UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, 2024

Para optar el título profesional de:

OBSTETRA

Presentado por la Bachiller:

Ada Kely Marín Castañeda

Asesora

Dra. Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga

Cajamarca-Perú

2025

Universidad Nacional de Cajamarca

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Ada Kely Marín Castañeda**
   DNI: **47509655**
   Escuela Profesional/Unidad UNC: **ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

2. Asesor:
   Dra. Obstetra ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA
   Facultad/Unidad UNC:
   FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

3. Grado académico o título profesional al que accede:
   ☐Bachiller **X** Título profesional ☐Segunda especialidad
   ☐Maestro ☐Doctor

4. Tipo de Investigación:
   X Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional
   ☐ Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:
   TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, 2024

6. Fecha de evaluación Software antiplagio: **8/8/2025**

7. Software antiplagio: **X TURNITIN** ☐ **URKUND (OURIGINAL)** ***(*)***

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **10%**

9. Código Documento: **oid:3117:479661897**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
    X APROBADO ☐ **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Cajamarca, 11 de agosto del 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA · UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS · DIRECCIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Martha Vicenta Abanto Villar
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DNI: 26673990

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2025 by
Ada Kely Marín Castañeda
Derechos Reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Marín C. 2025. **TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN BIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD, CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, 2024.** /Ada Kely Marín Castañeda/90
ASESORA: Dra. Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga
Disertación académica para optar por el título profesional de Obstetra UNC 2025

Universidad Nacional de Cajamarca
"Norte de la Universidad Peruana"
Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962
Facultad de Ciencias de la Salud
Av. Atahualpa 1050 Teléfono/ Fax 36-5845

Universidad Nacional de Cajamarca – Facultad Ciencias de la Salud – SECRETARÍA ACADÉMICA

MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 10:00 a.m. del 25 de Julio del 2025, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente GE-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Tipos de lactancia y estado nutricional en niños menores de 6 meses de edad. Centro de Salud Baños del Inca, 2024

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Ada Kely Marín Castañeda

Siendo las 11:10 a.m. del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Muy bueno, con el calificativo de: 18, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra Apta para la obtención del Título Profesional de: **OBSTETRA**.

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	Dra. Julia Elizabeth Quiroz Olivia	
Secretario(a):	M.Co. Silvia Alfaro Revilla	
Vocal:	M.Co. Juana Flor Quiñones Cruz	
Accesitaria:		
Asesor (a):	Dra. Elena Soledad Vaca Burga	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:
EXCELENTE (19-20) **MUY BUENO (17-18)** **BUENO (14-16)**
REGULAR (12-13) **REGULAR BAJO (11)** **DESAPROBADO (10 a menos)**

SE DEDICA A:

Mis padres, por su amor incondicional, apoyo constante y sacrificio, por confiar siempre en mí y enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia.

Mis hermanos por estar siempre ahí, en los buenos y malos momentos. Por su complicidad, apoyo silencioso y compañía constante, que me han dado fuerza cuando más lo necesitaba.

Mi amado hijo Yoshua, el motor de mi vida, mi mayor inspiración y luz de mis días.

Ada

SE AGRADECE A:

Dios, por ser mi guía y mi refugio. Por darme fuerza en los momentos más difíciles, la serenidad en medio de la incertidumbre y la fe para seguir adelante.

La Universidad Nacional de Cajamarca, especialmente a la Escuela Académico Profesional de Obstetricia por brindarme la oportunidad de formarme académicamente y crecer como persona.

Mi asesora, la Obsta. Dra. Elena Soledad Ugaz Burga, por su dedicación, paciencia y orientación constante. Por su compromiso y apoyo, el cual fue clave para la culminación de este trabajo.

Mi mejor amiga, Karla, por su compañía incondicional, por escucharme y animarme a seguir adelante en momentos difíciles.

Ada

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA		**III**
AGRADECIMIENTO		**IV**
ÍNDICE		**V**
ÍNDICE DE TABLAS		**VII**
RESUMEN		**VIII**
ABSTRACT		**IX**
INTRODUCCIÓN		**1**
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA		**3**
1.1.	Planteamiento del problema	3
1.2.	Formulación del problema	5
1.3.	Objetivos	5
1.4.	Justificación de la investigación	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO		**8**
2.1.	Antecedentes	8
2.2.	Bases teóricas	11
2.3.	Terminología básica	24
2.4.	Hipótesis	24
2.5.	Variables	25
2.6.	Conceptualización y operacionalización de variables	25
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO		**26**
3.1.	Diseño y tipo de investigación	26
3.2.	Área de estudio y población	26
3.3.	Muestra y muestreo	27
3.4.	Unidad de análisis	27
3.5.	Criterios de inclusión y exclusión	28
3.6.	Procedimiento, técnicas e instrumento de recolección de datos	28
3.7.	Descripción del instrumento	28
3.8.	Procesamiento y análisis de datos	30
3.9.	Control de calidad de datos	30
3.10.	Criterios éticos	30

CAPÍTULO IV. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN **32**
CONCLUSIONES **50**
RECOMENDACIONES **51**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **52**
ANEXOS **60**

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Características socioculturales de las madres de los niños menores 6 meses de edad del Centro de Salud Baños del Inca, 2024	32
Tabla 2	Sexo de los niños menores de 6 meses de edad del Centro de Salud Baños del Inca, 2024	39
Tabla 3	Estado Nutricional de los niños menores de 6 meses de edad del Centro de Salud Baños del Inca, 2024	41
Tabla 4	Tipos de lactancia de los niños menores de 6 meses de edad del Centro de Salud Baños del Inca, 2024	43
Tabla 5	Tipo de lactancia y peso para la edad en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024	45
Tabla 6	Tipo de lactancia y peso para la talla en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024	46
Tabla 7	Tipo de lactancia y talla para la edad en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024	48

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre los tipos de lactancia y el estado nutricional en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024. **Material y métodos.** La investigación es de diseño no experimental, de corte transversal, de tipo correlacional. La muestra estuvo compuesta por 102 niños menores de 6 meses y sus madres. **Resultados.** Se encontró que el 73,5% de las madres tenían entre 20 y 34 años, el 77,5% eran convivientes, el 26,5% tuvo secundaria completa, el 69,6% procedían de la zona rural y el 75,5% eran amas de casa. Además, el 54,9% de los menores de 6 meses eran de sexo femenino; la mayoría manifestó un estado nutricional normal respecto a Peso/Edad (95,1%), Peso/Talla (95,1%) y Talla/Edad (87,3%). Asimismo, predominó la lactancia materna exclusiva (54,9%). **Conclusión.** Se encontró una relación altamente significativa entre los tipos de lactancia y peso para la talla (p=0,00).

Palabras clave. lactancia; estado nutricional; peso; talla; niños menores de 6 meses.

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between breastfeeding types and nutritional status in infants under 6 months of age treated at the Baños del Inca Health Center, 2024. **Materials and methods.** This study used a non-experimental, cross-sectional, correlational design. The sample consisted of 102 infants under 6 months of age and their mothers. **Results.** It was found that 73.5% of the mothers were between 20 and 34 years old, 77.5% were cohabiting, 26.5% had completed secondary education, 69.6% were from rural areas, and 75.5% were homemakers. Furthermore, 54.9% of infants under 6 months of age were female; the majority reported normal nutritional status in terms of weight/age (95.1%), weight/height (95.1%), and height/age (87.3%). Exclusive breastfeeding predominated (54.9%). **Conclusion.** A highly significant relationship was found between breastfeeding types and weight-for-height (p=0.00).

Keywords: breastfeeding; nutritional status; weight; height; children under 6 months.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna representa un elemento esencial para el desarrollo integral del niño, especialmente durante los primeros seis meses de vida, etapa en la que se establecen las bases del crecimiento físico e inmunológico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) reconoce a la lactancia materna exclusiva como la modalidad ideal de alimentación durante este periodo, dado que proporciona múltiples beneficios tanto para el lactante como para la madre. Numerosas investigaciones aseguran que una práctica adecuada de lactancia contribuye significativamente a fortalecer el sistema inmunológico, reducir enfermedades infecciosas y a favorecer el desarrollo cognitivo, además de desempeñar un papel crucial en la prevención de problemas nutricionales.

En el contexto peruano, si bien se han logrado avances importantes en la promoción de la lactancia exclusiva, aún persisten desigualdades relacionadas con determinantes sociales, económicos, culturales y de acceso a servicios de salud. Estas brechas pueden verse reflejadas en las prácticas alimentarias que adoptan las madres, principalmente en función de variables como el nivel de instrucción, la actividad laboral o la procedencia geográfica. La introducción temprana de alimentos distintos a la leche materna o el uso prematuro de fórmulas artificiales pueden alterar el estado nutricional del lactante, aumentando el riesgo de desnutrición, bajo peso o incluso sobrepeso.

En este contexto, la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre los tipos de lactancia (exclusiva, artificial o mixta) y el estado nutricional en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca durante el año 2024. Esta investigación pretende generar evidencia contextualizada que permita comprender el impacto de las prácticas de alimentación en indicadores antropométricos clave, tales como peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad, lo cual puede contribuir al diseño de estrategias más eficaces desde el primer nivel de atención sanitaria.

Cabe destacar que esta problemática no se limita únicamente a cuestiones médicas, sino que también está atravesada por factores sociales y culturales que influyen en la manera en que las madres cuidan y alimentan a sus hijos en los primeros meses de vida. Por ello, abordar esta relación en un contexto específico como el de Baños del Inca resulta fundamental para producir conocimiento útil y pertinente, que fortalezca las políticas públicas orientadas a la nutrición y al bienestar materno-infantil, considerando las condiciones reales de la población objetivo.

Este estudio se estructura en cuatro capítulos principales:

Capítulo I: presenta el planteamiento del problema, así como la formulación de la pregunta de investigación, la justificación que sustenta la relevancia del estudio y los objetivos generales y específicos que guían el proceso investigativo.

Capítulo II: está dedicado al marco teórico, donde se exponen los antecedentes más relevantes, se desarrollan los fundamentos conceptuales, se formulan las hipótesis y se lleva a cabo la operacionalización de las variables involucradas en el estudio.

Capítulo III: aborda la metodología aplicada, describiendo detalladamente el tipo y diseño de la investigación, el área de estudio, las características de la población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, así como los instrumentos y técnicas utilizados para la recolección de datos. También se explican los procedimientos de análisis, los mecanismos para asegurar la validez de la información y los principios éticos que guiaron el trabajo.

Capítulo IV: presenta los resultados obtenidos, acompañados de su respectiva interpretación y análisis, contrastándolos con el marco teórico y la evidencia científica disponible.

Finalmente, el documento incluye las conclusiones, recomendaciones, la bibliografía consultada y los anexos que complementan la investigación.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la malnutrición es un problema de salud que se encuentra presente en todos los países. Se estima que, en 2022, 149 millones de niños menores de 5 años tenían un retraso del crecimiento (se encontraban por debajo de la talla ideal para su edad), 45 millones tenían emaciación (su peso se encontraba por debajo de la cifra ideal respecto a su estatura) y 37 millones tenían sobrepeso u obesidad (2).

Quienes se encuentran particularmente propensos a este problema de salud son las mujeres, los lactantes, niños y adolescentes. Es realmente importante optimizar la nutrición desde el comienzo de la vida (primordialmente durante los primeros 1000 días transcurridos entre la concepción y el segundo año de edad del niño) para que este goce de salud y logre desarrollarse adecuadamente a largo plazo (2).

Se estima que aproximadamente 2,7 millones de muertes infantiles son atribuidas a la desnutrición, representando el 45% del total de fallecimientos de niños. La alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño desempeña un papel crucial en la promoción de la supervivencia infantil y el fomento de un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros 2 años de vida del niño son especialmente críticos, ya que una nutrición óptima durante este período no solo reduce la incidencia de enfermedades y la mortalidad, sino que disminuye también el riesgo de padecer enfermedades crónicas y mejora el desarrollo integral del infante (1).

Una adecuada lactancia materna permitiría salvar más de 820 000 vidas de menores de 5 años cada año. No obstante, muchos menores no reciben una adecuada y optima alimentación. En promedio, solo alrededor del 36% de los lactantes de 0 a 6 meses fueron exclusivamente amamantados durante el período de 2007 a 2014 (1). Para el 2023, el promedio mundial de lactantes de 0 a 6 meses fue de 48% (3).

En Latinoamérica y el Caribe, la problemática de la malnutrición infantil se ve reflejada con más fuerza tanto en niños como adolescentes. Tanto la desnutrición como el sobrepeso exigen ser abordadas de forma integral (4).

Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la región experimentó un incremento en la prevalencia de sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años entre 2000 y 2022. Durante el período, en el contexto de la pandemia, las cifras aumentaron ligeramente del 8,3 % al 8,6 %, con un incremento más significativo en Sudamérica, un aumento menos pronunciado en Mesoamérica y manteniéndose estable en el Caribe. En 2022, la prevalencia de sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años fue del 9,7 % en Sudamérica, 6,7 % en Mesoamérica y 6,6 % en el Caribe (4).

Esta misma organización enunció que “en los últimos 50 años, las tasas de sobrepeso y obesidad se triplicaron, afectando al 62,5% de la población en la región” (4), además, expresó su preocupación respecto a la prevalencia regional de sobrepeso en niños, niñas y adolescentes que equivale al 33,6% mayor al promedio mundial (4). Ante esta situación, la lactancia es considerada como una acción eficaz que ayuda en la prevención de la desnutrición, así como del sobrepeso y la obesidad (5).

Según datos recientes de UNICEF, para 2023, solo el 43,1% de los bebés menores de seis meses en América Latina y el Caribe reciben alimentación exclusiva con leche materna. Esta cifra es inferior comparada con el promedio mundial de 48%, lo cual ubica a la región por debajo de los promedios mundiales respecto a la práctica de lactancia materna (3).

En Perú, en 2022, la desnutrición crónica impactó al 11,7% de los niños y niñas menores de cinco años en el país, lo cual representa un aumento de 0,2 puntos porcentuales con respecto al año 2021. Los departamentos con mayor prevalencia fueron: Huancavelica (29,9%), Loreto (21,8%) y Amazonas (21,7%). En contraste, aquellos con menor incidencia fueron Tacna (2,8%) y Moquegua (2,9%), entre los más destacados. Asimismo, el sobrepeso y la obesidad afectaron al 9,1% de los niños y niñas menores de cinco años, lo que representa un aumento de 0,5 puntos porcentuales en comparación con el año anterior. Por región natural, la prevalencia fue mayor en la costa (13,2%), seguida por la sierra (4,9%) y la selva (4,2%) (6).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en 2022, el 65,9% de niños y niñas menores de 6 meses de edad tuvieron lactancia materna. Dicho porcentaje no tuvo gran variación respecto a los 5 años anteriores. Asimismo, se observó un mayor porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna procedentes del área rural en un 76,7% comparado con el 61,4% del área urbana. Los hallazgos también muestran que los bebés menores de seis meses nacidos de madres con educación superior reciben menos lactancia materna (59%) en comparación con aquellos nacidos de madres sin educación o con educación primaria (78,5%) (7).

Se reconoce que hay circunstancias especiales donde no es posible la lactancia materna y se recomienda la leche de fórmula (como en casos de VIH), sin embargo, esta tiene como desventaja fundamental la falta de anticuerpos que puede resultar en una malnutrición proteico-energética (MPE). Esto significa que la leche artificial no proporciona protección contra infecciones como la diarrea y puede causar deficiencias en el crecimiento, como el marasmo, que resulta en un crecimiento deficiente en el lactante. Además, este producto suele ser muy costoso para las familias (8).

La leche materna es reconocida como la forma más simple, saludable y económica de alimentar a los bebés. A pesar de ello, algunas madres optan por complementarla o sustituirla por la lactancia artificial, lo que puede llevar a estados nutricionales inadecuados en el lactante. Por esta razón, se considera pertinente el desarrollo de la presente investigación para así lograr identificar la relación entre los tipos de lactancia y el estado nutricional en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los tipos de lactancia y el estado nutricional en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los tipos de lactancia y el estado nutricional en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características socioculturales de las madres de los niños menores 6 meses del estudio.
- Describir el sexo de los niños menores de 6 meses como factor biológico
- Identificar los tipos de lactancia que reciben los niños menores de 6 meses del estudio.
- Evaluar el estado nutricional de los niños menores de 6 meses del estudio.

1.4. Justificación de la investigación

La lactancia materna influye en la buena salud de los niños, contribuyendo significativamente en su estado nutricional, especialmente cuando se trata de recién nacidos o menores de 6 meses. Durante esta etapa, es importante que el bebé reciba el aporte de nutrientes correspondientes y necesarios que suplan sus necesidades tales como agua, proteínas, minerales, vitaminas, grasa e hidratos de carbono.

La leche materna tiene un impacto positivo en el neurodesarrollo de los infantes, mejorando el coeficiente intelectual y reduciendo el riesgo de trastornos como déficit de atención y alteraciones de la personalidad o la conducta. La lactancia materna exclusiva es considerada la alimentación óptima para menores de 6 meses ya que además de proporcionarles los nutrientes necesarios les brinda protección inmunológica y protección contra enfermedades infectocontagiosas, el espectro atópico y cardiovasculares, así como contra la enfermedad celíaca, leucemia, patologías gastrointestinales y enterocolitis necrotizante.

Por otro lado, la lactancia materna constituye un factor protector frente a ciertas enfermedades en la mujer. Aquellas madres que amamantan presentan un 37% menos de probabilidad de padecer cáncer de ovario, 32% menos de probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 y un 26% menos de probabilidad de sufrir cáncer de mama en comparación con las mujeres que no amamantan o que amamantan por menos tiempo (9).

Investigar sobre el estado nutricional y los tipos de lactancia materna en niños de 0 a 6 meses resulta fundamental para diseñar estrategias que permitan interiorizar en la madre la importancia de la lactancia materna exclusiva a fin de proteger la salud infantil incrementando su desarrollo potencial tanto físico como intelectual y en lo

posible sugerir la implementación de un programa que realice un seguimiento a las madres lactantes.

Además, esta investigación generará datos esenciales que contribuirán al desarrollo de políticas de salud pública y programas de apoyo para madres lactantes, lo que a su vez se verá reflejado en el aumento de las tasas de lactancia exclusiva, redundando en el bienestar tanto de la madre como del infante.

La presente investigación aporta resultados teóricos significativos como es el hecho de conocer que las mujeres de zona rural, que en otro hora solían dar lactancia materna exclusiva a sus hijos, en la actualidad por influencia social, están optando por lactancia materna mixta lo que sugiere nuevas actividades de promoción de lactancia materna.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Aguilar A. et al. (10). Realizaron una investigación en México en 2021, con el objetivo de relacionar los tipos de lactancia y las medidas antropométricas en niños de un año. El estudio fue de tipo observacional transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 30 infantes. Los resultados fueron los siguientes: la edad promedio de las madres lactantes fue de 25,83 años, el 43,3% eran casadas, el 80% eran amas de casa. Respecto a los infantes, el 56,7% recibía lactancia materna mixta o parcial y el 26,7% lactancia materna exclusiva; el 36,7% de niños fueron clasificados con bajo peso, el 33,3% con peso saludable y el 23,3% con sobrepeso. Se concluyó que existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de lactancia materna y las medidas antropométricas.

Tuquerez N. et al. (11). Presentaron una investigación en Ecuador en 2022, con el objetivo de relacionar el estado nutricional y el tipo de lactancia empleado en niños de 0 a 6 meses de edad. El estudio fue de tipo correlacional transversal. La muestra estuvo conformada por 157 lactantes de entre 0 y 6 meses. Los resultados manifestaron que el empleo de la lactancia materna presentó relación con la normalidad en un 85% y obesidad en un 0,9%; la lactancia mixta se relacionó con obesidad en un 9,5%, normalidad en 57,1% y riesgo de sobrepeso en 19%; por último, la lactancia artificial se relacionó con la desnutrición crónica en un 50%. Se concluyó que existe relación entre la evaluación nutricional de normalidad y lactancia materna exclusiva, seguido por el riesgo de sobrepeso y obesidad atribuidos al uso de lactancia mixta, finalizando con la desnutrición crónica y lactancia artificial.

Cabrera E. et al. (12). Desarrollaron un trabajo de investigación en República Dominicana en 2023, con el objetivo de determinar la diferencia entre el estado nutricional de niños de 0 a 6 meses de edad, alimentados con fórmula artificial, niños

alimentados con leche materna y niños con alimentación mixta del hospital infantil. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 100 lactantes. Encontraron que el 60,4% de los niños alimentados con leche materna obtuvieron un nivel normal al igual los que optaron por tomar leche materna y fórmula, con 64,3% y 60,5% respectivamente. Asimismo, el 43,5 % de los niños de 0 a 6 meses de edad tenían una talla de 40 a 49,5 cm. El 64,3% de los lactantes de 0 a 6 meses de edad de entre 40 a 60 cm. fueron alimentados de fórmula infantil. El 34,8% de niños de 0 a 6 meses normalmente son alimentados con leche materna. El 44,7% de niños de 0 a 6 meses con lactancia mixta.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Ancajima C. et al. (8). Desarrollaron una investigación en Lima en 2019, con el objetivo de determinar la relación del estado nutricional según el tipo de lactancia en niños menores de 0 – 6 meses. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, diseño correlacional de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 100 niños. Los resultados encontrados fueron: el 58% de los niños recibió lactancia materna exclusiva, el 34% lactancia materna mixta y el 8% lactancia materna artificial. Respecto al valor antropométrico (Peso/Edad), el 82% presentó un estado nutricional normal, el 16% evidenció sobrepeso y el 2% tuvo desnutrición; en el valor antropométrico (Peso/Talla) el 94%se encontraba en un estado nutricional normal, el 4% con sobrepeso y el 2% con desnutrición; en el valor antropométrico (Talla/Edad) el 89% tenía un estado nutricional normal, el 5% talla baja y el 3% talla baja severa. Conclusión: existió relación entre el estado nutricional y los tipos de lactancia que recibían los niños de 0 a 6 meses.

Ortega Y. et al. (13). Presentaron una investigación en Trujillo en 2020, con el objetivo de determinar la relación entre el tipo de lactancia y el estado nutricional en lactantes menores de seis meses de un hospital. La investigación fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 58 lactantes menores de 6 meses. Los resultados obtenidos indicaron que el 64% de los lactantes menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva, el 36% lactantes recibieron lactancia mixta y ninguno recibió lactancia artificial. Respecto al estado nutricional en la dimensión peso/edad, el 74% es normal y el 26% tiene sobrepeso. Según talla/edad el 100% es normal. Según peso/talla; el 69% es normal, el 24% tiene sobrepeso y el 7% presenta obesidad. Se llegó a la conclusión de que existe relación entre tipo de lactancia y estado nutricional.

Rios E. et al. (14). Realizaron una investigación en Trujillo en 2020, con el objetivo de determinar la relación entre el tipo de lactancia y el estado nutricional en niños menores de 6 meses del Hospital Santa Isabel, El Porvenir. El estudio fue de descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 64 madres con niños menores de 6 meses. Los resultados indicaron que el 45,3% de las madres brindaron lactancia materna exclusiva, el 18,8% lactancia con fórmula. Respecto al estado nutricional, el 59,4% de los lactantes presentaron un estado nutricional normal, el 18,8% desnutrición y el 4,7% obesidad. Asimismo, el 67,2% mostró una talla normal seguido por el 14,1% de talla baja. Conclusión: existió relación estadística significativa entre tipo de lactancia y estado nutricional de los niños menores de 6 meses.

Chiroque M. (15)**.** Presentó una investigación en Tumbes en 2022, con el objetivo de determinar la relación entre el tipo de lactancia y el estado nutricional de los niños menores de 6 meses del Centro Salud San Jacinto. El estudio fue observacional, no experimental de tipo analítico, transversal. La muestra estuvo conformada por 34 madres de lactantes. Los resultados manifestaron que el 73,53% de niños menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva y el 26,47% lactancia mixta. Asimismo, respecto al estado nutricional, el 97,06% obtuvo un nivel normal y el 2,94% presentó desnutrición para el peso/edad. Se llegó a la conclusión de que existe relación significativa entre lactancia materna exclusiva y estado nutricional en los niños menores de 6 meses.

Romero K. (16). Desarrolló una investigación en Lima en 2023, con el objetivo de determinar la relación entre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en niños menores de 6 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima. La investigación fue aplicada con diseño no experimental, correlacional. La muestra estuvo conformada por 80 madres de infantes de 0 a 6 meses. Los resultados obtenidos muestran que existe una correlación positiva fuerte media entre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional. El 72,5% de los lactantes mostraron un estado nutricional normal, el 17,5% presentó sobrepeso y el 6,3% obesidad. Se concluyó que, si existe relación significativa entre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional niños menores de 6 meses.

2.1.3. Antecedente local

Guevara M. et al. (17). Realizaron una investigación en Cajamarca en 2019, con el objetivo de relacionar el nivel de conocimientos de las madres sobre lactancia materna exclusiva y estado nutricional de los niños menores de seis meses. El estudio fue de tipo correlacional, cuantitativa, de corte trasversal y diseño experimental. La muestra estuvo conformada por 290 madres. Los resultados obtenidos indicaron que el 43,8% presentó un nivel de conocimiento alto y el 51,7% un nivel bajo; el 20,7% tenían de 18 a 24 años; el 63,4% de 25 a 34 años; el 53,1% eran convivientes y el 47,2% provenían de zona urbana. Respecto al estado nutricional de los niños el 88,6% obtuvo un peso adecuado para la edad; el 85,9% mostró un estado nutricional normal en la dimensión peso/talla, el 7,2% sobrepeso y el 4,8% desnutrición aguda. Según talla/edad, el 77,9% tienen una talla adecuada para la edad, el 20% presentan talla baja y talla baja severa y el 2% talla alta y muy alta. Se concluyó que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva tiene relación estadísticamente significativa con el estado nutricional de los niños menores de 6 meses.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Lactancia

- **Definición de lactancia**

La lactancia se refiere a la forma correcta de brindar los nutrientes necesarios a los bebes y niños para un desarrollo y crecimiento adecuado (8).

Es considerada un derecho humano universal fundamental, el cual debe ser promovido y protegido por el estado, la sociedad, la comunidad y las familias. La lactancia materna, de la misma forma en que contribuye al desarrollo integral del infante, mejora la salud de la madre y fortalece los vínculos familiares (18).

- **Tipos de lactancia**

A. Lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva (LME) consiste en un método de alimentación en el cual el bebé recibe únicamente leche materna y ningún otro sólido o líquido a excepción de minerales, vitaminas, soluciones rehidratantes o medicamentos (19).

La Organización Mundial de la Salud (ONU) y UNICEF (19) recomiendan mantener este estado durante el primer semestre de vida y sugieren iniciarlo después de la primera hora de vida post parto, que sea libre demanda y tratando de evitar el uso de cualquier tipo de fórmulas infantiles.

Es importante que el bebé se alimente con la leche de su madre debido a los nutrientes que proporciona, así como la energía necesaria para un desarrollo y crecimientos óptimos

Al igual que cada mamífero, la composición de la leche humana se encuentra adaptada a las necesidades nutricionales del recién nacido. Asimismo, esta leche va cambiando su composición gradualmente, pasando por etapas como el calostro, la leche de transición y la leche madura. Los componentes principales de la leche materna incluyen:

- Agua en un 88% y una osmolaridad semejante al plasma (8)
- Proteínas, cerca de 400 variedades que desempeñan roles esenciales en la alimentación, defensa inmunitaria, regulación del sistema inmune y facilitación de la absorción de nutrientes Si bien la leche humana posee una baja cantidad de proteínas en comparación con la leche de otros mamíferos (10g/l), posee características especiales esenciales para el desarrollo del bebé (8). La leche materna contiene altas concentraciones de factores protectores y antimicrobianos, como enzimas (lisozima o lactoferrina), inmunoglobulinas, leucocitos, oligosacáridos, citocinas, nucleótidos, lípidos y hormonas, que proporcionan inmunidad pasiva, de la misma forma que estimulan la maduración y desarrollo del sistema inmunitario del lactante (20).
- **Hidratos de carbono:** el glúcido más presente en la leche materna es la lactosa, un disacárido de glucosa unida a galactosa (20). Comparado con la leche de otros mamíferos, el contenido de lactosa de la leche humana es especialmente alto (7g/100ml) y consiste en la principal fuente de azúcar que superpone una fuente

energética muy alta y facilita la absorción del calcio. La porción glucídica de la leche materna también se encuentra compuesta de otros carbohidratos como azúcares nucleotídicos, glicolípidos, glicoproteínas y oligosacáridos. Los oligosacáridos de la leche materna favorecen el desarrollo de la flora bifidogénica, que tienen un efecto beneficioso en los recién nacidos debido a sus propiedades prebióticas y antiinfecciosas (8).

- **Grasas:** ha surgido un gran interés en los lípidos de la leche humana debido a investigaciones realizadas sobre lactantes alimentados en un largo plazo del pecho de su progenitora en los cuales se logró demostrar un mayor desarrollo comparado a otros lactantes que fueron alimentados mediante fórmulas lácteas. Los lípidos o grasas pertenecen a un grupo químicamente heterogéneo que son insolubles en agua y solubles en disolventes no polares. Dentro de los lípidos más esenciales de la leche materna se encuentran los triacilglicéridos, fosfolípidos y sus componentes de ácidos grasos, los esteroles. Los lípidos son indispensables para llevar a cabo el crecimiento y desarrollo del lactante, estos facilitan la absorción intestinal y aportan cerca del 50% de las calorías junto a ácidos grasos esenciales; además, se encargan de proporcionar colesterol (8).
- **Vitaminas:** en comparación con la leche de otros mamíferos, la leche humana contiene suficientes vitaminas hidrosolubles y liposolubles para satisfacer las necesidades vitamínicas del recién nacido, pero tiene concentraciones más bajas de vitaminas D y K (8).
- **Minerales:** el contenido de minerales presentes en la leche materna es 4 veces menor al que se encuentra en otros mamíferos, no obstante, dichas cantidades deben ser valoradas respecto a su biodisponibilidad, la cual se encuentra significativamente por encima. Esto se puede notar al extraer una fracción absorbida de calcio, la cual alcanza el 75% del aportado de la leche materna frente al 25% obtenido de fórmulas infantiles. De esta manera, aunque el hierro de la leche materna es relativamente bajo, no suelen existir deficiencias de dicho elemento en los lactantes de pecho durante los 6 primeros meses de vida (8).

La leche materna no es exactamente igual a lo largo del tiempo de lactación, su fórmula, componentes y volumen varían y se van adecuando. A grandes rasgos existen 4 distintos tipos de leche (21):

- **Pre-calostro.** Comienza a generarse durante el último trimestre del embarazo en preparación para el nacimiento del bebé. Este contiene lactosa, sodio, inmunoglobulinas, entre otras cosas más (21).

- **Calostro.** Se produce a partir del primer día de nacido del bebé hasta los siguientes 4 días. Su producción se da en pequeñas cantidades, llegando a presentarse incluso como gotas; esto con el fin de que los riñones del recién nacido no se vean sobrecargados de líquido. Aun así, contiene una alta concentración y densidad de nutrientes, los cuales son suficientes para cubrir los requerimientos del recién nacido (21).

  Posee un menor contenido energético en comparación con la leche madura, pero posee mayor contenido de proteínas, minerales e inmunoglobulinas con la intención de nutrir al bebé y ayudar con el desarrollo de su sistema inmunológico (21).
- **Leche de transición.** Se produce entre los días 4 y 15 de nacido del bebé. Se puede observar un mayor incremento de volumen en el día 5 conforme termina la producción del calostro. Este crecimiento continúa hasta llegar aproximadamente a los 700 ml diarios (21).
- **Leche madura.** A partir del primer mes cumplido por el bebé, se considera que la lactancia materna ha quedado establecida de manera correcta y es de libre demanda, llegando a alcanzar su nivel maduro. El volumen producido en esta etapa es de 700 a 900 ml por día (21).

Las proteínas, carbohidratos y grasas son de fácil digestión y absorción, de esta manera se asegura el aprovechamiento de nutrientes con el objetivo de fortalecer y continuar desarrollando un sistema inmunitario fuerte, garantizando así la salud del niño durante su primera etapa (21).

En cualquiera de sus 4 etapas contiene a grandes rasgos: anticuerpos contra enfermedades, hormonas que regulan el apetito, ácidos grasos para el desarrollo del cerebro, citoblastos que son necesarios para el desarrollo y sanación de órganos, bacterias benéficas para el sistema digestivo y prebióticos para la operación del intestino delgado (21).

La lactancia materna es la mejor manera de alimentar a los bebés, proporcionándoles la nutrición equilibrada que necesitan y proporcionándoles protección contra las enfermedades. Si el niño no se alimenta con leche de su madre es posible que sufra de una desnutrición la misma que en las primeras etapas de la vida puede causar daños extensos e irreversibles al crecimiento corporal y el desarrollo del cerebro (9).

Beneficios de la lactancia materna para el bebé:

- Ayuda a su desarrollo cognitivo y sensorial. Ayuda a incrementar la inteligencia de los bebés. En estudios realizados, los adultos que fueron amamantados de bebes obtuvieron 3,4 puntos más en los indicadores de desarrollo cognitivo (9).
- Además de proporcionar una nutrición óptima y protección contra infecciones y mortalidad, los elementos presentes en la leche materna probablemente influyen en la programación epigenética durante un período crítico en el cual la expresión de los genes está en proceso de desarrollo y tendrá efectos a lo largo de toda la vida (9).
- Los ayuda a crear defensas y protección contra enfermedades infecciosas y crónicas bastante frecuentes en la infancia tales como la neumonía, la diarrea o la otitis. Asimismo, ayuda a tener una recuperación más rápida debido al traspaso de anticuerpos de la madre (22). Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que amantar por 6 meses o más se encuentra asociada con una reducción del 19% en el riesgo de padecer leucemia durante la niñez, dicho dato en contraste con un período más corto o sin amamantar (9).
- Iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida ofrece protección al bebe contra infección y reduce la tasa de mortalidad neonatal (22).
- La leche materna provee los nutrientes esenciales y adecuados en calidad y cantidad para promover un óptimo desarrollo del recién nacido. Asimismo, posee bacterias benéficas muy importantes para la digestión y la absorción de nutrientes (22).
- Algunas investigaciones indican que las personas que fueron amamantadas durante la infancia poseen menos probabilidades de desarrollar sobrepeso, hipertensión u obesidad en la adolescencia y la edad adulta (22).
- Además de su función como alimento, el amamantar también crea un alivio frente al dolor como, por ejemplo, durante la administración de alguna vacuna (22).
- Durante la interacción de la lactancia incrementa el apego entre madre e hijo (9).

Beneficios de la lactancia materna para la madre:

- Fortalece el vínculo emocional entre madre e hijo al aumentar los niveles de oxitocina durante la lactancia materna (9).

- Ayuda a prevenir la anemia postparto al disminuir las posibilidades de sufrir anemia ferropénica debido a la producción de oxitocina durante la lactancia materna, que reduce las pérdidas de sangre (9).
- Aquellas madres que amamantan tienen menos riesgo de sufrir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, lo que lleva a la recomendación de la Asociación Americana del Corazón de mantener la lactancia materna durante al menos el primer año de vida del bebé, ya que cada seis meses de lactancia adicional disminuye el riesgo en un porcentaje entre el 3 y el 4% (9).
- Mejora la presión arterial, ya que la oxitocina durante la lactancia ayuda a regular la presión arterial basal, sistólica y diastólica, y aumenta el umbral del dolor, promoviendo una sensación de bienestar (9).
- Disminuye la probabilidad de padecer enfermedades cardíacas y diabetes. La lactancia materna reduce el riesgo de enfermedades cardíacas y diabetes tipo 2 a lo largo de la vida de la madre (9).
- Ayuda a reducir los síntomas de depresión postparto, debido a que, según los resultados obtenidos de múltiples estudios, la oxitocina tiene efectos antidepresivos (9).
- Facilita la contracción uterina y previene hemorragias postparto, lo que es crucial para la salud materna al dar a luz. El contacto piel con piel y la lactancia materna en la primera hora de vida del bebé favorecen este proceso (9).
- Reduce el riesgo de cáncer. Cada mes adicional de lactancia también disminuye el riesgo de varios tipos de cáncer, como el de mama, ovarios y útero (9).
- La lactancia materna facilita una pérdida más rápida del peso extra obtenido durante el embarazo (9).

Se recomienda alimentar según las necesidades del bebé, sin seguir un horario determinado. Además, la duración de cada toma debe ajustarse a las necesidades individuales del niño. La lactancia materna a demanda se refiere a la alimentación basada en las señales del bebé, generalmente de 8 a 12 veces en un período de 24 horas, aunque este patrón puede variar ampliamente (23).

Conforme el bebé crece, su capacidad estomacal también aumenta, lo que le permite consumir gradualmente mayores cantidades de leche materna en cada toma. Durante las primeras semanas y meses, el intervalo entre cada alimentación comenzará a ampliarse, normalmente entre 2 y 4 horas para la mayoría de los bebés que son exclusivamente amamantados. Algunos bebés pueden necesitar ser alimentados más

frecuentemente, incluso una vez por hora, en lo que comúnmente se conoce como "alimentaciones de maratón", mientras que otros pueden mostrar intervalos de sueño más prolongados, de 4 a 5 horas (24).

B. Lactancia artificial

La alimentación artificial, también conocida como alimentación con fórmula, implica alimentar al bebé con un producto diseñado como un sustituto parcial o completo de la leche materna. Este tipo de leche ofrece una adecuada provisión de nutrientes para satisfacer las necesidades del bebé.

El propósito de elaborar fórmulas artificiales es imitar tanto la composición como los efectos funcionales de la leche materna. Todas las fórmulas disponibles en el mercado cumplen con las regulaciones europeas y son consideradas válidas. La distinción entre ellas radica en la inclusión de ingredientes no regulados, cuya idoneidad ha sido respaldada por estudios clínicos (25).

Existen 3 tipos de fórmulas artificiales, sin embargo, con fines de la presente investigación solamente se considera a los Preparado para lactantes tipo 1 o de inicio recomendado solamente hasta los primeros 6 meses de edad, aunque puede usarse junto a la dieta complementaria hasta el primer año de vida (25).

La proporción de nutrientes debe replicar la de la leche materna: aproximadamente el 50-55% de las calorías provienen de la grasa, entre el 35-50% de carbohidratos y alrededor del 5% de proteínas, manteniendo un aporte energético similar de 67-70 kcal por cada 100 ml (25).

Los principales elementos con los que cuenta este tipo de lactancia son:

- **Proteínas:** En las fórmulas artificiales, la beta lactoglobulina, presente en la leche de vaca, pero ausente en la leche materna, es predominante. Esta proteína carece de propiedades inmunológicas y tiene un mayor potencial alergénico. Se ha demostrado que consumir una excesiva cantidad de proteínas en los primeros meses de vida conduce a un crecimiento acelerado y un mayor índice de masa corporal a partir de los 6 meses, manteniéndose esta tendencia hasta los 6 años. También incrementa el riesgo de síndrome metabólico en prematuros y en bebés pequeños para la edad gestacional (PEG) (25).

- **Hidratos de carbono:** la lactosa, formada por glucosa y galactosa, es el principal disacárido que se encuentra en las fórmulas para lactantes, con un contenido mínimo de 4,5 g por cada 100 kcal, excepto en las variantes sin lactosa. Además de ser una importante fuente de energía, la lactosa ayuda a mantener un pH ácido en el intestino, lo que favorece la absorción de minerales y promueve el crecimiento de bacterias beneficiosas, como el Lactobacillus bifidus (25).

  Tanto la glucosa como la galactosa, que se encuentran en forma de monosacáridos, también proporcionan energía. No obstante, la galactosa desempeña un papel crucial en la formación de galactocerebrósidos, los cuales son primordiales para el desarrollo cerebral temprano (25).
- **Probióticos:** los probióticos son organismos microscópicos vivos que, al administrarse en cantidades adecuadas, proporcionan beneficios para la salud del individuo al mejorar el equilibrio de la flora intestinal (25).
- **Simbióticos:** se le conoce como simbiótico al producto de la combinación de, al menos, un probiótico y un prebiótico, y también pueden ser añadidos a los preparados lácteos (25).
- **Grasas:** la adición de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (LC-PUFA), como el ácido docosahexaenoico (DHA) y la membrana del glóbulo graso, a las fórmulas infantiles tiene un efecto beneficioso en el desarrollo cognitivo, visual e inmunológico de los bebés. La absorción de la grasa en la leche de vaca es considerablemente menor que en la leche materna, alcanzando aproximadamente el 60% en comparación con el 90% de la leche materna. La ESPGHAN recomienda que la absorción sea de al menos el 85% (25).
- **Vitaminas y minerales:** la adecuada ingesta de calcio, fósforo, magnesio y vitamina D es crucial para el desarrollo óseo adecuado. Dado que la absorción de calcio en las fórmulas infantiles es menos eficiente, se recomienda que la cantidad mínima no sea inferior a 50 mg por cada 100 kcal. La relación entre calcio y fósforo debe estar en un rango de 1 a 2.

  Respecto al hierro, su disponibilidad es menor en las fórmulas infantiles en comparación con la leche materna, por esta razón se requieren mayores cantidades en las fórmulas, con aproximadamente 0,3-1,3 mg por cada 100 kcal en las fórmulas de inicio y 0,62 mg por cada 100 kcal en las fórmulas de continuación (25).

También existen algunas ventajas que ofrecen las fórmulas tales como:

- Permite controlar la cantidad exacta de ingesta de leche para lactante (25).
- Existe gran disponibilidad en el mercado (25).
- Permite participar a otros en el cuidado del bebé (25).
- Es una excelente alternativa en los casos donde exista una contraindicación del consumo de leche materna exclusiva. Esto puede deberse a una detección de VIH, alcoholismo o adicción de drogas de la madre. Asimismo, por herpes en zona mamaria, cáncer de mama, entre otras complicaciones (8).

Asimismo, existen desventajas de este tipo de lactancia, a saber:

- Los productos lácteos no brindan al bebé las propiedades inmunológicas necesarias y presentes en la leche materna. A pesar de que las fórmulas infantiles son diseñadas para imitar la composición de la leche materna, carecen de estas ventajas inmunológicas (8).
- La digestión del lactante será más lenta con fórmula que con leche materna (8).
- Puede producir estreñimiento y gases en el bebé (8).
- Involucra un costo importante en el presupuesto de los padres (8).

Cantidad y frecuencia de la toma de fórmulas

El estómago de un recién nacido es muy pequeño, por lo que no requiere de grandes cantidades de fórmula infantil en cada alimentación para sentirse satisfecho (26).

Inicialmente, el bebé puede consumir entre 1 y 2 onzas de fórmula infantil cada 2 a 3 horas durante los primeros días de vida, si este se encuentra recibiendo exclusivamente fórmula infantil y no leche materna. Si el bebé muestra señales de hambre, se le puede ofrecer más (26).
Durante las primeras semanas y meses, el intervalo entre cada alimentación será más largo, aproximadamente cada 3 a 4 horas para la mayoría de los bebés alimentados con fórmula infantil. Esto implica que los padres pueden necesitar despertar al bebé para alimentarlo. Para ello, pueden intentar darle palmaditas, acariciarlo, desvestirlo o cambiarle el pañal y posteriormente alimentarlo (26).

C. Lactancia mixta

La Lactancia Mixta (LM) combina la leche materna con fórmulas infantiles/sustitutos de leche materna (1). Generalmente, esta práctica se adopta en el momento que la progenitora regresa al trabajo y no puede seguir con la LME, integrándose así la alimentación artificial y materna en la dieta del lactante. Este tipo de lactancia puede comprometer la salud del lactante, ya que incrementa la vulnerabilidad a enfermedades infecciosas y podría resultar en un aporte nutricional insuficiente, afectando su desarrollo y crecimiento adecuado (27).

Es crucial destacar que, al usar sucedáneos, es imprescindible que los recipientes empleados para la lactancia se limpien meticulosamente, siguiendo las indicaciones del fabricante (6). La Lactancia Artificial (LA) son leches de origen animal, principalmente de vaca, o de origen vegetal como la soya. Aunque las fórmulas artificiales han evolucionado para asemejarse a la leche materna, según la Sociedad Europea de Nutrición Pediátrica, aún carecen de componentes inmunitarios y hormonales esenciales (25). Como consecuencia, los lactantes alimentados con estas fórmulas tienden a enfermar más frecuentemente de diversas dolencias médicas que incluyen, trastornos digestivos, afecciones respiratorias, otitis y alergias.

Por ello en la primera etapa de vida, se recomienda emplear una fórmula que sea apta para esta etapa inicial, y después del medio año se cambia a una fórmula de continuación (28). Este tipo de lactancia generalmente se recomienda en casos específicos: neonatos prematuros con un peso por debajo del promedio, aquellos con trastorno metabólico de la galactosa, o en situaciones donde la madre tenga VIH, problemas de drogadicción o esté bajo tratamientos agresivos como la quimioterapia (25).

2.2.2. Estado nutricional

- **Definición**

El estado nutricional es la condición en la que se encuentra el organismo en relación a la ingesta de nutrientes y es medido a través de los parámetros nutricionales (29).

La condición corporal de una persona surge como resultado del equilibrio entre la energía consumida, las adaptaciones fisiológicas tras la absorción de nutrientes y las

necesidades metabólicas individuales. Este estado interno refleja cómo se gestionan y emplean la energía y los nutrientes a nivel celular, siendo influenciado por la dieta, el estado de salud y las demandas energéticas personales. En cada momento, indica si la ingesta, absorción y utilización de los nutrientes son apropiadas para cubrir las necesidades del organismo (30).

- **Valoración del estado nutricional**

Evaluar la salud y el bienestar nutricional de un individuo o una comunidad requiere analizar en qué medida la ingesta de nutrientes satisface las necesidades fisiológicas, bioquímicas y metabólicas. Este equilibrio entre necesidades y aceptación está influenciado por una serie de factores como el sexo, la edad, las condiciones fisiológicas y patológicas y los entornos culturales, educativos y psicosociales (31).

Una dieta equilibrada implica que cada individuo recibe cantidades adecuadas de nutrientes y energía. La deficiencia prolongada de ciertos nutrientes puede provocar una deficiencia tisular, lo que da lugar a cambios bioquímicos que eventualmente se manifiestan como síntomas clínicos. Por otro lado, cantidades excesivas de determinados nutrientes pueden provocar toxicidad u obesidad (31).

El propósito de la valoración del estado nutricional es identificar los primeros grupos en riesgo de desnutrición, desarrollar planes de salud y nutrición y monitorear la efectividad de diferentes regímenes nutricionales (31).

Estudio de las medidas antropométricas

Martínez (32) menciona en su investigación que la evaluación nutricional es aquella que se lleva a cabo mediante la medición del peso, la talla y el perímetro cefálico. Estas mediciones se realizan como parte del seguimiento del crecimiento y desarrollo de todos los niños menores de 5 años. Esta labor se realiza en el área de Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED) en los centros de salud, así como en otras instituciones o mediante visitas domiciliarias realizadas por personal especializado.

Los registros de peso, talla y perímetro cefálico deben ser documentados en el historial clínico y en la tarjeta de control general de salud de los niños menores de 60 meses, siendo la medida del perímetro cefálico relevante hasta los 3 años (32).

Se graficará la curva de desarrollo marcando al menos dos puntos de referencia con los resultados obtenidos de peso y talla. Al unir estos puntos se obtendrá una representación visual de la tendencia y la velocidad de crecimiento del niño (32).

- **Clasificación nutricional según el Ministerio de Salud**

Todos los niños deben someterse a evaluaciones durante los primeros años de vida para monitorear su estado de salud nutricional (33).

a) Peso para la edad

Es el indicador obtenido al comparar el peso del niño o la niña con el peso de referencia adecuado para su edad, ya sea en semanas, meses o años. Este indicador puede identificar desnutrición en una edad específica al cotejarlo con los datos de referencia. Además, es sensible para detectar cambios nutricionales en el seguimiento longitudinal de niños y niñas, siempre que se disponga de un número suficiente de controles. Es particularmente útil durante los primeros 6 meses de vida (33).

Punto de Corte (Desviaciones Estándar)	**Peso para la edad Clasificación**
> 3 DE	
> 2 DE	Sobrepeso
2 DE a -2 DE	Normal
< -2 DE a -3 DE	Bajo peso
< -3 DE	Bajo peso severo

DE: Desviación estándar

b) Peso para la talla

Es el indicador que se obtiene al comparar el peso del niño o niña con el peso de referencia correspondiente a su longitud o estatura. Este indicador refleja el peso corporal en proporción a la longitud o estatura, y señala el nivel de reservas calóricas. De este modo, permite identificar a niños y niñas con desnutrición aguda (adelgazados o emaciados) así como a aquellos con sobrepeso y obesidad. Dado

que el indicador P/E no es tan sensible, cualquier niño o niña con un peso para la talla normal no se considera malnutrido, independientemente de su P/E (33).

Punto de Corte (Desviaciones Estándar)	Peso para la talla Clasificación
> 3 DE	Obesidad
> 2 DE	Sobrepeso
2 DE a -2 DE	Normal
< -2 DE a -3 DE	Bajo peso/Emaciado
< -3 DE	Bajo peso severo

c) Talla para la edad

Es un indicador que refleja el crecimiento lineal en términos de longitud o estatura para la edad, obtenido al comparar la longitud o estatura del niño o niña con la referencia correspondiente a su edad. Este indicador también identifica la talla baja (desnutrición crónica) y es un excelente indicador del estado nutricional a largo plazo (33).

Punto de Corte (Desviaciones Estándar)	Talla para la edad Clasificación
> 3 DE	
> 2 DE	Alto
2 DE a -2 DE	Normal
< -2 DE a -3 DE	Talla baja
< -3 DE	Talla baja severa

Es crucial intervenir oportunamente cuando los niños presentan riesgos significativos, como síntomas de obesidad o sobrepeso, especialmente durante los primeros 6 meses de vida, fomentando la lactancia materna y, si es necesario, utilizando suplementos lácteos para mejorar la alimentación (32).

- **Nutrición en el lactante**

Durante este período, es necesario que el lactante ingiera el aporte adecuado de proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua para cubrir el mantenimiento de las funciones basales, el gasto energético y la demanda que conlleva la formación de tejidos nuevos (34).

Las pautas alimentarias deben ser adaptadas a las necesidades individuales de cada bebé, las cuales dependen de varios aspectos como la edad, el ritmo de crecimiento, el metabolismo basal, las condiciones climáticas, así como las reservas previas, entre otros factores (34).

- Energía: 90 – 140 kcal. /kg. /día
- Lípidos: 3,5-6 g./kg. /día
- Proteínas: 2 – 2,2 g. /kg. /día
- Agua: 1-1,5 ml. /kg. /día
- Hidratos de carbono: 8-12 g./kg. /día
- Vitaminas y Minerales: RDA 89/1 RE 83

2.3. Terminología básica

- **Calostro.** Es la primera leche que produce la madre de manera inmediata después del parto. Esta se mantiene hasta el día 4 de nacido del bebé (21).
- **Estado nutricional.** Condición o estado de salud en la que una persona se encuentra en relación con los nutrientes de su régimen alimentario (35).
- **Lactancia materna.** Forma correcta de brindar los nutrientes necesarios a los bebés y niños para un desarrollo y crecimiento adecuado mediante la leche producida por el seno materno (8).
- **Nutrición.** Se refiere a llevar una alimentación adecuada en relación con las necesidades dietéticas del organismo (36).

2.4. Hipótesis

H_1: La relación entre los tipos de lactancia y el estado nutricional es significativa en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024

H_0: La relación entre los tipos de lactancia y el estado nutricional no es significativa en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024

2.5. Variables

Variable 1: Tipos de lactancia
Variable 2: Estado nutricional

2.6. Definición conceptual y operacionalización de variables

Tipo de variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Variable 1. **Tipos de lactancia.** Manera adecuada de brindar a los lactantes los nutrientes necesarios para su correcto desarrollo y crecimiento (8).	Prácticas alimentarias predominantes durante los primeros seis meses de vida	Lactancia con fórmula	Sí - No	Nominal
		Lactancia mixta	Sí - No	
		Lactancia materna exclusiva	Sí - No	
Variable 2. Estado nutricional Es la condición en la que se encuentra el organismo de un niño menor de 6 meses en relación a la ingesta de nutrientes (29).	Evaluación del estado nutricional del niño de 0 a 6 meses a través de indicadores antropométricos obtenidos mediante medición directa, comparados con los estándares de referencia establecidos por la OMS para la edad y el sexo del lactante.	Peso/Edad	Sobrepeso: > 2 DE Normal: 2 DE a -2 DE Bajo peso: < -2 DE a -3 DE Bajo peso severo: < -3 DE	Nominal
		Peso/Talla	Obesidad: > 3 DE Sobrepeso: > 2 DE Normal: 2 DE a -2 DE Bajo peso/Emaciado: < -2 DE a -3 DE Bajo peso severo: < -3 DE	
		Talla/Edad	Alto: > 2 DE Normal: 2 DE a -2 DE Talla baja: < -2 DE a -3 DE Talla baja severa: < -3 DE	

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de investigación

El diseño de la presente investigación correspondió a un estudio no experimental, debido a que no se realizó ningún tipo de manipulación de las variables; y de corte transversal porque la información se recolectó en un solo momento; tipo descriptivo, ya que el propósito del estudio consistió en analizar y exponer las mismas variables. Es de tipo correlacional debido a que pretendió medir la relación existente entre las variables tipos de lactancia materna y estado nutricional en niños menores de 6 meses (37).

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo y de naturaleza prospectiva.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se realizó en el Centro de Salud Baños del Inca, ubicado en el Jr. Yahuar Huaca N° 515 del distrito del mismo nombre, provincia y departamento de Cajamarca. Baños del Inca limita al sur con los distritos de Namora y Llacanora, al este con el distrito de Encañada y por el oeste con el distrito de Cajamarca.

En el distrito de los Baños del Inca, el fenómeno de origen climático más recurrente son las inundaciones que se muestran durante los periodos extraordinarios de lluvias. La actividad pluvial en la ciudad de los Baños del Inca en condiciones normales no causa mayor daño o trastorno. Sin embargo, en eventos extraordinarios se producen daños en la ciudad y zonas adyacentes.

La población estuvo constituida por 142 niños menores de 6 meses y sus respectivas madres programadas para atención de control de crecimiento y desarrollo (CRED) en el Centro de Salud Baños del Inca.

N = 142

3.3. Muestra y muestreo

El tamaño de la muestra se calculó para estimar la proporción de niños menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva (P = 0.96) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5% teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ_{\alpha-1}^2 pq}{E^2(N-1) + Z_{\alpha-1}^2 pq}$$

$$n = \frac{142(1{,}96)^2(0{,}9626)(0{,}0374)}{0{,}05^2(142-1) + (1{,}96)^2(0{,}9626)(0{,}0374)}$$

$$n = 102$$

Donde:

N = 142 (Tamaño de la población)

$Z_{\alpha-1}$= 1,96 (Confiabilidad al 95%)

p = 0,9426 (Proporción estimada de niños menores de 6 meses que son alimentados con lactancia materna exclusiva).

q = 0,0374 (Complemento de P)

E = 0,05 (Tolerancia de error en las mediciones)

n = 102 (Tamaño de la muestra)

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple, es decir que cada uno de niños y sus respectivas madres, tuvieron la oportunidad de ser elegidos.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los niños menores de 6 meses atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca y sus respectivas madres.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

- Niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca.
- Niños menores de 6 meses de ambos sexos.
- Niños cuyas madres firmaron el consentimiento informado.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Niños con enfermedades congénitas que puedan alterar el estado nutricional del niño o la lactancia materna.
- Niños nacidos pretérmino.

3.6. Procedimientos, técnicas e instrumento de recolección de datos

Se tuvo en cuenta los siguientes procedimientos:

a) Se solicitó el permiso correspondiente al director del Centro de Salud Baños del Inca previa información del objetivo e importancia de la investigación (Anexo 1).
b) Después de obtener la respuesta, al permiso solicitado, por el director regional, se procedió con la recolección de datos. (Anexo 2).
c) Se visitó diariamente el Consultorio de Cuidado Integral del Niño y Niña donde se conversó con las madres de los niños menores de 6 meses, a quienes se les informó del propósito de la investigación y se les solicitó la firma del consentimiento informado.
d) Se evaluó el estado nutricional del niño menor de 6 meses, para lo cual se lo pesó y talló según las normas correspondientes y se verificó en las curvas nutricionales según el sexo del niño.

Las técnicas utilizadas fueron la encuesta y la observación.

3.7. Descripción del instrumento

Los instrumentos fueron los siguientes:

- **Ficha de recolección de datos la cual estuvo estructurada de la siguiente manera:**

I. Datos de la madre del menor, como la edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia y ocupación

II. Datos del niño menor de 6 meses, con información relativa a la edad y antropometría del niño.

III. Estado nutricional del niño menor de 6 meses, considerando:
Bajo peso severo, bajo peso/emaciado, Normal, Sobrepeso y obesidad

IV. Tipo de lactancia materna donde se recabó información considerando si el niño estaba siendo amamantado con lactancia materna exclusiva, lactancia artificial o lactancia mixta. (Anexo 3)

- **Curvas de desviación estándar de la OMS** y adaptados por el Ministerio de Salud en donde se interpretan los datos antropométricos del niño menor de 6 meses. Su evaluación se basa en los puntos de corte (Desviación Estándar DE) correspondientes a los índices de peso para edad (P/E), peso para talla (P/T) y talla para edad (T/E), definidos de la siguiente manera: **(**Anexo 4)

Clasificación del estado nutricional según la OMS (33)

Desviación estándar	Peso para la edad	Peso para la talla	Talla para la edad
> 3 DE		Obesidad	
> 2 DE	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
2 DE a -2 DE	Normal	Normal	Normal
< -2 DE a -3 DE	Bajo peso	Bajo peso/Emaciado	Talla baja
< -3 DE	Bajo peso severo	Bajo peso severo	Talla baja severa

Validación y confiabilidad

Las tablas de interpretación antropométrica han sido validadas por el Ministerio de Salud y ampliamente utilizadas en todo el territorio peruano, por lo tanto, no requiere una nueva validación, sin embargo, se ha creído conveniente solicitar el apoyo de 03 jueces, expertos en el tema (Anexo 5)

La confiabilidad de las pruebas fue realizada mediante una prueba piloto a 10 madres y sus respectivos niños y se utilizará el estadístico Alfa de Cronbach obteniendo un resultado de 0,890 que significa una alta confiabilidad de los instrumentos (Anexo 6).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el programa SPSS Statistics® v. 27 después de la recopilación de datos se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Se tuvo en cuenta las frecuencias absolutas y relativas, que se presentaron en tablas según los objetivos específicos de esta investigación.
Estadística analítica. Para el análisis, se aplicó la prueba de Chi cuadrado con el fin de determinar la relación entre el estado nutricional y los tipos de lactancia en niños de 0 a 6 meses. Se consideró significativo un valor de $p<0,05$ y altamente significativo un valor de $p<0,01$.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad y confiabilidad de la información se determinó mediante la prueba de operatividad y funcionalidad del instrumento de recolección de datos en base a una prueba piloto realizada en 10 mujeres climatéricas y luego sometida a la prueba estadística Alfa de Crombach obteniendo un resultado de 0.890 indicando una alta confiabilidad.
Se asume, además, un 95% de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información ha sido recogida por la investigadora.

3.10. Criterios éticos

La presente investigación estuvo tutelada por criterios que buscaron asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como:

Consentimiento informado: mediante el cual la madre del niño menor de 6 meses, con pleno uso de sus facultades, aceptó libre y voluntariamente participar de la investigación al igual que su menor hijo.

Autonomía: principio que otorgó a la madre la decisión de participar libremente y de expresar su opinión sin ser coaccionada por parte de la investigadora.

Privacidad: se garantizó el todo momento, a las madres y sus bebés, un entorno libre de intrusiones y miradas externas para evitar cualquier incomodidad.

Principio de beneficencia: el cual establece que la investigadora debió actuar en todo momento con la obligación moral de generar beneficio, buscando su bienestar y evitando causar daño.

Confidencialidad: dirigido a considerar que la información proporcionada por las madres de los niños menores de 6 meses se ha mantenido de forma confidencial y ha sido utilizada solamente con fines de la presente investigación.

CAPÍTULO IV

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Características socioculturales de las madres de los niños menores 6 meses de edad del Centro de Salud Baños del Inca, 2024

Factores socioculturales	nº	%
Edad		
< 15 años	1	1,0
15 - 19 años	9	8,8
20 - 34 años	75	73,5
> 35 años	17	16,7
Estado civil		
Soltera	6	5,9
Casada	17	16,7
Conviviente	79	77,5
Grado de instrucción		
Analfabeta	2	2,0
Primaria incompleta	9	8,8
Primaria completa	12	11,8
Secundaria incompleta	11	10,8
Secundaria completa	27	26,5
Superior técnica	20	19,6
Universitaria	21	20,6
Procedencia		
Zona rural	71	69,6
Zona urbana	31	30,4
Ocupación		
Ama de casa	77	75,5
Empleada del hogar	2	2,0
Estudiante	12	11,8
Empleada pública	3	2,9
Empleada del sector privado	2	2,0
Independiente	6	5,9
Total	102	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla se puede observar que el 73,5% de las madres tienen entre 20 y 34 años, seguido del grupo de mayores de 35 años (16,7%). Las cifras encontradas son consistentes con la tendencia general de la maternidad en la edad adulta joven, etapa que suele estar relacionada con una mayor estabilidad física, social y económica, lo cual puede influir positivamente en el tipo de lactancia que se use y los cuidados hacia el niño. Asimismo, solo un 1% de las madres tenía menos de 15 años, lo cual es un fiel indicador de una baja prevalencia de maternidad adolescente esta población estudiada específicamente.

Las cifras presentadas son similares a las encontradas en el estudio de Guevara et al. (17), quien encontró que la mayoría de las gestantes tenía entre 25 y 34 años equivalente al 63,4% del total. Aunque los rangos etarios de su investigación fueron divididos de distinta manera, su categorización de edad se encuentra dentro del rango realizado en el presente estudio. Asimismo, también se encontró similitud en el porcentaje de madres mayores de 35 años equivalente al 15,9%. De igual manera, en el estudio de Maqui (38), se reportó que la mayoría de madres (84,3%) tenía entre 19 y 35 años.

La edad materna se reconoce como un factor determinante en la adopción y mantenimiento de la lactancia materna. Investigaciones recientes indican que las mujeres en el rango de 18 a 29 años suelen mostrar un nivel de conocimiento más adecuado y prácticas de lactancia más favorables en comparación con madres adolescentes o aquellas que se encuentran fuera de este intervalo considerado óptimo (39). No obstante, se ha documentado que las madres en edades muy tempranas, especialmente durante la adolescencia, enfrentan mayores dificultades relacionadas con la falta de experiencia, menor madurez emocional y la ausencia de redes de apoyo efectivas, lo cual tiende a derivar en una interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva (40).

Además, la literatura especializada resalta que la edad de la madre no solo condiciona el nivel de información disponible, sino también la capacidad para superar obstáculos técnicos en el proceso de amamantamiento. En particular, las madres más jóvenes pueden presentar limitaciones en la implementación de prácticas recomendadas debido a la falta de experiencia práctica y orientación adecuada, lo que incide negativamente en la continuidad y calidad de la lactancia (41).

En cuanto al estado civil, se puede evidenciar que el 77,5% de las madres son convivientes, lo cual puede influir en la elección del tipo de lactancia, pudiendo optar de manera favorable en la decisión y mantenimiento de la lactancia materna, al contar con apoyo emocional económico. Asimismo, solo el 5,9% afirman ser solteras, lo cual podría significar un grupo con potencial vulnerabilidad, ya que la literatura ha demostrado que las madres sin pareja estable suelen enfrentar mayores barreras para mantener la lactancia exclusiva (42).

Estos datos son similares a los reportados en la investigación de Guevara et al. (17), quien indicó que la mayoría de las madres eran convivientes (53,1%), sin embargo, difiere con el porcentaje de madres solteras encontradas (19%), el cual sigue siendo una cifra más baja pero no tanta como la relevada en el presente estudio. Sin embargo, estos datos difieren con lo reportado por Aguilar et al. (10), quien indicó que la mayoría de las madres eran casadas (43,3%).

El estado civil de la madre constituye un factor clave para comprender el nivel de apoyo social con el que cuenta, elemento que influye de manera directa en la continuidad y calidad de la lactancia materna. Estudios realizados señalan que las madres casadas o que conviven con una pareja tienden a disponer de un mayor respaldo familiar y emocional, lo cual favorece la implementación de prácticas adecuadas de lactancia. En contraste, las madres solteras suelen enfrentar mayores desafíos, principalmente por la falta de apoyo constante y la exigencia de asumir simultáneamente responsabilidades económicas y de cuidado (43).

Asimismo, diversas investigaciones destacan que contar con una pareja estable puede facilitar la adherencia a la lactancia materna exclusiva. En este contexto, el acompañamiento afectivo y el respaldo económico se posicionan como factores determinantes en la decisión de mantener la lactancia durante los primeros meses de vida del recién nacido. Esta dinámica resalta cómo las condiciones del entorno familiar influyen significativamente en el desarrollo de prácticas de alimentación infantil saludables (44).

Respecto al nivel educativo, se puede observar una prevalencia entre las madres con secundaria completa (26,5%), seguido de la educación universitaria con 20,6% y la superior técnica con 19,6%. Estos dos últimos, a pesar de que individualmente sean cifras menores, en conjunto equivalen al 40,2% de un tercer nivel de educación, ya que estudios muestran que mayor nivel educativo se asocia con mayor conocimiento

sobre los beneficios de la lactancia materna y mayor probabilidad de practicarla correctamente (45). Sin embargo, también se puede observar un bajo nivel educativo en cifras menores: el 2% de las madres afirma ser analfabeta y el 8,8% tiene primaria incompleta, lo cual puede significar que estos grupos requieren de mayor atención, debido a que podrían tener un acceso limitado a la información sobre salud materno-perinatal.

Las cifras difieren con lo reportado en la investigación de Guevara et al. (17), donde el 47,2% presentó estudios secundarios y el 28,3% tenía estudios superiores. Además, la cifra de madres sin grado de instrucción (11%) es significativamente más elevada que el del presente estudio. Por otro lado, en el estudio de Malqui (38), se encontró una relativa equivalencia entre las madres con grado de instrucción secundaria (51,4%) y superior (48,6%), prevaleciendo la primera.

El nivel educativo es un determinante social de la salud muy importante con efectos positivos para el bienestar del individuo, pero al mismo tiempo es un importante factor para que la mujer consiga un empleo remunerado fuera del hogar y aportar económicamente al hogar, pero que implica también abandonar la lactancia porque la mayoría de instituciones son carentes de lactarios, situación que conlleva a la compra de fórmulas para alimentar al bebé.

Precisamente, Carranza (39,46) señala que el nivel educativo de la madre ejerce una influencia compleja en la práctica de la lactancia materna. Por un lado, contar con un mayor grado de instrucción suele estar vinculado a una mejor comprensión de los beneficios de la lactancia y de las técnicas adecuadas para llevarla a cabo, lo cual facilita la adopción de prácticas saludables y fundamentadas. Sin embargo, algunos estudios señalan que, en ciertos contextos, las madres con mayor formación académica presentan tasas más bajas de lactancia materna exclusiva, lo cual podría explicarse por su participación activa en el mercado laboral y por la reincorporación temprana a sus actividades profesionales (47).

Este doble efecto revela que, si bien la educación formal mejora el acceso a información y la capacidad de aplicar buenas prácticas de amamantamiento, también puede generar condiciones que dificultan la permanencia en la lactancia exclusiva, especialmente cuando no existen mecanismos de conciliación entre la vida laboral y el cuidado del recién nacido. Por lo tanto, el impacto del nivel educativo en la lactancia debe interpretarse como una variable ambivalente que requiere ser acompañada de

políticas institucionales que garanticen entornos favorables para que las madres puedan ejercer su derecho a amamantar sin que ello implique renunciar a su desarrollo profesional (48).

Referente a la procedencia, el 69,6% de las madres proviene de zonas rurales. Este dato resulta relevante, debido a que en comunidades rurales pueden persistir prácticas tradicionales de alimentación infantil, y también pueden existir barreras en el acceso a servicios de salud, consejería en lactancia y apoyo institucional. Asimismo, algunas investigaciones sugieren que las madres de procedencia rural tienden a practicar lactancia materna con mayor frecuencia, aunque no siempre exclusiva, debido a condiciones económicas y culturales (49).

Los datos encontrados difieren con lo reportado por Guevara et al. (17), donde se observó una equivalencia relativa entre ambas variables geográficas, no obstante, prevaleció la zona urbana con 52,8%. Por otro lado, en la investigación de Vargas et al. (50), se reportó que el 96% de madres provenía de Candarave una zona rural.

Las mujeres de la zona rural generalmente amamantan a sus hijos con lactancia materna exclusiva porque es una forma cultural arraigada de una generación a otra, estas mujeres siempre vieron dar de lactar a su madre u otras madres de su comunidad; no sienten mayor vergüenza de exteriorizar sus mamas en público para dar de lactar a sus hijos al mismo tiempo generalmente no dispone de la economía necesaria como para comprar sucedáneos, lo que no ocurre en la zona urbana, en la que las mujeres inclusive, tienen temor a perder la tonicidad de las mamas, entre otras.

La procedencia de la madre, entendida como su origen rural o urbano, influye de manera significativa en las prácticas de lactancia, dado que condiciona el acceso a servicios de salud, la transmisión de saberes culturales y la disponibilidad de redes de apoyo comunitario. En zonas rurales, a pesar de las limitaciones en el acceso a información actualizada o a servicios especializados, suele observarse una mayor adherencia a prácticas tradicionales, entre ellas la lactancia materna exclusiva, sostenida por costumbres arraigadas y una mayor presencia de la madre en el entorno doméstico. En cambio, en contextos urbanos, aunque las madres tienen acceso a mayor formación educativa y soporte institucional, también se presenta una tendencia creciente a introducir alimentos complementarios de forma anticipada, influenciada

tanto por las exigencias laborales como por cambios en las creencias y estilos de vida propios del ámbito urbano (43,51).

Asimismo, diversos estudios desarrollados en áreas urbanas han señalado que la falta de políticas de apoyo efectivo, junto con la exposición constante a mensajes que promueven el uso de fórmulas comerciales, puede afectar negativamente la práctica de la lactancia materna exclusiva. En contraste, en comunidades rurales, el peso de las tradiciones y el mayor tiempo que las madres dedican al cuidado directo de sus hijos favorecen la prolongación de la lactancia (52). En ese sentido, el entorno de origen no solo determina las condiciones materiales, sino también las creencias y dinámicas sociales que configuran la forma en que se alimenta a los lactantes durante sus primeros meses de vida.

En cuanto a la ocupación, se identifica que el 75,5% de las madres son amas de casa, lo cual puede significar una ventaja para el establecimiento y mantenimiento de la lactancia, ya que así la madre puede disponer mayor tiempo hacia el cuidado y la atención del bebé. No obstante, al no tener trabajo, resultaría en una dependencia económica, la cual podría ser contraproducente para la salud mental de la madre, ocasionada por el estrés u otras condiciones psicológicas que, por ende, también impacten indirectamente en la práctica de la lactancia. También se puede evidenciar que el resto de las ocupaciones tienen porcentajes bajos, comenzando por empleada del hogar (2%), empleada del sector privado (2%) y empleada pública (2,9%).

Estos datos son similares a los encontrados en la investigación de Aguilar et al. (10), donde se reportó que el 80% de las madres eran amas de casa. Mientras tanto, en el estudio de Guevara et al. (17), se reportó que el 49,7% era ama de casa; sin embargo, aunque este porcentaje representa la mayoría dentro de su estudio, dicha cifra se encuentra alejada de lo reportado en la presente tabla. De igual manera, en el estudio de Maqui (38) se reportó lo mismo, la mayoría de las madres (45,7%) eran amas de casa.

La ocupación o actividad laboral de la madre representa un factor crucial en la práctica de la lactancia materna. Las mujeres que desempeñan trabajos fuera del hogar frecuentemente se ven obligadas a interrumpir o modificar la lactancia materna exclusiva, principalmente por la escasez de tiempo, la ausencia de políticas laborales adecuadas para la maternidad y la falta de condiciones que favorezcan el amamantamiento en sus entornos de trabajo (43,47).

Investigaciones recientes señalan que las madres dedicadas a labores domésticas presentan mayores tasas de lactancia materna adecuada, dado que cuentan con mayor disponibilidad para el cuidado directo del bebé y pueden aplicar de manera más constante las técnicas recomendadas para amamantar (46,51). No obstante, el impacto de la ocupación no actúa de forma aislada; también depende de factores como el nivel educativo, el entorno familiar y el acceso a servicios de salud. En algunos casos, la incorporación al trabajo formal se asocia con un mayor nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia, aunque este conocimiento muchas veces se ve contrarrestado por barreras prácticas que dificultan su implementación sostenida, especialmente en lo que respecta a la exclusividad de la lactancia durante los primeros seis meses de vida (53).

Tabla 2. Sexo de los niños menores de 6 meses de edad del Centro de Salud Baños del Inca, 2024

Sexo del niño	nº	%
Masculino	46	45,1
Femenino	56	54,9
Total	102	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla se puede evidenciar que el 54,9% de los niños evaluados fueron de sexo femenino y el 45,1% masculino.

Estos resultados difieren con los reportados por Cabrera (12), quien indicó que el 66% de los niños eran de sexo masculino. De igual manera, en la investigación de Daga (49), aunque también existió una distribución relativamente equitativa, prevaleció ligeramente el sexo masculino con 51,87%.

Esta distribución es relativamente equilibrada, sin que exista una diferencia significativa en el porcentaje de ambos grupos. Al hablar del “sexo del niño” se hace referencia a una variable sociodemográfica del menor, la cual, si bien no determina directamente una relación entre los tipos de lactancia o el estado nutricional, puede tener ciertas implicancias cuando se relacionar con otras variables como el nivel socioeconómico, creencias culturales o percepciones sobre el género. En ciertas familias, el niño varón es tratado de diferente manera en cuanto a su alimentación, existe la creencia de que éste requiere de una mayor cantidad de leche y que la madre no va a poder saciarlo por completo, por ende, se tiene que recurrir a fórmulas.

La lactancia materna, más allá de ser una práctica biológica, está profundamente atravesada por construcciones simbólicas y culturales que otorgan distintos significados al acto de amamantar según el sexo del bebé. En diversos contextos socioculturales, la figura del varón es asociada a una mayor carga simbólica, vinculada a la idea de continuidad del linaje o prestigio familiar. Esta percepción puede llevar a que algunas madres dediquen mayores esfuerzos a la lactancia de los hijos varones, con la intención de asegurar su salud y desarrollo, no solo por razones afectivas, sino como una respuesta a mandatos sociales heredados.

En contraposición, en ciertas culturas se interpreta que las niñas requieren una menor inversión lactante, o que su alimentación debe regirse por otras normas culturales, lo cual responde a visiones históricas jerarquizadas sobre el género (54).

Sosseh (55).afirma lo dicho cuando menciona que existe la creencia extendida en algunas sociedades de que los hombres deben ser físicamente más fuertes para asumir responsabilidades económicas y familiares en el futuro, de la misma manera en que sucede en países patriarcales como Gambia. En dicho país y bajo esta lógica, muchas madres consideran que la leche materna por sí sola no es suficiente para desarrollar esa fortaleza esperada en los niños varones, por lo que tienden a complementar tempranamente la lactancia con otros alimentos. Este tipo de decisiones no se basan en criterios médicos, sino en construcciones culturales profundamente arraigadas sobre un estereotipo de masculinidad y virilidad

Asimismo, los discursos sociales sobre la "buena maternidad" y los ideales femeninos refuerzan estas prácticas diferenciadas. La presión para cumplir con ciertos estereotipos, como el de la madre abnegada que prioriza el cuidado del hijo varón para garantizar la perpetuación del apellido o protegerlo de supuestas vulnerabilidades, puede llevar a que las madres modulen la duración e intensidad de la lactancia en función del sexo del bebé. Estas narrativas, socialmente transmitidas, no solo influyen en las prácticas concretas de alimentación infantil, sino también en la forma en que las mujeres entienden su rol materno y se posicionan frente al acto de amamantar, consolidando así una relación entre género y lactancia que va más allá de lo fisiológico y se instala como parte del tejido cultural (56).

Tabla 3. Tipos de lactancia de los niños menores de 6 meses de edad del Centro de Salud Baños del Inca, 2024

Tipo de lactancia	nº	%
Lactancia materna exclusiva	56	54,9
Lactancia mixta	46	45,1
Lactancia con fórmula	00	0,0
Total	102	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla se observa que el 54,9% de los niños menores de seis meses recibieron lactancia materna exclusiva, mientras que el 45,1% fueron alimentados con lactancia mixta, ningún niño fue amamantado solamente con fórmula. Esta distribución indica una ligera preferencia por la lactancia materna exclusiva en la población estudiada, lo cual es alentador, considerando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la importancia de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida (9).

Es importante tener en cuenta que la decisión sobre el tipo de lactancia está determinada por múltiples factores, entre ellos el nivel de instrucción de la madre, sus condiciones laborales, el respaldo del entorno familiar y las tradiciones culturales. Por ello, las acciones destinadas a fomentar la lactancia materna exclusiva deben ser integrales y contextualizadas, considerando las particularidades de cada comunidad y abordando tanto los obstáculos como los elementos que favorecen esta práctica en la toma de decisiones maternas sobre la alimentación infantil.

El alto porcentaje de lactancia mixta encontrado en el presente estudio, asociado al alto porcentaje de mujeres procedentes de la zona rural, está vinculado a la influencia de los medios de comunicación y uso de redes sociales que, expande y refuerza los vínculos de cercanía existentes entre el campo y la ciudad.

Estos datos guardan similitud con los reportados en la investigación de Tuquerez (11), donde si bien no son relativamente equitativos como en el estudio actual, se puede observar una prevalencia en el uso de la lactancia materna exclusiva (68,2%), seguido del 26,8% del consumo de lactancia mixta y un mínimo de empleo de lactancia artificial

equivalente al 5,1%. De igual manera, Ortega et al. (13), indicó en los resultados de su investigación que el 64% de los lactantes recibió lactancia materna exclusiva, el 36% lactancia mixta y ninguno recibió lactancia artificial.

La Organización Panamericana de la Salud (9) destaca que la lactancia materna desempeña un papel crucial en el desarrollo saludable del niño, no solo por su valor nutricional, sino también por su impacto en la prevención de enfermedades y su influencia en el estado nutricional a lo largo del tiempo. Estudios han demostrado que mantener una lactancia materna prolongada puede reducir hasta en un 13% el riesgo de sobrepeso y obesidad infantil, lo cual es fundamental para prevenir futuras enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la malnutrición, como la diabetes tipo 2, cuyo riesgo disminuye en un 35% en niños amamantados por períodos prolongados. Además, se ha encontrado una reducción del 19% en la probabilidad de desarrollar leucemia durante la infancia en aquellos niños que fueron amamantados durante seis meses o más (9).

La lactancia exclusiva, en particular, tiene efectos aún más significativos: disminuye en un 60% el riesgo de muerte por síndrome de muerte súbita del lactante y favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo, generando mayor seguridad emocional y respuestas maternas más sensibles. En el largo plazo, también se asocia con mejoras en el desarrollo cognitivo, evidenciado en un promedio de 3,4 puntos más en evaluaciones intelectuales, lo que contribuye a una trayectoria educativa más sólida y prolongada (9).

Desde una perspectiva ambiental, la leche materna representa una fuente de alimentación sostenible y sin impacto ecológico negativo. Al no requerir procesos industriales, envases ni transporte, su producción y consumo respetan el medio ambiente. Además, los componentes biológicos de la leche materna influyen en la programación epigenética del lactante, un proceso clave durante los primeros meses de vida en los que se define la expresión genética futura. Por todo ello, la promoción de la lactancia —en especial la exclusiva— no solo es esencial para mejorar el estado nutricional infantil, sino también para asegurar un desarrollo integral y sostenible principalmente durante los primeros 6 meses de vida (9).

Tabla 4. Estado Nutricional de los niños menores de 6 meses de edad del Centro de Salud Baños del Inca, 2024

Estado nutricional	nº	%
Peso/ Edad		
Sobrepeso	1	1,0
Normal	97	95,1
Bajo peso	4	3,9
Peso/ Talla		
Sobrepeso	5	4,9
Normal	97	95,1
Talla/ Edad		
Normal	89	87,3
Talla baja	10	9,8
Talla baja severa	3	2,9
Total	102	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla se puede observar que, respecto a peso para la edad, el 95,1% de los niños presenta un peso adecuado, mientras que el 3,9% tiene bajo peso y apenas un 1,0% presenta sobrepeso. En cuanto a peso para la talla, se observa también un 95,1% de normalidad, con un 4,9% de sobrepeso y sin casos de desnutrición aguda severa en este indicador. Por último, en talla para la edad, el 87,3% tiene una talla acorde a su edad, pero destaca que un 9,8% presenta talla baja (indicador de desnutrición crónica moderada) y un 2,9% muestra talla baja severa (desnutrición crónica severa). En base a todas las cifras vistas, se puede apreciar que la gran mayoría de los infantes se encuentran dentro de los rangos normales.

Estos resultados reflejan una tendencia positiva en el estado nutricional general de la muestra estudiada, donde la desnutrición aguda es mínima, y el sobrepeso es poco frecuente. Sin embargo, la talla baja, tanto moderada como severa (sumando un 12,7%), indica la presencia de desnutrición crónica, que podrían estar vinculados a factores de largo plazo como el estado nutricional materno, prácticas de alimentación inadecuadas o condiciones sociales y económicas desfavorables.

Los resultados son relativamente similares a los encontrados en la investigación de Guevara et al. (17), donde se observó que el 88,6% de niños obtuvo un peso normal y adecuado para la edad, aunque en bajo peso alcanzaron el 10,3%.

Asimismo, en Peso/Talla el 85,9% obtuvo un peso normal, aunque 7,9% presentó sobrepeso y obesidad; y al 6,2% se le encontró con desnutrición aguda-severa. Finalmente, en Talla/Edad también prevalecieron los valores normales con un 77,9%, aunque resalta el 20% de niños con talla baja-severa (14,1% y 5,9% respectivamente).

De igual manera, Tuquerez (11) encontró que la mayoría de los casos obtuvo un estado nutricional normal (75,8%), sin embargo, en el caso de Peso/Edad se reveló que el 2,5% obtuvo un bajo peso o bajo peso severo (sumando 5%). Asimismo, en cuanto a Peso/Talla el 9,6% se encontró con riesgo de sobrepeso; y en Talla/Edad el 12,1% tuvo desnutrición crónica.

Al comparar a ambos autores, se puede observar que, aunque existe una tendencia común hacia el predominio del estado nutricional normal en distintas regiones, los porcentajes de desnutrición o sobrepeso pueden variar ligeramente según los contextos socioculturales y la cobertura de atención primaria. En comparación, los resultados del estudio actual destacan por mostrar cifras más favorables, lo cual podría asociarse a un entorno con mejor seguimiento nutricional o acceso a servicios de salud materno-infantil.

Tabla 5. Tipo de lactancia y estado nutricional según peso para la edad en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024

Tipo de lactancia	Estado nutricional (Peso/ edad)						Total		
	Sobrepeso		Normal		Bajo peso				
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
Lactancia materna exclusiva	1	1,8	54	96,4	1	1,8	56	54,9	**X^2 = 2,289**
Lactancia mixta	0	0,0	43	93,5	3	6,5	46	45,1	**p = 0,318**
Total	1	1,0	97	95,1	4	3,9	102	100,0	

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla se puede observar la relación entre el tipo de lactancia (materna exclusiva o mixta) y el estado nutricional de los niños medido por el indicador Peso/Edad. Del total de niños, el 95,1% presenta un peso normal, mientras que un 3,9% presenta bajo peso y apenas un 1% tiene sobrepeso. Al desagregar los datos por tipo de lactancia, se observa que dentro del grupo que recibió lactancia materna exclusiva, el 96,4% tiene un peso adecuado para su edad, mientras que solo un 1,8% presenta sobrepeso y otro 1,8% bajo peso. En contraste, entre los niños que recibieron lactancia mixta, el 93,5% tuvo peso normal, sin casos de sobrepeso, y un 6,5% presentó bajo peso.

Si bien estas cifras sugieren que la lactancia materna exclusiva podría estar asociada a una mejor distribución del peso infantil, el valor de p obtenido (p = 0,318) indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre los grupos.

Estos hallazgos coinciden parcialmente con los resultados encontrados por Guevara et al. (17), quienes reportaron un 88,6% de peso normal en niños, con un 10,3% de bajo peso, porcentaje superior al observado en esta tabla. Además, en la investigación de Tuquerez (11), aunque también se evidenció una mayoría de niños con peso normal (75,8%), se identificó un 5% con bajo peso severo, una cifra levemente más alta que la encontrada aquí (3,9%). Lo anterior sugiere que la prevalencia de bajo peso varía según las condiciones contextuales y que la lactancia materna exclusiva podría tener un papel protector frente a la desnutrición, aunque en esta muestra particular la diferencia no alcanza significancia estadística

Tabla 6. Tipo de lactancia y estado nutricional según peso para la talla, en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024

Tipo de lactancia	Peso/ talla				Total		
	Sobrepeso		Normal				
	nº	%	nº	%	nº	%	
Lactancia materna exclusiva	3	5,4	53	94,6	56	54,9	$X^2 = 0,055$
Lactancia mixta	2	4,3	44	95,7	46	45,1	p = 0,000
Lactancia con fórmula	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Total	5	4,9	97	95,1	102	100,0	

Fuente: datos recolectados por la autora

La tabla examinada permite observar la relación entre el tipo de lactancia y el estado nutricional infantil, evaluado mediante el indicador peso/talla en menores de seis meses. En los lactantes que recibieron lactancia materna exclusiva, el 94,6% presentó un peso/talla dentro de los rangos normales, mientras que solo un 5,4% se clasificó con sobrepeso. Por su parte, en el grupo que recibió lactancia mixta, el 95,7% mostró un estado nutricional normal y el 4,3% presentó sobrepeso.

Aunque las diferencias entre ambos grupos son pequeñas, el valor de p= (0,000) señala una asociación estadística altamente significativa entre el tipo de lactancia y el estado nutricional según este indicador antropométrico.

Pese a que las cifras de normalidad son similares, resulta llamativo que el grupo con lactancia materna exclusiva tenga una proporción ligeramente mayor de sobrepeso. Esta observación podría parecer contradictoria respecto a la evidencia científica que promueve los beneficios de la lactancia exclusiva. No obstante, es crucial tener en cuenta que el estado nutricional de un lactante puede estar condicionado por diversos factores, tales como la técnica de amamantamiento, la frecuencia de las tomas, la carga genética o el estado de salud de la madre.

Frente a estos resultados, investigaciones recientes como la de Flores (57), publicada en la revista *Panacea*, aportan evidencia a favor de la lactancia materna exclusiva. Este estudio reportó que el 84,25% de los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna presentaron una relación peso/talla adecuada, superando a los porcentajes obtenidos en lactantes alimentados con fórmula o lactancia mixta (15,75%). Estos hallazgos refuerzan los beneficios ampliamente reconocidos de la

lactancia exclusiva como un factor protector frente al sobrepeso durante los primeros meses de vida.

De manera complementaria, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) reafirma que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses es una estrategia fundamental para reducir el riesgo de obesidad infantil y asegurar un crecimiento adecuado. Si bien en este estudio las diferencias no son marcadamente contrastantes, el respaldo de la evidencia internacional refuerza los efectos positivos a largo plazo de la lactancia exclusiva, especialmente en la prevención de enfermedades no transmisibles como la obesidad o la diabetes tipo 2.

De esta manera, aunque los datos de esta tabla muestran porcentajes similares entre los tipos de lactancia, la evidencia científica sigue apuntando a la lactancia materna exclusiva como la alternativa más favorable para promover un estado nutricional óptimo en la primera infancia. La interpretación de estos resultados debe realizarse dentro de un marco más amplio, que incluya el análisis de factores contextuales y un seguimiento más prolongado del desarrollo infantil.

Tabla 7. Tipo de lactancia y estado nutricional según talla para la edad, en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024

Tipo de lactancia	Talla/ edad						Total		
	Normal		Talla baja		Talla baja severa				
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
Lactancia materna exclusiva	49	87,5	6	10,7	1	1,8	56	54,9	$X^2 = 0,669$
Lactancia mixta	40	87,0	4	8,7	2	4,3	46	45,1	p = 0,716
Lactancia con fórmula	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Total	89	87,3	10	9,8	3	2,9	102	100,0	

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla se puede evidenciar que el 87,3% de los niños estudiados presenta una talla normal para su edad, mientras que el 9,8% tiene talla baja y un 2,9% sufre talla baja severa. Al comparar los tipos de lactancia, se observa que el 87,5% de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva tienen talla adecuada, cifra muy similar al 87,0% reportado en el grupo de lactancia mixta. No obstante, la presencia de talla baja severa fue más frecuente en los niños alimentados con lactancia mixta (4,3%) en comparación con los alimentados exclusivamente con leche materna (1,8%). A pesar de esta diferencia, el valor de p=0,716 revela que no existe una relación estadísticamente significativa entre la variable tipo de lactancia y la talla para la edad en esta muestra.

Aunque los resultados no muestran significancia estadística, se evidencia una leve tendencia que sugiere que la lactancia materna exclusiva podría estar asociada a una menor incidencia de desnutrición crónica severa. Sin embargo, confirmar esta relación requeriría un análisis con una muestra más amplia y control de otros factores asociados. La literatura especializada respalda que la talla para la edad no depende únicamente del tipo de lactancia, sino también de otro tipo de factores como la frecuencia de las tetadas, las enfermedades presentes en los niños y el estado nutricional materno durante el embarazo, factores que obedecen a condiciones socioeconómicas del entorno.

Estos hallazgos coinciden con los reportados en el estudio de Flores (57), desarrollado en el Hospital General de Ica, donde se encontró que el 75,7% de los niños tenía una talla adecuada, mientras que el 20,6% presentaba algún grado de desnutrición crónica

(talla baja o severa). A pesar de promoverse la lactancia materna en dicho estudio, tampoco se halló una relación estadísticamente significativa entre el tipo de lactancia y la talla para la edad (p=0,941), lo cual concuerda con los hallazgos del presente análisis.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) subraya que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses es un factor protector contra el retraso del crecimiento, aunque advierte que no es el único determinante. La persistencia de talla baja en diversos contextos también refleja desigualdades en el acceso a servicios de salud, saneamiento y nutrición adecuada antes y después del nacimiento.

En conclusión, aunque la lactancia materna exclusiva muestra una leve tendencia a mejores resultados en talla para la edad, los datos actuales no permiten establecer una relación estadísticamente significativa, ello probablemente, porque la población genéticamente tiene un potencial de crecimiento menor al que se muestran en las curvas de crecimiento.

No obstante, tanto este estudio como investigaciones recientes resaltan la importancia de promover la lactancia exclusiva como parte de un enfoque integral de prevención de la desnutrición crónica infantil que abarque también los factores sociales, ambientales y alimentarios que influyen en el desarrollo infantil.

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se concluyó que:

1. La mayoría de las madres tenían entre 20 y 34 años; convivientes; con secundaria completa; de procedencia rural y amas de casa.
2. Algo más de la mitad de niños menores de 6 meses eran de sexo femenino.
3. El mayor porcentaje de los niños presentaron un nivel nutricional adecuado respecto a Peso/Edad, Peso/Talla y Talla/Edad.
4. Mayoritariamente los niños menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva.
5. Se determinó que existe relación altamente significativa entre tipos de lactancia y estado nutricional según peso para la talla (p=0,000), corroborándose parcialmente la hipótesis afirmativa.

RECOMENDACIONES

A las autoridades del Centro de Salud Baños del Inca:

Fortalecer las actividades de promoción de la lactancia materna exclusiva ya que han demostrado efectividad.
Capacitar permanentemente al personal de salud en consejería en lactancia materna, para reforzar prácticas adecuadas desde el embarazo hasta los 6 meses del niño.

Al personal encargado del Programa CRED del Centro de Salud Baños del Inca,

Desarrollar campañas educativas en comunidades donde aún se recurre a lactancia mixta, enfocándose en mitos comunes que llevan al uso de fórmulas innecesarias.

Fomentar grupos de apoyo entre madres que practican lactancia materna exclusiva para compartir experiencias, motivarse mutuamente y resolver dificultades comunes como grietas, baja producción o reincorporación laboral.

Brindar asesoría personalizada sobre la lactancia materna exclusiva, especialmente a madres jóvenes con un nivel de instrucción bajo o de zonas rurales para así fortalecer y promover la lactancia materna exclusiva.

A la Escuela Profesional de Obstetricia

Incluir dentro de la atención prenatal reenfocada, el tema de lactancia materna exclusiva por la importancia que entraña.

A futuros tesistas:

Se les sugiere continuar investigando respecto a este tema en diversas zonas del Perú, para de esta manera, fortalecer la evidencia científica sobre la relación entre los tipos de lactancia y el estado nutricional.

Investigar los factores asociados a la lactancia mixta en ese pequeño porcentaje de madres como factores que motivaron la introducción temprana de fórmulas o alimentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2023 [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding.
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2024 [citado 1 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition.
3. UNICEF. [Internet]. 2023 [citado 3 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/solo-4-cada-10-bebes-menores-6-meses-exclusivamente-amamantados-america-latina-caribe-semana-lactancia-materna.
4. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. 2023 [citado 1 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/9-11-2023-nuevo-informe-onu-432-millones-personas-sufren-hambre-america-latina-caribe#:~:text=9%20de%20noviembre%202023%2C%20Santiago,43%2C2%20millones%20de%20personas.
5. UNICEF. [Internet]. 2023 [citado 3 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/situacion-lactancia-materna-ninos-recien-nacidos-problemas-malnutricion-anemia-obesidad-sobrepeso.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. gob.pe. [Internet]. 2023 [citado 4 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/759081-desnutricion-cronica-afecto-al-11-7-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-en-el-ano-2022.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022 Lima. [Internet]; 2023 [citado 4 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/inei/campa%C3%B1as/27650-resultados-de-la-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2022.
8. Ancajima C et al. Estado nutricional, segun el tipo de lactancia, en niños de 0 - 6 meses de edad del C. S. Materno Infantil Magdalena de Setiembre a Diciembre de 2018. Tesis. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud. [Internet]; 2019 [citado 1 de mayo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/2998/TESIS%20Ancajima%20Cristina%20-%20Moreano%20Nancy.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. 2023 [citado 1 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria.

10. Aguilar A et al. Tipo de lactancia hasta los seis meses y mediciones de antropometría al año de edad. Anuario de Investigación [Internet]. 2021 [citado 8 de mayo de 2024]; 2(2). Disponible en: http://anuarioinvestigacion.um.edu.mx/index.php/index/login?source=%2Findex.php%2Fa2020%2Farticle%2Fview%2F216.
11. Tuquerez N et al. ESTADO NUTRICIONAL Y TIPOS DE LACTANCIA EN NIÑOS DE 0 A 6 MESES DE EDAD, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD N°1-IBARRA, MARZO 2022. La U investiga [Internet]. 2022 Marzo [citado 4 de mayo de 2024]; 9(1): p. 75-92. Disponible en: https://revistasojs.utn.edu.ec/index.php/lauinvestiga/article/view/715/711.
12. Cabrera E et al. Diferencia existente entre el estado nutricional de niños de 0 a 6 meses de edad, alimentados con fórmula artificial, niños alimentados con leche materna y niños con alimentación mixta del hospital infantil Dr. Robert Reid Cabral. 2022 - 2023. Trabajo de grado. Distrito Nacional: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2023 [citado 4 de mayo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/5542/Diferencia%20existente%20entre%20el%20estado%20nutricional%20de%20ni%c3%b1os%20de%200%20a%206%20meses%20de%20edad%2c%20alimentados%20con%20f%c3%b3rmula%20artificial%2c%20ni%c3%b1os%20alimentados%20con%20lactancia%20materna%20y%20ni%c3%b1os%20con%20alimentaci%c3%b3n%20mixta%20del%20hospital%20infantil%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
13. Ortega Y et al. Tipo de lactancia y estado nutricional en lactantes menores de seis meses, Hospital Distrital El Esfuerzo - Florencia de Mora, 2020. Tesis. Trujillo: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas [Internet]; 2020 [citado 8 de mayo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/55658/Ortega_DYJ-Sanchez_JEB-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
14. Rios E et al. Tipo de lactancia y estado nutricional en niños menores de 6 meses del Hospital Santa Isabel, El Porvenir 2020. Trujillo: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2020 [citado 4 de mayo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/55657/Rios_CEM-Vega_GJP%20-%20SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
15. Chiroque M. Tipo de lactancia y estado nutricional de los niños menores de 6 meses del Centro de Salud San Jacinto, 2022. Tesis. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2022 [citado 4

de mayo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/63851/TESIS%20-%20CHIROQUE%20COVE%c3%91AS.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

16. Romero K. Lactancia materna exclusiva y estado nutricional de niños menores de 6 meses que son atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo en un centro de salud de Lima, 2023. Tesis. Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2023 [citado 9 de mayo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/10324/T061_43463277_T.pdf?sequence=11&isAllowed=y.
17. Guevara M. et al. Nivel De Conocimiento De Las Madres Sobre Lactancia Materna Exclusiva Y Estado Nutricional De Niños Menores De 6 Meses En El Centro De Salud Simón Bolívar - Cajamarca 2018. Tesis. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Facultad Ciencias de la Salud [Internet]; 2019 [citado 9 de mayo de 2024]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/index.php/Record/UPAG_140fa9e01090c372e1862e701c00d1a0
18. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. codhem. [Internet]. 2021 [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.codhem.org.mx/la-lactancia-materna-es-un-derecho-universal-e-inalienable-que-debe-ser-protegido/#:~:text=%2D%20La%20lactancia%20materna%20es%20un,lactancia%20materna%2C%20un%20compromiso%20de.
19. UNICEF. Unicef México. [Internet]. 2020 [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna#:~:text=Adem%C3%A1s%20de%20proporcionar%20todos%20los,infantil%2C%20hipertensi%C3%B3n%20y%20colesterol%20alto.
20. Lapeña S et al. Composición de la leche humana (II). In Temboury C. Experto en lactancia materna [Internet]. 2021 [citado 12 de mayo de 2024]. Disponible en: https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Experto_Lactancia_Materna/M1T4-Texto.pdf.
21. CostaMed. CostaMed Grupo Médico. [Internet]. 2021 [citado 12 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.costamed.com.mx/blog/post/la-composicion-de-la-leche-materna.
22. Asociación Española de Pediatría. Facilitar la lactancia materna en el trabajo reduce el absentismo, favorece la reincorporación tras la baja y aumenta el rendimiento de las mujeres lactantes. Madrid [Internet]; 2023 [citado 9 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-

materna/lactancia-materna/noticias/facilitar-lactancia-materna-en-trabajo-reduce.

23. Consolini D. Lactancia. Manual MSD [Internet]. 2023 Setiembre [citado 15 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-infantil/cuidados-en-reci%C3%A9n-nacidos-y-lactantes/lactancia.
24. Centros Para el Control y La Prevención de Enfermedades. CDC. [Internet]. 2020 [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/breastfeeding/cuanto-y-con-que-frecuencia-amamantar.html#:~:text=Los%20beb%C3%A9s%20generalmente%20toman%20lo,12%20veces%20en%2024%20horas.
25. Sánchez L et al. Lactancia Artificial. Pediatría Integral [Internet]. 2020 [citado 9 de mayo de 2024]; 14(2): p. 81-89. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-03/lactancia-artificial-2/.
26. Centros Para el Control y La Prevención de Enfermedades. CDC. [Internet]. 2022 [citado 18 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/formula-feeding/cuanto-y-con-que-frecuencia.html.
27. Echegaray S, Bobio C. Relación Entre Los Tipos De Lactancia Y El Estado Nutricional De Lactantes De 0 A 6 Meses De Edad En Un Centro De Salud De Lima Norte – 2023. Tesis. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermeria. [Internet]; 2024 [citado 14 de julio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/15506/Relacion_EchegarayCarrizales_Shirley.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Flores M, Guagrilla J. Conocimientos y Prácticas de Lactancia Materna Asociada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia en el Centro de Salud de Chugchilán 2021. Tesis de posgrado. Ibarra: Universidad Técnica del Norte, Facultad de Posgrado [Internet]; 2022 [citado 14 de julio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12994
29. Saintilla J, Villacís J. Estado nutricional antropométrico, nivel socioeconómico y rendimiento académico en niños escolares de 6 a 12 años. Nutr. clín. diet. hosp. [Internet] 2020 [citado 14 de julio de 2025]; 40(1): p. 74-81. Disponible en: https://revista.nutricion.org/PDF/SAINTILA.pdf
30. Arribas A. Estado nutricional (I). Revista Enfermería en Desarrollo [Internet]. 2020 Mayo 20 [citado 16 de mayo de 2024];(24). Disponible en: https://enfermeriaendesarrollo.es/en-desarrollo/estado-nutricional-i/.

31. Clínica Universidad de Navarra. Clínica Universidad de Navarra. [Internet]. 2023 [citado 18 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/nutricion/valoracion-estado-nutricional.
32. Martínez F. Lactancia materna y su relación con el estado nutricional del niño de 0 a 6 meses de edad del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador, Lima – 2023. Tesis de especialidad. Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2023 [citado 16 de mayo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/8983.
33. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.° 034-2024-MINSA. Lima: Estado Peruano [Internet]; 2024 [citado 25 de mayo de 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5698810/5059776-resolucion-ministerial-n-034-2024-minsa.pdf?v=1705590701.
34. Clínica Universidad de Navarra. Clínica Universidad de Navarra. [Internet]. 2024 [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/nutricion/nutricion-lactante.
35. Instituto Nacional del Cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. [Internet]. 2023 [citado 8 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/estado-nutricional.
36. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Internet]. 2024 [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/nutrition.
37. Romero R et al. Método de investigación científica: Diseño de proyectos y elaboración de protocolos en las Ciencias Sociales Lima: Editorial Idicap Pacífico [Internet]; 2024 [citado 25 de mayo de 2024]. Disponible en: https://idicap.com/ojs/index.php/editorialeip/article/view/285.
38. Malqui J. Factores socioculturales y conocimientos asociados a la lactancia materna exclusiva en un Puesto de Salud. Nuevo Chimbote, 2023. Tesis. Universidad Nacional de Santa, Facultad de Ciencias [Internet]; 2024 [citado 1 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uns.edu.pe/handle/20.500.14278/4549?utm_source=chatgpt.com
39. Carranza L, Muñoz R. Conocimiento Y Práctica De Lactancia Materna En Madres Atendidas En Alojamiento Conjunto Del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024. Tesis. Chota: Universidad Nacional Autónoma de Chota, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2024 [citado 1 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unach.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3e868b5f-d423-403f-8ffb-15754ab1a4ff/content

40. Gamonal K, Jara M. Entorno sociocultural y abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en la Microred de Végueta – 2023. Tesis. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Facultad de Medicina Humana [Internet]. 2023 [citado 7 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/8331/GAMONAL_y_JARA_TESIS_NUEVO_MODELO_ok_%281%29_%281%29_%281%29%5B1%5D.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. Serafin N. Nivel De Conocimiento Sobre Lactancia Materna Y Técnicas De Amamantamiento En Gestantes Y Madres De Un Centro De Salud, Lima 2024. Tesis. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Medicina [Internet]; 2025 [citado 7 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/10444/TESIS_SERAFIN_JIMENEZ_NAOMI_MAIRA.pdf?sequence=1
42. Ibarra J et al. Experiencia Vivida De La Lactancia Materna En Madres Solteras Refugiadas. Revista Ene De Enfermería [Internet]. 2021 Junio [citado 6 de junio de 2025]; 15(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v15n3/1988-348X-ene-15-03-1262.pdf
43. Bustamante M, Perez M. Factores Sociodemográficos Y La Práctica De Lactancia Materna Exclusiva De Las Madres Atendidas En El Centro De Salud Pátapo, 2022. Pimentel: Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2025 [citado 7 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/15243/Bustamante%20Vasquez%20Maria%20%26%20Perez%20Ayala%20Milagros.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Grados A. Factores asociados al abandono de lactancia materna exclusiva en el Hospital Belen de Trujillo 2022. Revista Peruana de Pediatría [Internet]. 2024 [citado 6 de junio de 2025]; 76(3). Disponible en: https://pediatria.pe/index.php/pedperu/article/view/541
45. Soto R. Nivel de conocimiento del beneficio de la lactancia materna y su relacion con factores socioculturales en madres que asisten al servicio de Cred del centro de salud Mirones, Lima 2022. Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2022 [citado 6 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/963c213f-783b-4208-9a82-4199e9df0082/content
46. Malca M. Autoeficacia Sobre La Lactancia Materna En Madres Primigestas Que Acuden Al Centro De Salud Cochabamba, 2022. Tesis. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2022 [citado

6 de junio de 2025]. Disponible en: http://190.116.36.86/bitstream/handle/20.500.14074/5491/TESIS%20SUSTENTADA%20MARIA%20LEYDA%20MALCA%20PARA%20EMPASTADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

47. Medina A. Factores Asociados Al Abandono De Lactancia Materna Exclusiva En Lactantes Menores De Seis Meses Nacidos En Hospital Simón Bolívar, Febrero – Julio 2024. Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Medicina [Internet]; 2025 [citado 7 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/7866/T016_70039504_T.pdf?sequence=1
48. Armas A, Perez R. Factores sociodemográficos relacionados a la práctica de la técnica de amamantamiento de puertas atendidas en dos hospitales de Loreto, 2024. Iquitos: Universidad Científica del Perú, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2024 [citado 7 de junio de 2025]. Disponible en: http://repositorio.ucp.edu.pe:8080/server/api/core/bitstreams/9578f462-65bd-45e8-af7a-3aeb5b92bccf/content
49. Daga R. Factores asociados con la lactancia materna exclusiva en el Perú: análisis de la Endes 2017. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener [Internet]. 2022 [citado 7 de junio de 2025]; 11(1). Disponible en: https://portal.amelica.org/ameli/journal/757/7573775006/html/
50. Vargas K. et al. Factores socioculturales y conocimiento sobre la lactancia materna en madres de niños menores de 6 meses del centro de salud ciudad nueva, Tacna – 2022. Tesis. Ica: Universidad Autónoma de Ica, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2023 [citado 7 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2291?utm_source=chatgpt.com
51. Chiclote L. Factores socioculturales y la lactancia materna en madres de niños menores de seis meses, Puesto de Salud Pata Pata, Cajamarca, 2022. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2023 [citado 6 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5887/Luz%20Mabela%20Chiclote%20Carmona.%20TESIS.pdf?sequence=1
52. Cantos A, Toledo N. Factores Socioculturales que inciden en la Lactancia Materna Exclusiva en un centro de Salud Ecuatoriano Autores/as. Revista Científica Higía De La Salud [Internet]. 2024 [citado 7 de junio de 2025]; 11(2). Disponible en: https://doi.org/10.37117/higia.v11i2.977

53. Lazaro T, Lloclla M. Programa de intervención para mejorar la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en un centro de salud de Chiclayo, 2023. Tesis. Pimentel: Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]; 2025 [citado 7 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/14943/Lazaro%20Sotero%20Tatiana%20Nicole%20%26%20Lloclla%20Teque%20Maryuri%20Ines.pdf?sequence=1&isAllowed=y
54. Corredor M. et al. Prácticas culturales durante la lactancia materna en madres. Universidad cooperativa de Colombia, Facultad de Enfermería [Internet]; 2019 [citado 6 de junio de 2025]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/85ed5f67-adc8-427f-91d8-69a7539dda65/content
55. Sosseh S. et al. Cultural beliefs, attitudes and perceptions of lactating mothers on exclusive breastfeeding in The Gambia: an ethnographic study. BMC Women's Health [Internet]. 2023 Enero [citado 6 de junio de 2025]; 23(18). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12905-023-02163-z
56. Gitz E. Lactancia Materna: Debates Teóricos Sobre Su Presencia En La Identidad Femenina Y En Las Representaciones De La Buena Maternidad. Revista Científica de UCES [Internet]. 2020 [citado 8 de junio de 2025]; 25(2). Disponible en: https://dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/download/198/239
57. Flores M. Uso de lactancia materna y relación con el estado nutricional en infantes menores de seis meses. Hospital general de Perú. Rev méd panacea [Internet]. 2022 [citado 8 de junio de 2025]; 11(3): p. 90-98. Disponible en: https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/503/763

Anexo 1

SOLICITUDES DE PERMISO

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

SOLICITO: "PERMISO PARA RECOLECTAR DATOS"

DR. ROMMEL CERDA GONZALES CON ATENCIÒN AL COMITÉ DE ÈTICA-EPIDEMIOLOGIA

DIRECTOR REGIONAL DE SALUD

Yo, **Ada Kely Marín Castañeda**, con DNI N° **47509655**, correo electrónico akmarinc@unc.edu.pe, Celular N°912022633 ,domiciliada en Jr. Petateros #2180, en el departamento de Cajamarca, actualmente Bachiller de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, ante usted con el debido respeto, me presento y expongo.

Que, por ser de vital importancia para mi proyecto de investigación, titulado: **TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, 2024.** Teniendo como asesora a la Obsta.Dra. Elena Soledad Ugaz Burga, ruego me conceda el permiso para recolectar los datos necesarios para dicha investigación.

POR LO EXPUESTO:

Segura de contar con su total apoyo para lo solicitado, me despido no sin antes agradecerle su acto de buena fe para conmigo.

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA MESA DE PARTES MAD
DIRESA
Exp. N° 000785-2025-000886
SOL 1-2025
Clave : LWXS3E Folios : 061
Fecha : 08/01/2025 11:40 a.m.
https://gorecaj.pe/mad3validar

Cajamarca,08 de enero del 2025.

Ada Kely Marín Castañeda
Br. Obstetricia
DNI:47509655

✓ Adjunto proyecto de tesis

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

RED DE SERVICIOS DE SALUD CAJAMARCA
TRAMITE DOCUMENTARIO
MAD N° 10521423
FECHA 13-01-25
HORA 8:09
FOLIOS 6
FIRMA

SOLICITO: "PERMISO PARA RECOLECTAR DATOS"

OBSTA DR. JOSUE OBETT MIRANDA MIRANDA.

DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CAJAMARCA

Yo, **Ada Kely Marín Castañeda**, con DNI N° **47509655**, correo electrónico akmarinc@unc.edu.pe, Celular N°912022633 ,domiciliada en Jr. Petateros #2180, en el departamento de Cajamarca, actualmente Bachiller de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, ante usted con el debido respeto, me presento y expongo.

Que, por ser de vital importancia para mi proyecto de investigación, titulado: **TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, 2024.** Teniendo como asesora a la Obsta.Dra. Elena Soledad Ugaz Burga, ruego me conceda el permiso para recolectar los datos necesarios para dicha investigación.

POR LO EXPUESTO:

Segura de contar con su total apoyo para lo solicitado, me despido no sin antes agradecerle su acto de buena fe para conmigo.

Cajamarca,13 de enero del 2025.

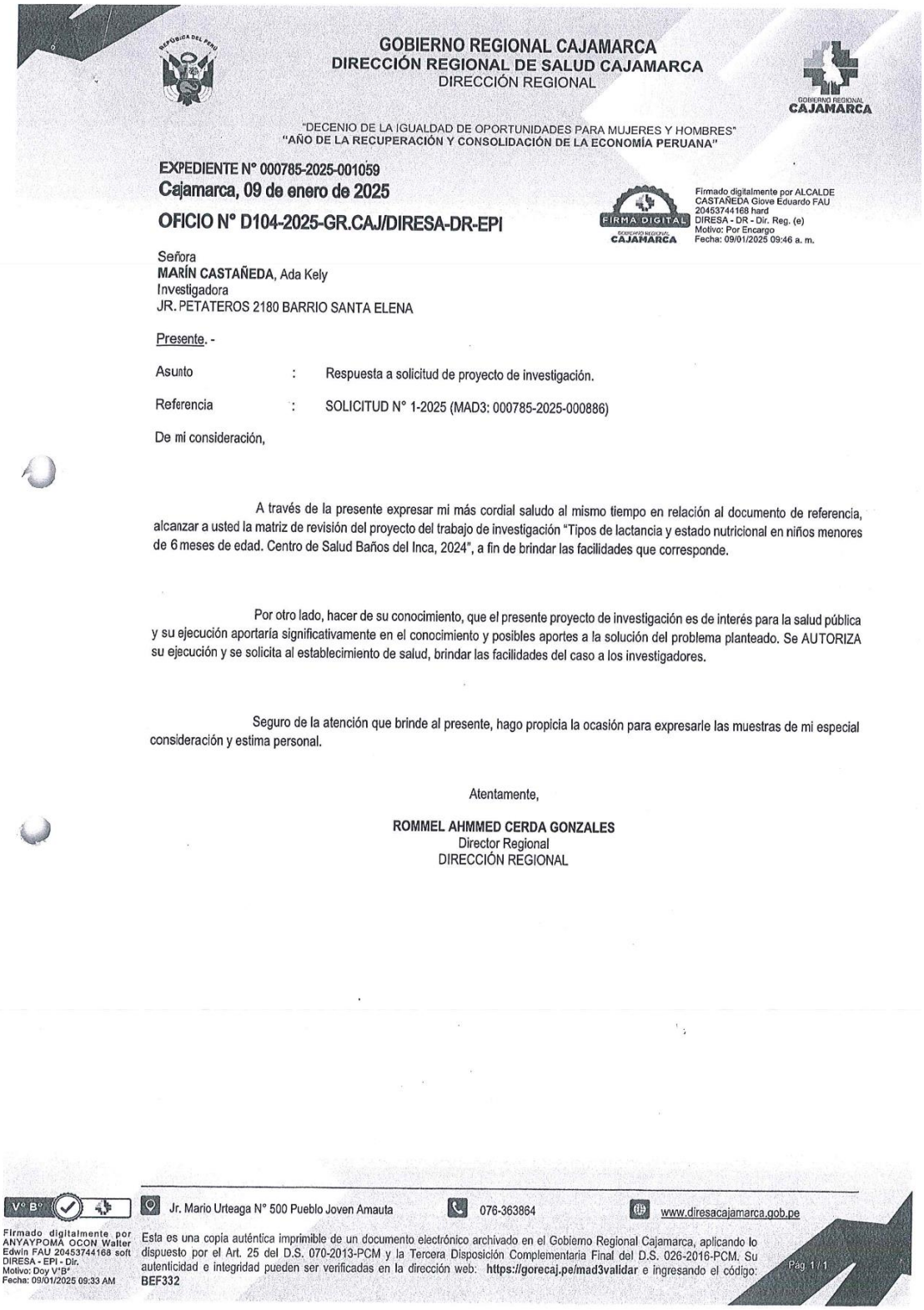
Ada Kely Marín Castañeda

Br. Obstetricia

DNI:47509655

Anexo 2

ACEPTACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

EXPEDIENTE N° 000785-2025-001059
Cajamarca, 09 de enero de 2025

Firmado digitalmente por ALCALDE CASTAÑEDA Glove Eduardo FAU 20453744168 hard
DIRESA - DR - Dir. Reg. (e)
Motivo: Por Encargo
Fecha: 09/01/2025 09:46 a. m.

OFICIO N° D104-2025-GR.CAJ/DIRESA-DR-EPI

Señora
MARÍN CASTAÑEDA, Ada Kely
Investigadora
JR. PETATEROS 2180 BARRIO SANTA ELENA

Presente. -

Asunto : Respuesta a solicitud de proyecto de investigación.

Referencia : SOLICITUD N° 1-2025 (MAD3: 000785-2025-000886)

De mi consideración,

A través de la presente expresar mi más cordial saludo al mismo tiempo en relación al documento de referencia, alcanzar a usted la matriz de revisión del proyecto del trabajo de investigación "Tipos de lactancia y estado nutricional en niños menores de 6 meses de edad. Centro de Salud Baños del Inca, 2024", a fin de brindar las facilidades que corresponde.

Por otro lado, hacer de su conocimiento, que el presente proyecto de investigación es de interés para la salud pública y su ejecución aportaría significativamente en el conocimiento y posibles aportes a la solución del problema planteado. Se AUTORIZA su ejecución y se solicita al establecimiento de salud, brindar las facilidades del caso a los investigadores.

Seguro de la atención que brinde al presente, hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

ROMMEL AHMMED CERDA GONZALES
Director Regional
DIRECCIÓN REGIONAL

V° B°
Firmado digitalmente por ANYAYPOMA OCON Walter Edwin FAU 20453744168 soft
DIRESA - EPI - Dir.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 09/01/2025 09:33 AM

Jr. Mario Urteaga N° 500 Pueblo Joven Amauta 076-363864 www.diresacajamarca.gob.pe

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Gobierno Regional Cajamarca, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser verificadas en la dirección web: **https://gorecaj.pe/mad3validar** e ingresando el código: **BEF332**

Pág. 1 / 1

Anexo 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimada madre de familia soy bachiller de obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca (UNC), en esta oportunidad voy a realizar la investigación titulada “Tipos de lactancia en niños menores de 6 meses de edad” con el objetivo de identificar el tipo de lactancia que está recibiendo su bebé y conocer su estado nutricional. Todos los datos obtenidos serán completamente confidenciales.

Si usted está de acuerdo, responda las siguientes preguntas:

I. DATOS GENEREALES DE LA MADRE DEL MENOR DE 6 MESES

1. Edad

< 15 años	( )		15-19 años	( )	
20-34 años	( )		> 35 años	( )	

2. Estado civil

Soltera	( )		Casada	( )	
Conviviente	( )				

3. Grado de instrucción

Analfabeta	( )		Primaria incompleta	( )	
Primaria completa	( )		Secundaria incompleta	( )	
Secundaria completa	( )		Superior técnica	( )	
Universitaria	( )				

4. Procedencia

Zona rural	( )		Zona urbana	( )	

5. Ocupación

Ama de casa	( )		Empleada del hogar	( )	
Estudiante	( )		Empleada pública	( )	
Empleada del sector privado	( )		Independiente	( )	

II. DATOS DEL NIÑO MENOR DE 6 MESES

6. Edad

Peso al nacer…….

1 mes	( )		2 meses	( )	
3 meses	( )		4 meses	( )	
5 meses	( )				

7. Edad gestacional por Capurro: ……..

8. Sexo

Masculino	( )		Femenino	( )	

9. Tipo de parto

Vaginal ( ) Cesárea ( )

10. Antropometría del niño

Peso: _____

Talla: _____

III. Valoración de estado nutricional del niño

a) Peso/Edad

Sobrepeso	(>2 DE)	( )
Normal	(2 DE a -2 DE)	( )
Bajo peso	(<-2 DE a -3 DE)	( )
Bajo peso severo	(<-3 DE)	( )

b) Peso/Talla

Obesidad	(>3 DE)	( )
Sobrepeso	(>2 DE)	( )
Normal	(2 DE a -2 DE)	( )
Bajo peso/Emaciado	(<-2 DE a -3 DE)	( )
Bajo peso severo	(<-3 DE)	( )

c) Talla/Edad

Alto	(>2 DE)	( )
Normal	(2 DE a -2 DE)	( )
Talla baja	(<-2 DE a -3 DE)	( )
Talla baja severa	(<-3 DE)	( )

IV. TIPOS DE LACTANCIA

11. ¿Cada cuántas horas da de lactar a su bebé?

Cada 2 horas ( ) Cada 3 horas ( )

Cada 4 horas ( ) Cada vez que lo pide ( )

12. ¿Acostumbra a darle "aguas" a su bebé?

Sí ( ) No ( )

13. ¿Qué tipo de lactancia recibe su bebé?

Lactancia materna exclusiva ( ) Lactancia mixta ( )

Lactancia con fórmula ( )

14. ¿Su bebé ha tenido algún episodio de diarrea?

Sí ( ) ¿Cuántas veces?: ……

No ( )

15. En cuanto al horario de lactancia, lo realiza siguiendo:

Un horario establecido ( )

Cada vez que el niño lo pide (libre demanda) ( )

16. ¿Estuvo hospitalizado alguna vez?

Sí ( ) ¿Cuántas veces?:……..

No ( )

Observaciones:

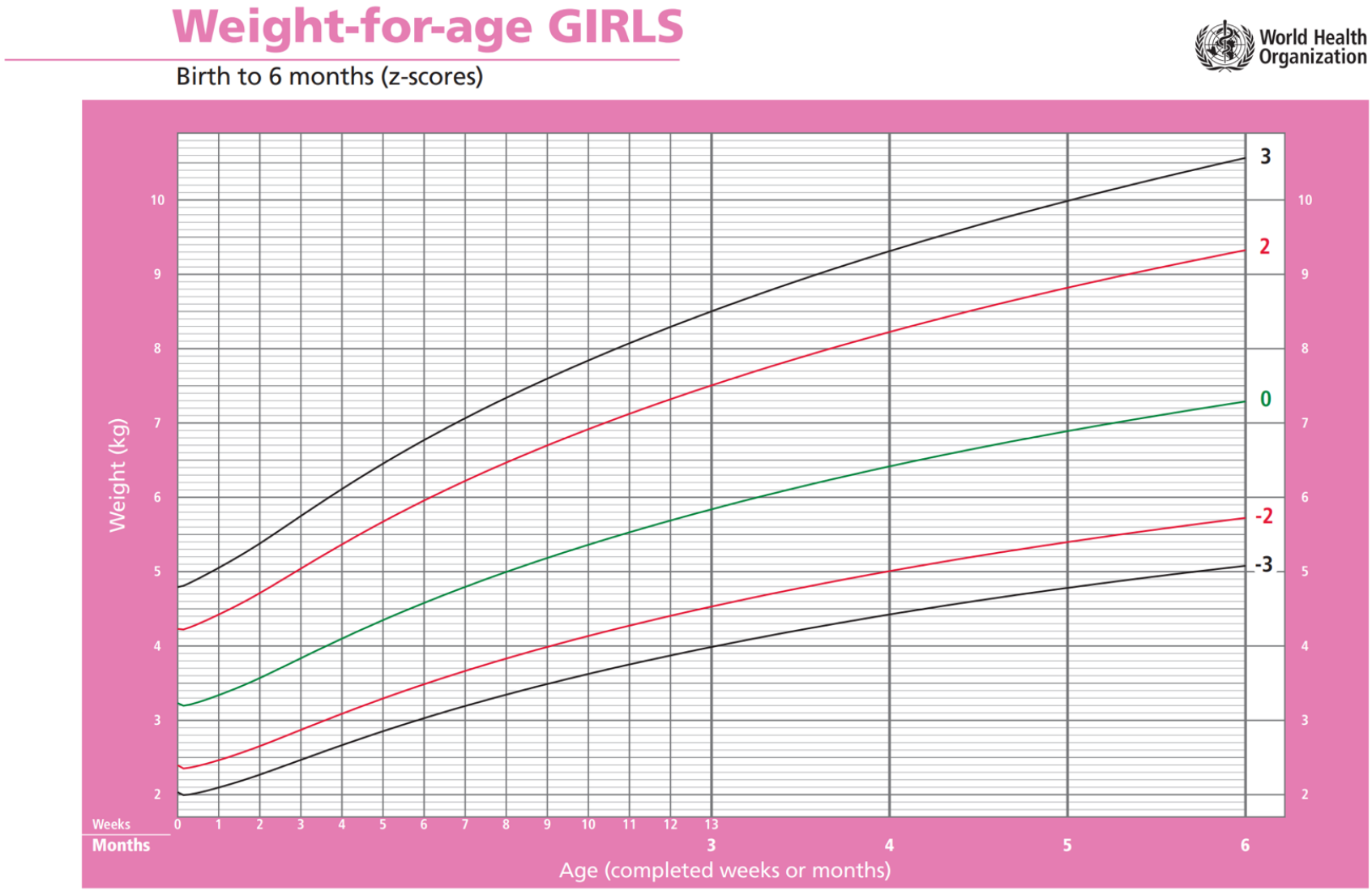
……

……

……

Anexo 4

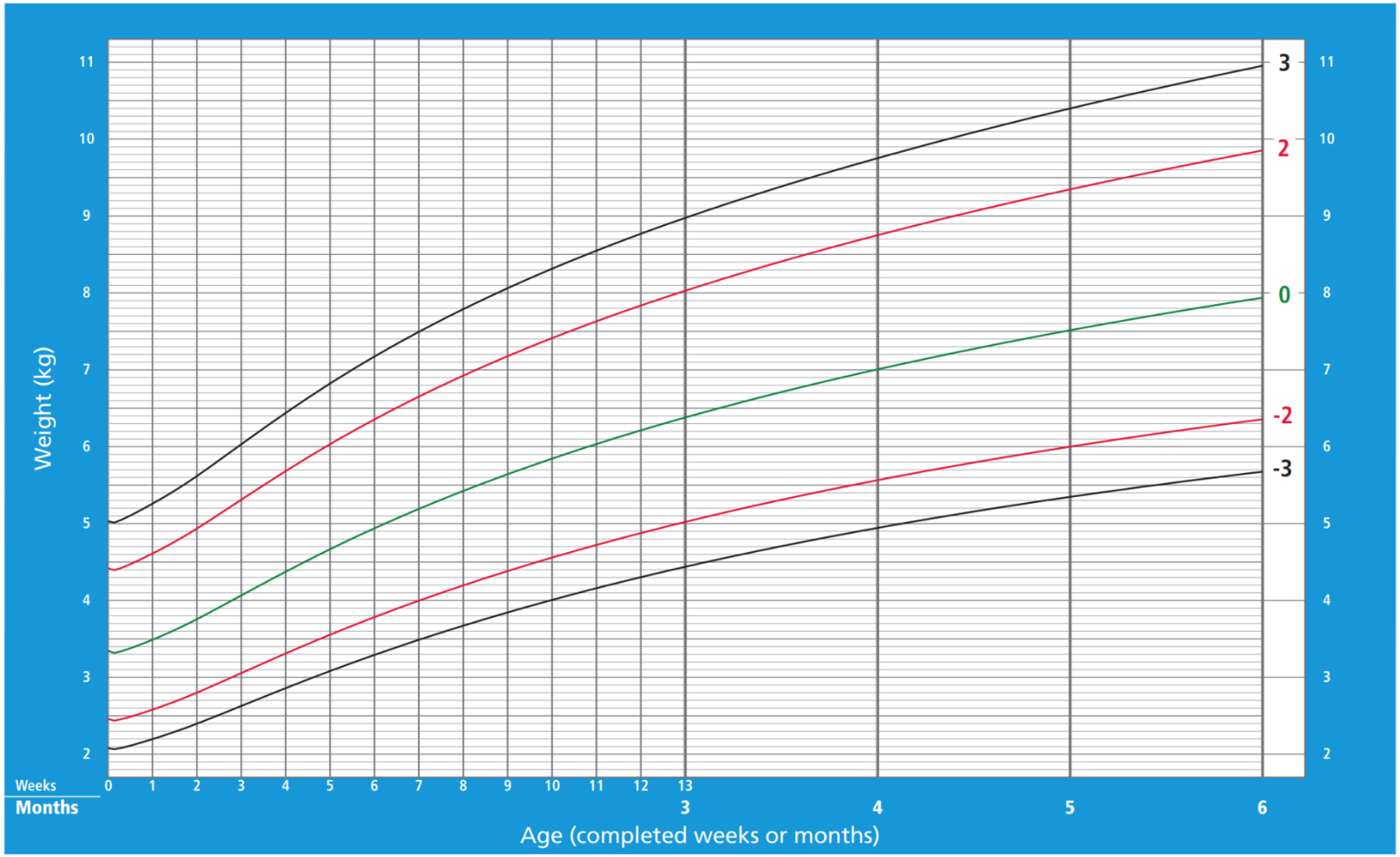
CURVAS DE ESTADO NUTRICIONAL



Weight-for-age BOYS

Birth to 6 months (z-scores)

World Health Organization

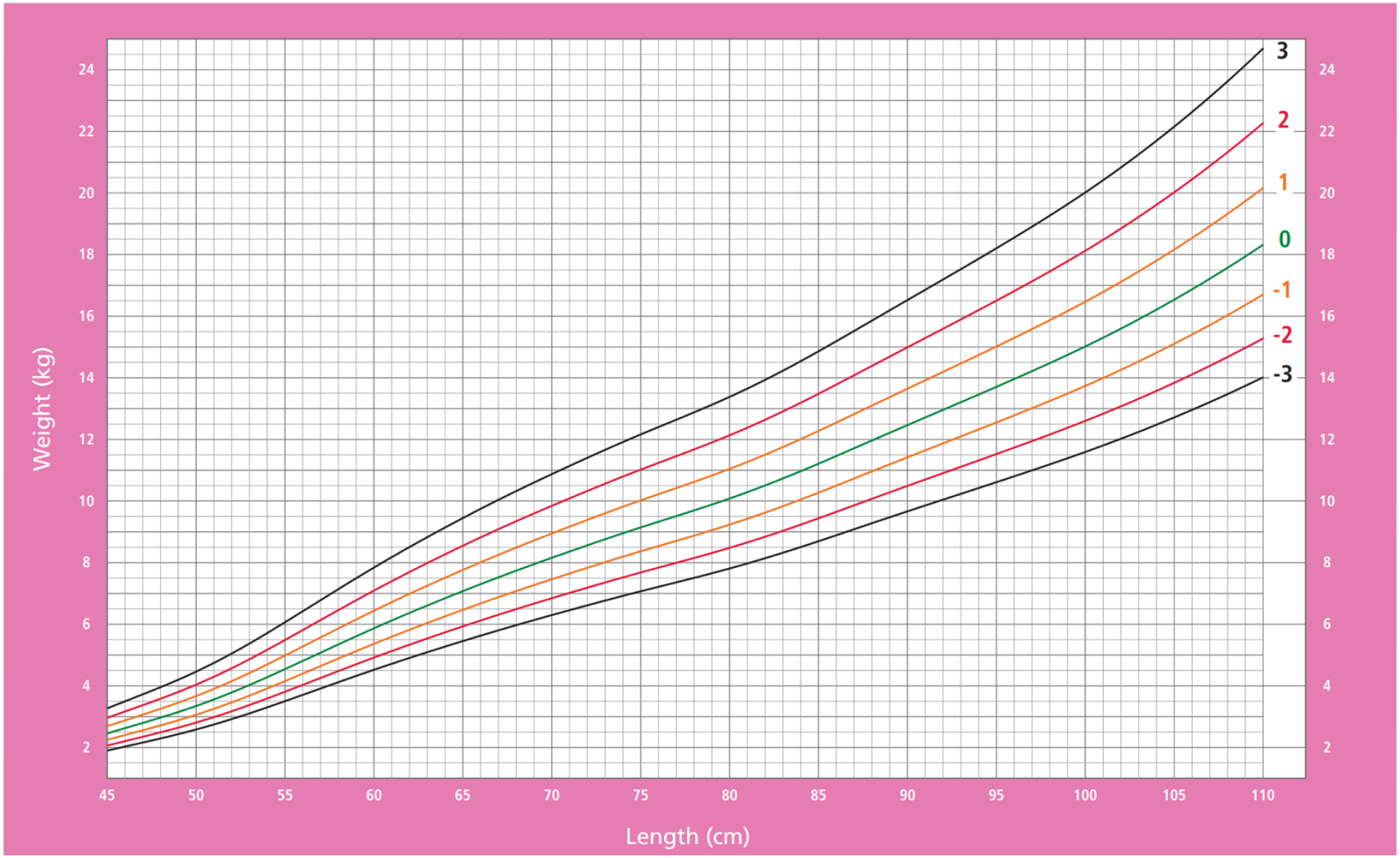


WHO Child Growth Standards

Weight-for-length GIRLS

Birth to 2 years (z-scores)

World Health Organization

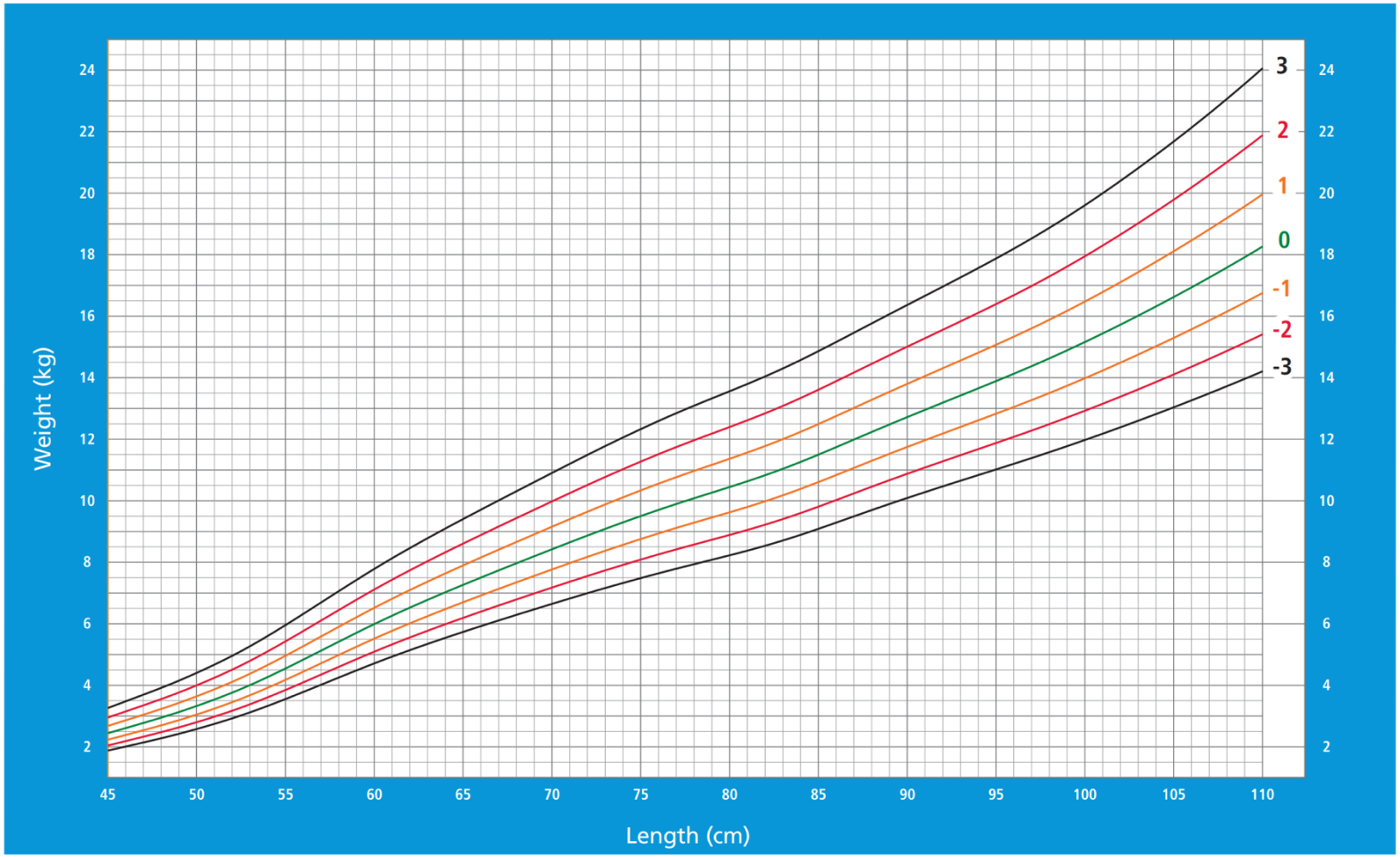


WHO Child Growth Standards

Weight-for-length BOYS

Birth to 2 years (z-scores)

World Health Organization

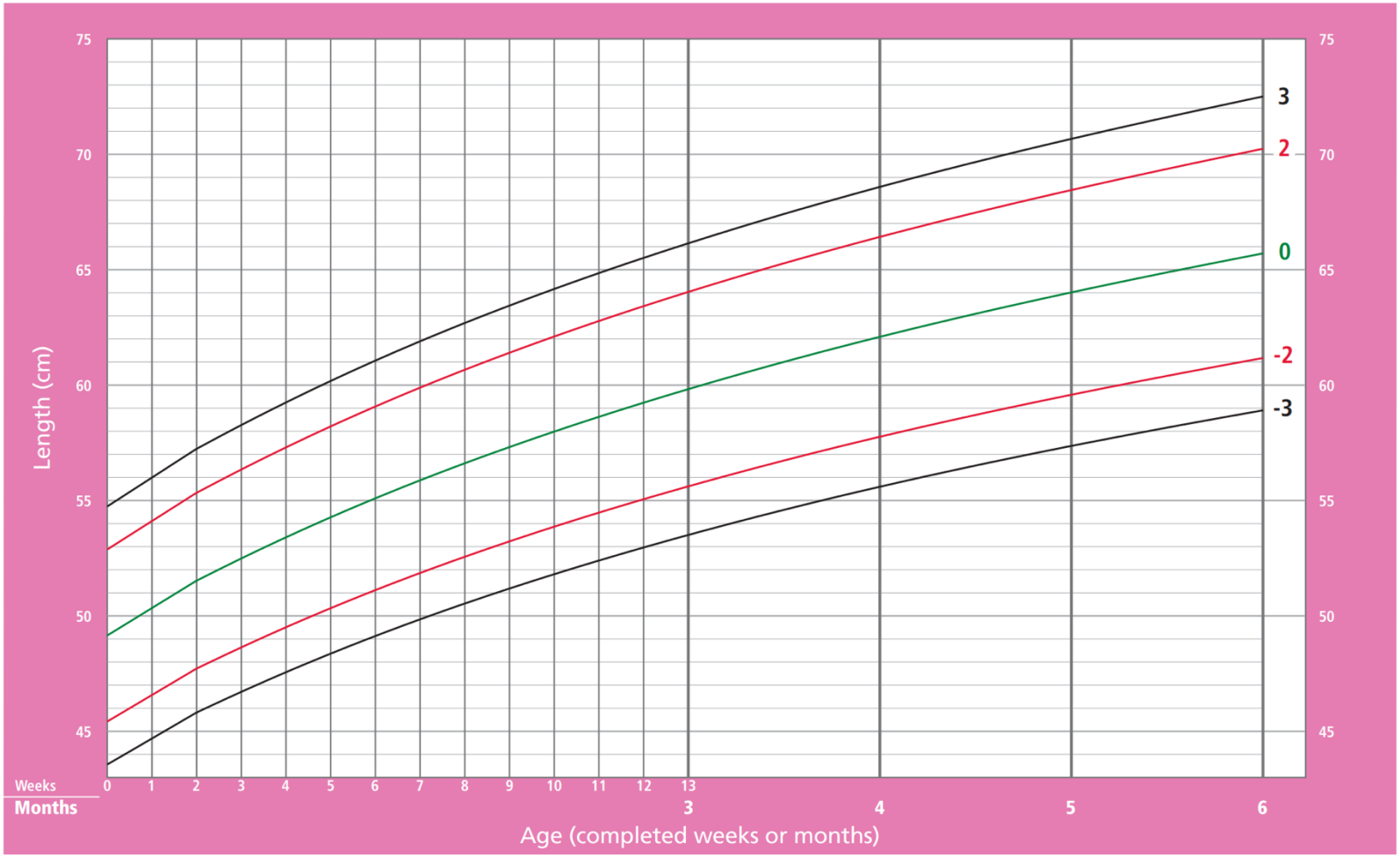


WHO Child Growth Standards

Length-for-age GIRLS

Birth to 6 months (z-scores)

World Health Organization

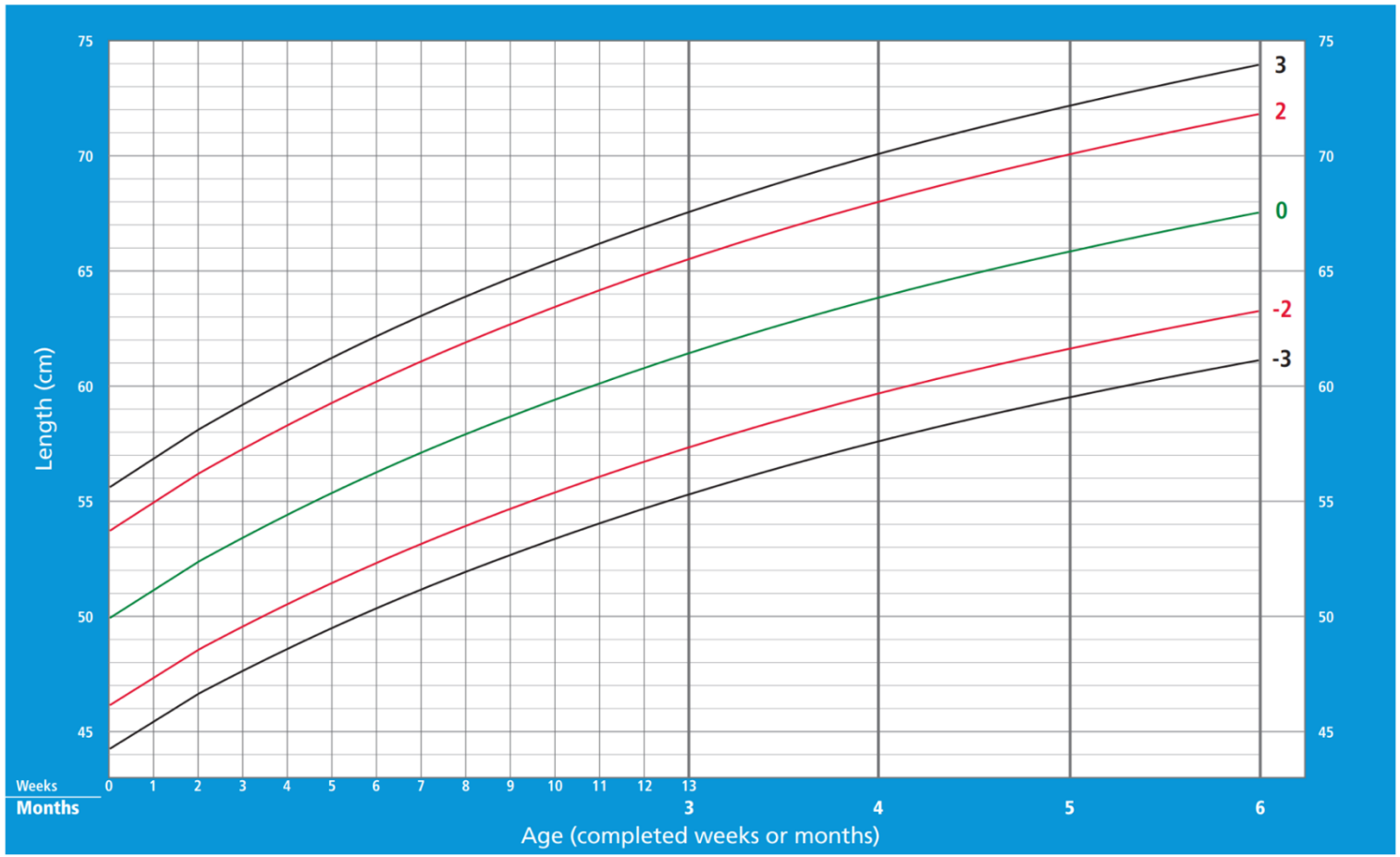


WHO Child Growth Standards

Length-for-age BOYS

Birth to 6 months (z-scores)

World Health Organization



WHO Child Growth Standards

Anexo 5

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor(a) de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1.	NOMBRE DEL JUEZ	Ruth Elizabeth Vigo Bardales
2.	PROFESIÓN	Obstetriz
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Doctor en Ciencias – Mención Salud
	ESPECIALIDAD	
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	32 años
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	U.N.C
	CARGO	Docente

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:
TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, 2024.

4. NOMBRE DEL TESISTA: Ada Kely Marín Castañeda

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar la relación entre los tipos de lactancia y el estado nutricional en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024.

7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0= Debe mejorarse 1= Poco adecuado 2= Adecuado

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems coresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10

Calificación: Aceptado: (7-10 puntos) Debe mejorarse: (4-6 puntos) Rechazado:(<3 puntos)

3. SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

.....

.....

.....

.....

.....

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor(a) de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1.	NOMBRE DEL JUEZ	Ana Isabel Quiroz Bazán
2.	PROFESIÓN	Obstetra
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Doctor en Ciencias
	ESPECIALIDAD	Obstetricia de Alto Riesgo
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	31 años
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital Simón Bolívar
	CARGO	Responsable de Docencia e Investigación

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:
TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, 2024.

4. NOMBRE DEL TESISTA: Ada Kely Marín Castañeda

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar la relación entre los tipos de lactancia y el estado nutricional en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca, 2024.

7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0= Debe mejorarse 1= Poco adecuado 2= Adecuado

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	1
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems coresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación: Aceptado: (7-10 puntos) Debe mejorarse: (4-6 puntos) Rechazado:(<3 puntos)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

3. SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

Organizar mejor los datos del niño menor de 6 meses, considerar infecciones respiratorias agudas como factor que puede variar el estado nutricional del niño

Ana I. Quiroz Bazán
OBSTETRA
COP: 6585

Anexo 6

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

TIPOS DE LACTANCIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, 2024

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido[a]	0	0,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,890	18

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	39,90	169,211	,491	,885
VAR00002	41,50	178,500	,081	,896
VAR00003	41,30	164,456	,662	,881
VAR00004	42,20	179,289	,157	,892

VAR00005	42,50	186,278	-,405	,898
VAR00006	42,10	180,100	,103	,893
VAR00007	39,60	169,822	,261	,894
VAR00008	40,90	182,989	-,082	,899
VAR00009	42,40	179,378	,168	,892
VAR00010	39,70	130,678	,968	,862
VAR00011	42,20	168,178	,975	,881
VAR00012	40,20	119,289	,965	,866
VAR00013	40,80	152,844	,929	,870
VAR00014	42,20	168,178	,975	,881
VAR00015	40,20	119,289	,965	,866
VAR00016	40,80	152,844	,929	,870
VAR00017	42,20	168,178	,975	,881
VAR00018	42,20	168,178	,975	,881
VAR00019	39,90	169,211	,491	,885
VAR00020	41,50	178,500	,081	,896
VAR00021	41,30	164,456	,662	,881
VAR00022	42,20	179,289	,157	,892
VAR00023	42,50	186,278	-,405	,898
VAR00024	42,10	180,100	,103	,893

EVALUACIÓN DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

-Coeficiente alfa > 0.9 es excelente

- Coeficiente alfa > 0.8 es bueno

-Coeficiente alfa > 0.7 es aceptable

- Coeficiente alfa > 0.6 es cuestionable

- Coeficiente alfa > 0.5 es pobre

- Coeficiente alfa < 0.5 es inaceptable

Referencia Bibliográfica

George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon, p. 231.

Anexo 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ada Kely Marín Castañeda, bachiller en obstetricia, egresada de la Universidad Nacional de Cajamarca, me encuentro realizando un trabajo de investigación titulado "Tipos de lactancia materna y estado nutricional en niños menores de 6 meses de edad. Centro de Salud Baños del Inca, 2024**",** para ello, solicito a usted de su colaboración para que su menor hijo participe brindándonos algunos datos. El proceso consiste en 2 cuestionarios: el primero es la Ficha de recolección de datos, donde se recopilará la información básica requerida de la madre y el (la) niño(a); y el segundo será una evaluación denominada "Técnica correcta de amamantamiento", el cual, como su nombre indica, busca evaluar qué tan adecuada es la técnica de amamantación que está utilizando con su niño(a). De aceptar que su menor hijo participe en el estudio, se le aclararán todas las dudas que pueda tener. Además, al tratarse de una investigación con fines exclusivamente académicos, se garantizará la absoluta confidencialidad.

Atentamente,

Bach. en Obstetricia Ada Kely Marín Castañeda

Universidad Nacional de Cajamarca

_____

Firma de la participante

DNI:

10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 12 palabras)

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

8% Fuentes de Internet
3% Publicaciones
7% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.