

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“FACTORES QUE CONDICIONAN EL DESTETE TEMPRANO EN NIÑOS DE 0 A 6 MESES CON CONTROL INFANTIL EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BÁSICA LAS LAJAS, IZALCO Y UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR ESPECIALIZADA DE CHALCHUAPA, DE MARZO A AGOSTO DE 2017”.

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADO POR:

LEMUS SÁNCHEZ, MAGNOLIA ALEJANDRINA

LÓPEZ CASTRO, IBSEN IVÁN

MAGAÑA NOYOLA, ROXANA BEATRIZ

DOCENTE DIRECTOR:

DRA. PATRICIA GÓMEZ DE SANDOVAL

OCTUBRE 2017

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIADES CENTRALES:

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. MANUEL DE JESUS JOYA ABREGO

VICE-RECTOR ACADÉMICO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVAREZ

VECE-RECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. CRISTOBAL HERNÁN RIOS BENÍTEZ

SECRETARIO GENERAL

MDH. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LIC. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES:

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

DECANO

ING. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

VICEDECANO

LIC. DAVID ALFONSO MATA ALDANA

SECRETARIO

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES

JEFE INTERINO DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AGRADECIMIENTOS

MAGNOLIA ALEJANDRINA, LEMUS SÁNCHEZ.

Ahora que he culminado esta inigualable experiencia, como no agradecer que en todo momento siempre hubiera alguien que me sostenía en sus manos, que en cada paso y en cada decisión que tomé me ayudó con su inalcanzable sabiduría; como no agradecer a Dios misericordioso que jamás me dejó sola en este camino.

Mi madre, RUTH ESTER SÁNCHEZ sin duda alguna merece después de Dios la mayor gratitud que yo pueda dar; jamás he escuchado un no de su boca a pesar de la escasez que pudiera existir en sus bolsillos; a ella le debo más que a nadie este triunfo, pues por ella me ha sido posible ser todo lo que yo soy ahora.

Mi hermano IBIS ADONAY LEMUS SÁNCHEZ, que aunque Dios decidió llevarlo de este mundo antes que me fuese posible darle las gracias y devolverle un poco de lo mucho que él me dio para poder alcanzar mi sueño de ser médico, no puedo pasar por alto agradecerle; sé que estaría muy orgulloso de verme lograr mi objetivo.

Son muchas las personas que me apoyaron en mi carrera; agradezco principalmente a mi padre, mi hermana, mi esposo, a mi familia y amigos en general por siempre estar disponibles para mí y por qué en todo momento supieron tener palabras de ánimos hacia mi persona.

A mis maestros... Desde el primer día hasta mi último día de formación profesional, tuve grandes maestros; cada uno con diferente forma de enseñar pero sin duda alguna cada uno de ellos dejó una enseñanza única en mí.

AGRADECIMIENTOS

ROXANA BEATRIZ MAGAÑA NOYOLA.

- A Dios Todopoderoso, por su inmensa misericordia hacia mí, porque en cada día de mi formación académica Él ha estado a mi lado dándome sabiduría y llenándome con su gracia.
- A mis padres: Rubén Magaña Moran y Ana Delmy Noyola de Magaña, mi mayor ejemplo, porque desde el primer día que decidí estudiar esta hermosa carrera siempre me brindaron su apoyo incondicional, me enseñaron que si se pueden lograr todas las metas trazadas si se toma de la mano de Dios y se da día a día lo mejor de sí. Porque a pesar de las dificultades siempre estuvieron ahí, motivándome, ayudándome, elevando oraciones para que todo saliera bien.
- A mis hermanas: Karen Patricia Magaña Noyola y Ana Raquel Magaña Noyola, por ser las mejores hermanas, y por qué juntas nos limitamos de muchas cosas, con el único propósito de salir adelante y ser las primeras profesionales de la familia y porque en ellas encontré el mejor de los apoyos.
- A mi abuela: María Argelia Noyola, porque siempre creyó en mí. Porque desde pequeña soñó que yo sería la Doctora de la familia. Gracias por sus oraciones.
- A mi Tía Sidia Ruth Cadenas, mi segunda madre, por su apoyo incondicional.
- A mis Maestros que me acompañaron en mi formación académica, por sus enseñanzas, por ayudarme a amar esta carrera.

RESUMEN EJECUTIVO

En El Salvador el destete en la actualidad es un problema de salud pública, a pesar de las múltiples campañas por parte de las diferentes entidades de salud que promueven la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

A partir de esta problemática se planteó el tema “factores que condicionan el destete temprano en niños de 0 a 6 meses”; cuyo objetivo principal fue identificar los principales factores socioculturales y económicos que conllevan a dicho problema. Para abordar dicha temática se seleccionaron las poblaciones del Cantón Las Lajas del Municipio de Izalco, y el Municipio de Chalchuapa, a quienes se les aplicó un cuestionario en el momento de la consulta.

Entre los principales hallazgos se observó que más de la población estudiada ha sido destetada precozmente, a la hora del destete se introduce de forma predominante las fórmulas lácteas o en el caso de los alimentos preferentemente se utilizan las verduras mezcladas con caldo de frijoles. La mayor parte de las madres suele referir que la causa por la cual no alimenta a su hijo exclusivamente con seno materno es debido a que el niño no queda satisfecho.

Por lo que se concluye que a pesar de los esfuerzos en la promoción de la lactancia materna y el no destete precoz de los niños, los medios de comunicación social juegan un papel muy importante en el uso de fórmulas lácteas; aunando a eso la falta de conciencia de las madres de dar al niño alimentos no apropiados para su edad, dejando de lado los importantes beneficios de la lactancia materna.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
OBJETIVOS	11
1) OBJETIVO GENERAL.....	11
2) OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
JUSTIFICACIÓN	12
CONSIDERACIONES ÉTICAS	14
RESULTADOS ESPERADOS	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
MARCO TEÓRICO	19
1.1) FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DESTETE TEMPRANO EN LOS NIÑOS DE 0 A 6 MESES DE EDAD.....	19
1.2) DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA	20
1.3) CLASIFICACIÓN DE LA LACTANCIA.....	21
1.4) FISIOLOGÍA DE LA PRODUCCIÓN DE LECHE	21
1.4.1) SECRECIÓN DE LECHE.....	23
1.4.2) ELABORACIÓN CELULAR DE LA LECHE	23
1.4.3) MECANISMO DE SECRECIÓN CELULAR	24
1.4.4) EVACUACIÓN DE LA LECHE	24
1.5. DIFERENTES TIPOS DE LECHE	26
1.6. VENTAJAS DE NO DESTETAR TEMPRANAMENTE.....	29
1.6.1) <i>Nutrición óptima</i>	29
1.6.2) <i>Protección de la salud del niño</i>	30
1.6.3) <i>Protección de la salud materna</i>	31
1.6.4) <i>Ventajas para la familia</i>	32
1.6.5) <i>Ventajas para el país</i>	32
1.7. CUIDADOS DE LA MAMA DURANTE LA LACTANCIA.....	32
1.8. TÉCNICAS ADECUADAS PARA LA ALIMENTACIÓN AL PECHO	33
1.9. DURANTE EL EMBARAZO.....	33
1.10. AL MOMENTO DEL NACIMIENTO.....	34
1.11. POSICIÓN CORRECTA DEL RECIÉN NACIDO	35
1.12. POSICIÓN INCORRECTA DEL RECIÉN NACIDO	35

1.13.	CAUSAS MAS FRECUENTES DE BAJA PRODUCCIÓN DE LECHE..	36
1.14.	DESTETE	36
1.15.	CAMBIOS EN LA LECHE MATERNA DURANTE EL DESTETE.....	37
1.16.	LA DECISIÓN DE DESTETAR	38
1.17.	CLASIFICACIÓN DE DESTETE.....	38
1.17.1)	DESTETE VOLUNTARIO	38
1.17.2)	DESTETE A INICIATIVA DE LA MADRE.....	39
1.17.3)	DESTETE POR ABANDONO	39
1.17.4)	DESTETE PARCIAL.....	40
1.17.5)	DESTETE FORZOSO	40
1.17.6)	DESTETE TOTAL	42
1.17.7)	FALSO DESTETE	43
1.18.	FACTORES QUE CONTRIBUYEN A QUE SE DE UN DESTETE TEMPRANO.....	43
1.18.1)	FACTORES SOCIOECONÓMICOS	43
1.18.2)	FACTORES CULTURALES	46
1.18.3)	FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD.....	47
1.18.4)	OTROS CONDICIONANTES DE UN DESTETE TEMPRANO	48
1.19.	CONSECUENCIAS DEL DESTETE PRECOZ.....	50
1.20.	PERIODO MÁS FRECUENTE EN EL CUAL SE PRESENTA EL DESTETE	50
1.21.	EDAD MATERNA EN LA CUAL SE PRESENTA MÁS COMUNMENTE EL DESTETE	51
1.22.	EDAD MÁS FRECUENTE A LA QUE EL NIÑO ES DESTETADO.....	52
1.23.	ALIMENTOS MAS FRECUENTES PARA DESTETAR AL BEBE.....	52
1.24.	CANTIDAD DE ALIMENTOS CON LA QUE SE INICIA EL DESTETE ..	53
1.25.	HORARIOS MÁS COMUNES A LOS QUE SE DA EL DESTETE.....	54
	DISEÑO METODOLÓGICO	56
1)	TIPO DE ESTUDIO.....	56
2)	UNIVERSO.....	56
3)	MUESTREO.....	57
4)	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	57
5)	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	57

6) INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
7) TRABAJO DE CAMPO.....	58
8) COMO SE IDENTIFICÓ A LOS NIÑOS DESTETADOS	59
9) PLAN DE ANÁLISIS	60
10) TABULACIÓN DE DATOS.....	60
11) HIPÓTESIS	60
12) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	61
RESULTADOS ESPERADOS	65
CONCLUSIONES.....	103
RECOMENDACIONES	104
ANEXOS.....	105
PRESUPUESTO	112
BIBLIOGRAFIA.....	114

INTRODUCCIÓN

Muchos niños en nuestro país están siendo destetados tempranamente, antes de los seis meses de vida. Muchas madres desconocen la importancia de brindar pecho a sus hijos, ignoran que está es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y el sistema de atención de salud. La OMS recomienda que el destete se dé hasta los seis meses de vida, período en el cual no se debe de destetar totalmente sino realizar la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros los cuales deberán ser complementados con el pecho.

El no destetar tempranamente a los bebés y alimentarlos con el seno materno exclusivamente durante los primeros seis meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observan no solo en países en desarrollo, sino también en los países industrializados. La leche humana contiene todos los ingredientes necesarios, en calidad y cantidad, para propiciar el desarrollo adecuado del niño. El solo hecho de brindarle el pecho en la primera hora de vida protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que son destetados precozmente o que incluso ni siquiera se les brinda pecho desde nacimiento.

Son muchos los factores que contribuyen a que se dé un destete temprano, empezando desde la cultura de nuestra sociedad, falta de educación o de información acerca de los beneficios de alimentación con leche humana, el estrés que vive la mujer ante una nueva etapa de su vida, el poco apoyo de la familia o de la pareja, entre otros; por lo tanto, es claro que hasta no vencer todos estos prejuicios y tratar de fomentar en las madres la

importancia de dar a sus hijos el seno materno de forma exclusiva hasta los seis meses de vida, y ayudarles a conocer el beneficio que implica no destetarlos antes, seguiremos teniendo lactantes destetados antes de los seis meses de vida y recibiendo alimentación inadecuada para sus necesidades nutricionales.

La promoción y apoyo para que no se dé el destete temprano evitará que la desnutrición y otras enfermedades que surgen a consecuencia de ello, sigan prevaleciendo en El Salvador. La promoción es a cargo de todo el personal de salud, e instancias asociadas, por lo tanto conviene estudiar los factores que influyen en nuestro país para que se dé el destete temprano en nuestros niños ya que el lactante es un consumidor que no decide por sí mismo (Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna; 2010.)

Como recomendación de salud pública mundial, los lactantes no deben ser destetados antes de los seis meses de vida para que logren un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. (Asamblea mundial de la salud, 2,002.) .

OBJETIVOS

1) OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores que condicionan el destete temprano en niños de 0 a 6 meses con control infantil en la Unidad Comunitaria En Salud Familiar Básica Las Lajas, Izalco y Unidad Comunitaria En Salud Familiar Especializada De Chalchuapa de marzo a agosto de 2017

2) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los niños de 0 a 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva.
- Determinar la edad, sexo y procedencia de los niños que presentan destete a temprana edad.
- Describir los tipos de alimentos o fórmulas más frecuentemente introducidos en el destete.
- Definir los factores que conllevan al destete temprano de los niños menores de 6 meses.
- Definir los principales factores económicos y socioculturales que conllevan al destete temprano de los niños menores de 6 meses.

JUSTIFICACIÓN

En el salvador, cada vez son más los niños de 0 a 6 meses de edad que están siendo destetados tempranamente, a pesar de la diversidad de estrategias y medidas de promoción que se han implementado por las diferentes entidades de salud acerca de la lactancia materna.

La alimentación al pecho presenta inigualables beneficios para el niño y la madre, tanto en aspectos biológicos y psicoafectivos, como ventajas sociales, ecológicas y económicas que están siendo destacadas en las últimas décadas. Sin embargo y pese a este reconocimiento la prevalencia del destete temprano va en aumento y es este siglo es quizás uno de los fenómenos masivos más importantes de cambio en la conducta materna en lo relativo a la alimentación y crianza de los niños pequeños. Y aun así, en la actualidad hay muy poca información y muy pocos estudios acerca de los factores que promueven a que se dé un destete temprano y sus posibles consecuencias en la salud y desarrollo de los lactantes.

La importancia de esta investigación radica en los altos índices de niños que están siendo destetados tempranamente en El Salvador, ya que para el 2014 solamente un 47% de los lactantes entre 0 y 5 meses no habían sido destetados parcial o totalmente; (Encuesta de Salud MICS, 2014). Al conocer los factores que contribuyen a que se dé el destete temprano se podrá proporcionar apoyo y educación a los padres sobre la importancia de no llevar a cabo el destete antes de los 6 meses de edad de los lactantes; ya que es en etapa temprana donde podemos emplear las medidas educativas para evitarlo y concientizar a la sociedad a que no lo pongan en práctica. La intervención temprana es la respuesta, porque con el tiempo se hace cada vez más difícil resolver los problemas.

Lo que se pretende con esta investigación es contribuir con la búsqueda de soluciones a la problemática y aportar el conocimiento detallado de todos los factores que están contribuyendo al destete temprano; ya que al conocerlos

se podrá a partir de ello proporcionar estrategias de prevención e intervención a los diferentes establecimientos de salud; además de reforzar el binomio madre e hijo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se explicará brevemente los principios éticos que justifican la investigación a realizar a los familiares de la población en estudio, enfocándose principalmente en la persona o personas que acompañen al sujeto durante la atención clínica en el establecimiento
- Se garantizará la confidencialidad de la información otorgada por la población.
- Se informará sobre la importancia del estudio a realizar a las familias de la población en estudio, asegurando que la información brindada es esencial para obtener los mejores resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mediante la investigación poder identificar los niños de 0 a 6 meses que han sido destetados tempranamente en ambas localidades, observando diferencias entre el área urbana y rural.
- Determinar la edad, sexo y procedencia de los niños que presentan destete a temprana edad mediante la identificación de estos en sus controles infantiles.
- Describir cuales son los tipos de alimentos o fórmulas más frecuentemente utilizadas para iniciar el destete.
- Definir los motivos que llevan a los padres o responsables a iniciar el destete temprano de los niños menores de 6 meses.
- Describir los efectos inmediatos del destete temprano en los niños menores de 6 meses.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace algunos años se han implementado diversidad de estrategias educativas y de promoción para fomentar a que no se lleve a cabo el destete durante los primeros seis meses de vida; sin embargo en la actualidad se sigue teniendo una alta prevalencia de lactantes que son destetados a tempranos meses de edad; lo cual ha generado consecuencias negativas para la salud y nutrición de los lactantes.

Durante los primeros dos meses de vida el lactante experimenta un importante crecimiento; los cambios fisiológicos permiten establecer pautas de alimentación eficaces; este es un periodo crítico, en el cual la mayoría de madres retira el pecho de sus hijos y prefiere alimentarlos con pacha ya sea por estrés postparto, por una mala educación, ansiedad o por el agotamiento físico y psicológico de las primeras semanas.

Las experiencias clínicas y el conocimiento personal, el ejercicio profesional eficaz requieren familiarizarse con los principales factores que contribuyen a que los bebés sean destetados precozmente, y así poder contribuir a que ello no se siga dando para optimizar el crecimiento y el desarrollo de los lactantes; ya que una de las principales causas de un desarrollo deficiente es el destete temprano.

Para actuar sobre los factores que promueven a que se lleve a cabo un destete temprano es necesario conocer como interacciona la relación entre una alimentación adecuada en los primeros meses de la vida y la salud y crecimiento del lactante.

El crecimiento es un indicador del bienestar global del niño; el cual su vez se ve influenciado por las conductas alimentarias. Mediante una vigilancia de los niños y sus madres, podríamos llegar a conocer la interrelación entre el efecto que tiene un destete temprano y el crecimiento físico, el desarrollo cognitivo, motor y emocional de estos.

Entre más tempranamente es destetado un niño implica un doble perjuicio para el desarrollo, debido a que están expuestos a mayores factores de riesgo biológico, mayor riesgo de infecciones gastrointestinales transmitidas por alimentos y mala higiene de éstos; por otra parte ciertos alérgenos de los alimentos también pueden predisponer a que el lactante sea un candidato a desarrollar ciertas enfermedades respiratorias precozmente.

En fin el destete temprano define riesgo en muchos aspectos de la salud y desarrollo del lactante puede conducir incluso a desnutrición y retardo de crecimiento, este mal desarrollo del bebe puede reforzar la sensación de fracaso de los padres; en etapas posteriores.

Es por ello que conviene ávidamente estudiar en etapas precoces los factores que condicionan a que se lleve un destete temprano y así poder implementar estrategias que contribuyan a evitarlo.

La identificación precoz de los niños con riesgo de sufrir un destete temprano, junto con la intervención precoz para proporcionar apoyo y educación a los padres tiene importancia crítica puesto que es en etapa temprana donde podemos emplear las medidas educativas para evitarlo o al menos concientizar a la madre acerca de los beneficios de alimentarlo con pecho.

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

1.1) FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DESTETE TEMPRANO EN LOS NIÑOS DE 0 A 6 MESES DE EDAD

El proceso de alimentación del niño o niña con la leche que produce su madre, es el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes. Es la forma más idónea de alimentación. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la leche materna constituye el alimento universal indicado hasta los seis (6) meses de edad para los niños y niñas, y acompañado de otros alimentos hasta los dos (2) años, puesto que cubre los requerimientos calóricos en estas edades. La lactancia materna establece sólidos lazos afectivos entre la madre y su hijo o hija, protege al niño o niña contra enfermedades infecciosas como diarreas, cólicos, gripes y favorece su desarrollo biológico y mental.

La alimentación al pecho presenta inigualables beneficios para el niño y la madre, tanto en aspectos biológicos y psicoafectivos, como ventajas sociales, ecológicas y económicas que están siendo destacadas en las últimas décadas.

La lactancia es un proceso vital mediante el cual la madre provee un tejido vivo que opera en un amplio espectro de interacciones, no sólo nutricionales, sobre la diada madre – hijo en respuesta a las demandas nutricionales, inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido. Sin embargo y pese a este reconocimiento, la declinación de la lactancia materna ocurrida en este siglo, es quizás uno de los fenómenos masivos más importantes de cambio en la conducta materna en lo relativo a la alimentación y crianza de los niños pequeños.

Como recomendación de salud pública mundial, durante los primeros seis meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos.

1.2) DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA

La declaración conjunta OMS/UNICEF *Protección, promoción y apoyo de la lactancia: función especial de los servicios de maternidad* (OMS/UNICEF, 1989) estableció las prácticas siguientes que se denominan: «Diez pasos para una lactancia exitosa», las que se espera sean tomadas en cuenta por todos los hospitales y servicios de maternidad y cuidados del recién nacido, por ser considerados favorables para el bebé.

1. Tener una política escrita sobre la lactancia, que se comunique de rutina a todo el personal responsable del cuidado de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud en las técnicas necesarias para llevar a cabo esta política.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y sobre el manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar a amamantar a la media hora del nacimiento.
5. Mostrar a las madres cómo se amamanta y cómo se mantiene la lactación aunque estén separadas de sus niños.
6. No suministrar a los recién nacidos alimentos o bebidas diferentes a la leche materna, a menos que los indique el médico.
7. Practicar alojamiento conjunto - permitir que las madres y los niños permanezcan en la misma habitación - durante 24 horas al día.
8. Alentar a que se practique la lactancia de acuerdo con la demanda.
9. No suministrar tetas artificiales o chupetes (también llamados chupetes o tranquilizadores) a aquellos niños que se están amamantando.
10. Promover la conformación de grupos de apoyo a la lactancia y referirlos a las madres cuando salgan del hospital o servicio de salud. (7)

1.3) CLASIFICACIÓN DE LA LACTANCIA

Diversos organismos trabajan continuamente para obtener datos de prevalencia de lactancia materna, mediante encuestas realizadas a las madres y estadísticas hospitalarias.

Se reconoce que el término lactancia materna por si solo es insuficiente para describir los numerosos tipos de lactancia. Por esto OMS y UNICEF desarrollaron un conjunto de definiciones que permiten unificar la terminología para la recolección de información sobre la lactancia.

- ✓ **Lactancia materna completa:** el lactante es alimentado exclusiva o predominantemente al pecho.
- ✓ **Lactancia materna exclusiva:** el lactante no recibe ningún otro alimento o bebida, incluyendo agua; excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales.
- ✓ **Lactancia materna predominante:** el niño es amamantado pero también recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas de base de agua, como el té.
- ✓ **Lactancia materna parcial:** el niño es amamantado algunas veces y otras recibe alimentos artificiales, ya sea leche o cereales u otro tipo de alimentos.

1.4) FISIOLÓGÍA DE LA PRODUCCIÓN DE LECHE

El desarrollo mamario en la mujer experimenta cambios estructurales acentuados, acordes con la edad y el estado funcional del aparato reproductor. El desarrollo máximo se alcanza antes de los 20 años. El cuerpo de la mama incluye el parénquima y el estroma.

El parénquima está formado por una estructura arborescente de 15 a 25 racimos glandulares o lóbulos mamarios con sus respectivos conductos galactóforos, que desembocan en el pezón en forma independiente. Cada

lóbulo se subdivide en 20 a 40 lobulillos y cada lobulillo, en 10 a 100 alvéolos o unidades secretoras. Los alvéolos están constituidos por una capa de células secretoras que rodean la luz central, en la que vuelcan su contenido. Los alvéolos y conductos proximales están rodeados por células mioepiteliales que se contraen por acción de la oxitocina (reflejo de eyección).

El estroma incluye tejido conectivo, tejido graso, vasos, nervios y linfáticos. La porción glandular está rodeada por tejido adiposo, que otorga a la mama su contorno suave y redondeado.

La piel de las mamas incluye el pezón, la areola y la piel general, la piel es delgada, elástica y contiene vello, glándulas sebáceas y sudoríparas.

El pezón puede ser pequeño o grande, protráctil o retráctil, plano o invertido. En el vértice se observa la desembocadura de los conductos galactóforos. Contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría circulares, que se contraen por estimulación táctil, térmica o sexual. El sistema muscular fibroelástico participa en la contracción de la areola y la erección del pezón y contribuye al vaciamiento de los senos galactóforos durante la lactancia.

El pezón está rodeado por la areola, área pigmentada, circular de tamaño variable. En el borde de la areola se aprecian los tubérculos de Morgagni (de Montgomery en la embarazada), en los que se abren las glándulas sebáceas. Estas glándulas liberan una sustancia bacteriostática que lubrica y protege la areola durante la gestación y la lactancia, el olor de esta secreción podría guiar la respuesta olfatoria del recién nacido y la pigmentación de la areola podría ser un signo visual importante para el lactante.

La inervación mamaria proviene de fibras motoras, sensitivas y autónomas, la estimulación de los receptores y fibras sensitivas del pezón y areola alcanzan el hipotálamo a través de la vía aferente refleja e induce la síntesis de prolactina en la adenohipófisis y la liberación de oxitocina por la

neurohipófisis. La sensibilidad de la areola y el pezón parece recibir la influencia de factores endócrinos, de manera que se incrementa en ciertas fases del ciclo menstrual, durante el embarazo y sobre todo en el posparto inmediato. (5)

1.4.1) SECRECIÓN DE LECHE

Proceso continuo de síntesis y acumulación en la luz glandular, de los constituyentes de la leche, actuando cada célula como unidad productora, pero no todos los alvéolos funcionan sincrónicamente. El momento del puerperio en que la glándula inicia su producción copiosa, varía en cada especie, siendo en la mujer a los 3 a 4 días postparto. Normalmente la mujer sólo produce secreción láctea en el puerperio.

1.4.2) ELABORACIÓN CELULAR DE LA LECHE

La leche obtiene sus elementos por síntesis celular o transporte desde el plasma a través de ella. La síntesis de lactosa regula la cantidad de agua en la leche. El contenido de lactosa difiere según la especie y varía en forma inversa a la concentración de K, Na y Cl. La lactosa se sintetiza en la pared del aparato de Golgi a partir de: uridindifosfato, galactosa y glucosa. La caseína se sintetiza a partir de los aminoácidos del plasma materno y de otros sintetizados en la célula alveolar con carbono procedente de carbohidratos y ácidos grasos. Los ácidos grasos provienen por captación de la célula alveolar de los triglicéridos y ácidos grasos libres del plasma y por síntesis a partir del acetato y b-hidroxibutirato y de la glucosa vía de la acetil CoA.

1.4.3) MECANISMO DE SECRECIÓN CELULAR

La leche pasa de la célula a la luz alveolar por los siguientes mecanismos:

- *Difusión*: a través de la membrana de la célula alveolar pasan a la luz alveolar: Agua e iones monovalentes (Na⁺, K⁺, Cl⁻).
- *Exostosis*: para partículas de proteínas y ciertos carbohidratos. La membrana que rodea a la partícula, se fusiona con la membrana celular, ésta se abre y la partícula pasa a la luz alveolar libre de su membrana envolvente, sin que la célula pierda partes propias.
- *Secreción apocrina*: mecanismo para los glóbulos de grasa. La célula pierde parte de su membrana y discreta porción de citoplasma. La membrana celular envuelve al glóbulo de grasa cuando éste deja a la célula, constituyéndose en su propia membrana.
- *Pinocitosis*: mecanismo de transporte de las inmunoglobulinas unidas a un receptor transcelular. La IgA es la más abundante en la leche, sintetizada por células plasmáticas presentes en la glándula mamaria.
- *Vía paracelular*: utilizada por las células para llegar a la leche, a través de soluciones de continuidad entre células alveolares. La mayoría de las células presentes en la leche, utilizan esta vía, especialmente al final de la gestación más que ya establecida la lactancia.

1.4.4) EVACUACIÓN DE LA LECHE

La leche de los alvéolos no fluye en forma espontánea a los conductos. El niño sólo puede extraerla cuando se encuentra en los conductos mayores y senos lactíferos, por reflejo eyectolácteo. La leche llega, de los alvéolos al sistema de conductos, por expresión de los alvéolos por contracción de las fibras mioepiteliales que los rodean, contracción producida por la oxitocina actuando en los receptores específicos de tales fibras que aumentan en el

tercer trimestre y mucho más en los 5 primeros días postparto. La oxitocina es la hormona galacto-quinética más potente, estímulo fisiológico que evacua la leche en el amamantamiento. También la vasopresina estimula la contracción de las células mioepiteliales de la mama, con intensidad mucho menor.

Reflejo eyectolácteo: reflejo neuroendocrino para evacuar la glándula mamaria. Se inicia en receptores sensitivos y táctiles del pezón y aréola y, por los nervios sensitivos del 4º, 5º y 6º par torácico, ingresa a los cordones posteriores medulares, conectándose con las neuronas hipotalámicas productoras de oxitocina, localizadas principalmente en los núcleos supraópticos y paraventriculares.

Los axones largos de estas neuronas hipotalámicas llegan a la neurohipófisis y, a su través, se libera la oxitocina a la sangre, la que alcanza a las células mioepiteliales de los alvéolos mamarios provocando su contracción y vaciamiento.

También el sistema canalicular de la glándula posee receptores cuyo estímulo desencadena el reflejo eyectolácteo, sea estiramiento o distensión de los conductos. Se estima que el tiempo de lactancia promedio entre inicio de la succión y la eyección láctea, es aproximadamente de 58 a 60 segundos, con variantes individuales. La inyección IV de oxitocina reproduce la respuesta contráctil de las miofibrillas al amamantamiento y es mayor a los 45 días que a los 3 días de postparto.

El stress puede inhibir el reflejo eyectolácteo quizás por medio de la epinefrina, actuando sobre la célula mioepitelial, y por la norepinefrina actuando a nivel de hipotálamo-hipófisis. La morfina y análogos también bloquea este reflejo.

El reflejo eyectolácteo puede llegar a ser un reflejo condicionado que se desencadena con el llanto e incluso la sola presencia del niño. La descarga

de oxitocina, por medio de la succión, producirá contracciones miométricas útiles para mantener las ligaduras vivientes y colaborar con la involución uterina.

Amamantamiento: es la obtención de leche directamente de la glándula mamaria, por parte del lactante. El reflejo eyectolácteo hace fluir la leche desde los alvéolos hacia los conductos mayores y senos lactíferos y desde allí es removida por la succión del lactante.

En el lactante, los labios, los maxilares, las encías, la lengua, los cojinetes grasos de las mejillas, el paladar duro y blando y la epiglotis, constituyen una estructura anátomo-funcional adaptada para el amamantamiento. Requiere la completa introducción del pezón y aréola dentro de la boca del lactante, hasta que la punta del pezón alcance el paladar blando.

Para ello utilizar el "reflejo de búsqueda" desencadenado por estímulo del labio inferior del niño, que produce la apertura de su boca y colocar la lengua aplanada en su piso.

Con aréola y pezón ya introducidos en la boca, la lengua desplazada hacia delante sobrepasando la encía, comprime con ella la aréola contra el paladar duro, con movimientos ondulantes (1 o más por segundo, según el flujo de leche obtenido) la exprime extrayendo y deglutiendo la leche. Recién introducidos aréola y pezón, se desencadenan alta frecuencia de estos movimientos, como estímulo fisiológico para eyección de leche. El lactante no ejerce presión negativa con boca ni faringe más que para introducir aréola y pezón en la boca y mantenerlos allí, por lo que no succiona leche desde la glándula mamaria.

1.5. DIFERENTES TIPOS DE LECHE

Debe distinguirse entre precalostro, calostro, leche de transición, leche madura y la leche de pretérmino. Cada una tiene las características

bioquímicas adecuadas para un período de la vida del lactante. La composición de la leche varía en las distintas etapas de la lactancia, a diferentes horas del día y del comienzo al final de una misma mamada.

- *Precalostro*: durante la gestación existe una secreción mamaria llamada "precalostro" en la luz de los alvéolos, compuesto por exudado de plasma, sodio, cloro, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina y pequeña cantidad de lactosa.
- *Calostro*: en los primeros 4 días postparto se produce el "calostro", un fluido amarillento y espeso, compuesto por precalostro que se mezcla con la leche que comienza a producirse. Su volumen alcanza unos 2 a 20 ml por mamada en los primeros 3 días postparto, suficiente para satisfacer las necesidades del R.N. Produce unas 54 Kcal /100 ml, contiene 2,9 g / 100 ml de grasa, 5,7 g / 100 ml de lactosa y 2,3 g / 100 ml de proteínas (3 veces más proteínas que la leche madura). Se destaca su alta concentración en IgA y lactoferrina junto a su contenido en linfocitos y macrófagos (100.000 / mm³), lo que le confiere una acción protectora al R.N. frente a los gérmenes, ya que las células no son destruidas en el aparato digestivo del lactante. entre las vitaminas liposolubles de alta concentración en el calostro, destaca el b-caroteno (responsable del color amarillento).
- *Leche de transición*: se produce entre el 4º y 15º día postparto. Entre el 4º y 6º día se observa un brusco aumento en la producción de leche, que sigue aumentando progresivamente hasta estabilizarse en unos 600 a 700 ml / día entre el 15º y 30º día postparto con importantes variaciones individuales. Su composición varía con el transcurso de los días, entre el calostro y la leche madura.
- *Leche madura*: se produce a continuación de la de transición. Contiene 70 Kcal/100 ml. Su volumen promedio es de 700 ml/día en los 6 primeros meses postparto, descendiendo a unos 500 ml/día en el 2º semestre. Sus principales componentes son: proteínas, minerales, hidratos de carbono, grasas, agua y vitaminas.

La leche materna contiene un 88% de agua con una osmolaridad semejante al plasma (286 mosm). La lactosa es su principal carbohidrato (7,3 mg%) y la principal fuente energética del lactante (disacárido compuesto de glucosa y galactosa).

La galactosa es utilizada en la síntesis de "galactolípidos", de importancia en el desarrollo del SNC del niño. El alto contenido en lactosa determina las deposiciones blandas del lactante que permite la absorción del Ca^+ en el colon. Otros carbohidratos complejos se encuentran libres o unidos a proteínas como la N-acetilglucosamina y oligosacáridos. Los carbohidratos y glucoproteínas estimulan el desarrollo del "Lactobacilo bífido", bacteria predominante en el intestino del lactante que lo protege de los gérmenes patógenos. Algunos oligosacáridos, de estructura semejante a los receptores bacterianos, bloquean la adherencia de bacterias a la membrana celular. Las proteínas (0,9 g/100 ml) están compuestas por caseína (30%) y proteínas del suero (70%); lactoferrina, lactoalbúmina, lisozima, IgA, IgG, IgM y albúmina; proteínas en baja concentración como: enzimas, moduladores del crecimiento y hormonas. La lactoalbúmina tiene un alto valor biológico.

La lactoferrina favorece la absorción del Fe^+ en el intestino, además de acción bacteriostática. La lisozima tiene actividad antiinflamatoria. La IgA es la principal inmunoglobulina de la leche humana. Tiene alto contenido de nitrógeno no proteico (NNP), entre el 20 al 30% del N^+ total siendo el principal componente la urea, utilizada por el lactante como fuente de N^+ ; los aminoácidos libres como la taurina (el lactante no la sintetiza), necesaria para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor.

Las grasas aportan el 50% de las calorías de la leche, siendo el componente más variable. Su concentración es menor al inicio que al

final de la mamada. La calidad de los ácidos grasos puede ser afectada por la dieta materna. Algunas enzimas permanecen activas en el tubo digestivo del lactante. En la leche hay un gran número de leucocitos vivos, 90% macrófagos (2000 a 3000 / mm³) y 10% de linfocitos (200 a 300 / mm³). Los macrófagos mantienen su capacidad fagocitaria en el tubo digestivo del lactante y su capacidad de producir compeltento, lisozima y lactoferrina, así como los linfocitos mantienen su capacidad de producir anticuerpos.

- *Leche de pretérmino*: cuando ocurre un parto de pretérmino se produce, por tiempo prolongado una leche con mayor proporción de proteínas y menor de lactosa que la leche madura, más adecuada al lactante inmaduro en sus requerimientos proteicos. También contiene mayor proporción de lactoferrina e IgA. Es insuficiente para cubrir los requerimientos de Ca⁺ y P⁺ de un R.N. de bajo peso, por lo que es necesario suplementarlos. (3)

1.6. VENTAJAS DE NO DESTETAR TEMPRANAMENTE

Entre las principales ventajas se encuentran:

1.6.1) *Nutrición óptima*

Ningún sustituto tiene igual aporte nutritivo en calidad, cantidad y proporciones de sus componentes con la misma biodisponibilidad para el crecimiento y desarrollo, con menor riesgo de desnutrición infantil. Previene la anemia y las microhemorragias intestinales, observables con la leche vacuna, además de que no puede diluirse y es siempre fresca.

1.6.2) *Protección de la salud del niño.*

La alimentación con seno materno es la forma mejor y más saludable de nutrición porque el recién nacido regula su composición en función de sus necesidades, contiene los nutrientes más apropiados y necesarios en cada momento del desarrollo del niño.

La composición de la leche materna se adapta en función de las necesidades del crecimiento, además se digiere con facilidad, contiene las enzimas apropiadas que mejoran las digestiones facilitando el establecimiento de una flora bacteriana bífida que protegerá el aparato digestivo del lactante incluso en su vida adulta, contiene endorfinas que producen relajación y sueño, hormonas y muchos otros componentes beneficiosos.

Uno de los beneficios más importantes de amamantar al niño es el poder inmunológico de la leche materna, debe ser considerada la primera vacuna que recibe el niño debido a su función protectora contra virus, bacterias y parásitos; otros beneficios serían los siguientes:

1. La leche materna le aporta al bebé todos los nutrientes que necesita hasta los seis meses de edad. Le aporta los nutrientes en cantidad y calidad apropiados.
2. Efecto protector del síndrome de muerte súbita.
3. Efecto protector frente a varios tipos de cáncer en la infancia.
4. Menos procesos durante la lactancia de enterocolitis necrotizante.
5. Le asegura un sano crecimiento y un desarrollo integral.
6. Le proporciona un mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.

7. Fomenta las bases para una buena relación madre-hijo o hija.
8. Menor riesgo de mortalidad por infecciones y menor incidencia y severidad de ellas, especialmente la diarrea por mala higiene del biberón.
9. Es menor la incidencia de infecciones respiratorias tales como bronquitis y la neumonía.
10. Previene otras enfermedades como: alergias, diabetes juvenil, linfomas, el estreñimiento, los cólicos, las enfermedades de la piel como dermatitis o sarpullido, el sarampión, la desnutrición, algunos cánceres de la edad adulta, infarto de miocardio, arterioesclerosis.

1.6.3) *Protección de la salud materna.*

1. Adecuada retracción uterina disminuyendo la metrorragia.
2. Mejora eficiencia metabólica con óptima utilización de nutrientes.
3. Menor riesgo de cáncer ovárico y mamario con largos amamantamientos.
4. Moviliza las grasas de reserva acumuladas durante el embarazo, especialmente alrededor de los muslos y de las nalgas y favorece la recuperación de la silueta al reducir la circunferencia de cadera.
5. Disminuye el riesgo de artritis reumatoide.
6. Disminuye la incidencia de osteoporosis y fractura de cadera en edad avanzada.
7. *Espaciamiento de los embarazos*: la amenorrea de la lactancia exclusiva ofrece protección más efectiva que cualquier anticonceptivo en el primer semestre de puerperio.
8. *Mejor relación madre – hijo*: satisfacción del rol de madre retroalimentando positivamente la relación madre – hijo, con

mayor afecto y cariño. Favorecimiento del desarrollo psicosocial del niño por contacto piel a piel con su madre al mamar.

1.6.4) Ventajas para la familia

Dar de mamar ayuda a que la familia sea más feliz y unida porque hay menos preocupaciones debido a que los niños o niñas se enferman menos, tendrán menor gasto en comprar otras leches, biberones, mamaderas y combustible, por lo tanto el dinero de la familia se utiliza en otras necesidades.

1.6.5) Ventajas para el país.

1. Las madres que amamantan contribuyen a que menos niños se enfermen, se mueran y por ende a que haya menos gastos hospitalarios.
2. Utilizar el recurso natural renovable más valioso.
3. El país tenga niños y niñas más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos.
4. Formar la inteligencia, productividad y el futuro del país, a saber que tienen un recurso irremplazable para criar las generaciones futuras.
5. A que los familiares, la comunidad, los servicios de salud, los patronos y el gobierno se sientan obligados a apoyar y mantener la lactancia materna.(4)

1.7. CUIDADOS DE LA MAMA DURANTE LA LACTANCIA

Durante el embarazo y antes incluso hemos indicado que no son necesarios cuidados específicos para llevar a cabo una lactancia eficaz, en cambio durante la lactancia si hay un problema de dolor en los pezones o de grietas la causa es una posición incorrecta del niño al pecho y para resolver el problema hay que adoptar una postura correcta como veremos más

adelante. No se recomienda lavar el pecho en cada toma porque el jabón y el alcohol pueden aumentar el dolor en el pezón ya que se destruye la protección natural que aportan las pequeñas glándulas que rodean la areola. Es suficiente con la ducha diaria.

1.8. TÉCNICAS ADECUADAS PARA LA ALIMENTACIÓN AL PECHO

La adecuada posición al pecho permite al recién nacido un menor esfuerzo y es un estímulo adecuado y eficaz para alcanzar una buena producción de leche; además el recién nacido quedará satisfecho, aumentará de peso adecuadamente, la madre no tendrá sensación dolorosa, tampoco grietas y ambos disfrutarán de la lactancia. Si hay dolor es un signo de que la postura se ha de corregir (en este caso se puede romper el vacío de la boca del bebé metiendo un dedo por la comisura de su boca y comenzar la toma de nuevo). Todos los pezones son válidos para amamantar sin importar el tamaño de los pezones ni el de los pechos.

Es muy importante empezar la lactancia dentro de la primera hora tras el nacimiento, para aprovechar el tiempo de alerta máxima del recién nacido y su mayor instinto de succión. El recién nacido puede realizar una succión eficaz que estimula la producción de leche, de manera que más succión produce más leche, pero también puede succionar ineficazmente.

Es importante que si se tienen dudas sobre el agarre al pecho del bebé y / o aparecen grietas y antes de salir del hospital, se pida a la matrona, pediatra o personal especializado que observe una toma para que corrija un posible mal agarre.

1.9. DURANTE EL EMBARAZO.

A partir del 6º mes, el obstetra deberá indicar a la futura mamá como cuidar sus pezones. Estos deben ser higienizados con agua, no se debe utilizar jabón, ni alcohol, ya que de esa forma se protege la laxitud natural de los

pezones, que actúa como una protección natural. En caso de que los pezones sean retráctiles (es decir van hacia adentro), se debe estimularlos con dos dedos hasta que se tornen erectos. Se debe practicar la extracción de leche durante 1 o 2 minutos, dos veces por día. Para ello se toma el seno con ambas manos y se lo masajea desde arriba hacia abajo, varias veces para empujar la leche desde los conductos posteriores hasta los conductos anteriores, de esta forma se verá salir unas gotitas de calostro.

1.10. AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

Una vez nacido el bebé, es imprescindible el contacto inmediato entre madre e hijo. Se debe poner el bebé lo antes posible al pecho para que comience a chupetear, este tiempo estará determinado por el estado del bebé, de la mamá y lo que el médico crea más conveniente para ambos.

Durante los primeros días el bebé tomará calostro, luego comenzará a fluir la leche con abundancia.

El bebé y la madre deberán permanecer en la misma habitación por el lapso que se encuentren internados. En cuanto a la posición de amamantamiento, es ideal que la madre se encuentre en una posición, en la cual pueda ver en forma directa al niño, ya que esto facilita la producción de leche y favorece la relación emocional.

En cuanto a los horarios para amantar existen diferentes opiniones, algunos médicos establecen un diagrama de 3 a 3 ½ horas y otros a libre demanda; lo que se irá ajustando a las necesidades del niño.

La duración de las lactadas irá incrementándose a medida que pasen los días, durante el primer día lactará 5 minutos en cada pecho, en el segundo día 10 minutos. Posteriormente cada tetada durará entre 10 a 15 minutos de cada seno.

1.11. POSICIÓN CORRECTA DEL RECIÉN NACIDO

En todas las posiciones que se usen para amamantar al recién nacido lo fundamental es la colocación de los labios y la lengua, además la nariz del bebé debe estar a la altura del pezón en el momento de prepararse para la toma de pecho; se debe acercar al niño al pecho y no el pecho al niño, la boca debe tomar una buena parte del pecho y no sólo el pezón.

Colocación del recién nacido y signos de succión eficaz:

- ✓ Labios doblados hacia fuera, el inferior queda doblado hacia fuera, la barbilla contra el pecho materno.
- ✓ Que se vea más areola por encima de la boca que por debajo.
- ✓ La nariz apoya ligeramente sobre el pecho, la barbilla presiona el pecho.
- ✓ El niño mueve su mandíbula y su oreja, succiona y traga con pausas, además podemos oír cuando traga.
- ✓ La lengua está debajo del pecho.
- ✓ El pecho se ve redondeado mientras mama el niño.
- ✓ El niño suelta el pecho espontáneamente.
- ✓ La madre no tiene sensación dolorosa.

1.12. POSICIÓN INCORRECTA DEL RECIÉN NACIDO

- ✓ Cuando el niño mama sólo del pezón causa dolor y grietas, impide vaciar el pecho provocando ingurgitación, inflamación y, a veces, mastitis por no vaciarse bien el pecho.
- ✓ Si el niño necesita mamar más tiempo (30 minutos o más) y no suelta el pecho por sí mismo.
- ✓ Que se vea más areola por debajo de la boca que por encima, o la misma cantidad por encima que por debajo.
- ✓ La boca del niño no está bien abierta.

- ✓ El labio inferior está doblado hacia adentro.
- ✓ Succión rápida y ruidosa, chasquidos.
- ✓ El pecho está tirante como si lo estiraran durante el tiempo que mama.
- ✓ El pezón queda aplastado después de la toma.
- ✓ El mentón no toca el pecho.

1.13. CAUSAS MAS FRECUENTES DE BAJA PRODUCCIÓN DE LECHE.

- ✓ El bebé recibe otra leche, alimento o bebida, con lo que está menos tiempo en el pecho, produce menos estímulo de succión y por consiguiente menos producción de leche.
- ✓ Baja frecuencia de mamadas.
- ✓ Agotamiento materno.
- ✓ Confusión de pezón; por el uso de chupete y/o biberón.
- ✓ Poco tiempo en cada pecho.(5)

1.14. DESTETE

La definición de la Real Academia Española menciona que destetar significa: “apartar a los hijos de las atenciones y comodidades de su casa para que aprendan a desenvolverse por ellos mismos. La OMS y la UNICEF recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

La edad en que ocurre el destete por completo, es decir, que el niño abandona definitivamente la leche materna, es variable y está influido por factores de muy diversa índole. No hay razones científicas por las que se deba recomendar dejar la leche materna a una determinada edad. Pese a que el momento del destete definitivo es una elección personal, desgraciadamente a lo largo de este siglo muchas mujeres, casi sin darse

cuenta, han ido delegando en los profesionales de la salud la responsabilidad de decidir por ellas el momento del cese de la lactancia. Y éstos, por lo general, han hecho sus recomendaciones basándose más en sus opiniones personales, fruto de los mitos culturales de su tiempo, que en razones científicas.

El destete no es solo un cambio en la dieta del niño; sino que se trata de un asunto complejo con gran repercusión emocional para él y su madre, que puede provocar sentimientos de tristeza, pérdida, frustración y abandono.

El destete puede considerarse una etapa más en el desarrollo del niño, cuyo proceso comienza cuando empieza a tomar cualquier otro alimento que no sea la leche materna.

Cada especie de mamíferos tiene una edad en la que el destete ocurre de forma natural, que probablemente este condicionado por la genética. En nuestra especie es difícil desligar lo cultural de lo biológico. (6)

1.15. CAMBIOS EN LA LECHE MATERNA DURANTE EL DESTETE

La leche materna es el alimento más nutritivo para el niño, por si misma no pierde sus propiedades. Otros alimentos pueden superar valores de algún nutriente en concreto, pero no existe ningún alimento que supere en valor nutricional de la leche materna.

Durante el destete:

- ✓ Disminuye el volumen de leche.
- ✓ El zinc disminuye hasta 58%
- ✓ Aumenta la concentración de proteínas hasta un 142%
- ✓ En hierro aumenta hasta un 172%
- ✓ Los lípidos, el calcio y los factores inmunitarios se mantienen.

1.16. LA DECISIÓN DE DESTETAR

La decisión de comenzar a destetar al niño, pueden crear sentimientos de indecisión, sentimientos contradictorios a la madre, que dependerán de varios factores:

- ✓ Edad del bebé (mayor sentimiento de pérdida con destete en menores de 2 años).
- ✓ Como se presenta el destete: experiencia gradual es más progresiva.
- ✓ La intimidad de la relación entre madre-hijo: una relación fuerte puede aliviar sentimientos de culpabilidad.
- ✓ El padre: hacerlo participe de ello, escuchar sus necesidades y actuar también sobre él.
- ✓ Entorno (familia y amigos): las opiniones negativas no deben servir de referencia.
- ✓ Los extraños: no discutir las decisiones propias tomar las críticas con humor. (6)

1.17. CLASIFICACIÓN DE DESTETE

Podemos clasificar el destete en diferentes tipos:

- A. Destete voluntario
 - i. Destete natural (a iniciativa del niño)
 - ii. Destete a iniciativa de la madre
- B. Destete parcial
- C. Destete forzoso
- D. Falso destete

1.17.1) DESTETE VOLUNTARIO

Llamado destete natural (a iniciativa del niño). El niño es quien marca la pauta, va reduciendo a voluntad la toma paulatinamente hasta que un día

deja de pedir el pecho. Se debe indagar los sentimientos de la madre: explicar que es natural, no hay motivo de culpabilidad.

Durante un nuevo embarazo: la leche cambia de volumen y sabor durante el embarazo y hay niños que la rechazan.

La doctora K. Dettwyler (antropóloga, universidad de Texas) expuso tras realizar un estudio comparativo en primates, que el destete natural en humanos podría ocurrir entre los 2 años y medio y los 7 años.

En las sociedades actuales en las que el rechazo a la lactancia prolongada no existe, los niños son amamantados hasta los 4 años por término medio.

Se estima que el sistema inmunitario humano no está maduro y plenamente operativo hasta los 6 años de edad.

1.17.2) DESTETE A INICIATIVA DE LA MADRE

Se da por diversos motivos: médicos, emocionales, familiares, sociales, etc. Es preferible si es un destete gradual: el destete brusco conlleva problemas como ingurgitación y mastitis, y problemas de adaptación para el niño.

1.17.3) DESTETE POR ABANDONO

Es el que se da por “separación de la madre y el niño por unos días”. No es recomendable por la carencia afectiva y emocional.

El tipo de contacto que ofrece la lactancia debe ser remplazado por otras formas de apego.

1.17.4) DESTETE PARCIAL

A veces la madre puede decidir (por cuenta propia o por presión de otros) suprimir alguna toma. Si el bebé es menor de 6 meses esta toma deben ser sustituidas por leche artificial. Si el bebé es mayor de 6 meses, toma otras comidas y bebe buenas cantidades de agua durante las comidas puede que no sea necesario añadir leche artificial. Sin embargo, es importante que la madre controle el peso del bebé mediante la consulta de un profesional sanitario (pediatra o enfermera). Si el bebé es mayor de un año y la madre encuentra que algunas tomas duran demasiado puede decidir acortar la duración y convencer al niño que se entretenga con otras cosas. Una de las ventajas del destete parcial es que no es una solución permanente y la madre puede volver a la lactancia materna exclusiva si lo ve necesario.

1.17.5) DESTETE FORZOSO

En algunas ocasiones el destete se hace inevitable por causas médicas u otras. Cuando el destete ha de ser impuesto, por un motivo totalmente justificado, antes de que la madre o el niño estén preparados para ello, ambos necesitaran apoyo y comprensión.

De todas formas, antes de tomar esa decisión, sería de gran importancia que la madre buscara información contrastada sobre la necesidad de ese destete, ya que con demasiada frecuencia se tiende a inhibir lactancias sin una justificación científica real. Conviene saber que los medicamentos realmente incompatibles con la lactancia son muy pocos y las enfermedades que contraindican la lactancia son menos aún.

En ocasiones se recomienda el destete cuando no es necesario:

- ✓ La madre se siente abrumada por el cuidado del bebé.
- ✓ La salida de los dientes del bebé.
- ✓ La madre tiene mastitis.
- ✓ La madre piensa volver al trabajo.

- ✓ La madre precisa un medicamento o una prueba diagnóstica.
- ✓ La madre o el bebé están enfermos u hospitalizados.
- ✓ La madre está embarazada.

Si estudiando el caso se llega a la conclusión de que es necesario el destete, madre e hijo necesitan un gran apoyo pues va resultar un momento especialmente difícil para ambos por varias razones:

- ✓ Incomodidad física y potenciales complicaciones en la salud de la madre. Su cuerpo va a seguir produciendo leche, y si esta no sale, los pechos se llenarán, habrá ingurgitación, lo que puede derivar en mastitis o abscesos.
- ✓ Cambios hormonales repentinos en la madre que pueden provocar o agravar una depresión. La prolactina que se libera durante la lactancia ha sido relacionada con una sensación de bienestar. El destete abrupto causa una caída repentina en el nivel de esta hormona, lo que en los primeros meses de la lactancia puede llegar a dar lugar a sensaciones de tristeza o depresión. Si se debe dejar de dar el pecho de forma repentina, la madre deberá sacarse la leche para reducir la producción paulatinamente, así los cambios hormonales se darán poco a poco. Si un destete gradual no es posible, es importante que el médico y la madre tengan conocimiento de los posibles efectos de un destete abrupto.
- ✓ El trauma emocional para el bebé. La lactancia es más que un método de alimentación, es además, una fuente de intimidad y consuelo. Cuando es eliminado de repente, el bebé puede sentir que su madre le ha quitado su amor y cariño además del pecho.

El destete gradual permite a la madre sustituir la lactancia por otros tipos de atención y cariño.

La madre que piensa en un destete abrupto quizá se siente presionada y angustiada. Antes que nada hay que escucharla para poder ayudarle a

aclarar sus sentimientos antes de darle información. Se le debería preguntar de cuánto tiempo dispone para realizar el destete, cuanto más tiempo tenga más fácil será para ella y el bebé. Hay que ayudar a la madre a planear el destete de acuerdo con el tiempo disponible. Debe decirse a la madre que el bebé no va necesitar tomar biberón con la misma frecuencia con que tomaba del pecho, de manera que el número final de tomas con biberón será menor que el número de tomas con pecho.

Las madres que destetan bruscamente, a menudo temen aliviar mediante la extracción su incomodidad pues consideran que estimularán sus pechos para seguir produciendo. Pero sacarse un poco, lo justo para aliviar la ingurgitación pero no tanto como el bebé tomaría, es lo deberían hacer.

Durante este periodo es posible que la madre tenga que usar protectores para absorber escapes involuntarios de leche, y puede sentirse más cómoda con un sostén firme que le dé más soporte. El uso del Parlodel ya no está indicado, pues cada vez hay más informes que hablan de reacciones adversa graves (embolia, convulsiones, incluso varias muertes) además nunca fue eficaz para disminuir la producción de leche más allá del período posparto.

Hay madres que sienten el impulso de separarse de sus bebés durante el destete por temor a que insistirán en tomar el pecho, sin embargo el bebé necesita más que nunca saber que su madre le quiere. Más atención y cariños pueden ayudarlo a compensar la pérdida de la lactancia.

Para que la madre no se alarme es necesario advertirla que aún después de haber dejado de sacarse leche, y de sentir ingurgitación en sus pechos, estos tendrán leche por un tiempo.

1.17.6) DESTETE TOTAL

Ocurre cuando la madre decide abandonar totalmente la lactancia.

1.17.7) FALSO DESTETE

A lo largo del primer año de vida pueden existir momentos en los que el niño muestra un menor interés por la lactancia, como consecuencia de su propio desarrollo (Por ejemplo alrededor de los 9 meses). Esto no debe ser confundido con el verdadero destete. Más bien es consecuencia del creciente interés del niño por su entorno, que le hace distraerse fácilmente del pecho. En un ambiente tranquilo, con luz tenue, con un menor nivel de estimulación, el niño mamará cuanto necesite, recuperando “el tiempo perdido”.

Si pensamos que la leche es un alimento de gran importancia en la dieta del niño, al menos durante sus dos primeros años de vida, no es razonable pensar que ya no le hace falta la leche de su madre pero sí en cambio otro tipo de leche. La naturaleza no tiene previsto que una cría tome leche de una especie distinta a la suya.

En cualquier caso, si una madre no desea prolongar la lactancia hasta que el niño decida dejarlo, tal vez le sea más fácil destetarlo entre la edad de los 9 y 14 meses. Sin embargo la decisión de la madre de destetar puede no ser firme a esa edad, por lo que no se debería alentar a la madre a que lo haga con el fin de evitarle supuestas futuras molestias que tal vez no se presenten nunca.(5)

1.18. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A QUE SE DE UN DESTETE TEMPRANO

1.18.1) FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Existen diversos factores por los cuales una mujer decide no darle pecho a su hijo recién nacido; diversos estudios sugieren que estos factores condicionantes son tan diversos y personales como cada mujer, y a su vez se ven influenciadas por las vivencias y percepciones que han ido adquiriendo estas a lo largo de toda su vida.

El nivel socioeconómico es uno de los condicionantes del destete precoz; de este podemos mencionar algunos factores como la estructura familiar, los ingresos en la mujer trabajadora, y las condiciones laborales, así como también la influencia que ejerce el medio en el que se desenvuelve cotidianamente.

En la actualidad son miles de mujeres las que se incorporan día a día a la actividad económica fuera de su hogar, muchas de estas mujeres trabajadoras no cuentan con facilidades en sus trabajos para amamantar a sus hijos por diversas razones.

El conflicto que existe entre la maternidad y el trabajo pone de manifiesto la importancia social del destete. Las mujeres que dan el pecho tienen derecho a trabajar y las mujeres que trabajan tienen derecho a dar pecho. El dar pecho requiere una definición de trabajo que respete la crianza y la simbiosis madre criatura como hechos indispensables para el desarrollo del ser humano; (Blázquez, 2004).

Aun hoy en día a muchas madres trabajadoras se les presenta distintos obstáculos para hacer valer sus derechos en cuanto a la licencia para amamantar, ya que de una u otra forma se les mina el espacio que poseen, dado que en sus lugares de trabajo se les niega este derecho, y si estas lo hacen valer se ven expuestas a perder el empleo, se debe tomar también en cuenta que muchas de estas mujeres son trabajadoras informales las cuales no cuentan ni siquiera con algún tipo de respaldo por el tipo de trabajo u oficio que realizan.

Según varios autores, el aumento en la frecuencia y la rapidez con la que se da ahora el destete se debe a dos grandes causas: una ha sido la promoción (apoyada por los medios masivos de comunicación) de la lactancia artificial, basada en la utilización de biberón y las leches industrializadas; la segunda causa ha sido la integración de las mujeres al mercado del trabajo remunerado, lo que les impide, poco tiempo después del parto, mantenerse

cerca de sus hijos para amamantarlos correctamente. (Vandale-toney, Rivera et al., 1997)

Una mejor condición económica está relacionada con mayor riesgo de destetar rápidamente al lactante, esto quizás se deba a que cuentan con los recursos económicos necesarios para adquirir sucedáneos de la leche materna. Se debe recordar que entre más tardío sea el destete es un ahorro a la economía del hogar, por lo que una madre de bajos recursos económicos no va a contar con las facilidades para adquirir estas fórmulas lácteas ya que implica mayores costos y un golpe en la economía familiar.

La rapidez con la que se da el destete es también influenciada por el grado de escolaridad que poseen las madres. Algunos estudios han demostrado que el nivel educativo superior es predisponente positivo para que el destete no se dé tan rápido, esto es ya que las mujeres cuentan con mayor conocimiento y comprensión sobre los beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos. Gonzáles (2002) dice que el grado de escolaridad materna y el destete a más tardía edad son directamente proporcionales, por lo que es más duradera en madres de nivel universitario, lo que está relacionado con una mejor información y comprensión de las ventajas de este tipo de alimentación.

Otros factores que pueden favorecer o desincentivar a que se dé un destete temprano son las presiones comerciales, las políticas y normas nacionales e internacionales, así como la cultura también influencia la alimentación al seno materno, esto porque cada quien tiene sus propias creencias y prácticas.

Es notable el aumento creciente del destete temprano, en los países en desarrollo, tanto en áreas urbanas como en las rurales. Los factores que se han asociado con su abandono son diversos y difieren de acuerdo con el sitio de residencia y a las características socioeconómicas y culturales (8).

1.18.2) FACTORES CULTURALES

Al igual que los factores socioeconómicos los factores culturales juegan un papel importante en el amamantamiento esto porque las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven.

En algunas culturas se consideraba que una buena madre es la que amamanta a su hijo desde muy temprana edad, esto porque según algunos la lactancia al pecho es una práctica naturalizada propia de cada mujer. En la Italia de los años 20 se creía que una buena madre era aquella mujer que tenía una gran cantidad de leche en sus senos y amamantaba hasta edades avanzadas a sus hijos. Una mujer que no tenía leche era considerada un fracaso como esposa y como madre debido al argumento que son las mujeres las únicas con capacidad de amamantar. (Castilla, 2005)

El destetar a los niños ha sido un problema recurrente y cada época y cultura ha tenido sus propios condicionantes. El código de Hammurabi contenía regulaciones sobre la práctica de lactancia, así como durante los siglos XVIII la alimentación era brindada por las nodrizas, ya que las madres de esas épocas deseaban mantener su belleza (Delgado, Arroyo y cols, 2006)

Aun hoy en día la estética juega un papel muy importante en la decisión de brindar o no lactancia al seno materno, esto por la explotación del cuerpo femenino como objeto sexual, por parte de los medios de comunicación. Muchas mujeres no brindan lactancia a sus hijos ya que tienen creencia de que esto les deteriora la apariencia de las mamas. También a muchas les da vergüenza amamantar a sus hijos en público, mientras que otras pueden considerar que es más elegante la alimentación con biberón y que este es un símbolo de estatus social.

El destete precoz también aumenta, cuando las mujeres de zonas rurales, se van a las aéreas urbanas donde las prácticas modernas pueden reemplazar

las tradicionales o estar bajo la influencia de la urbanización, es aquí donde muchas pierden parte de su cultura y sus creencias ya que se dejan seducir por las facilidades que se presentan en las zonas urbanas y el tipo de vida que se vive en ellas.

También la migración a la metrópolis puede afectar de manera positiva o negativa la alimentación al seno materno, de manera positiva, porque se supone que las mujeres al trasladarse a la ciudad deberían de tener una mejor atención y un mayor acceso a los servicios de salud, con lo cual la lactancia materna definitivamente se beneficia; pero también la migración puede ser un obstáculo ya que las mujeres no se trasladan directamente a la ciudad, sino que lo hacen a asentamientos marginales ubicados en las afueras de la metrópolis, en estos cinturones de pobreza las futuras madres deben afrontar situaciones difíciles donde muchas veces no alcanzan ni tan siquiera a satisfacer las necesidades básicas y donde no cuentan con un seguro social por lo que su acceso a los servicios de salud se ve limitado, a pesar de las leyes que protegen a la gestante.(8)

1.18.3) FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD

En algunos casos son los médicos los que contraindican la lactancia materna por diversas razones. Entre ellas:

- ✓ Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- ✓ Virus de la Leucemia Humana (HTLV).
- ✓ Madres dependientes de drogas de abuso.
- ✓ Isótopos radiactivos mientras exista radiactividad en la leche materna.
- ✓ Quimioterápicos o antimetabolitos hasta que estos se eliminan de la leche. (4)

La decisión de amamantar está altamente influenciada por la información acerca de la alimentación infantil que reciben las madres y por el apoyo físico y social proporcionado durante el embarazo, parto y puerperio.

Las actitudes familiares, médicas y culturales, las condiciones económicas, presiones comerciales y las políticas y normas, nacionales o internacionales pueden favorecer o desincentivar la lactancia (Ilabaca y Atalah. 2002.)

Navarro (2003) menciona que la educación prenatal, los aspectos hospitalarios relacionados con el parto y el puerperio precoz, el acceso a la atención primaria y el seguimiento a través de sus consultas y por último la existencia de talleres y de grupos de apoyo para que no se dé un destete temprano, son aspectos importantes a tomar en cuenta para la promoción y el fomento de no destetar a los lactantes antes de la edad correspondiente.

El sistema de salud juega un papel importante dado que es aquí donde se supone que se va educar y concientizar a la madre sobre la importancia de brindar el seno a sus hijos, además de que es este sector el que viene de una u otra forma a operacionalizar todas las políticas y normas creadas para el fomento del no destete. Sin embargo muchas veces por el sobrecargo de funciones y la cantidad de trabajo que poseen los funcionarios en el área de salud impide que a las madres se les brinde una atención de calidad, omitiendo muchas veces información muy valiosa que puede afectar de manera positiva la decisión de una madre para amamantar a su bebe.(8)

1.18.4) OTROS CONDICIONANTES DE UN DESTETE TEMPRANO

Otro factor no menos importante a los ya mencionados anteriormente como influyentes en la decisión de destetar tempranamente, está relacionados con la psicología y percepción de la madre con respecto a la producción de la leche materna.

Algunos estudios informan que las razones aducidas por las madres para terminar la lactancia al seno incluyen:

Percepción de que hubo una producción insuficiente de leche, el desconocimiento del valor nutritivo que posee la leche humana para el niño durante sus primeros meses de vida, la existencia de conflictos con el horario de trabajo, la presencia de molestias por congestiones en las mamas y agrietamiento de los pezones.

Esos mismos estudios mencionan que la disminución y el abandono del amamantamiento se asocian con falta de apoyo hacia la madre que lacta, quien ante la demanda del niño aduce falta de leche o mala calidad de la misma. Estos fenómenos ponen en evidencia la necesidad de aportar información oportuna y adecuada a las madres acerca del beneficio que aporta alimentar a sus hijos al seno materno, tanto para el niño como para la mujer misma (Vandale-Toney, Rivera y Cols, 1997)

En muchos estudios, sobre todo en países industrializados, se cita “leche insuficiente” como la razón más común de las madres para llevar de manera precoz el destete de sus niños o para iniciar una rápida suplementación con otros alimentos, en especial fórmulas lácteas.

Es muy fácil suponer que muchas mujeres son incapaces de producir leche en cantidad adecuada para alimentar a sus niños pequeños, sin embargo; esto puede reflejar una inseguridad de la madre, relacionada con falta de conocimiento sobre los beneficios de no destetarlos rápidamente.

Se debe tomar en cuenta si la madre ya tuvo una experiencia previa con la lactancia y como fue está. Como señala Velazquez (2004), si además la experiencia de amamantar ha sido dolorosa y se ha tenido dificultades de inicio, por desconocimiento de una técnica adecuada o por falta de información y apoyo, se trasmite a las próximas generaciones un mensaje de frustración y rechazo para amamantar al niño.(8)

1.19. CONSECUENCIAS DEL DESTETE PRECOZ

Cuando el niño recibe alimentos diferentes a la leche materna antes de que su organismo esté preparado para asimilarlos, puede provocarle trastornos digestivos, alergias, intolerancia a los alimentos y también diarrea infecciosa. Igualmente, el retraso de la incorporación de alimentos diferentes a la leche en la dieta del bebé, provoca desnutrición, porque la leche materna no basta para satisfacer los requerimientos para un crecimiento adecuado.

Es muy importante comprender que el destete es un proceso de adaptación del bebé, no sólo en el aspecto nutricional, sino también en lo emocional y en lo social. Constituye un paso fundamental en la conquista de la independencia con relación a su madre y también en su integración al medio que lo rodea. Debe realizarse en forma lenta y cuidadosa y evitar cambios bruscos que puedan atentar contra su bienestar físico y emocional.

Si la madre se encuentra en las condiciones óptimas de salud y con una vida tranquila, podrá prolongarse la lactancia. En cambio si la madre tiene problemas nutricionales, agotamiento físico o está sometida a un estrés importante, se impone la necesidad de complementar la lactancia con otros alimentos antes de lo habitual.

El mantenimiento de la lactancia más allá de lo habitual y sin una alimentación complementaria adecuada lleva a una insuficiencia nutricional que retrasa el desarrollo físico del bebé.

1.20. PERIODO MÁS FRECUENTE EN EL CUAL SE PRESENTA EL DESTETE

No se puede precisar una edad ideal para comenzar el proceso del destete. Todos los niños son diferentes y cada uno tiene su ritmo de crecimiento y maduración que le son propios.

Una situación muy frecuente que determina la necesidad de iniciar el destete antes de lo habitual está relacionada con la situación laboral de la madre. A veces es muy difícil conciliar el amamantamiento prolongado con una madre que trabaja más de 8 horas diarias fuera de su hogar.

1.21. EDAD MATERNA EN LA CUAL SE PRESENTA MÁS COMUNMENTE EL DESTETE

En cuanto a la madre, existen diversos factores que pueden relacionarse con la decisión del destete, ya sea por voluntad propia o por factores ajenos a la misma. Dentro de los principales factores maternos, se pueden mencionar la hipogalactia, la cual suele afectar a un número considerable de madres, siendo esta también dependiente de factores de alimentación y costumbres de las personas, además por grupos etarios en un alto porcentaje de madres jóvenes se vincula el destete a embarazos no planeados, en los cuales el apego de la madre hacia el hijo no es el idóneo, lo cual conlleva a un destete inadecuado, otras madres jóvenes estudiantes o trabajadoras, con horarios de estudio o trabajo extendidos, en los cuales a muchas de estas se les niega el derecho al amamantamiento, derivando en un destete precoz aún, cuando no es voluntario, también estas mismas condiciones con horarios que no se adaptan a las necesidades del lactante conllevan a que el mismo sustituya la lactancia con los métodos alternativos que se utilizan mientras la madre se encuentra ocupada.

En cuanto a las madres de mayor edad, grandes multíparas, generalmente se ha observado un destete tardío, debido a la experiencia que poseen dichas madres, se ha documentado que en mujeres mayores a treinta años de edad que verifican su primera paridad, tienen mayor incidencia de agalactia, situación que se ha relacionado con niveles hormonales menores a los de la mujer joven.

1.22. EDAD MÁS FRECUENTE A LA QUE EL NIÑO ES DESTETADO

Las virtudes inmunitarias que han de proteger al niño están proporcionalmente relacionadas con la edad y el tipo de destete que este tenga, OMS afirma que debe de mantenerse una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, introduciendo posteriormente alimentos de forma escalonada en la dieta del infante, manteniendo de forma ideal la lactancia aunada a la dieta por un tiempo que no ha sido aún establecido, se habla de un ideal entre los 2 años y los 7 años y medio para realizar el destete definitivo según diversas literaturas.

Diversos estudios afirman que la edad del destete ronda los 4 o 5 meses de edad, y como principal causa describen que las madres afirman que “el niño no se llena”. En un estudio realizado en La Habana, Cuba en el mayor porcentaje de niños estudiados el destete ocurrió de 1 a 2 meses, la principal causa de supresión de la lactancia natural referida por las madres fue que el niño no se llenaba. Disfrutaron por más tiempo de la lactancia materna exclusiva, los hijos de madres mayores de 30 años, con nivel preuniversitario y el tiempo de lactancia materna exclusiva fue mayor, en los hijos de madres que estudian (9).

1.23. ALIMENTOS MAS FRECUENTES PARA DESTETAR AL BEBE

Al inicio las madres prefieren empezar el destete con papillas de cereales, frutas o verdura. La mayoría prefiere los puré de papa, el plátano, manzana, banano, o cereales ya procesados de acuerdo a la edad del bebe. No es conveniente añadir los cereales al biberón, sino que lo mejor es incorporarlo en forma de papilla a cucharadas para así enseñarle al bebe a comer.

Las verduras más aconsejadas por su fácil digestión son:

- ✓ Verduras amarillas: Puré de zanahorias, calabaza, calabacín y patata.
- ✓ Verduras verdes: Puré de guisantes.
- ✓ En nuestro país las más utilizadas son la papa, zanahoria, güisquil.
- ✓ Puede añadirse aceite de oliva al puré para enriquecerlo.
- ✓ Lo mejor es darle de una sola verdura por vez, y esperar un par de días antes de incorporar la siguiente.
- ✓ Si las verduras no generan ninguna intolerancia pueden incorporarse frutas como por ejemplo: manzanas, plátanos, melocotones, peras. Lo más recomendable es en forma de puré y no como zumo, lo cual le permitirá al bebe aprender a comer.
- ✓ Las más comúnmente utilizadas en nuestra sociedad son la manzana, el plátano, el guineo, pera.

Es importante agregar los diferentes alimentos nuevos de uno a uno y dárselos por 3 días consecutivos para evaluar la aceptación y tolerancia.

En el primer período del destete el niño debe ingerir alimentos semisólidos una sola vez al día, y completar la comida con leche materna. En el segundo período, cuando la tolerancia a los semisólidos es completa se agrega otra comida diaria con semisólidos.

Estos alimentos complementan pero no sustituyen la leche materna, por lo tanto además de la papilla hay que poner al pecho al bebé en todas las comidas. La mamada puede preceder o ser posterior a la alimentación con las papillas

1.24. CANTIDAD DE ALIMENTOS CON LA QUE SE INICIA EL DESTETE

El bebe controla cuando está saciado, por lo tanto conviene iniciar la introducción de alimentos de una en una cucharadita a la vez hasta lo que el bebe tolere o acepte. Recordemos que mientras más pecho se le esté dando al bebe será menor la cantidad de otros alimentos la que acepte.

Actualmente las madres inician de una en una cucharada, incluso solo una pizca de los diferentes alimentos hasta que logran que este acepte 3 o 4 cucharaditas.

1.25. HORARIOS MÁS COMUNES A LOS QUE SE DA EL DESTETE

Es durante los horarios de la noche cuando muchas madres inician dándole biberón a los bebés; probablemente sea por el cansancio exagerado que éstas viven en los primeros meses desempeñando el papel como madre. Por otra parte algunas prefieren los horarios de las meriendas durante la mañana o a media tarde para iniciar dando probaditas de alimentos a sus bebés, muchas veces como meriendas o refrigerios.

Hablando de comidas más formales generalmente las horas más comunes en las cuales las madres optan para introducir otros alimentos al bebé es durante los horarios del almuerzo donde ellas aprovechan a dar una probadita de sopa o tortilla con algún acompañante como caldo.

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

1) TIPO DE ESTUDIO

- A) Cuantitativo
- B) Transversal
- C) Descriptivo
- D) Prospectivo

2) UNIVERSO

Niños menores de 5 años que asistieron a controles de niño sano en las unidades de salud UCSFB LAS LAJAS, SONSONATE y UCSFE CHALCHUAPA, SANTA ANA en el periodo de marzo a agosto del año 2017.

Para dicho universo se aplicó la siguiente fórmula que nos ayudó a obtener la muestra:

$$n = \frac{Z^2 PQN}{(N - 1)E^2 + Z^2 PQ}$$

En donde:

n= tamaño de la muestra

Z= 1.96= es correspondiente al nivel de confianza del 95%

P= 0.5= Probabilidad de éxito

Q= 0.5= probabilidad de fracaso

E= 0.07= es el error muestral

N= 2,337= es el tamaño poblacional

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96^2)(0.5)(0.5)(2337)}{(2337 - 1)(0.07^2) + (1.96^2)(0.5)(0.5)}$$

La muestra fue de: 187

3) MUESTREO

TIPO DE MUESTREO

El muestreo que se utilizó fue por conveniencia; puesto que nos interesa conocer los niños de 0 a 6 meses de edad que han dejado de recibir lactancia materna por diversos factores y que están en control en las unidades de salud UCSFB Las Lajas y UCSFE Chalchuapa.

4) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1) Niños de 0 a 6 meses de edad.
- 2) Que lleven sus controles de niño sano en UCSFB Las Lajas y UCSFE Chalchuapa.
- 3) Que fueron destetados antes de los 6 meses de edad; en el período comprendido de marzo a agosto de 2017.

5) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Niños mayores de 6 meses de edad.
2. Niños menores de 6 meses de edad que no lleven sus controles de niño sano en UCSFB Las Lajas y UCSFE de Chalchuapa y que asisten a dichos establecimientos solamente por morbilidad en alguna ocasión.

3. Niños de 0 a 6 meses de edad que sean alimentados con lactancia materna exclusiva.

6) INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA ESTRUCTURADA: El instrumento utilizado fue una encuesta estructurada de 12 preguntas, la cual contiene datos generales, y preguntas específicas para abordar el tema de investigación.

- A) **Ámbito de aplicación:** a todas las madres de niños de 0 a 6 meses con controles en UCSFB Las Lajas y UCSFE Chalchuapa.
- B) **Tipo de preguntas:** cerradas y abiertas.
- C) **Objetivo:** Identificar los principales factores que contribuyeron al destete precoz en los niños de 0 a 6 meses de edad.

7) TRABAJO DE CAMPO

- A) La forma en que se realizó es identificando a todo niño de 0 a 6 meses de edad que asistió a control de niño sano en las unidades respectivas UCSFB Las Lajas y UCSFE Chalchuapa.
- B) La muestra fue captada al momento de brindar la consulta médica.
- C) El instrumento de recolección de datos fue aplicado a las madres al momento de la consulta médica de sus niños sin importar si la consulta en dicho momento es por morbilidad o control subsecuente, siempre y cuando se identificó que esté tuviera menos de seis meses, y que además llevase su control de niño sano en dichas unidades; y

se determinara que este había sido destetado ya sea parcial o totalmente.

- D) El estudio se realizó en el consultorio médico correspondiente donde se brindó la atención médica.
- E) La encuesta se realizó al terminar de brindar la consulta médica; y se estimó un promedio de 15 minutos para realizarla; ya que las preguntas fueron establecidas para que la madre solamente seleccionará la opción con la cual se identificara mejor.
- F) Se obtuvo la autorización de la madre por medio de un consentimiento informado, previo a la realización de la encuesta.

8) COMO SE IDENTIFICÓ A LOS NIÑOS DESTETADOS

- ✓ Brindando una atención médica con calidez, de modo que durante el interrogatorio la madre sintiera la confianza de decirnos el tipo de alimentación que está dando a su hijo.
- ✓ Por medio de la identificación comunitaria por parte de los promotores de salud; los cuales a la hora de identificar un menor de 0 a 6 meses que había sido destetado nos brindó su ayuda para contactarlo.
- ✓ Por medio de la hoja de AIEPI, donde se describe el tipo de alimentación que reciben los lactantes.
- ✓ Dando la confianza a las madres para que a la hora de realizar la encuesta seleccionará las opciones de la manera más verídica posible.

9) PLAN DE ANÁLISIS

Ya que se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo; el análisis se realizó en una matriz de datos por medio de gráficas de barra así como de sectores, comparando en ellas la frecuencia de diversos factores que contribuyen a que se dé el destete temprano en los niños de 0 a 6 meses con control en UCSFB Las Lajas y UCSFE Chalchuapa. Permittiéndonos así conocer de forma más amplia cuál o cuáles son los principales factores en orden de frecuencia que conllevaron a que se diera el destete temprano en dichos establecimientos de salud.

10)TABULACIÓN DE DATOS

Se llevó a cabo la tabulación de datos por medio de una tabla de frecuencia de un solo sentido y luego se representaron los datos en gráficos de barra o de pastel para una mejor comprensión.

11)HIPÓTESIS

1. La falta de recursos económicos es uno de los factores que más contribuye a que los niños de 0 a 6 meses de edad sean destetados de forma temprana.
2. La falta de educación acerca de los beneficios que trae consigo amamantar a los niños con seno materno hasta los seis meses de edad, conlleva a que se dé el destete tempranamente.
3. La edad adolescente de las madres es una causa de que los niños sean destetados más tempranamente.

4. Algunas madres deciden destetar tempranamente a sus hijos por comodidad propia.

12) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	INTRUMENTO
Niños de 0 a 6 meses con control de niño sano en UCSFB Las Lajas y UCSFE Chalchuapa	Todo menor de 6 meses que lleve su control de niño sano en UCSFB Las Lajas o en UCSFE Chalchuapa.	1) Sexo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Masculino ✓ Femenino 2) Edad <ul style="list-style-type: none"> ✓ 0 a 1 mes ✓ 1 a 2 meses ✓ 2 a 3 meses ✓ 3 a 4 meses ✓ 4 a 5 meses ✓ 5 a 6 meses 3) Procedencia. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Urbano ✓ Rural 	Encuesta
Recibe el niño lactancia materna exclusiva	Niño que es alimentado solamente con leche materna proveniente del seno de la madre	1) Si recibe 2) No recibe	Encuesta

Fue destetado el niño tempranamente	Niño que no fue alimentado con seno materno total o parcialmente durante los primeros 6 meses de edad	1) A qué edad fue el destete <ul style="list-style-type: none"> ✓ 0 a 1 mes ✓ 1 a 2 meses ✓ 2 a 3 meses ✓ 3 a 4 meses ✓ 4 a 5 meses ✓ 5 a 6 meses 2) Por cual o cuales alimentos fue sustituido el seno materno 3) Frecuencia con que recibe otros alimentos 4) Cantidad que recibe de otros alimentos	Encuesta
Factores que incidieron a que se diera el destete tempranamente	Causas o motivos por los que la madre dejó de alimentar al niño exclusivamente con seno materno antes de los 6 meses de edad.	1) Factores culturales <ul style="list-style-type: none"> ✓ Creencias ✓ Comodismo ✓ Religión ✓ Costumbres familiares 2) Factores sociales <ul style="list-style-type: none"> ✓ Necesidad de trabajo ✓ Superación 	Encuesta

		profesional (por estudio) ✓ Accesibilidad económica para comprar formulas lácteas y biberones	
--	--	--	--

RESULTADOS

RESULTADOS ESPERADOS

PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN

Procedencia	Cantidad	Porcentaje
Rural	103	55.09%
Urbano	84	44.91%
TOTAL	187	100%

Tabla de frecuencia 1



Gráfico 1.

Fuente: pregunta No. 1 de la encuesta.

Análisis e interpretación de datos

Del 100% de madres a quienes se les realizó la encuesta, un 55.09% representa al área rural y el 44.91% corresponde al área urbana.

El destete precoz también aumenta, cuando las mujeres de zonas rurales, emigran a las aéreas urbanas; se ha demostrado ya en otras ocasiones que las costumbres, tradiciones, creencias y cultura del área rural varían con las del área urbana donde las prácticas modernas pueden reemplazar las tradicionales o estar bajo la influencia de la mayor publicidad y bombardeo que se vive por los medios de comunicación, entonces; es aquí donde muchas madres pierden parte de su cultura y sus creencias ya que se dejan seducir por las facilidades que se presentan en las zonas urbanas y el tipo de vida que se vive en ellas.

EDAD DE LAS MADRES

Edad	Cantidad	Porcentaje
10 a 20 años	54	22.87%
21 a 30 años	77	41.17%
31 a 40 años	44	23.52%
41 a 50 años	12	6.41%
Más de 50 años	0	0%
TOTAL	187	100%

Tabla de frecuencia 2.

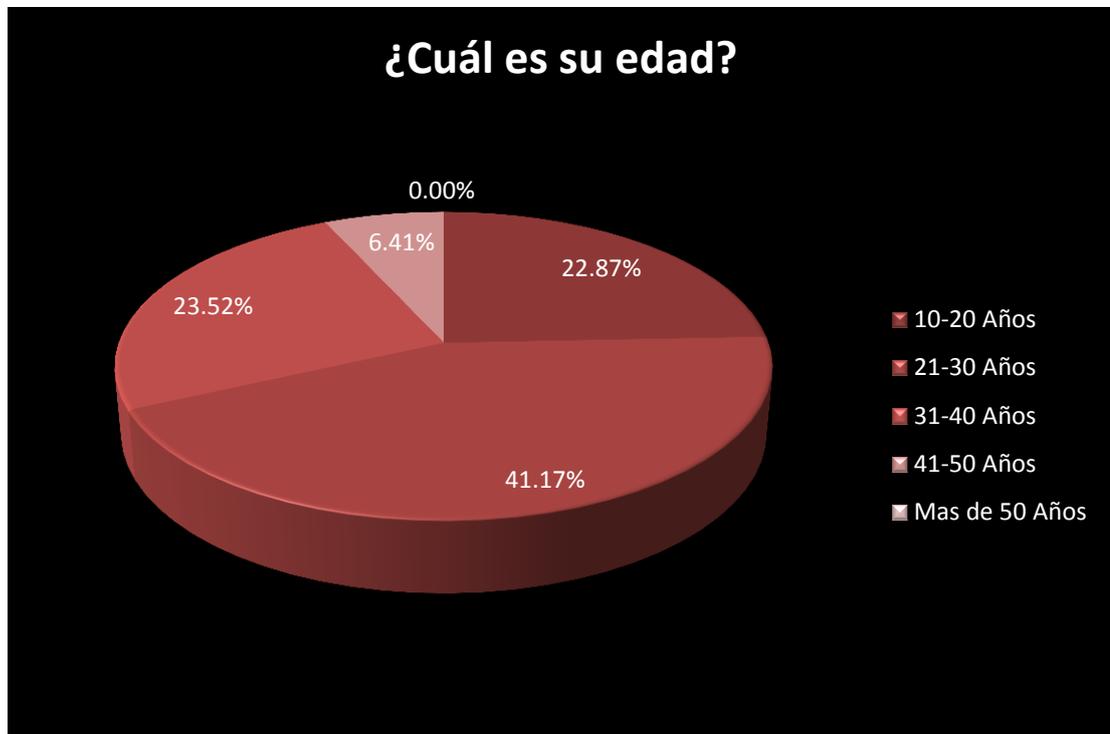


Gráfico 2.

Fuente: pregunta No.2 de la encuesta

Análisis e interpretación de datos

En relación a la edad de las madres encuestadas el 41.17% se encuentran entre los 21 a 30 años, el 23.52% de 31 a 40 años, el 22.87% de 10 a 20 años y solo un 6.41% entre 41 a 50 años.

En contraste con lo esperado debido a la gran afluencia de mujeres adolescentes con sus hijos en la consulta, la mayoría de las madres encuestadas, se encuentra entre los 21 y 30 años, situación que se respalda por la mayor incidencia de embarazos en este intervalo de edades en nuestro país; madres en su mayoría en edad adulta, las cuales son capaces de tomar sus propias decisiones y no verse influenciadas de manera tan directa por la presión ejercida de su círculo familiar a la hora de decidir el destetar o no a sus bebés.

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES

Estado Civil	Cantidad	Porcentaje
Soltera	47	25.13%
Casada	62	33.15%
Unión Libre	77	41.17%
Viuda	1	0.53%
TOTAL	187	100%

Tabla de frecuencia 3.

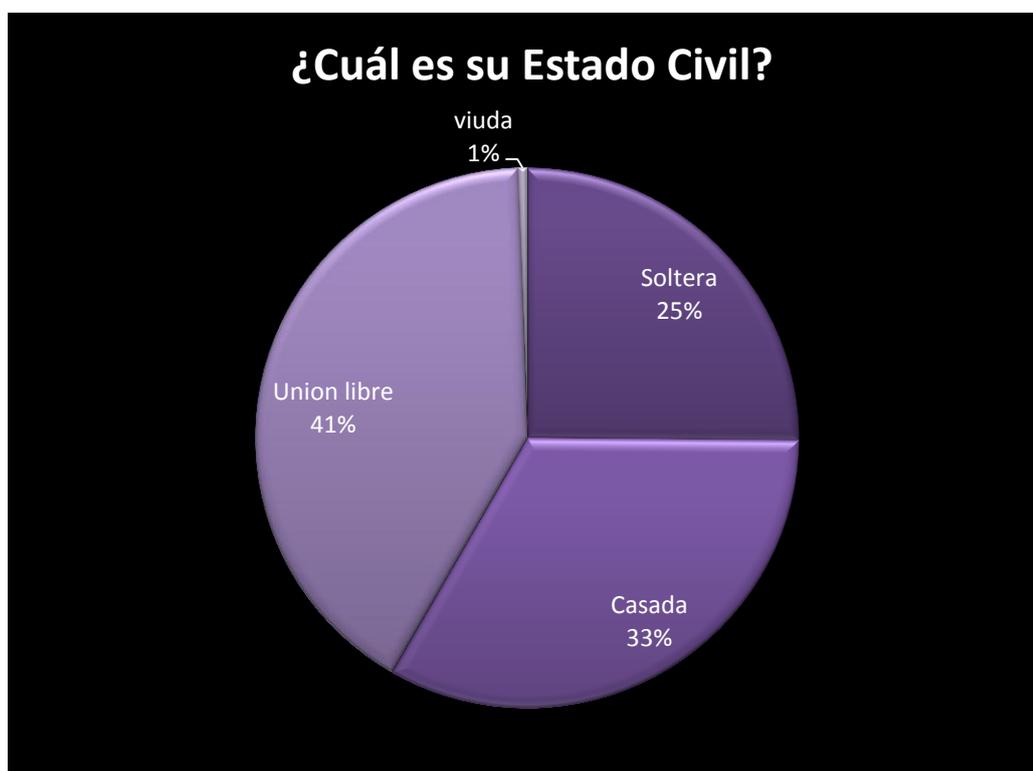


Gráfico 3.

Fuente: pregunta No.3 de la encuesta

Análisis e interpretación de datos

De la madres encuestadas el 41.17% está en unión libre, 33.15% casada; seguido de un 25.13% soltera y solo una madre refiere estar viuda.

No es igual una madre soltera y que probablemente no cuenta con el apoyo económico de su pareja y que deberá irse a trabajar a penas a unos días de haber tenido a su hijo, a aquellas mujeres que cuentan con esté y que probablemente no tendrán la necesidad de irse a trabajar y despegarse de sus pequeños tan rápidamente; por lo tanto, las primeras aunque tengan el deseo de amamantar a sus niños no tendrán el tiempo de hacerlo, mientras que las segundas contarán con mayor disponibilidad de tiempo y cercanía para ello.

NIVEL ACADÉMICO DE LAS MADRES

Formación Académica	Cantidad	Porcentaje
Primaria	58	31.01%
Secundaria	61	32.62%
Bachillerato	51	27.27%
Universitaria	13	6.95%
No estudió	4	2.13%
TOTAL	187	100%

Tabla de frecuencia 4.

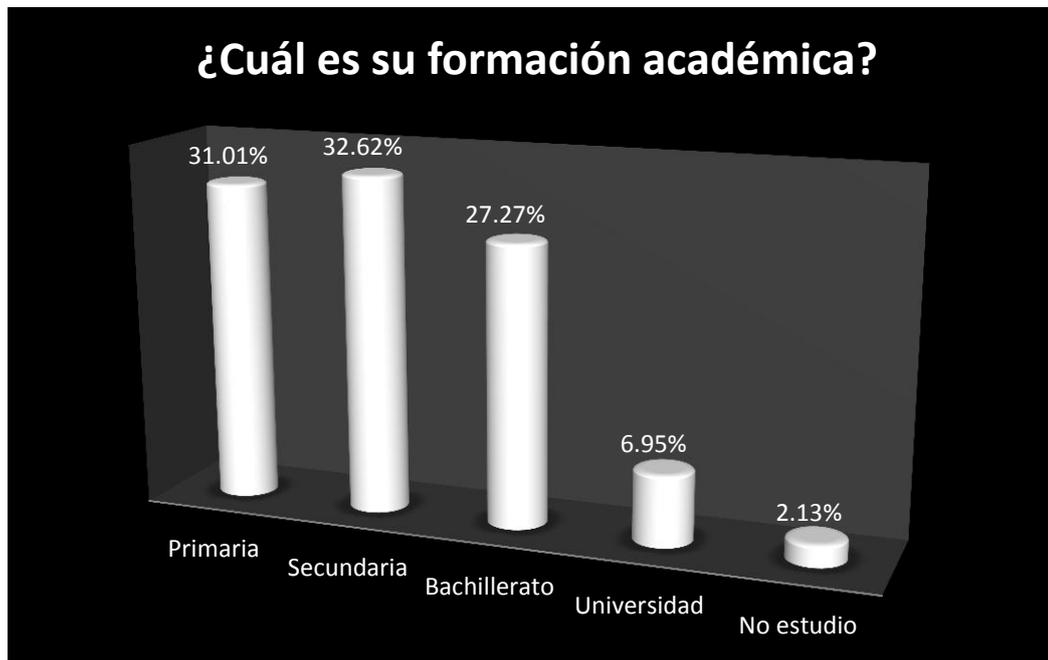


Gráfico 4.

Fuente: pregunta No. 4 de la encuesta.

Análisis e interpretación de datos

Según los datos obtenidos la mayoría de las madres posee conocimiento educativo; ya que solo un 2.13% es decir 4 del total respondió que no estudió; de las restantes un 32.62% refieren que estudió secundaria, seguido de 31.01% que estudio primaria y el 27.27% tuvo acceso a estudiar bachillerato.

La rapidez con la que se da el destete es también influenciada por el grado de escolaridad que poseen las madres. Algunos estudios han demostrado que el nivel educativo superior es predisponente positivo para que el destete no se dé tan rápido, esto es ya que las mujeres cuentan con mayor conocimiento y comprensión sobre los beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos. A partir de la última década ha incrementado la cantidad de centros escolares en las zonas rurales de nuestro país; en las cuales ya se cuenta con primaria, secundaria e inclusive bachillerato; por lo tanto las madres cuentan con mayor accesibilidad educativa.

OCUPACIÓN U OFICIO

Ocupación	Cantidad	Porcentaje
Ama de Casa	123	65.77%
Trabajo Informal	42	22.45%
Trabajo Formal	21	11.22%
Otros	1	0.53%
TOTAL	187	100%

Tabla de frecuencia 5.

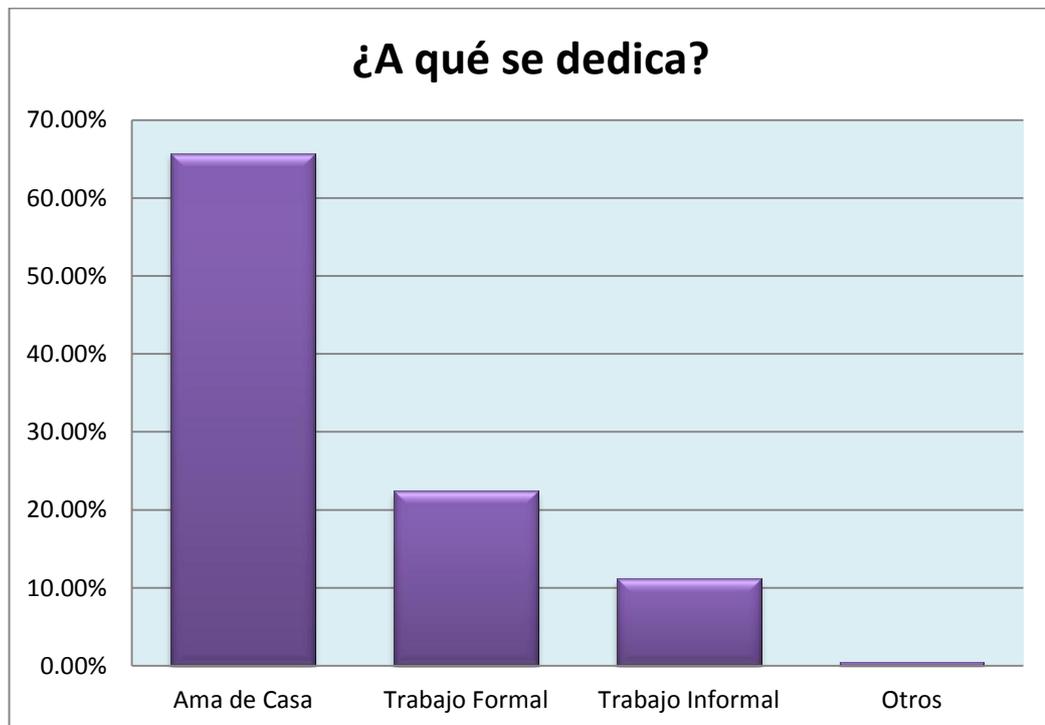


Gráfico 5.

Fuente: pregunta No.5 de la encuesta.

Análisis e interpretación de datos

El mayor porcentaje de ellas con un 65.77% son amas de casa, un 22.45% tienen un trabajo informal y solo un pequeño porcentaje poseen un trabajo formal con un 11.53%

El oficio o la profesión de la madre también influye con respecto a la decisión de destetar; puesto que una madre que no trabaja tendrá todo el tiempo disponible para amamantar a sus niños con seno materno; mientras que aquellas que cuentan ya sea con trabajo formal o informal tendrán menor posibilidad de hacerlo, la diferencia entre estas últimas dos categorías será que una madre con trabajo formal y que cuente con seguro médico ahora tiene derecho a cuatro meses de lactancia para convivir con sus hijos, además de la hora diaria de permiso para lactancia materna que se les proporciona los meses posteriores cuando retornar al trabajo; mientras que las que no cuenten con trabajo formal dependerán de la decisión y la voluntad de sus jefes en caso de las que cuentan con uno, para retornar a estos y separarse de sus bebés.

NÚMERO DE HIJOS

Número de Hijos	Cantidad	Porcentaje
1	90	48.10%
2	56	29.94%
3	33	17.64%
4 o más	8	4.27%
TOTAL	187	100%

Tabla de frecuencia 6.

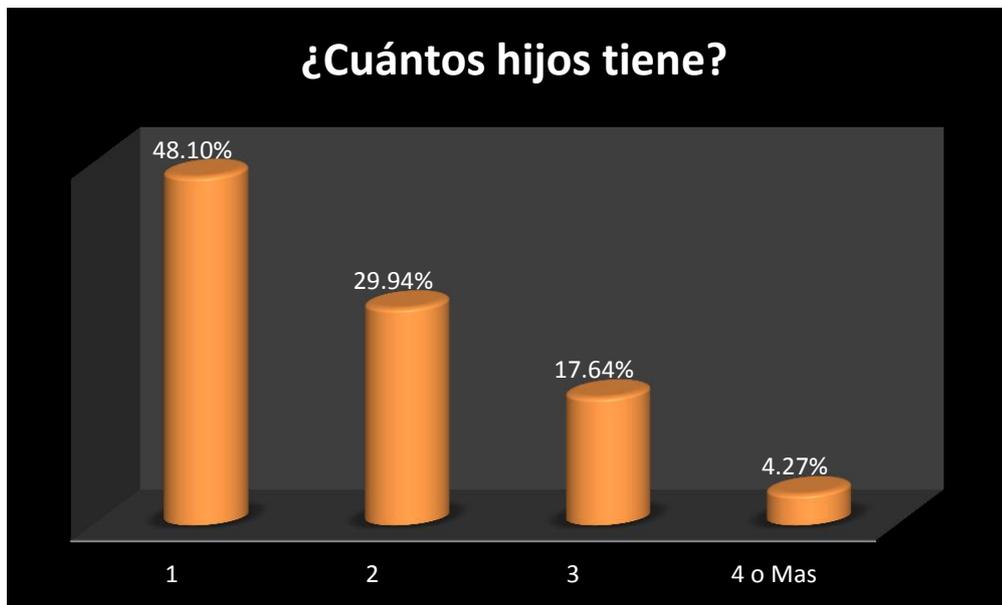


Gráfico 6.

Fuente: pregunta No.6 de la encuesta.

Interpretación y análisis de datos

Según la información obtenida un 48.10% de las entrevistadas tienen 1 hijo, 29.94% 2 hijos y el restante posee más de 3 hijos.

Aunque en el país se considera que las familias cuentan con muchos integrantes, dentro de la población en estudio, las tres cuartas partes de las personas poseen entre uno y dos hijos. No es lo mismo orientar a una madre primeriza a que no destete a su bebe precozmente, a hacerlo con una madre que ya tuvo uno, dos o más hijos antes y de los cuales probablemente a ninguno alimento con seno materno.

Estudios han demostrado que el primer hijo cuenta; que dependiendo la relación durante la lactancia materna que la madre tuvo con su primer bebe será un factor importante para marcar como será su decisión de amamantar a sus futuros hijos; puesto que si la primera impresión fue desagradable, molesta o frustrante debido al dolor y al agotamiento que puede presentar la madre en esta etapa de su vida a consecuencia de mala orientación sobre una buena lactancia con lo que respecta a un buen agarre y una buena posición; seguramente la madre no querrá volver a pasar por lo mismo.

GENERACIÓN DEL HIJO ENTREVISTADO

Número de Hijo	Cantidad	Porcentaje
1	90	48.10%
2	56	29.94%
3	33	17.64%
4 o más	8	4.27%
TOTAL	187	100%

Tabla de frecuencia 7.

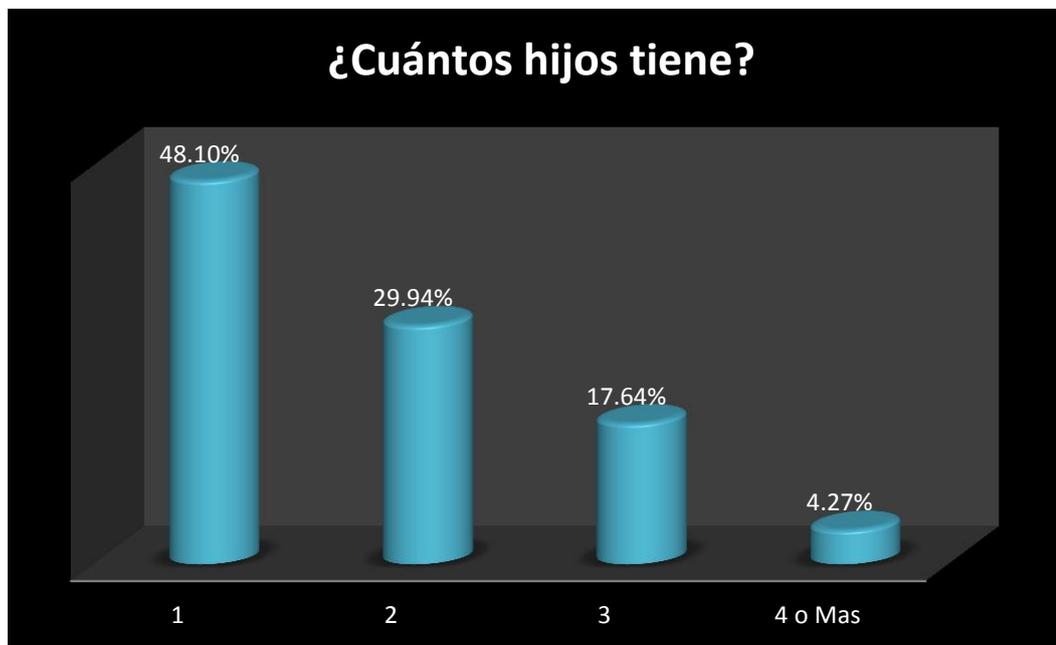


Gráfico 7.

Fuente: pregunta No.7 de la encuesta.

Interpretación y análisis de datos

De la población un 48.10% consultaron con su primer hijo, un 29.94% con su segundo hijo y el restante se presentó a la consulta con su tercer hijo.

Con esta pregunta se puede observar que la información obtenida es proporcional a la obtenida en la pregunta anterior; la mayoría de las madres entrevistadas consulto con su primer hijo; el objetivo de esta pregunta está relacionado con la anterior, indagar acerca de los antecedentes previos de la madre acerca de la lactancia materna; y el posible deseo o no que esta pueda tener a la hora de amamantar a su nuevo hijo.

Aunque no está establecido el hecho de que por que a su primer hijo no lo alimento con seno materno no lo hará con los demás, generalmente tienden a crearse dudas y a veces cuestionamientos de parte de la madre hacia sí misma; es por ello que conviene identificar tempranamente lo que piensa la madre con respecto a la lactancia y si tiene algún temor que le impida poder alimentar a su bebe con seno materno.

EDAD DEL NIÑO

Edad	Cantidad	Porcentaje
1 mes	25	13.36%
2 meses	32	17.11%
3 meses	26	13.90%
4 meses	37	19.78%
5 meses	34	18.18%
6 meses	33	17.64%
TOTAL	187	100%

Tabla de frecuencia 8.



Gráfico 8.

Fuente: pregunta No.8 de la encuesta.

Interpretación y análisis de datos

El mayor porcentaje de edad está conformado por niños de cuatro meses con un 19.78%, y el menor porcentaje 1 mes de edad con 13.36%.

Existe poca diferencia entre las cantidades que representan a cada edad, siendo proporcional a que cada mes nace una cantidad promedio de niños, de quienes las madres desde un primer momento en su inscripción, son concientizadas sobre la importancia de los controles infantiles mensuales en este intervalo de edad, teniendo actualmente una amplia cobertura de la mayoría de menores de 5 años.

No es igual un niño de 1 mes que ha sido destetado, que un niño de 6 meses que fue destetado al mes de edad, o que quizá desde su nacimiento ya le tenían preparado su biberón con fórmula; es más difícil convencer a una madre de un lactante de 6 meses y que nunca le dio pecho a que retorne o inicie la lactancia.

GÉNERO DEL NIÑO

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Masculino	83	44.38%
Femenino	104	55.61%
TOTAL	187	100%

Tabla de frecuencia 9.

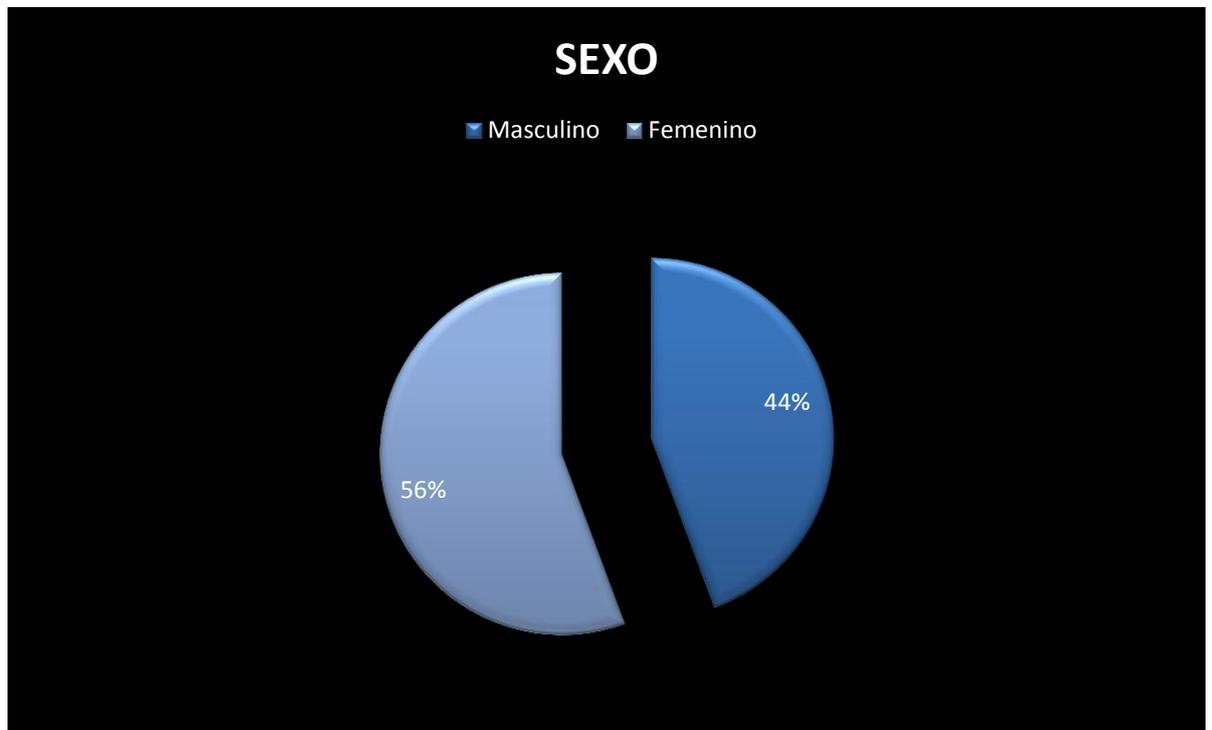


Gráfico 9.

Fuente: pregunta No.9 de la encuesta

Interpretación y análisis de datos

En cuanto al sexo de los niños por una pequeña minoría el sexo femenino ocupa el primer lugar con un 55.61% y el sexo masculino con un 44.38%.

A nivel internacional y a través de las décadas, ha existido un porcentaje un tanto mayor del sexo femenino por sobre el masculino, lo cual se puede percibir en el resultado del presente estudio. Independientemente del sexo los factores que contribuyen al destete serán los mismos para ambos.

RECIBE EL NIÑO LACTANCIA MATERNA

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Si	158	84.49%
No	29	15.50%
TOTAL	187	100%

Tabla de frecuencia 10.



Gráfico 10.

Fuente: pregunta No.10 de la encuesta

Interpretación y análisis de datos

Se puede observar que el 84.49% de los niños reciben lactancia materna en cualquiera de sus tres formas y el 15.50% no recibe para nada lactancia materna.

A pesar de las múltiples campañas, la promoción y educación sobre lactancia materna en todos los niveles de salud que hay en el país, siempre se presenta un porcentaje de niños que no están lactando, puede pensarse que un 84.49% es un valor relativamente alto de niños que están siendo amamantados, pero no basta solo con responder sí; habría que indagar qué tipo de lactancia es la que están recibiendo; la calidad y la cantidad que reciben a diario, ya que no es igual que el niño reciba lactancia materna exclusivamente a aquellos que a lo mejor solo les dan alimentación al pecho una vez al día.

FRECUENCIA CON LA QUE EL NIÑO RECIBE LACTANCIA MATERNA

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Más de 10 veces	122	77.2%
Menos de 10 veces	23	14.5%
Incontables veces	13	8.22%
TOTAL	158	100%

Tabla de frecuencia 11.

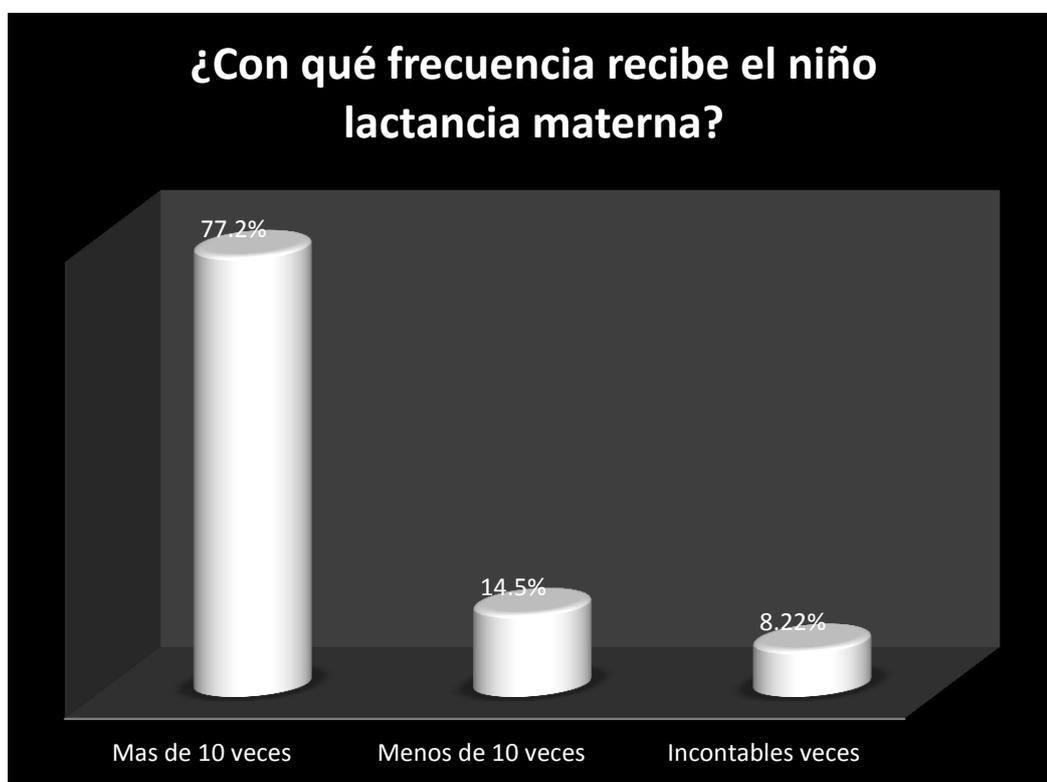


Gráfico 11.

Fuente: pregunta No.11 de la encuesta

Análisis e interpretación de datos

De los niños alimentados con seno materno el mayor porcentaje de ellos recibe lactancia más de 10 veces al día con un 77.2%, un 14.5% recibe menos de 10 veces y solo el 8.22% es alimentado con seno materno incontables veces.

Según recomendación a nivel mundial por la OMS se debe alimentar a todo niño menor de 6 meses de edad con lactancia materna con un promedio de 2 horas entre una y otra mamada; si analizamos el gráfico se puede observar que la mayoría de las madres alimenta a sus niños más de 10 veces en el día de lo cual podría establecerse que se cumple con dicho atestado ya que el día cuenta con 24 horas; es decir, un niño debe mamar en promedio 12 veces en el día. Y aquellas madres que respondieron incontables veces podemos deducir que serán aquellas madres que probablemente el día de mañana ya no le den pecho a su bebe ya que seguramente no lo están haciendo de la forma adecuada por lo cual su bebe no queda sustento; lo cual terminara en fatiga, estrés y por ende un destete precoz.

TIPO DE LACTANCIA MATERNA QUE RECIBE EL NIÑO

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Exclusiva	89	56.32%
Predominante	59	37.34%
Complementaria	10	6.32%
TOTAL	158	100%

Tabla de frecuencia 12.



Gráfico 12.

Fuente: pregunta No.12 de la encuesta

Análisis e interpretación de datos

Se puede observar que solo un 56.32% de la población estudiada recibe de una manera exclusiva lactancia materna, es decir un mínimo por sobre la mitad de los niños; el 37.34% predominante y el resto 6.32% la reciben en forma complementaria.

Análisis: aunque el 100% de estos niños deberían de ser alimentados con lactancia materna exclusiva, es muy alto el porcentaje de niños que a muy temprana edad están recibiendo otro tipo de alimento ya sea fórmula u otro tipo de sucedáneos.

EDAD DEL DESTETE

Edad	Cantidad	Porcentaje
1 mes	29	32.58%
2 meses	15	16.85%
3 meses	10	11.23%
4 meses	16	17.97%
5 meses	16	17.97%
6 meses	1	1.12%
TOTAL	98	100%

Tabla de frecuencia 13.



Gráfico 13.

Fuente: pregunta No. 13 de la encuesta.

Análisis e interpretación de datos

La encuesta nos muestra que de los niños que no reciben lactancia materna, la edad más frecuente donde son destetados es al primer mes de vida con un 32.58%, el 17.97% a los 4 y 5 meses, el 16.85% a los 2 meses y una minoría (11.23% / 1.12%) lo hacen a los 3 y 6 meses respectivamente.

El primer mes de vida es de suma importancia para determinar si él bebe recibirá o no LME durante sus primeros meses de vida; es durante el primer mes donde se establece el vínculo madre e hijo y donde el apego precoz entre ambos y el estrecho lazo que se establece durante el amamantamiento se fortalece; los niños que no recibieron lactancia materna durante sus primeros días de vida probablemente no reciban posteriormente. Es importante recalcar que por regla general el destete se realiza a partir de los 6 meses de edad, sin embargo en nuestro país es muy común q que las madres introduzcan diversos tipos de alimentos a edades muy tempranas. Cuando el niño recibe alimentos diferentes a la leche materna antes de que su organismo esté preparado para asimilarlos, puede provocarle trastornos digestivos, alergias, intolerancia a los alimentos y también diarrea infecciosa. Igualmente, el retraso de la incorporación de alimentos diferentes a la leche en la dieta del bebé, provoca desnutrición, porque la leche materna no basta para satisfacer los requerimientos para un crecimiento adecuado.

PRIMER ALIMENTO AL MOMENTO DEL DESTETE

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Fórmula	71	72.44%
Alimento	27	27.55%
TOTAL	98	100%

Tabla de frecuencia 14.



Gráfico 14.

Fuente: pregunta No.14 de la encuesta.

Análisis e interpretación de datos

De los niños que fueron destetados tempranamente se obtuvo que 72.44% de los ellos se desteto con formula y el 27.55% recibió alimento.

Ya que como se pudo observar en la pregunta anterior; el primer mes de vida es el más frecuente a la hora de iniciar el destete era de esperarse que la mayoría de niños haya sido destetado con formula, ya que a edades tempranas es menos usual que las madres inicien un destete con otro tipo de alimentos; por el contrario de los niños que fueron destetados a mayor edad en los que se observa mayor variedad de alimentos a la hora de destetarlos.

LECHE INTRODUCIDA AL NIÑO AL MOMENTO DEL DESTETE

Leche	Cantidad	Porcentaje
Anchor	3	4.22%
NIDO	4	5.63%
CETECO	12	16.90%
NESTÓGENO	15	21.12%
NAN	25	35.21%
Australian	3	4.22%
Otros	9	12.67%
TOTAL	71	100%

Tabla de frecuencia 15.

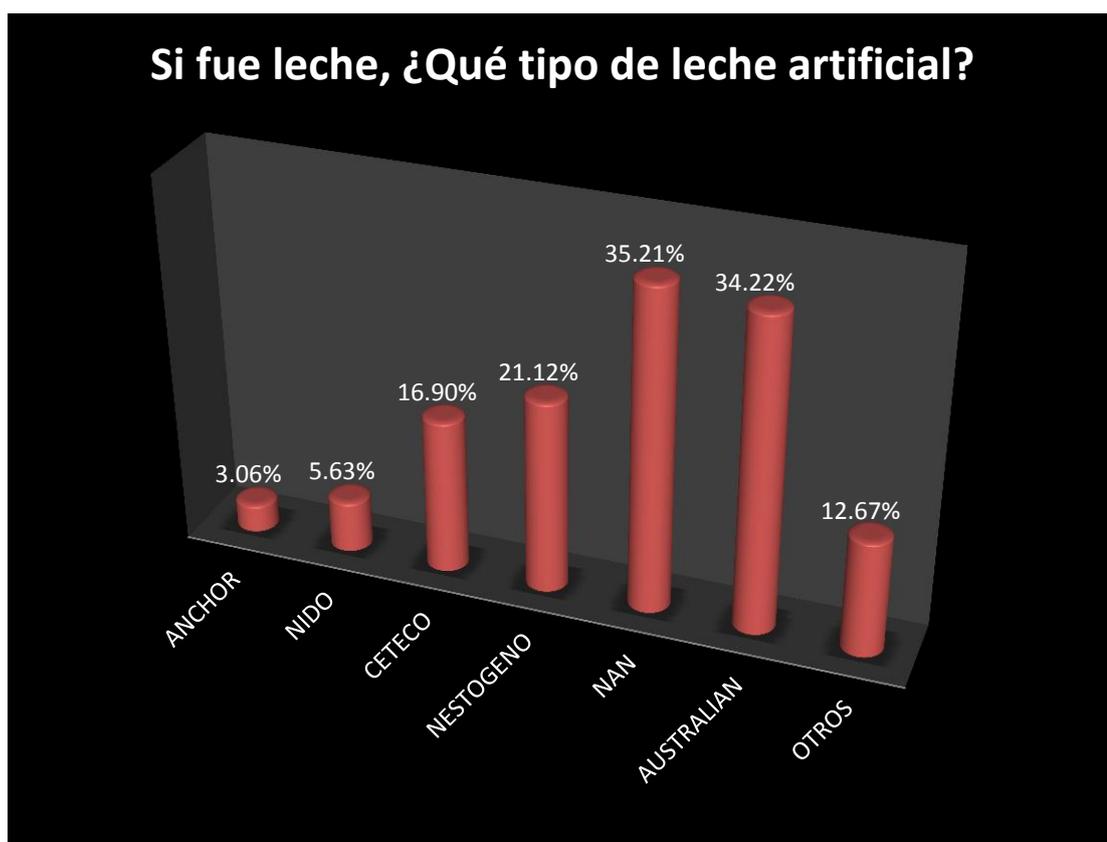


Gráfico 15.

Fuente: pregunta No. 15 de la encuesta

Análisis e interpretación de los datos

La fórmula más frecuentemente utilizada al iniciar el destete es NAN con un 35.21% seguida de Nestógeno con un 21.12%

Algunos de los factores de mayor peso a la hora de escoger una fórmula láctea son el papel que juega la publicidad y bombardeo por los medios de comunicación; así como también el precio de estas. Así como se demuestra en el gráfico son más utilizadas las fórmulas que generalmente tienen mayor promoción y publicidad para la población. Además estas son de fácil adquisición en farmacias, supermercados, etc.

ALIMENTO INTRODUCIDO

Alimento	Cantidad	Porcentaje
Verduras	13	48.14%
Frutas	1	3.70%
Leche	0	0.00%
AtoI	11	40.74%
Otros	2	7.40%
TOTAL	27	100%

Tabla de frecuencia 16.

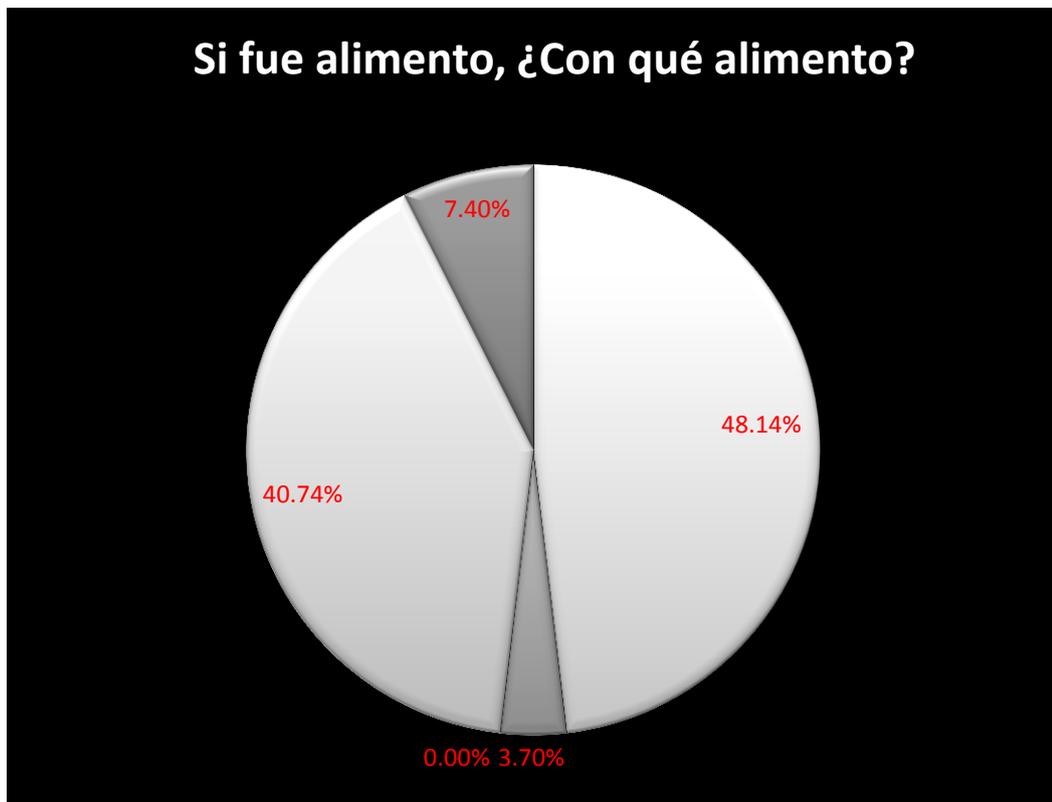


Gráfico 16.

Fuente: pregunta No. 16 de la encuesta.

Análisis e interpretación de los datos

El alimento más frecuentemente utilizado al iniciar el destete se encuentran las verduras con un 48.14%, seguido del atol (Incaparina, de maíz, de arroz) con un 40.74%. Una minoría opta por frutas con 3.70%.

Según los datos obtenidos la mayoría proviene del área rural, lo que podría justificar el uso más frecuente de verduras, ya que es en estas donde las familias tienden a cultivarlas. Las madres refieren que generalmente combinan las verduras con caldo de frijoles, para una mayor digestión y saciedad del niño. Además las frutas de mayor acceso a la población, son los cítricos, pero refieren que personal de enfermería, en sus consejerías indican que estas se deben iniciar posteriores al año, por lo que prefieren las verduras. Se observa que los atoles juegan un papel importante en el destete, los más utilizados es las incaparina, atol de maíz, de arroz, etc.

FRECUENCIA CON QUE DA EL ALIMENTO

Frecuencia	Cantidad	Porcentaje
1-2 al día	4	4.08%
3-4 al día	19	19.38%
5-6 al día	37	37.75%
7-8 al día	26	26.53%
9-10 al día	9	9.18%
Más de 10	3	3.06%
TOTAL	98	100%

Tabla de frecuencia 17.

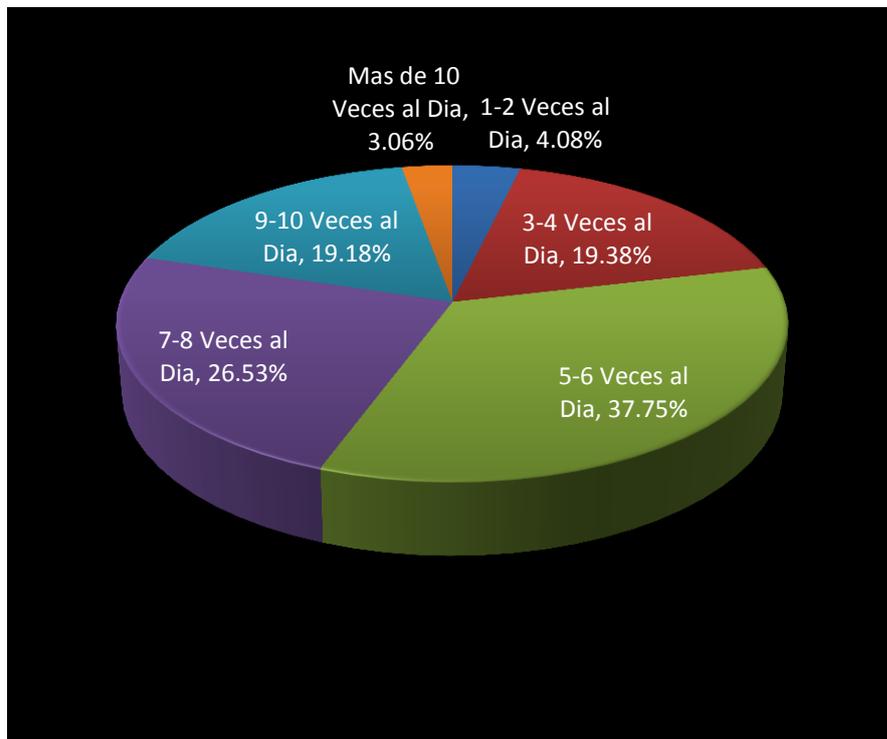


Gráfico 17.

Fuente: pregunta No. 17 de la encuesta.

Análisis e interpretación de los datos

La encuesta muestra que el 37.75% da alimento entre 5 a 6 veces al día, el 26.53% entre 7 a 8 veces al día, el 19.38% da 3 a 4 veces al día y q que solo una minoría de 1 a 2 veces con un 4.08%.

Como se menciona en un principio la edad más frecuente del destete es alrededor del primer mes de vida, por lo que las madres toman como referencia los 3 tiempos de comida, 2 refrigerios; uno a media mañana y otro a media tarde.

CANTIDAD DE ALIMENTO

Cantidad en cucharadas	Cantidad	Porcentaje
1	2	2.04%
2	14	14.28%
3	25	25.51%
4	39	37.79%
Más de 4 onzas	18	18.36%
TOTAL	98	100%

Tabla de frecuencia 18.

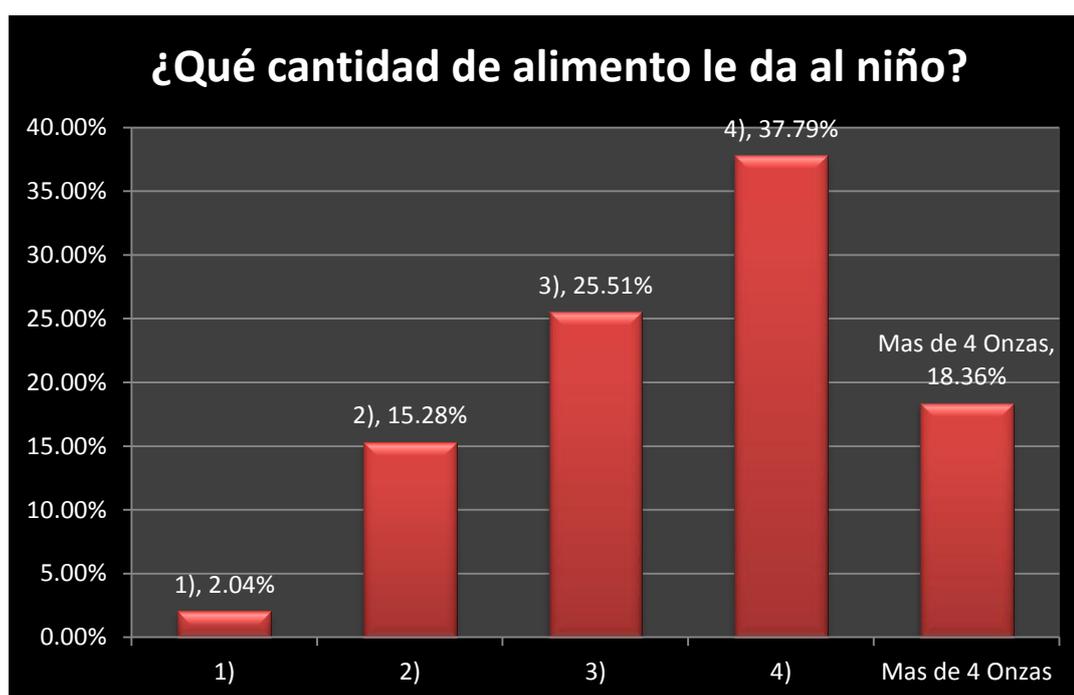


Gráfico 18.

Fuente: pregunta No. 18 de la encuesta.

Análisis e interpretación de los datos

De los niños que no reciben lactancia materna exclusiva; un 37.79% refieren dar al niño 4 onzas, un 25.51% 3 onzas y un 14.28% 2 onzas.

Ya que los niños son destetados generalmente en el primer mes de vida las madres prefieren iniciar con pequeñas cantidades para posteriormente aumentar según la edad del niño, además manifiestan que dan varias veces pero en cantidades pequeñas para evitar el reflujo, cólicos entre otros.

FACTORES ECONÓMICOS QUE MOTIVARON A INICIAR EL DESTETE

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Necesidad de trabajar	24	24.98%
Le puede comprar leche	58	59.18%
Recibo Ayuda (Remesas, red solidaria, etc.)	9	9.18%
Otros	7	7.14%
TOTAL	98	100%

Tabla de frecuencia 19.

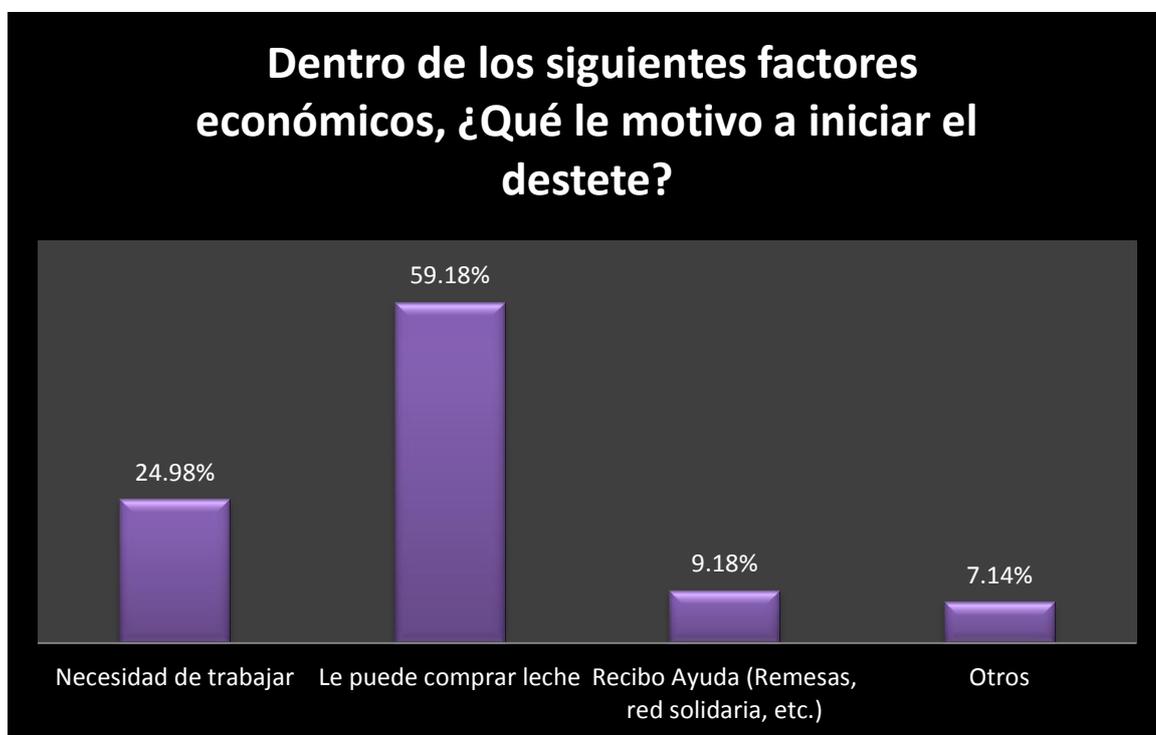


Gráfico 19.

Fuente: pregunta No. 19 de la encuesta.

Análisis e interpretación de los datos

Dentro de los factores económicos con un madres con un 59.18% pueden comprar la leche; un 24.98% necesidad de ir a trabajar y un 9.18% reciben ayuda monetaria.

El nivel socioeconómico es uno de los condicionantes del destete precoz; de este podemos mencionar algunos factores como la estructura familiar, los ingresos en la mujer trabajadora, y las condiciones laborales, así como también la influencia que ejerce el medio en el que se desenvuelve cotidianamente. Una mejor condición económica está relacionada con mayor riesgo de destetar rápidamente al lactante, esto quizás se deba a que cuentan con los recursos económicos necesarios para adquirir sucedáneos de la leche materna.

FACTORES CULTURALES

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Costumbres familiares	12	12.24%
El niño no queda satisfecho	33	33.67%
Casi no me baja leche	29	20.59%
Para que suba de peso	9	9.18%
Por recomendación de alguien	6	6.12%
Otros	9	9.18%
TOTAL	89	100%

Tabla de frecuencia 20.



Gráfico 20.

Fuente: pregunta No. 20 de la encuesta

Análisis e interpretación de los datos

El principal factor cultural que motivo a las madres a iniciar el destete fue que el niño no queda satisfecho con un 33.67% y 20.59% manifiestan que casi no les baja leche y tan solo un 12.24% por costumbres familiares.

Al igual que los factores socioeconómicos los factores culturales juegan un papel importante en el amamantamiento esto porque las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven. Pese a las consejerías en los establecimientos de salud, que el mejor alimento para el niño es la lactancia materna, las madres tienden a justificarse refiriendo que no les baja leche, sin antes haber verificado técnica, posición y agarre inician con el destete.

CONCLUSIONES

- 1) A pesar que según la Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva, en nuestro país se inicia con el destete a edades muy tempranas.
- 2) Los medios de comunicación social juegan un papel muy importante en la promoción de fórmulas lácteas, bombardeando a la población con información que no es la más recomendada para los niños menores de 6 meses.
- 3) En nuestro país la edad más frecuente del destete es al primer mes de vida, y el alimento más utilizado son las formulas lácteas, seguido de verduras. Estas generalmente se mezclan con caldo de frijoles para lograr una consistencia más suave que favorezca la digestión del niño.
- 4) Pese al enorme esfuerzo que hace el Ministerio de Salud sobre todo en los Equipos Comunitarios de Salud Familiar; donde la población tiene un mayor acceso a la salud, la misma cultura salvadoreña, de hacer caso a personas que no son profesionales de la salud.
- 5) Pese a la promoción que recibe la lactancia materna exclusiva, la mayoría de las madres tiende a “justificarse” que no le baja leche, o que el niño no queda satisfecho, iniciando así el destete precoz.
- 6) Las fórmulas más comúnmente utilizadas, son aquellas con más espacio publicitario en los medios de comunicación, las son más accesibles a la población ya sea por su precio, facilidad de compra en farmacias, supermercados, entre otros.

RECOMENDACIONES

- 1) A los médicos consultantes de los establecimientos comunitarios de salud familiar facilitar a la población general la información acerca de los beneficios de alimentar a los niños con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad; de tal manera que se haga conciencia sobre las consecuencias de una alimentación a base de fórmulas lácteas o de otros alimentos distintos de la leche materna antes de los 6 meses.
- 2) Al personal de salud realizar campañas de promoción acerca de la lactancia materna exclusiva de los niños de 0 a 6 meses de edad; y más adecuados a para iniciar el destete a partir de esta edad, con el objetivo de disminuir la influencia que tiene el bombardeo por los medios de comunicación para que las familias comprendan fórmulas lácteas.
- 3) A los futuros profesionales del área de salud estudiar con mayor detalle los beneficios de una lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y las consecuencias de un destete precoz, para que así puedan ser parte en la promoción acerca de la importancia de no llevar a cabo el destete tempranamente en nuestros niños.
- 4) A la población general seguir indicaciones médicas acerca de la alimentación de los lactantes; y no llevar a cabo un destete precozmente si no es necesario o no es por indicación médica.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Selección del tema																															
Reunión Inicial del grupo de trabajo con el docente asesor																															
Inicio de tramites de inscripción de Asesoría de tesis																															
Desarrollo e Inscripción del tema																															
Elaboración del perfil de Investigación																															
Entrega de perfil de investigación																															
Corrección de perfil de investigación																															
Reunión del equipo de Trabajo con el docente asesor																															
Elaboración del Protocolo de Investigación																															
Entrega de Protocolo de Investigación																															
Corrección del Protocolo de Investigación																															
Elaboración del instrumento para recolección de Datos																															
Ejecución de la Investigación y recolección de Datos																															
Tabulación, análisis e interpretación de los datos																															
Redacción del informe final																															
Reuniones finales de Equipo de trabajo																															
Reunión final de Trabajo de Grado con Asesora de Tesis																															
Presentación y Defensa de Trabajo de Grado																															

Universidad Nacional De El Salvador
Facultad Multidisciplinaria de Occidente
Departamento de Medicina

Matriz de Evaluación Nutricional para niños de 0 a 6 meses de edad

“Factores que condicionan el destete temprano en niños de 0 a 6 meses con control infantil en la unidad comunitaria en Salud Familiar Básica Las Lajas, Izalco y Unidad Comunitaria En Salud Familiar Especializada de Chalchuapa de marzo a agosto de 2017”.

Objetivo: Identificar los factores que condicionan el destete temprano en niños de 0 a 6 meses con control infantil en la Unidad Comunitaria En Salud Familiar Básica Las Lajas, Izalco y Unidad Comunitaria En Salud Familiar Especializada De Chalchuapa de marzo a agosto de 2017.

¿Cuál es el propósito de este informe de consentimiento? Este Informe de consentimiento se da a usted para ayudarle a entender las características del estudio, de tal modo que usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al personal del estudio que le explique. Ellos le proporcionarán toda la información que necesite para que usted tenga un buen entendimiento del estudio.

¿Cuál es el objetivo de este estudio? Determinar los factores que condicionan el destete temprano en niños de 0 a 6 meses con control infantil en la unidad comunitaria en Salud Familiar Básica Las Lajas, Izalco y Unidad Comunitaria En Salud Familiar Especializada de Chalchuapa de marzo a agosto de 2017”.

¿Cuáles son los posibles riesgos? Este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias de ningún tipo.

¿Confidencialidad del participante? Las únicas personas que sabrán que usted participó en el estudio somos los miembros del equipo de investigación. Nosotros no divulgaremos ninguna información sobre usted, o proporcionada por usted durante la investigación. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad.

Consentimiento del sujeto del estudio. He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que

puedo retirarme de él en cualquier momento. Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación. Yo estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Firma: -----



Universidad Nacional De El Salvador
Facultad Multidisciplinaria de Occidente
Departamento de Medicina

Encuesta de Evaluación Nutricional para niños de 0 a 6 meses de edad

Objetivo: Identificar los factores que condicionan el destete temprano en niños de 0 a 6 meses con control infantil en la Unidad Comunitaria En Salud Familiar Básica Las Lajas, Izalco y Unidad Comunitaria En Salud Familiar Especializada De Chalchuapa de marzo a agosto de 2017. **Indicaciones:** A continuación se presente una serie de preguntas, seleccione y marque con una "X" la respuesta que considere adecuada.

1. ¿Cuál es su procedencia?

Rural Urbana

2. ¿Cuál es su edad?

10 a 20 años

21 a 30 años

31 a 40 años

41 a 50 años

Más de 50 años

3. ¿Cuál es su Estado Civil?

Soltera

Casada

Unión libre

Viuda

4. ¿Cuál es su formación académica?

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Universitario

No estudió

5. ¿A qué se dedica?

Ama de casa Trabajo informal Trabajo formal

Otros, especifique _____

6. ¿Cuántos hijos tiene?

1

2

3

4 o más

7. ¿Cuál de sus hijos es el que está consultando?

1 2 3

Otro, especifique _____

8. ¿Qué edad tiene el niño?

1 mes

2 meses

3 meses

4 meses

5 meses

6 meses

9. ¿Cuál es el sexo de su hijo?

Masculino Femenino

10. ¿Recibe el niño Lactancia Materna?

Sí No

Si la respuesta de la pregunta No. 10 es **Si**, conteste lo siguiente:

11. ¿Con qué frecuencia recibe el niño lactancia materna?

Más de 10 veces al día

Menos de diez veces al día

Incontables veces

12. ¿Qué tipo de lactancia materna?

Exclusiva Predominante Complementaria

Si la respuesta de la pregunta No. 10 es **No**, conteste lo siguiente:

13. ¿A qué edad fue el destete?

1 mes

2 meses

3 meses

4 meses

5 meses

6 meses

14. ¿Qué fue lo que introdujo en la alimentación al niño al momento del destete?

Fórmula Alimento

15. Si fue leche, ¿Qué tipo de leche artificial?

Anchor

Nido

CETECO

Nestógeno

NAN

Australian

Otros

16. Si fue alimento, ¿Con qué alimento?

Verduras

Frutas

Leche

Atol

Otros, especifique _____

17. ¿Con qué frecuencia da el alimento?

18. ¿Qué cantidad de alimento le da al niño?

19. Dentro de los siguientes factores económicos, ¿Qué le motivo a iniciar el destete?

Necesidad de ir a trabajar

Le puede comprar la leche

Recibo ayuda (remesas, red solidaria, etc.)

Otros

20. Dentro de los siguientes factores culturales, ¿Qué le motivo a iniciar el destete?

Costumbres familiares

El niño no queda satisfecho

Casi no me baja leche

Para que suba de peso

Por recomendación de alguien

Otros

PRESUPUESTO

➤ RECURSOS DISPONIBLES:

El personal que participara en la investigación son 3 médicos en servicio social del Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente, mediante ellos se realizara recolección, análisis, digitación y presentación de los resultados finales, con el objetivo de obtener el título de Doctor en Medicina además de enriquecer sus conocimientos sobre los factores que condicionan el destete temprano en niños de 0 a 6 meses con control infantil en la Unidad Comunitaria en Salud Familiar Básica Las Lajas, Izalco y Unidad Comunitaria en Salud Familiar Especializada de Chalchuapa de marzo a agosto de 2017.

El grupo investigador cuenta con la asesoría de la Dra. Patricia Gómez de Sandoval, docente del Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente.

El proceso de investigación se llevara a cabo mediante la recolección de datos a través de una encuesta, que recoge información de pacientes que consultan en los ECSFB antes descritos, el cual requiere tiempo en la consulta médica y para ello se necesitaran en promedio 5 semanas.

➤ RECURSOS MATERIALES

Computadoras portátiles	Lapiceros
Impresoras multifuncional	vehículos
Tinta	
Papel	

➤ RECURSOS FINANCIEROS

Para la elaboración de esta investigación se necesitaran recursos que forman parte de la logística, teniendo un costo global de los cuales se detallan de la siguiente manera:

RECURSO	COSTO
Papel	\$ 25.00
Tinta	\$ 52.00
Anillados	\$ 25.00
Viáticos	\$ 100.00
Empastados	\$ 30.00
Internet	\$ 25.00
Material didáctico	\$ 30.00
Defensa de tesis	\$ 200.00
Otros	\$ 50.00
Total	\$ 537.00

BIBLIOGRAFIA

- Grande M, Román M. Nutrición y salud materno infantil. Cordoba, Argentina: Brujas; 2014.
- Kliegman R. Nelson. Tratado de Pediatría. Barcelona: Elsevier; 2016.
- Aguayo Maldonado J. Manual de lactancia materna. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.
- Asociación Española de Pediatría A. Manual de Lactancia Materna. Médica Panamericana; 2008.
- Contreras J. Alimentación y cultura. México: Alfaomega; 2002.
- Gómez M. Introducción a la metodología de la investigación científica. Córdoba: Brujas; 2009.
- Rodríguez Moguel Ernesto A. Metodología de la investigación. Villa Hermosa; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2005, 186 páginas.
- Izzedin-Bouquet de Durán R, Pachajoa Londoño A. Lactancia materna versus lactancia artificial en el contexto colombiano. Población y Salud en Mesoamérica. 2011; 9 (1).
- Cardoso K I, Toso M P, Valdés I V, Cerda I J, Manríquez T V, Paiva C G. Introducción Precoz de sustitutos de Lactancia Materna e incidencia de Lactancia Materna Exclusiva al mes de vida. Revista chilena de pediatría. 2010; 81 (4).
- Bernal C. Metodología de la investigación. Pearson Educación de México, S.A. de C.V.; 2011.
- María Belén Isely – Agostina Bozal – Bárbara Bondarczuk, Nutrición del niño sano, 1ra. Edición, Buenos Aires Argentina, Editorial Corpus. Año 2007.