

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO
CIENCIAS DE LA SALUD



**RELACIÓN ENTRE EL DÉFICIT DE LA LACTANCIA
MATERNA EFICAZ CON LAS ENFERMEDADES
PREVALENTES DE LA INFANCIA EN EL HOSPITAL DE
APOYO “FÉLIX MAYORCA SOTO” DE LA PROVINCIA DE
TARMA - 2018**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: GESTIÓN EN SALUD

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS
DE LA SALUD**

TESISTA:

PAITA HUATA ELSA LOURDES

ASESOR:

DR. FONSECA LIVIAS ABNER ALFEO

HUÁNUCO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

A mi familia, porque son la razón de mi vida y la motivación de mi continuo crecimiento, por su comprensión y amor incondicional que me han demostrado a lo largo de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios que me permitió cumplir este gran anhelo de darme salud y con ello alcanzar mi meta.

A mi familia por sus palabras de aliento y coraje para continuar el proceso doctoral.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación del déficit de la lactancia materna eficaz y las enfermedades prevalentes de la infancia. El enfoque de la investigación es cuantitativo, de tipo aplicada y un diseño no experimental de nivel explicativo observacional; se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario para monitorear madres lactantes que se aplicó a 200 niños de madres que acudieron al Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”, proveniente de una población de 265 niños en total y para lo cual se aplicó el muestreo no probabilístico intencional por la accesibilidad. En los resultados se obtuvo la relación de las enfermedades respiratorias y el déficit de la lactancia materna eficaz con Chi^2 226.2 y p 0.000; las enfermedades diarreicas y el déficit de la lactancia materna eficaz con Chi^2 238.7 y p 0.000; las enfermedades carenciales y el déficit de la lactancia materna eficaz con Chi^2 186.8 y p 0.000. En conclusión, se identificó la relación de las enfermedades prevalentes de la infancia con el déficit de la lactancia materna eficaz con Chi^2 288.2 y p 0.000. El déficit de la lactancia materna eficaz permite la afección en las diferentes enfermedades prevalentes de la infancia.

Palabras clave: lactancia materna, prevalencia de enfermedades, déficit en lactancia.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the relationship between the deficit of effective breastfeeding and prevalent childhood diseases. The research approach is quantitative, applied and a non-experimental design of observational explanatory level; the survey technique was used and as an instrument a questionnaire to monitor breastfeeding mothers was applied to 200 children of mothers who attended the "Felix Mayorca Soto" Support Hospital, from a population of 265 children in total and for which the non-probabilistic intentional sampling was applied due to accessibility. The results showed a relationship between respiratory diseases and the deficit of effective breastfeeding with Chi2 226.2 and p 0.000; diarrheal diseases and the deficit of effective breastfeeding with Chi2 238.7 and p 0.000; deficiency diseases and the deficit of effective breastfeeding with Chi2 186.8 and p 0.000. In conclusion, the relationship of prevalent childhood diseases with deficit of effective breastfeeding was identified with Chi2 288.2 and p 0.000. The deficit of effective breastfeeding allows the affection in the different prevalent diseases of childhood.

Keywords: Breastfeeding, disease prevalence, breastfeeding deficiency.

RESUMO

O objectivo deste estudo era determinar a relação entre o défice de amamentação eficaz e as doenças infantis prevalentes. A abordagem da investigação é quantitativa, aplicada e um desenho não experimental com um nível explicativo observacional; a técnica do inquérito foi utilizada e como instrumento um questionário para monitorizar as mães lactantes foi aplicado a 200 filhos de mães que frequentaram o Hospital de Apoio "Félix Mayorca Soto", de uma população de 265 crianças no total, para as quais foi aplicada uma amostragem intencional não-probabilística devido à acessibilidade. Os resultados mostraram uma relação entre doenças respiratórias e o défice de amamentação efectiva com Chi2 226,2 e p 0,000; doenças diarreicas e o défice de amamentação efectiva com Chi2 238,7 e p 0,000; doenças deficitárias e o défice de amamentação efectiva com Chi2 186,8 e p 0,000. Em conclusão, a relação das doenças infantis prevalentes com o défice de amamentação efectiva foi identificada com Chi2 2288,2 e p 0,000. O défice de amamentação eficaz permite o afecto nas diferentes doenças infantis prevalentes.

Palavras-chave: Aleitamento materno, prevalência de doenças, défices de aleitamento.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
RESUMO	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. Fundamentación del problema de Investigación	13
1.2. Justificación.....	16
1.3. Importancia o propósito.....	17
1.4. Viabilidad de la investigación.....	18
1.5. Formulación del Problema de Investigación	18
1.6. Formulación de objetivos.....	19
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	21
2.1 Antecedentes de investigación	21
2.2 Bases teóricas	27
2.3. Bases Conceptuales.....	65
2.4. Bases filosóficas.....	66
2.5 Bases epistemológicas.....	67
2.6 Bases antropológicas.....	69
CAPÍTULO III. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	72

3.1	Formulación de Hipótesis	72
3.2	Variables.....	73
3.3	Operacionalización de Variables.....	74
3.4	Definición Operacional de las variables.....	75
CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO.....		80
4.1	Ámbito.....	80
4.2	Tipo y Nivel de Estudio	80
4.3	Método de Investigación	81
4.4	Población.....	81
4.5	Muestra.....	82
4.6	Diseño de Investigación	83
4.7	Técnicas e instrumentos	84
4.8	Validación y confiabilidad de los instrumentos	85
4.9	Procedimiento.....	85
CAPÍTULO V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		87
5.1	Análisis descriptivo	87
5.2	Análisis inferencial.....	99
5.3	Discusión de resultados	109
5.4.	Aporte de la Investigación	111
CONCLUSIONES		113
SUGERENCIAS		116
REFERENCIAS.....		118
ANEXOS.....		122

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. EDAD SEGÚN SEXO DE LOS NIÑOS CON DÉFICIT DE LACTANCIA MATERNA EFICAZ QUE ACUDEN A SU CONTROL CON SUS MADRES AL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO", TARMA.	87
TABLA 2. NIÑOS DE 6 A 24 MESES SEGÚN SEMANAS DE GESTACIÓN AL NACIMIENTO QUE ACUDEN A CONTROL CON SUS MADRES AL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO", TARMA.	88
TABLA 3. PESO AL NACER DE LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO".	89
TABLA 4. NÚMERO DE HIJOS Y DÉFICIT DE LACTANCIA MATERNA EFICAZ DE MADRES QUE ACUDEN A CONTROL DE SUS NIÑOS DE 6 A 24 MESES AL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO", TARMA.	90
TABLA 5. CONTROLES MÉDICOS DE LOS HIJOS DE MADRES LACTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO", TARMA.	91
TABLA 6. ENFERMEDADES PREVALENTES EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO".	92
TABLA 7. ENFERMEDADES DIARREICAS EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO".	93
TABLA 8. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO".	94
TABLA 9. ENFERMEDADES CARENCIALES EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO".	95
TABLA 10. TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO".	96
TABLA 11. OTROS TIPOS DE LACTANCIA MATERNA EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO".	97
TABLA 12. RELACIÓN DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CON EL TIEMPO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO".	99

TABLA 13. RELACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS CON EL TIEMPO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN HOSPITAL DE APOYO “FÉLIX MAYORCA SOTO”	100
TABLA 14. RELACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARENCIALES CON EL TIEMPO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN HOSPITAL DE APOYO “FÉLIX MAYORCA SOTO”	101
TABLA 15. RELACIÓN DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CON OTROS TIPOS DE LACTANCIA EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN HOSPITAL DE APOYO “FÉLIX MAYORCA SOTO”	103
TABLA 16. RELACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS CON OTROS TIPOS DE LACTANCIA EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN HOSPITAL DE APOYO “FÉLIX MAYORCA SOTO”	104
TABLA 17. RELACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARENCIALES CON OTROS TIPOS DE LACTANCIA EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN HOSPITAL DE APOYO “FÉLIX MAYORCA SOTO”	106
TABLA 18. RELACIÓN DEL TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EFICAZ CON LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN HOSPITAL DE APOYO “FÉLIX MAYORCA SOTO”	108

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. DIAGRAMA DE BARRAS DE LA EDAD SEGÚN SEXO DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A SU CONTROL CON SUS MADRES AL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO", TARMA.....	87
FIGURA 2. DIAGRAMA DE BARRAS DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL CONTROL DE SUS HIJOS LACTANTES AL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO", TARMA.....	88
FIGURA 3. DIAGRAMA DE BARRAS DEL PESO AL NACER DE LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN A CONTROL CON SUS MADRES AL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO", TARMA.....	89
FIGURA 4. DIAGRAMA DE BARRAS DEL NÚMERO DE HIJOS Y DÉFICIT DE LACTANCIA MATERNA EFICAZ DE MADRES QUE ACUDEN A CONTROL DE SUS NIÑOS DE 6 A 24 MESES AL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO", TARMA.....	90
FIGURA 5. DIAGRAMA DE BARRAS DE LOS CONTROLES MÉDICOS DE HIJOS DE MADRES LACTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO", TARMA.....	91
FIGURA 6. DIAGRAMA DE BARRAS DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO"....	92
FIGURA 7. DIAGRAMA DE BARRAS DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO"....	93
FIGURA 8. DIAGRAMA DE BARRAS DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO".	94
FIGURA 9. DIAGRAMA CIRCULAR DE LAS ENFERMEDADES CARENCIALES EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO".	95
FIGURA 10. DIAGRAMA DE BARRAS DEL TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO".....	96
FIGURA 11. DIAGRAMA DE BARRAS DE OTROS TIPOS DE LACTANCIA MATERNA EN LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO".	98

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo Determinar la relación del déficit de la lactancia materna eficaz y las enfermedades prevalentes de la infancia en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma durante el año 2018. En la investigación tratamos de identificar los pensamientos, sugerencias, esfuerzos y opiniones de diferentes autores que han influido en sus investigaciones anteriores para profundizar en la actualidad con la finalidad de encontrar una explicación al origen de la problemática y ahondar la búsqueda en pos de la solución. En la actualidad, las patologías que afectan a los niños menores a 24 meses de edad como la diarrea, infecciones respiratorias, anemias, son debido a que no se proporcionan suficientes nutrientes mediante la leche materna caso que se evidencio en el estudio, pudiendo tratarlo con una buena información de las madres brindados por los mismos médicos, obstetras y/o enfermeras del Hospital.

Este trabajo se divide en cuatro capítulos, que se describen a continuación.:

En el primer capítulo, la descripción del problema de investigación, que a su vez se traduce en la descripción de la realidad problemática, la justificación de la investigación, importancia de la investigación, las limitaciones, formulación de problemas, objetivos e hipótesis, como la Operacionalización de la misma.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico, que incluye la revisión de los antecedentes de la investigación, bases teóricas y conceptuales y epistemológicas.

El tercer capítulo abarca el diseño metodológico, incluyendo la metodología, naturaleza, enfoque, población, muestreo, variables operativas, recolección de datos, descripción de los instrumentos, validez y confiabilidad de los instrumentos, técnicas de procesamiento y análisis de datos y ética.

En el cuarto capítulo comprende los resultados que incluyen los análisis descriptivos, la prueba de normalidad y las pruebas de hipótesis. Así mismo, la discusión, conclusión y recomendación.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema de Investigación

Se ha comprobado que el principal alimento del ser humano en los primeros meses de vida es la leche materna. Diversos estudios demuestran la importancia de este alimento como fuente de nutrición para niños y niñas, no solo beneficioso para el desarrollo físico y mental de los niños, sino que también ayuda a fortalecer la relación afectiva entre los hijos e hijas y sus madres, e incluso entre padres, que pueden y deben involucrarse en todas las etapas del desarrollo de sus hijos e hijas. Por ello, la práctica de la lactancia materna es fomentada y protegida por el Estado como un derecho, ya que contribuye al desarrollo integral del niño, mejora la salud de la madre y fortalece la relación familiar.

Casi una de cada cuatro muertes ocurridas al año en niños menores de cinco años se debe a una de las enfermedades incluidas en la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AEIPI) y puede ser controlada con las simples acciones de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, que consiguen aplicarse en la colectividad y en los servicios de salud a un coste admisible.

Este grupo de enfermedades incluye esencialmente la neumonía y otras enfermedades respiratorias, diarreas, enfermedades que pueden prevenirse mediante la vacunación bajo el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), y otros problemas relacionados como la desnutrición, así como complicaciones de enfermedades infecciosas como sepsis o meningitis.

Estas enfermedades o problemas de salud pueden evitarse brindando una protección adecuada en términos de prevención, promoción y utilización de la atención primaria. La estrategia AIEPI combina todas estas actividades en un solo mecanismo de atención a los niños menores de 5 años, aplicable tanto a la atención primaria como a todos los servicios de salud a nivel

comunitario, asegurando así el acceso a la atención primaria desde los escenarios de prevención, diagnóstico y tratamiento temprano, y las familias adquieren los conocimientos y prácticas necesarias para mejorar el cuidado de los niños en familia, previniendo enfermedades, promoviendo el sano crecimiento y desarrollo de los niños.

La neumonía y la diarrea siguen siendo las principales causas de muerte, la malaria y el SIDA en menor medida. La desnutrición es la causa principal de más del 50% de los casos (1)

En casi todos los países, las tasas de iniciación de la lactancia materna están ligadas con el nivel social, los ingresos económicos y el nivel de educación. En los países de altos ingresos económicos donde las tasas de lactancia materna son generalmente bajas, las más bajas se encuentran entre las mujeres de los grupos de bajos ingresos económicos. Para el año 2000 se evidenció el comienzo del amamantamiento en mujeres de Inglaterra y Gales, de las cuales el 54% en aquellas que "nunca trabajaron" y el 60% con trabajos por horas en comparación, al 86% de las mujeres con trabajos a tiempo completo.

Los indicadores de lactancia materna en América Latina y el Caribe de acuerdo con la información proporcionada por UNICEF muestra un panorama donde los esfuerzos por mejorar las tasas de lactancia materna requieren el apoyo decidido de los gobiernos.

Las cifras no son del todo alentadoras, se observa que los niños Latinoamericanos y del Caribe al llegar a los 6 meses de edad, por diversas razones que ameritarían analizar, en su mayoría no reciben lactancia materna exclusiva.

Se evidencia que después de los 6 meses de edad, los niños reciben alimentación complementaria junto con leche materna y fórmulas infantiles (deducido de los porcentajes que se incrementan en relación con lactancia materna exclusiva en < 6 meses). Hacia el segundo año de vida el número

de niños que aún recibe lactancia materna junto con otros alimentos disminuye, pero aún sigue siendo una cifra importante, y puede afirmarse que alrededor de la cuarta a tercera parte de los niños e incluso más, continúan con la lactancia materna hasta los dos años (lactancia materna continuada).

La lactancia materna es la mejor protección para salvar vidas. Se estima que: la lactancia materna, como intervención preventiva en niños menores de 5 años puede reducir la mortalidad por diarrea, neumonía y sepsis neonatal en una proporción de un 13% con un nivel de evidencia 1 (evidencia suficiente). Del mismo modo, la alimentación complementaria adecuada, como otra intervención preventiva puede disminuir en un 6% (Nivel 1) las muertes causadas por diarrea, neumonía, sarampión y malaria.

Aproximadamente, 2/3 de las muertes de niños menores de 5 años pueden prevenirse con intervenciones disponibles y factibles de ser implementadas en países de bajos ingresos con una gran cobertura de la población. Se calcula un costo de \$ 1.23 (dólares americanos) por cada habitante de los 42 países con menores recursos y las tasas de mortalidad infantil más altas o un promedio por salvar la vida de cada niño de \$ 887.00 dólares americanos.
(2)

Por lo tanto, "La Organización Mundial de la Salud refiere que a los bebés les corresponde ser amamantados exclusivamente en el transcurso de los seis meses para el logro de una óptima salud. A partir de entonces, para satisfacer la necesidad de cambios en la dieta, los lactantes deben recibir suplementos saludables, apropiados, nutritivos y continuar amamantando hasta los 2 años de edad y más." (3)

La cobertura de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses es baja en la provincia de Tarma, rangos históricos no aceptables, incrementando la presencia de enfermedades en niños menores de 2 años, incluyendo enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias

agudas. Entre las razones que llevan a las madres a iniciar tempranamente a sus niños con la ingesta de sólidos se encuentra el desconocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna, además de no persistir en brindar leche materna a sus bebés, debido a la producción insuficiente y a los lactantes no satisfechos.

La enfermedad infantil es un problema que no debe ignorarse y su impacto debe tomarse en cuenta en el niño muchas veces son muy peligrosas y tienen desenlaces serios para toda la vida, abatiendo al niño durante su crecimiento y desarrollo.

Todo ello conduce a una práctica incorrecta de lactancia materna perjudicando la salud y nutrición del niño. Por lo tanto, nos planteamos el siguiente problema ¿Cuál es la relación del déficit de la lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes de la infancia en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?

1.2. Justificación

Justificación Teórica

A través del presente estudio se aportará aspectos teóricos importantes que serán utilizados por los profesionales de la salud para orientar acciones y programas que van a fomentar, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva permitiendo a los profesionales de la salud y madres intervenir con una mirada más amplia en relación con el cumplimiento adecuado de la lactancia materna exclusiva y las enfermedades prevalentes de la infancia.

Justificación Práctica

A través de la presente investigación deseamos reducir la morbimortalidad en menores de 5 años promoviendo la importancia y beneficios que ofrece lactancia materna exclusiva.

Justificación Económica

Por intermedio de la presente investigación se busca mejorar las practicas alimentarias fortaleciendo la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad considerando que la lactancia materna ocupa el primer lugar en las intervenciones preventivas para salvar vidas. Demostrado esta que la intervención preventiva mejora la situación económica del individuo, familia, comunidad y en consecuencia del país debido a que el asumir el costo de las enfermedades es mayor el mismo que nos permitirá ahorrar recursos.

Justificación Social

Finalmente, a través de la presente investigación queremos lograr mejoras sociales porque no solo se mejorará la salud del niño o niña de este grupo poblacional, sino también la salud de la madre, la familia y la sociedad; fortalecimiento de la autodeterminación personal, la justicia, el respeto a las culturas tradicionales, el respeto a los derechos de salud materno infantil.

1.3. Importancia o propósito

El propósito de la presente investigación es mejorar las prácticas alimentarias considerando que una nutrición adecuada a través de la lactancia materna por sí sola puede reducir enfermedades durante la niñez, las cuales no pueden ser ignoradas, cuyas consecuencias son muy importantes para el niño y repercuten gravemente en el niño en toda su vida y afecta específicamente durante su crecimiento y desarrollo. Esta investigación es trascendental para la provincia de Tarma en vista que no se contaban con datos requeridos los que se obtuvieron al término de la investigación muy importantes para brindar un aporte como base para que sean utilizados por los profesionales de la salud como guía para tomar las medidas necesarias en el programa que promuevan, alienten y apoyen la lactancia materna exclusiva.

1.4. Limitaciones

Respecto a las limitaciones del presente estudio de investigación, no se han presentado limitaciones de tiempo, de acceso de recursos, ni información, por lo cual, se concluye que el estudio fue viable.

1.5. Formulación del Problema de Investigación

Problema general

¿Cuál es la relación del déficit de la lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes de la infancia en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?

Problemas específicos

1. ¿Qué características socioeconómicas y demográficas presentan los niños de 6 meses a 2 años en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?
2. ¿Cuáles son las enfermedades prevalentes en los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?
3. ¿Qué enfermedades diarreicas presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?
4. ¿Qué enfermedades respiratorias presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?
5. ¿Qué enfermedades carenciales presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?

6. ¿Qué tiempo de lactancia materna exclusiva tuvieron los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?
7. ¿Cuáles son los otros tipos de lactancia que tuvieron los niños de 6 meses a 2 años en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?

1.6. Formulación de objetivos

Objetivo General

Evidenciar la relación entre el déficit de la lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes de la infancia en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.

Objetivos Específicos

1. Conocer las características sociales y demográficas de los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.
2. Identificar las enfermedades prevalentes en los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.
3. Determinar las enfermedades diarreicas que presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.
4. Determinar las enfermedades respiratorias que presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.
5. Determinar las enfermedades carenciales que presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.

6. Determinar el tiempo de lactancia materna exclusiva en los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.
7. Identificar los otros tipos de lactancia que tuvieron los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

Internacionales:

2.1.1. Díaz O, et al. (10) El estudio titulado: Aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia materna en el primer año de vida nos presenta un estudio descriptivo en el que integro 101 niños en 1998, en el que se interrogó a las madres de la localidad de San Cristóbal, pasando los resultados en una evaluación estadística de chi-cuadrado junto al sistema MICROSTAT, con el objetivo de evaluar diversas variables epidemiológicas asociadas a la lactancia materna. Las variables se establecieron interrogando a las madres al año de nacimiento del niño. Se obtuvo que las tasas de lactantes amamantados exclusivamente y suplementados son bajas. Evaluando la frecuencia de LME, LM casi exclusiva, LM mixta y amamantamiento artificial en los primeros 12 meses. Se obtuvo que 97 de 101 infantes evaluados gozaban de LME (96%), para después presentar un progresivo decaimiento, en el que solo 38 infantes (37,62%) de 4 meses y 1/6 de meses (0,9%), mantuvieron la LME hasta el séptimo mes de vida. Las variables se establecieron interrogando a las madres al año de nacimiento del niño. Las tasas de lactantes amamantados exclusivamente y suplementados son bajas. El sesgo nutricional se asoció significativamente con el retiro del amamantamiento. La infección aguda del tracto respiratorio superior es la patología más común entre los bebés, incluso cuando estos son amamantados exclusivamente. La falta o carencia de leche es la principal causa del destete de los niños. El 32,6% de las madres dijeron que no fueron informadas, y entre las madres que fueron informadas, el consultorio médico fue el ente más involucrado.

2.1.2. Durán R, et al. (11), este estudio denominado: Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia maternas, nos presenta una investigación de carácter prospectivo que tiene como muestra a 144 madres,

que fueron encuestadas durante una consulta de seguimiento en el servicio de Neonatología, Cuba.

Con respecto a las variables del estudio, están enfocadas en aspectos dependientes de la madre y también del padre como: la edad, la educación, su ocupación, el apoyo familiar y el nivel de ansiedad materna, entre otros. El objetivo del estudio fue determinar los factores psicosociales que conllevan a estas madres a abandonar la lactancia materna. El cincuenta y cinco por ciento de las madres encuestadas se encontraban en la edad 20 y 29 años, y la frecuencia de abandono fue más usual en el grupo de edad de menos de 20 y 35 años y más. La edad del esposo, la edad de la madre, y el nivel educativo no influyeron en el cese de la lactancia materna. La tasa de abandono fue mayor en el grupo de madres estudiantes. Asimismo, el estado civil no influyó en la restricción de la lactancia materna, sin embargo, se tuvo un mayor porcentaje en madres que amamantan en los miembros de los casados. Las madres que tienen falta de apoyo familiar son más propensas a abandonar la lactancia materna en un 31,2 %, por otro lado, se obtuvo que la ansiedad tanto como estado y como riesgo en un nivel alto, influyen en el abandono de la lactancia en mayor porcentaje. El desinterés familiar y ansiedad conllevan al abandono de la lactancia materna exclusiva.

2.1.3. Saidman N., et al. (12), En el artículo Conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes en el que refieren que la nutrición insuficiente en mujeres embarazadas puede afectar su estado nutricional y aumentar el riesgo de desnutrición. Por ello, comprender sus creencias, dudas, mitos y preferencias en tiempos biológicos se considera fundamental para la oportuna difusión del conocimiento, teniendo en cuenta sus necesidades reales. Objetivo: Estudiar cambios en la dieta, conocimientos sobre alimentación y nutrición, mitos, tabúes y creencias de un grupo de mujeres embarazadas. Comprender y explicar cuestiones y preocupaciones relacionadas con la nutrición y el embarazo que sirvan como inicio para el diseño sobre los programas de intervención de lactancia

materna y control prenatal a las madres gestantes. Instrumentos y Procedimientos: Cuestionario distribuido a 117 gestantes sanas mayores de 17 años que acudieron a diversos hospitales y centros médicos de la ciudad de Buenos Aires durante su embarazo. De febrero a agosto de 2011 La información obtenida del cuestionario se recopiló a través de entrevistas en profundidad con 6 mujeres embarazadas para explorar teorías subjetivas. Resultados: El 31% de las gestantes atribuyeron a ciertos alimentos con connotaciones negativas, vinculándolos con perjudicar al bebé o aumentar más de peso del esperado. El 65% dijo que cambió sus elecciones de alimentos después del embarazo, aumentando su consumo de frutas, verduras, granos integrales y lácteos, siendo la carne el principal grupo a reducir. Hay evidencia de una falta de conocimiento sobre el aumento de peso y la anemia, así como varias desventajas de la suplementación con hierro. El 92% de las gestantes expresó su deseo de recibir más información nutricional durante el período de control. Conclusión: Es clara la importancia de desarrollar un programa de nutrición intervencionista que brinde apoyo nutricional profesional durante el manejo prenatal. El componente de educación y consejería nutricional será el eje central de la intervención, priorizando los conocimientos, preferencias y creencias identificadas en este grupo.

2.1.4. Barriuso L, (13). En su artículo Lactancia materna: Factor de salud. Recuerdo histórico, sostiene que la lactancia materna es un hábito estrechamente relacionado con la existencia humana retorno de este hábito, sobre todo en los llamados países desarrollados, azuzados por las autoridades sanitarias desde la antigüedad. Tras un periodo de abandono masivo a mediados del siglo XX, estamos asistiendo a una la superioridad de la lactancia sobre la alimentación con fórmula es indiscutible y ha habido evidencia científica que lo respalda. La lactancia materna es un factor positivo para la salud tanto de la madre como del bebé. Por lo que promover y revivir este hábito no es solo una moda o una tendencia: es un factor indiscutible en la salud de la madre y el bebé. El Gobierno de Navarra,

mediante Orden de 28 de enero de 2004, ha emprendido numerosas iniciativas administrativas para promover la lactancia materna en nuestra comunidad mediante la constitución del Comité Técnico Asesor Ensayo sobre la Promoción de la Lactancia Materna en Navarra. El Objetivo de la investigación fue estudiar los beneficios de la lactancia materna, para así promoverlo y convertir en un objetivo sanitario. La metodología usada fue estudio observacional descriptivo, revisión sistemática en base de datos bibliográficas. Conclusiones: La Lactancia Materna es un trabajo arduo que se debe manejar a nivel nacional con ayuda de la promoción del personal sanitario en compañía de la madre, puérpera y lactante.

2.1.5. Alzate-Meza M, et al. (14). La lactancia materna como medida preventiva contra las enfermedades muchas veces que traen niños menores de 5 años y fue seleccionada de una empresa de educación en Colombia 2009 con el objetivo de: establecer la frecuencia de uso y seguimiento del aumento de lactancia hasta por 6 meses como protección contra enfermedades generalizadas, y niños hasta 5 años en una población colombiana. Materiales y métodos: Los estudios se realizan en algunas escuelas de nivel preescolar de Palestina, Ibagué y Pereira (Colombia). La selección de sus habitantes se hizo caso por caso. Se identificaron las principales características, dieta, tiempo de lactancia, período de apoyo, enfermedad respiratoria, apendicitis, diarrea aguda, diabetes, dermatitis, esofagitis por reflujo, desnutrición, obesidad y enfermedades del corazón. Teniendo como resultado de 311 niños inscritos en el estudio. La frecuencia de la lactancia materna fue del 92% (Ibagué 98,1%, Pereira 90,5%, Palestina 87,9%) y se encontraron asociaciones significativas entre lactancia materna y bronquiolitis, reflujo gastroesofágico, broncoespasmo, desnutrición y cardiopatías. Reconociendo la importancia de la lactancia materna como medio de protección contra enfermedades comunes de la infancia.

Nacionales:

2.1.6. Veramendi L, et al. (15). El objetivo fue relacionar los Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP) acerca de la lactancia materna de las madres con la diarrea aguda infecciosa del niño menor de dos años, esta tesis es de tipo analítico de corte transversal realizado en el caserío Huaylas, Ancash-Perú en febrero del 2011 en la que intervinieron 34 mamás. La encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas realizado a través de entrevistas a domicilio y verificación de registros médicos tuvo como resultado el 76,5% de las madres encuestadas con conocimiento de medio a bajo, seguido de actitudes neutrales y en menor porcentaje con actitudes positivas y prácticas neutras e inadecuadas. No hubo correlación entre estos. Se puede concluir que es imposible establecer alguna asociación estadísticamente significativa en este grupo de investigación entre conocimientos, actitudes y prácticas relacionada a la lactancia materna con diarreas agudas infecciosas.

2.1.7. Cairo J, (16). El investigador se propuso determinar la relación entre las características maternas, las prácticas hospitalarias y el bajo peso al nacer con el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a niños sanos en un centro médico. Los materiales y métodos utilizados fueron revisión de historias clínicas de niños en 1998 y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, así como edad y paridad de la mujer, grado militar y sexo del niño, pérdida de peso después del nacimiento, consumo de agua azucarada y fórmula infantil durante la hospitalización y los primeros 20 días de nacido. Los resultados a la que se llegó fue que se brinde Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses al 36.7% de la población estudiada. El trabajo concluyó que el no consumir fórmulas durante el periodo neonatal y la jerarquía militar inferior del familiar de la institución estuvo asociado al de la Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses en los niños nacidos sanos en esta institución.

2.1.8. Paredes M, (17). Paredes se propuso Evaluar la asociación entre ciertos factores relacionados con el huésped e IRAS en infantes antes de

cumplir el año de edad a quienes se les brindó atención en el centro médico Santa Fe- Callao-2014. Materiales y Métodos aplicados se trata de un estudio cuantitativo, retrospectivo, observacional, epidemiológico, con diseño de casos y controles. Muestra 138 niños, 6 casos y 92 del grupo control. El instrumento listo de cotejo, técnica observación. El resultado al que llegó es que existe una asociación estadísticamente significativa con el factor de bajo peso al nacer ($p=1.000$). También hubo una fuerte asociación entre lactancia materna no exclusiva (OR=4,813), parto prematuro (OR=4,286), desnutrición (OR=2,954) y género (OR=2.68), identificó a la desnutrición y al sexo masculino como factores de riesgo de enfermedad respiratoria aguda e infecciones. Resumen: Hay asociaciones positivas entre infecciones respiratorias agudas en niños menores de 1 año y factores de riesgo del huésped. La LM no exclusiva, el parto prematuro, la malnutrición y el sexo masculino están estrechamente asociados a las IRAS, pero no al bajo peso al nacer.

Locales:

2.1.9. Paita E, (18) “Influencia del legado cultural en la práctica de la lactancia materna en la zona rural y urbana de la provincia de Tarma – 2009”. La investigación recopila la información más relevante del tema, se exponen las características del legado cultural de la población y sus influencias en la lactancia materna; valora la identidad cultural y los valores nutricionales de la leche materna. La lactancia materna da al niño el mejor comienzo posible en la vida. Es una línea de trabajo, que busca conocer y comprender la lactancia materna en su contexto como manifestación y expresión cultural; sus características y lo profundo de su sabiduría, pensamiento y sentimiento en su práctica forjada desde miles de años y hoy es el legado cultural y emocional que se sucede de generación en generación. En esta investigación se desarrolla la metodología cualitativa en el que se obtiene datos descriptivos, derivados del contacto directo con las madres lactantes retratando la visión de ellas y el significado del legado cultural en la lactancia

materna. El diseño es etnográfico, que ha permitido describir las características culturales incorporando las creencias, experiencias, significados, actitudes, pensamientos, conocimientos, reflexiones y prácticas de la lactancia materna en la zona rural y urbana de la provincia de Tarma con la finalidad de descubrir la cultura en su contexto.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Lactancia materna

Según Unicef, la LM es “la dieta que contribuye de manera más eficaz al desarrollo físico y mental de un niño y le proporciona la calidad y cantidad adecuada de nutrientes”. “Definimos la leche materna como un líquido biológicamente activo. Los niños alimentados de esta manera tienen un menor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y una menor incidencia y gravedad de estas enfermedades.”

Según la Organización Mundial de la Salud, la LM es “la manera ideal de brindarle a su niño pequeño los nutrimentos que solicitan para un crecimiento y desarrollo saludables”. Con información adecuada y el apoyo de los miembros de la familia y los sistemas de salud, casi todas las mujeres pueden amamantar.” La OMS y UNICEF consideran los siguientes aspectos de la LME efectiva en los primeros 6 meses de vida:

- Comience a amamantar dentro de la primera hora después del nacimiento.
- Practicar la lactancia materna exclusiva. Es decir, a los bebés se les debe dar únicamente leche materna y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua.
- Amamante cuando su hijo lo pida, de día o de noche.
- No use biberones, tetinas o chupetes.

Según UNICEF, si todos los niños fueran amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, la mortalidad se reduciría significativamente, salvando alrededor de 1,5 millones de vidas cada año. Además, mejorar su salud y desarrollar el apego a su madre, que es fundamental para el desarrollo, puede mejorar la calidad de vida de estos niños.

La leche materna es un líquido producido por la madre que se adapta a lo largo del desarrollo materno para cubrir las necesidades del recién nacido, ya sean

nutricionales o inmunológicas. Los principales componentes de la leche materna son proteínas, lactosa, agua, grasas. La leche es isotónica con el plasma y la lactosa representa la mitad de la presión osmótica. Las principales proteínas, como la lacto albúmina, la lacto globulina y la caseína, se sintetizan en el retículo endoplásmico rugoso de las células secretoras alveolares. Los aminoácidos esenciales se derivan de la sangre y los aminoácidos no esenciales se derivan parcialmente de la sangre o se sintetizan en la glándula mamaria. La mayoría de las proteínas de la leche son únicas y no se pueden encontrar en ningún otro lugar.

2.2.2.1 Historia de la Lactancia Materna

Dado que la lactancia materna es un acto natural, ha sido interrumpido muchas veces a lo largo de la historia humana por diversas razones, como lo demuestran dos siglos de documentos. La práctica de la lactancia materna y sobre la participación de las niñeras desde el siglo III o IV a.C. en Babilonia. En situaciones como la muerte de una madre, era bien sabido lo importante que era amamantar a un recién nacido, aunque no fuera de la madre. Para mamás que buscan la moda y la comodidad de un hogar acomodado. Sin embargo, a medida que aumentaba la morbilidad y mortalidad infantil, y las enfermedades infecciosas y las enfermedades "mentales" se volvían de mayor riesgo, con el apoyo de niñeras disminuyó. En un libro publicado en 1651, Burton escribió: Se debe hacer una elección, porque estas pasiones echan a perder la leche y alteran la temperatura corporal del niño, que se ha vuelto como arcilla húmeda y maleable. Burton, 1651.

Comenzó la difusión de la alimentación artificial. El primer sustituto de la leche materna (una mezcla de harina y leche) se creó en Suiza en 1867 en relación con la revolución industrial y el surgimiento de la industria alimentaria.

La primera década del siglo XX se vio el surgimiento de los dos primeros fabricantes de productos alternativos y la promoción continua de estos productos.

En 1910, fue cuando se registraron las primeras reacciones a la fórmula infantil, se informó que alrededor de 1500 millones de niños morían a causa de la fórmula infantil.

En el año 1970, la difusión del libro “Asesino de los Niños”, editado por la Red Pro-Alimentación Infantil (IBFAN), se enfrentó un conflicto provocado. Fueron los gobiernos consumidores de Europa y América del Norte que recopilaron las reclamaciones de los consumidores y las mujeres de los países desarrollados.

En 1979, la OMS y UNICEF lanzaron el primer mensaje mundial sobre el tema de detener la publicidad arbitraria de leche de fórmula. En 1981 en la 34a Asamblea General, la Organización Mundial de la Salud recomienda que la estrategia comercial de las empresas que comercializan sucedáneos de la leche materna incite a las madres a amamantar total o parcialmente a sus hijos de forma natural y a evitar que la leche materna sea sustituida por fórmulas para sustituir productos. El interés de las empresas que fabrican sucedáneos de la leche materna es alentar a las madres a cambiar su comportamiento y utilizar la alimentación con biberón para comprar sus productos, ayudando a millones de niñas y niños en todo el mundo poniendo en grave peligro la salud y la seguridad de los niños.

Muchas madres de todo el mundo deciden dejar de amamantar, influenciadas por una variedad de razones, que incluyen:

- a) Dimensiones culturales (prejuicios personales, sociales y estructurales contra la lactancia materna);
- b) Actitudes de familiares y amigos cercanos, actitudes hacia la lactancia materna en público y prácticas laborales.
- c) La disponibilidad de fórmula infantil subsidiada como factor económico en la elección consciente de las mujeres de bajos ingresos para amamantar a sus hijos.
- d) El nivel de aceptación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos Maternos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1981) es un factor que influye en las decisiones de alimentación infantil, especialmente entre aquellos con bajo y alto nivel educativo y en países de ingresos medios.

Las políticas de salud pública en todo el mundo abogan ahora abiertamente por la promoción y protección de la lactancia materna, y Perú ha experimentado cambios importantes en respuesta a este hecho. Sociedad civil organizada hasta la fecha: Centro de Promoción e Investigación en Nutrición (CEPREN/Red

Peruana de Lactancia Materna), Riga de la Leche-Perú, IBFAN-Perú, Asociación de Consumidores y Usuarios (ASPEC) e International Breastfeeding Consultants (IBCLC); lograron incentivar la aprobación de legislación complementaria a favor de la lactancia materna, y varias empresas comercializadoras de sucedáneos de la leche materna fueron amonestado por el Ministerio de Salud en 2000. Normativa actualizada y legislación que apoya fuertemente la lactancia materna: Reglamento de Nutrición Infantil y otros.

2.2.1.2 Definición

Es la forma natural de nutrición humana, el alimento natural producido por la madre cuyo principal propósito es alimentar al recién nacido.

La leche materna es la nutrición que un recién nacido o lactante recibe de su madre. La lactancia materna se basa en dar leche a un bebé de una mujer que no es necesariamente la madre. Aunque esta dieta no es popular actualmente, la leche materna se recolecta cada vez más en los bancos de leche. Hasta el momento, la composición de la leche humana no ha sido equivalente a la de las fórmulas infantiles. La leche materna cambia de composición y se adapta al niño. El inicio de la lactancia materna debe ser uno de los momentos más hermosos para una madre después del nacimiento de su hijo (2003).

2.2.1.3 Tipos de Leche Materna

Hay diferentes tipos de leche materna disponibles según la etapa de desarrollo del niño. Estos son la leche precoz, el calostro, la leche de transición y la leche madura. El calostro se desarrolla previamente a los 3 – 4 días del recién nacido. Es un fluido amarillo, muy concentrado en una pequeña cantidad. El calostro tiene propiedades esenciales para los recién nacidos ya que favorece la excreción de meconio y la producción de lactobacillus en la luz intestinal. También contiene antioxidantes y quinonas esenciales para la protección contra el daño oxidativo y los trastornos hemorrágicos, y factores de crecimiento que estimulan la maduración del sistema en los lactantes. La respiración es una tarea facilitada por pequeñas cantidades de este tipo de leche materna. Esto también es

importante desde el punto de vista renal. Esto se debe a que los riñones de los recién nacidos no pueden manejar grandes cantidades.

La leche de transición es la leche producida entre el 4 y el 15 día de vida. La producción de leche aumenta rápidamente entre los 6 días y aumenta a 600-800 ml/día entre los 8 y 15 días de edad. La leche de transición cambia diariamente hasta que se produce la leche madura. La leche infantil prematura tiene un mayor contenido de proteínas y menos lactosa que la leche madura. La leche madura contiene una variedad de componentes nutricionales y no nutritivos. La cantidad media de leche materna madura que produce una mujer en los primeros seis meses después del parto es de 700-900 ml al día. La leche materna destruye bacterias, virus y parásitos que pueden infectar a su hijo porque está compuesta por varios elementos que le dan inmunidad a su hijo.

Esta característica es de creciente importancia en los países en desarrollo donde la morbilidad y mortalidad infantil por enfermedades diarreicas y otras enfermedades infecciosas es alta. La leche materna también promueve el desarrollo de los órganos y el sistema inmunológico.

Se describe que LME brinda protección contra una variedad de infecciones, que incluyen gastroenteritis, otitis media y una menor incidencia de infecciones del tracto respiratorio inferior.

Por vía oral, estos niños tienen una menor incidencia de caries y un mejor desarrollo de las estructuras faciales como las arcadas dentarias y el paladar.

2.2.1.4 Beneficios de la lactancia materna

También se asocia con el desarrollo psicomotor y la capacidad de aprendizaje. Los niños amamantados son más activos. En este sentido, el meta análisis de Anderson et al. concluyó que los niños amamantados alcanzan niveles significativamente más altos de desarrollo cognitivo que los niños alimentados con fórmula.

El contacto piel con piel entre madre e hijo promueve el vínculo y facilita el desarrollo de vínculos madre-hijo como el amor y la seguridad. Por tanto, la interacción de un niño con sus padres durante los primeros días de vida y en los

meses siguientes favorece la formación de su personalidad y el fundamento de su confianza en sí mismo.

Otros beneficios de LM están relacionados con el desarrollo materno, incluido el hecho de que amamantar y alimentar al niño inmediatamente después del nacimiento estimula la secreción de oxitocina y promueve la involución uterina. Y esta hormona promueve un flujo de leche eficaz. Cuando una mujer amamanta, ocurren varios cambios metabólicos en el cuerpo que pueden optimizar los nutrientes a medida que aumenta su capacidad de absorción.

La lactancia materna es uno de los métodos de planificación familiar más efectivos. La amenorrea inducida por LME brinda protección contra el nuevo embarazo en caso de una segunda falla dentro de los primeros 6 meses. Las familias también se benefician financieramente ya que no necesitan comprar comestibles adicionales, y este beneficio se extiende al estado ya que reduce los costos de atención médica debido a la reducción de la morbilidad perinatal.

LM es el primero en ser recomendado por la OMS y UNICEF. Esto se describe como un método de consumir solo leche materna sin considerar líquidos adicionales que no sean gotas de vitaminas y minerales. O jarabe o productos farmacéuticos. Mayor LM significa que la principal fuente de nutrición es la leche materna, pero el lactante está consumiendo agua o bebidas, jugos de frutas con un contenido de LM superior al 50%. Si la LM es inferior al 50%, el porcentaje depende de la edad y las necesidades nutricionales del niño. Un suplemento BF que consiste en leche materna y productos no lácteos (sólidos o semisólidos).

Una de las metas de salud establecidas por países es aumentar la LME, y se están implementando varias estrategias para lograrlo. De acuerdo con los compromisos asumidos en la Reunión de Innocenti y la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, los gobiernos y las autoridades nacionales de salud deben reconocer, alentar y promover la lactancia materna no solo como un beneficio para la salud, sino como un beneficio socioeconómico y cultural.

La Declaración de Innocenti fue desarrollada y respaldada por los participantes en la Conferencia Conjunta de responsables de Políticas de la OMS/UNICEF de la década de 1990. Fue realizado por la Agencia de los Estados Unidos para el

Desarrollo Internacional (A.I.D.) y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (O.S.D.I.), del 30 de julio al 1 de agosto de 1990, en Spedale Degli Innocenti, Florencia (Italia).

2.2.1.5 Participación del Padre

El apoyo paterno es muy importante porque cuando él participa en el proceso de embarazo y parto, es un gran apoyo emocional para la madre y crea un ambiente de armonía y satisfacción para los tres, si no apoya a la madre en la crianza, esto se debe a diversas causas. Algunos autores refieren que este comportamiento se debe a que el hijo puede provocar celos, ruptura y abandono en la pareja debido a la relación íntima entre madre e hijo. Amamantar a un niño es algo más que alimentar al niño. Es un buen espacio interpersonal para aprender y enseñar las habilidades que cada quien tiene para tomar decisiones y razonar su vida.

2.2.1.6 Conocimientos de la Madre Sobre Técnicas del Amamantamiento

Las madres que recibieron atención en centros públicos tienen más conocimientos sobre técnicas de lactancia e información sobre los beneficios de la lactancia materna que las que asistieron a centros de atención privados. Se estableció un centro de atención.

2.2.1.7 Razones para Amamantar a sus Hijos

Las madres tienen características individuales que el niño, la familia y el entorno social siempre exigen. Para la mayoría de las mujeres, el motivo de amamantar es el amor y la intención de mostrar afecto al hijo, mientras que otras lo hacen por consejo de sus médicos y por obligaciones, hábitos familiares y maternidad. Dicen que amamantan por instinto. El comportamiento de la lactancia materna varía mucho entre culturas. Las diferentes culturas de un país tienen diferentes creencias, mitos y reglas con respecto a la lactancia materna que determinan el inicio, la frecuencia y la terminación de la lactancia materna. La forma en que las madres cuidan a sus hijos depende de una combinación compleja de la composición genética materna, las respuestas del niño, la historia interpersonal, el entorno familiar, las preferencias médicas, los factores sociales y el

conocimiento cultural, pero en la lactancia materna juega un papel fundamental. Este conocimiento se centra en las creencias, actitudes y valores de una cultura.

2.2.1.8. La razón por la que las madres no practican la lactancia o dejan de amamantar:

- Se le acabó la leche.
- El niño no recibe más.
- Para trabajos fuera del hogar.
- Enfermedad de la madre.
- Enfermedades de los niños.
- Para un futuro hijo
- Intolerancia a la leche en niños.
- Por embarazo.
- Defectos de nacimiento en niños (paladar hendido, separado).
- Deformación o cambio de la mama.

Es importante descartar la interrupción temprana de la lactancia materna, lo que contribuye a un mayor riesgo de diarrea e infecciones respiratorias en lactantes menores de 1 año.

2.2.1.9 Destete

A lo largo de los años, cada vez que las madres tenían bebés mayores para destetar, mostraban más conciencia del destete natural. La OMS y UNICEF hablan de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y destete después de los 2 años de edad.

Es más fácil destetar a un bebé que no habla de ello que a un bebé que sabe expresar su opinión. Dejar de amamantar temprano puede conducir a una experiencia emocional insatisfactoria que conduce a una angustia a largo plazo, Tal destete apunta el amamantamiento sólo como fuente de leche materna y malinterpreta la importancia del amamantamiento como medio de consejería, placer y comunicación para madre e hijo.

Métodos para destete

- No ofrecer ni rehusar lactar.
- Colocarle menos tiempo el pecho.
- Sustituirlo con otros alimentos como yogurt, queso, galletas, etc.
- Distraerlos con juegos, cuentos, y otros.

Estrategias

- Cuando el niño pide teta por aburrimiento se puede recurrir a diferentes actividades como:
 - Jugar a las escondidas.
 - Bailar con música.
 - Pintar y dibujar.
 - Jugar con masa o plastilina, etc.

Tabúes y temores acerca del destete tardío

- Conocer a los hijos es conocerse a sí misma.

Hay muchas preocupaciones e inquietudes sobre la lactancia prolongada, dejar que los niños tomen la iniciativa en el destete, compartir la cama familiar con los niños. Hay muchas teorías "expertas" que se han establecido hoy en día, gracias a la experiencia de muchas madres que amamantan a largo plazo. Durante el período prenatal, una madre está muy preocupada por su cuerpo. Este es el comienzo de la ansiedad que sentirás más adelante por el cuerpo de tu bebé, un aspecto fundamental del vínculo. Esto significa algo muy importante: la capacidad de la madre para cuidar no sólo del cuerpo del niño, sino también de todas sus necesidades. Todas las investigaciones realizadas en los últimos veinte años sobre el comportamiento de los niños no tendrían sentido si no estuvieran relacionadas con los sentimientos de la madre hacia su hijo. Luego de dar a luz, la madre pasa por un período muy sensible en el que es extremadamente vulnerable y puede ir por dos caminos; ansiedad y apego por el propio hijo o ignorancia y extrañamiento. La lactancia materna juega un papel muy importante en esta fase de aprendizaje.

Curiosamente, los bebés pueden reaccionar al estilo de crianza de su madre. Aunque no es parte pasiva de este proceso, se convierte en arquitecto, creando conexiones que son un factor muy importante en su desarrollo.

La lactancia materna facilita el apego

La comunicación entre la madre y el bebé es mutua. Así, la reciprocidad se convierte en una característica de la relación madre-hijo precisamente porque la primera se preocupa por el segundo. Por supuesto, esto es especialmente cierto para los bebés amamantados. Las investigaciones muestran que una madre que amamanta produce péptidos (incluidas las endorfinas) que cambian su estado de ánimo y receptividad y crean una sensación de calma que ayuda con la lactancia. Estas son nuevas áreas de investigación en biología y psiquiatría. Ahora estamos aprendiendo sobre los cambios hormonales que acompañan a la experiencia de amamantar que pueden ayudar a promover el apego madre-hijo. Aunque se ha observado que los bebés amamantados usan lenguaje menos expresivo y gestos en relación a los alimentados con biberones, pero es más desarrollada su capacidad de comprensión.

Además, los bebés alimentados con biberón todavía ven a su madre como parte de sí mismos, por lo que se despiertan más fácilmente en medio de la noche, pero esto no es necesariamente algo malo. Tienden a despertarse más a menudo, pero con menos trauma a la familia. A medida que crezcan, estarán menos ansiosos y serán más autosuficientes.

La creencia común de que un niño debe ser independiente a la edad de 2 o 3 años no se aplica del todo, incluso con la suposición de que debería ser independiente a la edad de 6 meses. Mary Ainsworth, una destacada investigadora, ha acumulado una gran cantidad de literatura que demuestra esto. Los bebés que son muy apegados y socialmente dependientes de sus madres a la edad de uno o dos años no se despegan innecesariamente en la relación madre-hijo a medida que crecen. En estudios demuestran que tenían menos ansiedad cuando ingresaron a la universidad y más autocontrol cuando tenían 5 años.

Este es uno de los grandes malentendidos y uno de los grandes debates de nuestra sociedad actual. La tendencia de nuestra sociedad a tratar de independizar a los niños demasiado pronto conduce probablemente a algunos de los problemas significativos de la sociedad actual. Esta persona real se define por la reacción del mundo exterior, la capacidad de hacer todo lo que sucede en este mundo, algo omnipotente, la ilusión de poseer y dominar el mundo. Entonces, un aspecto muy importante de esta emoción humana es obtener una respuesta de la madre.

Lactancia materna e interacción con el bebé

Por otro lado, una actitud de falsa independencia hace que la persona se sienta desconectada de lo que realmente es, muchas personas que crecen con esta independencia autodefensiva, en el fondo de sus mentes, los psicoanalistas han descubierto, exactamente lo contrario de lo que muestran: muy dependientes, inútiles, inquietas, insatisfechas con quienes son, no con lo que son.

La lactancia materna prolongada tiene aplicaciones muy interesantes en la búsqueda de la seguridad interna. Durante la lactancia, cambia lo que el pecho significa para el bebé.

Primero, es el lugar para tomar el pecho, satisfaciendo así los reflejos de prensión y succión; es algo que mueve la boca. Entonces es algo que puede satisfacer el hambre de un niño.

Luego está la madre detrás de sus pechos, su rostro, su voz y su interacción de ida y vuelta con su bebé, todo reforzado en torno a la lactancia.

Cualquier pediatra puede decirle que el destete a los ocho meses es "más difícil" que el destete anterior. La razón es que a partir de esta edad el pecho se convierte cada vez más en un objeto de confort y comodidad para el bebé. Esto no es malo, de hecho, la lactancia materna es muy útil porque enriquece el proceso de vinculación el niño emerge gradualmente un mayor sentido de independencia. Entonces, lo que sucede con la lactancia prolongada es que se convierte en un objetivo de transición como animales de peluche o almohadas o sábanas. Muchas madres pueden estar confundidas por esta situación, pero la verdad es que

muchas otras se sienten cómodas y en realidad están participando activamente en la situación. De alguna manera, sabían intuitivamente que había algo importante aquí que necesitaba ser desarrollado y preservado en lugar de terminar rápidamente.

Experiencia que crece y cambia

La razón por la que la Liga de la Leche permite que los bebés establezcan sólidos es porque entiende intuitivamente que la experiencia crecerá y cambiará, no terminará en destrucción. Su evolución implica un proceso de crecimiento mutuo, pertenencia, creación, dejar ir e innumerables cambios antes de pasar a la fase final de destete. La madre y el niño después de la experiencia de amamantar tienen un potencial creativo que puede manifestarse de varias maneras en situaciones casi idénticas.

El destete gradual es lo mejor

En nuestra sociedad, otra creencia común sobre la lactancia materna a largo plazo es que los niños tienden a ser femeninos, "niño de mamá" creándose dificultades con su identidad de género.

Algunos niños pueden tener estas dificultades, porque no fueron criados adecuadamente y nunca tuvieron la oportunidad de tener esta experiencia psicológica tan especial de la que hablé. Los niños problemáticos son niños que han sido restringidos anormalmente por sus padres. No tienen nada que ver con la lactancia. Está relacionado con todo lo demás involucrado en las interacciones madre-hijo. Pueden surgir problemas cuando la madre ve a un hijo como una "extensión de sí mismo" y no como un niño que aprende a ser hombre y descubre cómo ser hombre.

Otra creencia popular hoy en día es que el niño no puede ser destetado, sino que quiere permanecer en el seno de la madre para siempre. Esto es verdadero y falso al mismo tiempo. Por supuesto, los niños todavía se aferran imaginativamente al pecho de su madre. Pero antes de que un niño pueda desarrollar la sensación de que sus pensamientos son permanentes, su mente debe madurar para poder

representar esa experiencia fuera de su experiencia actual. Por eso, el destete se hace lenta y lentamente, según la intuición y no según los dictados de otras madres. Esto es preferible al destete forzado artificialmente porque no hay dos madres iguales ni dos bebés iguales. El destete organizado arbitrariamente puede interferir con el sentido de ser humano de un niño y su capacidad para usar sus propios juicios que son separados y distintos de los demás.

2.2.1.10 Factores influyentes en la producción de La Cantidad De Leche en la madre

A saber, son tres los psicológicos, fisiológicos y sociológicos.

a. Factores Psicológicos

Los Trastornos emocionales y la ansiedad de la madre. Perturban la lactancia así también provocan una disminución de la secreción Láctea. Los factores psicológicos son muy importantes en el cual los mismos que modifican la secreción Láctea, que pretende hacerse de las creencias y hábitos alimenticios son muy difíciles de cambiarlos la no práctica de la lactancia materna, se sustituye por la alimentación artificial.

b. Factores Fisiológicos

Incluyen la capacidad de la madre en la producción y excreción, así como la capacidad del bebé para succionar y estimular los pezones para producir más leche, y la frecuencia, duración e intensidad de la succión de los bebés afecta la cantidad de leche materna.

La neurohipófisis segrega oxitocina esto estimula la eyección de la leche por la mama en la lactancia. La eyección de leche es un reflejo indicado especialmente por la succión, este reflejo puede ser provocado hasta por el llanto del lactante o inhibido por susto o estrés.

c. Factores Sociales

Dicho factor también influye en la cantidad de leche materna que producirá la madre, sin embargo, a través del mecanismo psicológico o fisiológico o de buen gusto para amamantar a los niños pueden hacer que las madres que están dando de lactar se sientan incómodas, por lo cual se sospecha de una causa de privación del reflejo “subida de la leche”, vivimos en una sociedad en la cual las madres deben trabajar fuera del hogar y así no disponen de facilidades especial como un lugar adecuado para dar el pecho debido a la cantidad de personas que trabajan a su alrededor y no se puede concentrar la cual puede ejercer influencia negativa sobre la capacidad que adquiere la madre para secretar leche, por ello el niño no puede ingerir lo suficiente para satisfacer su hambre. (26)

2.2.1.11 Contacto Precoz e Iniciación Inmediata de la Lactancia

Después del nacimiento al bebé, se le coloca en el pecho de la madre e iniciará la lactancia en los primeros 30 minutos con la ayuda del personal de salud. La succión estimula la producción de oxitocina, con rápido desprendimiento y expulsión de la placenta, y se evitan hemorragias post parto. El inicio de la lactancia en forma precoz tiene un efecto tranquilizador en la madre y un buen reflejo de lactancia para el niño la prevalencia de la lactancia es mucho mayor que en el niño que inició la lactancia posterior a los 30 minutos de nacido ya que no presenta buenos reflejos.

Klaus y Kennell demostraron que en los primeros minutos de vida del niño hay una relación óptima entre la madre y su hijo. El niño tiene un fuerte reflejo de succión por ello va a recibir calostro los primeros días de vida que son fundamental para el niño y con la protección inmunológica necesaria en especial si hay riesgo de infección o enterocolitis necrotizante en caso de un niño prematuro.

Después del nacimiento el recién nacido debe lactar con frecuencia a libre demanda todo el tiempo que desee de día y noche, sin horario y las veces que sea necesario. Se iniciará el alojamiento conjunto madre y niño para una mejor lactancia materna exclusiva.

A. Ventajas

a. PARA LA MADRE

- Tiene menos riesgo de padecer cáncer de ovario, úteros, mamas y osteoporosis tardía.
- Fortalece el vínculo emocional entre madre y niño.
- Ayuda la expulsión de coágulos y el sangrado post parto.

b. PARA EL NIÑO

- Ayuda a garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo.
- Los protege de diversas enfermedades (diarreas, infecciones, alergias)
- No produce cólicos en el niño.
- Previene al lactante de las caries dentales.
- El coeficiente intelectual del niño es más alto.

c. PARA LA FAMILIA

- Favorece a la economía de la familia puesto que no es necesario comprar otros tipos de fórmulas.
- Existe menor preocupación por la madre ya que el niño se enferma menos.

B. Desventajas

- Problemas de aceptación social y la mayoría de las mujeres tiene vergüenza de amamantar en público.
- Hay mayor tendencia de proteger solamente al niño marginando al padre.
- Las madres deberán prescindir de medicamentos que contengan ácido bromoso, salicílico, arsénico, mercurio, morfina, yoduro de potasio, así como purgantes.
- Existen dos complicaciones: Mastitis (infección del seno) y absceso (infección en un sector específico) que está causado en ambos casos por estafilococos y por abundancia de leche materna.

2.2.1.12 Lactancia Materna Exclusiva

- Es uno de los recursos naturales más importantes para poder prevenir enfermedades comunes en niños, como por ejemplo la diarrea, alergias e infecciones de las vías respiratorias que generalmente estas enfermedades con llevan a que el niño pierda la vida.
- La lactancia materna exclusiva es aquella que se suministra durante los primeros 6 meses, únicamente la leche materna de su madre es exclusiva y no debe recibir otro alimento o líquidos a no ser jarabes o gotas de medicinas, vitaminas, minerales y otras recetas médicas. La lactancia materna exclusiva incrementa el crecimiento y desarrollo del niño, ya que proporciona sustancias nutritivas que son suficientes y sobre todo adecuadas durante los primeros 6 meses de vida del niño y a partir de los 6 meses para adelante se apoya con la alimentación con comidas sólidas más la lactancia materna, hasta los 2 años de vida.
- Uso de otras leches. Las madres al no tener suficiente leche (poca leche) en consecuencia el niño no se alimenta o llena, afectando el desarrollo de este, siendo la lactancia ligada a la alimentación de la madre (lo que come la madre toma él bebe) haciendo que la madre se ayude con otras leches.
- Uso de agüitas. Algunas madres suministran agüitas a temprana edad del bebe por las siguientes razones:
 - No le sale mucha leche los primeros días después del nacimiento del bebe.
 - La leche materna alimenta, las agüitas quitan la sed.
 - Por las propiedades curativas y preventivas contra los cólicos y otros (plantas medicinales)
 - Evitar y contrarrestar la pasada de frío.
 - Distraen y calman al niño, la madre no se debilita demasiado.

2.2.1.13 Posiciones para amamantar según Anni Besant

- Para una buena posición de amamantamiento siempre se debe de tener en consideración tanto la posición de la madre que es importante como la del niño que debe de estar cómodo para una buena succión.

a. SENTADA O DE CUNA:

- Se debe colocar almohadas de cualquier tamaño en los antebrazos de las sillas precisamente.
- Indicar a la madre que la posición correcta del bebe es que debe de tener la cabeza en el ángulo interno de su codo sin moverlo y correctamente, formando una línea recta con la espalda y cadera sin hacer muchos movimientos.
- La madre debe de Tomar al niño con el brazo fuertemente y acercarlo firmemente contra el seno en un abrazo estrecho y preciso.
- Mantener al niño próximo al cuerpo y en contacto con el abdomen de la madre.

b. DEBAJO DEL BRAZOS DE SANDÍA:

- El niño debe ser sostenido inmóvil por el antebrazo de la madre, con el cuerpo debidamente volteado hacia atrás y la cabeza debidamente sostenida por la mano del mismo lado.
- Se deben de colocar cabeceras con el objetivo de ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del niño para evitar caídas.

c. SEMI SENTADA:

- Colocarse en la posición semifowler.
- Utilice una o dos almohadas para apoyar la espalda, estire y doble ligeramente las piernas sin moverlas.
- Él bebe debe de estar encima del tórax de mamá.
- Se recomienda cuando hay heridas abdominales y/o cesareadas anteriores.

d. ACOSTADA:

- La madre debe de estar acostada en una posición de decúbito lateral.
- Utilizar dichas almohadas en la cual le darán refuerzo a la espalda disminuyendo así las tensiones que también puedan afectar al momento de la lactancia.
- Colocar siempre almohadas o cobijas en medio de las rodillas de esa

manera para poder elevar con facilidad el cuerpo del bebe. (27)

2.2.2. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la

Infancia

Estrategia que marca un hito creado por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, para la atención de los niños, que se presentó, en 1996 por la Organización Panamericana de la Salud a los países de las Américas. Su uso siempre ha sido promovido por su impacto potencialmente significativo en la disminución de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años y su contribución a la mejora de la salud infantil.

Se enfoca principalmente en el cuidado de niños menores de 5 años para su salud en general y las dolencias que pueden ocurrir de vez en cuando a causa de una variedad de factores que se presentan en su entorno. De este modo, según estrategias se reducirían las pérdidas de detección precoz y tratamiento de dichas enfermedades que no siendo mayormente el motivo por la cual se da la consulta, pueden pasar desapercibido para los trabajadores de salud, con los diversos riesgos de agravarse y de presentar complicaciones en su salud. Dicha estrategia brinda diversos conocimientos y también habilidades para poder evaluar en forma integrada y de forma secuencial la condición de salud que presenta el niño y la niña y, de esa forma, detecta las enfermedades o también problemas que se puedan presentar, y establece el tratamiento que debe administrarse precisamente y detalladamente para cada una de ellas. AIEPI integra una gama de contenidos preventivos y de promoción de la salud en la atención y, entre otras cosas, también contribuye a la promoción de la inmunización, mejorando así el conocimiento y la práctica del cuidado y la atención de los niños hasta los 5 años en casa y fuera de ella. Crecimiento infantil y desarrollo saludable. (28)

La activación de AIEPI impulsa tanto los servicios de salud como la participación familiar y comunitaria, por lo que se realiza a través de tres componentes: El primer componente comprende de mejorar el desempeño del personal de salud para obtener una buena promoción de la salud, y la prevención

de diversas enfermedades en caso de los niños y su tratamiento oportuno y eficaz. El segundo se conduce a mejorar los servicios de salud para poder proporcionar la atención de calidad y adecuado para los niños. El tercero se basa mayormente en mejorar las prácticas familiares y comunitarias del cuidado y la atención mejorada de la niñez.

Las madres en general llevan a sus niños enfermos al servicio de salud por un problema o síntoma en particular que presente en general; si sólo se evalúa ese problema o síntoma básico, puede ser que pase por alto otros signos de enfermedad que se puedan presentar. El niño puede presentar neumonía, diarrea, paludismo, sarampión, anemia o desnutrición. Las cuales, si no se tratan a tiempo, pueden llegar a causar discapacidad o incluso llegar a la muerte.

La madre o incluso otro familiar encargado lleva generalmente al niño o niña al servicio de salud por motivos de enfermedad. Las madres también acuden con sus hijos en dichas citas para su control del crecimiento y desarrollo del niño y para su vacunación según esquema. Existen cuadros de procedimientos que también describen lo que se debe desarrollar cuando una madre acude al servicio de salud porque su hijo se encuentra delicado de salud o requiera un control. En ocasiones, al aceptar pacientes para los servicios de salud, los trabajadores de la salud son responsables de determinar por qué el niño ha venido a consulta, y son los principales responsables de obtener el peso, talla y temperatura del niño, y estos datos importantes se registran en la historia clínica del paciente. En seguida la madre y el niño o la niña son derivados al médico para su pronta evaluación y tratamiento.

2.2.2.1 En la actualidad

Como parte de su compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se propone reducir la mortalidad de menores de cinco años, principalmente relacionada con la salud infantil en el Objetivo 4. El desafío, por lo tanto, es abordar colectivamente la prevención y el tratamiento de las infecciones y condiciones comunes que ocurren durante el período perinatal y que colectivamente representan más de la mitad de muertes en este grupo etario. El

desafío es de vital importancia para la región de las Américas, que no es la región más pobre del mundo, pero sí existe mucha desigualdad socioeconómica y equidad en la atención de la salud. AIEPI será una estrategia para reducir significativamente la morbilidad y mortalidad infantil y contribuir a reducir las desigualdades existentes en la atención de la salud infantil entre las poblaciones más vulnerables.

También se enfoca la atención de los menores de cinco años mayormente en la prevención más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. Por lo tanto, la detección y el tratamiento tempranos de la enfermedad pueden pasar para los padres y los proveedores de atención médica, lo que reduce el riesgo de exacerbaciones y complicaciones. AIEPI también incluye un fuerte contenido preventivo y de bienestar como parte de la atención esencial en la sociedad. De esta manera, también puede ayudar a aumentar las coberturas de vacunación, entre otras cosas, y mejorar los conocimientos y prácticas de cuidado de los niños menores de cinco años en el hogar para contribuir a su crecimiento y desarrollo saludable.

2.2.2.2 Componentes de la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

La Estrategia AIEPI contempla la integración de tres componentes para asegurar la atención y cuidado infantil de calidad, respetando los derechos más importantes y asegurando que también se tomen en cuenta las características físicas, culturales, étnicas y socioeconómicas de cada niño.

- a. Organización local: principalmente para la gestión comunitaria y las interacciones entre los establecimientos que conforman una red de apoyo que puede brindar una atención integral a los niños menores de 5 años, y la vinculación con otros programas, estrategias y proyectos diversos disponibles.
- b. Comunitario: Organizar dicha atención y cuidados que los niños deben de recibir en el hogar y la prevención y promoción de dichas prácticas claves dados por los involucrados.

c. Clínico: Mejorar las actividades y habilidades de los trabajadores de la salud para brindar una atención de calidad a los niños menores de 5 años, incluyendo a sus familias.

2.2.2.3 Principios de la estrategia AIEPI

- a. Equidad: Se refiere a la igualdad social con responsabilidades, así como a valorar la individualidad sólo para lograr un buen equilibrio entre las dos cosas que la componen. La justicia suele ser lo que está en el todo, es decir, proporciona igualdad de acceso a los medios de producción y distribución de servicios médicos.
- b. Integralidad: Valor moral de las personas que hace referencia al respeto constantemente sobre sus acciones y creencias
- c. Eficiencia: Uso inteligente de los recursos disponibles para lograr objetivos predeterminados. Cuanto mayor sea la eficiencia, menos recursos se utilizan, lo que resulta en una mejor optimización y rendimiento.
- d. Coordinación intersectorial e interinstitucional: Mecanismos de coordinación entre ministerios y organismos para el desarrollo conjunto de políticas de salud y sus soluciones coherentes e integrales.
- e. Participación social: Cualquier actividad dirigida directa o indirectamente a influir en la toma de decisiones sobre cuestiones sociales.
- f. Trabajo en equipo: Un grupo de personas que trabajan en coordinación en un proyecto.
- g. Longitudinal: El mismo personal monitorea a los pacientes por diferentes problemas de salud.
- h. Decisión y compromiso político: Acciones destinadas a incidir directa o indirectamente en la participación a nivel decisorio en política de salud.
- i. Ética: Examina la integridad y establece lo que es bueno y, desde esa posición, cómo proceder. Es decir, es una disciplina filosófica comportamiento. Incluyendo confidencialidad, ética, certeza, etc.

2.2.2.4 Estrategia AIEPI

Si los padres aprenden a reconocer las primeras señales de alerta y los consejos, y si los trabajadores de la salud capacitados pueden identificar rápidamente a los

niños que necesitan hospitalización y derivarlos de inmediato al nivel de atención adecuado, el país puede reducir la mortalidad a corto plazo con las estrategias del AIEPI.

A largo plazo, la mortalidad puede reducirse educando a los trabajadores de la salud, las madres y los cuidadores sobre la prevención de enfermedades infantiles endémicas. AIEPI promueve y fortalece factores protectores como la lactancia materna, la nutrición, la inmunidad y las emociones.

La estrategia de AIEPI responde a la demanda trabajando con las unidades de salud para mejorar la excelencia de atención, reducir los gastos innecesarios y brindar instrumentos para conversar los problemas clave de salud infantil. Además, prepara a los profesionales en el ámbito de la salud para fortalecer sus habilidades cognitivas y puedan aumentar la calidad de la atención brindada a los niños y comunicarse de manera efectiva con los cuidadores y la comunidad.

Desde una perspectiva ética, la estrategia AIEPI sensibiliza a los profesionales de la salud sobre la necesidad de renovar el compromiso y la acción para acabar con las inequidades en la atención infantil, y nos impulsa a repensar la responsabilidad del sector salud por las muertes infantiles evitables o prevenibles. La estrategia de AIEPI es específica para la niñez ya que brinda atención integral para una vida más saludable. Es un derecho de niño.

2.2.2.5 Contenido de la atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia.

- Inicialmente, la estrategia AIEPI tuvo en cuenta diversas enfermedades infecciosas y el estado nutricional de los niños. Sin embargo, la estrategia se ha ampliado a lo largo de los años y ahora se dispone de tablas adicionales para abordar la mayoría de los problemas de salud y enfermedades que afectan a los niños menores de 5 años, por lo que la estrategia AIEPI incluye:

Primera semana a dos meses

- Gastroenteritis.

- Deshidratación.
- Disentería.
- Problemas de alimentación o bajo peso.
- Estado de vacunación.

De dos meses a cuatro años

- Disnea.
- Gastroenteritis.
- Deshidratación.
- Diarrea persistente.
- Disentería.
- Fiebre.
- Malaria.
- Sarampión.
- Desnutrición y anemia.
- Estado de vacunación.
- Adicionalmente se mencionan diferentes fases de implementación como:
 - Perinatal/neonatal.
 - Asma y síndrome bronco-obstructivo.
 - Desarrollo.
 - Salud oral.
 - Maltrato y violencia.
 - Diabetes y obesidad.

2.2.2.6 Diarrea

La diarrea se define epidemiológicamente como el paso de 3 o más deposiciones líquidas anormales o heces sueltas en un período de 24 horas. Lo más importante es la consistencia de las heces, no la cantidad. La evacuación frecuente de heces no es diarrea. Los bebés que son amamantados exclusivamente a menudo tienen heces sueltas o muy blandas que no son diarrea. Las madres suelen saber cuándo su hijo tiene diarrea. Es más realista definir la diarrea como un cambio en la consistencia de las heces de lo que el cuidador considera normal (p. ej., más líquido).

2.2.2.6.1 Tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

Diarrea acuosa aguda, evoluciona de horas a días. El mayor peligro es la deshidratación. El adelgazamiento también puede ocurrir si la nutrición es insuficiente.

Diarrea sanguinolenta aguda, también llamada disentería: los principales peligros son el daño a la mucosa intestinal, la sepsis y la desnutrición.

Diarrea persistente que dura catorce días o más. Los principales riesgos son la desnutrición, la sepsis y las infecciones parenterales graves, pudiendo presentarse deshidratación.

Diarrea en niños gravemente desnutridos (marasmo o kwashiorkor): los principales riesgos incluyen infección sistémica grave, deshidratación, insuficiencia cardíaca y deficiencias de vitaminas y minerales. Este tipo de diarrea se asocia con una mayor mortalidad.

El tratamiento para cada tipo de diarrea debe tener como objetivo prevenir o tratar el peligro principal de cada tipo.

2.2.2.6.2 Asociación entre diarrea y desnutrición

La diarrea reduce la ingesta de alimentos, reduce la absorción de nutrientes y aumenta las necesidades de nutrientes, lo que en conjunto conduce a la pérdida de peso y al retraso del crecimiento: el estado nutricional de los niños se deteriora

y cualquier grado de desnutrición preexistente puede empeorar a los niños. Por otro lado, la desnutrición puede empeorar la diarrea y prolongarla. Diarrea-desnutrición El ciclo de la diarrea se puede interrumpir si: Cuando el niño está sano, se le debe proporcionar una dieta nutritiva y adecuada a su edad.

Se continúa comiendo alimentos nutritivos durante y después de la diarrea. Si se siguen estos pasos, se puede prevenir la desnutrición y se puede reducir considerablemente el riesgo de muerte por futuros episodios de diarrea.

2.2.2.6.3 Etiología de las enfermedades diarreicas

Los estudios etiológicos de las enfermedades diarreicas son importantes para comprender la epidemiología de un país o región y pueden ser difíciles de manejar en algunos casos. Los estudios son amplios y costosos, están más allá de la solvencia de la mayoría de los laboratorios clínicos. Incluso si se aplica métodos de laboratorio más avanzados, la causa de la diarrea no se puede determinar en el 20% - 40% de los casos.

En la praxis, la mayoría de los casos. no es necesario saber el origen para establecer el tratamiento adecuado, porque la base del tratamiento se puede aplicar a todos los niños con diarrea independientemente de la etiología.

Se ha demostrado que cuanto menor es el nivel de higiene y saneamiento de la población en relación a los virus, mayor es la importancia relativa de las bacterias en la etiología de la diarrea. Además, en regiones con variaciones estacionales significativas, los patógenos bacterianos tienden a aumentar significativamente durante los meses más cálidos del año. Por el contrario, el rotavirus y otros virus son más comunes durante la estación más fría del año.

a) Rotavirus: Causa episodios de diarrea en 15% a 25% de los niños de 6 a 24 meses que asisten a la clínica, y alrededor del 50% de los niños son hospitalizados por diarrea, pero este grupo de edad representa solo del 5% al 10% de casos en la comunidad. Distribuido en todo el mundo. Se propaga fecal-oral y también se puede propagar por gotitas en el aire. La morbilidad es mayor en la estación fría y seca.

Provoca diarrea acuosa, vómitos y febrícula. Puede variar desde asintomática hasta diarrea deshidratante que conlleva a la muerte. Existen cinco serotipos de rotavirus importantes en el manejo epidemiológico.

b) E. Coli: Provoca gran parte de todas las diarreas en el mundo en desarrollo. La propagación generalmente se da a través de frutas, verduras y agua contaminados. Se identificaron cinco grupos de Escherichia coli: enterotoxigénico, localmente adherente, difusamente adherente, enteroinvasivo y enterohemorrágico.

c) E coli enterotoxigénico: Principal causa de diarrea acuosa aguda en niñas, niños y adultos que viven en países sub desarrollados, especialmente durante las estaciones cálidas y húmedas. La diarrea desaparece por sí sola.

d) Escherichia coli – ECAL con adhesión local (bacteria): En algunas zonas urbanas, puede causar incluso el 30% de las EDAS en lactantes. En gran cantidad es contraído dentro de un hospital.

Por lo general, desaparece por sí solo, aunque podría agravarse o causar diarrea persistente, especialmente en bebés menores de seis meses que no reciben lactancia materna exclusiva.

e) E. coli (ECAD) adherente difuso (bacteria): Es común y tal parece causa diarrea en un pequeño porcentaje de bebés.

f) E coli - ECEI Enteroinvasiva (bacteria): Es raro en los países en vías de desarrollo. Provoca brotes en la población de niños y adultos presentando síntomas similares a la shigelosis debido a la contaminación de los alimentos.

Los medicamentos para Shigella (antibióticos) pueden ser efectivos, pero la eficiencia no se ha demostrado en ensayos dirigidos.

g) Escherichia coli (EHEC): Enterohemorrágica (bacteria) encontrada en UE de igual manera en América donde los primeros casos fueron debido al consumo de carne poco cocinada.

Es caracterizada por cólicos de inicio agudo, leve calentura o nula y evacuación diarreica acuosa que pronto se convierte en sanguinolenta. Es frecuente el serotipo relacionado con el síndrome urémico hemolítico – SUH (O157-H7).

h) Shigela (bacterias): El origen de diarrea aguda en 10 -15% de los niños (< 5 años) y causante más común de diarrea sanguinolenta en población de muchos países. La infección ocurre a través del contacto de persona a persona o se propaga a través de agua y alimentos contaminados. En su mayoría del número de casos en las temporadas calurosas.

Es subdividida en 4 tipos, considerado el más común en países tercer mundistas es flexneri; Sonnei es más recurrente en países primer mundistas; la disentería (tipo 1), una grave enfermedad epidémica que provoca una mayor tasa de mortalidad; y boydii es de menor frecuencia.

La infección puede causar fiebre y diarrea acuosa o disentería, cólicos y tenesmo, evacuaciones intestinales escasas, frecuentes y recuentos elevados de glóbulos blancos. Es común la resistencia a los antibióticos. La shigellosis es muy complicada en infantes con desnutrición y aquellos que no recibieron lactancia materna.

i) Campylobacter jejuni (bacteria) La diarrea ocurre en el 5% al 15% de los bebés en todo el mundo, pero también ocurre en personas sanas, por ello se desconoce el porcentaje de incidencia. En gran parte de los infantes la inmunidad es adquirida durante el año de vida: generalmente se halla en las heces de infantes mayores sanos. Esta se transmite a través del consumo de aves y otras carnes.

La diarrea se puede presentar de consistencia acuosa, sin embargo, en la tercera parte de casos, la disentería se desarrolla después de uno o dos días. Los vómitos son poco frecuentes y la fiebre suele ser baja.

j) Vibrio cholerae O1 y O139 (bacteria): la enfermedad de “el cólera” es endémico en diferentes países (África, Asia y América Latina) y es endémico todos los años durante las estaciones cálidas y húmedas.

Afecta más comúnmente a niños entre las edades de 2 y 9 años, y la mayoría de los casos se agravan. El contagio se produce principalmente a través de alimentos y agua no tratadas.

Vibrio Cholerae (tipo 01) tiene 2 biotipos: El clásico y Tor y 2 serotipos: Inawa y Ogawa, estos no son importantes en la terapia: 01 surgieron cepas resistentes a la tetraciclina en diferentes países.

k) Salmonella no tifoidea (bacteria): Causa del 1% al 5% de las gastroenteritis en la mayoría de los países desarrollados. Las infecciones generalmente son causadas por el consumo de productos animales infectados.

Existen más de 2000 serotipos, de los cuales 6 a 10 causan el mayor número de casos de gastroenteritis causada por Salmonella. Provoca diarrea de consistencia acuosa aguda con síntomas como: náuseas, dolor en el abdomen y temperatura elevada, así como diarreas sanguinolentas. Los medicamentos indicados (antibióticos) pueden prolongar el estado de infectado. En la actualidad existen cepas a nivel global que son resistentes a la ampicilina, el cloranfenicol y el trimetoprim-sulfametoxazol. a menudo se asocia con casos de diarrea persistente.

l) Giardia duodenum (protozoos) está muy extendida en todo el mundo, con tasas de infección del 100% en niños pequeños en algunos territorios. Los infantes de 1 - 5 años tienen la tasa más alta de infección.

Podría causar diarrea persistente o aguda, a veces una mala absorción incluyendo esteatorrea, dolor abdominal y sensación de llenura, sin embargo, la mayor parte de los casos de contagio no presentan síntomas.

m) La distribución global y distribución muy variable de Entamoeba histolítica (protozoos). La incidencia se incrementa en relación a la edad y es aún mayor el número de casos en hombres en la edad adulta.

Al menos el 90% de enfermedades infecciosas no presentan síntomas y están originadas por cepas hemolíticas "E" que no son patógenas y que no reciben tratamiento. Es causante rara de diarrea en los niños. Los trofozoítos

hematófagos en las heces o las úlceras colónicas deben identificarse para diagnosticar la enfermedad invasiva. Podría causar desde diarrea recurrente moderada hasta una disentería fulminante o absceso hepático.

n) *Cryptosporidium* (protozoos) Puede ser la causa de la diarrea en el 5% al 15% de los niños en los países en desarrollo; se transmite por vía fecal-oral.

Tiene la característica de presentar diarrea acuosa aguda. La diarrea persistente ocurre en pacientes con desnutrición o inmunocomprometidos, principalmente en pacientes con VIH- SIDA. La diarrea se resuelve por sí sola en individuos inmunocompetentes.

2.2.2.6.4 Signos y Síntomas

- Vómitos y diarrea.
- Sudar con una pequeña cantidad de líquido.
- Ojos vacíos (hundidos).
- La lengua y la mucosa oral están secas o pegajosas.
- La fontanela del niño está deprimida.
- La piel carece de elasticidad y no hay lágrimas al llorar.
- La temperatura elevada (fiebre).
- La conducta irritable e intranquilo.

2.2.2.6.5 La deshidratación

La pérdida del agua y electrolitos aumenta durante la diarrea: cloruro, sodio, potasio y bicarbonato en las heces líquidas. El agua y los electrolitos también se pierden a través de los vómitos, que suele ir acompañado de diarrea. La hidratación se altera cuando estas pérdidas no se reponen adecuadamente y faltan agua y electrolitos.

En las primeras etapas de la deshidratación, no hay signos ni síntomas. Estos síntomas, que aparecen a medida que avanza la deshidratación, incluyendo el

aumento de la sed, irritabilidad o intranquilidad, reducción de la hinchazón de la piel (un signo de arrugas) y ojos vacíos (hundidos). El efecto se vuelve más pronunciado cuando ocurre una deshidratación severa y el paciente puede desarrollar signos de shock hipovolémico, que incluyen: pérdida del conocimiento, oliguria, extremidades frías, pulso rápido pero débil (el pulso radial puede no ser detectable), bajo o indetectable y cianosis periférica. La muerte puede ocurrir si la rehidratación no se inicia rápidamente.

2.2.2.6.6 La clasificación de la deshidratación

a) Deshidratación Grave: 2 de los siguientes signos: somnolencia, pérdida del conocimiento, poca o incapacidad para beber, ojos hundidos, signos de pliegues en la piel, regeneración muy lenta de la piel.

b) Deshidratación: 2 de los siguientes signos: irritabilidad, ojos hundidos, sed después de beber, signos de pliegues en la piel, la piel vuelve lentamente a la normalidad.

c) Sin deshidratación: No presenta signos para clasificar al paciente con deshidratación o deshidratación grave.

2.2.2.6.7 El Tratamiento de la deshidratación y diarrea

a) El Plan A. Tratamiento de la diarrea en el hogar: Las 3 reglas de tratamiento en casa para los padres: brindarle más agua, seguir comiendo y preguntar cuándo volver a consultar.

1. Brindarle más agua: Todo lo que el niño acepta. Dale las siguientes instrucciones:

- Amamante a su bebé con más frecuencia y por más tiempo.
- Si su hijo recibe lactancia materna exclusiva, dele líquidos de rehidratación oral además de la leche materna.
- Si el bebé no recibe lactancia materna exclusiva, además de la leche materna, darle un suero y líquido oral casero.

- Educar a los padres cómo preparar y dar solución de rehidratación oral 2 sobres de solución de rehidratación oral para uso doméstico.
- Indicar a los padres cuánto líquido adicional deben darle al niño después de cada evacuación intestinal con diarrea. Dé a los padres las siguientes instrucciones.
- Sorbos frecuentes de líquidos de tazas y cucharas.
- Indicar a los padres que, si su hijo vomita, espere 10 minutos antes de continuar, pero lentamente.
- Continúe dándole más líquidos hasta que cese la diarrea.

2. Continúe con la alimentación dividida.

3. Hágales saber a los padres cuándo recuperar el control.

b) Plan B. Tratamiento de la deshidratación con suero oral: Tomar la cantidad recomendada de SRO durante 4 horas en el centro de salud.

- Determinar la dosis de suero oral a administrar durante las primeras 4 horas.
- Indicar a los padres que, si su hijo quiere más de la cantidad prescrita de líquidos orales, darle más.
- Vigile la ingesta de SRO mientras el niño está en el hospital.
- Muestre a los padres cómo usar la solución oral.
- Indicar sorbos frecuentes de líquido oral con taza y cuchara.
- Si el niño vomita, espere 10 minutos antes de continuar.
- Indicar a la madre que continúe amamantando todo el tiempo que el bebé quiera.

- Después de cuatro horas reevaluar el estado del niño y determinar si está deshidratado.
- Elija el plan adecuado para continuar el tratamiento. Para comenzar alimenta al bebe.
- Si el padre tiene que irse antes de que finalice el tratamiento,
- enseñale cómo hacer una solución de suero oral en el hogar.
- Indicar la cantidad correcta de suero oral necesaria para completar un tratamiento en el hogar de cuatro horas.
- Dar suficientes bolsas de suero oral para completar la rehidratación.
- También proporciona 2 paquetes de suero oral como se sugiere en el Plan A.

c) **Plan C.** tratamiento rápido para la deshidratación o el desecado severa:

- Administrar fluidos intravenosos rápidamente.
- Si el niño puede beber, administre sueros de rehidratación oral (SRO) mientras se instala el equipo intravenoso.
- Evalúe al niño cada hora y aumente la tasa de goteo intravenoso si la deshidratación no mejora.
- Administrar SRO tan pronto como sea posible después de beber.
- Después de 3 horas, clasifique la deshidratación y seleccione un plan garantizado.

2.2.2.7 Tos o problemas al respirar

Es una condición asociada con dificultad para respirar o una sensación de incomodidad o falta de aire.

Las infecciones del tracto respiratorio ocurren en cualquier parte del sistema respiratorio, como la nariz, la garganta, la tráquea, el tracto respiratorio u otras infecciones respiratorias agudas, en los países en vías de desarrollo suele ser causada por bacterias, comúnmente por: *Streptococcus Pneumoniae* (neumococo) y *Haemophilus Influenzae*, antes conocido como Pfeifera bacilli o *Bacillus Influenzae*.

Los niños con neumonía bacteriana pueden morir por hipoxia (trastorno en el que hay una disminución del suministro de oxígeno a un tejido) o sepsis (infección que está en el torrente sanguíneo).

Cuando un niño tiene neumonía una de las reacciones del cuerpo es la opresión pulmonar, la falta de oxígeno y los pulmones se vuelven rígidos.

Si la enfermedad del infante se vuelve grave, los pulmones se vuelven más rígidos y se produce opresión en el pecho, lo que indica una neumonía grave. La insuficiencia respiratoria incluye cualquier patrón de respiración anormal. Las madres describen esta situación de varias maneras: pueden decir que el niño está respirando rápido, ruidosamente o que tiene dificultad para respirar. Si la respuesta de la madre es negativa, observe y determine si el niño está tosiendo o tiene incomodidad al respirar, pregunte sobre el siguiente síntoma principal: gastroenteritis (diarrea).

Si la madre refiere que el niño está tosiendo o tiene problemas para respirar, haga una pregunta. Un niño que ha tenido tos o sensación de falta de aire, durante más de 15 días tiene una tos crónica que podría ser un signo de tuberculosis, asma, tos convulsa u otro problema.

2.2.2.7.1 Si se presenta un tiraje subcostal

Se observa la presencia de la retracción y/o hundimiento de la parte inferior del tórax debajo del diafragma, o por debajo de las costillas, cuando el niño inhala.

2.2.2.7.2 Observe y ausculte para detectar estridor (generalmente se escucha al inhalar)

El ruido estridor sonido áspero que hace un niño al respirar. Causado por la inflamación de la laringe, la tráquea y/o la epiglotis. Esta condición a menudo se llama crup (laringotraqueobronquitis). La inflamación impide que el aire entre en los pulmones. Si la inflamación bloquea las vías respiratorias de un niño, puede poner en peligro su vida. Un niño que se mecía mientras se relajaba desarrolló una infección grave.

Clasificación de la tos o dificultad para respirar

SÍNTOMAS: Incapacidad para beber o amamantar o Vomitar todo, Convulsiones Coma o inconsciencia son signos generales de peligro.

2.2.2.7.3 Neumonía hospitalaria

La neumonía bacteriana tiende a ser la más grave. Los virus también son una causa común de neumonía, especialmente en lactantes y escolares.

Cualquier señal de riesgo. Respiración torácica, dar reposo al escolar, dar la primera dosis de antibióticos correctos, si tiene sibilancias dar un broncodilatador rápidamente para llevar al hospital.

2.2.2.7.4 Neumonía o la pulmonía

Taquipnea, sibilancias (sonidos agudos como silbidos), administre los antibióticos apropiados durante 7 días, trate las sibilancias si las hubiera, refiere a la madre cuándo debe regresar con urgencia, 2 días después del nuevo examen.

2.2.2.7.5 No tiene presenta Neumonía, Resfriado o Bronquitis

- Sin síntomas de neumonía o enfermedad grave, si el niño tose por más de 30 días referir al niño a un médico, tratar las sibilancias si las presenta, aliviar el dolor de garganta y la tos con remedios caseros, avisar a los padres cuando sea necesario regresar con urgencia, informar a sus padres. Vuelva en 5 días para comprobar. Alivia el dolor de garganta y calma la tos con remedios caseros.

- Es fundamental que sean eficaces y culturalmente aceptables, por lo que:
- Lactancia calostro
- Agua añadida de sabores como lima o endulzada con azúcar, miel o limón.

Nunca son recomendados:

- Aquellos que contienen ingredientes dañinos como atropina, alcohol.
- Tampoco use gotas nasales medicadas ni aceite de gomenol.
- Trate las sibilancias con albuterol, un broncodilatador, ya que puede deberse a una gran obstrucción de las vías respiratorias o en personas con ciertos problemas de las cuerdas vocales.
- Si su hijo tiene neumonía grave o está muy enfermo con sibilancias, dele una dosis de broncodilatador de acción rápida antes de ir al hospital.
- Si su hijo respira rápidamente y tiene sibilancias, administre una dosis de broncodilatador de acción rápida y vuelva a evaluar 30 minutos después.
- Si la taquipnea persiste, se recomienda clasificar como neumonía y administrar salbutamol además de antibióticos.
- Si ya no se observa disnea después de la reevaluación, se administra albuterol solo y se clasifica al niño como sin neumonía: resfriado, influenza o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

2.2.2.8 Fiebre

La fiebre, también llamada alza de la temperatura o fiebre, caracterizado por el incremento de la temperatura corporal sobre los valores normales. El valor normal

para el cuerpo humano es de 37 °C (98,6 °F). Respuesta adaptativa que combate protegiendo al cuerpo en respuesta a sustancias llamadas pirógenos. Los pirógenos pueden provenir de bacterias o virus que han ingresado al cuerpo, o pueden ser causados por las propias células. Los niños corren el riesgo de tener fiebre alta porque tienen un sistema inmunitario bajo.

Se presenta fiebre en casos de paludismo, sarampión u otra enfermedad grave, o si tiene tos, resfriado o infección viral.

2.2.2.8.1 Causas

La fiebre suele estar asociada a la estimulación del sistema inmunitario de nuestro organismo. Por lo tanto, es beneficioso para el sistema inmunitario ganar ventaja sobre los agentes infecciosos, lo que hace que el cuerpo humano sea menos susceptible a los virus y bacterias repetidos que afectan la temperatura.

2.2.2.8.2 Complicaciones

La complicación más importante y destacada de la fiebre son las convulsiones hipertérmicas y la inestabilidad hidroelectrolítica. Sin embargo, si la temperatura corporal se eleva con frecuencia y de forma moderada, no cubre una gravedad significativa y, por el contrario, tiene el efecto de potenciar la respuesta inmune.

2.2.2.9 Desnutrición y anemia

Sin embargo, los niños desnutridos pueden estar expuestos a muchos tipos diferentes de enfermedades, y estas enfermedades pueden estar muy avanzadas. Identificar y tratar a los niños desnutridos puede eliminar una serie de enfermedades graves y muertes. Los casos leves de desnutrición pueden tratarse en el hogar, pero los casos muy graves pueden requerir hospitalización para nutrición especial, transfusiones de sangre o tratamiento específico para trastornos relacionados con la desnutrición.

2.2.2.9.1 Causas de desnutrición

- Reducción de la ingesta de alimentos.
- Malabsorción

- Mayor necesidad. Por ejemplo, lactantes,
- Prematuridad, infecciones, traumatismo grave o cirugía.
- Psicología: Depresión o Anorexia Nerviosa.
- La desnutrición es causada por la falta de una sola vitamina en la dieta o por no comer suficientes alimentos.

2.2.2.9.2 Clases de Desnutrición

a) Síndrome pluricarencial o Kwashiorkor: se observa en niños entre las edades de 10 meses y 3 años debido a desnutrición severa, que incluye deficiencias en nutrientes muy básicos y deficiencias en proteínas críticas. Estos niños siempre tienen hambre, y para satisfacer su hambre y aumentar su necesidad de energía, los padres los alimentan con grandes cantidades de carbohidratos, que en sí mismos tienen poco valor nutricional.

El término kwashiorkor proviene del idioma ghanés que significa la condición de un niño que ha dejado de amamantar. Kwashiorkor es una enfermedad del mundo en desarrollo y es probablemente la más común de todas las enfermedades nutricionales. Este cambio ocurre cuando se deja de amamantar a un niño, especialmente cuando se reduce el valor nutricional y el contenido de proteínas de la leche materna. También puede manifestarse como una supresión del apetito del niño por otra enfermedad, generalmente una infección como sarampión o gastroenteritis. Los anticuerpos están hechos de proteínas, por lo que los niños con una ingesta muy baja de proteínas son más susceptibles a las infecciones y no tienen suficiente resistencia. De hecho, están inmunocomprometidos y, por lo general, mueren en la primera infancia a causa de infecciones sistémicas. Es característica la aparición de un niño con un kwashiorkor. Los rasgos más comunes son la tristeza en el rostro del niño y el constante llanto débil. Los niños con kwashiorkor no parecen estar desnutridos.

Su rostro es redondo y grueso, las extremidades son moderadamente gruesas y el abdomen es alto a causa de la acumulación anormal de líquido. Las proteínas en sangre son bajas que no puede retener agua durante el proceso osmótico normal, por lo que el líquido llena los tejidos y los inunda. Bajo el edema, los músculos de

un niño se vuelven muy débiles a medida que se procesa la proteína para satisfacer las necesidades de energía del cuerpo.

El éxito es la debilidad extrema. La distensión abdominal se debe a una combinación de retención de líquidos, músculos contraídos y agrandamiento del hígado.

Otra característica importante son los cambios en el color de la piel y el cabello. El cabello rojizo es un sello distintivo de la enfermedad, y la piel puede estar más decolorada y rojiza de lo normal. Las capas más externas de la piel pueden perder color, dejando áreas expuestas con enrojecimiento y manchas.

Los niños con Kwashiorkor no tienen la energía para jugar o correr. A menudo no tienen suficiente energía para alimentarse. Tanto el desarrollo físico como el mental están severamente dañados, y los que persisten sufren cicatrices imperdonables de por vida. La complicación es más grave aún si se tuvo antes de los dos años. El Kwashiorkor es tratado inicialmente mediante la administración de productos lácteos suplementados con vitaminas y minerales, seguido de una dieta normal y equilibrada con un contenido adecuado de proteínas, si es posible. Kwashiorkor es una forma de desnutrición proteico-energética que generalmente progresa con el desarrollo del niño debido a una hipoproteïnemia extrema.

2.2.2.9.3 Marasmo

Desgaste físico y funcional severo del organismo causado por deficiencias severas de proteínas y calorías. En los países en desarrollo, es la concentración más común de dietas incompletas. Ocurre cuando el seno materno es abandonado prematuramente como fuente de alimento y cuando los bebés son alimentados con biberón en ambientes con mala higiene.

Efectos del marasmo, la falta de proteínas y el consumo insuficiente de calorías a una edad temprana tiene graves consecuencias, porque las proteínas aumentan los materiales de construcción básicos del cuerpo y dependen de la síntesis de anticuerpos contra infecciones y enzimas en cada proceso bioquímico. Por lo

tanto, produce retraso físico y mental afectando al crecimiento y el riesgo de infección es mayor.

2.2.2.9.4 El Marasmo y el kwashiorkor

Cuando las necesidades energéticas se complementan con una dieta baja en proteínas y alta ingesta de alimentos ricos en carbohidratos, se produce una enfermedad conocida como kwashiorkor. Deficiencias graves de proteínas y calorías que conducen a letargo grave o desnutrición.

2.2.2.9.5 Raquitismo

Es el reblandecimiento y debilidad de los huesos de un niño, por deficiencia crónica y extrema de vitamina D. Pero también problemas genéticos raros pueden causar raquitismo. El raquitismo ocurre cuando el cuerpo carece de vitamina D, que es necesaria para fijar el calcio y el fósforo que se encuentran en algunos alimentos en el esqueleto. Esta enfermedad se conoce desde hace mucho tiempo y se pensaba que era un trastorno del crecimiento óseo. Cuando se descubrió la vitamina D, la mayoría de las veces se consideró una deficiencia. La causa del raquitismo puede residir en un suministro inadecuado de vitamina D en la dieta o en una radiación ultravioleta inadecuada del sol. El raquitismo puede provocar deformidades esqueléticas como: Curvatura de la columna o de las piernas. Esta radiografía muestra deformación ósea debido al raquitismo.

2.3. Bases Conceptuales

2.3.1. Lactancia materna: Esta es la forma de nutrición que contribuye más eficazmente al desarrollo físico y mental de los niños, proporciona una gama completa de nutrientes en términos de cantidad y calidad. Por lo tanto, se define la leche materna como un líquido biológicamente activo, lo que permite que los niños bien nutridos tengan un menor riesgo de enfermedades infecciosas y que la incidencia y gravedad de estas enfermedades sea menor.

2.3.2. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI): Estrategia desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y presentada formalmente a los

países del continente americano por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1996.

2.4. Bases filosóficas

La producción de leche después del nacimiento es una actividad femenina, la fisiología es parte del proceso reproductivo y, al igual que con otros mamíferos, el propósito de la lactancia materna es proporcionar una nutrición adecuada para las crías. A diferencia de otros animales, la lactancia humana es una construcción social, por lo que los aprendizajes, creencias, valores, normas y condiciones socioculturales que desarrollan influyen a lo largo del tiempo, las experimentan y las moldean al individuo.

Históricamente, la lactancia materna ha sido la única forma de garantizar la salud y la supervivencia de los recién nacidos, y la falta de lactancia materna es una de las principales causas de mortalidad infantil. El tema de la lactancia materna ha sido discutido durante siglos en los tratados de grandes pensadores, filósofos, médicos e historiadores, pero mayormente el tratamiento del tema es desde el punto de vista del adoctrinamiento moral que verá a la mujer como ignorante o caprichosa. La lactancia materna se menciona con frecuencia, pero de manera indirecta; hay poca información para comparar prácticas en la vida cotidiana y/o en diferentes sociedades. Uno de los temas relacionados con la lactancia materna más estudiados en diferentes disciplinas es la cuestión de la lactancia, o nodriza, a través de la cual podemos conocer ciertos patrones de costumbres en diferentes lugares y épocas. Desde la Edad Media, todos los tratados sobre partería y puericultura han incluido un capítulo sobre consejos sobre la lactancia y, si es necesario, sobre la elección de una nodriza. Algunos autores son muy críticos con las mujeres que recurren a las nodrizas cuando no hay motivos para dejar de amamantar. Gutiérrez de Godoy (1629), quizás el escritor más importante para escritores posteriores, discutió por qué las mujeres se vieron obligadas a criar hijos. Bonélls (1786) habla de las ventajas y razones para que una mujer amamante a su hijo, reprendiendo a quienes hacen crecer a sus hijos con una nodriza sin razón. Josefa Amar y Borbón (1890), dama erudita y aristocrática, escribió un

documento para las madres que incluía los cuidados sobre embarazo y lactancia y requisitos para una niñera. Aldecoa y Juaristi (1939) revisaron la práctica histórica de la domesticación mercenaria y el abuso de este número en algunos casos.

Desde la época de Aristóteles hasta nuestros días, sabios y estudiosos han dado alta prioridad a la conveniencia de la lactancia materna para las madres y los bebés, con justificaciones y recomendaciones que ciertamente se encuentran en muchos hechos de mujeres. Quién puede pagar y no quiere amamantar; nos muestra el delicado equilibrio entre naturaleza y cultura para la actividad humana. En la cultura clásica, las madres espartanas a menudo se consideraban el ideal de la maternidad porque amamantaban a sus hijos independientemente de su estatus y condición social. De hecho, siguen las reglas y costumbres establecidas, como informa en su obra Plutarco (Sancho Rocher, 2012: 171), todo recién nacido debe ser cuidadosamente examinado por un grupo de padres; Dañado o deformado, sería descubierto, tirado o abandonado en el monte Tigertos, una forma de eutanasia que hoy sería horrorosa, pero para esta sociedad sería como amamantar a un niño que pasa normalmente la prueba anterior.

2.5 Bases epistemológicas

Partimos del supuesto de que la lactancia materna es un ente social o, en su defecto, comunidades lactantes (la relación que se da entre dos personas lactantes: madre e hijo y núcleo de relaciones humanas que la hacen posible). Históricamente, ejemplos célebres de comunidades no hegemónicas, y en esa medida modelos de relaciones sociales, se extendieron donde tal realidad no era particularmente popular. La persistencia de las niñeras a lo largo de los siglos, como la lactancia materna de los niños de clase alta o la comercialización y popularización de las técnicas occidentales de alimentación con biberón, son ejemplos notables de cómo la lactancia materna históricamente no era una realidad. prestigio social o incluso atención económica ahora protegida por varios lugares. En otras palabras, amamantar implica un cambio en la norma del individuo hacia su propio cuerpo: cambia por sí mismo el estado de un cuerpo cerrado y libre (es decir, un cuerpo sin senos y sin capacidad para succionar leche)

alimentación desde otro cuerpo analógico. La transferencia de leche en el cuerpo requiere, por tanto, una prolongación de la interdependencia fisiológica, que también se produce durante el embarazo; presupone una extensión de la ruptura de los límites individualistas de los cuerpos. Como refleja la filosofía y documenta la etnografía, "[...] el estado del cuerpo está sujeto a normas y prohibiciones afectivas" (Augé 2004: 54); en esa medida, la ambigüedad de los cuerpos lactantes, la pérdida de límites corporales que inevitablemente ocurre en relación con la lactancia materna, paradójicamente desafía el sistema occidental de individualidad, consentimiento e individualismo corporal desarrollado a través del dualismo cartesiano (y su legado). , que hoy está dictada por la economía neoliberal y la maximización de la producción material. Como parte del proceso de reproducción humana de la población se encuentra la lactancia materna, cuyas bondades son efectivamente invalorable para la vida futura del niño. Es la primera fuente de nutrientes y de inmunizantes "el líquido que sale del pezón los primeros días es ligero y acuoso y recibe el nombre de calostro. Esta sustancia es muy beneficiosa para el niño de manera que este será puesto para que succione tan pronto como sea posible después del nacimiento. La mayoría de los niños comienzan a succionar casi de inmediato. La succión ayuda a evitar las hemorragias después del parto, además de ser beneficiosa para el recién nacido. En las mujeres campesinas existe la práctica del control de la natalidad mediante la lactancia prolongada. Los estudios realizados han demostrado que "La lactancia puede proporcionar un efecto contraceptivo, por un corto periodo. Se sabe que la lactancia pura prolonga la amenorrea postparto, inhibe la ovulación. La madre que lacta no menstrua de 8 a 12 meses mientras aquellas que no practican menstrúan entre el segundo y cuarto mes. También es menos probable que se presente la ovulación antes de la primera menstruación en una madre que lacta. El estímulo vigoroso de la succión cuando es mantenido el niño con lactancia materna exclusiva, mantiene niveles séricos altos de prolactina, suprimiendo así la liberación de la gonadotropina y la función ovárica. La oxitocina que favorece la eyección de la leche también produce las contracciones uterinas. Durante los primeros días de la lactancia, la madre puede experimentar contracciones uterinas muy fuertes ya que la oxitocina estimula la involución uterina rápida. Aquellas

madres que no lactan tienen el efecto de la oxitocina y la involución uterina demora más y es menos efectiva. Aún más si se le permite a la madre lactar en la sala de partos la oxitocina acelera el alumbramiento y previene el sangrado excesivo contrayendo el útero y los vasos maternos. Los beneficios que recibe el niño al tomar el calostro son altamente positivos para su vida futura. “Se afirma que los componentes más conocidos del calostro son agentes inmunológicos”. Los mismos que los protegen contra los organismos extraños entrenan al cuerpo del niño a través del tracto gastro intestinal; poliomielitis, cosackie, cepas de E. Coli enteropatógenas, Salmonella, Shiguella y otras enteropatógenas. Los niveles de anticuerpos dependen del nivel de inmunidad de la madre, pero son generalmente más altos las concentraciones en la leche materna.

2.6 Bases antropológicas

En los escritos de destacados antropólogos se tiene sobre la cultura de la época, las prácticas y creencias relacionadas a la lactancia materna aparecen directamente como temas o categorías de investigación. Margaret Mead (1973) antropóloga pionera que presenta consideraciones etnográficas de diferentes patrones de crianza en las sociedades primitivas de Nueva Guinea, refiriéndose a sus asociaciones con la lactancia materna. Diversas prácticas y tabúes y formas en que los niños adquieren temperamento. o personalidad en función de cómo se socializan.

Hasta el siglo XX, eran escasos los estudios etnográficos de la práctica popular en España que abordaran brevemente aspectos de la lactancia materna (Casas Gaspar, 1947). La mayor parte del trabajo sobre la lactancia proviene de la puericultura y la pediatría, que hace un gran trabajo paternalista para dar información a los profesionales en forma de manuales científicos a las madres y educadoras para apoyar la lactancia natural. Obstáculos y dogmatismo (Aldecoa y Juaristi, 1939. Frías Roig, 1946. Loste Echeto, 1951)

Para encontrar estudios etnográficos hay que esperar, propiamente hablando, hasta la década de los 80 del siglo XX, cuando resurge el interés por coleccionar el folclore y las costumbres populares. Domínguez (1988) resumió las creencias y prácticas de la "cultura popular de nacimiento" que se transmitían entre distintas

generaciones en la Alta Extremadura. Desde la década de 1990, existe un gran interés por el estudio de la lactancia materna desde diferentes perspectivas de las ciencias sociales en España y Latinoamérica: López (2004) resume la práctica artística de la lactancia materna en Cartagena; Castilla (2005) menciona la falta de lactancia materna en el desarrollo de una buena madre; Martín (2009) investiga algunos aspectos relacionados con la lactancia materna en la costumbre de hitos importantes de Valladolid; Talayero y Hernández (2009) brindaron un aporte histórico; Martons y Echazú (2010) muestran en su trabajo cómo en el proceso de la lactancia materna tiene influencia el estrés de los profesionales de la salud convirtiéndose en violencia contra la mujer; Massó (2013) ilustra cómo la lactancia materna es actualmente una forma de protesta y desobediencia; Losa y otros (2013) exploraron el papel de las abuelas en las prácticas de lactancia.

Un poco de historia: Cuando se inició la implementación de la estrategia AIEPI hace 10 años, el impacto del fenómeno conocido como la “Revolución por la Supervivencia Infantil”, se hace sentir en el Perú, desde la década de 1980 los Países con altos niveles de mortalidad infantil fueron alentados a adoptar programas basados en tecnologías relativamente simples utilizadas por las propias comunidades. Como resultado, a principios de esta década se fortalecieron los programas de inmunización (PAI), con el objetivo de buscar la inmunización universal para todos los niños antes de cumplir un año. El resultado es una reducción de la mortalidad y la morbilidad por enfermedades prevenibles por vacunación, como el sarampión, la tos ferina, la poliomielitis y la difteria. Inmediatamente después de la pandemia de cólera a principios de la década de 1990, se generalizó el uso de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) en los servicios de salud y en la propia comunidad. Por otro lado, también se fortalecieron los programas para mejorar las prácticas de higiene en el hogar y en la comunidad. Esta intervención no solo tuvo éxito en el control del cólera, sino que también redujo significativamente la mortalidad por diarrea aguda (ADD), especialmente en los niños.

La última gran revolución provocada por la reducción de la mortalidad por neumonía implicó el desarrollo de procedimientos simplificados para el manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA), incluido el reconocimiento

temprano de signos de dificultad respiratoria en la comunidad y en la familia. En 10 años, las principales causas de mortalidad infantil son las condiciones relacionadas con el período perinatal y las que ocurren durante el primer mes de vida, muchas de las cuales están relacionadas con las condiciones del embarazo y el parto. Por otro lado, la drástica reducción de la mortalidad infantil ha sugerido que, desde mediados de la década de 1990, la introducción de una nueva agenda entre las prioridades de salud neonatal: supervivencia y combate a la desnutrición. Si es cierto que AIEPI, tanto en lo clínico como en lo comunitario, nació para atender las causas de muerte por enfermedades comunes de la infancia, como IRAS, EDA y enfermedades inmunocontrolables, los problemas se vieron afectados en el período anterior. las virtudes de la adaptación a las nuevas situaciones y el desarrollo de la AIEPI neonatal, así como la promoción de prácticas claves en la comunidad para promover la calidad de la supervivencia infantil. Cabe señalar, sin embargo, que la mortalidad infantil, así como las causas que la explican, es uniforme en todo el país. Incluso en las regiones rurales andinas y amazónicas, y especialmente en las comunidades indígenas, persisten tasas muy altas de mortalidad infantil, y las EDAS y la IRAS siguen siendo causas importantes de muerte en los lactantes. En este contexto, los AIEPI integrales son más útiles y valiosos para reducir la mortalidad infantil.

CAPÍTULO III. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 Formulación de Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Hi. Existe relación entre el déficit de la lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes de la infancia.

Ho. No existe relación entre el déficit de la lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes de la infancia.

3.1.2 Hipótesis Específicas

Hi₁. Las características sociales y demográficas se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad.

Ho₁. Las características sociales y demográficas no se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad.

Hi₂. Las enfermedades respiratorias se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad.

Ho₂. Las enfermedades respiratorias no se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad.

Hi₃. Las enfermedades diarreicas se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños en los niños de 6 a 24 meses de edad.

Ho₃. Las enfermedades diarreicas no se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños en los niños de 6 a 24 meses de edad.

- Hi₄. Las enfermedades carenciales se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños en los niños de 6 a 24 meses de edad.
- Ho₄. Las enfermedades carenciales no se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños en los niños de 6 a 24 meses de edad.
- Hi₅. Las Infecciones respiratorias se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños en los niños de 6 a 24 meses de edad.
- Ho₅. Las Infecciones respiratorias no se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños en los niños de 6 a 24 meses de edad.
- Hi₆. Las enfermedades diarreicas se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños en los niños de 6 a 24 meses de edad.
- Ho₆. Las enfermedades diarreicas no se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños en los niños de 6 a 24 meses de edad.
- Hi₇. Las enfermedades carenciales se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños en los niños de 6 a 24 meses de edad.
- Ho₇. Las Infecciones carenciales no se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños en los niños de 6 a 24 meses de edad.

3.2 Variables

Variable independiente

Déficit de la lactancia materna eficaz

Variable dependiente

Enfermedades Prevalentes de La Infancia

Variables Intervinientes

Lactancia predominante
 Lactancia materna completa
 Alimentación complementaria
 Lactancia de biberón.
 Sexo
 Peso al Nacer
 Edad gestacional
 Hijos vivos
 Controles médicos.

3.3 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA	Enfermedades Respiratorias	Neumonía Faringitis Bronquitis Laringitis Rinofaringitis Ninguno	SI NO
	Enfermedades Diarreicas	Diarrea con moco Diarrea con sangre Diarrea persistente Diarrea con fiebre Diarrea por parasitosis Ninguno	SI NO
	Carenciales	Desnutrición Anemia Ninguna	SI NO
DEFICIT DE LACTANCIA MATERNA	TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA	Menos de 6 meses que lacta de manera exclusiva	SI NO
OTRO TIPO DE LACTANCIA	Lactancia Predominante	Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales)	SI NO
	Lactancia Materna Completa	Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.	SI NO
	Alimentación Complementaria	Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.	SI NO
	Lactancia De Biberón	Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.	SI NO
CARACTERISTICAS SOCIALES Y DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO	Sexo	Diferenciación Sexual	MASCULINO FEMENINO
	Peso Al Nacer	Kilos en el nacimiento.	Kg.
	Edad Gestacional	Semanas al nacimiento
	Hijos Vivos	Número de hijos	1 – 2 hijos 3 – 4 hijos 4 – 5 hijos Más de 5 hijos
	Controles Médicos	Número de veces que acude al Hospital	2 veces al mes cada mes, cada año o en una enfermedad.

3.4 Definición Operacional de las variables

- Enfermedades prevalentes de la infancia. es el enfoque de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), presentado públicamente a los países americanos en 1996 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mejora su uso, teniendo en cuenta sus efectos, ayuda a prevenir la mortalidad y morbilidad en niños menores de 5 años y mejora la salud infantil. Centrándose en la atención a los niños menores de 5 años de edad en el área de atención y prevención médica, además de la enfermedad que a veces pueden afectarlos. (4)
- Diarrea. La diarrea se define epidemiológicamente como tres o más deposiciones anormalmente sueltas o sueltas en 24 horas. La consistencia de las heces es importante, no el número de deposiciones. Los movimientos intestinales frecuentes que se han formado no necesariamente producen diarrea. Los bebés amamantados exclusivamente con leche materna suelen tener heces sueltas o muy blandas que tampoco son diarrea. (5)
- Deshidratación. Mientras la diarrea, produce mayor desgaste de agua y electrolitos: sodio, cloruro, potasio y bicarbonato en heces sueltas. Además, el agua y los electrolitos también se pierden con los vómitos, que a menudo van acompañados de diarrea. La deshidratación ocurre cuando estas pérdidas no se reponen adecuadamente, mientras que la faltan agua y electrolitos son deficientes. No hay signos o síntomas en las primeras etapas de la deshidratación. Estos síntomas se desarrollan a medida que avanza la deshidratación e incluyen aumento de la sed, inquietud o irritabilidad, disminución de la hinchazón de la piel (un síntoma de pliegues) y ojos hundidos. Los efectos se vuelven más pronunciados si ocurre una deshidratación severa y el paciente puede experimentar síntomas de shock hipovolémico que incluyen: confusión, oliguria, extremidades frías, taquicardia y debilidad (la frecuencia cardíaca radial puede ser indetectable), la cianosis periférica es baja o indetectable. La muerte puede ocurrir si la rehidratación no se inicia rápidamente. (6)

- **Lactancia materna.** Es la forma de nutrición más efectiva para apoyar el desarrollo físico y cerebral de los niños, proporcionando nutrientes en la cantidad y calidad adecuada. Por tanto, también define a la leche materna como un líquido biológicamente activo, lo que expone a los lactantes así alimentados a un menor riesgo de enfermedades infecciosas, así como a la incidencia y gravedad de las enfermedades, que es menor. (3)
- **Tos o dificultad para respirar.** Es una sensación de conflicto, incomodidad o problema para respirar. Las infecciones del tracto respiratorio pueden ocurrir en cualquier parte del sistema respiratorio, como la nariz, la garganta, la tráquea, las vías respiratorias u otras infecciones respiratorias agudas. Contiene: *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. La neumonía bacteriana puede ocasionar la muerte por hipoxia (falta de oxígeno) o sepsis (infección generalizada). Cuando un niño tiene neumonía, los pulmones se endurecen. Una de las respuestas del cuerpo a la rigidez pulmonar y la falta de oxígeno es la dificultad para respirar. (7)
- **Fiebre.** La fiebre a veces llamada temperatura corporal alta o fiebre, se refiere al incremento de la temperatura corporal por encima de los rangos normales. La temperatura en el hombre es de 37 °C (98,6 °F). La fiebre es un mecanismo de defensa que protege al cuerpo humano a destruir a los micro organismos que causan patologías y se produce en respuesta a sustancias denominadas pirógenos que son causadas por virus o bacterias que atacan el organismo. Los niños con fiebre pueden tener malaria, sarampión u otras enfermedades graves, y también pueden tener tos, resfriado común u otra infección viral. Los niños son propensos a tener fiebre alta debido a su sistema inmunológico inmaduro. (8)
- **Desnutrición.** La desnutrición aguda en los niños o el bajo peso para su altura en los niños debido a un proceso agudo reciente que lleva a la pérdida de peso o al bajo peso al nacer. La desnutrición aguda a menudo es causada por bajo peso al nacer, mala nutrición, malas prácticas de crianza e infecciones. Todos estos aspectos son importantes para el aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad como resultado. Los niños desnutridos son susceptibles a muchas y crecientes enfermedades, e identificar y tratar a los niños desnutridos puede ayudar a prevenir

muchas enfermedades graves y muertes. Algunos casos de desnutrición pueden tratarse en el hogar, mientras que los casos graves requieren hospitalización para atención nutricional especial, transfusiones de sangre o tratamiento especial para las condiciones que causan la desnutrición. (9)

- Infecciones Respiratorias. Son enfermedades que afectan al sistema respiratorio, tales como:
 - Neumonía
 - Faringitis
 - Bronquitis
 - Laringitis
 - Rinofaringitis

Los niños afectados estar:

- letárgico o cansado.
 - Sin aliento.
 - Pérdida de peso y de apetito.
 - Tos frecuente y continua, acompañada de dolor.
 - Dolor de pecho.
 - Cambios en la mucosa.
 - Presta atención a tu piel y a tus cutículas.
 - Sibilancias
 - Fiebre leve a una temperatura muy elevada.
 - Nariz tapada
 - Tos acompañada de vómito y deshidratación.
 - Cianosis la piel se vuelve azul, etc.
- Diarrea Persistente. Referido al tiempo en caso de diarrea persistente este dura de 14 días o más, alrededor de 20% episodios de diarrea son persistente. El tipo de diarrea que provoca problemas nutricionales contribuye a la muerte de niños con diarrea causa de la deshidratación.

- **Disentería.** La disentería ocurre cuando hay sangre en las heces, en ocasiones puede presentar mucosidad o también presentarse sin mucosidad, comúnmente la causa de disentería es la bacteria *Shigella*, también es necesario mencionar sobre la disentería amebiana rara vez se observa en niños pequeños. Un niño pequeño puede sufrir de disentería y diarrea.
- **Malaria.** Es una de las enfermedades más antiguas, los estudios realizados han descrito restos de mosquitos *Anopheles* en África que datan de hace 30 millones de años, pero eso es poco más de 50.000 años que los hombres tienen esta enfermedad. La malaria, también conocida como Paludismo, es una enfermedad parasitaria que se transmite a las personas a través de la picadura de mosquitos hembra infectados del género *Anopheles*. Sin embargo, hay cuatro tipos de parásitos; *Plasmodium falciparum* es la especie responsable de más de 90 casos y de 10 a 50 muertes en pacientes con malaria compleja. Los síntomas de la malaria, que incluyen fiebre, dolor de cabeza, escalofríos o vómitos, aparecen de 10 a 15 días después de la picadura de un mosquito.
- **Sarampión.** El sarampión es una enfermedad febril aguda, altamente contagiosa. La enfermedad se transmite de persona a persona por el aire y por contacto directo con gotitas liberadas de las secreciones respiratorias de una persona infectada, el virus permanece infeccioso hasta por dos horas en el aire o en superficies contaminadas. A nivel mundial, sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años, especialmente en poblaciones con altos niveles de desnutrición.
- **Anemia.** La anemia se definió como una disminución en la masa de glóbulos rojos, la concentración de hemoglobina por debajo de la segunda desviación estándar de la desviación estándar media de la edad y género o ambas alteraciones. En niños de 6 meses a 5 años el límite está dada por 11gr/dl de hemoglobina en la sangre y un hematocrito por debajo del 33%.
- **Enfermedad Parasitaria.** Este es un problema de salud pública mundial, que representa alrededor del 10% de los casos de diarrea en humanos. Estas

infecciones, causadas por diversos parásitos, afectan especialmente a niños y ancianos, cuyas condiciones socioeconómicas y sanitarias son menos favorables para el crecimiento y propagación de los mismos, y es una importante causa de muerte en los países en vías de desarrollo.

CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Ámbito

La investigación se desarrolló en la provincia de Tarma ubicado a 3,050 sobre el nivel del mar de la región Junín en los consultorios externos del Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”. La localidad de Tarma está ubicada en el eje de la provincia de Tarma, región Junín, a unos 230 km al oriente de la capital de Lima. Se localiza a 3,050m sobre el nivel del mar en el Valle de la bella Perla de los Andes Tarma, se encuentra formado por el río del mismo nombre (río Tarma), en la vertiente oriental de los Andes. Su clima es cálido, se encuentra localizado en la región quechua perteneciente a la cuenca del río Perené.

Las temperaturas medias varían entre 12°C y 23°C. De diciembre a febrero, hay un poco más de nubosidad, más precipitaciones y menos variación en las temperaturas diarias. Al comienzo de cada año se evidencia noches frescas y son extraordinariamente soleados los días. El maravilloso Valle de Tarma es famoso por sus paisajes culturales, durante los meses de setiembre, octubre y noviembre se goza de amplias plantaciones de flores y durante todo el año de hierbas aromáticas, por lo que es nominado Valle de las flores.

Tarma juntamente con las provincias de Junín y Yauli La Oroya constituyen parte de la Congregación Alto andina, en atención a la Ley N.º 29029. Su disposición transcendental la consolida como el recinto de vínculo muy interesante entre la costa central (departamentos de Lima e Ica), por otro lado, las provincias andinas del centro (departamentos de Junín, Pasco y Huánuco) y finalmente los hermosos paisajes de la Selva central (provincias de Chanchamayo, Oxapampa, Satipo y Ucayali con desviación del país brasileño).

4.2 Tipo y Nivel de Estudio

Tipo de investigación

El tipo de estudio es prospectivo ya que el estudio pertenece al futuro y la recolección de datos es de fuentes primarias; **observacional**, porque no hubo manipulación de la variable independiente y se observa los fenómenos tal como ocurren; **transversal**, porque los instrumentos se aplicaron a la muestra en un solo momento y las variables fueron medidos una sola vez; y **analítica**, porque se pretende comparar el déficit de la lactancia materna eficaz con la presencia de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) tales como las infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, fiebre, desnutrición y anemia y otras enfermedades prevenibles por vacunas; y morbimortalidad debida a trastornos nutricionales considerando de que si se mejora las prácticas alimentarias fortaleciendo la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad fundamentado en que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y la alimentación complementaria adecuada a partir de los 2 años deben promoverse, protegerse y apoyarse en todas las áreas, ya que es una prioridad máxima para las intervenciones preventivas que salvan vidas en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Nivel de investigación

El nivel de investigación es explicativo. Se intenta explicar la relación causal entre la variable independiente y dependiente, además de las variables intervinientes.

4.3 Método de Investigación

Se utilizó el método cuantitativo no experimental porque no hubo intervención que modificó la variable solo nos limitamos a recoger los datos mediante la observación tal como se encuentra en la realidad.

4.4 Población

Para Carrasco (2006), la población es el ligado de la totalidad de aspectos que constituyen parte de la zona geográfica a la que concierne la problemática de estudio y tienen peculiaridades mucho más específicas que el universo (p.238).

Estuvo conformada por 265 mujeres lactantes de niños de 6 meses a 2 años que acudieron a control de enero a junio del 2018 a través de los consultorios externos del Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma.

4.5 Muestra

Al considerar que la población es finita, el acceso a los colaboradores permite su fácil identificación y contabilización, además de un adecuado manejo de los procesos investigativos, por lo que es factible considerar a toda la población como muestra. Tamayo y Tamayo (2009), mencionan que una población con un número manejable de individuos puede ser utilizada como una muestra.

El tamaño de la muestra estudiada corresponde al muestreo no probabilístico por conveniencia de 200 madres lactantes de niños de 6 meses a 2 años que participaron del control al hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”, seleccionados considerando los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

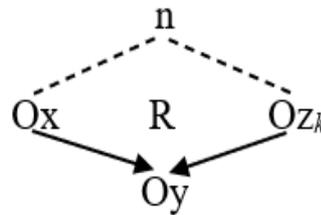
- Madres de familia de niños de 6 meses a 2 años que acudieron al Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” quienes aceptaron participar del estudio durante los meses de enero a junio del 2018.

Criterios de exclusión

- Fueron excluidos 40 madres de familia, que a pesar de llegar al Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”, no tenían hijos de 6 meses a 2 años.
- 25 madres de familia que tenían hijos de 6 meses a 2 años con alguna dificultad física.

4.6 Diseño de Investigación

El diseño utilizado es analítico, diseño explicativo que nos ha permitido el análisis de la causalidad a fin de establecer la relación de causa efecto de las variables Déficit de la lactancia materna eficaz y otro tipo de lactancia materna, características socio demográficas de la población en estudio sobre la variable Enfermedades prevalentes de la infancia.



n	=	muestra no aleatorizada
Ox	=	observación de la variable independiente.
OZ _k	=	observación de las variables intervinientes.
Oy	=	observación de la variable dependiente.
R	=	relación más de dos variables

LEYENDA;

N = Muestra
OX = Déficit de la lactancia materna eficaz
OY = Enfermedades prevalentes de la infancia
OZ= Otro tipo de lactancia materna, características socioeconómicas y demográficas de la población en estudio.

4.7 Técnicas e instrumentos

Técnicas

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario para monitorear a madres lactantes. En este contexto, Carrasco (2006) señala que su objetividad, sencillez, variabilidad y utilidad de los datos la convierten en una técnica destacada habitualmente utilizada en los estudios sociales.

Se instruyó a las madres de los niños que tenían de 6 meses a 2 años de acuerdo a los objetivos planteados considerando conocimientos, prácticas, enfermedades comunes de la infancia, lactancia materna, otros tipos de lactancia materna y las características sociodemográficas de la población de estudio.

La encuesta fue para las variables dependientes, independientes e intervinientes

Instrumentos

Balestrini (2006) expresa que los cuestionarios son vistos como la principal forma escrita de comunicación entre encuestados y encuestadores.

El cuestionario para monitorear la lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes, fue elaborado en base a los objetivos y variables del trabajo en la que se consideró una serie de ítems elaborados cuidadosamente para examinar el tema en estudio.

- Del ítem 1 a 6 y del 8 al 11, corresponde a variables intervinientes.
- El 7, corresponde a la variable independiente.
- Del 12 a 15, corresponde a la variable dependiente.

El indicado cuestionario nos permitió recoger los datos de la fuente primaria y se realizó en los consultorios externos del Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

4.8 Validación y confiabilidad de los instrumentos

Validación de los instrumentos

Hernández, Fernández y Baptista (2014) indican que un instrumento es válido si calcula lo que realmente se intenta calcular. La validez es el grado real de medición de la variable a través de este (p. 107).

La validación de contenido se realizó mediante el juicio de 5 expertos conocedores del tema de investigación.

- DR. CÓRDOVA BALDEON Isaac Sicilio
- DRA. ENRIQUEZ GONZALES Giovanna Bethzabe
- DRA. RICRA ECHEVARRIA Carmen Rocío
- DRA. SAMANIEGO CHAVEZ Rosio
- DRA. TUMIALAN HILARIO Raquel Flor De María

El instrumento fue validado con el estadístico ponderación de promedios (0,98) que corresponde a alta validez.

Confiabilidad de los instrumentos

Hernández et al. (2014) señalan que la confiabilidad de un instrumento de medición alude al nivel en que su realización reiterada a la misma persona o cosa origina efectos similares (p.277).

El instrumento se sometió a la confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach. El alfa obtenida fue 0.9 que indica alta confiabilidad.

4.9 Procedimiento

Se tomó como guía trabajos de investigaciones internacionales, nacionales y locales relacionados al tema de interés para la construcción del instrumento.

El instrumento fue validado por especialistas y conocedores del tema acorde a nuestra realidad.

Con el instrumento validado se recolectaron los datos y para ello se presentó un oficio dirigido al director ejecutivo del Hospital de Apoyo “Félix Mayorca

Soto” con la finalidad de tener el permiso oficial para la aplicación del instrumento en Consultorios Externos; de enero a junio del 2018.

4.10 Aspectos éticos

Se seleccionaron a los niños en consulta externa considerando la edad de los niños que debe ser de 6 meses a dos años al salir de la consulta médica, para luego entrevistar a la madre con la finalidad de aplicar la guía de entrevista consignando los datos de recolección de la información previo a ello se le dio a conocer con respecto al desarrollo del tema de investigación aplicando el instrumento del consentimiento informado, cada entrevista tuvo una duración de 30 minutos. Finalmente se procesaron los datos.

4.11 Plan de Tabulación y análisis de datos

Una vez recopilado los datos se ingresaron a una matriz de datos del programa SPSS 25.0 y se procesó la información con estadística descriptiva.

Las variables cualitativas se analizaron mediante tablas y sus porcentajes (%); además, se presentan en figuras según la relevancia del dato.

Las variables numéricas se analizan mediante diferentes medidas estadísticas.

Se contrastan las hipótesis haciendo uso de la estadística inferencial, ya sean paramétricas y no paramétricas.

CAPÍTULO V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo

De acuerdo a la aplicación del instrumento para dar cumplimiento a los objetivos se analizaron 200 madres que asistieron al control de sus hijos en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la Provincia de Tarma – 2018

5.1.1 Características individuales del grupo en estudio

Tabla 1. Edad según sexo de los niños con déficit de lactancia materna eficaz que acuden a su control con sus madres al Hospital de apoyo "Félix Mayorca Soto", Tarma.

Edad (meses)	N°	Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
6 a 12	N°	108	0	108
	%	54.0%	0.0%	54.0%
13 a 24	N°	13	79	92
	%	6.5%	39.5%	46.0%
Total	N°	121	79	200
	%	60.5%	39.5%	100.0%

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

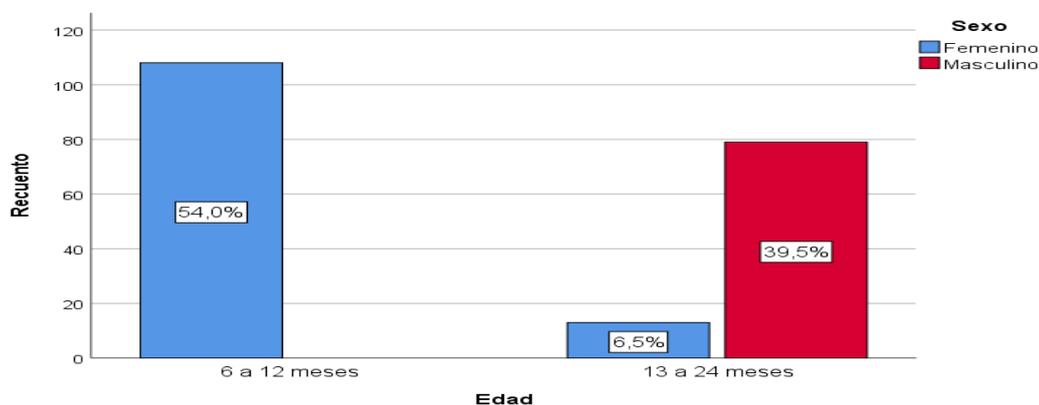


Figura 1. Diagrama de barras de la edad según sexo de los niños que acuden a su control con sus madres al Hospital de apoyo "Félix Mayorca Soto", Tarma.

En la tabla y figura 1, se observa que el 54,0% (108) son mujeres entre 6 a 12 meses de edad; mientras que el 39,5% (79) son varones de 13 a 24 meses y solo 6,5% (13) son mujeres. En los datos se evidencia que las niñas tuvieron más déficit de lactancia materna eficaz. La cantidad de niñas que presentan déficit de lactancia materna eficaz

no indica que los varones no se encuentran expuestos, sino que en el tiempo que se recogieron los datos hubo más mujeres de 6 a 12 meses y más varones de 13 a 24 meses. La UNICEF y la OMS indica que todo niño debe recibir la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida (1).

Tabla 2. Niños de 6 a 24 meses según semanas de gestación al nacimiento que acuden a control con sus madres al Hospital de apoyo "Félix Mayorca Soto", Tarma.

Semanas de gestación al nacimiento	N°	%
Menos de 33	4	2.0
34 a 37	34	17.0
38 a 41	151	75.5
42 a más	11	5.5
Total	200	100

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

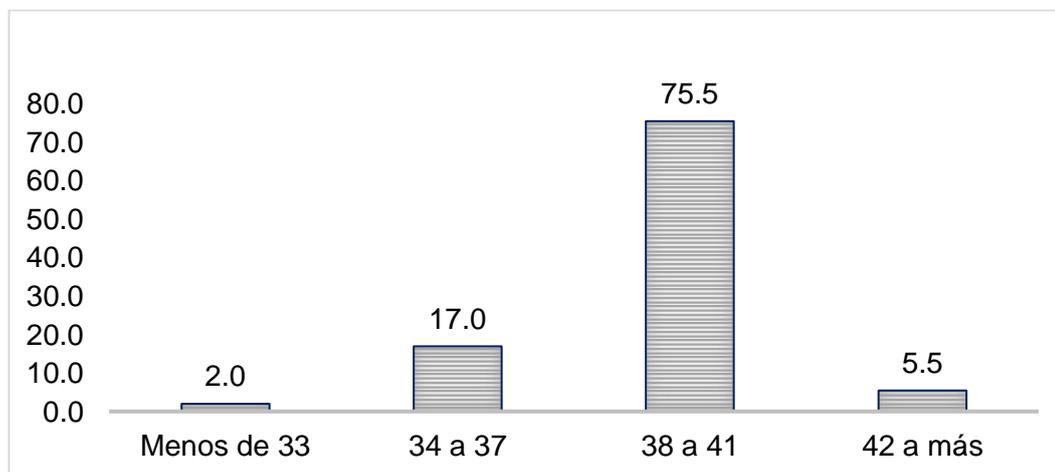


Figura 2. Diagrama de barras de las semanas de gestación de las madres que acuden al control de sus hijos lactantes al Hospital de apoyo "Félix Mayorca Soto", Tarma.

En la tabla y figura 2, se aprecia el 75,5% (151) de los niños en estudio nacieron entre 38 a 41 semanas, un 17,0% (34) nacieron en el intervalo de 34 a 37 semanas y un 5,5% (11) de 42 a más semanas de edad gestacional.

El tiempo que demora una gestación se considera normal desde 38 a menos de 42 semanas (2), pudiendo presentarse como en este caso nacimientos antes de las 37 semanas o después de 42 semanas de edad gestacional, la edad gestacional es una de

las características que se considera pertinente ya que en conjunto confieren riesgos para la salud.

Tabla 3. Peso al nacer de los niños de 6 a 24 meses de edad en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Peso del lactante al nacer (kg)	N°	%
Menos de 2.5	18	9.0
2.5 a 3.2	69	34.5
3.2 a 3.8	95	47.5
3.8 a 4.2	14	7.0
4.2 a mas	4	2.0
Total	200	100.0

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

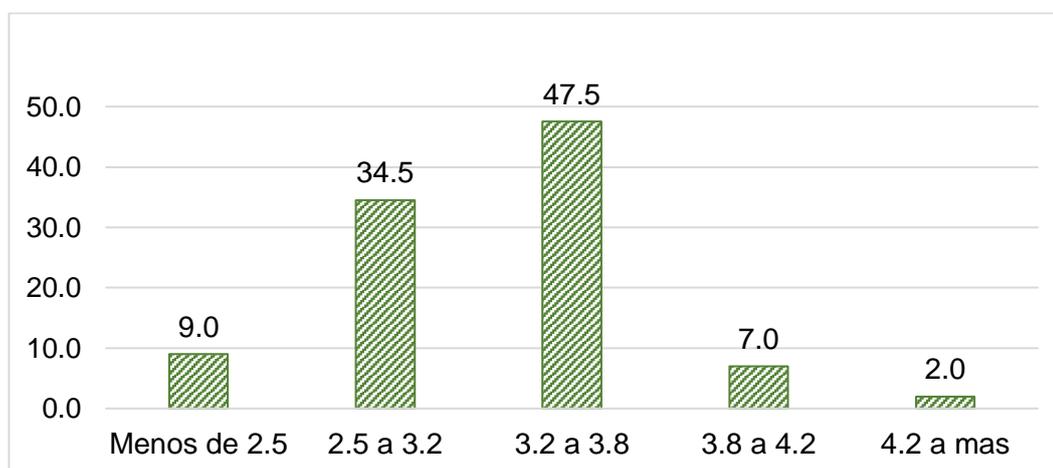


Figura 3. Diagrama de barras del peso al nacer de los niños de 6 a 24 meses que acuden a control con sus madres al Hospital de apoyo "Félix Mayorca Soto", Tarma.

En la tabla y figura 3, se considera que el 47.5% (95) de los niños nacieron con 3.2 a 3.8 kg de peso, el 34.5% (69) nacieron en el intervalo de 2.5 a 3.2 kg entre los datos más sobresalientes.

Los pesos indicados se encuentran entre los estándares normales. Sin embargo, se observa que el 9%(18) son niños de bajo peso al nacer y un 2%(4) son niños

macrosómicos (3). características que se considera pertinente ya que en conjunto confieren riesgos para la salud.(3).

Tabla 4. Número de hijos y déficit de lactancia materna eficaz de madres que acuden a control de sus niños de 6 a 24 meses al Hospital de apoyo "Félix Mayorca Soto", Tarma.

Hijos vivos	Lactancia materna exclusiva (meses)						Total	
	0 a 2		3 a 4		4 a 6		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
1 hijo	25	13,0	44	22,0	16	8,0	86	43,0
2 a 3 hijos	38	19,0	29	14,0	22	11,0	89	44,0
4 a 6 hijos	3	2,0	16	8,0	6	3,0	25	13,0
Total	67	33	89	44	44	22	200	100,0

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

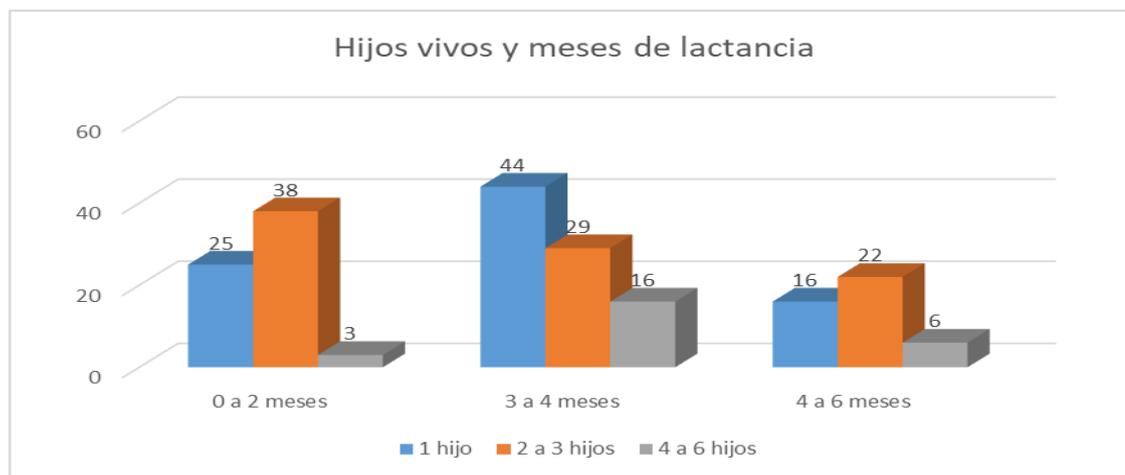


Figura 4. Diagrama de barras del número de hijos y déficit de lactancia materna eficaz de madres que acuden a control de sus niños de 6 a 24 meses al Hospital de apoyo "Félix Mayorca Soto", Tarma.

En la tabla y figura 4, de manera general se puede indicar que las madres que tienen un hijo, el 22.0% (44) dieron de lactar entre 3 a 4 meses de manera exclusiva; los que tienen 2 a 3 hijos, el 19,0% (38) dieron de lactar entre 0 a 2 meses. Las madres que tenían 4 a 6 hijos, son los que indican menor descuido en la lactancia materna exclusiva.

Muchas madres que tienen otros hijos, evidencian que no descuidan la lactancia materna exclusiva a los hijos que vuelve a tener (4).

Tabla 5. Controles médicos de los hijos de madres lactantes que asisten al Hospital de Apoyo "Félix Mayorca Soto", Tarma.

Controles Médicos	N°	%
2 veces al mes	22	11.0
Cada mes	143	71.5
Cada año	13	6.5
Al enfermarse	22	11.0
Total	200	100

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

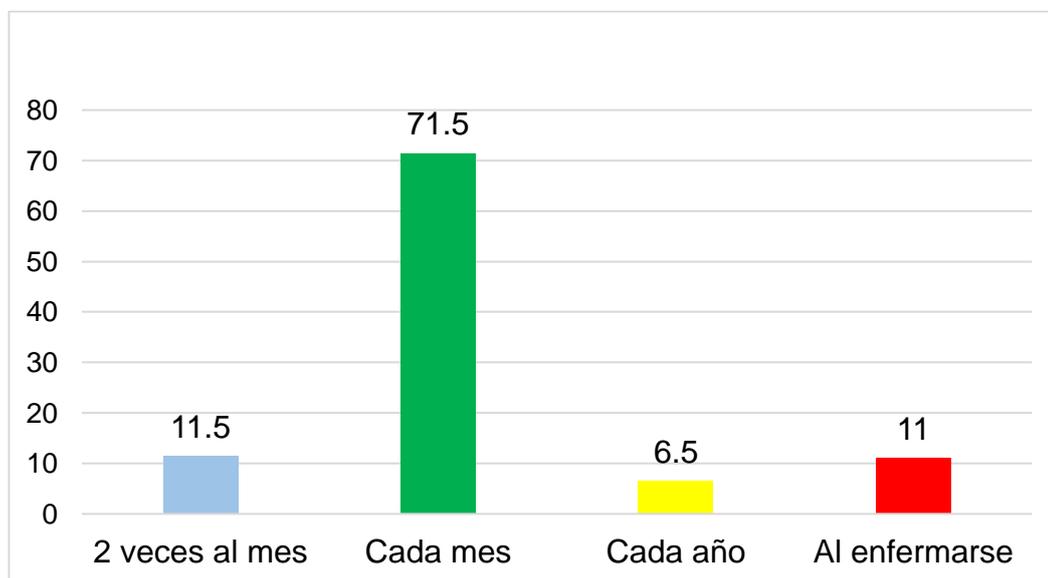


Figura 5. Diagrama de barras de los controles médicos de hijos de madres lactantes que asisten al Hospital de Apoyo "Félix Mayorca Soto", Tarma.

De acuerdo al análisis en base al cuestionario realizado se puede observar que el 71.5% (143 niños) fueron llevados a los controles médicos cada mes; así mismo, el 11.0% (22 niños) fueron llevados por sus madres dos veces al mes o cuando se enfermaban, respectivamente. Los demás, a cada año.

Los controles médicos a los lactantes se deben realizar de acuerdo al cronograma de control, con mayor frecuencia durante los primeros meses de vida, ya que en esos tiempos ocurren muchos cambios en los infantes que requieren ser evaluados (5).

Tabla 6. Enfermedades prevalentes en los niños de 6 a 24 meses de edad en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Enfermedades prevalentes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Diarrea	70	35.0	35.0
Neumonías	44	22.0	57.0
Faringitis	23	11.5	68.5
Gastroenteritis	9	4.5	73.0
Parasitosis	3	1.5	74.5
Ninguno	51	25.5	100.0
Total	200	100.0	

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

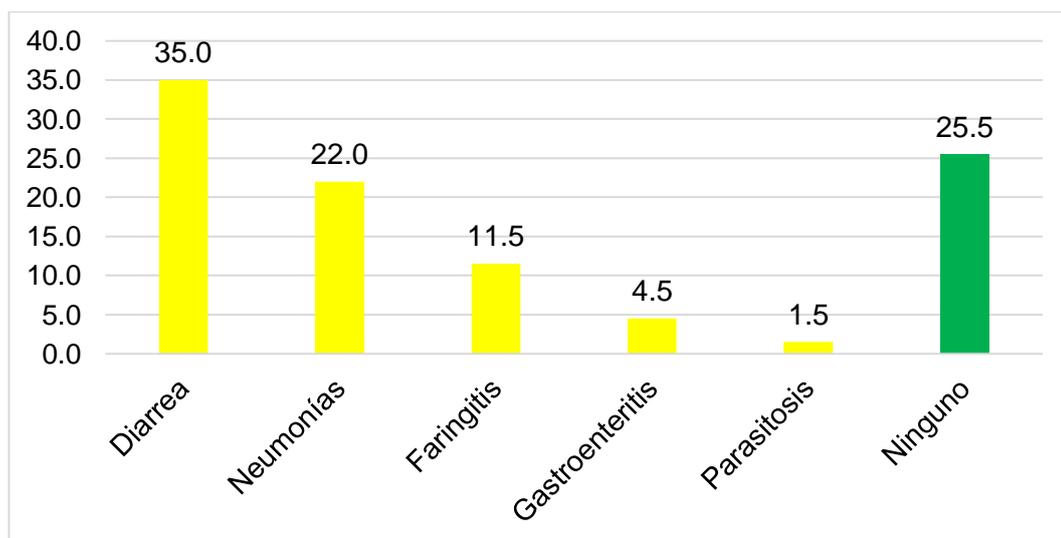


Figura 6. Diagrama de barras de enfermedades prevalentes en los niños de 6 a 24 meses de edad en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Las enfermedades prevalentes en los niños de 6 a 24 meses identificados presentaron en el 35,0%(70) de los lactantes, la enfermedad prevalente es la diarrea, en el 22,0%(44) las neumonías y 11,5%(23) la faringitis y en menor porcentaje presenta la

gastroenteritis y parasitosis en el 74,5 % (149) de los lactantes; mientras en una cuarta parte de los lactantes no se observó ninguna de las enfermedades.

Por lo que podemos deducir que la prevalencia de las enfermedades pudo ocurrir en niños que tuvieron algún problema con la ingesta de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, ya que ella tiene beneficios que pudieran evitar muchas enfermedades (6).

Tabla 7. Enfermedades diarreicas en los niños de 6 a 24 meses de edad en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Enfermedades Diarreicas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Diarrea con moco	70	35.0	35.0
Diarrea con sangre	44	22.0	57.0
Diarrea persistente	22	11.0	68.0
Diarrea con fiebre	10	4.5	72.5
Diarrea por parasitosis	3	1.5	74.0
Ninguno	51	25.5	100.0
Total	200	100.0	

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

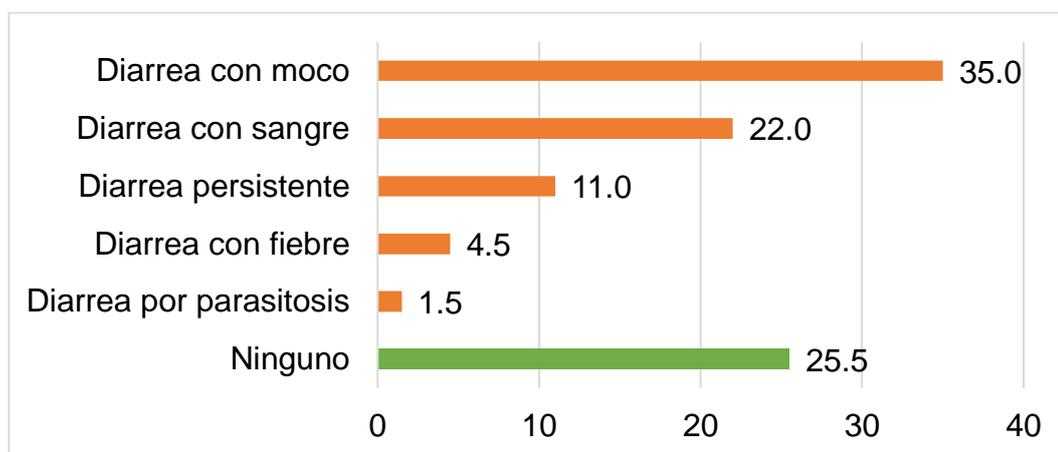


Figura 7. Diagrama de barras de las enfermedades diarreicas en los niños de 6 a 24 meses de edad en Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

En la tabla y figura 7, se puede apreciar que en el 35,0% (70) de los lactantes, presento diarrea con moco, en el 22,0% (44) diarrea con sangre y 11,0% (22) diarrea persistente y en menor porcentaje diarrea con fiebre y diarrea por parasitosis; por lo que en el

74,5%(149) de los lactantes, presento enfermedades diarreicas; mientras en una cuarta parte de los lactantes no se observó ningún tipo de diarrea.

Por lo que podemos deducir que la prevalencia de las enfermedades diarreicas pudo ocurrir en niños que tuvieron problemas con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ya que ella tiene una variedad de beneficios que refuerza el sistema inmunológico y de otros tipos que destruyen las bacterias y los virus. (5)

Tabla 8. Enfermedades respiratorias en los niños de 6 a 24 meses de edad en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Enfermedades respiratorias	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Faringitis	60	30.0	63.5
Neumonías	44	22.0	85.5
Laringitis	21	10.5	96.0
Bronquitis	5	2.5	98.5
Rinofaringitis	3	1.5	100.0
Ninguno	67	33.5	33.5
Total	200	100.0	

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

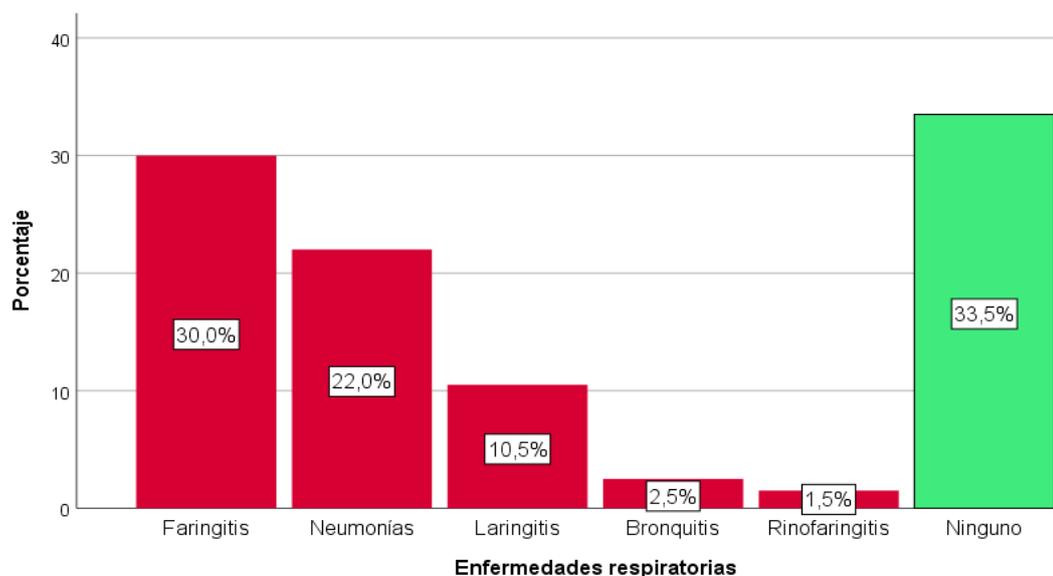


Figura 8. Diagrama de barras de las enfermedades respiratorias en niños de 6 a 24 meses de edad en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

En la tabla y figura 8, se puede apreciar que en el 30,0%(60) de los lactantes, presento faringitis, en el 22,0%(44) neumonías y 10,5%(21) laringitis, en menor porcentaje

bronquitis y rinofaringitis; por lo que en el 66,5%(133) de los lactantes, presento enfermedades respiratorias; mientras que el 33,5%(67) de los lactantes no se observó ningún tipo de enfermedades respiratorias.

Por lo que podemos deducir que la prevalencia de las enfermedades respiratorias pudo ocurrir en niños que no tuvieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ya que ella tiene una variedad de beneficios que refuerza el sistema inmunológico y de otros tipos que destruyen las bacterias y los virus dañinos en el niño. (7)

Tabla 9. Enfermedades carenciales en los niños de 6 a 24 meses de edad en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Enfermedades carenciales	N°	%
Desnutrición	9	4.5
Anemia	55	27.5
Ninguna	136	68,0
Total	200	100

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

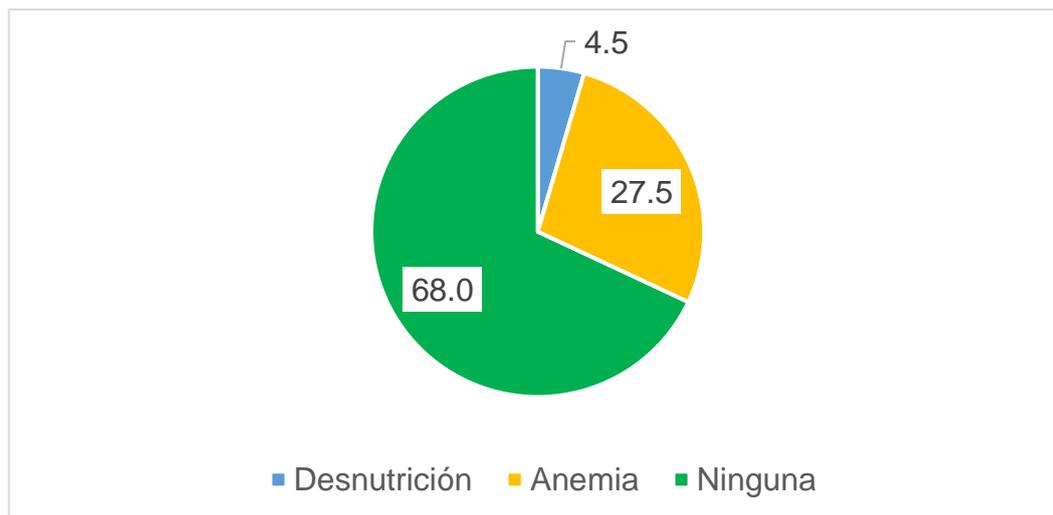


Figura 9. Diagrama circular de las enfermedades carenciales en los niños de 6 a 24 meses de edad en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

En la tabla y figura 9, se puede apreciar que el 27,5%(55) presento anemia, el 4,5%(9) de los lactantes, presento desnutrición, y en el 68,0%(136) de los lactantes no se observó ningún tipo de enfermedades carenciales.

La anemia y la desnutrición como patologías carenciales presentes hacen un acumulado de 32%(64) en la muestra estudiada. Por lo que podemos deducir que la prevalencia de las enfermedades carenciales pudo ocurrir en niños que tuvieron problemas con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ya que ella tiene una variedad de beneficios que refuerza el sistema inmunológico y de otros tipos que destruyen las bacterias y los virus. (9)

Tabla 10. Tiempo de lactancia materna exclusiva en los niños de 6 a 24 meses de edad en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Tiempo de lactancia materna exclusiva	N°	%	% acumulado
0 a 2 meses	67	33.5	33.5
3 a 4 meses	89	44.5	78.0
4 a <6 meses	44	22.0	100.0
Total	200	100.0	

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

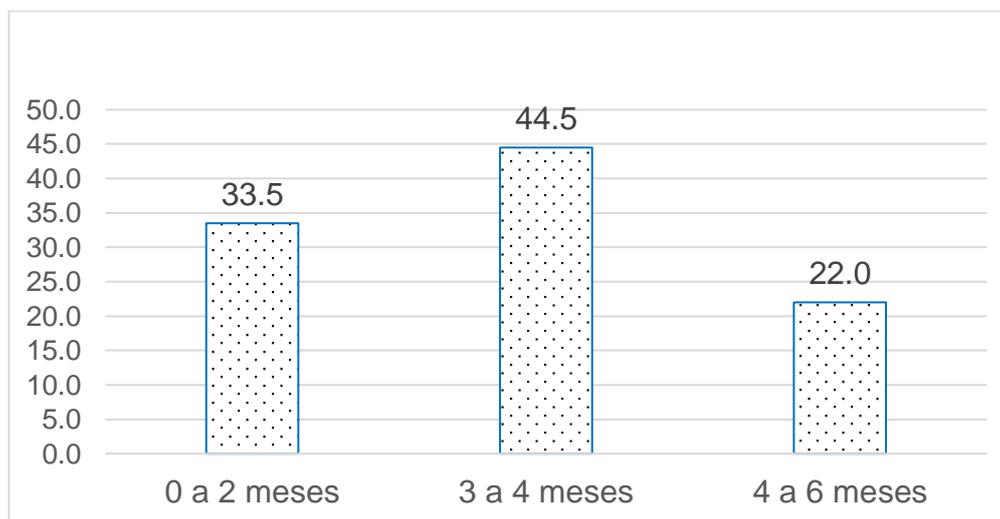


Figura 10. Diagrama de barras del tiempo de lactancia materna exclusiva en los niños de 6 a 24 meses de edad en Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

En la tabla y figura 10, se puede apreciar que en el 44,5%(89) de los niños, el tiempo de lactancia materna exclusiva fue de 3 a 4 meses, en el 33,5%(67) el tiempo de lactancia materna exclusiva fue de 0 a 2 meses y en el 22,0%(44) el tiempo de lactancia materna exclusiva fue de 4 a < 6 meses.

Por lo que podemos deducir que la prevalencia de lactancia materna exclusiva de 0 a 4 meses es de 78% (156) y de 4 a < de 6 meses el 22,0% evidenciándose el déficit de lactancia materna eficaz (10)

Tabla 11. Otros tipos de lactancia materna en los niños de 6 a 24 meses de edad en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Otros tipos de lactancia		N°	%
Alimentación complementaria	Si	142	71.0
	No	58	29.0
	Total	200	100.0
Alimentación con biberón	Si	110	55.0
	No	90	45.0
	Total	200	100.0
Alimentación materna predominante	Si	108	54
	No	92	46
	Total	200	100
Lactancia materna complementaria	Si	142	71.0
	No	58	29.0
	Total	200	100.0

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

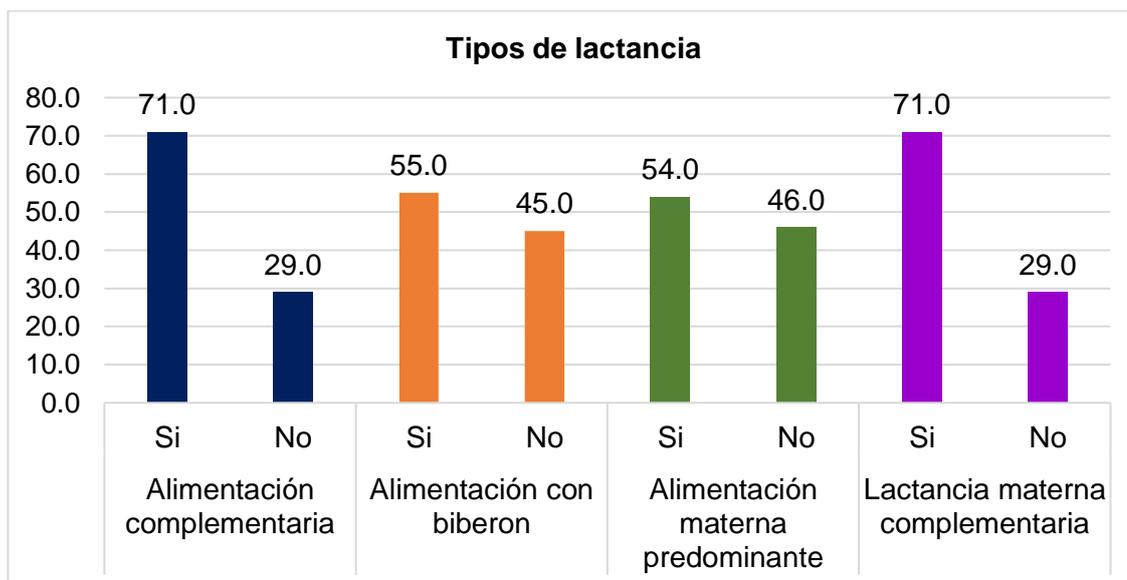


Figura 11. Diagrama de barras de otros tipos de lactancia materna en los niños de 6 a 24 meses de edad en Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

En la tabla y figura 11, se analiza otros tipos de lactancia. Se aprecia que el 71.0% (142) de los niños recibieron alimentación complementaria durante los seis primeros meses de lactancia; mientras que el 29.0% (58) no recibieron este tipo de alimentación.

Se aprecia que el 55.0% (110) de los niños recibieron alimentación con biberón durante los seis primeros meses de lactancia; mientras que el 45.0% (90) no recibieron este tipo de alimentación.

Se aprecia que el 54.0% (108) de los niños recibieron alimentación materna predominante durante los seis primeros meses de lactancia; mientras que el 46.0% (92) no recibieron este tipo de alimentación.

Se aprecia que el 71.0% (142) de los niños recibieron lactancia materna complementaria durante los seis primeros meses de lactancia; mientras que el 29.0% (58) no recibieron este tipo de alimentación.

Por lo que podemos deducir que la prevalencia de lactancia materna complementaria y alimentación complementaria presentan el 71,0%(142) y alimentación con biberón 55,0% (110) y la alimentación materna predominante con 54% (108) demostrando que existe una variedad de abastecimiento de lactancia a los infantes con la mixtura de

todos los tipos de lactancia existente, finalmente el 100% de la muestra de estudio presenta déficit de la lactancia materna eficaz considerando que la lactancia materna exclusiva eficaz es aquel niño que lacto hasta los 6 meses de edad.

5.2 Análisis inferencial

Tabla 12. Relación de las enfermedades respiratorias con el tiempo de la lactancia materna exclusiva en los niños de 6 a 24 meses de edad en Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Enfermedades respiratorias		Tiempo de lactancia materna exclusiva (meses)			Total	Chi ²	Gl	V de Cramer	P valor
		0 a 2	3 a 4	4 a 6					
Neumonías	N°	44	0	0	44	226,2	10	0,75	0,00
	%	22.0%	0.0%	0.0%	22.0%				
Faringitis	N°	23	37	0	60				
	%	11.5%	18.5%	0.0%	30.0%				
Bronquitis	N°	0	5	0	5				
	%	0.0%	2.5%	0.0%	2.5%				
Laringitis	N°	0	21	0	21				
	%	0.0%	10.5%	0.0%	10.5%				
Rinofaringitis	N°	0	3	0	3				
	%	0.0%	1.5%	0.0%	1.5%				
Ninguno	N°	0	22	45	67				
	%	0.0%	11.0%	22.5%	33.5%				
Total	N°	67	88	45	200				
	%	33.5%	44.0%	22.5%	100.0%				

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

En la tabla 12, se analiza las infecciones respiratorias y la lactancia materna eficaz exclusiva; se observa que el 22,0% de los niños que sufrieron neumonías, solo recibieron lactancia materna exclusiva entre 0 a 2 meses; el 18,5% tuvieron faringitis y recibieron lactancia materna exclusiva entre 3 a 4 meses. Mientras que el 22,5% de los niños no sufrieron ninguna enfermedad y recibieron lactancia materna exclusiva entre 4 hasta antes de los 6 meses. Se aprecia el déficit de lactancia materna eficaz entre en dos tercios de los infantes.

El valor de Chi² 226,2, para 10 grado de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades respiratorias se relaciona con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad. Considerando que las tablas analizan variables politómicas, se usa la prueba V de Cramer y el valor hallado fue 0.75, indica buena relación para los

porcentajes altos de las variables analizadas. Es decir, la presencia de enfermedades en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz; por lo que se rechaza la hipótesis nula de la primera hipótesis específica y se acepta su primera hipótesis específica de investigación (Hi1).

La lactancia materna eficaz es el estado en que la madre-hijo/familia demuestran una adecuada habilidad y satisfacción en el proceso de lactancia materna (7), esto incluye el dar la lactancia al niño de forma adecuada, pero en este caso, los resultados indican el déficit de la lactancia materna eficaz.

Tabla 13. Relación de las enfermedades diarreicas con el tiempo de la lactancia materna exclusiva en los niños de 6 a 24 meses de edad en Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Enfermedades diarreicas		Tiempo de lactancia materna exclusiva (meses)			Total	Chi ²	Gl	V de Cramer	P valor
		0 a 2	3 a 4	4 a 6					
Diarrea con moco	N°	47	0	0	47	238,7	10	0,773	0,00
	%	23.5%	0.0%	0.0%	23.5%				
Diarrea con sangre	N°	20	37	0	57				
	%	10.0%	18.5%	0.0%	28.5%				
Diarrea persistente	N°	0	8	0	8				
	%	0.0%	4.0%	0.0%	4.0%				
Diarrea con fiebre	N°	0	20	0	20				
	%	0.0%	10.0%	0.0%	10.0%				
Diarrea con parasitosis	N°	0	3	0	3				
	%	0.0%	1.5%	0.0%	1.5%				
Ninguno	N°	0	20	45	65				
	%	0.0%	10.0%	22.5%	32.5%				
Total	N°	67	88	45	200				
	%	33.5%	44.0%	22.5%	100.0%				

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

En la tabla 13, se analiza las enfermedades diarreicas con el tiempo de lactancia materna exclusiva; se observa que el 23,5% de los niños que presentaron diarrea con moco, solo tuvieron lactancia materna exclusiva entre 0 a 2 meses; el 18,5% presentaron diarrea con sangre y recibieron lactancia materna exclusiva de 3 a 4 meses. Así mismo, los niños que presentaron diarrea persistente y diarrea con parasitosis el tiempo de lactancia materna exclusiva que recibieron fue de 3 a 4 meses. Mientras que el 22,5% de los niños no sufrieron ninguna enfermedad y recibieron Lactancia materna exclusiva de 4 hasta antes de los 6 meses.

El valor de Chi² 238,7, para 10 grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades diarreicas se relaciona con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad. Considerando que las tablas analizan variables politómicas, se usa la prueba V de Cramer y el valor hallado fue 0.77, que indica buena relación para los porcentajes altos de las variables analizadas. Es decir, la presencia de enfermedades en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz; por lo que se rechaza la hipótesis nula de la segunda hipótesis específica y se acepta la segunda hipótesis específica de investigación (Hi₂).

La lactancia materna eficaz es el estado en que la madre-hijo/familia demuestran una adecuada habilidad y satisfacción en el proceso de lactancia materna (7), esto incluye el dar la lactancia al niño de forma adecuada, pero en este caso, los resultados indican el déficit de la lactancia materna eficaz.

Tabla 14. Relación de las enfermedades carenciales con el tiempo de la lactancia materna exclusiva en los niños de 6 a 24 meses de edad en Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Enfermedades carenciales		Tiempo de lactancia materna exclusiva (meses)			Total	Chi ²	Gl	V de Cramer	P valor
		0 a 2	3 a 4	4 a 6					
Desnutrición	Nº	9	0	0	9	186,8	4	0,683	0,00
	%	4.5%	0.0%	0.0%	4.5%				
Anemia	Nº	55	0	0	55				
	%	27.5%	0.0%	0.0%	27.5%				
Ninguna	Nº	3	88	45	136				
	%	1.5%	44.0%	22.5%	68.0%				
Total	Nº	67	88	45	200				
	%	33.5%	44.0%	22.5%	100.0%				

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

En la tabla 14, se analiza las enfermedades carenciales con el tiempo de la lactancia materna exclusiva; se observa que el 27,5%(55) presentaron anemia y recibieron lactancia materna exclusiva de 0 a 2 meses, así mismo el 4,5 %(9) de los niños que sufrieron de desnutrición, recibieron lactancia materna exclusiva entre 0 a 2 meses; Mientras que el 68,0% (135) de los niños que no sufrieron ninguna enfermedad

recibieron lactancia materna exclusiva de 3 a 4 meses un 44% (88) y un 22,5% (45) recibieron lactancia materna exclusiva de 4 a 6 meses.

El valor de χ^2 186,8, para 4 grado de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades carenciales se relaciona con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad. Considerando que las tablas analizan variables politómicas, se usa la prueba V de Cramer y el valor hallado fue 0,68, que indica buena relación para los porcentajes altos de las variables analizadas. Es decir, la presencia de enfermedades carenciales en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz; por lo que se rechaza la hipótesis nula de la tercera hipótesis específica y se acepta la tercera hipótesis específica de investigación (Hi3).

La lactancia materna eficaz es el estado en que la madre-hijo/familia demuestran una adecuada habilidad y satisfacción en el proceso de lactancia materna (7), esto incluye el dar la lactancia al niño de forma adecuada, pero en este caso, los resultados indican el déficit de la lactancia materna eficaz.

Tabla 15. Relación de las enfermedades respiratorias con otros tipos de lactancia en los niños de 6 a 24 meses de edad en Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Enfermedades respiratorias	Otros tipos de lactancia											
	Alimentación complementaria			Alimentación con biberón			Alimentación predominante			Alimentación materna completa		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Neumonía	44	0	44	44	0	44	44	0	44	44	0	44
Faringitis	60	0	60	60	0	60	60	0	60	60	0	60
Bronquitis	5	0	5	5	0	5	4	1	5	5	0	5
Laringitis	21	0	21	1	20	21	0	21	21	21	0	21
Rinofaringitis	3	0	3	0	3	3	0	3	3	3	0	3
Ninguno	9	58	67	0	67	67	0	67	67	7	60	67
Total	142	58	200	110	90	200	108	92	200	140	60	200
Estadístico	Chi ² 162,2	Gl 5	P valor 0,000	Chi ² 196,2	Gl 5	P valor 0,000	Chi ² 196,8	Gl 5	P valor 0,000	Chi ² 170,1	Gl 5	P valor 0,000

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

En la tabla 15, se analiza la relación de las enfermedades respiratorias con otros tipos de lactancia. En primer lugar, se observa que la neumonía, la faringitis y laringitis afectaron a los niños lactantes que recibieron alimentación complementaria durante la lactancia. El valor de Chi² 162,2, para cinco grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades respiratorias se relaciona con la alimentación complementaria. Es decir, la presencia de enfermedades en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz.

En la alimentación con biberón en primer lugar se evidencia la neumonía y faringitis y en menor porcentaje la bronquitis. El valor de la Chi² 196,2 para cinco grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades respiratorias se relaciona con la alimentación en biberón con otros tipos de alimentación durante la lactancia. Es decir, la presencia de enfermedades en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz.

En la alimentación predominante en primer lugar se evidencia la neumonía, faringitis y en menor porcentaje la bronquitis. El valor de la χ^2 196,8 para cinco grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades respiratorias se relaciona con la alimentación en predominante durante la lactancia. Es decir, la presencia de enfermedades en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz.

En la alimentación materna completa en primer lugar se evidencia la faringitis, seguido de neumonía, laringitis y en menor porcentaje la bronquitis y rinofaringitis. El valor de la χ^2 170,1 para cinco grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades respiratorias se relaciona con la alimentación materna completa antes del tiempo indicado. Es decir, la presencia de enfermedades en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz.

Es decir, Las Infecciones respiratorias se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños de 6 a 24 meses; por lo que se rechaza la hipótesis nula de la cuarta hipótesis específica y se acepta la cuarta hipótesis específica de investigación (H_{i4}).

Tabla 16. Relación de las enfermedades diarreicas con otros tipos de lactancia en los niños de 6 a 24 meses de edad en Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Enfermedades diarreicas	Otros tipos de lactancia											
	Alimentación complementaria			Alimentación con biberón			Alimentación predominante			Alimentación materna completa		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Diarrea con moco	47	0	47	47	0	47	47	0	47	47	0	47
Diarrea con sangre	57	0	57	57	0	57	57	0	57	57	0	57
Diarrea persistente	8	0	8	6	2	8	4	4	8	8	0	8
Diarrea con fiebre	20	0	20	0	20	20	0	20	20	20	0	20
Diarrea con parasitosis	3	0	3	0	3	3	0	3	3	3	0	3
Ninguno	7	58	65	0	65	65	0	65	65	5	60	65

Total	142	58	200	110	90	200	108	92	200	140	60	200
Estadístico	Chi ² 169,7	Gl 5	P valor 0,000	Chi ² 193,9	Gl 5	P valor 0,000	Chi ² 191,9	Gl 5	P valor 0,000	Chi ² 178,0	Gl 5	P valor 0,000

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

En la tabla 16, se analiza la relación de las enfermedades diarreicas con otros tipos de lactancia. En primer lugar, se observa la alimentación complementaria en relación con las enfermedades diarreicas en el que se presenta en mayor porcentaje diarrea con sangre, diarrea con moco, diarrea con fiebre y en menor porcentaje diarrea persistente, diarrea con parasitosis y finalmente ningún tipo de diarrea. El valor de Chi² 169,7, para cinco grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades diarreicas se relaciona con la alimentación complementaria. Es decir, la presencia de enfermedades diarreicas en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz.

En la alimentación en biberón en relación con las enfermedades diarreicas en el que se presentó en mayor porcentaje diarrea con sangre, diarrea con moco y diarrea persistente, El valor de Chi² 193,9 para cinco grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades diarreicas se relaciona con la alimentación en biberón. Es decir, la presencia de enfermedades diarreicas en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz.

En la alimentación predominante en relación con las enfermedades diarreicas en el que se presentó en mayor porcentaje diarrea con sangre, diarrea con moco y diarrea persistente, El valor de Chi² 191,9 para cinco grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades diarreicas se relaciona con la alimentación predominante. Es decir, la presencia de enfermedades diarreicas en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz.

En la alimentación materna completa en relación con las enfermedades diarreicas presentándose en mayor porcentaje diarrea con sangre, diarrea con moco, diarrea con fiebre y en menor porcentaje diarrea persistente, diarrea con parasitosis y finalmente ningún

tipo de diarrea, El valor de χ^2 178, para cinco grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades diarreicas se relaciona con la alimentación materna completa. Es decir, la presencia de enfermedades diarreicas en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz

Es decir, Las enfermedades diarreicas se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños en los niños de 6 a 24 meses; por lo que se rechaza la hipótesis nula de la quinta hipótesis específica y se acepta la quinta hipótesis específica de investigación (H_{i5}).

Tabla 17. Relación de las enfermedades carenciales con otros tipos de lactancia en los niños de 6 a 24 meses de edad en Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Enfermedades carenciales	Otros tipos de lactancia											
	Alimentación complementaria			Alimentación con biberón			Alimentación predominante			Alimentación materna completa		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Desnutrición	9	0	9	9	0	9	9	0	9	9	0	9
Anemia	55	0	55	55	0	55	55	0	55	55	0	55
Ninguna	78	58	136	46	90	136	44	92	136	76	60	136
Total	142	58	200	110	90	200	108	92	200	140	60	200
Estadístico	Chi ² 38,4	Gl 2	P valor 0,000	Chi ² 77,0	Gl 2	P valor 0,000	Chi ² 80,2	Gl 2	P valor 0,000	Chi ² 40,3	Gl 2	P valor 0,000

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

En la tabla 17, se analiza la relación de las enfermedades carenciales con otros tipos de lactancia. En primer lugar, se observa la alimentación complementaria en relación con las enfermedades carenciales en el que se presenta en mayor porcentaje la anemia seguido de la desnutrición y finalmente ningún tipo de enfermedad carencial. El valor de χ^2 38,4, para dos grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades carenciales se

relaciona con la alimentación complementaria. Es decir, la presencia de enfermedades carenciales en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz.

En la alimentación en biberón en relación con las enfermedades carenciales en el que se presenta en mayor porcentaje la anemia seguido de la desnutrición y finalmente ningún tipo de enfermedad carencial. El valor de Chi^2 77,4, para dos grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades carenciales se relaciona con la alimentación en biberón. Es decir, la presencia de enfermedades carenciales en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz.

En la alimentación predominante en relación con las enfermedades carenciales en el que se presenta en mayor porcentaje la anemia seguido de la desnutrición y finalmente ningún tipo de enfermedad carencial. El valor de Chi^2 80,2, para dos grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades carenciales se relaciona con la alimentación predominante. Es decir, la presencia de enfermedades carenciales en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz.

En la alimentación materna completa en relación con las enfermedades carenciales en el que se presenta en mayor porcentaje la anemia seguido de la desnutrición y finalmente ningún tipo de enfermedad carencial. El valor de Chi^2 40,3, para dos grados de libertad y p valor 0,000 indica que los datos obtenidos tienen diferencia significativa, porque la presencia de enfermedades carenciales se relaciona con la alimentación materna completa. Es decir, la presencia de enfermedades carenciales en los infantes se debe al déficit de la lactancia materna eficaz.

Es decir, Las enfermedades carenciales se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños en los niños de 6 a 24 meses; por lo que se rechaza la hipótesis nula de la sexta hipótesis específica y se acepta la sexta hipótesis específica de investigación (H_{i6}).

Tabla 18. Relación del tiempo de lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes en los niños de 6 a 24 meses de edad en Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

Tiempo de lactancia materna eficaz (meses)	Enfermedades prevalentes						Total	Chi ²	Gl	V de Cramer	P valor
	Neumonía	Diarrea	Faringitis	Gastroenteritis	Parasitosis	Ninguno					
0 a 2	N°	44	23	0	0	0	0	67			
	%	22.0%	11.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.5%			
3 a 4	N°	0	47	9	23	3	6	88			
	%	0.0%	23.5%	4.5%	11.5%	1.5%	3.0%	44.0%	283,2	10	0,841
4 a 6	N°	0	0	0	0	0	45	45			0,00
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	22.5%	22.5%			
Total	N°	44	70	9	23	3	51	200			
	%	22.0%	35.0%	4.5%	11.5%	1.5%	25.5%	100.0%			

Fuente: cuestionario para monitorear lactancia materna y enfermedades prevalentes en lactantes.

En la tabla 18, se analiza la relación del tiempo de lactancia materna exclusiva con las enfermedades prevalentes. Se observa el 23.5% (47) de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva de 3 a 4 meses sufrieron diarrea; el 22.0% (44) de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva de 0 a 2 meses sufrieron neumonía. Es interesante observar que el 22.5% (45) de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva de 4 a 6 meses no sufrieron ninguna enfermedad. Demostrándose que a mayor tiempo de lactancia materna exclusiva mejora la inmunología del lactante.

El valor de Chi² 283,2, para 10 grados de libertad y p valor 0,000 ($p < 0.05$) indica que los datos conseguidos tienen diferencia significativa, y el valor de V de Cramer 0,841 confirma muy buena relación de las enfermedades prevalentes con el déficit de lactancia materna eficaz en los infantes, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Estos resultados son concordantes con una investigación en Huaral en la que el 75.8% de niños abandonaron la lactancia materna, de ellos, el 61.3% presentaron infección respiratoria aguda y el 30.6% desarrollaron enfermedades diarreicas (8).

5.3 Discusión de resultados

En el estudio nos planteamos como objetivo principal determinar la relación entre el déficit de lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes de la infancia en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma – 2018 de enfoque cuantitativo de tipo aplicada y un diseño no experimental de nivel explicativo observacional aplicado a 200 niños entre 6 a 24 meses que acudieron al Hospital en estudio, por ende de acuerdo al análisis inferencial se pudo inferir en relación a los meses de lactancia materna exclusiva con las enfermedades prevalentes de la infancia el 23,5% (47) de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva de 3 a 4 meses sufrieron diarrea; el 22,0% (44) de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva de 0 a 2 meses sufrieron neumonía. Es interesante observar que el 22,5% (45) de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva de 4 a 6 meses no sufrieron ninguna enfermedad. Demostrándose que a mayor tiempo de lactancia materna exclusiva mejora la inmunología del lactante. El valor de χ^2 283,2, para 10 grados de libertad y p valor 0,000 ($p < 0.05$) indica que los datos conseguidos tienen diferencia significativa, y el valor de V de Cramer 0,841 confirma muy buena relación de las enfermedades prevalentes con el déficit de lactancia materna eficaz en los infantes. Estos resultados son concordantes con una investigación en Huaral en la que el 75,8% de niños abandonaron la lactancia materna, de ellos, el 61,3% presentaron infección respiratoria aguda y el 30,6% desarrollaron enfermedades diarreicas (8). **Díaz O, et al.** (10) En su estudio sobre aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia materna en el primer año de vida nos presenta un estudio descriptivo en el que integro 101 niños. Se obtuvo que 97 de 101 infantes evaluados gozaban de lactancia materna exclusiva (96%), para después presentar un progresivo decaimiento, en el que solo 38 infantes (37,62%) de 4 meses y 1/6 de meses (0,9%), mantuvieron la lactancia materna exclusiva hasta el séptimo mes de vida. El sesgo nutricional se asoció significativamente con el retiro del amamantamiento. La infección aguda del tracto respiratorio superior es la patología más común entre los bebés, incluso cuando estos son amamantados exclusivamente.

Encontramos que en el 35,0% (70) de los lactantes, la enfermedad prevalente es la diarrea, en el 22,0% (44) las neumonías y 11,5% (23) la faringitis; por lo que en el 68,5% (137) de los lactantes, las tres enfermedades de mayor porcentaje fueron prevalentes; mientras en una cuarta parte de los lactantes no se observó ninguna de las enfermedades. Por lo que podemos deducir que la prevalencia de las enfermedades pudo ocurrir en niños que tuvieron algún problema con la ingesta de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, ya que ella tiene beneficios que pudieran evitar muchas enfermedades (6) mientras **Injante-Injante M, et al.** En su estudio lactancia materna exclusiva como factor de protección para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, en niños de 6 a 11 meses en un hospital general de Ica, Perú Cuando la madre brinda lactancia materna exclusiva, tiene instrucción superior y se lava las manos antes de preparar los alimentos, disminuye el riesgo de IRA. Asimismo, cuando la madre trabaja, es soltera, no se almacena agua en la vivienda, existe lactancia materna exclusiva, recibieron información sobre lactancia materna exclusiva, se lava las manos antes de preparar los alimentos disminuye el riesgo de EDA cabe resaltar que es importante insistir en las actividades preventivas promocionales relacionadas a la lactancia materna exclusiva.

Se pudo apreciar que el 27,5% (55) presento anemia, el 4,5% (9) de los lactantes, presento desnutrición, y en el 68,0% (136) de los lactantes no se observó ningún tipo de enfermedades carenciales. La anemia y la desnutrición como patologías carenciales presentes hacen un acumulado de 32% (64) en la muestra estudiada. Por lo que podemos deducir que la prevalencia de las enfermedades carenciales pudo ocurrir en niños que tuvieron problemas con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ya que ella tiene una variedad de beneficios que refuerza el sistema inmunológico y de otros tipos que destruyen las bacterias y los virus. Puente-Perpinan, M. et al. En su trabajo Factores de riesgo relacionados con la anemia carencial en lactantes de 6 meses. MEDISAN [online]. 2014 encontramos que la lactancia artificial, los antecedentes familiares de madre con anemia en el embarazo, la desnutrición por defecto y las infecciones respiratorias constituyeron los factores de riesgo que influyeron en la aparición de ese trastorno en los lactantes de 6 meses pertenecientes a la muestra investigada.

Encontramos que en el 35,0%(70) de los lactantes, presento diarrea con moco, en el 22,0%(44) diarrea con sangre y 11,0%(22) diarrea persistente y en menor porcentaje diarrea con fiebre y diarrea por parasitosis; por lo que en el 74,5%(149) de los lactantes, presento enfermedades diarreicas; mientras en una cuarta parte de los lactantes no se observó ningún tipo de diarrea. Por lo que podemos deducir que la prevalencia de las enfermedades diarreicas pudo ocurrir en niños que tuvieron problemas con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ya que ella tiene una variedad de beneficios que refuerza el sistema inmunológico y de otros tipos que destruyen las bacterias y los virus.

(5) Kindelan GR, et, al. Realizo la investigación en pacientes ingresados a causa de enfermedad diarreica aguda según tipo de lactancia. estudio descriptivo y transversal de 71 lactantes menores de 7 meses de edad, ingresados en el Servicio de Enfermedades Diarreicas Agudas del Hospital Infantil Docente Sur “Dr. Antonio María Béguez César” de Santiago de Cuba encontraron según variables clínico epidemiológicas de interés. En la serie predominaron la lactancia artificial (32,4%), los pacientes con género de vida regular (62,0%), el estado nutricional eutrófico (63,3%) y la diarrea osmótica (59,1%); también se observó que las madres menores de 25 años fueron las de mayor frecuencia en cuanto al abandono de la lactancia materna. Se concluye que la práctica inapropiada de dicha lactancia estuvo acorde con algunas variables desfavorables como el género de vida y la edad materna.

5.4. Aporte de la Investigación

A continuación, proporcionamos una descripción detallada capítulo por capítulo de las contribuciones más relevantes de este estudio.

Las contribuciones a conferencias y revistas profesionales también necesarias para hacer extensiva la investigación.

En el Capítulo 2, destinado al estudio del déficit en lactancia materna de niños entre 6 a 24 meses de edad y las enfermedades prevalentes en ellos:

- Revisión conceptual y estudio crítico de las teorías sobre los déficits en lactancia de niños de 6 meses a 2 años de edad.
- El mismo servirá como aporte teórico para futuras investigaciones en escenarios similares a esta investigación.

Este estudio nos llevó a determinar que se necesita una gama apropiada de atención al cliente externo en control prenatal, planificación familiar y otros servicios entre otros aspectos las familias necesitan ser planificadas y lo más importante, que cuando las parejas concluyan tener hijos, la futura madre debe ser capacitada en crecimiento y desarrollo de su niño. Otro aporte que nos dejó la investigación es que la alimentación es muy importante ya que fortalece la calidad de la leche materna que será suministrada a los lactantes.

CONCLUSIONES

1. Las características sociales y demográficas de los niños de 6 a 24 meses según el sexo el 54,0% (108) son mujeres entre 6 a 12 meses de edad; mientras que el 39,5% (79) son varones de 13 a 24 meses y solo 6,5% (13) son mujeres entre 13 y 24 meses respectivamente. Según edad gestacional al nacimiento el 75,5% (151) de los niños en estudio nacieron entre 38 a 41 semanas, un 17,0% (34) nacieron en el intervalo de 34 a 37 semanas y un 5,5% (11) de 42 a más semanas de edad gestacional. De acuerdo al peso al nacer de los niños de 6 a 24 meses el 47,5% (95) de los niños nacieron con 3,2 a 3,8 kg de peso, el 34,5% (69) nacieron en el intervalo de 2,5 a 3,2 kg. Resaltando que el 9% (18) son niños de bajo peso al nacer y un 2%(4) son niños macrosómicos características que se considera pertinente ya que en conjunto confieren riesgos para la salud.(3). Número de hijos vivos y meses de lactancia materna exclusiva encontramos que tienen un hijo, el 22,0% (44) dieron de lactar entre 3 a 4 meses de manera exclusiva; los que tienen 2 a 3 hijos, el 19,0% (38) dieron de lactar entre 0 a 2 meses. Las madres que tenían 4 a 6 hijos, son los que indican menor descuido en la lactancia materna exclusiva. Referido a los controles médicos el 71.5% (143 niños) fueron llevados a los controles médicos cada mes; así mismo, el 11.0% (22 niños) fueron llevados por sus madres dos veces al mes o cuando se enfermaban, respectivamente. Los demás, a cada año. (Tablas y figuras N° 1,2,3,4,5).
2. Las enfermedades prevalentes en los niños de 6 a 24 meses identificados presentaron en el 35,0% (70) de los lactantes, la enfermedad prevalente es la diarrea, en el 22,0% (44) las neumonías y 11,5% (23) la faringitis y en menor porcentaje presenta la gastroenteritis y parasitosis en el 74,5 % (149) de los lactantes; mientras en una cuarta parte de los lactantes no se observó ninguna de las enfermedades. Por lo que podemos deducir que la prevalencia de las enfermedades pudo ocurrir en niños que tuvieron algún problema con la ingesta de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, ya que ella tiene beneficios que pudieran evitar muchas enfermedades (6). (Tabla y figura N° 6).

3. Las enfermedades diarreicas que presentaron los niños de 6 y 24 meses fueron el 35,0% (70) de los lactantes, presento diarrea con moco, en el 22,0% (44) diarrea con sangre y 11,0% (22) diarrea persistente y en menor porcentaje diarrea con fiebre y diarrea por parasitosis; por lo que en el 74,5% (149) de los lactantes, presento enfermedades diarreicas; mientras en una cuarta parte de los lactantes no se observó ningún tipo de diarrea. Por lo que podemos deducir que la prevalencia de enfermedades diarreicas pudo ocurrir en niños que tuvieron problemas con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ya que ella tiene una variedad de beneficios que refuerza el sistema inmunológico y de otros tipos que destruyen las bacterias y los virus. (5) (Tabla y figura N° 7).
4. Las enfermedades respiratorias que presentaron los niños de 6 y 24 meses son el 30,0% (60) de los lactantes, presento faringitis, en el 22,0% (44) neumonías y 10,5% (21) laringitis, en menor porcentaje bronquitis y rinofaringitis; por lo que en el 66,5% (133) de los lactantes, presento enfermedades respiratorias; mientras que el 33,5% (67) de los lactantes no se observó ningún tipo de enfermedades respiratorias. Por lo que podemos deducir que la prevalencia de las enfermedades respiratorias pudo ocurrir en niños que no tuvieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ya que ella tiene una variedad de beneficios que refuerza el sistema inmunológico y de otros tipos que destruyen las bacterias y los virus dañinos en el niño. (7) (Tabla y figura N° 8).
5. Las enfermedades carenciales que presentan los niños de 6 a 24 meses fue el 27,5% (55) presento anemia, el 4,5% (9) de los lactantes, presento desnutrición, y en el 68,0% (136) de los lactantes no se observó ningún tipo de enfermedades carenciales. La anemia y la desnutrición como patologías carenciales presentes hacen un acumulado de 32% (64) en la muestra estudiada. Por lo que podemos deducir que la prevalencia de las enfermedades carenciales pudo ocurrir en niños que tuvieron problemas con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ya que ella tiene una variedad de beneficios que refuerza el sistema inmunológico y de otros tipos que destruyen las bacterias y los virus. (9) (Tabla y figura N° 9).

6. El tiempo de lactancia materna exclusiva que tuvieron los niños de 6 a 24 meses fue en el 44,5% (89) de los niños, el tiempo de lactancia materna exclusiva fue de 3 a 4 meses, en el 33,5% (67) el tiempo de lactancia materna exclusiva fue de 0 a 2 meses y en el 22,0% (44) el tiempo de lactancia materna exclusiva fue de 4 a < 6 meses. Por lo que podemos deducir que la prevalencia de lactancia materna exclusiva de 0 a 4 meses es de 78% (156) y de 4 a < de 6 meses el 22,0% evidenciándose el déficit de lactancia materna eficaz (10) (Tabla y figura N° 10).
7. Otros tipos de lactancia que tuvieron los niños de 6 a 24 meses encontramos que el 71.0% (142) de los niños recibieron alimentación complementaria durante los seis primeros meses de lactancia; mientras que el 29.0% (58) no recibieron este tipo de alimentación. El 55.0% (110) de los niños recibieron alimentación con biberón durante los seis primeros meses de lactancia; mientras que el 45.0% (90) no recibieron este tipo de alimentación. El 54.0% (108) de los niños recibieron alimentación materna predominante durante los seis primeros meses de lactancia; mientras que el 46.0% (92) no recibieron este tipo de alimentación. El 71.0% (142) de los niños recibieron lactancia materna complementaria durante los seis primeros meses de lactancia; mientras que el 29.0% (58) no recibieron este tipo de alimentación. Por lo que podemos deducir que la prevalencia de lactancia materna complementaria y alimentación complementaria presentan el 71,0%(142) y alimentación en biberón 55,0% (110) y la alimentación materna predominante con 54% (108) demostrando que existe una variedad de abastecimiento de lactancia a los infantes con la mixtura de todos los tipos de lactancia existente, finalmente el 100% de la muestra de estudio presenta déficit de la lactancia materna eficaz considerando que la lactancia materna exclusiva eficaz es aquel niño que lacto hasta los 6 meses de edad. (Tabla y figura N° 11).

SUGERENCIAS

A autoridades de los hospitales

1. Como recomendaciones al ente rector del hospital para que adopten estrategias focalizando de acuerdo a las características sociales y demográficas que permitan a las madres iniciar la lactancia lo antes posible en sala de partos o dentro de la primera hora de vida. Un vigoroso reflejo o instinto de succión antes de caer en un sueño profundo. Es importante porque promueve el aprendizaje del recién nacido y estimula la producción de leche.
2. Sensibilizar a la población usuaria sobre prevención de las enfermedades prevalentes más comunes en la zona y difundir sobre la necesidad de que las madres amamenten exclusivamente a sus hijos hasta los 6 meses de edad con el propósito de evitar el déficit de la lactancia materna eficaz.
3. Realizar campañas de concientización a las madres de familia con respecto a las enfermedades diarreicas enfatizando en la prevención y a su vez incidir en la importancia de dar de lactar a su niño durante esta patología resaltando sobre todo que como mínimo debe ser hasta los 6 meses con leche materna exclusiva y así evitar enfermedades en los niños cómo se descubrió en este estudio.

A las madres

4. Optimizar el cuidado en la prevención de las enfermedades respiratorias y mejorar las practicas alimenticias para fortalecer la calidad de la leche materna que será suministrada a los lactantes. Mantener una buena atención prenatal y planificación familiar para que las familias estén planificadas. Lo que es más importante, cuando una pareja decide tener hijos, se cuenta con el cuidado prenatal adecuado y se educa a las madres sobre el crecimiento y desarrollo de sus recién nacidos.

5. Mejorar el cuidado en la prevención de las enfermedades carenciales y realizar prácticas permanentes relacionados a una alimentación adecuada para fortalecer la calidad de la leche materna que será suministrada a los lactantes. Por ningún motivo dejar de suministrar la leche materna a su niño o niña.
6. La madre debe optimizar el tiempo de administración de la leche materna al niño valorando los beneficios de la lactancia materna exclusiva tanto en contenido nutricional y afectivo de la madre al niño.
7. Las madres lactantes deben conocer los otros tipos de lactancia materna con la finalidad de diferenciar la calidad y el momento de administrar a su niño o niña de ser necesario valorando lo más conveniente para su el niño.

REFERENCIAS

1. Calderón Reynoso I, Calzada Parra A, Lamas Ávila M, Hernández Cardosa MF, López Milián M. Lactancia materna como un derecho del niño a la vida. MEDISAN. 2006.
2. (CRC) OCdIDdN. Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al artículo 44 de la Convención: Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño. 2010: p. 503-665.
3. World Health Organization &U. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 20 Avenue Appia, 1211; 2003.
4. (OMS-UNICEF). OMdISFdINUpII. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente Temas Salud del niño. [Online]; 2018. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/.
5. Balboa A. Diarrea aguda. Revista Española de Enfermedades Digestivas. (2005); 97(4): p. 290.
6. J. Fernando Gomez, L. Fernando Gomez, Augusto Quevedo Editores. Pautas de Tratamiento en Pediatría Medellín: Universidad de antioquia; 2008.
7. Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades Infecciosas Infecciones Respiratorias y Cardiovasculares. Séptima ed. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2012.
8. Martínez AV. Manual de Medicina de Urgencias Saavedra JLM, editor. México, DF: El manual Moderno; 2011.
9. FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo, Fomentando la resiliencia en aras de la paz y la seguridad

alimentaria. Roma; 2017. Acceso 10 de 09 de 2018. Disponible en: www.fao.org/publications/es.

10. Díaz Tabares, O., Soler Quintana, M. L., Ramos Rodríguez, A. O., & González Masón, L. Aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia durante el primer año de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17. 2001: p. 336-343.
11. Durán Menéndez, Raisa, Villegas Cruz, Déborah, Sobrado Rosales, Zeida, & Almanza Mas, Manuel. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*. 1999; 71(2): p. 72-79.
12. Durán Menéndez, Raisa, Villegas Cruz, Déborah, Sobrado Rosales, Zeida, & Almanza Mas, Manuel. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*. 1999; 71(2): p. 72-79.
13. Barriuso, L., Miguel, M. de, & Sánchez, M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007; 30 (3): p. 383-391.
14. Alzate-Meza María Camila, Arango César, Castaño-Castrillón José Jaime, Henao-Hurtado Angélica María, Lozano-Acosta María Margarita, Muñoz-Salazar Geovanny. Lactancia Materna como Factor Protector para Enfermedades Prevalentes en Niños hasta los 5 años de Edad en algunas Instituciones Educativas de Colombia "009. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2011: p. 57-63.
15. LE Veramendi-Espinoza Jessica Zafra-Tanaka Leonardo Ugaz-Soto NM Villa-Santiago AA Pinto-Arica MM Moras-Rosado. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS DE COMUNIDAD RURAL PERUANA Y SU ASOCIACIÓN

CON LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA. Investigación Médico Estudiantil Latinoamericana (CIMEL). 2012; 17(2).

16. CAIRO LAVADO J. Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Seis Meses y Factores Asociados en Niños Nacidos Sanos. Anales de la Facultad de Medicina, UNMSM. 2000; 61(3): p. 193-200.
17. Reyes MRP. Factores de Riesgo para Infecciones Respiratorias Agudas en Niños Menores de 1 año. C.S. Santa Fe. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. 2015; p. 574.
18. Paita E. Influencia del Legado Cultural en la Práctica de la Lactancia Materna en la Zona Rural y Urbana de la Provincia de Tarma.
19. Cunningham, G. MacDonald, P. Gant, N. Leveno, K. Gilstrap, L.. Williams Obstetricia Mexico D.F.: Masson S.A.; 1996.
20. Mongrut Steane A. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 4th ed. Lima; 2000.
21. Aguayo, J. Hernandez, M. Arena, J. Landa, L. Lazarte, J. Diaz N.Lozano, M. Gomez, A. Lactancia Materna: guía para profesionales Madrid: Ergon; 2004.
22. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey and Jeanne S. Sheffield. Williams. Obstetricia, 24e. 24th ed. BARCELONA: McGraw-Hill Medical; 2015.
23. Schwarcz, R. Duverges, C. Diaz, A. Horacio, R. Obstetricia. 4th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1986.
24. OPS, UNICEF, ONU. Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño. 02-04 de Dic. de 2008.

25. OMS, UNICEF. Promoción de una alimentación apropiada de los lactantes. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. 2003; p. 8.
26. Mercedes Ramírez de Materán, Mariana Materán, Glenda Chávez, Pascual Fior, Alexander Cárdenas. Factores Psicológicos y Culturales de la lactancia materna en madres del Centro Ambulatorio "Los Guayos" y Centro Policlínico Valencia. SALUS Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2001 - 2002; 7(1): p. 21-27.
27. MINSA. LACTANCIA MATERNA.
28. Organización Panamericana de la Salud (OPS). AIEPI en Las Americas Enfermedades Prevalentes de la Infancia Washington D. C.: Oficina Regional OMS; 2008.

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“RELACIÓN ENTRE EL DÉFICIT DE LA LACTANCIA MATERNA EFICAZ CON LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN EL HOSPITAL DE APOYO “FÉLIX MAYORCA SOTO” DE LA PROVINCIA DE TARMA - 2018”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	UNIDAD DE ANÁLISIS
<p>GENERAL: Cuál es la relación del déficit de la lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes de la infancia en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <p>1. ¿Qué características socioeconómicas y demográficas presentan los niños de 6 meses a 2 años en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?</p> <p>2. ¿Cuáles son las enfermedades prevalentes en los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?</p> <p>3. ¿Qué enfermedades diarreicas presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?</p> <p>4. ¿Qué enfermedades respiratorias presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?</p> <p>5. ¿Qué enfermedades carenciales presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?</p> <p>6. ¿Qué tiempo de lactancia materna exclusiva tuvieron los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?</p> <p>7. ¿Cuáles son los otros tipos de lactancia que tuvieron los niños de 6 meses a 2 años en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018?</p>	<p>GENERAL: Evidenciar la relación entre el déficit de la lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes de la infancia en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <p>1. Conocer las características sociales y demográficas de los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018</p> <p>2. Identificar las enfermedades prevalentes en los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.</p> <p>3. Determinar las enfermedades diarreicas que presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.</p> <p>4. Determinar las enfermedades respiratorias que presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.</p> <p>5. Determinar las enfermedades respiratorias que presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.</p> <p>6. Determinar las enfermedades respiratorias que presentan los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018.</p> <p>7. Identificar los otros tipos de lactancia que tuvieron los niños de 6 a 24 meses en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma 2018</p>	<p>GENERAL: Hi. Existe relación entre el déficit de la lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes de la infancia. Ho. No existe relación entre el déficit de la lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes de la infancia.</p> <p>ESPECÍFICAS: Hi1. Las características sociales y demográficas se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad. Ho1. Las características sociales y demográficas no se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad. Hi2. Las enfermedades respiratorias se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad. Ho2. Las enfermedades respiratorias no se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad. Hi3. Las enfermedades diarreicas se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad. Ho3. Las enfermedades diarreicas no se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad. Hi4. Las enfermedades carenciales se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad. Ho4. Las enfermedades carenciales no se relacionan con el déficit de la lactancia materna eficaz en los niños de 6 a 24 meses de edad. Hi5. Las infecciones respiratorias se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños de 6 a 24 meses de edad. Ho5. Las infecciones respiratorias no se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños de 6 a 24 meses de edad. Hi6. Las enfermedades diarreicas se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños de 6 a 24 meses de edad. Ho6. Las enfermedades diarreicas no se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños de 6 a 24 meses de edad. Hi7. Las enfermedades carenciales se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños de 6 a 24 meses de edad. Ho7. Las infecciones carenciales no se relacionan con otros tipos de lactancia en los niños de 6 a 24 meses de edad.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Déficit De La Lactancia Materna Eficaz.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE: Enfermedades Prevalentes De La Infancia.</p> <p>VARIABLES INTERVINIENTES Lactancia predominante Lactancia materna completa Alimentación complementaria de Lactancia de biberón. Sexo Peso al Nacer Edad gestacional Hijos vivos Controles médicos.</p>	<p>POBLACION Estuvo conformada por 265 mujeres lactantes de niños de 6 meses a 2 años que acudieron a control de enero a junio del 2018 a través de los consultorios externos del Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto” de la provincia de Tarma.</p> <p>MUESTRA Corresponde al muestreo no probabilístico por conveniencia de 200 madres lactantes de niños de 6 meses a 2 años que participaron del control al hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”, seleccionados considerando los criterios de inclusión y exclusión</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACION El nivel de investigación es explicativo. Se intenta explicar la relación causal entre la variable independiente y dependiente, además de las variables intervinientes.</p> <p>TIPOS DE INVESTIGACIÓN El tipo de investigación es prospectivo observacional transversal, analítica, porque se pretende comparar el déficit de la lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN. Se utilizará el método cuantitativo no experimental.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Es analítico, diseño explicativo que nos ha permitido el análisis de la causalidad a fin de establecer la relación de causa efecto de las variables Déficit de la lactancia materna eficaz y otro tipo de lactancia materna, características socio demográficas de la población en estudio sobre la variable Enfermedades prevalentes de la infancia.</p>

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días mi nombre **Elsa Lourdes PAITA HUATA** responsable del Proyecto **“RELACIÓN ENTRE EL DÉFICIT DE LA LACTANCIA MATERNA EFICAZ CON LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN EL HOSPITAL DE APOYO “FÉLIX MAYORCA SOTO”** estudiante del doctorado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco encontrándome en estos momentos en estas instalaciones con la finalidad de aplicar una encuesta sobre el déficit de una lactancia materna eficaz relacionada con enfermedades prevalentes de la infancia en niños /As de 6 meses a 2 años de edad. Las respuestas serán de gran ayuda para nuestro estudio el cual busca maneras para mejorar la salud de los niños /as de 6 meses a 2 años en la provincia de Tarma.

El objetivo del proyecto es mejorar la calidad y calidez de los servicios del Hospital para los /las niños/as de 6 meses a 2 años. La información que me proporcione de su hijo/a será estrictamente confidencial y anónima, solamente será utilizada para fines del presente estudio. En el cuestionario haremos preguntas sobre: Presencia de enfermedades prevalentes de la infancia, lactancia materna, otro tipo de lactancia, características individuales.

La participación voluntaria y gratuita. El tiempo de llenado del cuestionario es de aproximadamente 30 minutos y no contiene preguntas que pongan en riesgo la integridad de su hijo/a.

Yo.....

IDENTIFICADA CON DNI

MADRE DEL O LA MENORACEPTO

VOLUNTARIAMENTE SER PARTICIPE DE LA PRESENTE INVESTIGACION.

FIRMA.....

.....

ANEXO 03

CUESTIONARIO PARA MONITOREAR LACTANCIA MATERNA Y ENFERMEDADES PREVALENTES EN LACTANTES

TEMA: RELACIÓN ENTRE EL DÉFICIT DE LA LACTANCIA MATERNA EFICAZ CON LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN EL HOSPITAL DE APOYO “FÉLIX MAYORCA SOTO” DE LA PROVINCIA DE TARMA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018

OBJETIVO: Determinar la relación entre el déficit de la lactancia materna eficaz con las enfermedades prevalentes de la infancia en el Hospital de Apoyo “Félix Mayorca Soto”.

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

1. Edad
2. Sexo: F..... M
3. Semanas de gestación al nacimiento:
4. Peso al nacer en kg.
5. Hijos vivos
6. Controles médicos:
 - a) 2 veces al mes
 - b) Cada mes
 - c) Cada año
 - d) En una enfermedad.

LACTANCIA MATERNA

7. Usted dio lactancia materna exclusiva (LME) a su hijo hasta 6 meses de edad.
 - a) Si (al responder sí, pase a la pregunta 9).
 - b) No (si responde no, pase a la pregunta 8).
8. En caso que la respuesta fuese no, hasta cuánto tiempo le dio LME:

9. Respecto a la definición de lactancia predominante, marque su respuesta con si o no.

Definición lactancia predominante	Si	No
Es la lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos como agua, agua endulzada, infusiones, zumos, bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).		

10. Respecto a la definición de lactancia materna complementaria, marque su respuesta con si o no.

Definición lactancia materna complementaria	Si	No
Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia predominante.		

11. Respecto a la definición de alimentación complementaria, marque su respuesta con si o no.

Definición de alimentación complementaria	Si	No
Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.		

12. Respecto a la definición de lactancia de biberón, marque su respuesta con si o no.

Definición de lactancia de biberón	Si	No
Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.		

PRESENCIA DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

13. Enfermedades prevalentes

- a) Diarrea
- b) Neumonías
- c) Faringitis
- d) Gastroenteritis
- e) Parasitosis
- f) Ninguno

14. Enfermedades diarreicas

- a) Diarrea con moco
- b) Diarrea con sangre
- c) Diarrea persistente
- d) Diarrea con fiebre
- e) Diarrea por parasitosis
- f) Ninguno

15. Enfermedades respiratorias

- a) Neumonía
- b) Faringitis
- c) Bronquitis
- d) Laringitis
- e) Rinofaringitis
- f) Ninguno

16. Carenciales

- a) Desnutrición
- b) Anemia
- c) Ninguna

ANEXO 04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

Señor Experto, por favor marque en el casillero correspondiente si el ítem esta formulado en forma adecuada o inadecuada teniendo en consideración su pertinencia, relevancia y corrección gramatical. En el caso de que el ítem es inadecuado anote en el casillero sus observaciones y las razones del caso.

I. REFERENCIA

- a) NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO:
- b) PROFESIÓN:
- c) GRADOS ACADÉMICOS:
- d) ESPECIALIZACIÓN O EXPERIENCIA:
- e) INSTITUCIÓN DONDE LABORA:
- f) TELEFONO Y E-MAIL:

II. ESTRATO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

III. TABLA DE VALORACIÓN POR CADA ÍTEM

ITEMS	ESCALA DE APRECIACION		OBSERVACIONES	SUGERENCIAS
	ADECUADO	INADECUADO		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Coefficiente de Validez:
$$V = \frac{\Sigma(\text{acuerdos})}{\Sigma(\text{acuerdos,desacuerdos})} \times 100$$

IV. RESOLUCIÓN

Válido ($V \geq 0,80$)

V. COMENTARIOS FINALES:

.....

.....

.....

.....

FIRMA DE EXPERTO

DNI:

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Señor Experto, por favor marque en el casillero correspondiente si el ítem está formulado en forma adecuada o inadecuada teniendo en consideración su pertinencia, relevancia y corrección gramatical. En el caso de que el ítem es inadecuado anote en el casillero sus observaciones y las razones del caso.

I. REFERENCIA

- a) NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO: ISAAC CORDOVA BALDEÓN
 b) PROFESIÓN: DOCENTE
 c) GRADOS ACADÉMICOS: DOCTOR
 d) ESPECIALIZACIÓN O EXPERIENCIA: ESTADÍSTICA
 e) INSTITUCIÓN DONDE LABORA: UNOAC
 f) TELÉFONO Y E-MAIL: 986250294 iscordovab@unocadupe

II. ESTRATO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO FORMAL ATENDIDOS EN EL HAFMS

III. TABLA DE VALORACIÓN POR CADA ÍTEM

ÍTEM	ESCALA DE APRECIACIÓN		OBSERVACIONES	SUGERENCIAS
	ADECUADO	INADECUADO		
1	X			
2	X			
3	X			
4	X			
5	X			
6	X			
7	X			
8	X			

Coefficiente de Validez:
$$V = \frac{\Sigma(\text{acuerdos})}{\Sigma(\text{acuerdos, desacuerdos})} \times 100$$

IV. RESOLUCIÓN

Válido ($V \geq 0,50$)

V. COMENTARIOS FINALES:


 FIRMA DE EXPERTO
 DNE: 04035370

FORMA DE VALORACIÓN DE DISTINGUIDO

Señalar el ítem por el cual se le otorga el correspondiente al Formulario en forma adecuada o adecuada de acuerdo a la experiencia, relevancia y oportunidad. En el caso de que el ítem sea adecuado en el momento de observación y sea necesario de caso.

IDENTIFICACIÓN

a) NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO: Giovanna Botkzole Enriquez... Gonzalez

b) PROFESIÓN: Neólogo

c) GRADOS ACADÉMICOS: Doctor en Ciencias de la Salud

d) ESPECIALIZACIÓN O EXPERIENCIA: _____

e) DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS: Unidad de Atención al Paciente Alto de Cuidado

f) TELÉFONO Y E-MAIL: 927888595 - gbotkzole@unod.edu.ec

g) ESTADO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO: Feo 19 de 2019 al Hospital FES

II. TABLA DE VALORACIÓN POR CADA ÍTEM

ÍTEM	ESCALA DE ADECUACIÓN		OBSERVACIONES	SUGERENCIAS
	ADECUADO	INADECUADO		
1	X			
2	X			
3	X			
4	X			
5	X			
6	X			
7	X			
8	X			

Coefficiente de Validez:

$$V = \frac{\sum |\text{acuerdos}|}{\sum (\text{acuerdos} + \text{desacuerdos})} \times 100$$

IV. RESOLUCIÓN

Valor (V ≥ 0,00)

V. COMENTARIOS FINALES:

M. U. G. G.


 Dr. 2165509

FORMA DE VALORACIÓN DE INSTRUMENTO

Señor Experto, por favor marque es el casillero correspondiente si el ítem está formulado en forma adecuada e inapropiada teniendo en consideración su pertinencia, relevancia y conexión gramatical. En el caso de que el ítem es inapropiado anote en el casillero sus observaciones y las razones del caso.

I. REFERENCIA

- a) NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO: Carmen Rocío Ricca Echevarría
 b) PROFESIÓN: Licenciada Enfermera
 c) GRADOS ACADÉMICOS: Doctor en Salud Pública
 d) ESPECIALIZACIÓN O EXPERIENCIA: pediatría
 e) INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
 f) TELÉFONO Y E-MAIL: 943008272 caricca@unidas.edu.pe

g. CUANTO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO forma atendida HAFMS

II. TABLA DE VALORACIÓN POR CADA ÍTEM

ÍTEM	ESCALA DE APROPIACIONES		OBSERVACIONES	SUGERENCIAS
	AD. CIADO	INAD. CIADO		
1	X			
2	X			
3	X			
4	X			
5	X			
6	X			
7	X			
8	X			

Coefficiente de Validez:

$$V = \frac{\sum(\text{acuerdos})}{\sum(\text{acuerdos, desacuerdos})} \times 100$$

IV. RESOLUCIÓN

Válida (V ≥ 0,80)

V. COMENTARIOS FINALES:

.....

.....

.....

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 Facultad de Ciencias de la Salud
 E.P. 200801001

Dr. Carmen Rocío Ricca Echevarría

FIRMA DE EXPERTO

004 21132549

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Señor Experto, por favor marque en el casillero correspondiente si el ítem está formulado en forma adecuada o inadecuada teniendo en consideración su pertinencia, relevancia y concordancia gramatical. En el caso de que el ítem es inadecuado anote en el casillero sus observaciones y las razones del caso.

I. REFERENCIA

- a) NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO: Rosa Samayoa Chaza
- b) PROFESIÓN: O.E.S.T.S.
- c) GRADOS ACADÉMICOS: Doctor en Salud Pública
- d) ESPECIALIZACIÓN O EXPERIENCIA: Alt. Riesgo Obstétrica
- e) INSTITUCIÓN DONDE LABORA: U.S.O.A.C.
- f) TELÉFONO Y E-MAIL: 976442064 rosa.chaza@hotmail.com

II. ESTRATO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO Escolar Afectados HAFMS

III. TABLA DE VALORACIÓN POR CADA ÍTEM

ÍTEM	ESCALA DE APRECIACIÓN		OBSERVACIONES	SUGERENCIAS
	ADECUADO	INADECUADO		
1	X			
2	X			
3	X			
4	X			
5	X			
6	X			
7	X			
8	X			

Coefficiente de Validez:
$$V = \frac{\sum(\text{acuerdos})}{\sum(\text{acuerdos} + \text{desacuerdos})} \times 100$$

IV. RESOLUCIÓN

Válido ($V \geq 0,50$)

V. COMENTARIOS FINALES:

Rosa
FIRMA DE EXPERTO

DN: 20109829

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Señor Experto, por favor marque en el casillero correspondiente si el ítem está formulado en forma adecuada o inadecuada teniendo en consideración su pertinencia, relevancia y corrección gramatical. En el caso de que el ítem es inadecuado anote en el casillero sus observaciones y las razones del caso.

I. REFERENCIA

- a) NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO: RAQUEL FLORES MANA TUMAYAN HILARIO
- b) PROFESIÓN: OBSTETRA
- c) GRADOS ACADÉMICOS: POSGRADO EN OBSTETRICIA
- d) ESPECIALIZACIÓN O EXPERIENCIA: PSICOPROFILAJOS OBSTETRICIA
- e) INSTITUCIÓN DONDE LABORA: UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL A. GARCÉS CARRIÓN
- f) TELÉFONO Y E-MAIL: 910 671040 - carmela@center.edu.pe

II. ESTRATO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO Formas que existen en la atención postnata del Hospital de Ayacucho Mayoría Botif

III. TABLA DE VALORACIÓN POR CADA ÍTEM

ÍTEM	ESCALA DE APRECIACIÓN		OBSERVACIONES	SUGERENCIAS
	ADECUADO	INADECUADO		
1	X			
2	X			
3	X			
4	X			
5	X			
6	X			
7	X			
8	X			

Coefficiente de Validez:

$$V = \frac{\Sigma(\text{acuerdos})}{\Sigma(\text{acuerdos, desacuerdos})} \times 100$$

IV. RESOLUCIÓN

Válido (V ≥ 0,80)

V. COMENTARIOS FINALES:

Ninguna.

.....

.....

.....



 FIRMA DE EXPERTO
 DNI 20722833

NOTA BIOGRÁFICA

Elsa Lourdes PAITA HUATA, nacida en la ciudad de Tarma el 23 de enero de 1969 Maestra en Salud Pública y Comunitaria, Especialista en Promoción de la Salud Materna con mención en Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, Especialista en Estrategias Didácticas para la Formación de Competencias en la Educación Superior. Especialista en Metodología de la Investigación en el Área de Salud y Psicología. Con Estudios de Maestría concluidos en Salud Sexual y Reproductiva y Estudios concluidos de Doctorado en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Estudios de Especialización como Evaluador Externo para la Acreditación Universitaria de la UNMSM. Estudios de Especialización para el Licenciamiento de las Universidades. Diplomado en Prevención Prenatal de Discapacidades. Diplomado en Atención Integral del Climaterio. Diplomado en la Formación de Tutores de Estilos de Vida Saludable. Diplomado en Proyectos de Inversión en Salud. Obstetra Certificada. Con conocimiento de inglés en el nivel básico.

Docente Principal a Dedicación Exclusiva, en la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión en la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, desde Julio del 2000, Docente en la Escuela de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud en la UNDAC. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Facultad de Derecho en la Universidad Peruana Los Andes desde 11 de abril de 1994 al 31 de diciembre de 1998. Experiencia en docencia universitaria hace más de 25 años.

Obstetra asistencial en la Unidad Territorial de Salud Tarma Puesto de Salud de Tapo Centro de Salud de Palca del 15 de noviembre de 1993 al 31 de abril de 1995. Obstetra asistencial en el Centro Obstétrico Jesús de Nazareth EIRL desde 1994 hasta la actualidad. Coordinadora de la Escuela Profesional de Obstetricia del 22 de agosto del 2006 al 11 de febrero del 2009. Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia del 11 de febrero del 2009 al 31 de abril del 2011. Presidenta del Comité Electoral Regional del Colegio de Obstetras Del Perú 2012. Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia del 19 de agosto del 2014 al 31 de enero del 2017. Delegada del Consejo Consultivo de Admisión del 28 de setiembre del 2004 al 21 de agosto del 2006. Miembro del Órgano de Control Institucional (OCI) del Colegio de Obstetras del Perú del 2014 al 2016. Evaluador Externo de la **SGS CERTIFICADORA DE EDUCACIÓN SAC**. Evaluadora de Competencias Profesionales del SINEACE – Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa. Miembro del Comité de Calidad. Obstetra Certificada en Competencias Profesionales. Coordinadora de la Escuela de Posgrado de la UNDAC – Filial Tarma desde abril del 2020. Sub directora de la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia del 2020 a la actualidad.



Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso – Cayhuayna
 Teléfono 514760 -Pág. Web. www.posgrado.unheval.edu.pe



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE DOCTOR

En la Plataforma Microsoft Teams de la Escuela de Posgrado; siendo las **19:30h**, del día martes **27 DE DICIEMBRE DE 2022**; la aspirante al **Grado de Doctor en Ciencias de la Salud, Doña Elsa Lourdes PAITA HUATA**, procedió al acto de Defensa de su Tesis titulado: **“RELACIÓN ENTRE EL DÉFICIT DE LA LACTANCIA MATERNA EFICAZ CON LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN EL HOSPITAL DE APOYO “FÉLIX MAYORCA SOTO” DE LA PROVINCIA DE TARMA - 2018”** ante los miembros del Jurado de Tesis señores:

Dr. Amancio Ricardo ROJAS COTRINA	Presidente
Dra. Zoila Elvira MIRAVAL TARAZONA	Secretaria
Dr. Holger Alex ARANCIAGA CAMPOS	Vocal
Dra. Juvita Dina SOTO HILARIO	Vocal
Dr. Ciro Angel LAZO SALCEDO	Vocal

Asesor (a) de tesis: Dr. Abner Alfeo FONSECA LIVIAS (Resolución N° 02399-2018-UNHEVAL/EPG-D)

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Doctor, teniendo presente los criterios siguientes:

- Presentación personal.
- Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y solución a un problema social y recomendaciones.
- Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado planteó a la tesis **las observaciones** siguientes:

.....

Obteniendo en consecuencia la Doctorando la Nota de Dieciséis (17)

Equivalente a muy bueno, por lo que se declara Aprobado
(Aprobado o desaprobado)

Los miembros del Jurado firman la presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 21:40 horas del 27 de diciembre de 2022.

.....
PRESIDENTE
 DNI N° 07525628

.....
SECRETARIO
 DNI N° 22514720

.....
VOCAL
 DNI N° 22422525

.....
VOCAL
 DNI N° 20718040

.....
VOCAL
 DNI N° 2240868

Leyenda:
 19 a 20: Excelente
 17 a 18: Muy Bueno
 14 a 16: Bueno

(Resolución N° 04010-2022-UNHEVAL/EPG-D)



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN



ESCUELA DE POSGRADO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe:

Dr. Amancio Ricardo Rojas Cotrina

HACE CONSTAR:

Que, la tesis titulada: **“RELACIÓN ENTRE EL DÉFICIT DE LA LACTANCIA MATERNA EFICAZ CON LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN EL HOSPITAL DE APOYO “FÉLIX MAYORCA SOTO” DE LA PROVINCIA DE TARMA - 2018”**, realizado por la Doctorando en Ciencias de la Salud, **Elsa Lourdes PAITA HUATA** cuenta con un **índice de similitud del 14%**, verificable en el Reporte de Originalidad del software **Turnitin**. Luego del análisis se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio; por lo expuesto, la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias, además de no superar el 20,0% establecido en el Art. 233° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado Modificado de la UNHEVAL (Resolución Consejo Universitario N° 0720-2021-UNHEVAL, del 29.NOV.2021)

Cayhuayna, 09 de noviembre de 2022.



Dr. Amancio Ricardo Rojas Cotrina
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO

NOMBRE DEL TRABAJO

RELACIÓN ENTRE EL DÉFICIT DE LA LACTANCIA MATERNA EFICAZ CON LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN EL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX

AUTOR

ELSA LOURDES PAITA HUATA

RECUENTO DE PALABRAS

27589 Words

RECUENTO DE CARACTERES

139594 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

115 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

403.3KB

FECHA DE ENTREGA

Nov 9, 2022 4:16 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 9, 2022 4:18 PM GMT-5

● 14% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 12 palabras)



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR UN GRADO ACADÉMICO O TÍTULO PROFESIONAL

1. Autorización de Publicación: (Marque con una "X")

Pregrado		Segunda Especialidad		Posgrado:	Maestría		Doctorado	X
-----------------	--	-----------------------------	--	------------------	----------	--	-----------	---

Pregrado (tal y como está registrado en **SUNEDU**)

Facultad	
Escuela Profesional	
Carrera Profesional	
Grado que otorga	
Título que otorga	

Segunda especialidad (tal y como está registrado en **SUNEDU**)

Facultad	
Nombre del programa	
Título que Otorga	

Posgrado (tal y como está registrado en **SUNEDU**)

Nombre del Programa de estudio	CIENCIAS DE LA SALUD
Grado que otorga	DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

2. Datos del Autor(es): (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)

Apellidos y Nombres:	PAITA HUATA ELSA LOURDES							
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	975744758
Nro. de Documento:	21117865					Correo Electrónico:	elpaitah@epgunheval.edu.pe	

Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	
Nro. de Documento:						Correo Electrónico:		

Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	
Nro. de Documento:						Correo Electrónico:		

3. Datos del Asesor: (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos** según **DNI**, no es necesario indicar el Grado Académico del Asesor)

¿El Trabajo de Investigación cuenta con un Asesor?: (marque con una "X" en el recuadro del costado, según corresponda)	SI	X	NO			
Apellidos y Nombres:	FONSECA LIVIAS ABNER ALFEO			ORCID ID:	0000-0003-3235-3746	
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte		Nro. de documento:	22412906

4. Datos del Jurado calificador: (Ingrese solamente los **Apellidos y Nombres** completos según **DNI**, no es necesario indicar el Grado Académico del Jurado)

Presidente:	ROJAS COTRINA AMANCIO RICARDO
Secretario:	MIRAVAL TARAZONA ZOILA ELVIRA
Vocal:	ARANCIAGA CAMPOS HOLGER ALEX
Vocal:	SOTO HILARIO JUVITA DINA
Vocal:	LAZO SALCEDO CIRO ANGEL
Accesitario	


5. Declaración Jurada: (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)

a) Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado: (Ingrese el título tal y como está registrado en el Acta de Sustentación)	
RELACIÓN ENTRE EL DÉFICIT DE LA LACTANCIA MATERNA EFICAZ CON LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN EL HOSPITAL DE APOYO "FÉLIX MAYORCA SOTO" DE LA PROVINCIA DE TARMA - 2018	
b) El Trabajo de Investigación fue sustentado para optar el Grado Académico ó Título Profesional de: (tal y como está registrado en SUNEDU)	
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD	
c) El Trabajo de investigación no contiene plagio (ninguna frase completa o párrafo del documento corresponde a otro autor sin haber sido citado previamente), ni total ni parcial, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias.	
d) El trabajo de investigación presentado no atenta contra derechos de terceros.	
e) El trabajo de investigación no ha sido publicado, ni presentado anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título profesional.	
f) Los datos presentados en los resultados (tablas, gráficos, textos) no han sido falsificados, ni presentados sin citar la fuente.	
g) Los archivos digitales que entrego contienen la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado.	
h) Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del Trabajo de Investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido del trabajo de investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.	

6. Datos del Documento Digital a Publicar: (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)

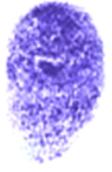
Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación: (Verifique la Información en el Acta de Sustentación)				2022			
Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional: (Marque con X según Ley Universitaria con la que inició sus estudios)	Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Tesis Formato Artículo	<input type="checkbox"/>	Tesis Formato Patente de Invención	<input type="checkbox"/>	
	Trabajo de Investigación	<input type="checkbox"/>	Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/>	Tesis Formato Libro, revisado por Pares Externos	<input type="checkbox"/>	
	Trabajo Académico	<input type="checkbox"/>	Otros (especifique modalidad)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Palabras Clave: (solo se requieren 3 palabras)	LACTANCIA MATERNA	PREVALENCIA DE ENFERMEDADES	DÉFICIT DE LACTANCIA				
Tipo de Acceso: (Marque con X según corresponda)	Acceso Abierto	<input checked="" type="checkbox"/>	Condición Cerrada (*)	<input type="checkbox"/>			
	Con Periodo de Embargo (*)	<input type="checkbox"/>	Fecha de Fin de Embargo:				
¿El Trabajo de Investigación, fue realizado en el marco de una Agencia Patrocinadora? (ya sea por financiamientos de proyectos, esquema financiero, beca, subvención u otras; marcar con una "X" en el recuadro del costado según corresponda):					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> X
Información de la Agencia Patrocinadora:							

El trabajo de investigación en digital y físico tienen los mismos registros del presente documento como son: Denominación del programa Académico, Denominación del Grado Académico o Título profesional, Nombres y Apellidos del autor, Asesor y Jurado calificador tal y como figura en el Documento de Identidad, Título completo del Trabajo de Investigación y Modalidad de Obtención del Grado Académico o Título Profesional según la Ley Universitaria con la que se inició los estudios.



7. Autorización de Publicación Digital:

A través de la presente. Autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión electrónica de este Trabajo de Investigación en su Biblioteca Virtual, Portal Web, Repositorio Institucional y Base de Datos académica, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente. Se autoriza cambiar el contenido de forma, más no de fondo, para propósitos de estandarización de formatos, como también establecer los metadatos correspondientes.

Firma:			
Apellidos y Nombres:	PAITA HUATA ELSA LOURDES		Huella Digital
DNI:	21117865		
Firma:			
Apellidos y Nombres:			Huella Digital
DNI:			
Firma:			
Apellidos y Nombres:			Huella Digital
DNI:			
Fecha: 07/06/2023			

Nota:

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una X en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra **calibri**, **tamaño de fuente 09**, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales (*recuerde las mayúsculas también se tildan si corresponde*).
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF) y Declaración Jurada.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.