asociación Española de Pediatría; 2011 mayo 2 [acceso 08 de noviembre del 2014]; Disponible en:
<http://www.aeped.es/foros/dudas-sobre-lactancia-materna-profesionales/sobrepeso-bebe-y-lm>
51. Soto Bernal K. Lactantes obesos. Causa y prevención. [en línea]. Nutriyachay: Perú; 2014 setiembre 9 [acceso 08 de noviembre del 2014]; Disponible en:
<http://www.nutriyachay.com/blog/bebes-obesos-causas-y-prevencion/>
52. Estudiando Pediatría. El Estado Nutritivo y sus Alteraciones desde el mes de edad hasta los dos años. Blog [acceso 08 de noviembre del 2014]; Disponible en:
<http://estudiandopediatria.blogspot.com/2010/10/el-estado-nutritivo-y-sus-alteraciones.html>

53. Cáceres Saglio CA. Evaluación del Estado Nutricional en Niños de 2 A 6 Años en la Localidad de San Roque - Corrientes. [en línea]. Rev. Posgrado Cátedra de Medicina. N° 183 [acceso 08 de noviembre del 2014]; Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista183/2_183.pdf
54. Vieyro F. Diccionario abierto: Niño eutrófico [en línea] 2012 octubre 12. [acceso 08 de noviembre del 2014]; Disponible en:
<http://www.significadode.org/ni%C3%B1o%20eutro%C3%B3fico.htm>
55. Tapia Conyer R, Norma Oficial Mexicana para la atención a la salud del niño. NOM-031-SSA2-1999 [en línea] 2001 febrero 9. [acceso 08 de noviembre del 2014]; Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
56. definicion.de. Definición de desnutrición. [en línea] 2008 [acceso 11 de noviembre del 2014] Disponible en:
<http://definicion.de/desnutricion/#ixzz3Io1kz111>
57. FundacionBelen. Problemas de Crecimiento. FB. [en línea] 2014 [acceso 11 de noviembre] Disponible en:
<http://fundacionbelen.org/base-datos/problemas-crecimiento/>
58. Ortiz Picón T. Crecimiento normal y sus trastornos.[en línea] Colombia: 2013 [acceso 11 de noviembre del 2014];Disponible en:
http://www.lablih.net/MD/index.php?option=com_content&view=article&id=31:crecimiento-normal-y-sus-trastornos&catid=2
59. Ceñal González MJ. Dilemas diagnósticos y terapéuticos en talla baja. Scielo. [en línea] Madrid: 2009 octubre [acceso 11 de noviembre del 2014]; 11(16). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000600004&script=sci_arttext
60. Pombo M, Castro Feijóo L, Cabanas Rodríguez P. El niño de talla baja. AEP [en línea] Asociación Española de pediatría: 2011 [acceso 11 de noviembre del 2014]; Disponible en:
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_el_nino_de_talla_baja.pdf
61. Marín Agudelo A, Gómez Ramírez JF, Jaramillo Bustamante JC .Manual de

- pediatría ambulatoria. [en línea] Ed. Médica Panamericana, 2008 [acceso 08 de noviembre del 2015], Pág. 17. Disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?id=zMQYTxUs50MC&pg=PA77&lpg=PA77&dq=talla+para+la+edad+desnutricion+cr%C3%B3nica&source=bl&ots=9I4uBnzWWN&sig=loIxaJdPa54l-USOhefXvFvMEr8&hl=es&sa=X&ved=0CF4Q6AEwCWoVChMIzeSVhICLyQIVhFgmCh3WDwMK#v=onepage&q=talla%20para%20la%20edad%20desnutricion%20cr%C3%B3nica&f=false>
62. Robles Chávez M, Rodríguez Ravines R, Ramírez Ramírez R. Mapa de Desnutrición Crónica en Niños Menores de cinco años a nivel Provincial y Distrital, 2007. INEI [en línea] Perú, 2009 [acceso 08 de noviembre del 2015]. Disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0881/libro.pdf
63. Jiménez Blanco KE, Alfaro Velázquez JM, Balthazar Gonzales V, Et al. Talla baja de causas no endocrinas. La clínica y el laboratorio [en línea] Colombia: 2011 [acceso 09 de julio del 2015]. 11 (2,3) Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2011/myl113-4b.pdf>
64. Herrera Garrido AC. Desnutrición crónica: estudio de las características, conocimientos y aptitudes de la madre sobre nutrición infantil. UNMSM [en línea] Lima, Perú: 2003 [acceso 08 de noviembre del 2015]. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/basic/herrera_ga/cap1.pdf
65. Fernández M. Desnutrición infantil. [en línea], 2011 [acceso 09 de noviembre del 2015]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos82/desnutricion-infantil/desnutricion-infantil2.shtml>
66. Castillo L C. ¿Lactantes obesos?. Alimentación y Salud: Chile [en línea] 2013, [acceso 08 de noviembre del 2014]. Disponible en:
<http://www.alimentosysalud.cl/como-prevenir-obesidad/bebes-obesos>
67. Cano D. 6 consejos para prevenir la obesidad en niños. [en línea] México: Estilo de vida saludable. 2014 [acceso 08 de noviembre del 2014]. Disponible en:
<http://www.salud180.com/maternidad-e-infancia/6-consejos-para-prevenir-la->

obesidad-en-ninos

68. RPP Noticias; Alimentos sólidos a edad temprana incrementan riesgo de obesidad. 2011 febrero 10 [acceso 08 de noviembre del 2014]; Disponible en: <http://rpp.pe/tema-2011-02-10-alimentos-solidos-a-edad-temprana-incrementan-riesgo-de-obesidad>
69. salud180.com. Desnutrición. [en línea] México: Medicinas y Enfermedad: 2014 [acceso 08 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/desnutricion>
70. Definición. de. Desnutrición.[en línea], 2008 [acceso 08 de noviembre del 2014]; Disponible en: <http://definicion.de/desnutricion/#ixzz3IWk8V5tF>
71. Acevedo L, Menéndez S. Desnutrición Infantil. [en línea]. UNICEF: República Dominicana: 2006 [acceso 08 de noviembre del 2014]; Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm
72. MINSA. Desnutrición crónica severa. [en línea] PERÚ: Hospital Santa Rosa, 2010 [acceso 08 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://www.hsr.gob.pe/transparencia/pdf/guiasclinicas/pediatria/guia_desnutricion_cronica_2010.pdf
73. Herrera Garrido AC. Desnutrición crónica: estudio de las características, conocimientos y aptitudes de la madre sobre nutrición infantil [en línea] PERÚ: UNMSM, 2003 [acceso 08 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/basic/herrera_ga/cap1.pdf
74. Ibáñez S. Desnutrición Infantil [en línea] Chile: 2008 [acceso 09 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/desnutric.html>
75. web.minsal.cl.[en línea] Protección de la Salud: lactancia Materna. Chile: minsal.cl.; 2012 [actualizado en el 2013; acceso 23 de julio del 2014]; Disponible en: <http://web.minsal.cl/lactancia-materna/>
76. Profamilia. Lactancia y Estado Nutricional. ENDES. [en línea] 2010 [acceso 23 de julio del 2014].Cap XI (247 - 286) Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/>

[ENDS-2005/general/capitulo_XI.pdf](#)

77. Agarwal S, McElligott J. [en línea]. La OMS difunde un nuevo patrón de crecimiento infantil. OMS 2006 [acceso 23 de julio del 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr21/es/>
78. Salud180.com. Lactancia. [en línea]. México: salud; 2012 [actualizado en el 2011; acceso 04 de setiembre del 2014]; Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/lactancia#nav3>
79. Oxford. Diccionario Medicina. 2da reimpresión. España: complutense, marker house books; 2007. Lactancia; p. 462.
80. El comercio. Diccionario Enciclopédico. 2da reimpresión. Madrid: SANTILLANA, S.A.; 2000, Lactancia; p. 1540.
81. MINSA. Reglamento de Alimentación Infantil [en línea] 2006; Perú [acceso 06 de noviembre del 2014]. Disponible en: [http://www.unicef.org/peru/spanish/UNICEF-MINSA -
_RAI_y_Lactarios_WEB_\(producto_final\).pdf](http://www.unicef.org/peru/spanish/UNICEF-MINSA_-_RAI_y_Lactarios_WEB_(producto_final).pdf)
82. Montero Leida C. Lactancia. Medicopedia: Venezuela [en línea] 2011 diciembre 30, [acceso 06 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Lactante
83. MINSA. Norma Técnica Para la Conformación y Funcionamiento de los Comités de Lactancia Materna [en línea] Lima: 2005 octubre, [acceso 20 de octubre del 2014]. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/lactancia/NT_Conformacion
FuncionesComites-LM.doc](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/lactancia/NT_Conformacion_FuncionesComites-LM.doc)
84. Borbón Mosquera A. Tema 10: Lactancia Materna. SCRIBD. [en línea] 2011 abril 07, [acceso 22 de julio del 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/52521355/TEMA-10-LACTANCIA-MATERNA>
85. Landero Decap C. Lactancia Materna, alimento ideal. Compendio de Enf. [en línea] 2007 octubre 13, [acceso 22 de julio del 2014]. Disponible en: <http://www.compendiodenfermeria.com/lactancia-maternaalimento-ideal/74/>
86. definicion.de. Lactancia Materna. [en línea]. Perú: WordPress; 2008 – 2014; [acceso 23 de julio del 2014]; Disponible en: <http://definicion.de/lactancia-materna/>
87. salud.edomexico.gob.mx. Importancia de la lactancia materna. MS [en línea]. México: 2014. [acceso 04 de setiembre del 2014]; Disponible en:

- http://salud.edomexico.gob.mx/html/importancia_lactancia.htm
88. doulacaribecolombia.com. Lactancia. [en línea]. Colombia: doula; 2012 [actualizado 04 de julio del 2014; acceso 23 de julio del 2014]; Disponible en: <http://www.doulacaribecolombia.com/index.php/etapas-de-la-maternidad/13-lactancia>
89. Wisbaum W, Collantes S. La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. UNICEF. [en línea], España, 2011 noviembre. [acceso 9 de noviembre del 2015]. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
90. De la Mata C. Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación. Rev. Méd del Rosario [en línea] Uruguay, 2008 [acceso 9 de noviembre del 2015], 74: 17 – 20. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/mata.pdf>
91. Kinigsberg Y. Mala alimentación en Argentina. [en línea] Argentina, 2010 [acceso 9 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/blog/docentes/trabajos/3085_7009.pdf
92. Pineda EB. De Alvarado EL. De Canales FH. Metodología de la Investigación. 3era edición. Madrid: OPS; 1994
93. Rodríguez Y; Fonseca M, Rivera R. Diseño de la Investigación. [en línea]. Unidad VIII [acceso 09 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/reserva_profesores/reina_rivero_enf_3_20/Dise%C3%B1o_Investigacion_VIII.pdf
94. Ferrer J. Conceptos básicos de la metodología de la investigación: Tipos de investigación y diseño de investigación [en línea]. 2010 [acceso 09 de noviembre del 2014] sec. 2. disponible en: <http://metodologia02.blogspot.com/p/operacionalizacion-de-variables.html>
95. MINSA. Libro de seguimiento de Atención al niño. AIS/ Puno. Centro de Salud Metropolitano de Puno: CRED; 2013.
96. Google.com Mapa de ubicación: Hospital Núñez Butrón Puno [en línea] [acceso 20 de agosto del 2015]. Disponible en: <https://www.google.com.pe/maps/place/Hospital+Nunez+Butron,+J+A+Encinas,+Puno/@-15.8430692,-70.0214728,17z/data=!4m2!3m1!1s0x915d6993b8a7fa25:0xd594d98d0b4fc92c>



ANEXO N° 1

VARIABLES Y OPERALIZACIÓN

Variable Independiente: Tipos de lactancia

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS
Tipos de Lactancia: Son las formas de lactancia del niño de 6 meses de edad del Centro de Salud Metropolitano de Puno.	TIPOS: 1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	1. Para su alimentación recibe únicamente 2. Recibido, según controles de CRED registrados a. Hasta los 7 días b. Hasta los 15 días c. Hasta 1 mes d. Hasta 2 meses e. Hasta 3 meses f. Hasta 4 meses g. Hasta 5 meses h. Hasta 6 meses	✓ Leche materna () ✓ Leche materna extraída () ✓ Si () No () ✓ Si () No () ✓ Si () No () ✓ Si () No () ✓ Si () No () ✓ Si () No () ✓ Si () No () ✓ Si () No ()
	2. LACTANCIA ARTIFICIAL	3. Duración de la lactancia materna exclusiva 1. Para su alimentación recibe únicamente 2. Recibido, según controles de CRED registrados a) Hasta los 7 días b) Hasta los 15 días c) Hasta 1 mes d) Hasta 2 meses e) Hasta 3 meses f) Hasta 4 meses g) Hasta 5 meses h) Hasta 6 meses 3. Duración de la lactancia artificial	✓ 6 meses () ✓ < de 6 meses () ■ Fórmula láctea + agua () ■ Si () No () ■ Si () No () ■ Si () No () ■ Si () No () ■ Si () No () ■ Si () No () ■ Si () No () ■ Si () No ()
	3. LACTANCIA MIXTA	1. Para su alimentación recibe	■ 6 meses () ■ < de 6 meses () ✓ Leche materna + Fórmula láctea con agua () ✓ Leche materna extraída + Fórmula láctea con agua ()

VAN...



...VIENEN

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS
		2. Recibido según, controles de CRED registrados a) Hasta los 7 días b) Hasta los 15 días c) Hasta 1 mes d) Hasta 2 meses e) Hasta 3 meses f) Hasta 4 meses g) Hasta 5 meses h) Hasta 6 meses	✓ Si () No () ✓ Si () No () ✓ Si () No () ✓ Si () No () ✓ Si () No () ✓ Si () No () ✓ Si () No () ✓ Si () No ()
		3. Duración de la lactancia mixta	✓ 6 meses () ✓ < de 6 meses ()

Variable Dependiente: Estado nutricional

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS DE LA ESCALA DE MEDICIÓN O ÍNDICE
ESTADO NUTRICIONAL: Es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. El peso y la longitud de los lactantes según sexo deben ser controlados por la enfermera de forma estricta: sobre todo en los 6 primeros meses de vida en los lactantes del Centro de Salud Metropolitano de Puno.	Índices o Indicadores según sexo	➤ P/E ➤ T/E ➤ P/T	❖ Sobrepeso () ❖ Normal () ❖ Desnutrición () ❖ Alto () ❖ Normal () ❖ Talla Baja () ❖ Obesidad () ❖ Sobrepeso () ❖ Normal () ❖ Desnutrición Aguda () ❖ Desnutrición Severa ()

ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

GUIA DE REVISIÓN DOCUMENTAL
“TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE PUNO - 2014”

NOMBRE DEL NIÑO(A):

DIRECCIÓN:

SEXO:..... FECHA DE NACIMIENTO:

ESTADO NUTRICIONAL

PESO A LOS 6 MESES:..... TALLA A LOS 6 MESES:.....

PESO AL NACER:.....

EVALUACIÓN DEL ESTADO

NUTRICIONAL:

a.

b. **Según Peso/Edad:**

Clasificación	Corresponde a:
Sobrepeso	
Normal	
Desnutrición	

d. **Según Peso/Talla:**

Clasificación	Corresponde a:
Obesidad	
Sobrepeso	
Normal	
Desnutrición Aguda	
Desnutrición Severa	

c. **Según Talla/Edad:**

Clasificación	Corresponde a:
Alto	
Normal	
Talla Baja	

ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO

“TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE PUNO - 2014”

NOMBRE DEL NIÑO(A):

DIRECCIÓN:

FECHA:

a. ¿Cómo alimentaba a su lactante durante los 6 primeros meses?

- Leche materna
- Leche materna extraída
- Fórmula láctea + agua
- Leche materna + Fórmula láctea con agua
- Leche materna extraída + Fórmula láctea con agua

b. ¿Qué tipo de lactancia recibió su lactante en las siguientes fechas?

TIPO DE LACTANCIA/ EDAD	Lactancia Materna Exclusiva	Lactancia Artificial	Lactancia Mixta
Hasta los 7 Días (RN)			
Hasta los 15 Días (RN)			
Hasta 1 MES			
Hasta 2 MESES			
Hasta 3 MESES			
Hasta 4 MESES			
Hasta 5 MESES			
Hasta 6 MESES			

c. ¿Cuál es la duración de la lactancia?

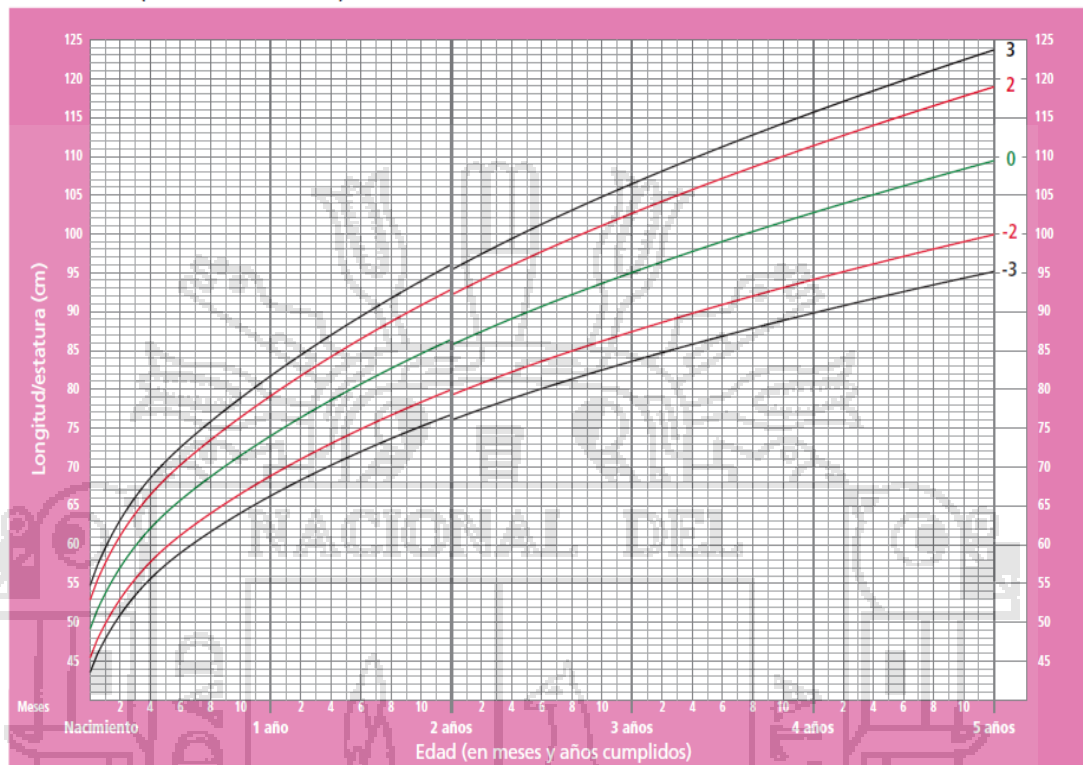
- 6 meses
- < de 6 meses

ANEXO N° 4

TABLAS DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Longitud/estatura para las Niñas

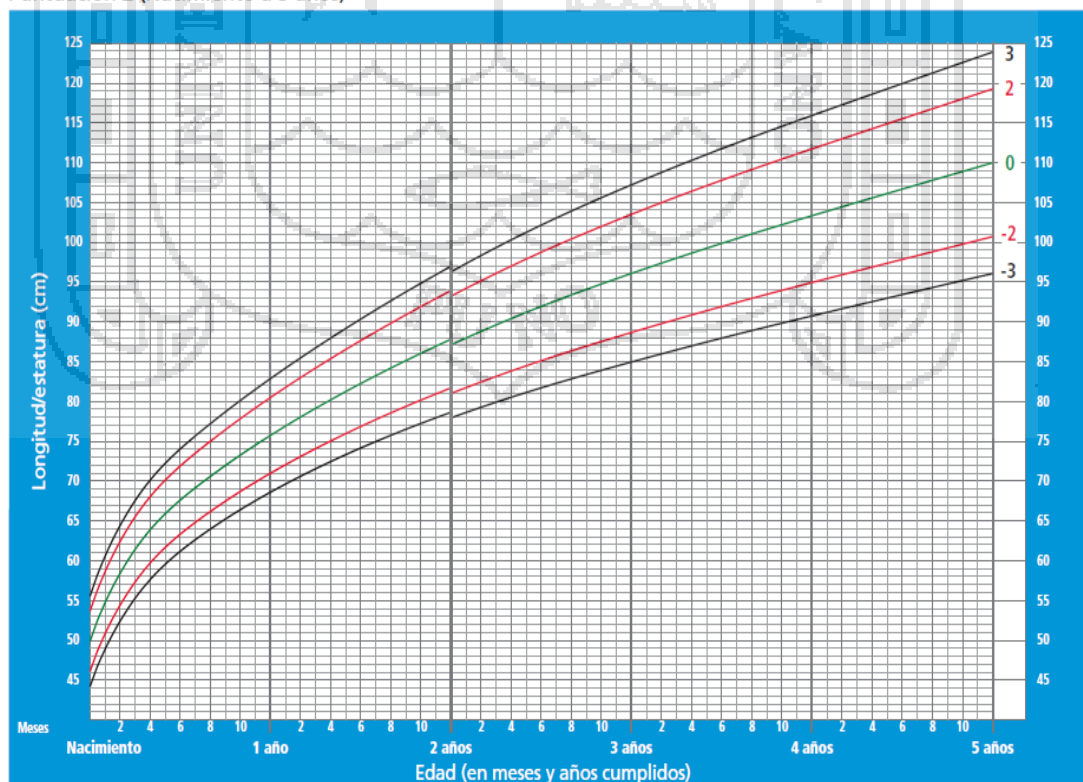
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niños

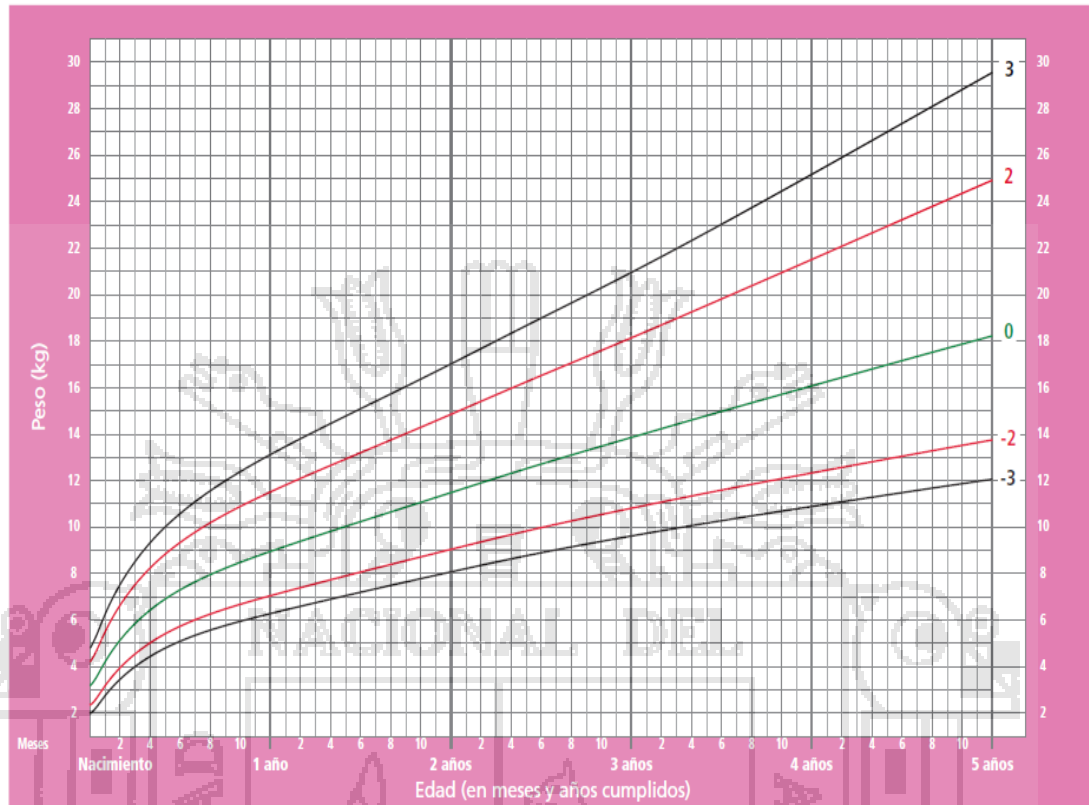
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niñas

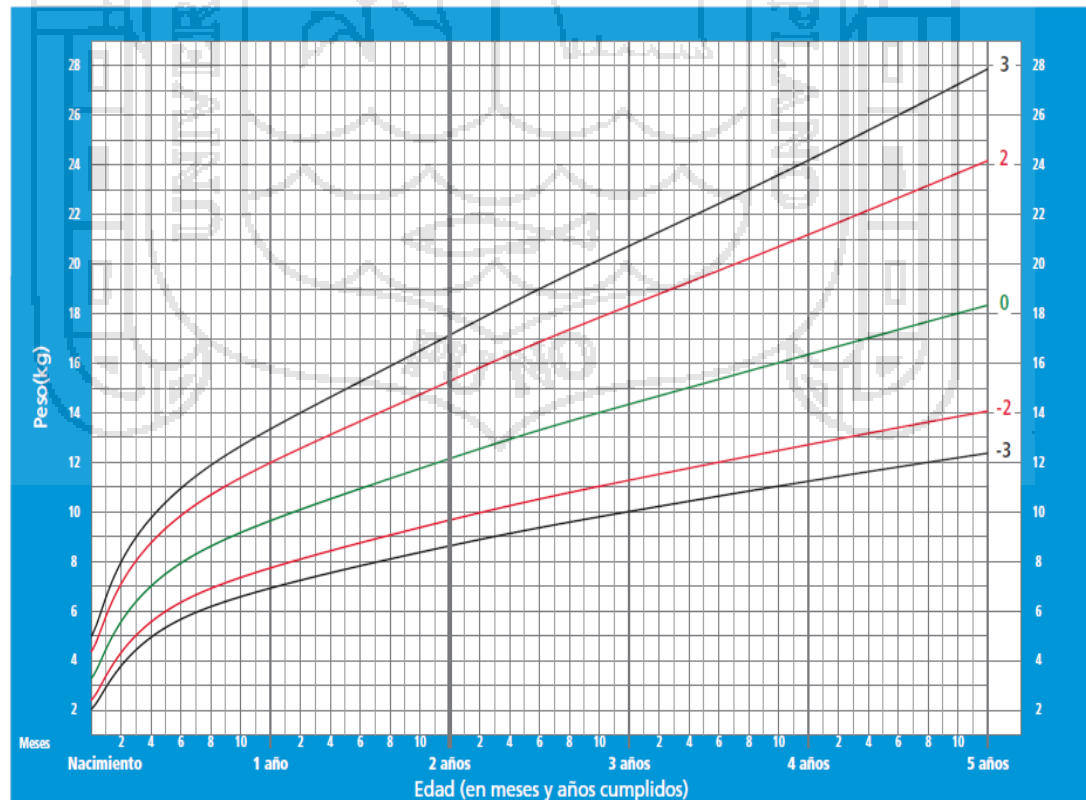
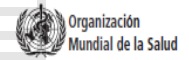
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

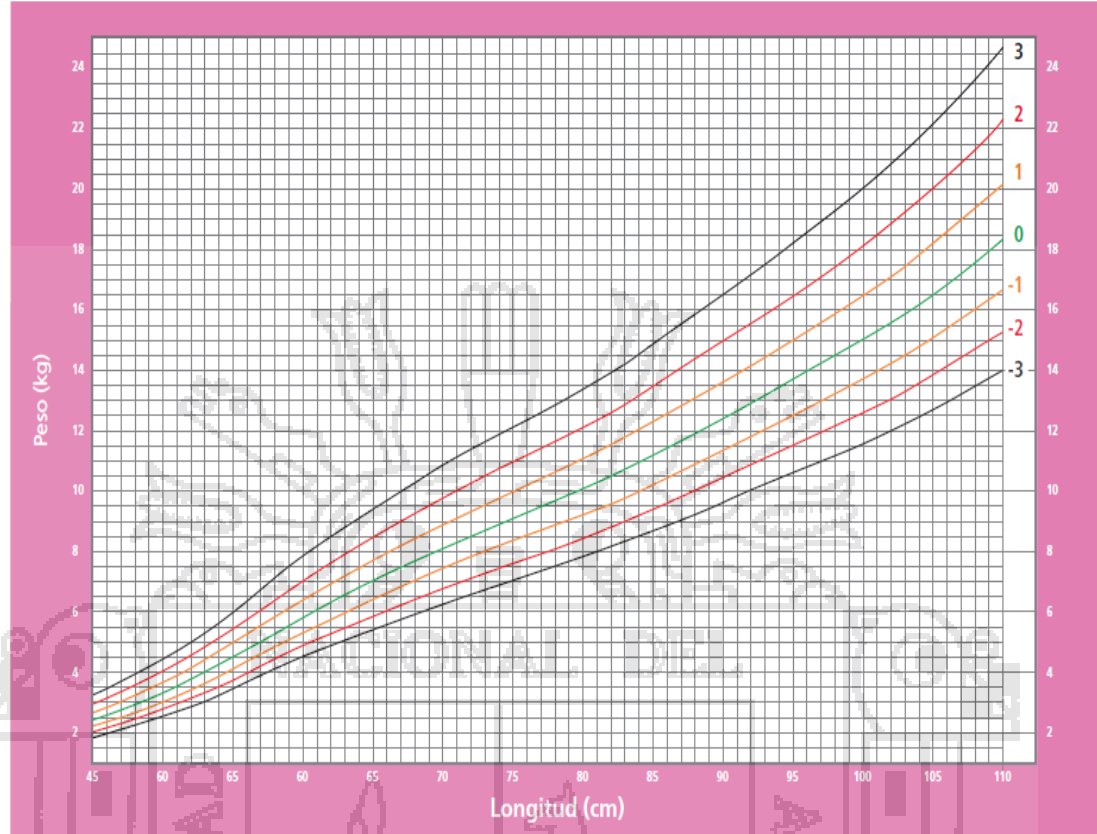
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud Niñas

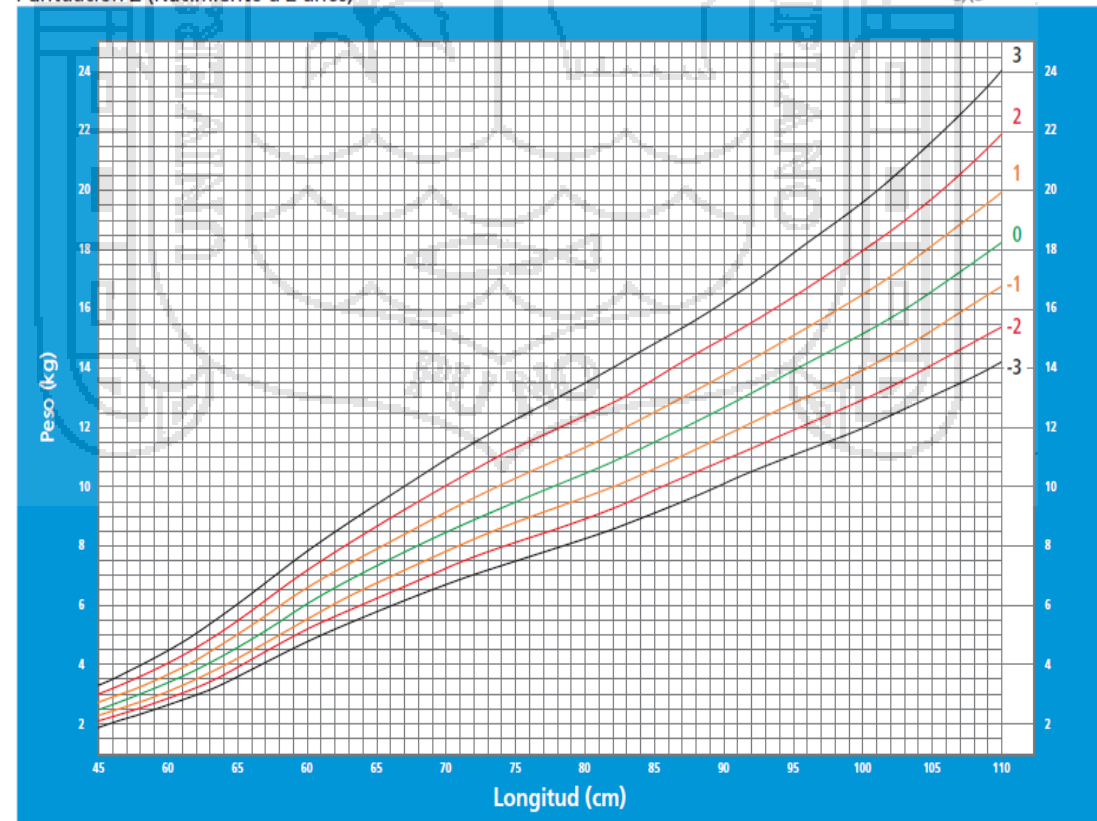
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Peso para la longitud - Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

ANEXO N° 5

CUADRO 6

**TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS LACTANTES
DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE PUNO –
2014**

ESTADO NUTRICIONAL		TIPO DE LACTANCIA						TOTAL	
		LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		LACTANCIA ARTIFICIAL		LACTANCIA MIXTA			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PESO/EDAD	Sobrepeso	0	0,0	2	5,6	0	0,0	2	5,6
	Normal	27	75,0	1	2,8	6	16,6	34	94,4
TOTAL		27	75,0	3	8,3	6	16,7	36	100,0
TALLA/EDAD	Normal	27	75,0	2	5,6	4	11,1	33	91,7
	Talla Baja	0	0,0	1	2,8	2	5,6	3	8,3
TOTAL		27	75,0	3	8,3	6	16,7	36	100,0
PESO/TALLA	Obesidad	0	0,0	2	5,6	0	0,0	2	5,6
	Sobrepeso	1	2,8	1	2,8	0	0,0	2	5,6
	Normal	26	72,2	0	0,0	6	16,7	32	88,9
TOTAL		27	75,0	3	8,3	6	16,7	36	100,0

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.

Elaboración del investigador

CUADRO 7

**DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN
PESO/EDAD EN LOS LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE
SALUD METROPOLITANO DE PUNO – 2014**

DURACIÓN DE LACTANCIA	PESO/EDAD				TOTAL	
	Sobrepeso		Normal			
	N°	%	N°	%	N°	%
6 Meses	0	0,0	24	66,7	24	66,7
Menos de 6 meses	2	5,6	10	27,8	12	33,3
TOTAL	2	5,6	34	94,4	36	100,0

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.

Elaboración del investigador

CUADRO 8

**DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN
TALLA/EDAD EN LOS LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE
SALUD METROPOLITANO DE PUNO – 2014**

DURACIÓN DE LACTANCIA	TALLA EDAD				TOTAL	
	Normal		Talla Baja			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6 Meses	24	66,7	0	0,0	24	66,7
Menos de 6 meses	9	25,0	3	8,3	12	33,3
TOTAL	33	91,7	3	8,3	36	100,0

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.
Elaboración del investigador

CUADRO 9

**DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN
PESO/TALLA EN LOS LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE
SALUD METROPOLITANO DE PUNO – 2014**

DURACIÓN DE LACTANCIA	PESO/TALLA						TOTAL	
	Obesidad		Sobrepeso		Normal			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6 Meses	0	0,0	0	0,0	24	66,7	24	66,7
Menos de 6 meses	2	5,6	2	5,6	8	22,2	12	33,3
TOTAL	33	5,6	3	5,6	36	88,9	36	100,0

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.
Elaboración del investigador

CUADRO 10
ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE SEGÚN PESO/EDAD EN LOS
LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD
METROPOLITANO DE PUNO – 2014

ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE	PESO/EDAD				Total	
	Sobrepeso		Normal			
	N°	%	N°	%	N°	%
Leche materna	0	0,0	26	72,2	26	72,2
Leche materna extraída	0	0,0	1	2,8	1	2,8
Fórmula láctea + agua	2	5,6	1	2,8	3	8,3
Leche materna + fórmula láctea con agua	0	0,0	6	16,7	6	16,7
TOTAL	2	5,6	34	94,4	36	100,0

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.
Elaboración del investigador

CUADRO 11
ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE SEGÚN TALLA/EDAD EN LOS
LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD
METROPOLITANO DE PUNO – 2014

ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE	TALLA/ EDAD				Total	
	Normal		Talla Baja			
	N°	%	N°	%	N°	%
Leche materna	26	72,2	0	0,0	26	72,2
Leche materna extraída	1	2,8	0	0,0	1	2,8
Fórmula láctea + agua	2	5,6	1	2,8	3	8,3
Leche materna + fórmula láctea con agua	4	11,1	2	5,6	6	16,7
TOTAL	33	91,7	3	8,3	36	100,0

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.
Elaboración del investigador

CUADRO 12

**ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE SEGÚN PESO/TALLA EN LOS
LACTANTES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD
METROPOLITANO DE PUNO – 2014**

ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE	PESO/TALLA						TOTAL	
	Obesidad		Sobrepeso		Normal			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leche materna	0	0,0	1	2,8	25	69,4	26	72,2
Leche materna extraída	0	0,0	0	0,0	1	2,8	1	2,8
Fórmula láctea + agua	2	5,6	1	2,8	0	0,0	3	8,3
Leche materna + fórmula láctea con agua	0	0,0	0	0,0	6	16,7	6	16,7
TOTAL	2	5,6	2	5,6	32	88,9	36	100, 0

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.
Elaboración del investigador

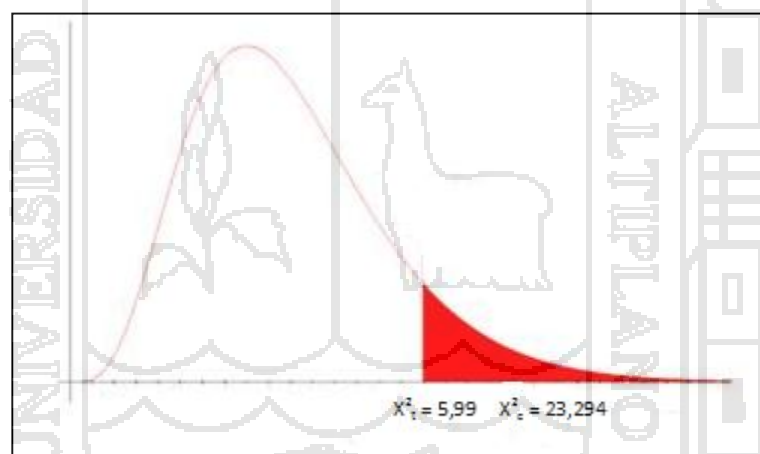
ANEXO N° 6
COMPROBACIÓN DE PRUEBA ESTADÍSTICA

TABLA 1
TIPO DE LACTANCIA SEGÚN PESO Y EDAD

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,294	2	0,000
Razón de verosimilitudes	11,629	2	0,003
Asociación lineal por lineal	1,215	1	0,270
N de casos válidos	36		

Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.
Elaboración del investigador

FIGURA 1
PRUEBAS DE CHI CUADRADO



Fuente: Cuestionario y guía de revisión documental de tipos de lactancia y estado nutricional.
Elaboración del investigador

Decisión.

La prueba de la chi cuadrada afirma que existe relación entre el tipo de lactancia según peso y edad, debido a que su valor de probabilidad es de 0,000 la que muestra alta significancia entre dichas variables, observando que el valor de la chi cuadrada calculada (23,294) es superior a la chi cuadrada tabulada (5,99), demostrando con ello que existe relación directa entre los tipos de lactancia y el Estado Nutricional en lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno - 2014.

ANEXO N° 7
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS
FOTO N° 01



DESCRIPCIÓN: Se entrevista a la madre el cuestionario estructurado “Tipos de lactancia y estado nutricional en lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno – 2014”.

FOTO N° 02



DESCRIPCIÓN: Se entrevista a la madre el cuestionario estructurado “Tipos de lactancia y estado nutricional en lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno – 2014”.

FOTO N° 03



DESCRIPCIÓN: Se efectiviza la toma de peso a un lactante de 6 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Centro de Salud Metropolitano – Puno.

FOTO N° 04



DESCRIPCIÓN: Se efectiviza la toma de talla a una lactante de 6 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Centro de Salud Metropolitano – Puno.

FOTO N° 05



DESCRIPCIÓN: Se explica a la madre el estado nutricional de su lactante mostrándole las curvas de crecimiento del carnet en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Metropolitano.

