



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y  
CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“ABLACTACIÓN PRECOZ Y RIESGO DE ENFERMAR EN  
MENORES DE 1 AÑO. VILLA SAN CRISTÓBAL -  
AYACUCHO, 2016”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**Presentada por:**

**Br. TAYPE OCHOA, Yaneth**

**AYACUCHO - PERÚ**

**2016**

***Comer es una necesidad, pero  
comer con inteligencia, es un arte.***

***Francois de la Rochefoucauld***

A Dios, por bendecirme con una madre maravillosa.

A mi madre Estefany Ochoa Lizarbe, por su amor y guiar mis pasos para alcanzar mis metas.

A mis hermanos Marleny, Enniver, Evelyn y Jholino, por motivarme día a día para seguir adelante.

**Yaneth**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Alas Peruanas, *Alma Máter*, forjadora de profesionales competentes destinados al servicio de la humanidad.

A la Escuela Profesional de Enfermería, por la oportunidad de cristalizar este singular anhelo.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, por sus excelentes enseñanzas durante nuestra formación profesional.

A la asesora Mg. Nancy Chachaima Pomasoncco, por sus apreciaciones y sugerencias en el desarrollo de la tesis.

Al co-asesor Ph.D. Billy Williams Moisés Ríos, por sus apreciaciones y dirección en el tratamiento estadístico de la información.

Al señor director del Puesto de Salud de Villa San Cristóbal, por autorizar la aplicación de los instrumentos.

A las madres de niños menores de un año del Asentamiento Humano “Villa San Cristóbal”, por su disposición para participar en la presente investigación.

**Yaneth**

# **ABLACTACIÓN PRECOZ Y RIESGO DE ENFERMAR EN MENORES DE 1 AÑO. VILLA SAN CRISTÓBAL - AYACUCHO, 2016.**

**TAYPE OCHOA, Yaneth.**

## **RESUMEN**

Con el objetivo general de determinar la relación entre la ablactación precoz y el riesgo de enfermar en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal (Ayacucho, 2016), se desarrolló una investigación aplicada con nivel correlacional y diseño transversal. La población estuvo constituida por 72 (100%) niños menores de un año del Asentamiento Humano “Villa San Cristóbal” y sus respectivas madres. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista y recopilación documental; en tanto los instrumentos, el el guión de entrevista y la lista de chequeo. El Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman fue el estadígrafo de contraste de hipótesis, al 95% de nivel de confianza. Los resultados determinaron que el 83,3% de madres inició con la ablactancia precoz y predominó en un 41,7% de sus hijos el alto y medio riesgo enfermar respectivamente. El 16,7% inició con la ablactancia normal y la totalidad presenta bajo riesgo de enfermar. Por tanto, la ablactación precoz incrementa el riesgo de enfermar. En conclusión, la ablactación precoz si se relaciona con el riesgo de enfermar ( $r_s = -0,700$ ).

**PALABRAS CLAVE.** Ablactación, riesgo de enfermar.

**ABLACTACIÓN PRECOZ Y RIESGO DE ENFERMAR EN MENORES DE 1 AÑO. VILLA SAN CRISTÓBAL - AYACUCHO, 2016.**

**TAYPE OCHOA, Yaneth.**

**ABSTRACT**

With the overall objective to determine relationship between early weaning and the risk of disease in children under one year of human settlement Villa San Cristobal (Ayacucho, 2016), an applied research correlational and cross-level design evolved. The population consisted of 72 (100%) children under one year of the Human Settlement "Villa San Cristobal" and their mothers. The data collection techniques were interview and documentary collection; in both instruments, the interview guide and checklist. Correlation Coefficient "Rho" Spearman was the statistician of hypothesis testing, 95% confidence level. The results showed that 83.3% of mothers with premature ablactancia started and predominated in 41.7% of their children sick high and medium risk respectively. 16.7% started with normal ablactancia and all presents low risk of disease. Therefore, early weaning increases the risk of disease. In conclusion, early weaning if it relates to the risk of disease ( $r_s = -0,700$ ).

**KEY WORDS.** Weaning, risk of disease.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>ÍNDICE</b>	vii
<b>ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS</b>	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b>	x
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivos de la investigación	15
1.4. Justificación del estudio	16
1.5. Limitaciones de la investigación	17
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	19
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Definición de términos	34
2.4. Hipótesis	35
2.5. Variables	35
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	39
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	39
3.3. Población y muestra	39
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	40
3.5. Tratamiento estadístico	41
3.6. Procedimiento de contraste de hipótesis	41

CAPÍTULO IV	
<b>RESULTADOS</b>	
CAPÍTULO V	
<b>DISCUSIÓN</b>	59
<b>CONCLUSIONES</b>	64
<b>RECOMENDACIONES</b>	65
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA</b>	66
<b>ANEXO</b>	



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Pág.</b>
01. Tipo de ablactación según EDA	44
02. Tipo de ablactación según IRA	46
03. Tipo de ablactación según desnutrición	48
04. Tipo de ablactación según enfermedad alérgica alimentaria	50
05. Tipo de ablactación según riesgo de enfermar	52

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Pág.</b>
01. Tipo de ablactación según EDA	44
02. Tipo de ablactación según IRA	46
03. Tipo de ablactación según desnutrición	48
04. Tipo de ablactación según enfermedad alérgica alimentaria	50
05. Tipo de ablactación según riesgo de enfermar	53

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada: “**ABLACTACIÓN PRECOZ Y RIESGO DE ENFERMAR EN MENORES DE 1 AÑO. VILLA SAN CRISTÓBAL - AYACUCHO, 2016**”; tuvo como propósito determinar la relación entre ablactación precoz y riesgo de enfermar en menores de un año a través de un abordaje cuantitativo, aplicando el nivel correlacional y el diseño transversal, sobre una población de 72 (100%) niños menores de un año del Asentamiento Humano “Villa San Cristóbal” y sus respectivas madres.

Entre los resultados producto del guión de entrevista y la lista de chequeo, se estableció que el 83,3% de madres inició con la ablactancia antes del sexto mes (precoz) y 16,7% a los seis meses (normal). Contrastando la hipótesis se concluye que la ablactación precoz si se relaciona con el riesgo de enfermar ( $r_s = -0,700$ ).

La investigación está estructurada en cinco capítulos: El capítulo I, El planteamiento de investigación, expone el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación de estudio y limitaciones. El capítulo II, Marco teórico, incluye los antecedentes de estudio, bases teóricas, definición de términos, hipótesis y variables. El Capítulo III, Metodología, referencia el tipo y nivel de investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos y tratamiento estadístico. El capítulo IV, Resultados, consta de la presentación tabular y gráfica de los resultados como la prueba de hipótesis. El capítulo V, Discusión, presenta la comparación, análisis e interpretación de resultados a la luz del marco referencial y teórico disponible. Finalmente, se consignan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

**EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna óptima previene la malnutrición y puede salvar la vida a cerca de un millón de niños. <sup>(1)</sup>

La ablactancia precoz se define como la introducción de alimentos distintos a la leche materna antes del sexto mes de vida y tiene repercusiones negativas en la salud del niño. <sup>(2)</sup>

A escala mundial, menos del 40% de niños menores de seis meses recibe lactancia materna exclusiva <sup>(3)</sup>. Significa que más del 60% fueron iniciados en la ablactancia precoz, una condición adversa que incrementa el riesgo de enfermar y morir.

En este orden de ideas, Black, Victora y Walker <sup>(4)</sup> menciona: si se empezara a amamantar a cada niño en la primera hora tras su nacimiento, dándole solo leche materna durante los primeros seis meses de vida y continuando de manera complementaria hasta los dos años, anualmente se salvarían cerca de 800 000 vidas infantiles.

El inicio de la ablactancia precoz es un problema extendido en el ámbito mundial con cifras diferenciadas. En Europa, región donde se enfatiza los beneficios de la lactancia materna exclusiva a través de estrategias educativas, informativas y comunicativas, se estima que solo el 25% de niños recibieron lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida durante el periodo 2006 al 2012<sup>(5)</sup>; en tanto que la ablactancia precoz caracterizó al 75% de niños.

En América Latina, solo 38% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. En algunos países, la lactancia materna exclusiva ha sido particularmente resistente al cambio. Por ejemplo, durante los 20 últimos años se ha estancado en República Dominicana, que ya tenía el

porcentaje más bajo de la Región (8%) y en México disminuyó de 20% a 14,5%; sin embargo, en el mismo período, otros países han mostrado un extraordinario progreso, como Colombia donde incrementó de 15% a 43%.<sup>(6)</sup>

Según esta misma fuente, Perú tiene la tasa más alta de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida (68,3%). Del mismo modo, la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES – 2013) reporta una cifra del 72%, aunque todavía lejos de los valores considerados óptimos (igual o mayor al 80%) <sup>(7)</sup>. Es decir, la ablactancia precoz se sitúa alrededor del 28%.

Teniendo como referencia la fuente anterior, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue 4,4 meses, mayor en mujeres (4,9 meses) que en varones (4,0 meses). Por otro lado, entre la duración de la lactancia materna exclusiva y el nivel de educación de la madre se evidencia una correlación inversa: mayor entre las madres iletradas (5,0 meses) y menor en las de instrucción superior (0,7 meses). Según el área de residencia, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue mayor entre niñas y niños residentes del área rural (5,2 meses) que en la urbana (4,0 meses). Por departamento, Ucayali (6,7 meses), Junín (6,6 meses), Arequipa (6,5 meses) y finalmente Huánuco (6,3 meses) presentaron las medianas más altas de duración de lactancia materna exclusiva. Adicionalmente, el consumo de fórmulas lácteas infantiles en niños y niñas menores de tres años experimentó un incremento substancial: de 7,8% en el 2009 a 12,3% en el 2013 (4,5% más).

En la Región de Ayacucho, la duración mediana de la lactancia materna exclusiva llega a los 4,5 meses. Por otro lado, investigaciones previas muestran datos particularizados: en la jurisdicción del Centro de Salud María Auxiliadora de Belén el 41,1% de madres iniciaron precozmente con la ablactancia<sup>(8)</sup>. En Huancayo, de la provincia de Huanta, el

38,3% de niños entre 6 y 11 meses inició en forma precoz con la ablactancia; en tanto que el 10% de manera tardía. <sup>(9)</sup>

La literatura bibliográfica reporta una multiplicidad de factores asociados con la ablactancia precoz. Cadena y Benavides <sup>(10)</sup>, en México, atribuyen como factor predisponente al desconocimiento sobre lactancia materna. Rius<sup>(11)</sup>, en España, cita al bajo nivel de instrucción, a la sensación de no tener suficiente leche y no haber asistido a clases de preparación psicoprofiláctica.

En el Asentamiento Humano “Villa san Cristóbal”, distrito de Jesús Nazareno, no se identificaron investigaciones sobre la relación entre la ablactación precoz y el riesgo de enfermar en menores de 1 año. Por los testimonios del personal de salud, la mayoría de las madres inician con la ablactancia antes de los 6 meses de edad perjudicando el crecimiento y el desarrollo de los niños, quienes presentan mayor número de episodios de enfermedades prevalentes como IRA, EDA, desnutrición y reacciones alérgicas.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PREGUNTA GENERAL**

¿La ablactación precoz se relaciona con el riesgo de enfermar en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. Ayacucho, 2016?

### **1.2.2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS**

- a) ¿La ablactación precoz se relaciona con el número de episodios de enfermedad diarreica aguda en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal?

- b) ¿La ablactación precoz se relaciona con el número de episodios de infecciones respiratorias agudas en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal?
- c) ¿La ablactación precoz se relaciona con la desnutrición en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal?
- d) ¿La ablactación precoz se relaciona con la enfermedad alérgica alimentaria en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación entre la ablactación precoz y el riesgo de enfermar en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. Ayacucho, 2016.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Identificar la relación entre la ablactación precoz y el número de episodios de enfermedad diarreica aguda en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.
- b) Identificar la relación entre la ablactación precoz y el número de episodios de infecciones respiratorias agudas en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.
- c) Identificar la relación entre la ablactación precoz y la desnutrición en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.
- d) Identificar la relación entre la ablactación precoz y la enfermedad alérgica alimentaria en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Los beneficios de la lactancia materna exclusiva son ampliamente reconocidos por representar un factor protector de la sobrevivencia infantil. La ablactancia precoz, asociada con prácticas inadecuadas de alimentación, incrementa el riesgo de morbi-mortalidad; adicionalmente, los sobrevivientes están condenados a padecer una primera infancia desnutrida y enferma, limitándose de esta forma su desarrollo y comprometiéndose su futuro potencial de ciudadanos productivos. <sup>(12)</sup>

En algunas regiones del planeta, el inicio de la ablactancia precoz viene ascendiendo substancialmente por la confluencia de factores sociodemográficos y culturales que tienen impacto negativo en la salud de la población infantil.

El inicio temprano de la alimentación complementaria, limita lo valioso de la lactancia materna, más aún cuando se hace sin las medidas de higiene adecuadas, pues se pone a las niñas y niños en contacto con sustancias contaminadas. <sup>(13)</sup>

El registro de ablactancia precoz es un tema que necesita mejorar en el país. Es claro que la prevención de la ablactancia precoz no es tarea exclusiva del sector salud sino multisectorial.

Se considera que el primer año de vida, es la etapa de mayor crecimiento y desarrollo. Por ello, la introducción de alimentos distintos a la leche materna debe iniciar al sexto mes de vida, cuando el aparato gastrointestinal está preparado para la digestión de otros alimentos y la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales.

Los resultados obtenidos aportan información relevante a las autoridades pertinentes (Dirección Regional de Salud y Dirección Regional de Educación), para la toma de decisiones que permitan



prevenir la ablactancia precoz y sus efectos negativos en la salud infantil.

La presente investigación fue factible económica y administrativamente. Económica, porque ha sido autofinanciada y administrativa, por el fácil acceso a la población. Éticamente es viable, porque la información tuvo tratamiento confidencial.

### **1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Entre las principales restricciones de este estudio es posible nombrar las siguientes:

- a) Escasas referencias de investigaciones relacionadas con el problema abordado, por la falta de sistematización de estos documentos en las bibliotecas de las diferentes universidades, que fueron superadas con la visita personal a estas instituciones.
- b) Escaso tiempo disponible de las madres para la entrevista, por lo que fue necesario programar las visitas domiciliarias de acuerdo al horario pactado.

CAPÍTULO II

**MARCO TEÓRICO**

## 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Rius <sup>(14)</sup>, España, en la investigación descriptiva y longitudinal *“Factores asociados al inicio y al abandono precoz de la lactancia materna”*, sobre una muestra al azar simple de 379 mujeres cuyo parto tuvo lugar en el Hospital Universitario la Fe de Valencia en el periodo comprendido entre el 1 de febrero y el 15 de marzo del 2004, aplicando el cuestionario, determinó que un 95,2% de las madres pensaban que la mejor forma de alimentar a sus hijos era la lactancia materna, y solo el 79% la iniciaron realmente. En conclusión, los factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna fueron: menor nivel de estudios materno (OR= 0,35; IC 95% = 0,20; 0,60) no tener sensación de suficiente leche (OR= 0,66; IC 95% = 0,47; 0,92) y no haber asistido a clases de preparación al parto (OR= 0,68; IC 95% = 0,49; 0,94).

Oliver <sup>(15)</sup>, España, en la investigación descriptiva y longitudinal *“El abandono prematuro de la lactancia materna: Incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia”*, sobre una muestra al azar simple de 1273 lactantes nacidos vivos en el Hospital Virgen del Castillo de Yecla, aplicando el guión de entrevista personal y telefónica, determinó que en el primer estudio se obtuvo una mediana de lactancia materna complementaria de 120 días (IC 95% = 111,17; 128,83) y de duración total de lactancia materna de 171 días (IC 95% = 151,40; >180). La mediana de duración de la lactancia materna parcial fue de 30 días (IC 95% = 19,49; 40,51). El alta hospitalaria y el final de la prestación por material fueron los momentos de mayor abandono para la muestra estudiada. El abandono de la lactancia materna complementaria y el de la lactancia materna están relacionados. Además se relacionaron con no haber amamantado anteriormente, una lactancia anterior < 4 meses y una peor valoración de la experiencia anterior. El menor nivel de estudios se asoció con un mayor abandono de la lactancia y el uso de chupetes o suplementos de leche artificial

ocasionales en el Hospital con el abandono de la lactancia materna complementaria. En conclusión, la educación prenatal es un factor protector para la lactancia materna y la lactancia materna complementaria.

Carrasco y Corvalán <sup>(16)</sup>, Chile, en la investigación descriptiva y transversal *“Asociación en el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niñas/os con 6 meses de vida, CESFAM Panguipulli”*, sobre una muestra al azar simple de 22 mujeres con hijos (as) de 6 meses de vida en noviembre de 2006, de una población de 26, aplicando la ficha de entrevista y cuestionario (A2), determinaron que el 36,4% mantuvo lactancia materna exclusiva por 6 meses siendo en su totalidad mujeres casadas o convivientes. El destete precoz se asoció significativamente con el embarazo no planificado. Por otro lado, todas las mujeres solteras y el 80% de quienes estudiaban o trabajaban fuera del hogar destetaron precozmente. La población señaló como razones del destete precoz principalmente la insuficiente producción láctea y la inserción al campo laboral. En conclusión, la duración de la lactancia materna exclusiva fue muy corta con respecto a la recomendación mundial y nacional de 6 meses (63.6%), lo que puede ser signo de escaso o ningún efecto de las iniciativas nacionales y acciones locales que se llevan a cabo actualmente para favorecer la lactancia materna.

Cadena y Benavides <sup>(17)</sup>, México, en la investigación descriptiva y transversal *“Conocimientos, aptitudes y practica sobre lactancia materna en madres con niños de cero a un año de edad que acuden al Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Tulcán, provincia de Carchi”*, sobre una muestra al azar simple de 132 madres lactantes de una población de 260, aplicando el cuestionario, determinaron el 82.6% eran conscientes de que el biberón es perjudicial para la alimentación del niño trayendo como consecuencias infecciones intestinales. En conclusión, con la lactancia materna se disminuye una enormidad de problemas de salud a

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

Jiménez <sup>(18)</sup>, Lima, en la investigación relacional y transversal *“Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza, 2008”*, sobre una muestra al azar simple de 45 madres y 45 lactantes entre las edades de 6 a 12 meses de edad que acuden a consulta de estrategia de Control de Crecimiento y Desarrollo entre enero y febrero y de una población de 240 madres, aplicando el cuestionario semiestructurado, determinó que la mayoría de los lactantes inició la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad. Un menor porcentaje inició la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de desnutrición de primer grado, que los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal (6 meses), en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de desnutrición de primer grado, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses). En conclusión, no existe relación entre el inicio de la alimentación complementaria y el estado nutricional.

Ruiz y Córdova <sup>(19)</sup>, Piura, en la investigación cuantitativa y transversal *“Conocimiento y práctica materna de lactancia materna exclusiva, Piura, 2010”*, sobre una muestra al azar simple de 134 madres que asistieron al programa de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud San Sebastián en una población de 409, aplicando cuestionario determinaron que más de 50% de madres presentan conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva y en menor porcentaje nivel bueno y deficiente. En

conclusión, más del 50% de las madres presenta un nivel de práctica regular sobre lactancia materna exclusiva y en menor porcentaje bueno y deficiente.

Illaccanqui <sup>(20)</sup>, Lima, en la investigación descriptiva y transversal *“Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en primigestas que acuden a la atención prenatal del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima, 2010”*, sobre una muestra al azar simple de 38 madres seleccionadas a la asistencia de su control pre natal de una población de 100, aplicando la evaluación pedagógica y como instrumento la prueba cognoscitiva sobre lactancia materna, determinó en las primigestas de la muestra predominó el nivel de conocimiento medio acerca de la importancia (84%) y la técnica de lactancia materna (54, 17%). En conclusión, 58,5% de madres presentaron un nivel de conocimiento medio sobre lactancia materna.

Atachao y Lapa <sup>(21)</sup>, Ayacucho, en la investigación descriptiva y transversal *“Tipos de lactancia y su efecto en el desarrollo psicomotor en niños de 6 meses atendidos en el centro de salud María Auxiliadora de Belén, Ayacucho, 2007”*, sobre una muestra al azar simple de 56 niños, de una población de 135, aplicando guía de entrevista, la hoja de registro y escala de evaluación psicomotriz (EEDP), determinaron que el 58.9% de niños de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva, el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva. En conclusión, el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva tiene efecto significativo en el desarrollo psicomotor los niños de 6 meses ( $p < 0.05$ ).

Quispe y Meneses <sup>(22)</sup>, Ayacucho, en la investigación descriptiva y transversal *“Tiempo de inicio de la Ablactancia y su efecto en la evolución pondoestural de niños menores de 1 año, Huancayo, distrito de Huanta, Ayacucho-2008”*, sobre una muestra al azar simple de 60 (75,9%) niños de 6 a 11 meses en una población de 79, aplicando la guía de entrevista, observación y la ficha de evaluación antropométrica

determinaron que el 51.7% de niños de 6 a 11 meses de la comunidad Huancayooc inicio normalmente con la ablactancia (a la edad de 6 meses), 38.3% en forma precoz y 10% tardía. En conclusión, se encontró una relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre el inicio precoz (4 a 5 meses) de la ablactancia (38.3%) y la evolución pondoestatural negativa (30%) de los niños menores de 1 año de la comunidad; es decir, cuando más precoz o tardío es el inicio de la ablactancia incrementa la probabilidad de presentar una evolución pondoestatural negativa.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. ABLACTACIÓN**

La palabra ablactación tiene origen francés, prefijo latino “ab” (separación) y “lactare” (dar de lactar).<sup>(23)</sup>

Este término se refiere al proceso de introducción de alimentos diferentes a la leche materna en la dieta del lactante a partir del sexto mes de vida. Lo anterior no significa que se interrumpa la lactancia, sino que “se complemente” con alimentos adecuados.<sup>(24)</sup>

La Organización Mundial de la Salud, la define como la introducción de alimentos distintos a la leche materna.<sup>(25)</sup>

Es el proceso que inicia cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, son necesarios otros alimentos sólidos y líquidos, además de la leche materna.<sup>(26)</sup>

Así, la ablactación complementa la lactancia y permite una nutrición adecuada para el desarrollo del lactante.<sup>(27)</sup>

La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades y frecuencia apropiadas, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la

lactancia materna que puede continuarse hasta los dos años. Dichos alimentos deben cumplir con complementar las necesidades de energía no cubiertas por la leche materna. <sup>(28)</sup>

#### **2.2.1.1. INICIO DE LA ABLACTANCIA**

Daza y Dadán <sup>(29)</sup>, proponen un marco teórico interesante respecto al inicio de la ablactancia. Señalan que el inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna o fórmula infantil) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida). Resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria. Para ello, deben valorarse los siguientes aspectos y observar la aparición de “señales”:

- a) **Sistema neuromuscular.** Al nacer, el niño sano tiene reflejos de succión y deglución. Sin embargo, la capacidad para deglutir alimentos semisólidos ofrecidos con cuchara alcanza su madurez entre el cuarto a sexto mes de vida posnatal. Así mismo, los niños poseen el reflejo de extrusión, que consiste en que el niño expulsa hacia afuera con la lengua los objetos y alimentos que se acercan a sus labios- Este reflejo desaparece alrededor del cuarto mes. Otro factor que facilita el suministro de alimentos semisólidos es el control del cuello (sostén de la cabeza) y del tronco (sentarse solo), que también aparece alrededor del cuarto mes. El niño está listo para empezar a tomar otros alimentos cuando es capaz de mantenerse sentado con poco apoyo y se inclina hacia adelante al observar el alimento, mostrando interés, abre la boca fácilmente al rozar sus labios con una cuchara, no empuja con la lengua hacia afuera y puede desplazar el alimento hacia atrás y tragarlo. Además, para iniciar con alimentos sólidos, es necesario que existan movimientos rítmicos de masticación, que se despliegan



hacia los 7-9 meses de edad. Este es un punto fundamental, no solo en términos de “alimentación”, de promoción de la masticación y de la deglución, si no también para aspectos relacionados con la fonación y el lenguaje. Cuando se supera esta “ventana o etapa crítica”, aumenta la probabilidad de desarrollar dificultades para lograr que el niño adquiera estas habilidades.

- b) Sistema gastrointestinal.** Alrededor de los 4-6 meses de edad, el intestino adquiere un desarrollo suficiente para oficiar como “barrera” y en buena proporción evitar la entrada de alérgenos alimentarios. A su vez, cantidad y calidad de enzimas resultan suficientes; este aspecto, sumado al anterior, facilita la digestión y la absorción, protegiendo de intolerancias alimentarias (manifestadas, por ejemplo, con vómitos y diarreas). Por otro lado, al comenzar la alimentación complementaria, se promueven cambios en la microbiota intestinal, específicamente, en las especies protectoras (bifidobacterias y lactobacilos) con una posible repercusión sobre el “sistema de barrera” e “inmunológico” más grande del que dispone el ser humano, ubicado a nivel intestinal.
- c) Sistema renal.** Cercano a los seis meses de edad, el riñón del lactante adquiere mayor idoneidad funcional, en términos de filtración y madurez, suficiente para manejar una carga de solutos más elevada, alcanzando cerca del 75-80% de la función del adulto hacia los 12 meses. El inicio de la alimentación complementaria está mediado por los factores fisiológicos mencionados y, además, por factores nutricionales, socio-económicos y culturales. Otro condicionante de ese comienzo es el requerimiento nutricional, que cambia proporcionalmente al crecimiento del niño. De manera característica, a partir del sexto mes de vida el niño necesita mayor aporte energético y de algunos nutrientes específicos (por ejemplo: hierro, zinc, calcio y

las vitaminas A, C y D); solo con la leche esas necesidades son imposibles de cubrir. Si el niño no recibe cantidades adicionales de esos nutrientes, no podrá progresar apropiadamente en crecimiento y desarrollo.

#### 2.2.1.2. TIPO DE ABLACTANCIA

El Programa Mundial de Alimentos <sup>(30)</sup>, señala los siguientes tipos de ablactancia:

- a) **Precoz.** Los lactantes que reciben alimentación complementaria antes del sexto mes pueden presentar accesos de tos al momento de ser alimentados y en ocasiones se observan signos de dificultad respiratoria lo que sucede cuando una pequeña fracción de papilla deglutida alcanza la glotis del niño.

La introducción de alimentos diferentes a la leche materna antes del sexto mes, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión como consecuencia de la menor producción láctea. En la mayoría de los casos el valor nutricional de alimento complementario será menor comparado a la leche materna; y por lo tanto, el niño se encontrará en desventaja.

Existe un mayor riesgo de caries dental con la introducción de jugos o aguas endulzadas a temprana edad, sobre todo cuando estos alimentos son suministrados con biberón. La exposición prolongada de los dientes a líquidos que contengan hidratos de carbono desarrolla un patrón característico de desnutrición dentaria.

Las prácticas de alimentación complementaria inadecuadas puede tener un impacto negativo en la salud a largo plazo, esto sucede a través de dos mecanismos: primero, por efecto acumulativo. Cuando se introducen los alimentos en forma temprana, puede haber evidencia clínica de morbilidad años más

tarde; segundo, cuando se crean hábitos de alimentación que conducen a prácticas dietéticas indeseables, condicionan problemas de salud.

- b) **Normal.** La capacidad gástrica del niño está preparada para recibir alimentos diferentes de la leche materna a partir del sexto mes. Se deben ofrecer los alimentos con una frecuencia de tres a cinco comidas al día entre los 6 y 8 meses, luego asegurar cinco comidas al día a partir del noveno mes.
- c) **Tardía.** Si la alimentación complementaria empieza después de los seis meses de edad, el niño no recibirá suficiente alimentación y puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de alimentos. Esta práctica, aumenta el riesgo de malnutrición y deficiencia de micronutrientes, principalmente de hierro.

### 2.2.1.3. OBJETIVOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria persigue varios objetivos, entre ellos <sup>(31)</sup>:

- Contribuir con el desarrollo del aparato digestivo.
- Suplementar nutrientes insuficientes.
- Enseñar a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes.
- Colaborar con la conformación de hábitos de alimentación saludable.
- Estimular el desarrollo psicosocial.

Siendo así, toda alimentación debe ceñirse a las leyes siguientes:

- **Completa.** Incluir alimentos de todos los grupos (variedad).
- **Equilibrada.** Proveer los nutrientes en proporciones y relación adecuadas (representados por sus alimentos-fuente).

- **Suficiente.** Cubrir los requerimientos, tanto de calorías como de nutrientes.
- **Adecuada.** Adaptarse a la etapa del desarrollo en que se encuentra el ser humano, haciendo especial énfasis en caracteres organolépticos, tales como olor, sabor, consistencia, textura, así como al grado de desarrollo de los diferentes sistemas.

El documento técnico de consejería nutricional, señala que las buenas prácticas de alimentación infantil se caracterizan por los siguientes aspectos: <sup>(32)</sup>

**a) Niña y niño de 6 a 8 meses (alimentación complementaria)**

**Consistencia.** Iniciar la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, con comidas espesas como papillas, purés, mazamorras, utilizando alimentos de la olla familiar y de la zona.

**Cantidad.** Servir la mitad de un plato mediano de comida espesa cada vez que se le ofrezca de comer (iniciará con dos o tres cucharadas hasta llegar a cinco).

**Calidad.** Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, sangrecita, pollo, etc. Introducir los alimentos nuevos uno a la vez, aumentando poco a poco la variedad de los alimentos.

**Frecuencia.** A los seis meses, dar dos comidas al día más leche materna. A los siete u ocho meses, dar tres comidas al día más leche Materna.

**b) Niña y niño de 9 a 11 meses (alimentación complementaria)**

**Consistencia.** Continúe dándole comidas espesas, pero ahora incluir preparaciones sólidas (picado o pequeños trocitos) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar.

**Cantidad.** Servir casi completo el plato mediano (3/4) de comida picadita cada vez que se le ofrezca de comer (cinco a siete cucharadas).

**Calidad.** Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, “sangrecita”, pollo, etc.

**Frecuencia.** Dar tres comidas al día más un refrigerio.

**c) Niña y niño de 1 a menos de 2 años (alimentación infantil)**

**Consistencia.** Dar comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar.

**Cantidad.** Servir un plato mediano de comida (siete a diez cucharadas).

**Calidad.** Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, cuy, “sangrecita”, pollo, etc.

**Frecuencia.** Dar tres comidas al día más dos refrigerios.

**d) Niña y niño de 2 a menos de 5 años (alimentación infantil)**

**Consistencia.** Darle comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar.

**Cantidad.** Darle un plato grande, de acuerdo con su edad, actividad física y estado nutricional.

**Calidad.** Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, “sangrecita”, pollo, etc.

**Frecuencia.** Dar tres comidas al día más dos refrigerios que incluyan lácteos.

### 2.2.2. RIESGO

Probabilidad de que se produzca un resultado adverso o un factor que aumenta esa probabilidad.<sup>(33)</sup>

Adicionalmente, señala que los datos sobre el desenlace de enfermedades o traumatismos, por ejemplo la mortalidad o la hospitalización, suelen centrarse en la necesidad de servicios paliativos o curativos. En cambio, las evaluaciones de la carga resultante de factores de riesgo estiman el potencial de la prevención. Una excepción notable tiene que ver con las afecciones transmisibles, pues el tratamiento de los individuos infectados puede prevenir la propagación ulterior de la infección, con lo que el tratamiento en sí mismo puede ser un método de prevención. La evaluación de los riesgos tiene su raíz en el sector ambiental, en el que se elaboró como un método sistemático para comparar problemas ambientales que plantean distintos tipos y grados de riesgos para la salud. Esos ejercicios de evaluación de riesgos ambientales suelen comprender cuatro elementos:

- a) **Determinación del peligro.** Determina los tipos de efectos en la salud que pueden producirse, basándose en datos toxicológicos obtenidos en estudios epidemiológicos o de laboratorio: por ejemplo, el agente químico X provoca lesiones hepáticas.
- b) **Evaluación de la exposición.** Combina datos sobre la distribución y las concentraciones de la contaminación en el medio ambiente con información sobre el comportamiento y la fisiología a fin de estimar la cantidad de contaminante a que están expuestos los seres humanos. Para medir la magnitud de ciertas exposiciones, por ejemplo al plomo y a la dioxina, se han utilizado marcadores biológicos.

- c) **Evaluación de la relación dosis-respuesta.** Relaciona la probabilidad de cierto efecto en la salud con la dosis de contaminante o la magnitud de la exposición.
- d) **Caracterización del riesgo.** Combina las evaluaciones de la exposición y de la relación dosis-respuesta para calcular el riesgo sanitario estimado, como el número previsible de personas que contraerán cierta enfermedad en una población determinada. Generalmente incluye la estimación y comunicación de la incertidumbre.

#### **2.2.2.1. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por niños amamantados. La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua contaminada, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas, en particular el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad. Existen tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:<sup>(34)</sup>

- Diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera;
- Diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disintérica o disentería;
- Diarrea persistente, que dura 14 días o más.

### **2.2.2.2. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA**

La infección respiratoria aguda (IRA) constituye el grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas. Se manifiestan con síntomas como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, disfonía o dificultad respiratoria, acompañados o no de fiebre. La rinitis, la faringitis, y la otitis media aguda son los cuadros más frecuentes; y la mayoría de estos cuadros son de origen viral. <sup>(35)</sup>

### **2.2.2.3. DESNUTRICIÓN**

Es un estado patológico de deficiencia producto de una alimentación con escasa densidad energética o de micronutrientes esenciales así como producto de la inapropiada asimilación de los alimentos. Hay 3 tipos de desnutrición: a) Desnutrición aguda. Deficiencia de peso para la talla (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo; b) Desnutrición crónica. Retardo del crecimiento estatural para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico; y c) Desnutrición global. Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. <sup>(36)</sup>

Según la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo del Ministerio de Salud del Perú, la clasificación de estado nutricional se realizará en base a la comparación de indicadores: Peso/Edad, Talla/Edad y Peso/Talla con los patrones de referencia vigentes. Referente al peso para la talla se consideran las siguientes categorías: obesidad (>+3), sobrepeso (>+2), normal (+2 a - 2), desnutrición aguda (< -2 - 3) y desnutrición severa (< -3). En cuanto al peso para la edad: sobre peso (>+2), normal (+2 a - 2) y desnutrición (< -



2 - 3). En talla para la edad: Alto (>+2), normal (+2 a - 2) y talla baja (< - 2 - 3).<sup>(37)</sup>

Existen diferentes factores que interaccionan predisponiendo, determinando o condicionando su aparición y se agrupan en: medioambientales (por causas naturales o entrópicas); socioculturales y económicos (asociados a los problemas de pobreza e inequidad) y político institucionales (escaso impacto de los programa sociales), los que en conjunto –potenciándose unos y otros- incrementan o disminuyen las vulnerabilidades biomédicas y productivas, y a través de éstas condicionan la cantidad, calidad y capacidad de absorción de la ingesta alimentaría que determinan la desnutrición. Cada uno de estos factores aporta de manera singular como condición de riesgo protección de la desnutrición. Así, el peso de cada uno depende de la fase de la transición demográfica y epidemiológica en que está cada país y la etapa del ciclo de vida en que se encuentran las personas, definiendo, en conjunto, la intensidad de la vulnerabilidad resultante.<sup>(38)</sup>

#### **2.2.2.4. ENFERMEDAD ALÉRGICA ALIMENTARIA**

El sistema inmunológico generalmente protege al cuerpo de las proteínas extrañas dañinas, generando una reacción para eliminarlas. La alergia se da esencialmente cuando el "sistema inmunológico no funciona bien", y percibe una sustancia normalmente inocua como si fuera una amenaza - un alérgeno -, y lo ataca con las defensas inmunológicas del cuerpo. Cuando hay una reacción alérgica real, el cuerpo produce anticuerpos (una proteína que específicamente se une a otra proteína llamada antígeno - en este caso el alérgeno - para neutralizarla y eliminarla del cuerpo). Los anticuerpos conocidos como inmunoglobulina E (IgE) reaccionan ante los alérgenos, y esto a su vez produce una reacción en los mastocitos (células de los tejidos) y los basófilos (un tipo de célula de la sangre). Los mastocitos se encuentran en la superficie de la piel y en las membranas mucosas de la nariz, del

aparato respiratorio, los ojos y el intestino. Los mastocitos segregan una sustancia denominada histamina y otras, como leucotrienos y prostaglandinas, que provocan síntomas alérgicos (respiratorios, cutáneos, gastrointestinales o sistémicos). Se producen reacciones adversas de forma inmediata, que normalmente son localizadas. Algunas reacciones alérgicas tardan horas o incluso días en desarrollarse desde el momento de la exposición a la proteína extraña. Normalmente se denominan "reacciones de hipersensibilidad retardada". La mayoría de las reacciones alérgicas a los alimentos son relativamente leves, excepto en el caso de un número reducido de personas que experimentan una reacción grave con peligro de muerte, que se conoce como anafilaxis. <sup>(39)</sup>

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Ablactancia.** Introducción de alimentos diferentes a la leche materna.
- **Calidad de las dietas de ablactancia.** Es el valor nutritivo de la dieta.
- **Consistencia de las dietas de la ablactancia.** Son características físicas de los alimentos (líquido, semilíquido y sólido).
- **Frecuencia de consumo de dietas de ablactancia.** Número de veces que ingiere alimentos por día.
- **Riesgo de enfermar.** Probabilidad de padecer enfermedades prevalentes (IRA, EDAD, desnutrición y reacciones alérgicas).
- **Tipo de ablactancia.** Momento de inicio de la ablactancia: precoz (antes del sexto mes), normal (a los 6 meses) y tardía (después de los 6 meses).

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL**

La ablactación precoz si se relaciona con el riesgo de enfermar en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. Ayacucho, 2016.

### **2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

- a) La ablactación precoz si se relaciona con el número de episodios de enfermedad diarreica aguda en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.
- b) La ablactación precoz si se relaciona con el número de episodios de infecciones respiratorias agudas en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.
- c) La ablactación precoz si se relaciona con la desnutrición en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.
- d) La ablactación precoz si se relaciona con la enfermedad alérgica alimentaria en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.

## **2.5. VARIABLES**

### **VARIABLE UNO**

- X. Ablactación precoz
- X<sub>1</sub>. Tasa
- X<sub>2</sub>. Edad de inicio

### **VARIABLE DOS**

- Y. Riesgo de enfermar
- Y<sub>1</sub>. Enfermedad diarreica aguda

Y<sub>2</sub>. Enfermedad respiratoria aguda

Y<sub>3</sub>. Desnutrición

Y<sub>4</sub>. Enfermedad alérgica alimentaria

### 2.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- **Ablactación.** Proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, son necesarios otros alimentos sólidos y líquidos, además de la leche materna. <sup>(40)</sup>.
- **Riesgo de enfermar.** Probabilidad de que se produzca un resultado adverso, o como factor que aumenta esa probabilidad. <sup>(41)</sup>

### 2.5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

- **Ablactación precoz.** Introducción de alimentos distintos a la leche materna antes del sexto mes de vida.
- **Riesgo de enfermar.** Probabilidad de padecer enfermedades diarreicas y respiratorias agudas como desnutrición y reacciones alérgicas.

## 2.5.3. OPERACIÓN DE VARIABLES

### X. Ablactación precoz

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	OPCIÓN	ESCALA	VALOR	INSTRUMENTO
X. Ablactación precoz	Tasa	Porcentaje			Intervalo	% (Si, No)	Guión de entrevista
	Edad de inicio	Pregunta	¿A qué edad proporcionó alimentos distintos a la leche materna a su niño/a?	Meses	Ordinal	Precoz (< 6 meses) Normal (6 meses) Tardía (> 6 meses)	Guión de entrevista
			¿Con que tipo de alimento inició la alimentación complementaria de su niño/a?	Mates Jugos Caldos Sopas Papillas	Nominal	Líquido Semisólido	Guión de entrevista
			¿Cuántas veces por día proporciona alimento a su niño/a?	1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces	Razón	< 5 veces por día 5 veces por día	Guión de entrevista

### Y. Riesgo de enfermar

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	OPCIÓN	ESCALA	VALOR	INSTRUMENTO
Y. Riesgo de enfermar	EDA	Reactivo de la historia clínica	Diagnóstico	Acuosa Disentérica Persistente	Razón	Número de episodios	Lista de chequeo
	IRA	Reactivo de la historia clínica	Diagnóstico	No neumonía Neumonía	Razón	Número de episodios	Lista de chequeo
	Desnutrición	Reactivo de la historia clínica	Diagnóstico	Peso/edad Peso/talla Talla/edad	Nominal	Presenta No presenta	Lista de chequeo
	Enfermedad alérgica alimentaria	Reactivo de la historia clínica	Diagnóstico	Reacción alérgica	Nominal	Presenta No presenta	Lista de chequeo

CAPÍTULO III

**METODOLOGÍA**

### 3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1.1. TIPO

Aplicativo, porque utilizó las teorías de la investigación básica en busca de posibles aplicaciones prácticas.

#### 3.1.2. NIVEL

Correlacional, porque ha determinado la relación y el grado de correlación entre las variables.

### 3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El Asentamiento Humano “Villa San Cristóbal”, ubicado al oeste de la ciudad de Ayacucho, distrito de Jesús de Nazareno, de la provincia de Huamanga.

El puesto de Salud de “Villa San Cristóbal” se sitúa en la Avenida Los Próceres Incas. Esta entidad es de nivel I, para la atención de una población de 4511 habitantes.

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.3.1. POBLACIÓN

Constituida por 72 (100%) niños menores de 1 año del Asentamiento Humano “Villa San Cristóbal” y sus respectivas madres. La distribución poblacional es la siguiente.

<b>Asociación</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Totorilla	18	25,0
Villa San Cristóbal	24	33,4
Intiraymi	14	19,4
Illacruz	16	22,2
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.00</b>

**Fuente.** Censo local de salud.

### 3.3.2. MUESTRA

La presente investigación ha prescindido del cálculo y la selección de la muestra (Censo).

## 3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.4.1. TÉCNICA

**Entrevista.** Aplicación de instrumentos de manera hero-administrada. Es decir, se caracteriza por la interrelación entre investigadora y entrevistada.

**Recopilación documental.** Registro de información de la historia clínica y el carné de crecimiento y desarrollo.

### 3.4.2. INSTRUMENTOS

#### **Guión de entrevista**

**Autora.** Taype (2016).

**Descripción.** Está constituido por dos bloques: I. Datos generales (edad y nivel de instrucción) y II. Datos específicos (edad de inicio de la ablactación, forma de inicio y frecuencia).

**Forma de aplicación.** Individual.

**Tiempo de administración.** 5 minutos en promedio.

**Población diana.** Madres mayores de 18 años.

**Norma de administración.** A continuación se le presenta una serie de ítems acerca de la forma como inició la alimentación complementaria de su niño/a. Marque con una "X" la respuesta que mejor describa sus prácticas de alimentación infantil. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase.



## Lista de chequeo

**Autora.** Taype (2016).

**Descripción.** Está constituida por dos bloques: I. Datos generales (edad y sexo) y II. Datos específicos (EDA, IRA, desnutrición y reacciones alérgicas).

**Forma de aplicación.** Individual.

**Tiempo de administración.** 10 minutos en promedio.

**Referencia.** Historias clínicas o carné de crecimiento y desarrollo.

### 3.5. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico IBM-SPSS versión 23,0. La información ha sido presentada en distribución de frecuencias y figuras estadísticas de acuerdo a los objetivos propuestos. El análisis estadístico fue inferencial a través del cálculo del Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman.

#### 3.5.1. PROCEDIMIENTO DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS

La hipótesis ha sido contrastada con el Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman, al 95% de nivel de confianza. Un valor “p” menor de 0,05 fue evidencia suficiente para aceptar la hipótesis general. La interpretación del tipo y grado de correlación sigue estas pautas:

<b>Relación</b>	<b>Condición</b>
Existe relación	$r_s \neq 0$
No existe relación	$r_s = 0$
<b>Tipo de correlación</b>	<b>Condición</b>
Directa	$r_s > 0$
Inversa	$r_s < 0$
<b>Grado de correlación</b>	<b>Condición</b>

Nula	$r_s = 0,00$
Baja	$r_s = 0,25$
Media	$r_s = 0,50$
Alta	$r_s = 0,75$
Perfecta	$r_s = 1,00$
<b>Significación</b>	<b>Condición</b>
No significativa	$p > 0,05$
Significativa	$p < 0,05$
Altamente significativa	$p < 0,01$
Muy altamente significativa	$p < 0,001$

**Fuente.** Elaboración propia.

CAPÍTULO IV  
**RESULTADOS**

#### 4.1. PRESENTACIÓN TABULAR Y GRÁFICA

TABLA 01

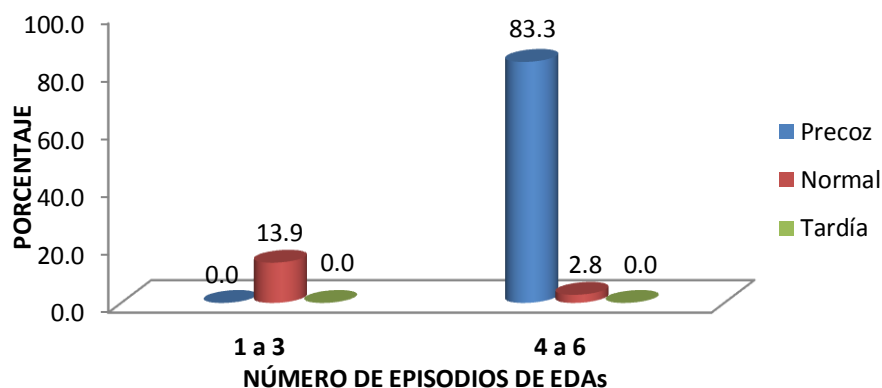
TIPO DE ABLACTACIÓN SEGÚN NÚMERO DE EPISODIOS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 1 AÑO DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO, 2016.

Tipo de ablactación	Número de episodios de EDAs				Total	
	1 - 3		4 - 6			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Precoz	0	0,0	60	83,3	60	83,3
Normal	10	13,9	2	2,8	12	16,7
Tardía	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>13,8</b>	<b>62</b>	<b>86,1</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

Fuente. Instrumentos aplicados.

FIGURA 01

TIPO DE ABLACTACIÓN SEGÚN NÚMERO DE EPISODIOS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 1 AÑO DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO, 2016.



Fuente. Instrumentos aplicados.

El 83,3% de madres de niños menores de un año inició con la ablactancia precoz (antes del sexto mes de vida) y la totalidad de sus hijos presentaron entre cuatro y seis episodios de enfermedades diarreicas agudas. El 16,7% inició con la ablactancia normal (a los seis meses de vida) y predominó en un 13,9% de sus hijos entre uno y tres episodios de enfermedades diarreicas agudas. En consecuencia, la ablactación precoz incrementa la probabilidad de presentar más episodios de enfermedades diarreicas agudas.

**TABLA 02**

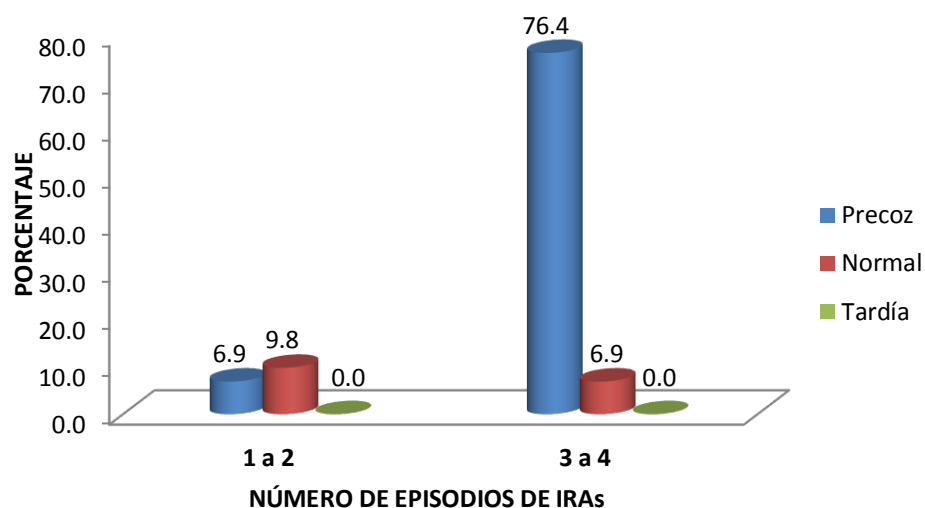
**TIPO DE ABLACTACIÓN SEGÚN NÚMERO DE EPISODIOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 1 AÑO DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO, 2016.**

Tipo de ablactación	Número de episodios de IRAs				Total	
	1 - 2		3 - 4			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Precoz	5	6,9	55	76,4	60	83,3
Normal	7	9,8	5	6,9	12	16,7
Tardía	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>16,7</b>	<b>60</b>	<b>83,3</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

Fuente. Instrumentos aplicados.

**FIGURA 02**

**TIPO DE ABLACTACIÓN SEGÚN NÚMERO DE EPISODIOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 1 AÑO DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO, 2016.**



Fuente. Instrumentos aplicados.

El 83,3% de madres de niños menores de un año inició con la ablactancia precoz (antes del sexto mes de vida) y predominó en un 76,4% de sus hijos entre tres y cuatro episodios de infecciones respiratorias agudas. El 16,7% inició con la ablactancia normal (a los seis meses de vida) y predominó en un 9,8% de sus hijos entre uno y dos episodios de infecciones respiratorias agudas. Por tanto, la ablactación precoz incrementa la probabilidad de presentar más episodios de infecciones respiratorias agudas.

**TABLA 03**

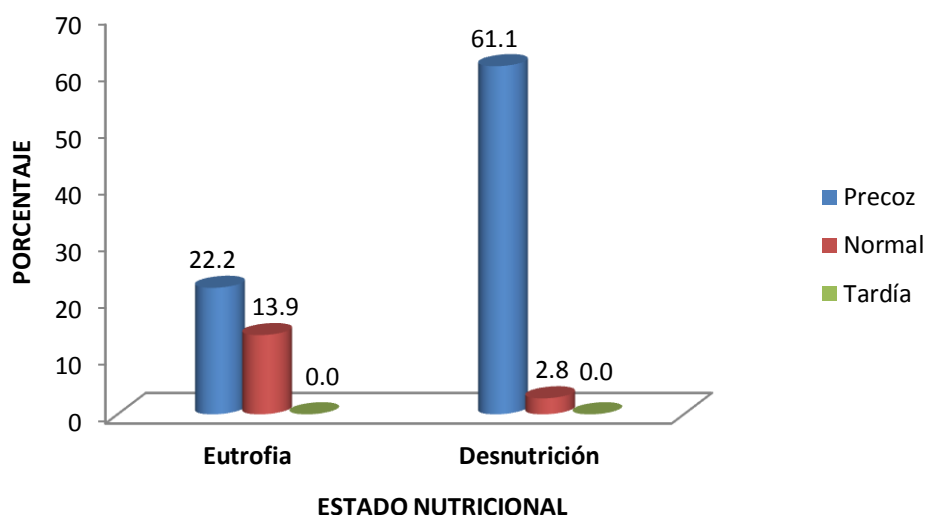
**TIPO DE ABLACTACIÓN SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 1 AÑO DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO, 2016.**

Tipo de ablactación	Estado nutricional				Total	
	Eutrofia		Desnutrición			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Precoz	16	22,2	44	61,1	60	83,3
Normal	10	13,9	2	2,8	12	16,7
Tardía	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>36,1</b>	<b>46</b>	<b>63,9</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

Fuente. Instrumentos aplicados.

**FIGURA 03**

**TIPO DE ABLACTACIÓN SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 1 AÑO DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO, 2016.**



Fuente. Tabla 03.



El 83,3% de madres de niños menores de un año inició con la ablactancia precoz (antes del sexto mes de vida) y predominó en un 61,1% de sus hijos la desnutrición. El 16,7% inició con la ablactancia normal (a los seis meses de vida) y predominó en un 13,9% de sus hijos la eutrofia. Se deduce que la ablactación precoz incrementa la probabilidad de presentar desnutrición.

**TABLA 04**

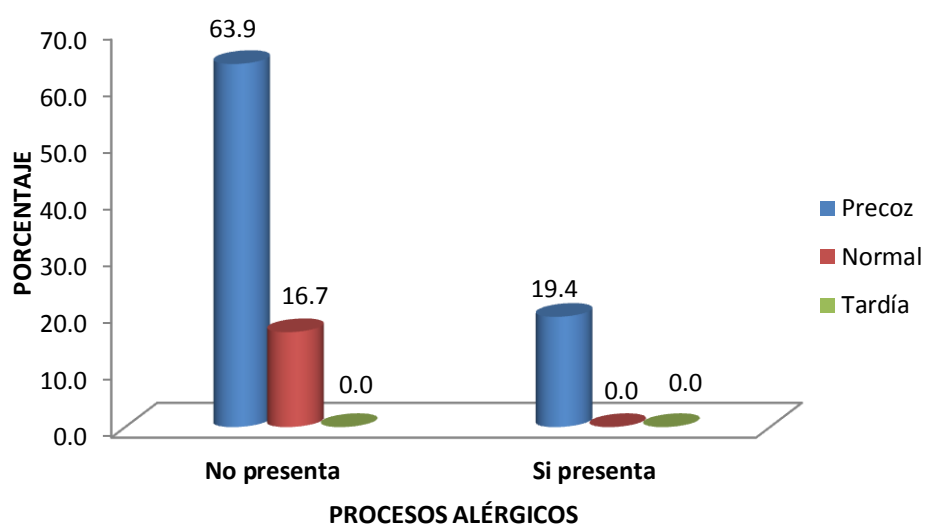
**TIPO DE ABLACTACIÓN SEGÚN ENFERMEDAD ALÉRGICA ALIMENTARIA EN MENORES DE 1 AÑO DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO, 2016.**

Tipo de ablactación	Enfermedad alérgica alimentaria				Total	
	No presenta		Si presenta		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%		
Precoz	46	63,9	14	19,4	60	83,3
Normal	12	16,7	0	0,0	12	16,7
Tardía	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>80,6</b>	<b>14</b>	<b>19,4</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

Fuente. Instrumentos aplicados.

**FIGURA 04**

**TIPO DE ABLACTACIÓN SEGÚN ENFERMEDAD ALÉRGICA ALIMENTARIA EN MENORES DE 1 AÑO DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO, 2016.**



Fuente. Tabla 04.

El 83,3% de madres de niños menores de un año inició con la ablactancia precoz (antes del sexto mes de vida) y predominó en un 63,9% de sus hijos la ausencia de enfermedad alérgica alimentaria. El 16,7% inició con la ablactancia normal (a los seis meses de vida) y la totalidad no presenta enfermedad alérgica alimentaria. Por tanto, la ablactación precoz incrementa la probabilidad de presentar enfermedad alérgica alimentaria.

**TABLA 05**

**TIPO DE ABLACTACIÓN SEGÚN RIESGO DE ENFERMAR EN MENORES DE 1 AÑO DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO, 2016.**

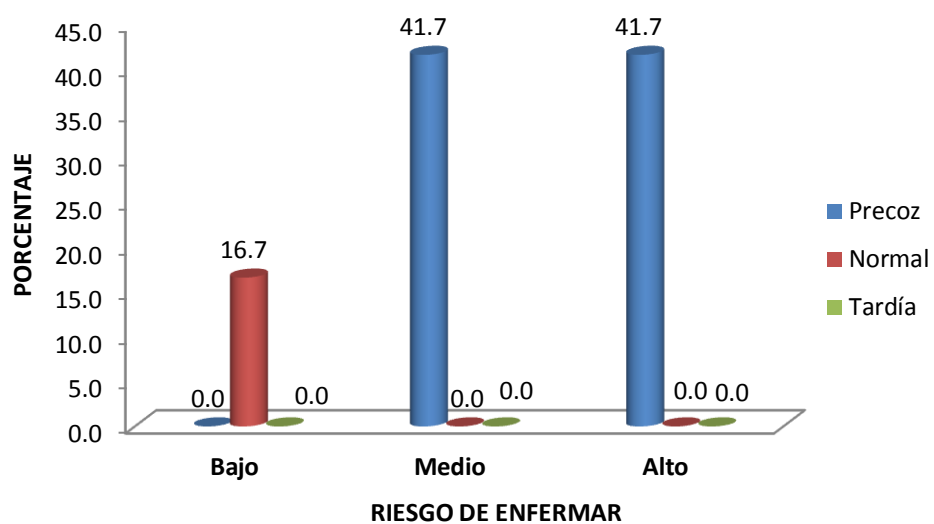
Tipo de ablactación	Riesgo de enfermar						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Precoz	0	0,0	30	41,7	30	41,7	60	83,3
Normal	12	16,7	0	0,0	0	0,0	12	16,7
Tardía	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>16,7</b>	<b>30</b>	<b>41,7</b>	<b>30</b>	<b>41,7</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Instrumentos aplicados.

El 83,3% de madres de niños menores de un año inició con la ablactancia precoz (antes del sexto mes de vida) y predominó en un 41,7% de sus hijos el alto y medio riesgo enfermar respectivamente. El 16,7% inició con la ablactancia normal (a los seis meses de vida) y la totalidad presenta bajo riesgo de enfermar. Por tanto, la ablactación precoz incrementa el riesgo de enfermar.

FIGURA 05

TIPO DE ABLACTACIÓN SEGÚN RIESGO DE ENFERMAR EN MENORES DE 1 AÑO DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO, 2016.



Fuente. Tabla 05.

## 4.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

### 4.2.1. HIPÓTESIS GENERAL

La ablactación precoz si se relaciona con el riesgo de enfermar en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. Ayacucho, 2016.

<b>Coefficiente de correlación "Rho" de Spearman</b>	
Coeficiente de correlación	-0,700
N	72

$H_0: r_s = 0$

$H_j: r_s \neq 0$

El Coeficiente de Correlación "Rho" de Spearman es diferente de cero. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula porque la ablactación precoz si se relaciona con el riesgo de enfermar en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal ( $r_s = -0,700$ ). Además la correlación muestra una tendencia negativa: cuanto menor es la edad de la ablactación precoz existe mayor riesgo de enfermar.

### 4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- a) La ablactación precoz si se relaciona con el número de episodios de enfermedad diarreica aguda en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.

<b>Coefficiente de correlación "Rho" de Spearman</b>	
Coeficiente de correlación	-0,898
N	72

$H_0: r_s = 0$

$H_j: r_s \neq 0$

El Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman es diferente de cero. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula porque la ablactación precoz si se relaciona con el número de episodios de enfermedad diarreica aguda en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal ( $r_s = -0,898$ ). Asimismo, la correlación muestra una tendencia negativa: cuanto menor es la edad de la ablactación precoz es mayor el número de episodios de enfermedad diarreica aguda.

- b) La ablactación precoz si se relaciona con el número de episodios de infecciones respiratorias agudas en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.

<b>Coeficiente de correlación “Rho” de Spearman</b>	
Coeficiente de correlación	-0,500
Significación	0,000
N	72

$H_0: r_s = 0$

$H_i: r_s \neq 0$

El Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman es diferente de cero. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula porque la ablactación precoz si se relaciona con el número de episodios de infecciones respiratorias agudas en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal ( $r_s = -0,500$ ). Por otro, lado la correlación muestra una tendencia negativa: cuanto menor es la edad de la ablactación precoz es mayor el número de episodios de infección respiratoria aguda.

- c) La ablactación precoz si se relaciona con la desnutrición en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.

<b>Coeficiente de correlación “Rho” de Spearman</b>
---

Coeficiente de correlación	-0,440
N	72

$$H_0: r_s = 0$$

$$H_i: r_s \neq 0$$

El Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman es diferente de cero. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula porque la ablactación precoz si se relaciona con la desnutrición en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal ( $r_s = -0,440$ ). Por otro lado la correlación muestra una tendencia negativa: cuanto menor es la edad de la ablactación precoz es mayor el riesgo de desnutrición.

- d) La ablactación precoz si se relaciona con la enfermedad alérgica alimentaria en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.

<b>Coeficiente de correlación “Rho” de Spearman</b>	
Coeficiente de correlación	-0,220
N	72

$$H_0: r_s = 0$$

$$H_i: r_s \neq 0$$

El Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman es diferente de cero. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula porque la ablactación precoz si se relaciona con la enfermedad alérgica alimentaria en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal ( $r_s = -0,031$ ). Por otro lado la correlación muestra una tendencia negativa: cuanto menor es la edad de la ablactación precoz es mayor el riesgo de enfermedad alérgica alimentaria.



CAPÍTULO V

**DISCUSIÓN**

Posterior al nacimiento, la lactancia materna es la responsable de mantener el nexo inmunológico madre-hijo, al suministrarle a este los elementos protectores, la mayoría de ellos células y factores solubles que están ausentes en el neonato. <sup>(42)</sup>

La presente investigación está referida a la relación entre la ablactación precoz y el riesgo de enfermar en niños menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. Los resultados con mayor relevancia y contrastados con el marco bibliográfico se describen a continuación.

El 83,3% de madres de niños menores de un año iniciaron con la ablactación precoz y 16,7% con la ablactación normal.

Atachao y Lapa (2008), en niños de 6 meses atendidos en el Centro de Salud María Auxiliadora de Belén identificaron la ablactación precoz en un 41,1%, la que tuvo efecto negativo en el desarrollo psicomotriz ( $p < 0.05$ ). <sup>(43)</sup>

Quispe y Meneses (2009), en la comunidad de Huancayo (Huanta), determinaron que el 51,7% de niños entre 6 y 11 meses inicio normalmente con la ablactancia (a la edad de 6 meses), 38.3% en forma precoz y 10% tardía. <sup>(44)</sup>

El cumplimiento de la lactancia materna exclusiva ha descendido en los últimos y algunas razones serían las siguientes: Mayor acceso de la mujer a espacios laborales y educativos, excesiva promoción de productos lácteos que exaltan sus ventajas nutricionales y la creencia que la práctica de la lactancia materna deforma el cuerpo.

Por esta razón, el personal de salud debe continuar promoviendo las ventajas de la lactancia materna exclusiva para desalentar el uso de productos lácteos, que en términos de calidad nutricional no se comparan con la leche materna.

Del 83,3% de madres que iniciaron con la ablactancia precoz (antes del sexto mes de vida), la totalidad de sus hijos presentaron entre cuatro y seis episodios de enfermedades diarreicas agudas. Del 16,7% de madres que iniciaron con la ablactancia normal (a los seis meses de vida), predominó en 13,9% de sus

hijos entre uno y tres episodios de enfermedades diarreicas agudas. En consecuencia, la ablactación precoz incrementó la probabilidad de presentar más episodios de enfermedades diarreicas agudas.

Según Aguilar (s.f.), México, se han identificado componentes de la leche materna que confieren protección contra patógenos específicos del intestino como Rotavirus, C. Jejuni, C. Difficile, G. Lamblia, S. Tiphymurium, especies de Escherichia, Shigella y V. cholerae. <sup>(45)</sup>

Está demostrado científicamente que la leche materna además de aportar nutrientes esenciales provee inmunoglobulinas, anticuerpos contra las enfermedades diarreicas agudas. Por tanto, el inicio precoz de la ablactancia y sin las medidas de higiene necesarias, hacen mas vulnerable al organismo frente a enfermedades gastrointestinales.

Del 83,3% de madres que iniciaron con la ablactancia precoz (antes del sexto mes de vida), predominó en un 76,4% de sus hijos entre tres y cuatro episodios de infecciones respiratorias agudas. Del 16,7% de madres que iniciaron con la ablactancia normal (a los seis meses de vida), predominó en un 9,8% de sus hijos entre uno y dos episodios de infecciones respiratorias agudas. De ahí, la ablactación precoz incrementa la probabilidad de presentar más episodios de infecciones respiratorias agudas.

Según Aguilar (s.f.), México, la lactancia materna exclusiva protege contra las infecciones de las vías respiratorias altas, principalmente la otitis media. En varios estudios se ha demostrado también que la frecuencia y gravedad de las infecciones de las vías respiratorias bajas como la neumonía, bronquitis y bronquiolitis disminuye en los lactantes alimentados con leche humana. <sup>(46)</sup>

Meneses <sup>(47)</sup>, en Ecuador, señala que los niños que se alimentan únicamente con leche materna son menos propensos a sufrir enfermedades como neumonía, asma bronquial, diarreas o infecciones intestinales y presentan menos alergias a determinados alimentos. Además, les ayuda a expresar al máximo su potencial de crecimiento corporal y desarrollo mental.

El efecto de la lactancia materna exclusiva en la conservación de la capacidad inmunitaria es innegable, porque optimiza la respuesta del organismo frente a los agentes patógenos.

Del 83,3% de madres que iniciaron con la ablactancia precoz (antes del sexto mes de vida), predominó en un 61,1% de sus hijos la desnutrición. El 16,7% de madres que iniciaron con la ablactancia normal (a los seis meses de vida), predominó en un 13,9% de sus hijos la eutrofia. Se deduce que la ablactación precoz incrementa la probabilidad de presentar desnutrición.

Quispe y Meneses <sup>(48)</sup>, en niños menores de un año de la comunidad de Huancayocc (Huanta), hallaron una relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre el inicio precoz (4 a 5 meses) de la ablactancia (38.3%) y la evolución ponderoestatural negativa (30%) de los niños menores de 1 año de la comunidad; es decir, cuando más precoz o tardío es el inicio de la ablactancia incrementa la probabilidad de presentar una evolución ponderoestatural negativa.

Díaz y Escriba <sup>(49)</sup>, en la comunidad de Ñahinpuquio, concluyen que el 74,1% niños iniciaron precozmente con la alimentación complementaria, a la edad de 3 a 5 meses, de quienes el 51.7% presentaron desnutrición.

Jiménez <sup>(50)</sup>, en una muestra de lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza (Lima), describe no existe relación entre el inicio de la alimentación complementaria y el estado nutricional.

Una de las funciones de la lactancia materna exclusiva es asegurar la nutrición óptima del niño y conservar su capacidad inmunitaria. El inicio precoz de la ablactación, en condiciones de higiene inadecuadas, incrementa el riesgo de enfermedades diarreicas agudas las que finalmente deterioran el estado nutricional y éstas a su vez hacen más vulnerable al organismo frente a enfermedades prevalentes.

Del 83,3% de madres que iniciaron con la ablactancia precoz (antes del sexto mes de vida), predominó en un 63,9% de sus hijos la ausencia de enfermedad alérgica alimentaria. Del 16,7% de madres que iniciaron con la ablactancia

normal (a los seis meses de vida), la totalidad no presentó enfermedad alérgica alimentaria. Por tanto, la ablactación precoz incrementa la probabilidad de presentar enfermedad alérgica alimentaria.

Al respecto, Olmos <sup>(51)</sup> señala que el momento de la introducción y la diversidad de la dieta complementaria son factores cruciales en el desarrollo de las enfermedades alérgicas.

De acuerdo con Aguilar <sup>(52)</sup>, hay evidencias epidemiológicas y experimentales de que la leche materna afecta la inmunomodulación a largo plazo y los lactantes corren menor riesgo de padecer enfermedades alérgicas, trastornos digestivos crónicos, diabetes mellitus tipo 1, enfermedad de Crohn y linfoma.

Los niños con ablactación precoz presentaron una mayor frecuencia de enfermedades alérgicas. Significa, que la lactancia materna exclusiva no solo protege al organismo de agentes patógenos sino que lo prepara para metabolizar otros alimentos.

Del 83,3% de madres que iniciaron precozmente con la ablactancia precoz (antes del sexto mes de vida), predominó en un 41,7% de sus hijos el alto y medio riesgo enfermar respectivamente. Del 16,7% de madres que iniciaron con la ablactancia normal (a los seis meses de vida), la totalidad presenta bajo riesgo de enfermar. Por tanto, la ablactación precoz incrementa el riesgo de enfermar.

Meneses <sup>(53)</sup>, en Ecuador, señala que el mantenimiento de 6 meses de lactancia exclusiva ha demostrado beneficios importantes como la reducción del riesgo de enfermar y morir por causas prevenibles y muy prevalentes en la infancia como son las infecciones diarreicas y respiratorias.

Castillo <sup>(54)</sup>, en Cuba, refiere que las acciones para promover el amamantamiento se justifican por el beneficio nutricional de ese acto materno para el recién nacido, la protección que le confiere contra diferentes enfermedades por sus reconocidas propiedades inmunitarias.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática <sup>(55)</sup>, señala que el inicio temprano de la alimentación complementaria, limita lo valioso de la lactancia materna, más aún cuando se hace sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, pues se pone a las niñas y niños en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte así como con el grado de nutrición.

Queda demostrado que la ablactación precoz incrementa el riesgo de enfermar en los niños menores de un año, porque se prescinde de los beneficios de la lactancia materna exclusiva en términos de nutrición y respuesta inmunitaria.

## CONCLUSIONES

1. La ablactación precoz si se relaciona con el riesgo de enfermar en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal ( $r_s = -0,700$ ). Además la correlación muestra una tendencia negativa: cuanto menor es la edad de la ablactación precoz existe mayor riesgo de enfermar.
2. La ablactación precoz si se relaciona con el número de episodios de enfermedad diarreica aguda en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal ( $r_s = -0,898$ ). Asimismo, la correlación muestra una tendencia negativa: cuanto menor es la edad de la ablactación precoz es mayor el número de episodios de enfermedad diarreica aguda.
3. La ablactación precoz si se relaciona con el número de episodios de infecciones respiratorias agudas en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal ( $r_s = -0,500$ ). Por otro, lado la correlación muestra una tendencia negativa: cuanto menor es la edad de la ablactación precoz es mayor el número de episodios de infección respiratoria aguda.
4. La ablactación precoz si se relaciona con la desnutrición en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal ( $r_s = -0,440$ ). Por otro lado la correlación muestra una tendencia negativa: cuanto menor es la edad de la ablactación precoz es mayor el riesgo de desnutrición.
5. La ablactación precoz si se relaciona con la enfermedad alérgica alimentaria en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal ( $r_s = -0,031$ ). Por otro lado la correlación muestra una tendencia negativa: cuanto menor es la edad de la ablactación precoz es mayor el riesgo de desnutrición.

## **RECOMENDACIONES**

1. Al personal del Puesto de Salud de Villa San Cristóbal, fortalecer la promoción de la lactancia materna exclusiva como medida apropiada para reducir el riesgo de enfermar y morir.
2. A los profesionales de enfermería del Puesto de Salud de Villa San Cristóbal, optimizar las sesiones de consejería nutricional durante la lactancia para prevenir la ablactación precoz y las consecuencias de que ella se derivan.
3. A los medios de comunicación masiva, continuar con la promoción de la lactancia materna exclusiva para desalentar el uso de productos lácteos y la introducción temprana de alimentos distintos a la leche materna.
4. A los bachilleres de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, continuar con el desarrollo de investigaciones de diseño experimental para garantizar el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva.



## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. *10 datos sobre lactancia materna*. 2015. Recuperado de <http://www.who.int/>
2. Quispe Y, Meneses Z. *Tiempo de inicio de la Ablactancia y su efecto en la evolución pondoestural de niños menores de 1 año, Huancayo, distrito de Huanta, Ayacucho-2008*. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2009.
3. OMS: Organización Mundial de la Salud. *10 datos sobre lactancia materna*. 2015. Recuperado de <http://www.who.int>
4. Black R, Victora C, Walker S. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet* 2013; 382:427–451.
5. OMS: Organización Mundial de la Salud. *WHO European Region has lowest global breastfeeding rates*. 2015. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/>.
6. OPS: Organización Panamericana de la Salud. *Apoyo a las madres que amamantan: cercano, continuo y oportuno*. 2013. Recuperado de <http://worldbreastfeedingweek.org/2013/pdf/wbw2013-af-paho-spa.pdf>.
7. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES 2013*. Lima: INEI; 2014.
8. Atachao J, Lapa J. *Tipos de lactancia y su efecto en el desarrollo psicomotor en niños de 6 meses atendidos en el centro de salud María Auxiliadora de Belén, Ayacucho, 2007*. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2008.
9. Quispe Y, Meneses Z. *Tiempo de inicio de la Ablactancia y su efecto en la evolución pondoestural de niños menores de 1 año, Huancayo, distrito de Huanta, Ayacucho-2008*. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2009.
10. Cadena L, Benavides D. *Conocimientos, aptitudes y practica sobre lactancia materna en madres con niños de cero a un año de edad que acuden al Centro de*

- Salud N° 1 de la ciudad de Tulcán, provincia de Carchi*. Tesis de licenciatura. México: Universidad Técnica del Norte; 2010.
11. Rius, J. *Factores asociados al inicio y al abandono precoz de la lactancia materna*. Tesis doctoral. España: Universidad de Valencia; 2011.
  12. OMS: Organización Mundial de la Salud. *WHO European Region has lowest global breastfeeding rates*. 2015. Recuperado de <http://www.euro.who.int>.
  13. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES 2013*. Lima: INEI; 2014.
  14. Rius, J. *Factores asociados al inicio y al abandono precoz de la lactancia materna*. Tesis doctoral. España: Universidad de Valencia; 2011.
  15. Oliver A. *El abandono prematuro de la lactancia materna: Incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia*. Tesis doctoral. España: Universidad de Alicante; 2012.
  16. Carrasco K, Corvalán K. *Asociación en el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niñas/os con 6 meses de vida, CESFAM Panguipulli*. Tesis de licenciatura. Chile: Universidad Austral de Chile.
  17. Cadena L, Benavides D. *Conocimientos, aptitudes y practica sobre lactancia materna en madres con niños de cero a un año de edad que acuden al Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Tulcán, provincia de Carchi*. Tesis de licenciatura. México: Universidad Técnica del Norte; 2010.
  18. Jiménez C. *Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza, 2008*. Tesis de licenciatura. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
  19. Ruiz I, Córdova A. *Conocimiento y práctica materna de lactancia materna exclusiva, Piura, 2010*. Piura: 2010. Tesis de licenciatura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2010.
  20. Illaccanqui J. (2013). *Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en primigestas que acuden a la atención prenatal del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima, 2010*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.

21. Atachao J, Lapa J. *Tipos de lactancia y su efecto en el desarrollo psicomotor en niños de 6 meses atendidos en el centro de salud María Auxiliadora de Belén, Ayacucho, 2007*. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2008.
22. Quispe Y, Meneses Z. *Tiempo de inicio de la Ablactancia y su efecto en la evolución ponderal de niños menores de 1 año, Huancayo, distrito de Huanta, Ayacucho-2008*. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2009.
23. Cruces Y, Vásquez E. *Recomendaciones de la alimentación durante el primer año de vida*. En: Vásquez-Garibay E, editor. *Nutrición en niños: recomendaciones, alergias y deficiencias*. PAC Pediatría. Libro 6. México, DF: Academia Mexicana de Pediatría, AC; 2008.
24. Vásquez E. *Alimentación complementaria en el primer año de vida*. En: Vásquez-Garibay, editor. *SAM Nutrición Pediátrica*. México, DF: Intersistemas, S.A. de C.V.; 2005.
25. OMS: Organización Mundial de la Salud. *Alimentación complementaria*. 2012. Recuperado de <http://www.who.int/nutrition/topics>.
26. OMS: Organización Mundial de la Salud. *La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. 2010. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf).
27. Martínez G, González M, Klunder M, Flores S, Martínez H. *Prácticas de alimentación complementaria*. En: Flores S, Martínez H, editores. *Prácticas de alimentación, estado de nutrición y cuidados a la salud en niños menores de 2 años en México*. México: Gerber; 2004.
28. Magallanes F. Alimentación complementaria. *Revista en nutrición pediátrica* 2009; 3 (7): 318-327.
29. Daza W, Dadán S. *Alimentación complementaria en el primer año de vida*. Colombia. s/f. Recuperado de <https://scp.com.co/descargasnutricion>.
30. PMA: Programa Mundial de Alimentos. *Guías alimentarias para la población guatemalteca menor de dos años*. Guatemala: PMA; 2003.

31. Daza W, Dadán S. *Alimentación complementaria en el primer año de vida*. Colombia. s/f. Recuperado de <https://scp.com.co/descargasnutricion/>.
32. MINSA: Ministerio de Salud. *Consejería nutricional en el marco de la atención de salud materno infantil*. Lima: MINSA; 2010.
33. OMS: Organización Mundial de la Salud. *Definición y evaluación de los riesgos para la salud*. 2002. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>.
34. OMS: Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades diarreicas*. Nota descriptiva N° 330. 2013. Recuperado de [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/).
35. MINSA: Ministerio de Salud. *Infecciones respiratorias agudas*. Lima. 2013. Recuperado de [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)
36. Quispe R. *Prácticas de alimentación y estado nutricional de niños atendidos en consultorio de cartera niño. Hospital II EsSalud Ayacucho, 2015*. Tesis de maestría. Ayacucho: Universidad César Vallejo; 2016.
37. MINSA: Ministerio de Salud. *Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años*. Lima: MINSA; 2011.
38. Sandoval J. *Informe final: programa de ejercicio profesional supervisado en el Ingenio La Unión, Santa Lucía Cotzumalguapa*. Informe de titulación. Guatemala: Universidad de San Carlos; 2011.
39. EUFIC: European Food Information Council. *Alergias e intolerancias alimentarias. España*. 2006. Recuperado de <http://www.eufic.org>.
40. OMS: Organización Mundial de la Salud. *La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. 2010. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf).
41. OMS: Organización Mundial de la Salud. *Definición y evaluación de los riesgos para la salud*. 2002. Recuperado de <http://www.who.int>
42. Castillo J. Lactancia e inmunidad: impacto social. Cuba. *MEDISAN* 2009; 13 (1).

43. Atachao J, Lapa J. *Tipos de lactancia y su efecto en el desarrollo psicomotor en niños de 6 meses atendidos en el centro de salud María Auxiliadora de Belén, Ayacucho, 2007*. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2008.
44. Quispe Y, Meneses Z. *Tiempo de inicio de la Ablactancia y su efecto en la evolución pondoestural de niños menores de 1 año, Huancayo, distrito de Huanta, Ayacucho-2008*. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2009.
45. Aguilar M. *Lactancia materna exclusiva*. México; s.f.. <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no50-4/RFM050000406.pdf>.
46. Aguilar M. *Lactancia materna exclusiva*. México; s.f.. <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no50-4/RFM050000406.pdf>.
47. Meneses J. *Factores relacionados al destete precoz y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres con niños menores e 6 meses que acuden al Centro de Salud N° 01 de la ciudad de Tulcán durante el periodo marzo - agosto de 2012*. Tesis de licenciatura. Ecuador; 2012.
48. Quispe Y, Meneses Z. *Tiempo de inicio de la Ablactancia y su efecto en la evolución pondoestural de niños menores de 1 año, Huancayo, distrito de Huanta, Ayacucho-2008*. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2009.
49. Díaz A, Escriba N. *Influencia de las prácticas de alimentación complementaria en el estado nutricional de los niños de 6 – 12 meses de edad en el puesto de salud de ñahuinpuquio. ayacucho, setiembre a diciembre 2010*. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
50. Jiménez C. *Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza, 2008*. Tesis de licenciatura. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
51. Olmos C. *Dieta complementaria y de desarrollo de alergias*. Colombia; s.f. Recuperado de <https://scp.com.co/descargasnutricion/>

52. Aguilar M. *Lactancia materna exclusiva*. México; s.f..  
<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no50-4/RFM050000406.pdf>.
53. Meneses J. *Factores relacionados al destete precoz y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres con niños menores e 6 meses que acuden al Centro de Salud N° 01 de la ciudad de Tulcán durante el periodo marzo - agosto de 2012*. Tesis de licenciatura. Ecuador; 2012.
54. Castillo J. Lactancia e inmunidad: impacto social. Cuba. *MEDISAN* 2009; 13 (1).
55. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES 2013*. Lima: INEI; 2014.

# **ANEXOS**

## Anexo 01

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

#### ABLACTACIÓN PRECOZ Y RIESGO DE ENFERMAR EN MENORES DE 1 AÑO. VILLA SAN CRISTÓBAL - AYACUCHO, 2016.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METÓDICA
GENERAL	GENERAL	GENERAL	UNO	<b>Enfoque de investigación</b> Cuantitativo <b>Nivel de investigación</b> Correlacional <b>Tipo de investigación</b> Aplicado <b>Diseño de investigación</b> Transversal <b>Población</b> 72 niños menores de un año y sus respectivas madres. <b>Muestra</b> La presente investigación ha prescindido del cálculo y la selección de la muestra (Censo). <b>Técnicas</b> Entrevista Recopilación documental <b>Instrumentos</b> Guión de entrevista Lista de chequeo <b>Tratamiento estadístico</b> Coeficiente de correlación "Rho" de Spearman
¿La ablactación precoz se relaciona con el riesgo de enfermar en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. Ayacucho, 2016?	Determinar la relación entre la ablactación precoz y el riesgo de enfermar en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. Ayacucho, 2016.	La ablactación precoz si se relaciona con el riesgo de enfermar en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. Ayacucho, 2016.	X. Ablactación precoz X <sub>1</sub> . Tasa X <sub>2</sub> . Edad de inicio	
ESPECÍFICAS	ESPECÍFICAS	ESPECÍFICAS	DOS	
a) ¿La ablactación precoz se relaciona con el número de episodios de enfermedad diarreica aguda en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal? b) ¿La ablactación precoz se relaciona con el número de episodios de infecciones respiratorias agudas en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal? c) ¿La ablactación precoz se relaciona con la desnutrición en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal? d) ¿La ablactación precoz se relaciona con la enfermedad alérgica alimentaria en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.	a) Identificar la relación entre la ablactación precoz y el número de episodios de enfermedad diarreica aguda en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. b) Identificar la relación entre la ablactación precoz y el número de episodios de infecciones respiratorias agudas en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. c) Identificar la relación entre la ablactación precoz y la desnutrición en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. d) Identificar la relación entre la ablactación precoz y la enfermedad alérgica alimentaria en menores de 1 año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.	a) La ablactación precoz si se relaciona con el número de episodios de enfermedad diarreica aguda en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. b) La ablactación precoz si se relaciona con el número de episodios de infecciones respiratorias agudas en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. c) La ablactación precoz si se relaciona con la desnutrición en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal. d) La ablactación precoz si se relaciona con la enfermedad alérgica alimentaria en menores de un año del Asentamiento Humano Villa San Cristóbal.	Y. Riesgo de enfermar Y <sub>1</sub> . Enfermedad diarreica aguda Y <sub>2</sub> . Enfermedad respiratoria aguda Y <sub>3</sub> . Desnutrición Y <sub>4</sub> . Enfermedad alérgica alimentaria	



## Anexo 02

### INSTRUMENTOS

#### GUIÓN DE ENTREVISTA

#### (PARA LA MADRE)

#### INSTRUCTIVO.

A continuación se le presenta una serie de ítems acerca de la forma como inició la alimentación complementaria de su niño/a. Marque con una "X" la respuesta que mejor describa sus prácticas de alimentación infantil. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase.

**Gracias por su colaboración**

#### I. DATOS GENERALES

1.1. Edad: \_\_\_\_\_ años

1.2. Nivel de instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior

#### II. DATOS ESPECÍFICOS

BLOQUE	PREGUNTA	OPCIÓN DE RESPUESTA
Ablactación precoz	¿A qué edad proporcionó alimentos distintos a la leche materna a su niño/a?	<input type="checkbox"/> < 1 mes <input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 7 meses <input type="checkbox"/> 8 meses <input type="checkbox"/> > 8 meses
	¿Con que tipo de alimento inició la alimentación complementaria de su niño/a?	<input type="checkbox"/> Mates <input type="checkbox"/> Jugos <input type="checkbox"/> Caldos <input type="checkbox"/> Sopas <input type="checkbox"/> Papillas
	¿Cuántas veces por día proporciona alimento a su niño/a?	<input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces

## LISTA DE CHEQUEO

### (HISTORIA CLÍNICA)

#### I. DATOS GENERALES

Edad del niño o niña: \_\_\_\_\_ meses

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

#### II. DATOS ESPECÍFICOS

BLOQUE	DIMENSIÓN	VALOR	
Riesgo de enfermar	EDA	Nº episodios de EDA acuosa	
		Nº episodios de EDA disentérica	
		Nº episodios de EDA persistente	
	IRA	Nº episodios de no neumonía	
		Nº episodios de neumonía	
		Diagnóstico P/E	
	Desnutrición	Diagnóstico P/T	
		Diagnóstico T/E	
		Enfermedad alérgica alimentaria	
			( ) Presenta ( ) No presenta

## Anexo 03

### FORMULARIO DE OPINIÓN DE EXPERTOS

#### I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_
- 1.2. Grado/Título académico: \_\_\_\_\_
- 1.3. Institución donde labora: \_\_\_\_\_

#### II. DATOS ESPECÍFICOS

Evalúe cada uno de los ítems del instrumento según la siguiente escala:

1. Esencial. Cuando considere que el ítem está bien redactado y debe incluirse (es pertinente).
2. Útil. Cuando considere que el ítem debe estar incluido pero debe ser modificado.
3. Innecesario. El ítem debería ser eliminado.

Nº	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	Innecesario	Útil	Esencial
		1	2	3
	<b>BLOQUE I: ABLACTANCIA</b>			
1	¿A qué edad proporcionó alimentos distintos a la leche materna a su niño/a?			
2	¿Con que tipo de alimento inició la alimentación complementaria de su niño/a?			
3	¿Cuántas veces por día proporciona alimento a su niño/a?			
	<b>BLOQUE II: RIESGO DE ENFERMAR</b>			
4	Nº episodios de EDA acuosa			
5	Nº episodios de EDA disentérica			
6	Nº episodios de EDA persistente			
7	Nº episodios de no neumonía			
8	Nº episodios de neumonía			
9	Diagnóstico P/E			
10	Diagnóstico P/T			
11	Diagnóstico T/E			
12	Enfermedad alérgica alimentaria			

## FORMULARIO DE OPINIÓN DE EXPERTOS

### I. DATOS GENERALES

1.1. Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

1.2. Grado/Título académico: \_\_\_\_\_

1.3. Institución donde labora: \_\_\_\_\_

### II. DATOS ESPECÍFICOS

Evalúe cada uno de los ítems del instrumento según la siguiente escala:

1. Esencial. Cuando considere que el ítem está bien redactado y debe incluirse (es pertinente).
2. Útil. Cuando considere que el ítem debe estar incluido pero debe ser modificado.
3. Innecesario. El ítem debería ser eliminado.

Nº	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	Innecesario	Útil	Esencial
		1	2	3
	<b>BLOQUE I: ABLACTANCIA</b>			
1	¿A qué edad proporcionó alimentos distintos a la leche materna a su niño/a?			
2	¿Con que tipo de alimento inició la alimentación complementaria de su niño/a?			
3	¿Cuántas veces por día proporciona alimento a su niño/a?			
	<b>BLOQUE II: RIESGO DE ENFERMAR</b>			
4	Nº episodios de EDA acuosa			
5	Nº episodios de EDA disentérica			
6	Nº episodios de EDA persistente			
7	Nº episodios de no neumonía			
8	Nº episodios de neumonía			
9	Diagnóstico P/E			
10	Diagnóstico P/T			
11	Diagnóstico T/E			
12	Enfermedad alérgica alimentaria			

## FORMULARIO DE OPINIÓN DE EXPERTOS

### I. DATOS GENERALES

1.1. Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

1.2. Grado/Título académico: \_\_\_\_\_

1.3. Institución donde labora: \_\_\_\_\_

### II. DATOS ESPECÍFICOS

Evalúe cada uno de los ítems del instrumento según la siguiente escala:

1. Esencial. Cuando considere que el ítem está bien redactado y debe incluirse (es pertinente).
2. Útil. Cuando considere que el ítem debe estar incluido pero debe ser modificado.
3. Innecesario. El ítem debería ser eliminado.

Nº	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	Innecesario	Útil	Esencial
		1	2	3
	<b>BLOQUE I: ABLACTANCIA</b>			
1	¿A qué edad proporcionó alimentos distintos a la leche materna a su niño/a?			
2	¿Con que tipo de alimento inició la alimentación complementaria de su niño/a?			
3	¿Cuántas veces por día proporciona alimento a su niño/a?			
	<b>BLOQUE II: RIESGO DE ENFERMAR</b>			
4	Nº episodios de EDA acuosa			
5	Nº episodios de EDA disintérica			
6	Nº episodios de EDA persistente			
7	Nº episodios de no neumonía			
8	Nº episodios de neumonía			
9	Diagnóstico P/E			
10	Diagnóstico P/T			
11	Diagnóstico T/E			
12	Enfermedad alérgica alimentaria			

## FORMULARIO DE OPINIÓN DE EXPERTOS

### I. DATOS GENERALES

1.1. Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

1.2. Grado/Título académico: \_\_\_\_\_

1.3. Institución donde labora: \_\_\_\_\_

### II. DATOS ESPECÍFICOS

Evalúe cada uno de los ítems del instrumento según la siguiente escala:

1. Esencial. Cuando considere que el ítem está bien redactado y debe incluirse (es pertinente).
2. Útil. Cuando considere que el ítem debe estar incluido pero debe ser modificado.
3. Innecesario. El ítem debería ser eliminado.

Nº	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	Innecesario	Útil	Esencial
		1	2	3
	<b>BLOQUE I: ABLACTANCIA</b>			
1	¿A qué edad proporcionó alimentos distintos a la leche materna a su niño/a?			
2	¿Con que tipo de alimento inició la alimentación complementaria de su niño/a?			
3	¿Cuántas veces por día proporciona alimento a su niño/a?			
	<b>BLOQUE II: RIESGO DE ENFERMAR</b>			
4	Nº episodios de EDA acuosa			
5	Nº episodios de EDA disentérica			
6	Nº episodios de EDA persistente			
7	Nº episodios de no neumonía			
8	Nº episodios de neumonía			
9	Diagnóstico P/E			
10	Diagnóstico P/T			
11	Diagnóstico T/E			
12	Enfermedad alérgica alimentaria			

## FORMULARIO DE OPINIÓN DE EXPERTOS

### I. DATOS GENERALES

1.1. Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

1.2. Grado/Título académico: \_\_\_\_\_

1.3. Institución donde labora: \_\_\_\_\_

### II. DATOS ESPECÍFICOS

Evalúe cada uno de los ítems del instrumento según la siguiente escala:

1. Esencial. Cuando considere que el ítem está bien redactado y debe incluirse (es pertinente).
2. Útil. Cuando considere que el ítem debe estar incluido pero debe ser modificado.
3. Innecesario. El ítem debería ser eliminado.

Nº	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	Innecesario	Útil	Esencial
		1	2	3
<b>BLOQUE I: ABLACTANCIA</b>				
1	¿A qué edad proporcionó alimentos distintos a la leche materna a su niño/a?			
2	¿Con que tipo de alimento inició la alimentación complementaria de su niño/a?			
3	¿Cuántas veces por día proporciona alimento a su niño/a?			
<b>BLOQUE II: RIESGO DE ENFERMAR</b>				
4	Nº episodios de EDA acuosa			
5	Nº episodios de EDA disentérica			
6	Nº episodios de EDA persistente			
7	Nº episodios de no neumonía			
8	Nº episodios de neumonía			
9	Diagnóstico P/E			
10	Diagnóstico P/T			
11	Diagnóstico T/E			
12	Enfermedad alérgica alimentaria			

## Anexo 04

### TABLAS COMPLEMENTARIAS

**TABLA 06**

**EDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DEL  
ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO, 2016.**

<b>Estadístico</b>	<b>Edad (años)</b>
Media	22,3
Mediana	23,0
Moda	23,0
Desviación típica	3,2

**Fuente.** Instrumentos aplicados.

**TABLA 07**

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1  
AÑO DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL.  
AYACUCHO, 2016.**

<b>Nivel de instrucción</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Primaria	14	19,4
Secundaria	36	50,0
Superior	22	30,6
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Instrumentos aplicados.



**TABLA 08**

**ALIMENTO PARA LA ABLACTANCIA DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DEL  
ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO, 2016.**

<b>Tipo de alimento</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Caldo	18	25,0
Sopa	32	44,4
Papilla	22	30,6
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Instrumentos aplicados.

**TABLA 09**

**FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO  
DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA SAN CRISTÓBAL. AYACUCHO,  
2016.**

<b>Frecuencia de alimentación</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Dos veces	22	30,6
Tres veces	30	41,6
Cuatro veces	18	25,0
Cinco veces	2	2,8
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Instrumentos aplicados.