

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE LACTANCIA
MATERNA Y ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES
MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS-
HUANCAYO 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA
INFANCIA**

**YESENIA SOLEDAD ESPINOZA CUEVA
MARÍA ELENA FERNÁNDEZ SALAZAR**

**Callao, 2018
PERÚ**

AUTORES:

YESENIA SOLEDAD ESPINOZA CUEVA

MARÍA ELENA FERNÁNDEZ SALAZAR



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

XLV CICLO TALLER DE TESIS PARA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 157-2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 14:00-14:30 horas del sábado 24 de noviembre del año dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reúne el Jurado Evaluador del XLV Ciclo Taller de Tesis para la obtención de Título de Segunda Especialidad Profesional; conformado por los siguientes docentes:

Dra. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO	PRESIDENTA
Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN	SECRETARIA
Mg. CONSTANTINO MIGUEL NIEVES BARRETO	VOCAL

Con la finalidad de evaluar la sustentación de la Tesis, titulada "CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE LACTANCIA MATERNA Y ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS-HUANCAYO 2017", presentado por: Don(ña) ESPINOZA CUEVA YESENIA SOLEDAD y FERNÁNDEZ SALAZAR MARÍA ELENA.

Con el quórum establecido según el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Callao, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 309-2017-CU de fecha 24 de octubre de 2017; luego de la sustentación, los miembros del Jurado Examinador formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

En consecuencia, el Jurado Evaluador acordó **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa *Muy Bueno*, y calificación cuantitativa *Dieciséis (16)* de la Tesis para optar el **Título de Segunda Especialidad Profesional en ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION DE LA PRIMERA INFANCIA**, de conformidad con el Art. 27° del Reglamento de Grados y Títulos, dándose por terminado el acto de sustentación, siendo las 14:00-14:30 horas del mismo día.

Callao, 24 de noviembre de 2018


.....
Dra. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO
Presidenta de Jurado Evaluador


.....
Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN
Secretaria de Jurado Evaluador


.....
Mg. CONSTANTINO MIGUEL NIEVES BARRETO
Vocal de Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A Dios dador de la vida y la sabiduría; quien guío nuestros pasos, dándole la fortaleza, la esperanza para no desmayar en las dificultades y quien ha permitido lograr la meta trazada.

A nuestros padres, esposo e hijos, por su máxima fortaleza y apoyo, por su paciencia Comprensión y el esfuerzo desmedido que hacen posible cumplir este sueño anhelado.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concedernos serenidad y fortaleza en todo momento.

A la Universidad Nacional del Callao, quiénes nos han brindado la oportunidad de realizar nuestros estudios y formación académica.

A mis estimados docentes, por impartirme sus grandes conocimientos.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	8
1.2. Formulación del Problema	10
1.2.1. Problema General:	10
1.2.2. Problemas Específico:.....	10
1.3. Objetivos	10
1.3.1. Objetivo General:.....	10
1.3.2. Objetivos Específicos:	10
1.4. Limitantes de la Investigación	11
1.4.1. Limitante teórico.....	11
1.4.2. Limitante temporal	11
1.4.3. Limitante espacial	11
CAPITULO II.....	12
MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes	12
2.1.1. Antecedentes Internacionales	12
2.1.2. Antecedentes Nacionales	13
2.2. Marco	17
2.2.1 Teórico	17
2.2.2 Conceptual	22
2.3. Definición de Términos Básicos	42
CAPÍTULO III.....	45
HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	45
3.1. Hipótesis.....	45
3.1.1 Hipótesis General.....	45
3.1.2. Hipótesis Específicas	45
3.2. Definición conceptual de las Variables	45

3.2.1 Nivel de conocimiento de la madre sobre lactancia materna.....	45
3.2.2. Estado nutricional de los lactantes menores de 6 meses	46
3.3. Operacionalización de variables	47
CAPÍTULO IV.....	49
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
4.1. Tipo y diseño de la de Investigación	49
4.1.1. Tipo de la Investigación	49
4.1.2. Diseño de la Investigación	49
4.2. Población y muestra	50
4.2.1. Población	50
4.2.2. Muestra de Estudio	50
4.3. Técnicas e Instrumentos para recolección de la información.....	51
4.3.1. Técnica:.....	51
4.3.2. Instrumento:.....	51
4.4. Análisis y procesamiento de datos	52
CAPÍTULO V.....	53
RESULTADOS.....	53
5.2. Resultados Descriptivos.....	53
5.2.1. Datos Generales de la Muestra	53
5.1.2. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna de la madre.....	61
5.1.3. Estado Nutricional	63
5.2. Resultados Inferenciales.....	65
CAPÍTULO VI.....	74
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	74
6.1. Contrastación de la hipótesis	74
6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares	76
6.3 Responsabilidad ética	79
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	81
Referencias Bibliográficas.....	82
ANEXO	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Peso para la edad gestacional.....	43
Tabla 2.2. Clasificación de acuerdo al peso del nacimiento.....	43
Tabla 2.3. Clasificación del estado nutricional en niñas.....	44
Tabla 4.1. Clasificación de los niveles de conocimiento.....	54
Tabla 5.1. Conocimiento sobre Lactancia Materna y Estado Nutricional de los niños menores de 6 meses del Puesto de Salud Uñas.....	68
Tabla 5.2. Nivel de conocimiento y Tipo de lactancia del Puesto de Salud Uñas.....	69
Tabla 5.3. Nivel de conocimiento y grado de Instrucción de las madres del Puesto de Salud Uñas.....	70
Tabla 5.4. Nivel de conocimiento y edad de las madres del Puesto de Salud Uñas	71
Tabla 5.5 Nivel de conocimiento y estado civil de las madres.....	72
Tabla 5.6. Sexo y estado Nutricional de los niños del Puesto de Salud Uñas	73
Tabla 5.7. Edad y Estado Nutricional de los niños del Puesto de Salud Uñas	74
Tabla 5.8. Tipo de lactancia y estado nutricional de los niños.....	75
Tabla 5.9. Tipo de lactancia y edad de las madres del puesto de salud uñas 2017.....	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1 Lugar de procedencia de los niños del Puesto de Salud Uñas.....	56
Gráfico 5.2 Edad de las madres de los niños del Puesto de Salud Uñas.....	57
Gráfico 5.3 Grado de instrucción de las madres del Puesto de Salud Uñas.....	58
Gráfico 5.4 Estado civil de las madres del Puesto de Salud Uñas....	59
Gráfico 5.5 Numero de hijos de las madres del Puesto de Salud Uñas.....	60
Gráfico 5.6 Niños menores de 6 meses del Puesto de Salud Uñas.....	61
Gráfico 5.7 Sexo de los niños menores de 6 meses en el Puesto de Salud uñas.....	62
Gráfico 5.8 Tipo de lactancia de los niños menores de 6 meses en el Puesto de Salud Uñas.....	63
Gráfico 5.9 Nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las madres del Puesto de Salud Uñas.....	64
Gráfico 5.10 Nivel de conocimiento por dimensiones sobre lactancia materna de las madres del Puesto de Salud uñas.....	65
Gráfico 5.11 Problemas nutricionales de los niños en el Puesto de Salud Uñas.....	66
Gráfico 5.12 Estado nutricional de los niños menores de 6 meses del Puesto de Salud Uñas.....	67

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo Determinar la relación entre nivel de conocimiento de la madre sobre lactancia materna y el estado nutricional de lactantes menores de 6 meses. La metodología utilizada fue el estudio descriptivo, correlacional; diseño no experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por 45 madres de niños menores de 6 meses, que asistían regularmente al Puesto de Salud Uñas. La técnica empleada fue la encuesta con un cuestionario de 15 preguntas, y para la variable estado nutricional se utilizó la Ficha de recolección de datos, este instrumento consta de tres partes: datos personales, antropometría del niño y diagnóstico según las escalas de la OMS 2006 de evaluación del estado nutricional. Los datos obtenidos fueron procesados en el programa Excel y SPSS, obteniendo como resultados que el 22,2% de las madres tiene bajo conocimiento y de estas madres el 70% de sus niños presentaron problemas nutricionales como sobrepeso y obesidad y el 30% ganancia inadecuado de peso. En conclusión hay una relación moderada inversa entre el conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante menor de 6 meses.

Palabras clave: lactancia materna y estado nutricional

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relationship between the level of knowledge of the mother about breastfeeding and the nutritional status of infants under 6 months of age. The methodology used was the descriptive, correlational study; non-experimental and transversal design. The sample consisted of 45 mothers of children under 6 months, who regularly attended the Health Post Nails. The technique used was the survey with a questionnaire of 15 questions, and for the variable nutritional status the data collection card was used, this instrument has three parts: personal data, anthropometry of the child and diagnosis according to WHO 2006 scales of evaluation of nutritional status. The data obtained were processed in the Excel and SPSS program, obtaining as a result that 22.2% of mothers have low knowledge and of these mothers 70% of their children presented nutritional problems such as overweight and obesity and 30% inadequate gain of weight. After making the hypothesis contrast, it was concluded that there is a moderate inverse relationship between the knowledge of the mother and the nutritional status of the infant under 6 months.

Key words: breastfeeding and nutritional status

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño o niña hasta los seis meses de edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) han considerado por décadas a la lactancia materna (LM) fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales. La lactancia materna aporta al lactante los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, protegiéndolo de enfermedades, además tiene otros beneficios sociales, como la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil.

El presente estudio titulado “Conocimiento de la madre sobre la lactancia materna y estado nutricional en niños menores de 6 meses del Puesto de Salud Uñas - 2018”, tiene como objetivo determinar el conocimiento en lactancia materna de las madres que acuden al Puesto de Salud Uñas - 2018. Con el propósito de que los resultados obtenidos permitan proporcionar información actualizada, a fin de que el establecimiento y el servicio de enfermería, elabore, diseñe estrategias y/o programas de educación continua dirigida a las madres que asisten al Establecimiento, lo cual permitirá mejorar el estado nutricional en los niños menores de 6 meses en la población beneficiada.

El presente informe final de investigación consta de seis capítulos; **I**: planteamiento del problema, que incluye descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetiva, limitante de la investigación. **II**: incluye los antecedentes, el marco teórico y conceptual y la definición de términos, **III**: considera las variables e hipótesis, así como la operacionalización de variables, **IV**: metodología; **V**: resultados y el **VI** y el discusión de resultados, asimismo, contiene un apartado de conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La lactancia materna es un pilar en el crecimiento y desarrollo normal del niño, estimulando la constitución del vínculo madre-hijo y protegiendo a ambos de diversas patologías o problemas de salud. Pero la prevalencia de lactancia materna en el mundo permanece baja. Debido a ello muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima.

La OMS promueve activamente la lactancia natural como la mejor forma de nutrición para los lactantes y niños pequeños. En estas cifras y datos se examinan los muchos beneficios asociados a esa práctica, y se muestra que apoyando enérgicamente a las madres es posible aumentar la lactancia materna en todo el mundo. Sin embargo a nivel mundial, solo un 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. (1) A nivel nacional según la ENDES 2017 en el primer semestre 2017, el 66,1% de las madres manifestaron que alimentan a los menores de seis meses de edad con la leche materna, siendo esta práctica mayor en el área rural (80,3%) que en el área urbana (59,9%). Según región natural, la práctica de la lactancia materna exclusiva es más frecuente, tanto en la Sierra como en la Selva (78,7% y 77,5%, respectivamente); estos porcentajes contrastan con la observada en la región de la Costa, donde el 56,4% de los menores de seis meses de edad son alimentados exclusivamente con la leche materna. Según región natural, la práctica de la lactancia materna exclusiva, entre los años 2016 y el primer

semestre 2017, disminuyó en la Costa de 61,2% a 56,4%, en la Sierra de 80,3% a 78,7% y en la Selva de 77,7% a 77,5%. (2)

Llegando a nuestra realidad según encuesta ENDES 2017 se evidencio que en la región Junín el 67.6 % de lactantes menores de 6 meses recibieron leche materna en la primera hora de vida. En comparación con Lima Metropolitana que llego a 32.5%. (2)

A nivel de Red de Salud Valle del Mantaro nos encontramos al 87.5 % al primer semestre 2017. (3)

En el Puesto de Salud Uñas, se ha observado que la atención de enfermería en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo está basado en la Promoción de Salud del Niño, así como el desarrollo de actividades educativas a las madres; sin embargo este esfuerzo no se ve reflejado ya que según los indicadores al primer semestre 2017 el 28% de las madres de niños menores de 6 meses optan por la lactancia mixta esto por diversos factores tales como reincorporación al área laboral, desconocen del valor nutricional, tiene distinto nivel de conocimiento sobre el proceso natural de la lactancia(3). Esto evidencia que, las madres de familia tienen distintos niveles de conocimiento y entienden de manera distinta el proceso natural de la lactancia materna. Estos conocimientos a su vez repercuten de manera positiva o negativa en la ganancia de peso y talla del lactante menor de 6 meses.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de la madre y el estado nutricional de lactantes menores de 6 meses del Puesto de Salud?

1.2.2. Problemas Específico:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre lactancia materna que tienen las madres de los lactantes menores de 6 meses del Puesto de Salud?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los lactantes menores de 6 meses del Puesto de Salud?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la relación entre nivel de conocimiento de la madre sobre lactancia materna y el estado nutricional de lactantes menores de 6 meses del Puesto de Salud.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna que tienen las madres de lactantes menores de 6 meses del Puesto de Salud.
- Evaluar el estado nutricional de los lactantes menores de 6 meses del Puesto de Salud.

1.4. Limitantes de la Investigación

1.4.1. Limitante teórico

Existen antecedentes a nivel nacional y local; pero pocos antecedentes a nivel internacional.

1.4.2. Limitante temporal

El principal limitante temporal fue el tiempo con que se conto para poder recolectar la información ya que ambas investigadoras son personal nombrado y son responsables en ciertas estrategias de salud en sus respectivos establecimientos. Lo que dificulto la investigación.

1.4.3. Limitante espacial

El Puesto de Salud Uñas se ubica a una distancia aproximada de 1 hora del centro de la ciudad, dificultando el acceso oportuno para la realización de nuestra investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Borre Ortiz, Yeis Miguel / Cortina Navarro, Carolina / González Ruíz Gisela, “Lactancia Materna Exclusiva:¿la conocen las madres realmente?” Centro de Salud Santa Marta (ciudad de Santa Marta-Colombia).2014.

Realizaron un artículo de investigación cuyo objetivo del presente estudio fue identificar si las madres de una localidad determinada de Santa Marta, conocían los beneficios y consecuencias de la lactancia materna exclusiva. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, en el que se encuestaron 90 madres que acudieron al Centro de Salud 11 de Noviembre de Santa Marta (Colombia); seleccionadas por muestreo intencional, no probabilístico. Se preservaron aspectos éticos y metodológicos que dieran cuenta del rigor científico correspondiente. Resultados: De las 90 madres encuestadas, el 51% tiene edades entre 15 a 25 años, el 30% entre 26 a 35 años, y el 19% son mayores de 35 años. El 85.6% posee conocimientos adecuados sobre lactancia materna exclusiva. El 48.9% conoce la técnica de amamantamiento adecuada, mientras que el 51.1% restante no tiene idea de ello. Conclusiones: Las madres continúan mostrando altos índices de desinformación con respecto a la lactancia materna. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas de educación, que permitan

educar a esta población y a futuras madres lactantes; específicamente, a primigestantes y adolescentes. (4)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

- Mosqueira Guillen Katiuzka Jullissa “Estado nutricional de lactante de uno a seis meses en relación al tipo lactancia”. Centro de Salud Progreso (Ciudad Chimbote).2016
El presente estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico, en 284 lactantes de 1 a 6 meses, con la finalidad de determinar el estado nutricional del lactante de uno a seis meses en relación al tipo de lactancia, atendidos en Centro de Salud Progreso I - 4 MINSA de Chimbote durante 2016. El estudio encontró 3 (1,06%) de desnutrición aguda, 5 (1,76%) de desnutrición global, 22 (7,75%) de desnutrición crónica, sobrepeso en 51 casos (17,96%) y la obesidad con 23 (8,10%) y 180 con estado nutricional normal, que representa el 63.38%. Se encontró que la lactancia materna exclusiva se practicó en 146 (51,41%), la lactancia mixta en 96 (33,80%) y la lactancia artificial en 42 (14,79%). Se encontró asociación entre el tipo de lactancia y cualquier forma de desnutrición con un chi cuadrado de 20,94, para 2 grados de libertad ($p = 0,00003$). El estudio concluye afirmando que el estado nutricional es principalmente el eutrófico, seguido del sobrepeso, obesidad y desnutrido crónico y con valores que bordean el 1,5% la desnutrición global y aguda; el tipo de lactancia predominante es la lactancia materna, seguido de la mixta y finalmente la lactancia artificial; se concluye además que no existe asociación significativa entre el tipo de lactancia y la presencia de alguna forma de desnutrición

pero la lactancia materna exclusiva favorece en un mayor porcentaje el estado nutricional normal que los otros tipos de lactancia. (5)

- Bravo Cervantes, Betti “Asociación entre los conocimientos, creencias y actitudes a la lactancia materna exclusiva en madres de niños y niñas menores de 6 meses de vida”. (Ciudad Tingo María) 2015.

El presente tuvo por objetivo determinar la asociación entre los conocimientos, creencias y actitudes respecto a la lactancia materna exclusiva en madres de niños y niñas menores de 6 meses de vida, en el Centro de Salud Castillo Grande – Leoncio Prado 2015. Se utilizó el método deductivo, tipo de estudio no experimental u observacional. Se utilizó como técnica la entrevista, instrumento y el cuestionario. La muestra estuvo conformada por 84 madres, se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas y semiestructuradas, la información obtenida se procesó en el Centro de Salud de Castillo Grande.

Con el resultado del 10.7% de la población no mantuvo LME por 6 meses, siendo en su totalidad mujeres casadas, convivientes 69% (58) y solteras. Sin embargo, el 64.3% son amas de casa. En cuanto a los conocimientos respecto de la LME el 72,6% de la población tenía un nivel de conocimiento suficiente que se debería dar la LME hasta los 6 meses y el 27,4% insuficiente, las mujeres en general poseían escaso conocimiento sobre los beneficios que les entrega la LME y aceptables en relación a los que ofrece para el/la niño/a. En cuanto a las creencias el 76.2% respondieron que los antibióticos disminuyen la producción de la leche. (6)

- Alva Huamán Juana Beatriz conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres (Ciudad Chimbote). 2015. Objetivo: Determinar el Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva en primigestas y primíparas del Puesto de Salud San Juan durante los meses de abril - julio del 2013. Metodología: Es un estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo de diseño simple de una sola casilla, de cohorte transversal. Se optó por el muestreo no probabilístico por conveniencia, quedando seleccionadas 100 mujeres primigestas y primíparas atendidas en el Puesto de Salud San Juan, se utilizó un cuestionario previamente estructurado de 16 reactivos, con respuestas de opciones múltiples agrupada según indicadores. Obteniéndose los siguientes resultados: El 93% de las madres no tienen un conocimiento global sobre lactancia materna exclusiva. Por otro lado el 52 % no sabe qué hacer si su bebe duerme por más de dos horas, así mismo el 55 % de madres no saben qué hacer si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea. Finalmente se concluye que la mayoría de madres no conocen los aspectos básicos sobre lactancia materna exclusiva, generando situaciones de riesgo en el crecimiento y desarrollo de su hijo. (7)
- Argote Ventocilla, Daysi Liz Cordero Medina, Josselyn Esthepanie "Relación del tipo de lactancia y el estado nutricional de los niños menores de seis meses (Huancayo) C.S. CHILCA .2014.

Investigación utilizada es el descriptivo - correlaciona de corte transversal, el diseño de la investigación es un

estudio no experimental, método observacional. La muestra estuvo constituida por 68 niños menores de seis meses que asisten a sus controles de Crecimiento y Desarrollo (CREO) al C.S. Chilca, la cual se obtuvo mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple. Se utilizó como técnica, la entrevista y como instrumento un cuestionario, el cual fue validado mediante juicios de expertos (prueba "V" de Aiken) y análisis de confiabilidad por alfa de Cronbach; la información obtenida fue procesada con el software estadístico aplicado a las ciencias sociales versión 21. Los resultados de esta investigación indican que para $p=0,05$ y un nivel de confianza al 95%, se acepta la hipótesis de investigación: Existe una relación significativa entre el tipo de lactancia y el estado nutricional de los niños menores de seis meses del C.S.Chilca, comprobado por la prueba V de Cramer con un valor de 0,679 que existe una relación intensa y significativa entre el tipo de lactancia y el estado nutricional según la talla para la edad de los niños menores de seis meses, es decir que los niños que reciben lactancia materna exclusiva tienen un estado nutricional normal. (8)

- Paucar Gómez Rossany / Torres Ríos Doris Graciela / Dra., Rodríguez Sánchez Mercedes. Lactancia materna y estado nutricional del Lactante de tres a seis Meses (Ciudad Trujillo) 2016.

La presente Investigación, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, realizado en el Centro de salud Chequén, durante los meses de enero-febrero del 2017, con la finalidad de establecer si existe relación entre tipos de lactancia materna y el estado nutricional de los lactantes

de tres a seis meses. La muestra estuvo constituida por 171 madres que cumplieron con los criterios de inclusión. Los instrumentos utilizados fueron dos: El de tipo de lactancia materna y el de estado nutricional del lactante de tres a seis meses. La información obtenida fue procesada y analizada en el programa SPSS versión 19 y presentados en tablas simples y de doble entrada absolutas y porcentuales. Para determinar la relación entre variables se utilizó la prueba estadística de independencia de criterios “Chi Cuadrado”. Los resultados obtenidos indicaron que el 56.7% de las madres de lactantes de tres a seis meses brindan una lactancia materna exclusiva, el 25.2% una lactancia mixta y el 18.1% una lactancia artificial; de acuerdo al estado nutricional el 78.4 % de los lactantes presenta un estado nutricional normal, seguido de un 12.8% que presenta sobrepeso/obesidad, el 7.6% talla baja y solo el 1.2% presenta desnutrición. Existe relación estadística significativa entre tipos de lactancia materna y estado nutricional ($P= 0.000$). (9)

2.2. Marco

2.2.1 Teórico

A) TEORÍAS DEL APRENDIZAJE:

a) Teoría del aprendizaje significativo de Ausubel

Ausubel es uno de los máximos exponentes del constructivismo y fue muy influido por Piaget. Este psicólogo y pedagogo opinaba que para que la gente aprenda es preciso actuar sobre sus conocimientos previos. Por ejemplo, si yo quiero que mi hijo

comprenda lo que es un mamífero, primero tendré que comprobar que sabe lo que es un perro y saber cómo piensa para actuar en consecuencia. Estos conceptos se integran mediante organizadores previos que buscan la coherencia en nuestro cerebro.

Esta teoría está muy centrada en la práctica. El aprendizaje significativo contrasta con el aprendizaje de memoria (retener largas listas sin discurrir) porque produce conocimientos mucho más duraderos que se interiorizan mejor. Con el tiempo los conceptos se van relacionando y jerarquizando para ahorrarnos muchos pasos cada vez que queramos hablar sobre un tema determinado o hacer cosas como jugar al baloncesto. (10)

b) Teoría del aprendizaje social de Bandura

La teoría de Bandura hizo hincapié en el papel de las variables sociales y unió la perspectiva conductista con la cognitiva, enfoque que prioriza el estudio de los procesos mentales. Afirma que casi todas nuestras conductas se adquieren por observación e imitación.

Tenemos la última palabra a la hora de decidir cómo queremos actuar, pero los modelos a los que estamos expuestos nos influyen mucho. Por esto es tan importante tener cuidado con la extrema violencia en los medios de comunicación.

Los más pequeños pueden saber que no está bien pegar a sus compañeros, pero si interiorizan la violencia de su serie favorita es posible que mantengan conductas agresivas en contextos y momentos diferentes. Es decir, si ven en la tele que un problema se solucionó con un puñetazo, tal vez den un empujón a un amigo la semana siguiente para conseguir un juguete en la escuela. (11)

B) TEORÍAS PSICOLÓGICA

TEORÍA DEL APEGO Y LACTANCIA MATERNA

Los trabajos de Bowlby sobre la teoría del apego, Mary Ainsworth llevó a cabo una situación experimental, conocida como la “situación frente a extraños” (strange situation), en la cual se observa la conducta de los niños frente a una situación de stress donde la presencia o ausencia de la madre resulta determinante en el comportamiento del niño. El ensayo permitió demostrar que el niño utiliza la madre como una base segura para la exploración, y la percepción de cualquier situación amenazante hace desaparecer las conductas exploratorias y activa las conductas de apego. A partir de dicho experimento se describieron tres patrones de apego conductuales:

- a) **Apego seguro** (secure attachment): el niño explora el medio activamente cuando está solo con su madre. En su ausencia el niño disminuye su conducta exploratoria y se muestra afectado por la separación. En el reencuentro con la madre busca el contacto físico, se alegra y continúa su conducta exploratoria.
- b) **Apego inseguro ansioso-ambivalente** (anxious-ambivalent insecure attachment): el niño se pone ansioso y es poco probable que explore el ambiente mientras su madre está presente. Ante su ausencia muestra angustia y a su regreso oscila entre la irritación, la resistencia al contacto y el acercamiento. Se comporta absolutamente cauteloso ante los extraños, aun en presencia de la madre.

c) Apego inseguro ansioso evitativo (anxious- avoidant insecure attachment): el niño se muestra bastante independiente en la situación 5 del extraño, pudiendo llegar a explorar pero sin utilizar a su madre como base segura. Cuando la madre abandona la habitación no muestra malestar y a su regreso evita el contacto con la misma o la ignora. El niño no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial, sino que por el contrario espera ser desairado ya que comprende que no puede contar con el apoyo de su madre y reacciona de forma defensiva adoptando una postura de indiferencia y volviéndose emocionalmente autosuficiente.

d) Apego desorganizado postulado posteriormente por Solomon y George describieron una cuarta categoría que denominaron (attachment disorganization) en el cual el niño muestra una variedad de conductas confusas, contradictorias e impredecibles, manifestaciones especialmente dramáticas que sugieren la existencia de dificultades serias en el proceso de estructuración interna del niño y del vínculo con su figura de apego (2).

Las experiencias de separación y privación tanto física como emocional, incluso las de corta duración, a una edad temprana pueden poner en peligro y tener un efecto negativo en el estado nutricional y desarrollo del niño. El período más crítico es entre los 4 meses y los 3 años de edad. La privación materna puede causar ansiedad de separación (4). La capacidad de los padres de tener una respuesta sensible, es decir, de responder oportuna y apropiadamente a las necesidades y señales del niño, se considera como el factor validado más importante de predicción de la seguridad de apego. (12)

C) TEORÍA DE ENFERMERÍA

a) Teoría de enfermería de Reva Rubin La adopción del rol maternal es el proceso de información de identidad materna, relacionada con el proceso del desarrollo del vínculo emoción al del niño. Ambos procesos son necesarios para la mujer a fin de desarrollar un sentimiento de capacidad en ser una madre para su hijo, para que exista una adopción y la madre se vuelva competente en el cuidado de su hijo. (Martinez y Garcia, 2011).
(13)

b) Teoría de enfermería de Ramona Mercer Refiere que la adopción del rol maternal es un proceso evolutivo e interactivo, donde la madre se siente vinculada y logra el apego de su hijo, adquiere competencia y experiencia en la realización de los cuidados asociados a su rol, experimentando placer y gratificación de su papel como madre. Mercer abarca varios factores maternos como: edad, estados de salud, relación padre– madre y características del lactante, además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad y su nivel evolutivo. Podemos concluir que la teoría de Rubín se centró en la adopción del rol maternal desde el punto de vista de la aceptación del embarazo y del primer mes después del parto, en cambio Mercer amplió este periodo hasta doce meses después

del parto. Rubin describió tres etapas después del nacimiento, estas etapas son: aceptación, apego y abandono.

Abarca varios factores edad, estado de salud, relación padre-madre y característica del lactante; propone la necesidad de que los profesionales de la enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia, y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal (Alvarado, Guarín, Cañón y Montañez, 2011). (14)

2.2.2 Conceptual

A) LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es una forma natural de alimentación de la especie humana que proporciona al recién nacido, el alimento ideal para su crecimiento y desarrollo, ejerciendo una influencia biológica y afectiva, tanto en el niño como en su madre. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Asimismo recomienda que a partir de los 6 meses de edad, la lactancia materna debe mantenerse aun iniciando la alimentación complementaria, manteniéndose al menos durante los dos primeros años de vida. (1)

El hecho de amamantar al niño favorece el vínculo materno y del apego del niño a su madre. Una lactancia bien establecida permite tener al niño en contacto físico estrecho, lo que según algunos estudios favorece en el futuro la independencia del niño al

incrementarse su autoestima. Esta idea va en contra de los que dicen que a los niños pequeños no hay que cogerlos en brazos “porque se acostumbran mal”. Los niños en el regazo de la madre o en brazos del padre se sienten seguros y protegidos y eso favorece su desarrollo.

La leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros 6 meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasa y suministra las proteínas (enzimas) digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los bebés necesitan. La leche materna también contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a resistir las infecciones. (1)

a) Tipos de alimentación del lactante:

- **Lactancia materna exclusiva:** el lactante no recibe ningún otro alimento o bebida, ni aun agua, por lo menos los primeros seis meses de vida. Puede recibir alguna vitamina como el hierro.
- **Lactancia materna predominante:** la fuente principal de alimentación es la leche materna; pero el lactante ha recibido agua o bebidas a base de agua (agua endulzada, té o infusiones) jugos de frutas o electrolitos orales.
- **Lactancia materna mixta:** Se ofrece al menos un biberón con algún sucedáneo de la leche materna. Esta a su vez se divide en tres categorías:
 - Alta, más del 80 % es leche materna,
 - Mediana, 20 a 80 % de los alimentos es leche materna y
 - Baja, menos del 20 % es leche materna.
- **Lactancia materna simbólica:** Usada como consuelo o confort, son periodos cortos y ocasionales de menos de 15 minutos al día. (15)

b) Fisiología de la Lactancia Materna

Por lo menos seis hormonas de la pituitaria desempeñan un papel en el desarrollo de las glándulas mamarias y la lactancia. Estas incluyen prolactina, hormona adrenocorticotrópica, hormona del crecimiento humano, hormona estimulante de la tiroides, Hormona Folículo Estimulante y Hormona Luteinizante. La prolactina prepara a los senos para la lactancia mediante aumento de tamaño, número y complejidad de los conductos y alvéolos durante el embarazo. Tras la expulsión de la placenta, que es la fuente de mayor parte del estrógeno y la progesterona durante el embarazo. Los índices sanguíneos de estas hormonas descienden con rapidez, aunque la secreción de prolactina en la glándula pituitaria anterior continúa. Se demostró que la aparición de la leche después del parto coincide con el descenso de los niveles de estrógeno y progesterona en presencia de índices altos de prolactina.

La secreción de leche se inicia en la base de las células alveolares, en donde se forman pequeñas gotitas que después migran a la membrana celular; estas son extraídas a los conductos alveolares para su almacenamiento. La expulsión de leche es el proceso por el cual la contracción de las células del mioepitelio en los senos impulsa a la leche a lo largo de los conductos y hacia los senos galactóforos. Estos senos están ubicados debajo de la areola y el lactante retira de ellos la leche al succionar.

Un reflejo neurohormonal controla la expulsión de leche y trabaja a través de las vías aferentes nerviosas hacia el hipotálamo. La succión es de manera principal un estímulo aferente, pero el reflejo de expulsión puede activarse por estímulos auditivos (cuando se escucha llorar al niño) o visuales (al ver al niño). La rama eferente de esta vía es hormonal, porque la oxitocina que se libera en la

pituitaria posterior produce contracción de las células mioepiteliares de los senos. (16)

c) Cambios en la composición de la leche materna durante el periodo de lactancia:

Los cambios de la leche materna se da por diferentes factores ya sea por el estado nutricional de una mujer a otra, e incluso varía según la etapa de la lactancia y la hora del día.

- **El calostro:** es la leche que se presenta entre los primeros cinco a siete días post-parto, y se caracteriza por una mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa y grasa dando esto lugar a un aporte energético menor comparado con la leche madura. Es una secreción amarillenta por su alto contenido de carotenos. Una buena parte de las proteínas presentes en el calostro son: inmunoglobulinas, lactoferrina, factor de crecimiento lactobacilos bifidus, etc. que forman parte de los aspectos inmunológicos de la leche humana. Su volumen puede variar entre 2 y 20 ml en los tres primeros días hasta 580 ml para el sexto día. El calostro tiene el 87% de agua; 2.9 g/100 ml. de grasa; 5.5 g/100ml de lactosa y 2.3 g/ 100 ml. de proteínas proporcionando 58 Kcal/100 ml. Destaca en el calostro la concentración de IgA y lactoferrina que, junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren la condición protectora para el recién nacido.
- **Leche de transición:** Se produce entre el 7mo y 10mo día y sufre modificaciones progresivas hasta alcanzar las características de la leche madura. Ocurre un incremento progresivo de lactosa y disminución de las grasas y proteínas, el volumen alcanzado es de 400 a 600 ml/día.
- **Leche Madura:** se produce entre el 10mo al 15vo día y puede continuar por más de 15 meses, sin reporte de pérdida de sus propiedades nutricionales. Se produce en promedio 750 ml/d

pero puede llegar hasta 1200 ml/d o incluso más cuando se amamanta a más de un hijo. (17)

d) Inmunología de la Leche Materna:

Hay un cierto número de componentes de la leche materna que han demostrado un efecto de inhibición o destrucción directa de diversos microorganismos como:

- **Factor bífido:** Estimula en el intestino el crecimiento de bífido bacterias que evitan el establecimiento de entero bacterias patógenas como E. Coli y Shigella.
- **Elementos Celulares:** el número de leucocitos en la leche humana es considerable siendo mayor su concentración en el calostro (neutrófilos, macrófagos y linfocitos), los macrófagos particularmente pueden sintetizar lisozimas, componentes del complemento, lactoferrina y prostaglandinas. Los linfocitos T forman un 50% de los linfocitos del calostro, responden a diversos antígenos virales y pueden verse implicados en la producción de interferón, también desempeñan un papel en la modulación del desarrollo del sistema IgA a nivel de la mucosa.
- **Inhibidores del metabolismo de microorganismos patógenos:** La lactoferrina, la proteína que enlaza la vit. B12 y las que fijan el folato impiden el crecimiento de gérmenes in vitro probablemente negando a los agentes infecciosos nutrientes esenciales para su crecimiento. Se le han encontrado propiedades bactericida, antiviral y moduladora de

citocinas, además inhibe la adherencia de E.coli enterotoxigenica, la capacidad invasiva de Shigella flexneri y estimula la proliferación de Bifidubacterium.

- **Enzimas:** La lisozima y una mieloperoxidasa catabolizan la oxidación de iones con actividad bacteriostática con capacidad de “lisar” las uniones entre glucoproteínas de las paredes bacterianas de una gran parte de bacterias gram positivas y de algunas gram negativas.
- **Inmunoglobulinas:** La concentración de estas en el calostro es mayor que en la leche madura, todas están presentes pero es la Ig A la que tiene mayor concentración ejerciendo una protección específica contra gérmenes del tracto gastrointestinal.
- **Lípidos:** Los lípidos de la leche humana pueden inactivar virus encapsulados como el Herpes Simple tipo I, sarampión, etc.
- **Factor anti-estafilococos:** Inhibe la proliferación de estafilococos en infecciones por este germen.
- **Complemento (C3 y C1):** Promueve el proceso de opsonización de las bacterias.
- **Interferón:** Inhibe la replicación intracelular de los virus.

e) Duración y Frecuencia entre las tomas

No todos los niños o niñas son iguales mamando. Cada niño o niña requiere de un tiempo diferente para quedar satisfecho. Hay que darle el pecho de día y de noche cada vez que lo pida.

Amamantar es diferente en cada mujer y bebe. Además de dar el pecho cuando el niño o niña lo pida, debe darlo también cuando sienta sus pechos llenos o cuando el niño o niña duerma demasiado; en tal caso debe despertarlo. Esto es importante hacerlo especialmente en los primeros 15 días.

En cada mamada completa al principio la leche es rala, acuosa y le quita la sed (la leche del comienzo).

A la mitad de la mamada, la leche es más espesa y blanca. Es como el plato fuerte. Al final, la leche es más cremosa y es como el postre. La madre no debe estar apurada ni medir el tiempo para dar el pecho al niño o niña, las mamadas deben ser a demanda. (18)

f) Ventajas de la leche materna

La Lactancia Materna presenta diversidad de ventajas y beneficios que deben tenerse en cuenta para motivar a las madres al amamantamiento y así brindar al niño una mejor calidad de vida, salud física y emocional. Las ventajas que ofrecen son para las madres y el núcleo familiar los cuales los mencionaremos:

- **Para la madre**

Involución uterina por acción de la oxitócica, previniendo la hemorragia post parto.

Ayuda a la recuperación de la figura corporal.

Menor incidencia de cáncer mamario, ovárico y uterino.

Espaciamiento gestacional, la lactancia a libre demanda (día y noche) es un método anticonceptivo efectivo pues mantiene la amenorrea y protege de un nuevo embarazo durante los primeros cuatro meses.

Establece la relación afectiva Madre-Hijo.

No se incrementan los gastos de la canasta familiar y los de salud, que repercuten en la economía del estado.

- **Para el niño**

- **Alto Aporte Nutricional:** aporta los nutrientes necesarios tanto en cantidad como en calidad para proporcionar al niño adecuado crecimiento y desarrollo.

- **Disponibilidad inmediata y temperatura ideal.**

- **Favorece la maduración del Sistema Nervioso Central:**
 Contiene Taurina y Cistina (aminoácidos esenciales para el desarrollo del cerebro). Se ha descrito la actividad en este mismo sentido de ácidos grasos como el linolénico y de sus dos metabolitos el ácido araquidónico y docosa – hexanoico que intervienen directamente en el desarrollo del Sistema Central.
- **Apoyo inmunológico específico que da protección pasiva,** pues la madre le transfiere su inmunidad activa a través de la Inmunoglobulina A y de los demás componentes.
- **No produce procesos alérgicos ni irritación de la mucosa,** por ser un fluido corporal y porque los nutrientes están adaptados a sus necesidades.
- **Interviene en la maduración del tubo digestivo** a través de elementos como la Inmunoglobulina A, el tipo de proteína, el lactobacillus bifidus y el factor de crecimiento epidérmico.
- **Facilita el vínculo psicoafectivo Madre-Hijo.**
 Desarrollo de su aparato Motor-Oral estableciendo patrones de succión - deglución, que intervienen en las habilidades posteriores de alimentación y lenguaje.
 En el niño alimentado al seno, se disminuye la incidencia de problemas de ortodoncia y caries dental.
 Previene la malnutrición (desnutrición y obesidad)
 Disminuye la incidencia de diarrea y de infecciones respiratorias de alta biodisponibilidad y por tener otros factores como cobre y folatos.
 Los niños alimentados con leche materna, presentan cocientes intelectuales más altos.

La Leche materna posee factores contra las amebas, giardia, cólera y moniliasis e interferón que protege contra infecciones por virus.

- **Para la familia**

- Es más económica.
- Esta siempre lista, no requiere preparación.
- Esta siempre a la temperatura ideal.
- Es estéril por lo que no hay peligro de contaminación.
- Favorece la alimentación nocturna.

- **Para la sociedad**

Mejora la supervivencia infantil: los niños que no son amamantados corren un riesgo de muerte 15 veces mayor durante los tres y cuatro primeros meses de vida.

Evitar el uso de materiales para el almacenamiento y conserva de los sucedáneos de leche, como cartón y vidrio; así como de caucho utilizado para las tetinas.

Ahorro de recursos humanos y materiales ya que los hospitales no tienen que malgastarlos para alimentar a los bebes artificialmente y para combatir las enfermedades e infecciones que causa este método.

g) Posiciones para Amamantar

El éxito de la lactancia materna depende de una correcta técnica de amamantamiento. La eficaz disposición y confianza de la madre en el amamantamiento se logra cuando el equipo de salud demuestra interés; promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna como una forma natural para la alimentación del niño o niña.

- **Posición sentada o de cuna:** se coloca almohadas en los antebrazos de las sillas, se le indica a la madre que el bebé debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Tómelo con el brazo y acérquelo contra el seno en un abrazo estrecho. Manténgalo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.
- **Posición debajo del brazo, de sandía:** El niño es sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se colocaran almohadas para ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del niño.
- **Posición semisentada:** se coloca la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre. Es posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea).
- **Posición acostada:** Si la madre esta acostada en decúbito lateral, utilizar almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, también colocar almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebé. (19)

h) Procedimiento para Amamantar

El momento del amamantamiento provoca placer entre madre e hijo, el calor y el olor de la piel materna relajan y dan seguridad al bebé.

Para un correcto amamantamiento se debe sostener el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola,

ya que si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada. Recordar a la madre que debe acercar al niño al seno y no el seno al niño, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón.

Estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introducir el pezón y la areola. Si se resiste, bajar suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión.

Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la Lactancia Materna.

Es importante que los labios permanezcan evertidos (boca de pescado).

Permita al recién nacido la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto

El amamantamiento nocturno aumenta la producción de leche.

(20)

i) Extracción manual de leche, Conservación y Utilización

• Técnica de extracción:

- Escoger un lugar tranquilo, tener pensamientos gratos. La capacidad de relajación favorece el reflejo de eyección de leche.
- Lavado de manos.
- Realizar Masaje circular de la mama, seguido de otro desde arriba hacia la areola, estimulando la areola y los pezones para desencadenar el reflejo eyecto lácteo antes de extraerse la leche.
- Extraer la leche hacia un envase limpio de vidrio.

- Colocar el pulgar y el dedo índice en el borde superior e inferior de la areola, respectivamente. Mantenerlos fijos y no deslizarlos sobre la piel.
- Realizar una compresión rítmica hacia las costillas con los dedos abiertos y juntándolos luego hacia el pezón, con la frecuencia del niño al mamar. Al principio saldrán gotas y luego saldrán chorros de leche.
- Rotar los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas.
- El procedimiento total durara 20 a 30 minutos y puede realizarse cada 4 horas.
- Cerrar el envase y rotularla con la fecha y la hora, para ser guardada en el refrigerador.
- La extracción de la leche puede efectuarse también con una bomba de extracción. Para esto requieren un buen manejo y con higiene rigurosa para evitar la contaminación de la leche.

- **Conservación de la leche:**

Para la conservación y almacenamiento de la leche materna se deben utilizar envases destinados a usos alimentarios, los envases deben ser de cristal (adecuados para la congelación), en este sentido la Asociación Española de Pediatría advierte que los botes para análisis (orina y otras muestras) no son aptos para envasar la leche materna. El envase debe lavarse con agua caliente y detergente, dejándolo refrigerado. No es necesario hervirlo. (21)

La duración de la leche varía según el tipo de refrigeración usado:

- Temperatura ambiente 6 - 8 horas
- Refrigerador (no en la puerta) 3 -4 días.
- Congelador (refrigerador de una puerta) 2 semanas.
- Congelador (refrigerador de dos puertas) 3 meses. (22)

- **Utilización de la leche:**

Para utilizar la leche congelada esta debe ser descongelada lentamente, cambiándola del congelador al refrigerador la noche anterior. Después de descongelada debe ser usada dentro de las próximas 24 horas. Para entibiarla, agitar el envase con la leche en agua caliente, no hirviendo. El calor excesivo destruye enzimas y proteínas, lo mismo ocurre con el uso de microondas.

Advertir a la madre que la grasa de la leche extraída se separa al congelar y se homogeniza al descongelarla y agitarla suavemente. La leche puede ser administrada al niño con vaso y cuchara. (23)

B) ESTADO NUTRICIONAL, CRECIMIENTO.

a) Estado Nutricional:

Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptación fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes, que va desde la normalidad hasta el desequilibrio que causa desnutrición crónica, aguda, global y obesidad. Para evaluar el estado nutricional se pueden utilizar métodos directos e indirectos o ambos.

Los métodos indirectos incluyen a indicadores socioeconómicos, de disponibilidad y consumo de alimentos. Los métodos directos se encuentran los indicadores antropométricos, bioquímicas y la evaluación clínica, siendo los antropométricos los más utilizados en los servicios de salud por ser fáciles de obtener, de muy bajo costo y muy útiles.

Las medidas antropométricas utilizadas en la evaluación nutricional son el peso, la talla, la circunferencia braquial, y los pliegues cutáneos. Al establecer relaciones entre ellos se

denominan índices, los índices más usados son el peso para la talla, la talla para la edad y el peso para la edad.

- **Peso para la talla:** Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición, según la clasificación por desviación estándar dada en la norma técnica establecida $>+2$ es sobrepeso; $+2$ a -2 es normal <2 a -3 es desnutrición.
- **Talla para la edad:** es la talla que presenta el niño de acuerdo a la edad que tiene en el momento de la medición. El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse. Por clasificación de desviación estándar $>2+$ es alto; $+2$ a -2 es normal; <2 a -3 su diagnóstico es talla baja.
- **Peso para la edad:** es el peso que le corresponde al niño de acuerdo a la edad en el momento de la medición. Es un indicador primario; se utiliza para medir la desnutrición; según la clasificación de la desviación estándar aplicada en la norma técnica si es $>+3$ es obesidad; $>+2$ es sobrepeso; $+2$ a -2 es normal; <-2 a -3 es desnutrición aguda y si es <-3 es desnutrición severa.

Si los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos cohortes de normalidad ($+2$ a -2 DS) y la tendencia del gráfico de la niña o niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera Riesgo Nutricional. (24)

b) Crecimiento:

Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por

factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc. (25)

c) Evaluación y Monitoreo del crecimiento.

Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).

La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento.

A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia.

El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño. El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:

- **Crecimiento adecuado:** Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

- **Crecimiento inadecuado:** Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

d) Clasificación del estado nutricional.

- **Clasificación del Estado Nutricional en Recién Nacidos:** Peso para la edad gestacional. Para determinar el estado nutricional del recién nacido utilizando el indicador peso para la edad gestacional de la actual Norma Técnica de Crecimiento y Desarrollo, se debe comparar el peso de la niña o niño al nacimiento con respecto a la edad gestacional. El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso para la edad gestacional se clasifica en (véase tabla N° 2.1)

TABLA N° 2.1
PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL

Punto de corte	Clasificación
< P 10	Pequeño para la edad gestacional (desnutrido o con retraso en el crecimiento intrauterino)
P10 a P90	Adecuado para la edad gestacional
> 90	Grande para la edad gestacional (macrosómico)

Fuente: Center for Disease Control CDC 2000.

Peso al nacer. El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. El estado nutricional del recién nacido de

acuerdo al peso al nacimiento se clasifica en (véase Tabla N° 2.2, en la página 44)

TABLA N° 2.2
CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL PESO DEL
NACIMIENTO

Punto de Corte	Clasificación
< 1000 gramos	Extremadamente bajo
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer
1500 a 2499	Bajo peso al nacer
De 2500 a 4000 gramos	Normal
> 4000 gramos	Macrosómico

FUENTE: Adaptado de World Health Organization (2006).

- **Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años.** 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 (véase Tabla N° 2.3).

TABLA N° 2.3

Puntos de corte	Peso para Edad	Peso para 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	

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑAS
NIÑOS DE 29 DÍAS A MENORES DE 5 AÑOS

FUENTE: Adaptado de World Health Organization (2006).

e) Tipos de Desnutrición (según UNICEF)

- **Desnutrición aguda:** Deficiencia de peso para Talla (P/T). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.
- **Desnutrición crónica:** Retardo de Talla para la edad (T/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico.
- **Desnutrición global:** Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Índice compuesto de los anteriores ($P/T \times T/E = P/E$) que se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio. (26)

f) Antropometría

El Instituto de Nutrición Centroamérica y Panamá (INCAP), establece que la antropometría es una técnica que se ocupa de la medición de variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo. Cuando el peso y talla se toman de una manera adecuada nos permiten obtener medidas confiables, que ayudan a asegurar un diagnóstico nutricional correcto. (27)

- **Determinación del peso**

Para ello se utilizan balanzas. Las de uso más común para pesar a los niños y niñas son: Balanza pediátrica (para niños y niñas menores de 2 años). Pero también hay otras tales son: balanza redonda de resorte tipo reloj, balanza o báscula electrónica y báscula de plataforma.

- **Técnica para medición de peso en balanza pediátrica**
 - Colocar la balanza en una superficie firme horizontal.
 - Verificar si se encuentra calibrada y en cero.
 - Pedir a la madre que le quite la ropa al niño. Si la madre no desea desnudarlo o la temperatura es muy baja, pesar al niño con ropa ligera y descontar el peso posteriormente.
 - Colocar al niño en el centro del platillo, cuidando que no quede parte del cuerpo fuera, ni esté apoyado en alguna parte.
 - Anotar el peso en el registro.
- **Determinación de la longitud, estatura o talla**

En niños y niñas menores de 2 años se utilizan infantómetro para la determinación de la longitud y se mide en posición horizontal. Dentro de las características puede ser de madera, puede ser fijo cuando su diseño es para uso en el establecimiento de salud, y es móvil o portátil cuando se necesita transportar a campo. Y las partes que lo complementan son: Tablero, con bastidores, travesaños, correderas y cinta métrica. Base o tope fijo, con escuadra. Tope móvil, con correderas, asideros, tablero de lectura y tablero tope.
- **Instrumento**

Se utilizará una cinta métrica graduada en cm y mm, adosada a una superficie horizontal plana y dura.
- **Técnica**
 - Apoyar la cinta métrica sobre la superficie horizontal, haciendo coincidir el cero de la escala con el borde de la superficie, colocando un tope fijo (superficie vertical fija)

- Verificar la ubicación perpendicular de las cintas respecto a la superficie vertical fija, que debe estar en escuadra con el plano horizontal.
 - Solicitar la colaboración de la madre para efectuar la medición.
 - El niño debe estar sin calzado ni medias, y se debe retirar de la cabeza pilis, ganchos, gorros, vincha, etc.
 - Colocar al niño en forma horizontal sobre la cinta, de manera tal que el cero de la escala quede a la altura de la cabeza.
 - La cabeza debe quedar en posición que el plano formado por el borde orbitario inferior del ojo y el conducto auditivo externo quede en posición perpendicular a la superficie horizontal.
 - Presionar suavemente el cuerpo del niño para que la espalda quede apoyada sobre la cinta.
 - Presionar las rodillas y mantener los pies en ángulo recto, deslizando sobre la superficie horizontal un tope móvil (superficie vertical móvil), hasta presionar las plantas de los pies.
 - Mantener el tope, retirar los pies y efectuar la lectura de las cintas en cm y mm.
 - Registrar la medición en cm y mm.
- **Precauciones para la toma de mediciones**

Se necesita contar con dos personas capacitadas para medir la longitud del niño y de la niña. Sin ellas es posible que los datos obtenidos no sean correctos, ya que si la una de las personas no coloca al niño o a la niña en la posición correcta puede haber variaciones en la longitud.

Antes de iniciar la toma de las medidas la antropometrista y el auxiliar deben ponerse de acuerdo sobre la forma cómo van a proceder:

- La antropometrista sostiene al niño(a) toma las medidas y verifica el registro tomado por la auxiliar.
- La auxiliar ayuda a sostener al niño y la niña y anota las medidas.
- La ubicación adecuada del tallímetro y de la balanza.
- El lugar debe ser bien iluminado, en lo posible con luz natural, que le dé directamente al equipo, tanto a la balanza como al infantómetro, para evitar errores en la lectura.
- Antes de realizar las mediciones anote los datos del niño.
- En el momento de tomar la medición de peso, debe anotar el dato cuando la aguja del reloj deje de moverse.

2.3. Definición de Términos Básicos

Presentamos la definición de algunos términos para facilitar su comprensión.

A) Conocimiento

El conocimiento se define como conjunto de nociones e ideas concretas sobre lo que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada, aunque no nos garantiza una conducta adecuada, pero es necesario para que una persona tome conciencia de las razones adoptando una determinada conducta.

Entonces el conocimiento se obtiene a los largo de la vida sumando hechos y principios como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto originando cambios en los procesos del pensamiento, acciones o actividades de la persona. Los cambios se observan en la conducta del individuo y aptitudes frente a situaciones de la vida diaria, estas actividades van cambiando a

menudo que aumenten los conocimientos adicionado con la importancia que se le dé a lo aprendido, se da a través de dos formas:

a) Conocimiento Ordinario o Informal:

Son los conocimientos adquiridos en la vida cotidiana, llamada también conocimiento vulgar; a través de la experiencia que tiene una persona al realizarse con el mundo durante toda su vida social y que son captados por los sentidos. Este conocimiento se manifiesta a través de un lenguaje simple y natural. Es decir, el conocimiento ordinario se obtiene sin haberlo buscado intencionalmente, ya que se puede poseer sin haberlo estudiado, porque se adquiere en el diario vivir que el hombre tiene en la sociedad que lo rodea. (28)

b) Conocimiento Científico o Formal:

Son conocimientos que pueden ser probadas y contrastadas científicamente posee una base teórica en textos ya existentes dentro de nuestra vida social. Se manifiesta a través de un lenguaje más complejo. Estos conocimientos son brindados por los centros educacionales pues tiene un plan curricular.

Para desarrollar estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil se necesita identificar los conocimientos y creencias que posee la población sobre la lactancia materna.

Uno de los factores que contribuye al éxito de la lactancia materna es informar a la madre de forma adecuada, dando a conocer los beneficios y técnicas, para propiciar la confianza y seguridad al momento de amamantar a sus hijos. El conocimiento de los beneficios de la lactancia materna, está asociado con la iniciación temprana y la duración de la lactancia materna y la iniciación tardía de fórmulas lácteas.

B) Crecimiento

a) Crecimiento adecuado o normal:

Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

b) Crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento:

Condición en la niña o niño que evidencia, pérdida, ganancia mínima o ganancia excesiva de peso, longitud o talla, por lo tanto la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

C) Estado nutricional

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

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

El conocimiento de la madre sobre lactancia materna se relaciona significativamente con el estado nutricional de los lactantes menores de 6 meses del Puesto de Salud Uñas.

3.1.2. Hipótesis Específicas

- El nivel de conocimiento sobre la lactancia materna que tienen las madres de lactantes menores de 6 meses del Puesto de Salud es bajo.
- Los lactantes menores de 6 meses del Puesto de Salud presentan problemas nutricionales.

3.2. Definición conceptual de las Variables

3.2.1 Nivel de conocimiento de la madre sobre lactancia materna

Es un conjunto de información que la persona adquiere como resultado de la experiencia, también se define como la sumatoria de saberes que poseen sobre un aspecto de la realidad obtenida a través de un proceso de aprendizaje que ayudara a cambiar las opiniones.

Todo conocimiento es objetivo y subjetivo, porque está impregnado de elementos pensantes implícitos en el acto cognoscitivo.

Es el resultado de un proceso de aprender, captar conceptualmente las cosas, los objetos, los fenómenos, su modo de ser, sus características, sus relaciones.

3.2.2. Estado nutricional de los lactantes menores de 6 meses

Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptación fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes, que va desde la normalidad hasta el desequilibrio que causa desnutrición crónica, aguda, global y obesidad. Para evaluar el estado nutricional se pueden utilizar métodos directos e indirectos o ambos.

3.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Variable 1: Conocimiento de la madre sobre lactancia materna	Conocimiento de las madres sobre lactancia materna. Es toda aquella información que posee la madre sobre la lactancia materna en cuanto a la importancia, frecuencia, duración, ventajas en la salud del niño y la madre.	<ul style="list-style-type: none"> Tipos de Lactancia 	Existe además de la lactancia o materna otros tipos de lactancia: mixta y artificial	Conocimiento de la Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> > a 10 puntos De 7 a 10 puntos. < 7 puntos 	<ul style="list-style-type: none"> Alto Medio Bajo
		<ul style="list-style-type: none"> Ventajas de la lactancia 	La Lactancia materna brinda múltiples beneficios (mejor nutrición, digestión aporte inmunológico y apego).	Conocimiento sobre la sustitución de La leche materna		
		<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia y cantidad de la lactancia. 	La cantidad de leche que produce la madre es suficiente para la capacidad gástrica del niño; además la cantidad está sujeta al estímulo de la succión y a la frecuencia que el niño lacta.	Conocimiento de la importancia y ventaja de la Lactancia materna. Conocimiento de la madre de la frecuencia y cantidad.		

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

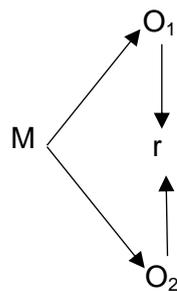
4.1. Tipo y diseño de la de Investigación

4.1.1. Tipo de la Investigación

El tipo de investigación fue aplicada; asimismo de enfoque cuantitativo, porque permitió examinar los datos de manera científica y son susceptibles de medición estadística. Según el tiempo de recogida de datos, fue prospectivo. Y según la forma de recolección de datos fue transversal.

4.1.2. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación fue de tipo no experimental, Transversal / No correlacional.



Donde:

M = Muestra

O₁ = Variable 1

O₂ = Variable 2

4.2. Población y muestra

4.2.1. Población

La población es 50 niños menores de 6 meses que asistían al servicio de CRED del Puesto de Salud Uñas, según padrón nominal 2017 homologado con la municipalidad provincial de Huancayo.

4.2.2. Muestra de Estudio

La muestra se calcula con la fórmula de población finita, con grado de confiabilidad de 95% y margen de error 5%; siendo un total de 45 de niños menores de 6 meses.

Cuando: $Z= 1.96$

$N= 75$

$P= 0.5$

$Q= 0.5$

$E= 0.05$

$$n_0 = \frac{Z^2 N P Q}{Z^2 P Q + (N - 1) E^2} = \boxed{45}$$

4.1.1 Criterios de Inclusión

Madres de niños menores de 6 meses que acepten con el consentimiento informado ser parte de esta investigación.

4.1.2 Criterios de Exclusión

Madres de niños mayores a 6 meses.

Madres de niños con enfermedades congénitas.

Madres que no lactan por indicación médica.

4.3. Técnicas e Instrumentos para recolección de la información

4.3.1. Técnica:

Para la variable “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna” se utilizó la **encuesta** técnica nos permitió recolectar datos verídicos del conocimiento que las madres tienen sobre la lactancia materna.

Para la variable estado nutricional se utilizó la técnica de documentación que nos permitió recolar datos de las historias clínicas de los niños en estudio, estos datos se encontraron en su estado natural y no fueron manipulados.

4.3.2. Instrumento:

Para la variable “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna”

Cuestionario: El instrumento que se utilizó fue estructurado por las investigadoras el cual tuvo por objetivo proporcionar información sobre el “**Nivel de Conocimiento**” de las madres sobre lactancia materna.

Cuestionario dicotómico (**Ver Anexo 01**), que consta de 15 ítems, se le asignó los siguientes valores a cada respuesta:

RESPUESTA CORRECTA: 1 punto.

RESPUESTA INCORRECTA: 0 puntos.

Para clasificar los niveles de conocimiento se utilizó los valores que se muestra en la Tabla 4.1

Tabla N° 4.1

Clasificación de los niveles de conocimiento

NIVEL CONOCIMIENTO	PUNTAJE
Bajo	< 7 puntos
Medio	7 – 10 puntos
Alto	+ de 10 puntos

Validez y Confiabilidad

El instrumento fue validado por juicio de expertos, la cual se sometió a la prueba estadística la V de Aiken, (Penfield y Giacobbi, 2004) a partir de las valoraciones cuantitativas de los cinco (5) jueces expertos, se obtuvieron resultados muy adecuados ≥ 0.80 . **(ver anexo 05)**.

El Coeficiente de confiabilidad KR20 alcanzó el valor de 0,854. **(ver anexo 06)**

Para la variable “Estado Nutricional” se utilizó la **Ficha de recolección de datos (ver anexo 02)**., este instrumento consta de tres partes: datos personales, peso, talla y diagnóstico nutricional según las escalas de evaluación del estado nutricional.

4.4. Análisis y procesamiento de datos

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos a la Dirección del Puesto de Salud Uñas; mediante una carta de presentación para que nos otorgue la autorización y el permiso respectivo. También se organizó el cronograma de recolección de datos el cual se inició en el mes de diciembre del 2017, considerando una duración de 10 – 15 minutos para la aplicación del instrumento, previo consentimiento informado.

Luego de haber recolectado lo datos, se procesó mediante la elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. Estos resultados fueron procesados en los programas de Excel y SPS v.24 y presentados en cuadros y gráficos estadísticos para analizar e interpretar basándonos en el marco teórico y los antecedentes.

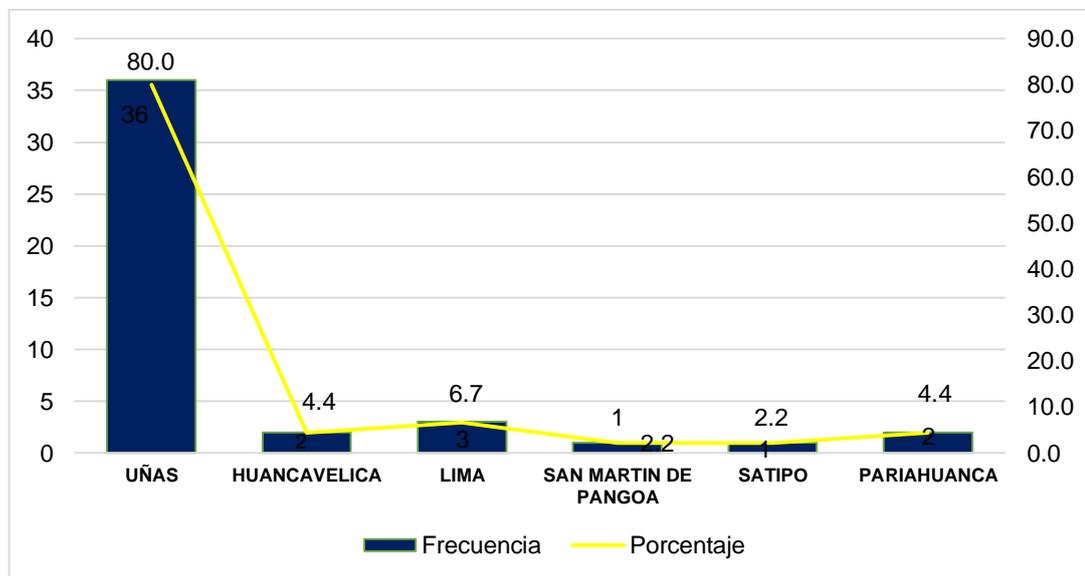
CAPÍTULO V RESULTADOS

5.2. Resultados Descriptivos

5.2.1. Datos Generales de la Muestra

GRAFICO N° 5.1

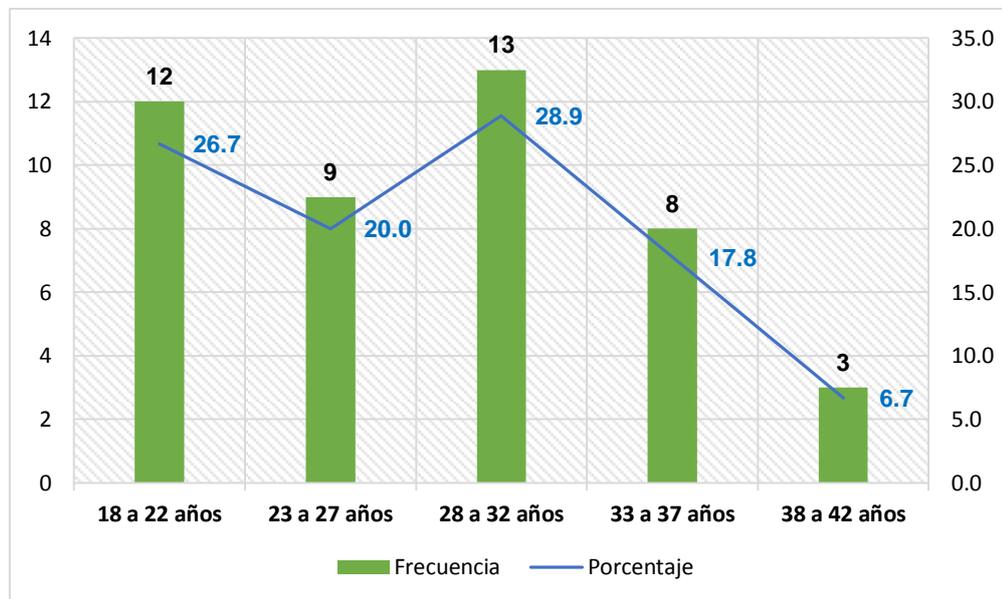
LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS QUE SE ATIENDEN EN EL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017



Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el Gráfico se observa que el 80% de los niños residen en Uñas y el 20% son de otros lugares como Huancavelica, Lima, San Martín de Pangoa, Satipo y Pariahuanca.

GRAFICO N° 5.2
EDAD DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL
PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

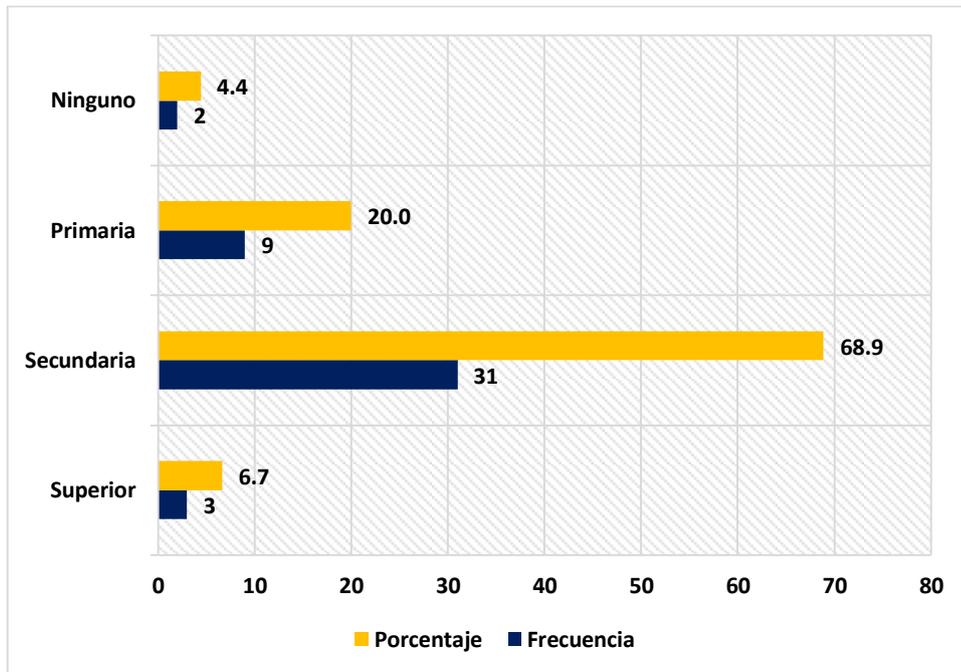


Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el presente Gráfico podemos observar que el 28.9% de las madres se encuentra dentro de las edades de 28 a 32 años, 26.7% de 18 a 22 años, el 20% de 23 a 27 años, 17.9% de 33 a 37 años y un 6.7% entre las edades de 38 a 42 años este último grupo consideramos de alto riesgo.

GRAFICO N° 5.3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

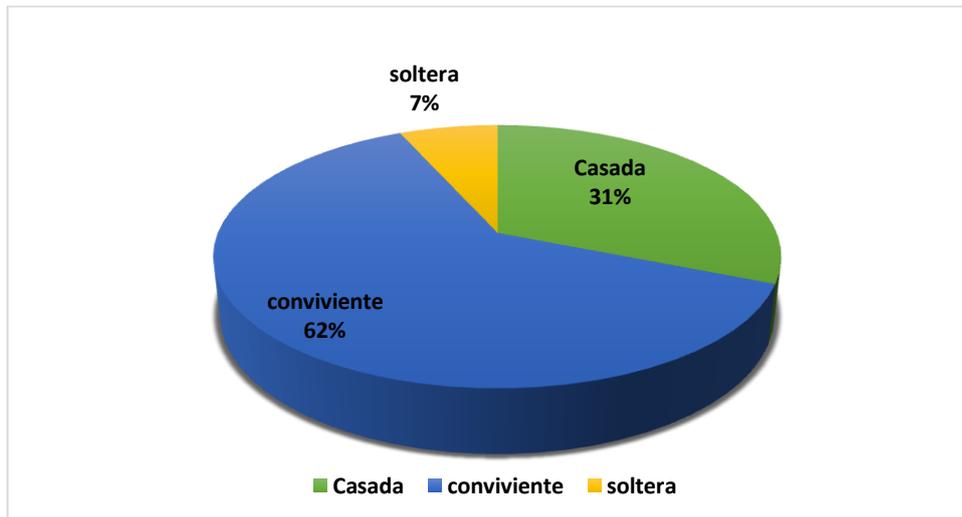


Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el presente Grafico podemos observar que 68.9% de las madres tienen estudios hasta el nivel secundario, 20% primaria, 6,7% tienen estudios superiores y un 4.4% no tiene ningún estudio.

GRAFICO N° 5.4

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

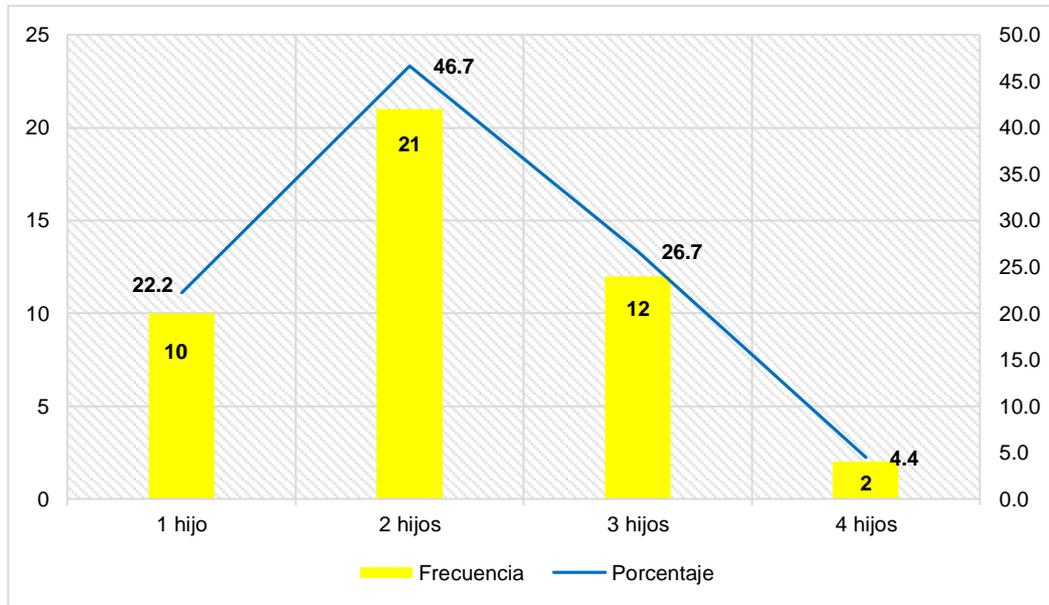


Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el presente Grafico observamos que el 62% de las madres de los niños menores de 6 meses son convivientes, 31% casadas y un 7% son madres solteras.

GRAFICO N° 5.5

NUMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

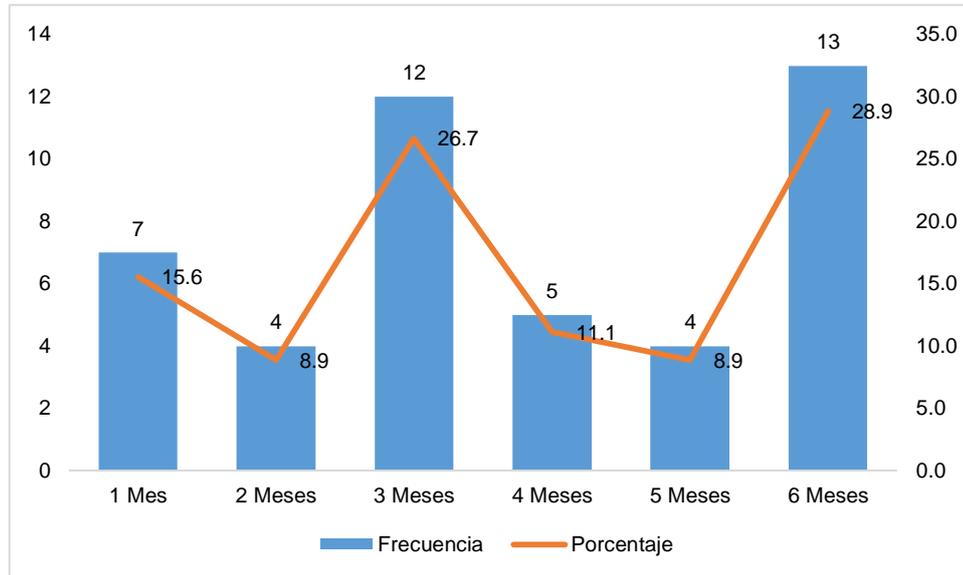


Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el presente Gráfico observamos que el 46.7% de madres tienen dos hijos, 26.7% tres hijos, 22.2% tienen un (1) hijo y un 4.4% tienen cuatro hijos.

GRAFICO N° 5.6

NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

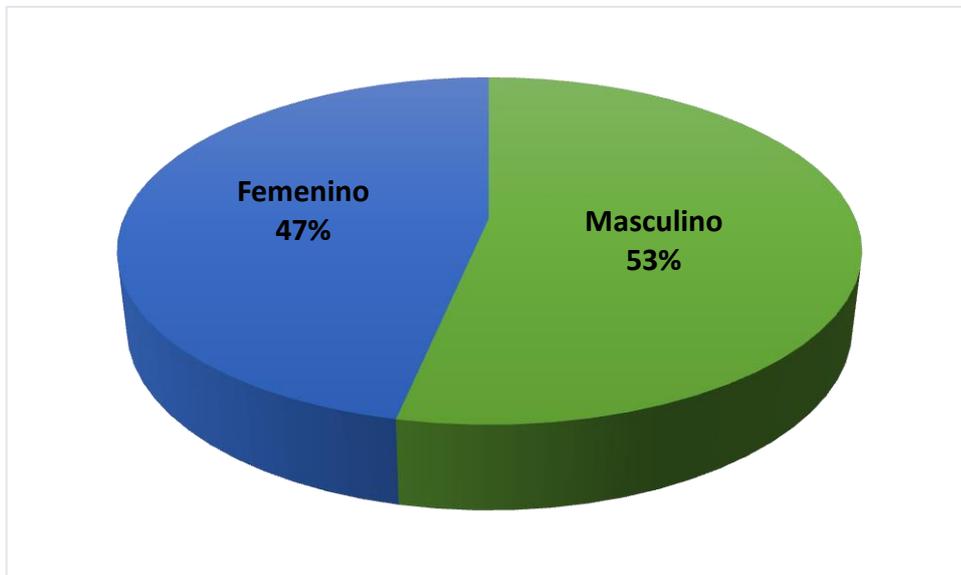


Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el Gráfico podemos observar que las edades de los niños en estudio están distribuidas desde 1 mes hasta los 6 meses, siendo en mayor proporción los de 6 meses con un 28.9%, seguido de los niños de 3 meses con un 26.7%, un 15.6% los niños de 1 mes, 11.1% los niños de 4 meses y finalmente con un 8.9% los niños de 2 y 4 meses de edad.

GRAFICO N° 5.7

SEXO DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES EN EL PUESTO DE SALUD UÑAS

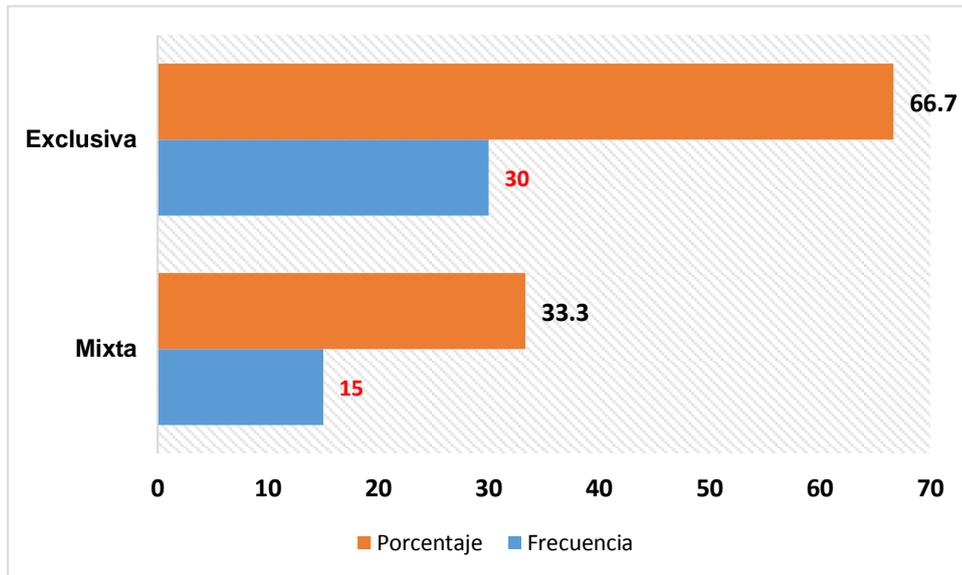


Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el Gráfico se puede observar que el 53% de los niños menores de 6 meses del Puesto de salud Uñas son masculinos y el 47% femeninos.

GRAFICO N° 5.8

TIPO DE LACTANCIA DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES EN EL PUESTO DE SALUD UÑAS



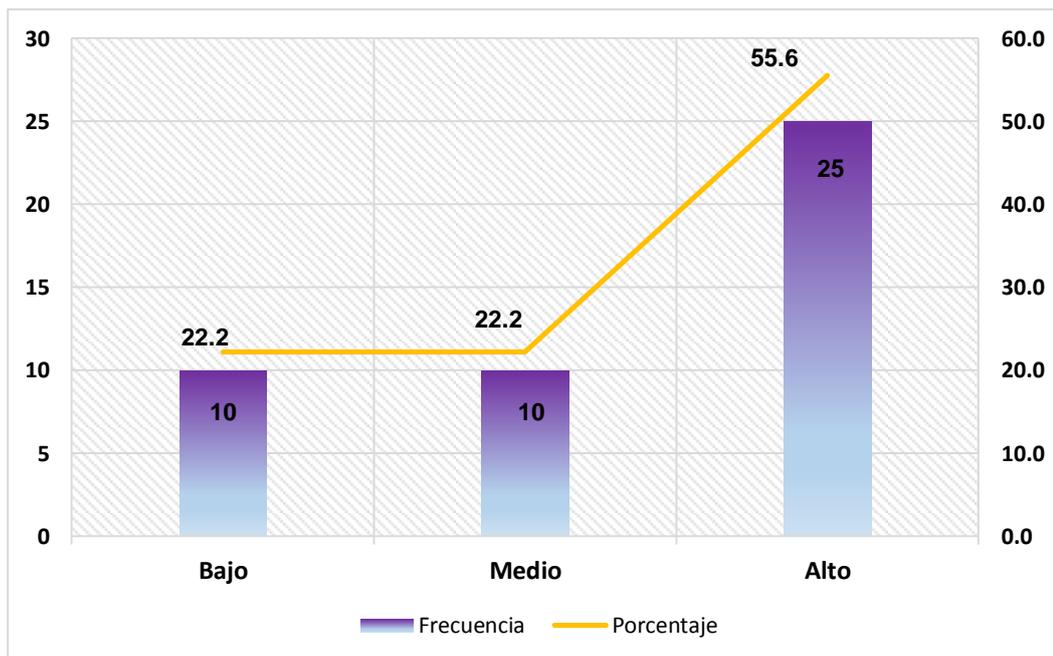
Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el presente Gráfico podemos observar que el 66.7% de los niños reciben lactancia exclusiva y el 33.3% lactancia mixta.

5.1.2. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna de la madre.

GRAFICO N° 5.9

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

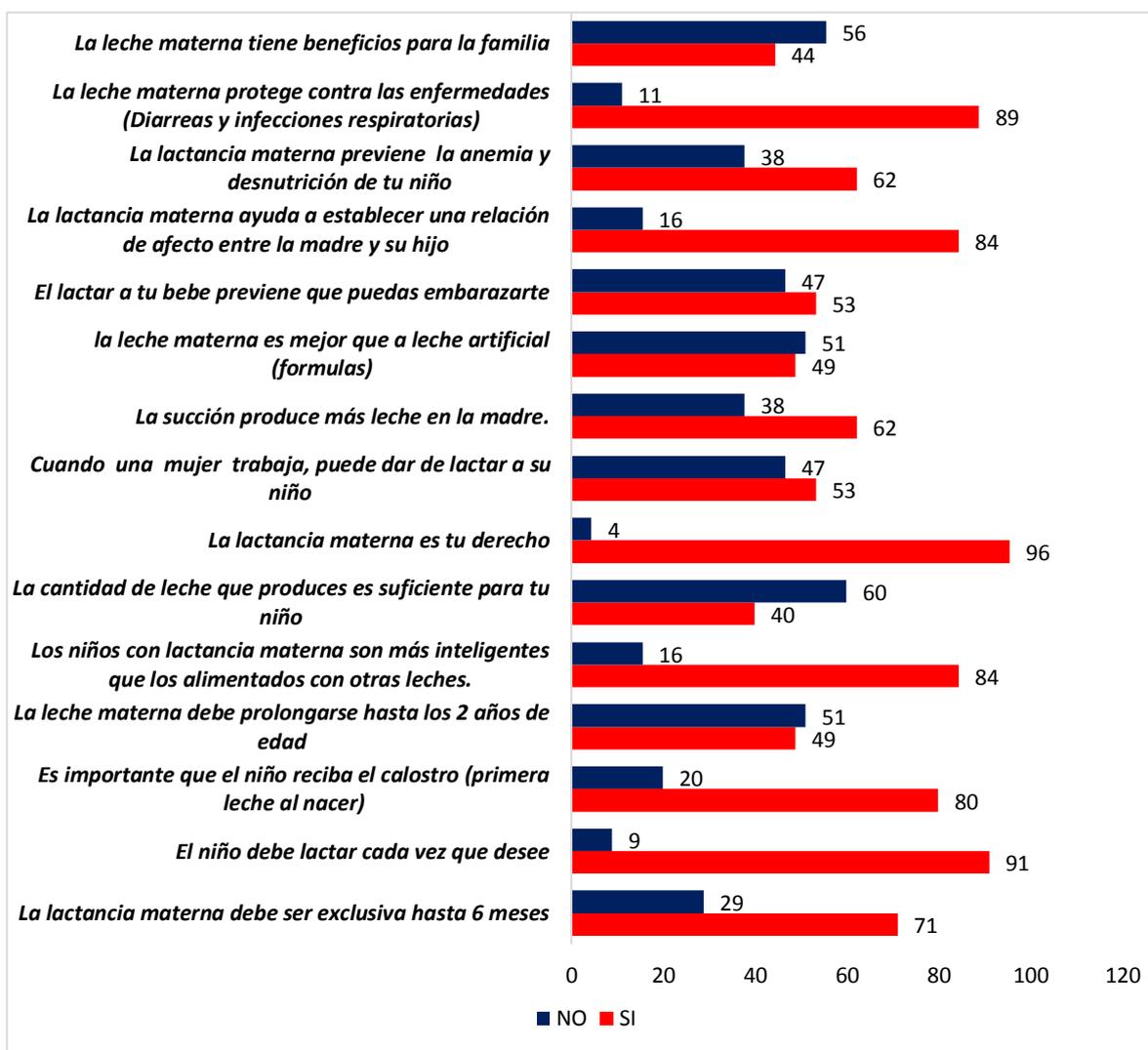


Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el Gráfico podemos observar que del total de las madres el 55.6% tiene un nivel de conocimiento alto sobre lactancia materna, mientras que el nivel medio y bajo representan un 22.2% cada uno.

GRAFICO N° 5.10

NIVEL DE CONOCIMIENTO POR DIMENSIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017



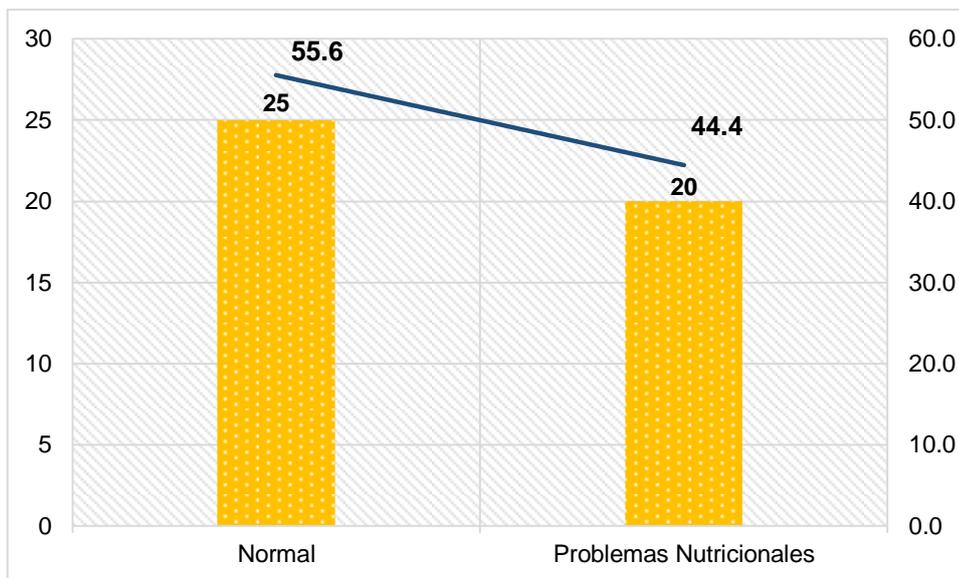
Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el Gráfico podemos observar que del total de las madres el 96% conoce más que la lactancia materna es su derecho y el 51% no sabe que la leche materna es mejor que la artificial (formula).

5.1.3. Estado Nutricional

GRAFICO N° 5.11

PROBLEMAS NUTRICIONALES DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES EN EL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

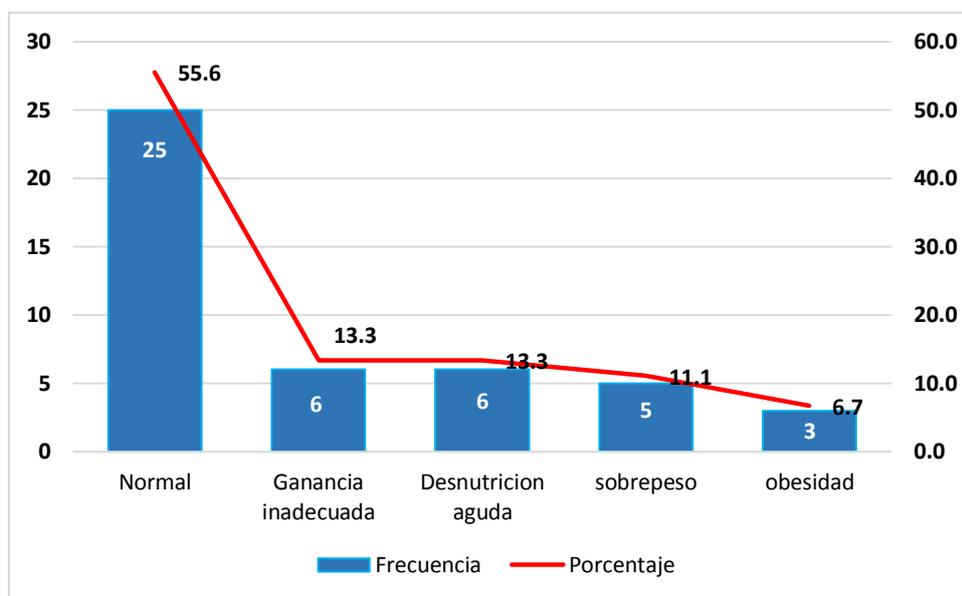


Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el Gráfico se puede observar que el 44.4% de niños tiene algún problema nutricional, mientras que el 55.6% un crecimiento normal.

GRAFICO N° 5.12

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017



Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el presente Gráfico observamos que el 55.6% tienen un estado nutricional normal, mientras que el 13.3% tienen ganancia inadecuada de peso o talla y desnutrición aguda, 11.1. % sobrepeso y un 6.7% obesidad.

5.2. Resultados Inferenciales

TABLA N° 5.1

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

		Nivel de conocimiento				
			Bajo	Medio	alto	Total
Estado nutricional	Normal	N°	0	3	22	25
		%	0,0%	30,0%	88,0%	55,6%
	Ganancia inadecuada	N°	3	1	2	6
		%	30,0%	10,0%	8,0%	13,3%
	Desnutrición aguda	N°	0	6	0	6
		%	0,0%	60,0%	0,0%	13,3%
	sobrepeso	N°	5	0	0	5
		%	50,0%	0,0%	0,0%	11,1%
	obesidad	N°	2	0	1	3
		%	20,0%	0,0%	4,0%	6,7%
Total		N°	N°	10	25	45
		%	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En la tabla observamos lo siguiente: los niños de las madres que tienen un nivel de conocimiento bajo sobre lactancia materna el 50% de estos niños presentan sobrepeso, 20% obesidad y 30% una ganancia inadecuada no se encontraron niños estado nutricional normal, en el nivel de conocimiento medio se tiene los siguientes resultados 60% presentan desnutrición aguda, 10% ganancia inadecuada y el 30% normal mientras que las madres que presentan nivel de conocimiento alto 88% de sus niños presentan estado nutricional normal, 8% ganancia inadecuada, y un 4% obesidad.

TABLA N° 5.2
RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA Y EL TIPO DE
LACTANCIA DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL
PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

		Nivel de conocimiento				Total	
		Bajo	Medio	alto			
Tipo de lactancia que recibe el niño	Mixta	N°	9	6	0	15	
		%	90,0%	60,0%	0,0%	33,3%	
	Exclusiva	N°	1	4	25	30	
		%	10,0%	40,0%	100,0%	66,7%	
	Total		N°	10	10	25	45
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En la tabla observamos que madres que tienen un bajo nivel de conocimiento sobre lactancia materna, el 90% de sus niños reciben lactancia mixta y solo un 10% lactancia exclusiva; los que tienen un nivel de conocimiento medio el 60% de sus niños reciben lactancia mixta y el 40% exclusiva mientras que las madres que tienen nivel de conocimiento alto 66.7% reciben lactancia exclusiva y un 33.3% mixta.

TABLA N° 5.3
RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA Y GRADO DE
INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 6
MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

			Nivel de conocimiento			
			Bajo	Medio	alto	Total
Grado de instrucción	superior	N°	1	0	2	3
		%	10,0%	0,0%	8,0%	6,7%
	secundaria	N°	7	6	18	31
		%	70,0%	60,0%	72,0%	68,9%
	primaria	N°	2	2	5	9
		%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%
	ninguno	N°	0	2	0	2
		%	0,0%	20,0%	0,0%	4,4%
Total	N°		10	10	25	45
	%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En la presente tabla podemos observar que las madres que tiene un nivel de conocimiento alto sobre lactancia materna el 72% tienen estudios secundarios, 20% primaria y 8% superior; las que tienen un nivel de conocimiento medio 60% tienen estudios secundarios, 20% primaria y 20% no tienen ningún estudio; y los que tienen nivel de conocimiento bajo el 70% tienen estudios secundarios, 20% primaria y 10% superior.

TABLA N° 5.4
RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA Y EDAD DE LAS
MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO
DE SALUD UÑAS 2017

		Nivel de conocimiento			
		Bajo	Medio	alto	Total
Edad de la madre	18 a 22 años	N° 3	3	6	12
		% 30,0%	30,0%	24,0%	26,7%
	23 a 27 años	N° 1	3	5	9
		% 10,0%	30,0%	20,0%	20,0%
	28 a 32 años	N° 3	2	8	13
		% 30,0%	20,0%	32,0%	28,9%
	33 a 37 años	N° 2	1	5	8
		% 20,0%	10,0%	20,0%	17,8%
	38 a 42 años	N° 1	1	1	3
		% 10,0%	10,0%	4,0%	6,7%
Total		N° 10	10	25	45
		% 100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En la presente tabla observamos que las madres que tienen un nivel de conocimiento bajo, el 30% se encuentran en los grupos de edad de 18 a 22 años y de 28 a 32 años, los de nivel de conocimiento medio el 30% se encuentra en el grupo de edad de 18 a 22 años y 23 a 27 años y los de nivel alto la mayor proporción se encuentran en el grupo de edad de 28 a 32 años con un 28.9%, seguido de grupo de edad de 18 a 22 años con un 26.7%.

TABLA N° 5.5
RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

		Nivel de conocimiento				
		Bajo	Medio	alto	Total	
Estado Civil	Casada	N°	2	1	11	14
		%	20,0%	10,0%	44,0%	31,1%
	conviviente	N°	7	7	14	28
		%	70,0%	70,0%	56,0%	62,2%
	soltera	N°	1	2	0	3
		%	10,0%	20,0%	0,0%	6,7%
Total		N°	N°	10	25	45
		%	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

Observamos en la presente tabla que el 70% de las que tienen nivel de conocimiento bajo son convivientes, 70% de las que tienen nivel de conocimiento medio también son solteras, mientras que las madres con un alto conocimiento sobre lactancia materna 62.2% son convivientes, 31.1% son casadas.

TABLA N° 5.6

RELACION ENTRE EL SEXO Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

		Sexo del Niño		
		Masculino	Femenino	Total
Estado nutricional	Normal	N° 14	11	25
		% 58,3%	52,4%	55,6%
	Ganancia inadecuada	N° 3	3	6
		% 12,5%	14,3%	13,3%
	Desnutrición aguda	N° 3	3	6
		% 12,5%	14,3%	13,3%
	sobrepeso	N° 2	3	5
		% 8,3%	14,3%	11,1%
	obesidad	N° 2	1	3
		% 8,3%	4,8%	6,7%
Total		N° 24	21	45
		% 100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En el cuadro se observa que en el sexo masculinos el 58.3% tiene estado nutricional normal y en el femenino el 52.4%, mientras que en el sexo femenino el 14.3% tienen sobrepeso y en el masculino un 8.3% en ganancia inadecuada se presentan

TABLA N° 5.7

RELACION ENTRE LA EDAD Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD UÑAS 2017

		Edad del Niño						Total	
			1m	2m	3m	4m	5m	6m	
Estado nutricional	Normal	N°	7	3	7	1	2	5	25
		%	100,0%	75,0%	58,3%	20,0%	50,0%	38,5%	55,6%
inadecuada	Ganancia	N°	0	1	4	0	0	1	6
		%	0,0%	25,0%	33,3%	0,0%	0,0%	7,7%	13,3%
Desnutrición aguda		N°	0	0	0	2	0	4	6
		%	0,0%	0,0%	0,0%	40,0%	0,0%	30,8%	13,3%
sobrepeso		N°	0	0	1	1	2	1	5
		%	0,0%	0,0%	8,3%	20,0%	50,0%	7,7%	11,1%
obesidad		N°	0	0	0	1	0	2	3
		%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	15,4%	6,7%
Total		N°	N°	4	12	5	4	13	45
		%	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En la tabla se puede observar que a medida que el niño tenga más edad tienen más problemas nutricionales, es así que al 1 mes el 100% de niños tienen un estado nutricional normal, a los 2 meses 75%, 3 meses 58.3%, 4 meses 20%, 5 meses 50% y 6 meses 38.5%. Mientras que presentaron desnutrición aguda en un 40% niños de 4 meses y el 30.8% de los niños de 6 meses, sobrepeso el 50% de los niños de 5 meses y 20% de los 4 meses, y obesidad los niños de 4 meses en un 20% y 15.4% a los 6 meses.

TABLA N° 5.8
RELACION ENTRE TIPO DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL
DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD
UÑAS 2017

		Tipo de lactancia que			
		recibe el niño			Total
			Mixta	Exclusiva	
Estado nutricional	Normal	N°	0	25	25
		%	0,0%	83,3%	55,6%
	Ganancia inadecuada	N°	4	2	6
		%	26,7%	6,7%	13,3%
	Desnutrición aguda	N°	5	1	6
		%	33,3%	3,3%	13,3%
	sobrepeso	N°	4	1	5
		%	26,7%	3,3%	11,1%
	obesidad	N°	2	1	3
		%	13,3%	3,3%	6,7%
	Total	N°	N°	30	45
		%	%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En tabla podemos observar que el 83.3% que recibe lactancia exclusiva tienen un estado nutricional normal, mientras que los que reciben una lactancia mixta 0% tienen estado nutricional normal, 33.3% desnutrición aguda 26.7% ganancia inadecuada y sobrepeso y el 13.3% obesidad.

TABLA N° 5.9
RELACION ENTRE TIPO DE LACTANCIA Y EDAD DE LAS MADRES
DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD
UÑAS 2017

		Tipo de lactancia que recibe el niño			
		Mixta	Exclusiva	Total	
Edad de la madre	18 a 22 años	N°	5	7	12
		%	33,3%	23,3%	26,7%
	23 a 27 años	N°	2	7	9
		%	13,3%	23,3%	20,0%
	28 a 32 años	N°	3	10	13
		%	20,0%	33,3%	28,9%
	33 a 37 años	N°	3	5	8
		%	20,0%	16,7%	17,8%
	38 a 42 años	N°	2	1	3
		%	13,3%	3,3%	6,7%
Total		N°	15	30	45
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

En la tabla se observa que las madres del grupo de 28 a 32 años de edad dan lactancia exclusiva en un 33.3% mientras que el grupo de 18 a 22 años dan lactancia mixta en el mismo porcentaje siendo los mas altos entre ambos tipos de lactancia.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de la hipótesis

Del total de las madres el 55.6% tiene un nivel de conocimiento alto sobre lactancia materna, mientras que el nivel medio y bajo representan un 22.2% cada uno, por lo que decimos que el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna que tienen las madres de lactantes menores de 6 meses del Puesto de Salud Uñas, es alto.

El 44.4% de niños presentan problemas nutricionales, mientras que el 55.6% un crecimiento normal, entonces los lactantes menores de 6 meses del Puesto de Salud Uñas presentan problemas nutricionales.

Para la validación la hipótesis General en la presente investigación se realizó la prueba estadística de correlación de Spearman, con un nivel de significancia de 0.05 (**Tabla N° 6.1**), donde se obtuvo como resultado valor $p = 0.00$ (menor a 0.05) y coeficiente de correlación $Rho = -0.764$, entonces se establece que existe una correlación negativa o inversa muy fuerte, por lo que a mayor conocimiento sobre lactancia materna menos problemas nutricionales y viceversa.

Al analizar el nivel de significancia, vemos que el valor p es 0.000, es decir menor que 0.05, lo que indica que la correlación que se ha establecido (moderada negativa) es muy significativa por lo que se acepta la hipótesis planteada, ***“El conocimiento de la madre sobre lactancia materna se relaciona significativamente con el estado nutricional de los lactantes menores de 6 meses del Puesto de Salud Uñas Huancayo – 2017”***.

La hipótesis se confirma también con nuestras teorías que utilizamos; ya que **Ramona Mercer**, refiere que la adopción del rol maternal es un proceso evolutivo e interactivo, donde la madre se siente vinculada adquiriendo competencia y experiencia en la realización de los cuidados asociados a su rol entre ellos la lactancia materna lo cual determina el estado nutricional del lactante.

Ausubel en su teoría de aprendizaje manifiesto que para que la gente aprenda es preciso actuar sobre sus conocimientos previos; lo cual se observó en las madres que tienen más de un hijo.

John Bowlby en la teoría del Apego refiere que las experiencias de separación y privación tanto física como emocional, incluso las de corta duración, a una edad temprana pueden poner en peligro y tener un efecto negativo en el estado nutricional y desarrollo del niño. El período más crítico es entre los 4 meses y los 3 años de edad lo que se observó en los niños de nuestro estudio a medida que el niño tuvo más edad presento más problemas nutricionales, es así que al 1 mes el 100% de niños tienen un estado nutricional normal, a los 2 meses 75%, 3 meses 58.3%, 4 meses 20%, 5 meses 50% y 6 meses (**Tabla N° 5.7**).

Tabla N° 6.1
Correlación de Spearman

			Nivel de conocimiento	Estado nutricional
Rho de Spearman	Nivel de conocimiento	Coefficiente de correlación	1.000	-,764**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	45	45
	Estado nutricional	Coefficiente de correlación	-,764**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	45	45

Fuente: Elaboración propia – Uñas 2017

6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares

$Valor P = 0.00$
$Rho = -0.764$

Una vez procesada la información obtuvimos los siguientes resultados, 28.9% de las madres se encuentra dentro de las edades de 28 a 32 años, 26.7% de 18 a 22 años, el 20% de 23 a 27 años, 17.9% de 33 a 37 años y un 6.7% entre las edades de 38 a 42 años este ultimo grupo consideras de alto riesgo (Grafico 5.2), datos similares a Borre, Cortina y González (2014) en su artículo de investigación e innovación titulado: *Lactancia Materna Exclusiva: ¿la conocen las madres realmente?* Obtuvo como resultado de las 90 madres encuestadas, el 51% tiene edades entre 15 a 25 años, el 30% entre 26 a 35 años, y el 19% son mayores de 35 años.

En cuanto al grado de instrucción el 68.9% de las madres tienen estudios secundarios, 20% primaria, 6,7% estudios superiores y un 4.4% no tiene ningún estudio (Gráfico 5.3). Además, que el 62% de las madres de los niños menores de 6 meses son convivientes, 31% casadas y el 7% son madres solteras (Gráfico 5.4).

En cuanto al conocimiento sobre lactancia materna se obtuvo que el 55.6% tiene un nivel de conocimiento alto, 22.2% nivel medio y 22.2% nivel bajo (Gráfico 5.9); al respecto *Borre, Cortina y González (2014)* en su artículo de investigación e innovación titulado: *Lactancia Materna Exclusiva: ¿la conocen las madres realmente?* Obtuvieron que el 85.6% posee conocimientos adecuados sobre lactancia materna.

Asimismo Bravo (2015) en su estudio “Asociación entre los conocimientos, creencias y actitudes a la lactancia materna exclusiva en madres de niños y niñas menores de 6 meses de vida Tingo María 2015”, obtuvo como resultados que el 72,6% de la población tenía un

nivel de conocimiento suficiente sobre lactancia materna y el 27,4% insuficiente.

A diferencia de los investigadores mencionados Alva (2013) en su trabajo de investigación “Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres primigestas y primíparas del Puesto de Salud San Juan durante los meses de abril - julio del 2013. Chimbote 2015” obtuvo que el 93% de las madres no tienen un conocimiento global sobre lactancia materna exclusiva.

Según el tipo de lactancia que recibe el niño se obtuvo los siguientes resultados, el 66.7% de los niños reciben lactancia exclusiva y el 33.3% lactancia mixta (Gráfico 5.8), resultados similares se encontraron en un estudio realizado por Mosqueira (2016) en su estudio “Estado nutricional de lactante de uno a seis meses en relación al tipo lactancia en el Centro de Salud Progreso, Chimbote 2016” encontró que la lactancia materna exclusiva se practicó en 146 (51,41%), la lactancia mixta en 96 (33,80%) y la lactancia artificial en 42 (14,79%).

De la misma manera Paucar, Torres y Rodríguez (2016) en su estudio “Lactancia materna y estado nutricional del lactante de tres a seis meses Trujillo 2016”, los resultados obtenidos indicaron que el 56.7% de las madres de lactantes de tres a seis meses brindan una lactancia materna exclusiva, el 25.2% una lactancia mixta y el 18.1% una lactancia artificial.

Para la segunda variable estado nutricional de los niños menores de 6 meses del Puesto de Salud Uñas, el 55.6% tienen un estado nutricional normal, mientras que el 13.3% tienen ganancia inadecuada de peso o talla y desnutrición aguda, 11.1. % sobrepeso y un 6.7% obesidad (Gráfico 5.12), resultados similares se encontraron en el trabajo de investigación de Mosqueira (2016) en su estudio “Estado nutricional de lactante de uno a seis meses en relación al tipo lactancia en el Centro de Salud Progreso, Chimbote 2016” encontró 3

(1,06%) de desnutrición aguda, 5 (1,76%) de desnutrición global, 22 (7,75%) de desnutrición crónica, sobrepeso en 51 casos (17,96%) y la obesidad con 23 (8,10%) y 180 con estado nutricional normal, que representa el 63.38%.

Los datos obtenidos también tienen cierta relación con un estudio realizado por Paucar, Torres y Rodríguez (2016) en su trabajo de investigación "Lactancia materna y estado nutricional del lactante de tres a seis meses Trujillo 2016", los resultados obtenidos fueron de acuerdo al estado nutricional el 78.4 % de los lactantes presenta un estado nutricional normal, seguido de un 12.8% que presenta sobrepeso/obesidad, el 7.6% talla baja y solo el 1.2% presenta desnutrición.

Así mismo se obtuvo los siguientes resultados que el 58.3% de niños del sexo masculinos tiene estado nutricional normal y 52.4% en el femenino así mismo se observó que el 14.3% de niñas tienen sobrepeso y 8.3% de niños (tabla 5.6).

Por otro lado también observamos que madres que tienen un bajo nivel de conocimiento sobre lactancia materna, el 90% de sus niños reciben lactancia mixta y solo un 19% lactancia exclusiva; los que tienen un nivel de conocimiento medio el 60% de sus niños reciben lactancia mixta y el 40% exclusiva mientras que las madres que tienen nivel de conocimiento alto 66.7% reciben lactancia exclusiva y un 33.3% mixta. (tabla 5.2)

Del mismo modo las madres que tiene un nivel de conocimiento alto sobre lactancia materna el 72% tienen estudios secundarios, 20% primaria y 8% superior; las que tienen un nivel de conocimiento medio 60% tienen estudios secundarios, 20% primaria y 20% no tienen ningún estudio; y los que tienen nivel de conocimiento bajo el 70% tienen estudios secundarios, 20% primaria y 10% superior (tabla 5.3)

6.3 Responsabilidad ética

La participación fue estrictamente voluntaria y el paciente no presentó ningún riesgo en su participación por ser un estudio observacional. Las madres fueron informadas previamente a la realización de las encuestas.

CONCLUSIONES

1. Existe una relación moderada inversa entre la lactancia materna y el estado nutricional de los niños menores de 6 meses del P.S. Uñas; comprobado por la prueba estadística no paramétrica correlacional de Spearman con un valor de -0.764 es una correlación moderada por ser menor a 0.8 ; de tal forma que se acepta la hipótesis de investigación.
2. Del total de madres más del 50% tienen un nivel de conocimiento alto sobre lactancia materna. Mientras que conocimiento medio y bajo resulto el 22.2% del total respectivamente.
3. El estado nutricional de los niños menores de seis meses; en cuanto a su peso para la edad resulto que la mayoría de los niños (25) se encuentran normales; mientras 6 menores tienen ganancia inadecuada de peso o talla y 6 menores desnutrición aguda, así mismo 5 menores sobrepeso y 3 obesidad.
4. En cuanto a la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna y estado nutricional de los niños menores de 6 meses, se encontró que los niños de madres que poseen conocimientos bajos sobre el tema de la lactancia materna resulto que 3 niños presentaron ganancias inadecuadas de peso o talla, 5 sobrepeso y 2 obesidad; así mismo de las madres que poseen conocimientos medio sobre el tema, se observó que 3 niños poseen estado nutricional normal, 1 niño ganancia inadecuada y 6 niños desnutrición aguda; mientras que las madres que poseen conocimientos altos, 22 de sus niños poseen estado nutricional normal, 2 ganancia inadecuada de peso o talla y 1 niño obesidad.

RECOMENDACIONES

1. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas de educación, que permitan fortalecer sus conocimientos a esta población y a futuras madres lactantes; priorizando, a primigestas y adolescentes.
2. Dar a conocer a las madres los beneficios innumerables de la lactancia materna exclusiva, así mismo empoderarlas al saber que es la primera fuente de mayor prevención primaria en el niño contra enfermedades; y para las madres el indicador significativo que disminuye el riesgo de cáncer de mama.
3. Se recomienda al personal de enfermería seguir afianzando su papel en la atención primaria, en las estrategias de CRECIMIENTO Y DESARROLLO y ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES, donde se brinda atención primordial al niño.
4. Coordinación institucional y social para su inclusión en campañas de comunicación y educación a la población, que favorezcan en la correcta práctica y técnica de la lactancia materna y así disminuir los índices de desnutrición aguda, riesgo de sobrepeso u obesidad.

Referencias Bibliográficas

1. UNICEF. Google. [Online].; 2012 [cited 2017 julio 21. Available from: <http://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>.
2. ESANUT. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICION. 2017..
3. Estadística O. Indicadores Crecimiento y Desarrollo. Huancayo: Red de Salud Valle del Mantaro, Junin; I sem. 2017.
4. Borre Ortiz YM, Cortina Navarro C, Gonzales Ruiz G. Lactancia Materna Exclusiva :¿ La conocen realmente las Madres? CUIDARTE. 2014; 02(05).
5. Maquera Ruiz NE, Mosqueira Guillen Kj. Repositorio Institucional Universidad San Pedro. [Online].; 2017 [cited 2017 10. Available from: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/USANPEDRO/809>.
6. Betti BC. Repositorio Universidad de Huanuco. [Online].; 2015 [cited 2018 04. Available from: <http://repositorio.edh.edu.pe/123456789/1275>.
7. Beatriz AHJ. Conocimiento sobre Lactancia Exclusiva en Madres. 2013..
8. Argote Ventocilla DL, Cordero Medina JE. Repositorio Universidad Nacional del Centro del Peru. [Online].; 2015 [cited 2017 09. Available from: <http://www.repositorio.uncp.edu.pe/Handle/UNCP/1068>.
9. Paucar Gomez R, Torres Rios DG. Repositorio Universidad nacional de Trujillo. [Online].; 2017 [cited 2017 07. Available from: <http://www.dspce.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8848>.
- 10 Torres A. Psicología y Mente. [Online].; 2017 [cited 2017 12. Available from: <http://psicologiaymente.com>.
- 11 Patricia SS. Cognifit, Salud, Cerebro & Neurociencia. 2017..
- 12 Maximiliano K. El Lactante y su Madre: Psicoanálisis y teoría del apego en contribuciones a las ciencias sociales. 1988 24th ed. M. CJC, editor. Malaga: Sumed.net; 2008.
- 13 Michael EJ. reva Rubin, 76 , Experta en Enfermería. 1995..
- 14 Ortiz felix RE, Cardenas Villareal VM, Flores Peña Y. Modelo del Rol Materno en la teorizaciones. 2015 Aug; 25(03).
- 15 WIKIPEDIA O. Lactancia Materna. [Online].; 2016 [cited 2017 06. Available from: <http://es.wikipedia.org/wiki/lactancia-materna>.
- 16 Miranda Perez R, Hernandez Perez MB, Cruz Morales Y. Enfermería y Pediatría. [Online].; 2011 - La Habana [cited 2017 10. Available from: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatría/files/2011/03/lactancia-materna-generalidades-aplicacion-practica.pdf>.
- 17 Roxana GL. Composición e inmunología de la Leche Materna. Acta Pediatría de México. 2011 Jun; 3204.

- 18 2012 U. Manual de la Lactancia Materna. 2012..
- 19 2012 U. LACTANCIA MATERNA. 2012..
- 20 Womens Health. google. [Online].; 2009 [cited 2017 agosto 01].
. Available from: <http://www.womenshealth.gov/espanol/lactancia/aprendiendo-amamantar/>.
- 21 Eros Consumer. google. [Online].; 2013 [cited 2017 setiembre 01].
- 22 Pilar M. Guia para la extraccion y conservacion de la lechede leche.
. 2012..
- 23 CONSUMER. google. [Online].; 2013 [cited 2017 julio 01. Available
. from:
<http://www.consumer.es/web/es/bebe/lactancia/2013/01/15/215366.php>.
- 24 Personas MDGdSdl. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL
. CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y DE
LA NIÑA MENOR DE CINCO AÑOS. 2011..
- 25 Direccion General de Salud de las Personas. Norma Tecnica de
. Crecimiento y Desarrollo. 2011..
- 26 UNICEF. Google. [Online].; 2011 [cited 2017 julio 24. Available from:
. http://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf.
- 27 INCAP. Guia Tecnica America y Panama; 2012.
- 28 Enciclopedia de tareas. Google. [Online].; 2015 [cited 2018 julio.
. Available from: http://www.encyclopediadetareas.net/2015/01/que_es_el_conocimientoordinario.html.

ANEXO

ANEXO
Anexo 01
CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Conocimiento de la madre sobre lactancia materna y estado nutricional en lactantes menores de 6 meses del puesto de salud uñas-Huancayo 2017”

Presentación:

Buenos días Sra. el presente instrumento tiene por finalidad obtener información sobre los conocimientos de lactancia materna que tienen las madres de niños menores de 6 meses que acuden al Puesto de Salud Uñas. Para lo cual solicito su colaboración a través de la respuesta sincera a las preguntas. Gracias por su participación en el trabajo.

I. DATOS GENERALES:

1. Nombres y apellidos:
2. Lugar de procedencia:
3. Edad:
4. N.º de hijos.....
5. Grado de Instrucción:
Superior () Secundaria() Primaria() Ninguno()
6. Estado civil:
Casada () Conviviente () Soltera ()
7. Tipo de lactancia
Mixta () Exclusiva ()

II. DATOS ESPECÍFICOS:

A continuación, marque con un aspa la alternativa que considere correcta.

Nº	PREGUNTA	SI	NO
1	La lactancia materna debe ser exclusiva hasta 6 meses.		
2	El niño debe lactar cada vez que desee.		
3	Es importante que el niño reciba el calostro (primera leche al nacer)		
4	La leche materna debe prolongarse hasta los 2 años de edad		

5	Los niños con lactancia materna son más inteligentes que los alimentados con otras leches		
6	La cantidad de lecher que produces es suficiente para tu niño		
7	La lactancia materna es tu derecho		
8	Cuando una mujer trabaja, puede dar de lactar a su niño		
9	La succión produce más lecher en la madre..		
10	La lecher materna es mejor que a lecher artificial (formulas)		
11	8. El lactar a tu bebe previene que puedas embarazarte		
12	La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo		
13	La lactancia materna previene la anemia y desnutrición de tu niño		
14	La lecher materna protege contra las enfermedades (Diarreas y infecciones respiratorias)		
15	La lecher materna tiene beneficios para la familia		

Gracias por su colaboración

Anexo 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



N°	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	PESO	TALLA	EVALUACIÓN NUTRICIONAL		
						PESO/EDAD	TALLA/EDAD	PESO/TALLA
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

ANEXO 03
CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada:

"Conocimiento de la Madre sobre Lactancia Materna y Estado Nutricional en Niños Menores de 6 Meses del Puesto de Salud Uñas"

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Nombres y Apellidos

DNI

*Yesi1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

22 : NIVELDECON1 3 Visible: 31 de 31 variables

	PROC EDEN CIA	EDA D	HUO S	GRADI NSTR	ESTA DOCIV IL	EST UVC ENF.	TIPO DEL AC	PREG 1	PRE G2	PRE G3	PRE G4	PRE G5	PRE G6	PRE G7	PRE G8	PRE G9	PRE G10	PRE G11	PRE G12	PRE G13	PRE G14	PRE G15	
1	1	19	1	2	2	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	
2	1	18	1	2	2	1	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	
3	1	22	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	
4	6	34	3	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	
5	1	32	2	3	2	0	2	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	
6	1	18	1	2	2	1	2	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	
7	1	21	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	
8	2	23	1	3	2	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1
9	1	35	3	3	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	
10	1	27	2	2	3	1	2	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	
11	6	28	3	3	2	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	
12	1	30	2	2	2	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	
13	2	33	3	4	2	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	
14	1	26	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	
15	4	29	3	2	2	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	
16	3	37	2	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	
17	1	32	3	2	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
18	1	26	2	2	2	0	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
19	1	18	1	2	2	1	2	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	
20	1	29	3	3	1	1	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	
21	1	19	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	
22	1	20	2	2	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	

Vista de datos Vista de variables

BASE DE DATOS (22 AL 42)

*Yesi1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

22 : NIVELDECON1 3 Visible: 31 de 31 variables

	PROC EDEN CIA	EDA D	HIJO S	GRADI NSTR	ESTA DOCIV IL	EST UVC ENF.	TIPO DEL AC	PREG 1	PRE G2	PRE G3	PRE G4	PRE G5	PRE G6	PRE G7	PRE G8	PRE G9	PRE G10	PRE G11	PRE G12	PRE G13	PRE G14	PRE G15
22	1	30	2	3	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
23	5	31	2	4	2	1	2	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0
24	1	24	2	2	1	0	2	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
25	1	19	1	2	3	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
26	1	23	2	2	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
27	3	22	2	2	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0
28	1	38	4	3	2	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0
29	1	21	2	2	2	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
30	3	29	2	1	2	0	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0
31	1	33	3	3	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
32	1	39	2	2	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
33	1	27	2	2	2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1
34	1	29	2	2	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
35	1	32	2	2	1	0	2	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
36	1	33	3	2	2	0	2	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
37	1	20	1	1	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0
38	1	23	1	2	2	0	2	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
39	1	28	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
40	1	32	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
41	1	39	4	2	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
42	1	35	3	2	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1

Vista de datos Vista de variables

BASE DE DATOS (43 AL 45)

*Yesi1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

22 : NIVELDECON1 3 Visible: 31 de 31 variables

	PROC EDEN CIA	EDA D	HJO S	GRADI NSTR	ESTA DOCIV IL	EST UVC ENF.	TIPO DEL AC	PREG 1	PRE G2	PRE G3	PRE G4	PRE G5	PRE G6	PRE G7	PRE G8	PRE G9	PRE G10	PRE G11	PRE G12	PRE G13	PRE G14	PRE G15
43	1	36	2	2	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
44	1	27	3	2	2	0	2	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
45	1	22	2	2	3	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
46																						
47																						
48																						
49																						
50																						
51																						
52																						
53																						
54																						
55																						
56																						
57																						
58																						
59																						
60																						
61																						
62																						
63																						
64																						

Vista de datos Vista de variables

Anexo 05

Validez de la encuesta para determinar el conocimiento de las madres sobre lactancia materna, según el Coeficiente de Aiken

ÍTEM	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Total (S) sumatoria de acuerdos	“V” Aiken: S/ (n (c-1))
1	1	1	1	1	1	5	1.0
2	1	1	1	1	1	5	1.0
3	1	1	1	1	1	5	1.0
4	1	1	1	1	1	5	1.0
5	1	1	1	1	1	5	1.0
6	1	1	1	1	1	5	1.0
7	1	1	1	1	1	5	1.0
8	1	1	1	1	1	5	1.0
9	1	1	1	1	1	5	1.0
10	1	1	1	1	1	5	1.0
N = 10	1	1	1	1	1	5	1.0

Conclusiones finales

Los resultados muestran valores de la V de Aiken = 1.00.

Anexo 06
confiabilidad del instrumento

N°	Preguntas															Total	
	preg 1	preg 2	preg 3	preg 4	preg 5	preg 6	preg 7	preg 8	preg 9	preg 10	preg 11	preg 12	preg 13	preg 14	preg 15		
01	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	5	
02	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	13	
03	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	
04	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14	
05	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	10	
06	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13	
07	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	12	
08	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	8	
09	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14	
10	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	11	
11	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	10	
12	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	5	
13	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	8	
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	
15	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	6	
p	0.73	0.87	0.73	0.47	0.80	0.47	0.93	0.53	0.60	0.53	0.67	0.80	0.60	0.87	0.87	vt	11.27
q = (1-p)	0.27	0.13	0.27	0.53	0.20	0.53	0.07	0.47	0.40	0.47	0.33	0.20	0.40	0.13	0.13		
p*q	0.20	0.12	0.20	0.25	0.16	0.25	0.06	0.25	0.24	0.25	0.22	0.16	0.24	0.12	0.12	2.82	

$$KR20 = \left(\frac{n}{n-1} \right) \frac{\sigma_t^2 - \sum p_i q_i}{\sigma_t^2} = 0.83$$

n = 15

NOMBRES	Nª DE CELULAR	CORREO ELECTRONICO
<i>ESPINOZA CUEVA YESENIA SOLEDAD</i>	<i>988126100</i>	<i>yesrry@hotmail.com</i>
<i>FERNANDEZ SALAZAR MARIA ELENA</i>	<i>969936333</i>	<i>maritafernandez5@hotmail.com</i>