



**ESCUELA DE ENFERMERIA
PADRE LUIS TEZZA
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma**

**INFLUENCIA DEL TIPO DE LACTANCIA QUE RECIBE
EL
NIÑO MENOR DE 6 MESES EN LOS PROBLEMAS
DIARREICOS, DEL CENTRO DE SALUD
GUSTAVO LANATTA LUJAN**

**Tesis para optar el Título Profesional
De Licenciada en Enfermería**

MELANNY CAROL AGUIRRE SOSA

LIMA - 2012

**INFLUENCIA DEL TIPO DE LACTANCIA QUE RECIBE EL
NIÑO MENOR DE 6 MESES EN LOS PROBLEMAS
DIARREICOS, DEL CENTRO DE SALUD
GUSTAVO LANATTA LUJAN**

Asesor: Mg. Nelly Céspedes.

**Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza,
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma.**

Este trabajo de investigación va
dedicado a mis padres y hermana,
quienes siempre me han apoyado en todo
momento y confiaron en mí

INDICE

INTRODUCCION	7
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1.Planteamiento y delimitación del problema	9
1.2.Formulación y delimitación del problema:	12
1.3. Delimitación de los objetivos:.....	13
1.3.1. Objetivo general.....	13
1.3.2. Objetivos específicos	13
1.4. Importancia y Justificación del estudio.....	13
1.5. Limitación del estudio.....	14
CAPITULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL	14
2.1. Investigaciones relacionadas con el tema:	14
2.2. Estructura Teórica y científica que sustenta la investigación.....	17
2.3. Definición de términos básicos	28
2.4.Formulación General de Hipótesis.....	29
2.4.1. General:.....	29
2.4.2. Especifica:.....	29
2.5. Variables de estudio:.....	29
CAPITULO III METODOLOGIA DEL ESTUDIO.....	30
3.1 Tipo y Método de estudio	30
3.2 Área de estudio	30
3.3 Universo y población de estudio.....	30
3.4 Diseño de Investigación	31
3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos	32
3.6 Procedimientos de recolección de datos.....	32
3.7. Aspecto Ético	33
CAPITULO IV: RESULTADOS E INTERPRETACION DE LOS DATOS	33
4.1 Resultados Obtenidos.....	33
4.2. Discusión de los resultados	42
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
5.1. Conclusiones	46
5.2. Recomendaciones	46
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	49
ANEXO A OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	50
ANEXO B VALIDACION POR JUECES DE EXPERTOS.....	52
ANEXO C DISTRIBUCION BINOMIAL.....	53
ANEXO D.....	55
ANEXO E	57
ANEXO F GRAFCO N° 1	59
ANEXO G GRAFICO N°2.....	60

RESUMEN

En el cuidado de la salud del niño, se ha dado énfasis a la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ya que garantiza el aporte de nutrientes necesarios y suficientes para el crecimiento y desarrollo del bebé, así como el aporte de defensas para el organismo y establece el vínculo afectivo entre la madre, la niña o el niño, el padre y el entorno familiar. Pero algunas madres brindan leche artificial reemplazando la leche materna y dejando de lado la importancia de esta, estadística refleja que la leche artificial es causante muchas veces de problemas diarreicos. *OBJETIVO:* Determinar la influencia del tipo de lactancia que recibe el niño menor de 6 meses en los problemas diarreicos. *METODOLOGIA:* El enfoque de la investigación será cuantitativo y se utilizara el método descriptivo – correlacional de corte transversal no experimental por qué no se manipulara la variable independiente; realizado en el centro de salud Gustavo Lanatta Lujan, lima. La población estuvo constituida por 120 niños; los datos fueron recolectados por la investigadora teniendo como instrumento un cuestionario estructurado con preguntas cerradas de respuestas con selección múltiple, aplicado a las madres de familia de niños menores de 6 meses. *RESULTADOS:* Se brinda lactancia materna exclusiva a los menores de 6 meses, al 90.9% de la población estudiada y al 9.1% se brinda lactancia artificial; teniendo que de la población que recibe lactancia materna exclusiva solo presento 1 vez problemas diarreicos un 1% de la población y de los que reciben lactancia artificial presentaron una y dos veces un 3%. *CONCLUSIONES:* El tipo de lactancia que recibe el niño menor de 6 meses tiene influencia en los problemas diarreicos que pueda presentar durante su crecimiento, el cual se refleja en los resultados obtenidos teniendo como principal causante de estos problemas la lactancia artificial.

PALABRAS CLAVES: Influencia, Tipo de lactancia, niño menor de 6 meses, problemas diarreicos.

SUMMARY

In caring for the health of the child, emphasis has been placed on the importance of exclusive breastfeeding until the age of 6 months, as it ensures the delivery of nutrients necessary and sufficient for your baby's growth and development, as well as the contribution of defenses for the agency and sets the emotional bond between the mother, the girl or the child, the father and the family environment. But some mothers provided milk replacing artificial breast milk and leaving aside the importance of this, Statistic reflects that the artificial milk is causing many times of diarrheal problems. *OBJECTIVE:* To determine the influence of the type of feeding a child receives less than 6 months in the diarrheal problems. *METHODOLOGY:* The focus of the research will be quantitative and used the descriptive method - cross sectional correlational non-experimental for that is not handled the independent variable; made in the health center Gustavo Lanatta Luján, Lima. The population consisted of 120 children; the data were collected by the researcher taking as an instrument a structured questionnaire with closed-ended questions on answers with multiple selections, applied to mothers of children under the age of 6 months. *RESULTS:* It provides exclusive breastfeeding to the age of 6 months, the 90.9 % of the population studied and the 9.1 % provides artificial feeding; taking that of the population that receives exclusive breastfeeding only submitted 1 time diarrheal problems a 1% of the population and of those who receive artificial feeding with one or two times a 3 %. *CONCLUSIONS:* The type of feeding a child receives less than 6 months old has influence in the diarrheal problems that can occur during its growth, which is reflected in the results obtained with the principal cause of these problems the artificial feeding.

KEY WORDS: Influence, type of feeding, infant less than 6 months, diarrheal problems.

INTRODUCCION

La leche materna es el alimento óptimo para los infantes. El fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

La lactancia materna asegura el mejor desarrollo para el infante, por ser un producto con una composición diferente a cualquier otra leche animal, que cambia de acuerdo a las necesidades del lactante; así mismo protege su salud a través de las transferencias de células, factores de crecimiento, enzimas e inmunoglobulinas lo cual disminuye una menor cantidad de infecciones (respiratorios, intestinales, meningitis, urinarias) las cuales son menos frecuentes no solo por las ventajas propias de la leche materna si no por la exposición de los niños no amamantados a agua, alimentos y biberones contaminados.

En todo el mundo las enfermedades diarreicas ocupan un lugar destacados como motivo de consulta en los servicios de salud que atienden a niños. El Perú, es un país que se mantiene entre sus primeras causas de demanda de atención, de acuerdo a la encuesta ENDES 2008, la demanda de atención por diarreas en menores de 6 meses se ha incrementado de 30% (1996) a 48% (2008) esta situación se atribuye al consumo de leche artificial, durante los últimos años el cual refleja que la incidencia de enfermedades diarreicas agudas en menores de 6 meses en el país, es mucho mayor a episodios antes registrados.

La diarrea aguda en el menor de seis meses como ya ha sido demostrado un retardo en la ganancia de peso, más aun cuando los episodios son continuos. En el país según diversos investigadores se calcula una tasa de incidencia acumulada entre 5 a 7 episodios por niño por año.

Los tipos de lactancia están condicionados por la interacción de factores biológicos, socio demográficos, económico, cultural, de la atención clínica por la estrategias del mercadeo de las casas productoras de leche artificiales. Las relaciones entre los tipos de lactancia y sus determinantes es diferentes entre los diversos países, las distintas instituciones y comunidades de un mismo país, es relevante su conocimiento porque las intervenciones para promocionar la lactancia materna tienden a basarse en evidencias del propio medio y han demostrado ser efectivas.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Plantamiento y delimitación del problema

La OMS define como lactancia materna exclusiva (LME) la alimentación del lactante con leche materna de la madre, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que excluye el agua. En el 2002 durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud conocida como “estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño” realizado en Ginebra, se recomendó que la lactancia materna deba realizarse durante los 6 primeros meses de vida, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los 2 años como mínimo.

En los países desarrollados la información disponible sobre las tasas de LME es abundante, su interpretación es difícil debido a las diferencias metodológicas, ya que son pocos los que usan métodos de recolección de datos y las definiciones recomendadas por la OMS; cita como ejemplo a Estados Unidos en el 2001 con tasas de inicio del 69.5% y una prevalencia del 32.5% a los 6 meses.¹

La OMS estima que de un total de 94 países pobres, la población de menores de 12 meses presenta una tasa de 35% con LME entre 0 a 4 meses aproximadamente.¹

En México, durante la década de los setenta el porcentaje de las madres que inicio Lactancia Materna fue de 78%, con una duración media de 8.7 meses, en el que se observó que los lactantes de 3 meses eran alimentados en forma exclusiva en un 15.3% y que 22% nunca fueron alimentados al seno materno.

Durante la década de los ochenta el 83% de las madres inicio Lactancia Materna, con una duración media de 8.6 meses, 14% de los lactantes menores de cuatro

meses nunca recibieron leche materna y solo 11.5% fueron alimentados de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

De acuerdo a la segunda encuesta nacional de nutrición del 2002, en México el 92.3% de los lactantes fueron alimentados al seno materno, probablemente por la promoción de los Hospitales amigos de la madre y del niño. En cuanto a la duración de la Lactancia Materna Exclusiva, el estudio reportó una media de nueve meses en los cuales el 25.7% de los lactantes menores de cuatro meses recibieron LME y en menor proporción el 20.3% los menores de seis meses, tales tasas fueron más altas en comunidades rurales, sobre todo en la población indígena, madres con bajo nivel socioeconómico, con menor escolaridad, sin empleo y carecen de servicios de salud, así como también las que tienen un índice de masa corporal y peso por debajo del promedio.²

La OMS en el año 2006 difundió el patrón internacional de crecimiento infantil basado en niños amamantados constituyéndose en la nueva referencia para valorar y seguir su crecimiento.

La Lactancia Materna en nuestro país ha presentado un incremento del 0.75% por año a partir de 1985 a 2000, en comparación con otros países de América Latina como Honduras y Nicaragua que reportaron un incremento de 7.75% por año o Brasil con un 3.8% por año.³

Según ENDES en el 2009, la prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses se incrementó de 52,7% en 1996 a 67,2% en el año 2000, y a 69,9% en el año 2009. Estos datos nos podrían indicar que las acciones emprendidas están dando resultados positivos, al ser uno de los porcentajes más altos del decenio. La LME en las áreas rurales es la que con el paso de los años ha incrementado en mayor proporción, siendo la Región de la Selva, la que concentra un porcentaje mayor en LME. Sin embargo en los ámbitos urbanos y de la Costa, los porcentajes no han variado significativamente, no sobrepasa el 68%.

Haciendo un análisis de las causas del porque no se logra todavía estándares óptimos por encima del 80% en LME a pesar de ser una práctica cultural ancestral, encontramos que el 44% de los Recién Nacidos, especialmente en los ámbitos urbanos, inician la LME después de la crucial primera hora, convirtiéndose en un riesgo para la introducción de biberones, este problema está

asociado a los establecimientos de salud donde nacen las niñas/os y que no cumplen con el cuarto paso de la Lactancia Materna Exitosa (Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto) en el marco de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño. Cada vez más estudios demuestran que implementando los 10 pasos para una lactancia materna exitosa y un apoyo post natal continuo contribuyen a una mayor iniciación del amamantamiento y de la lactancia materna exclusiva a nivel local, nacional e internacional.

Asimismo, se observa que 3 de cada 4 niños reciben Lactancia Materna Exclusiva hasta el primer mes, la proporción disminuye a 2 de cada 3 cuando el niño cumplió el tercer mes y se reduce a 1 de cada 2 al llegar al quinto mes de vida. Este problema está asociado, entre otras causas, a la incorporación y reincorporación al mercado laboral de las madres que dan de lactar, en las cuales se observan vacíos legales relacionados a los derechos laborales, la misma que merece colocarse en la agenda pública y política a través del apoyo de los medios de comunicación y la acción de las redes sociales⁴.

Por otro lado se observa la promoción indiscriminada de sucedáneos de la leche materna que realizan las empresas comercializadoras por diferentes medios de comunicación masiva (radio, televisión, prensa), interpersonal, grupal entre otros, tanto en los establecimientos que brindan servicios de salud públicos (MINSA, Es Salud, Sanidad de las Fuerzas Policiales, Hospitales de la Solidaridad) y privados (Clínicas, Redes Pediátricas), como las que comercializan estos productos directamente (farmacias, boticas, supermercados, entre otros), lo cual implica una serie de trasgresiones a la normatividad vigente que para el Perú está estipulado en el Reglamento de Alimentación Infantil aprobado con Decreto Supremo N° 009-2006-SA.

El congreso peruano aprobó la ley 28731 el 13 de mayo del 2006, amplía la declaración del permiso por lactancia materna de las madres con empleo a dos horas, hasta que el lactante cumpla los seis meses⁵.

En relación al uso del biberón todavía es una práctica muy difundida, los reportes de ENDES 2009 en niños menores de 6 meses nos indica que está por el 23,3%.

Estos resultados nos muestran que se tiene que seguir trabajando a favor de la promoción y protección de la Lactancia Materna por ser esta práctica (Lactancia Materna (LM) y Alimentación Complementaria adecuada durante los dos primeros años de vida), fundamental para la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo, la salud y la nutrición de las niñas y los niños, (considerada como potencial de desarrollo humano de las sociedades), siendo uno de los aspectos trascendentales de la salud pública que el país viene promoviendo en el contexto de lograr la meta de reducir la desnutrición crónica infantil en nueve puntos porcentuales al 2011.

Lo ideal es que todos los niños al nacer reciban lactancia materna, pero por determinada circunstancia, algunos generalmente toman lactancia mixta, de los cuales unos tienen el privilegio de recibir mayor leche materna que otros.

Generalmente los niños nacidos de madres adolescentes son los que reciben menos cantidad de leche materna, ya que las madres por desconocimiento aplican una inadecuada técnica de amamantamiento, donde se niega dar de lactar debido al dolor que presentan en los pezones⁴.

Las investigaciones actuales permiten recomendar la alimentación para el recién nacido, la leche materna como fuente adecuada de alimentación, por sus beneficios nutricionales, protección inmunológica, beneficios psicológicos, mineralización a largo plazo y ventajas en el desarrollo.

El motivo por el cual se decide realizar este tema, es que los niños que se encuentran cercanos a la familia han sido alimentados con leches artificiales junto con la leche materna y tempranamente les han dado alimentación complementaria los cuales hoy en día sufren de alergias en la piel, problema gastrointestinal y respiratorio

1.2. Formulación y delimitación del problema:

¿Cuál es la influencia del tipo de lactancia que recibe el niño menor de 6 meses en los problemas diarreicos del Centro de salud Gustavo Lanatta Lujan?

1.3. Delimitación de los objetivos:

1.3.1. Objetivo general

Determinar la influencia del tipo de lactancia que recibe el niño menor de 6 meses en los problemas diarreicos.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el tipo de leche que se da al niño durante sus 6 primeros meses.
- Identificar los problemas de diarrea que presenta el niño menor de 6 meses de edad
- Relacionar el tipo de leche administrada y los problemas diarreicos, en el niño menor de 6 meses.

1.4. Importancia y Justificación del estudio

El propósito del estudio es determinar la influencia del tipo de lactancia en la alimentación del niño menor de 6 meses con los problemas diarreicos. Porque las estadísticas reflejan una estrecha relación de 40% de los problemas diarreicos en el niño con el tipo de alimentación durante los primeros 6 meses de vida sobre todo en los niños que menos tiempo reciben LM.

Los resultados que se obtengan de la investigación se darán a conocer a las autoridades de salud, para que adopten las medidas necesarias y se capacite al personal a fin que actualicen sus conocimientos para promover la LME.

Esto permitirá a la investigadora la oportunidad de proponer un programa educativo orientado al fomento de la LME en los niños menores de 6 meses para contribuir en la disminución de los problemas diarreicos que se deriven del tipo de lactancia real.

1.5. Limitación del estudio

La población de estudio estará constituida por un total de 120 niños menores de 6 meses que asisten al control de crecimiento y desarrollo. El tiempo para el desarrollo del proyecto es aproximadamente 2 meses.

CAPITULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1. Investigaciones relacionadas con el tema:

En la revista chilena de pediatría, da a conocer que la forma de alimentación de un recién nacido durante su estadía en la Maternidad puede condicionar la duración de la lactancia materna exclusiva (LME). El objetivo fue determinar prospectivamente si la introducción precoz de SLM (sustitutos de lactancia materna) u otros líquidos a RNT sanos se asocia a una reducción de la incidencia de LME al mes de vida. Fue un Estudio de cohorte concurrente. Se conformó una cohorte de 211 RNT sanos cuyo parto fue atendido en la Maternidad del Hospital Clínico Universidad Católica en el período octubre 2006-junio 2007, 108 no-suplementados y 103 suplementados con fórmula láctea o suero glucosado al 5% durante su estadía en la Maternidad. Se estimó el riesgo crudo de cesación de LME al mes de vida entre los grupos no-suplementado vs suplementado, y ajustado por diversas variables confundentes. Los resultados fueron Transcurrido un mes de vida, 40/100 (40,0%) recién nacidos suplementados y 26/101 (25,7%) recién nacidos no-suplementados habían dejado de recibir LME, siendo el RR crudo = 1,55 (IC95% 1,03-2,34). Ajustado por características maternas (edad, educación, experiencia previa de lactancia, educación en lactancia, proyección LME y apoyo paterno) y del recién nacido (vía de parto y peso de nacimiento), el riesgo de cesación de LME al mes de vida fue 55% mayor en los RNT suplementados vs. No-suplementados (RR ajustado = 1,54; IC95% 1,01-2,35).la conclusión fue que la suplementación precoz de recién nacidos sanos con suplementos de leche materna asocia a un mayor riesgo de cese de LME al mes de vida⁶.

La revista colombiana de pediatría, publica una investigación que tiene como título; lactancia en niños menores de 6 meses en el instituto de seguros sociales de Popayan Colombia, el cual tiene como objetivo: Caracterizar los tipos de lactancia en niños al primer semestre de vida en el ISS y evaluar los factores asociados. Determinar la edad de inicio de la lactancia artificial y de la alimentación complementaria. El diseño es un estudio descriptivo de corte transversal, correlacional. La muestra fue de 182 madres de lactantes menores de 6 meses beneficiarios del ISS, del medio urbano, fue entrevistada entre Junio de 2007 y Junio de 2008. Principales Mediciones: Empleo de la lactancia artificial y de la lactancia materna. Edad de inicio de la lactancia artificial y alimentación complementaria; factores asociados al tipo de lactancia detectados por un cuestionario estructurado. Se usó la regresión logística para evaluar el grado de relación estos factores con los tipos de lactancia. Resultados: La edad promedio de los lactantes fue de 5.4 meses. 54.9% de la muestra eran alimentados con lactancia mixta, 34.6% con lactancia materna exclusiva y 10.4% con lactancia artificial. En el 57.1% emplearon alguna vez la lactancia artificial en el primer semestre de vida. La alimentación complementaria fue introducida antes del 4° mes en el 83.2%. Se presentaron diferencias entre los distintos tipos de lactancia en las madres que habían empleado lactancia artificial ($p = 0.000$). Se observó que el empleo en alguna ocasión en el primer semestre de vida de la lactancia artificial se relacionó significativamente con el Tipo de Lactancia al momento de la entrevista (OR 8.00, IC95% 3.97-16.14)⁷

Asimismo en el 2010, la Alianza Mundial pro Lactancia Materna WABA (coalición mundial de personas y organizaciones dedicadas a la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en todo el mundo), del cual es miembro el estado peruano, tiene como Lema “Lactancia Materna: cumplamos con los 10 pasos – Hospitales Amigos y más”. Estos Diez Pasos se presentaron al mundo en 1989 como la Declaración Conjunta OMS/UNICEF “Protección, fomento y apoyo de la lactancia materna: papel especial de los servicios de maternidad”.

En un estudio realizado por UNICEF, se ha observado que las madres con menos recursos económicos practican más la lactancia materna exclusiva que las que

pertenecen a sectores socioeconómicos no pobres. De acuerdo a datos obtenidos en la ENNIV 2000, el 53% de niños pertenecientes a niveles de pobreza extrema, recibieron lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses. La cifra desciende al 39% en niños de sectores no pobres⁸.

Según ENDES 2004, el uso del biberón se incrementó respecto del año 2000 en menores de seis meses y de manera especial en el grupo de edad entre seis a nueve meses de edad. Para combatir esta situación el rol de los profesionales y técnicos de salud es de suma importancia. Su responsabilidad ética los debe colocar no como promotores de venta de estos productos sino como promotores de la lactancia materna exclusiva y facilitadores, para que las madres y su entorno familiar puedan tomar decisiones asertivas con relación a la mejor alimentación de los hijos.

Publicaciones realizadas en el siglo pasado y a principio del presente demostraron la asociación entre la frecuencia de infecciones graves y la alimentación con biberón. Las tasas de mortalidad mostraban también la diferencia entre el riesgo de morir entre lactantes alimentados con leche materna o biberón. La presencia de inmunoglobulinas, la influencia específica del pH, la presencia de leucocitos y la flora intestinal eran algunas de las propiedades anti-infecciosas ya identificadas en la leche humana. Para entonces, era evidente que los lactantes habían recibido en la etapa prenatal protección sistémica vía la placenta, y a través de la protección local del tracto digestivo por la acción del calostro durante la etapa postnatal. A la fecha se ha demostrado que la leche materna también disminuye la incidencia de enfermedades respiratorias superiores y de alergia alimentaria⁸.

Otro estudio realizado en centros poblados del Distrito de Carabayllo, Lima-Perú, fue identificar las prácticas de lactancia materna y los hábitos de succión no nutritivos en niños de 0-71 meses, como parte de un proyecto de investigación de la Facultad de Estomatología de la UPCH. Se empleó una encuesta estructurada a las madres, cuya edad promedio fue de $28,0 \pm 5,3$ años y el grado de instrucción fue secundaria incompleta (33,8%). La edad promedio de los 133 niños fue $36,4 \pm 21,1$ meses. El 96,3% recibió lactancia materna, siendo exclusiva en el 80,2% hasta los 6 meses ($5,7 \pm 3,2$ meses). El uso del chupón se encontró en 9,2%

de los niños y del biberón en 61,9%. La mayoría de las madres agregaban azúcar al biberón (63,1%) y el 10.5% de los niños han utilizado aguas (infusiones) azucaradas, siendo en media la edad introductoria de $8\pm 5,4$ meses. El 47,4% usaban el biberón para dormir, y de éstos, el 50% contenían azúcar. Favorables hábitos de lactancia materna y baja prevalencia de hábitos no nutritivos fueron observados; sin embargo, una introducción temprana del azúcar en la dieta de los niños y un uso frecuente e incorrecto del biberón, también se detectaron, mostrando que es necesaria una mayor información a las madres sobre los factores de riesgo asociados a la instalación de caries temprana en la infancia⁹.

2.2. Estructura Teórica y científica que sustenta la investigación

La teoría del apego fue desarrollada en 1958 por John Bowlby, afirma que el bebé debe mantener un vínculo muy cercano con sus progenitores, en especial con su madre, para así lograr seguridad emocional.

De acuerdo a esta teoría, el bebé necesita estar cerca de la madre para sentirse cuidado, protegido y en contacto con ella a través del amamantamiento. De esta forma consigue una verdadera confianza que luego le permitirá un buen desarrollo de su personalidad. La capacidad de respuesta de las personas de referencia es determinante para que se sienta seguro y sin ansiedad. Cuando estos brazos lo acunan y lo acarician se siente protegido y aceptado en forma incondicional. El apego funciona a modo de escudo, consiguiendo la seguridad necesaria para que el bebé explore el mundo¹⁰.

(Lebovici, 1988:24). Para el autor, los primeros momentos del vínculo se transforman en un momento crítico para toda la vida adulta; así “al hablar de transacción en los primeros momentos de la relación objetal, los psicoanalistas admitían implícitamente que la teoría de la dependencia inicial se debía asociar a una teoría de la espiral transaccional en que la madre y el bebé se influyen recíprocamente¹¹.

Niño menor de 6 meses

Características:

El periodo neonatal comprende los primeros 28 días de vida del bebé. En la mayoría de casos hay una pérdida de peso del 10% debido a la eliminación del líquido extravascular. A los 14 días el bebé recupera el peso del nacimiento.

En estos 3 primeros meses aumenta unos 500 gramos y crece 2 cm al mes aproximadamente. A partir de los 4 meses el bebé sigue creciendo pero no tan rápidamente como en los primeros tres meses de vida. Es esta etapa se van fortaleciendo la musculatura de la espalda y cuello de manera que le va a permitir sentarse alrededor de los seis meses.

Sistema Digestivo:

La barrera intestinal del lactante madura anatómica y funcionalmente durante los primeros meses de vida. La leche materna actúa brindando protección pasiva y acelerando la maduración, probablemente a través de los factores moduladores de crecimiento. La barrera intestinal ya fortalecida impedirá el paso de bacterias y antígenos en edades posteriores.

La capacidad gástrica aumenta progresivamente desde 10 a 20 ml al nacer hasta 130ml aproximadamente a los 6 meses. La acidez gástrica alcanza un ph comparable a la del adulto a los 4 meses aprox.

Nutrición:

Desde el punto de vista nutricional, la leche materna es superior a las fórmulas derivadas de la leche de vaca y de otras fuentes, ya que los nutrientes que contiene: proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua están en cantidad y proporción adecuadas para lograr una máxima biodisponibilidad en el lactante menor de 1 año. La osmolaridad de la leche materna y su contenido en enzimas digestivas y en factores moduladores de crecimiento permiten su mejor digestibilidad y contribuyen al desarrollo del tubo digestivo durante los primeros meses de vida del niño. La ausencia de antígenos alimentarios en la leche materna evita enfermedades alérgicas que afecten el aprovechamiento nutritivo de la alimentación del lactante. Los factores moduladores de crecimiento promueven el

desarrollo de la mucosa intestinal, lo que evita el ingreso de proteínas extrañas, como macromoléculas que estimulen reacciones alérgicas¹².

Tipo de lactancia:

1. Lactancia materna:

La lactancia materna es la alimentación con leche de madre. La Organización mundial de la salud y el fondo de las naciones unidas para la infancia señalan asimismo que "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños"¹³.

La OMS y el UNICEF recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida desde el nacimiento. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se le va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años.

La lactancia materna es la forma natural y propia de la especie humana para la alimentación de lactantes y niños pequeños, lo cual no es preciso demostrar con pruebas científicas. Es el modelo que sirve de referencia para valorar los métodos alternativos de alimentación en relación con el crecimiento, la salud, el desarrollo y el resto de efectos a corto y largo plazo". Por lo tanto corresponde a aquellos que proponen estas alternativas la obligación de aportar pruebas científicas que demuestren su superioridad o igualdad respecto a la lactancia materna.

➤ Las ventajas de la lactancia materna:

- ✓ La lactancia es conveniente, y de fácil disponibilidad para el niño y no requiere preparación o equipo especial.
- ✓ La leche materna suministra un adecuado balance y una cantidad de nutrientes que son ideales para el niño lactante.

- ✓ El calostro y la leche materna tienen elementos anti infecciosos que ayudan a limitar las infecciones.
- ✓ La lactancia es más económica que la alimentación artificial, que comprende los costos de la fórmula, los biberones al igual que el combustible necesario para la esterilización.
- ✓ La lactancia promueve un mayor vínculo y relación entre la madre y el niño¹⁴;

➤ **Factores que impiden la lactancia materna:**

Existen distintos factores por lo cual la madre deja de amamantar a su hijo; el factor socio económico es uno de ellos por lo que la mujer trabajadora y las condiciones laborales así como la influencia del ambiente donde se desenvuelve cotidianamente presenta distintos obstáculos para hacer valer sus derechos en cuanto a la licencia para amamantar, se debe tomar también en cuenta que muchas de estas mujeres son trabajadoras informales las cuales no cuentan ni siquiera con algún tipo de respaldo por el tipo de trabajo que realizan. Por lo que ha dado la ley N° 27403 que otorga permiso por la lactancia materna:

Artículo 1.- Del objeto de la ley

1.1 La madre trabajadora al término del periodo post natal tiene derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna hasta que su hijo cumpla un año de edad. Este permiso podrá ser fraccionado en dos tiempos iguales y será otorgado dentro de su jornada laboral.

(*) De conformidad con el artículo único de la ley N° 27403 publicada el 20-01-2001, se precisa que la hora diaria de permiso por lactancia materna se considera como efectivamente laborada para todo efecto legal, incluyéndose el goce de la remuneración correspondiente.

(*) Numeral modificado por el artículo 1 de la N° 27591 del 13-12-2001.

1.2 La madre trabajadora y su empleador podrán convenir el horario en que se ejercerá el derecho establecido en el párrafo precedente.

1.3 El derecho que la presente ley se otorga no podrá ser compensado ni sustituido por ningún otro beneficio⁵.

➤ **Leche materna:**

La leche en los pechos se produce en un gran número de estructuras tipo bolsas denominadas los alvéolos y luego pasa a los canales lácteos que la llevan al pezón. El pezón tiene nervios y es sensible al estímulo. Alrededor del pezón existe un área circular pigmentada que se denomina la areola, debajo de la cual se encuentran las glándulas que producen aceite para mantener sanos la superficie del pezón y la areola. La producción de leche es influenciada por hormonas, (como estrógenos, progesterona, prolactina hipofisaria y lactógeno) hacen que estos sacos crezcan y se desarrollen.

La succión del pezón por el niño estimula la glándula pituitaria anterior por el cerebro para producir prolactina, que influye sobre los alveolos para secretar la leche. De igual manera estimula a la glándula pituitaria posterior para liberar en la sangre la hormona oxitocina; esta se desplaza en los pechos y causa contracción en los alveolos y los canales para permitir la salida de leche.

La presencia de inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima y células linfocíticas vivas en la leche materna producen una protección local y general contra las infecciones que pudieran arriesgar la salud y estado nutritivo del niño. La leche materna, concebida como órgano vivo, transmite y trasplanta en el niño menor la experiencia inmunológica de su madre adulta.

La síntesis de anticuerpos en la glándula mamaria se realiza con información proporcionada por el tubo digestivo de la madre, a través del

llamado círculo enteromamario, por migración de linfoblastos. La leche materna provee, además, mecanismos de defensa inespecíficos (lactoferrina y lisozimas) y células vivas que llevan información inmunológica de la madre adulta a su hijo: linfocitos T y B que ingresarían a los órganos hematopoiéticos.

La producción de leche de una madre está influenciada sobre todo por las exigencias de su bebé, cuya succión estimula la secreción de la leche. Mientras más succiona el bebé, mayor cantidad de leche producirá la madre. La cantidad con frecuencia aumenta de alrededor de 100 a 200 ml al tercer día del nacimiento a 400-500 ml en el momento en que el bebé tiene diez días de edad.

Las mamas humanas no almacenan un gran volumen de leche, sino que producen nueva leche con cada alimentación. La succión provoca la secreción de una hormona, llamada prolactina. Esta hormona inicia la producción de leche y provoca la secreción de otra hormona, llamada oxitocina.

La oxitocina provoca el "reflejo de salida de la leche "de las glándulas mamarias. La leche es exprimida desde la glándula mamaria hacia los conductos galactóforos y luego al pezón. Durante cada alimentación, la composición de la leche materna cambia: Al comienzo de la alimentación, la leche es azulosa y contiene lactosa y proteínas, pero poca grasa. Dicha leche se llama calostro. Al final de la alimentación, se produce la postrera que contiene más grasa, la principal fuente de energía para el bebé.

Esta es probablemente la única oportunidad en la vida en que una persona puede comer tanto cuanto desee y siempre que lo desee. La alimentación de acuerdo con la demanda - en cualquier momento, día o noche - es el método de lactancia que se practica tradicionalmente. En estas circunstancias, la madre y el niño forman lo que se ha denominado una unidad bivalente - una pareja especial. Los nutrientes que hay en la leche

de una madre sana y bien nutrida, satisfacen todas las necesidades nutricionales del niño si consume suficiente leche. Aunque el contenido de hierro de la leche materna es bajo, es suficiente y se absorbe bien que evita la anemia durante los primeros cuatro a seis meses de vida¹⁵.

➤ **Beneficios de la leche materna**

Los beneficios para la salud de la madre o el bebé, así como sus beneficios en el ámbito familiar, económico o social, se usan a menudo como argumento para la promoción de la lactancia materna. Por sus connotaciones psicológicas, no se ha obtenido sustituto que la iguale.

- ✓ Tiene la proporción ideal de nutrientes
- ✓ El acto de amamantar crea y mejora la relación madre – hijo.
- ✓ Tiene también otros no nutrientes como factores de crecimiento cerebral.
- ✓ Transmite inmunidad pasiva
- ✓ Provee al bebe de alimento por sus primeros 6 meses
- ✓ Disminuye la gravedad de las alergias
- ✓ Disminuye el riesgo de infecciones respiratorias, digestivas, de las vías aéreas superiores y de otitis.
- ✓ Disminuye considerablemente el riesgo de muerte súbita
- ✓ Disminuye el riesgo de obesidad
- ✓ Disminuye el riesgo de diabetes de tipo 1 y 2, de linfoma, hipercolesterolemia y de asma del futuro adulto
- ✓ Protege al niño de enfermedades de la piel.

Cuando la madre por alguna razón produce leche en escasa cantidad o presentan algún problema que limita la succión y no satisface las necesidades del bebe, ella debe saber que existen recursos como el banco de leche que está a la disponibilidad del que la requiere¹⁴.

➤ **Banco de leche materna**

Un banco de leche es un centro especializado para el procesamiento de la leche humana. Su finalidad es de establecer una reserva de leche materna pasteurizada para asegurar el derecho de los/as recién nacidos/as a una alimentación segura y oportuna.

Objetivos:

- Beneficiar en forma directa a los/as recién nacidos/as aquellos cuyas madres están impedidas de amamantarlos.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal mediante la adecuada nutrición y el mejoramiento del sistema inmunológico a través de la administración de leche humana.
- Contar con leche humana segura y oportuna para eliminar la administración de leche artificial.

Usuarios del banco de leche:

- ✓ Prematuros
- ✓ Niños con bajo peso al nacer.
- ✓ Niños/as con procesos infecciosos especialmente gastrointestinales.
- ✓ Niños/as con malformaciones congénitas.
- ✓ Niños/as abandonados.
- ✓ Niños/as de madres con VIH positivas o con otras enfermedades y/o medicamentos que contraindican la lactancia materna.
- ✓ Cualquier niño/a que no pueda ser amamantado por su madre¹⁷.

2. Lactancia con leche artificial:

La alimentación con Leche de Fórmula se entiende como aquella con otro tipo de leche que no sea la materna, y debe cubrir las necesidades nutritivas. Para ello se utiliza leche de vaca modificada, que aunque se asemeja bastante a la lactancia materna, aún va a tener grandes diferencias.

Si exceptuamos aquellas leches especiales para niños con problemas específicos, las leches artificiales se pueden dividir en dos grupos: leches de inicio y leches de continuación. Esta distinción se hace en Europa, ya que en otros países como en EE. UU. de América no existe esa diferencia entre leches de inicio y leches de continuación.

Las leches de inicio (suele poner un 1 en el envase) se utilizan desde el nacimiento hasta los 5-6 meses de edad. Son leches con una menor cantidad de proteínas y también menos cantidad de hierro que las llamadas "de continuación", que habitualmente se utilizan desde los 5-6 meses hasta los 12-15 meses. Ambos tipos de leche están presentes en el mercado tanto en forma líquida como en forma de polvo. La primera es más sencilla de manejar, mientras que la presentación en polvo es bastante más barata. La composición no varía con la forma de presentación¹⁶.

Intervención de la enfermera en la promoción de la lactancia materna:

- Disminuir la morbilidad y mortalidad de este grupo por procesos diarreicos y respiratorios.
- Promover y desarrollo neurológico y cognitivo normal
- Procurar obtener un crecimiento y depósito de nutrientes sin provocar enfermedades.
- Brindar calorías y proteínas necesarias mediante la promoción de la lactancia materna para la ganancia de peso diario en el niño de 6 meses.

La enfermera cumple una función importante en la promoción de la lactancia materna la cual brinda educación a través de la guía de lactancia materna que contiene las siguientes explicaciones:

1. **¿Por qué amamantar?;** existen bases científica que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el bebe, la madre y para la sociedad en todos los países del mundo.
2. **¿Todas las mujeres pueden amamantar?;** da a conocer que cualquier mujer puede ser capaz de amamantar, que las causas que la contraindican son muy raras casi excepcionales; y que el tamaño de las mamas no influyen para poder amamantar.
3. **Leche materna;** contiene los nutrientes en calidad y cantidad adecuada que se brinda al bebe para que tenga un buen crecimiento y desarrollo.
4. **El comienzo;** el inicio inmediato de la lactancia materna y las tomas frecuente sin limitar el tiempo de cada toma aumenta la producción del calostro y por tanto el peso del bebe; además de facilitar al RN el aprendizaje y la coordinación de los movimientos necesarios para succionar, tragar y respirar.
5. **Duración y frecuencia de las tomas;** explica que al principio el bebe puede mamar unas cuantas veces con rapidez un rato y luego descansan, es variable la duración en cada mamada, algunos niños necesitan 20 a 30 minutos en cada pecho, a comparación de los niños que tienen varios meses de practica acaban en menos de 3 minutos y ya no quieren más. La frecuencia de lactancia normalmente es de 8 a 12 veces en 24 horas.

6. **Importancia de la posición para amamantar;** una buena posición al pecho le permite al bebe hacer un menor esfuerzo y un estímulo adecuado y eficaz para alcanzar una buena producción de leche, el bebe se queda satisfecho, el aumento de peso es el adecuado, la madre no tiene sensación dolorosa ni grietas y ambos disfrutan de la lactancia.
7. **Relactación;** es cuando se restablece la lactancia materna después de haber interrumpido durante un tiempo.
8. **Amamantar y trabajar fuera de casa;** en este capítulo nos dice que aquellas madres que regresan a trabajar a los 2 meses del nacimiento de sus bebes, pueden seguir con la lactancia extrayéndose la leche en las horas de trabajo previamente coordinado ya que existe una ley que respalda este, al igual cuando se encuentre en casa para poder dejar y refrigerar.
9. **Preguntas y respuestas.-** nos muestra preguntas y sus respuestas frecuentes en relación con la lactancia materna.
10. **Amamantar es un derecho.-** habla que la lactancia materna es parte esencial de los derechos humanos; el derecho a la salud y a la alimentación, reduce el riesgo de contraer muchas enfermedades¹⁸.

La intervención de la enfermera se sustenta en la teoría de Watson:

J, Watson; considera que un fenómeno es único, en interacción recíproca y simultánea con el mundo que lo envuelve y que, por eso mismo, lo puede transformar en el caso de la madre y el lactante están en constante interacción. Para ella, el cuidado del lactante es como la base de la existencia humana, es la preocupación por los otros, la ayuda a la persona a realizarse y a actualizarse, es una manera de ser y de estar en relación

con otros, una manera de estar en el mundo, un elemento esencial para toda adaptación, una relación de co-presencia y de reciprocidad. Retomando y afirmando lo dicho por esta teorizante es que debemos comprender lo importante de prestar un cuidado oportuno a la madre para ayudarla en ese nuevo rol que enfrentará y las tareas que lleva implícito el mismo; como es la lactancia materna exclusiva para evitar problemas en la salud del niño.

2.3. Definición de términos básicos

- **Influencia.-** Es la habilidad de ejercer poder (en cualquiera de sus formas) sobre alguien, de parte de una persona, un grupo o de un acontecimiento en particular.

- **Tipo de lactancia:**
 - ✓ **Lactancia materna.-** Es la forma natural y propia de la especie humana para la alimentación de los lactantes y niños pequeños, que brinda nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.

 - ✓ **Lactancia artificial.-** Es aquella alimentación preparada con leche de vaca modificada.

- **Niño menor de 6 meses.-** La barrera intestinal del lactante madura anatómica y funcionalmente durante los primeros meses de vida. La leche materna actúa brindando protección pasiva y acelerando la maduración, probablemente a través de los factores moduladores de crecimiento.

- **Problemas Diarreicos.-** Es una alteración de las heces en cuanto a volumen, fluidez o frecuencia en relación anormal a la fisiológica, lo cual conlleva una baja absorción de líquidos y nutrientes, pudiendo estar acompañada de dolor, fiebre, náuseas, vómito, debilidad o pérdida del apetito.

2.4. Formulación General de Hipótesis

2.4.1. General:

- La lactancia materna exclusiva se relaciona con la menor prevalencia de problemas diarreicos.

2.4.2. Especifica:

- Los lactantes que reciben leche materna exclusiva, tiene menor posibilidad de presentar problemas diarreicos que los que reciben lactancia artificial.

2.5. Variables de estudio:

- ✓ Tipo de lactancia
- ✓ Problemas diarreicos

CAPITULO III METODOLOGIA DEL ESTUDIO

3.1 Tipo y Método de estudio

El enfoque de la investigación es cuantitativo y se utilizó el método descriptivo – correlacional de corte transversal.

3.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el centro de salud Gustavo Lanatta Lujan, en el distrito de ATE calle Sicuani, el cual cuenta con un solo servicio de CRED donde asisten los niños para su control de crecimiento y desarrollo.

3.3 Universo y población de estudio

Para el estudio, la población está constituida por todos los niños menores de 6 meses que asistieron al control de crecimiento y desarrollo, donde el promedio de atención anual es de 2000 niños aproximadamente.

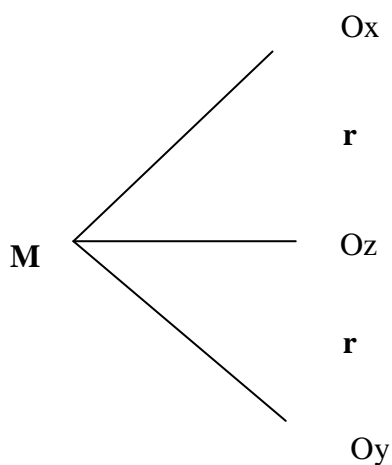
La muestra de estudio son 120 que se obtuvo mediante la aplicación de la fórmula de población finita:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{E^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

El estudio se realizó en el centro de salud Gustavo Lanatta Lujan, en el distrito de ATE calle sicuani, el cual cuenta con un solo servicio de CRED donde asisten los niños para su control de crecimiento y desarrollo.

3.4 Diseño de Investigación

El diagrama es el siguiente:



Donde:

- M = Niño menor de 6 meses
- Ox = Lactancia materna
- Oy = lactancia artificial
- r = correlación
- Oz = problemas diarreicos

Criterio de Inclusión:

- ✓ Madres con niños menores de 6 meses.
- ✓ Aceptación de la madre para la participación en el estudio.

Criterio de exclusión:

- ✓ Niños mayores de 6 meses.
- ✓ Niños que recibieron algún alimento antes de los 6 meses de edad.
- ✓ Enfermedades del tracto gastrointestinal o problemas congénitos.

3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Se realizó una entrevista estructurada a las madres de familia y como instrumento un cuestionario con preguntas cerradas de respuestas de selección múltiple.

3.6 Procedimientos de recolección de datos

Se utilizó la estadística descriptiva; para elaborar las tablas de frecuencia, gráficos estadísticos que permitió presentar los primeros resultados.

Para realizar el presente estudio, se ejecuto las siguientes acciones:

- ✓ Se presentó una carta dirigida al Dr. Guillermo Alarcón, jefe del Centro de salud Gustavo Lanatta Lujan, para contar con su autorización y apoyo en la respectiva aplicación del estudio.

- ✓ En el mes de enero se aplicó la prueba piloto previa validación mediante el sistema de jueces expertos. Se evaluó la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente de correlación alfa de Cronbad, el valor fue resultando significativo $p \leq 0.05$.

- ✓ Finalmente se aplicó el cuestionario para las madres de familia de los niños menores de 6 meses. Pero para ello se solicitó el consentimiento a las madres, explicándoles que su información serviría de reflexión para que las autoridades de salud capaciten y actualicen al personal de salud sobre la lactancia materna exclusiva, obteniéndose así información de las madres de familia que gustosamente aceptaron.

3.7. Aspecto Ético

Se considerara todos los aspectos bioéticos, basados en los códigos Internacionales y Nacionales, con base de cuatro principios fundamentales de: autonomía, justicia, veracidad y responsabilidad, así como la opción de participación e información, respeto, honestidad y competencia profesional, durante la investigación, orientada a la práctica de valores, se logró el consentimiento informado de los que participen.

CAPITULO IV: RESULTADOS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

4.1 Resultados Obtenidos

El procesamiento de datos se realizó a través del vaciado de estos a una matriz general, mediante el sistema de paloteo (manual) lo cual permitió presentar los datos en cuadros estadísticos en forma mecánica en distribución numérica y porcentual.

Los resultados que se muestran en las tablas, son aquellos que se han obtenido mediante el instrumento aplicado a las madres de familia de los niños menores de 6 meses, en lo cual consta del tipo de lactancia que reciben y los problemas diarreicos que pueden presentar.

Los resultados obtenidos se presentan en las siguientes tablas:

CUADRO 1
DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTUAL DE LA RELACION ENTRE
LA EDAD DEL NIÑO Y EL TIPO DE LACTANCIA QUE RECIBE

EDAD DEL NIÑO	TIPO DE LACTANCIA				TOTAL	
	LACTANCIA MATERNA		LACTANCIA ARTIFICIAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
4 Meses a 5 Meses	59	49.2%	4	3.3%	63	52.5%
TOTAL	109	90.9%	11	9.1%	120	100%

FUENTE: Encuesta realizada por el investigador en el Centro de salud Gustavo Lantta Lujan – 2011.

El mayor porcentaje 52.5% de los niños tienen de 4 a 5 meses de edad y la mayoría de ellos 49.2% reciben lactancia materna, y el menor porcentaje 47.5% tienen de 2 a 3 meses de edad, la mayoría el 41.7% recibieron lactancia materna.

CUADRO

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTUAL DE LA RELACION ENTRE EL TIPO DE LACTANCIA Y LAS PREVALENCIAS DE DIARREAS EN EL MENOR DE 6 MESES

Tipo de lactancia	Prevalencias de diarreas							
	Ninguna		1 vez		2 veces		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leche materna	109	99%	1	1 %	0	0	110	100%
Leche artificial	5	50%	3	30%	2	20%	10	100%
Total	114	95%	4	3.3%	2	1.7%	120	100%

FUENTE: Encuesta realizada por el investigador en el Centro de salud Gustavo Lantta Lujan – 2011.

En la tabla se presenta el tipo de lactancia y las prevalencias de diarreas. Se observa que el mayor porcentaje 99% de los niños que recibieron lactancia materna el 1% presentaron diarreas. Los lactantes que recibieron lactancia artificial fueron 5 que representa el 100% de los cuales el 40% presentaron diarreas.

4.2. Discusión de los resultados

En cuanto al tipo de lactancia e incidencia y prevalencia de diarreas (tabla 2), se observa que el mayor porcentaje de los niños que recibieron lactancia materna, un escaso porcentaje presentaron diarreas leve una vez. En cambio los niños que recibieron lactancia artificial a pesar de estar en menor porcentaje un número significativo de ellos presentaron diarreas. Esto coincide con las investigaciones de: Aguilar y Fernández; quienes encontraron que en el grupo de niños que recibieron alimentación materna presentaron menos problemas de salud que aquellos que recibieron lactancia artificial.

Los datos obtenidos en el presente estudio se considera importantes, puesto que en esta institución de salud es la primera vez que se realiza este tipo de investigación; confirmándose que los niños que reciben lactancia materna tienen menos incidencias de infecciones. Por lo que es indispensable promocionar la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses para proteger su salud.

Lozano M, explicó que la madre produce en cada momento la leche que necesita el niño, y su composición varía con el tiempo de la lactancia, a lo largo del día, así como al principio y al final de la propia toma. "A diferencia de la lactancia artificial, la leche materna es un alimento vivo, que solo se adapta a las necesidades del niño", y que el componente de la leche materna, es distinto al de la leche artificial; los bebés que reciben leche diferente al de la madre están con un alto porcentaje de presentar diarreas.

Martínez L.; refiere que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses es importante ya que a través de ella se brinda un efecto protector al niño, refiere que en un estudio se demostró que los niños alimentados con leche artificial, estuvieron con un riesgo significativo de padecer diarreas agudas desde el inicio de la vida y menor riesgo los alimentados con leche materna. El efecto protector de la leche materna es independiente por lo que debe proponerse para suprimir los factores de riesgo tales como la educación materna deficiente, la falta de apoyo social y el hecho de que la madre sea adolescente.

A su vez Haider R; dice que el fomento de la lactancia materna puede llevar a una reducción de 25% de la mortalidad por enfermedades diarreicas en los primeros 6 meses de vida; para evitar que las mamás introduzcan otros tipos de leche a sus niños.

Laurence; sustenta que la leche materna protege al niño de los problemas diarreicos por los mecanismos de defensas del huésped que le confiere a nivel intestinal que en el RN, estos mecanismos son inmaduros, los cuales se activan en los bebés que reciben leche materna por los componentes del calostro y la leche madura que brindan protección en la mucosa intestinal evitando el alojamiento de gérmenes patógenos. Las propiedades anti infecciosas de la leche materna está dada por los componentes solubles como las inmunoglobulinas: Ig A, M y G, así como las lisosimas, lacto ferrina, factor bifidus y otras sustancias inmunorreguladores; Ig A se empieza a producir desde la 4ta a 6ta semana de vida por lo que antes de ello el RN necesita obtenerla de la leche materna.

Brown, realizó un seguimiento de cohorte de niños desde su nacimiento hasta los 2 meses de vida y concluyó que el riesgo de presentar diarreas se duplicaba con la introducción de agua y se triplicaba si la lactancia materna se abandonaba definitivamente. El máximo beneficio de la lactancia materna durante los primeros seis meses, en términos nutricionales y de protección contra enfermedades, se obtiene cuando se da en forma exclusiva. Esto significa no adicionar ningún tipo de líquido o alimento.

Grove V; dice que la leche materna presenta una mayor proporción de ácidos grasos de cadena larga de la serie omega-3 siendo el ácido docosahexanoico el más importante, se digiere más rápido , el estómago tiene un vaciamiento más veloz y en consecuencia el bebé quiere lactar cada hora u hora y media. Esto es normal y deseable para que las lactadas frecuentes estimulen la producción de leche de la madre. Las concentraciones de calcio y hierro son menores en la leche materna pero su biodisponibilidad es muy alta. Esta muy favorable absorción provee las cantidades necesarias de estos nutrientes durante los primeros 6 meses.

Los resultados obtenidos de nuestra investigación y de los investigadores mencionados, confirman nuestra hipótesis de que el niño que recibe lactancia materna exclusiva tiene menos riesgo de presentar problemas diarreicos.

Por lo que es importante continuar educando a las madres para que sigan alimentando a los niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva a fin de que adquieran las defensas necesarias para evitar infecciones diversas entre ellas causadas por diarreas.

El papel de los profesionales de salud resulta decisivo ya que la educación a las madres aumenta la tasa de lactancia materna exclusiva y evita la prevalencia de problemas digestivos ya que la leche artificial es la primera causa que provoca este problema, por ello debe desarrollarse programas educativos por diversos medios: radiales, televisivos, periodísticos y en colegios orientados a la promoción de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida.

La enfermera cumple un rol importante en la promoción de la lactancia materna, debe dedicar tiempo a la educación continua de las madres que asisten a la consulta, las que se encuentren en el post parto inmediato y las que asistan a los controles de crecimiento y desarrollo, etc.

A su vez la enfermera debe orientar a las madres sobre la existencia y los beneficios de los bancos de leche que existen en los servicios de salud, fomentar la creación de nuevos bancos en los centros laborales de las madres, para una buena conservación y utilización, evitando así el cese precoz de la producción de leche materna.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- ✓ El mayor porcentaje de los niños en estudio reciben lactancia materna exclusiva.
- ✓ El 5% de los niños en estudio presentaron problemas diarreicos .
- ✓ Los niños que reciben lactancia materna exclusiva tienen menos incidencia de presentar problemas diarreicos que los que reciben lactancia artificial.

5.2. Recomendaciones

- El personal de enfermería debe de mantenerse en constante capacitación para fortalecer sus conocimientos y habilidades para promocionar, proteger y apoyar la lactancia materna
- Las enfermeras que se encuentran en el servicio de: neonatología, crecimiento y desarrollo, deben estar actualizadas para la adecuada educación sobre la lactancia materna que se debe brindar a las madres de familia.
- Las enfermeras de neonatología deben de fomentar la lactancia materna exclusiva desde que nace el niño hasta el alta en forma continua, enfatizando las técnicas de amamantamiento clave para el éxito de esta.
- Desarrollar programa de educación continua sobre lactancia materna a las madres que asistan al control de crecimiento y desarrollo del centro salud.

- Orientar a las madres que trabajan, demostrarles el procedimiento de extracción y conservación de la leche materna, para que puedan seguir con la lactancia materna exclusiva.
- El gobierno Central debe coordinar con las instituciones públicas y privadas para la formación de lactáreos en toda empresa donde existan más de 20 mujeres y estén en planilla.
- Motivar a las madres para que informen a las autoridades donde trabajan sobre los beneficios que deben tener durante el periodo de lactancia materna.
- Fomentar en las madres que trabajan el conocimiento de la ley que autoriza a las empresas del tiempo libre para la extracción de la leche.

BIBLIOGRAFIA

1. Declaración conjunta OMS-UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. Función especial de los Servicios de maternidad. OMS Ginebra 2002.
2. González-Cossío T, Moreno-Macías H, Rivera JA, Villalpando S, Shamah-Levy T, Monterrubio EA, Hernández-Garduño A. Prácticas de lactancia materna en México: resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición 2002. Sal Pub Mex 2003; 45 supl 4; S477-489.
3. Declaración conjunta OMS-UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. Función especial de los Servicios de maternidad. OMS Ginebra 2002. (PAG,4)
4. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y factores asociados en niños nacidos sanos. OMS/ENDES. Sitio:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/379/37961303.pdf>. Fecha de acceso: 16/11/2010.
5. Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna sitio:
<http://www.worldbreastfeedingtrends.org/report/WBTi-Peru-2009.pdf>. fecha: 24/10/2011.
6. Rev. chil. pediatr. [online]. 2004, vol.75, n.2, pp. 107-121. ISSN 0370-4106. doi: 10.4067/S0370-41062004000200002. Sitio:
<http://www.scielo.org.pe/scielo.php>. Fecha: 5/09/2009.
7. Alonso C., Gustavo M., Julio L., Duración de la lactancia materna exclusiva. Rev. Colombia Medica, Cali – Colombia, 2008.
8. OMS-UNICEF: Declaración de la lactancia materna y los 10 pasos, que fue adoptada por la 45.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010.
9. Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. Sitio:

- http://www.upch.edu.pe/FAEST/old/publica/2009/vol19_n2/vol19_n2_09_art2.pdf. Fecha: 5/09/2009.
10. Korstanje, M.: *El lactante y su madre: psicoanálisis y teoría del apego*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, diciembre 2008, www.eumed.net/rev/cccss/02/mk3.htm.
 11. Levobici, Serge. (El Lactante, su madre y el psicoanalista: las interacciones precoces. Buenos Aires, Amorortu Editores. 1988.
 12. Carlos GC., Antonio GM., Tratado de pediatría, 2 Ed. Ediciones Díaz de Paletos, S.A. Madrid-España, 2000.
 13. Alberto Alcocer. Lactancia Materna. Madrid – España: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A.2009. <http://books.google.com.pe>
 14. Rosario Trinidad Áyela Pasto. Lactancia materna. San Vicente: editorial club universitario.2009.
 15. José Aguilar. Lactancia Materna, El Sevier España, S.A. Génova 2004.
 16. Leche artificial. Sitio: http://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_artificial. fecha: 30/10/2009.
 17. El primer banco de leche. Sitio: <http://www.bebesymas.com/lactancia/el-primer-banco-de-leche-de-peru>. fecha: 18/05/2011.
 18. Manual de lactancia materna 2010. Sitio: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf>. fecha: 18/05/2011.

ANEXOS

ANEXO A OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

variables	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Tipo de lactancia	Es aquella alimentación que se brinda al niño menor de 2 años, en el cual se puede dar 2 tipos de leche: leche materna y lecha artificial.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lactancia materna ✓ Lactancia con leche artificial 	<p>La leche materna es el alimento natural producida por todos los <u>seres</u> humanos, cuyo propósito primordial es su uso para la alimentación o para <u>amamantar</u> al recién nacido.</p> <p>Es la alimentación con preparados lácteos provenientes principalmente de la leche de vaca, que se utiliza para la alimentación del bebe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad - Frecuencia - tipo - cantidad - frecuencia
Problemas diarreicos	Es una alteración de las <u>heces</u> en cuanto a volumen, fluidez o frecuencia en relación anormal a la fisiológico, lo cual conlleva una baja absorción de <u>líquidos</u> y <u>nutrientes</u> , pudiendo estar acompañada de <u>dolor</u> , <u>fiebre</u> , <u>náuseas</u> ,	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frecuencia ✓ Características de las heces. ✓ cantidad 	<p>Es el número de repeticiones o suceso periódico.</p> <p>Puede ser de consistencia sólida, pastosa y acuosa; con olor o sin olor</p> <p>Es el peso aproximado que presenta algo ya sea poco, regular o alto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De 1, 2 o 3 veces a mas. - Olor - Consistencia - Color

	<u>vómito,</u> debilidad o pérdida del <u>apetito.</u>			
--	---	--	--	--

ANEXO B VALIDACION POR JUECES DE EXPERTOS

N°	NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESION	ESTUDIO DE POST GRADO	INSTITUCION DONDE LABORA	CARGO	TELEFONO
1	Roxana Pacheco Atuncar	Enfermería	Atención Integral al niño y adolescente.	C.S Gustavo Lantta Lujan	Jefa del departamento de CRED	997546020
2	Susana Cueva Robles	Enfermería	-----	C.S Gustavo Lantta Lujan	Enf. En el Dep. de CRED	977310400
3	Rosa Reynoso Rodríguez	Enfermería	-----	C.S Gustavo Lantta Lujan	Enf. En el Dep. de CRED	996383151
4	Roxana Málaga Valverde	Enfermería	Atención Integral al niño y adolescente.	Hosp. Emergencias Grau	Coordinadora del departamento de CRED	997546020
5	Rosario Cahuana Huapaya	Enfermería	Pediatría	Hosp. Emergencias Grau	Enfermera	989644497
6	Zadith Cueva Ramos	Enfermería	Pediatría	Hosp. Emergencias Grau	Enfermera	993285246

ANEXO C DISTRIBUCION BINOMIAL
CONCORDANCIA DE OPINIONES DE JUICIOS DE
EXPERTOS

PRUEBA BINOMIAL

Items	1Jz	2Jz	3Jz	4Jz	5Jz	6Jz	Total
1	0	0	0	0	0	0	0.000064
2	0	0	0	0	0	0	0.000064
3	0	0	0	0	0	0	0.000064
4	1	0	0	0	0	0	0.00032
5	0	0	0	0	0	0	0.000064
6	1	0	0	0	0	1	0.01536
7	0	1	1	0	0	0	0.01536
8	0	1	0	0	1	1	0.16384
9	0	0	0	0	0	0	0.000064
10	1	0	0	0	0	0	0.00032
							$\Sigma=0.19552$

Prueba Binomial:

$$P(x) = \binom{n}{x} p^x q^{n-x} \quad x=1, 2, 3, \dots, n$$

$$P = \frac{\binom{\Sigma p}{N \text{ de criterios}}}{10} = \frac{0.19}{10} = 0,019$$

Si $p < 0.05$, la prueba no es significativa, por lo tanto el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido según la prueba Binomial aplicada.

ANEXO D



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del trabajo: INFLUENCIA DEL TIPO DE LACTANCIA
QUE RECIBE EL NIÑO MENOR DE 6 MESES EN LOS PROBLEMAS
DIARREICOS, DEL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJAN

Responsable: Melanny Aguirre Sosa
Teléfono: 989396851

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a las madres de los niños en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la investigadora. La meta de este estudio es conocer cuál es el tipo de lactancia que recibe su niño. Si usted accede a su participación en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas del cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Usted puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecieran incómodas, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

_____ Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informada de que la meta de este estudio es _____

_____ Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que provee en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puede retirarse del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno a su persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre de la madre
(En letras de imprenta)

Firma de la madre

Fecha

ANEXO E

CUESTIONARIO

I.- DATOS GENERALES:

- Ficha del niño: _____
- Edad del niño: _____

II.- TIPO DE LACTANCIA:

¿Qué tipo de lactancia le da al niño?

- a. Lactancia materna
- b. Lactancia artificial

III.- LACTANCIA MATERNA:

- 1) ¿Desde cuándo recibe lactancia materna exclusiva?
 - a) Desde el nacimiento
 - b) A los 15 días
 - c) Al mes
 - d) A los 2 meses

- 2) ¿Actualmente continua la lactancia materna exclusiva?
 - a) Si
 - b) No

- 3) ¿Qué cuidados tiene usted antes de dar de lactar a su bebe?
 - a) Lavarse las manos, limpiarse los senos con la misma leche, mantener limpia la ropa y sostén limpio.
 - b) Da de lactar sin realizar algún procedimiento especial

III. LACTANCIA ARTIFICIAL:

- 1) ¿A qué edad empezó a darle leche artificial a su bebe?
 - a) Desde el nacimiento
 - b) A los 15 días
 - c) Al 1mes
 - d) A los 2 meses a más

- 2) ¿Con que tipo de leche artificial inicio?
 - a) Con leche evaporada
 - b) Con leche en polvo
 - c) Con leche fresca

- 3) ¿Qué cuidados tiene usted al dar la lactancia artificial?
 - a) Coloca el biberón en agua hervida antes de dar la leche
 - b) Lava el biberón con agua del caño
 - c) Lava el biberón con detergente y agua

IV. PRESENCIA DE PROBLEMAS DIARREICOS:

1) ¿Su niño ha presentado diarreas?

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa ¿A qué edad presento diarreas?

- a) Al mes
- b) A los 2 meses
- c) A los 3 meses
- d) A los 4 meses a más.

2) ¿Hasta el momento cuantas oportunidades ha presentado diarreas?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 veces a más

3) ¿Cómo era las deposiciones?

- a) Semi líquidas
- b) Líquidas
- c) Grumosa
- d) Con sangre

4) ¿Cuántas veces al día hacia deposiciones líquidas?

- a) 2 veces
- b) 3 veces
- c) 4 veces
- d) 5 veces a más

5) ¿Cuánto tiempo duro la diarrea?

- a) Menos de 1 semana
- b) 2 semanas
- c) 3 semanas
- d) 4 semanas a más

6) ¿Recibió tratamiento médico?

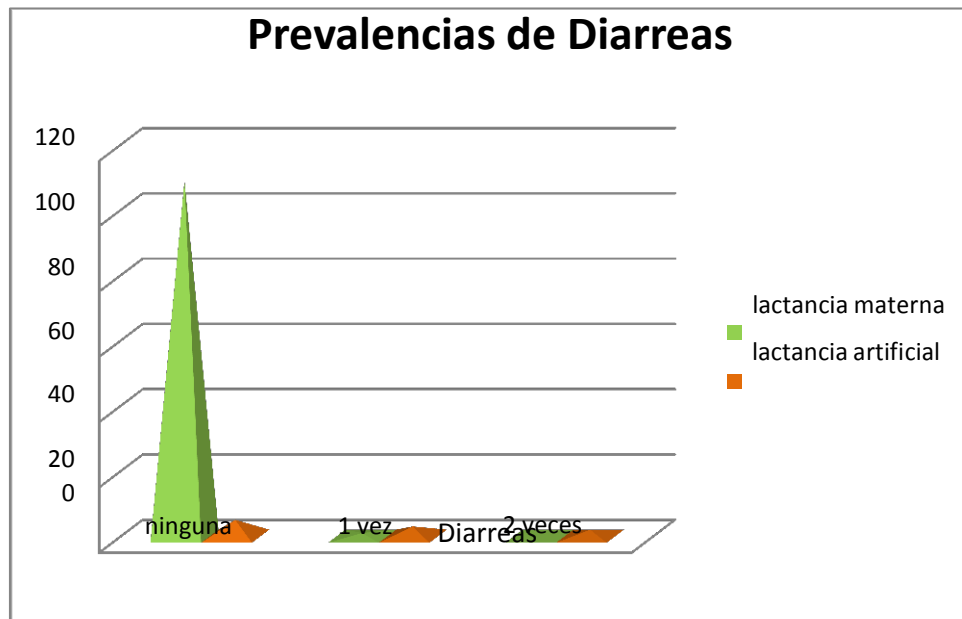
SI

NO

¿Dónde lo recibió?

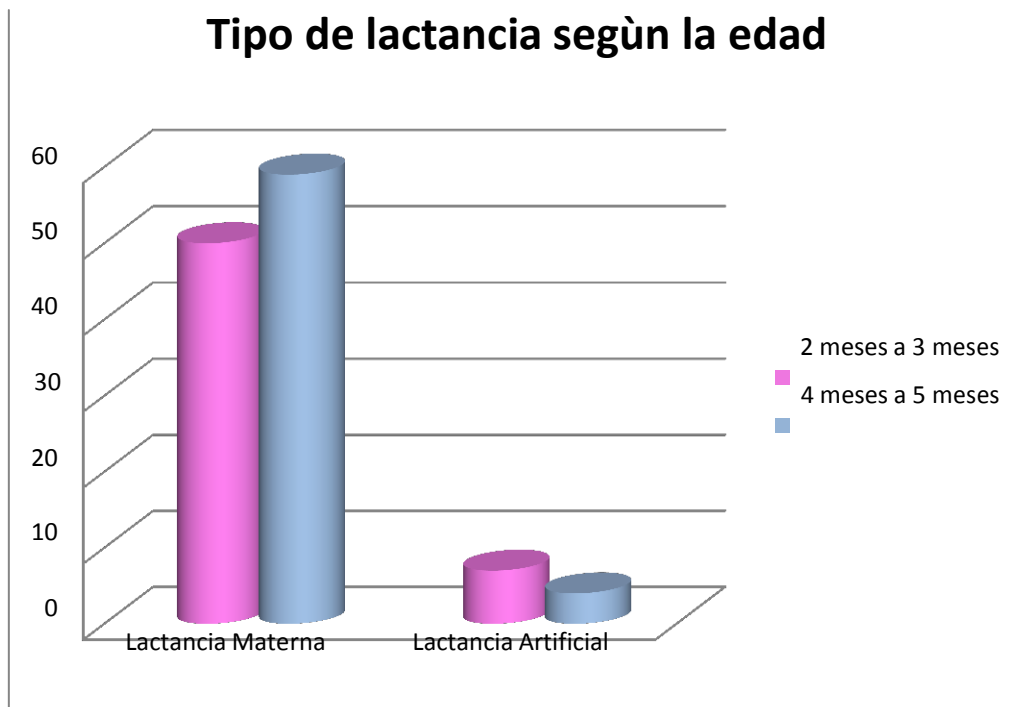
- a) En la casa
- b) En el hospital
- c) En un centro de salud
- d) En un consultorio particular
- e) En una farmacia

ANEXO F **GRAFICO N° 1**



FUENTE: Encuesta realizada por el investigador en el Centro de salud Gustavo Lanatta Lujan – 2012

ANEXO G GRAFICO N°2



FUENTE: Encuesta realizada por el investigador en el Centro de salud Gustavo Lanatta Lujan – 2012

