

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA INTRODUCCION DE
ALIMENTACIÓN TEMPRANA EN MENORES DE 6 MESES EN UCSF:
HORCONES, LA PALMA; EL ZAPOTE, USULUTAN; Y CHORRO ARRIBA,
IZALCO; DE DICIEMBRE 2016 A JULIO 2017.**

PRESENTADO POR:

**RAÚL ARMANDO SALAZAR CONTRERAS
DELIA AMANDA SÁNCHEZ UCEDA
ROCÍO PATRICIA SURA CAMPOS.**

PARA OPTAR AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA.

ASESOR:

DRA. CELINA YOLANDA DÍAZ GARCÍA

SAN SALVADOR, OCTUBRE 2017.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	iii
I. INTRODUCCION.....	iv
II. OBJETIVOS.....	6
III. MARCO TEORICO.....	7
IV. DISEÑO METODOLOGICO.....	31
V. RESULTADOS.....	37
VI. DISCUSION.....	55
VII. CONCLUSIONES.....	59
VIII. RECOMENDACIONES.....	61
IX. BIBLIOGRAFIA.....	64
X. ANEXOS.....	66

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general identificar los Factores socioculturales asociados a la introducción de alimentación temprana en menores de 6 meses de las UCSF Horcones, El Zapote, y Chorro Arriba; durante el período de Diciembre 2016 a Julio 2017. La investigación tuvo como base un estudio de tipo descriptivo, retro-prospectivo y trasversal, siendo el universo un total de 579 niños inscritos en el control infantil de las tres UCSF antes mencionadas. La muestra fue de tipo no probabilística e incluyó a los niños menores de 6 meses que cumplieron con los criterios de inclusión con un total de 54 niños. Entre los principales resultados obtenidos en esta investigación se tuvo que un 54% (29) de los menores de 6 meses recibieron Lactancia Materna Exclusiva, contrario a un 46% (25) de menores que no la recibió. Dentro de los factores socioculturales asociados a la introducción de alimentación temprana predominaron: mitos y creencias que las madres de los menores tienen sobre la Lactancia Materna Exclusiva: “El niño no se llena sólo con pecho” 21% (16), factor biológico: “no me baja la leche” 8% (6) y factor ocupacional “no tengo tiempo 2% (3). Por lo anterior, es evidente que se debe continuar de forma integral e intersectorial con los esfuerzos para lograr una cobertura total de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y así ayudar a la prevención de la morbimortalidad infantil por medio de capacitaciones a personal de salud y a las madres de los menores.

I. INTRODUCCIÓN

Las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez. Según investigaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en el 2006, 9.5 millones de niños murieron antes de cumplir los cinco años y que dos tercios de estas muertes ocurrieron durante el primer año de vida, además estableció dicha organización que la desnutrición está asociada al menos con el 35% de las muertes que ocurren en la niñez. Según la OPS/OMS el 32% de niños menores de cinco años de edad en países en desarrollo presentan baja talla para la edad y el 10% están emaciados (bajo peso para la talla). La OPS/OMS considera que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la “carga” de enfermedades entre los niños menores de 5 años.

La Declaración de Innocenti sobre lactancia materna, adoptada por todos los participantes en la reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) celebrada en 1990, establece que "todos los gobiernos deberán desarrollar políticas nacionales sobre lactancia materna" y exhorta a las autoridades nacionales a integrarlas con sus políticas generales de salud y desarrollo. En 1992 el Ministerio de Salud oficializó la Declaración "Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna" que se basa en los principios de la Declaración de Innocenti. En el año 2006 se da inicio a la certificación de las Unidades de Salud como "Amigas de la Niñez y las Madres" (USANYM), con lo cual se fortalece la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud, actividad que continúa en proceso a la fecha. 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 el 31.4% de los niños menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva.

Otros datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2008 reflejan que en El Salvador la lactancia materna es una práctica generalizada. Del total de niñas y niños que nacieron vivos en los últimos 5 años, el 3.9 % nunca recibió leche materna.

En El Salvador actualmente no hay buenas prácticas sobre el abordaje de lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses, por lo que repercute en la salud y desarrollo del infante. Por este motivo este trabajo de investigación se enfocó en identificar ¿Cuáles son los factores socioculturales asociados a la introducción de alimentación temprana en menores de 6 meses en UCSF: Horcones, La Palma; El Zapote, Usulután; y Chorro Arriba, Izalco; de Diciembre 2016 a Julio 2017? Este proceso de investigación se realizó por medio de un estudio descriptivo- retro prospectivo-transversal; se utilizó la técnica de la encuesta para la recolección de datos. Se espera que la información obtenida pueda servir como base para futuras investigaciones y apoyo a los profesionales de la salud para que puedan brindar educación integral y actualizada relacionada al tema.

Entre los principales resultados se determinó que el 54% (29) de los menores de 6 meses estudiados recibieron Lactancia Materna Exclusiva y el 46%(25) de las usuarias no dio Lactancia Materna Exclusiva a sus hijos. Las madres de familia tuvieron controles prenatales y recibieron consejería sobre lactancia materna. Dentro de los factores socioculturales asociados, predominaron los mitos y creencias sobre el tema de lactancia materna exclusiva. En vista de los resultados obtenidos, se concluyó que pese a los esfuerzos por el personal de salud, la falta de educación en lactancia materna exclusiva continúa siendo un problema en el ámbito comunitario ya que la principal creencia por la que las madres deciden incluir otros alimentos antes de los 6 meses es que “El niño no se llena sólo con pecho”.

Por lo anterior, es evidente que debe continuar de forma integral e intersectorial con los esfuerzos para lograr una cobertura total de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y así ayudar a la prevención de la morbimortalidad infantil por medio de capacitaciones a personal de salud y a las madres de los menores.

II. OBJETIVOS

5.1 GENERAL:

Identificar los factores socioculturales asociados a la introducción de alimentación temprana en menores de 6 meses en UCSF: Horcones, La Palma; El Zapote, Usulután; y Chorro Arriba, Izalco; de Diciembre 2016 a Julio 2017.

5.2 ESPECÍFICOS:

- 5.2.1. Determinar el número de niños menores de 6 meses que se inscribieron en control infantil en el período de diciembre 2016 a Julio 2017 y clasificarlos según rango de edad para objeto de estudio.
- 5.2.2. Establecer el número de menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva.
- 5.2.3. Determinar el número de menores que fueron introducidos a la alimentación temprana.
- 5.2.4. Identificar los factores socioculturales (Procedencia, ocupación, educación, pobreza, mitos, religión) asociados a la introducción de alimentos en niños menores de 6 meses.

III. MARCO TEÓRICO

VOCABULARIO

Lactancia materna: alimentación que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre.

Lactancia materna exclusiva: 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.

Introducción a alimentación temprana: introducción en la dieta del lactante de alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula ya sean líquidos, semilíquidos o sólidos.

Alimentación artificial: alimentación con fórmulas lácteas preparadas artificialmente, siendo la base de los mismos la leche de vaca.

Alimentación complementaria: cuando el bebé comienza a recibir otros alimentos.

Factores socioculturales: Características de la transmisión educativa y de tradiciones culturales, que varían de una sociedad a otra.

6.1 NUTRICIÓN.

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) la nutrición deficiente incrementa el riesgo de padecer enfermedades y es responsable, directa o indirectamente, de un tercio de las 9.5 millones de muertes que se ha estimado ocurrieron en el año 2006 en niños menores de 5 años de edad. La nutrición inapropiada puede provocar obesidad en la niñez, la cual es un problema que se va

incrementando en muchos países. Las deficiencias nutricionales tempranas también han sido vinculadas con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo. La desnutrición durante los primeros dos años de vida es causa de desnutrición crónica, el cual provocará que el adulto no alcance su potencial para el crecimiento en talla y que sea varios centímetros más bajo. Existen pruebas que los adultos que fueron desnutridos durante la infancia temprana tienen compromiso del rendimiento intelectual. Estos adultos también pueden tener una capacidad para el trabajo físico reducida. Si las mujeres fueron desnutridas durante la niñez, se afectará su capacidad reproductiva; sus hijos pueden nacer con peso bajo y pueden tener mayor riesgo de partos complicados. Los primeros dos años de vida brindan una ventana de oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños, mediante una alimentación óptima. Teniendo en cuenta datos confiables sobre la eficacia de las intervenciones, la OMS/OPS estima que el logro de la cobertura universal de una lactancia materna óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años. ⁽¹⁾

6.1.1 Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.

En el año 2002 la Asamblea Mundial de la Salud y el UNICEF adoptaron la *Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Esta estrategia incluye prácticas de alimentación en el estado nutricional, crecimiento y desarrollo, salud y sobrevivencia de los lactantes y niños pequeños.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la Estrategia Mundial son:

- ✓ Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días);

- ✓ Iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.

Lactancia materna exclusiva: 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.

Alimentación complementaria: es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etáreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 24 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años. ⁽²⁾

-
1. OMS/OPS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, D.C, Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud, 2010
 2. OMS/UNICEF/USAID. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

6.1.2 Pruebas científicas sobre las prácticas de alimentación recomendadas.

La lactancia materna brinda beneficios a corto y a largo plazo, tanto al niño como a la madre, incluyendo la protección del niño frente a una variedad de problemas agudos y crónicos. Muchas muertes son causadas por diarrea y la neumonía, que son más frecuentes y tienen mayor gravedad, entre los niños que son alimentados de manera artificial (con leche artificial comercial).

Las enfermedades diarreicas se presentan con mayor frecuencia entre los niños que reciben alimentación artificial, incluso en situaciones donde existe una higiene adecuada, como ocurre en Bielorrusia y en Escocia. Otras infecciones agudas, como ser la otitis media, la meningitis por *Haemophilus influenzae* y las infecciones del tracto urinario, son menos comunes y menos graves entre los niños alimentados con lactancia materna. A largo plazo, los niños alimentados de manera artificial tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades que tienen una base inmunológica, como ser el asma y otras condiciones atópicas; diabetes tipo 1; enfermedad celíaca; colitis ulcerativa y enfermedad de Croh. La alimentación artificial también ha sido asociada con un mayor riesgo para desarrollar leucemia durante la niñez.

Varios estudios realizados por la OMS/OPS sugieren que la obesidad, durante la niñez tardía y la adolescencia, es menos frecuente entre los niños amamantados y que existe un efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la lactancia materna menor riesgo de obesidad. Una creciente cantidad de pruebas realizadas por la OMS/OPS vincula a la alimentación artificial con riesgos para la salud cardiovascular, incluyendo incremento de la presión sanguínea; niveles anormales de colesterol en sangre y aterosclerosis durante la edad adulta. Además, el incremento de la duración de la lactancia materna ha

sido asociado con mayor inteligencia en la niñez tardía y edad adulta; esto puede influenciar la capacidad que tiene el individuo para contribuir a la sociedad.

6.1.3 Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

La lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de diarrea y de infecciones respiratorias agudas si su duración es de 6 meses de vida, en comparación con una duración de tres o cuatro meses respectivamente. Si la técnica de la lactancia materna es satisfactoria, la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida cubre las necesidades de energía y de nutrientes para la gran mayoría de niños.

Varios estudios han demostrado que, si los lactantes sanos reciben lactancia materna exclusiva, no requieren agua adicional durante los primeros 6 meses de vida, incluso en climas cálidos. La leche materna, que está compuesta por un 88% de agua, es suficiente para satisfacer la sed del lactante.

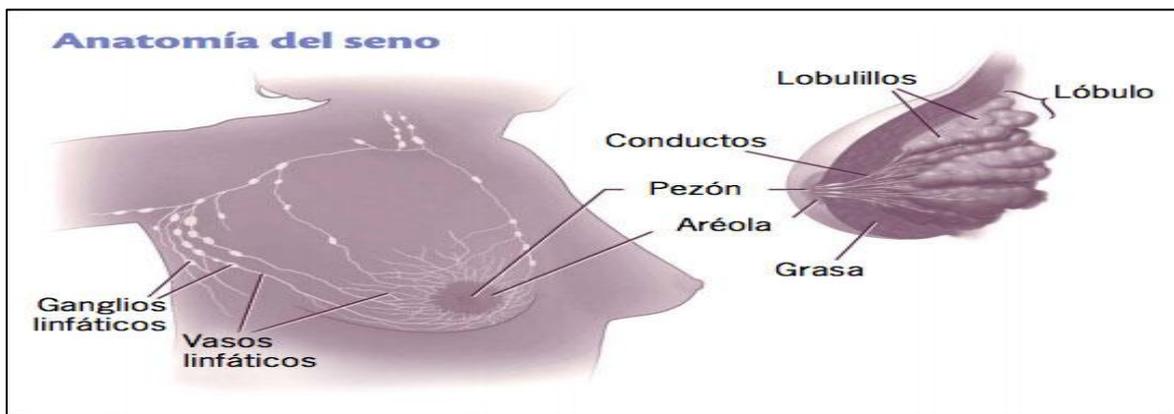
Los líquidos adicionales desplazan la leche materna y no incrementan la ingesta total. Sin embargo, el agua y los tés son administrados frecuentemente a los lactantes, muchas veces desde la primera semana de vida. Esta práctica se ha asociado con una duplicación del riesgo de diarrea. Para la madre, la lactancia materna exclusiva puede demorar el reinicio de la fertilidad y acelerar la recuperación del peso que tenía antes del embarazo.

(3)

3. OPS/OMS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2002.

6.2 LACTANCIA MATERNA

FIGURA N 1° "ANATOMÍA DEL SENO



FUENTE: OMS/OPS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, D.C, Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud, 2010

6.2.1 Anatomía del seno materno.

La estructura del seno materno incluye el pezón y la areola; el tejido mamario; el tejido conectivo de soporte y la grasa; los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios.

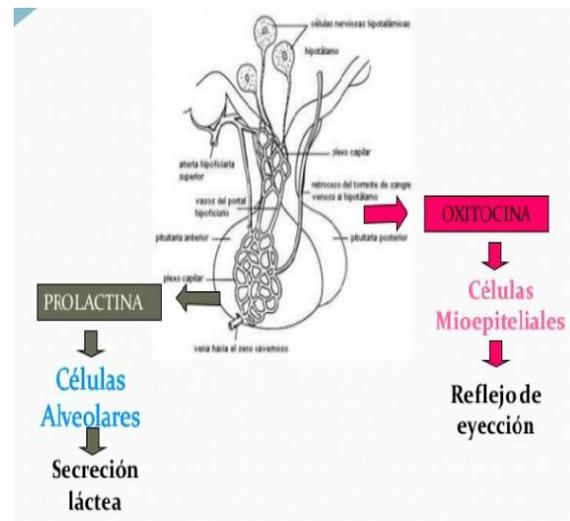
El tejido mamario: Este tejido incluye a los alvéolos, que son pequeños sacos compuestos por células secretoras de leche y a los conductos que transportan la leche al exterior. Entre las mamadas, la leche se almacena en el lumen de los alvéolos y de los conductos. Los alvéolos están rodeados por una 'canasta' de células mioepiteliales (musculares), que se contraen y hacen posible que la leche fluya por los conductos.

Pezón y areola: El pezón tiene un promedio de nueve conductos lactíferos que lo atraviesan hacia el exterior y también tiene fibras musculares y nervios. El pezón está rodeado por la areola, que es circular y pigmentada, donde se encuentran localizadas las glándulas de Montgomery. Estas glándulas secretan un líquido aceitoso que protege al pezón y a la areola durante la lactancia y produce un olor particular, para cada madre, que atrae a su lactante hacia el pecho. Cuando el reflejo de la oxitocina es activo, los conductos que se encuentran por debajo de la areola se llenan de leche y se tornan más anchos durante la mamada.

6.2.2 Control hormonal de la producción láctea.

Existen dos hormonas que afectan al pecho materno de manera directa: la prolactina y la oxitocina. Otras hormonas, como ser los estrógenos, están involucradas de manera indirecta en la lactancia. Cuando el lactante succiona el pecho materno, los impulsos sensoriales viajan del pezón hacia el cerebro. Como respuesta, el lóbulo anterior de la glándula pituitaria secreta prolactina y el lóbulo posterior secreta oxitocina.

FIGURA N° 2. “CONTROL HORMONAL DE PRODUCCION LACTEA.”



FUENTE: OMS/OPS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, D.C. Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud, 2010

6.2.3 Prolactina

La prolactina es necesaria para la secreción de la leche por parte de las células alveolares. El nivel de prolactina en la sangre se incrementa de manera acentuada durante el embarazo y estimula el crecimiento y desarrollo del tejido mamario como preparación para la producción láctea. Sin embargo, la leche no es secretada durante el embarazo, debido a que la progesterona y el estrógeno, las hormonas del embarazo,

bloquean la acción de la prolactina. Después del parto, los niveles de progesterona y de estrógenos disminuyen rápidamente, por lo tanto la prolactina deja de ser bloqueada; en consecuencia, se inicia la secreción de leche. Cuando el lactante succiona, se incrementan los niveles sanguíneos de prolactina, lo cual estimula la producción de leche por los alvéolos. Los niveles de prolactina tienen un nivel máximo aproximadamente a los 30 minutos después del inicio de la mamada, de manera que su efecto más importante es producir leche para la siguiente mamada. Durante las primeras semanas, cuanto más el lactante succiona y estimula el pezón, más prolactina se produce y, por lo tanto, se produce más leche. Este efecto es de particular importancia cuando se está estableciendo la lactancia.

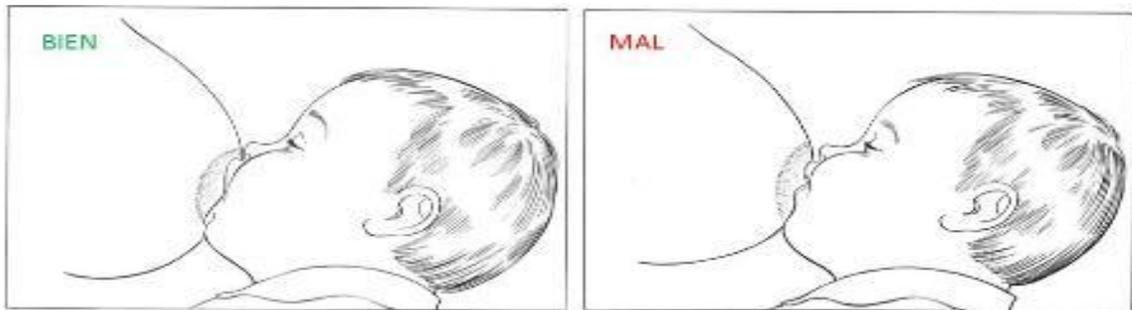
6.2.4 Oxitocina.

La oxitocina provoca que las células mioepiteliales que rodean los alvéolos se contraigan. Esto produce que la leche, que se encuentra almacenada en los alvéolos, fluya y llene los conductos. A veces, la leche es eyectada en finos chorros. El reflejo de oxitocina es llamado también “reflejo de salida” o “reflejo de eyección” de la leche. La oxitocina se produce con mayor rapidez que la prolactina. Esto provoca que la leche que se encuentra en el pecho fluya durante la toma actual, lo cual favorece que el lactante obtenga la leche con mayor facilidad. La oxitocina inicia su acción cuando la madre tiene prevista una mamada y cuando el lactante está succionando. Este reflejo está condicionado por las sensaciones y sentimientos de la madre, como ser el tocar, oler o ver a su lactante, así como escuchar el llanto del lactante o tener pensamientos de amor hacia él o ella. Si la madre tiene un dolor intenso o está emocionalmente afectada, el reflejo de oxitocina puede inhibirse y la leche puede, repentinamente, dejar de fluir de manera adecuada. La oxitocina provoca que el útero de la madre se contraiga después del parto y favorece la reducción del sangrado. Durante los primeros días, las contracciones uterinas pueden provocar un dolor intenso.

6.2.5 Cómo el lactante ‘agarra’ y succiona el pecho.

Para estimular y extraer la leche del pecho, y para asegurar una adecuada provisión y un buen flujo de leche, el lactante necesita de un ‘buen agarre, de manera que pueda succionar de manera efectiva. Frecuentemente se presentan dificultades cuando el lactante no sostiene el pecho en su boca de manera apropiada y, por lo tanto, no puede succionar de manera efectiva.

FIGURA N°3: “TECNICA DEL AMAMANTAMIENTO”



FUENTE: OMS/OPS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, D.C, Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud, 2010

Buen agarre

- ✓ Se observa más areola por encima del labio superior del lactante que por debajo del labio inferior;
- ✓ La boca del lactante está muy abierta;
- ✓ El labio inferior del lactante está evertido (hacia fuera);
- ✓ El mentón del lactante está tocando o casi tocando el pecho.

Estos signos muestran que el lactante está muy cerca del pecho y que abre la boca para tomar el pecho en su mayor plenitud.

Los signos de mal agarre son:

- ✓ Se observa más areola por debajo del labio inferior del lactante que por encima del labio superior o las cantidades por encima y por debajo son similares;
- ✓ La boca del lactante no está muy abierta;

- ✓ El labio inferior del lactante apunta hacia adelante o está invertido (hacia adentro);
- ✓ El mentón del lactante se encuentra separado del pecho materno.

Si cualquiera de estos signos se encuentra presente, o si la succión es dolorosa o incómoda, se requiere mejorar el agarre al pecho. Sin embargo, cuando el lactante está muy cerca del pecho, puede ser difícil observar qué es lo que ocurre con el labio inferior.

6.3 COMPOSICION DE LECHE MATERNA

La leche humana ofrece al niño el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la óptima fuente de lácteos durante los primeros dos años, al ser complementada con otros alimentos. Desde el punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el único período en que un solo alimento es la única fuente de nutrición, y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos.

Se distinguen: la leche de pre término, el calostro, la leche de transición y la leche madura. *El calostro*: propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto. El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. En el calostro la concentración promedio de IgA y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de

leche, se mantiene una producción diaria de 2-3 g de IgA y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente. El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido:- facilita la eliminación del meconio - facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido - los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.

Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos - succión-deglución-respiración. - los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño - los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

La leche de transición: es la leche que se produce entre el 4° y el 15° día postparto. Entre el 4° y el 6° día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto. Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche. Los cambios de composición y volumen son muy significativos entre mujeres y dentro de una misma mujer, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

Leche madura: El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal/100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un niño, producirá un volumen suficiente (de 700 a 900 ml) para cada uno de ellos.

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas.

-Agua: La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.

-Proteínas: Entre los mamíferos, la leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml). Sin embargo, es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño.

La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero. La caseína está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio. Las proteínas del suero son entre otras: alfa-lactoalbúmina (de alto valor biológico para el niño), seroalbúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas y prostaglandinas. Las inmunoglobulinas de la leche materna son diferentes a las del plasma, tanto en calidad como en concentración. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna. La IgG es la más importante del plasma y se encuentra en una cantidad 5 veces mayor que la IgA. La IgA protege tanto a la glándula mamaria como a las mucosas del lactante en el período en que la secreción de IgA en el niño es insuficiente. La lactoferrina además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferodependientes (E. Coli), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño. La lisozima constituye un factor antimicrobiano no específico. Tiene efecto bacteriolítico contra Enterobacteriaceae y bacterias Gram positivas. Contribuye a la mantención de la flora intestinal del lactante y además tiene propiedades anti-inflamatorias. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales. La taurina es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es necesario para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina. La cistina es otro aminoácido que está combinado con la metionina en una proporción de 2:1, específica para la leche humana.

-Hidratos de carbono: El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa. La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7 g/dl (cerca de 200mM). La lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central.

La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que, al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.

-Las grasas: La grasa es el componente más variable de la leche humana. Las concentraciones de grasa aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto. De ahí en adelante siguen siendo relativamente estables, pero con bastantes variaciones interindividuales tanto en el contenido total de grasa, como en la composición de los ácidos grasos. La composición de los ácidos grasos de la leche humana es relativamente estable, con un 42% de ácidos grasos saturados y 57% de poliinsaturados. Los ácidos grasos araquidónico y docosahexaenoico participan en la formación de la sustancia gris y en la mielinización de las fibras nerviosas. Se forman a partir de los ácidos linoleico y linolénico respectivamente. Estos últimos se obtienen de la dieta de la madre. El contenido de ellos es alrededor de 4 veces mayor en la leche humana (0,4 g/100 ml) que en la de vaca (0,1 g/100 ml).

-Vitaminas: La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre. Vitaminas liposolubles La absorción de vitaminas liposolubles en el lactante está relacionada con la variabilidad de la concentración de la grasa en la leche materna. a) Vitamina A: La concentración de vitamina A en la leche materna es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura. b) Vitamina K: La concentración de vitamina K es mayor

en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal. Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento.

c) Vitamina E: El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E. d) Vitamina D: El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml. Esta vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz solar. Se necesita sólo una buena exposición al sol para producir suficiente vitamina D.

-Minerales: La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna. Los mecanismos compensatorios, como una disminución en la excreción urinaria del calcio comienzan a actuar, y sólo en casos extremos se alterarán significativamente las reservas de los tejidos propios de la madre ⁽⁴⁾

4. Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras C Shellhorn, V Valdés. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995.

6.4 VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA.

La evidencia científica establece las ventajas de la lactancia materna. Un amplio conjunto de investigaciones de nivel mundial, respalda la recomendación de recibir lactancia materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y prolongada hasta los dos años de edad, para lograr el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños y niñas; esta recomendación es especialmente válida en los países en desarrollo, donde los riesgos de la alimentación artificial por lo general son más marcados. Las ventajas de la lactancia materna se resumen a continuación:

- Se encuentra disponible fácilmente y no requiere preparación.
- Suministra la cantidad y calidad de nutrientes esenciales para el óptimo crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.
- Contiene elementos protectores que contribuyen en la prevención de infecciones.
- Es asequible, está accesible para las familias y no genera gastos.

- La lactancia materna exclusiva prolonga la duración de la anovulación en el postparto y ayuda a las madres a espaciar los embarazos.
- Promueve la creación de un mayor vínculo afectivo entre la madre, la niña y el niño.

- Se presenta una menor incidencia de alergias, obesidad y enfermedades crónicas en las niñas y niños amamantados con leche materna en comparación con los que reciben alimentación artificial.
- El amamantamiento es un estímulo que favorece el desarrollo del maxilar inferior para obtener una mejor relación entre los maxilares, previniendo la aparición de problemas en la masticación y la oclusión dentaria.

Las ventajas favorecen en especial modo a las dos terceras partes de la población mundial que vive en la pobreza. Existe también evidencia que las mujeres que dan lactancia materna a sus niños y niñas, presentan un riesgo menor de cáncer de mama y de útero, en comparación con las mujeres que no lo hacen.

6.5 CONTRAINDICACIONES DE LACTANCIA MATERNA

En numerosas ocasiones la lactancia materna se interrumpe por motivos no justificados. En la práctica son muy pocas las situaciones que la contraindican. Entre estas se incluyen niños con galactosemia, malabsorción congénita de glucosa-galactosa y la deficiencia primaria de lactasa. La infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados en los que se dispone de medios adecuados para la alimentación con sucedáneos. Tampoco deben lactar a sus hijos las madres que estén infectadas por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo 1 ó 2) ya que se ha demostrado, como con el VIH, su transmisión a través de la LM. Otras situaciones relacionadas con enfermedades maternas o del lactante requieren de una valoración individualizada. A este respecto debemos señalar que la LM no está contraindicada en los hijos de madres con hepatitis A, B o C. En las hepatitis A y B se debe indicar la profilaxis adecuada para evitar la transmisión de la infección.⁽⁵⁾

-
5. Almeida JAG. La leche humana: un híbrido biológico social. En: Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 69-74.

6.6 FÁRMACOS Y LACTANCIA MATERNA

Por una política probablemente proteccionista y más relacionada con intereses legales que sanitarios, casi todas medicaciones incluyen en su prospecto o en el vademécum contraindicaciones en relación con la madre lactante. Sin embargo, la realidad es bien diferente y pocos medicamentos son incompatibles con el amamantamiento. Además de los antineoplásicos y las drogas de abuso social solo cuatro medicamentos están absolutamente contraindicados: la fenindiona, amiodarona, derivados del ergot y yoduros.⁽⁶⁾

6.7 FÓRMULAS DE LACTANCIA

La lactancia materna es la forma óptima de alimentación para el recién nacido. Cuando no se realiza la alimentación al pecho, la elección habitual es una fórmula láctea infantil. Es por esto que se han elaborado un grupo de fórmulas alimenticias para lactantes o niños con problemas en la digestión, absorción, o intolerancia a alguna sustancia.

-Fórmulas poliméricas basadas en proteínas de leche de vaca de base intacta.

Indicaciones: lactantes menores de 6 meses que no sean amamantados o no puedan ser amamantados (madres adictas, portadoras de HIV). Nombres comerciales registrados: Nan I, Nestógeno, Sancor Bebe, UAT, Similac Advance, Nutrilon.

-Fórmulas para bajo peso: formulas específicas con mayor densidad calórica y proteica con fósforo y vitamina A y D.⁽⁷⁾

-
6. Almeida JAG. La leche humana: un híbrido biológico social., opus citatum: página número 25.
 7. Soler Balda MC, San Segundo Nieto C. Indicaciones y prescripciones formulas especiales. Bol Pediatr 2006; 46: 200-5.

Indicaciones: Recién nacidos prematuros con edad corregida a los 6 meses que no sean amamantados; prematuro portador de broncodisplasia; prematuro menor de 1.000 g al nacer; prematuro con ascenso ponderal insuficiente (pequeños para la edad gestacional que no son amamantados): formula pretérmino hasta el año de edad corregida. Nombre comercial: Prenan, Sancor Bebe P.

-Fórmulas sin lactosa; La lactosa: se ha sustituido por otro hidrato de carbono fundamentalmente malto dextrina.

Indicaciones: Lactantes o niños con intolerancia a la lactosa. Nombre comercial: Nan sin lactosa.

-Fórmulas de soja: Basada en aislado de proteínas de soja. No contiene lactosa como hidrato de carbono.

Indicaciones: Galactosemia, Lactantes o niños mayores de 6 meses con alergias a las proteínas de leche de vaca documentada por la clínica sin intolerancia cruzada a las proteínas de soja (10%–35% intolerancia a la soja hacer prueba clínica de tolerancia), Lactantes con padres vegetarianos que no pueden ser amamantados y que desean evitar formulas derivadas de proteínas animales.

Recomendaciones: No se recomienda uso de leche de cabra, oveja u otros mamíferos con proteínas intactas. No se recomienda su uso en lactantes menores de 6 meses con sintomatología digestiva. Nombre comercial: Isomil.

6.8 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA LACTANCIA MATERNA.

6.8.1 Aspectos históricos.

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma natural amamantándolos. Casi todas las sociedades han tenido conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra. Pues bien, esto es lo que se ha perdido la “cultura del amamantamiento” de la crianza natural y algunas veces el vínculo afectivo natural entre madres e hijos. La promoción de la lactancia materna en las culturas modernas y el rescate como alimentación ideal para los niños, juega un rol fundamental para que las madres tengan la percepción, de que el amamantamiento. La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo, es un comportamiento aprendido que proporciona oportunidades para respuestas inmediatas y satisfactorias a las necesidades del niño.

La evidencia científica acumulada en años recientes avala la superioridad nutricional de la leche materna para la alimentación del recién nacido y lactante. Conscientes de los grandes beneficios que el amamantamiento comporta para la salud de las madres, sus hijos y la sociedad en general. ⁽⁸⁾

-
8. Calvo Quiroz. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev. Enfermería actual en Costa Rica. En línea. Octubre. 2008-marzo 2009.

6.8.2 Factores que intervienen en la lactancia materna exclusiva (LME)

-Edad de la madre: algunos estudios realizados, consideran éste como un factor influyente en la mantención de la LME, estableciendo que una menor edad de la madre se asocia a disminución de la LME determinada por: menor educación de la madre, bajo poder adquisitivo, falta de apoyo de la familia y/o pareja, la ansiedad e inseguridad que estas mismas tienen hacia ellas; por otro lado, mayor edad podría asociarse a madurez, preparación psicológica, experiencia previa y éxito de la LME.

-Nivel educacional Materno: este factor es controvertido, ya que existen estudios que asocian significativamente niveles de mayor educación con mejores resultados en LME. Otros estudios no logran demostrar esta asociación. Un estudio (Kuwait, USA), demostró que las madres con más de 12 años de educación mantenían por más tiempo la LM exclusiva, en comparación con las que tenían menos de 12 años.⁽⁹⁾

-Factores socioeconómicos: se presenta en la literatura frecuentemente asociado en algunos estudios afectando positiva o negativamente, según las distintas realidades. Por ejemplo, una falta de adherencia en aquellas madres con un nivel socioeconómico más bajo en una primera instancia asociado a la baja adherencia a control prenatal y con ello

falta de educación sobre LME, situación que se revierte con el tiempo dado la falta de recursos para adquirir fórmulas lácteas.

Ámbito laboral: Existen derechos para las embarazadas y mujeres lactantes, sin embargo algunos estudios sostienen que no sólo es el ámbito laboral lo que influencia directamente sobre la LME, sino que también la falta de conocimiento de las madres sobre sus derechos en el ámbito de la lactancia materna.⁽¹⁰⁾

9. Manal Dashti , Jane A. Scott ,Christine A. Edwards. Predictores de la duración de la lactancia materna en mujeres de Kuwait, E.E.U.U. 20-feb-2014.

10. Salomé Valenzuela Galleguillos, Estefany Vásquez Pinto, Pablo Gálvez Ortega. Factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida. Rev int salud materno fetal – yo.obstetra. CHILE, 2016.

6.8.3 Factores socioculturales en el amamantamiento.

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

-Factor cultural: La cultura juega un papel importante en el amamantamiento ya que las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la cual se desenvuelven. La lactancia materna se ha visto afectada como consecuencia de los cambios sociales y la falsa creencia de que la leche artificial es casi igual que la materna, aunque en los últimos años se está recuperando poco a poco. La leche de la madre aporta todo lo que el niño necesita en los primeros meses de vida: nutrientes, células vivas o factores defensivos y de crecimiento que le ayudan a adaptarse a la vida extrauterina y le protege de numerosas enfermedades a corto y a largo plazo (diarreas, catarrros, alergias, diabetes, obesidad o leucemia). Los organismos de salud internacionales recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y como complemento hasta los dos años.

-Factor socioeconómico: El nivel socioeconómico es uno de los condicionantes de la lactancia materna ya que dentro de éste intervienen factores como: ocupación, estructura familiar, los ingresos de la familia y en la mujer trabajadora, las condiciones laborales y la influencia del medio en el que se desenvuelve la madre desempeñando su trabajo.

6.9 DETERMINANTES DE LA LACTANCIA MATERNA.

Los factores que influyen positiva o negativamente el inicio y mantenimiento de la lactancia materna están relacionados con situaciones propias de la madre, la niña, el niño, la familia, el sistema educativo y de salud, las políticas de salud pública, la cultura y las políticas sociales.

En El Salvador, existen determinantes que influyen en la decisión de la madre para dar lactancia materna o dar alimentación artificial. Se requiere el accionar del Estado y la sociedad en el nivel apropiado sobre los determinantes involucrados para lograr sus efectos positivos sobre la lactancia materna. Se han identificado las principales determinantes en nuestro país:

- Ausencia de un marco legal que regule la comercialización de sucedáneos de leche materna.
- Limitada aplicación de la normativa de lactancia materna por el personal de salud, a nivel público y privado.
- Escasos recursos para el mercadeo social en lactancia materna.
- Escasa implementación de centros de atención integral para las niñas y los niños y espacios especiales destinados para la lactancia materna en las instituciones públicas y privadas.
- Limitada divulgación y conocimiento de los derechos de la mujer relacionados con el embarazo, el puerperio y la lactancia materna.
- Déficit de espacios físicos y recursos humanos para brindar 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 período post parto.
- Falta de integración de actividades de promoción y apoyo a la lactancia materna entre los establecimientos de salud tanto públicos como privados.
- Limitada participación intersectorial en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

TABLA 5-1. Calendario de periodicidad del programa Bright Futures

PROGRAMA DE PERIODICIDAD EN LACTANTES	
Consulta inicial	
Recién nacido	
En la 1.ª semana	
1 mes	
2 meses	
4 meses	
6 meses	
9 meses	
PROGRAMA DE PERIODICIDAD EN LA PRIMERA INFANCIA	
1 año	
15 meses	
18 meses	
2 años	
3 años	
4 años	
PROGRAMA DE PERIODICIDAD EN LA INFANCIA INTERMEDIA	
5 años	
6 años	
8 años	
10 años	
PROGRAMA DE PERIODICIDAD EN LA ADOLESCENCIA	
11 años	
12 años	
13 años	
14 años	
15 años	
16 años	
17 años	
18 años	
19 años	
20 años	
21 años	

De Green M, Palfrey JS (eds.): *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 2.ª ed., rev. Arlington, Virginia, National Center for Education in Maternal and Child Health, 2002.

CALENDARIO DE PERIODICIDAD.

Estas guías exhaustivas se basan en el Programa de Periodicidad, pero lo detallan aún más y recomiendan el modo según el cual los médicos deberían realizar las tareas indicadas en el Programa de Periodicidad. Además de las numerosas recomendaciones desarrolladas por comunidades individuales o sistemas sanitarios locales, se han usado tres fuentes principales para elaborar las directrices: el programa Bright Futures, de la Oficina de Salud Materno infantil del Departamento de

Salud y Servicios Humanos estadounidense, las Guidelines for Health Supervisión de la AAP, y las Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS), de la Asociación Médica Americana.

Bajo la dirección de la Oficina de Salud Materno infantil, estas organizaciones, la Asociación Nacional de Enfermería Pediátrica, la Academia Americana de Médicos de Familia, y otras han desarrollado la 3.^a edición de las directrices Bright Futures, que engloban las directrices previas.

TAREAS DE LA ATENCIÓN DEL NIÑO SANO. La consulta del niño sano supone una serie de contribuciones únicas para fomentar el bienestar físico y emocional de niños y jóvenes. Los profesionales de la salud infantil, como pediatras, médicos de medicina de familia, personal de enfermería y auxiliares de enfermería aprovechan las ventajas de la oportunidad que proporciona la consulta del niño sano para sacar a la luz las preguntas y preocupaciones paternas, obtener la información relevante sobre la salud de la familia y el paciente, realizar una exploración física e iniciar las pruebas de detección selectiva.

(11)

Las tareas de cada consulta del niño sano consisten en:

- Detección de enfermedades.
- Prevención de enfermedades.
- Promoción de la salud.
- Guías preventivas.

11. Green M. Palfrey: Bright Futures; Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. 2° edition, Virginia, 2002

IV. DISEÑO METODOLÓGICO.

8.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo- Retro Prospectivo-Trasversal.

8.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Diciembre 2016 - Julio 2017.

UCSF	CONTROL INFANTIL DE 0 A 4 AÑOS DE EDAD.	8.3 UNIVER SO U= 579
1.Horcones, La Palma	240	
2.El Zapote, Jucuarán	131	
3.Chorro Arriba, Izalco	208	
TOTAL	579	

Fuente: Sistema de Morbimortalidad en línea, SIMMOW; de niños que asistieron a su control Infantil de 0 a 4 años de edad, según AIEPI; diciembre 2016-mayo 2017

8.4 TIPO DE MUESTRA

No probabilística, escogida a conveniencia del grupo investigador: niños y niñas menores de 6 meses que fueron inscritos en control infantil, nacidos en el período comprendido de diciembre 2016 a mayo 2017. **M= 54**

UCSF	MENORES DE 6 MESES INSCRITOS.
1.Horcones, La Palma	18
2.El Zapote, Jucuarán	17
3.Chorro Arriba, Izalco	19
TOTAL	54

Sistema de Morbimortalidad en línea, SIMMOW: recién nacidos del período diciembre 2016-mayo 2017 de las UCSF Horcones, La Palma; El Zapote, Jucuarán y Chorro Arriba, Izalco.

8.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA.

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ✓ Niños inscritos en control de niño sano en el periodo de Diciembre 2016 a Mayo 2017 en las UCSF: Horcones, La Palma; El Zapote, Jucuarán y Chorro Arriba, Izalco.
- ✓ Niños que se encuentren en el rango de 0 a 6 meses de edad.
- ✓ Niños de ambos sexos.
- ✓ Niños de 0 a 6 meses con o sin lactancia materna exclusiva.
- ✓ Niños que vivan en el área de servicio de las UCSF: Horcones, La Palma; El Zapote, Jucuarán y Chorro Arriba, Izalco.
- ✓ Niños cuyos padres estén presentes y de acuerdo con colaborar con el estudio.

8.6 VARIABLES

VARIABLES	
DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN TEMPRANA	<ol style="list-style-type: none">1. Edad2. Sexo3. Lactancia materna4. Factores socioculturales:<ol style="list-style-type: none">4.1 procedencia4.2 ocupación4.3 educación4.4 pobreza4.5 mitos4.6 religión

CRUCE DE VARIABLES

Y. Introducción a la alimentación temprana	<ol style="list-style-type: none">X1.EdadX2.SexoX3.Lactancia maternaX4.Factores socioculturales:<ul style="list-style-type: none">✓ procedencia✓ ocupación✓ educación✓ pobreza✓ mitos✓ religión
---	---

8.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

OBJETIVOS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIÓN
1.Determinar el número de niños menores de 6 meses que se inscribieron en control de niño sano en el periodo de diciembre 2016-mayo 2017	Niños en control infantil	Programa por MINSAL para atenciones periódicas a niños/as que va desde el desde el nacimiento hasta los 5 años.	Número de niños menores de 6 meses inscritos en control de niño sano medido a través de cuestionario.	Total de niños menores de 6 meses inscritos en control infantil.	Numeral	-Total de niños inscritos en control infantil objeto de estudio.
2. Clasificar a los niños según rango de edad de la población para objeto de estudio.	Edad de niños menores de 6 meses en control infantil.	Edad: Tiempo que ha vivido una persona	Número de niños de 0 a 6 meses agrupados por rangos de edad	Edad del menor en meses cumplidos.	Intervalar	-Edad en meses: 0-2 meses >2-4 meses >4-6 meses
3.Establecer el número de menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva	Lactancia Materna Exclusiva	Consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre y que dura hasta los 6 meses de edad.	Número de niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva por rangos de edad medido a través de cuestionario	Total de niños menores de 6 meses que recibe lactancia materna exclusiva	Numeral	-Total de niños con lactancia materna exclusiva.
4. Estipular el número menores de 6 meses que no recibieron lactancia materna.	Sin Lactancia Materna.	Niño o niña menor de 6 meses que no recibe lactancia materna y en su lugar se alimenta con sucedáneos de la misma u otros alimentos.	Número de niños menores de 6 meses que no recibieron lactancia materna medido a través de cuestionario	Total de niños menores de 6 meses que no recibieron lactancia materna.	Numeral	-Total de niños sin lactancia materna exclusiva

OBJETIVOS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIÓN
5. Determinar el número de menores que fueron introducidos a la alimentación temprana	Alimentación complementaria o lactancia materna predominante.	Fuente predominante de alimentación: la leche materna pero además recibe otros líquidos.	Número de niños que recibieron alimentación complementaria antes de los 6 meses medido a través de cuestionario	Total de niños que recibieron alimentación complementaria antes de los 6 meses.	Numeral	-Total de niños que recibieron alimentación complementaria temprana
6. Identificar los factores socioculturales (Procedencia, ocupación, educación, pobreza, mitos, religión) asociados a la introducción de alimentos en niños menores de 6 meses.	Factores sociales y culturales:	Características de la transmisión educativa y de tradiciones culturales, que varían de una sociedad a otra.	Los factores sociales y culturales asociados a la alimentación complementaria temprana medido a través de cuestionario.			
	a. Procedencia			Lugar de procedencia de los padres	Nominal	-Zona Rural -Zona Urbana
	b. Ocupación			Ocupación de los padres.	Nominal	-Ama de casa, -Jornalero, -Empleado público, -Otros
	c. Educación			Escolaridad promedio de los padres	Ordinal	-Primaria -Secundaria -Otros
	d. Pobreza			Ingreso promedio de los padres	Intervalar	-\$200 -\$201-400 -Más de 400
	e. Mitos			Creencias y mitos populares que dificultan la lactancia materna exclusiva.	Nominal	-Principales creencias y mitos para el abandono de la lactancia materna exclusiva -No me baja la leche -Mi mamá dice que es mejor darle otras cosas al bebe además del pecho -La religión no me lo permite -El niño no se llena solo con pecho -El niño queda con sed -Al niño no le gusta mi leche, prefiere otra cosa. -No me queda tiempo por el trabajo -Me da pena darle de mamar en público -Al planificar inmediatamente se contamina la leche
	f. Religión			Religión que profesan los padres.	Nominal	-Católica, -Evangélica y Otros.

8.8 FUENTES DE INFORMACIÓN

8.8.1 Primarias

- a) Cuestionario a las madres de los menores de 6 meses.

8.8.2 Secundarias

- a) Sistema de información en salud, estadísticas vitales (SIMMOW)
- b) Libro de atención al menor de 5 años de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.
- c) Revisión bibliográfica.

8.8 TÉCNICAS PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

- a) Revisión bibliográfica.
- b) Encuesta.

8.9 HERRAMIENTAS PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

- a) Fichas de revisión bibliográfica.
- b) Cuestionario

8.10 MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

Se realizó consentimiento informado para todas aquellas personas que participaron en el estudio: madres o personas encargadas de los sujetos a investigar. A través de este formato se dejó en claro que toda la información brindada era de estricta confidencialidad y que las respuestas que se obtuvieron únicamente tuvo fines de investigación.

8.11 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Una vez que se obtuvo la información, ésta se clasificó por el método de palotes. Se procesó para su mejor comprensión con ayuda de los programas informáticos: Microsoft Excel, Microsoft Word. Finalmente, la información se recolectó y presentó para su mejor interpretación en gráfica de barras.

V. RESULTADOS

Objetivo 1: Determinar el número de menores de 6 meses que se inscribieron en control infantil en el período de diciembre 2016 a julio 2017 y clasificarlos según rango de edad para objeto de estudio.

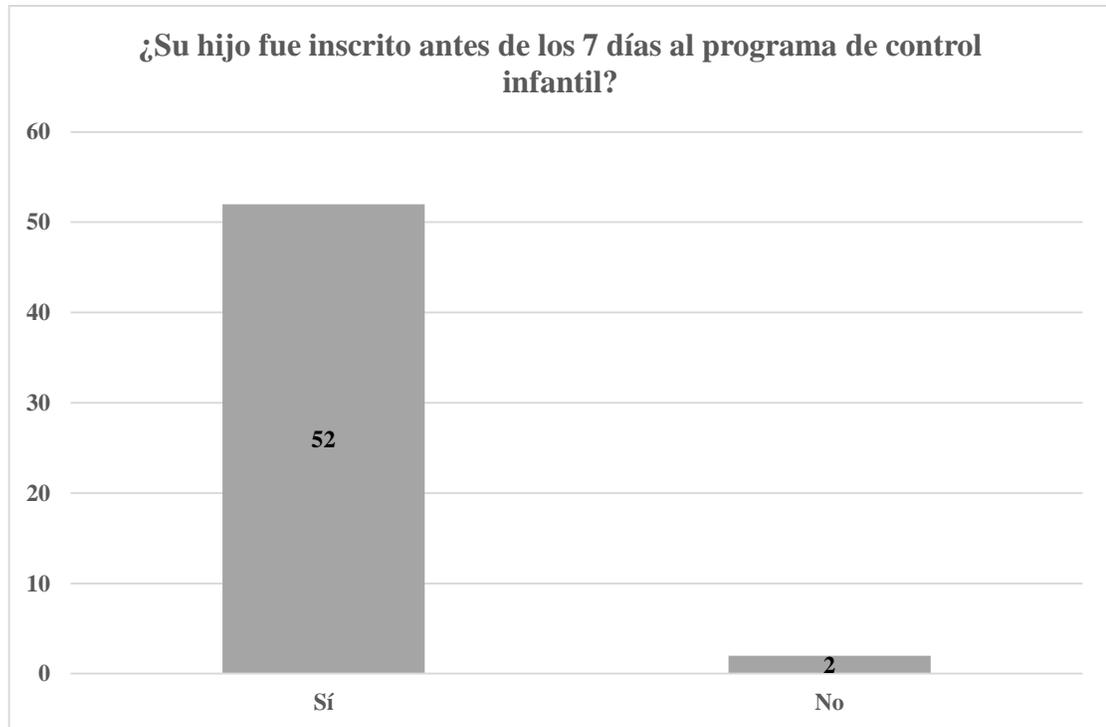
UCSF	MENORES DE 6 MESES INSCRITOS.	PORCENTAJE
Horcones	18	33%
El Zapote	17	31%
Chorro Arriba	19	35%
TOTAL	54	100%

Tabla 1: Número de menores inscritos en el programa de control infantil.

Sistema de Morbimortalidad en línea, SIMMOW: recién nacidos del período diciembre 2016-mayo 2017 de las UCSF Horcones, La Palma; El Zapote, Jucuarán y Chorro Arriba, Izalco.

Comentario: Del total de menores de 6 meses inscritos al programa de control infantil en el período de diciembre 2016-mayo 2017, es decir, el 100% (54); el 35% (19) fueron de la UCSF Chorro Arriba, Izalco; el 33% (18) fueron de la UCSF Horcones, La Palma; y finalmente el 31% (17) de la UCSF Zapote, Jucuarán.

Gráfico 1: ¿Su hijo fue inscrito antes de los 7 días al programa de control infantil?



FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: Del total de menores de 6 meses inscritos en el período de Diciembre 2016 a Mayo 2017 igual a 54 (100%); el 96% (52) fueron inscritos antes de los 7 días de acuerdo a la normativa en el programa de control infantil, mientras que 4% (2) fueron inscritos tardíamente.

Tabla 2: Edad de los menores.

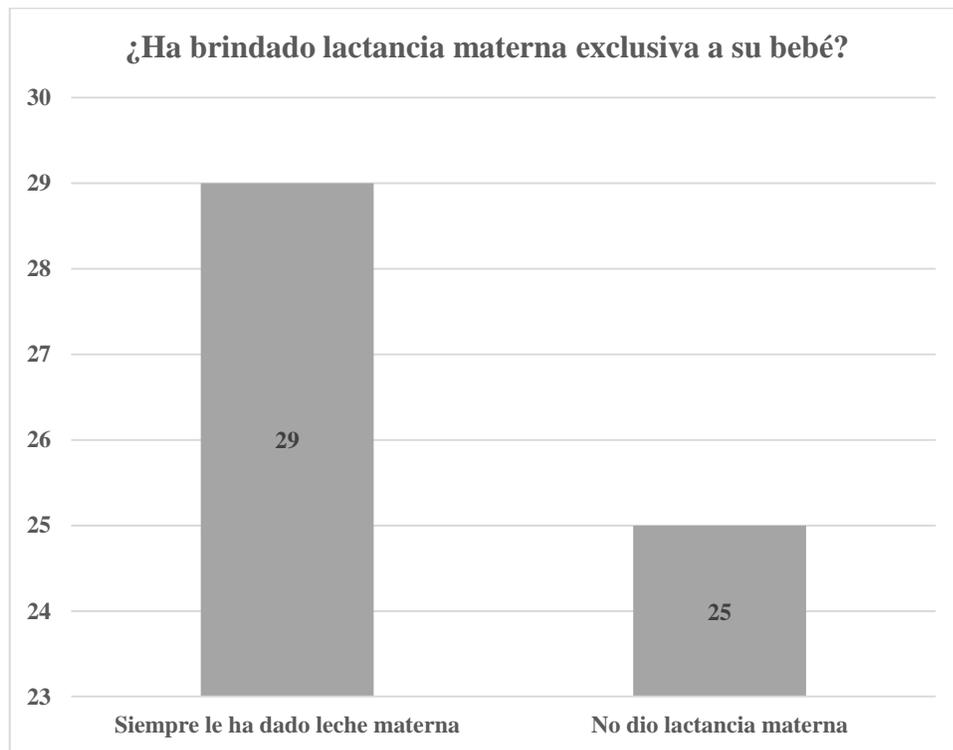
RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 29 días	1	2%
1 a 2 meses	23	43%
>2 a 4 meses	22	41%
>4 a 6 meses	8	15%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: Del total de menores participantes igual a 100% (54): el 43% (23) tenían entre 1 a 2 meses, seguido de 41% (22) entre los 3 a 4 meses; 15% (8) entre los 5 a 6 meses y finalmente el 2% (1) se encontraba en el periodo neonatal.

Objetivo 2: Establecer el número de menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva.

Gráfico 2: ¿Ha brindado lactancia materna exclusiva a su bebé?

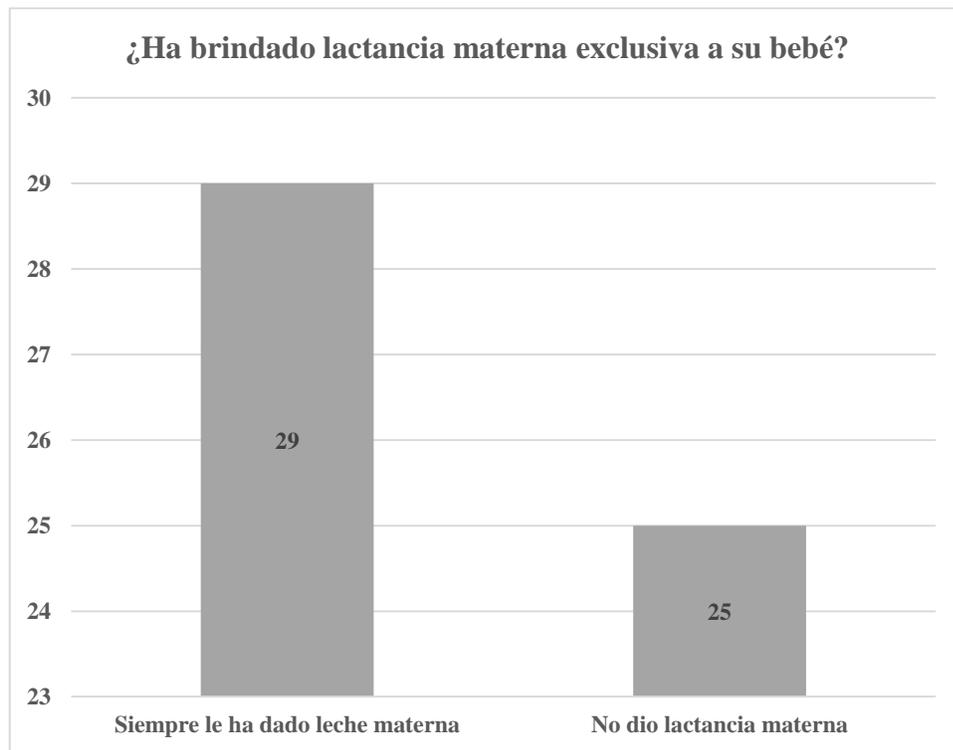


FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote
Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: La gráfica anterior muestra que, del total de madres participantes, es decir 100% (54); el 54% (29) ha brindado a su bebé lactancia materna exclusiva en el período de los primeros 6 meses.

Objetivo 4: Identificar el número menores de 6 meses que no recibieron lactancia materna.

Gráfico 3: ¿Ha brindado lactancia materna exclusiva a su bebé?

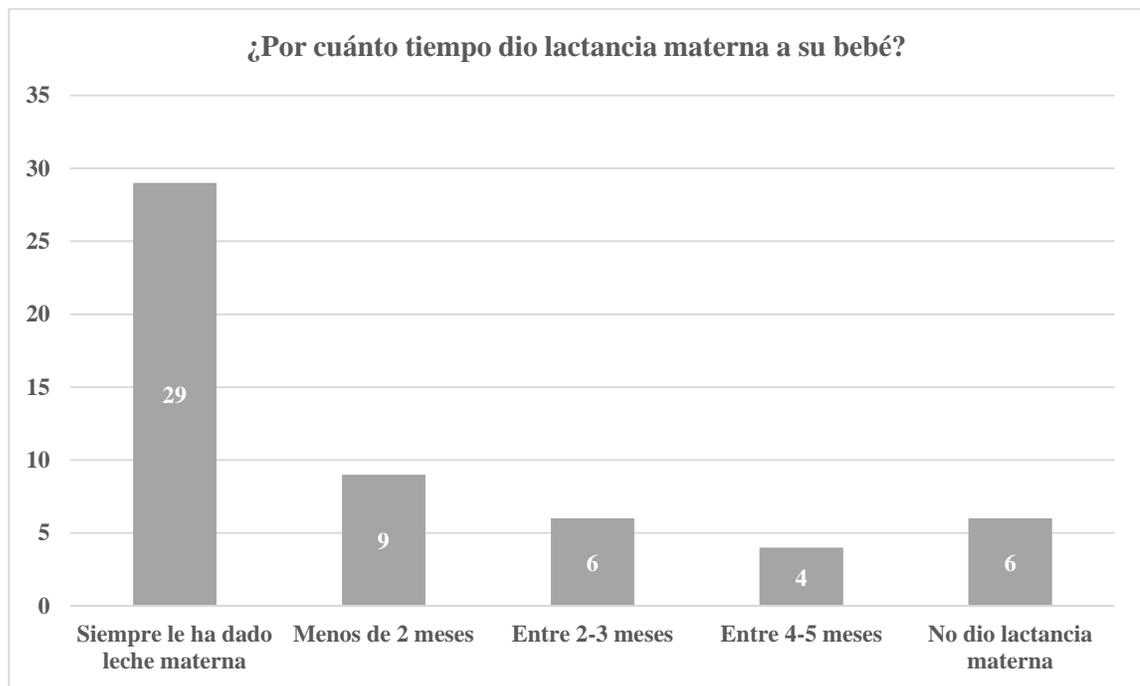


FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: La gráfica anterior muestra que, del total de madres participantes, es decir 100% (54); el 46% (25) no brindaron lactancia materna exclusiva en el período de los primeros 6 meses.

Objetivo 3: Determinar el número de menores que fueron introducidos a la alimentación temprana.

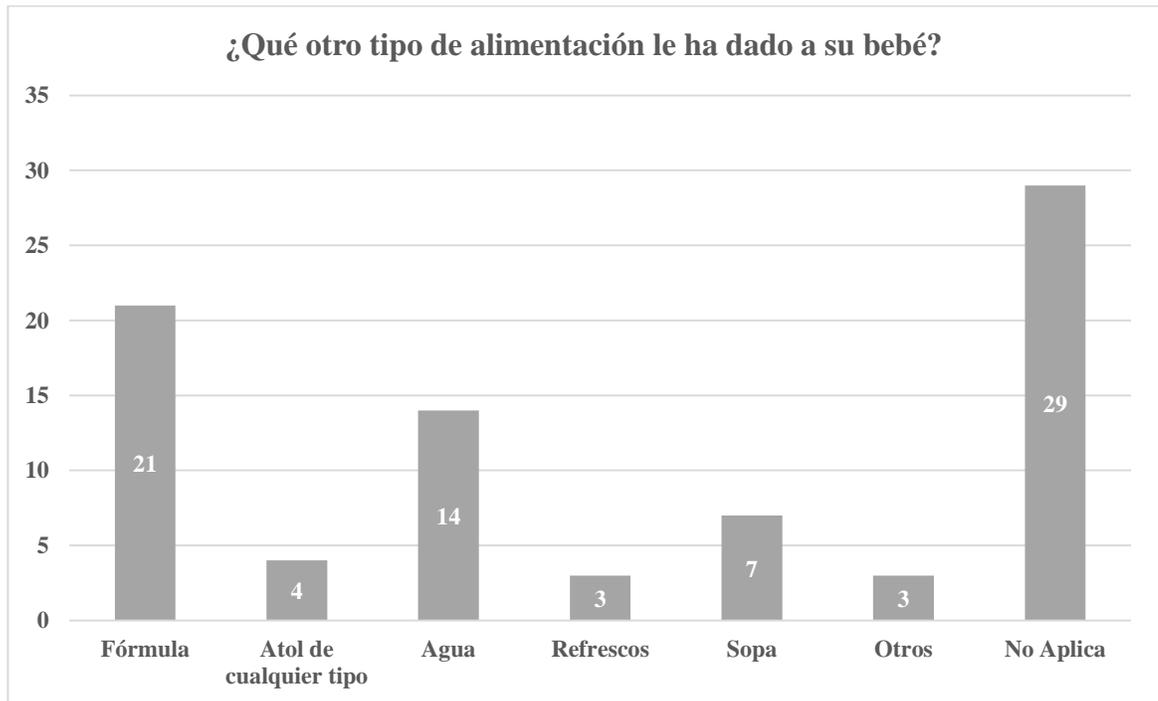
Gráfico 4: ¿Por cuánto tiempo dio lactancia materna exclusiva a su bebé?



FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: La gráfica anterior muestra que, del total de madres participantes el 54% (29) siempre dio lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. El resto, 17% (9) dio lactancia materna exclusiva en menos de 2 meses, el 11% (6) dio lactancia materna exclusiva entre 2-3 meses, 7% (4) dio lactancia materna exclusiva entre 4-5 meses, y finalmente 11% (6) no dio lactancia materna a sus bebés en ningún periodo.

Gráfico 5: ¿Qué otro tipo de alimentación le ha dado a su bebé?



FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: Del total de madres que no dio lactancia materna exclusiva a sus bebés 46% (25). El 26% (21) de las madres brindó fórmulas a sus hijos, el 17% (14) dio agua, el 9% (7) dio sopas, el 5% (4) dio atol de cualquier tipo, seguido de 4% (3) que dio refresco, 4% (3) dio otros; finalmente, el 36% (29) que no aplica significa que si dieron únicamente lactancia materna.

Objetivo 4: Identificar los factores socioculturales asociados a la introducción de alimentos en niños menores de 6 meses:

- a) Edad de la madre del menor en estudio
- b) Estado civil de la madre
- c) Procedencia de la madre
- d) Educación de la madre
- e) Ocupación de la madre
- f) Pobreza
- g) Religión
- h) Mitos

- a) Edad de la madre del menor en estudio

Tabla 3: Edad de la madre.

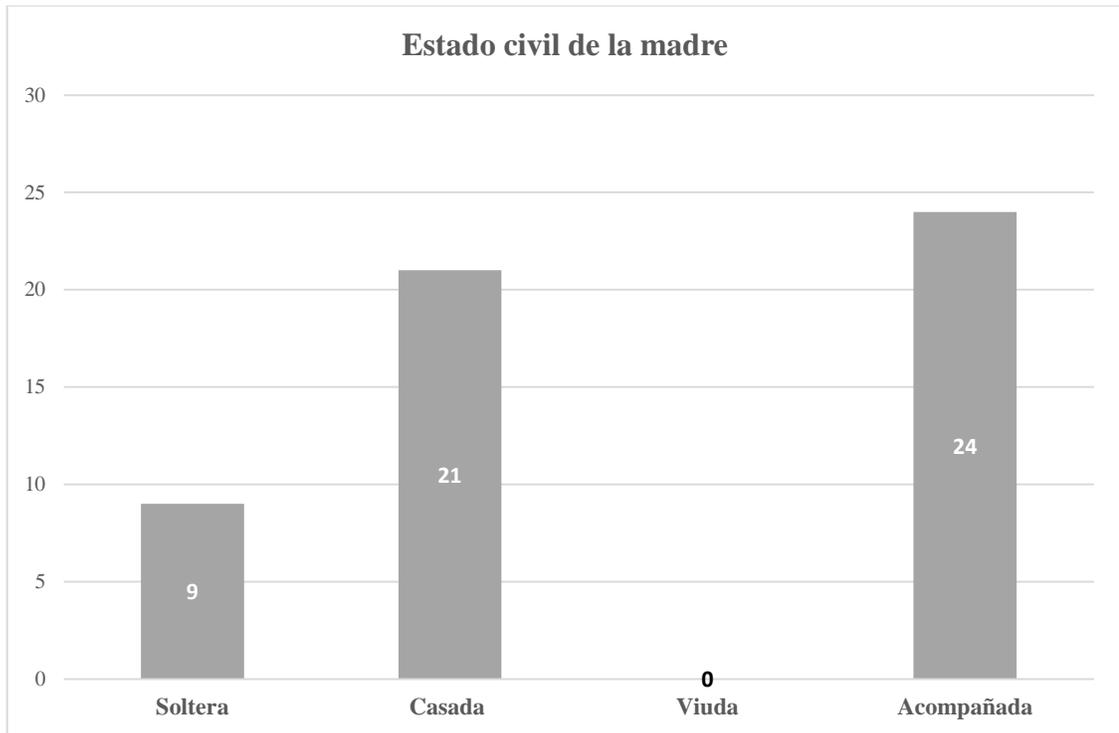
RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 a 19 años	12	22%
20 a 29 años	27	50%
30 a 39 años	15	28%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Cuestionarios sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: Del total de madres el 50% (27) se encontró entre la edad de 20 a 29 años, seguida de un 28% (15) entre la edad de 30 a 39 años y con 22% (12) de madres eran adolescentes.

b) Estado civil de la madre

Gráfico 6. Estado civil de la madre de los menores estudiados.



FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: La gráfica anterior muestra que, del total de madres, el 44% (24) estaban acompañadas, seguido de 39% (21) que estaban casadas y 17% (9) estaban solteras. No hubo ninguna madre viuda.

c) Procedencia de la madre

Tabla 4. ¿Dónde vive?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Zona Rural	54	100%
Zona Urbana	0	0%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: La gráfica anterior muestra que, el 100% (54) de las madres vivían en el área rural.

d) Educación de la madre

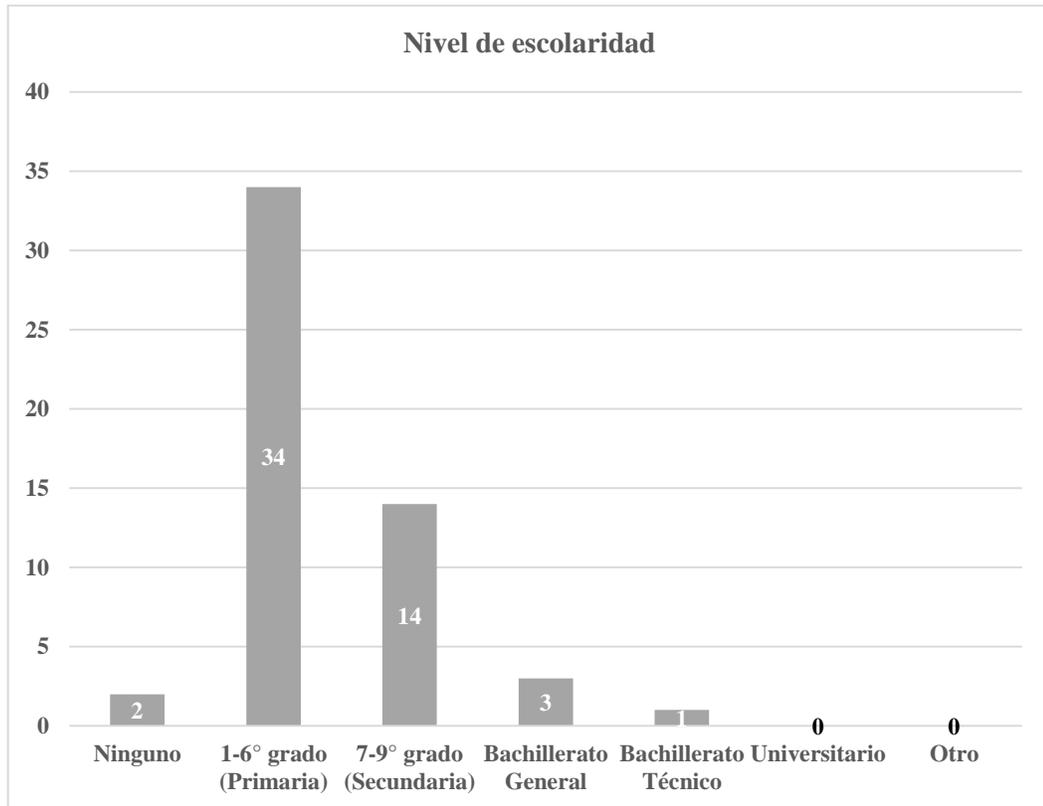
Tabla 5: ¿Sabe leer y escribir?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	52	96%
No	2	4%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: Del total de madres participantes el 96% (52) sabían leer y escribir, en contraste con el 4% (2) que no podían.

Gráfico 7: ¿Hasta qué grado realizó?

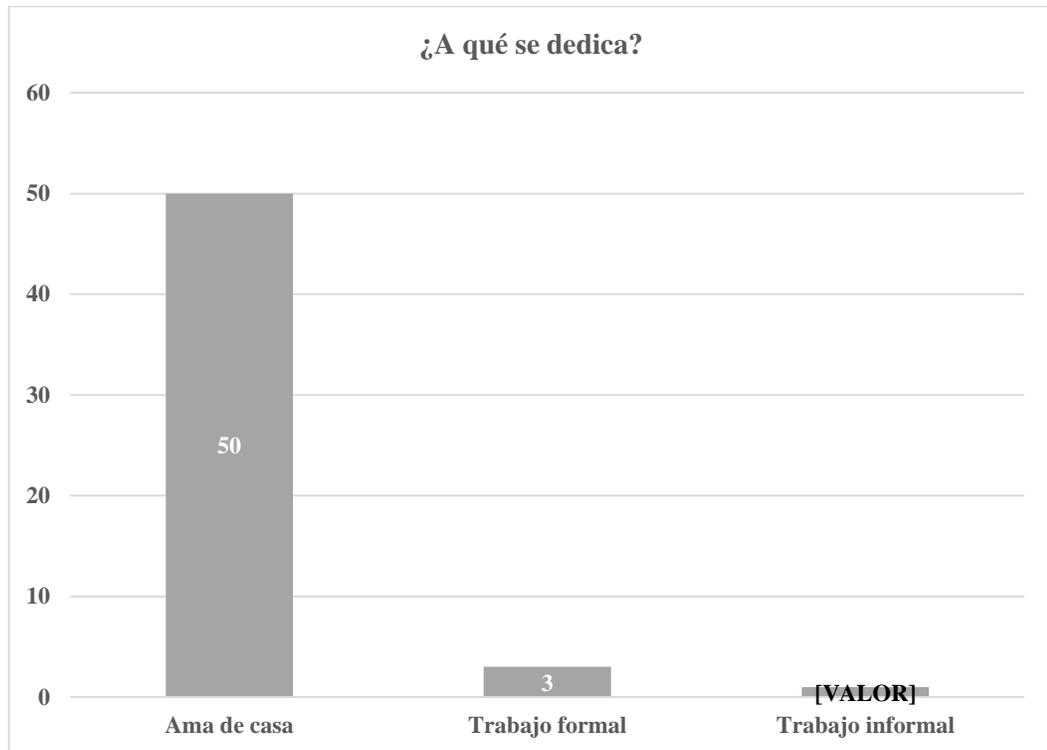


FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Comentario: Del total de madres participantes el 63% (34) realizó hasta la primaria, seguido del 26% (14) hasta secundaria, 6% (3) realizó hasta bachillerato general y sólo un 4% (2) no tenían ningún estudio.

e) Ocupación de la madre

Gráfico 8: ¿A qué se dedica?

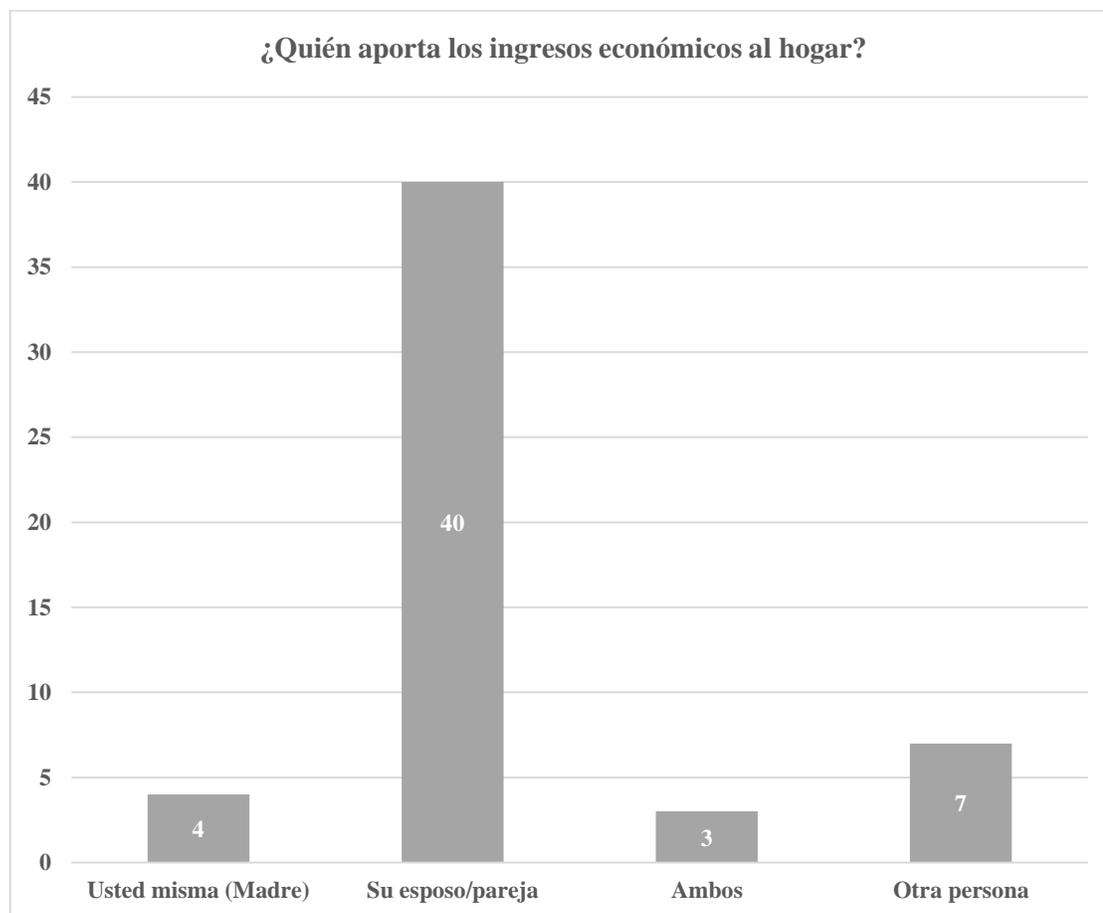


FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: Del total de madres participantes 100% (54), el 93% (50) realizó labores domésticas, 6% (3) trabajo formal entre estas, en maquilas, y 2% (1) al trabajo informal.

f) Pobreza

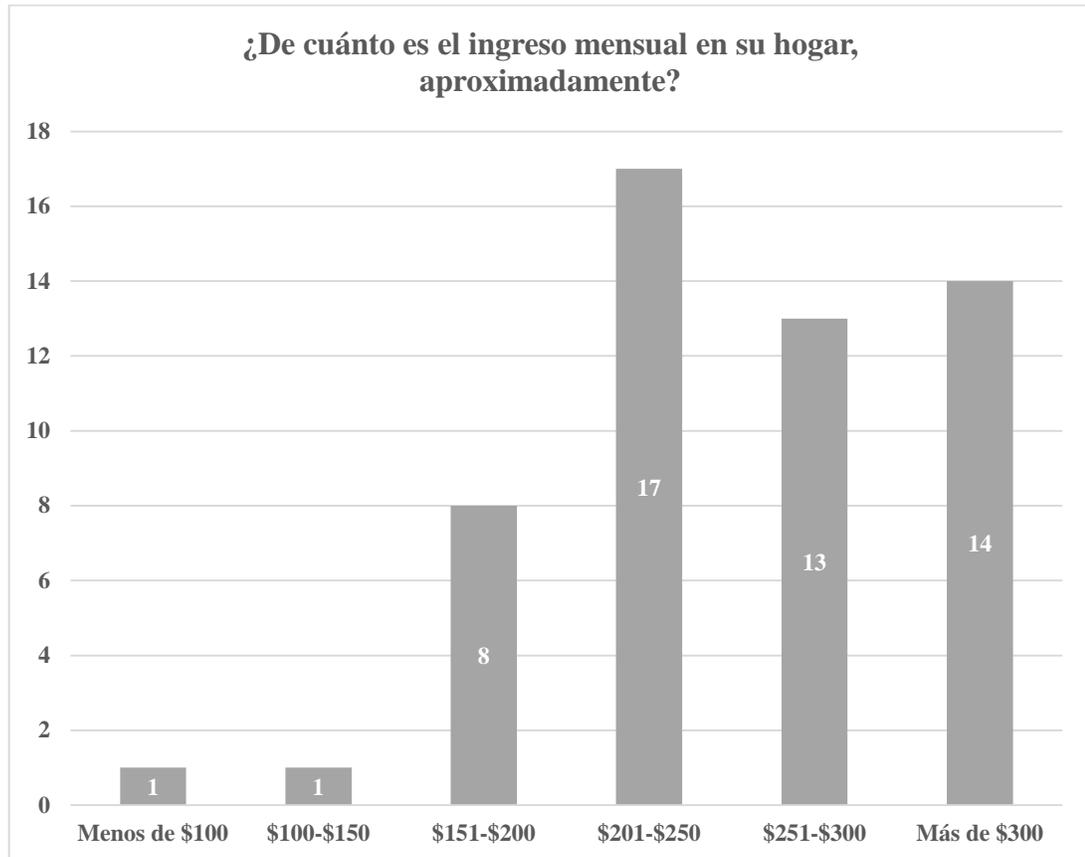
Gráfico 9: ¿Quién o quienes aporta(n) los ingresos económicos en su hogar?



FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: La gráfica anterior muestra que, el 74% (40) de ingresos provenían del esposo/pareja, mientras que 13% (7) provenían de otras personas entre estas remesas u otros familiares, 7% (4) la madre aportó los ingresos por cuenta propia y finalmente 6% (3) fue aportado por ambos padres.

Gráfico 10: ¿De cuánto es el ingreso mensual en su hogar, aproximadamente?

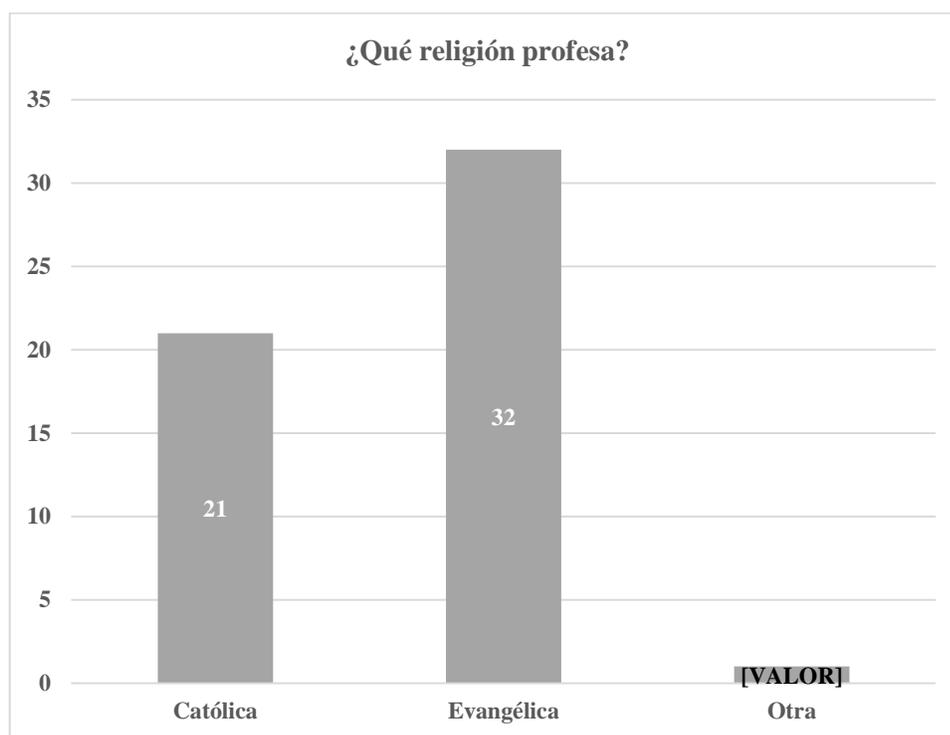


FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: La gráfica anterior muestra que, el 31% (17) obtenía ingresos mensuales al hogar entre \$201-\$250, seguido de 26% (14) que obtenían más de \$300 al mes, 24% (13) obtenía ingresos entre \$201-300, 15% (8) entre \$151-\$200 y finalmente 4% (2) obtenía ingresos entre \$100-\$150 y menos de \$100.

g) Religión

Gráfica 11: ¿Qué religión profesas?

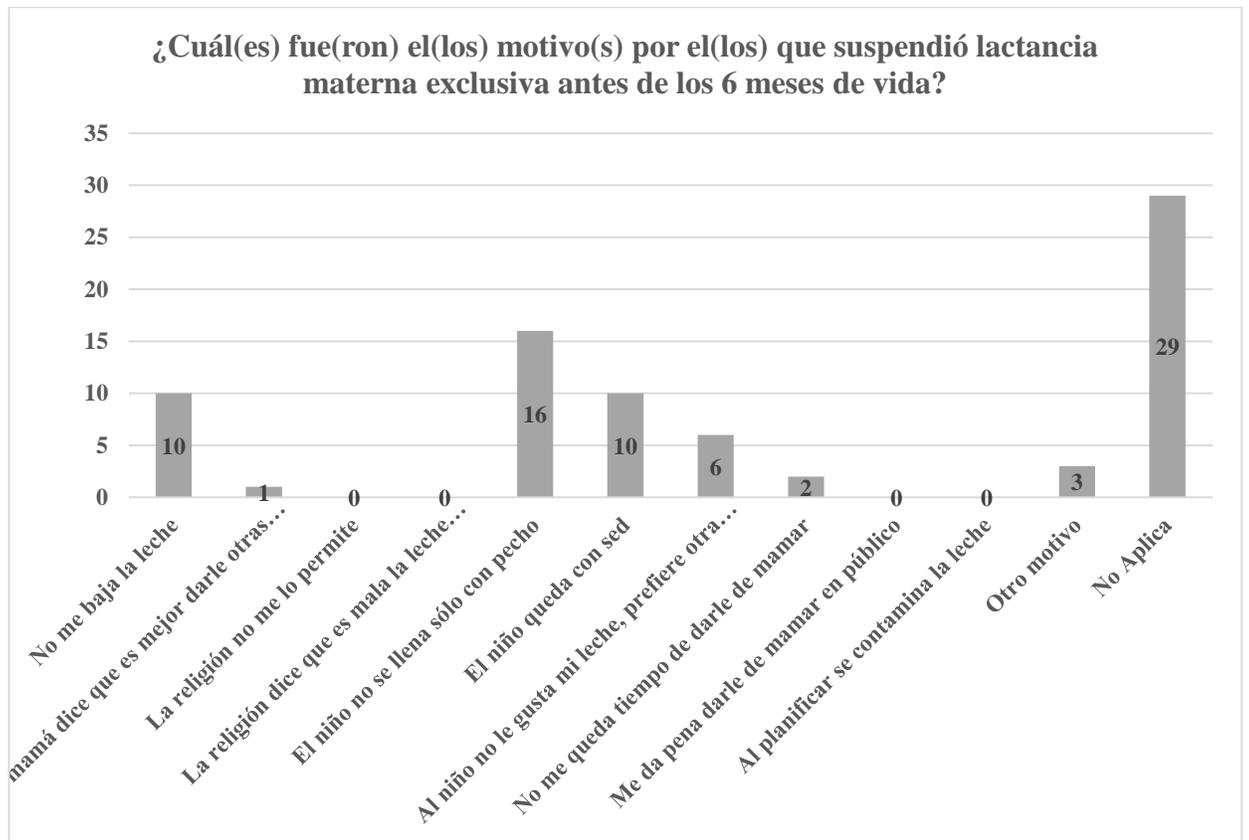


FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapo. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: Del total de madres participantes 100% (54), el 59% (32) pertenecían a la religión evangélica, seguido de 39% (21) que asistían a la religión católica y finalmente 2% (1) que profesaban otra religión (Testigo de Jehová).

h) Mitos y creencias

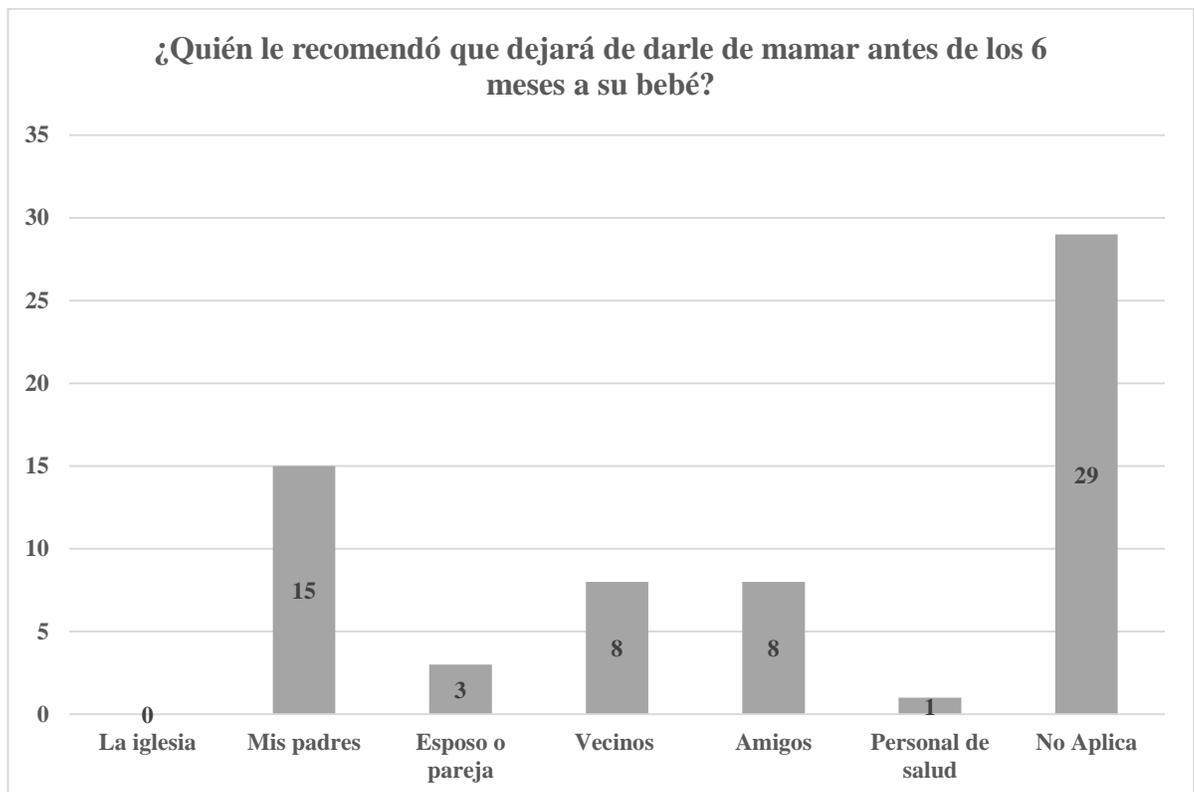
Gráfico 12: ¿Cuál(es) fue(ron) el(los) motivo(s) por el(los) que suspendió lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida?



FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote

Comentario: La gráfica anterior muestra que, el 21% (16) de madres que no brindó lactancia materna exclusiva en el periodo de 6 meses mencionaron como motivo de suspensión que “el niño no se llena sólo con pecho”, seguido de 26% (20) que mencionaron que “no les baja leche” y “el niño queda con sed”; 8% (6) “que el niño no le gusta la leche, prefiere otra cosa”, como principales motivos.

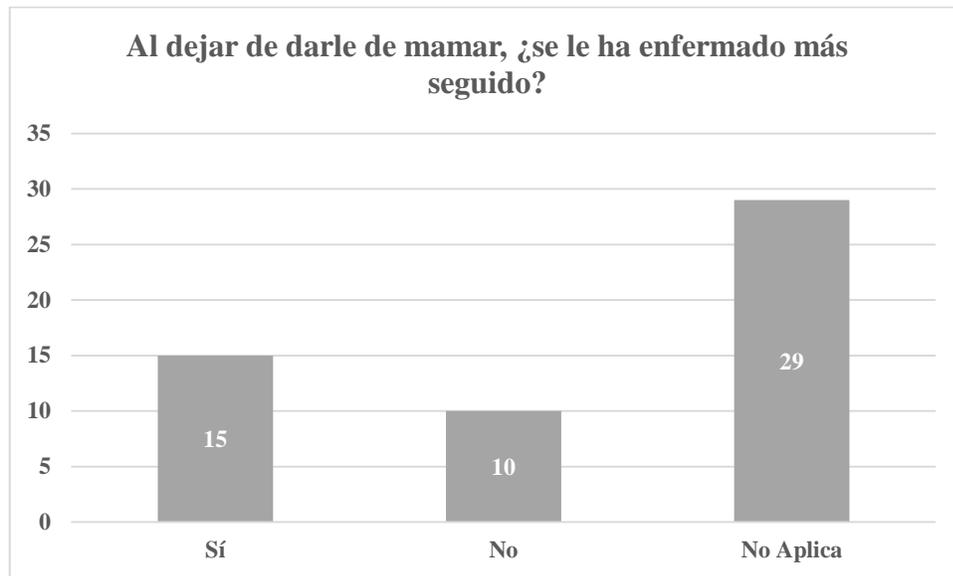
Gráfico 13: ¿Quién le recomendó que dejará de darle de mamar antes de los 6 meses a su bebé?



FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: Del total de madres que no brindaron lactancia materna exclusiva 45% (29), el 23% (15) mencionaron que quien las aconsejo a dejar de dar lactancia materna fueron sus padres, el 13% (8) fueron los vecinos y amigos, el 5% (3) fue el esposo/pareja y finalmente 2% (1) el personal de salud.

Gráfico 14: Al dejar de darle de mamar, ¿se le ha enfermado más seguido su bebé?



FUENTE: Cuestionario sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote. Diciembre 2016-mayo 2017.

Comentario: Del total de madres que no han brindado lactancia materna exclusiva 54% (29), el 27% (15) mencionaron que sí se les han enfermado más sus bebés, a diferencia del 19% (10) que mencionaron que no se les han enfermado.

VI. DISCUSIÓN.

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, retro-prospectiva y transversal con el propósito identificar los factores socioculturales asociados a la introducción de alimentación complementaria temprana. La población a estudiar la conformaron 579 menores de 5 años de edad, atendidos/as en instituciones públicas como fueron las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) de los Municipios de los Horcones, La Palma; El Zapote, Usulután y Chorro Arriba , Izalco. La muestra fue de 54 niños de ambos sexos que fueron inscritos en el control Infantil de 0 a 4 años de edad, según AIEPI durante el período de diciembre 2016-mayo 2017. La información se recabó de un cuestionario diseñado ex tempore con preguntas semi-cerradas. Se obtuvo el consentimiento informado de las madres de los menores que cumplieron con los criterios de inclusión y estuvieron de acuerdo con la investigación. Se seleccionaron los indicadores de lactancia materna a ser utilizados para el estudio como la frecuencia y duración de esta práctica en el país. Para ello se recurrió a la propuesta de la OMS y se tomaron en cuenta los indicadores que están siendo empleados en la región, de manera de asegurar la comparación regional deseada. Asimismo se incluyó en el plan de análisis el estudio de los motivos del destete según la edad en que este se produjo.

Los principales los resultados encontrados en esta investigación, demostraron que el 54% (29) menores recibieron Lactancia Materna Exclusiva (LME) contra el 46% (25) no brindaron lactancia materna exclusiva en el período de los primeros 6 meses. De los menores que no tuvieron la LME se determinó que el 26% (21) de las madres brindó fórmulas a sus hijos, el 17% (14) dio agua, el 9% (7) dio sopas, el 5% (4) dio atol de cualquier tipo, seguido de 4% (3) que dio refresco, 4% (3) dio otro tipo de alimentos. El rango de edad predominante donde se incluyó la alimentación complementaria temprana oscila en los menores de 0-2 meses de edad con un 17% (9), período de gran importancia en el crecimiento y desarrollo del niño. El resto incluyó la alimentación complementaria a los 2-3 meses en un 11% (6) y un 7%(4) de 4-5 meses.

En relación al rango de edad se observó que 50%(27) de las madres de los menores estudiados se encontraron en el rango de edad entre 20 a 29 años. Resultó que el 100% (54) de las madres estudiadas eran provenientes del área rural, el 50% (27) fueron madres primerizas; un 19% (10) tenían entre 2-3 hijos cada uno y solo un 13% (7) tienen más de 3 hijos. Fue interesante comprobar que la multiparidad tuvo un efecto positivo en la lactancia materna exclusiva de los menores en estudio, pues del total de madres multíparas 50% (27), el 37% (20) dio lactancia materna a todos sus hijos, un 11% (6) solo a algunos y sólo un 2% (1) no brindó LME a ninguno de sus hijos. Contrario a los datos de otras investigaciones, donde los datos obtenidos han demostrado que la lactancia materna exclusiva es menor entre las madres que trabajan mayor cantidad de horas; es de notar que en este estudio se evidenció que el 93% (50) eran amas de casa por lo que podían amantar a sus hijos, Sin embargo, se evidenció que el nivel de escolaridad de la madre no demostró ser un factor determinante en la introducción de alimentación temprana pues del total de las madres de los menores estudiados , el 96% (52) sabía leer y escribir, en contraste con 4% (2) que no sabían. En relación con el nivel de escolaridad, un 63% (34) realizó hasta la primaria, 26% (14) la secundaria, 6% (3) realizó bachillerato I y sólo un 4% (2) no tenía ningún estudio. Los ingresos en el hogar generalmente provenían del esposo/pareja en el 74% (40) de la muestra estudiada. Los ingresos económicos en las madres de los menores provenientes de los municipios estudiados eran bajos: 31% (17) obtenían ingresos mensuales en el hogar que entre \$201-\$250, seguido de 26% (14) que obtienen más de \$300 al mes, 24% (13) obtienen ingresos entre \$201-300, 15% (8) entre \$151-\$200 y finalmente 4% (2) obtienen ingresos entre \$100-\$150 y menos de \$100.

Pese a que el 100% (54) de las madres de los menores en estudio recibió consejería previa por parte del personal de salud sobre LME, si se comprobó que de los factores que posiblemente pudieran estar asociados a la introducción temprana de alimentación complementaria de los menores son los mitos y creencias que las madres en estudio tiene sobre la LME ya que el 21% (16) de las madres que no brindó lactancia materna exclusiva en el periodo de 6 meses mencionaron como motivo de suspensión que “el niño no se llena sólo con pecho”, un 13% (10) que “no les baja leche””; 8% (6) “que al niño no le gusta la leche, prefiere otra cosa”, un 3% (2) mencionaron que “no les queda tiempo” y solo un 1% lo hizo por la creencia de que “es mejor darle otras cosas además del pecho”.

La influencia de la introducción de alimentación complementaria temprana se relacionó de manera significativa a los padres de la madre ya que el 23% (15) de las madres de los menores mencionaron que quienes las aconsejaron de suspender la lactancia materna exclusiva fueron sus padres, el 13% (8) fueron los vecinos y amigos, el 5% (3) fue el esposo/pareja y finalmente 2% (1) el personal de salud. El factor religioso no demostró estar asociado en el abandono de la lactancia materna exclusiva aunque la religión predominante en las 3 comunidades la evangélica con un 59% (32).

Aunque es bien conocido que la lactancia materna es el recurso más valioso que permite asegurar el mejor comienzo en la vida a todos los niños y niñas. La leche materna en forma exclusiva hasta los seis meses, y complementada hasta los dos años, es el mejor alimento que puede recibir un niño. En este estudio se demostró que el un 26%(21) de las usuarias no están conscientes de este hecho al incluir otros alimentos como sustitutos de leche materna o fórmula, seguido de un 17%(14) que utilizó agua, sopas 9%(7), atoles 5% (4) y otros alimentos.

Por lo que se evidenció falta de conocimiento de las repercusiones que la alimentación complementaria tiene en la salud del menor de 6 meses. Como otros estudios lo han comprobado, la leche materna le proporciona al bebé todos los elementos nutritivos que este requiere para preservar su salud y crecer. Al aportarle también numerosas enzimas y anticuerpos que refuerzan notablemente su inmunidad, lo protege contra la diarrea y las infecciones respiratorias, dos enfermedades frecuentes y graves que pueden afectar a los más pequeños. Es interesante señalar que los beneficios de la lactancia materna no lo aprovecharon las madres de los menores, ya que del 46%(25) que no brindan LME a sus hijos, el 27% (15) asoció este hecho a repercusiones en la salud de su hijo, respecto a un 19%(10) que no lo relacionaron.

VII. CONCLUSIONES.

1. La población estudiada se compuso de 579 menores de 6 meses de edad, atendidos/as en instituciones públicas como fueron las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) de los Municipios de los Horcones, La Palma; El Zapote, Usulután y Chorro Arriba , Izalco. La muestra fue de 54 niños de ambos sexos que fueron inscritos en el control Infantil de 0 a 4 años de edad, según AIEPI durante el período de diciembre 2016-mayo 2017.
2. El total de niños inscritos al control infantil y que cumplieron los criterios de inclusión de la muestra fueron 54(100%). Todas las madres de estos menores llevaron controles prenatales y recibieron consejería sobre el tema de lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud donde consultaron.
3. No se encontró diferencias significativas entre la práctica de la LME y la introducción de alimentación temprana complementaria ya que del total de niños en estudio, 54% (29) recibieron lactancia materna exclusiva; contra el 46% (25) de los menores que son introducidos a la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad.
4. La edad promedio de las madres de los menores se encontró en el rango de edad entre los 20 a 29 años) lo que correspondió al 50% (27)
5. Del total de madres multíparas que eran el 50% (27) el 19% tenía de 2 a 3 hijos cada uno (10) Por lo que se determinó que la multiparidad no fue un factor asociado a la prioridad de introducción temprana complementaria de los menores.

6. El rango de edad del niño predominante donde las madres comenzaron a introducir otros tipos de alimentos diferentes a la leche materna fue de 0 a 2 meses con 17% (9).

7. De los factores socioculturales estudiados, los mitos y creencias representaron la principal causa asociada a la introducción a la alimentación temprana y de manera predominante la creencia de que “*El niño no se llena sólo con pecho*” con un 21% (16 usuarias), “*No me baja leche*”, “*El niño se queda con sed*” ambos con un 13%(10), la influencia familiar en un 23% (15). Estas razones podrían tener sus raíces en la información insuficiente y en la falta de confianza en LME.

8. El 100% (54) de las madres de los menores estudiados provenían del área rural, el 93% (50 madres) eran amas de casa el 59% (32) profesaban una religión, en su mayoría las evangélica y la católica con el 39% (21) para ambas. Los datos anteriores demostraron no estar relacionados a que la madre de los menores brindara o no la lactancia materna exclusiva.

9. El efecto protector de la lactancia contra las enfermedades se pudo evidenciar al comprobar que del 46%(25) que no brindan LME a sus hijos, el 27% (15) asoció este hecho a repercusiones en la salud de su hijo, respecto a un 19%(10) que no lo relacionaron

VIII. RECOMENDACIONES.

Al Ministerio de Salud de El Salvador:

1. Continuar los esfuerzos para lograr una cobertura total de lactancia materna en menores de 6 meses y ayudar a la prevención de la morbilidad infantil como parte del cumplimiento de los Objetivos del Milenio.
2. Verificar el cumplimiento en todos los niveles de atención de la promoción de la Lactancia Materna Exclusiva.
3. Que todos los servicios prestadores de salud estén en sintonía con la política de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.
4. Capacitar al personal de salud en tema de lactancia materna exclusiva.

A la Universidad de El Salvador:

1. Establecer dentro de las actividades académicas la promoción de la lactancia materna exclusiva.
2. En la facultad de medicina, colocar material promocional sobre lactancia materna exclusiva.
3. Incluir dentro de la carta didáctica de la asignatura de Atención Comunitaria en Salud la implementación de la promoción de la lactancia materna exclusiva dentro de las prácticas en la comunidad.

A las Unidades Comunitarias de Salud Familiar:

✓ A los médicos directores, consultantes y coordinadores de UCSFB Básicas:

1. Continuar realizando actividades educativas y de promoción de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, enfatizando los únicos casos especiales dónde no sea posible brindarla.
2. Educar no solo a la paciente embarazada y puérpera sino de manera integral a los familiares y cuidadores de las mismas durante la consulta y visita domiciliar sobre los beneficios que ofrece la LME, evitando así, la introducción de otros tipos de alimentos antes de los 6 meses de edad.
3. Reforzar los comportamientos en usuarias asistentes a controles prenatales sobre LME, explicando sus beneficios y los efectos negativos de la suspensión de la misma, en los menores de 6 meses para lograr que el 100% de usuarias prefieran la LME por sobre otros tipos de alimentación cuando no exista contraindicación.
4. Aprovechar el nivel educativo de la madre para incluir material educativo sobre lactancia materna dentro de las consejerías a usuarias en las atenciones de mujeres en edad fértil, preconcepcionales, prenatales y puerperales.

✓ Al personal de enfermería:

1. Apoyar la lactancia materna exclusiva implementando sesiones educativas con usuarias de atenciones preconcepcional, prenatal y puerperal.
2. Demostrar a la madre la forma correcta para tener un buen agarre dentro de la consejería post- control prenatal.

✓ A los promotores de salud:

1. Brindar charlas educativas a nivel comunitario socializando la lactancia materna como estrategia para la prevención de enfermedades, método económico y seguro de la alimentación del menor de 6 meses.
2. Aconsejar a usuarias en edad fértil, embarazadas y puérperas así como a sus familiares sobre la lactancia materna como única alimentación en el lactante durante los primeros 6 meses durante la visita comunitaria.

✓ A las madres de la comunidad:

1. Participar en actividades relacionadas a la prevención de embarazo precoz y en pro de la educación en la niñez y adolescencia.
2. Acatar recomendaciones brindadas por personal de salud sobre LME y alimentación temprana en casos donde ésta no sea posible.
3. No brindar sucedáneo de leche materna sin previa consulta por médico quien debe indicar el tipo y cantidad de alimentación en casos donde dicho sucedáneo se requiera.

IX. BIBLIOGRAFÍA.

1. Green M. Palfrey: Bright Futures; Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. 2º edition, Virginia, 2002.
2. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson. Tratado de Pediatría, 18.ª edición. Barcelona: Elsevier, 2008.
3. Almeida JAG. La leche humana: un híbrido biológico social. En: Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 69-74.
4. Calvo Quiroz. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev. Enfermería actual en Costa Rica. En línea. Octubre 2008-marzo 2009.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745766>
5. Manal Dashti , Jane A. Scott , Christine A. Edwards y . PMC Biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos. Predictores de la duración de la lactancia materna en mujeres de Kuwait: resultado de un estudio prospectivo de cohortes. E..E U.U.Publicado en línea 20-feb-2014.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942729/>
6. Salomé Valenzuela Galleguillos, Estefany Vásquez Pinto, Pablo Gálvez Ortega. Factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: revisión temática y contexto en Chile. Rev. int salud materno fetal – yo. Obstetra. Chile, 2016
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf?sequence=1>

7. OMS/OPS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, D.C, Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud, 2010.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/
8. OMS/UNICEF/USAID. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/es/
9. OPS/OMS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2002.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/a85622/es/
10. Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras C Shellhorn, V Valdés. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995.
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>
11. **Soler Balda MC, San Segundo Nieto C.** Indicaciones y prescripciones fórmulas especiales. Bol Pediatr 2006; 46: 200-5.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-124920120002000

X. ANEXOS.

ANEXO 1

N° _____



Universidad de El Salvador

Facultad de Medicina

Escuela de Medicina

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento se solicita su participación voluntaria en la realización por escrito del llenado de un cuestionario sobre lactancia materna como parte de un ejercicio investigativo, que tiene como objetivo conocer cuáles son los factores socioculturales asociados a la alimentación temprana en menores de 6 meses en las UCSF Horcones, Zapote y Chorro Arriba en el periodo de Diciembre 2016 - Julio 2017.

La información obtenida a partir de sus respuestas en la prueba tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que los nombres, y edades no se harán público por ningún medio.

En consideración de lo anterior, se agradece su participación voluntaria en la realización de la prueba (**Si desea participar, por favor marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado**).

(Yo) _____,
de _____ de edad. Responsable del menor _____
de _____ de edad, expreso de forma voluntaria y conscientemente mi deseo participar en la realización del llenado del cuestionario sobre lactancia materna en la fecha y el lugar previstos por el autor de la prueba.

En constancia firma,



Universidad de El Salvador

Facultad de Medicina

Escuela de Medicina

CUESTIONARIO:

FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA INTRODUCCION DE ALIMENTACIÓN TEMPRANA EN MENORES DE 6 MESES EN UCSF: HORCONES, LA PALMA; EL ZAPOTE, USULUTAN; Y CHORRO ARRIBA, IZALCO; DE DICIEMBRE 2016 A JULIO 2017

Indicaciones: Se detalla una serie de preguntas con sus respectivas respuestas en opción múltiple, escoja y subraye la que usted considere más conveniente.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad de la madre
 - 10 a 19 años.
 - 20 a 29 años.
 - 30 a 39 años.

2. Edad del hijo:
 - 0 a 29 días
 - 1 a 2 meses
 - Mayor de 2 meses a 4 meses.
 - Mayor de 4 meses a 6 meses.

3. ¿Cuál es su estado civil?
 - Soltera.
 - Casada.
 - Viuda.
 - Acompañada.

4. ¿Cuántos hijos tiene? Si la respuesta es 1 pase a la pregunta 4, caso contrario siga con la siguiente pregunta.

- 1.
- 2.
- 3.
- Más de 3.

5. ¿A todos sus hijos les dio solo lactancia materna durante los primeros 6 meses?

- Sí, a todos.
- No, solo a algunos nada más.
- No, a ninguno.

II. PROCEDENCIA

6. ¿Dónde vive?

- Zona Urbana.
- Zona Rural.

III. EDUCACION

7. ¿Sabe leer y escribir?

- Sí.
- No.

8. ¿Hasta qué grado realizo?

- Ninguno.
- 1-6° grado (Primaria).
- 7-9° grado (Secundaria).
- Bachillerato General.
- Bachillerato Técnico.
- Universitario.
- Otro. Especifique: _____

IV. OCUPACIÓN

9. ¿A qué se dedica?

- Ama de casa.
- Trabajo formal.
- Trabajo informal.

V. POBREZA

10. ¿Quién o quienes aporta(n) los ingresos económicos en su hogar?

- Usted misma.
- Su esposo/pareja.
- Ambos.
- Otra persona. Especifique: _____

11. ¿De cuánto es el ingreso mensual a su hogar aproximadamente?

- Menos de \$100.
- \$100-150.
- \$151-200.
- \$201-250.
- \$251-300.
- Más de \$300.

VI. RELIGIÓN

12. ¿Qué tipo de religión profesa?

- Católica.
- Evangélica.
- Ninguna.

VII. ANTECEDENTES PRENATALES

13. ¿Llevó controles prenatales durante su embarazo? Si la respuesta a esta pregunta es sí, conteste la pregunta 12

- Sí.
- No.

14. ¿En los controles prenatales, el médico, la enfermera o el promotor de salud le hablo sobre la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida?

- Sí.
- No.

VIII. CONTROLES INFANTILES

15. ¿Su hijo fue inscrito antes de los 7 días al programa de control infantil? Sí su respuesta fue “Sí” pase a la pregunta 15, caso contrario conteste la pregunta siguiente.

- Sí.
- No.

16. ¿Cuál fue el motivo por el que fue inscrito tardíamente?

- Estuvo hospitalizado por varios días.
- No sabía porque no me explicaron.
- No tuve tiempo de llevarlo.
- Mi familia no quería que lo llevara
- Otro. Especifique: _____

17. ¿En los controles infantiles, el médico, la enfermera o el promotor de salud le hablo sobre la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida?

- Sí.
- No.

18. ¿Ha llevado a su hijo a todas las citas de controles infantiles?

- Sí.
- No.

IX. MITOS RELIGIOSOS, SOCIALES, CULTURALES.

19. Actualmente, ¿durante cuánto tiempo le ha dado solo lactancia materna a su bebé?. Si usted seleccionó la opción 2, 3, 4 o 5; conteste las siguientes preguntas.

- Siempre le ha dado leche materna.
- Menos de 2 meses
- Entre 2-4 meses
- Entre 4-6 meses
- No dio lactancia materna

20. ¿Cuál(es) fue(ron) el(los) motivo(s) por el(los) que suspendió lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida?. Puede escoger más de una opción.

- No me baja la leche
- Mi mamá dice que es mejor darle otras cosas al bebe además del pecho
- La religión no me lo permite
- La religión dice que es mala la leche materna
- El niño no se llena solo con pecho
- El niño queda con sed
- Al niño no le gusta mi leche, prefiere otra cosa.
- No me queda tiempo de darle de mamar por el trabajo
- Me da pena darle de mamar en público
- Al planificar inmediatamente se contamina la leche
- Otro _____ motivo.

Especifique:

21. ¿Qué otro tipo de alimentación le ha dado a su bebé?

- Fórmulas
- Atol de cualquier tipo
- Agua
- Refrescos
- Sopa
- Otros. Especifique: _____

22. ¿Quién le recomendó que dejará de darle de mamar antes de los 6 meses a su bebé?

- La iglesia
- Mis padres
- Esposo o pareja
- Vecinos
- Amigos
- Personal de salud.

23. Al dejar de darle de mamar a su bebe, ¿se le ha enfermado más seguido?

- Si
- No

ANEXO 3

Se realizó revisión de trabajos de investigación previos que abordaran el tema de lactancia materna a nivel nacional encontrándose 4 trabajos que se detallan a continuación:

Trabajo 1: Conocimientos y prácticas que influyen en la lactancia materna exclusiva de madres del cantón el morro, sector el sauce municipio de Santiago Texacuangos de mayo a junio 2007. El cual concluyó: En cuanto a la práctica de lactancia materna exclusiva, la mayoría no la realizan debido a la falta de conocimientos sobre la lactancia materna recibida por parte de personal de salud; además el factor ocupacional no permite dicha práctica debido a largas jornadas laborales que realizan las madres.

Trabajo 2: las causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en los niños y niñas menores de 6 meses de edad del municipio de Acajutla durante marzo-mayo de 2011. el cual concluyó: que el municipio de Acajutla no recibe lactancia materna exclusiva en más de un 60% por los siguientes factores

Económico: Debido a la mayoría de familias extensas, los miembros se ven obligados a buscar diferentes formas de empleo lo que limita la permanencia en el hogar.

Familiar: en contraparte, la transmisión de generación en generación de costumbres y creencias que obligan a la madre a realizar prácticas inadecuadas de lactancia materna exclusiva.

Trabajo 3: factores biológicos, socioculturales y epidemiológicos asociados a la lactancia materna exclusiva en nacidos a término menores de 6 meses en el municipio de Meanguera, Morazán en el periodo de mayo a junio 2011. El cual concluyo:

- Que a mayor nivel educativo de la madre la lactancia materna exclusiva disminuye.
- A menos edad y paridad las mujeres optan por una lactancia materna exclusiva.

Trabajo 4: factores por los cuales no se practica la lactancia materna exclusiva en los usuarios de 0 a 6 meses de la unidad de salud Perulapia, julio-agosto 2011. El cual concluyó: que como factores determinantes en la práctica de la lactancia materna exclusiva se encuentran las creencias (“no les baja la leche”, “está muy delgadito”, etc....) y el ámbito laboral (laboran más de 8h diarias sin permiso para amamantar a sus hijos).

En ninguna de las comunidades en estudio se han realizado trabajos de investigación relacionados a las prácticas de alimentación en lactantes de 0-6 meses.

ANEXO 4

GEOGRAFÍA Y ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.

Cantón Chorro Arriba: En el occidente de El Salvador, se encuentra el Cantón Chorro Arriba del municipio de Izalco, en el departamento de Sonsonate, el cual a su vez está dividido geográficamente en diez caseríos: El Centro, Los Mezquita, Los Peralta, El Chorizo, Los Mendoza, Los linares, Los Sánchez, Los Hernández, los Zapes y Los Cuellar. Su población total es de 2,863 habitantes constituido por 710 familias, con una población predominantemente joven, que oscila en el rango de edades de 15 a 19 años. Dicha comunidad cuenta con tradiciones religiosas y creencias populares que provienen desde hace centurias en el municipio de Izalco. Actualmente de la población originalmente indígena no se ha caracterizado de esta manera debido a los diferentes cambios poblacionales ya que los pueblos indígenas en El Salvador enfrentan una situación de supervivencia extremadamente compleja. Pese a ello, conservan sus normas y valores culturales, aunque no sea evidente para el resto de la sociedad. La religión actual predominante en la zona es la cristiana evangélica, cuenta con variadas iglesias y denominaciones pertenecientes a la misma. Su principal fuente de ingresos se ve influenciada por la agricultura. Actualmente 328 familias cuentan con los servicios básicos de agua y energía eléctrica, el resto la obtiene a través de conexiones con vecinos o uso de kerosene. Por lo general, cocinan con leña aunque cuentan con cocina de uso de gas propano. Existen alrededor de 713 viviendas entre las cuales hay diversidad: mixtas, madera, ladrillo, etc., donde en su mayoría no hay piso. En la actualidad no hay registros de estudios en la zona, y ésta se encuentra dentro de las zonas de alta peligrosidad en el país. La comunidad cuenta con el Equipo Comunitario de Salud familiar desde el año 2011 debido a la necesidad de acceso a la salud de la zona, lo cual ha sido tomado a bien por los habitantes quienes han sido beneficiados y muchos han mejorado sus estilos de vida. Sin embargo, las personas debido a creencias populares continúan siendo influenciadas por estilos de vida pasados de generación en generación como en el caso de la alimentación complementaria temprana, los padres

optan por administrar alimentos y usar ciertas etnoprácticas como parte de la herencia de sus antepasados.

La Palma: Es un municipio del Departamento de Chalatenango, con una superficie de 131 km² posee una población aproximada de 24,000 habitantes; se encuentra a 85 kilómetros de San Salvador, posee un clima fresco y mucha vegetación, por estar ubicado entre montañas. La Palma está limitada al norte por Citalá y San Ignacio, al noreste por la República de Honduras, al este por San Fernando, al sureste por La Reina y al sur por Agua Caliente.

El municipio de La Palma en la zona urbana cuenta con diez barrios. En el área rural se cuenta con siete cantones y setenta y tres caseríos, entre ellos:

- Cantón Horcones: El Centro, El Roble, El Rancho Quemado, Caleras, Ceibita, Sapuapa, El Guarda, Terrero, El Guayabito, El Panal, Mesitas, La Paterna, El Chupadero, Lajitas y Chagüites
- Cantón El Gramal: El Refugio, Monte de la Virgen, Caballero, San Antonio El Gramal, El Zarzal, El Chucho, Montañita, Vega del Nance, La Brea, Cumbres del Gramal y El Centro.

Dentro de estos; el Cantón El Gramal cuenta con una población aproximada de 3026 habitantes, constituida por 820 viviendas, se cuenta con población predominantemente adolescente. La religión predominante es el catolicismo, aunque existe una cierta parte de la población cristiana evangélica. La principal fuente de ingresos la obtienen a través de la agricultura, donde se cosechan variedad de hortalizas y café principalmente. Cuentan con 8 sistemas públicos de abastecimiento de agua, así como la gran parte cuenta con servicios básicos de energía eléctrica. La mayor parte de las familias cocinan con leña, muy poca población utiliza gas propano. Actualmente no hay registros de estudios en la zona, en el año 2011 se inauguró el ECOSF Horcones como parte de establecer un mayor acercamiento a las familias en el área rural y atender sus necesidades de forma oportuna, en un ambiente cercano y accesible, la zona tiene bajos

índices de violencia, se encuentra muy arraigado en la comunidad ciertos paradigmas mágico religiosos que aumentan la morbimortalidad infantil.

El Zapote: la población es de origen precolombino ulúa, y para el año 1550 era habitado por unas 300 personas. Sufrió una embestida de piratas en 1682, que obligo a los moradores a huir del pueblo. A su retorno establecieron un nuevo asentamiento, aparte del origina. De acuerdo a Pedro Cortez y Larraz, para 1770 pertenecía al curato de Ereaguayquin. Ingreso al partido de San Alejo en 1786 y para el 12 de Junio de 1824 al departamento de San Miguel. Años después fue extinguido como municipio y paso hacer un cantón, pero su estatus fue restablecido y pasó a formar parte del departamento de Usulután. Por decreto Legislativo de 16 de septiembre de 1936, Jucuarán tuvo el título de Villa y el de ciudad en 1997. El municipio tiene un área de 239,69 km y la cabecera una altitud de 870mm. Las fiestas patronales se celebran del 16 a 26 de Julio en honor a Santa Ana. Las fiestas de romerías son del 24 al 2 de febrero en honor a la Santísima Virgen de Candelaria. El Topónimo ulúa shulucan significa: “Cerro de las hormigas guerreadoras”. A través del tiempo, has sido conocido como Xocoara (1549), Xocorán (1577) Jucuarán (1740- 1770 y 1807). Dentro de su circunscripción se encuentra la playa El Espino, una de las más visitadas del país. Jucuarán está limitado al norte por los municipios de san miguel y el tránsito (ambos del departamento de San Miguel); al este, por el municipio de Chirilagua (departamento de San Miguel) al sur por el océano pacifico y al oeste por los municipios de Usulután, concepción Batres y el Transito (este último del departamento de San Miguel). En su zona Urbana se divide en los barrios El Calvario y la Parroquia; en su zona rural posee los cantones El Zapote, El llano, El jícaro, Samuria, El Jutal, El progreso y La Cruz. En la actualidad Jucuarán se encuentra en pleno desarrollo. La población total estimada para este año 2017 es de 1,713 personas, de los cuales el sexo que más predomina es el femenino con 868 personas y del sexo masculino es de 845. El rango de edad más preponderal es de los 15 a 29 años de edad. Y el grado de escolaridad es sexto grado. El tipo de religión de dicha comunidad es evangélico. En El Zapote, no se ha realizado ningún tipo de investigación de esta índole; razón por el cual es una buena oportunidad para emprender dicho tema ya que es un

contenido novedoso en el área, atractivo, que nos inspira analizar el problema que se vive con mayor frecuencia en la población.

MAPA DE SONSONATE: IZALCO. UCSFB CHORRO ARRIBA



MAPA DE CHALATENANGO: LA PALMA. UCSFB HORCONES



MAPA DE USULUTAN: JUCUARAN. UCSFB EL ZAPOTE



ANEXO 5

TABLA SOBRE FÓRMULA DE LACTANCIA.

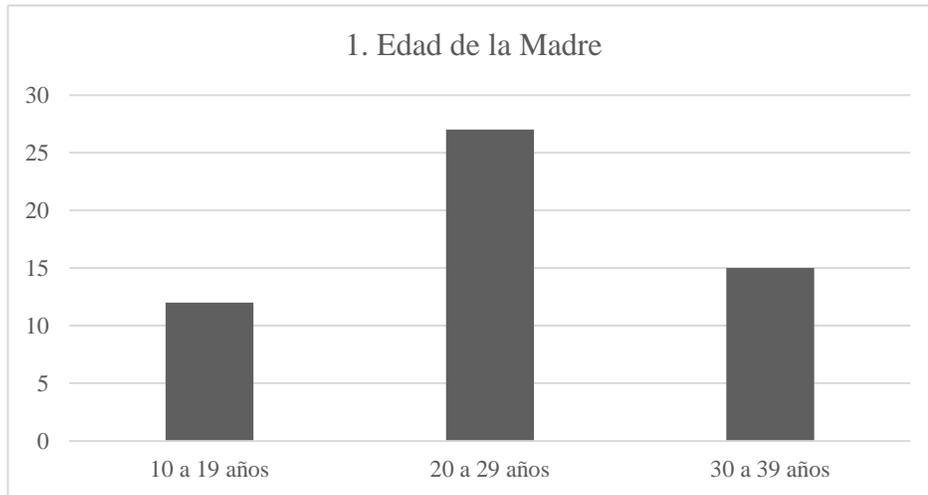
Similac Advance	526	68	55.5	7.1	10.9	1.4	28.9	3.7	16	71	450 g	13% 1 medida 9.5g 1 " en 60cc 42.3% HC 8.3% Prot. 49.4% Líp.	Fórmula para la alim. del lactante desde su nacimiento	Proteína = caseína Lípidos = mix grasas veg H. de C = lactosa, sacarosa, maltodextrina Sin gluten
Nan s/lactosa	503	67	56.8	7.5	12.6	1.7	25	3.3	23	80	400 g	13% 1 medida 4.5g 1 " en 30cc	Intolerancia a la lactosa. Realimentación luego de diarrea o gastroenterocolitis. Diarreas crónicas	Proteína = caseína Lípidos = mix grasas veg H. de C = solo maltodextrina
LECHE	CAL		H.DE C.		PROT.		GRASAS		NA	K	PRES	DILUCIÓN	INDICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
	100g	100ml	100g	100ml	100g	100ml	100g	100ml	100 ml	100 ml	Latas			
Isomil	517	68	52.5	6.9	13.7	1.80	28.1	3.69	32	76	400 g	13% 1 medida 9.5g 1 " en 60cc	Lactantes con intolerancia a la lactosa de 0 a 6 meses y mayores	Fórmula en base a proteína de soja, exento de lactosa y leche, con sacarosa.
Similac Advance	526	68	55.5	7.1	10.9	1.4	28.9	3.7	16	71	450 g	13% 1 medida 9.5g 1 " en 60cc 42.3% HC 8.3% Prot. 49.4% Líp.	Fórmula para la alim. del lactante desde su nacimiento	Proteína = caseína Lípidos = mix grasas veg H. de C = lactosa, sacarosa, maltodextrina Sin gluten
Nan s/lactosa	503	67	56.8	7.5	12.6	1.7	25	3.3	23	80	400 g	13% 1 medida 4.5g 1 " en 30cc	Intolerancia a la lactosa. Realimentación luego de diarrea o gastroenterocolitis. Diarreas crónicas	Proteína = caseína Lípidos = mix grasas veg H. de C = solo maltodextrina
LECHE	CAL		H.DE C.		PROT.		GRASAS		NA	K	PRES	DILUCIÓN	INDICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
	100g	100ml	100g	100ml	100g	100ml	100g	100ml	100 ml	100 ml	Latas			
Isomil	517	68	52.5	6.9	13.7	1.80	28.1	3.69	32	76	400 g	13% 1 medida 9.5g 1 " en 60cc	Lactantes con intolerancia a la lactosa de 0 a 6 meses y mayores	Fórmula en base a proteína de soja, exento de lactosa y leche, con sacarosa.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Fase explorativa	x				
Formulación del problema	x				
Definición de objetivos	x				
Elaboración de marco teórico		X			
Hipótesis		X			
Determinación de universo		X			
Operacionalización de variables			X		
Elaboración de plan de análisis			X		
Elaboración de instrumentos muestreo			X		
Recolección de información			X		
Procesamiento y análisis				x	
Discusión de los resultados				x	
Conclusiones				x	
Recomendaciones				x	
Presentación					x

I. DATOS GENERALES.

Pregunta N°
1: Edad de la
Madre.



FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N°2: Edad del Hijo.



FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 3: ¿Cuál es su estado civil?

RESULTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	9	17%
Casada	21	39%
Viuda	0	0%
Acompañada	24	44%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta Nª4: ¿Cuántos hijos tiene?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 Hijo	27	50%
2 Hijos	10	19%
3 Hijos	10	19%
Más de 3 hijos	7	13%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N°5: ¿A todos sus hijos les dio lactancia materna durante los primeros 6 meses?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si, a todos	20	37%
No, solo a algunos nada mas	6	11%
No, a ninguno	1	2%
No Aplica	27	50%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

II. PROCEDENCIA.

Pregunta N° 6: ¿Dónde vive?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Zona Rural	54	100%
Zona Urbana	0	0%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 7: ¿Sabe leer y escribir?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	52	96%
No	2	4%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 8: ¿Hasta qué grado realizo?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	2	4%
1-6° grado (Primaria)	34	63%
7-9° grado (Secundaria)	14	26%
Bachillerato General	3	6%
Bachillerato Técnico	1	2%
Universitario	0	0%
Otro	0	0%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 9: ¿A qué se dedica?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	50	93%
Trabajo formal	3	6%
Trabajo informal	1	2%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N 10: ¿Quién aporta los ingresos económicos al hogar?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Usted misma (Madre)	4	7%
Su esposo/pareja	40	74%
Ambos	3	6%
Otra persona	7	13%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 11: ¿De cuánto es el ingreso mensual a su hogar, aproximadamente?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de \$100	1	2%
\$100-\$150	1	2%
\$151-\$200	8	15%
\$201-\$250	17	31%
\$251-\$300	13	24%
Más de \$300	14	26%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 12: ¿Qué religión profesa?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Católica	21	39%
Evangélica	32	59%
Otra	1	2%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 13: ¿Llevo controles prenatales?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	54	100%
No	0	0%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 14: ¿En los controles prenatales, el médico, la enfermera o el promotor de salud le hablo sobre lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	54	100%
No	0	0%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 15: ¿Su hijo fue inscrito antes de los 7 días al programa de control infantil?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	52	96%
No	2	4%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 16: Motivo por el que fue inscrito tardíamente

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estuvo hospitalizado por varios días	2	4%
No sabía porque no me explicaron	0	0%
No tuve tiempo de llevarlo	0	0%
Mi familia no quería que lo llevara	0	0%
No aplica	52	96%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 17: En los controles infantiles, el médico, la enfermera o el promotor de salud le hablo sobre la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	53	98%
No	1	2%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 18: ¿Ha llevado a su hijo a todas las citas de controles infantiles?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	46	85%
No	8	15%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 19: Actualmente, ¿durante cuánto tiempo le ha dado solo lactancia materna a su bebé?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre le ha dado leche materna	29	54%
Menos de 2 meses	9	17%
Entre 2-3 meses	6	11%
Entre 4-5 meses	4	7%
No dio lactancia materna	6	11%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 20: ¿Cuál(es) fue(ron) el(los) motivo(s) por el(los) que suspendió lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida?.

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No me baja la leche	10	13%
Mi mamá dice que es mejor darle otras cosas al bebe además del pecho	1	1%
La religión no me lo permite	0	0%
La religión dice que es mala la leche materna	0	0%
El niño no se llena sólo con pecho	16	21%
El niño queda con sed	10	13%
Al niño no le gusta mi leche, prefiere otra cosa	6	8%
No me queda tiempo de darle de mamar	2	3%
Me da pena darle de mamar en público	0	0%
Al planificar se contamina la leche	0	0%
Otro motivo	3	4%
No Aplica	29	38%
TOTAL	77	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 21: ¿Qué otro tipo de alimentación le ha dado a su bebé?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fórmula	21	26%
Atol de cualquier tipo	4	5%
Agua	14	17%
Refrescos	3	4%
Sopa	7	9%
Otros	3	4%
No Aplica	29	36%
TOTAL	81	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 22: ¿Quién le recomendó que dejará de darle de mamar antes de los 6 meses a su bebé?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
La iglesia	0	0%
Mis padres	15	23%
Esposo o pareja	3	5%
Vecinos	8	13%
Amigos	8	13%
Personal de salud	1	2%
No Aplica	29	45%
TOTAL	64	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

Pregunta N° 23: Al dejar de darle de mamar, ¿se le ha enfermado más seguido?

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	15	28%
No	10	19%
No Aplica	29	54%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Resultados tabulados de Encuesta sobre “Lactancia Materna” de las UCSF Horcones, Chorro Arriba y Zapote.

