



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL



**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:
“PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y SU
RELACION CON EL CRECIMIENTO DE LA NIÑEZ
MENOR DE SEIS MESES, QUE ASISTEN AL CONTROL
INFANTIL EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD
FAMILIAR SAN ANTONIO ABAD EN FEBRERO 2016”**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL**

ESTUDIANTES:
CEA ZAVALA, ANA GUADALUPE
GALDÁMEZ VIUDA DE RAMOS, REBECA YAMILETH

ASESORA:
LICDA. MAURA SUSANA GUEVARA GALVEZ.

CIUDAD UNIVERSITARIA, 22 DE ABRIL DE 2016

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

LICENCIADO JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN

RECTOR UNIVERSITARIO

INGENIERO CARLOS ARMANDO VILLALTA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

DOCTORA ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

MASTER CLAUDIA MARIA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICENCIADA NORA BEATRIZ MELENDEZ

FISCAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORA MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS

DECANA

LICENCIADA NORA ELIZABETH ÁBREGO DE AMADO

VICE DECANA

LICENCIADO RAFAEL OSWALDO ANGEL BELLOSO

SECRETARIO

DOCTORA MARTA JEANNINE CALDERON MOREIRA

DIRECTORA DE ESCUELA DE MEDICINA

LICENCIADA HORTENSIA DÁLIDE RAMOS DE LINARES

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

LICENCIADA SOCORRO DE JESÚS MANCÍA CASTANEDA

DIRECTORA DE LA CARRERA EN SALUD MATERNO INFANTIL

AGRADECIMIENTOS

Inicialmente quisiera agradecerle a Dios por darme la oportunidad, la bendición y las fuerzas necesarias para llegar al final de la carrera. Igualmente el amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que mis padres me recibían después de un largo día de clases o práctica clínica, por su preocupación por mi avance y desarrollo académico, es simplemente único y se reflejan en la vida de su hija. Infinitas gracias papi y mami por ser los promotores de mis sueños; gracias por confiar, tener fe en mí y darme las palabras de aliento cuando ya no podía más. Mami gracias por acompañarme en las largas noches de desvelo, por los chocolatitos calientes para despertarme y por los cafecitos antes de salir hacia la clínica. Papi gracias por cada uno de sus consejos y cada una de sus palabras de aliento que me guiaron durante mi vida. Tito gracias por tus regaños, tus preocupaciones y las bajadas de moral de que me dabas, sé que tienes fe en mí y gracias por creer en mis sueños y siempre darme el apoyo que necesité, a pesar que te encuentras a muchos kilómetros de distancia, siempre estabas allí hermanito.

Agradezco a cada una/o de las/os docentes que me formaron en este proceso académico, por su cariño, paciencia y dedicación. Gracias Licda. Maurita por sus palabras de aliento, cuando ya no podía más; gracias Licda. Asencio por su paciencia, sus regaños, sé que cada una de ustedes miraba algo en mí que yo no lo podía ver. También agradezco a mis amigas que me apoyaron en todo momento. No pude haber elegido a otra persona como mi compañera de tesis, Rebeca sé que en ti encuentro más que una amistad, eres la hermana que elegí.

Asimismo agradezco a mi gordo, eres la fuerza por la que cada día me despertaba corriendo para ir clases o práctica clínica. Todo te lo debo a ti hijo, eres mi razón de ser, te amo hijo.

Ana Cea.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios por haberme dado la oportunidad y las fuerzas de salir adelante y terminar con mi carrera, agradezco a la Universidad de El Salvador por haberme formado y en ella a las licenciadas que formaron parte de este proceso de formación, por su paciencia y cariño y esa manera tan profesional de enseñar; también agradezco a mis amigos/as que me apoyaron en todo momento de manera económica y moral para terminar mi carrera, también a las personas que no me apoyaron y no creyeron en mí gracias, porque me motivaron a seguir adelante y demostrar que sí pude. Y especialmente a mis hijos que han sido parte de este proceso, que se sacrificaron conmigo aguantando desveladas, madrugadas y ayunos, son parte fundamental e inspiración para salir adelante, a pesar de todas las dificultades que como familia tuvimos que enfrentar. Los amo mis niños y si pudimos!!

Rebeca Galdámez.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO I “SITUACIÓN PROBLEMÁTICA”	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	5
1.3. JUSTIFICACIÓN	6
1.4. OBJETIVOS	8
CAPÍTULO II “MARCO REFERENCIAL”	9
2.1. MARCO HISTÓRICO	9
2.2 MARCO TEORICO	12
2.2.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA LACTANCIA MATERNA..	12
2.2.1.1. FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA.....	12
2.2.1.2. FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA.....	12
2.2.2. COMPONENTES DE LA LECHE MATERNA.....	16
2.2.3. TIPOS DE LECHE MATERNA	18
2.2.4. INTERVENCIONES QUE CONTRIBUYEN A LA SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL A TRAVÉS DE LA LACTANCIA MATERNA	18
2.2.4.1. <i>PROMOCIÓN</i>	18
2.2.4.2. <i>PROTECCIÓN</i>	18
2.2.4.3. <i>APOYO</i>	19
2.2.4.4. <i>SITUACIONES ESPECIALES</i>	19
2.2.5. DETERMINANTES DE LA LACTANCIA MATERNA	19
2.2.6. POSICIONES RECOMENDADAS PARA UNA BUENA LACTANCIA MATERNA	20

2.2.6.2. POSTURA SENTADA – POSICIÓN “DE RUGBY”	21
2.2.6.3. POSTURA SENTADA – POSICIÓN CABALLITO	21
2.2.6.5. POSTURA ESTIRADA – POSICIÓN ESTIRADO (EN PARALELO INVERSO)	22
2.2.7. CLASIFICACIÓN DE LACTANCIA MATERNA.....	24
2.2.7.1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	24
2.2.8.2. LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE	24
2.2.7.3. LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA.....	24
2.2.8. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	25
2.2.8.1. PARA EL RECIÉN NACIDO.....	25
2.2.8.2. PARA LA MADRE	25
2.2.8.3. VENTAJAS PSICOAFECTIVAS.....	25
2.2.8.5. VENTAJAS DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LA ALIMENTACIÓN A DEMANDA	26
2.2.9. COMPLICACIONES EN LA LACTANCIA MATERNA Y MANEJO DEL PERSONAL DE SALUD.....	26
2.2.10. EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA.....	29
2.2.3 CRECIMIENTO EN LA NIÑEZ MENOR DE SEIS MESES	31
2.2.3. CARACTERÍSTICAS ANATOMOFISIOLÓGICAS DE LA NIÑEZ MENOR DE SEIS MESES	31
2.2.3.1. CARACTERÍSTICAS DEL CRECIMIENTO PARA EL/LA LACTANTE MENOR DE SEIS MESES	33
2.3 LACTANCIA MATERNA Y SU RELACION CON EL CRECIMIENTO	37
2.3. MARCO LEGAL.....	43
2.3.1. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR	43
2.3.2. CODIGO DE SALUD.....	44

2.3.3. LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (LEPINA).....	44
2.3.4. POLITICA NACIONAL DE PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA	52
2.3.5. CÓDIGO DE TRABAJO	52
2.3.6. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD 2009 – 2014.	53
2.3.7. POLITICAS INTERNACIONALES	53
2.3.7.1. CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA.....	53
2.3.7.2. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO	53
2.3.7.3. LA DECLARACIÓN DE INNOCENTI.....	54
2.3.7.4. CUMBRE MUNDIAL DE LA INFANCIA	54
2.3.7.5. CONFERENCIA INTERNACIONAL DE NUTRICIÓN	54
2.4. MARCO CONCEPTUAL	55
CAPÍTULO III “HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES”	58
3.1. HIPÓTESIS	58
3.1.1. HIPÓTESIS.....	58
3.1.2. HIPÓTESIS NULA	58
3.2 ESQUEMA DE VARIABLES E INDICADORES	60
3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	61
CAPÍTULO IV “DISEÑO METODOLÓGICO”	65
4.1. TIPO DE ESTUDIO	65
4.2. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.....	65
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	65

4.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	66
4.5. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	66
4.6. ELEMENTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN	66
4.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	67
4.8. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS	67
4.9. PLAN DE ANÁLISIS	68
4.10. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA LA COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	68
4.11. PLAN DE SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS	69
CAPÍTULO V “TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS”	70
5.1. TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	70
5.1.1 DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE LA POBLACION INVESTIGADA.....	70
5.1.2. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA MADRE ANTES DEL EMBARAZO.....	72
5.1.3. TRABAJO DE PARTO.....	73
5.1.4. ALOJAMIENTO CONJUNTO.....	75
5.1.5. CLASIFICACIÓN DE LACTANCIA MATERNA	78
5.1.6. COMPLICACIONES EN MAMAS	81
5.1.7. PRÁCTICAS ADECUADAS E INADECUADAS DE LACTANCIA MATERNA	83
5.1.8. EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DE LA NIÑEZ	103
5.2. ANÁLISIS GENERAL	112

5.3. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	118
5.3.1. TABLA DE CONTINGENCIA 2X2 PARA EL COEFICIENTE Q DE KENDALL	118
5.3.2. TABLA PARA EL DESARROLLO DE CHI CUADRADO	119
 CONCLUSIONES	 120
 RECOMENDACIONES	 122
 COROLARIO	 123
C. 1. PRESUPUESTO	124
C. 2. CRONOGRAMA	125
C.3 BIBLIOGRAFÍA	126
C.4 ANEXOS	128
ANEXO Nº1 GUÍA DE ENTREVISTA.....	128
ANEXO Nº2 CUESTIONARIO.....	133
ANEXO Nº3 TABLA TABULADORA	136
ANEXO Nº4 “TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE CHI CUADRADO”	162

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima ya que en este periodo el crecimiento del lactante tiene una relación muy directa con su alimentación, debido a que la leche materna tiene mayor aporte de energía, vitaminas, oligoelementos y nutrientes que se necesita durante los primeros meses de vida, disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades respiratorias e infecciones gastrointestinales que pueden causar alteraciones en el crecimiento, tales como desnutrición, talla baja y/o perímetro cefálico inadecuado para la edad.

El objetivo de este estudio fue: determinar si las prácticas de lactancia materna se relacionan con el crecimiento de la niñez menor de seis meses que asisten al control infantil en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Antonio Abad, en el período de febrero 2016.

Por lo que se pudo identificar las prácticas de la lactancia materna que recibe la niñez menor de seis meses; asimismo se registraron la evolución de crecimiento de la niñez; para determinar el grado de relación que existe entre las prácticas de la lactancia materna y la evolución del crecimiento.

La fundamentación teórica está conformada por “Marco Referencial”, el cual está constituido por antecedentes, donde se muestra datos que fundamentan la investigación; además está compuesto por marco teórico donde se sustenta la información; Marco Conceptual, reflejándose definiciones de términos utilizados; y Marco Legal, presentando las normativas y leyes que amparan las prácticas de la lactancia materna.

Las variables investigadas fueron “Prácticas de la lactancia materna” como variable independiente. Y “crecimiento de la niñez” como variable dependiente.

Dicha investigación fue de tipo descriptiva transversal, el universo fue la niñez inscrita al control de niño/a sano/a de la UCSF San Antonio Abad, la población en estudio fueron madres y niños que durante su etapa neonatal fueron inscritos/as al

control de niño/a sano/a en el periodo de junio 2014 a julio 2015; método utilizado fue hipotético deductivo, la técnica empleada fue la entrevista y el instrumento que se aplicó fue la guía de entrevista dirigida a las madres de los niños/as; y el cuestionario se llenó con la ayuda de los expedientes clínicos de la población antes mencionada en donde se detalló la evolución del crecimiento desde la inscripción hasta el sexto mes de vida.

La investigación se sustentó en los aspectos éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

La Asociación Pediátrica Española menciona que la lactancia materna es el mejor alimento que el/la recién/a puede recibir ya que contiene los nutrientes, vitaminas y minerales que necesita para un crecimiento y desarrollo adecuado; en cuanto a la tabulación, la principal conclusión en esta investigación dio como resultado que la mayoría de la población recibió lactancia materna complementaria, a pesar de la información que se brinda en los establecimientos de salud sobre la lactancia materna exclusiva, dejando de cumplir con lo establecido por la ley salvadoreña, por diferentes motivos ya sea por trabajo o por estudio, siendo estos los motivos que más sobresalieron en la investigación.

En cuanto a la evolución del crecimiento de la niñez fue en aumento pero no lo deseado, a diferencia de la mayoría de los/as niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva que tuvieron un crecimiento ascendente y adecuado para cada una de las edades en estudio. En cambio los/as niños/as que recibieron lactancia materna complementaria y los que no recibieron lactancia materna, mantuvieron un crecimiento ascendente pero no idóneo, como se encuentra planteado en el Tratado de Pediatría de Nelson, colocándolos entre los percentiles 50 y 10; ya sea peso/edad y talla/edad. Además las niñas que recibieron lactancia materna predominante de igual manera mantuvieron una evolución en el crecimiento ascendente, colocándolas entre los percentiles 75 y 25 de las gráficas de crecimiento.

En el corolario, se presentan el presupuesto, el cronograma de actividades, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I “SITUACIÓN PROBLEMÁTICA”

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En El Salvador se han desarrollado diferentes intervenciones de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna desde diferentes instancias del Estado, organizaciones no gubernamentales e iniciativas privadas que han contribuido a la salud y nutrición infantil. Durante los años setenta el Ministerio de Salud incorporó la promoción de la lactancia materna como parte de la educación en salud a la mujer embarazada y en periodo de lactancia, así como en las recomendaciones de la alimentación infantil.

En 1990 con el propósito de impulsar acciones para la promoción y protección y apoyo a la lactancia materna en el país, se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna, con la participación de instituciones de salud, universidades, asociaciones de profesionales, sociedad civil y agencias internacionales, entre otros.

Datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2008 también reflejan que en El Salvador la lactancia materna es una práctica generalizada, dado que el 96.1 por ciento de las niñas y niños nacidos vivos recibió lactancia materna en alguna oportunidad. Del total de niñas y niños que nacieron vivos en los últimos 5 años, el 3.9 por ciento nunca recibió leche materna. Los porcentajes más altos en esta condición se observan en el área urbana (4.3 por ciento) y en el departamento de Ahuachapán (5.8 por ciento), seguido por los Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) Norte y Centro de San Salvador (5.4 y 5.1 por ciento, respectivamente). Los departamentos de Sonsonate y La Libertad muestran los porcentajes más bajos con menos del 3 por ciento de niños y niñas que nunca recibieron leche materna.¹

A pesar de que un 96 por ciento de las madres amamantan a sus hijos al nacer, solo un 31.4 por ciento dan Lactancia Materna Exclusiva (LME), durante los

¹(Diario digital contra punto, 2015)

primeros 6 meses de vida. La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, recomiendan un promedio de duración de 6 meses lo que equivale a 180 días, en El Salvador, el promedio de Lactancia Materna es de 1.9 meses siendo 57 días.

Según datos de Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA), la situación actual de la lactancia materna en El Salvador para el 2013 es de un 31 por ciento, y la meta de país aspira a un aumento del 50 por ciento, para reducir la tasa de mortalidad infantil.²

La desnutrición crónica infantil para menores de 5 años en El Salvador se redujo desde 2008 en un 34%, pasando de 21% -según estimaciones interagenciales a 14%. Adicionalmente, se redujo en un 55% la desnutrición global, pasando de 11.2% en 1991 a un 5.0% en 2014. Además, el país avanzó de manera notable en la cobertura de las inmunizaciones y la tasa de mortalidad en menores de cinco años se sostuvo en el último quinquenio, siendo una de las más bajas en la región, con 20 muertes por mil nacidos vivos.

Otros datos relevantes que se desprenden de la encuesta hacen referencia a la proporción de mujeres que dieron inicio temprano a la lactancia materna, la cual aumentó de un 33% a un 42% en los últimos cinco años. Además, la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses pasó de un 31% a un 47% y la lactancia materna continuada, entre los 20 y 23 meses de edad de niñas y niños, subió de un 54% a un 57%.³

Según estudios realizados por el científico Reyes Vásquez, la barrera intestinal del lactante madura anatómicamente y funcionalmente durante los primeros meses de vida, impidiendo el paso de bacterias y antígenos en edades posteriores. La leche materna brinda protección pasiva y acelera la maduración, mediante los moduladores de crecimiento.

²(MINSAL, 2011)

³(MINSAL, 2015)

Durante los primeros meses de vida, el principal factor que influye en el crecimiento es la nutrición, y en los dos años de vida, su actividad física, y la formación de ciertos órganos cuya estructura es principalmente lipídica, depende fundamentalmente del aporte de grasas.

En el primer año de vida, el contenido de grasa del cuerpo del niño aumenta desde un 16 por ciento al momento de nacer hasta un 25 por ciento a los 12 meses. Esta grasa depositada en el tejido adiposo es necesaria como reserva energética y es movilizada frente a períodos de disminución en la ingesta, ya sea por falta de alimentos, por anorexia causada por una enfermedad o en caso de diarrea.⁴

En estudios realizados desde inicios de los 80's, se demostró, que en los/as niños/as alimentados/as con lactancia materna de forma exclusiva se presentaban patrones de crecimiento diferentes al resto de los/as niños/as, además tienen un desarrollo y crecimiento adecuado; un mecanismo que puede explicar este hecho es una mejor utilización de calorías y nutrientes de la leche materna, a expensas de una disminución importante de las infecciones clínicas y subclínicas en el niño; los/as niños/as alimentados con lactancia materna de forma exclusiva se enferman veintiún veces menos que los alimentados con fórmula.

Desde hace sólo 50 años, se nota un cambio en la alimentación infantil por diferentes razones: trabajo de las mujeres, pérdida de la transmisión de las tradiciones entre generaciones, preocupaciones estéticas y psicológicas, falta de promoción y de información, publicidad fuerte para las leches de fórmula (leche artificial). Por definición la lactancia es artificial cuando se utiliza otro producto que no es la leche humana. La leche humana satisface todas las necesidades nutricionales de niños sanos hasta los 6 meses de edad.

Es por eso que el personal de salud está obligado primeramente a tener un amplio conocimiento del tema para así brindar consejería, educación y apoyo con el fin de realizar diferentes intervenciones que favorezcan la práctica de lactancia materna

⁴(Agricultura, 2014)

exclusiva, teniendo como resultado una población empoderada acerca de los múltiples beneficios que tiene la lactancia materna exclusiva ya que estos no sólo son para el/la bebé sino que también benefician a la madre y al resto de la familia.

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las prácticas de lactancia materna que se relacionan con el crecimiento de la niñez menor de seis meses que asisten al control infantil en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Antonio Abad, en febrero 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente informe describe sí existe una relación entre las prácticas de la lactancia materna y el crecimiento de la niñez menor de seis meses de edad, siendo de mucha importancia la evolución que estos niños/as han presentado en el periodo antes mencionado; ya que durante esta etapa el crecimiento del Sistema Nervioso Central tiene su mayor predominio.

En El Salvador, los indicadores de Lactancia Materna no han tenido una evolución significativa, según lo muestran los datos de los estudios realizados a nivel nacional desde 1981. En el 2008 los datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) muestran que solamente el 31.4% de la niñez menor de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva, con una duración promedio de 1.9 meses (57 días), lo que no alcanza la recomendación de Organización Mundial de la Salud (OMS)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de brindar este tipo de lactancia durante los primeros 6 meses de vida (180 días). Otros datos de la encuesta FESAL 2008 también reflejan que en El Salvador la lactancia materna es una práctica generalizada, dado que el 96.1% de las niñas y niños nacidos vivos recibió lactancia materna en alguna oportunidad. Del total de niñas y niños que nacieron vivos en los últimos 5 años, el 3.9% nunca recibió leche materna. Se observa que del total de niños(as) amamantados(as), el 32.8% recibió la leche materna antes que transcurriera la primera hora después del nacimiento y otro 36.3% la recibió entre una y 23 horas después.

Esta investigación es de suma importancia ya que se determinó la relación que existe entre las prácticas de lactancia materna y el crecimiento de los/as niños/as menores de 6 meses que asistieron al control infantil de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Antonio Abad del departamento de San Salvador, en febrero de 2016; con el fin de promover la práctica de lactancia materna exclusiva ya que como anteriormente se ha presentado, este alimento es rico en los nutrientes que el lactante necesita, además de constituir uno de los pilares que permiten el adecuado desarrollo del niño y la niña y satisface todas las necesidades nutricionales y emocionales del lactante, a lo largo del tiempo la lactancia materna

ha demostrado su eficacia como el alimento ideal para el niño y la niña. La lactancia materna es un periodo irrepetible en la alimentación del niño/a que proporciona una fuente de nutrientes completo desde los primeros meses de vida para el normal crecimiento y desarrollo del niño/a incluyendo el aspecto psicoafectivo.

La información que da respuesta a la investigación se obtuvo mediante una guía de entrevista semiestructurada dirigida a la madre, padre o encargado del niño/a. De igual manera se utilizó un cuestionario para plasmar la evolución del crecimiento del niño/a, los datos se adquirieron por medio de la revisión documental de los expedientes clínicos de dicho/a niño/a.

Esta información puede ser útil ya que se presentaron los resultados obtenidos en función de que pueda servir de base para futuras temáticas que estén relacionadas. Esperando que se retomen las recomendaciones brindadas por el equipo investigador; y así promover, dar apoyo, fomentar y favorecer la práctica de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del lactante.

1.4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar sí las prácticas de lactancia materna se relacionan con el crecimiento de la niñez menor de seis meses que asisten al control infantil en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Antonio Abad, en el período de febrero 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las prácticas de lactancia materna adecuadas e inadecuadas realizadas en la niñez menor de seis meses.
- Registrar la evolución de crecimiento de la niñez menor de seis meses.

CAPÍTULO II “MARCO REFERENCIAL”

2.1. MARCO HISTÓRICO

"Mamífero" es un concepto implementado por Linneo en 1758. Linneo escogió la lactancia como nexo de unión entre los animales y el hombre. Según modernas teorías zoológicas, la lactancia materna ofreció ciertas ventajas evolutivas a los mamíferos: permitía que las crías crecieran más rápido y estuvieran más seguras junto a su madre; acortó los tiempos de gestación haciendo que nacieran crías más pequeñas; y permitió que, tras nacer las crías, siguieran alimentándose de forma continua y segura. Esta dependencia del amamantamiento permitió a las madres educar a sus crías en habilidades cada vez más complejas. Por último, facilitó el desarrollo de la dentadura, retrasando la salida de los dientes.⁵

Las primeras especies lactantes aparecen al final del periodo Triásico, a finales de la era Mesozoica, hace unos 220 millones de años. Antes de esto los animales salían del huevo e inmediatamente se tenían que poner a buscar comida. Era un mundo muy duro el de ahí afuera, en aquella época. Los 6.000 genes que gobiernan la lactación, están entre los más conservados de nuestro genoma y la arquitectura glandular de la mama es similar en todos los mamíferos. Para algunos investigadores las glándulas mamarias evolucionaron fundamentalmente para dar soporte inmunitario y no para alimentar a la cría.

La antropóloga inglesa Gillian Bentley se dio cuenta cuando amamantaba a su hijo de que los humanos no tienen morro u hocico, la cara de ellos es plana. Puede haber un par de razones para esto. Una es que la mandíbula es más pequeña que los primates porque no hay que triturar tanto los alimentos al disponer del fuego, lo que permite hacer una pre-digestión de la comida. De hecho, el músculo temporal, que se inserta en el hueso temporal es una octava parte del de un macaco. Por otro lado, los pezones ayudaron a desarrollar el paladar y dan razones para tener labios. Por lo tanto los pechos ayudan para la adquisición del lenguaje y para el arte de besar. La flexión basicraneal, la flexión entre el cuello y el cráneo, es

⁵(Saiz)

diferente en la especie humana, el bebé no puede sujetar la cabeza y es el único mamífero que no puede hacer esto. Ya que tiene grandes cabezas y cuellos largos, se necesita el cuello para aumentar la cavidad laríngea y poder hablar.⁶

Durante siglos, la leche materna ha sido el único alimento del recién nacido, ya que cubre los requerimientos energéticos para el buen funcionamiento del cuerpo y las actividades físicas, el reemplazo de los elementos perdidos por la orina, los excrementos y el sudor. Es decir, la leche materna tiene todos los nutrientes y factores inmunológicos necesarios para el crecimiento y desarrollo del bebé. Después de los 6 meses de edad, el niño requiere de otras fuentes de alimentación. Por eso es importante, en este momento, empezar la introducción de nuevos alimentos en la dieta del bebé (alimentación complementaria).⁷

En estudio realizado por los ingleses Lucas y Col en 1992 mencionaron que la leche materna brinda seguridad alimenticia total para el lactante en los primeros seis meses de vida. Se estima que por sus reconocidos efectos sobre la respuesta inmunológica salva la vida de 1,5 millones de niños cada año y evita que otros millones sufran de enfermedades prevenibles. Sus ventajas son múltiples, pues incrementa el vínculo madre-hijo; decrece la tasa de mortalidad materna por hemorragia posparto; disminuye el número de mujeres que desarrollan cáncer de ovario, mamario y osteoporosis; constituye una forma natural de espaciar embarazos; libera recursos que se gastan en la alimentación artificial del bebé para ser utilizados en otras necesidades familiares; ahorra recursos vitales (combustibles, agua, tiempo y energía de la mujer); disminuye los gastos médicos al prevenir enfermedades y alergias; reduce la contaminación del aire, del agua y la tierra producida por la transportación y preparación de leches artificiales y el desecho de los envases y embalajes.⁸

En 1992⁹, El Salvador dio inicio con la Atención Integral a la Niñez (AIN) donde cambió de un enfoque curativo a uno preventivo para mejorar la nutrición de la

⁶(La evolución y Neurociencias, 2015)

⁷(Salud de altura... que tu derecho sea un hecho)

⁸(Col, 1992)

⁹(Ruel-Bergeron, 2012)

niñez salvadoreña. Es por eso que el Ministerio Salud tiene como finalidad brindar una atención integral e integrada a los/as niños/as. Por cual define como elemento importante la evaluación del estado nutricional y desarrollo, como herramienta indispensable, para contribuir a la calidad de vida de los/as niños/as.

La evaluación del estado nutricional y desarrollo debe realizarse para identificar los estándares esperados de acuerdo a la edad y sexo, así como para la identificación temprana de variaciones que puedan afectar la salud y nutrición. Un estado nutricional óptimo favorece el crecimiento y el desarrollo y mantiene la salud general, la valoración del estado nutricional permite una atención de salud de alta calidad y permite identificar a niños/as en situaciones de riesgo nutricional.

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA LACTANCIA MATERNA

2.2.1.1 ANATOMÍA DE LA MAMA:

Cada seno o glándula mamaria está compuesto/a de 15 a 20 racimos llamados lóbulos mamaros, mismos que se conforman de lobulillos. Los lóbulos son las estructuras funcionales de la glándula porque son quienes producen la leche materna a través de células especiales en su interior. Cada lóbulo está rodeado por grasa protectora y por tejido de sostén. Los conductos alveolares son los canales que transportan la leche materna dirigiéndose a la aréola y terminan su recorrido en la piel del pezón por donde sale la leche.

La glándula mamaria tiene además en su interior, arterias y venas que transportan la sangre y que mantienen oxigenados a los tejidos que la forman, también de nervios que le dan la sensibilidad y, conductos linfáticos que transportan células de la sangre encargadas de defender al organismo de los microbios.

2.2.1.2. FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

a) Reflejo de producción de leche materna:

El estímulo nervioso del pezón y de la areola, produce mediante un reflejo neuroendocrino la liberación en la hipófisis de las hormonas prolactina y oxitocina.

La succión del bebé estimula las terminaciones nerviosas de la areola que pasan el mensaje a la hipófisis que inmediatamente libera (en las células lactótropas del lóbulo anterior) la prolactina y posteriormente la oxitocina, la cual comprime la malla mioepitelial que envuelve a los alvéolos y permite la salida de la leche.

Prolactina: Se libera en la hipófisis anterior. Activa la formación de la leche en los alvéolos mamaros. Los niveles de prolactina se mantienen muy elevados durante las últimas semanas de gestación. Sin embargo no se produce leche debido al efecto inhibitor de los estrógenos y la progesterona.

Pasado el parto, y con la expulsión de la placenta, disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona, y la prolactina puede desarrollar su actividad lactogénica. Se produce en todas las mujeres, los hombres también producen prolactina.

b) Reflejo de eyección de la leche

La oxitocina secretada por el cerebro primitivo (el que tenemos en común con los mamíferos) y liberada por el lóbulo posterior de la hipófisis, actúa sobre la célula mioepitelial que se contrae y provoca el reflejo de eyección o bajada de la leche.

En la primera hora postparto, se alcanzan los niveles más altos de oxitocina, si están juntos el bebé y la madre “piel con piel”.

En los primeros días, el reflejo de eyección es incondicionado, y no puede ser inhibido por la ansiedad. Pero después, la oxitocina se produce por un reflejo condicionado a ver y escuchar al bebé o como resultado de la preparación para darle el pecho. Es por eso que se da la eyección de la leche materna.

Lo importante es que se contraigan las células mioepiteliales y creen una presión positiva en el sistema de conductos, y la leche llegará a los senos galactóforos, y de ahí pasa al bebé que los exprimirá con la acción de la lengua y la mandíbula.

c) Reflejo de inhibición local

Hay que vaciar el pecho para una buena producción posterior, cuanto más mama el bebé más leche se produce, así la madre de gemelos produce el doble de leche, debido al doble estímulo.

Existe un mecanismo regulado por la hormona autocrina, la cual inhibe la producción de más leche si la mama no se vacía.

La velocidad de producción de leche es proporcional al grado de vaciamiento.

Igual que el pulmón que retiene aire residual, en la mama siempre hay leche, aunque se vacíe mucho.

Si no se produce un buen vaciamiento, el tejido mamario se congestiona porque se acumula leche en el sistema ductal y hay un estancamiento venoso y linfático, lo que provoca un aumento de la presión intramamaria.

Los vasos sanguíneos comprimen el alvéolo y llega la oxitocina en menor cantidad a las células mioepiteliales.

Las células alveolares disminuyen su retículo endoplasmático rugoso, su aparato de Golgi y aumentan los lisosomas que se abren y destruyen la célula, saliendo a la luz alveolar células secretoras muertas con los núcleos retraídos y fragmentados.

Si el drenaje excede a la producción, se incrementa la circulación sanguínea y la producción de leche.

d) Síntesis de la leche

Antiguas culturas llamaban “sangre blanca” a la leche humana. Es un fluido vivo que contiene 4000 células por ml, que son los leucocitos que entran por vía paracelular. En el calostro hay una concentración de millones de leucocitos por ml

La leche es de composición variable, la leche de madre de prematuro es diferente de la de término. La leche inicial es diferente de la leche final de la tetada. Cambia el sabor, según los alimentos que haya comido la madre.

Mecanismos de la síntesis y secreción de leche en el alveolo mamario:

I- Exocitosis de la lactosa y de las proteínas lácteas, la lactosa es un disacárido (glucosa + galactosa), que sólo se encuentra en la leche; se origina dentro de la célula alveolar. La síntesis de la lactosa tiene lugar dentro del aparato de Golgi.

Las proteínas se sintetizan en la célula alveolar, a partir de aminoácidos. La inmensa mayoría de las proteínas presentes en la leche humana, no se han identificado en ningún otro lugar en la naturaleza.

La prolactina es la hormona que induce a la producción de proteínas. Así proteínas como la caseína, la lacto albúmina y la globulina se forman a partir de los aminoácidos en los ribosomas del retículo endoplasmático, donde se condensan y aparecen como gránulos secretorios visibles que se mueven hacia el Aparato de Golgi, dónde son (glicosiladas y fosforiladas) y colocadas en vesículas secretorias, siendo excretadas a la luz alveolar mediante exocitosis.

II- Secreción de la grasa láctea en forma de glóbulos de grasa, La síntesis de lípidos tiene lugar en el retículo endoplasmático. Las células alveolares son capaces de sintetizar ácidos grasos de cadena corta. Los ácidos grasos de cadena larga, presentes en la leche materna, provienen del plasma sanguíneo, o son sintetizados a partir de la glucosa.

La esterificación de los ácidos grasos tiene lugar en el retículo endoplasmático. Los triglicéridos se acumulan luego en varias cisternas formando glóbulos de grasa.

III – Agua e iones; la leche materna está compuesta por sodio, potasio, cloro, magnesio, calcio, fosfato, sulfato y citrato que pasan a la membrana de la célula alveolar en ambas direcciones.

La leche humana difiere de la de otras muchas especies en que los iones monovalentes están en baja concentración y la lactosa en elevada concentración (la leche humana es la más dulce). El paso del agua se realiza por ósmosis.

IV- IgA y otras proteínas plasmáticas de alto peso molecular; se realiza por pinocitosis- exocitosis. La madre fabrica a medida los anticuerpos específicos que necesita su bebé, a través de la leche materna. Estos anticuerpos son los llamados Inmunoglobulinas A (IgA) secretoria.

Las IgA, una vez ingeridas, contribuyen a la defensa contra microorganismos evitando que penetren en los tejidos del lactante.

La madre sintetiza anticuerpos cuando ingiere un agente patógeno, lo inhala o entra en contacto con el mismo. Cada anticuerpo que fabrica es específico para

cada uno de estos agentes; además las IgA mantienen a raya las enfermedades sin producir inflamación de la mucosa digestiva del lactante, que es muy delicada

V- Vías paracelulares; La leche materna contiene unas 4000 células por ml, identificados como leucocitos, que entran en la leche por la vía paracelular, es decir atravesando por el espacio entre las células alveolares. El número de células que pasan a la leche es especialmente alto en el calostro, que es la secreción de la mama durante los primeros días.

Los valores medios de producción son:

- En la 1ª semana, 550 ml/día
- En las siguientes, 850 ml/día
- La media está entre 500 y 1000 ml/día

2.2.2. COMPONENTES DE LA LECHE MATERNA

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos_ que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes.

2.2.2.1. GRASAS

La leche humana contiene aproximadamente 3.5 g de grasa por 100 ml de leche; esta cantidad representa aproximadamente la mitad del contenido energético de la leche.

La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (ácido docosahexanoico o ADH y ácido araquidónico o AA) que no se encuentran presentes en otras leches. Estos ácidos grasos son importantes para el desarrollo neurológico del niño.

2.2.2.2. HIDRATOS DE CARBONO

El principal hidrato de carbono de la leche materna es la lactosa, que es un disacárido. La leche materna contiene aproximadamente 7 g de lactosa por 100 ml

2.2.2.3. PROTEÍNAS

La concentración de proteína en la leche materna (0.9 g por 100 ml) es menor que en la leche animal.

La leche materna contiene una menor cantidad de la proteína llamada caseína, la cual tiene una estructura molecular diferente. La caseína de la leche materna forma cuajos que son más fáciles de digerir que los que se forman con otras leches

2.2.2.4. VITAMINAS Y MINERALES

El hierro y el zinc están presentes en relativa baja concentración, pero su biodisponibilidad y absorción es elevada. Si los reservorios de hierro de la madre son adecuados, los lactantes que nacen a término tienen una reserva de hierro que permite satisfacer sus necesidades.

2.2.2.5. FACTORES ANTI-INFECCIOSOS

La leche materna contiene muchos factores que ayudan a proteger al lactante de la infección incluyendo:

- Inmunoglobulinas: principalmente la inmunoglobulina A secretoria (IgAs), la cual recubre la mucosa intestinal y evita que las bacterias penetren a las células;
- Glóbulos blancos: que destruyen microorganismos;
- Proteínas del suero (lisozima y lactoferrina) que destruyen bacterias, virus y hongos;
- Oligosacáridos: que evitan que las bacterias se adhieran a la superficie de las mucosas.
- Otros factores bioactivos.

- La lipasa estimulada por las sales biliares facilita la digestión completa de la grasa, una vez que la leche ha alcanzado el intestino delgado. La grasa de las leches artificiales es digerida de manera menos completa

2.2.3. TIPOS DE LECHE MATERNA

- El calostro es la leche especial que es secretada durante los primeros 2–3 días después del parto
- Del día 7 al 14 la leche es llamada de transición

Después de las primeras 2 semanas se llama leche madura

2.2.4. INTERVENCIONES QUE CONTRIBUYEN A LA SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL A TRAVÉS DE LA LACTANCIA MATERNA

2.2.4.1 PROMOCIÓN

Son las actividades relacionadas a la comunicación con el público general y los medios de comunicación acerca de las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, garantizando que la información proporcionada sea precisa y completa. La promoción depende de la implementación de políticas y recomendaciones nacionales basadas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, ratificada por todos los países de la UE en la 55 Asamblea Mundial de la Salud en 2002, sobre el Plan de Acción para la Alimentación y Nutrición de OMS/EURO, y sobre una información, educación y comunicación eficaz.

2.2.4.2. PROTECCIÓN

La protección de la lactancia se basa en gran medida en la eliminación de obstáculos para conseguir una implementación completa del Código Internacional para la comercialización de sucedáneos de la leche materna y unas leyes de protección a la maternidad. En la Legislación y protección se debe adoptar y supervisar la aplicación de una política derechos de maternidad basada en los Convenios Organización Internacional de Trabajo (OIT), velar porque los alimentos complementarios preparados se comercialicen para su uso a una edad adecuada

y porque sean inocuos, culturalmente aceptables, accesibles y nutricionalmente adecuadas.

2.2.4.3. APOYO

El apoyo es necesario tanto para madres que amamanten como aquellas que deciden no amamantar. Las madres que han recibido información sobre la alimentación del bebé completa, correcta y óptima, y deciden alimentar artificialmente a sus bebés deben ser respetadas en su decisión y deben obtener toda la ayuda que requieran para hacerlo de forma eficaz. Las familias también deberían recibir información contrastada sobre qué, cuándo y cómo deben darse alimentos complementarios así como ayuda en el cuidado de una nutrición adecuada para el bebé y niño pequeño. Además, se deben garantizar que las prácticas y procedimientos habituales de los hospitales y centros de salud sean acordes a la iniciativa amiga de los niños, se debe proporcionar consejería en lactancia materna y la creación de redes de apoyo comunitario como clubes de lactancia materna.

2.2.4.4. SITUACIONES ESPECIALES

Se consideran situaciones especiales los siguientes casos: hijos/as de madres VIH positivas, recién nacidos/as con errores innatos del metabolismo (galactosemia, fenilcetonuria, enfermedad urinaria de jarabe de maple), hijos/as de madres con enfermedades mentales severas, hijos/as de madres que estén recibiendo quimioterapia o radioterapia, niños/as cuya madre ha fallecido o han sido abandonados/as, niños/as hijos/as de madres con abuso de sustancias adictivas. La creación de bancos de leche humana son necesarios para solventar las necesidades alimentarias de los niños/as en situaciones especiales.

2.2.5. DETERMINANTES DE LA LACTANCIA MATERNA

Pese a todas las ventajas inmunológicas, nutricionales y económicas de la lactancia materna que han sido documentadas ampliamente y además a pesar de la recomendación de organismos internacionales como OMS y UNICEF; se continúa observando una tendencia hacia una práctica acortada de lactancia materna o abandono de la misma.

Los factores que influyen positiva o negativamente sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia constituyen un amplio abanico relacionados con la madre, el niño, la familia, el sistema de salud, las políticas de salud pública, la cultura y las políticas sociales.

Las diferentes esferas de influencia de estos determinantes implicarán que su efectividad necesita verificarse y actuar en consecuencia en el nivel apropiado en el sistema de salud y en la sociedad. En El Salvador, existen determinantes que pueden influir en que una niña o niño sea o no alimentado al seno materno, como las que se mencionan a continuación:

- ✓ Ausencia de un marco legal que regule la comercialización de sucedáneos de leche materna, desconocimiento de la normativa de lactancia materna en el personal de salud, a nivel público y privado, mercadeo social en lactancia materna poco agresivo y con escasos recursos.
- ✓ Falta de implementación de salas cunas en los lugares de trabajo, así como desconocimiento por parte de madre trabajadora sobre sus derechos de maternidad.
- ✓ Escasos conocimientos del personal de salud sobre el abordaje de la consejería en lactancia materna, falta de habilidades en comunicación para el manejo de las intervenciones en lactancia materna del personal de salud, deficiencias en las redes de apoyo social hacia la madre durante el período de lactancia materna, principalmente en el post parto.
- ✓ Falta de integración de actividades de promoción y apoyo a la lactancia materna entre los establecimientos de salud tanto públicos como privados.

2.2.6. POSICIONES RECOMENDADAS PARA UNA BUENA LACTANCIA MATERNA

2.2.6.1 *POSTURA SENTADA – POSICIÓN ESTIRADO*

El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual.

Una variante de la posición anterior es colocar al bebé de forma inversa, también estirado y girado hacia la madre, pero con los pies hacia el otro lado. Esta variante no es tan frecuente pero puede ser útil si el bebé rechaza, por la razón que sea mamar de un pecho. Si se le coloca en el pecho que rechaza del mismo modo en que mama del otro, es posible que lo acepte.

2.2.6.2. POSTURA SENTADA – POSICIÓN “DE RUGBY”

El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a la espalda.

Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque puede darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en ésta.

Tanto la posición estirada como la “de rugby” funcionan perfectamente bien si la madre, en vez de estar sentada, está colocada en postura semi-reclinada.

2.2.6.3. POSTURA SENTADA – POSICIÓN CABALLITO

En esta posición el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre.

Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatia (maxilar inferior corto o retraído) u otras causas.

En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre.

2.2.6.4. POSTURA ESTIRADA – POSICIÓN ESTIRADO (EN PARALELO)

En este caso tanto la postura como la posición son frecuentes ya que de este modo se facilita el descanso de la madre. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobre todo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea.

También es muy útil para amamantar por las noches o si simplemente se quiere descansar un rato.

2.2.6.5. POSTURA ESTIRADA – POSICIÓN ESTIRADO (EN PARALELO INVERSO)

En este caso la posición del bebé es menos frecuente que la anterior pero hay madres que se sienten cómodas con ella y también puede ser útil, igual que la postura “a cuatro patas”, en caso de obstrucciones o mastitis agudas localizadas en la parte superior del pecho.

2.2.6.6. POSTURA “A CUATRO PATAS” – POSICIÓN “BOCA ARRIBA”

Esta postura es poco frecuente en el amamantamiento diario.

Pero se trata de un recurso a utilizar en el supuesto de que la madre tenga una obstrucción o mastitis aguda localizada en la parte superior del pecho, ya que de ese modo se facilita el drenaje de esos conductos.

2.2.6.7. SIGNOS DE BUENA POSICIÓN

- La cabeza y el cuerpo del bebé están en línea recta.
- La cara del bebé mira hacia el pecho.
- La madre mantiene el cuerpo del bebé cerca de ella.
- Si el bebé es un recién nacido, la madre lo envuelve en un abrazo. No lo sujeta solamente de la nuca y los hombros.

2.2.6.8. SIGNOS DE BUEN AGARRE

- El mentón y la nariz del bebé están cerca del pecho de la madre.
- Los labios del bebé están evertidos, sobretodo el inferior bien doblado hacia abajo.
- La boca del bebé está bien abierta.
- Se observa más areola por encima de la boca del bebé que por debajo (agarre asimétrico).

2.2.6.9. SIGNOS DE BUENA SUCCIÓN

Al inicio la succión es rápida y superficial. Después de alrededor de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias. El ritmo normal de la succión de un recién nacido es de ciclos encadenados de 10 a 30 succiones en los que el bebé respira con normalidad sin necesidad de interrumpir la succión. Si el bebé realiza de 3 a 5 succiones consecutivas, seguidas de una pausa de la misma duración del episodio de succión para poder respirar, probablemente tenga una succión inmadura y ello pueda causar dificultades para que se alimente bien.

Lo normal es que si hay silencio ambiental se puede escuchar como traga durante unos minutos en cada toma mientras se observa un movimiento mandibular amplio que denota que está tragando.

Además puede ver que:

- La lengua del bebé está debajo de la aréola.
- Se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula.
- Las mejillas no se hundan, sino que se ven redondas y llenas.

2.2.7. CLASIFICACIÓN DE LACTANCIA MATERNA

2.2.7.1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Durante primeros 6 meses (180 días) Significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos

2.2.8.2. LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE

El bebé es amamantado pero también recibe pequeñas cantidades de agua o de otras bebidas como té.

2.2.7.3. LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA

Es la introducción de otros alimentos además de la leche materna, la alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses de edad.

2.2.7.4. LACTANCIA MATERNA PROLONGADA

El bebé es amamantado hasta los dos años o más de vida, acompañado desde los 6 meses, de alimentación complementaria adecuada.

2.2.8. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

2.2.8.1. PARA EL RECIÉN NACIDO

- Disminución de la Morbilidad y mortalidad
- Desarrollo intelectual y motor
- Salud materna

2.2.8.2. PARA LA MADRE

- Disminuye el riesgo de hemorragia
- Disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario
- Control de la fertilidad
- Control del peso
- Recuperación de la figura de forma más rápida
- Economía

2.2.8.3. VENTAJAS PSICOAFECTIVAS

- Unión familiar
- Satisfacción personal
- Mejor vínculo madre hijo/a
- Ahorro de tiempo
- Bebés felices, lloran menos
- Contacto precoz guarda relación con mayor producción de leche
- Mejor experiencia emocional

2.2.8.4. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA ECONOMÍA FAMILIAR

- No hay gastos en leche ni de los implementos utilizados para su administración
- Menor gasto en consumo energía
- Ahorro en enfermedades prevenidas
- Resulta más barato suplementar la alimentación de la madre para garantizar la producción de leche

2.2.8.5. VENTAJAS DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LA ALIMENTACIÓN A DEMANDA

El alojamiento conjunto y la alimentación a demanda ayudan tanto al vínculo afectivo como a la lactancia materna.

2.2.8.5.1. VENTAJAS DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO

- La madre puede responder mejor a las necesidades del bebé
- Como el bebé llora menos, existen menos tentaciones de darle biberones.
- La madre adquiere más confianza en sí misma para amamantar.
- La lactancia materna continúa por más tiempo.

2.2.8.5.2. VENTAJAS DE LA ALIMENTACIÓN A DEMANDA

- La leche materna “baja” más rápidamente
- El bebé sube de peso más rápidamente
- Se presentan menos dificultades como la ingurgitación
- La lactancia se establece más fácilmente

2.2.9. COMPLICACIONES EN LA LACTANCIA MATERNA Y MANEJO DEL PERSONAL DE SALUD

2.2.9.1. PRÁCTICAS INADECUADAS DE LACTANCIA MATERNA

En la siguiente tabla se presenta las prácticas inadecuadas de lactancia materna que conllevan a diferentes complicaciones a la hora de amamantar.

Mamadas cortas o infrecuentes	debido a:	<ul style="list-style-type: none">✓ Madre muy ocupada✓ Bebé duerme de noche✓ Cambio de rutina✓ Madre estresada
Drenaje insuficiente de una parte o todo el pecho	debido a:	<ul style="list-style-type: none">✓ Succión ineficaz✓ Presión causada por la ropa✓ Presión de los dedos al dar de mamar✓ Pecho grande con drenaje inadecuado

Drenaje insuficiente de una parte o todo el pecho	debido a:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Succión ineficaz ✓ Presión causada por la ropa ✓ Presión de los dedos al dar de mamar ✓ Pecho grande con drenaje inadecuado
Tejido mamario dañado	debido a:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trauma de los pechos
Entrada de bacterias	debido a:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fisura de los pezones
Mamadas cortas o infrecuentes	debido a:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Madre muy ocupada ✓ Bebé duerme de noche ✓ Cambio de rutina ✓ Madre estresada

2.2.9.2. COMPLICACIONES EN MAMAS

Hay varias afecciones comunes del pecho que algunas veces causan dificultades para amamantar:

- Pezones planos o invertidos, y pezones largos o grandes
- Ingurgitación (también llamada plétora, abotagamiento o distensión)
- Conductos obstruidos y mastitis
- Pezones inflamados y fisuras del pezón

El diagnóstico y el manejo de estas afecciones del pecho son importantes tanto para aliviar a la madre, como para permitir que la lactancia continúe. Es de importancia primordial ayudar a la madre después del nacimiento, cuando el/la niño/a empiece a mamar, se le debe explicar cómo succionará el/la bebé el pecho, las diferentes posiciones y posturas de amamantamiento; además animarla a que mantenga contacto físico con su hijo/a todo el tiempo que dure la mamada.

2.2.9.2.1. PEZONES INVERTIDOS

Son una condición relativamente común. Esto ocurre cuando los conductos del pezón dentro de la mama son más cortos de lo normal y esto causa la retracción de los pezones.

2.2.9.2.2. INGURGITACIÓN MAMARIA

La ingurgitación mamaria es una acumulación de leche en los conductos lácteos que se produce durante la primera semana después del parto, debido al cambio de calostro a leche. El bebé no puede no puede succionar toda la leche; como resultado los alvéolos mamaros acumulan el alimento y los senos se endurecen, enrojecen y se siente dolor.

2.2.9.3. MANEJO DE COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

Manejo de pezones inflamados y dolorosos

Buscar la causa:

- ✓ Examinar el agarre
- ✓ Examinar los pechos -ingurgitación, fisura, Cándida
- ✓ Buscar Cándida o frenillo corto en el bebé

Dar el tratamiento apropiado:

- ✓ Reforzar la confianza de la madre
- ✓ Mejorar el agarre y continuar lactando
- ✓ Reducir la ingurgitación, sugerir mamadas frecuentes, extraer leche
- ✓ Dar tratamiento contra Cándida si la piel está roja, brillante, con escamas; o si hay picazón, o dolor profundo, o si la inflamación y el dolor persisten.

Aconsejar a la madre a:

- ✓ Lavarse los pechos solamente una vez por día y evitar el uso de jabón
- ✓ Evitar lociones medicamentosas y ungüentos
- ✓ Frotar leche del final sobre la areola al terminar las mamadas

2.2.10. EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA

Hay muchas situaciones en las cuales la extracción de leche materna es útil e importante para permitir a la madre iniciar la lactancia o continuarla.

La extracción de leche es útil para:

- ✓ Aliviar la ingurgitación.
- ✓ Aliviar un conducto obstruido.
- ✓ Alimentar a un bebé mientras aprende a succionar de un pezón invertido.
- ✓ Alimentar a un bebé con dificultades para coordinar la succión.
- ✓ Alimentar a un bebé que rechaza el pecho, mientras aprende a disfrutar la lactancia.
- ✓ Alimentar a un bebé con bajo peso que no puede todavía mamar.
- ✓ Alimentar a un bebé enfermo cuya succión es débil.
- ✓ Mantener la producción de leche cuando la madre o el bebé están enfermos.
- ✓ Dejarle la leche materna al bebé cuando su madre debe ir a trabajar.
- ✓ Evitar el goteo cuando la madre esté lejos del bebé.
- ✓ Ayudar a un bebé a agarrar bien un pecho lleno.
- ✓ Extraer leche materna directamente en la boca del bebé.
- ✓ Obtener unas gotas a fin de extenderlas sobre la piel del pezón.

2.2.10.1. CÓMO EXTRAER LA LECHE MATERNA

- Colocar el índice y el pulgar a cada lado de la areola y presione hacia adentro, hacia la pared torácica.
- Presionar por detrás del pezón y la areola entre sus dedos índice y pulgar.
- Presionar desde los lados para evacuar todos los segmentos del pecho.

2.2.10.2. DURACIÓN DE LA LECHE MATERNA SEGÚN EL TIPO DE CONSERVACIÓN

En la siguiente tabla se presentan el período de duración y conservación de la leche materna

Tipo de leche	Temp. ambiente	Refrigerador	Congelador
Recién exprimida en un recipiente cerrado	6-8 horas (25 °C)	3-4 días (4°C o menos)	2 semanas
Descongelada en la nevera pero no calentada	4 horas o menos	24 horas	No volver a congelar
Descongelada en agua caliente	Hasta terminar la toma	4 horas	No volver a congelar
La que sobra de la toma	Hasta terminar la toma y desechar	desechar	desechar

2.2.3 CRECIMIENTO EN LA NIÑEZ MENOR DE SEIS MESES

2.2.3. CARACTERÍSTICAS ANATOMOFISIOLÓGICAS DE LA NIÑEZ MENOR DE SEIS MESES

El primer año de vida está marcado por el crecimiento físico, la maduración, la adquisición de competencias y la reorganización psicológica.

Estos cambios modifican cualitativamente la conducta y las relaciones sociales de los niños. Éstos adquieren nuevas competencias en todos los dominios de desarrollo. El concepto de líneas de desarrollo resalta el modo en que las capacidades más complejas se construyen sobre las más simples; también es importante comprender que el desarrollo en cada dominio afecta al funcionamiento en todos los otros.

2.2.3.2. NIÑOS/AS DE 0-2 MESES DE EDAD

En este período, el lactante experimenta un importante crecimiento. Los cambios fisiológicos permiten establecer pautas de alimentación eficaces y un ciclo de sueño-vigilia predecible. Las interacciones sociales ocurridas mientras los padres y los lactantes realizan esas tareas proporcionan el fundamento para el desarrollo cognitivo y emocional.

DESARROLLO FÍSICO. El peso de un recién nacido puede disminuir un 10% del peso al nacer durante la primera semana, como resultado de la excreción del exceso de líquido extravascular y la ingesta limitada.

La nutrición mejora conforme el calostro es sustituido por leche materna más rica en grasa, el lactante aprende a agarrar y succionar con más eficacia la mama materna y la madre domina mejor la técnica de alimentación.

Los lactantes recuperan o superan el peso del nacimiento a las 2 semanas de edad y deben ganar alrededor de 30 g/día durante el primer mes de vida. Este es el período de crecimiento posnatal más rápido. Los movimientos de los miembros consisten sobre todo en contorsiones incontroladas, con apertura y cierre de las manos sin finalidad aparente. La sonrisa se produce de modo involuntario.

La dirección de la mirada, el giro de la cabeza y la succión se controlan mejor y, por tanto, pueden usarse para demostrar la percepción y la cognición del lactante. El giro preferente del lactante hacia la voz de la madre es una prueba de memoria de reconocimiento.

Inicialmente, el sueño y la vigilia se distribuyen de modo uniforme durante las 24 horas. La maduración neurológica explica la consolidación del sueño en bloques de 5 o 6 horas por la noche, con períodos de alerta breves para su alimentación. También se produce un aprendizaje; los lactantes cuyos padres son consistentemente más interactivos y estimulantes durante el día, aprenden a concentrar su sueño durante la noche.

2.2.3.3. NIÑOS/AS DE 2-6 MESES DE EDAD

Hacia los 2 meses, la aparición de sonrisas voluntarias (sociales) y el mayor contacto ocular marcan un cambio en la relación padres-hijo, que resalta la sensación de aquéllos de ser amados. Durante los meses siguientes la gama de control motor y social y la participación cognitiva del lactante aumentan de forma espectacular. La regulación mutua adopta la forma de intercambios sociales complejos, lo cual provoca un fuerte apego y disfrute mutuo. Los padres están menos cansados.

DESARROLLO FÍSICO. Entre los 3 y 4 meses de edad, la velocidad de crecimiento disminuye hasta alrededor de 20 g/día. A los 4 meses se duplica el peso al nacer. Ceden los reflejos precoces que limitaban el movimiento voluntario. La desaparición del reflejo cervical tónico asimétrico permite que el lactante comience a examinar y manipular con ambas manos los objetos situados en la línea media. La desaparición del reflejo de prensión precoz permite al lactante sostener los objetos y soltarlos de forma voluntaria. Un objeto nuevo puede provocar el intento, aunque ineficaz, de alcanzarlo.

También cambia la calidad de los movimientos espontáneos, desde retorcimientos amplios hasta movimientos circulares más pequeños, que se han descrito como «movimientos inquietos». La ausencia o anormalidad de esos movimientos

inquietos puede constituir un factor de riesgo para anomalías neurológicas posteriores.

El control progresivo de la flexión del tronco hace posible rodar intencionadamente. Una vez que el lactante es capaz de mantener estable la cabeza mientras está sentado, le será posible examinar los objetos con un movimiento horizontal de la mirada, en vez de simplemente elevar la mirada hacia ellos, y podrá comenzar a comer con cuchara. Al mismo tiempo, la maduración del sistema visual permite una mayor profundidad de la visión.

En este período, los lactantes alcanzan una regulación estable de las fases y unos ciclos regulares sueño-vigilia. El requerimiento total de sueño es de alrededor de 14-16 horas diarias, de las cuales 9-10 corresponden a la noche y 2 siestas/día. Alrededor del 70% de los lactantes duerme 6-8 horas seguidas a los 6 meses de edad. A los 4-6 meses, el electroencefalograma de sueño muestra un patrón maduro, con demarcación neta de la fase de movimientos oculares rápidos (REM) y 4 fases de sueño no REM. El ciclo de sueño sigue siendo más corto que en el adulto (50-60 min, frente a aproximadamente 90 min). En consecuencia, el lactante se despierta o entra en sueño ligero varias veces durante la noche, lo que prepara el escenario para los problemas conductuales de sueño.

2.2.3.1. CARACTERÍSTICAS DEL CRECIMIENTO PARA EL/LA LACTANTE MENOR DE SEIS MESES

En la siguiente tabla se presenta el cálculo del crecimiento y la ganancia diaria de peso, así como la ganancia mensual de la niñez.

TABLA 14-1. Crecimiento y requerimientos calóricos

EDAD	GANANCIA DIARIA APROXIMADA DE PESO (g)	GANANCIA MENSUAL APROXIMADA DE PESO	CRECIMIENTO EN LONGITUD (cm/mes)	CRECIMIENTO EN PERÍMETRO CRANEAL (cm/mes)	INGESTA DIARIA RECOMENDADA (Kcal/kg/día)
0-3 meses	30	900 g	3,5	2,00	115
3-6 meses	20	570 g	2,0	1,00	110
6-9 meses	15	450 g	1,5	0,50	100
9-12 meses	12	370 g	1,2	0,50	100
1-3 años	8	230 g	1,0	0,25	100
4-6 años	6	170 g	3 cm/año	1 cm/año	90-100

Adaptada de National Research Council, Food and Nutrition Board: *Recommended Daily Allowances*. Washington, DC, National Academy of Sciences, 1989; Frank D, Silva M, Needlman R: Failure to thrive: Myth and method. *Contemp Pediatr* 1993;10:114.

2.2.3.1.2. TENDENCIAS DEL CRECIMIENTO

Las tendencias de crecimiento pueden indicar que un niño está creciendo consistentemente y bien; o pueden mostrar que el niño tiene un problema de crecimiento, o que el niño está “en riesgo” de un problema y debe ser reevaluado pronto.

2.2.3.1.2.1. TENDENCIA DE PESO

- Tendencia ascendente - gana peso (adecuada) sí la unión de dos o más ploteos de peso/edad da como resultado una línea ascendente, indica que la niña o niño está ganando peso adecuadamente.
- Tendencia horizontal - no gana peso (inadecuada) sí la unión de dos o más ploteos de peso/edad da como resultado una línea horizontal, indica que el niño o niña no ha ganado peso, se ha estancado, lo que es una señal de alarma y se debe investigar las causas que originan esta situación.
- Tendencia descendente - pierde peso (inadecuada) sí la unión de dos o más ploteos de peso/edad da como resultado una línea descendente, indica que el niño o niña está perdiendo peso, lo que es una señal de peligro para su salud y nutrición.

2.2.3.1.3. INDICADORES DEL CRECIMIENTO

Los indicadores del crecimiento son ocho: peso, talla, longitud, edad, perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro braquial y perímetro abdominal. A continuación se describen con cada una de sus características.

- **Peso:** Constituye la medida antropométrica más usada para medir el crecimiento
- **Talla:** La estatura se define como la distancia que existe entre el vértex y el plano de sustentación. También se le denomina como talla en bipedestación o talla de pie, o simplemente como talla.
- **Longitud:** Es una mensuración que resulta de la medición de la longitud del cuerpo humano a todo lo largo del recién nacido, muy útil para diagnosticar

retraso del crecimiento v/o prematuridad.

- Edad: permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.
- Perímetro cefálico: es la medida que arroja al medir la cabeza del bebé desde su parte más ancha, o sea, por arriba de las orejas y cejas.
- Perímetro braquial: se basa en la medida de la circunferencia del brazo en el punto medio situado entre el extremo del acromión de la escápula y el olecranon del cúbito.
- Perímetro torácico: se mide justo por debajo de la línea de los pezones y debe ser poco menor al perímetro cefálico.
- Perímetro abdominal: es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico. La medición casi siempre se hace a nivel del ombligo.

2.2.3.1.4. ÍNDICES DE CRECIMIENTO DE LA NIÑEZ

- Peso para la Edad (P/E). La gráfica peso edad, se debe utilizar para evaluar el peso corporal en relación a la edad.
- Longitud para la edad (L/E), con este índice se evalúan a niños/as menores de dos años; y talla para la edad (T/E) con este índice se evalúan a niños/as mayores de dos años. Con ambos índices se identifica el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad de la niña o niño. Se utiliza para identificar el retardo en el crecimiento en la niñez y también a los niños o niñas que son altos para su edad, la cual en raras ocasiones es un problema.
- Peso para la talla (P/T) con este índice se evalúan a niños/as de dos a cinco años, refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en talla, identificando problemas de malnutrición como: sobrepeso, obesidad, desnutrición y desnutrición severa.
- Perímetro cefálico para la edad: el perímetro cefálico es una medida que se debe tomar desde el nacimiento hasta los dos años de edad, se obtiene midiendo la circunferencia de la cabeza del niño o niña el cual determina el crecimiento físico o cráneo-cefálico según la edad.

Índice de masa corporal (IMC): se utiliza para evaluar el estado nutricional actual de los niños y niñas de cinco a nueve años y adolescentes indica la relación entre el peso y la talla, que se utiliza para identificar desnutrición aguda, sobrepeso y obesidad, tanto a nivel individual como poblacional.

2.2.3.1.5. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS/AS NIÑOS/AS MENORES DE DOS AÑOS

Con la gráfica de peso/edad se obtiene la siguiente clasificación nutricional:

- Normal: de +2 hasta -2 desviaciones estándar (DE)
- Desnutrición: debajo de -2 hasta -3 DE
- Desnutrición severa: debajo de -3 DE

La gráfica de longitud/edad o talla/edad se debe utilizar para obtener la siguiente clasificación nutricional:

- Talla alta: arriba de +2 DE
- Normal: de +2 hasta -2 DE
- Retardo del crecimiento: abajo de -2 hasta -3 DE
- Retardo severo del crecimiento: debajo de -3 DE

Con el gráfico de perímetro cefálico se obtiene la siguiente clasificación:

- MAC- Macrocefalia: arriba de +2 DE
- Normal: de +2 hasta -2 DE
- MIC-Microcefalia: debajo de -2 DE

La gráfica de peso/talla se debe utilizar para obtener la clasificación del estado nutricional siguiente:

- Obesidad: arriba de +3 DE
- Sobrepeso: entre +3 y +2 DE
- Normal: entre +2 y -2 DE
- Desnutrición: entre -2 y -3 DE
- Desnutrición severa: menos de -3 DE

2.3 LACTANCIA MATERNA Y SU RELACION CON EL CRECIMIENTO

El primer año de vida, es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y es cuando este es más inmaduro y vulnerable. Por ello es importante proporcionarle una alimentación suficiente y adecuada.

La alimentación del niño en el primer año de vida se basa en la leche humana y se completa con otros alimentos (alimentación complementaria), con el doble objetivo de satisfacer sus necesidades nutritivas y crear unos hábitos alimentarios adecuados.¹¹

La lactancia materna es la forma de nutrición natural del lactante y sus ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas son conocidas. La leche materna es el alimento óptimo para el lactante y su composición es la ideal para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 4 a 6 meses de vida.²

La Organización Mundial para la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia (UNICEF) ha publicado unas recomendaciones para las maternidades con el fin de aumentar las posibilidades de una lactancia materna con éxito. En síntesis, la lactancia materna ha de ser:

- Precoz (inmediatamente después del parto, si la madre está en condiciones).
- Exclusiva (sin agua, suplementos o chupetes).
- A libre demanda (con horario y duración de las tomas flexibles, permaneciendo el niño en la habitación con la madre).¹²

Se señalan varias ventajas que reporta la lactancia materna sobre el niño, entre las que se encuentran la nutrición adecuada desde el nacimiento, propicia un mejor crecimiento y desarrollo, emocionalmente se desarrolla mejor, no necesita tomar agua, no precisa tampoco de otros alimentos, no se le deforma su fascie y mejora indiscutiblemente sus niveles de inmunidad.¹³

2.3.1 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO Y EL LACTANTE SEGÚN SUS NECESIDADES NUTRICIONALES

La Organización Mundial para la Salud (OMS) estima que el niño sano de 3 meses de edad necesita aproximadamente 850 ml de leche al día, y que el lactante de 5 a 6 meses necesita más de 1 100 ml de leche al día. También precisan de 115 a 120 kcal/kg/día respectivamente, para cubrir necesidades energéticas. En cuanto a las proteínas, necesita de 2,2 g/kg/día durante el primer mes de vida a 1,6 g/kg/día a los 4 meses de edad.

Como podrá observarse, estas cantidades difieren en forma importante de las recomendaciones establecidas. A pesar de estas discrepancias, está plenamente demostrado que con la leche materna, los niños, tienen un desarrollo y crecimiento adecuado durante los primeros 6 meses de vida.

En estudios realizados desde inicios de los años 80, se demostró, que los niños alimentados de forma exclusiva al seno materno presentaban patrones de crecimiento diferentes al resto de los niños; y pudiéramos preguntarnos, ¿por qué los niños alimentados al seno materno, quienes reciben menores aportes calóricos y proteicos, presentan un crecimiento adecuado en los primeros meses de vida?

Un mecanismo que puede explicar este hecho es una mejor utilización de calorías y nutrientes de la leche materna, a expensas de una disminución importante de las infecciones clínicas y subclínicas en el niño

Según *Reyes Vázquez*, los niños alimentados con lactancia materna de forma exclusiva se enferman 21 veces y medio menos que los alimentados con fórmulas.

La leche materna contiene agua como su elemento en mayor cantidad. Dentro de los alimentos que contienen carbohidratos, la leche materna es la que presenta la más alta concentración del reino de los mamíferos. La lactosa es el azúcar más importante y se destaca la fucosa como factor estimulante para el desarrollo del bacilo bífidus.

En el cuerpo humano, y más concretamente en la vía digestiva, se encuentran multitud de organismos. Los cuales se pueden dividir entre bacterias que

favorecen la absorción de nutrientes así como bacterias que provocan alteración al sistema digestivo. Las primeras se encargan de controlar la acción dañina de las otras. Las llamadas bacterias amigas ayudan a que la digestión se realice apropiadamente, y favorecen la producción y regulación de vitaminas esenciales. Juntas, las bacterias amigas y las dañinas forman la llamada flora intestinal, y ambos grupos son necesarios para que se realicen funciones importantes del organismo.

El lactobacilo es un micro-organismo presente en la vía-gastrointestinal, relacionado con la síntesis de enzimas y vitaminas beneficiosas para el metabolismo, y con la digestión de la lactosa. No se trata de parásitos, sino que trabajan de manera simbiótica con el resto del individuo.

Una de las principales tareas del lactobacilo es la producción de vitamina K, esencial para la coagulación de la sangre y el fortalecimiento de los huesos. Existen varias clases de lactobacilo. Muy parecidos resultan los del tipo L. Acidophilus, y el L. Bífidus.

Las bifidobacterias se encuentran de manera natural en los niños recién nacidos alimentados con leche materna. De bebés, los intestinos están estériles y no cuentan con la ayuda de estas bacterias. La leche materna promueve entonces su crecimiento, logrando que el cuerpo se inmunice contra agentes patógenos causantes de algún tipo de enfermedad.

Con la edad, su presencia en el cuerpo es menor, la acción de estos ayudantes disminuye, debido a cambios de composición del intestino, favoreciendo el crecimiento de virus y hongos dañinos. Esta disminución de bifidobacteria puede ser clave a la hora de que se produzca la aparición de graves enfermedades degenerativas. Así que se ha tenido que buscar la manera de consumirlo a modo de suplemento, como Bífidus Activo.

Presenta innumerables propiedades beneficiosas. Junto con un tipo de streptococo, se encarga de la composición de la microflora intestinal, controla e

impide el crecimiento de la flora responsable de putrefacciones y de producir sustancias tóxicas.

Contribuye a la producción de la enzima láctica esencial para la digestión de la leche y de otros productos lácteos. Produce sustancias antibacterianas capaces de proteger el organismo de la acción de otras bacterias, virus, y hongos dañinos para la salud.

Trabaja como antialérgico y como reductor en los problemas comunes de deficiente funcionamiento de la absorción intestinal. Ayuda a reducir el nivel de colesterol. En los lactantes ayuda a inmunizarlos con el fin de prevenir enfermedades graves que puedan afectar su crecimiento y desarrollo

La leche materna además contiene todas las vitaminas, se absorbe el 49 % del hierro, posee hormonas como prostaglandinas E y F que aceleran la motilidad intestinal, así como también factores de crecimiento epidérmico y nervioso. También posee hormonas hipofisarias, tiroideas y estrógenos; otras sustancias moduladoras del crecimiento son: taurina, etanolamina, fosfaetanolamina, interferón y enzimas.

Riverón plantea que existe un gran interés en la promoción de la lactancia materna y que este ha sido motivado por las notables diferencias en la morbilidad por afecciones intestinales, respiratorias, e incluso en el desarrollo neurológico de los niños alimentados a pecho.

El desarrollo tanto físico como psíquico y social del niño desde su nacimiento se ve muy relacionado con la lactancia materna exclusiva, se sustenta en la maduración de las estructuras cerebrales durante los primeros años de vida. Es un hecho conocido que la mielogénesis se desarrolla en los primeros años de vida (primeros 3 años), y que durante este período se establecen múltiples conexiones neuronales a nivel dendrítico y se seleccionan aquellas que permiten un mejor funcionalismo, destruyéndose las de peor calidad. El sistema nervioso central del niño es por tanto un órgano dotado (sistema) de enorme plasticidad, cuyo

desarrollo viene condicionado por la existencia de un *programa* genético y por todo un conjunto de influencias externas, interacciones con los padres, estímulos sensoriales, ambientales, alimentación, enfermedades, etcétera.

2.3.2 AUSENCIA DE LACTANCIA MATERNA Y COMPLEMENTARIA HASTA LOS 2 AÑOS

Alimentar a un bebé es un acto tanto emocional como físico. El contacto cálido con el cuerpo de la madre fomenta la conexión emocional entre la madre y el bebé. Esta vinculación puede darse por medio del amamantamiento o de la alimentación con biberón, además de mediante muchas otras actividades de cuidado, la mayoría de las cuales llevará a cabo el padre junto con la madre. Sin embargo, desde una perspectiva nutricional, la leche materna es el mejor alimento para los lactantes. La única alternativa aceptable es una fórmula fortificada con hierro basada ya sea en leche de vaca o de proteína de soya y que contenga suplementos vitamínicos y minerales.

La Sección de amamantamiento (2005) de la American Academy of Pediatrics (AAP; Academia Estadounidense de Pediatría) recomienda que se amamante a los bebés de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Si no es posible el amamantamiento directo, como en el caso de los lactantes prematuros, el bebé debería recibir leche materna extraída de la madre o de alguna otra mujer. El amamantamiento debería iniciarse inmediatamente después del nacimiento y debería continuarse al menos durante el primer año de vida. Los lactantes destetados durante su primer año de vida deberían recibir fórmula fortificada con hierro. Al año de edad, los bebés pueden cambiar a la leche de vaca.

Las ventajas sanitarias del amamantamiento son sorprendentes. Entre las enfermedades que se previenen o minimizan gracias al amamantamiento son diarrea, infecciones respiratorias, otitis media (infección del oído medio) e infecciones por estafilococos, bacterianas y del tracto urinario.

A las ya conocidas ventajas de la lactancia materna se añade una recién descubierta: la leche materna propicia el desarrollo de la inteligencia. La superior capacidad intelectual de los niños amamantados es una discusión que aparece en la literatura científica a partir de la década del noventa del pasado siglo, cuando los connotados científicos ingleses Lucas y Col publican en la revista Lancet (1992) el primer estudio relacionado con el tema: «Amamantamiento y subsecuente inteligencia en niños nacidos de término». Los autores brindaron seguimiento a dos grupos de niños ingleses en condiciones sociales, económicas y ambientales semejantes. La única diferencia fue que recibieran o no lactancia materna. Esta investigación reveló claramente que los niños amamantados, a los siete años de edad tenían coeficientes intelectuales mayores entre 7 y 10 puntos respecto a los que habían recibido fórmulas artificiales.

2.3. MARCO LEGAL

2.3.1. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR

CAPITULO I DERECHOS INDIVIDUALES Y SU REGIMEN DE EXCEPCION

SECCION PRIMERA DERECHOS INDIVIDUALES

Art. 2.- Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión, y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Se establece la indemnización, conforme a la ley, por daños de carácter moral.

Art. 32.- La familia es la base fundamental de la sociedad y tendrá la protección del Estado, quien dictará la legislación necesaria y creará los organismos y servicios apropiados para su integración, bienestar y desarrollo social, cultural y económico.

Art. 35.- El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores, y garantizará el derecho de éstos a la educación y a la asistencia.

SECCION SEGUNDA TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Art.42.- La mujer trabajadora tendrá derecho a un descanso remunerado antes y después del parto, y a la conservación del empleo. Las leyes regularán la obligación de los patronos de instalar y mantener salas cunas y lugares de custodia para los niños de los trabajadores.

Art. 43.- Los patronos están obligados a pagar indemnización, y a prestar servicios médicos, farmacéuticos y demás que establezcan las leyes, al trabajador que sufra accidente de trabajo o cualquier enfermedad profesional.

Art. 44.- La ley reglamentará las condiciones que deban reunir los talleres, fábricas y locales de trabajo. El Estado mantendrá un servicio de inspección técnica encargado de velar por el fiel cumplimiento de las normas legales de

trabajo, asistencia, previsión y seguridad social, a fin de comprobar sus resultados y sugerir las reformas pertinentes.

2.3.2. CODIGO DE SALUD

SECCION TRES Higiene Materno Infantil Preescolar y Escolar

Art. 48.- Es obligación ineludible del Estado promover, proteger y recuperar la salud de la madre y del niño por todos los medios que están a su alcance. Para los efectos del inciso anterior, los organismos de salud correspondientes prestarán atención preventiva y curativa a la madre durante el embarazo, parto o puerperio, lo mismo que al niño desde su concepción hasta el fin de su edad escolar.

Art. 49.- El Estado fomentará la creación, mantenimiento y desarrollo de centros, entidades y asociaciones altruistas cuyos fines sean la protección de la madre y el niño.

Art. 50.- El Ministerio dictará las normas que se observan en las instituciones públicas y privadas destinadas a la atención o enseñanza de niños de edad preescolar y escolar; éstas quedarán sujetas a inspección en lo referente a saneamiento ambiental y asistencia médica.

2.3.3. LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (LEPINA)

Disposiciones Preliminares

Art. 1.- Finalidad La presente Ley tiene por finalidad garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos y facilitar el cumplimiento de los deberes de toda niña, niño y adolescente en El Salvador, contenidos en la presente Ley, independientemente de su nacionalidad, para cuyo efecto se crea un Sistema Nacional de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia con la participación de la familia, el Estado y la sociedad, fundamentado en la Constitución de la República y en los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos vigentes en El Salvador, especialmente en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Art. 12.- Principio del interés superior de la niña, niño y adolescente En la interpretación, aplicación e integración de toda norma; en la toma de decisiones judiciales y administrativas, así como en la implementación y evaluación de las políticas públicas, es de obligatorio cumplimiento el principio del interés superior de las niñas, niños y adolescentes, en lo relativo a asegurar su desarrollo integral y el disfrute de sus derechos y garantías. Se entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente toda situación que favorezca su desarrollo físico, espiritual, psicológico, moral y social para lograr el pleno y armonioso desenvolvimiento de su personalidad. La madre y padre tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y desarrollo de la niña, niño o adolescente. Incumbe a la madre y padre o en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo de la niña, niño o adolescente y su preocupación fundamental será el interés superior de éstos y el Estado lo garantizará.

Título I Derechos de Supervivencia y Crecimiento Integral

Capítulo I Derecho a la Vida Artículo

Art.16.- Derecho a la vida Se reconoce el derecho a la vida desde el instante de la concepción. La familia, el Estado y la sociedad tienen la obligación de asegurar a la niña, niño y adolescente su supervivencia, crecimiento óptimo y desarrollo integral en los ámbitos físico, mental, espiritual, psicológico y social en una forma compatible con la dignidad humana. El Estado deberá crear políticas públicas y programas para la adecuada cobertura y atención prenatal, perinatal, neonatal y posnatal, así como realizar intervenciones que permitan reducir la morbilidad y mortalidad materna infantil y de la niñez. Toda persona tiene derecho a nacer en condiciones familiares, ambientales y de cualquier otra índole, que le permitan obtener su completo y normal desarrollo bio-psico-social.

Art 17.- Derecho a la protección de las personas por nacer La protección de las niñas o niños por nacer se ejercerá mediante la atención en salud y psicológica de la embarazada, desde el instante de la concepción hasta su nacimiento. Con la

finalidad de asegurar el derecho a la vida de las niñas y los niños, corresponde al Estado la atención gratuita de la mujer en las etapas prenatal, perinatal, neonatal y posnatal, para lo cual, en dichas etapas, se prestarán los servicios y tratamientos médicos especializados, dotación de medicamentos, consejería nutricional y apoyo alimentario para la madre y la hija o el hijo que se encuentren en condiciones especiales de salud o de pobreza.

Art.18.- Medidas para la salvaguarda del derecho a la vida Cuando una niña, un niño o adolescente deba ser tratado, intervenido quirúrgicamente u hospitalizado de emergencia por hallarse en peligro inminente de muerte o de sufrir daños irreparables en su salud física, se le prestará atención médica-quirúrgica en el centro público o privado de salud más cercano, para estabilizar al paciente y luego remitirlo al centro de atención correspondiente; la atención médica se brindará, debiendo el profesional médico proceder como la ciencia lo indique y comunicar luego el procedimiento seguido al padre, la madre, el representante o responsable. Si la situación no es de emergencia, pero se pudieran derivar daños irreparables a la salud física del niño, niña o adolescente, el profesional médico solicitará al padre, la madre, representante o responsable la autorización para la hospitalización o intervención de la niña, niño o adolescente y en caso de ausencia u oposición de éstos, el profesional médico podrá solicitar la intervención del Procurador General de la República, quien deberá resolver en el plazo máximo de veinticuatro horas

Art. 20.- Derecho a un nivel de vida digno y adecuado Todas las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho de gozar de un nivel de vida adecuado en condiciones de dignidad y goce de sus derechos. El derecho a un nivel de vida digno y adecuado es esencial para un desarrollo integral desde la concepción.

Este derecho comprende:

a) Alimentación nutritiva y balanceada bajo los requerimientos y normativas que las autoridades de salud establezcan;

b) Vivienda digna, segura e higiénica, con servicios públicos esenciales como agua potable, alcantarillado y energía eléctrica;

c) Vestuario adecuado al clima, limpio y suficiente para sus actividades cotidianas; y,

d) Recreación y sano esparcimiento. Corresponde a la madre, al padre, la familia ampliada, los representantes y responsables la garantía de este derecho conforme a sus posibilidades y medios económicos.

El Estado, por medio de políticas públicas y programas, deberá asegurarles condiciones para que cumplan con esta responsabilidad.

Capítulo II Salud, Seguridad Social y Medio Ambiente Artículo

Art. 21.- Derecho a la salud La salud es un bien público y un derecho fundamental de las niñas, niños y adolescentes que debe entenderse de manera integral como la resultante de la interacción dinámica de distintos factores bio-psico-sociales, económicos, el medio ambiente, el agua en calidad y cantidad suficiente, el estilo de vida y el sistema de atención sanitaria. El Estado debe garantizar este derecho mediante el desarrollo de las políticas públicas y programas que sean necesarios para asegurar la salud integral de la niñez y adolescencia. En todo caso, la ausencia de políticas o programas de salud no exime de la responsabilidad estatal de atención que sea requerida en forma individualizada para cualquier niña, niño o adolescente.

Obligaciones del Sistema Nacional

Art. 25.- Obligaciones del Sistema Nacional de Salud Corresponde al Estado, a través del Sistema Nacional de Salud:

a) Elaborar y ejecutar la política integral de salud para la atención de la niñez y adolescencia, entre otros ámbitos, en la atención primaria, el combate de la mortalidad materno-infantil, la desnutrición, el embarazo precoz, la atención y tratamiento de personas que sean portadoras del virus de inmunodeficiencia

humana o padezcan del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, así como de aquéllos que padezcan enfermedades crónicas;

b) Asegurar el fácil acceso de la niña, niño o adolescente a los servicios necesarios para su tratamiento;

c) Desarrollar programas de atención integral de la salud sexual y reproductiva de la niña, niño y adolescente; Promocionar y fomentar la lactancia materna exclusiva, al menos en los primeros seis meses de vida, en los centros públicos y privados de salud;

d) Promocionar y fomentar la lactancia materna exclusiva, al menos en los primeros seis meses de vida, en los centros públicos y privados de salud;

e) Desarrollar programas permanentes para evitar el consumo de alcohol, tabaco, drogas o cualquier tipo de sustancias psicotrópicas;

f) Desarrollar programas de desintoxicación y rehabilitación para niñas, niños y adolescentes con adicciones;

g) Desarrollar programas permanentes de orientación salud alimentaria, para ser difundidos a los niños, niñas y adolescentes, en los Centros Públicos y Privados de Educación;

h) Desarrollar programas permanentes para la prevención, atención y tratamiento de la salud mental de la niñez y adolescencia;

i) Permitir que la madre, el padre, representante o responsable de la niña, el niño o adolescente atendidos en centros públicos de salud puedan acompañarlos en caso de hospitalización;

j) Establecer directrices y protocolos de actuación del personal de salud para la prevención, identificación, atención y tratamiento de la niña, niño o adolescente maltratado o abusado sexualmente, así como para dar aviso o denuncia a la autoridad competente;

- k) Informar sobre el estado de la salud de la niña, niño o adolescente a su familia y al paciente mismo, tomando en cuenta su desarrollo o grado de madurez;
- l) Supervisar que el crecimiento y desarrollo de toda niña, niño o adolescente sea adecuado a su edad cronológica; orientar y apoyar a la madre, el padre, representante o responsable para que tomen las medidas necesarias para ello;
- m) Informar al Registro del Estado Familiar correspondiente, en el plazo que establezca la Ley, sobre los nacimientos y, en su caso, las defunciones; y,
- n) Establecer protocolos para la atención de la niña, niño, adolescente y mujer embarazada.

Responsabilidades de la familia frente al derecho a la salud

Art. 26.- Responsabilidades de la familia frente al derecho a la salud Es obligación de la madre, el padre, representante o responsable de la niña, niño o adolescente:

- a) Inscribirlos en el sistema de salud o de seguridad social desde el momento de su nacimiento;
- b) Asegurar que asistan a los controles periódicos de salud, vacunación y demás servicios médicos;
- c) Suministrar los cuidados que sean necesarios para la prevención, atención y combate de las enfermedades y la atención especial de aquéllos con discapacidad;
- d) Llevarlos a los servicios médicos necesarios ante un síntoma de enfermedad o riesgo a la salud; e) Cumplir con diligencia las instrucciones de los profesionales de la salud, tanto públicos como privados, en lo que se refiere al tratamiento de que fuesen sujetos; y,
- f) Evitar someter a las niñas, niños o adolescentes a tratamientos carentes de bases científicas que los respalden, o efectuados por profesionales y personal técnico auxiliar no certificados por la respectiva Junta de Vigilancia o que no posean la autorización respectiva.

Responsabilidades de la sociedad frente al derecho a la salud

Art. 27.- Responsabilidades de la sociedad frente al derecho a la salud
Corresponde a la sociedad: a) Cooperar con el Estado en el desarrollo de las políticas y los programas necesarios para reducir la mortalidad infantil, prevenir las enfermedades, educar a la familia en las prácticas de higiene y saneamiento, combatir la malnutrición y los demás que sean necesarios para la garantía de la salud de las niñas, niños y adolescentes; y, b) Apoyar y vigilar el cumplimiento de los objetivos de las políticas públicas en materia de salud, así como proponer acciones que pudiesen complementar o ampliar dichos procesos.

Derecho a la lactancia materna

Art.28.- Derecho a la lactancia materna Es obligación del Estado, el padre, la madre, los representantes, los responsables, los empleadores, así como las organizaciones privadas de salud: a) Informar e informarse de las ventajas de la lactancia materna, así como de los efectos de su sustitución por sucedáneos de la leche materna;

b) Proporcionar a los lactantes una nutrición segura, controlada y suficiente promoviendo la lactancia natural, utilizando de manera informada y adecuada los sucedáneos de la leche materna; c) Proveer en la medida de lo posible de leche materna al lactante al menos hasta los seis meses de edad;

d) Informar e informarse sobre el riesgo de transmisión de enfermedades a través de la lactancia materna, ofreciendo alternativas de sucedáneos de la misma en el caso que ésta no sea posible;

e) Capacitar e informar al personal de salud, a las madres, los padres y a las comunidades en materia de alimentación de lactantes; y,

f) Implementar mecanismos que faciliten en la jornada laboral la lactancia materna, así como generar los espacios para que la madre empleada o trabajadora pueda amamantar al niño o niña durante los primeros seis meses de

vida. El Estado deberá promover las condiciones adecuadas para la lactancia materna de los hijos de las mujeres sometidas a privación de libertad.

Promoción de la salud de la niñez y adolescencia

Art. 29.- Promoción de la salud de la niñez y adolescencia El Sistema Nacional de Salud deberá establecer una política preventiva para la atención de la niñez y la adolescencia, tanto a nivel nacional como local. Como parte obligatoria de dicha política deberán implementarse programas de atención médica, odontológica y psicológica gratuitos. Es un deber del padre, la madre, los representantes o responsables asegurar que las niñas, niños y adolescentes sean vacunados en forma completa y oportuna, según las indicaciones establecidas por el Sistema Nacional de Salud. La vacunación contra enfermedades infecto-contagiosas, sean epidémicas o endémicas, es obligatoria y gratuita. Dicha actuación será realizada a través del Sistema Nacional de Salud.

Salud primaria y familiar: La atención primaria

Art. 30.- Salud primaria y familiar La atención primaria, incluyendo la salud familiar, deberá solucionar los problemas más frecuentes de la comunidad, orientándose a la prestación de servicios preventivos, curativos, paliativos y de rehabilitación, capaces de maximizar la salud y el bienestar de la niñez y la adolescencia. El Estado coordinará entre el Sistema Nacional de Salud, sus miembros y colaboradores el establecimiento de programas dedicados a la atención integral de la niña, niño y adolescente hasta los dieciocho años cumplidos, procurando la activa participación de la familia y la comunidad. Dentro de las acciones a desarrollar, entre otras, es indispensable: la verificación y certificación del agua apta para el consumo humano, la sanidad ambiental, por medio del tratamiento de residuos humanos, animales e industriales, salud higiénica y nutricional, el control de enfermedades diarreicas y respiratorias y programas de salud sexual y reproductiva.

2.3.4. POLITICA NACIONAL DE PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Nacional Contexto Referencial Constitución de la República de El Salvador

El Art. 34, reconoce el derecho que toda niña, niño y adolescente tienen a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, para lo cual tendrá la protección del Estado, estableciendo además, que la Ley determinará los deberes del Estado y creará las instituciones para la protección de la maternidad y de la infancia.

El Art.42, establece que la mujer trabajadora tendrá derecho a un descanso remunerado antes y después del parto y a la conservación del empleo. Asimismo que las leyes regularán la obligación de los patronos de instalar y mantener salas cunas y lugares de custodia para los niños de los trabajadores.

El Art. 65, reconoce que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

2.3.5. CÓDIGO DE TRABAJO

El Art. 309, establece que el patrono está obligado a dar a la trabajadora embarazada, en concepto de descanso por maternidad, doce semanas de licencia, seis de las cuales se tomarán obligatoriamente después del parto; y además, a pagarle anticipadamente una prestación equivalente al setenta y cinco por ciento del salario básico durante dicha licencia.

El Art. 312, plantea que si transcurrido el período de licencia por maternidad, la trabajadora comprobare con certificación médica que no se encuentra en condiciones de volver al trabajo, continuará suspendido el contrato por la causal 4ª del Art. 36, por el tiempo necesario para su restablecimiento, quedando obligado el patrono a pagarle las prestaciones por enfermedad y a conservar su empleo.

Si una trabajadora lacta a su hijo, tendrá derecho con este fin, a una interrupción del trabajo de hasta una hora diaria. A su pedido esta interrupción se podrá fraccionar en dos pausas de treinta minutos cada una.

Las interrupciones de trabajo conforme a párrafo precedente serán contadas como horas de trabajo y remuneradas como tales.

2.3.6. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD 2009 – 2014.

Entre de las políticas de gobierno, la Política Nacional de Salud 2009 – 2014, en las recomendaciones de la estrategia Seguridad Alimentaria y Nutricional, establece el desarrollo de una estrategia de comunicación masiva y grupal sobre la práctica de la lactancia materna.

2.3.7. POLITICAS INTERNACIONALES

2.3.7.1. CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna fue adoptado por la 34 Asamblea Mundial de la Salud en 1981, como "un requerimiento mínimo" para proteger la salud, que debería ser implementado íntegramente. El Código no es obligatorio, sino un compromiso ético que los gobiernos deben implementar y legislar para regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. Tiene como objetivo contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia materna y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando estos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

2.3.7.2. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

En la Convención sobre los Derechos del Niño celebrada en la Organización de las Naciones Unidas en 1989, los Estados parte reconocen el derecho del niño a disfrutar del más alto nivel posible de salud y asegurar las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil. Asimismo establece asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los

principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna.

2.3.7.3. LA DECLARACIÓN DE INNOCENTI

Se realizó en Florencia, Italia en 1990, reconoce que la lactancia materna es un proceso único; asimismo establece como meta global la lactancia materna exclusiva para todos los niños durante los primeros seis meses de vida, promueve la eliminación de todos los obstáculos a la lactancia materna, establece que todos los gobiernos deben desarrollar políticas nacionales sobre lactancia materna y establece como una de sus metas lograr que el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna fuera puesto en práctica por todos los países antes de 1995.

2.3.7.4. CUMBRE MUNDIAL DE LA INFANCIA

En 1990, durante la Cumbre Mundial de la Infancia, los gobiernos de los países participantes se comprometieron a desarrollar políticas para respaldar el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, terminar con las donaciones de sucedáneos de la leche materna en todos los servicios y hospitales de maternidad e intensificar los esfuerzos para lograr incrementar la incidencia y prevalencia de la lactancia materna.

2.3.7.5. CONFERENCIA INTERNACIONAL DE NUTRICIÓN

La Conferencia Internacional de Nutrición celebrada en Roma en el año 1992 definió como una de las principales estrategias para disminuir el hambre y la desnutrición, el fomento de la lactancia materna y concluyó que una de las acciones para lograr mayores índices de lactancia en el mundo es la implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

2.4. MARCO CONCEPTUAL

- **Lactancia materna:** Lactancia materna es un término usado en forma genérica para señalar alimentación del recién nacido y lactante, a través del seno materno. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a su práctica.
- **Características de la lactancia materna:** Son un conjunto de indicadores (anatomía de la mama, fisiología de la lactancia materna y componentes de la leche materna) que muestran si la lactancia materna se está brindando de una manera adecuada y completa.
- **Tipos de leche materna:** Son el calostro que es la leche especial que es secretada durante los primeros 2–3 días después del parto, la leche de Transición del día 7 al 14 y la leche madura después de las primeras 2 semanas.
- **Clasificación de lactancia materna:** Se encuentra la lactancia materna exclusiva que es durante primeros 6 meses (180 días) Significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos, lactancia materna predominante que es cuando el bebé es amamantado pero también recibe pequeñas cantidades de agua o de otras bebidas como té y la lactancia materna complementaria que es cuando hay introducción de otros alimentos además de la leche materna, la alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses de edad, también se encuentra la lactancia materna prolongada es cuando el bebé es amamantado hasta los dos años o más de vida, acompañado desde los 6 meses, de alimentación complementaria adecuada.
- **Beneficios de la lactancia materna:** Llámese a él bien, que aporta la lactancia materna, ya que posee muchos beneficios para la salud de la madre y el niño, protege contra la diarrea y las enfermedades comunes de

la infancia, como la neumonía, y también puede tener beneficios a largo plazo para la salud de la madre y el niño, como la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia.

- **Condiciones para una buena Lactancia Materna:** Entre las condiciones para la buena lactancia materna se encuentra la postura que es la forma en que se coloca la madre para amamantar, esta pueden ser sentada, estirada, de pie y a cuatro patas, también la posición que es la forma en que es colocado el bebé para que mame, estas pueden ser estirado, de rugby, de caballito, estirado en paralelo y boca arriba.
- **Extracción de la leche materna:** La extracción de leche materna puede ser de forma manual y por extractor de leche, con el fin de brindar lactancia materna aunque no sea directamente del seno materno.
- **Complicaciones en la lactancia materna:** Suceso negativo debido a una mala postura de la madre, mal agarre del bebe, mala succión del bebe, mala posición del bebe.
- **Crecimiento:** Se conoce al crecimiento como el aumento irreversible del tamaño que experimenta un organismo por la proliferación celular, esta proliferación produce estructuras más desarrolladas que se encargan del trabajo biológico.
- **Índice de masa corporal:** Es la asociación entre el peso y la talla de una persona adulta para evaluar su estado nutricional.
- **Edad:** Meses o años cumplidos según fecha de nacimiento.
- **Peso:** Refleja la acumulación o aumento de los diferentes tejidos del organismo.
- **Talla:** Medida de la estatura del cuerpo desde los pies hasta el cráneo.
- **Perímetro cefálico:** Medida de circunferencia craneana.
- **Tendencia de crecimiento:** Son indicadores importantes de los patrones del crecimiento infantil que se reflejan a través de una serie de datos obtenidos en un determinado tiempo. Entre estos resultados se encuentran

la tendencia horizontal si la ganancia de peso está horizontal o aplanada considerar pobre ingesta o mala técnica de alimentación, infecciones ocultas o reflujo gastroesofágico, tendencia descendente si la tendencia de la ganancia de peso es descendente, luego de considerar pobre ingesta o mala técnica de alimentación, es urgente descartar patología infecciosa aguda o crónica, cardiopatía o considerar otra morbilidad y la tendencia ascendente si la ganancia de peso es normal, felicitar a la madre y reforzar la consejería sobre técnicas de alimentación.

- **Índices de crecimiento de la niñez:** Es la unión de dos indicadores del crecimiento.
- **Peso para la edad (P/E):** Refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso relativo.
- **Talla para la edad (T/E):** Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits. Se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo.
- **Peso para la talla (P/T):** Refleja el peso relativo para una talla dada y define la probabilidad de la masa corporal, independientemente de la edad. Un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición y alto de sobrepeso y obesidad.
- **Macrocefalia:** perímetro cefálico mayor que el promedio correspondiente a la edad y sexo del bebé o del niño/a.
- **Microcefalia:** perímetro cefálico menor que el promedio correspondiente a la edad y sexo del bebé o del niño/a.

CAPÍTULO III “HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES”

3.1. HIPÓTESIS

Según J Rojas en su obra metodología de investigación plantea como se realiza el esquema de hipótesis desarrollándolo de la siguiente manera:

3.1.1. HIPÓTESIS

Hipótesis general:

- Las prácticas de lactancia materna están asociadas al crecimiento adecuado en la niñez menor de 6 meses.

Hipótesis específica:

- Las prácticas de la lactancia materna en la niñez menor de 6 meses son inadecuadas.
- El crecimiento es adecuado en la niñez que recibió lactancia materna exclusiva.

3.1.2. HIPÓTESIS NULA.

Hipótesis general:

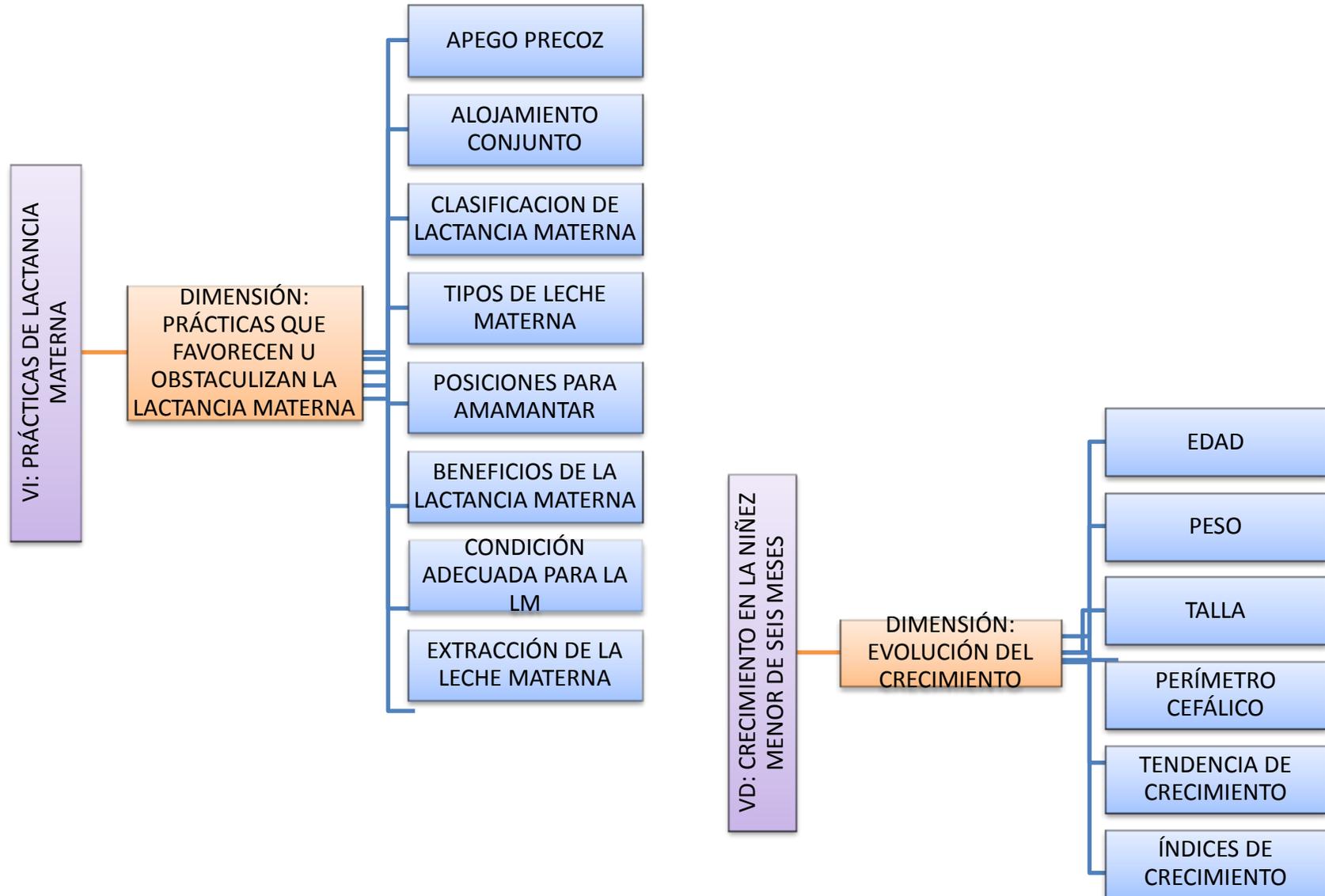
- La lactancia materna no está asociada al crecimiento adecuado en la niñez menor de 6 meses.

Hipótesis específica:

- Las prácticas de la lactancia materna que se realizaron en la niñez de 6 meses son adecuadas.

- El crecimiento es similar en la niñez que recibió lactancia materna exclusiva como la que no la recibieron.

3.2 ESQUEMA DE VARIABLES E INDICADORES



3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA	Lactancia materna es un término usado en forma genérica para señalar alimentación del recién nacido y lactante, a través del seno materno. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a su práctica. Estas tienen repercusión en la salud del niño .	La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutriente en calidad y cantidad adecuadas. Se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que	Prácticas que favorecen u obstaculizan la lactancia materna	Tipos de leche materna
				Clasificación de lactancia materna
				Posiciones para amamantar

		constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años.		Beneficios de la lactancia materna
				Condición adecuada para la lactancia materna.
				Extracción de la leche materna
CRECIMIENTO	Se conoce al crecimiento como el	Ha sido definido como el proceso de	Evaluación del crecimiento	Edad

	<p>aumento irreversible del tamaño que experimenta un organismo por la proliferación celular, esta proliferación produce estructuras más desarrolladas que se encargan del trabajo biológico.</p>	<p>incremento de la masa de un ser vivo. Que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular que se da por hipertrofia e hiperplasia</p>		Peso	
				Talla	
				Perímetro cefálico	
				Tendencia de crecimiento	
				Índices de crecimiento	Peso para la edad
Longitud para la edad					
Perímetro cefálico para la edad					
Índice de masa corporal para la					



					madre
--	--	--	--	--	-------

CAPÍTULO IV “DISEÑO METODOLÓGICO”

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio para esta investigación fue descriptivo ya que estuvo encaminado al descubrimiento de relaciones entre las variables a investigar, es por eso que se describe la relación entre la variable independiente “prácticas de lactancia materna” y la variable dependiente “crecimiento”. Y fue transversal porque se realizó en un lapso de tiempo corto siendo este el mes de febrero de 2016.

4.2. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

- **UNIVERSO:** Niñez inscritos/as al control de niño/a sano/a de la UCSF San Antonio Abad.
- **POBLACIÓN:** madres y niños que durante su etapa neonatal fueron inscritos/as al control de niño/a sano/a en el periodo de junio 2014 a julio 2015.
- **MUESTRA:** 120 niños/as y madres que asistieron al control de niño/a sano/a en febrero de 2016, se determinó el tamaño de la muestra por conveniencia ya que se tomó en cuenta factores como tiempo y presupuesto disponible.
- **TIPO DE MUESTREO:** Muestreo probabilístico aleatorio simple; ya que todas las unidades de análisis tienen la misma probabilidad de ser seleccionada.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Niñez de 8 meses a 18 meses que asistieron al control de niño/a sano/a de la UCSF San Antonio Abad.
2. Independientemente de su sexo.
3. Independientemente del lugar de procedencia
4. Madres que deseen participar voluntariamente.

4.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Niñez mayor de 18 meses.
2. Niñez no inscritos/as en el control de niño/a sano/a.
3. Madres que no desean participar.

4.5. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- **MÉTODO:** hipotético – deductivo, ya que se observó la evolución del crecimiento relacionado con la ingesta de leche materna, para luego comprobar la relación en el crecimiento de la niñez inscrita al control de niño/a sano/a de la UCSF San Antonio Abad.
- **TÉCNICA:** Encuesta, ya que se reunió la información de manera sistemática a través del contacto directo con las madres de los/as niños/as que asistieron al control de niño/a sano/a para investigar la variable independiente “prácticas de lactancia materna”. Y el cuestionario donde se realizó revisión de los expedientes clínicos y así llenar los datos necesarios para investigar la variable dependiente “crecimiento de la niñez menor se seis meses”.
- **INSTRUMENTO:**
 - Guía de entrevista (Recolectó información de fuentes primarias, las madres de los/as niños/as inscritos en control de niño/a sano/a)
En esta se recolectó información acerca de la variable independiente Prácticas de lactancia materna. La cual consto de 15 preguntas abiertas y 29 preguntas cerradas en 8 secciones.
 - Cuestionario (Recolectó información de fuentes secundarias, revisión de expedientes clínicos)
En este se recolectó información acerca de la variable dependiente Crecimiento. Y estuvo conformado por 70 preguntas abiertas

4.6. ELEMENTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- **Beneficencia:** Es obligación como personal investigador buscar el bienestar de la población en estudio, en este caso motivar a las madres que

brinden lactancia materna exclusiva hasta la edad recomendada ya que favorece que el crecimiento y desarrollo de la niñez sea idóneo.

- **No maleficencia:** Se respetó la integridad física y psicológica de la población en estudio.
- **Autonomía:** La madre tuvo la libertad de decidir si participar o no en la investigación.
- **Justicia:** Se abordó a la población en estudio cordialmente, con respeto, y de manera igualitaria.

4.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Fase 1:** Coordinación, Se coordinó con las autoridades correspondientes tales como Región Metropolitana de Salud, de igual manera con el director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Antonio Abad Dr. Ricardo Avilés. Todo esto para la aprobación de la recolección de datos, así mismo se fijaron las fechas en las cuales se realizó la recolección, siendo del 1 de febrero al 18 de febrero de 2016.
- **Fase 2:** Recolección, se programó en el período de 1 febrero al 18 de febrero de 2016 hasta completar el total de la muestra que fueron 120 instrumentos en total. Se buscó a la población a estudiar bajo los criterios de inclusión, en las instalaciones de la UCSF San Antonio Abad. Correspondiendo la recolección de datos a Br. Ana Cea con los instrumentos 1 al 60 y Br. Rebeca Galdámez con los instrumentos 61 al 120.
- **Fase 3:** Ordenamiento, se enumeraron los instrumentos del 1 al 120 y se guardaron en un folder para su posterior tabulación.

4.8. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS

- **Fase 1:** Coordinación, El grupo investigador se coordinó para la previa tabulación de datos, se reunieron en casa de Br. Ana Cea los días 22, 23 y 24 de Febrero de 2016 para la tabulación de datos.

- **Fase 2:** Procesamiento de datos, se diseñó una tabla tabuladora en la cual se vaciaron todos los datos, los cuales dieron origen a tablas de distribución de frecuencia, las cuales a su vez facilitaron la construcción de gráficos de pastel y de barras, también se utilizaron tablas para la representación de prácticas adecuadas e inadecuadas de cada tipo de lactancia materna de igual manera para los niños que no recibieron lactancia materna. Todo esto se realizó para la representación de los resultados obtenidos, con el fin de tener una visión rápida y sintética acerca de las variables y variaciones que puedan tener.

4.9. PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de los resultados fue multivariado porque se utilizaron métodos estadísticos para analizar de manera conjunta datos multivariantes medidos en el objeto de estudio.

4.10. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA LA COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

La comprobación de hipótesis se realizó por medios estadísticos para establecer la relación entre las variables usando el coeficiente de Q de Kendall ya que se aplica para variables medidas a escala nominal, con frecuencias en tablas de contingencia de 2x2. Se utilizará la siguiente fórmula: $Q = \frac{AD-BC}{AD+BC}$

Y para determinar si la relación encontrada es significativa, se utilizó la prueba de significación de Chi-cuadrado (X^2)

Con la siguiente fórmula: $X^2 = \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$ donde f_o es a frecuencia observada y f_e es la frecuencia esperada.

Todo esto se realizó con el fin de aceptar o rechazar la hipótesis.

4.11. PLAN DE SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS

Para la representación de dichos datos se utilizaron diferentes programas como Microsoft Excel para obtener los resultados así mismo se utilizó una presentación en Microsoft Power point la cual incluía los apartados:

1. planteamiento del problema
2. Una reseña del marco teórico
3. Hipótesis y esquematización de la Operacionalización de variables
4. Diseño metodológico
5. Interpretación de resultados.
6. Conclusiones
7. Recomendaciones

Para la socialización de resultados se realizó la distribución de la siguiente manera:

La bachiller Rebeca Galdámez ejecutó la defensa de los capítulos planteamiento del problema, marco teórico y operacionalización de variables. Seguida por la bachiller Ana Cea con la defensa de los capítulos diseño metodológico, interpretación de resultados, conclusiones y recomendaciones.

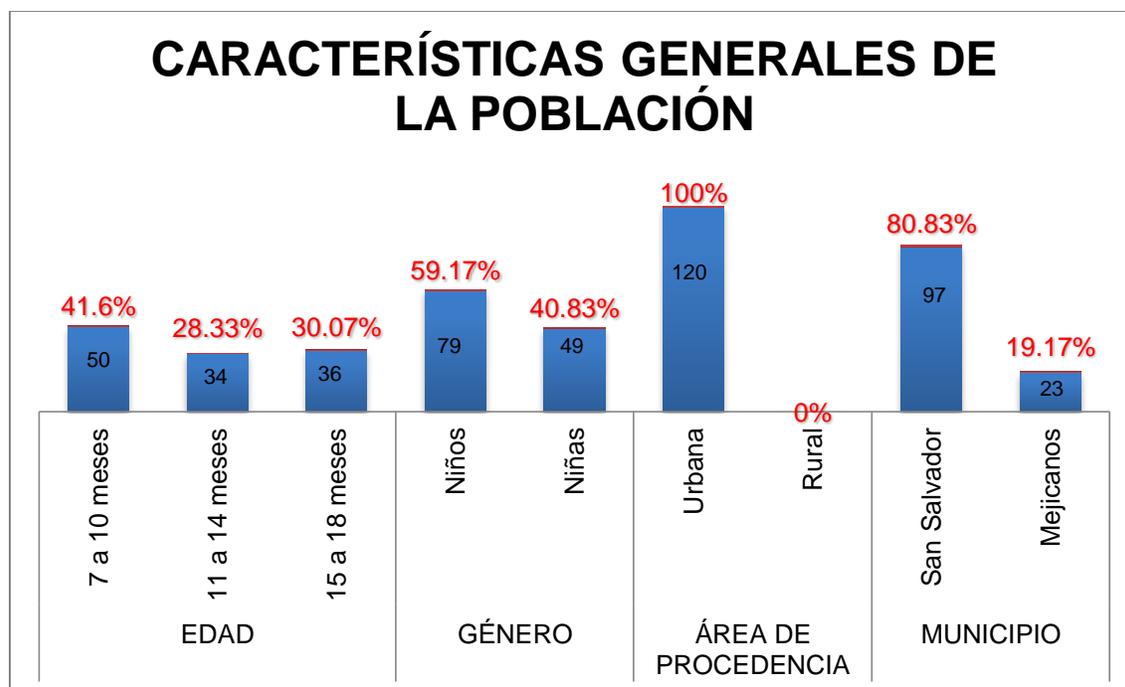
En cuanto a la ejecución y abordaje de la defensa de la investigación se realizó en el salón de la pinacoteca de la Universidad de El Salvador en donde estuvo presente el jurado evaluador de la investigación, designado por la dirección de la carrera de Licenciatura en Salud Materno Infantil, un grupo de docentes invitados, docente asesora de la investigación y grupo ejecutor. Dicha socialización se llevó a cabo en el mes de abril de 2016.

CAPÍTULO V “TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS”

5.1. TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1.1 DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA

Gráfica Nº1



Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: La gráfica número uno evidencia los datos generales obtenidos de la población entrevistada, en la que se refleja la edad de los niños y niñas en donde se presentaron tres rangos de edad por lo que en la edad de 7 a 10 meses se encontraban un 41.6% de los/as niños/as. Entre 11 a 14 meses 28.33% de los/as niños/as; y de 15 a 18 meses 30.07% de los/as niños/as; en

cuanto a la variable sexo hubo un predominio de sexo masculino que de femenino con un porcentaje de 59.17% sobre 40.83%. Con respecto al área de residencia el 100% niños/as habitan en la zona urbana; con referencia al municipio de procedencia la mayor parte proviene del municipio de San Salvador, específicamente el 80.83% personas, en Mejicanos 19.17% de los/as niños/as.

5.1.2. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA MADRE ANTES DEL EMBARAZO

Gráfica Nº2



Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: se puede observar que el 49% de las madres tenían un índice de masa corporal normal, en cambio un 32% de las madres tenían índice de masa corporal de sobrepeso, un 12% tenían obesidad y un 7% se encontraban en bajo peso antes de quedar embarazadas.

5.1.3. TRABAJO DE PARTO

Gráfica Nº3



Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: se puede observar que un 61% de las madres dieron a luz en el Hospital de la mujer, el 28% en el Hospital Zacamil, un 8% en otros hospitales tales como Hospital de Cabañas, Hospital de Sonsonate, Hospital Farabela y Hospital San Rafael; y un 3% en el Hospital del ISSS Primero de Mayo.

Gráfica Nº4



Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: el 67% de las madres tuvieron un parto vía vaginal, en cambio un 33% tuvo un parto vía cesárea, teniendo como indicación cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo o estrechez pélvica entre otras.

5.1.4. ALOJAMIENTO CONJUNTO

Gráfica Nº5



Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: en la gráfica anterior se puede apreciar que el 85% del total de las madres recibió información acerca de la lactancia materna. En cambio un 15% que respondió que no le brindaron información acerca de este tema.

Gráfica Nº6



Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: se observa que el 72% de las madres recibió ayuda para poder iniciar la lactancia materna. Al contrario un 28% respondió que no recibió ayuda para poder iniciar la lactancia materna.

Gráfica Nº7



Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: se observa el momento en el que recibió la información sobre la lactancia materna, un 53% mencionó que la recibió en el post parto antes que le dieran el alta del hospital; un 17% durante el embarazo y un 2% antes del embarazo. Un 28% de la población entrevistada fue la que no recibió información sobre la lactancia materna.

5.1.5. CLASIFICACIÓN DE LACTANCIA MATERNA

Gráfica Nº8



Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: El tipo de lactancia materna que más predominó fue la complementaria con un 52%, seguida de la exclusiva que obtuvo un 43%; en un porcentaje menor se encuentran los que no recibieron lactancia con 3% y los que recibieron lactancia materna predominante con un 2%. Estos datos se obtuvieron de las respuestas de las madres entrevistadas.

Gráfica Nº9



Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: en el presente gráfico se muestra el tipo de lactancia que recibieron los niños/as segregados por género, del 100% de los/as niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva, el 55.77% eran niños y el 44.23% eran niñas, en el tipo de lactancia predominante el 100% eran niñas, para el tipo de lactancia complementaria hubo el 61.90% eran niños y 38.10% niñas, y para los niños que no recibieron lactancia materna el 100% eran niños.

Gráfica Nº10



Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: Los diferentes motivos por los que las madres introdujeron sucedáneos de la leche materna a su bebé fueron: 37% trabajo, un 29% enfermedad de la/el bebé, 24% enfermedad de la madre y 10% emergencia.

5.1.6. COMPLICACIONES EN MAMAS

Gráfica Nº11



Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: el gráfico anterior muestra el porcentaje de madres que tuvieron complicaciones en las mamas, a lo que respondieron lo siguiente: un 61% respondió que no tuvo complicaciones y un 39% contestó que si tuvo.

Gráfica Nº12



Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: el gráfico anterior refleja las complicaciones en las mamas que tuvieron las madres al amamantar, para lo cual respondieron: un 46% con la complicación de pezón agrietado, un 30% con pezón no formado, un 11% con infección en la mama, un 10% con congestión mamaria y un 3% con pezón invertido.

5.1.7. PRÁCTICAS ADECUADAS E INADECUADAS DE LACTANCIA MATERNA

Tabla №1

“PRÁCTICAS ADECUADAS E INADECUADAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN GENERAL”

INDICADORES		PRACTICAS ADECUADAS		PRACTICAS INADECUADAS		TOTAL	PRÁCTICAS A FAVOR DE LA LACTANCIA
		FA	FR	FA	FR		
Prácticas que aseguran la lactancia materna	Apego precoz	52	43.33%	68	56.67%	100%	4 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 2 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Alojamiento conjunto	85	70.83%	35	29.17%	100%	
	Postura de la madre para el amamantamiento	117	97.5%	3	2.5%	100%	
	Posición del bebe al momento de mamar	117	97.5%	3	2.5%	100%	
	Signo del buen agarre	55	45.83%	65	54.17%	100%	
	Información y demostración sobre lactancia materna	87	72.5%	33	27.5%	100%	
Prácticas de evolución de la lactancia materna	Bajada de la leche en los primeros dos días	120	100%	0	0%	100%	2 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 4 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Brindó lactancia materna	117	97.5%	3	2.5%	100%	
	Tipo de Lactancia Materna	52	43.33%	68	56.67%	100%	

	Introducción de sucedáneos de la leche y alimentos antes de los 6 meses	52	43.33%	68	56.67%	100%	
	Reconocimiento de beneficios de la lactancia materna en el hijo/a	0	0%	120	100%	100%	
	Reconocimiento de los beneficios de la lactancia materna en la madre.	0	0%	120	100%	100%	
Factores que obstaculizan la práctica de la lactancia materna	Obstáculos presentados para el amamantamiento	104	86.67%	16	13.33%	100%	4 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 3 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Complicaciones presentadas en las mamas	73	60.83%	47	39.17%	100%	
	Manejo y tratamiento	7	14.90%	40	85.10%	100%	
	Contraindicación para brindar lactancia materna	113	94.17%	7	5.83%	100%	
	Técnica de extracción de leche materna	1	1.82%	54	98.18%	100%	
	Extracción de leche materna brindada en biberón	6	10.90%	49	89.10%	100%	
	Almacenamiento de la leche materna extraída	50	90.90%	5	9.10%	100%	

Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: *Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.*

INTERPRETACIÓN: en la tabla anterior se representan tanto las prácticas adecuadas e inadecuadas realizadas en la niñez en estudio. Dentro de las prácticas que aseguran la lactancia materna se observa que en cuanto al apego precoz el 56.67% de las madres entrevistadas realizó una práctica inadecuada quedando con un 43.33% las que lo realizaron adecuadamente, en cuanto al alojamiento conjunto el 70.83% se coloca en una práctica adecuada y un 29.17% con una inadecuada, en la práctica de la postura de la madre al amamantar el 97.5% de las madres entrevistadas se colocan en práctica adecuada mientras que un 2.5% en una inadecuada, y con el mismo valor se coloca la posición del/la bebe al ser amamantado, con la práctica del signo de buen agarre el 54.17% se colocó en una práctica inadecuada mientras que el 45.83% restante está dentro de una práctica adecuada, en cuanto a la información y demostración de la lactancia materna un 72.5% se colocó en práctica adecuada y un 27.5% en una práctica inadecuada, teniendo así 4 prácticas adecuadas en contra de 2 inadecuadas.

Dentro de las prácticas de evolución de la lactancia materna, la bajada de la leche en los primeros días el 100% de las madres entrevistadas se colocó dentro de la práctica adecuada, dentro de la interrogante si brindó lactancia materna se encontró que el 97.5% estuvo dentro de una práctica adecuada, y en cuanto al tipo de lactancia que recibieron los niños/as el 56.67% se colocó dentro de una práctica inadecuada. En cuanto a la introducción de sucedáneos de la leche materna y alimentos antes de los 6 meses el 56.67% está dentro de las practicas inadecuadas; para el reconocimiento de beneficios tanto para la madre como para el niño/a el 100% se colocó en una práctica inadecuada. Teniendo como resultado 2 prácticas adecuadas en contra de 4 inadecuadas.

En cuanto a los obstáculos presentados para el amamantamiento el 86.67% estuvo dentro de una práctica adecuada, para las complicaciones presentadas en las mamas el 60.83% se colocó dentro de una práctica adecuada, para el manejo y tratamiento recibido por parte de las madres que presentaron alguna complicación en las mamas se tuvo que el 85.10% se colocó en una práctica inadecuada, en cuanto a las contraindicaciones para brindar lactancia materna se

tuvo que el 94.17% realizo una práctica adecuada; en cuanto a la extracción de leche materna y brindada con biberón se tuvo que el 89.10% de las madres se colocó en una práctica inadecuada, en cuanto a la técnica para la extracción de la leche materna se tuvo que el 98.18% fue una práctica inadecuada, para el almacenamiento de la leche extraída se tuvo que el 91% se colocó en una práctica adecuada. Dando como resultado 4 prácticas adecuadas en contra de 3 inadecuadas.

Tabla No2

“PRÁCTICAS ADECUADAS E INADECUADAS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA”

INDICADORES		PRACTICAS ADECUADAS		PRACTICAS INADECUADAS		TOTAL	PRÁCTICAS A FAVOR DE LA LACTANCIA
		FA	FR	FA	FR		
Prácticas que aseguran la lactancia materna	Apego precoz	27	51.90%	25	48.10%	100%	6 PRÁCTICAS ADECUADAS
	Alojamiento conjunto	34	65.40%	18	34.60%	100%	
	Postura de la madre para el amamantamiento	52	100%	0	0%	100%	
	Posición del bebe al momento de mamar	52	100%	0	0%	100%	
	Signo del buen agarre	28	53.85%	24	46.15%	100%	
	Información y demostración sobre lactancia materna	50	96.15%	2	3.85%	100%	
Prácticas de evolución de la lactancia materna	Bajada de la leche en los primeros dos días	52	100%	0	0%	100%	4 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 2 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Brindó lactancia materna	52	100%	0	0%	100%	
	Tipo de Lactancia Materna	52	100%	0	0%	100%	

	Introducción de sucedáneos de la leche y alimentos antes de los 6 meses	52	100%	0	100%	100%	
	Reconocimiento de beneficios de la lactancia materna en el hijo/a	0	0%	52	100%	100%	
	Reconocimiento de los beneficios de la lactancia materna en la madre.	0	0%	52	100%	100%	
Factores que obstaculizan la práctica de la lactancia materna	Obstáculos presentados para el amamantamiento	51	98.08%	1	1.92%	100%	5 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 2 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Complicaciones presentadas en las mamas	37	71.15%	15	28.85%	100%	
	Manejo y tratamiento	8	53.33%	7	46.67%	100%	
	Contraindicación para brindar lactancia materna	51	98.08%	1	1.92%	100%	
	Técnica de extracción de leche materna	1	6.25%	15	93.75%	100%	
	Extracción de leche materna brindada en biberón	4	25%	12	75%	100%	
	Almacenamiento de la leche materna extraída	14	87.5%	2	12.5%	100%	

Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: *Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.*

INTERPRETACIÓN: en la presente tabla se muestran las practicas tanto adecuadas como inadecuadas del tipo de lactancia materna exclusiva, teniendo en primer lugar las prácticas que aseguran la lactancia, se encuentra el apego precoz representado con un 51.90% a las madres que tuvieron una práctica adecuada, en cuanto al alojamiento conjunto se obtuvo el valor de 65.40% para las madres que tuvieron una práctica adecuada, en cuanto a la postura de la madre y posición del bebe al ser amamantado, el 100% tuvo una práctica adecuada, para el signo de buen agarre el 53.85% lo realizo de manera adecuada, en cuanto a la información brindada sobre la lactancia materna el 96.15% de las madres se encuentran dentro de las practicas adecuadas. Teniendo así 6 prácticas adecuadas.

Para las prácticas de evolución de la lactancia materna se tiene: la bajada de la leche materna en los primeros dos días para lo cual el 100% se colocó dentro de una práctica adecuada, al igual que para la interrogante de que si brindo lactancia materna, y para el tipo de lactancia brindada el 100% se colocó en una práctica adecuada, para la introducción de sucedáneos de la leche y alimentos antes de los 6 meses se tuvo que: el 100% estuvo dentro de las prácticas adecuadas, no así para el reconocimiento de beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para él bebe obteniendo el 100% para las madres que no los reconocieron ubicándose dentro de las prácticas inadecuadas. Teniendo como resultado 4 prácticas adecuadas en contra de 2 inadecuadas.

Dentro de los factores que obstaculizan la práctica de la lactancia materna se obtuvo que: para los obstáculos presentados durante el amamantamiento el 98.08% no los tuvo colocándose así dentro de las prácticas adecuadas, para las complicaciones presentadas en las mamas un 71.15% estuvo dentro de las prácticas adecuadas y para el manejo y tratamiento de las complicaciones presentadas se obtuvo que el 53.33% se colocó en las prácticas adecuadas, el 98.08% no presentó alguna contraindicación para brindar lactancia materna, el 1.92% refirió que interrumpió la lactancia ya que estaba ingiriendo medicamento. Para la extracción de leche que se brindó con biberón se obtuvo el 75% de

madres que se ubicaron dentro de las prácticas inadecuadas y para la técnica de extracción de esta se obtuvo un 93.75% de madres que no realizaron de manera adecuada la extracción quedando dentro de las prácticas inadecuadas y para el almacenamiento de la misma, se obtuvo un 87.5% de madres dentro de las prácticas adecuadas. Teniendo así: 5 prácticas adecuadas en contra de 2 inadecuadas.

Tabla Nº3

**“PRÁCTICAS ADECUADAS E INADECUADAS DE LA LACTANCIA MATERNA
PREDOMINANTE”**

INDICADORES		PRACTICAS ADECUADAS		PRACTICAS INADECUADAS		TOTAL	PRÁCTICAS A FAVOR DE LA LACTANCIA
		FA	FR	FA	FR		
Prácticas que aseguran la lactancia materna	Apego precoz	1	50%	1	50%	100%	4 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 2 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Alojamiento conjunto	1	50%	1	50%	100%	
	Postura de la madre para el amamantamiento	2	100%	0	0%	100%	
	Posición del bebe al momento de mamar	2	100%	0	0%	100%	
	Signo del buen agarre	2	100%	0	0%	100%	
	Información y demostración sobre lactancia materna	2	100%	0	0%	100%	
Prácticas de evolución de la lactancia materna	Bajada de la leche en los primeros dos días	2	100%	0	0%	100%	2 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 4 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Brindó lactancia materna	2	100%	0	0%	100%	
	Tipo de Lactancia Materna	0	0%	2	100%	100%	
	Introducción de sucedáneos de la leche y alimentos antes	0	0%	2	100%	100%	

	de los 6 meses						
	Reconocimiento de beneficios de la lactancia materna en el hijo/a	0	0%	2	100%	100%	
	Reconocimiento de los beneficios de la lactancia materna en la madre.	0	0%	2	100%	100%	
Factores que obstaculizan la práctica de la lactancia materna	Obstáculos presentados para el amamantamiento	2	100%	0	0%	100%	6 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 1 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Complicaciones presentadas en las mamas	1	50%	1	50%	100%	
	Manejo y tratamiento	1	100%	0	0%	100%	
	Contraindicación para brindar lactancia materna	2	100%	0	0%	100%	
	Técnica de extracción de leche materna	0	0%	1	100%	100%	
	Extracción de leche materna brindada en biberón	1	100%	0	0%	100%	
	Almacenamiento de la leche materna extraída	1	100%	0	0%	100%	

Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: en la presente tabla se muestran las practicas tanto adecuadas como inadecuadas de la lactancia materna predominante, teniendo en primer lugar las prácticas que aseguran la lactancia, se encuentra el apego precoz representado con un 50% a las madres que tuvieron una práctica adecuada, en cuanto al alojamiento conjunto se obtuvo el valor de 50% para las madres que tuvieron una práctica inadecuada, en cuanto a la postura de la madre y posición del bebe al ser amamantado, el 100% tuvo una práctica adecuada, para el signo de buen agarre el 100% lo realizo de manera adecuada, en cuanto a la información brindada sobre la lactancia materna el 100% de las madres se encuentran dentro de las practicas adecuadas. Teniendo así 4 prácticas adecuadas en contra de 2 inadecuadas.

Para las prácticas de evolución de la lactancia materna se tiene: la bajada de la leche materna en los primeros dos días para lo cual el 100% se colocó dentro de una práctica adecuada, al igual que para la interrogante de que si brindo lactancia materna, para el tipo de lactancia brindada el 100% se colocó en una práctica inadecuada, para la introducción de sucedáneos de la leche y alimentos antes de los 6 meses se tuvo que: el 100% estuvo dentro de las prácticas inadecuadas, así también para el reconocimiento de beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para él bebe obteniendo el 100% para las madres que no los reconocieron ubicándose dentro de las prácticas inadecuadas. Teniendo como resultado 2 prácticas adecuadas en contra de 4 inadecuadas.

Dentro de los factores que obstaculizan la práctica de la lactancia materna se obtuvo: para los obstáculos presentados durante el amamantamiento el 100% no los tuvo colocándose así dentro de las prácticas adecuadas, para las complicaciones presentadas en las mamas un 50% estuvo dentro de las prácticas adecuadas y el 50% restante en las inadecuadas, para el manejo y tratamiento de las complicaciones presentadas se obtuvo que el 100% se colocó en las prácticas adecuadas al igual para la extracción de leche que se brindó con biberón, y para la técnica de extracción de esta y el almacenamiento de la misma, se obtuvo el

100% de madres en las prácticas inadecuadas. Teniendo así: 6 prácticas adecuadas en contra de 1 inadecuada.

Tabla Nº4

“PRÁCTICAS ADECUADAS E INADECUADAS DE LA LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA”

INDICADORES		PRACTICAS ADECUADAS		PRACTICAS INADECUADAS		TOTAL	PRÁCTICAS A FAVOR DE LA LACTANCIA
		FA	FR	FA	FR		
Prácticas que aseguran la lactancia materna	Apego precoz	25	39.68%	38	60.32%	100%	4 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 2 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Alojamiento conjunto	39	61.90%	24	38.10%	100%	
	Postura de la madre para el amamantamiento	63	100%	0	0%	100%	
	Posición del bebe al momento de mamar	63	100%	0	0%	100%	
	Signo del buen agarre	26	41.27%	37	58.73%	100%	
	Información y demostración sobre lactancia materna	50	79.37%	13	20.63%	100%	
Prácticas de evolución de la lactancia materna	Bajada de la leche en los primeros dos días	63	100%	0	0%	100%	2 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 4 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Brindó lactancia materna	63	100%	0	0%	100%	
	Tipo de Lactancia Materna	0	0%	63	100%	100%	

	Introducción de sucedáneos de la leche y alimentos antes de los 6 meses	0	0%	63	100%	100%	
	Reconocimiento de beneficios de la lactancia materna en el hijo/a	0	0%	63	100%	100%	
	Reconocimiento de los beneficios de la lactancia materna en la madre.	0	0%	63	100%	100%	
Factores que obstaculizan la práctica de la lactancia materna	Obstáculos presentados para el amamantamiento	50	79.37%	13	20.63%	100%	4 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 3 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Complicaciones presentadas en las mamas	36	57.14%	27	42.86%	100%	
	Manejo y tratamiento	24	88.89%	3	11.11%	100%	
	Contraindicación para brindar lactancia materna	60	95.24%	3	4.76%	100%	
	Técnica de extracción de leche materna	0	0%	35	100%	100%	
	Extracción de leche materna brindada en biberón	1	2.86%	34	97.14%	100%	
	Almacenamiento de la leche materna extraída	34	97.14%	1	2.86%	100%	

Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: *Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.*

INTERPRETACIÓN: en la tabla anterior se muestran las prácticas tanto adecuadas como inadecuadas de la lactancia materna de tipo complementaria, dentro de las prácticas que aseguran la lactancia, se encuentra el apego precoz representado con un 60.32% a las madres que tuvieron una práctica inadecuada, en cuanto al alojamiento conjunto se obtuvo el valor de 61.90% para las madres que tuvieron una práctica adecuada, en cuanto a la postura de la madre y posición del bebé al ser amamantado, el 100% tuvo una práctica adecuada, para el signo de buen agarre el 58.73% lo realizó de manera inadecuada, en cuanto a la información brindada sobre la lactancia materna el 79.37% de las madres se encuentran dentro de las prácticas adecuadas. Teniendo así 4 prácticas adecuadas en contra de 2 inadecuadas.

Para las prácticas de evolución de la lactancia materna se tiene que: la bajada de la leche materna en los primeros dos días estuvo representada con el 100% y se colocó dentro de una práctica adecuada, al igual que para la interrogante de que si brinda lactancia materna, el 100% se colocó en una práctica adecuada, para el tipo de lactancia materna brindada el 100% se colocó en una práctica inadecuada.

Para la introducción de sucedáneos de la leche y alimentos antes de los 6 meses se tuvo que: el 100% estuvo dentro de las prácticas inadecuadas al igual que para el reconocimiento de beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el bebé. Teniendo así 2 prácticas adecuadas en contra de 4 inadecuadas.

Dentro de los factores que obstaculizan la práctica de la lactancia materna se obtuvo: para los obstáculos presentados durante el amamantamiento el 79.37% no los tuvo colocándose así dentro de las prácticas adecuadas, para las complicaciones presentadas en las mamas un 57.14% estuvo dentro de las prácticas adecuadas, y un 42.86% con prácticas inadecuadas ya que presentaron alguna complicación en sus mamas. Para el manejo y tratamiento de las complicaciones presentadas se obtuvo que el 88.89% se colocó en las prácticas adecuadas, para las contraindicaciones para brindar lactancia materna se obtuvo que el 95.24% no las tuvo dando lugar a una práctica adecuada, y un 4.76% si

presentó alguna contraindicación. Para la extracción de leche que se brindó con biberón un 97.14% de las madres se colocaron dentro de las prácticas inadecuadas, sólo un 2.86% la brindó de manera correcta. Para la técnica de extracción de esta se obtuvo el 100% de madres en las prácticas inadecuadas, en cuanto al almacenamiento de la leche materna un 97.14% lo realizó de manera adecuada y un 2.86% no almacenó de manera correcta la leche materna. Teniendo así 4 prácticas adecuadas en contra de 3 prácticas inadecuadas.

Tabla Nº5

“PRÁCTICAS ADECUADAS E INADECUADAS DE NIÑOS/AS QUE NO RECIBIERON LACTANCIA MATERNA”

INDICADORES		PRACTICAS ADECUADAS		PRACTICAS INADECUADAS		TOTAL	PRÁCTICAS A FAVOR DE LA LACTANCIA
		FA	FR	FA	FR		
Prácticas que aseguran la lactancia materna	Apego precoz	0	0%	3	100%	100%	1 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 5 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Alojamiento conjunto	0	0%	3	100%	100%	
	Postura de la madre para el amamantamiento	0	0%	3	100%	100%	
	Posición del bebe al momento de mamar	0	0%	3	100%	100%	
	Signo del buen agarre	0	0%	3	100%	100%	
	Información y demostración sobre lactancia materna	2	66.67%	1	33.33%	100%	
Prácticas de evolución de la lactancia materna	Bajada de la leche en los primeros dos días	3	100%	0	0%	100%	1 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 5 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Brindó lactancia materna	0	0%	3	100%	100%	
	Tipo de Lactancia Materna	0	0%	3	100%	100%	
	Introducción de sucedáneos de la leche y alimentos antes	0	0%	3	100%	100%	

	de los 6 meses						
	Reconocimiento de beneficios de la lactancia materna en el hijo/a	0	0%	3	100%	100%	
	Reconocimiento de los beneficios de la lactancia materna en la madre.	0	0%	3	100%	100%	
Factores que obstaculizan la práctica de la lactancia materna	Obstáculos presentados para el amamantamiento	0	0%	3	100%	100%	1 PRÁCTICAS ADECUADAS EN CONTRA DE 6 PRÁCTICAS INADECUADAS
	Complicaciones presentadas en las mamas	0	0%	3	100%	100%	
	Manejo y tratamiento	1	33.33%	2	66.67%	100%	
	Contraindicación para brindar lactancia materna	2	66.67%	1	33.33%	100%	
	Técnica de extracción de leche materna	0	0%	3	100%	100%	
	Extracción de leche materna brindada en biberón	0	0%	3	100%	100%	
	Almacenamiento de la leche materna extraída	0	0%	3	100%	100%	

Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: en la tabla anterior se muestran las practicas tanto adecuadas como inadecuadas de las madres que no brindaron lactancia a sus hijos/as, dentro de las prácticas que aseguran la lactancia, se encuentra el apego precoz y el alojamiento conjunto representado con un 100% respectivamente a las madres que tuvieron una práctica inadecuada, en cuanto a la postura de la madre y posición del bebe al ser amamantado, el 100% tuvo una práctica inadecuada al igual que para el signo de buen agarre , en cuanto a la información brindada sobre la lactancia materna el 66.67% de las madres se encuentran dentro de las practicas adecuadas. Teniendo así 1 prácticas adecuadas en contra de 5 inadecuadas.

Para las prácticas de evolución de la lactancia materna se tiene que: la bajada de la leche materna en los primeros dos días estuvo representada con el 100% y se colocó dentro de una práctica adecuada, para la interrogante de que si brindo lactancia materna, el 100% se colocó en una práctica inadecuada ya que no brindaron, para el tipo de lactancia materna brindada el 100% se colocó en una práctica inadecuada.

Para la introducción de sucedáneos de la leche y alimentos antes de los 6 meses se tuvo que: el 100% estuvo dentro de las prácticas inadecuadas al igual que para el reconocimiento de beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para él bebe. Teniendo así 1 practica adecuada en contra de 5 inadecuadas.

Dentro de los factores que obstaculizan la práctica de la lactancia materna se obtuvo: para los obstáculos presentados durante el amamantamiento el 100% si los tuvo colocándose así dentro de las prácticas inadecuadas, para las complicaciones presentadas en las mamas un 100% estuvo dentro de las prácticas inadecuadas, para el manejo y tratamiento de las complicaciones presentadas se obtuvo que el 100% se colocó en las prácticas inadecuadas, para las contraindicaciones para brindar lactancia materna se obtuvo que el 66.67% no las tuvo dando lugar a una práctica adecuada, para la extracción de leche que se brindó con biberón un 100% de las madres se colocaron dentro de las practicas inadecuadas, y para la técnica de extracción de esta se obtuvo el 100% de madres

en las prácticas inadecuadas, en cuanto al almacenamiento de la leche materna un 100% lo realizo de manera inadecuada. Teniendo así 1 práctica adecuada en contra de 6 prácticas inadecuadas.

5.1.8. EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DE LA NIÑEZ

Tabla №6

EVOLUCION DEL CRECIMIENTO SEGÚN PESO/EDAD						
TIPO DE LACTANCIA	CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL	INSCRIPCION	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	NORMAL	51	52	52	51	52
	DESNUTRICION	1	0	0	1	0
	DESNUTRICION SEVERA	0	0	0	0	0
TOTAL		52	52	52	52	52
LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA	NORMAL	60	59	57	55	58
	DESNUTRICION	2	4	4	7	5
	DESNUTRICION SEVERA	1	0	2	1	0
TOTAL		63	63	63	63	63
LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE	NORMAL	2	2	2	2	2
	DESNUTRICION	0	0	0	0	0
	DESNUTRICION SEVERA	0	0	0	0	0
TOTAL		2	2	2	2	2
SIN LACTANCIA MATERNA	NORMAL	2	2	2	3	3
	DESNUTRICION	0	1	1	0	0
	DESNUTRICION SEVERA	1	0	0	0	0
TOTAL		3	3	3	3	3

Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: la evolución del crecimiento según el peso para la edad de los/as niños/as en estudio. Donde los/as niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva en la inscripción se encontró que 51 niños/as se encontraban en peso normal, en cambio 1 en desnutrición. Al primer mes y al segundo mes el total de la población que recibió LME se encontró con un peso normal. Al cuarto mes 53 de ellos/as con un peso normal y solamente 1 con desnutrición. Al sexto mes el total de la población se encontró con un peso normal.

En los/as niños/as que recibieron lactancia materna complementaria 60 de ellos/as se clasificaban con un peso normal, al contrario 2 se encontraban en desnutrición y 1 en desnutrición severa. Al primer mes 59 de ellos/as se clasificaban con peso normal y 4 de ellos/as en desnutrición. Al segundo mes 57 con un peso normal, 4 con desnutrición y 2 con desnutrición severa. Al cuarto mes 55 con peso normal, 7 con desnutrición y 1 con desnutrición severa. Al sexto mes se encontró que 58 se encontraban con un peso normal al contrario de 5 de ellos/as que se encontraban en desnutrición.

En las niñas que recibieron lactancia materna predominante en todos los rubros se encontraban con un peso normal, siendo 2 niñas de la población total.

En los niños que no recibieron lactancia en la inscripción se encontraron 2 con un peso normal y 1 de ellos en desnutrición severa. Al primer y segundo mes se encontraron 2 con un peso normal y 1 de ellos con desnutrición, al cuarto y sexto mes los 3 niños se clasificaban con un peso normal.

Tabla Nº7

EVOLUCION DEL CRECIMIENTO SEGÚN LONGITUD/EDAD						
TIPO DE LACTANCIA	CLASIFICACION SEGÚN LONGITUD	INSCRIPCION	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	TALLA ALTA	3	3	3	2	1
	NORMAL	48	46	49	47	51
	RETARDO DEL CRECIMIENTO	1	3	0	3	0
	RETARDO SEVERO DEL CRECIMIENTO	0	0	0	0	0
TOTAL		52	52	52	52	52
LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA	TALLA ALTA	7	11	5	0	3
	NORMAL	54	46	52	55	56
	RETARDO DEL CRECIMIENTO	1	5	4	7	4
	RETARDO SEVERO DEL CRECIMIENTO	1	1	2	1	0
TOTAL		63	63	63	63	63
LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE	TALLA ALTA	0	0	0	0	0
	NORMAL	2	2	2	2	2
	RETARDO DEL CRECIMIENTO	0	0	0	0	0
	RETARDO SEVERO DEL CRECIMIENTO	0	0	0	0	0
TOTAL		2	2	2	2	2

SIN LACTANCIA MATERNA	TALLA ALTA	0	0	0	0	0
	NORMAL	2	2	3	3	3
	RETARDO DEL CRECIMIENTO	0	1	0	0	0
	RETARDO SEVERO DEL CRECIMIENTO	1	0	0	0	0
TOTAL		3	3	3	3	3

Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: en la tabla anterior se presenta la evolución del crecimiento según longitud para la edad de los/as niños/as en estudio. De los/as niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva se puede mencionar lo siguiente: 3 de ellos/as tenían una talla alta, 48 de ellos/as un talla normal, y 1 con retardo del crecimiento. Al primer mes 3 de ellos/as tenían una talla alta, 46 una talla normal y 3 con retardo de crecimiento. Al segundo mes 3 con talla alta y 49 una talla normal. Al cuarto mes 2 tallas altas, 47 tallas normales y 3 retardos del crecimiento. Al sexto mes 1 talla alta y 51 con talla normal.

Los/as niños/as que recibieron lactancia materna complementaria se encontró que a la inscripción 7 de ellos/as tenían una talla alta, 54 talla normal, 1 con retardo del crecimiento y 1 retardo severo del crecimiento. Al primer mes 11 tenían una talla alta, 46 de ellos/as talla normal, 5 con retardo del crecimiento y 1 con retardo severo del crecimiento. Al segundo mes 5 tallas altas, 52 talla normal, 4 retardo del crecimiento y 2 retardo severo del crecimiento. Al cuarto mes 55 con talla normal, 7 con retardo del crecimiento y 1 con retardo severo del crecimiento. Y al sexto mes 3 tallas altas, 56 tallas normales y 4 con retardo de crecimiento.

Las niñas recibieron lactancia materna predominante tenían una talla normal en todos los rubros a estudiar.

Los niños que no recibieron lactancia materna a la inscripción 2 de ellos tenían una talla normal y 1 tenía retardo severo del crecimiento. Al primer mes 2 tallas normales, 1 retardo severo del crecimiento. Al segundo, cuarto y sexto mes los 3 niños presentaron una talla normal para su edad.

Tabla Nº8

EVOLUCION DEL CRECIMIENTO SEGÚN PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD						
TIPO DE LACTANCIA	CLASIFICACION	INSCRIPCION	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	MACROCEFÁLIA	3	0	1	0	1
	NORMAL	48	37	46	51	51
	MICROCEFALIA	1	5	4	1	0
TOTAL		52	52	52	52	52
LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA	MACROCEFÁLIA	4	3	3	2	2
	NORMAL	57	57	57	61	58
	MICROCEFALIA	2	3	3	0	3
TOTAL		63	63	63	63	63
LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE	MACROCEFÁLIA	0	0	0	0	0
	NORMAL	2	2	2	2	2
	MICROCEFALIA	0	0	0	0	0
TOTAL		2	2	2	2	2

SIN LACTANCIA MATERNA	MACROCEFÁLIA	0	0	0	0	0
	NORMAL	1	2	2	2	2
	MICROCEFALIA	2	1	1	1	1
TOTAL		3	3	3	3	3

Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: en la tabla anterior se presenta la evolución del crecimiento según perímetro cefálico para la edad. Los/as niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva se puede observar que a la inscripción 3 tenían un perímetro mayor (macrocefalia) para la edad, 48 tenía un perímetro cefálico normal para su edad y 1 tenía perímetro menor para la edad o microcefalia. Al primer mes 37 un perímetro cefálico normal y 5 microcefalia. Al segundo mes 1 macrocefalia, 46 normales y 4 microcefalias. Al sexto mes 1 macrocefalia y 51 normales.

Los/as niños/as que recibieron lactancia materna complementaria se encontró en la inscripción 4 macrocefalia, 57 perímetro cefálico normal, 2 microcefalia. Al primer y segundo mes se encontró 3 macrocefalia, 57 normal, 3 microcefalia. Al cuarto mes 2 macrocefalia y 61 normal. Al sexto mes 2 macrocefalia, 58 normal y 3 microcefalia.

Las niñas que recibieron lactancia materna predominante se encontraron que tenían un perímetro cefálico normal en todos los rubros en estudio.

Los niños que no recibieron lactancia materna en la inscripción 1 de ellos tenía un perímetro cefálico normal y 2 de ellos microcefalia. Al primer, segundo, cuarto y sexto mes se encontraron 2 con un perímetro cefálico normal y 1 microcefalia respectivamente.

Tabla Nº9

TENDENCIA DEL CRECIMIENTO DE LA NIÑEZ MENOR DE SEIS MESES					
TIPO DE LACTANCIA	CLASIFICACION	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	ASCENDENTE	52	47	52	51
	HORIZONTAL	0	2	0	0
	DESCENDENTE	0	3	0	1
TOTAL		52	52	52	52
LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA	ASCENDENTE	63	61	60	59
	HORIZONTAL	0	1	1	0
	DESCENDENTE	0	1	2	4
TOTAL		63	63	63	63
LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE	ASCENDENTE	2	2	2	2
	HORIZONTAL	0	0	0	0
	DESCENDENTE	0	0	0	0
TOTAL		2	2	2	2

SIN LACTANCIA MATERNA	ASCENDENTE	3	3	3	3
	HORIZONTAL	0	0	0	0
	DESCENDENTE	0	0	0	0
TOTAL		3	3	3	3

Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

INTERPRETACIÓN: en la tabla anterior se presenta la tendencia del crecimiento de la población en estudio. Los/as niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva al primer mes los/as 52 tenían una tendencia ascendente. Al segundo mes 47 de ellos/as tenían una tendencia ascendente, 2 horizontal y 3 descendente. Al cuarto mes los/as 52 ascendente. Y al sexto mes 51 ascendente y 1 descendente.

De los/as niños/as que recibieron lactancia materna complementaria los/as 63 tenían una tendencia ascendente al primer mes. Al segundo mes 61 fueron ascendentes, 1 horizontal y 1 descendente. Al cuarto mes 60 ascendentes y 4 descendentes.

Las niñas que recibieron lactancia materna predominante fueron ascendentes en los rubros a estudiar. Siendo 2 niñas en total.

Los niños que no recibieron lactancia materna fueron ascendentes en los rubros a estudiar. Siendo 3 niños en total.

5.2. ANÁLISIS GENERAL

Los resultados obtenidos en la investigación titulada “Prácticas de lactancia materna y su relación con el crecimiento de la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Antonio Abad en el período en febrero 2016” se refleja lo siguiente, con respecto a los datos generales de la población en estudio se observó que hubo mayor afluencia de niños/as entre las edades de siete a diez meses, viéndose reflejado el interés de la persona responsable porque su hijo/a reciba su control infantil ya que durante estas edades no se encuentran contemplado la aplicación de vacunas. Posterior a estas edades la asistencia a los controles infantiles disminuye.

En cuanto al sexo de la población en estudio hay un predominio de niños sobre niñas con una diferencia de dieciocho punto treinta y cuatro por ciento, lo que coincide con la tasa de natalidad del Ministerio de Salud (MINSAL) 2014, donde hay un predominio del sexo masculino sobre el femenino, con una diferencia de sesenta y dos por ciento.

Con respecto al área de procedencia el total de la población provenía del área urbana y el municipio de residencia de mayor dominio fue San Salvador ya que la UCSF San Antonio Abad se encuentra ubicada en la zona central del país. En el índice de masa corporal que las madres tenían antes del embarazo se encontró mayor predominio en la clasificación normal, disminuyendo el riesgo que posteriormente se encuentre en una clasificación de bajo peso, sobrepeso u obesidad.

Los datos obtenidos en la variable “prácticas de lactancia materna”, para el total de la población, su parto fue intrahospitalario, con lo anterior se puede observar que las madres se acercaron a un centro asistencial para el nacimiento de sus hijos/as reduciendo el riesgo de complicaciones tanto hacia ella como para su futuro/a bebé. La vía del parto en su mayoría fue vaginal, por lo cual facilita un

apego precoz con su bebé. Además la mayoría de las madres de la población en estudio refirieron que recibieron información acerca de la lactancia materna, así mismo recibieron ayuda para iniciar con este período. Además afirmaron que está información la recibieron en el servicio de puerperio del centro asistencial donde se encontraban hospitalizadas. Todo esto refleja que se están poniendo en práctica los Lineamientos Técnicos para la atención en los períodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido, en donde se detallan los pasos a seguir para brindar una consejería en lactancia materna, y así lograr que esta sea un éxito. El apego precoz se debe iniciar en la primera media hora post parto, por lo que contrastando con los datos obtenidos la mayoría de los/as niños/a lo recibieron ya que fueron entregados a sus madres dentro de los primeros 30 minutos de vida. El apego precoz y le alojamiento conjunto aseguran una lactancia materna exitosa, por lo cual el alojamiento conjunto se refiere a la instancia hospitalaria junto con su madre, favoreciendo la lactancia materna exclusiva. La mitad de las madres de la población en estudio refirió que recibieron un alojamiento conjunto, reflejándose que sí se cumplió lo establecido en los Lineamientos Técnicos para la atención en los periodos preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido. Para que la lactancia materna sea considerada un éxito, su inicio debe ser temprano, para lo cual la bajada de leche se da dentro de las primeras cuarenta y ocho horas post parto; la mayoría de las madres de la población en estudio afirmo tal teoría; además datos obtenidos reflejaron que la mitad de ellos/as se encontraron en alojamiento conjunto, garantizando la oportunidad de recibir lactancia materna exclusiva y por ende que la madre tenga una mayor producción de leche materna. La mayoría de las madres afirmaron que brindaron lactancia materna a su bebé además se puede aseverar que la mitad de los/as recién nacidos recibieron al menos dos días de lactancia materna exclusiva durante su estancia en el centro de atención, siendo beneficiados/as del calostro que es una secreción rica en minerales, proteínas y aminoácidos siendo así la primera vacuna de protección de los/as niños/as; la mayoría de las madres entrevistadas conocen acerca de la importancia de brindar lactancia materna es por ello que realizaron la práctica.

Gran parte de las madres entrevistadas negaron haberles brindado algún sucedáneo de la leche materna a su hijo/a antes de los seis meses, ya que sabían que el pecho materno es la fuente de alimentación rica en nutrientes y vitaminas para su hijo/a. De las madres que le brindaron algún sucedáneo de la leche materna a su hijo/a, en su mayor parte mencionaron que el motivo de esta fue el trabajo, de lo cual se puede observar que las madres fueron violentadas al no reconocérseles su licencia de maternidad, ya que según “La Ley de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en el artículo treinta y cinco, cita que: “toda mujer trabajadora durante los primeros seis meses post parto mientras amamante a su hijo/a o mientras recolecte su leche, tendrá derecho, con este fin a una interrupción en la jornada laboral de hasta una hora diaria. Esta interrupción podrá ser fraccionada en dos pausas o las veces que hayan acordado las partes”.

Con relación a las diversas posturas que las madres entrevistadas manifestaron practicar durante el período de lactancia materna fueron en su mayoría sentada, ya que mencionaron que es una postura más cómoda para ellas. Aunque la teoría menciona diferentes posturas, las madres utilizan las que son aprendidas por su familia y no por personal de salud capacitado que brinde información acerca de las diferentes posturas de la madre. Entre las posiciones más utilizadas por las madres para colocarse a su bebé para brindarle pecho, se encontraron de balón y de sandía. Estas posiciones al ser practicadas adecuadamente favorecen el desarrollo óptimo de la lactancia materna.

Al investigar el signo de buen agarre, la mayoría de las madres refirieron que sus bebés producían sonido a la hora de ser amamantados/as; lo que evidencia un signo de mal agarre, llevando esto a una incomodidad para la madre. Ya que contrastando con la teoría los signos de buen agarre son los siguientes: el mentón y nariz del bebé están cerca del pecho de la madre, los labios del bebé están evertidos sobretodo el inferior bien doblado hacia abajo, la boca del bebé está bien abierta, se observa más areola por encima de la boca del bebé que por abajo (agarre asimétrico). Es por eso que es de suma importancia brindar información y sobretodo la demostración de la técnica adecuada de la lactancia materna para

asegurar el mantenimiento y la evolución de ésta y evitar complicaciones en las mamas que podrían obstaculizar la lactancia materna exclusiva.

El tipo de lactancia brindada a los/as niños/as en su mayoría fue complementaria, que siguiendo la normativas propuestas por la Organización Mundial de la Salud debe ser iniciada después de los seis meses ya que desde esa edad las necesidades nutricionales del lactante son mayores. Se puede mencionar que las madres iniciaron esta transición antes de lo recomendado. Un pequeño porcentaje de niños no recibieron el seno materno en ninguna ocasión siendo estos más propensos a enfermedades.

Al identificar los beneficios de la lactancia materna se observó que ninguna de las madres reconoció los beneficios de la lactancia materna tanto para ellas como para su hijo/a. ya que según la Obstetricia de Williams, los beneficios de la lactancia materna en el/la recién nacido/a son: ayuda al sistema inmunológico del bebé proporcionándole inmunoglobulinas maternas a largo plazo, favorece al desarrollo del sistema nervioso y favorece al vínculo psicoafectivo. Además menciona que los beneficios de la lactancia materna hacia las madres son: reducción de peso, disminución del riesgo de padecer cáncer de mama y de ovarios, planificación familiar, mejora el vínculo afectivo y ayuda en el hogar.

Según el indicador sobre “Prácticas que obstaculizan la lactancia materna” se menciona que: la mayoría de las madres no presentaron complicaciones en sus mamas, se puede decir que comprendieron la educación que se les brindó en el servicio de puerperio del hospital correspondiente. Versus la minoría que presentó: pezón agrietado con mayor porcentaje, seguido por pezón invertido e infección de mama. Gran parte de las madres que presentaron complicaciones en sus mamas negaron haber recibido tratamiento evidenciando la falta de interés por su parte. Las madres en su mayoría negaron tener alguna contraindicación para brindar lactancia materna, caso contrario con una pequeña parte de la población, mencionando que fue por enfermedad de ella y/o por ingesta de medicamentos motivos por los cuales no brindaron lactancia materna.

La extracción de la leche materna, es el método de vaciamiento de la leche materna por medio mecánico o manual; al interrogar a las madres acerca de la práctica de la extracción de la leche materna, la mayoría manifestó que no se la extrajo, se pudo deber a la falta de información sobre ésta o por qué no lo necesitaba realizar. Según lo expuesto en los Lineamientos Técnicos para la atención en los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y atención al recién nacido; se debe de brindar a las madres en el período de embarazo y puerperio información sobre la lactancia materna incluyendo la extracción y conservación de esta. De las madres que se extrajeron la leche materna, la mayoría no realizó la técnica de extracción de manera correcta, siguiendo cada uno de los pasos establecidos por El Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia (UNICEF). Las madres expresaron que se extrajeron la leche materna de forma manual o con la ayuda de un extractor, esto no interfiere en el resultado de la extracción, solo sí se realiza con la técnica correcta, cabe mencionar que el uso del extractor requiere de un costo adicional para poder adquirirlo. Es por eso que la mayoría de las mujeres optaron por realizarlo manualmente, ya que es una forma económica y fácil de extraerse la leche obteniendo el mismo resultado. Entre las diferentes maneras de conservar la leche materna extraída, la mayoría de las madres la realizaba de forma correcta, ya que la guardaba en la refrigeradora, seguido por las madres que le brindaban después de extraérsela. Pero un mínimo porcentaje de las madres que fueron entrevistadas optaron por botar la leche luego de extraérsela ya que sus hijos no la tomaban. Muchas de las madres que se entrevistaron sobre la manera de brindar la leche materna extraída fue por medio biberón lo cual es uno de los factores que predisponen a los/as niños/as a presentar: mal oclusión, moniliasis oral, placa bacteriana en lengua y Enfermedades gastrointestinales, un mínimo porcentaje brindó la leche en cuchara y gotero las cuales son las más recomendadas para brindar la leche materna extraída, con el fin de evitar las complicaciones al utilizar el biberón. La mayoría de las madres que se extraían la leche no tuvieron dificultad para conservar la cantidad de leche extraída que necesitaban sus hijo/as para poder alimentarse.

En la variable “crecimiento”, los indicadores en ella son la evolución del crecimiento según peso para la edad, longitud para la edad, perímetro cefálico para la edad. Se observó que la mayoría de los/as niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva mantuvieron un crecimiento adecuado, a diferencia de los/as niños/as que recibieron lactancia materna complementaria y sin lactancia respectivamente. Caso contrario con las niñas que recibieron lactancia materna predominante ya que el total de ellas mantuvieron un crecimiento adecuado pero no significativo pudiéndose observar en las diferentes graficas de evaluación de crecimiento establecidas por el ministerio de salud.

En cuanto las practicas adecuadas e inadecuadas de la lactancia materna se puede decir que 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. La Lactancia Materna confiere diferentes beneficios para la salud, según la práctica y la edad del/de la niño/a. La lactancia exclusiva protege más que la Complementaria. En el período de lactancia exclusiva, los beneficios son mayores cuanto menor es el/la niño/a, y se refleja en el riesgo mínimo de morir durante la infancia. El efecto protector de la lactancia exclusiva es máximo para los/as niños/as menores de 2 meses de edad. Desafortunadamente, este efecto de la lactancia exclusiva es máximo en el período en el cual las mujeres más probablemente abandonan esta práctica. La lactancia materna exclusiva desempeña un papel fundamental en estos/as niños/as en riesgo, ya que es un alimento óptimo y fuente de defensa contra las agresiones del medio, pero es necesario un equipo de salud capacitado y comprometido, que implemente y ejecute una política clara de promoción de la lactancia materna, para poder actuar en estas situaciones y lograr que se mantenga la práctica exclusiva de la lactancia.

5.3. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

5.3.1. TABLA DE CONTINGENCIA 2X2 PARA EL COEFICIENTE Q DE KENDALL

VI \ VD	CRECIMIENTO ADECUADO	CRECIMIENTO NO ADECUADO	TOTAL
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	A 46	B 6	52
LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA	C 51	D 17	68
TOTAL	97	23	120

Fuente: Datos obtenidos para la investigación sobre: Prácticas de Lactancia Materna y su Relación con el Crecimiento, en la niñez menor de 6 meses, estudio realizado con los/as niños/as que asisten al control infantil de la UCSFE San Antonio Abad en febrero de 2016.

$$Q = \frac{AD-BC}{AD+BC} \rightarrow Q = \frac{[(46)(17)]-[(6)(51)]}{[(46)(17)]+[(6)(51)]} \quad Q=0.4375$$

$$X^2 = \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e} \quad A = \frac{n1 \cdot n2}{N} \quad B = \frac{n1 \cdot n4}{N} \quad C = \frac{n2 \cdot n3}{N} \quad D = \frac{n2 \cdot n4}{N}$$

$$A = \frac{(51)(97)}{120} \quad A= 41.22 \quad B = \frac{(51)(23)}{120} \quad B=9.77$$

$$C = \frac{(68)(97)}{120} \quad C= 54.96 \quad D = \frac{(68)(23)}{120} \quad D=13.03$$

5.3.2. TABLA PARA EL DESARROLLO DE CHI CUADRADO

	F_o	F_e	$F_o - F_e$	$(F_o - F_e)^2$	$\frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$
A	46	41.22	4.78	22.85	0.55
B	51	9.77	41.23	1699.91	173.9
C	6	54.96	-48.96	2397.08	43.62
D	17	13.03	3.97	15.76	1.20
TOTAL X^2					219.27

H_0 : Las prácticas de lactancia materna no están asociadas al crecimiento adecuado en la niñez menor de 6 meses.

H_1 : Las prácticas de lactancia materna están asociadas al crecimiento adecuado en la niñez menor de 6 meses.

Margen de error: 0.05

$$GL = (C-1) (F-1)$$

$$GL = (1-1) (1-1) \quad GL=1$$

$$X^2_{tab} = 3.8415 \quad ; \quad X^2_{cal} = 219.27$$

$$3.8415 < 219.21$$

Por lo tanto la hipótesis nula es rechazada.

CONCLUSIONES

La lactancia materna es la forma ideal para aportar a los/as niños/as recién nacidos/as los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información, del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. Además se recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces así como el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.

De las prácticas que aseguran la lactancia materna tenemos que de los seis indicadores investigados se obtuvo como prácticas adecuadas a cuatro siendo: alojamiento conjunto, postura de la madre para el amamantamiento, posición del bebe al momento de mamar, información y demostración sobre lactancia materna. En contra de dos prácticas inadecuadas: apego precoz y signo del buen agarre.

Los seis indicadores de las prácticas de evolución de la lactancia materna se encontraron como prácticas adecuadas a: bajada de la leche materna en los primeros dos días, brindó lactancia materna. Versus cuatro prácticas inadecuadas que fueron: tipo de lactancia materna, introducción de sucedáneos de la leche y alimentos antes de los seis meses, reconocimiento de beneficios de la lactancia materna en la madre, reconocimiento de los beneficios de la lactancia materna en el/la hijo/a.

De los factores que obstaculizan la práctica de la lactancia materna, se logró identificar como prácticas adecuadas: no presentó obstáculos para el amamantamiento, no presentó complicaciones en las mamas, no presentó

contraindicaciones para brindar lactancia materna, almacenamiento adecuado de la leche materna. Además se encontró que solamente tres indicadores fueron inadecuados: de las madres que presentaron complicaciones la mayoría no recibió un manejo y tratamiento adecuado, de las madres que se extrajeron la leche materna la mayoría no siguió los pasos adecuados para dicho proceso, de las madres que se extrajeron leche materna la mayoría la brindaron en biberón.

Respecto a la “Evolución del crecimiento”, los indicadores establecidos fueron peso para la edad, longitud para la edad, perímetro cefálico para la edad. Se observó que la mayoría de los/as niños/as que recibieron lactancia materna exclusiva mantuvieron un crecimiento adecuado, a diferencia de los/as niños/as que recibieron lactancia materna complementaria y sin lactancia respectivamente. Caso contrario con las niñas que recibieron lactancia materna predominante ya que el total de ellas mantuvieron un crecimiento adecuado

Para esta investigación la hipótesis aceptada fue: “las prácticas de lactancia materna están asociadas al crecimiento adecuado en la niñez menor de seis meses”; ya que la niñez que recibió lactancia materna exclusiva tuvo un crecimiento de acuerdo a lo esperado, caso contrario a la niñez que recibió lactancia materna complementaria y la niñez que no recibió lactancia materna, teniendo una evolución de crecimiento ascendente pero no significativo en la mayoría de los meses investigados.

RECOMENDACIONES

A la Unidad Comunitaria Salud Familiar San Antonio Abad:

- Impartir talleres sobre Lactancia Materna, impartidos por licenciadas/os de Salud Materno Infantil que estén realizando su servicio social en dicho establecimiento de salud; en donde se aborde la importancia, beneficios, tipos de lactancia, signos de buen agarre, apego precoz en el control de embarazo, mitos y creencias de esta y ofrecer a las usuarias un panorama amplio del tema de la Lactancia Materna Exclusiva, para que tomen la decisión de dar de mamar.
- Además dentro del componente de control infantil, incluir consejería en lactancia materna, la cual deberá ser brindada al momento de la inscripción, al programa de control infantil y continua a los controles subsecuentes a los dos, cuatro y seis meses, haciendo mayor énfasis en los dos y seis meses; ya que son los meses en donde se encontró anomalías en la tendencia de crecimiento de los/as niños/; por lo que se propone que este sea un requisito para la aplicación de las vacunas correspondientes a esa edad. Así se garantizara la asistencia de la madre/responsable a dicho servicio.
- Al momento de realizar la revisión documental, se observó un registro incompleto de la papelería utilizada para brindar el control infantil. Es por eso que se recomienda al personal de salud encargado de brindar atención a la primera infancia, realizar de manera correcta y completa el registro en la papelería, detallando el peso, la talla y perímetro cefálico; así mismo puntar de manera correcta los datos que son requeridos en las diferentes gráficas.
- Además programar visitas domiciliarias a los/as niños/as faltistas a su control infantil, con el fin de dar seguimiento o justificar su inasistencia a dicho control.

COROLARIO

C. 1. PRESUPUESTO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Prácticas de lactancia materna y su relación con el crecimiento de la niñez menor de seis meses, estudio a realizarse con niños/as que asista a UCSF San Antonio Abad, departamento de San Salvador en enero a febrero 2016.

ORGANIZACIÓN: Estudiantes de Licenciatura en Salud Materno Infantil, Proceso de graduación.

FECHA: 20 de enero de 2016

PERÍODO QUE ABARCA: enero 2016 a abril 2016

MONEDA: Dólares americanos.

CATEGORÍA DEL GASTO		COSTO POR UNIDAD	No DE UNIDADES	COSTO TOTAL POR UNIDAD
Personal	Estudiantes de Licenciatura en Salud Materno Infantil, Proceso de graduación. 400 horas	\$5.00	400	\$2000.00
	Asesora de la investigación 15 horas	\$20.00	15	\$300.00
Asistencia técnica	Honorarios de consultores de asistencia técnica	\$15.00	3	\$450.00
	Viaje del personal y viáticos	\$25.00	1	\$25.00
Equipos y otros activos	Equipos de oficina	\$10.00	2	\$20.00
	Equipos de computadora y software	\$10.00	2	\$20.00
Información	Publicaciones, impresiones	\$0.10	1000	\$100.00
Materiales y suministros	Materiales de oficina	\$30.00	1	\$30.00
Refrigerio	Cup cakes	\$0.75	5	\$3.75
	Agua embotellada	\$0.35	7	\$2.45
	Malvaviscos	\$3.50	1	\$3.50
	Varios	\$1.00	10	\$10.00
	Imprevistos	10%	1	\$296.47
TOTAL		\$120.70		\$3261.17

C. 2. CRONOGRAMA

DURACIÓN ACTIVIDADES	AÑO 2016																
	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1
1. Entrega del problema y tema de investigación																	
2. Asesoría para definir el problema y tema de investigación.																	
3. Borrador de protocolo de investigación.																	
4. Protocolo finalizado e instrumento reproducidos																	
5. Recolección de información.																	
6. Entrega de instrumentos llenos, tabulación y análisis																	
7. Asesoría. Instrumentos llenos, tabulación y análisis de información																	
8. Entrega de borrador de informe final.																	
9. Entrega de informe final y presentación en Power Point																	
10. Defensa del trabajo de investigación.																	

C.3 BIBLIOGRAFÍA

1. (s.f.). Recuperado el 14 de Noviembre de 2015, de Salud de altura... que tu derecho sea un hecho: <http://www.saluddealtura.com/?id=375>
2. (8 de Septiembre de 2015). Recuperado el 14 de Noviembre de 2015, de La evolución y Neurociencias: http://evolucionyneurociencias.blogspot.com/2012/09/evolucion-de-la-lactancia-y-la-mama_8.html
3. *Diario digital contra punto*. (28 de septiembre de 2015). Recuperado el 10 de Noviembre de 2015, de <http://www.contrapunto.com.sv/salud/solicitan-aprobacion-de-ley-de-lactancia-materna>.
4. Agricultura, O. d. (15 de Diciembre de 2014). *AgroNoticias América Latina y El Caribe*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de <http://www.fao.org/agronoticias/agro-editorial/detalle/es/c/272669/>
5. Col, L. y. (1992). Amamantamiento y subsecuente inteligencia en niños nacidos de término. *Lancet*.
6. MINSAL. (Julio de 2011). *Ministerio de Salud, Gobierno de El Salvador, Unidos para crecer*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2015, de POLITICA NACIONAL DE PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA: http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Politica_nacional_protec_prom_apoyo_lactancia_materna.pdf

7. MINSAL. (6 de Mayo de 2015). *Ministerio de Salud, Gobierno de El Salvador, Unámonos para crecer*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de PRESENTACIÓN DE RESULTADOS PRINCIPALES DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD:
<http://www.salud.gob.sv/novedades/noticias/noticias-ciudadanosas/327-mayo-2015/2901--05-05-2015-ens-2014-el-salvador-reduce-la-desnutricion-cronica-infantil-en-mas-del-30-por-ciento-en-cinco-anos-y-registra-avances-importantes-en-salud-infantil-y-materna>

8. Roberto Muñoz Campos. (2004). Esquema para construir el tema de investigacion. En *La investigacion científica paso a paso* (pág. 205). San Salvador: PUBLITEX.

9. Rojas, J. E. (1998). Definición de Términos Básicos. En H. R., *Metodología de la Investigación*. Colombia: Mc. Graw Hill Colombia.

10. Saiz, M. S. (s.f.). *Mi bebé y yo.com*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2015, de ¿Cómo ha evolucionado la lactancia materna?:
<http://www.mibebeyyo.com/bebes/alimentacion/lactancia/evolucion-lactancia-materna>

C.4 ANEXOS

ANEXO Nº1 GUÍA DE ENTREVISTA



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LIC. EN SALUD MATERNO INFANTIL



GUIA DE ENTREVISTA

TEMA: Prácticas de lactancia materna y su relación con el crecimiento, en la niñez menor de seis meses, estudio a realizarse con niños/as que asisten al control infantil de la UCSF de San Antonio Abad en Enero a Febrero 2016.

OBJETIVO: Recolectar información acerca de la Lactancia Materna que reciben los niños/as menores de seis meses y la evolución del crecimiento en este periodo, entrevista dirigida a madre o responsable del/a menor.

INDICACION: A continuación se realizarán verbalmente unas series de preguntas, las cuales los entrevistados/as deberán responder, para lo cual la entrevistadora debe realizar el llenado completo de todas las interrogantes que posee el instrumento, escriba con bolígrafo azul o negro y con letra legible.

DATOS GENERALES:

Edad de él/la niño/a: _____ Área de procedencia: Urbano ___ Rural ___

Municipio: _____ N° de Registro: _____

Nombre del niño/a: _____

Nombre del acompañante: _____

PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA

Medidas antropométricas de la madre

Peso antes del embarazo: _____

Talla antes del embarazo: _____

IMC antes del embarazo: _____

Trabajo de parto

1. ¿En qué lugar nació su bebé?

2. ¿Cuál fue la vía del parto?

Alojamiento conjunto

3. ¿Recibió información y demostración sobre la LM en el lugar donde nació su hijo/a?

SI _____ NO _____

4. ¿Recibió ayuda para iniciar la LM? SI _____ NO _____

Si respondió que sí en la interrogante 4, favor continuar con la interrogante 5. De lo contrario pasar a la interrogante 7.

5. ¿En qué momento recibió la información acerca de la lactancia materna?

- a. Antes del embarazo
- b. Durante el embarazo
- c. Post parto

6. ¿Quién le brindó la información acerca de la lactancia materna?

- a. Enfermera
- b. Doctor/a
- c. Licda. En Salud Materno Infantil
- d. Promotor de salud

7. ¿A las cuántas horas después de haber nacido/a su hijo/a se lo entregaron?

8. ¿Durante su estancia en el hospital permaneció su hijo/a con usted?

SI _____ NO _____ ¿Por qué?

Si respondió SI en la interrogante anterior pasar a la interrogante. De lo contrario pasar a la interrogante 10.

9. ¿Cuánto tiempo permaneció en el hospital con su hijo/a?

Fisiología de la LM

10. ¿A los cuántos días inició la bajada de la leche?

- a) 1 día post parto
- b) 2 días post parto
- c) 3 días post parto

Protección de la LM

11. ¿Brindo lactancia materna a su bebe? SI _____ NO _____
12. ¿A las cuantas horas le brindó LM a su bebé por primera vez?

13. ¿Brindo lactancia materna en las primeras dos semanas de vida del niño/a?
SI _____ NO _____
14. ¿Hasta qué edad brindo lactancia materna a su bebe?
a) 0-2 meses _____
b) 3-4 meses _____
c) 5-6 meses _____
15. ¿Por algún motivo brindo leche en pacha a su bebe, antes de los seis meses?
SI _____ NO _____

Si respondió SI en la interrogante anterior pasar a la interrogante 16. De lo contrario pasar a la interrogante 17.

16. ¿Por qué motivo?
a) Trabajo _____
b) Emergencia _____
c) Enfermedad (madre) _____
d) Enfermedad del bebe _____
17. ¿Presentó un obstáculo para el mantenimiento de LM?
SI _____ NO _____

Si respondió SI en la interrogante anterior pasar a la interrogante 18. De lo contrario pasar a la interrogante 19.

18. ¿Cuál de los siguientes obstáculos presentó?
a) Madre
b) Niño/a
c) Familia
d) Sistema de salud
e) Cultura
19. ¿En qué postura prefería dar de mamar a su bebé?
a) Acostada _____
b) Parada _____
c) Sentada _____
d) Todas las anteriores _____
20. ¿En qué posición se colocaba a su bebé al momento de amamantarlo/a?
a) De balón _____
b) De sandía _____
c) Rugby _____

21. ¿A la hora de amamantar a su bebe, producía algún sonido (como besos)?
SI _____ NO _____
22. ¿Cuánto tiempo de duración tenía cada mamada que le brindaba a su bebé?

Tipos de LM

23. ¿Qué otro alimentos introdujo aparte de la LM antes de los 6 meses?

24. ¿Qué beneficios de LM ha visto en su hijo/a?
a) Crecimiento
b) Desarrollo
c) Psicoafectivo
d) Económico
25. ¿Qué beneficios de LM ha tenido usted como madre?
a) Económico
b) Social
c) Psicoafectivo
d) Físico
26. ¿Presentó complicaciones en sus mamas? SI _____ NO _____

Si respondió SI en la interrogante anterior pasar a la interrogante 27. De lo contrario pasar a la interrogante 29.

27. ¿Cuál de las siguientes complicaciones presento?
a) Pezón agrietado_____
b) Pezón invertido_____
c) Ingurgitación_____
d) Infección de la mama_____
e) Congestión mamaria_____
a) Pezón no formado_____

28. ¿Recibió algún tratamiento o manejo para la complicación? SI _____ NO _____
29. ¿Tuvo alguna contraindicación para brindar lactancia materna?
SI _____ NO _____

Si respondió SI en la interrogante anterior pasar a la interrogante 30. De lo contrario pasar a la interrogante 31.

30. ¿Qué tipo de contraindicación tuvo?
a) Enfermedad_____
b) Por ingesta de medicamentos_____
c) Enfermedad del bebe_____

Extracción de la leche materna

31. ¿Por algún motivo tuvo que extraerse la leche? SI _____ NO _____

Si respondió SI en la interrogante anterior pasar a la interrogante 32. De lo contrario finalizar la guía de entrevista.

32. ¿Con que frecuencia?
- a) Ocasionalmente _____
 - b) 3 veces a la semana _____
 - c) 1 vez a la semana _____
 - d) Otra _____
33. ¿Pasos para la extracción de la LM?
- _____
- _____
- _____
34. ¿Al momento de extraerse la leche, de qué manera lo realizó?
- a) Manualmente _____
 - b) Con bomba _____
35. ¿Cómo almacenaba la leche materna, cuando se la extraía?
- a) En la refrigeradora
 - b) En el congelador
 - c) Se la daba después de extraérsela
36. ¿De qué manera le brindo la leche a su bebe después de extraída?
- a) Con cuchara _____
 - b) Con biberón _____
 - c) Con jeringa _____
 - d) Con gotero _____
37. ¿Tuvo dificultades para la conservación de la leche? SI _____ NO _____

Si respondió SI en la interrogante anterior pasar a la interrogante 38, de lo contrario finalizar la guía de entrevista.

38. ¿Cuáles fueron las dificultades?

ANEXO Nº2 CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LIC. EN SALUD MATERNO INFANTIL



CUESTIONARIO

TEMA: Lactancia materna y su relación con el crecimiento, en la niñez menor de seis meses, estudio a realizarse con niños/as que asisten al control infantil de la UCSF de San Antonio Abad en Enero a Febrero de 2016.

OBJETIVO: Recolectar información acerca de la evolución del crecimiento en este periodo, por medio de la revisión de los expedientes clínicos.

INDICACION: A continuación se presenta una serie de tablas las cuales se llenaran de por medio de la revisión del expediente clínico de los/as niños/as entrevistados previamente.

DATOS GENERALES:

Edad de él/la niño/a: _____ Área de procedencia: Urbano___ Rural___

Municipio: _____ N° de Registro: _____

Nombre del niño/a: _____

Nombre del acompañante: _____

CRECIMIENTO

	INSCRIPCION	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
PESO					
TALLA					
PERÍMETRO CEFÁLICO					

Tendencia de crecimiento

	INSCRIPCION	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
ASCENDENTE					
HORIZONTAL					
DESCENDENTE					

Índice de crecimiento

PESO PARA LA EDAD	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
NORMAL				
DESNUTRICIÓN				
DESNUTRICIÓN SEVERA				

LONGITUD PARA LA EDAD	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
TALLA ALTA				
NORMAL				
RETARDO DEL CRECIMIENTO				
RETARDO DEL CRECIMIENTO SEVERO				

PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
MACROCEFALIA				
NORMAL				
MICROCEFALIA				

ANEXO №3 TABLA TABULADORA

GUÍA DE ENTREVISTA

DATOS GENERALES					
EDAD	7 a 10 meses	50	120	41.67%	100%
	11 a 14 meses	34		28.33%	
	15 a 18 meses	36		30%	
GÉNERO	NIÑOS	71	120	59.17%	100%
	NIÑAS	49		40.83%	
ÁREA DE PROCEDENCIA	Urbana	120	120	100%	100%
	Rural	0		0	
MUNICIPIO	San Salvador	97	120	80.83%	100%
	Mejicanos	23		19.17%	
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA MADRE					
IMC	Bajo peso	8	120	7%	100%
	Normal	59		49%	
	Sobrepeso	39		32%	
	Obesidad	14		12%	

TRABAJO DE PARTO					
LUGAR DE ATENCION DEL PARTO	Hospital de la mujer	73	120	61%	100%
	Hospital Zacamil	34		28%	
	ISSS 1º de Mayo	4		3%	
	Otros	9		8%	
VIA DEL PARTO	Vaginal	80	120	67%	100%
	Cesárea	40		33%	
ALOJAMIENTO CONJUNTO					
INFORMACION SOBRE LM	SI	102	120	85%	100%
	NO	18		15%	
AYUDA PARA INICIAR LA LM	SI	87	120	72%	100%
	NO	33		28%	
TO DE LA INFORM	Antes del embarazo	3	120	2%	100%

	Durante el embarazo	20		17%	
	Post parto	64		53%	
	No aplica	33		28%	
PERSONA QUE LE BRINDO LA INFORMACION	Enfermero/a	53	120	44%	100%
	Doctor/a	27		22%	
	Licda, en Salud Materno Infantil	4		3%	
	Promotor de Salud	3		3%	
	No Aplica	33		28%	
TIEMPO DE ESPERA DEL BEBE	Menos de 1 hora	52	120	43%	100%
	De 2 a 23 horas	48		40%	
	De 1 día a 6 días	12		10%	

	Más de 1 semana	8		7%	
ESTANCIA EN HOSPITAL CON HIJO/A	SI	60	120	50%	100%
	NO	60		50%	
TIEMPO DE PERMANENCIA EN HOSPITAL	1 a 2 días	64	120	53%	100%
	3 a 4 días	6		5%	
	5 a más días	15		13%	
	No aplica	35		29%	
FISIOLOGIA DE LA LACTANCIA					
BAJADA DE LA LECHE	1 día post parto	48	120	40%	100%
	2 días post parto	39		32%	
	3 días post parto	33		28%	
PROTECCION DE LA LACTANCIA					
BRINDO LACT	SI	117	120	97%	100%

	NO	3		3%	
LM POR PRIMERA VEZ	Menos de 1 hora	52	120	43%	100%
	De 2 a 23 horas	48		40%	
	De 1 día a 1 semana	17		14%	
	No aplica	3		3%	
LM EN LAS PRIMERAS DOS SEMANAS	SI	115	120	96%	100%
	NO	5		4%	
INTRODUCCION DE SUCEDÁNEOS DE LA LM	SI	49	120	59%	100%
	NO	71		41%	
MOTIVO DE INTRODUCCION DE SUCEDANEOS DE LA LM	Trabajo	18	49	37%	100%
	Emergencia	5		10%	
	Enfermedad (madre)	12		24%	
	Enfermedad del bebe	14		29%	

POSTURA PARA DAR PECHO	Acostada	37	120	31%	100%
	Parada	0		0%	
	Sentada	51		43%	
	Todas las anteriores	28		23%	
	No aplica	4		3%	
POSICION AL AMAMANTAR	De balón	64	120	54%	100%
	De sandía	52		43%	
	Rugby	0		0%	
	No aplica	4		3%	
SIGNO DE BUEN AGARRE	SI	61	120	51%	100%
	NO	55		46%	
	No aplica	4		3%	
TIEMPO DE CADA MAMADA	5 – 10 min.	24	120	20%	100%
	15 – 20 min.	74		62%	
	≥ 30 min.	18		15%	
	No aplica	4		3%	

TIPOS DE LACTANCIA MATERNA							
TIPO DE LM	Exclusiva	52	120		43%	100%	
	Predominante	2			2%		
	Complementaria	63			52%		
	Sin lactancia	3			3%		
TIPO DE LM QUE RECIBIERON	TIPO LM	Niño	Niña	120	Niño	Niña	100%
	Exclusiva	29	23		40%	47%	
	Predominante	0	2		0%	0%	
	Complementaria	39	24		55%	49%	
	Sin lactancia	3	0		5%	4%	
ALIMENTOS ANTES DE 6 MESES	Cereales	11	120		9%	100%	
	Colados	14			12%		
	Purés	14			12%		
	Ninguno	81			67%		
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA							
BENEFICIOS DE LA LM PARA MADRE	Económico	93	208		45%	100%	
	Psicoafectivo	42			20%		
	Físico	4			2%		
	Ninguno	69			33%		
BENEFICIOS DE LA LM HIJO/A	Crecimiento	102	306		33%	100%	
	Desarrollo	85			27%		

	Se enferma menos	115		38%	
	Psicoafectivo	4		2%	
COMPLICACIONES EN MAMAS					
COMPLICACION EN MAMAS	SI	47	120	61%	100%
	NO	73		39%	
TIPO DE COMPLICACION	Pezón agrietado	33	72	46%	100%
	Pezón invertido	2		3%	
	Ingurgitación	0		0%	
	Infección de la mama	8		11%	
	Congestión mamaria	7		10%	
	Pezón no formado	22		30%	
TRATAMIENTO PARA LA COMPLICACION	SI	8	47	83%	100%
	NO	39		17%	

CONTRAINDICACION PARA DAR LM	SI	7	120	94%	100%
	NO	113		6%	
TIPO DE CONTRAINDICACION	Enfermedad	5	7	71%	100%
	Ingesta de medicamentos	2		29%	
	Enfermedad del bebe	0		0%	
EXTRACCION DE LA LECHE MATERNA					
EXTRACCION DE LM	SI	55	120	46%	100%
	NO	65		54%	
FRECUENCIA DE LA EXTRACCION	Ocasionalmente	18	55	32%	100%
	3 veces a la semana	29		53%	
	1 vez a la semana	7		13%	
	Otra	1		2%	
CORRECCIONES PARA LA EXTRACCION	SI	1	55	2%	100%

	NO	54		98%	
MANERA DE EXTRACCION	Manual	33	55	60%	100%
	Con bomba	22		40%	
ALMACENAJE DE LA LECHE	Refrigeradora	26	55	47%	100%
	Congelador	3		6%	
	Se la daba después de extraída	21		38%	
	La botaba	5		9%	
FORMA DE BRINDAR LA LECHE	Con cuchara	4	55	7%	100%
	Con biberón	49		89%	
	Con gotero	2		4%	
DIFICULTADES PARA CONSERVARLA	SI	1	55	98%	100%
	NO	54		2%	

CUESTIONARIO

EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DE LA NIÑEZ QUE RECIBIO LME

CRECIMIENTO SEGÚN EL PESO					
EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
NORMAL	51	52	52	51	52
DESNUTRICIÓN	1	0	0	1	0
DESNUTRICIÓN SEVERA	0	0	0	0	0
TOTAL	52	52	52	52	52
CRECIMIENTO SEGÚN LA TALLA					
EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
TALLA ALTA	3	3	3	2	1
NORMAL	48	46	49	47	51
RETARDO DEL CRECIMIENTO	1	3	0	3	0
RETARDO SEVERO DEL CRECIMIENTO	0	0	0	0	0
TOTAL	52	52	52	52	52

CRECIMIENTO SEGÚN EL PERIMETRO CEFÁLICO

EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
MACROCEFALIA	3	0	1	0	1
NORMAL	48	47	47	51	51
MICROCEFALIA	1	5	4	1	0
TOTAL	52	52	52	52	52

TENDENCIA DE CRECIMIENTO

EDAD	PRIMER MES	SEGUNDO MES	CUARTO MES	SEXTO MES
TENDENCIA				
ASCENDENTE	52	47	52	51
HORIZONTAL	0	2	0	0
DESCENDENTE	0	3	0	1
TOTAL	52	52	52	52

CRECIMIENTO SEGÚN EL PESO (NIÑOS)

EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
NORMAL	29	29	29	29	29
DESNUTRICIÓN	0	0	0	0	0
DESNUTRICIÓN SEVERA	0	0	0	0	0
TOTAL	29	29	29	29	29

CRECIMIENTO SEGÚN LA TALLA (NIÑOS)

EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
TALLA ALTA	0	1	0	0	0
NORMAL	28	25	29	28	29
RETARDO DEL CRECIMIENTO	1	3	0	1	0
RETARDO SEVERO DEL CRECIMIENTO	0	0	0	0	0
TOTAL	29	29	29	29	29

CRECIMIENTO SEGÚN EL PERIMETRO CEFÁLICO (NIÑOS)

EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
MACROCEFALIA	1	0	0	0	1
NORMAL	27	26	25	28	28
MICROCEFALIA	1	3	4	1	0
TOTAL	29	29	29	29	29

TENDENCIA DE CRECIMIENTO (NIÑOS)

EDAD	PRIMER MES	SEGUNDO MES	CUARTO MES	SEXTO MES
TENDENCIA				
ASCENDENTE	29	27	29	29
HORIZONTAL	0	0	0	0
DESCENDENTE	0	2	0	0
TOTAL	29	29	29	29

CRECIMIENTO SEGÚN EL PESO (NIÑAS)					
EDAD					
VALORACIÓN	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
NORMAL	22	23	23	22	23
DESNUTRICIÓN	1	0	0	1	0
DESNUTRICIÓN SEVERA	0	0	0	0	0
TOTAL	23	23	23	23	23
CRECIMIENTO SEGÚN LA TALLA (NIÑAS)					
EDAD					
VALORACIÓN	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
TALLA ALTA	3	2	3	2	1
NORMAL	20	21	20	19	22
RETARDO DEL CRECIMIENTO	0	0	0	2	0
RETARDO SEVERO DEL CRECIMIENTO	0	0	0	0	0
TOTAL	23	23	23	23	23

CRECIMIENTO SEGÚN EL PERIMETRO CEFÁLICO (NIÑAS)

EDAD					
VALORACIÓN	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
MACROCEFALIA	2	0	1	0	0
NORMAL	21	21	22	23	23
MICROCEFALIA	0	2	0	0	0
TOTAL	23	23	23	23	23

TENDENCIA DE CRECIMIENTO (NIÑAS)

EDAD				
TENDENCIA	PRIMER MES	SEGUNDO MES	CUARTO MES	SEXTO MES
ASCENDENTE	23	20	23	22
HORIZONTAL	0	2	0	0
DESCENDENTE	0	1	0	1
TOTAL	23	23	23	23

EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DE LA NIÑEZ QUE RECIBIO LMC

CRECIMIENTO SEGÚN EL PESO					
EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
NORMAL	60	59	57	55	58
DESNUTRICIÓN	2	4	4	7	5
DESNUTRICIÓN SEVERA	1	0	2	1	0
TOTAL	63	63	63	63	63

CRECIMIENTO SEGÚN LA TALLA					
EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
TALLA ALTA	7	11	5	0	3
NORMAL	54	46	52	55	56
RETARDO DEL CRECIMIENTO	1	5	4	7	4
RETARDO SEVERO DEL CRECIMIENTO	1	1	2	1	0
TOTAL	63	63	63	63	63

CRECIMIENTO SEGÚN EL PERIMETRO CEFÁLICO

EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
MACROCEFALIA	4	3	3	2	2
NORMAL	57	57	57	61	58
MICROCEFALIA	2	3	3	0	3
TOTAL	63	63	63	63	63

TENDENCIA DE CRECIMIENTO

EDAD	PRIMER MES	SEGUNDO MES	CUARTO MES	SEXTO MES
TENDENCIA				
ASCENDENTE	63	61	60	59
HORIZONTAL	0	1	1	0
DESCENDENTE	0	1	2	4
TOTAL	63	63	63	63

CRECIMIENTO SEGÚN EL PESO (NIÑOS)					
EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
NORMAL	39	38	36	36	37
DESNUTRICIÓN	0	1	3	3	2
DESNUTRICIÓN SEVERA	0	0	0	0	0
TOTAL	39	39	39	39	39

CRECIMIENTO SEGÚN LA TALLA (NIÑOS)					
EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
TALLA ALTA	6	8	3	0	3
NORMAL	33	30	34	35	35
RETARDO DEL CRECIMIENTO	0	1	2	4	1
RETARDO SEVERO DEL CRECIMIENTO	0	0	0	0	0
TOTAL	39	39	39	39	39

CRECIMIENTO SEGÚN EL PERIMETRO CEFÁLICO (NIÑOS)

EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
MACROCEFALIA	4	3	3	1	1
NORMAL	34	35	34	38	37
MICROCEFALIA	1	1	2	0	1
TOTAL	39	39	39	39	39

TENDENCIA DE CRECIMIENTO (NIÑOS)

EDAD	PRIMER MES	SEGUNDO MES	CUARTO MES	SEXTO MES
TENDENCIA				
ASCENDENTE	39	38	38	37
HORIZONTAL	0	0	1	0
DESCENDENTE	0	1	0	2
TOTAL	39	39	39	39

CRECIMIENTO SEGÚN EL PESO (NIÑAS)					
EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
NORMAL	21	21	21	19	21
DESNUTRICIÓN	2	3	1	4	3
DESNUTRICIÓN SEVERA	1	0	2	1	0
TOTAL	24	24	24	24	24

CRECIMIENTO SEGÚN LA TALLA (NIÑAS)					
EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
TALLA ALTA	1	3	2	0	0
NORMAL	21	16	18	20	21
RETARDO DEL CRECIMIENTO	1	4	2	3	3
RETARDO SEVERO DEL CRECIMIENTO	1	1	2	1	0
TOTAL	24	24	24	24	24

CRECIMIENTO SEGÚN EL PERIMETRO CEFÁLICO (NIÑAS)

EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
MACROCEFALIA	0	0	0	1	1
NORMAL	23	22	23	23	21
MICROCEFALIA	1	2	1	0	2
TOTAL	24	24	24	24	24

TENDENCIA DE CRECIMIENTO (NIÑAS)

EDAD	PRIMER MES	SEGUNDO MES	CUARTO MES	SEXTO MES
TENDENCIA				
ASCENDENTE	24	23	22	22
HORIZONTAL	0	1	0	0
DESCENDENTE	0	0	2	2
TOTAL	24	24	24	24

EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DE LA NIÑEZ QUE RECIBIO LMP

CRECIMIENTO SEGÚN EL PESO (NINAS)					
EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
NORMAL	2	2	2	2	2
DESNUTRICIÓN	0	0	0	0	0
DESNUTRICIÓN SEVERA	0	0	0	0	0
TOTAL	2	2	2	2	2

CRECIMIENTO SEGÚN LA TALLA (NIÑAS)					
EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
TALLA ALTA	0	0	0	0	0
NORMAL	2	2	2	2	2
RETARDO DEL CRECIMIENTO	0	0	0	0	0
RETARDO SEVERO DEL CRECIMIENTO	0	0	0	0	0
TOTAL	2	2	2	2	2

CRECIMIENTO SEGÚN EL PERIMETRO CEFÁLICO (NIÑAS)

EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
MACROCEFALIA	0	0	0	0	0
NORMAL	2	2	2	2	2
MICROCEFALIA	0	0	0	0	0
TOTAL	2	2	2	2	2

TENDENCIA DE CRECIMIENTO (NIÑAS)

EDAD	PRIMER MES	SEGUNDO MES	CUARTO MES	SEXTO MES
TENDENCIA				
ASCENDENTE	2	2	2	2
HORIZONTAL	0	0	0	0
DESCENDENTE	0	0	0	0
TOTAL	2	2	2	2

EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DE LA NIÑEZ SIN LACTANCIA MATERNA

CRECIMIENTO SEGÚN EL PESO (NIÑOS)					
EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
NORMAL	2	2	2	3	3
DESNUTRICIÓN	0	1	1	0	0
DESNUTRICIÓN SEVERA	1	0	0	0	0
TOTAL	3	3	3	3	3

CRECIMIENTO SEGÚN LA TALLA (NIÑOS)					
EDAD	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
VALORACIÓN					
TALLA ALTA	0	0	0	0	0
NORMAL	2	2	3	3	3
RETARDO DEL CRECIMIENTO	0	1	0	0	0
RETARDO SEVERO DEL CRECIMIENTO	1	0	0	0	0
TOTAL	3	3	3	3	3

CRECIMIENTO SEGÚN EL PERIMETRO CEFÁLICO (NIÑOS)

EDAD					
VALORACIÓN	INSCRIPCIÓN	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES
MACROCEFALIA	0	0	0	0	0
NORMAL	1	2	2	2	2
MICROCEFALIA	2	1	1	1	1
TOTAL	3	3	3	3	3

TENDENCIA DE CRECIMIENTO (NIÑOS)

EDAD				
TENDENCIA	PRIMER MES	SEGUNDO MES	CUARTO MES	SEXTO MES
ASCENDENTE	3	3	3	3
HORIZONTAL	0	0	0	0
DESCENDENTE	0	0	0	0
TOTAL	3	3	3	3

ANEXO Nº4 “TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE CHI CUADRADO”

DISTRIBUCION DE χ^2

Grados de libertad	Probabilidad										
	0,95	0,90	0,80	0,70	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,01	0,001
1	0,004	0,02	0,06	0,15	0,46	1,07	1,64	2,71	3,84	6,64	10,83
2	0,10	0,21	0,45	0,71	1,39	2,41	3,22	4,60	5,99	9,21	13,82
3	0,35	0,58	1,01	1,42	2,37	3,66	4,64	6,25	7,82	11,34	16,27
4	0,71	1,06	1,65	2,20	3,36	4,88	5,99	7,78	9,49	13,28	18,47
5	1,14	1,61	2,34	3,00	4,35	6,06	7,29	9,24	11,07	15,09	20,52
6	1,63	2,20	3,07	3,83	5,35	7,23	8,56	10,64	12,59	16,81	22,46
7	2,17	2,83	3,82	4,67	6,35	8,38	9,80	12,02	14,07	18,48	24,32
8	2,73	3,49	4,59	5,53	7,34	9,52	11,03	13,36	15,51	20,09	26,12
9	3,32	4,17	5,38	6,39	8,34	10,66	12,24	14,68	16,92	21,67	27,88
10	3,94	4,86	6,18	7,27	9,34	11,78	13,44	15,99	18,31	23,21	29,59
	No significativo								Significativo		