



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Asociación entre lactancia materna exclusiva y el crecimiento en
niños de 0 a 6 meses de edad**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Pizan Campos Elizabeth (orcid.org/0000-0003-1076-3266)

ASESOR:

Dr. Rodriguez Hidalgo Luis Alejandro (orcid.org/0000-0001-9459-0707)

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:

Salud perinatal e infantil

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A Dios, por permitir con su luz guiar
el sendero de mi vocación.

A mi madre, por su incondicional amor y apoyo
durante la transformación de mis sueños,

A mi padre porque con su
liderazgo es un ejemplo para mí

AGRADECIMIENTO

A mi asesor de tesis, por a verme guiado en
base a su trayectoria.

De manera muy especial, a mi maestro y amigo,
quién con su experiencia, dedicación y paciencia
que ayudo en el proceso de mi tesis

A mis hermanos, por guiarme con sus consejos y
darme fortaleza para culminar esta tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de gráfico.....	iv
Indice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO:	3
III. METODOLOGÍA.....	7
3.1. Tipo y diseño de investigación:	7
3.2. Variables y operacionalización.	7
3.3. Población, muestra y muestreo	7
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	9
3.6. Método de análisis de datos	10
3.7. Aspectos éticos	10
IV. RESULTADOS:	11
V. DISCUSIÓN:.....	15
VI. CONCLUSIONES.....	18
VII. RECOMENDACIONES.....	19
REFERENCIAS	20
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico N°1: Frecuencia de niños de 6 meses de edad según el establecimiento de salud de la Red de Salud Pacasmayo, Perú	11
--	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Frecuencia de los niños de 6 meses de edad según sexo	12
Tabla N°2: Tabla cruzada de 6 meses de edad con crecimiento adecuado e inadecuado con o sin LME	13

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existe asociación entre lactancia materna exclusiva (LME) y el crecimiento en niños de 0 a 6 meses, en la Red de Salud Pacasmayo, Perú.

Métodos: Estudio observacional analítico, de casos y controles. Se incluyeron 414 lactantes de ambos sexos, que tuvieron su CRED en los consultorios externos de 7 establecimientos de salud de la red Pacasmayo. Se dividieron en niños con crecimiento (talla/edad), a los 6 meses de edad, inadecuado (caso) o adecuado (control). Se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson para determinar el p valor y el estadígrafo OR para comparar la frecuencia de lactantes con y sin LME de los casos y controles. **Resultados:** En los niños menores de 6 meses con crecimiento adecuado la frecuencia de LME fue 188 (90.8%) y sin LME fue 19 (9.2%), mientras los niños menores de 6 meses con crecimiento inadecuado la frecuencia de LME fue 103 (49.8%) y sin LME fue 104 (50.2%). El valor de p obtenido mediante X^2 fue 0.001 (<0.005) y el OR de 0.100 (IC 95% 0.058-0.173). **Conclusión:** Existe una asociación estadísticamente significativa entre LME y el crecimiento en niños menores de 6 meses, siendo factor protector para prevenir el crecimiento inadecuado.

Palabras claves: *lactancia materna, exclusiva, crecimiento, niño y salud infantil*

ABSTRACT

Objective: To determine if there is an association between exclusive breastfeeding (EBF) and growth in children from 0 to 6 months old, in the Pacasmayo Health Network, Peru. **Methods:** An analytical observational case-control study was conducted. A total of 414 infants of both sexes who had their growth and development check-up (CRED) in the external clinics of 7 health care facility of the Pacasmayo network were included. They were divided into children with inadequate (case) or adequate (control) growth (height/age) at 6 months of age. The Pearson chi-square test was used to determine the p value and the odds ratio (OR) statistic to compare the frequency of infants with and without EBF of the cases and controls. **Results:** In children under 6 months of age with adequate growth, the frequency of EBF was 188 (90.8%) and without EBF was 19 (9.2%), while in children under 6 months of age with inadequate growth, the frequency of EBF was 103 (49.8%) and without EBF was 104 (50.2%). The p value obtained by X² was 0.001 (<0.005) and the OR was 0.100 (95% CI 0.058-0.173). **Conclusion:** There is a statistically significant association between EBF and growth in children under 6 months of age, being a protective factor for preventing inadequate growth.

Keywords: breastfeeding, exclusive, growth, child, and child health.

I. INTRODUCCIÓN

La leche materna (LM) es el único alimento ideal para todo lactante, por lo que muchas organizaciones recomiendan lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida posnatal y debería ser continuada al menos hasta el año de edad por la Academia Estadounidense de Pediatría (AEP) o hasta los 2 años por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o también hasta cuando la madre lo desee por la Asociación Española de Pediatría (AEP). Mientras que la incorporación de los alimentos sólidos debería ser considerada entre los 4 y 6 meses para un desarrollo apropiado¹

La LME cubre casi todos los requerimientos nutricionales durante los primeros seis meses de vida. Sin embargo, menos de la mitad de los lactantes menores de 6 meses en el mundo se alimentan exclusivamente con leche materna. Esta tendencia se ve reflejada en Latinoamérica, en los países en vías de desarrollo².

En nuestro país, en Perú, se revela estadísticamente que existe diferencia de la alimentación según el nivel educativo y el área geográfica donde se encuentren. Reportando que madres con nivel educativo superior y en zonas urbanas hay una prevalencia del 59% y 61 % de los niños son alimentados con LME respectivamente³. Actualmente el Perú se encuentra con menos de la mitad de su población de niños no reciben LME por diversos factores los cuales afectan al óptimo crecimiento estatural del niño conduciendo a una problemática de interés en todos los establecimientos de salud y en hospitales de seguro social, por lo que se requiere una monitorización periódica de estrategias de prevención primaria que ayuden a enfocar los beneficios que brinda la LME y concomitante la detección precoz del crecimiento inadecuado ya que es un indicador establecido según la desviación estándar de las curvas antropométricas de la OMS.

Esta investigación plantea el siguiente problema: ¿Existe asociación entre lactancia materna exclusiva y el crecimiento en niños de 0 a 6 meses de edad, en la Red de Salud Pacasmayo, Perú?

En nuestro país la LME es una intervención aceptada y promovida por el Ministerio de salud durante los primeros 6 meses de edad en los niños, sin embargo diferentes publicaciones en el mundo han encontrado resultados que cuestionan el beneficio de la LME en el crecimiento de los niños en sus primeros 12 meses de edad, es por ello que la importancia de esta investigación al buscar la asociación entre LME y el crecimiento, valorado mediante el indicador de talla/edad al mes 6 de edad, es buscar determinar si la intervención que se viene realizando, promoviendo la alimentación con LME logra satisfacer los requerimientos nutricionales del niño durante el periodo de dicha práctica, es decir al mes 6 de edad, evidenciándose en el crecimiento adecuado en esta etapa crucial de su vida. Por lo que es necesario comprobar mediante una investigación en nuestro país, acorde a nuestra realidad, si el valor nutricional y los beneficios que brinda la LME son adecuados y mantienen la postura beneficiosa para nuestro medio.

objetivo general:

Determinar si existe asociación entre lactancia materna exclusiva y el crecimiento en niños de 0 a 6 meses de edad, en la Red de Salud Pacasmayo, Perú

Cuyos objetivos específicos:

Identificar la frecuencia de niños de 6 meses de edad con crecimiento adecuado con o sin lactancia materna exclusiva, en la Red de Salud Pacasmayo, Perú

Identificar la frecuencia de niños 6 meses de edad con crecimiento inadecuado con o sin lactancia materna exclusiva, en la Red de Salud Pacasmayo, Perú

Comparar la frecuencia de los niños de 6 meses de edad con crecimiento adecuado e inadecuado con la frecuencia de los que tuvieron o no lactancia materna exclusiva, en la Red de Salud Pacasmayo, Perú

La hipótesis de este estudio es: H0: No existe Asociación entre lactancia materna exclusiva y el crecimiento en niños de 0 a 6 meses de edad y H1:

Existe asociación entre lactancia materna exclusiva y el crecimiento en niños de 0 a 6 meses de edad

II. MARCO TEÓRICO:

Las curvas de la OMS se basan en un estudio multicéntrico efectuado en seis países: Brazil, Ghana, India, Nouega, Oman, y los Estados Unidos de América. Las muestras incluidas tenían criterios de selección para que se incluyan niños que crecen idealmente, desarrollando su potencial genético: LME, controles pediátricos y madres no fumadoras; el estudio longitudinal incluye la cohorte del Nacimiento a los 2 años con observaciones frecuentes en las primeras semanas de vida. Otro grupo de 18 a 71 meses, fue medida una sola vez y las dos fueron combinadas para conseguir las curvas de 0 a 5 años de edad. Estas curvas pueden usarse en todo el mundo para esta edad, y son ideales para detectar desnutrición y sobrepeso en fases tempranas⁴.

Un estudio analítico transversal, en Kuwaití, evaluó la asociación de la alimentación en lactantes y niños pequeños basándose en medidas establecidas por la OMS, utilizando balanzas digitales para evaluar el peso y la talla para su edad de acuerdo a los rangos de normalidad. Se encontró que los niños con mayor retraso del crecimiento fueron los que se alimentaban con menos frecuencia sin LME con un OR de 1,71 (IC. 95 %)⁵.

En Asia, se realizó un metaanálisis a nivel nacional, estudiaron a 1918 lactantes hasta los 6 meses de vida. Determinando que alrededor del 56% de lactantes que estuvieron amamantados exclusivamente con LM presentaban menos procesos infectocontagiosos como enfermedades diarreicas agudas, fiebre e infecciones respiratorias y concomitante presentaban buen estado nutricional durante los 2, 4 y 6 meses del nacimiento. Mientas menos del cincuenta por ciento no presentaban un estado nutricional saludable el cual fue medido mediante la talla para su edad y peso para su talla mediante las curvas de la OMS⁶.

Un estudio observacional transversal y prospectivo desarrollado en México evaluó la relación del estado nutricional según el tipo de alimentación a los 12 meses de edad con las medidas antropométricas en treinta infantes. Se evidenció que el grupo que recibió LM mixta o artificial presentaron sobrepeso y obesidad y también tuvieron talla

por encima del percentil 95 según las curvas de la OMS. Mientras que los lactantes alimentados con LME no difirieron respecto peso y talla para su edad según la puntuación Z⁷.

Mediante un estudio analítico seccional transversal, en China, se investigó el rendimiento del crecimiento en 109,052 lactantes alimentados con o sin LME. Se comparó un grupo de LME con otro de LM Parcial y con Lactancia Artificial. Obteniendo que los niños durante los primeros 6 meses vida posnatal no se encontró diferencias significativas en el crecimiento dentro las curvas de evaluación por la OMS respecto a talla para su edad entre los 3 grupos⁸.

Un estudio analítico longitudinal, en China, evaluó a 130 lactantes para determinar las ventajas de alimentarse con LME. Se encontraron que solo el 50% de las madres daban a sus niños a los 4 meses LME representando una tasa del 45.4%. Se concluyó que, no hay diferencias en el score peso para la edad entre ambos grupos. Sin embargo, el score z para la Talla fue mayor en el grupo sin LME en el día 180 (0.74 ± 1.05 vs 0.33 ± 1.28). Así mismo, el Score Peso para la talla fue mayor en el grupo que no recibió LME en el día 120⁹.

En África, se realizó un estudio transversal, estudiaron 756 lactantes de 0 a 2 años del ENID (Early Nutrition and Immune Development) y el 32% de niños fueron alimentados con LME a los 6 meses de edad con el objetivo de evaluar el beneficio de la LME en niños de zonas rurales con alto riesgo de desnutrición en Gambia. El promedio de edad de discontinuación de LME fue 5.2 meses y falla del crecimiento fue iniciado a los ~3.5 meses de edad. Los resultados no mostraron diferencias significativas de las siguientes medidas antropométricas (peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla) entre niños con LME y sin LME¹⁰.

Mediante un estudio seccional cruzado, en Mangochi, se investigó a 349 madres y niños en un medio rural y semiurbano cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre el patrón de LM y el crecimiento al año de vida. El porcentaje de LME fue encontrado hasta los 6 meses un 13.1% en el medio semiurbano y 1.3% en el medio rural. Se

concluyó que no hubo LME más de 6 meses. Todos continuaron LM después de cesar LME. Encontraron que la LME en los primeros 6 meses de vida existe asociación con mayor crecimiento lineal¹¹.

Yzazaga D. Se realizó un trabajo de investigación en 116 lactantes de Piura, Perú, mediante un estudio analítico, retrospectivo en niños de 0 a 6 meses. Se encontró que los niños a los 2 y 4 meses alimentados sin LME presentan un crecimiento inadecuado, talla baja, un 10.4 % según longitud/talla. Mientras que a los 6 meses presentaron crecimiento adecuado lo cual no hubo diferencias significativas con los que recibieron LME¹².

El crecimiento humano (CH) es un proceso dinámico y complejo que implica cambios cuantitativos y cualitativos en el organismo, desde la concepción hasta la edad adulta. Estos cambios se producen a través de dos mecanismos principales aumento del número de células (hiperplasia) y/o del tamaño de las células (hipertrofia). El CH es la base del desarrollo, especialmente del desarrollo neurológico, que permite las funciones mentales. El CH es multifactorial, y los factores nutricionales son fundamentales para que el organismo exprese su potencial genético¹³⁻¹⁵.

El crecimiento del niño puede ser dividido en 4 fases: fetal, del lactante, infantil, y puberal. Aunque el crecimiento ocurre como un continuum el control de cada fase es distinta. La fase fetal incluye la más rápida de toda la vida 62cm/año durante el segundo trimestre del embarazo, aquí el crecimiento depende de la placenta y nutrición materna además de factores hormonales en especial los factores parecidos a la insulina IGF-I, IGF-II y a la insulina. Durante el primer año de vida la velocidad de crecimiento declina siendo de 25 cm/año el primer año de vida y 10cm/ año el segundo, dependiendo en esta fase principalmente de la hormona de crecimiento, tiroideas y del factor nutricional que en los primeros seis meses es dependiente de la lactancia materna en cantidad y calidad adecuadas^{16;17}.

La leche materna es un alimento completo y equilibrado que proporciona una fuente de nutrientes esenciales para el crecimiento estatural y desarrollo cerebral del niño.

En particular, es importante durante los "primeros 1000 días de vida", ya que es una época de rápido crecimiento y desarrollo durante los dos años de edad.¹⁸.

La leche humana basa su valor nutricional, principalmente en los oligosacáridos de la leche humana que, constituyen la fracción más abundante de la LM, después de la lactosa y los lípidos y proteínas, son azúcares complejos que el intestino del lactante no se puede digerir, pero con efectos beneficiosos en la flora intestinal al evitar la invasión de patógenos^{19;20}. Así como de oligoelementos hay otros componentes como el hierro, yodo y vitamina K, A, B12 y D que son fundamentales suplementar en la dieta de la madre para incorporar a la LM debido a que es un líquido corporal dinámico que depende mucho de la alimentación para mantener la calidad de LM así poder evitar un crecimiento inadecuado y el retraso del desarrollo neurológico del lactante²¹⁻²³.

El aporte de probióticos y prebióticos brindados por los componentes de la leche materna estéril, brinda un refuerzo del sistema inmunológico en la vida postnatal cumpliendo un alto valor de factores beneficiosos para el crecimiento y un refuerzo inmunológico del sistema digestivo, fortaleciendo la microbiota intestinal conduciendo a una disminución de la incidencia de diarreas^{24,25}

La evaluación del crecimiento es crucial para detectar el estado de salud del niño, es por ello que se mide el peso, talla - estatura, peso para la talla y índice de masa corporal; los datos de las mediciones obtenidas se evalúan usando patrones de referencia poblacional que en los primeros dos años son las curvas de crecimiento de la OMS. Se considera como punto de corte de normalidad dos desviaciones estándar; hacia arriba o hacia abajo de las mediciones para edad y sexo. Mediciones anormales pueden detectar que el niño está afectado por enfermedades que afectan cualquiera de los factores involucrados en el CH²⁶.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación:

Tipo de investigación: Básica²⁷

Diseño de investigación: Casos y controles.

3.2. Variables y operacionalización.

Variable Independiente: lactancia Materna Exclusiva²⁸.

Variable dependiente: crecimiento²⁹.

Operacionalización de las variables (Ver Anexo 1)

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1. Población: Niños que de 0 a 6 meses de edad fueron atendidos para su evaluación de crecimiento y desarrollo en la Red de Salud Pacasmayo, Perú - durante los años 2021 al 2023.

Criterios de inclusión:

Casos:

- Niños con controles completos de crecimiento y desarrollo a los 6 meses de edad con crecimiento inadecuado.
- Niños cuyo peso y talla adecuado al nacimiento
- Niños con registros antropométricos estén legibles y completos

Controles

- Niños con controles completos de crecimiento y desarrollo a los 6 meses de edad con crecimiento adecuado.
- Niños cuyo peso y talla adecuado al nacimiento
- Niños con registros antropométricos estén legibles y completos

Criterios de Exclusión:

Casos y controles

- Niños de 6 meses de edad cuyo registro de talla para la edad se encuentren en la base de datos o historia clínica de forma incompleta.
- Niños de 6 meses de edad cuyos registros de las curvas antropométricas de T/E sean superiores a +2 DS.

- Niños de 6 meses de edad con antecedente de bajo peso al nacer, macrosómicos, prematuridad, gemelar o con malformaciones congénitas incluyendo cromosomopatías, enfermedades endocrinológicas, crónicas severas y/o otras patologías de origen heredofamiliar o infeccioso.

3.3.2. Muestra:

Tamaño muestral:

Se consideraron los datos obtenidos en la calculadora OpenEpi a partir del ingreso de un intervalo de confianza del 95% y una potencia del 80% con una relación de un control por cada caso, con un porcentaje de controles expuestos de 40 y un porcentaje de casos con exposición de 53.27. Obteniendo un resultado de 414 según Kelsey, siendo 207 casos y 207 controles.

3.3.3. Muestreo:

Probabilístico, polietápico. En una primera etapa se seleccionaron los niños que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión para casos y controles de los años 2021 al 2023, aplicando conglomerados cuya unidad de muestreo fue cada establecimiento de salud donde fue evaluado el CRED y se identificó al menos 1 caso; posterior a ello se eligió de manera aleatoria a los 207 niños del grupo casos por medio de la función aleatorio.entre de Excel, siendo la unidad de muestreo cada niño con evaluación de crecimiento. Una vez elegidos los casos, se procedió a la elección de los 207 niños del grupo de controles, para ello se realizó el pareamiento de los controles considerando el criterio de sexo para disminuir el sesgo por confusión; al ser mayor el número de controles a los casos, se utilizó también la función aleatorio.entre de Excel.

Unidad de Análisis: Historia clínica (HC) de niños de 6 meses de edad que fueron atendidos en los consultorios externos del servicio de control crecimiento y desarrollo (CRED) de los 7 establecimientos que tuvieron casos y controles en la Red de Salud Pacasmayo - Perú durante los años 2021 al 2023.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Se llevó a cabo mediante el análisis documental brindado por la unidad estadística según los códigos correspondientes del HIS (Z001 y P929) y de los establecimientos de evaluación.

Instrumentos

Se utilizó la ficha de recolección de datos para trasladar la información de la base de datos proporcionada por la unidad estadística y elaborar nuevas bases de registro de información pertinente para el presente estudio. (ANEXO 03)

2.5. Procedimientos

La información entregada por la unidad de estadística estuvo compuesta por un total de 2231 lactantes, dicha información contenía los datos en distintas columnas que correspondieron a: ID del niño, establecimiento de salud, edad, sexo, código HIS, talla y peso. Se retiraron 38 lactantes al no contar con datos completos (registros NULL), quedando 2193 lactantes. Para determinar el crecimiento adecuado se utilizaron las tablas de valoración nutricional antropométrica para ambos sexos en <5 años, identificando que el rango de valoración de talla normal en niñas y niños era de 61.2 a 70.3 cm y 63,3 a 71.9 cm respectivamente, lo cual comprendía el rango de +2 a – 2 DE de talla para la edad. Así mismo, para el crecimiento inadecuado se utilizó el rango de valoración nutricional antropométrica para ambos sexos en <5 años, considerando talla baja y talla baja severa; dichos valores fueron en niñas y niños <61.2 cm y <63.3 cm de manera respectiva, lo que comprendió el rango de <-2 a –3 y <-3 DE³⁰. Se obtuvo a 214 niños de 6 meses de edad que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión de casos (crecimiento inadecuado); y 1979 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de controles (crecimiento adecuado). Se realizó el muestreo polietápico obteniendo los 414 niños de 6 meses de edad que ingresaron al estudio; a partir del número de historia clínica se procedió a verificar los datos obtenidos del área de estadística, completando la información de la ficha de datos (anexo 3). Se introdujo en una hoja de Excel los datos correspondientes a las características del lactante, tipo de lactancia, crecimiento y diagnóstico nutricional según talla para la

edad. Por medio del paquete estadístico SPSS versión 29, debidamente licenciado, se fijó el rol objetivo para la variable crecimiento en la vista de variables, así como se agregaron las etiquetas de valor considerando el cuadro de operacionalización de variables.

3.6. Método de análisis de datos

Se trabajó mediante dos tablas de doble entrada con frecuencias absolutas y relativas. Así mismo, con gráfico de frecuencias absolutas.

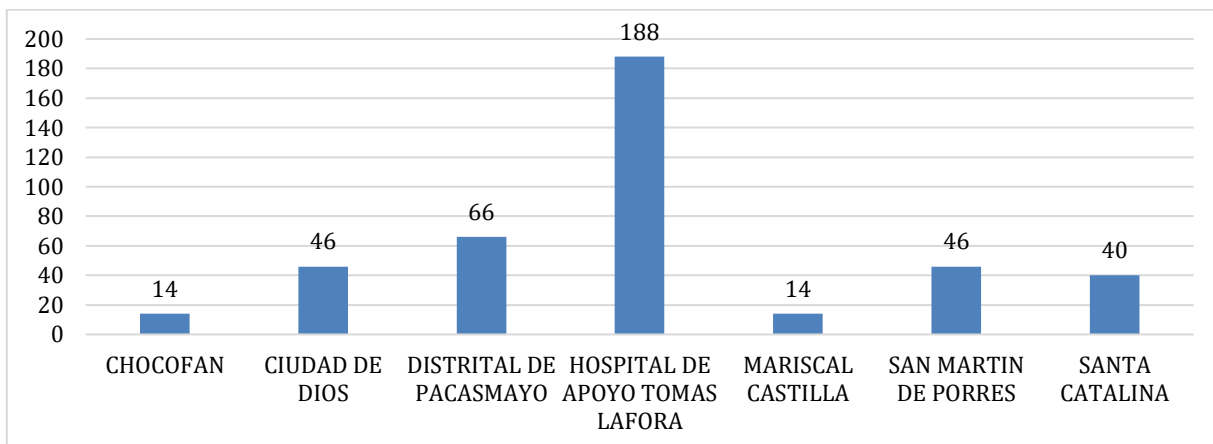
Se aplicó la estadística inferencial mediante tablas cruzada con el estadígrafo chi-cuadrado para obtener el valor p para determinar la asociación entre las variables del estudio, y que tenga un valor de significancia por debajo del 0.05. Así mismo, se calculó el odds ratio para la estimación de riesgo (factor de riesgo o factor protector) cuyo valor mayor a 1 indicó riesgo, en tanto un valor menor a 1 indicó protección.

3.7. Aspectos éticos

La investigación cumplió con la revisión y aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad César Vallejo acreditado mediante la Carta de Solicitud N 2572023 FCS UCV. Posterior a ello fue presentado a la Dirección del Hospital de referencia que emitió mediante Oficio N 0289 la aprobación para el inicio del recojo de información. Se garantizó la confidencialidad de los datos de los participantes mediante el uso de códigos que permitieron el total anonimato de cada niño³⁰.

IV. RESULTADOS:

Gráfico 1: Frecuencia de niños de 6 meses de edad según el establecimiento de salud de la Red de Salud Pacasmayo, Perú



Fuente: Elaboración propia del autor - Fichas de recolección: 2021 al 2023.

Se observa la frecuencia de 414 niños de 6 meses de edad de acuerdo con los establecimientos de la red de salud Pacasmayo en los cuales cumplieron sus controles de crecimiento y desarrollo al sexto mes de vida.

Tabla 1: Frecuencia de los niños de 6 meses de edad según sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	148	35.7
Masculino	266	64.3
Total	414	100.0

Fuente: Elaboración propia de la autora – Bases de datos del estudio.

Se observa la frecuencia y el porcentaje de 414 niños de 6 meses de edad siendo 35.7 % fueron de sexo femenino en tanto el 64% fueron de sexo masculino.

Tabla 2: Tabla cruzada de 6 meses de edad con crecimiento adecuado e inadecuado con o sin LME

CRECIMIENTO A LOS 6 MESES DE EDAD CON Y SIN LME									
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME)		Crecimiento adecuado (Controles)	Porcentaje	Crecimiento inadecuado (Casos)	Porcentaje	Total	Porcentaje	Chi-cuadrado de Pearson	Significancia
SIN LME		19	9.2%	104	50.2%	123	29.7%	83.568a	0.001
CON LME		188	90.8%	103	49.8%	291	70.3%		
Total		207	100.0%	207	100.0%	414	100.0%		

Fuente: Elaboración propia de la autora – Bases de datos del estudio.

Se utilizó el análisis estadístico descriptivo mediante tabla cruzada para comparar las frecuencias de niños sin LME y con LME con crecimiento inadecuado (casos) y crecimiento adecuado (controles), obteniendo que de los 207 casos el 50.2% (104 niños) no tuvieron LME en comparación con el 49.8% (103 niños) que sí tuvieron LME; en tanto de los 207 controles el 9,2% (19 niños) no tuvieron LME en comparación con el 90,8% (188 niños) que sí tuvieron LME; por lo que se observan diferencias porcentuales en las frecuencias de niños sin LME y con LME tanto en los casos como en los controles, observando un mayor porcentaje de niños con LME en los controles y un mayor porcentaje de niños sin LMR en los casos. Así mismo, se obtuvo un chi cuadrado de Pearson de 83.568 con una significancia asintótica bilateral menor a 0.001 (uno en 1000) por lo podemos afirmar que la diferencia observada con relación a los porcentajes de niños en el grupo de casos con y sin LME en comparación con los porcentajes de niños en grupo control con y sin LME es estadísticamente significativa ($p < 0.05$) por lo cual se rechaza la hipótesis nula, siendo baja la probabilidad que dicha diferencia se deba al azar.

Tabla 3: Resultado de la estimación de riesgo mediante el cálculo del odds ratio de los datos de la tabla cruzada (Tabla 2)

	Valor	<i>Intervalo de confianza de 95 %</i>	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para LME	0.100	0.058	0.173

Fuente: Elaboración propia de la autora – Bases de datos del estudio.

Así también el OR obtenido fue de 0,100 el cual ser un valor menor a 1 nos indica que la asociación entre LME y el crecimiento (en los casos- crecimiento inadecuado) es como factor protector; es decir: que los niños de 6 meses que tuvieron LME presentaron menos probabilidad de desarrollar crecimiento inadecuado (intervalo de confianza de 95%: 0.058 - 0.173)

V. DISCUSIÓN:

El crecimiento humano (CH) es un proceso dinámico y complejo que implica cambios cuantitativos y cualitativos en el organismo, desde la concepción hasta la edad adulta. Estos cambios se producen a través de dos mecanismos principales: aumento del número de células (hiperplasia) y/o del tamaño de las células (hipertrofia). El CH es la base del desarrollo, especialmente del desarrollo neurológico, que permite las funciones mentales. El CH es multifactorial, y los factores nutricionales son fundamentales para que el organismo exprese su potencial genético¹³⁻¹⁵. La leche materna es un alimento completo y equilibrado que proporciona una fuente de nutrientes esenciales para el crecimiento estatural y desarrollo cerebral del niño. En particular, es importante durante los "primeros 1000 días de vida", ya que es una época de rápido crecimiento y desarrollo durante los dos años de edad¹⁸. Es fundamental la evaluación del crecimiento para detectar el estado de salud del niño, se considera como punto de corte de normalidad $\pm 2DE$ de la talla para la edad según el sexo correspondiente.

En la presente investigación se evidenció que el 70.3% de los niños de 6 meses de edad habían recibido LME lo que reflejó una brecha en 29.7 % para lograr una práctica de LME al 100% en la Red de Salud Pacasmayo, un aspecto que podría explicar estas cifras es que las madres no recibieron de manera adecuada y oportuna la orientación y consejería sobre los beneficios de la LME debido a que desde marzo del 2020 hasta el presente año, en el Perú, se tuvo una declaratoria de emergencia Sanitaria Nacional por la COVID-19 afectando la operatividad de los consultorios del CRED en los establecimientos de salud; siendo de suma relevancia mencionar que en el grupo de niños de 6 meses con crecimiento adecuado el 90.8% recibieron LME, en contraste con sólo el 9.2% de niños de 6 meses que no tuvieron LME. Por lo que, aquellos que no recibieron LME son niños con mayor probabilidad de no tener una ganancia de talla óptima tal como fue afirmado por Al-Taiar A, et al quienes encontraron que los niños con menor retraso de crecimiento fueron los que se alimentaban con más frecuencia con LME y con lactancia acorde para su edad, es importante resaltar que en dicho estudio los investigadores encontraron de

manera alarmante que menos de uno de cada diez lactantes de 0 a 5 meses fue amamantado exclusivamente y que más de ocho de cada diez bebés fueron alimentados con fórmula; en la misma línea de dichos hallazgos Angeles A, et al encontraron que los lactantes que recibieron LME presentaron menos procesos infectocontagiosos y con ello un buen estado nutricional durante los 2, 4 y 6 meses del nacimiento, sin embargo, los autores encontraron una duración muy corta de la LME (2 a 3 meses de edad) con lo que concluyeron adicionalmente que la LME 16 menor a 3 meses de duración condujo casi 4 veces más probabilidad a desarrollar obesidad que los niños con mayor duración de lactancia exclusiva. Estos resultados son coincidentes con lo reportado por Kamudoni P, et al quienes, mediante un estudio seccional cruzado, en Mangochi, en 349 madres y niños en un medio rural y semirural encontraron que el patrón de lactancia los primeros 6 meses fue asociado con mayor crecimiento¹¹. También, Khan MN, Islam MM por medio de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Bangladesh utilizando el estadístico regresión multivariada encontraron que la falta de LME aumentó las probabilidades de diarrea, fiebre e infecciones respiratorias agudas (IRA); siendo que en los bebés de 6 meses o menos, el 27,37% de la diarrea, el 13,24% de la fiebre y el 8,94% de las IRA pudieron haberse evitado si no se hubiera interrumpido la LME.

Cuando se evaluó la frecuencia de niños de 6 meses de edad con crecimiento inadecuado con o sin LME, se encontró que el 50.2% estuvo sin LME en tanto que el 49.8% tuvo LME, reflejándose una leve diferencia porcentual, lo que se contrasta con coincidencia con lo reportado por Yzazaga D. et al, encontraron que los lactantes de 2 y 4 meses de edad alimentados sin LME presentaron un crecimiento inadecuado con talla baja, mientras que con lactancia hasta los 6 meses presentaron crecimiento adecuado¹²; difiriendo con Zong XN et al quienes a partir de la cuarta y quinta encuesta nacional de China en 2005 y 2015 no observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la talla entre los tres grupos (con LME, con LM parcial y alimentados con fórmula) para edades menores a 6 meses siendo posible que los resultados encontrados se deban a que la muestra de estudio tuvo un bajo porcentaje de lactantes amamantados

exclusivamente (34,0 % y el 43,9 %). Reconociendo que los primeros seis meses de vida dependiente de la lactancia materna tanto en cantidad y calidad adecuadas.

Al comparar la frecuencia de los niños de 6 meses de edad con crecimiento adecuado e inadecuado con la frecuencia de los que tuvieron o no LME se identificó diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$), siendo la LME un factor protector para prevenir el desarrollo de crecimiento inadecuado con un OR de 0.100 (IC95% 0.058 – 0.173), lo que coincide con lo reportado por Hadi H, et al. quienes evaluaron el efecto protector de LME contra el retraso del crecimiento en niños menores de dos años, en un estudio que incluyó a 408 niños de 6 a 24 meses; casi dos tercios (61%) de las madres biológicas amamantaron exclusivamente hasta los 6 meses, dicho niños tuvieron un 20% menos de probabilidades de sufrir retraso en el crecimiento que sus pares no alimentados exclusivamente con leche materna.

Es importante evidenciar algunas limitaciones en el desarrollo del presente trabajo como es que la red de salud Pacasmayo no cuenta con un registro en línea que permita que la información sea llenada por cada personal de salud en su respectivo establecimiento debido que la información es llenada de manera manual (formato de HIS) y alcanzada para su respectiva digitación.

VI. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de niños de 6 meses de edad con crecimiento adecuado con LME tuvo mayor porcentaje que sin LME en la Red de Salud Pacasmayo, Perú.
2. La frecuencia de niños 6 meses de edad con crecimiento inadecuado con LME fue menos de la mitad que sin LME fue poco significativo en la Red de Salud Pacasmayo, Perú
3. La comparación de la frecuencia de los niños de 6 meses de edad con crecimiento adecuado e inadecuado con la frecuencia de los que tuvieron o no LME, en la Red de Salud Pacasmayo, Perú, tuvo un valor de p estadísticamente significativa.
4. La asociación existente entre LME y el crecimiento en niños de 6 meses de edad, en la Red de Salud Pacasmayo, Perú, fue como factor protector para el desarrollo de crecimiento inadecuado con un OR significativo.

VII. RECOMENDACIONES

1.-Es conveniente considerar los hallazgos encontrados en el presente estudio con miras a desarrollar estrategias que permitan el incremento del porcentaje de madres que practican la LME para mejorar las cifras del crecimiento adecuado en niños menores a 6 meses de edad

2.-Es conveniente considerar los hallazgos encontrados en nuestro análisis para desarrollar nuevas estrategias para lograr la sostenibilidad de promoción de LME vista la importancia que tiene como factor protector para el crecimiento.

3.-Es pertinente desarrollar nuevos estudios prospectivas con la finalidad de corroborar si los hallazgos identificados en nuestra muestra pueden extrapolarse a toda la población de niños menores de 6 meses de edad.

REFERENCIAS

1. Riley L, Rupert J, Boucher O. Nutrition in Toddlers. *Am Fam Physician*. [Internet]. 2018 [citado 26 Julio 2023]; 98 (4):227-233
2. PAHO. Infant exclusive breastfeeding in the Region of the Americas: results from national population-based surveys. ENLACE data portal. Department of Noncommunicable Diseases and Mental Health. 2022.
Available from: <https://www.paho.org/en/enlace/exclusive-breastfeeding-infant-under-six-months-age>
3. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Documento técnico: Lactancia Y Nutrición De Niñas, Niños y Mujeres. 2022. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
4. World Health Organization. Training Course on Child Growth Assessment. Geneva, WHO; 2008 [citado 26 Julio 2023]. Technical report series.
Available from: standards <http://www.who.int/childgrowth/>Febrero 2022
5. Al-Taiar A, Alqaoud N, Hammoud MS, Alanezi F, Aldalmani N, Subhakaran M. WHO infant and young child feeding indicators in relation to anthropometric measurements. *Public Health Nutr*. 15 (10):1665-1676.
Doi: 10.1017/S1368980019004634.
6. Ángeles A. Tipo de lactancia hasta los seis meses y mediciones de antropometría al año de edad. *Anuario*. [Internet]. 2021 [citado 26 Julio 2023]; 2(2):56
7. Khan MN y Islam MM. Effect of exclusive breastfeeding on selected adverse health and nutritional outcomes: a nationally representative study. *BMC Public Health*. 17(1):889. 10.1186/s12889-017-4913-4.
8. Zong XN, Li H, Zhang YQ, Wu HH. Growth performance comparison of exclusively breastfed infants with partially breastfed and formula-fed infants. *PLOS ONE*. 2020. 15(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237067>
9. Jia N, Gu G, Zhao L, He S, Xiong F, Chai Y, et al. Longitudinal study of breastfeeding and growth in 0–6month infants. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2018. 27(6):1294-301. 10.6133/apjcn.201811_27(6).0017

10. Eriksen KG, Johnson W, Sonko B, Following the World Health Organization's Recommendation of Exclusive Breastfeeding to 6 Months of Age Does Not Impact the Growth of Rural Gambian Infants. *The Journal of Nutrition*. 2017. 147(2):248-55.
11. Kamudoni P, Maleta K, Shi Z, Holmboe-Ottesen G. Exclusive breastfeeding duration during the first 6 months of life is positively associated with length-for-age among infants 6–12 months old, in Mangochi district, Malawi. *Eur J Clin Nutr*. 2015. 69(1):96-101.
12. Yzazaga D, Betsie L. tipo de lactancia y su influencia en la antropometría de los niños de 0-6 meses de edad. Hospital Santa Rosa Piura 2019-2020. [Tesis de grado]. Perú. Universidad Cesar Vallejo. 2021.
13. Del Aguila C: Endocrinología Pediátrica. [Internet]. Perú: Ediciones: Médica Panamericana; 2018. [citado 26 Jul 2023]. 257-271 p.
14. Parks Prout, Elizabeth. La alimentación de los lactantes, los niños y los adolescentes sanos. Tratado de Pediatría. [Internet]. 21 ed. España: Elsevier, SLU. 2020 [citado 26 Jul 2023]. Cap.56; 321-31.
15. Cooke DW. Williams. Crecimiento normal y alterado en los niños. Tratado de endocrinología. [Internet]. 14 ed. España: Elsevier, SLU. 2020 [citado 26 Jul 2023]. Cap. 25; 937-1022 p. Disponible en:
<https://www.clinicalkey.es#!/content/book/3-s2.0-B9788491138518000250>
16. Murray PG, Clayton PE. Disorders of Growth Hormone in Childhood. PubMed. [Online]. 2022 [citado 26 Jul 2023]. 16 (3): 1-14.
17. Nejedly N. Normal and Abnormal Growth in the Pediatric Patient. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2022. 50 (3):100771.
Doi: 10.1016/j.cppeds.2020.100771
18. Matonti L, Blasetti A, Chiarelli F. Nutrition and growth in children. *Minerva Pediatr*. 2020. 72 (6):462-71. Doi:10.23736/S0026-4946.20.05981-2.
19. Plaza-Díaz J, Fontana L, Gil A. Human Milk Oligosaccharides and Immune System Development. *Nutrients*. 2020. 10 (8): 1038. Doi: 10.3390/nu10081038

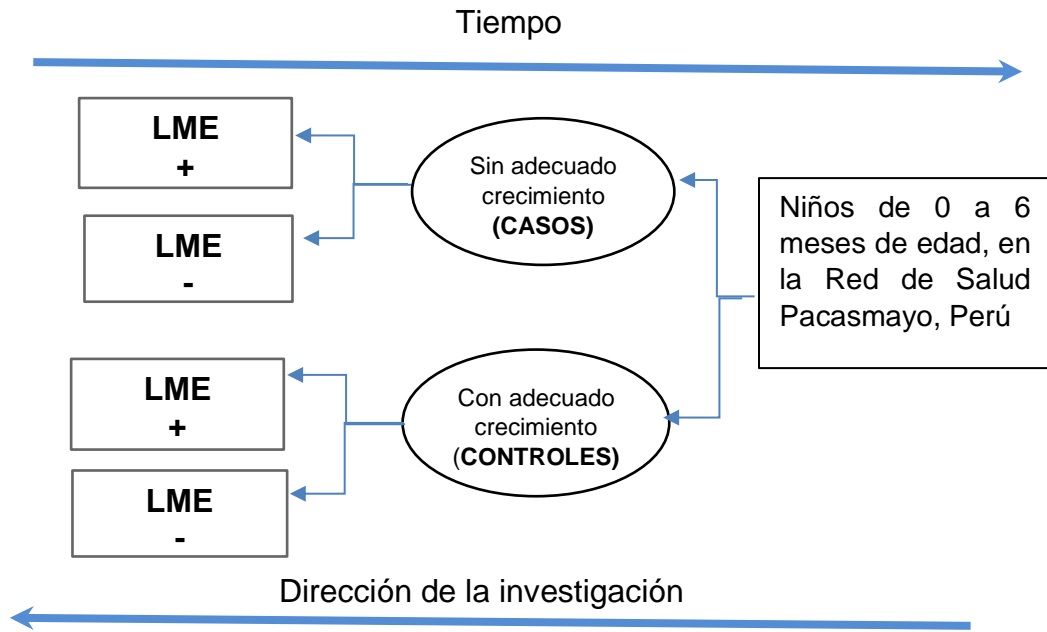
20. Zhang S, Li T, Xie J, Zhang D, Pi C, Zhou L, et al. Gold standard for nutrition: a review of human milk oligosaccharide and its effects on infant gut microbiota. *Microb Cell Fact*. 2021. 20 (1):108. Doi.org/10.1186/s12934-021-01599-y
21. Hasbaoui BE, Mebrouk N, Saghir S y Yajouri AE. Vitamin B12 deficiency: case report and review of literature. *Pan Afr Med J*. 2021. 21(6): 38:237. DOI: 10.11604/pamj.2021.38.237.20967
22. Araki S y Shirahata A. Vitamin K Deficiency Bleeding in Infancy. *Nutrients*. 2015. 12 (3):780. Doi: 10.3390/nu12030780
23. Stoffers AJ, Weber DR y Levine MA. An Update on Vitamin D Deficiency in the twenty-first century: Nature and Nurture. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2022. 29 (1):36-43.
24. Lyons KE, et al. Breast Milk, a Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health. *Nutrients*. 2020. 12 (4):1039. Doi: 10.3390/nu12041039.
25. Yi DY, Kim SY. Human Breast Milk Composition and Function in Human Health: From Nutritional Components to Microbiome and MicroRNAs. *Nutrients*. 2021. 13 (9):3094. Doi: 10.3390/nu13093094
26. Dror DK, Allen LH. Overview of Nutrients in Human Milk. *Adv Nutr*. 2020. 9 (1): 278S-294S. Doi: 10.1093/advances/nmy022.
27. Pértegas Díaz y Pita Fernández. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. *Fisterra*. [Internet]. 2022 [citado 25 de Jul 2023]. Disponible en:
https://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_casos/casos_controles.asp
28. Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Control Para El Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el niño menor de cinco años. Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA. (2017 Nov 10)
29. Universidad César Vallejo (s.f). Reglamento General de Grados y Títulos.
30. Ministerio de salud. Centro nacional de Alimentación y nutrición. Tabla de valoración nacional antropométricas niñas < 5 años. Lima, Perú. 2017.

31. Código De Ética Y Deontología. Capítulo 6: Del Trabajo De Investigación.
Colegio Médico Del Perú. 2023

ANEXOS

Anexo: Tipo y diseño de investigación:

Anexo 1:



Anexo: Operacionalización de las variables

Anexo N°2

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición
VARIABLE INDEPENDIENTE: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.	LME: Tipo de alimentación que consiste en que el niño sólo recibe leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones hidratantes, vitaminas, minerales y/ medicamentos ²⁸ .	LME en los primeros 6 meses de vida reportada por la madre.	SI=1 NO=0	Cualitativa, Nominal, Dicotómica
VARIABLE DEPENDIENTE: CRECIMIENTO	Aumento en el tamaño del cuerpo (longitud o altura y peso) y en el tamaño de los órganos ²⁹ .	Ganancia de talla para la edad a los 6 meses de vida dentro de las ± 2 DS.	SI=1 NO=0	Cualitativa, Nominal, Dicotómica

Anexo: Instrumento de recolección de datos

Anexo N°3: Ficha de recolección de datos del estudio.

Asociación entre lactancia materna exclusiva y el crecimiento EN NIÑOS de 0 a 6 meses DE EDAD

Número de historia clínica Código de ficha

CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE

Edadaños.

Nivel de instrucciónPrimaria.....Secundaria.....Superior

Ocupación.....

Procedencia.....

Número de Controles prenatales:

CARACTERÍSTICAS DEL LACTANTE.

Edad..... Sexo..... F..... M

Edad Gestacional.....Semanas

TIPO DE LACTANCIA:

Al nacer: LME: SI..... NO.

A los 6 meses: LME: SI..... NO.

CRECIMIENTO:

Al nacer: Peso..... grs Talla.....cms PC.....cms

A los 6 meses: Peso.....grs Talla.....cms PC.....cms

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL SEGÚN TALLA PARA LA EDAD

- AL NACER: CRECIMIENTO ADECUADO: SI NO
- A LOS 6 MESES: CRECIMIENTO ADECUADO: SI NO

Anexo: Tablas de crecimiento por sexo según la OMS

Anexo N°4

PESO PARA EDAD			TALLA PARA EDAD							
Desnutrición	NORMAL		EDAD (Años y meses)	TALLA (cm) (longitud /estatura)						
	Sobrepeso			Baja Severa	Baja	N O R M A L			Alta	
<-2DE	≥-2DE	≤ 2DE	> 2DE	<- 3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	> 2DE
Longitud (medido echado)										
2,4	4,2			0: 0	43,6	45,4	47,3	51,0	52,9	
3,2	5,5			0: 1	47,8	49,8	51,7	55,6	57,6	
3,9	6,6			0: 2	51,0	53,0	55,0	59,1	61,1	
4,5	7,5			0: 3	53,5	55,6	57,7	61,9	64,0	
5,0	8,2			0: 4	55,6	57,8	59,9	64,3	66,4	
5,4	8,8			0: 5	57,4	59,6	61,8	66,2	68,5	
5,7	9,3			0: 6	58,9	61,2	63,5	68,0	70,3	
6,0	9,8			0: 7	60,3	62,7	65,0	69,6	71,9	
6,3	10,2			0: 8	61,7	64,0	66,4	71,1	73,5	
6,5	10,5			0: 9	62,9	65,3	67,7	72,6	75,0	
6,7	10,9			0: 10	64,1	66,5	69,0	73,9	76,4	
6,9	11,2			0: 11	65,2	67,7	70,3	75,3	77,8	
7,0	11,5			1: 0	66,3	68,9	71,4	76,6	79,2	
7,2	11,8			1: 1	67,3	70,0	72,6	77,8	80,5	
7,4	12,1			1: 2	68,3	71,0	73,7	79,1	81,7	
7,6	12,4			1: 3	69,3	72,0	74,8	80,2	83,0	
7,7	12,6			1: 4	70,2	73,0	75,8	81,4	84,2	
7,9	12,9			1: 5	71,1	74,0	76,8	82,5	85,4	
8,1	13,2			1: 6	72,0	74,9	77,8	83,6	86,5	
8,2	13,5			1: 7	72,8	75,8	78,8	84,7	87,6	
8,4	13,7			1: 8	73,7	76,7	79,7	85,7	88,7	
8,6	14,0			1: 9	74,5	77,5	80,6	86,7	89,8	
8,7	14,3			1: 10	75,2	78,4	81,5	87,7	90,8	
8,9	14,6			1: 11	76,0	79,2	82,3	88,7	91,9	

SIGLON 0001-1- 4000310- 0° EDICION 2007

PESO PARA EDAD				TALLA PARA EDAD							
Desnutrición	NORMAL		Sobrepeso	EDAD (Años y meses)	TALLA (cm) (longitud /estatura)						
	<-2DE	≥-2DE			≤ 2DE	> 2DE	Baja Severa	Baja	N O R M A L		
					<- 3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	> 2DE
					Longitud (medido echado)						
	2,5	4,4		0: 0	44,2	46,1	48,0	51,8	53,7		
	3,4	5,8		0: 1	48,9	50,8	52,8	56,7	58,6		
	4,3	7,1		0: 2	52,4	54,4	56,4	60,4	62,4		
	5,0	8,0		0: 3	55,3	57,3	59,4	63,5	65,5		
	5,6	8,7		0: 4	57,6	59,7	61,8	66,0	68,0		
	6,0	9,3		0: 5	59,6	61,7	63,8	68,0	70,1		
	6,4	9,8		0: 6	61,2	63,3	65,5	69,8	71,9		
	6,7	10,3		0: 7	62,7	64,8	67,0	71,3	73,5		
	6,9	10,7		0: 8	64,0	66,2	68,4	72,8	75,0		
	7,1	11,0		0: 9	65,2	67,5	69,7	74,2	76,5		
	7,4	11,4		0: 10	66,4	68,7	71,0	75,6	77,9		
	7,6	11,7		0: 11	67,6	69,9	72,2	76,9	79,2		
	7,7	12,0		1: 0	68,6	71,0	73,4	78,1	80,5		
	7,9	12,3		1: 1	69,6	72,1	74,5	79,3	81,8		
	8,1	12,6		1: 2	70,6	73,1	75,6	80,5	83,0		
	8,3	12,8		1: 3	71,6	74,1	76,6	81,7	84,2		
	8,4	13,1		1: 4	72,5	75,0	77,6	82,8	85,4		
	8,6	13,4		1: 5	73,3	76,0	78,6	83,9	86,5		
	8,8	13,7		1: 6	74,2	76,9	79,6	85,0	87,7		
	8,9	13,9		1: 7	75,0	77,7	80,5	86,0	88,8		
	9,1	14,2		1: 8	75,8	78,6	81,4	87,0	89,8		
	9,2	14,5		1: 9	76,5	79,4	82,3	88,0	90,9		

Anexo N°5: Oficio de aprobación del trabajo de investigación brindado por el establecimiento de Salud



GERENCIA REGIONAL
DE SALUD



“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

Guadalupe, 13 de Octubre del 2023

OFICIO N° 0289 – 2023 – GR. LL/GGR-GS – RED PMYO-HTL.D

SRTA. ELIZABETH PIZAN CAMPOS

ASUNTO: ACEPTACION PARA DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Por medio de la presente es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez comunicarle que se le está aceptando para desarrollar el Proyecto de Investigación titulado **“ASOCIACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y EL CRECIMIENTO EN NIÑOS DE 0 A 6 MESES DE EDAD”**, por lo cual se le autoriza la información requerida para que pueda aplicar el desarrollo de este.

Agradeciendo la atención que brinde al presente, aprovecho la oportunidad para manifestarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente

ECLTC/dmag
c.c. Archivo
c.c
Folios(01)





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, RODRIGUEZ HIDALGO LUIS ALEJANDRO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Asociación entre lactancia materna exclusiva y el crecimiento en niños de 0 a 6 meses de edad", cuyo autor es PIZAN CAMPOS ELIZABETH, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 19.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 17 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
RODRIGUEZ HIDALGO LUIS ALEJANDRO DNI: 18153278 ORCID: 0000-0001-9459-0707	Firmado electrónicamente por: LRODRIGUEZHI14 el 17-12-2023 10:23:15

Código documento Trilce: TRI - 0699193