



# **Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión**

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

## **Relación del sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años según el tipo de lactancia en el Centro de Salud de Hualmay – 2023**

**Tesis**

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**Autora**

Maria del Carmen Maita Alor

**Asesor**

M(o). Carlos Emilio Vega Manrique

**Huacho – Perú**

**2024**



### **Reconocimiento - No Comercial - Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

**Reconocimiento:** Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.



# UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

## LICENCIADA

*(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020)*

**FACULTAD:** Medicina Humana

**ESCUELA PROFESIONAL:** Medicina Humana

### INFORMACIÓN

DATOS DEL AUTOR		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	FECHA DE SUSTENTACIÓN
Maria del Carmen Maita Alor	72317848	14-05-2024
DATOS DEL ASESOR		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CÓDIGO ORCID
M(o). Carlos Emilio Vega Manrique	15728202	0000-0003-0884-6652
DATOS DE LOS MIEMBROS DE JURADOS – PREGRADO/POSGRADO-MAESTRÍA.DOCTORADO		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CODIGO ORCID
Dr. Darío Estanislao, Vásquez Estela	10532648	0000-0002-9017-6725
M.C. Jaime Teodosio Lázaro Dioses	25600263	0000-0002-2027-5226
M.C. Henry Keppler Sandoval Pinedo	07962521	0009-0001-2336-1947

## Relación del sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años según el tipo de lactancia en el Centro de Salud de Hualmay – 2023

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad de las Islas Baleares</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.ujcm.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>3</b>	<b>Dimitra Tzioumi, R.Kim Oates. "Subdural hematomas in children under 2 years. Accidental or inflicted? A 10-year experience", Child Abuse &amp; Neglect, 1998</b> Publicación	<b>&lt;1%</b>
<b>4</b>	<b>healthdocbox.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b>Julie A. Mennella, Bernardo Turnbull, Paula J. Ziegler, Homero Martinez. "Infant Feeding Practices and Early Flavor Experiences in Mexican Infants: An Intra-Cultural Study", Journal of the American Dietetic Association, 2005</b> Publicación	<b>&lt;1%</b>

**Relación del sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años según el tipo de lactancia en  
el centro de salud de Hualmay – 2023**

**MAITA ALOR MARIA DEL CARMEN**

**Tesis para obtener el título de médico cirujano**

**Asesor**

M(o). Vega Manrique Carlos Emilio

**JURADO**

**Presidente:** Dr. Vásquez Estela, Darío Estanislao

**Secretario:** M.C. Lázaro Dioses, Jaime Teodosio

**Vocal:** M.C. Sandoval Pinedo, Henry Keppler

**Universidad nacional José Faustino Sánchez Carrión  
Facultad de Medicina Humana  
Escuela Profesional de Medicina Humana**

2024

**DEDICATORIA**

A mi madre Gladys Alor vite por todo el apoyo incondicional, paciencia y confianza en cada una de mis decisiones durante toda mi carrera profesional.

A mi familia por siempre estar presente en los momentos más difíciles e importantes de mi vida y por estar orgullosos de mí.

A los amigos que me dio la universidad, que se convirtieron en familia en estos 7 años de carrera, por tantos aprendizajes, noches de estudio, momentos de alegría y por siempre darme ánimos en los momentos más difíciles.

A mis maestros de pregrado, a mis maestros de internado que, con su gran calidad humana, alegría, empatía con la que trataban a sus pacientes, la paciencia y entusiasmo en sus enseñanzas. Se volvieron referentes a lo que se aspiró a ser como profesional.

*Maita Alor Maria Del Carmen*

## AGRADECIMIENTO

A mi alma mater por darme la oportunidad de mi formación académica en estos 7 años.

A mi asesor y docente: Vega Manrique Carlos Emilio por su apoyo, compromiso, paciencia, aportes y motivación durante el desarrollo del proyecto.

Al Centro de Salud de Hualmay y su directora: Dra. Virginia Aroni Mejía que durante mis rotaciones de externado me dio las herramientas necesarias para posteriormente la ejecución del proyecto en su institución.

A mis jurados: Dr. Vásquez Estela, Darío Estanislao, M.C. Lázaro Dioses, Jaime Teodosio, M.C. Sandoval Pinedo, Henry Kepler por estar pendiente del proyecto, su tiempo y documentaciones correspondientes, así como sus aportes durante el proceso de revisión.

## ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiv
RESUMEN .....	xvi
ABSTRACT.....	xviii
INTRODUCCIÓN .....	xx
<b>CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática. ....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos .....	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1. Objetivo General .....	5
1.3.2. Objetivos Específicos.....	5
1.4. Justificación de la investigación .....	6
1.4.1. Conveniencia.....	6
1.4.2. Relevancia Social. ....	6
1.4.3. Implicaciones Prácticas.....	6
1.4.4. Valor teórico.....	7
1.4.5. Utilidad metodológica.....	7
1.5. Delimitación del estudio.....	7
1.5.1. Temática.....	7



1.5.2. Espacial .....	7
1.5.3. Temporal .....	8
1.5.4. Demográfica.....	8
1.6. Viabilidad del estudio.....	8
1.6.1. Temática.....	8
1.6.2. Económico .....	8
1.6.3. Administrativa.....	9
1.6.4. Técnica .....	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Antecedentes de la investigación.....	10
2.1.1. Investigaciones Internacionales. ....	10
2.2.2. Investigaciones Nacionales. ....	14
2.2 Bases teóricas .....	17
2.2.1. Obesidad infantil .....	17
2.2.2. Sobrepeso infantil.....	18
2.2.3.1. Lactancia materna exclusiva.....	19
2.2.3.2. Lactancia mixta .....	20
2.3. Bases filosófica.....	20
2.4. Definición de término básicos .....	22
2.4.1. Lactante .....	22
2.4.1.1. Lactante Menor .....	22
2.4.1.2. Lactante Mayor .....	23
2.4.2. Niño.....	23
2.4.3. Leche materna .....	23
2.4.4. Fórmulas Infantiles.....	24

2.4.5. Peso para la edad.....	24
2.4.6. Peso para la talla.....	24
2.4.7. Talla para la edad.....	24
2.5. Hipótesis de investigación.....	25
2.5.1. Hipótesis general.....	25
2.5.2. Hipótesis específicas.....	25
2.6 Definición y operacionalización de las variables.....	26
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>28</b>
3.1. Diseño metodológico.....	28
3.1.1. Tipo de investigación.....	29
3.1.2. Nivel de investigación.....	30
3.1.3. Diseño.....	30
3.1.4. Enfoque.....	30
3.2. Población y muestra.....	31
3.2.1. Población.....	31
3.2.2. Muestra.....	32
3.3 Técnicas de recolección de datos.....	32
3.4. Técnicas para el procesamiento de la información.....	32
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
4.1. Análisis de los resultados.....	33
<b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....</b>	<b>56</b>
5.1. Discusión de resultados.....	56
<b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>61</b>
6.1 Conclusiones.....	61
6.2 Recomendaciones.....	62

CAPÍTULO VIII. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	64
5.1 Fuentes documentales .....	64
5.2 Fuentes bibliográficas .....	64
5.3 Fuentes hemerográficas .....	70
5.4. Fuentes electrónicas .....	70
ANEXOS.....	74
Anexo 1. Ficha de recolección de datos.....	75
Anexo2. Matriz de consistencia.....	76
Anexo 3. Aprobación del plan de tesis.....	77
Anexo 4. Aprobación del borrador de tesis.....	79
Anexo 5. Solicitud para revisión de historias clínicas.....	81
Anexo 6. Llenado de instrumento .....	82
Anexo 7. Procesamiento de datos.....	83
Anexo 8. Procesamiento de información.....	85
Anexo 9. Constancia de análisis estadístico y procesamiento de datos.....	87

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1.</b> Grupo de casos y controles .....	28
<b>Tabla 2.</b> Lactancia materna mixta y el desarrollo sobrepeso en el lactante menor .....	33
<b>Tabla 3.</b> Lactancia materna mixta y la obesidad en el lactante menor.....	34
<b>Tabla 4.</b> Lactancia materna mixta y el Sobrepeso en el lactante mayor. ....	36
<b>Tabla 5.</b> Lactancia materna mixta y obesidad en el lactante mayor. ....	38
<b>Tabla 6.</b> Lactancia materna exclusiva y sobrepeso en el lactante menor.....	39
<b>Tabla 7.</b> Lactancia materna exclusiva y obesidad en el lactante menor .....	40
<b>Tabla 8.</b> Lactancia materna exclusiva y sobrepeso en el lactante mayor.....	41
<b>Tabla 9.</b> Lactancia materna exclusiva y obesidad en el lactante mayor .....	42
<b>Tabla 10.</b> Lactancia materna mixta y sobrepeso en niños menores de 2 años.....	43
<b>Tabla 11.</b> Lactancia materna mixta y obesidad.....	44
<b>Tabla 12.</b> Lactancia materna exclusiva y sobrepeso .....	45
<b>Tabla 13.</b> Lactancia materna exclusiva y obesidad.....	46
<b>Tabla 14.</b> Casos y controles en relación a sobrepeso.....	47
<b>Tabla 15.</b> Casos y controles en relación a la obesidad.....	48
<b>Tabla 16.</b> Sexo de los niños menores de 2 años.....	49
<b>Tabla 17.</b> Grupos por edad de los niños menores de 2 años .....	50
<b>Tabla 18.</b> Lactancia materna exclusiva en niños menores de 2 años.....	51

<b>Tabla 19.</b> Lactancia materna mixta en niños menores de 2 años .....	52
<b>Tabla 20.</b> Sobrepeso en niños menores de 2 años.....	53
<b>Tabla 21.</b> Obesidad en niños menores de 2 años .....	54
<b>Tabla 22.</b> Estadísticos de peso y talla .....	55

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Porcentaje de los grupos según casos y controles .....	28
<b>Figura 2.</b> Lactancia materna mixta en el lactante menor según casos (sobrepeso) y controles.....	34
<b>Figura 3.</b> Lactancia materna mixta en el lactante menor según casos(obesidad) y controles .....	35
<b>Figura 4.</b> Lactancia materna mixta en el lactante mayor según casos (sobrepeso) y controles.....	37
<b>Figura 5.</b> Lactancia materna mixta en el lactante mayor según casos (obesidad) y controles. ....	38
<b>Figura 6.</b> Lactancia materna exclusiva en el lactante menor según casos (sobrepeso) y controles.....	39
<b>Figura 7.</b> Lactancia materna exclusiva en el lactante menor según casos(obesidad) y controles.....	40
<b>Figura 8.</b> Lactancia materna exclusiva en el lactante mayor según casos (sobrepeso) y controles.....	41
<b>Figura 9.</b> Lactancia materna exclusiva en el lactante mayor según de casos (obesidad) y controles..	42
<b>Figura 10.</b> Lactancia materna mixta en niños menores de 2 años según grupo de casos(sobrepeso) y controles .....	43
<b>Figura 11.</b> Lactancia materna mixta en niños menores de 2 años según grupos de casos(obesidad) y controles. ....	44
<b>Figura 12.</b> Lactancia materna exclusiva en niños menores de 2 años según casos (sobrepeso) y controles .....	45
<b>Figura 13.</b> Lactancia materna exclusiva en niños menores de 2 años según grupo de casos (obesidad) y controles .....	46
<b>Figura 14.</b> Casos y controles según grupos con y sin sobrepeso. ....	47
<b>Figura 15.</b> Casos y controles según grupos con y sin obesidad. ....	48
<b>Figura 16.</b> Porcentaje del sexo de los niños menores de 2 años atendidos .....	49
<b>Figura 17.</b> Porcentaje de grupos por edad de los niños menores de 2 años .....	50

<b>Figura 18.</b> Porcentaje de lactancia materna exclusiva .....	51
<b>Figura 19.</b> Porcentaje de lactancia materna mixta .....	52
<b>Figura 20.</b> Porcentaje de sobrepeso en niños menores de 2 años atendidos .....	53
<b>Figura 21.</b> Porcentaje de obesidad en niños menores de 2 años .....	54

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre el tipo de lactancia recibida y el desarrollo de sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años en el centro de salud de Hualmay, 2023.

**Materiales y métodos:** Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y transversal con un enfoque analítico, de nivel correlacional de casos y controles, diseño no experimental y un enfoque mixto. Se recopiló la información a través de una ficha de recolección de datos, examinando 520 historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión. Luego, los datos fueron procesados utilizando el programa Excel 2020 y el análisis estadístico se llevó a cabo con el software SPSS versión 22.0.

**Resultados:** De los 520 niños menores de 2 años, el 21.2% (110) fueron los casos y 78.8% (410) los controles, con predominancia del sexo femenino y de lactantes menores cuyos valores fueron de 54.8% (285) y 71.2% (370) respectivamente. Asimismo, la población que presentó lactancia materna exclusiva (LME) y lactancia materna mixta (LMM) fue del 77.5% (403) y 22.5% (117), desarrollando el 17.9% (93) sobrepeso y 4,4% (23) obesidad independiente del tipo de lactancia. Los resultados mostraron que con respecto a la LMM como factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el lactante menor fue: (OR=42,750, IC al 95%:<21,025-86,923>; OR=21,771, IC al 95% < 4,721 – 100,406 > respectivamente); y en el lactante mayor: (OR= 33,900, IC al 95% < 10,110 – 113,672 >; OR=18,400, IC al 95%< 3,683 – 91,934 >). La LME como factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el lactante menor fue: (OR= 0,024; IC al 95% < 0,012 – 0,049 >; OR= 0,047; IC al 95%< 0,010 – 0,215 >); y en el lactante mayor: (OR=0,029, IC al 95%< 0,009 – 0,099 >; OR=0,054, IC al 95% < 0,011 – 0,272 >). Finalmente se evidenció que la lactancia materna mixta en los niños menores de 2 años en



general tiene un 39,228 y 19,588 más de riesgo de sufrir sobrepeso y obesidad respectivamente (OR =39.228, IC al 95% < 21,381 – 71,969 >; OR =19,588, IC 95 % <6,515 - 58,891>) en comparación con la lactancia materna exclusiva que tiene 0,026 y 0,052 de factor protector contra el sobrepeso y obesidad (OR =0.026, IC 95%< 0,014 – 0,048 >; OR=0.052, IC 95%< < 0,017 – 0,155 >).

**Conclusión:** Existe relación entre el tipo de lactancia y el desarrollo de sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años atendidos en el Centro de Salud de Hualmay durante el año 2023.

**Palabras claves:** Obesidad infantil, sobrepeso, lactancia materna.

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the relationship between the type of breastfeeding received and the development of overweight and obesity in children under 2 years of age at the Hualmay health center, 2023.

**Materials and methods:** It is an observational, retrospective, cross-sectional and analytical research, with a correlational level of cases and controls, non-experimental design and mixed approach. The information was collected using a data collection form, analyzing 521 medical records that met the inclusion criteria. Subsequently, the data were processed in the Excel 2020 program and for statistical analysis the SPSS statistical software VERSION 22.0.

**Results:** Of the 520 children under 2 years of age, 21.2% (110) were cases and 78.8% (410) were controls, with a predominance of the female sex and younger infants whose values were 54.8% (285) and 71.2% (370) respectively. Likewise, the population that presented exclusive breastfeeding (EBF) and mixed breastfeeding (MBL) was 77.5% (403) and 22.5% (117), with 17.9% (93) developing overweight and 4.4% (23) obesity. independent of the type of breastfeeding. The results showed that with respect to LMM as a risk factor for the development of overweight and obesity in young infants it was: (OR=42.750, 95% CI: <21.025-86.923>; OR=21.771, 95% CI < 4,721 – 100,406 > respectively); and in the older infant: (OR= 33,900, 95% CI < 10,110 – 113,672 >; OR=18,400, 95% CI < 3,683 – 91,934 >). EBF as a risk factor for the development of overweight and obesity in young infants was: (OR = 0.024; 95% CI < 0.012 - 0.049 >; OR = 0.047; 95% CI < 0.010 - 0.215 >); and in the older infant: (OR=0.029, 95% CI < 0.009 – 0.099 >; OR=0.054, 95% CI < 0.011 – 0.272 >). Finally, it was shown that mixed breastfeeding in children under 2 years of age in general has

a 39.228 and 19.588 higher risk of suffering from overweight and obesity respectively (OR =39.228, 95% CI < 21.381 – 71.969 >; OR =19.588, 95% CI <6.515 - 58.891>) compared to exclusive breastfeeding, which has 0.026 and 0.052 protective factor against overweight and obesity (OR =0.026, 95% CI < 0.014 – 0.048 >; OR=0.052, 95% CI < 0.017 – 0.155 > ).

**Conclusion:** There is a relationship between the type of breastfeeding and the development of overweight and obesity in children under 2 years of age attended at the Hualmay Health Center during the year 2023.

**Keywords:** Childhood obesity, overweight, Breastfeeding.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad afecta aproximadamente al 10% de los niños en varios países desarrollados, lo que significa un importante problema para la salud pública tanto a nivel local como global. Se proyecta que, en el año 2025, aproximadamente 268 millones de niños de edades comprendidas entre los 5 y 17 años estarán afectados por sobrepeso a nivel mundial, de los cuales se prevé que 91 millones padezcan de obesidad. (WHO, 2021). Esta en el transcurso de los dos primeros años de vida, incrementa considerablemente la probabilidad de desarrollar sobrepeso u obesidad en etapas posteriores. Además, los primeros doce meses se reconoce como un período crucial para la formación de hábitos alimenticios. Por lo tanto, es esencial examinar la conexión entre el sobrepeso y la obesidad en función del tipo de lactancia, dado que esta constituye la principal fuente de nutrición durante los dos primeros años de vida y ejerce una influencia significativa en el riesgo de obesidad a largo plazo. (Smego, Woo, Klein, Bansal, & Bliss, 2017). Los efectos positivos de la lactancia materna abarcan más que simplemente prevenir la obesidad. Además, se relaciona con el desarrollo cognitivo sano, fortalecimiento del sistema inmunológico y maduración del sistema digestivo (Jayasinghe et al., 2021).

El tratamiento de la obesidad es complejo, así que la prevención se presenta como la alternativa más favorable. Por lo cual es esencial impulsar la lactancia materna, llevar a cabo campañas educativas sobre hábitos alimenticios desde la infancia y fomentar la actividad física (Stunkard, y otros, 2000) .

Existe muchos estudios que relacionan la obesidad según el tipo de lactancia a nivel nacional, internacional pero no se cuenta con estudios actualizado a nivel local y regional.

## CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la realidad problemática.

La obesidad infantil representa un desafío de salud pública en todo el mundo y común en los países desarrollados. Se estima que para el 2025, alrededor de 268 millones de niños presentarán exceso de peso a nivel global. De este total, se proyecta que 91 millones de ellos sufrirán de obesidad (WHO, 2021).

En el Perú se registra que el 8.6% de las niñas y niños menores de 5 años, así como el 38.4% de los niños, niñas y adolescentes entre 6 y 13 años, viven con sobrepeso. Además, proyecciones de la Federación Mundial de la Obesidad sugieren que para el año 2030, en nuestro país se espera que haya aproximadamente 1'709,543 niños de 5 a 19 años con problemas de obesidad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2023).

A nivel local no existe información actualizada, sin embargo, en el estudio presente se evidencia que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños fue de 17.9% y 4,4% respectivamente, con una cifra aún preocupante de lactantes que reciben lactancia materna mixta (22.5%), lo cual nos motiva como médicos a continuar realizando estudios que nos describan esta realidad problemática con la finalidad de seguir realizando mejoras en el desarrollo de promoción y prevención de salud desde las primeras etapas de vida.

La lactancia materna exclusiva se definió como que el lactante ha recibido únicamente leche materna directa, o leche materna extraída sin ninguna otra cantidad significativa de líquidos o sólidos, con la excepción de gotas o jarabes que consisten en vitaminas, suplementos minerales o medicamentos (Jayasinghe et al., 2021).

La lactancia materna mixta se refiere a una dieta basada en leche y que incluya alimentos sólidos, durante esta transición es importante establecer prácticas y comportamientos relacionados con la dieta. Esta debería dar como resultado el consumo de una variedad de alimentos que satisfagan las necesidades nutricionales y al mismo tiempo que respalden la adquisición de comportamientos, habilidades y actitudes óptimas relacionadas con la alimentación (Boswell, 2021).

Se emplearon diversos criterios para definir la obesidad, los cuales se basaron en el peso corporal, mediciones de grasa subcutánea y análisis histopatológico. En términos de la relación entre peso y altura, se considera que esta última debe exceder en más de un 20% al peso promedio normal, lo que incluye casos donde el peso corporal está por encima del percentil 90. Además, se evaluó el aumento de pliegues subcutáneos, que se considera significativo si es mayor a 2 desviaciones estándar según la técnica de Tanner. Por último, se tomó en cuenta el concepto histopatológico, que se fundamenta en el aumento tanto en el número como en el tamaño de los adipocitos (Collado, 1984).

Aunque su definición se basa en gráficos y tablas de crecimiento, la mejor definición de obesidad infantil debe basarse en el índice de masa corporal (IMC). Su prevalencia se aproxima al 10% en varios países desarrollados, y los genes involucrados son cada vez más conocidos, aunque los factores ambientales juegan un papel importante en su desarrollo. El tratamiento es complicado, por lo que la prevención sería la mejor opción. Como medidas preventivas, es importante fomentar la lactancia materna, retrasar la introducción de alimentos no lácteos en la dieta del lactante, promover campañas de educación sanitaria con información dietética en la infancia y promover la actividad física (Stunkard, y otros, 2000).

En América Latina y el Caribe en niños menores de 5 años, se registró un incremento en la obesidad pasando del 6,6% en 1990 al 7,2% en 2015. Y en los últimos 7 años, se observaron índices de sobrepeso del 8,7%, 9,0% y 7,2% en Bolivia, México y Perú. En contraste, en estos países, las tasas de lactancia materna exclusiva, que es la principal estrategia nutricional recomendada por la OMS para los niños menores de 6 meses, fueron del 64,3%, 14,4% y 68,4%, respectivamente (FAO, 2017).

La lactancia materna tiene importancia económica y nutricional en todo el mundo. Se sugiere que la lactancia materna debe comenzar en la 1ª hora de vida y se prolongue hasta los 6 meses de manera exclusiva y posteriormente hasta los dos años junto con alimentos complementarios (OMS, 2019).

Los efectos positivos de la LME no se limitan a evitar la obesidad, sino que también se relacionan con el fomento de un desarrollo cognitivo óptimo, fortalecimiento del sistema inmunológico y adecuado desarrollo del sistema digestivo (Jayasinghe et al., 2021).

Además, en ciertas naciones latinoamericanas como Bolivia, México y Perú, las comunidades enfrentan simultáneamente altos niveles de desnutrición y retraso en el crecimiento infantil a la par de un incremento en los índices de sobrepeso y obesidad., incluso en áreas rurales. Este escenario se revela como un campo de estudio intrigante por varias razones: primero, la desnutrición y la diarrea pueden reducir los beneficios protectores de la lactancia materna; segundo, la desnutrición prolongada se vincula con un mayor riesgo de obesidad; y tercero, los países latinoamericanos atraviesan una transición epidemiológica y demográfica acompañada de cambios sociales (mayor participación de la mujer en roles dentro y fuera del hogar) y comerciales (aumento en el uso de biberones, fórmulas lácteas y

prácticas de lactancia), así como modificaciones en los patrones alimentarios, hábitos dietéticos y actividad física. Estos aspectos sugieren que la relación entre la duración de la lactancia y el riesgo de sobrepeso y obesidad en los países latinoamericanos podría diferir de lo observado en la literatura existente (Ada, Huayanay Espinoza , Parra, Velasquez , & Miranda, 2021). Por consiguiente, la finalidad de este estudio fue analizar la asociación entre sobrepeso, obesidad y el tipo de lactancia en esta región.

## **1.2 Formulación del problema**

Basándonos en lo mencionado anteriormente se formulan los siguientes problemas que se detallan a continuación:

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la relación entre el tipo de lactancia recibida y el desarrollo de sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años en el centro de salud de Hualmay, 2023?

### **1.2.2 Problemas específicos**

1. ¿Es la lactancia mixta en el lactante menor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023?
2. ¿Es la lactancia mixta en el lactante mayor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023?
3. ¿Es la lactancia materna exclusiva en el lactante menor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023?



4. ¿Es la lactancia materna exclusiva en el lactante mayor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre el tipo de lactancia recibida y el desarrollo de sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años en el centro de salud de Hualmay, 2023.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

1. Determinar si la lactancia mixta en el lactante menor es un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023.
2. Determinar si la lactancia mixta en el lactante mayor es un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023.
3. Determinar si la lactancia materna exclusiva en el lactante menor es un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023.
4. Determinar si la lactancia materna exclusiva en el lactante mayor es un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023.

## **1.4 Justificación de la investigación**

### **1.4.1 Conveniencia**

Dado que actualmente el sobrepeso y obesidad tienen una alta prevalencia en nuestra población infantil, es crucial aportar con estudios que nos aporten datos que ayuden a la prevención de este problema desde sus inicios como es el tipo de lactancia recibida.

### **1.4.2 Relevancia Social.**

Los resultados obtenidos ayudan a promover la lactancia materna exclusiva y así reducir la prevalencia de obesidad, sobrepeso y el desarrollo posterior de enfermedades crónicas. Esto podría resultar en una reducción de los gastos relacionados con hospitalizaciones prolongadas, análisis de laboratorio y procedimientos invasivos, así como evitar la pérdida de más vidas humanas.

### **1.4.3 Implicaciones Prácticas.**

La información recopilada ofrece pruebas fundamentales que sirva de base para crear programas de promoción y prevención de la salud, destacando la influencia de los diferentes tipos de lactancia en los primeros años de vida, que predisponen a la obesidad y enfermedades crónicas. Esto permite la implementación de medidas más individualizadas para su prevención y control.

#### **1.4.4 Valor teórico.**

Dada la escasez de investigaciones locales durante el año 2023, es fundamental comprender en nuestra comunidad el nivel de relación entre el tipo de lactancia materna recibida y su papel como elemento predisponente en el desarrollo de obesidad en lactantes.

#### **1.4.5 Utilidad metodológica.**

A lo largo del desarrollo del proyecto se detectaron los desafíos y limitaciones metodológicas, lo que facilitará la recomendación de nuevas estrategias para generar datos confiables y válidos que puedan servir como retroalimentación y mejora en investigaciones futuras similares. Para lograrlo, se utilizará una ficha de recopilación de datos que incluirá las variables de investigación.

### **1.5. Delimitación del estudio**

#### **1.5.1 Temática**

El trabajo se enmarca en el campo de las Ciencias Médicas y de la Salud, específicamente en el subcampo de Control de Crecimiento y Desarrollo.

No existen estudios realizados durante enero a diciembre del 2023.

#### **1.5.2 Espacial**

Se llevará a cabo en el Centro de Salud De Hualmay situado en la Avenida Hualmay N.º 371, en Hualmay, Huaura, Lima, Perú. Este centro de salud es un establecimiento de nivel I-3 de referencia regional.

### **1.5.3 Temporal**

Los datos serán recopilados a lo largo del año, abarcando desde el 1 de enero hasta el 30 de diciembre de 2023, utilizando una ficha diseñada específicamente para la recolección de información.

### **1.5.4 Demográfica**

Se realizará mediante un formulario especialmente creado para recabar nuestros datos, revisando las historias clínicas de toda nuestra población.

## **1.6 Viabilidad del estudio**

### **1.6.1 Temática**

El tema elegido es de gran importancia tanto a nivel local, regional como nacional debido a su creciente prevalencia. A pesar de la disponibilidad de literatura sobre este tema, no se han realizado investigaciones en el Centro de Salud de Hualmay durante el período de enero a diciembre de 2023.

### **1.6.2 Económico**

La viabilidad de la investigación se asegurará gracias a la disponibilidad de los recursos humanos, materiales y logísticos necesarios, los cuales serán autofinanciados.

### **1.6.3 Administrativa**

Se requirió la autorización del médico jefe de la Microrred Hualmay, así como el permiso del servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo “, Archivo de Historias Clínicas y” Unidad de Estadística e Informática”.

### **1.6.4 Técnica**

Se realizará utilizando una ficha de recolección de datos donde se recogerá información sobre el tipo de la lactancia recibida, sexo, edad, peso, talla, diagnóstico nutricional.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

Realizada la búsqueda bibliográfica en la base de datos utilizando palabras como: obesidad infantil, sobrepeso, lactancia materna, lactancia materna exclusiva, lactancia materna complementaria, lactante, alimentación complementaria, fórmulas lácteas, childhood obesity, Breastfeeding; encontrando 5 antecedentes internacionales y 6 nacionales.

Se cuentan con dos estudios regionales realizados en Lima y no se cuentan con estudios locales en Huacho o Hualmay referente a sobrepeso u obesidad según el tipo de Lactancia en los últimos 5 años.

#### 2.1.1. Investigaciones Internacionales.

Arcaín, et al. (2022) realizaron un estudio en Brasil “Peso corporal aos 12 e 24 meses de vida e sua relação com tipo de aleitamento: estudo de coorte”. Cuyo propósito fue identificar diferencias en el peso corporal a los 12 y 24 meses de vida y como se correlacionan con la lactancia materna. Efectuaron un estudio de cohorte en una población de 401 niños. Los hallazgos revelaron que el 66,3% y el 44,6% mantenían un peso corporal apropiado a los 12 y 24 meses, respectivamente. Respecto a la lactancia materna, el 93% y el 83% mostraron idoneidad para la lactancia materna exclusiva, mientras que el 53,6% y el 29% optaron por la lactancia materna mixta, y el 64,6% y el 32,3% no recibieron lactancia materna. Entre los niños con peso inadecuado, prevaleció el sobrepeso en un 60%. Concluyeron que: *“La lactancia materna se vinculó con un peso apropiado tanto a los 12 como a los 24 meses, siendo notablemente mayor esta*

*adecuación en los niños que fueron alimentados exclusivamente con leche materna. Sin embargo, la lactancia materna exclusiva resultó estar por debajo de los niveles recomendados, destacando la necesidad de implementar acciones para promover su práctica y una alimentación saludable. Además, se subraya la importancia de brindar atención integral a los niños con sobrepeso, con el objetivo de mitigar este problema y sus repercusiones en esta población vulnerable”.*

Arredondo et al. (2022) en su trabajo de investigación titulado “Alimentación y prácticas de lactancia en el primer año de vida y su relación con el sobrepeso y la obesidad en niños en México”. Cuya finalidad fue analizar las conductas relacionadas con la lactancia y la alimentación en los primeros 12 meses, así como su asociación con el sobrepeso y la obesidad. Realizaron un estudio de tipo transversal, analítico y explicativo que incluyó la evaluación de 396 niños. Los resultados indicaron que el 6% presentó sobrepeso y el 7.7% obesidad. Se observó que el 6.9% de los bebés recibió lactancia materna exclusiva, mientras que el 71.7% fue alimentado con fórmula infantil. Los factores que se asociaron con el surgimiento de sobrepeso y obesidad en el primer año de vida, incluyeron la edad ( $p = 0.043$ ;  $RR = 0.57$ ), la administración de líquidos en los primeros tres días de vida ( $p = 0.02$ ;  $RR = 2.90$ ), la alimentación con leches diferentes a la materna ( $p = 0.02$ ;  $RR = 3.25$ ). Concluyendo que: *“Se destaca la importancia de abordar las prácticas de alimentación complementaria y fortalecer la lactancia materna exclusiva durante el primer año de vida como medidas preventivas para combatir el sobrepeso y la obesidad y así mejorar la salud en la etapa infantil”.*

Conde & Mercado (2021) en su estudio en República Dominicana titulado “Relación entre sobrepeso, obesidad y lactancia materna exclusiva en una población pediátrica del hospital infantil Dr. Robert Reid Cabral, 2013-2019”. El propósito fue investigar la asociación entre la alimentación sólo con leche materna y el desarrollo futuro de sobrepeso y obesidad en niños de 2 a 10 años. Fue de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se analizó 150 historias clínicas de pacientes diagnosticados con obesidad y sobrepeso que asistieron a endocrinología; de ese grupo, 54 cumplían los requisitos de inclusión. Los resultados indicaron que sólo el 9% recibió lactancia materna exclusiva. Un porcentaje significativo combinaron la lactancia materna con fórmula infantil. Del grupo con sobrepeso y obesidad (54), el 61% presentó anomalías en los análisis de laboratorio. Concluyendo que *“Se observa una asociación en aquellos pacientes que fueron alimentados con lactancia materna exclusiva, ya que la mayoría de sus análisis de laboratorio no mostraron alteraciones metabólicas y presentaron un índice de masa corporal más bajo. Por otro lado, aquellos que nunca recibieron lactancia materna o que la combinaron con fórmula durante menos o más de 6 meses, mostraron alteraciones metabólicas y un mayor grado de obesidad. Esto podría explicarse por el hecho de que las fórmulas artificiales contienen concentraciones más elevadas de insulina y proteínas, lo que se ha relacionado con el desarrollo precoz de adipocitos y un aumento subsiguiente del riesgo de obesidad”*.

Labraña et al. (2020) realizaron un estudio en Chile “Obesidad en lactantes: efecto protector de la lactancia materna versus fórmulas lácteas”. El objetivo fue examinar posible eficacia de la lactancia materna en la prevención de la obesidad infantil en contraste con el empleo de fórmulas lácteas. El estudio realizado fue de tipo sistemática y



meta-análisis. Según la evidencia revisada, los niños que reciben exclusivamente lactancia materna presentan niveles más bajos de sobrepeso y obesidad en comparación con aquellos que son alimentados con fórmulas lácteas infantiles. Concluyeron que “*Se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del bebé, seguida de una alimentación complementaria que no incluya lácteos hasta los dos años o más. Esta práctica podría proporcionar protección contra la obesidad infantil y sus comorbilidades asociadas en la edad adulta*”.

Basain et al. (2018) realizaron un estudio en Cuba “Exceso de peso y obesidad central y su relación con la duración de la lactancia materna exclusiva”. Su propósito fue determinar la posible relación entre el sobrepeso y la obesidad central con el periodo durante el cual practicó lactancia materna exclusiva. Efectuaron un estudio descriptivo que involucró a 162 adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y los 18 años, que recibieron atención en el policlínico universitario "Carlos Manuel Portuondo". Los resultados indicaron que la malnutrición por exceso fue notablemente superior en pacientes que recibieron solo leche materna durante cinco meses o menos (51,84 %). Además, se observó que la duración de la alimentación exclusiva con leche materna estaba relacionada con el nivel de obesidad ( $p = 0,0131$ ) y adiposidad ( $p = 0,0010$ ). El 81,39% del grupo con adiposidad dejaron de recibir lactancia materna exclusiva antes de cumplir los 5 meses. Llegaron a la conclusión de que “*La lactancia materna exclusiva ofrece protección al niño o adolescente contra el exceso de peso y la adiposidad a corto y mediano plazo*”.

## 2.2.2 Investigaciones Nacionales.

Olórtegui & Chambi (2023) realizaron el estudio “Lactancia materna y patrón alimentario en relación al sobrepeso de niños de 3 a 6 años de una Institución Pública de Lima Este, 2023”. Su propósito fue analizar la correlación entre la lactancia materna, patrón de alimentación y exceso de peso en niños. El estudio adoptó un enfoque cuantitativo y cualitativo, de naturaleza no experimental, transversal y descriptivo-correlacional. La muestra comprendió niños de 3 a 6 años (n=114) que acudieron al colegio inicial número 115 en Chaclacayo. Los resultados mostraron que una prolongada lactancia materna se relaciona con una reducción en la probabilidad de tener sobrepeso en base al IMC (p=0.034). Concluyendo que: *“Es importante fomentar la lactancia materna y brindar educación nutricional como medidas para abordar el problema del exceso de peso o la obesidad, junto con sus condiciones médicas asociadas.”*

Astudillo (2023) realizó el estudio “Lactancia materna exclusiva como prevención del sobrepeso y obesidad en lactantes menores atendidos en el centro de salud Corrales, Tumbes 2023”. Su objetivo fue determinar la diferencia en la salud nutricional de los lactantes de hasta 12 meses de edad en función a la alimentación exclusiva con leche materna. Se basó en un enfoque cuantitativo y adoptó un diseño descriptivo y comparativo no experimental. La población estuvo conformada por 30 lactantes con y sin lactancia exclusiva. Los resultados indicaron que los amamantados con leche materna y estado nutricional dentro de los parámetros normales representaron un 76.7%, en contraste con el 33.3% que no recibieron lactancia materna exclusiva y desarrollaron

sobrepeso. No obstante, el 10% de los que recibieron lactancia materna mostraron sobrepeso. No se observaron variaciones entre los dos grupos en cuanto al estado de obesidad, registrando un 13.3%. Concluyendo que: *“La lactancia materna exclusiva es fundamental para prevenir el desarrollo de sobrepeso u obesidad, ya que la leche materna contiene hormonas y otros elementos biológicos que contribuyen a mantener un equilibrio energético adecuado para el bebé. Además, esta práctica garantiza un estado nutricional normal en el lactante promoviendo un desarrollo óptimo”*.

Chiroque (2022) en su investigación “Tipo de lactancia y estado nutricional de los niños menores de 6 meses del Centro de Salud San Jacinto, 2022”. El propósito fue establecer la correlación entre el método de lactancia y la condición nutricional de los lactantes de menos de 6 meses. El estudio adoptó un enfoque analítico, siendo de tipo observacional y con un diseño transversal, no experimental. Se encuestaron a 34 madres para conformar la población a estudiar. Los hallazgos indicaron que los bebés menores a seis meses alimentados exclusivamente con leche materna representan el 73.53% y los amamantados con lactancia materna mixta un 26.47%. Además sólo un mínimo porcentaje muestra discordancia en cuanto a su peso y edad (2.94). Concluyendo que: *“Se observa una asociación notable entre la alimentación con leche materna exclusiva y el bienestar nutricional de los bebés menores de seis meses. Además, se enfatiza que la lactancia no exclusiva podría ser requerida en ciertas circunstancias: cuando la progenitora no produce suficiente leche y en caso no puede brindar al bebé un acercamiento constante a la mama por obligaciones laborales o responsabilidades”*.

Valencia (2022) en el estudio “Tipo de lactancia y riesgo de obesidad infantil en niños menores de dos años nacidos por cesárea, atendidos en el Centro De Salud La Esperanza de Tacna, de enero a julio del 2022”. Tuvo como objetivo: demostrar la relación entre el modelo de lactancia y la probabilidad de desarrollar obesidad en niños. Fue de naturaleza observacional, de diseño transversal, analítica y retrospectiva. Se examinaron 159 expedientes médicos. Los resultados revelaron que, en cuanto al tipo de lactancia, el 68.42% y el 61.90% de los niños de los niños con obesidad y sobrepeso respectivamente recibían una combinación de lactancia materna y fórmula, mientras que la lactancia materna exclusiva representaba el 10.53% y el 34.92% en niños con obesidad y sobrepeso. Estos hallazgos indican que la lactancia materna mixta aumenta el riesgo de desarrollar obesidad infantil en 6.74 veces (IC 95%: 3.29-13.82), mientras que la lactancia materna exclusiva se muestra como un factor protector (OR 0.16) ( $p < 0.05$ ). En conclusión: *“El tipo de lactancia constituye un factor de riesgo para la obesidad infantil en niños menores de dos años nacidos por cesárea”*.

Ruíz & Álvarez (2019) realizaron un estudio en Lima: “Efectividad de la lactancia materna exclusiva para proteger y prevenir la obesidad infantil”. Centrándose en organizar y analizar evidencias provenientes de estudios previos sobre la eficacia del amamantamiento materno exclusivo como medida preventiva, protectora contra la obesidad en niños. Se trató de una revisión sistemática, metaanálisis y análisis descriptivo. Se identificaron 10 estudios científicos que fueron analizados críticamente y se utilizó el Sistema GRADE para determinar su nivel de evidencia. Según los resultados en relación a la obesidad en niños, 60% afirmaron que la lactancia materna exclusiva brinda protección y prevención, 30% mostró reducir la prevalencia, mientras

que 10% no abordó directamente protección. Concluyendo que *“Seis de cada diez evidencias indican que la lactancia materna exclusiva es efectiva para proteger y prevenir la obesidad infantil; tres de cada diez evidencias muestran que la lactancia materna exclusiva reduce la prevalencia de la obesidad infantil, mientras que una de cada diez evidencias sugiere que es difícil verificar si la lactancia materna protege contra la obesidad infantil.”*

Berrospi (2019) en su tesis titulada: “Tipos de lactancia relacionado al estado nutricional de lactantes de 6 meses, Centro de Salud de Palmira, Huaraz, 2019”. Tuvo como propósito correlacionar los diferentes métodos de lactancia y la salud nutricional. El tipo de estudio planeado fue correlacional, de contraste, prospectivo, descriptivo y cuantitativo, cuya muestra fueron 60 lactantes de seis meses. Sus resultados revelaron que del grupo que recibió lactancia materna exclusiva (28), el 41.67% tenía una condición nutricional normal, 1.67% padecía obesidad y 1.67% presentaba sobrepeso. Por otro lado, los que practicaron lactancia mixta (29), el 25% tenía una buena salud nutricional, el 13.33% mostraba sobrepeso y el 1.67% tenía un estado nutricional elevado. Concluyendo que: *“Se observa una asociación significativa entre la lactancia materna exclusiva y mixta con el estado nutricional normal, obesidad y sobrepeso, pero no se relaciona con la desnutrición aguda ni crónica”*.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Obesidad infantil**

La obesidad y el sobrepeso se definen a través del índice de masa corporal, que se calcula conforme a una tabla de percentiles ajustada según la edad y el sexo. Se utilizan los

estándares de crecimiento infantil establecidos por la OMS como una medida de referencia estandarizada. Se considera que un niño tiene obesidad cuando su puntaje en el indicador P/T se sitúa por encima de 3 desviaciones estándar en las curvas de crecimiento de la OMS, lo que equivale a un IMC superior al percentil 95 (OMS, 2016).

Esto representa un excedente en el balance energético del individuo, surgiendo de una interacción altamente compleja entre factores biológicos y sociales, donde la ingesta supera el gasto energético (Ministerio de Salud, 2013).

Los principales indicadores utilizados para el diagnóstico de la obesidad se basan en mediciones antropométricas, como el peso corporal, el índice de masa corporal, el perímetro abdominal y el porcentaje de grasa corporal. A nivel individual, se examinan variables bioquímicas y marcadores de procesos inflamatorios asociados con la obesidad central, así como indicadores metabólicos para detectar la intolerancia a los carbohidratos y señales endocrinas que podrían indicar hipotiroidismo, alteraciones en el apetito y otras complicaciones relacionadas con la obesidad (Milián & García, 2016).

### **2.2.2 Sobrepeso infantil**

En el contexto de los niños, al definir el sobrepeso y la obesidad, es esencial tomar en cuenta la edad, ya que la velocidad de crecimiento varía desde la primera infancia hasta la adolescencia. Para niños menores de 5 años, se emplean indicadores de peso para la talla al evaluar la tendencia a nivel individual, mientras que se utiliza el IMC para la edad al analizar datos de grupos poblacionales (Milián & García, 2016).

### **2.2.3. Lactancia materna**

La lactancia materna constituye el proceso natural y fisiológico mediante el cual las

mujeres alimentan y protegen a sus recién nacidos, desempeñando un papel crucial en la fase de crecimiento de los bebés recién nacidos.(Villareal, Placencia, & Sifuentes, 2020)

Los niños que reciben lactancia materna muestran un rendimiento superior en las pruebas de inteligencia, tienen una menor probabilidad de presentar sobrepeso y obesidad, así como presentar una menor probabilidad de desarrollar diabetes a largo plazo (OMS & OPS,2023).

### **2.2.3.1. Lactancia materna exclusiva**

La lactancia materna exclusiva implica una alimentación únicamente con leche materna, sin incluir otro tipo de alimento sólido o líquido, excepto líquidos para rehidratación, suplementos de vitaminas, minerales o medicamentos. Recomiendan este método durante los primeros seis meses de vida, iniciándolo idealmente dentro de la primera hora después del nacimiento, a libre demanda y evitando el uso de fórmulas infantiles (OMS & UNICEF, 2023).

#### ***Lactancia materna exclusiva en relación al Sobrepeso y Obesidad***

Se ha evidenciado que la ingesta de proteínas durante la infancia temprana está asociada con un aumento proporcional en el rebote depositario y un mayor Índice de Masa Corporal (IMC). Esta relación puede explicar el impacto de la leche materna como factor protector contra el sobrepeso y la obesidad en comparación con las fórmulas infantiles, ya que estas últimas generalmente contienen un alto contenido proteico y calórico. Algunos otros componentes de la leche materna que son beneficiosos para la prevención de la obesidad son los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga que pueden influir en la diferenciación y

proliferación de adipocitos a través de su capacidad para regular la expresión génica y modular diversas vías de señalización celular implicadas en estos procesos (Garibay & Miranda, 2008).

### **2.2.3.2. Lactancia mixta**

Alimentación que combina la leche materna con una fórmula artificial. Se utiliza cuando la madre no tiene suficiente cantidad de leche o no puede ofrecer en todas las tomas el pecho a su hijo (Prieto & Pérez, 2007).

#### ***Lactancia Mixta en relación al Sobrepeso y Obesidad***

Se ha evidenciado que la obesidad se asocia con concentraciones elevadas de leptina y los pacientes con lactancia mixta y sólo fórmula tienen niveles más altos de esta hormona en comparación con los que recibieron sólo leche materna. La fisiología de esta puede ser una vía mediante el cual la alimentación en las primeras etapas de la vida afecta la adiposidad ya que el núcleo hipotalámico se diferencia después del nacimiento y la sobrealimentación conduce a hiperfagia, aumento del depósito de grasa e IMC produciendo niveles elevados de leptina y resistencia a esta hormona.

Otro factor relacionado es el neuropéptido, el cual desempeña una función crucial en la modulación del consumo de alimentos y peso corporal, actuando principalmente a través del eje orexigénico arcuato-paraventricular. A consecuencia de la sobrealimentación, se puede apreciar un aumento en la cantidad de neuronas que producen NPY en el núcleo arcuato y mayores niveles de NPY en el núcleo



paraventricular, lo que sugiere una alteración y "programación" del sistema hipotalámico que influirán en el desarrollo de sobrepeso. (Garibay & Miranda, 2008).

### **2.3 Bases filosófica**

En el presente trabajo se desarrollaron las bases filosóficas de acuerdo al método científico, desde una perspectiva ética y epistemológica; gracias a la inmersión de diversas corrientes filosóficas ya que se requiere un enfoque multidisciplinario que integre elementos de humanismo, ética, epistemología, fenomenología y hermenéutica. Solo a través de esta mirada holística podemos comprender plenamente las complejas interacciones entre la lactancia, el sobrepeso, obesidad y la salud infantil en la sociedad contemporánea.

En primer lugar, desde una perspectiva humanista, es crucial reconocer que el sobrepeso y la obesidad no son simplemente cuestiones de elección individual, sino que están influenciados por una multiplicidad de factores sociales, económicos y culturales. La lactancia materna, como uno de los primeros actos de alimentación en la vida de un individuo, juega un papel fundamental en este contexto (Sartre,1943).

Desde una mirada ética, es necesario reflexionar sobre el derecho de todo niño a recibir una alimentación adecuada desde su nacimiento. La lactancia materna, en comparación con la alimentación con fórmula, ha sido ampliamente respaldada por organismos de salud debido a sus numerosos beneficios nutricionales y de salud para el lactante. Por lo tanto, el tipo de lactancia recibida durante la infancia puede tener implicaciones éticas en el desarrollo de sobrepeso y obesidad en etapas posteriores de la vida (Levinas,1961).

Desde una perspectiva epistemológica, es esencial analizar las investigaciones científicas disponibles y cuestionar las conclusiones en este estudio, así como considerar la validez de las conclusiones extraídas (Gadamer, H.-G, 1960).

Por otro lado, desde una visión fenomenológica, es importante explorar la experiencia vivida de las madres en relación con la lactancia materna y sus percepciones sobre la alimentación infantil. Comprender cómo las dinámicas familiares y socioculturales influyen en las decisiones de alimentación y, en última instancia, en la salud de los niños (Merleau-Ponty, 1945).

Finalmente, desde una perspectiva hermenéutica, es crucial interpretar los hallazgos científicos y filosóficos en el contexto de las realidades socioeconómicas y culturales específicas de cada comunidad. La hermenéutica nos invita a considerar cómo se entrelazan los factores individuales y estructurales para dar forma a los patrones de alimentación y salud en diferentes contextos (Gadamer, H.-G, 1960).

## **2.4 Definición de término básicos**

### **2.4.1. Lactante**

Se define como como el periodo comprendido desde los 28 días a los 2 años de vida. Es una época de grandes cambios físicos y de hitos en su desarrollo. En su primer año de vida, el lactante alcanza el mayor índice de crecimiento de toda su vida: triplica su peso el primer año y crece 25 cm y 10-12 cm el primer y segundo año respectivamente (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, 2021).

#### **2.4.1.1. Lactante Menor**

Comprende desde el momento del nacimiento hasta el duodécimo mes de vida del bebé. Se distingue por el hecho de que, al alcanzar los 4-5 meses, el lactante duplica su peso, y a los doce meses, lo triplica, mientras que la altura aumenta aproximadamente 30 cm (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, 2021).

#### **2.4.1.2. Lactante Mayor**

Comprende desde el primer año hasta los 24 meses de vida. Se distingue por una disminución en la velocidad de crecimiento, con un aumento de peso de 200-300 gramos al mes y un crecimiento de alrededor de 1 centímetro al año. A los dos años, el peso del niño se ha cuadruplicado en comparación con su peso al nacer, y su altura es aproximadamente la mitad de la que alcanzará en la etapa adulta (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, 2021).

#### **2.4.2. Niño**

“Es un ser humano en fase de desarrollo integral que implica un crecimiento cuantitativo y desarrollo (complejidad cualitativa) físico, psicológico, social y cultural” (Voyer, Ruvinsky, & Cambiano, 2011).

#### **2.4.3. Leche materna**

Fluido vivo y cambiante que se adapta a las necesidades nutricionales e inmunológicas del niño, producido fisiológicamente por la madre, compuesta por agua,

proteína, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas” (Ministerio de Salud, 2010).

#### **2.4.4 Fórmulas Infantiles**

“Alimento que es apto para sustituir total o parcialmente la leche materna cubriendo los requerimientos nutricionales normales de los lactantes” (Gómez-Álvarez Salinas, 2002).

#### **2.4.5 Peso para la edad**

“Es el total de masa que se encuentra en el cuerpo respecto a la edad del niño, utilizados tanto para la evaluación del crecimiento como para la valoración del estado nutricional” (Minsa, 2017).

#### **2.4.6 Peso para la talla**

“Mide el estado nutricional actual. Se utiliza en grupos de edad  $\geq$  a 29 días y  $<$  5 años ”(Minsa, 2017).

#### **2.4.7 Talla para la edad**

“Mide el crecimiento longitudinal del niño. Se utiliza en grupos de edad  $\geq$  a 29 días y  $<$  5 años” (Minsa, 2017).

#### **2.4.8 Sexo**

“Condición orgánica, masculina o femenina” (RAE, 2020).

## **2.5. Hipótesis de investigación**

### **2.5.1. Hipótesis general.**

1. Existe relación entre el tipo de lactancia recibida y el desarrollo de sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años en el centro de salud de Hualmay, 2023.

### **2.5.2. Hipótesis específicas**

1. Es la lactancia mixta en el lactante menor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023.
2. Es la lactancia mixta en el lactante mayor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023.
3. Es la lactancia materna exclusiva en el lactante menor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023.
4. Es la lactancia materna exclusiva en el lactante mayor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023.

## 2.6 Definición y operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores	Instrumento de medición	
<b>Sobrepeso</b>	Aumento en la masa corporal, el cual puede originarse de un exceso de masa muscular, masa ósea, grasa o agua; esta representa claramente un exceso de grasa corporal por depósito de triglicéridos en los adipocitos.	Peso para a estatura se encuentra > de 2 desviaciones estándar con respecto a la mediana en las curvas de patrón de referencia para el crecimiento de la OMS	Cualitativa	Nominal	SI NO	Ficha de recolección de datos	
<b>Obesidad</b>	Es la manifestación del balance energético positivo entre la ingesta y el gasto en el individuo, éste es el resultado de una muy compleja interacción entre lo biológico y lo social produciendo un aumento de la masa adiposa de origen multicausal.	Peso para la estatura se encuentra > de 3 desviaciones estándar en las curvas de referencia crecimiento de la OMS.	Cualitativa	Nominal	SI NO	Ficha de recolección de datos	
<b>Lactancia materna</b>	<b>Lactancia materna exclusiva</b>	Alimentación únicamente con leche materna directa, o leche materna extraída sin ninguna otra cantidad significativa de líquidos o sólidos, con la excepción de gotas o jarabes que consisten en vitaminas, suplementos minerales o medicamentos desde el nacimiento hasta los 6 meses	Proceso mediante el cual la madre alimenta al niño solo con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses.	Cualitativa	Nominal	SI NO	Ficha de recolección de datos
	<b>Lactancia materna mixta</b>	Alimentación basada en leche materna directa o extraída más otra cantidad significativa de líquidos o sólido en menores de 6 meses	Procesos mediante el cual la madre alimenta al niño con leche materna más una cantidad significativa de líquidos o sólidos en menores de 6 meses.	Cualitativa	Nominal	SI NO	Ficha de recolección de datos

<b>Peso</b>	Parámetro imprescindible para la valoración del crecimiento, e desarrollo y el estado nutricional del individuo.	Total, de masa que se encuentra en el cuerpo expresada en kg.	Cuantitativa	Nominal	Valor numérico en kg	Ficha de recolección de datos
<b>Talla</b>	Parámetro que se usa con el fin de observar el crecimiento del niño desde la cabeza hasta los pies	Medida desde la cabeza hasta los pies expresado en cm.	Cuantitativa	Nominal	Valor numérico en cm.	Ficha de recolección de datos
<b>Sexo</b>	Condición orgánica, masculina o femenina	De acuerdo al sexo de pertenencia consignada en el Documento Nacional de Identidad o en la historia clínica del paciente.	Cualitativa	Nominal dicotómica	1) Masculino 2) Femenino	Ficha de recolección de datos
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	De acuerdo a la edad consignada en el Documento Nacional de Identidad o en la historia clínica del paciente.	Cuantitativa	Ordinal	Valor numérico	Ficha de recolección de datos

## CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

### 3.1 Diseño metodológico

El presente estudio es de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico, de nivel correlacional de 110 casos y 410 controles, diseño no experimental y enfoque mixto.

**Tabla 1**

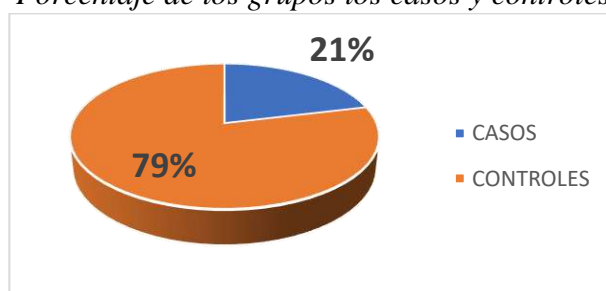
*Grupo de casos y controles*

<b>GRUPO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Casos	110	21,2
Controles	410	78,8
<b>Total</b>	520	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 1**

*Porcentaje de los grupos los casos y controles*



Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla y figura 15 muestra que de los 520 niños menores de 2 atendidos en el centro de Salud de Hualmay-2023, el 21.2% (110) fueron los casos y el 78.8% (410) los controles.



### 3.1.1. Tipo de investigación.

#### 3.1.1.1. *Según la intervención del investigador.*

“Observacional, porque su objetivo es la observación y el registro de todos los niños menores de 2 años que fueron atendidos en el servicio de Servicio de Crecimiento y Desarrollo” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

#### 3.1.1.2. *Según la planificación de toma de datos.*

Retrospectivo, porque se analizaron los datos valorativos en relación al sobrepeso y obesidad de todos los niños menores de 2 años atendidos en el servicio de Servicio de Crecimiento y Desarrollo del que ya fueron evaluados anteriormente y se encontrarán consignados en las historias clínicas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

#### 3.1.1.3. *Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio.*

“Transversal, porque se recolectaron los datos relacionados al sobrepeso y obesidad según el tipo de lactancia recibida en un momento específico en el tiempo, en una sola ocasión” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

#### 3.1.1.4. *Según el número de variables analíticas.*

“Analítico porque contamos con **tres variables analíticas**, sobrepeso, obesidad y el tipo de lactancia recibida” (Hernández et al., 2014).

### **3.1.2. Nivel de investigación.**

Correlacional, de casos y controles por tratarse de una búsqueda de asociación entre las variables : sobrepeso , obesidad y tipo de lactancia recibida sin mostrar causalidad entre las variables (Hernández et al., 2014).A la vez realiza una comparación entre los grupos con y sin diagnóstico de sobrepeso u obesidad identificando el posible factor de riesgo como es la práctica o no de lactancia materna mixta (Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L.,2008).

### **3.1.3. Diseño.**

No experimental, ya que no se manipularán deliberadamente las variables: sobrepeso, obesidad, lactancia exclusiva o lactancia mixta, y no se designarán grupos de prueba para las personas. En lugar de ello, se recopilaron datos sin intervenir en el curso natural de su desarrollo (Alvarez, 2020).

### **3.1.4. Enfoque.**

Mixto, lo que significa que será tanto cualitativo como cuantitativo. Se utilizará un enfoque cualitativo para recopilar datos sobre las características cualitativas de las variables, utilizando una ficha de recolección. Asimismo, se utilizará un enfoque cuantitativo para analizar estas variables utilizando herramientas estadísticas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

## 3.2 Población y muestra

### 3.2.1. Población

Está constituida por los lactantes menores de 2 años atendidos en el Centro de Salud de Hualmay durante el periodo 2023. Para la selección de pacientes se usaron las siguientes condiciones de inclusión y exclusión:

#### 3.2.1.1. *Criterios de inclusión.*

1. Pacientes menores de 2 años de ambos sexos que;  
No presenten enfermedades agudas ni congénitas por historia clínica.  
Tengan historias clínicas con datos completos y/o legibles.  
Cuenten con información sobre el tipo de lactancia recibida.  
Tengan registro de su peso, talla y/o diagnóstico nutricional.

#### 3.2.1.2. *Criterios de exclusión.*

##### *Criterios de exclusión.*

1. Pacientes menores de 2 años varón o mujer que;  
Tenga historias clínicas ilegibles e incompletas o no disponibles.  
Presenten enfermedades agudas y/o congénitas por historia clínica.  
No tengan información sobre el tipo de lactancia recibida.  
No tengan registro de su peso, talla y/o diagnóstico nutricional.

### **1.2.2. Muestra**

Al Igual que la población, está conformada por los 520 lactantes menores 2 años atendidos en Centro de Salud de Hualmay que cumplan con las características señaladas.

### **3.3 Técnicas de recolección de datos**

Documental, donde se revisó el historial médico de los pacientes menores de 2 años con el propósito de elaborar un registro de datos para su posterior interpretación.

Se elaboró una ficha de recolección de datos (anexo 1), que contiene la siguiente información: Sexo de lactante, edad del lactante, peso, talla, tipo de lactancia recibida, diagnóstico nutricional.

### **3.4 Técnicas para el procesamiento de la información**

Los datos recolectados se registraron en el programa Excel 2020 y para el análisis estadístico SPSS VERSION 22.0 permitiendo calcular el Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95% de las variables consideradas, así mismo se aplicó la prueba chi-cuadrado para evaluar asociaciones entre las variables categóricas y determinar si existe una relación significativa.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

### 4.1. Análisis de los resultados

Se revisaron 520 registros médicos de los niños menores de 2 años que se atendieron en el Centro de Salud de Hualmay durante el periodo de enero a diciembre del 2023, constituyendo el total la población, dividida en 110 casos y 410 controles. Teniendo en cuenta que los casos fueron los registros médicos de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y/o obesidad, en tanto que los controles aquellos que no presentaban dicho diagnóstico. El análisis se llevó a cabo con un nivel de confianza del 95%, utilizando la prueba de chi-cuadrado para evaluar las asociaciones, considerando significativa una p-valor menor de 0.05. Para estimar los riesgos, se utilizó Odds ratios (OR).

**Tabla 2**

*Relación entre la lactancia materna mixta y el desarrollo sobrepeso en el lactante menor*

LACTANCIA MATERNA MIXTA		SOBREPESO		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
SI	n	57	26	83	42,750	<21,025-86,923>
	%	15,4	7,0	22,4		
NO	n	14	273	287		
	%	3,8	73,8	77,6		
TOTAL	n	71	299	370		
	%	19,2	80,8	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

*Chi cuadrado de Pearson: 168,977*

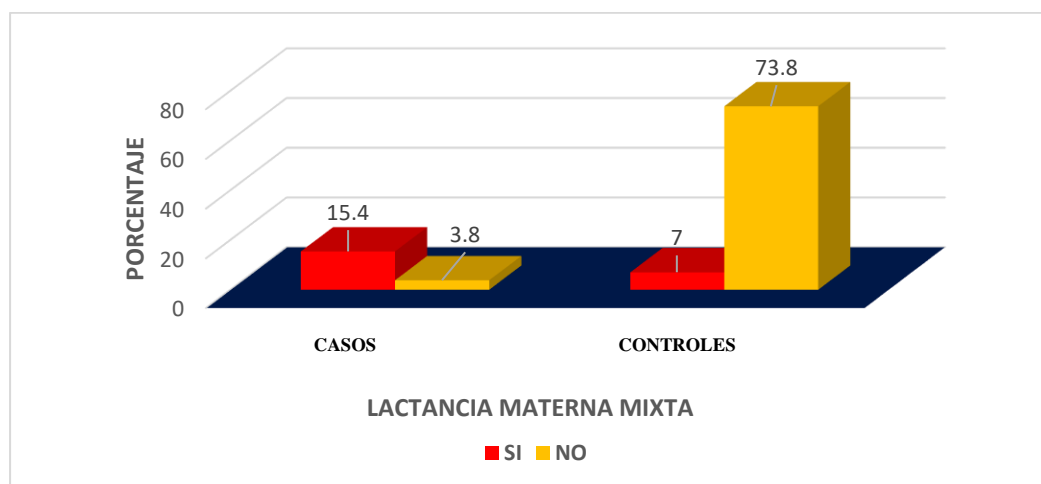
*p valor: 0.000 (significativo)*

Los lactantes menores con lactancia mixta tienen 42,750 más riesgo de sufrir sobrepeso. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 21,025 –

86,923 >, como el intervalo no contiene a la unidad diremos que es un factor significativo o factor de riesgo. (ODDS RATIO).

## Figura 2

*Lactancia materna mixta en el lactante menor según casos (sobrepeso) y controles*



Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

## Tabla 3

*Relación entre la lactancia materna mixta y la obesidad en el lactante menor*

LACTANCIA MATERNA MIXTA		OBESIDAD		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
SI	n	11	72	83	21,771	<4,721-100,406>
	%	3,0	19,5	22,4		
NO	n	2	285	287		
	%	0,5	77,0	77,6		
TOTAL	n	13	357	370		
	%	3,5	96,5	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

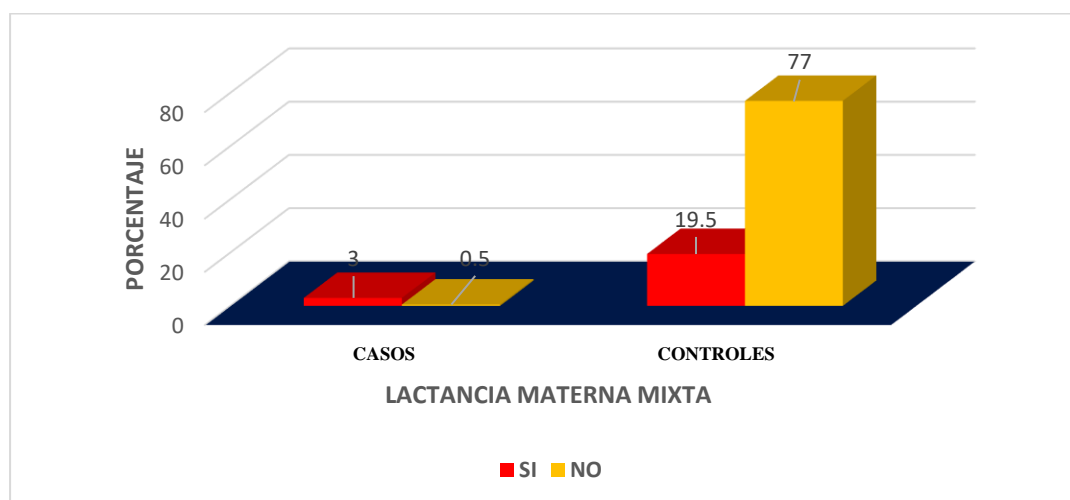
*Chi cuadrado de Pearson: 29,941*

*p valor: 0.000 (significativo)*

Los lactantes menores con lactancia materna mixta tienen 21,771 más riesgo de sufrir obesidad. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo:  $< 4,721 - 100,406 >$ , como el intervalo no contiene a la unidad y es mayor a 1 diremos que es un factor significativo o factor de riesgo (ODDS RATIO).

### Figura 3

*Lactancia materna mixta en el lactante menor según casos (obesidad) y controles*



Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

**Tabla 4**

*Relación entre la lactancia materna mixta y el Sobrepeso en el lactante mayor.*

LACTANCIA MATERNA	MIXTA	SOBREPESO		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
SI	n	18	15	33	33,900	<10,110 - 113,672>
	%	12,0	10,0	22,0		
NO	n	4	113	117		
	%	2,7	75,3	78,0		
TOTAL	n	22	128	150		
	%	14,7	85,3	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

*Chi cuadrado de Pearson: 53,759*

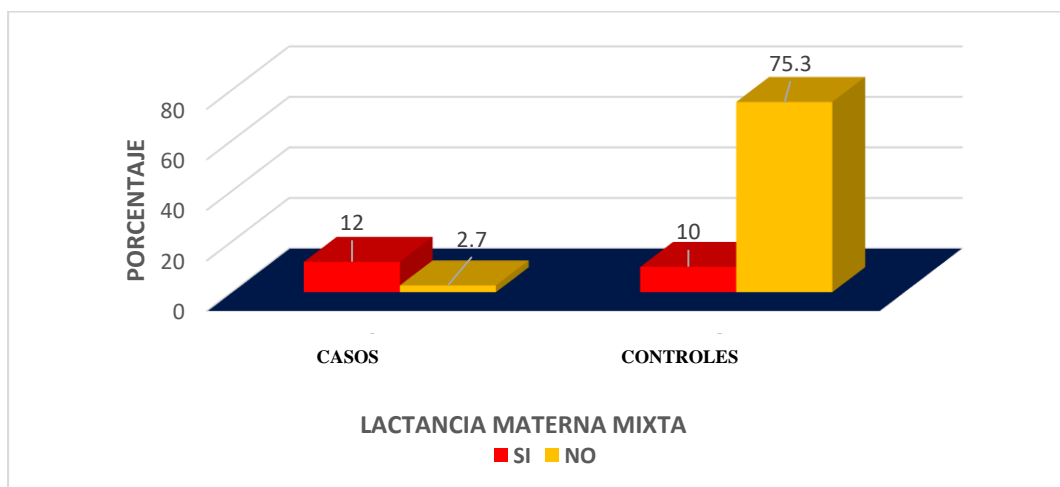
*p valor: 0.000 (significativo)*

Los lactantes mayores con lactancia materna mixta tienen 33,900 más riesgo de sufrir sobrepeso. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 10,110 – 113,672 >, como el intervalo no contiene a la unidad y es mayor a 1 diremos que es un factor significativo o factor de riesgo (ODDS RATIO).



**Figura 4**

*Lactancia materna mixta en el lactante mayor según casos (sobrepeso) y controles*



Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

**Tabla 5**

*Relación entre lactancia materna mixta y obesidad en el lactante mayor.*

LACTANCIA MATERNA MIXTA		OBESIDAD		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
SI	n	8	25	33	18,400	<3,683 - 91,934>
	%	5,3	16,7	22,0		
NO	n	2	115	117		
	%	1,3	76,7	78,0		
TOTAL	n	10	140	150		
	%	6,7	93,3	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

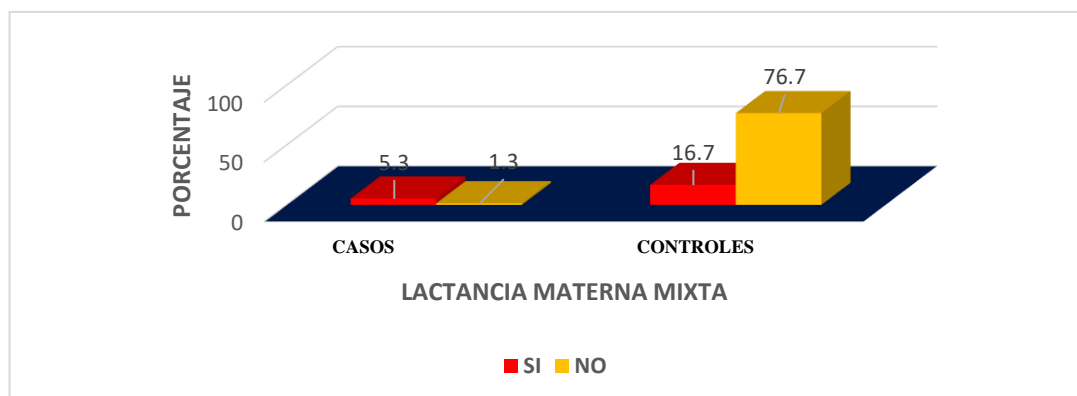
*Chi cuadrado de Pearson: 21,004*

*p valor: 0.000 (significativo)*

Los lactantes mayores con lactancia materna mixta tienen 18,400 más riesgo de sufrir obesidad. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 3,683 – 91,934 >, como el intervalo no contiene a la unidad y es mayor a 1 diremos que es un factor significativo o factor de riesgo (ODDS RATIO).

**Figura 5**

*Lactancia materna mixta en el lactante mayor según casos (obesidad) y controles.*



Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

**Tabla 6**

*Relación entre lactancia materna exclusiva y sobrepeso en el lactante menor*

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		SOBREPESO		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
SI	n	14	272	286	0,024	<0,012 - 0,049>
	%	3,8	73,5	77,3		
NO	n	57	27	84		
	%	15,4	7,3	22,7		
TOTAL	n	71	299	370		
	%	19,2	80,8	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

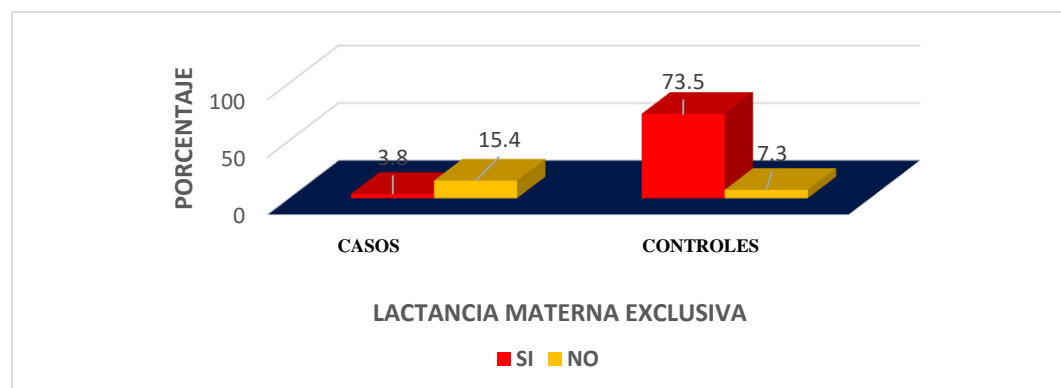
*Chi cuadrado de Pearson: 165,987*

*p valor: 0.000 (significativo)*

Los lactantes menores con lactancia materna exclusiva tienen 0,024 de factor protector de sufrir sobrepeso. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 0,012 – 0,049 >, como el intervalo no contiene a la unidad y menor a 1 diremos que es una asociación protectora (ODDS RATIO).

**Figura 6**

*Lactancia materna exclusiva en el lactante menor según casos (sobrepeso) y controles*



Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

**Tabla 7**

*Lactancia materna exclusiva y obesidad en el lactante menor*

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		OBESIDAD		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
SI	n	2	284	286	0,047	<0,010 - 0,215>
	%	0,5	76,8	77,3		
NO	n	11	73	84		
	%	3,0	19,7	22,7		
TOTAL	n	13	357	370		
	%	3,5	96,5	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

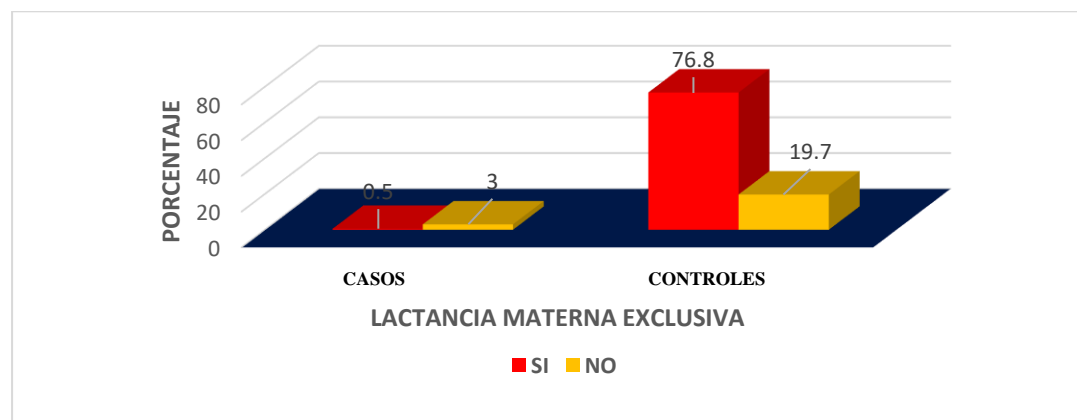
*Chi cuadrado de Pearson:* 29,430

*p valor:* 0.000 (*significativo*)

Los lactantes menores con lactancia materna exclusiva tienen (lactante menor) 0,047 de factor protector de sufrir obesidad. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 0,010 – 0,215 >, como el intervalo no contiene a la unidad y es menor a 1, diremos que es una asociación protectora (ODDS RATIO).

**Figura 7**

*Lactancia materna exclusiva en el lactante menor según casos (obesidad) y controles*



Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

**Tabla 8**

*Lactancia materna exclusiva y sobrepeso en el lactante mayor*

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		SOBREPESO		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
SI	n	4	113	117	0,029	<0,009 - 0,099>
	%	2,7	75,3	78,0		
NO	n	18	15	33		
	%	12,0	10,0	22,0		
TOTAL	n	22	128	150		
	%	14,7	85,3	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

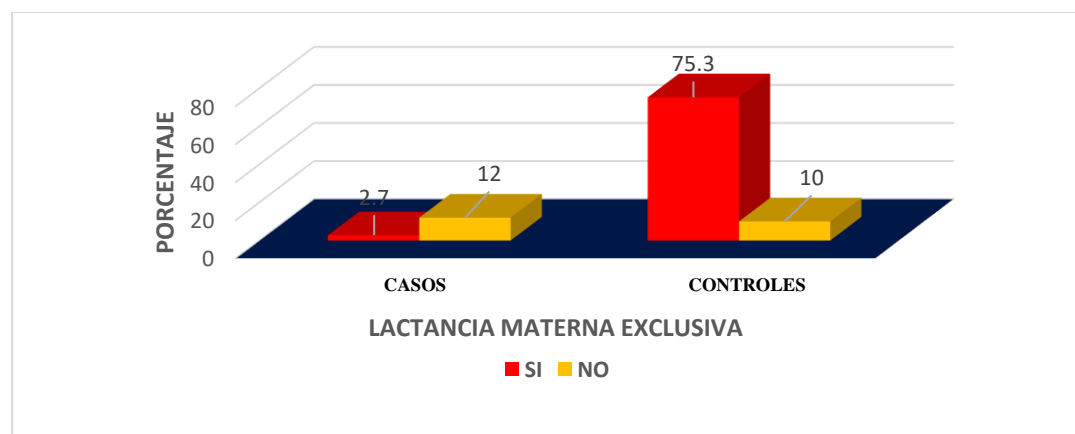
*Chi cuadrado de Pearson: 53,759*

*p valor: 0.000 (significativo)*

Los lactantes mayores con lactancia materna exclusiva tienen 0,029 de factor protector de sufrir sobrepeso. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 0,009 – 0,099 >, como el intervalo no contiene a la unidad y es menor a 1 diremos que es una asociación protectora (ODDS RATIO).

**Figura 8**

*Lactancia materna exclusiva en el lactante mayor según casos (sobrepeso) y controles*



Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

**Tabla 9**

*Lactancia materna exclusiva y obesidad en el lactante mayor*

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		OBESIDAD		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
SI	n	2	115	117	0,054	<0,011 - 0,272>
	%	1,3	76,7	78,0		
NO	n	8	25	33		
	%	5,3	16,7	22,0		
TOTAL	n	10	140	150		
	%	6,7	93,3	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

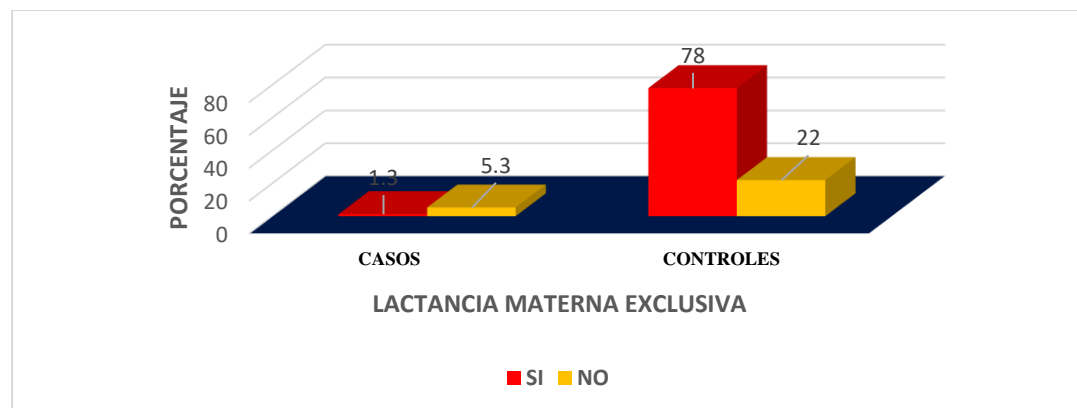
*Chi cuadrado de Pearson: 21,004*

*p valor: 0.000 (significativo)*

Los lactantes mayores con lactancia materna exclusiva tienen 0,054 de factor protector de sufrir obesidad. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 0,011 – 0,272 >, como el intervalo no contiene a la unidad y es menor a 1 diremos que es una asociación protectora (ODDS RATIO).

**Figura 9**

*Lactancia materna exclusiva en el lactante mayor según grupo de casos (obesidad) y controles*



Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

**Tabla 10**

*Lactancia materna mixta y sobrepeso en niños menores de 2 años*

LACTANCIA MATERNA MIXTA		SOBREPESO		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
SI	n	75	41	116	39,228	<21,381 - 71,969>
	%	14,4	7,9	22,3		
NO	n	18	386	404		
	%	3,5	74,2	77,7		
TOTAL	n	93	427	520		
	%	17,9	82,1	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

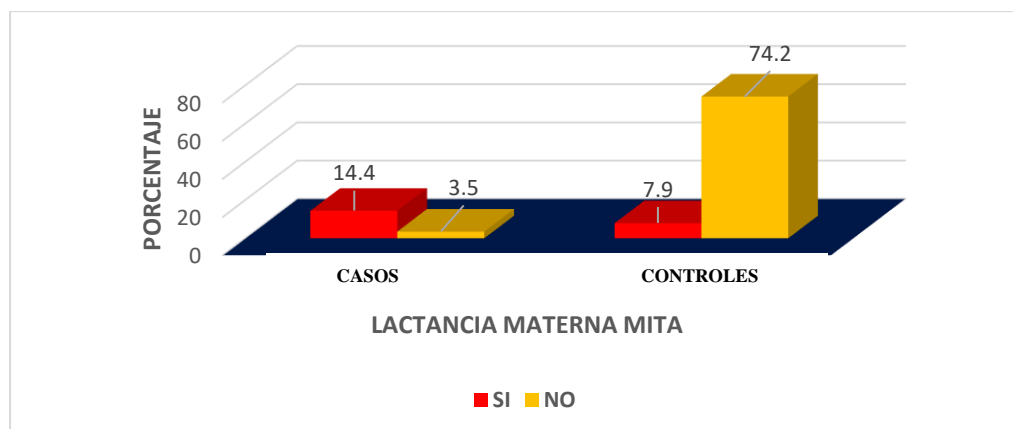
*Chi cuadrado de Pearson:* 222,393

*p valor:* 0.000 (*significativo*)

Los lactantes menores de 2 años con lactancia materna mixta tienen 39,228 más riesgo de sufrir sobrepeso. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 21,381 – 71,969 >, como el intervalo no contiene a la unidad diremos que es un factor significativo o factor de riesgo (ODDS RATIO).

**Figura 10**

*Lactancia materna mixta según grupo de casos(sobrepeso) y controles*



Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

**Tabla 11***Lactancia materna mixta y obesidad*

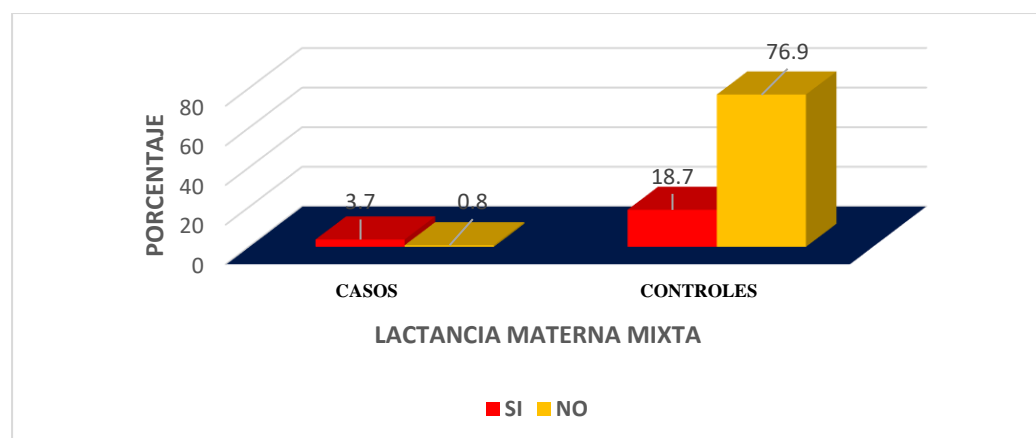
LACTANCIA MATERNA MIXTA		OBESIDAD		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
SI	n	19	97	116	19,588	<6,515 - 58,891>
	%	3,7	18,7	22,3		
NO	n	4	400	404		
	%	0,8	76,9	77,7		
TOTAL	n	23	497	520		
	%	4,4	95,6	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

*Chi cuadrado de Pearson:* 50,488

*p valor:* 0.000 (*significativo*)

Los niños menores de 2 años con lactancia materna mixta tienen 19,588 más riesgo de sufrir obesidad. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 6,515 – 58,891 >, como el intervalo no contiene a la unidad diremos que es un factor significativo o factor de riesgo (ODDS RATIO).

**Figura 11***Lactancia materna mixta según grupos de casos (obesidad) y controles.*

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023



**Tabla 12**

*Lactancia materna exclusiva y sobrepeso*

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		SOBREPESO		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
SI	n	18	385	403	0,026	<0,014 - 0,048>
	%	3,5	74,0	77,5		
NO	n	75	42	117		
	%	14,4	8,1	22,5		
TOTAL	n	93	427	520		
	%	17,9	82,1	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 202

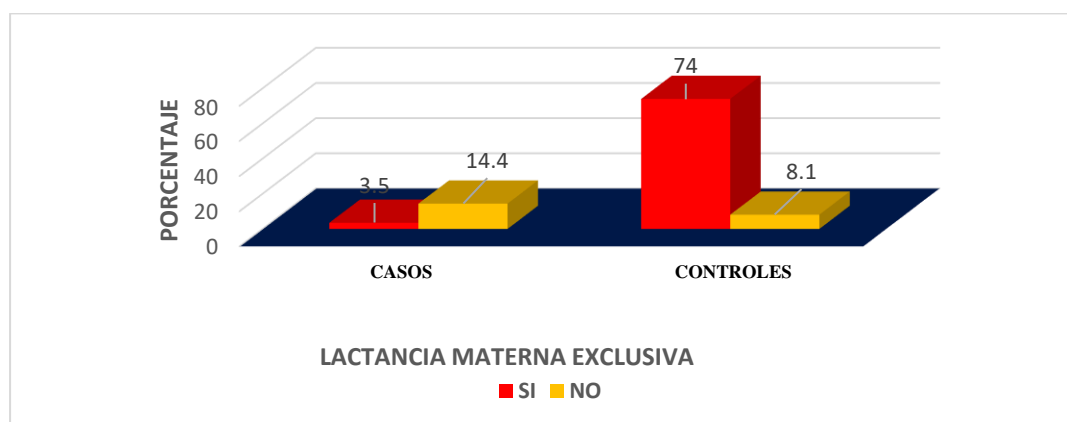
*Chi cuadrado de Pearson: 219,584*

*p valor: 0.000 (significativo)*

Los niños menores de 2 años con lactancia materna exclusiva tienen 0,026 de factor protector de sufrir sobrepeso. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 0,014 – 0,048 >, como el intervalo no contiene a la unidad y es menor a 1 diremos que es una asociación protectora (ODDS RATIO).

**Figura 12**

*Lactancia materna exclusiva según casos(sobrepeso) y controles*



Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

**Tabla 13***Lactancia materna exclusiva y obesidad*

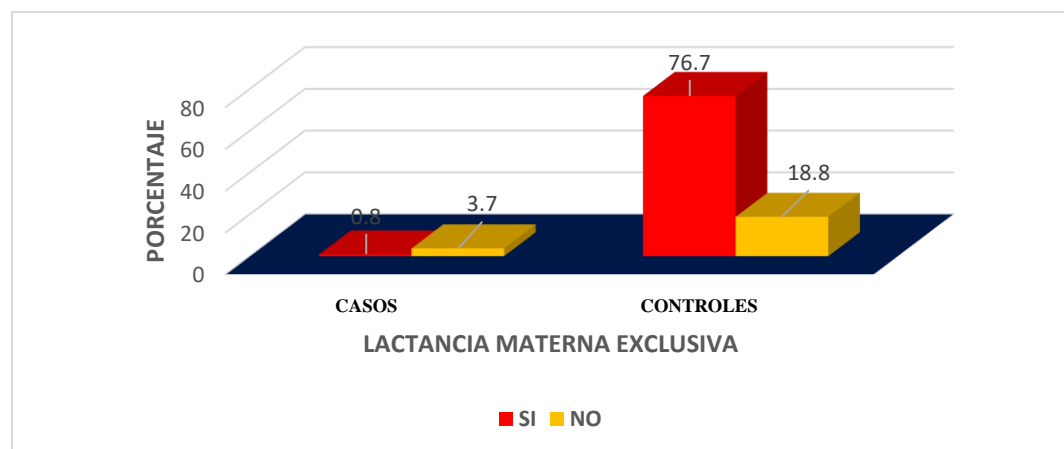
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		OBESIDAD		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
SI	n	4	399	403	0,052	<0,017 - 0,155>
	%	0,8	76,7	77,5		
NO	n	19	98	117		
	%	3,7	18,8	22,5		
TOTAL	n	23	497	520		
	%	4,4	95,6	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

*Chi cuadrado de Pearson: 49,861*

*p valor: 0.000 (significativo)*

Los niños menores de 2 años con lactancia materna exclusiva tienen 0,052 factor de protección de sufrir obesidad. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 0,017 – 0,155 >, como el intervalo no contiene a la unidad y es menor a 1 diremos que es una asociación protectora (ODDS RATIO).

**Figura 13***Lactancia materna exclusiva según grupo de casos (obesidad) y controles*

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

**Tabla 14**

*Casos y controles en relación a sobrepeso.*

GRUPO		SOBREPESO		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
CASOS	n	93	17	110	0,155	<0,100 - 0,239>
	%	17,9	3,3	21,2		
CONTROLES	n	0	410	410		
	%	0,0	78,8	78,8		
TOTAL	n	93	427	520		
	%	17,9	82,1	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

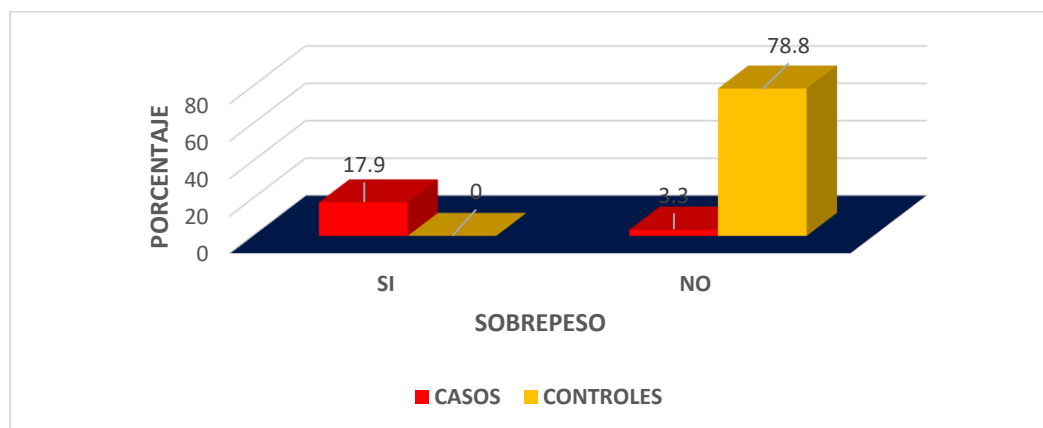
*Chi cuadrado de Pearson: 422,133*

*p valor: 0.000 (significativo)*

Los niños menores de 2 años de los casos tienen 0,155 factor de protección de sufrir sobrepeso. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 0,100 – 0,239 >, como el intervalo no contiene a la unidad diremos que es un factor significativo o asociación protectora (ODDS RATIO).

**Figura 14**

*Casos y controles según grupos con y sin sobrepeso.*



Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

**Tabla 15**

*Casos y controles en relación a la obesidad*

GRUPO		OBESIDAD		TOTAL	OR	IC al 95%
		SI	NO			
CASOS	n	18	92	110	15,848	<5,736 - 43,789>
	%	3,5	17,7	21,2		
CONTROLES	n	5	405	410		
	%	1,0	77,9	78,8		
TOTAL	n	23	497	520		
	%	4,4	95,6	100,0		

Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

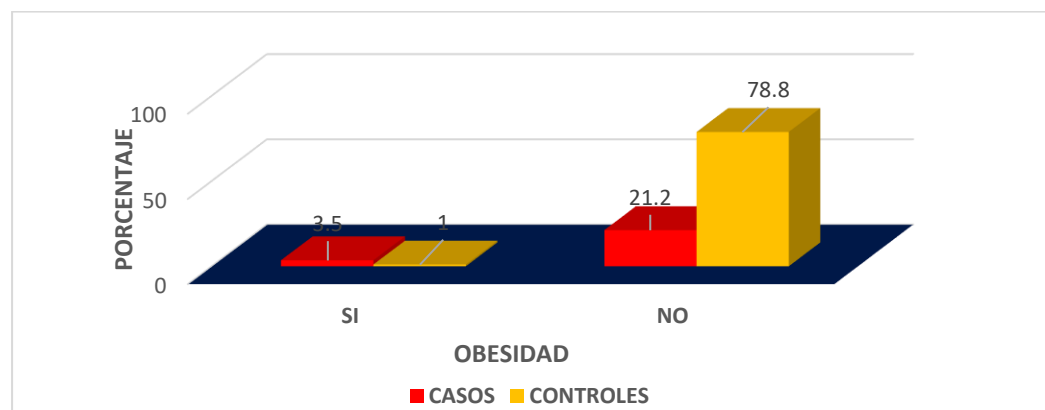
*Chi cuadrado de Pearson: 47,053*

*p valor: 0.000 (significativo)*

Los niños menores de 2 años de los casos tienen 15.848 de riesgo de sufrir obesidad. De repetir el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en este intervalo: < 5,736 – 43,789 >, como el intervalo no contiene a la unidad diremos que es un factor significativo o factor de riesgo (ODDS RATIO).

**Figura 15**

*Casos y controles según grupos con y sin obesidad.*

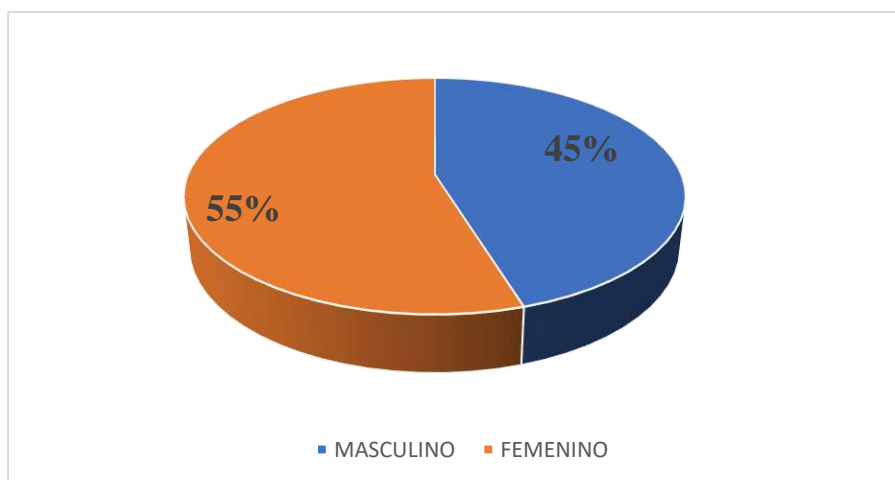


Fuente: Centro de salud Hualmay – 2023

**Tabla 16***Sexo de los niños menores de 2 años*

<b>SEXO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Masculino	235	45,2
Femenino	285	54,8
<b>Total</b>	<b>520</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 16***Porcentaje del sexo de los niños menores de 2 años atendidos*

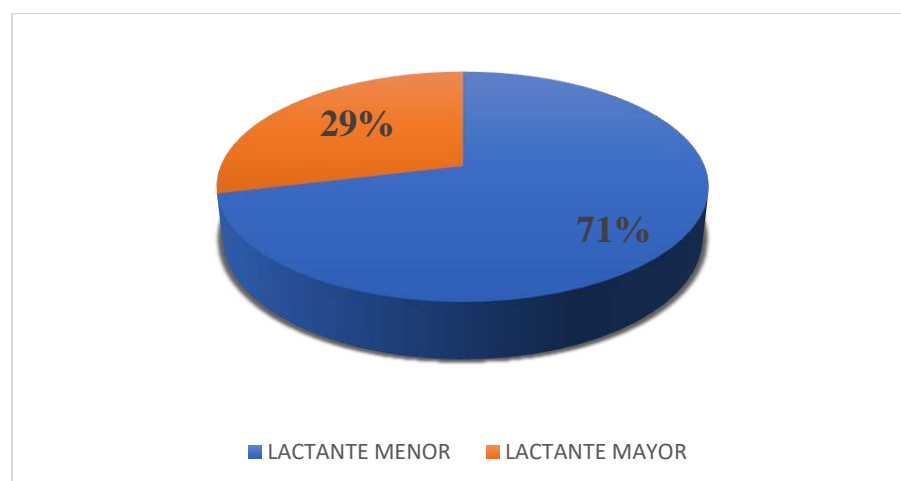
Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla y figura 16 muestra que, de los 520 niños atendidos, el 45.2% (235) fueron de sexo masculino y el 54.8% (185) de sexo femenino siendo predominante el sexo femenino.

**Tabla 17***Grupos por edad de los niños menores de 2 años*

<b>EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Lactante menor	370	71,2
Lactante Mayor	150	28,8
<b>Total</b>	<b>520</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 17***Porcentaje de grupos por edad de los niños menores de 2 años*

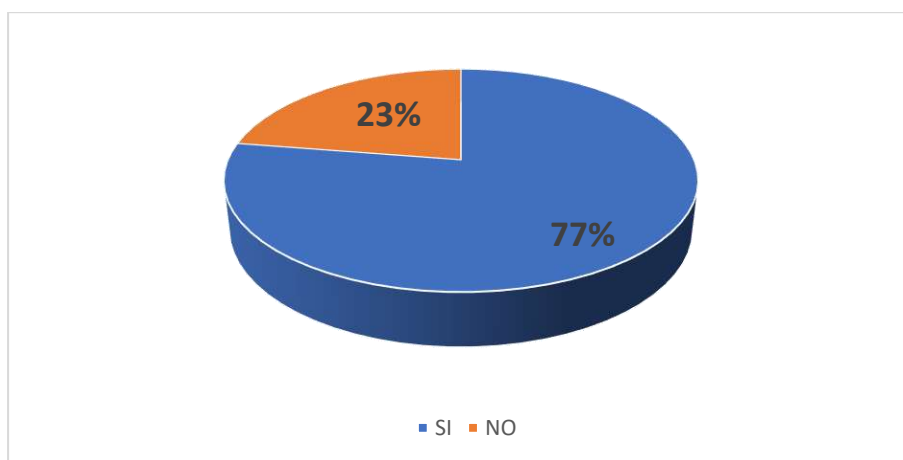
Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla y figura 17 muestra que de los 520 niños menores de 2 atendidos en el centro de Salud de Hualmay-2023, el 71.2% (370) fueron lactantes menores y el 28.8% (150) lactantes mayores.

**Tabla 18***Lactancia materna exclusiva en niños menores de 2 años*

LACTANCIA	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>MATERNA EXCLUSIVA</b>		
Si	403	77,5
No	117	22,5
<b>Total</b>	520	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 18***Porcentaje de lactancia materna exclusiva en niños menores de 2 años*

Fuente: Ficha de recolección de datos

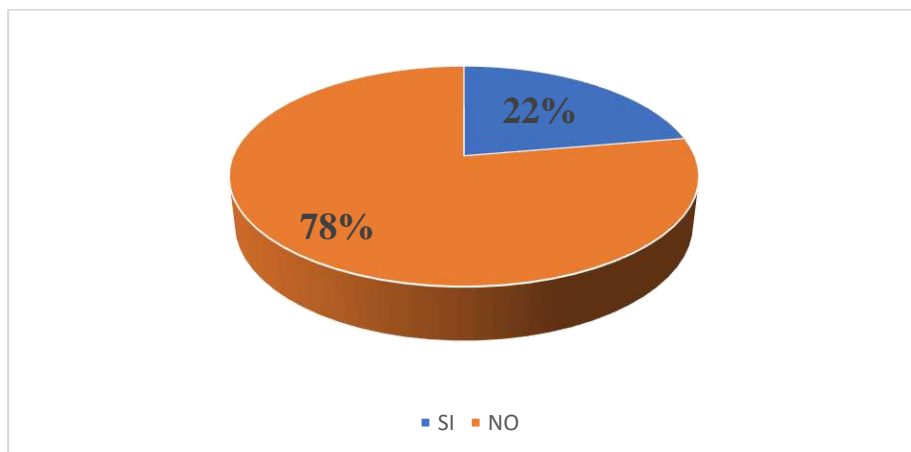
La tabla y figura 18 muestra que de los 520 niños menores de 2 atendidos en el centro de Salud de Hualmay-2023, el 77.5% (403) recibió lactancia materna exclusiva y el 22.5% (117) no la recibieron.

**Tabla 19**

Lactancia materna mixta en niños menores de 2 años

LACTANCIA MATERNA MIXTA	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	117	22.5
No	403	77.5
<b>Total</b>	<b>520</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 19***Porcentaje de lactancia materna mixta en niños menores de 2 años atendidos*

Fuente: Ficha de recolección de datos

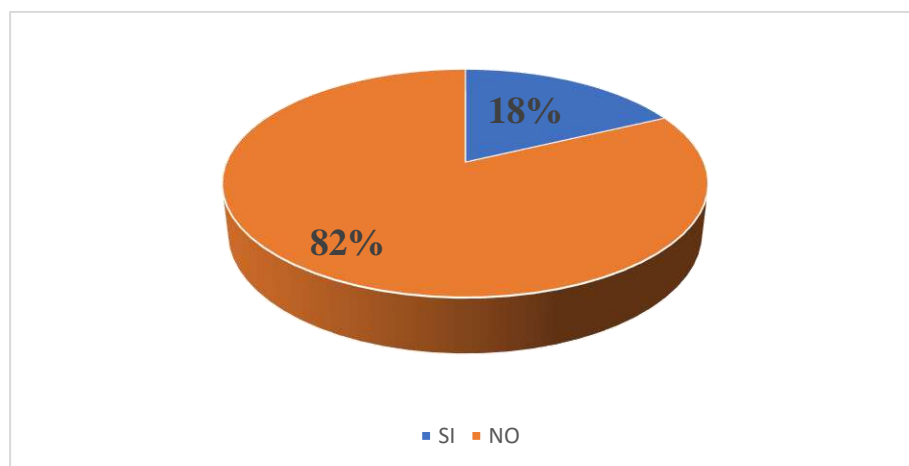
La tabla y figura 19 muestra que de los 520 niños menores de 2 atendidos en el centro de Salud de Hualmay-2023, el 22.5% (116) recibió lactancia materna mixta y el 77.5% (404) no la recibieron.



**Tabla 20***Sobrepeso en niños menores de 2 años*

<b>SOBREPESO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Si</b>	93	17,9
<b>No</b>	427	82,1
<b>Total</b>	520	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 20***Porcentaje de sobrepeso en niños menores de 2 años atendidos*

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla y figura 19 muestra que de los 520 niños menores de 2 atendidos en el centro de Salud de Hualmay-2023, el 17.9% (93) presentó sobrepeso.

**Tabla 21**

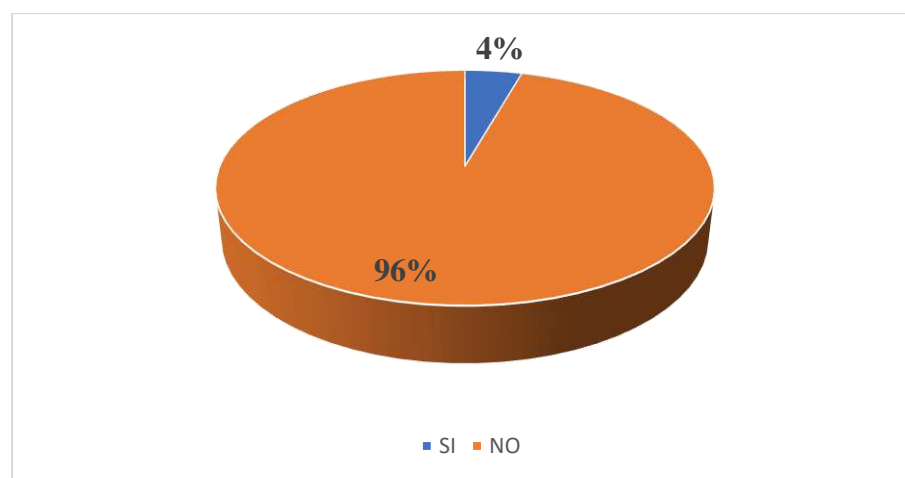
*Obesidad en niños menores de 2 años*

<b>OBESIDAD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	23	4,4
No	497	95,6
Total	520	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 21**

*Porcentaje de obesidad en niños menores de 2 años*



Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla y figura 19 muestra que de los 520 niños menores de 2 atendidos en el centro de Salud de Hualmay-2023, el 4.4% (23) presentó obesidad.

**Tabla 22***Estadísticos de peso y talla en niños menores de 2 años*

N	Peso (Gr)		Talla (Cm)	
	Válidos	520	Válidos	520
	Perdidos	0	Perdidos	0
<b>Media</b>		8,8389		68,965
<b>Mediana</b>		9,2400		71,000
<b>Moda</b>		11,20		82,0
<b>Desviación típica</b>		2,76726		12,1837
<b>Varianza</b>		7,658		148,443
<b>Mínimo</b>		2,76		,0
<b>Máximo</b>		20,60		103,0

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

La tabla 22 muestra que de los 520 niños menores de 2 atendidos en el centro de Salud de Hualmay-2023, La media, mediana y moda de los pesos y talla fue 8,8389, 9,2400 ,11,20 - 68,965, 71,000 y 82,0 respectivamente.

## CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

### 5.1. Discusión de resultados

Del total de población que participó en el estudio se encontró que:

Existe un porcentaje aún significativo de niños que recibieron lactancia materna mixta 22.3% (116), desarrollando el 17.9% (93) sobrepeso y 4,4% (23) obesidad independiente del tipo de lactancia. Sin embargo, los que recibieron lactancia materna mixta tienen 39,228 más riesgo de sufrir sobrepeso y 19,588 de sufrir obesidad en comparación con los que recibieron lactancia materna exclusiva. (OR =39.228, IC al 95% < 21,381 – 71,969 >; OR =19,588, IC 95 % <6,515 - 58,891>) respectivamente. Resultados aún más significativos los de Basain, et al.(2018), que indicaron que la prevalencia de malnutrición por exceso en aquellos con lactancia materna mixta fue de 51.84%, y de todos los pacientes con adiposidad, el 81,39 % abandonó la lactancia materna exclusiva antes de los cinco meses de edad. Sin embargo, Valencia (2022) entre sus hallazgos obtiene valores de riesgo menores; donde la lactancia mixta tiene 6.74 de riesgo de inducir al desarrollo de obesidad infantil en niños menores de 2 años (OR= 6.74), valor inferior al de nuestro estudio (OR=39.228), y la lactancia materna exclusiva actúa como factor protector (OR= 0.16); resultados muy similares en relación al factor protector de la lactancia materna exclusiva del estudio presente (OR= 0.026).

Con relación a la práctica de la lactancia materna exclusiva, la prevalencia en el centro de Salud de Hualmay son muy similares al estudio de Chiroque. (2022) que describen al 73.53% de los bebés menores de seis meses con alimentación exclusivamente con leche materna, mientras

que solo el 26.47% reciben una lactancia mixta. Además, el 97.06% de estos niños tienen un estado nutricional. Sin embargo esta prevalencia de LME del Centro de Salud de Hualmay es mucho más alta a la comparada con el estudio de Conde & Mercado en República Dominicana (2021) ,un 77.7% vs 9% respectivamente, por lo que la prevalencia de desarrollo de sobrepeso u obesidad en República Dominicana fue aún más significativo ( 36% vs 22.3%) , lo que pone en evidencia que en lugares con mayor práctica de lactancia materna mixta ,las tasas de desarrollo de sobrepeso u obesidad son aún más altas. Por lo tanto, es crucial implementar acciones para impulsar su promoción, así como brindar atención integral a los niños con sobrepeso, con el objetivo de mitigar este problema y sus efectos en esta población vulnerable.

En relación a si la lactancia materna exclusiva se considera factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso u obesidad en niños menores de 2 años, nuestros resultados mostraron: (OR =0.026, OR=0.052 respectivamente), concluyendo que la lactancia materna no se considera un factor de riesgo y tiene esta un efecto protector , resultados similares a los de Olórtégui & Chambi (2023) y Valencia (2022) donde la lactancia materna se relacionó con una reducción en el riesgo de exceso de peso según el índice de masa corporal (OR=0.034) y (OR = 0.16) respectivamente, ambos contra este riesgo con un  $p < 0.05$ . Astudillo (2023), también evidenció en su estudio que los que presentaron lactancia materna exclusiva vs lo que practicaron lactancia mixta desarrollaron sobrepeso u obesidad en un 10% y el 33.3% , teniendo un factor protector, pero no determinante. Todos estos resultados son respaldados por el trabajo de Ruíz & Álvarez (2019) quienes hicieron una revisión sistemática e identificaron 10 trabajos de investigación científica que se sometieron a una lectura crítica y utilizaron el Sistema GRADE para identificar

su valor de evidencia ,los resultados muestran que el 60% indicó que la lactancia materna exclusiva ofrece protección y prevención contra la obesidad infantil, el 30% mostró que reduce la prevalencia de la obesidad infantil, sin embargo que el 10% no abordó explícitamente la protección contra la obesidad infantil. Labraña, et al. (2020) en su estudio sistemático y meta-análisis también mostraron según la evidencia revisada que los niños que reciben exclusivamente lactancia materna presentan niveles más bajos de sobrepeso y obesidad en comparación con aquellos que son alimentados con fórmulas lácteas infantiles, quedando una vez más en evidencia el efecto protector de LME para el desarrollo de sobrepeso u obesidad.

Con respecto la LMM como factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el lactante menor fue: (OR=42,750, IC al 95%:<21,025-86,923>; OR=21,771, IC al 95% < 4,721 – 100,406 > respectivamente); y en el lactante mayor: (OR= 33,900, IC al 95% < 10,110 – 113,672 >; OR=18,400, IC al 95%< 3,683 – 91,934 >). Donde podemos observar que en ambos grupos de edades la probabilidad de riesgo es significativo siendo predominante en los lactantes menores Resultados con valores similares al estudio realizado por Arcain Nass, et al.(2022), en el que los lactantes menores y mayores con lactancia materna mixta fueron el 53,6% y el 29%, con un peso inadecuado del 66.3% y 55.4% respectivamente y prevaleció el sobrepeso en un 60%.Sin embargo en este estudio tenemos que destacar la alta prevalencia de práctica de lactancia materna mixta por lo cual sus lactante son sobrepeso son aún más significativas , resaltando una vez más a la lactancia materna mixta como factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad. No obstante, autores como Arredondo,et al.(2022) obtuvieron resultados menos significativos enfocándose netamente en lactantes menores en México, los cuales mostraron que

la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 6% y del 7.7%, respectivamente, cifras bastante menores a la de nuestro estudio que fueron de 17.9% y 4.4% a pesar del alto porcentaje niños que fue alimentado con fórmula infantil (71.7% vs 22.3%), siendo los factores que se asociaron significativamente con el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el primer año de vida, el consumo de leches distintas a la materna (OR = 3.25) vs el (OR= 42,750) de nuestro estudio, sin embargo sigue considerándose la LMM un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso u obesidad aunque con valores menos significativos.

En relación a la LME como factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el lactante menor fue: (OR= 0,024; IC al 95% < 0,012 – 0,049 >; OR= 0,047; IC al 95% < 0,010 – 0,215 >); y en el lactante mayor: (OR=0,029, IC al 95% < 0,009 – 0,099 >; OR=0,054, IC al 95% < 0,011 – 0,272 > respectivamente). Por lo que se puede evidenciar que no hay diferencia significativa entre los grupos de edades, pero sí entre los tipos de lactancia, Pudiendo no considerarse la lactancia materna exclusiva como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad y por el contrario un factor protector. Respaldado por el estudio de Basain, et al.(2018) en Cuba cuyos resultados manifestaron que la malnutrición por exceso fueron significativamente mayor en pacientes con cinco o menos meses de lactancia materna exclusiva (51,84 %) y que el grado de obesidad y la adiposidad se relacionaron con el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva (p= 0,0131 y p= 0,0010 respectivamente) recomendado LME como protección frente al exceso de peso y la adiposidad a corto y mediano plazo. Sin embargo, Berrospi (2019) obtuvo resultados controversiales a diferencia de nuestro estudio, donde de los que recibieron lactancia materna exclusiva, el 41.67% tenía un estado

nutricional normal, el 1.67% padecía obesidad, el 1.67% presentaba sobrepeso, no obstante, en ambos estudios se puede considerar la lactancia materna exclusiva como factor protector para el desarrollo de sobrepeso u obesidad.



## CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1 Conclusiones:

A partir de los objetivos establecidos y a los resultados obtenidos en este estudio, podemos inferir las siguientes conclusiones:

- La población predominante fueron el sexo femenino y los lactantes menores, así como la práctica la lactancia materna exclusiva sin embargo un 22.5% recibió lactancia materna mixta; cifra aún significativa y preocupante.
- Existe relación entre el tipo de lactancia y el desarrollo de sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años atendidos en el Centro de Salud de Hualmay durante el año 2023.
- La lactancia materna mixta en el lactante menor es un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad, con mayor prevalencia en el sobrepeso.
- La lactancia materna mixta en el lactante mayor es un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad, con mayor prevalencia en el sobrepeso.
- La lactancia materna exclusiva en el lactante menor no es un factor de es un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad, pudiendo considerarse como un factor protector.
- La lactancia materna exclusiva en el lactante mayor no es un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad, pudiendo considerarse como un factor protector.

## 6.2 Recomendaciones:

- La Dirección Regional de Salud debe continuar con sus esfuerzos en la promoción de actividades que fomenten la lactancia materna exclusiva como medida preventiva contra enfermedades como el sobrepeso y la obesidad. Esto se debe a que todavía hay un porcentaje significativo de personas que no siguen esta práctica de manera exclusiva como se evidencia en los resultados del estudio.
- El servicio de CRED y nutrición del Centro de Salud de Hualmay, así como el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho necesita asegurar la provisión de una buena técnica de lactancia y brindar sesiones educativas sobre las complicaciones de salud asociadas con el sobrepeso y la obesidad en niños. Incentivando la lactancia materna exclusiva entre las madres con el fin de aprovechar plenamente todos los beneficios que esta práctica ofrece tanto para el bebé como para la madre.
- El servicio de nutrición coordinado con el servicio de CRED debe ofrecer orientación la relación al tipo de alimentación que deben incluir a partir de los 6 meses, promoción de la lactancia materna exclusiva, con el propósito de prevenir que las madres proporcionen alimentos a sus hijos antes de la edad recomendada o incluyan alimentos con poco valor nutricional.
- El servicio de CRED del Centro de Salud de Hualmay y Neonatología del Hospital Regional de Huacho debe orientan a las madres a evitar el empleo de fórmulas infantiles para alimentar a sus hijos explicándoles acerca de las complicaciones del uso de estas, así

como brindar atención integral a los niños con sobrepeso, con el objetivo de mitigar este problema y sus efectos en esta población vulnerable.

- Durante la recolección de datos se observó que entre las principales características de los que recibieron lactancia materna mixta en el Centro de Salud de Hualmay fue: parto por cesárea (60%), prematuros (30%) y por condiciones socioeconómicas y culturales de la madre, entre otros (20%), que podrían ser utilizados para en posteriores estudios locales y regionales analizar por qué en estas situaciones se sigue promoviendo la lactancia materna mixta, evitando el uso de fórmulas infantiles.
- Dentro de los niños que desarrollaron sobrepeso u obesidad y recibieron lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud de Hualmay se observó que un 30% fueron bebés macrosómicos, un 40% incluyó alimentos hipercalóricos al inicio de la ablactancia y un 20% sedentarismo, entre otras causas no registradas (10%). Por lo que también tenemos que destacar la importancia de nutrición al inicio de la ablactancia, educando a las madres sobre una alimentación saludable y que cumpla con los requerimientos de crecimiento del menor. De igual forma se puede usar estos factores para estudios posteriores a nivel regional y local, buscando el grado de asociación y medidas de promoción y prevención.

## CAPÍTULO VIII. FUENTES DE INFORMACIÓN

### 5.1 Fuentes documentales

Garibay, N., & Miranda. (2008). Impacto de la programación fetal y la nutrición durante el primer año de vida en el desarrollo de obesidad y sus complicaciones. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 451-467.

Gómez Álvarez, P. (2002). Fórmulas infantiles. Alimentación adaptada. *Farmacia Profesional*, 16(8), 72-83.

Hernández, Roberto, Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6°). México: Mc Graw Hill.

Ministerio de Salud. (2017). *Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años* (p. 122).

Ministerio de Salud. (2013). *Sobrepeso y Obesidad en niños y adolescentes*. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en atención primaria de la salud. (1°). Buenos Aires.

Ministerio de Salud. (2010). *Manual de Lactancia Materna*.

### 5.2 Fuentes bibliográficas

Alvarez, A. (2020). Clasificación de las Investigaciones.

Astudillo Olaya, K. M. (2023). “Lactancia materna exclusiva como prevención del sobrepeso y obesidad en lactantes menores atendidos en el centro de salud Corrales, Tumbes 2023”.

Berrospi Peregrino, G. V. (2019). “Tipos de lactancia relacionado al estado nutricional de lactantes de 6 meses, centro de salud de palmira, Huaraz, 2019.

Chiroque Coveñas, M. M. (2022). Tipo de lactancia y estado nutricional de los niños menores de 6 meses del Centro de Salud San Jacinto, 2022.

Collado. (1984). *Patología Infantil Estructurada, bases fisiopatológicas del diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Ediciones Norma.

Conde Camilo, M., & Mercado Hernández, M. (2021). Relación entre sobrepeso, obesidad y lactancia materna exclusiva en una población pediátrica del hospital infantil doctor Robert Reid Cabral, 2013-2019.

Gadamer, H.-G. (1960). *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme.

Gómez-Álvarez Salinas, P. (2002). Fórmulas infantiles. Alimentación adaptada. *Farmacia Profesional*, 16(8), 72-83.

Hernández, Roberto, Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6.<sup>a</sup> ed). México: Mc Graw Hill. Alvarez, A. (2020). Clasificación de las Investigaciones.

Arcaín Nass, E. M., Marcon, S. S., Teston, É. F., Ichisato, S. M. T., Toso, B. R. G. D. O., Furtado, M. D., & Divino, E. D. A. (2022). PESO CORPORAL AOS 12 E 24 MESES DE VIDA E SUA RELAÇÃO COM TIPO DE ALEITAMENTO: ESTUDO DE COORTE. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80860>

Arredondo, A., Lugo, O. B. R., Orozco, E., & Rosa, C. P. T. de la. (2022). Breastfeeding and feeding practices in the first year of life and its association with overweight and obesity

- of children in Mexico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21, 1109-1118.  
<https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400009>
- Astudillo Olaya, K. M. (2023). “Lactancia materna exclusiva como prevención del sobrepeso y obesidad en lactantes menores atendidos en el centro de salud Corrales, Tumbes 2023”.
- Basain Valdés, J. M., Valdés Alonso, M. del C., Álvarez Viltres, M., Miyar Pieiga, E., Tase Pelegrin, T. S., Basain Valdés, J. M., ... Tase Pelegrin, T. S. (2018). Exceso de peso y obesidad central y su relación con la duración de la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Pediatría*, 90(4). Recuperado de  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75312018000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312018000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Berrosپی Peregrino, G. V. (2019). “TIPOS DE LACTANCIA RELACIONADO AL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES DE 6 MESES, CENTRO DE SALUD DE PALMIRA, HUARAZ, 2019.
- Boswell, N. (2021). Complementary Feeding Methods—A Review of the Benefits and Risks. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7165.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18137165>
- Chiroque Coveñas, M. M. (2022). Tipo de lactancia y estado nutricional de los niños menores de 6 meses del Centro de Salud San Jacinto, 2022.
- Conde Camilo, M., & Mercado Hernandez, M. (2021). RELACIÓN ENTRE SOBREPESO, OBESIDAD Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL INFANTIL DOCTOR ROBERT REID CABRAL, 2013-2019.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2023). Análisis del panorama del sobrepeso y obesidad infantil y adolescente en Perú. Recuperado de <https://www.unicef.org/lac/informes/analisis-del-panorama-del-sobrepeso-y-obesidad-infantil-y-adolescente-en-peru>
- Foucault, M. (1976). Historia de la sexualidad, vol. 1: La voluntad de saber. México: Siglo XXI.
- Garibay, N., & Miranda. (2008). Impacto de la programación fetal y la nutrición durante el primer año de vida en el desarrollo de obesidad y sus complicaciones. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 65(6), 451-467.
- Gómez-Álvarez Salinas, P. (2002). Fórmulas infantiles. Alimentación adaptada. Farmacia Profesional, 16(8), 72-83.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación (6a ed.).
- Hernández, Roberto, Fernández, C., & Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación (6°). México: Mc Graw Hill.
- Jayasinghe, S., Herath, M. P., Beckett, J. M., Ahuja, K. D. K., Byrne, N. M., & Hills, A. P. (2021). Exclusivity of breastfeeding and body composition: Learnings from the Baby-bod study. International Breastfeeding Journal, 16(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00389-x>
- Labraña, A. M., Ramírez-Alarcón, K., Troncoso-Pantoja, C., Leiva, A. M., Villagrán, M., Mardones, L., ... Celis-Morales, C. (2020). Obesidad en lactantes: Efecto protector de la lactancia materna versus fórmulas lácteas. Revista chilena de nutrición, 47(3), 478-483. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000300478>
- Levinas, E. (1961). Totalidad e infinito. Salamanca

- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- Milián, A. J. G., & García, E. D. C. (2016). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-13.
- Ministerio de Salud. (2010). *Manual de Lactancia Materna*.
- Olórtegui Toro, A. C., & Chambi Mamani, M. A. (2023). Lactancia materna y patrón alimentario en relación al sobrepeso de niños de 3 a 6 años de una Institución Pública de Lima Este, 2023.
- OMS. (2016). El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública en todo el mundo. Recuperado 17 de enero de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>
- OMS, & OPS. (s. f.). Diabetes. Recuperado 6 de octubre de 2021, de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Guía para la aplicación: Proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: Revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño 2018. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/326162>
- Prieto, J. L., & Pérez, M. F. (2007). *Ginecología y Obstetricia: Manual de Consulta Rápida*. Ed. Médica Panamericana.
- Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). *Modern epidemiology* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.



Ruíz Albino, E. Y., & Alvarez Tarazona, E. M. (2019). Efectividad de la Lactancia Materna Exclusiva para proteger y prevenir la Obesidad Infantil. Universidad Privada Norbert Wiener. Recuperado de <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/2845>

Sartre, J.-P. (1943). El ser y la nada. Buenos Aires: Losada.

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. (2021, junio 4). La etapa de lactante—SEPEAP. Recuperado 12 de febrero de 2024, de <https://sepeap.org/la-etapa-de-lactante/>, <https://sepeap.org/la-etapa-de-lactante/>

Valencia Paredes, Y. Y. (2022). "TIPO DE LACTANCIA Y RIESGO DE OBESIDAD INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS NACIDOS POR CESÁREA, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA DE TACNA, DE ENERO A JULIO DEL2022”.

Villareal, C., Placencia, M., & Sifuentes, V. A. N. (2020). Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima Centro. Revista de la Facultad de Medicina Humana, 20(2), 287-294.  
<https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2765>

Voyer, L., Ruvinsky, R., & Cambiano, C. (2011). Pediatría (3°). Buenos Aires: Journal.

### 5.3 Fuentes hemerográficas

Garibay, N., & Miranda. (2008). Impacto de la programación fetal y la nutrición durante el primer año de vida en el desarrollo de obesidad y sus complicaciones. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 451-467.

Milián, A. J. G., & García, E. D. C. (2016). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-13

Paca Palao, A., Huayanay Espinoza, C. A., Parra, D. C., Velasquez Melendez, G., ... Miranda, J. J. (2021). Asociación entre lactancia materna y probabilidad de obesidad en la infancia en tres países latinoamericanos. *Gaceta Sanitaria*, 35(2), 168-176.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.002>

Smego, Woo, J., Klein, J., Bansal, D., & Bliss, S. (2017). High body mass index in infancy may predict severe obesity in early childhood. *Journal of Pediatrics*, 87-93.

Stunkard, A., Sorensen, T., Hanis, C., Teasdale, T., Chakraborty, R., Schull, W., & Schulsinger, F. (2000). Un estudio de adopción de la obesidad humana. *Revista de Medicina de Nueva Inglaterra*, 193-198.

### 5.4 Fuentes electrónicas

Aguilar Cordero, M. J., Sánchez López, A. M., Madrid Baños, N., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., & Hermoso Rodríguez, E. (2015). Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente: Revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 606-620. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8458>

- Arcain Nass, E. M., Marcon, S. S., Teston, É. F., Ichisato, S. M. T., Toso, B. R. G. D. O., Furtado, M. D., & Divino, E. D. A. (2022). Peso corporal aos 12 e 24 meses de vida e sua relação com tipo de aleitamento: estudo de coorte. *Cogitare Enfermagem*, 27. Recuperado de <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80860>
- Arredondo, A., Lugo, O. B. R., Orozco, E., & Rosa, C. P. T. (2022). Breastfeeding and feeding practices in the first year of life and its association with overweight and obesity of children in Mexico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21, 1109-1118. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400009>
- Basain Valdés, J. M., Valdés Alonso, M. del C., Álvarez Viltres, M., Miyar Pieiga, E., Tase Pelegrin, T. S., Basain Valdés, J. M., ... Tase Pelegrin, T. S. (2018). Exceso de peso y obesidad central y su relación con la duración de la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Pediatría*, 90(4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S003475312018000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003475312018000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Boswell, N. (2021). Complementary Feeding Methods—A Review of the Benefits and Risks. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7165. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137165>
- Carrión Alvarado, M. A. (2016). Lactancia materna exclusiva y obesidad materna asociadas a la obesidad infantil en niños atendidos en el Hospital Distrital Santa Isabel de El Porvenir en el periodo enero – diciembre 2014. *Universidad Privada Antenor Orrego*. Recuperado de <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/1506>

De Armas, M., Megías, S., Modino, S., Bolaños, P., Guardiola, P., & Álvarez, T. (2009).

Importancia de la lactancia materna en la prevalencia de síndrome metabólico y en el grado de obesidad infantil. *Endocrinología y Nutrición*, 56(8), 400-403.

[https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(09\)72709-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(09)72709-3)

FAO. (2017). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://www.fao.org/3/a-i7914s.pdf>

Jayasinghe, S., Herath, M. P., Beckett, J. M., Ahuja, K. D. K., Byrne, N. M., & Hills, A. P.

(2021). Exclusivity of breastfeeding and body composition: Learnings from the Baby-bod study. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 41. [https://doi.org/10.1186/s13006-](https://doi.org/10.1186/s13006-021-00389-x)

[021-00389-x](https://doi.org/10.1186/s13006-021-00389-x)

Matias, S. L., Anderson, C. E., & Koleilat, M. (2023). Breastfeeding moderates childhood obesity risk associated with prenatal exposure to excessive gestational weight gain.

*Maternal & Child Nutrition*, 19(4), e13545. <https://doi.org/10.1111/mcn.13545>

Ramos Aguilar, M. E. (2018). Lactancia materna exclusiva como factor protector para la

obesidad en niños preescolares atendidos en el Hospital Belén de Trujillo. *Universidad Privada Antenor Orrego*. Recuperado de

<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3944>

Ruíz Albino, E. Y., & Alvarez Tarazona, E. M. (2019). Efectividad de la Lactancia Materna

Exclusiva para proteger y prevenir la Obesidad Infantil. *Universidad Privada Norbert*

*Wiener*. Recuperado de <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/2845>

Sandoval Jurado, L., Jiménez Báez, M. V., Olivares Juárez, S., & de la Cruz Olvera, T. (2016).

Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil.

*Atención Primaria*, 48(9), 572-578. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.004>

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. (2021, junio 4). La etapa

de lactante-SEPEAP. Recuperado 12 de febrero de 2024, de [https://sepeap.org/la-etapa-](https://sepeap.org/la-etapa-de-lactante/)

[de-lactante/](https://sepeap.org/la-etapa-de-lactante/), <https://sepeap.org/la-etapa-de-lactante/>

Villareal, C., Placencia, M., & Sifuentes, V. A. N. (2020). Lactancia materna exclusiva y

factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima Centro.

*Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 287-294.

<https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2765>

**ANEXOS**

## Anexo 1. Ficha de recolección de datos

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO SEGÚN EL TIPO DE LACTANCIA

Ficha N°	Historia clínica N°	
<b>Datos generales del lactante</b>	Sexo	• Masculino <span style="float: right;">( )</span>
		• Femenino <span style="float: right;">( )</span>
	Edad	• Meses <span style="float: right;">( )</span>
		• Años <span style="float: right;">( )</span>
	Peso	• Gr <span style="float: right;">( )</span>
Talla	• Cm <span style="float: right;">( )</span>	
<b>Lactancia Materna</b>	Lactancia materna exclusiva	¿Sólo recibieron leche sin ningún otro líquido o sólido desde el nacimiento hasta los 6 meses? SI( ) NO( )
	Lactancia materna mixta	¿Recibieron fórmula u otro tipo de alimentación con o sin lactancia materna desde el nacimiento hasta los 6 meses? SI( ) NO( )
<b>Sobrepeso</b>	¿IMC entre percentil 85 y percentil 95? o ¿Presenta peso para a estatura > 2 desviaciones estándar con respecto a la mediana en las curvas de patrón de referencia para el crecimiento de la OMS? SI( ) NO( )	
<b>Obesidad</b>	¿IMC mayor del p95 ¿o ¿Presenta peso para la estatura > 3 desviaciones estándar en las curvas de referencia crecimiento de la OMS? SI( ) NO( )	

## Anexo 2. Matriz de consistencia


### SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO SEGÚN EL TIPO DE LACTANCIA

Problemas	Objetivos	Variables	Valores	Hipótesis	Metodología
		Dependiente			
<b>General.</b>	<b>General</b>	Sobrepeso	<p><b>SI:</b> Niños menores de 2 años con peso para a estatura &gt; 2 desviaciones estándar con respecto a la mediana en las curvas de patrón de referencia para el crecimiento de la OMS.</p> <p><b>NO:</b> Niños menores de 2 años con peso para a estatura &lt; 2 desviaciones estándar con respecto a la mediana en las curvas de patrón de referencia para el crecimiento de la OMS</p>	<p><b>General.</b></p> <p>En niños menores de 2 años existe relación de sobrepeso y obesidad con el tipo de lactancia recibida.</p> <p><b>Específicos</b></p>	Se revisará el registro de atención y la historia clínica de todos los niños menores de 2 años atendidos en el servicio de Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Hualmay considerándose dos grupos: el grupo de casos formado por los niños que presentan sobrepeso y obesidad; y un grupo control sorteado aleatoriamente entre los niños que no tienen sobrepeso y obesidad.
<b>Específicos.</b>	<b>Específicos</b>	Obesidad	<p><b>SI:</b> Niños menores de 2 años con peso para la estatura &gt; 3 desviaciones estándar en las curvas de referencia crecimiento de la OMS</p> <p><b>NO:</b> Niños menores de 2 años con peso para la estatura &lt; 3 desviaciones estándar en las curvas de referencia crecimiento de la OMS</p>	<p>1. Es la lactancia mixta en el lactante menor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023.</p> <p>2. Es la lactancia mixta en el lactante mayor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023.</p>	Por lo tanto, nuestro estudio será de casos y controles
		<b>Independiente</b>			
1. ¿Es la lactancia mixta en el lactante menor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023?	1. Identificar si la lactancia mixta en el lactante menor es un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023?	1. Lactancia materna exclusiva	<p><b>SI:</b> Niños menores de 2 años que recibieron solo leche materna desde el nacimiento hasta 6 meses.</p> <p><b>NO:</b> Niños menores de 2 años materna que recibieron leche materna y otro tipo de líquido o sólido menor a los 6 meses de edad.</p>		
2. ¿Es la lactancia mixta en el lactante mayor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023?	2. Determinar si la lactancia mixta en el lactante menor es un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023?	2. Lactancia materna no exclusiva	<p><b>SI:</b> Niños menores de 2 años que recibieron fórmula u otro tipo de alimentación con o sin lactancia materna antes de los 6 meses de edad</p> <p><b>NO:</b> Niños menores de 2 años que recibieron solo leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.</p>		Se utilizará como instrumento una
	3. Especificar si la lactancia mixta en el lactante menor es un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el				



- centro de salud de Hualmay – 2023?
3. ¿Es la lactancia materna exclusiva en el lactante menor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023?
  4. ¿Es la lactancia materna exclusiva en el lactante mayor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023?
4. Determinar si la lactancia mixta en el lactante menor es un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023?
3. Es la lactancia materna exclusiva en el lactante menor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023.
  4. Es la lactancia materna exclusiva en el lactante mayor un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en el centro de salud de Hualmay – 2023.
- ficha para obtener datos tales como: el tipo de lactancia recibida y hasta que edad fue recibida. Y para procesar esta información se utilizará programas como Epi info 7.2.5.0 y Excel 2016.

### Anexo 3. Aprobación del plan de tesis



**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**  
**LICENCIADA**

(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020)  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

---

*Resolución de Decanato N° 0062-2024-FMH-UNJFSC*  
*Huacho, 15 de febrero de 2024*

**VISTO:**

El expediente con número **ROD: 2024-010067** de fecha 08 de febrero de 2024, formulado por doña **MARIA DEL CARMEN MAITA ALOR**, egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana solicitando reconocimiento de Asesor y designación de Jurado de Tesis; el Proveído N° **0086-2024-UGyT-FMH-UNJFSC** de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, con Resolución de Consejo Universitario N° 0056-2024-CU-UNJFSC de fecha 31 de enero del 2024 se aprueba APROBAR, el REGLAMENTO GENERAL PARA EL OTORGAMIENTO DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES VERSIÓN 1.0, que consta de 127 Artículos, 18 Disposiciones Complementarias, 3 Disposiciones Transitorias y 1 Disposición Derogatoria; que, en anexo por separado;

Que, el Artículo 29° El Asesoramiento de tesis es de libre decisión del asesor a solicitud expresa del investigador (Anexo 08) y estará a cargo de un docente, ordinario o contratado según Decreto Supremo N° 0418-2017-EF, inscrito en la base de docentes que realizan investigación y que pertenecen a Facultad de Origen del solicitante. Con un máximo de hasta 15 Asesorías. Para el Reconocimiento de asesor y designación de Jurado de Tesis, el investigador presentara los siguientes documentos: -Solicitud en FUT dirigido a la unidad de grados y títulos de la Facultad, consignando todos sus datos personales que se exige. -Declaración jurada de autenticidad de datos y autorización para recibir notificaciones (Anexo 02 Resolución Rectoral N°0188-2020-UNJFSC). -Pago por derecho de trámite. -Pago por derecho de Reconocimiento de Asesor y Designación de Jurado. -Declaración Jurada del Investigador y Asesor, consignando al asesor, con cuya firma sello da fe y conformidad de que la investigación es inédita y debidamente referenciada. (Anexo 08). El investigador debe solicitarlo al inicio de la formulación del proyecto de investigación. Los docentes no podrán tener más de 15 asesorías en condición de pendientes de concluir. La Unidad de Grados y Títulos de la Facultad, tiene como máximo dos (02) días hábiles para derivar al Decano para que ordene al secretario Académico Administrativo la emisión de la Resolución de reconocimiento de asesor y designación del Jurado evaluador e inmediata notificación al interesado, asesor y a los miembros del Jurado Evaluador en un plazo máximo de tres (03) días hábiles, bajo responsabilidad. El investigador, el asesor y los jurados son responsables que el contenido de la investigación, sea inédito y correctamente referenciado.

Que, el Artículo 35° del Reglamento antes mencionado precisa: Designado el Asesor de Tesis mediante Resolución del Decanato, este asume como parte de su carga no Lectiva, la responsabilidad de: a) Orientar y supervisar la formulación del proyecto de investigación y el desarrollo de la tesis. b) Dar pautas para la elaboración y aplicación de los instrumentos de investigación. c) Refrendar con su firma y sello el proyecto y/o borrador de tesis o trabajo de investigación. d) Orientar al investigador a fin de levantar las observaciones modificaciones indicadas por el Jurado. e) Asistir al investigador en la Sustentación de la Tesis o trabajo de suficiencia profesional. f) Cumplir oportunamente con el informe de originalidad de la investigación cuyo contenido debe ser menor o igual a 20% de similitud, bajo responsabilidad de conformidad con la directiva de uso del software antiplagio).

Que, el Artículo 38° del mismo reglamento, prescribe: El Jurado revisará y aprobará el proyecto de tesis y los borradores de la investigación en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, según corresponda, contados a partir de la recepción de los mismos, bajo responsabilidad. En caso que el jurado exceda el plazo máximo ya previsto de 15 días hábiles para dictaminar, el investigador podrá solicitar el cambio de jurado previa presentación de una solicitud valorada, la misma que será atendida por la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad en el plazo máximo de tres (03) días hábiles.

Que, el Artículo 41° del reglamento pre citado, prescribe: El investigador, el asesor, y el jurado evaluador están obligados a asistir en la fecha ya fijada en la respectiva resolución. La insistencia injustificada a la misma acarrea responsabilidad. En caso que por algún motivo no se haya podido realizar la Defensa de investigación, se reprogramará nueva fecha, previa solicitud expresa del investigador. Deberá emitirse resolución de decanato de autorización.

Que, el Artículo 47° del mismo Reglamento precisa: El asesoramiento de tesis es permanente, sin perjuicio a lo establecido en el Artículo 37°, incluso si hubiere observaciones posteriores a la sustentación, es su responsabilidad subsanar dichas observaciones en coordinación con el investigador de la tesis;

Que, el Artículo 54° del reglamento antes precisado, prescribe: El Jurado Evaluador es el órgano colegiado ante el cual el Investigador sustentará su tesis o trabajo de suficiencia profesional, según sea el caso. El Jurado Evaluador será designado por Resolución del Decanato a propuesta de la Comisión de Grados y Títulos, y estará conformado por tres (03) docentes ordinarios de preferencia especialistas en el tema, y asesor de la tesis (como cuarto miembro, con voz, pero sin voto). La Presidencia del Jurado Evaluador recae en el profesor ordinario de mayor categoría y dedicación, en caso

Av. Mercedes Indacochea N° 600 – Puerta 01 - Telefax: 2394010 - Anexo 236 – Huacho - Perú



**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**  
**LICENCIADA**

(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020)  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

*Resolución de Decanato N° 0062-2024-FMH-UNJFSC*  
*Huacho, 15 de febrero de 2024*

docentes con igual categoría y dedicación, asume el de mayor grado académico y de persistir la igualdad el de mayor antigüedad. Los otros miembros Secretario y Vocal, en caso de igualdad, se sigue el mismo procedimiento antes mencionado.;

Que, la investigadora, con documento de visto, solicita reconocimiento del **M(o). VEGA MANRIQUE, CARLOS EMILIO** como su Asesor de Tesis y la designación de su Jurado de Tesis;

Que, mediante Proveído N° **0086-2024-UGyT-FMH-UNJFSC**, la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana propone la emisión de la Resolución de Reconocimiento del **M(o). VEGA MANRIQUE, CARLOS EMILIO** como Asesor de Tesis y propone la designación como Jurado de Tesis a los docentes: **Dr. VASQUEZ ESTELA, DARIO ESTANISLAO** (Presidente), **M.C. LAZARO DIOSES, JAIME TEODOSIO** (Secretario) y **M.C. SANDOVAL PINEDO, HENRY KEPPLER** (Vocal);

Estando a lo expuesto, a las atribuciones y facultades conferidas por el Reglamento General para el Otorgamiento de Grados Académicos y Títulos Profesionales, el Estatuto vigente de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, la Ley Universitaria N° 30220, a lo autorizado por el Decano de la Facultad de Medicina Humana;

**SE RESUELVE:**

Artículo 1° - **RECONOCER** al **M(o). VEGA MANRIQUE, CARLOS EMILIO** como **Asesor de Tesis** de la investigadora doña **MARIA DEL CARMEN MAITA ALOR**, egresada de la escuela Profesional de Medicina Humana.

Artículo 2° - **DESIGNAR** al Jurado de Tesis de la investigadora doña **MARIA DEL CARMEN MAITA ALOR**, conformada por los docentes:

Dr. VASQUEZ ESTELA, DARIO ESTANISLAO	<b>PRESIDENTE</b>
M.C. LAZARO DIOSES, JAIME TEODOSIO	<b>SECRETARIO</b>
M.C. SANDOVAL PINEDO, HENRY KEPPLER	<b>VOCAL</b>

Artículo 3° - **HACER DE CONOCIMIENTO** los alcances de la presente Resolución a los interesados e instancias correspondientes.

Regístrese, comuníquese y archívese.



*Dra. Elsa Carmen Oscuítica Tapia*  
**SECRETARIA ACADEMICA ADMINISTRATIVO**



*Dr. Fredy Ruperto Bermejo Sanchez*  
**DECANO**

**Distribución:**  
 Decanato-SAA.-CGyT.-Asesor.-Jurados(3)  
 Expedientes (1).-Interesado (1)  
 FRBS/ ECOT /jpld

## Anexo 4. Aprobación del borrador de tesis



**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**  
**LICENCIADA**

(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020)  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

### *Resolución de Decanato N°0126-2024-FMH-UNJFSC* *Huacho, 10 de abril de 2024*

#### VISTO:

El expediente con número ROD: 2024-023081 de fecha 10 de abril de 2024, presentado por doña María Del Carmen Maita Alor, Bachiller en Medicina Humana, solicitando aprobación del Borrador de Tesis, con proveído N° 0197-2024-UGyT-FMH-UNJFSC de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, y;



#### CONSIDERANDO:

Que, con Resolución de Consejo Universitario N° 0056-2024-CU-UNJFSC de fecha 31 de enero de 2024 se aprueba el Reglamento General para el Otorgamiento de Grados Académicos Y Títulos Profesionales versión 1.0, que consta de 127 Artículos, 18 Disposiciones Complementarias, 3 Disposiciones Transitorias y 1 Disposición Derogatoria;

Que, mediante Resolución de Decanato N° 0062-2024-FMH-UNJFSC de fecha 15 de febrero de 2024, se reconoce como Asesor de Tesis al M(a). Vega Manrique, Carlos Emilio de la investigadora doña María Del Carmen Maita Alor y se designa como Jurado de Tesis a los docentes: Dr. Vásquez Estela, Darío Estanislao (Presidente), M.C. Lázaro Dioses, Jaime Teodosio (Secretario) y M.C. Sandoval Pinedo, Henry Keppler (Vocal);



Que, mediante Resolución de Decanato N° 0087-2024-FMH-UNJFSC de fecha 07 de marzo de 2024, se aprueba el Plan de Tesis intitulado: Relación del sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años según el tipo de lactancia en el Centro de Salud de Hualmay – 2023; presentado por la investigadora doña María Del Carmen Maita Alor egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana;

Que, el artículo N°32° del Reglamento pre citado, referente a la revisión y aprobación de borrador de tesis, precisa: El investigador presentará los siguientes documentos: - Solicitud en FUT dirigida a la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad, consignando todos sus datos personales que se exige. - Declaración jurada de autenticidad de datos y autorización para recibir notificaciones (Anexo 02 Resolución Rectoral N°0188-2020- UNJFSC). - Pago por derecho de trámite. - Pago por derecho de revisión y aprobación de Borrador de Tesis. - Resolución de Aprobación de plan de tesis. - Ejemplar de Borrador de tesis firmado por el asesor. (La Tesis debe estar redactada según las normas APA 7ma edición o superior según lo establezca el Vicerrectorado de Investigación;

La Unidad de Grados y Títulos de la Facultad, tiene como máximo dos (02) días hábiles para remitir al jurado evaluador los ejemplares del borrador de tesis para su revisión y aprobación. El jurado deberá dictaminar en un plazo no mayor a 15 días hábiles. Si existiesen observaciones, es responsabilidad del investigador y asesor, subsanarla, hasta la aprobación por el jurado evaluador. Con el dictamen de conformidad la Comisión de Grados y Títulos lo derivará al Decano para que en un plazo de tres (03) días hábiles, ordene al Secretario Académico Administrativo se emita la Resolución de aprobación del borrador de tesis, e inmediata notificación, bajo responsabilidad.;

Que, con documento de visto, doña María Del Carmen Maita Alor, Bachiller en Medicina Humana, solicita la aprobación del Borrador de Tesis, intitulado: Relación del sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años según el tipo de lactancia en el Centro de Salud de Hualmay – 2023; con el Informe N°01-2024-JET-FMH de fecha 08 de abril de 2024, el Jurado de Tesis, aprueba dicho Borrador de Tesis; mediante proveído N° 0197-2024-UGyT-FMH-UNJFSC la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana solicita la emisión del acto resolutive.

Que, en aplicación del Reglamento General para el Otorgamiento de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, es necesario expedir el correspondiente instrumento administrativo de aprobación de Borrador de Tesis;



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN  
LICENCIADA**

**(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020)  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**Resolución de Decanato N°0126-2024-FMH-UNJFSC**

*Huacho, 10 de abril de 2024*

Estando a lo expuesto, a las atribuciones y facultades conferidas por el Reglamento General para el otorgamiento de Grado Académico y Título Profesional, el Estatuto de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, la Ley N° 30220, a lo autorizado por el Decano de Medicina Humana;

**SE RESUELVE:**

Artículo 1°.- APROBAR el BORRADOR de Tesis intitulado: Relación del sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años según el tipo de lactancia en el Centro de Salud de Hualmay – 2023; presentado por la investigadora doña María Del Carmen Maita Alor.

Artículo 2°.- HACER de conocimiento a los interesados e instancias respectivas de la Facultad para el cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.




Dra. Elsa Carmen Oseuvilca Tapia  
Secretaria Académica Administrativa



Ruperto Bermejo Sánchez  
Decano


Distribución:  
Decanato-SAA.-CGyT.-Asesor.-Jurados(3)  
Expedientes (1).-Interesada (1)  
FRBS/ ECOT /jpld

## Anexo 5. Solicitud para revisión de historias clínicas.



**Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



06 MAR. 2024  
 Recibido por: U. U. U. U.  
 Registro: \_\_\_\_\_

**SOLICITO: Autorización para acceso a historias clínicas del servicio de CRED para realización de tesis**

**Dra. Virginia Aroni Mejía**  
**Director del Centro de Salud de Hualmay**

Presente.

Yo, Maita Alor María Del Carmen, identificado con DNI N° 72317848, con domicilio en Calle Ramón el Corrobarrutia 238, Respetuosamente me presento y expongo lo siguiente:

Que, en mi condición de alumno de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, solicito a Ud. Permiso para la revisión de historias clínicas del servicio de CRED para la realización de mi tesis titulada: “RELACIÓN DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS SEGÚN EL TIPO DE LACTANCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HUALMAY – 2023” para optar por el título profesional de Médico Cirujano.


Adjunto:

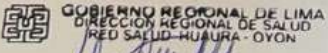
1. Plan de tesis completo .
2. Informe de aprobación de Plan de Tesis.
3. Resolución de Decanato N° 0062-2024 Designación de asesor de tesis y jurado evaluador.
4. Matriz de consistencia.
5. Instrumento de recolección de datos.
6. Copia de DNI.

**POR LO EXPUESTO:**

Muy agradecida por la atención y sea propicia la ocasión para expresarle mi consideración y estima, asimismo autorice se me notifique cualquier información sobre el presente documento o expediente al correo electrónico: [mdcma07042911@gmail.com](mailto:mdcma07042911@gmail.com) o al número de teléfono: 922478060.

Atentamente,





-----  
 Dra. VIRGINIA M. ARONI MEJIA  
 C.M.P. 27543  
 MEDICO JEFE MICRORRED HUALMAY

UOBU para examen de tesis

**Huacho, 06 de marzo del 2024**

### Anexo 6. Llenado de instrumento



# Anexo 7. Procesamiento de datos. Excel 2019

This screenshot shows a Microsoft Excel 2019 spreadsheet with a large data table. The table has approximately 25 columns and 100 rows of data. The columns include various identifiers, dates, and numerical values. The interface shows the 'Inicio' (Home) tab with the ribbon expanded, displaying options for font, alignment, and styles. The status bar at the bottom indicates the active cell is 'D14'.

This screenshot shows a Microsoft Excel 2019 spreadsheet with a detailed data table. The table has 15 columns and 50 rows of data. The columns are labeled as follows: 'Ligido/Documento', 'DNI', 'E', 'EDAD (Años)', 'FECHA', 'EVALUACION', 'OK', 'SERIE', 'PSG', 'OBSERVACION', 'LMI', and 'LMM'. The data includes various numerical values and text entries, with some rows highlighted in yellow. The interface shows the 'Inicio' (Home) tab with the ribbon expanded, displaying options for font, alignment, and styles. The status bar at the bottom indicates the active cell is 'D14'.





## Anexo 8. Procesamiento de información

**Tabla de frecuencia**

**Grupo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casos	110	21,2	21,2	21,2
	Controles	410	78,8	78,8	100,0
	Total	520	100,0	100,0	

**Sexo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	236	45,2	45,2	45,2
	Femenino	285	54,8	54,8	100,0
	Total	520	100,0	100,0	

**Edad Categorizada**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lactante menor	370	71,0	71,2	71,2
	Lactante Mayor	150	28,8	28,8	100,0
	Total	520	100,0	100,0	

**Lactancia materna mixta**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	116	22,3	22,3	22,3
	No	404	77,7	77,7	100,0
	Total	520	100,0	100,0	

**Sobrepeso**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	93	17,9	17,9	17,9
	No	427	82,1	82,1	100,0
	Total	520	100,0	100,0	

**Obesidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	23	4,4	4,4	4,4
	No	497	95,6	95,6	100,0
	Total	520	100,0	100,0	

**Tabla de frecuencia**

**Grupo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casos	110	21,2	21,2	21,2
	Controles	410	78,8	78,8	100,0
	Total	520	100,0	100,0	

**Sexo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	235	45,2	45,2	45,2
	Femenino	285	54,8	54,8	100,0
	Total	520	100,0	100,0	

**Edad Categorizada**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lactante menor	370	71,2	71,2	71,2
	Lactante Mayor	150	28,8	28,8	100,0
	Total	520	100,0	100,0	

**Estadísticos**

		Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna mixta	Sobrepeso	Obesidad
N	Válidos	520	520	520	520
	Perdidos	0	0	0	0

**Tabla de frecuencia**

**Lactancia materna exclusiva**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	403	77,5	77,5	77,5
	No	117	22,5	22,5	100,0
	Total	520	100,0	100,0	

**Lactancia materna mixta**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	116	22,3	22,3	22,3
	No	404	77,7	77,7	100,0
	Total	520	100,0	100,0	

## Anexo 9. Constancia de análisis estadístico y procesamiento de datos


### INFORME DE ASESORIA Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Yo Jorge Luis Rivadeneira Monge, identificado con **DNI 08491197** de profesión **ESTADISTICO Y ANALISTA DE SISTEMAS** declaro haber procesado la información recolectada por la tesista Maita Alor María del Carmen con DNI 72317848, de su tesis intitulada: **Relación del sobrepeso y obesidad en niños menores de 2 años según el tipo de lactancia en el Centro de Salud Hualmay - 2023**, conforme se especifica:

Las 520 fichas clínicas se codificaron en todas sus variables y se digitaron en Excel, dicha información fue exportada al Software estadístico SPSS VERSION 22.0 para su proceso y análisis de la información.

Finalmente, la base de datos y las tablas se entregaron a las tesistas para organizar y presentar el informe final de su tesis.

Lima, Marzo de 2024



---

**EST. JORGE LUIS RIVADENEIRA MONGE**

**DNI 08491197**

**TELEF: 568-5818 / 9930-46024 / 9501-54631**

**DIRECCION: CALLE MARACAIBO 2132 – SAN MARTIN DE PORRES**

**LIMA – PERU**