

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



TRABAJO DE GRADO:

“COMPARACION DE LAS MORBILIDADES PRESENTADAS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE NO RECIBIERON LACTANCIA MATERNA VERSUS LOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR GOTERA, EL SAUCE Y JUCUAPA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO A AGOSTO DE 2015”

PRESENTADO POR:

ESMERALDA BONILLA FLORES
JESUS ANTONIO CHEVEZ RAMIREZ
MIGUEL ARNOLDO DIAZ CASTILLO

PARA OPTAR AL GRADO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE DIRECTOR:

DRA. PATRICIA ROXANA SAADE STECH

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, NOVIEMBRE DE 2015

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTROAMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

LICENCIADO JOSE LUIS ARGUETA ANTILLON

RECTOR INTERINO

(PENDIENTE DE ELECCION)

VICERRECTORIA ACADEMICO

INGENIERO CARLOS ARMANDO VILLALTA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADA NORA BEATRIZ MELENDEZ

FISCAL INTERINA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNANDEZ

SECRETARIO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

COMISION COORDINADORA DEL PROCESO DE

GRADUACION

DOCTOR AMADEO CABRERA GUILLEN

COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACION

DE DOCTORADO EN MEDICINA

DOCTORA NORMA OZIRIS SANCHEZ DE JAIME

MIEMBRO DE LA COMISION

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO

MIEMBRO DE LA COMISION

ASESORES

DOCTORA PATRICIA SAADE STECH

DOCENTE DIRECTOR

DOCTOR AMADEO CABRERA GUILLEN

ASESOR DE METODOLOGIA

DR. HORACIO GARCÍA ZARCO

JURADO CALIFICADOR

DRA. PATRICIA ROXANA SAADE STECH

DOCENTE ASESOR

DR. HENRY GEOVANY MATA

JURADO CALIFICADOR

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso por permitirme culminar uno de mis objetivos, por darme sabiduría para vencer cada obstáculo que se ha presentado en mi camino, por enseñarme que con su ayuda no hay nada imposible.

A mi madre por todo su esfuerzo, sacrificio, apoyo moral y económico, con el cual logré culminar mi esfuerzo, terminando así mi carrera profesional, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir; además por su amor y comprensión demostrado en todo momento sacrificando gran parte de su vida en educarme para convertirme en una persona de provecho.

A mis hijos Sofía y Jason por ser mi motor para seguir adelante cuando estaba a punto de rendirme, por todos los momentos junto a ustedes que tuve que sacrificar para alcanzar mi objetivo.

A mi amor Ludwin por apoyarme y siempre estar ahí cuando lo necesitaba, por darme su amor, apoyo incondicional y palabras de aliento cuando más lo necesite.

A nuestra asesora Dra. Saade por compartir sus conocimientos con nosotros, por tenernos paciencia y orientarnos para la elaboración y culminación del presente trabajo.

A mi familia por todo el apoyo brindado durante mi carrera.

A todas esas personas que de una u otra forma me ayudaron a lo largo de mi carrera y me ayudaron a crecer como persona.

Esmeralda Bonilla Flores

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS TODOPODEROSO:

el cual ha sido el guía y la mano amiga que me ayudo a lo largo de estos años para poder decir al fin lo logre. También por darme fortaleza y ayudarme a no desistir hasta alcanzar el objetivo que me propuse y estar presente cada vez que creí que había obstáculos difíciles de superar.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:

Por sus enseñanzas los cuales servirán para ser mejore profesional y formarme para poder servir a la población que necesite de mis servicios.

A MIS MAESTROS:

Quienes fueron los que nos inculcaron a lo largo de nuestra enseñanza conocimientos necesarios para poder desenvolvemos en nuestra profesión los cuales llevare a la práctica a partir de esta nueva etapa de mi vida.

A NUESTRA ASESORA:

Especiales gracias a la doctora Saade Stech, por guiarnos, por sus enseñanzas. No desistir y dedicar su tiempo para instruirnos con su conocimiento para finalizar nuestra investigación

A MISPADRES:

Por el apoyo incondicional, las palabras de motivación a lo largo de mi vida, para luchar por lograr los objetivos que me proponga, por el apoyo que me brindaron a lo largo de estos años por estar en cada momento que más los necesito.

A MI ESPOSA E HIJOS

Ingrid Lisseth. Por su comprensión, por su apoyo y amor, por ser alguien muy importante en mi vida y por darme mis 3 hermosos hijos que son la razón de mis deseos de superación.

Bryan Fernando, Daniela Lisseth y Aarón Mateo, por ser todo en mi vida mi razón de ser mis grades amores

A MIS HERMANOS, ABUELOS, PRIMOS Y TIOS.

Por el apoyo brindado para culminar este día uno de mis más grandes objetivos y estar siempre presente cuando los necesité.

A NUESTROS AMIGOS, COMPAÑEROS Y PERONAL HOSPITALARIO:

Mis hermanos a lo largo de tantos años con los cuales compartimos muchas alegrías, tristezas Y desvelos durante el tiempo que rotamos por los diferentes servicios del HNSJDDSM. Al personal médico por el apoyo y al personal de servicios hospitalarios por ayudarnos a hacer más fácil nuestra rotación en cada servicio.

JESUS ANTONIO CHEVEZ RAMIREZ

AGRADECIMIENTOS

A la vida, por haberme permitido llegar hasta esta etapa y culminar lo que alguna vez soñé, por haberme brindado la oportunidad de levantarme del suelo cada vez que caí, por permitirme pasar por todas las experiencias buenas y malas que he tenido.

A la Universidad de El Salvador y a todos mis maestros, mis agradecimientos infinitos hacia ustedes porque tuve la oportunidad de aprender su arte, de conocer su ciencia y abrir mi mente a conocimientos invaluable que me permitirán ayudar y curar.

A nuestra asesora, la Dra. Saade, no alcanzaría el tiempo para agradecer todo lo que hizo por nosotros, como maestra, asesora y persona, usted es un ser inmensamente hermoso. Sin su guía esto no habría sido posible.

A mi padre (Miguel Díaz) por ser siempre una vos de rectitud, un ejemplo a seguir, por inculcarme valores, honestidad y determinación. Por su incondicional apoyo y comprensión, gracias por todos tus consejos y regaños. No habría podido terminar esta parte de mi vida si no fuera por vos papá.

A mi madre (Gloria de Díaz) por ser una luz en mi vida, por tener fe en mi y en mis sueños, por tus oraciones, tus noches de desvelo interminable, por cuidar siempre de mi. Gracias mamá por ser ejemplo de fuerza, paciencia y amor infinito. Este triunfo es para vos.

A mis hermanas (Carmen y Gloria) por ser siempre unos pilares de comprensión y amor, gracias por toda la ayuda que siempre me han brindado, por apoyarme y dejarme contar con ustedes siempre.

A mi sobrino (Axel Díaz) gracias por tu risa, por tu amor y respeto, por creer en mi. Espero poder enseñarte y guiarte en la vida para que seas un hombre de bien.

A mi negra (Bany Alvarenga) por ser parte de mi vida y acompañarme en este camino que estoy recorriendo, por tu apoyo, amor y todo lo hermoso que compartimos.

A Jesús y a Esmeralda gracias por todo su apoyo.

Miguel A. Díaz

TABLA DE CONTENIDO.

	PÁG.
LISTA DE TABLAS.....	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xiv
LISTA DE ANEXOS	xv
RESUMEN.....	xvi
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	1
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	11
1.3 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.....	11
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
2. MARCO TEÓRICO.....	14
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	29
4. DISEÑO METODOLÓGICO	31
5. RESULTADOS	39
6. DISCUSIÓN	80
7. CONCLUSIONES	83
8. RECOMENDACIONES	85
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

LISTADOS DE TABLAS

	PAG.
Tabla 1: menores de un año que están inscritos en las UCSF en estudio.....	32
Tabla 2: distribución de la muestra en las UCSF en estudio.....	34
Tabla 3: Datos generales de la madre39
Tabla 4: Datos generales del niño.....	.42
Tabla 5: Amamanta usted a su niño.....	43
Tabla 6: Tipo de lactancia de la que hace uso.....	44
Tabla 7: duración de la lactancia materna.....	46
Tabla 8: Razón por la cual no dio pecho a su hijo/a hasta los 6 meses	47
Tabla 9: Sabe usted hasta que edad se le da solo pecho al niño/a	49
Tabla 10: edad de ablactación.....	51
Tabla 11: Conoce los beneficios que la lactancia materna trae para su bebe.....	52
Tabla 12: Cree usted que es más saludable un niño/a que solo recibe lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses.....	54
Tabla 13 Se ha enfermado su niño de diarrea.....	55
Tabla 14: Cuantas veces se ha enfermado su hijo/a de diarrea.....	56
Tabla 15: Ha sido ingresado su hijo/a por diarrea	58
Tabla 16: enfermedades respiratorias que ha padecido su niño/a.....	59
Tabla 17: Ha padecido de alergia su niño/a.....	60
Tabla 18: Frecuencia y porcentajes de niños que recibieron lactancia versus los que se enfermaron de diarrea	62
Tabla 18 A: Prueba de Chi - cuadrado.....	63

Tabla 19: Frecuencia y porcentajes de niños que recibieron lactancia versus los que fueron ingresados por diarrea.....	63
Tabla 19 A : prueba de Chi – cuadrado.....	64
Tabla 20: Frecuencia y porcentajes de niños que recibieron lactancia versus los que se han enfermado de gripe, neumonía o bronquitis.....	65
Tabla 20 A : Prueba de Chi – cuadrado.....	66
TABLA 21: Frecuencia y porcentajes de niños que recibieron lactancia versus los que padecieron de alergia.....	66
Tabla 21 A: prueba de Chi – cuadrado.....	67
Tabla 22: frecuencia y porcentaje de tipo de lactancia recibida versus los que se enfermaron de diarrea.....	68
Tabla 22 A: Prueba de Chi – cuadrado.....	69
Tabla 23: Frecuencias y porcentajes de tipo de lactancia recibida versus los que fueron ingresados por diarrea.....	69
Tabla 23 A: Prueba de Chi – cuadrado.....	70
Tabla 24: Frecuencias y porcentajes de tipo de lactancia recibida versus los que se enfermaron de gripe, neumonía o bronquitis.....	72
Tabla 24 A: Prueba de Chi – cuadrado.....	72
Tabla 25: Frecuencia y porcentajes de tipo de lactancia recibida versus los que han padecido de alergia.....	72
Tabla 25 A: Prueba de Chi cuadrado.....	73
Tabla 26: Edad de inicio de ablactación versus se ha enfermado su niño de diarrea.....	74

Tabla 26 A: Prueba de Chi cuadrado	75
Tabla 27: Edad de inicio de ablactación versus ha sido ingresado su niño/a por diarrea ...	
Tabla 27 A: Prueba de Chi cuadrado	75
Tabla 28: Edad de inicio de ablactación versus padecimiento de enfermedades respiratoria.....	76
Tabla 28 A: Prueba de Chi cuadrado	77
Tabla 29: Edad de inicio de ablactación versus ha padecido de alergia su niño/a	78
Tabla 29 A: Prueba de Chi cuadrado	79

LISTA DE GRÁFICAS

	PAG.
Grafico 1: Amamanta usted a su niño.....	44
Grafico 2: Tipo de lactancia de la que hace uso.....	45
Grafico 3: Duración de la lactancia materna exclusiva.....	47
Grafico 4: Razón por la cual no dio pecho a su hijo/a	49
Grafico 5: Sabe usted hasta que edad se le da solo pecho al niño/a	50
Grafico 6: edad de inicio de ablactación.....	52
Grafico 7: Conoce los beneficios que la lactancia materna trae para su bebe.....	53
Grafico 8: Cree usted que es más saludable un niño/a que solo recibe lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses.....	55
Grafico 9: Se ha enfermado su niño de diarrea.....	56
Grafico 10: Cuantas veces se ha enfermado su hijo/a de diarrea.....	57
Grafico 11: Ha sido ingresado su hijo/a por diarrea alguna vez.....	58
Grafico 12: enfermedades respiratorias que ha padecido su niño/a.....	60
Grafico 13: Ha padecido de alergia su niño/a.....	61

LISTADO DE ANEXOS

	PÁG
Anexo 1: Glosario.....	119
Anexo 2: Abreviaturas y signos.....	121
Anexo 3: Ley de Lactancia Materna.....	122
Anexo 4: Razón reportada por la madre para dejar de lactar, según edad a la ablactación según FESAL.....	123
Anexo 5: Tipo de suplementación de la lactancia según edad según FESAL	124
Anexo 6: Consentimiento informado.....	125
Anexo 7: cedula de la entrevista.....	126
Anexo 8: Presupuesto y financiamiento.....	132
Anexo 9: Cronograma de actividades.....	134

RESUMEN

Leche Materna: tejido vivo y cambiante de consistencia líquida y secretada por las glándulas mamarias de la mujer, y que para los niños de cero a seis meses llena todos los requerimientos nutricionales, enzimáticos, inmunológicos y emocionales que le aseguren un óptimo crecimiento y desarrollo. **Objetivo:** Comparar las morbilidades presentadas en niños menores de un año que no recibieron lactancia materna versus los que recibieron lactancia materna que consultaron las UCSF Gotera, UCSF Jucuapa y UCSF El Sauce en el periodo de junio a agosto de 2015.

Metodología: el estudio es de tipo transversal, descriptivo y comparativo con una muestra de niños/as a los que se les aplicó criterios de inclusión y exclusión, teniendo como unidad de información a las madres y unidad de estudio los niños/as que asistieron a su control infantil, para lo cual se utilizó una cedula de entrevista que consta de 22 preguntas los datos se tabularon con el programa SPSS. Versión 19

Impacto conocer qué grupo presenta más morbilidades.

Palabras claves: morbilidad, lactancia materna, sucedáneos de la leche materna, lactancia materna exclusiva, lactancia materna complementaria, lactancia materna complementaria, lactancia materna predominante

1. INTRODUCCION

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1.1 HISTORIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Desde el aparecimiento del hombre sobre la faz de la tierra se sabe que la leche materna ha servido como alimento para su supervivencia durante los primeros meses de la vida; por lo tanto la práctica de la lactancia materna como proceso biológico es una actividad cultural, que afectara a las mujeres dependiendo entre otros factores de sus creencias, clase social, religión, etnia y del acceso que haya tenido a la información oportuna y a la educación veras y adecuada.

La lactancia materna es un proceso único que consiste en alimentar al recién nacido con leche materna, contribuye al crecimiento y desarrollo saludable, es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de los niños hasta los 6 meses de edad, reduce la incidencia y gravedad de enfermedades infecciosas, disminuye la morbilidad y mortalidad infantil y rara vez causa problemas alérgicos (Escott 2005).

La inmunoglobulina A secretora predominante en la leche materna, ayuda a proteger el tracto gastrointestinal del lactante, debido a que se unen al hierro y a la vitamina B12 inhabilitando los nutrientes para el crecimiento de los patógenos en el tracto gastrointestinal (Brown 2006).

Además de proteger al lactante de patógenos virales y bacterias la leche materna ayuda a mejorar la respuesta inmune contra las enfermedades de la niñez y la edad adulta, además eleva la respuesta inmunitaria hacia el virus sincitial respiratorio (VSR) una alteración respiratoria frecuente en los lactantes (Mahan y Escott, 2009).

La leche materna se considera como el alimento ideal para el recién nacido, ya que es seguro, gratuito y se encuentra listo para consumirse; contiene anticuerpos que protegen a los infantes de enfermedades comunes, como la neumonía, que es una de las principales causas de muerte en niños a escala mundial.^{1,2}

La LM es un comportamiento natural del ser humano. Desde tiempos ancestrales ha sido la forma de alimentar a los recién nacidos, al mismo tiempo que el abandono precoz de la lactancia o la decisión de no amamantar han sido un problema.^{3,4} más recientemente, en una sociedad donde las enfermedades crónicas fungen como principales causas de morbilidad y mortalidad, la práctica de la LM ha sido rezagada. La cultura del biberón ha sido sinónimo de modernidad, y es considerada uno de los factores determinantes del abandono de la LM junto con las prácticas hospitalarias erróneas, la desinformación del personal de salud, la publicidad masiva en favor de las fórmulas lácteas y la incorporación de la mujer al mercado laboral.⁵

El presente estudio hace una comparación en aquellos niños que tomaron seno materno y los que no la recibieron, así como también las morbilidades que presentaron.

Presentando en este documento el resultado de dicha investigación.

A nivel mundial se estima que solamente 34.8% de los lactantes reciben Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses.

Datos obtenidos de 64 países indican que la situación está mejorando. Entre 1996 y 2006, la tasa de LME durante los primeros 6 meses de vida se incrementó de 33% a 37%. Específicamente

para Latinoamérica y el Caribe, excluyendo Brasil y México, el porcentaje de lactantes con LME se ha incrementado de 30% (1996) a 45% (2006).⁶La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a la lactancia materna como una estrategia que mejora las condiciones de salud de los lactantes menores. Se estima que cerca de 1.5 millones de infantes que no fueron amamantados mueren a consecuencia de las complicaciones de enfermedades infecciosas. Muchos informes de la literatura médica señalan que el decremento de la lactancia materna en los países sub desarrollados se relaciona directamente con un aumento de la morbi-mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA) (OMS, 1997).

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital General Docente "Armando Enrique Cardoso", en 164 niños divididos en 2 grupos. El A se constituyó por 88 niños quienes habían recibido leche materna por más de 4 meses y el grupo B, por 76 pacientes quienes recibieron lactancia materna por menos de 4 meses. El objetivo fue conocer la influencia de la lactancia materna exclusiva en el estado de salud al cumplir el año de edad. Al concluir el estudio se halló que el promedio de infecciones respiratorias, episodios diarreicos y de infecciones urinarias fue de 4,0, 1,4 y 0,9 por pacientes en el grupo A y de 6,0, 3,0 y 1,6 en el grupo B.

También se encontró que el 78,4 % de los niños del grupo A arribó al primer año con un estado nutricional entre 25 y 90 P y sólo 53,3 % del grupo B alcanzó el primer año con este rango nutricional. La cifra de hemoglobina en los que alcanzaron el año de edad superó los 100 g/L, en el 80,7 % de los niños del grupo A y en el grupo B el 52,6 % se mantuvo por debajo de 100 g/L. Se realizó otro estudio descriptivo con 101 niños nacidos en 1998 para determinar las situaciones de algunas variables epidemiológicas, con el tipo de lactancia que reciben hasta el año de vida en

el área de salud de San Cristóbal (Bolivia). Las variables se precisaron entrevistando a las madres que cumplieron un año de parida. Se comprobó que la práctica de la lactancia materna exclusiva y complementada es baja. Las desviaciones en el estado nutricional estuvieron relacionadas con el abandono de la lactancia materna de manera significativa. La infección respiratoria aguda alta fue la entidad más padecida por los lactantes, presentándose incluso cuando el niño recibía lactancia materna exclusiva. La hipogalactia o la agalactia fue el motivo predominante para destetar. El 32.6% de las madres dijo no haber sido informada sobre el tema y en las que si lo fueron refieren el consultorio como el lugar de mayor participación.

En Guatemala más de la mitad (58.1%) de los niños y niñas nacidos vivos recibió lactancia materna exclusiva solamente 36.1% recibió esta lactancia hasta los 6 meses de edad. Esta situación promueve la aparición de factores que pueden poner en peligro el crecimiento óptimo del niño y el padecimiento de una mayor cantidad de enfermedades que en algún momento pueden poner en riesgo su vida, según la encuesta nacional de salud materno infantil (ENSMI, 2009).

Por su parte, México ha pasado por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna, y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios; todo ello debido al crecimiento económico, la urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), el abaratamiento de alimentos procesados, en comparación con los frescos, sin olvidar el impacto de la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo⁷.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2011-2012, entre los años 2006 y 2012, a nivel nacional, la LME en niños menores de 6 meses disminuyó de 22.3% a 14.4%, siendo mayor en el medio rural, donde la reducción fue de 36.9% a 18.5%. Únicamente 38.3% de los niños son expuestos al seno en la primera hora de vida y la mediana de la duración de lactancia materna es de 10.2 meses.

Una de las razones más comunes que las madres aducen, para no amamantar a su hijo es que deben regresar al trabajo.

En El Salvador, según el estudio del Valor Económico de la Lactancia Materna, financiado por WELLSTAR International, USAID y apoyado por CALMA en 1994, demostró que la promoción de la lactancia materna en ese año previno 251.000 casos de diarrea y 414.776 casos de IRA, lo que significó un ahorro de \$456.000 y \$840.000 respectivamente. La práctica de la lactancia materna en maternidades del MINSAL, disminuyó los costos producidos por la alimentación con fórmulas estimando un ahorro de \$288.000. Otros indicadores a nivel mundial demuestran que se pueden evitar un 16% de las muertes de recién nacidos si el niño es colocado al pecho en la primera hora del nacimiento y el 22% posteriormente a la primera hora.

1.1.2 LA LACTANCIA MATERNA EN EL SALVADOR.

En el salvador continúan prevaleciendo altos índices de niños y niñas enfermos de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas que contribuyen en un gran porcentaje a la mortalidad infantil a nivel nacional. La tasa de mortalidad se eleva a consecuencia de las muertes que ocurren en el periodo perinatal y neonatal, muchas veces como consecuencia de la

prematurez y otras por consecuencia de la alimentación. A pesar que en el mundo se considera a la lactancia materna como una “intervención de bajo costo y alta efectividad”, su prevalencia en las comunidades de El Salvador sigue siendo muy baja (31% FESAL 2008). 7

En El Salvador, durante los meses de mayo y junio del 2007 el Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA) realizo un estudio línea de base sobre la incidencia y prevalencia de la lactancia materna exclusiva entrevistando a 488 madres o cuidadoras de niños/as menores de 2 años de 9 municipios de Morazán, los cuales fueron: Torola, San Fernando, El Rosario, Arambala, Joateca, Jocoaitique, Guatajiagua, Sensembra y Yamabal, lugares que comparten iguales características socioeconómicas y de salud.

Los resultados obtenidos demostraron que el 98 % fueron amamantados/as en alguna ocasión, al igual que el indicador nacional (FESAL 2008), sin embargo, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños/as menores de 6 meses resultó de 54% (Centro de Apoyo de Lactancia Materna, 2007). La lactancia materna exclusiva hasta los primeros 6 meses de vida confiere todos los nutrientes y componentes inmunológicos necesarios para la buena salud y nutrición de niños y niñas durante la infancia y que se extienden hasta los siguientes periodos de la vida como la adolescencia y la edad adulta.

De acuerdo al estudio que CALMA desarrollo en el 2007, la edad de introducción de otros líquidos diferentes al agua en los niños y niñas menores de 6 meses de Morazán fue en promedio entre el 1er y 4º mes de vida. Un 24% de las madres lo hizo antes del primer mes de vida y otro 24% lo hizo a los 3 meses. Al preguntar cuáles eran los líquidos ofrecidos, la mayoría de madres

contesto: leches de vaca o formula y sopas. Estudios similares sobre la prevalencia de lactancia materna exclusiva determinan que las madres abandonan esta práctica en el periodo cercano a los 3 meses de vida, debido a razones como: Regreso al trabajo, recomendación del médico, se le secó la leche, entre otros.

En cuanto al tipo de lactancia materna la FESAL 2008 reportó que en promedio, el 31% de los/las niños/as menores de 6 meses reciben Lactancia Materna Exclusiva (LME), pero ese porcentaje desciende del 47% en los niños menores de 2 meses, 34% en los niños y niñas de 2 a 3 y al 14% en los de 4 a 6 meses; también menciona que el 11% se alimentó con lactancia predominante.

En cuanto a las enfermedades, el estudio de CALMA 2007 encontró que la mayor incidencia de enfermedades en los/las menores de 2 años fueron en un 50% de las vías respiratorias, 17% del tracto gastrointestinal y otras con un 25 % (enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, enfermedades del ojo, infecciones de las vías urinarias, enfermedades del oído.).

En los niños y niñas menores de 6 meses la incidencia de enfermedades fue del 16%, el 11% se enfermaron de EDA, el 63% de IRA y el 26% de otras enfermedades. La incidencia de enfermedades en los niños y niñas que recibieron lactancia materna exclusiva fue de 32%, la EDA representó el 17%, la IRA el 50% y otras enfermedades el 33% En los niños sin lactancia exclusiva la incidencia de enfermedad fue 68%, de las cuales el 8% fue EDA, 69% IRA y 23% de otras enfermedades.

En el año 2008, una nueva entrevista a 541 madres y cuidadoras de niños y niñas menores de 2 años realizado por CALMA en Morazán, mostró que la prevalencia de lactancia materna exclusiva había disminuido a 48,2%, en comparación con la línea de base del año 2007. La incidencia de enfermedades en los niños y niñas amamantados exclusivamente fue del 10%, de las cuales el 29% corresponden a diarreas, 14% a IRA y 53% a otras enfermedades, contrario al 30% de incidencia de enfermedades en los niños y niñas no amamantados exclusivamente, de los cuales 33% corresponden a IRA, 29% a Diarreas y 38% a otras enfermedades.

1.1.3 SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL SALVADOR

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 FESAL muestran que solamente el 31.4% de los niños y niñas menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, con una duración promedio de 1.9 meses (57 días), lo que no alcanza la recomendación de OMS/UNICEF de brindar este tipo de lactancia durante los primeros 6 meses de vida. Otros datos de la encuesta FESAL 2008 también reflejan que en El Salvador la lactancia materna es una práctica generalizada, dado que el 96.1 por ciento de las niñas y niños nacidos vivos recibió lactancia materna en alguna oportunidad.

Del total de niñas y niños que nacieron vivos en los últimos 5 años, el 3.9 por ciento nunca recibió leche materna. Los porcentajes más altos en esta condición se observan en el área urbana (4.3 por ciento) y en el departamento de Ahuachapán (5.8 por ciento), seguido por los SIBASI Norte y Centro de San Salvador (5.4 y 5.1 por ciento, respectivamente). Los departamentos de Sonsonate y La Libertad muestran los porcentajes más bajos con menos del 3 por ciento de niños

y niñas que nunca recibieron leche materna. Entre las madres que reportaron recibir orientación sobre lactancia materna, el 26.1 por ciento mencionó que fue antes, durante y después del parto, y el 23.1 que fue antes y después del parto. En la encuesta FESAL-2002/03 solamente el 14.1 por ciento de las madres reportó que recibió orientación antes y después del parto. Independiente de donde tuvo su control prenatal o el lugar de atención del parto, más de la mitad recibió orientación por parte de una enfermera, llegando al 75 por ciento en establecimientos del Ministerio de Salud y del Instituto Salvadoreño del Seguro social.

En El Salvador a mediados de los años 50 con el surgimiento de la modernización, es que se fuerza a cambiar culturas y actitudes, por lo que la mujer salvadoreña se incorporó masivamente al trabajo, consecuentemente se da el gradual retiro del pecho materno, en la medida en que las exigencias de trabajo y estudio obligan a la madre a tener que salir de la casa y dejar a su bebé al cuidado de otras personas con la utilización de sustitutos para su alimentación, es decir, fórmulas lácteas⁸, además a pesar que se cuenta con una ley de lactancia materna desde el año 2013 en la que se menciona que en todos los lugares de trabajo públicos , privados y autónomos deben de existir lugares que sirvan como lactarios para que la mujer trabajadora o que estudia pueda extraerse su leche materna y de esta manera poder mantener su producción láctea. Sin embargo son pocos los lugares donde existen estos lactarios institucionales faltando que el sector educativo pueda también crearlos. Así mismo la ley de lactancia materna concede una hora de permiso para que la mujer pueda amamantar a su hijo, pero esto no se cumple aun en un 100%.

En el **artículo 42 de La Constitución de la Republica**, se menciona que “la mujer trabajadora tendrá derecho a un descanso remunerado antes y después del parto, y a la conservación del

empleo. Las leyes regularan la obligación de los patronos de instalar y mantener salas cunas y lugares de custodia para los niños de los trabajadores”. Esto con el objetivo de darle un beneficio a la mujer trabajadora así como también disminuir el ausentismo laboral ante la incertidumbre de no tener quien le cuide al bebe, beneficiando también de esta manera el amamantamiento y la disminución de las enfermedades diarreicas y respiratorias en los primeros meses de la vida del niño, así como también evitar la predisposición a la obesidad.

Además en nuestro país aún no está capacitado el 100% del sector docente sobre lactancia materna lo cual influye en la escasa información que el estudiante tiene desde sus primeros años escolares, por otra parte nuestra población tiene arraigados muchos mitos sobre la lactancia materna como por ejemplo: el calostro es sucio, mi leche es rala, el niño no se llena, entre otras. Por otra parte existe un porcentaje de personal de primer nivel de atención que aun no está capacitado sobre lactancia materna.

Según datos de estudios realizadas por FESAL muestran que En El Salvador la lactancia materna es una práctica generalizada, dado que el 96 por ciento de las y los niños que nacieron vivos en los 5 años previos a la entrevista recibió pecho materno en alguna oportunidad. El porcentaje de niñas y niños que recibió pecho materno se mantuvo estable al nivel nacional, con un pequeño mejoramiento del 2 por ciento entre FESAL-2002/03 y FESAL-2008. La duración promedio de cualquier lactancia al nivel nacional subió de 17.7 a 20.6 meses en los últimos 10 años. Esta tendencia a mejorar se viene observando desde FESAL-98 cuando se notó que entre 1993 y 1998 subió de 15.5 a 17.7 meses, llegando a 19.2 meses en 2002/03. Se observa que en el transcurso de los últimos 15 años, para cada uno de estos dos indicadores existe predominio del área rural

sobre la urbana. Además dentro de las causas más frecuentes de abandono de la lactancia materna se encontraron las siguientes ver (ANEXO 1). Y Dentro de los suplementos más frecuentemente utilizados se mencionan los siguientes ver (ANEXO 2).

El estudio se realizó en las siguientes poblaciones correspondientes a UCSF Gotera, Morazán; UCSF El Sauce, La Unión; UCSF Jucuapa, Usulután.

San Francisco Gotera como cabecera departamental de Morazán; cuenta con 24,366 habitantes, la mayoría de la población se dedica a la agricultura y el comercio.

Jucuapa, Usulután; 18,442 habitantes, la mayoría de la población se dedica a la agricultura sobre todo cultivo de café y granos básicos.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las morbilidades en niños menores de un año que no recibieron lactancia materna versus los que recibieron lactancia materna que consultaron en las UCSF Gotera, Morazán, UCSF Jucuapa, Usulután; y UCSF El Sauce, La Unión?

1.3 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La Organización Mundial de la Salud⁹ define como lactancia materna exclusiva LME la alimentación con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua.

En la actualidad, 1 de cada 5 muertes en el mundo se da en niños menores de 5 años de edad, en quienes las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias y diarreicas, así como

las relacionadas con su estado de nutrición. No obstante, cabe señalar que existen factores que pueden prevenir estas causas de morbilidad y mortalidad exitosamente, entre los cuales destacan los hábitos saludables de alimentación y la lactancia materna exclusiva (LME). Ésta puede prevenir no sólo un gran número de enfermedades crónicas, sino también enfermedades transmisibles, como las infecciones respiratorias y diarreicas¹⁰.

Los beneficios de la LME, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido evidenciados en múltiples estudios; sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus bebés por 6 meses. Este problema es más evidente al hablar de madres adolescentes, quienes son susceptibles a la influencia social, a su nivel de conocimientos y a la calidad de la atención de los servicios de salud, que resultan determinantes en la decisión de dar, o no, leche materna a sus hijos. En el estudio realizado por Motil, Kerts y Thotathuchery se reporta que no existen diferencias en la producción de leche entre madres adultas y adolescentes, pero los comportamientos en relación a la lactancia difieren significativamente, donde las últimas presentan una menor frecuencia de amamantamiento durante el día y una tendencia a la introducción temprana de fórmula láctea.

Globalmente, menos de 35% de los niños menores de 6 meses de edad son alimentados únicamente al seno materno, debido a diversos factores que no permiten que la LME se lleve a cabo exitosamente. Algunos de ellos son la falta de apoyo a las madres en la casa, en el trabajo y en la comunidad, además de las molestias que esta práctica genera y el miedo de la madre a no tener suficiente leche para el bebé.

Además, la LME no es un comportamiento totalmente instintivo; existe un importante componente cultural transmitido de generación en generación, que pierde relevancia con el paso de los años, al igual que la cultura del amamantamiento, cediendo el paso a una continua promoción a la alimentación con biberón y el uso de fórmulas infantiles, lo que impacta esta práctica.

Por lo tanto se vuelve importante conocer más a fondo sobre esta problemática de salud que afecta a la mayoría de niños en nuestro país, y la cual le servirá al Ministerio de Salud para tomar medidas e implementar estrategias que ayuden a la promoción de la lactancia materna para poder disminuir la morbimortalidad infantil, a los médicos en año sociales servira de referencia para estudios posteriores.

1.4 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Comparar las morbilidades presentadas en niños menores de 1 año que no recibieron lactancia materna versus los que recibieron lactancia materna que asisten a control o consulta a las UCSF Gotera, UCSF Jucuapa y UCSF El Sauce en el periodo de junio a agosto de 2015.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1-Determinar cuál es la morbilidad más frecuente en niños que no recibieron lactancia materna.
- 2-Identificar las principales causas por la que no se da seno materno.
- 3-Identificar las causas de abandono prematuro de la lactancia materna.
- 4-Estratificar el tipo de lactancia recibida y el número de morbilidades presentadas.

2. MARCO TEORICO

2.1 DEFINICION DE LACTANCIA MATERNA

2.1.1 LECHE MATERNA: tejido vivo y cambiante de consistencia líquida y secretada por las glándulas mamarias de la mujer, y que para los niños de cero a seis meses llena todos los requerimientos nutricionales, enzimáticos, inmunológicos y emocionales que le aseguren un óptimo crecimiento y desarrollo.

2.1.1 MADRE EN PERÍODO DE LACTANCIA: Es la mujer que está alimentando a su bebé con la leche de sus pechos.

2.1.3 LACTANTE: es todo niño o niña hasta la edad de veinticuatro meses cumplidos.

2.1.4 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: alimentación del lactante a base de leche materna, sin incluir ningún otro alimento o líquido. La lactancia materna exclusiva debe iniciarse desde el nacimiento hasta que el niño cumpla los seis meses de edad.

2.1.5 LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA: es la alimentación del lactante con seno materno más formulas.

2.1.6 LACTANCIA MATERNA PROLONGADA, CONTINUADA O EXTENDIDA: es la prolongación de la lactancia materna después de los seis meses hasta los dos años de edad o más.

2.2 FRECUENCIA DE LA SUCCIÓN

Desde cierto tiempo a esta parte, los médicos han aceptado la lactancia a demanda como la mejor manera de satisfacer las necesidades del pequeño lactante. De hecho, la recomendamos y así lo hacemos constar en la hoja de prescripción médica. Sin embargo, no parece quedar muy claro lo que debemos entender por una lactancia a demanda. No resulta extraño pues, ver a madres aferradas a un horario rígido unas veces, restringiendo las tomas nocturnas en otras o esperando a que el niño se desgañite para ofrecer el pecho. Este tipo de comportamiento se inicia con cambios introducidos a mediados del siglo XX, junto a la incorporación de Aspectos antropológicos en la práctica del amamantamiento. la mujer al mercado de trabajo y el uso a gran escala de leches artificiales en el mundo industrializado y su posterior propagación a otras zonas menos favorecidas. Las modernas leches con más densidad que la leche humana, en gran parte debido a su mayor contenido proteico, condicionan una digestión más lenta que requiere períodos más largos entre las tomas y, con ello, alimentación menos frecuente. La evolución ha marcado la frecuencia de las tomas en las diferentes especies en función del contenido en solutos de la leche de los diferentes mamíferos. Por ejemplo, la leche de león marino contiene 62-65% de solutos y se alimenta una vez por semana; la de conejo contiene 33% y se alimenta cada 24 horas; la de rata contiene 21% y amamanta de forma continua. La leche humana contiene 12,4%

¿Cada cuánto tiempo debería amamantar entonces una cría humana? Sabemos que el tiempo de digestión de la leche materna es aproximadamente 20 minutos. ¿Resultaría razonable entonces pedirle a una madre que amamante a su hijo cada 3 horas? No podemos pasar por alto la satisfacción emocional que supone la succión para el bebé y su reconocida importancia para el desarrollo cerebral que determina un mejor desempeño cognoscitivo y psicoafectivo. Éste se ve alterado por el uso de biberón, puesto que no sólo interrumpe el proceso fisiológico, sino que

tampoco satisface la succión no nutritiva al ser retirado una vez vacío de la boca del niño. Para compensar esta carencia se volvió práctica común el uso de chupete conocido curiosamente como “pacificador” en el idioma inglés. Este modelo de alimentación se vio rápidamente incorporado a la enseñanza de los estudiantes de pediatría en una época de confianza ciega en los avances tecnológicos y convertida en la norma que por muchos años se ha venido ofreciendo a las madres. Sin considerar las diferencias, tales recomendaciones se han aplicado por igual a las madres lactantes con resultados desastrosos, tanto para la instauración de la lactancia materna como para su duración.

2.3 HIPOGALACTIA

Es un hecho generalmente aceptado que toda mujer sana es capaz de amamantar satisfactoriamente a su hijo. Sin embargo, la causa más frecuente citada por las madres en las diversas encuestas como fracaso en la lactancia es la falta de leche. Sea real o percibido, dicho fenómeno se ha transformado en una constante en las sociedades industrializadas y sectores privilegiados de los países en desarrollo. Muchos factores pueden contribuir a este hecho, tales como un estilo de vida a velocidad de vértigo, condiciones adversas por partos con intervención excesiva, mensajes mediáticos subliminales que incitan a la inseguridad individual en favor de productos con pretendida solución para todo, pérdida de la cultura de la lactancia como patrón de alimentación, profesionales sanitarios que desconocen las bases del comportamiento de la lactancia, influencia de la industria a través de técnicas de mercadeo agresivas para introducir alimentos infantiles, y un largo etcétera que mina la capacidad de la Lactancia materna. La mujer debe asumir su papel de “actora principal” en el proceso de alimentación y protección de su hijo. La cultura del bienestar que disfrutaban las clases privilegiadas en épocas pretéritas

tampoco veía con buenos ojos la práctica de la lactancia, pues era frecuentemente delegada a mujeres de la clase baja, verdaderas madres de alquiler, las llamadas nodrizas. Dos factores destacan en la cultura del biberón como barrera importante para la producción adecuada de leche: uno, el concepto de tiempo apegado a una práctica horaria supeditada al reloj, y otro, el de cantidad que ocupa un espacio mensurable dentro de nuestra sociedad capaz de medirlo todo. En las sociedades tradicionales, las mujeres secularmente han aceptado amamantar a sus hijos con la frecuencia necesaria y por todo el tiempo posible. Esto no sólo ha sido visto con naturalidad, sino que buscado como algo deseable. La práctica de la lactancia no sólo ha constituido una fuente de vida, sino también de consuelo y apoyo afectivo entre ambos partícipes de este juego amoroso. Hay culturas donde el contacto íntimo permanente entre el niño y su madre se mantiene aún como un valor asociado al vínculo afectivo favorecido por la práctica de llevar colgado el niño a la espalda o sobre el pecho. En nuestras sociedades modernas donde se cultiva el individualismo y la realización personal como meta, cada día es mayor el número de madres que acceden a un mercado laboral que las relega a permanecer ajenas al cuidado de sus hijos y percibir la lactancia materna como un símbolo de atadura y dependencia. Con la práctica de una alimentación de horario rígido que enfatiza la pausa entre tomas de “tres horas”, promovida ampliamente por la industria láctea, se inicia una nueva tendencia que invade el campo de la lactancia materna. Este modelo encaja a la perfección con nuestro estilo de vida occidental donde “el reloj es la piedra angular de nuestro sistema cultural”. Por esta misma vía, el concepto de cantidad hasta ahora desconocido por las madres que amamantaban se transforma en regla básica para la preparación de biberones e introduce un motivo de inquietud más para las madres. Allí donde la lactancia materna ha sido la norma, las madres han permanecido ajenas a toda preocupación acerca de la frecuencia y cantidad de leche consumida por sus hijos, les ha bastado con verles satisfechos y

felices. Los sanitarios formados en la tradición científica ávida de medición y controles precisos recibieron con agrado tal exactitud ofrecida por la industria de sucedáneos, tomando como válidas sus recomendaciones para la lactancia. Esta actitud sigue teniendo un efecto devastador sobre la práctica de la lactancia natural por el papel preponderante de estos profesionales y por su influencia sobre unas madres cuyos referentes culturales sobre la lactancia ya se han perdido. Varios estudios han demostrado el importante papel del entorno social para el éxito de la lactancia en diversos ámbitos culturales. En las actuales circunstancias, las abuelas modernas han dejado de ser un soporte válido, como tampoco lo es el resto de la familia, quienes pueden tener un efecto contrario. Aspectos antropológicos en la práctica del amamantamiento. El escenario moderno es entonces el de una madre abrumada por las dudas y un entorno hostil para la práctica de la lactancia, sobre todo en las primeras 6 semanas cuando debe consolidarse el proceso fisiológico de la producción de leche, con alimentación a demanda e intenso contacto físico entre la madre y el bebé. No resulta extraño que sea este período en el que ocurre la mayor deserción por hipogalactia en todos los sondeos de prevalencia conocidos. ¿Es posible que tantas mujeres se vean afectadas por esa carencia cuando hace sólo tres generaciones ocurría lo contrario? Resulta obvio que en la mayoría de los casos están involucrados otros factores que los orgánicos propiamente dichos. La presente investigación representa el esfuerzo consciente por desandar el camino que nos ha ido conduciendo a la negación misma de los principios de nuestra supervivencia como especie. Es a los médicos y demás profesionales sanitarios a quienes nos toca orientar nuestra actuación apostando por un ejercicio hacia la prevención y protección de nuestros niños mediante ese recurso excepcional que es la lactancia materna.

La leche materna durante siglos ha sido el recurso natural y más inmediato para la alimentación de recién nacidos/as. En todo el mundo y en especial en los países en vías de desarrollo se ha promovido la importancia de la alimentación con leche materna en los primeros meses para favorecer el crecimiento y desarrollo de niños y niñas por sus ventajas inmunológicas, económicas y sociales, además de muchas otras propiedades descubiertas en las últimas décadas.

2.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COMPOSICIÓN Y EL VOLUMEN DE LA LECHE

La composición y el volumen de la leche humana son bastante variables, a causa de las diferentes situaciones nutricionales, psicológicas, fisiológicas o sociológicas que pueden experimentar la madre y el niño. Muchas de estas diferencias son adaptativas. En situaciones de estrés, la adrenalina y la noradrenalina disminuyen el flujo sanguíneo mamario, disminuyendo el aporte de oxígeno, glucosa y ácidos grasos a la glándula. Los factores sociales influyen en la madre a través de mecanismos psicológicos o fisiológicos. Por ejemplo, en una sociedad que no considere de buen gusto dar el pecho en público, en determinadas situaciones puede sentirse incómoda la madre y disminuir la cantidad de leche. Existen variaciones a lo largo del tiempo como se comentó al hablar del calostro, la leche de transición y la leche madura. Parece que esta última aunque mantiene un contenido estable a lo largo del tiempo, puede presentar en lactancias prolongadas una ligera disminución de proteínas y otros nutrientes. También existen diferencias según la edad gestacional, ya que la leche del pretérmino tiene diferente composición que la del término, en las primeras semanas. El volumen de leche y su contenido en grasa se correlacionan negativamente con la edad de la madre. Existen variaciones a lo largo del día, parece que se tiene más leche y con más grasa por la mañana. También a lo largo de la toma, ya que la leche del

final tiene 4 o 5 veces mayor contenido en grasa y el 50% más de proteínas que la del principio. Se han observado diferencias tanto en el volumen como en la composición de la leche entre las dos mamas. Cuanto mayor es el intervalo entre tomas más bajo es el contenido en grasa.

La concentración de proteínas y lactosa de la leche aumentaba al espaciar los embarazos, en países en desarrollo. Un lactante vigoroso, que succiona con frecuencia, aumenta los niveles de prolactina y la secreción láctea de su madre. En poblaciones bien nutridas y entre madres motivadas, la demanda del niño parece ser el mayor determinante del volumen de leche.

El lactante durante los 6 primeros meses necesita un aporte energético equilibrado dado por:

-Proteínas 10 %

-Grasas 30 a 50%

-Carbohidratos 40 a 60 %

A partir de los seis meses cuando se inicia la alimentación suplementaria el aporte energético varía estrechamente.

-Proteínas 12 a 15 %,

-Grasas 30 a 35 %

-Carbohidratos 50 a 65%

En cualquiera de los dos casos el carbohidrato es la principal fuente energética, esto es importante al momento de elegir la mejor alternativa para la alimentación del lactante en base a una fórmula láctea.

2.5 CUIDADOS ESPECIALES

Se ha comprobado que los niños alimentados con fórmula tienen más grasa en los tejidos que aquellos amamantados naturalmente. Por lo tanto, es importante vigilar estrechamente el peso de los bebés para evitar el sobrepeso u obesidad en los primeros años de vida. La leche de fórmula no constituye una alternativa para que el infante suba de peso.

2.6 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. Entre las ventajas de la lactancia materna se pueden exponer las siguientes:

- 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 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.

En la legislación relacionada a la protección de la lactancia materna, se deben establecer también los mecanismos para la supervisión de los derechos de maternidad establecidos en los convenios promulgados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

2.7 Situaciones especiales que impiden la lactancia materna:

La leche materna es el único e ideal alimento para los recién nacidos. Aporta con nutrientes específicos, factores inmunológicos inigualables y fortalece el vínculo materno desde el primer instante de vida extrauterina. Lamentablemente, existen circunstancias específicas que constituyen contraindicaciones para la lactancia materna. Estas condiciones son: recién nacido abandonado, muerte materna, madre portadora del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad grave de la madre, utilización de ciertos medicamentos considerados indispensables

para la salud de la madre, madre consumidora de sustancias ilícitas y, por último, recién nacido con ciertas enfermedades metabólicas. En los casos específicos descritos se puede considerar la alimentación en base de las leches de fórmula. La leche de vaca no está indicada en ninguno de los casos anteriores debido principalmente a su alto contenido de proteínas, sodio y fósforo, los cuales pueden resultar perjudiciales para el riñón y los intestinos del lactante. Además, la administración de este tipo de producto lácteo puede devenir en el desarrollo de intolerancia a las proteínas de la leche de vaca, entidad nosológica que se manifiesta clínicamente con la aparición de diarreas frecuentes, vómito, dolor abdominal y/o meteorismo excesivo.

2.8 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:

- Actualmente existe un marco legal como es la ley de la lactancia materna la cual regula la comercialización de sucedáneos de leche materna.

2.9 LAS ALTERACIONES MÁS COMUNES CAUSADAS POR EL USO DEL BIBERÓN SON:

2.9.1 Deglución atípica El hábito de alimentación con biberón va íntimamente relacionadas con la deglución atípica, por persistencia de la forma visceral de deglución que debe ser normal en el niño sin dientes (interponiendo la lengua entre los borde alveolares), pero que debe cambiar a una deglución somática con la aparición de los dientes (colocando la lengua en la parte anterior del paladar por detrás de los incisivos superiores). Se deduce que, con el uso de biberones convencionales, el niño no efectúa la succión normal de la lactancia natural y que los músculos orales y periorales no actúan como deberían ser. Con la introducción de la electromiografía se ha podido estudiar las contracciones musculares y ya se saben cuáles son los músculos que intervienen en la lactancia, deglución y masticación.

En el niño lactante la actividad es casi exclusiva del orbicular de los labios y músculos mentoneros, con la aparición de los dientes y la consiguiente masticación se contraen los músculos masticadores. El niño alimentado con biberón presenta una actividad muscular anormal y se acostumbra a una deglución atípica.

2.9.2 Trastornos en el crecimiento y desarrollo de los maxilares

Según estudios realizados en la Universidad Nacional de Colombia el niño que se alimenta por medio del seno materno utiliza por lo menos 60 veces más energía ingiriendo su alimento que aquel que toma de un biberón. El primero debe abrir su boca más ampliamente, mover su mandíbula hacia atrás y adelante, y apretar sus encías para extraer la leche. Se ha encontrado

que el músculo digástrico en bebés es dos veces más fuerte que en adultos con el fin de llevar a cabo esta labor. Como estos músculos son ejercitados extremadamente al succionar, su constante esfuerzo provee una importante influencia sobre el crecimiento fisiológico de la mandíbula. Esto no ocurre durante la succión del biberón, lo que ocasiona una serie de procesos que incluyen la modificación.

Anatómica de los arcos, la ubicación inadecuada de los dientes en erupción, el apiñamiento dental entre otros.

2.9.3 Confusión de pezones

Con el biberón el niño no cierra los labios con tanta fuerza y éstos adoptan forma de "O", no se produce el vacío bucal, se dificulta la acción de la lengua, la cual se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche, se mantiene plana hay menor excitación a nivel de la musculatura bucal que tenderá a convertirse en hipotónica y no favorecerá el crecimiento armonioso de los huesos y cartílagos, quedando el maxilar inferior en su posición distal. Un niño que aprende a chupar de un biberón puede desarrollar confusión de pezones, al pretender agarrar la areola y el pezón, como si se tratara de una tetilla de caucho. Esto trae con frecuencia problemas de amamantamiento y fracasos en la lactancia. Además por la cantidad de leche que sale por la mamila. Los niños y niñas respiran generalmente por vía oral. Recordemos que es a partir del nacimiento que diversos factores pueden afectar positiva o negativamente estos procesos. Los seres humanos nacen preparados para el reflejo de succión y deglución por una necesidad alimentaria pero también afectiva. La historia natural en las personas y otras especies muestra que esta necesidad alimentaria y de afecto se suple a través de la lactancia materna, lo

cual nos hace pensar que la lactancia natural hace parte de este conjunto sinérgico y que su ausencia o presencia en él, lo afectaría de manera positiva o negativa.

2.9.4 La lactancia Natural es un factor protector de la salud oral

El amamantamiento se realiza en 2 fases, en la primera hay aprehensión del pezón y la areola, cierre hermético de los labios, el maxilar inferior desciende algo y en la región anterior se forma un vacío, permaneciendo cerrada la parte posterior por el paladar blando y parte posterior de la lengua. En la segunda fase avanza el maxilar inferior de una posición de reposo hasta colocar su borde alveolar frente al superior. Para hacer salir la leche, el maxilar inferior presiona al pezón y lo exprime por un frotamiento anteroposterior. La lengua adopta forma de cuchara, deslizándose por ella, la leche hasta el paladar blando. El amamantamiento es un estímulo que favorece al maxilar inferior para avanzar de su posición distal con respecto al superior a una posición mesial. Es el llamado primer avance fisiológico de la oclusión. De esta manera se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. Con la ejercitación de los masticadores y faciales principalmente el orbicular de los labios en el acto de lactar, disminuye el 50 % de cada uno de los indicadores de mal oclusión dentarias (apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias, etcétera que afectan la estética y la función dentofacial del niño. Además:

- Incrementa la resistencia del esmalte y demás tejidos duros del diente, por la mejor absorción de calcio y flúor, gracias a las características de las grasas en la leche materna.
- Aumenta la secreción salival, manteniéndose un PH adecuado en la cavidad bucal, lo que también contribuye a disminuir la incidencia a caries

- Al lactar de forma exclusiva hasta los seis meses y no usar el biberón, aún después se evitan las caries de biberón propiciadas por la leche azucarada y otros alimentos endulzados ingeridos por esa vía.
- La estabilidad psicológica del niño proporcionada por la lactancia natural contribuye a disminuir la prevalencia de hábitos bucales incorrectos que provocan serias maloclusiones que afectan la estética y función buco facial.
- Los elementos inmunológicos adquiridos durante la lactancia evitan estados alérgicos e infecciones respiratorias que generalmente provocan respiración bucal y anomalías dentofaciales
- El incremento del movimiento mandibular durante la lactancia con la función incrementada de músculos propulsores y de cierre, evita retrognatismos mandibulares, obteniéndose mejor relación entre el maxilar y la mandíbula
- La función muscular durante la lactancia favorece el mejor desarrollo de los maxilares y facilita la erupción y alineación de los dientes.
- Los 80% de los niños y niñas amamantados exclusivamente con Leche materna rechazan el biberón y por lo tanto este no es un factor de riesgo. Por lo anterior, aun en los casos de labio fisurado o paladar hendido se recomienda la lactancia natural.

2.10 SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA: todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica a las leches artificiales de la siguiente manera:

- Fórmulas de inicio (infantes de 0 a 6 meses).
- Fórmulas de continuación (niños de 6 a 12 meses)
- Fórmulas de crecimiento (niños mayores de 1 año)
- Fórmulas especiales:
 - fórmulas para niños prematuros
 - fórmulas sin lactosa
 - fórmulas de soya
 - fórmulas antirreflujo
 - fórmulas hipoalergénicas

3. SISTEMA DE HIPOTESIS

3.1 HIPOTESIS DE TRABAJO

Hi: Los niños menores de un año que reciben lactancia materna presentan menos morbilidades que los que no la reciben, que consultan en las UCSF Gotera, UCSF Jucuapa y UCSF El Sauce.

3.2 HIPOTESIS NULA

Ho: Los niños que reciben lactancia materna se enferman más que los que no reciben lactancia materna, que consultan en las UCSF Gotera, UCSF Jucuapa y UCSF El Sauce.

3.3 HIPOTESIS ALTERNA

Ha: No hay diferencia en las morbilidades que presentan los niños que reciben lactancia materna como en los que no reciben lactancia materna.

3.4 UNIDAD DE ANALISIS

Niños menores de 1 año

3.5 VARIABLES

Variable independiente: -lactancia materna

Variable dependiente: morbilidad

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Según el periodo y frecuencia del estudio fue transversal:

Porque el estudio de las variables se realizó durante el periodo de junio a agosto, además se recopiló información una sola vez para cada usuario

Según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue descriptivo:

Porque se hizo una descripción de las morbilidades más frecuentes que los niños presentaron y quienes de los dos grupos a comparar se enfermaron más.

El estudio fue comparativo

Se compararon las morbilidades presentadas por los niños que recibieron lactancia materna versus los que no la recibieron

4.2 POBLACION O UNIVERSO:

TABLA N° 1: Menores de un año que está inscrito en las unidades de salud de Gotera, El Sauce, y Jucuapa.

UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD	POBLACION
FAMILIAR	
SAN FRANCISCO GOTERA	541
JUCUAPA	389
EL SAUCE	88
TOTAL	1018

FUENTE: Censo familiar de cada UCSF, del cual se obtienen los datos para realizar el plan operativo anual de cada UCSF donde se plantea el número de niños que asisten a control por mes.

4.3 MUESTRA

La muestra se determinó con la siguiente formula estadística:

$$n: \frac{Z^2 PQN}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

Donde:

Z: 1.96 el cual corresponde a una confianza del 95%

E: error de muestra 0.05

n: universo (3.989)

P: probabilidad de éxito 0.5

Q: probabilidad de fracaso 0.5

Datos:

Z: 1.96

E: 0.05

P: 0.5

Q: 0.5

N: población de niños menores de un año en estudio

n: $\frac{Z^2 P Q N}{E^2}$

$(N-1) E^2 + Z^2 P Q$

n: $\frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (1018)}{(0.05)^2}$

$(1018-1)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)$

n: $\frac{(3.84) (0.5) (0.5) (1018)}{(0.0025)}$

$(1017)(0.0025) + (3.84) (0.5) (0.5)$

n: 977.28

3.50

n: 279

CÁLCULO DE LA SUB-MUESTRA

Sub-muestra= muestra x total de universo de u/s

Universo global

UCSF Gotera: $\frac{279 \times 541}{1018} = 148$ (53.2%)

1018

UCSF Jucuapa: $\frac{279 \times 389}{1018} = 106$ (38.2%)

1018

UCSF El Sauce: $\frac{279 \times 88}{1018} = 24$ (8.6%)

1018

TABLA N° 2 Distribución de la muestra

ESTABLECIMIENTO	MUESTRA
UCSF GOTERA	148
UCSF JUCUAPA	106
UCSF EL SAUCE	25
TOTAL	279

FUENTE: censo de pacientes que consultaron en UCSF Gotera, Jucuapa y El Sauce

4.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Todo niño/a menor de un año que consulto por morbilidad o control infantil en las UCSF en estudio.
- Niños que asistieron con su madre

- Que la madre haya aceptado participar en el estudio.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

Madre sordomuda

Niño con inmunodeficiencia

Madre con retraso mental

Niños con malformaciones que contraindiquen la lactancia materna

Prematurez

4.5 TIPO DE MUESTREO

La técnica de muestreo que se utilizó en la investigación es de tipo aleatorio simple porque todos los usuarios tienen la misma probabilidad de ser estudiados ya que fueron elegidos en base a su asistencia a los controles infantiles o consulta por morbilidad en las unidades incluidas en el estudio.

4.6 TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION

A. Documental Bibliográfica:

Permitió la recolección de información de: libros, diccionarios, documentos del ministerio de salud, estos permiten hacer una recopilación adecuada de datos que permiten redescubrir hechos, sugerir problemas, orientar hacia otras fuentes de investigación, orientar sobre cómo elaborar instrumentos de investigación y elaboración de hipótesis.

4.7 TECNICA DE TRABAJO DE CAMPO:

La entrevista: por medio de la cual se recopila información sobre una parte de la población denominada muestra

4.8 INSTRUMENTO

Una cedula de entrevista conformada por 23 preguntas de múltiple escoge y cerradas

4.9 PROCEDIMIENTO

4.9.1 PLANIFICACION

En el departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos todos los estudiantes egresados de la carrera Doctorado en Medicina y el coordinador del proceso de graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde en primera instancia se eligió el tema a investigar, se elaboró un perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo y fue presentado de forma escrita al cual se le realizaron correcciones señalados por la asesora y posteriormente se elaboró el protocolo de investigación en el cual de acuerdo a su diseño metodológico se realizara el trabajo de campo, previa aprobación por las autoridades correspondientes.

4.9.2 EJECUCION

La población estudiada fue de 279 niños/as menores de un año distribuidas de la siguiente manera 148 de la UCSF GOTERA, de la UCSF JUCUAPA 106 y 25 de la UCSF EL SAUCE en el periodo de junio a agosto de 2015.

El trabajo se realizó cuando las madres llevaron a sus niños/as a control infantil o consulta por morbilidad en las respectivas unidades en donde se les explico en que consistió el estudio y si estaban dispuestas a participar, posteriormente se les proporciono el consentimiento informado y se les paso la cedula de entrevista.

4.9.3 VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Previo a la ejecución de la investigación se realizó la validación el día 26 de Junio de 2015 en la UCSF de Chilanga del departamento de Morazán donde se pasó el instrumento a 15 madres que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas para posteriormente modificarlas de acuerdo a los resultados.

4.9.4 RECOLECCION DE DATOS

La población estudiada fue de 279 pacientes menores de 1 año distribuidas de la siguiente manera: 148 pacientes que consultaron en UCSF Gotera del departamento de Morazán, 106 pacientes que consultaron en UCSF Jucuapa departamento de Usulután y 25 pacientes que consultaron en UCSF El Sauce La Unión. Llevándose a cabo en el periodo comprendido desde el 03 de agosto hasta 31 de agosto de 2015

4.9.5 TABULACIÓN, ANÁLISIS, E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Una vez completada la recolección de datos se procedió a la tabulación de los mismos para poder realizar el análisis y la interpretación utilizando el programa SPSS V

4.9.6 PLAN DE ANALISIS

Después de recolectada la información se procedió a la codificación de los datos en el programa SPSS en su versión 19 lo que permitió la elaboración de cuadros y gráficas para proceder al análisis e interpretación de los resultados, con el mismo programa se realizó la prueba de hipótesis.

4.10 RIESGOS Y BENEFICIOS:

RIESGOS: que las madres de los pacientes no quisieran participar en el estudio

BENEFICIOS: el beneficio directo es a través de un documento de investigación científica que beneficiara positivamente a las instituciones de salud y a fines a la salud.

4.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las personas incluidas en el estudio participaron voluntariamente y se les paso una cédula de entrevista la cual fue llenada por las investigadoras. La participación de la población fue anónima; a quienes previamente se les explico en qué consiste el estudio, para que con su consentimiento pudieran ser entrevistadas y que permitiera el llenado del instrumento de investigación.

5. RESULTADOS

5.1 TABULACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DE LA GUIA DE ENTREVISTA REALIZADA A LAS MADRES EN ESTUDIO

Este apartado se divide en 5 partes: la primera parte corresponde a los datos generales de la madre, la segunda parte los datos generales del niño, la tercera parte a las prácticas de alimentación, cuarta parte conocimientos y quinta parte a las patologías.

TABLA N° 3 DATOS GENERALES DE LAS MADRES QUE FORMARON PARTE DEL ESTUDIO

DATOS GENERALES DE LAS MADRES	CARACTERISTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROCEDENCIA	Urbano	178	63.8
	Rural	101	36.2
	TOTAL	279	100
EDAD DE LA MADRE	Menor de 18 años	83	29.7
	Entre 18 y 35 años	182	65.2
	Mayor de 35 años	14	5
	TOTAL	279	100
ESTADO FAMILIAR	Soltera	72	25.8
	Casada	68	24.4
	Viuda	0	0
	Unión estable	139	49.8

	Divorciada	0	0
	TOTAL	279	100
OCUPACION	Ama de casa	118	42.3
	Comerciante	87	31.2
	Estudiante	70	25.1
	Secretaria	2	0.7
	Profesora	2	0.7
	TOTAL	279	100
SABE LEER Y ESCRIBIR	Si	255	91.4
	No	24	8.6
	TOTAL	279	100
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Primaria	64	22.9
	Secundaria	155	55.6
	Bachillerato	59	21.1
	Universitaria	1	0.36
	TOTAL	279	100
PARIDAD	Primípara	143	51.3
	Múltipara	113	40.5
	Gran múltipara	23	8.2
	TOTAL	279	100
LUGAR DE LA ENTREVISTA	UCSF GOTERA	148	53
	UCSF JUCUAPA	106	38
	UCSF EL SAUCE	25	9

	TOTAL	279	100
--	--------------	------------	------------

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

En la tabla anterior se observa los datos generales de las madres de los niños que participaron en el presente estudio: datos generales, características, frecuencia y porcentaje; en cuanto a la procedencia se observa que el 63.8% vienen del área urbana mientras el 36.2% vienen del área rural. En cuanto a la edad de las madres se observa que el 29.7% tiene menos de 18 años de edad, el 65.2% anda entre 18 y 35 años, mientras que el 5% tiene más de 35 años. En cuanto al estado familiar el 25.8% son solteras, el 24.4% son casadas y el 49.8% tienen una unión estable. En cuanto a su ocupación el 42.3% son amas de casa, el 31.2% son comerciantes, el 25.1% son estudiantes, el 0.7% son secretarias y 0.7% son profesores .en cuanto a su alfabetización el 91.4% sabe leer y escribir mientras que el 8.6% no sabe leer ni escribir. Con respecto a su nivel de escolaridad el 22.9% estudio primaria el 55.6% estudio secundaria, el 21.1% estudio bachillerato y el 0.36% tiene nivel universitario. En cuanto a la paridad el 51.3% es primípara, el 40.5% es multípara y el 8.2% son gran multíparas.

INTERPRETACION

La mayor parte de la población proviene del área urbana, las mayorías de las madres encuestadas tienen entre 18 y 35 años, teniendo el mayor porcentaje de estos, una unión estable y la mayoría de las mujeres encuestadas son amas de casa, lo cual influye en el tipo de lactancia que reciben los niños. Como se puede observar las madres que trabajan fuera de casa es un porcentaje mínimo. Más del 90% de las madres saben leer y escribir esto ayuda al momento de dar instrucciones a la madre sobre lactancia materna para que pueda seguir las recomendaciones que

se le sugieren sobre lactancia materna. La mayoría de las encuestadas son primíparas. Además la mayoría de las encuestadas son de la UCSF de San Francisco Gotera.

TABLA N° 4 DATOS GENERALES DEL NIÑO

DATOS GENERALES DEL NIÑO	CARACTERISTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD DEL NIÑO	Menor de 6 meses	169	60.6
	Mayor de 6 meses	110	39.4
	TOTAL	279	100
SEXO	Femenino	171	61.3
	Masculino	108	38.7
	TOTAL	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

En la tabla anterior se encuentran los datos generales de los niños estudiados como son edad y sexo donde se puede apreciar que el 60.6% de los niños son menores de 6 meses y el 39.4% son mayor de 6 meses. En cuanto al sexo el 61.3% son del sexo femenino mientras el 38.7% son del sexo masculino.

INTERPRETACION

El mayor porcentaje de los lactantes corresponde a menores de 6 meses, y es la edad donde se recomienda la lactancia materna exclusiva; se evidencia que el sexo femenino predomino sobre el masculino

TABLA N° 5 AMAMANTA USTED A SU NIÑO

Amamanta usted a su niño	Frecuencia	Porcentaje
SI	241	86.4
NO	38	13.6
TOTAL	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

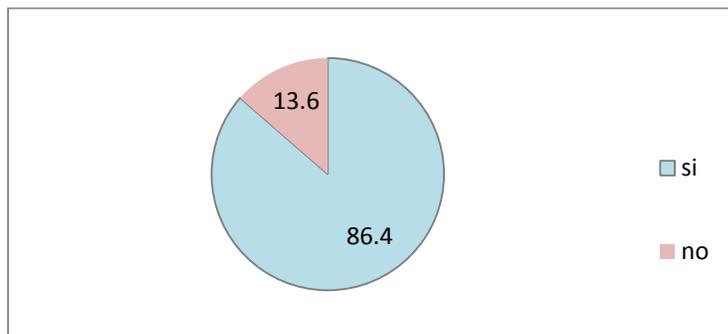
ANALISIS

Podemos observar que el 86.4% corresponde a madres que amamantan a sus hijos corresponde al 86.4% de la población entrevistada, independientemente de la edad del infante y solo el 13.6% restante no dio lactancia materna.

INTERPRETACION

Se evidencia que la mayoría de madres amamantan a sus hijos independientemente del tipo de lactancia que hagan uso, pero aún existe un porcentaje mínimo que no dio lactancia, a pesar de la alta promoción y campañas que promueven el uso de la lactancia materna.

GRAFICA N°1 AMAMANTA USTED A SU NIÑO



Fuente: tabla n° 5

TABLA N° 6 TIPO DE LACTANCIA

Tipo de lactancia que hace uso	Frecuencia	Porcentaje
solo pecho	76	27.2
pecho y fórmula	12	4.3
pecho y agua	52	18.6
pecho y comida	105	36.2
sin lactancia	38	12.6
Total	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

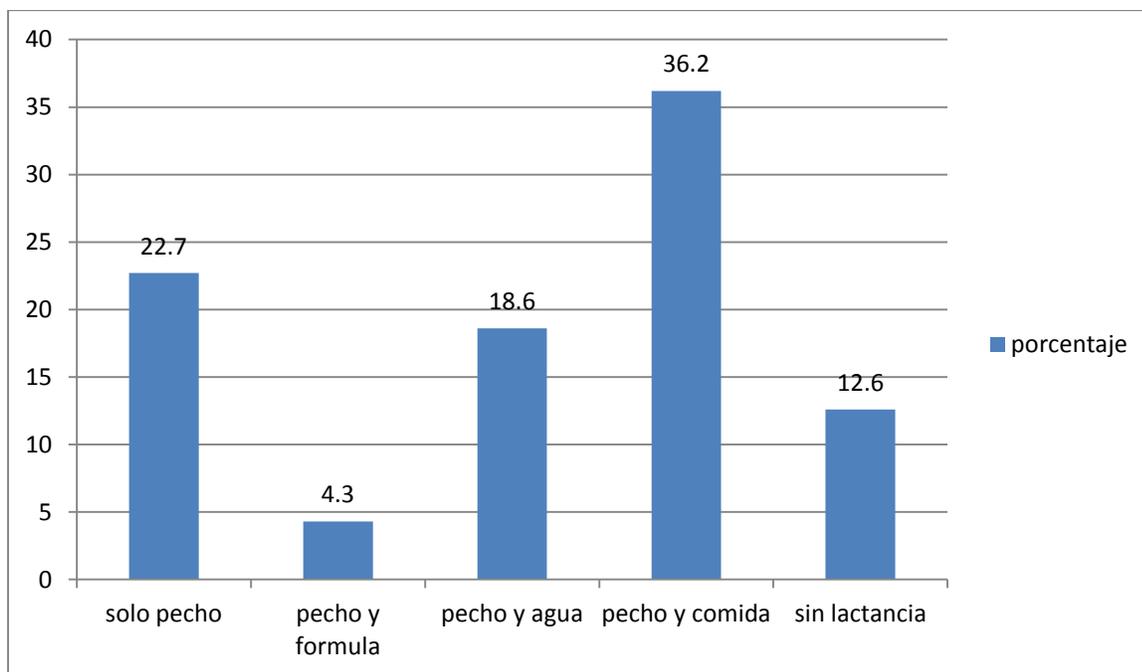
ANALISIS

Del total de la población encuestada el 27.2% dio solo pecho, el 4.3% da pecho y agua, el 18.6% da pecho y fórmula y el 37.9% incluye comida además de la lactancia

INTERPRETACION

El porcentaje de lactancia materna exclusiva sigue siendo bajo, ya que la mayoría introdujo otro tipo de alimentos, ya sea estos: agua, formulas o comida antes de los 6 meses contribuyendo con esto a tener mayor riesgo de malnutrición y ser más propensos a presentar patologías como diarreas.

GRAFICO N° 2 TIPO DE LACTANCIA



Fuente: tabla n° 6

TABLA N° 7 DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Duración	Frecuencia	Porcentaje
2 meses	19	6.81
3 meses	16	5.73
4 meses	85	30.5
5 meses	57	20.43
6 meses	64	22.9
No dio	38	13.6
Total	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

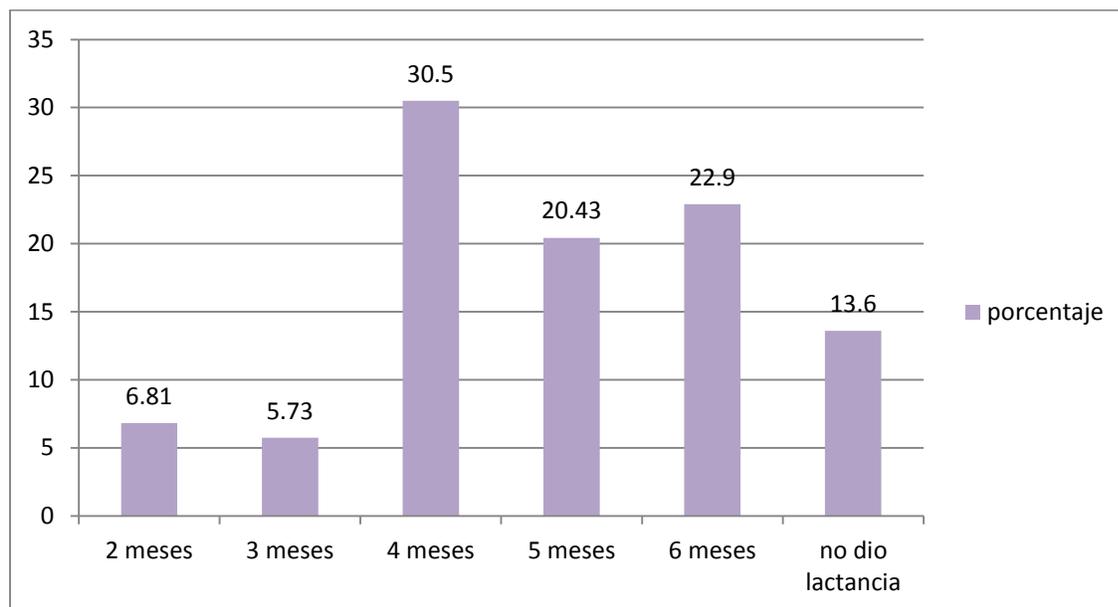
ANALISIS

Se evidencia en la tabla anterior que el 30.5% de las madres dio de mamar durante 4 meses, seguido de las que lo hicieron durante 6 meses con un 22.9% y del 20.43% las que amamantaron hasta los 5 meses. La minoría de las madres dieron lactancia hasta los 2 meses con 6.8% y hasta los 3 meses fue el 5.73%.

INTERPRETACION

A pesar de que el 86.4% amamanto a su niño el porcentaje de niños que recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses sigue siendo bajo tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud, evitando con esto la desnutrición u obesidad que son un verdadero problema de salud pública por las repercusiones que conlleva en el individuo.

GRAFICA N°3 DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



Fuente: Tabla n°7

TABLA N°8 RAZON POR LA QUE NO DIO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES

Razón	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	70	25.09
Estudia	20	7.17
No produce leche	64	22.93
El niño no quiere	42	15.05
Me enferme	19	6.81
Si dio LME	64	22.93
Total	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

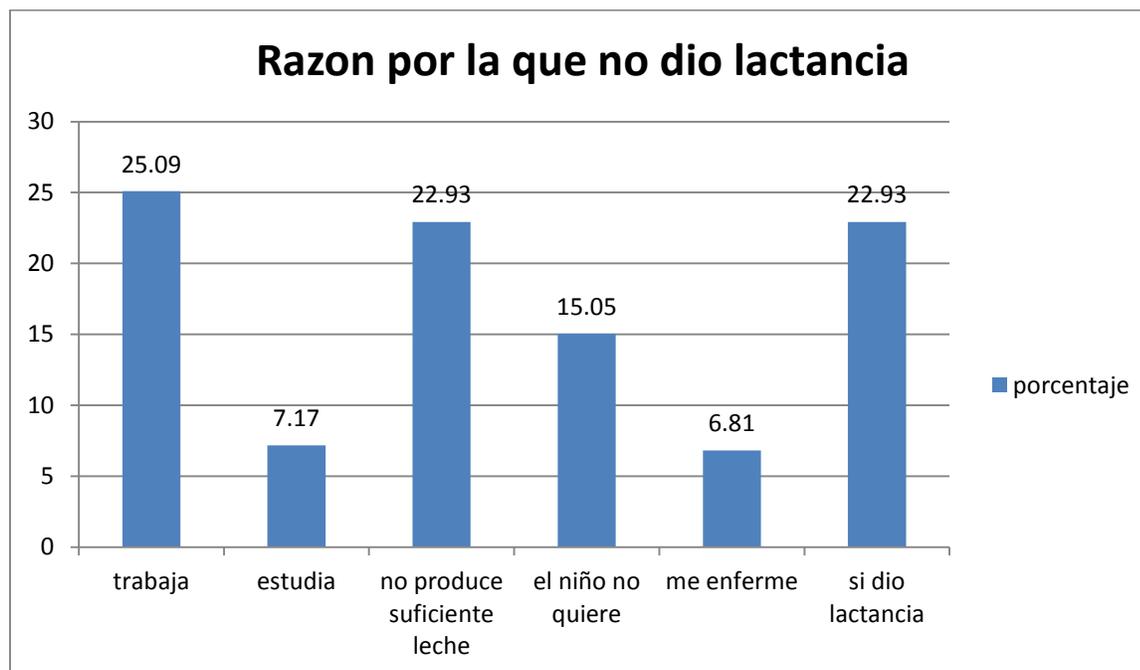
De las respuestas obtenidas para esta pregunta el 25.09% asegura que la causa principal para no dar de mamar es que trabaja, el 22.93% aseguran que no producen leche, el 15.05% respondió que el niño no quiere pecho, el 25.09% no da de mamar por que trabaja, el 7.17% estudia y el 6.81% restante porque se enfermaron.

INTERPRETACION

Las respuestas dadas por las personas que no dieron lactancia materna exclusiva son por falta de conocimiento y apoyo para poder hacerlo ya que para aumentar la producción de leche se necesita la succión frecuente del niño, además el desconocimiento de que es el calostro hace pensar a la madre que su producción es poca. En cuanto al niño que no quiso tomar el seno materno esto puede deberse a la mala posición para amamantar o a la confusión de pezones producida por la introducción del biberón, lo que hace que el niño rechace el pecho, otra situación para este rechazo puede deberse a la congestión nasal o al apareamiento de moniliasis oral.

Al ignorar la madre que la leche materna se puede extraer y conservar a temperatura ambiente o refrigerada hace que no se amamante al niño.

GRAFICA N°4 RAZON POR LA QUE NO DIO LACTANCIA MATERNA



Fuente: tabla n° 8

TABLA N° 9 SABE USTED HASTA QUE EDAD SE LE DA SOLO PECHO AL NIÑO

Sabe usted hasta que edad se le da solo pecho al niño	Frecuencia	Porcentaje
2 meses	3	1.1
4 meses	98	35.1
6 meses	147	52.7
1 año	31	11.1
Total	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

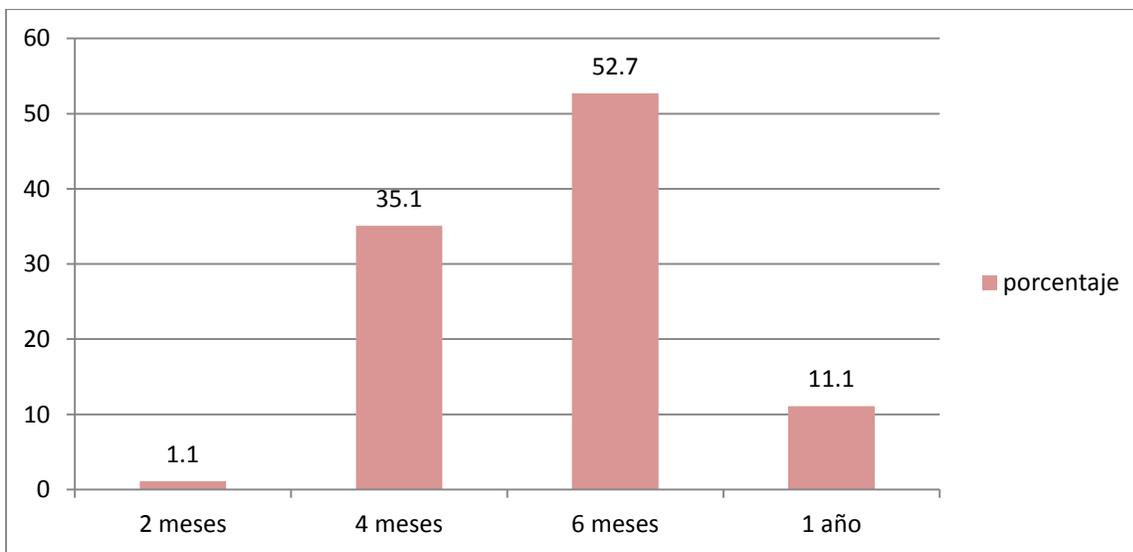
ANALISIS

De esta pregunta observamos que el 52.6% respondió que se da pecho hasta los 6 meses, el 35.1% cree que hasta los 4 meses, el 11.1% da hasta el año de vida y el 1.1% solo hasta los 2 meses.

INTERPRETACION

A pesar de que el 52.7% de las madres encuestadas conocen hasta que edad se les debe dar solo pecho al niño no lo ponen en práctica ya sea porque trabajan y no cuentan con el apoyo necesario en sus trabajos o por desconocimiento de que existe una ley de lactancia materna, otras refieren que estudian y desconocen como extraer y conservar la leche materna.

GRAFICA N°5 SABE USTED HASTA QUE EDAD SE LE DA SOLO PECHO AL NIÑO



Fuente:

tabla n°9

TABLA N°10 EDAD DE ABLACTACION

A qué edad comenzó a dar otro tipo de alimentación	Frecuencia	Porcentaje
2 meses	51	18.3
4 meses	121	43.4
6 meses	30	10.8
Aún no ha comenzado	77	27.6
Total	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

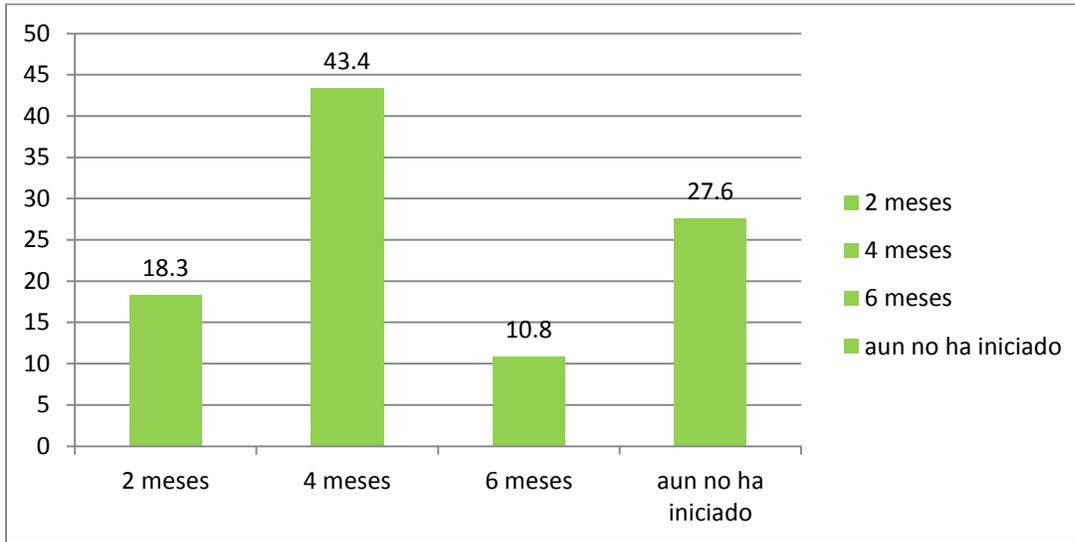
ANALISIS

Del total de madres encuestadas que si dan Lactancia Materna el 43.3% incluye otros alimentos a los 4 meses de edad, 27.6% no ha incluido otra alimentación después de los 6 meses de vida, el 18.2% la inicia a los 2 meses y el 10.7% inicia al cumplir los 6 meses.

INTERPRETACION

Con respecto a los resultados obtenidos en esta pregunta podemos decir que incluso estando al tanto las mujeres encuestadas introducen alimentos incluso mucho antes de los 6 meses de vida influyendo directamente en la aparición temprana de enfermedades respiratorias o entéricas

GRAFICA N°6 EDAD DE ABLACTACION



Fuente: tabla n°10

TABLA N°11 CONOCE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Conoce los beneficios que la lactancia materna trae para su bebé	Frecuencia	Porcentaje
Si	204	73.1
No	75	26.9
Total	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

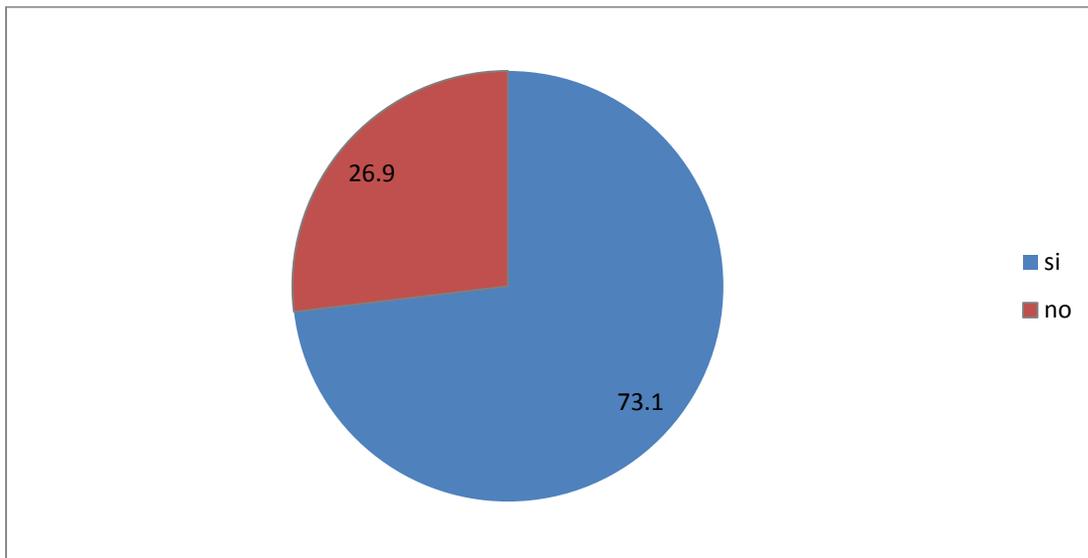
ANALISIS

Del total de la población encuestada el 73.1% afirma conocer los beneficios que la lactancia materna tiene para sus hijos y el 26.8% los desconoce.

INTERPRETACION

Es importante resaltar el hecho de que la información que se brinda a la población realmente es captada por los sectores en los que se desea hacer énfasis pero al mismo tiempo constatamos el hecho de que las mujeres que amamantan conozcan los beneficios de la leche materna dista mucho de la realidad y de las prácticas que estas mismas mujeres realizan cada día

GRAFICA N°7 CONOCE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: tabla n°11

TABLA N°12 CREE USTED QUE ES MAS SALUDABLE QUE SU BEBE RECIBA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS PRIMEROS 6 MESES

Cree usted que es más saludable que su bebé reciba LME en los primeros 6 meses	Frecuencia	Porcentaje
Si	275	98.6
No	4	1.4
Total	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

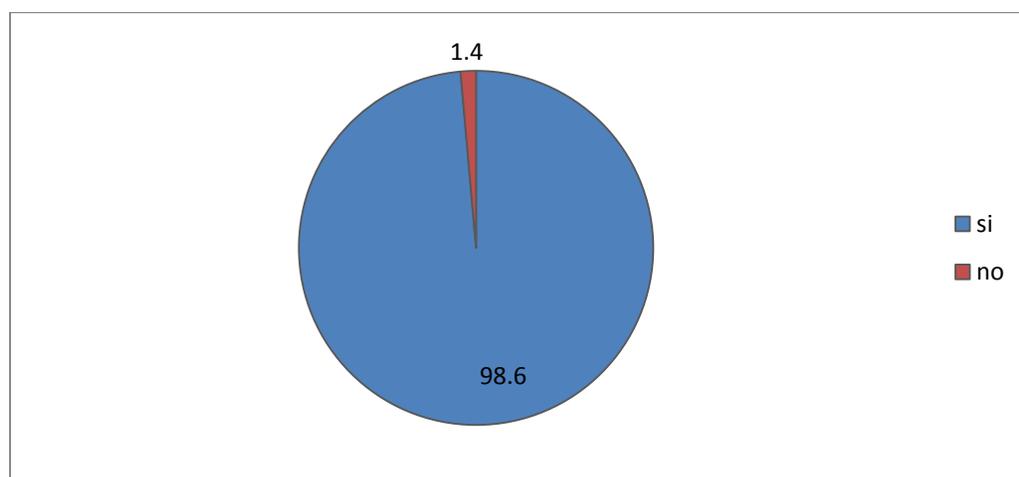
Con respecto a esta pregunta el 98.6% de los encuestados está de acuerdo en que es saludable que los bebés reciban Lactancia Materna en los primeros 6 meses de vida.

Solo el 1.4% de los encuestados considera que no es así.

INTERPRETACION

Las madres encuestadas están al tanto de que lo más recomendable es dar pecho de manera continuada durante los primeros 6 meses de vida por los beneficios ya conocidos de esta práctica pero en este sentido son muchos los factores en nuestro medio que juegan un papel importante para que esto no se lleve a cabo, principalmente los socio-culturales, falta de apoyo familiar, apoyo en el trabajo.

GRAFICA N°8 CREE USTED QUE ES MAS SALUDABLE QUE SU BEBE RECIBA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS PRIMEROS 6 MESES



Fuente: tabla n°12

TABLA N°13 HA ENFERMADO SU NIÑO DE DIARREA

Ha enfermado su niño de diarrea	Frecuencia	Porcentaje
Si	125	44.8
No	154	55.2
Total	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANALISIS

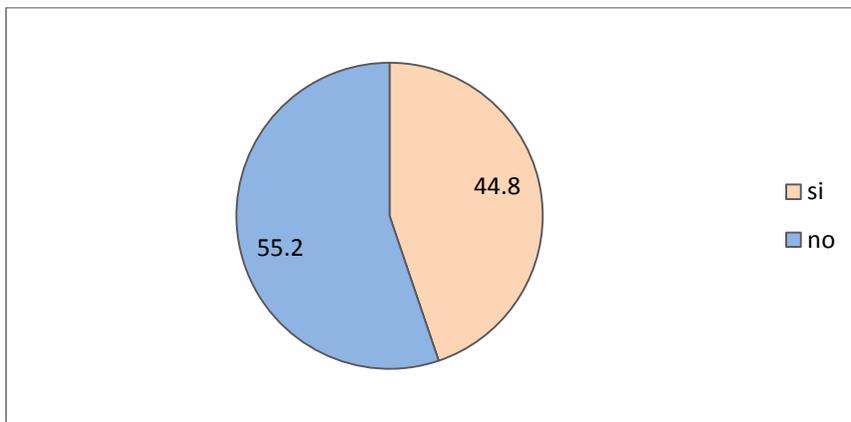
Las respuestas de esta pregunta nos muestran que el 44.8% de las madres afirma que su hijo se ha enfermado de diarrea en algún momento del primer año de vida.

El 55.2% restante no ha padecido dicha enfermedad.

INTERPRETACION

La enfermedad diarreica es una de las que predomina en la infancia y respecto a esto se pudo evidenciar durante el estudio que los niños que no recibieron lactancia materna o a quienes se les inició la alimentación con otras sustancias de manera más temprana son los que estuvieron expuestos a padecer dicha enfermedad en una o más ocasiones.

GRAFICA N°9 SE HA ENFERMADO SU NIÑO DE DIARREA



Fuente: tabla n°13

TABLA N°14 CUANTAS VECES SE HA ENFERMADO SU NIÑO DE DIARREA

Número de veces	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	65	23.30
2 veces	47	16.84
3 veces	11	3.94
Más de 3 veces	1	0.36
No se han enfermado	155	55.55
Total	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

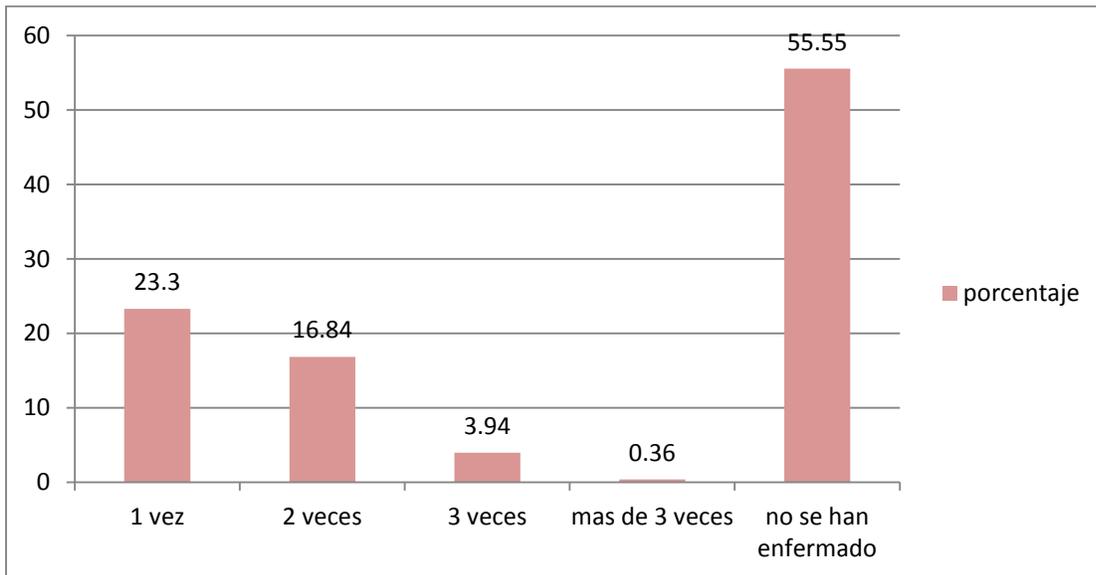
ANALISIS

Del total de madres encuestadas, que respondieron que sus niños han padecido de diarrea el 23.3% respondió que su hijo ha enfermado de diarrea por lo menos 1 vez durante el primer año de vida, el 16.84% asegura que sus hijos han enfermado al menos 2 veces, el 3.94% de los niños han enfermado 3 veces y el 0.36% ha enfermado más de 3 veces durante el primer año de vida.

INTERPRETACION

El 44.8% de los niños encuestados han padecido de diarrea pudiendo ser causada por introducción de alimentos a muy temprana edad, utilización de agua no apta para el consumo humano, mala preparación de fórmulas, procesos virales, bacterianos, malos hábitos higiénicos, entre otros.

GRAFICA N°10 CUANTAS VECES SE HA ENFERMADO SU NIÑO DE DIARREA



Fuente: tabla n°14

TABLA N°15 HA SIDO INGRESADO SU NIÑO POR DIARREA

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	11.3
No	247	88.7
Total	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

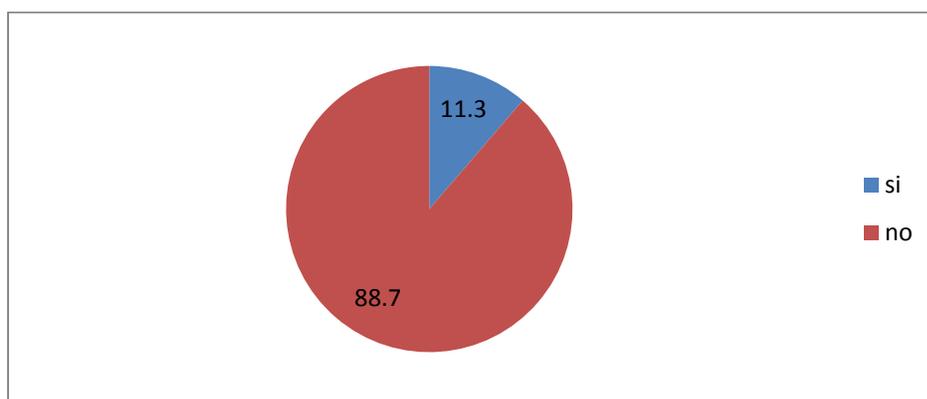
ANALISIS

Del total de la población encuesta y que ha enfermado de diarrea, el 88.7% de los niños la ha padecido pero no han sido ingresados y el 11.2% ha tenido que ingresarse por lo menos una vez.

INTERPRETACION

Aunque la mayoría de los niños no es ingresado por diarreas hay un porcentaje importante de pacientes que si amerita atención hospitalaria debido a su estado de salud.

GRAFICA N°11 HA SIDO INGRESADO SU NIÑO POR DIARREA



Fuente: tabla n°15

TABLA N°16 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE HA PADECIDO SU NIÑO

Su niño se ha enfermado de	Frecuencia	Porcentaje
Gripe	179	64.1
Neumonía	27	9.7
Bronquitis	25	9.0
Todas	3	1.1
Ninguna	45	16.1
Total	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

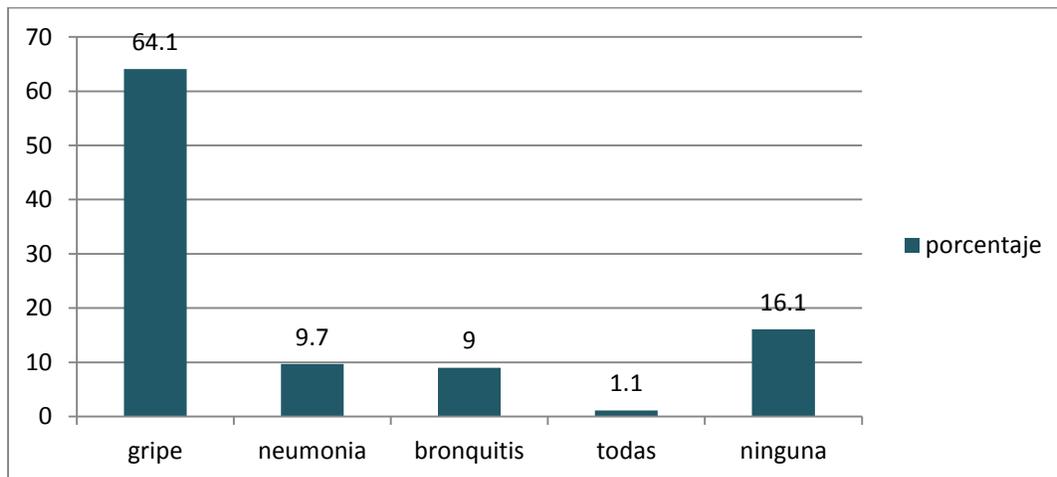
Del total de madres encuestadas la mayoría, que corresponde al 64.1% refiere que su hijo/a ha enfermado de gripe, el 16.1% de madres refiere que sus hijos no ha padecido ninguna de estas enfermedades, el 9.6% ha padecido de neumonía, el 8.9% ha enfermado de bronquitis y el 1% ha padecido todas las anteriores.

INTERPRETACION

Al igual que con las diarreas, la frecuencia y el riesgo que los niños tienen de padecer infecciones respiratorias independientemente si son leves o graves se relaciona directamente con la inclusión de alimentos en edades tempranas o por falta de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida ya que la lactancia materna por sus componentes inmunológicos ayuda a prevenir las complicaciones de dichas enfermedades. Por otra parte la mayoría de

enfermedades en niños de esta edad son de origen viral y estas pueden ser transmitidas por miembros del núcleo familiar.

GRAFICA N°12 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE HA PADECIDO SU NIÑO



Fuente: tabla n°16

TABLA N°17 HA PADECIDO SU NIÑO DE ALERGIA

Ha padecido su niño de alergia	Frecuencia	Porcentaje
Si	52	18.6
No	227	81.4
Total	279	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

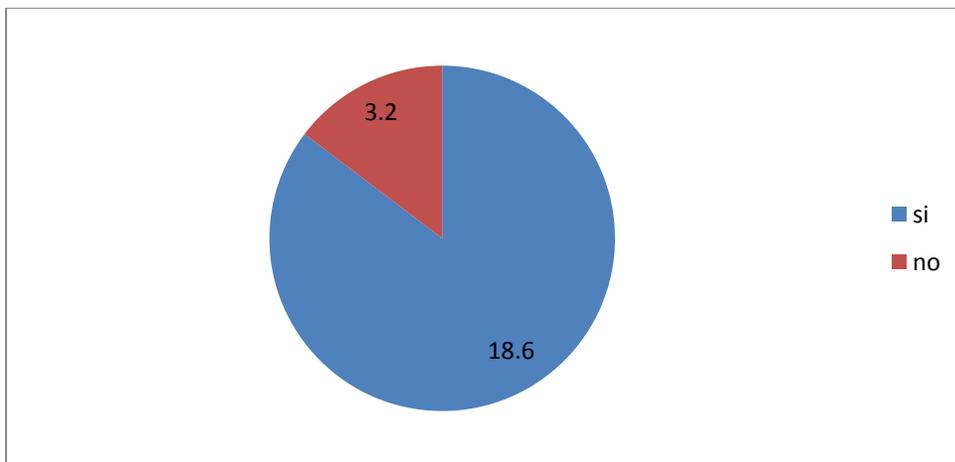
ANALISIS

El 81.3% de las madres encuestadas respondió que sus hijos no padecen de algún tipo de alergias, mientras que el 18.6% de éstas refiere que si padecieron alergias.

INTERPRETACION

El hecho de incluir diversos alimentos en la dieta de los niños en edades tempranas es un factor importante para el padecimiento de alergias de diversos tipos ya que no cuentan con los beneficios y factores inmunoprotectores que brinda la leche materna.

GRAFICA N°13 HA PADECIDO SU NIÑO DE ALERGIA



Fuente: tabla 17

COMPROBACION DE LA HIPOTESIS

TABLA N°18 FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE NIÑOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA VERSUS LOS QUE SE ENFERMARON DE DIARREA

Amamanta a su niño	¿se ha enfermado su niño de diarrea?		Total
	Si	No	
Si	96	145	241
No	29	9	38
Total	125	154	279

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

Del 86.37% de madres que amamantó a sus hijos el 39.8% se enfermó de diarrea, mientras que el 60.2% no se ha enfermado de diarrea; del 13.6% que no amamantó a sus hijos, el 76.3% se enfermó de diarrea, mientras que el 23.7% no se enfermó de diarrea.

INTERPRETACIÓN

Como se puede observar al hacer el cruce de variables los niños que recibieron lactancia materna se enfermaron menos de diarrea que los que no recibieron lactancia materna, al aplicar chi cuadrado nos da un valor de **P=0.000** lo cual es menor que 0.05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la relación entre las variables.

TABLA 18 A PRUEBA DE CHI CUADRADO

	valor	GI	Sig. asintotica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.66	1	0.000
N° de casos validos	279		

Fuente: tabla 18 resultados realizados mediante el programa SPSS 19

TABLA N°19 FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE NIÑOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA VERSUS LOS QUE FUERON INGRESADOS POR DIARREA

Amamanta a su niño	¿ha sido ingresado su niño por diarrea?		Total
	si	No	
si	21	220	241
no	11	27	38
Total	32	245	279

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

Del 86.4% de niños que recibieron lactancia el 8.7% fue ingresado por diarrea, mientras que el 91.3% no tuvo ingresos por diarrea; del 13.6% de niños que no recibió lactancia, el 28.9% fue ingresado por diarrea mientras que el 71.8% no fue ingresado.

INTERPRETACION

Al realizar el cruce de variables podemos observar que el porcentaje de niños que fueron ingresados por diarrea es mayor en el grupo que no recibió lactancia materna al aplicar chi cuadrado nos da un valor de $P=0.009$ lo cual es menor que 0.05 por lo tanto concluimos que las variables son dependientes

TABLA 19 A PRUEBA DE CHI CUADRADO

	valor	GI	Sig. asintotica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.85	1	0.009
N° de casos validos	279		

TABLA N°20 FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE NIÑOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA VERSUS LOS QUE SE ENFERMARON DE GRIPE NEUMONIA, BRONQUITIS

Amamanta a su niño	su niño se ha enfermado de					Total
	gripe	Neumonía	bronquitis	todas	ninguna	
si	162	13	18	3	45	241
no	17	14	7	0	0	38
Total	179	27	25	3	45	279

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

Del 85.3% de niños que recibieron lactancia, el 67.2% ha padecido de gripe, el 5.4% ha padecido de neumonía, el 7.5% ha padecido de bronquitis y el 1.2% ha padecido todas las enfermedades anteriores; el 18.7% no se ha enfermado de ninguna de las anteriores.

Del 14.7% de niños que no ha recibido lactancia, el 44.7% se ha enfermado de gripe, el 36.8% se ha enfermado de neumonía, el 18.4% se ha enfermado de bronquitis

INTERPRETACION

Del cruce anterior podemos observar que el 100% de los niños que no recibieron lactancia materna se enfermó de alguna de las enfermedades antes mencionadas, al aplicar chi cuadrado nos da un valor de $P=0.000$ que es menor que 0.05 por lo tanto concluimos que si hay relación de dependencia entre el no recibir lactancia materna y padecer alguna enfermedad. Por lo tanto se

acepta la hipótesis verdadera la cual refiere que se enferman más los niños que no reciben lactancia materna y se rechaza la hipótesis nula.

TABLA 20-A PRUEBA DE CHI CUADRADO

	valor	GI	Sig. asintotica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48.09	4	0.000
Nº de casos validos	279		

TABLA N°21 FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE NIÑOS QUE RECIBIERON LACTANCIA VERSUS LOS QUE HAN PADECIDO ALERGIAS

Amamanta a su niño	¿ha padecido su niño de alergia?		Total
	si	no	
si	28	213	241
no	24	14	38
Total	52	227	279

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

Del 85.3% de niños que ha recibido lactancia, 11.6% ha padecido de alergias mientras que el 88.4% no ha padecido de alergias; del 14.7% que no recibió lactancia el 63.2% ha padecido de alergias mientras que el 36.8% no las ha padecido.

INTERPRETACION

Del estudio anterior concluimos que los niños que mas padecieron de alergia fueron los que no recibieron lactancia materna, al aplicar chi cuadrado nos da un valor de $P=0.000$ siendo este menor que 0.05 por tanto la lactancia materna es un factor protector para padecer de alergias.

TABLA 21 A PRUEBA DE CHI CUADRADO

	valor	GI	Sig. asintotica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57.49	1	0.000
N° de casos validos	279		

TABLA N°22 FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DEL TIPO DE LACTANCIA RECIBIDA VERSUS LOS QUE HAN PADECIDO DIARREA

Tipo de lactancia que hace uso	¿se ha enfermado su niño de diarrea?		Total
	si	No	
solo pecho	11	65	76
pecho y fórmula	12	0	12
pecho y agua	20	32	52
pecho y comida	54	47	101
sin lactancia	28	10	38
Total	125	154	279

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

Del 27.2% niños que recibió solo pecho, el 14.5% se enfermó de diarrea mientras que el 85.5% no se enfermó de diarrea; del 4.3% que recibió pecho y fórmula el 100% se enfermó de diarrea, del 18.6% que recibió pecho y agua el 38.4% se enfermó de diarrea mientras que el 61.6% no; del 36.2% que recibió pecho y comida el 53.5% se enfermó de diarrea mientras que el 46.5% no se enfermó de diarrea; del 13.6% de niños que no recibió lactancia, el 73.7% se enfermó de diarrea mientras que el 26.3% no se enfermó.

INTERPRETACION

Los niños que menos se enfermaron de diarrea fueron los que recibieron lactancia materna exclusiva mientras que los que se enfermaron más fueron los que recibieron pecho y formula al aplicar chi cuadrado nos da un valor de $P=0.000$ por tanto se concluye que hay relación entre las variables de tipo de alimentación y padecer diarrea.

TABLA 22 A PRUEBA DE CHI CUADRADO

	Valor	GI	Sig. asintotica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60.13	4	0.000
N° de casos validos	279		

Fuente: tabla 22

TABLA N°23 FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DEL TIPO DE LACTANCIA RECIBIDA VERSUS LOS QUE FUERON INGRESADOS POR DIARREA

Tipo de lactancia	¿ha sido ingresado su niño por diarrea?		Total
	si	No	
solo pecho	0	76	76
pecho y agua	2	10	12
pecho y formula	0	52	52
pecho y comida	20	81	101
sin lactancia	10	28	38
Total	32	247	279

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

Del 27.2% de niños que solo recibió pecho el 100% no tuvo ningún ingreso por diarrea, del 4.3% que recibió pecho y fórmula el 16.7% tuvo ingresos por diarrea mientras que el 83.3% no tuvo ingreso; del 18.6 % de niños que recibió pecho y agua ninguno tuvo ingresos por diarrea, del 36.2% que recibió pecho y comida, el 19.8% fue ingresado por diarrea mientras que el 80.2% no tuvo ingresos por diarrea; del 13.6% que no recibió lactancia, el 26.3% tuvo ingresos por diarrea mientras que el 73.7% no tuvo ingresos.

INTERPRETACION

Del porcentaje de niños que recibió solo pecho ninguno fue ingresado por diarrea, los niños que más ingresos por diarrea tuvieron fueron los que no recibieron lactancia. Al aplicar chi cuadrado nos da un valor de $P=0.000$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se concluye que los niños que recibieron lactancia materna se enferman menos

TABLA 23 A PRUEBA DE CHI CUADRADO

	valor	GI	Sig. asintotica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30.88	4	0.000
N° de casos validos	279		

TABLA N°24 FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DEL TIPO DE LACTANCIA QUE RECIBIERON VERSUS SI SE HAN ENFERMADO DE GRIPE, NEUMONIA O BRONQUITIS

Tipo de lactancia	su niño se ha enfermado de					Total
	gripe	Neumonía	bronquitis	todas	ninguna	
solo pecho	43	4	1	0	28	76
pecho y fórmula	10	2	0	0	0	12
pecho y agua	34	6	2	3	7	52
pecho y comida	77	4	10	0	10	106
sin lactancia	15	11	12	0	0	33
Total	179	27	25	3	45	279

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

Del 27.2% de niños que recibió solo pecho, el 56.6% se ha enfermado de gripe, el 5.3% se ha enfermado de neumonía, el 1.3% de niños ha enfermado de bronquitis y el 36.8% no ha padecido ninguna de las enfermedades anteriores; del 4.3% de niños que recibió pecho y fórmula el 83.3% se enfermó de gripe, el 16.7% de neumonía; del 18.6% de niños que recibió pecho y agua, el 65.4% se enfermó de gripe, el 11.5% enfermó de neumonía, el 3.8% enfermó de bronquitis, el 5.8% se ha enfermado de todas las anteriores y el 13.5% no ha padecido ninguna de las enfermedades anteriores; del 36.2% que recibió pecho y comida, el 76.2% se enfermó de gripe, el 4% enfermó de neumonía, el 9.9% de bronquitis y el 9.9% no ha padecido ninguna. Del 13.6% de niños que no recibió lactancia, el 45.5% de niños se enfermó de gripe, el 33.3% de neumonía y el 21.2% enfermó de bronquitis.

INTERPRETACION

La gripe fue el padecimiento más común en los niños encuestados independientemente del tipo de lactancia que hayan recibido, mientras que los niños que no recibieron lactancia fueron los que más se enfermaron de neumonía al aplicar chi cuadrado nos da un valor de $P=0.000$ por tanto se rechaza la hipótesis nula que los niños que reciben lactancia materna se enferman más.

TABLA 24 A PRUEBA DE CHI CUADRADO

	valor	GI	Sig. asintotica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	89.6	16	0.000
N° de casos validos	279		

TABLA N°25 FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DEL TIPO DE LACTANCIA VERSUS LOS QUE SE ENFERMARON DE ALERGIA

Tipo de lactancia	¿ha padecido su niño de alergia?		Total
	si	No	
solo pecho	2	74	76
pecho y fórmula	6	6	12
pecho y agua	6	46	52
pecho y comida	13	88	101
sin lactancia	25	13	38
Total	52	227	279

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

Del 27.2% de niños que solo recibió lactancia materna, el 2.6% ha padecido de alergias mientras que el 97.4% de los niños no ha padecido alergias; del 4.3% de los niños que recibió pecho y fórmulas el 50% ha padecido de alergias y el otro 50% no ha padecido de alergias; del 18.6% que recibió pecho y agua, el 11.5% ha padecido de alergias mientras que el 88.5% no ha padecido de alergias; del 36.2% de niños que recibió pecho y comida, el 12.9% se ha enfermado de alergias mientras que el 87.1% no ha padecido alergias; del 13.6% de niños que no recibió lactancia, el 65.8% se ha enfermado de alergia mientras que el 34.2% no las ha padecido.

INTERPRETACIÓN

Los niños que se enfermaron menos de alergia fueron los que recibieron solo pecho mientras que los que más se enfermaron de alergia fueron los que no recibieron lactancia siendo esta un factor protector al aplicar chi cuadrado nos da un valor de $P=0.000$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo que los niños que reciben lactancia materna se enferman menos.

TABLA 25 A PRUEBA DE CHI CUADRADO

	valor	GI	Sig. asintotica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	71.18	4	0.000
N° de casos validos	279		

TABLA N° 26 EDAD DE INICIO DE ABLACTACION VERSUS SE HA ENFERMADO SU NIÑO DE DIARREA

A qué edad comenzó a dar otro tipo de alimentación	¿se ha enfermado su niño de diarrea?		Total
	Si	no	
2 meses	31	20	51
4 meses	74	47	121
6 meses	4	26	30
aún no ha comenzado	16	61	77
Total	125	154	279

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS

Del 18.3% de niños que comenzaron a recibir otro tipo de alimentación a los 2 meses el 60.8% se ha enfermado de diarrea y el 39.2% no se ha enfermado de diarrea; del 43.4% que recibió otro tipo de alimentación a los 4 meses el 61.2% se ha enfermado de diarrea mientras que el 38.8% no se ha enfermado; del 10.8% que recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses el 13.3% se ha enfermado de diarrea mientras que el 86.7% no se ha enfermado de diarrea; del 27.6% que aún no han iniciado la introducción de otro tipo de alimentación el 20.8% se ha enfermado de diarrea y el 79.2% no se ha enfermado.

INTERPRETACIÓN

Se puede evidenciar que a menor edad de inicio de introducción de otro tipo de alimentación diferente a la lactancia materna mayor es el porcentaje de padecer de diarrea. Al aplicar chi cuadrado nos da un valor de $P=0.000$ por lo tanto la a mayor tiempo de lactancia materna exclusiva menor es el riesgo de enfermarse de diarrea.

TABLA 26 A PRUEBA DE CHI CUADRADO

	valor	GI	Sig. asintotica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48.33	3	0.000
N° de casos validos	279		

TABLA N°27 EDAD DE INICIO DE ABLACTACION VERSUS HA SIDO INGRESADO SU NIÑO/A POR DIARREA

a que edad comenzó a dar otro tipo de alimentación	¿ha sido ingresado su niño por diarrea?		Total
	Si	No	
2 meses	10	41	51
4 meses	21	100	121
6 meses	0	30	30
aún no ha comenzado	1	76	77
Total	32	247	279

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANALISIS

Del 18.3% que recibió alimentos a los 2 meses y que padeció de diarrea el 19.6% tuvo ingresos por diarrea y el 80.4% no fue ingresado; del 43.4% que recibió alimentos desde los 4 meses y padeció diarrea el 17.35% fue ingresado mientras que el 82.65% no; del 10.8% que recibió alimentos hasta los 6 meses ninguno fue ingresado por diarrea; del 27.5% que aún no han iniciado alimentación el 1.3% ha tenido ingresos por diarrea mientras que el 98.7 no ha sido ingresado.

INTERPRETACION

El grupo de niños que más han sido ingresados por diarreas son los que iniciaron la introducción de otro tipo de alimento diferente a la leche materna a los 2 meses de edad y los no tuvieron ingresos por diarrea fueron los que recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad ya que la leche materna ayuda a disminuir la gravedad y los ingresos hospitalarios y esto se comprueba al aplicar el chi cuadrado obteniendo un valor de $P=0.000$

TABLA N°27 A PRUEBA DE CHI CUADRADO

	valor	GI	Sig. asintotica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18	3	0.000
N° de casos validos	279		

TABLA N°28 EDAD DE INICIO DE ABLACTACION VERSUS PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIA

a que edad comenzó a dar otro tipo de alimentación	su niño se ha enfermado de					Total
	gripe	Neumonía	Bronquitis	todas	Ninguna	
2 meses	28	9	7	2	5	51
4 meses	93	12	10	1	5	121
6 meses	15	2	5	0	8	30
aun no ha comenzado	43	4	3	0	27	77
Total	179	27	25	3	45	279

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS:

Del 18.3% que introdujo otro tipo de alimentación a los 2 meses el 54.9% padeció de gripe, 17.6% padeció de neumonía, el 13.7% ha padecido de bronquitis, el 3.9% ha padecido de todas las anteriores y el 9.8% o ha padecido de ninguna; del 43.4% que introdujo alimentos a los 4 meses el 76.9% padeció de gripe, el 9.9 de neumonía, el 8.3% de bronquitis, el 0.8% de todas y el 4.1% de ninguna; del 10.8% que introdujo alimentos hasta los 6 meses el 50% ha padecido de gripe, el 6.7% de neumonía; el 16.7% de bronquitis y el 26.7% no se ha enfermado; del 27.6% que aún no iniciado la introducción de alimentos el 55.8% se ha enfermado de gripe, el 5.2% de neumonía, el 3.9% de bronquitis y el 35.1 no se ha enfermado de ninguna de las patologías anteriores.

INTERPRETACION

En base a la prueba de Chi cuadrado queda demostrado que se acepta la hipótesis verdadera que se refiere a que los niños que reciben lactancia materna se enferman menos que los que no reciben lactancia materna; cuando el grado de significancia estadística es $P < 0.05$, que en este caso es $P = 0.000$ rechazando así la hipótesis nula.

TABLA 28 A PRUEBA DE CHI CUADRADO

	valor	GI	Sig. asintotica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52.58	12	0.000
N° de casos validos	279		

TABLA N°29 EDAD DE INICIO DE ABLACTACION VERSUS HA PADECIDO DE ALERGIA SU NIÑO/A

a que edad comenzó a dar otro tipo de alimentación	¿ha padecido su niño de alergia?		Total
	Si	No	
2 meses	24	27	51
4 meses	22	99	121
6 meses	2	28	30
aún no ha comenzado	4	73	77
Total	52	227	279

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANALISIS

Del 18.3% de niños que recibieron alimentación desde los 2 meses el 47.1% ha padecido de alergia y el 59.2% no ha padecido de alergias; del 43.4% de niños que recibieron alimentos desde los 4 meses el 18.2% ha padecido de alergias mientras que el 81.8% no ha padecido; del 10.8% de niños que recibieron alimentos hasta los 6 meses el 6.7% ha padecido de alergia y el 93.3% no; del 27.6% de niños que aun no han iniciado otro tipo de alimentación diferente a la leche materna el 5.2% ha padecido de alergias mientras que el 94.8% no ha padecido de ellas.

INTERPRETACION

Al realizar la prueba de Chi cuadrado nos da un valor de $P=0.000$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis verdadera que dice que los niños que reciben lactancia materna se enferman más que los que no la reciben.

TABLA N°29 A PRUEBA DE CHI CUADRADO

	valor	GI	Sig. asintotica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39.19	3	0.000
N° de casos validos	279		

DISCUSION

El trabajo de investigación trata sobre la comparación de las morbilidades en niños menores de un año que reciben lactancia materna versus los que no la reciben. En las UCSF Gotera, Jucuapa y el Sauce. Para lo cual se realizó una cedula de entrevista a la madre lactante de los niños menores de un año para comparar el grupo que presento más morbilidades, identificando que el 86.4% de las madres encuestadas dio lactancia materna y el restante 13.6% no dio lactancia materna.

Se observó que independientemente del tipo de lactancia que los niños recibieron estos se enfermaron menos que los que no la recibieron, siendo la patología más frecuente de vías respiratorias la gripe, se pudo evidenciar que el 100% de niños alimentados con fórmulas padeció alguna patología de vías respiratorias y fueron los que más se enfermaron de diarrea. Por otra parte a pesar de que los niños fueron alimentados con leche materna, sufrieron de algún episodio patógeno; esto puede deberse a diversos factores como los brotes epidémicos, virales que se dan con los cambios climáticos, malos hábitos higiénicos que favorecen la transmisión de estos, la mala preparación de alimentos complementarios, etc.

En un estudio realizado en el Hospital General Docente “Armando Enrique Cardoso” en la ciudad de Guaramay (Cuba) en el año de 1998 a 1999 con 164 niños divididos en dos grupos, los que recibieron lactancia por más de 4 meses y los que recibieron por menos de 4 meses con el objetivo de conocer la influencia de la lactancia materna exclusiva en el estado de salud al cumplir el año de edad, al concluir el estudio se comprobó que el porcentaje de infecciones

respiratorias fue de 4.0%, episodios diarreicos 1.4% y de infecciones de vías urinarias fue de 0.9% en niños que recibieron lactancia materna por más de 4 meses frente a un 60% de infecciones respiratorias, episodios diarreicos 3% y de infecciones de vías urinarias un 1.6% en los niños que recibieron lactancia materna por menos de 4 meses.

Por lo que se comprobó que la lactancia materna aporte elementos nutricionales y protectores que ayudan a la defensa del organismo contra la agresión de algunos agentes patógenos y además contribuyen a disminuir la gravedad en los casos que ocurre algún proceso infeccioso

En el área de salud de San Cristóbal Bolivia en el año de 1998 Se realizó otro estudio descriptivo con 101 niños. Para determinar las situaciones de algunas variables epidemiológicas, con el tipo de lactancia que reciben hasta el año de vida. Las variables se precisaron entrevistando a las madres que cumplieron un año de parida. Se comprobó que la práctica de la lactancia materna exclusiva y complementada es baja. Las desviaciones en el estado nutricional estuvieron relacionadas con el abandono de la lactancia materna de manera significativa. La infección respiratoria aguda alta fue la entidad más padecida por los lactantes, presentándose incluso cuando el niño recibía lactancia materna exclusiva. La hipogalactia o la agalactia fue el motivo predominante para destetar. El 32.6% de las madres dijo no haber sido informada sobre el tema y en las que si lo fueron refieren el consultorio como el lugar de mayor participación.

Este estudio realizado en Bolivia refleja lo que comprueba el presente estudio y afirma que el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva e introducir otro tipo de alimento antes de los 6 meses deja a los niño/as menores de 1 año de edad privados de elementos esenciales que ayudan al organismo a defenderse de agentes patógenos. Además que contribuye a la

desnutrición. Todo debido a la falta de información de las madres acerca de cómo mejorar la producción de leche y sus beneficios para los niño/as.

Las causas del destete no son razones médicas sino simplemente desconocimiento y desinformación, sobre cómo mantener la lactancia materna. Aun si trabaja o estudia, así como también como aumentar la producción de leche materna.

En un estudio realizado en El Salvador a 488 madres o cuidadoras de niños/as menores de 2 años en 9 municipios del departamento de Morazán durante los meses de mayo y junio del 2007 por el Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA), Sobre la incidencia y prevalencia de la lactancia materna exclusiva, los cuales fueron: Torola, San Fernando, El Rosario, Arambala, Joateca, Jocoaitique, Guatajiagua, Sensembra y Yamabal, lugares que comparten iguales características socioeconómicas y de salud.

Los resultados obtenidos demostraron que el 98 % fueron amamantados/as en alguna ocasión, al igual que el indicador nacional (FESAL 2008), sin embargo, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños/as menores de 6 meses resultó de 54% (Centro de Apoyo de Lactancia Materna, 2007). La lactancia materna exclusiva hasta los primeros 6 meses de vida confiere todos los nutrientes y componentes inmunológicos necesarios para la buena salud y nutrición de niños y niñas durante la infancia y que se extienden hasta los siguientes periodos de la vida como la adolescencia y la edad adulta.

CONCLUSION

En base a la investigación se concluye:

- 1- El 86.4% de las madres amamanta a sus hijos independientemente del tipo de lactancia que hagan uso, pero aún existe un porcentaje mínimo que no dio lactancia, a pesar de la alta promoción y campañas que promueven la lactancia materna; por otra parte a pesar de que la mayoría dio lactancia materna solo el 22.9% fue exclusiva hasta los 6 meses ya que el 25.09% refieren que tienen que trabajar seguido del 22.93% no producen leche, el 15.05% refirió que el niño no quiere dejando en evidencia la falta de apoyo y desconocimiento de la existencia de la ley de lactancia materna, además de como extraer y conservar la leche materna así de cómo aumentar su producción; este estudio se realizó en niños menores de un año de edad de las UCSF de Gotera, Morazán; Jucuapa, Usulután y El Sauce, La Unión.

- 2- A pesar de que el mas de la mitad de las madres encuestadas reconocen que es más beneficioso que un niño solo reciba lactancia materna en los primeros 6 meses y conocen hasta que edad se debe dar lactancia materna exclusiva, no lo ponen en práctica, e inician la introducción de alimentos diferentes a la leche materna desde los 2 meses de edad en un 18.3%, la mayoría de madres encuestadas inicio la ablactación a los 4 meses y solo el 10.8% lo hizo hasta los 6 meses debiéndose esto a factores socio culturales mitos y creencias sobre la lactancia materna y a la gran cantidad de información difundida sobre el uso de fórmulas infantiles.

- 3- Las enfermedad diarreica es una de las que predomina en la infancia y se pudo evidenciar que los niños que no recibieron lactancia materna o a quienes se les inicio alimentación con otro tipo de sustancias de manera más temprana son los que más se enfermaron, ya que el sistema inmunológico responde mejor previniendo dichas enfermedades en niños alimentados con leche materna ya que esta por su poder inmunológico ayuda al organismo a tener una mejor respuesta ante una enfermedad disminuyendo así las complicaciones que pueden presentarse. Es necesario mencionar que la mayoría de niños han padecido de diarrea aun los que fueron alimentados con leche materna, pero estas fueron ocasionados por factores externos como los cambios climáticos que favorece la transmisión de agentes patógenos, malos hábitos higiénicos, etc.

- 4- Al igual que con las diarreas, la frecuencia y el riesgo que tienen los niños de padecer infecciones respiratorias independientemente si son leves o graves se relaciona directamente con la introducción de alimentos a edades tempranas o por falta de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses.

- 5- Los niños que no reciben lactancia materna son mas vulnerables a padecer de alergia debido a que carecen de los factores inmunoprotectores brindados por la lactancia materna

RECOMENDACIONES:

En base a los resultados se recomienda a:

MINISTERIO DE SALUD

1. Informar a la población acerca de la ley de la lactancia materna a través e los medios de comunicación social, distintos programas de atención a la mujer y el niño, y las respectivas unidades comunitarias de salud familiar, hospitales públicos y privados. Con el objetivo de apoyar, promover, fomentar y mantener la lactancia materna.
2. fortalecer los programas encaminados a impulsar y motivar la promoción de la lactancia materna involucrándose todo el personal de salud en el conocimiento y prácticas de la amamantamiento, a su vez proporcionen material educativo con los respetivos beneficios del a lactancia materna y técnicas de la misma. Facilitar el material necesario para llevar a cabo charlas educativas sobre la importancia de la lactancia materna.

AL MINISTERIO DE TRABAJO

1. Verificar que en las diferentes instituciones públicas, privadas y autónomas cumplan con dar la hora que por ley tienen permiso todas las madres en periodo de lactancia de niños/as menor 6 meses de vida. Para que puedan amamantar o extraerse la leche materna con el objetivo de mantener su producción tal como lo establece el artículo 35 de la ley de lactancia materna.
2. Realizar inspecciones periódicas en los centros educativos públicos y privados así como en las universidades legalmente establecidas para verificar que las madres trabajadoras y estudiantes puedan tener un lugar dentro de la institución en donde puedan extraerse y

conservar la leche tal como lo establecen los artículos 35 y 37 de la ley de lactancia materna. Con el objetivo de evitar el abandono prematuro del amamantamiento al seno materno.

MINISTERIO DE EDUCACION

1. Incluir en los programas del ministerio de educación información sobre a lactancia materna haciendo énfasis en la promoción, práctica correcta y beneficios de esta.

A NIVEL LOCAL UCSF BASICAS, INTERMEDIAS Y ESPECIALIZADAS

- 1 Compromiso del personal médico, enfermeras, promotores de promover y apoyar la lactancia materna exclusiva en todos los niños menores de 6 meses y complementaria hasta los 2 años de edad en sus establecimientos de salud y en la comunidad.
- 2 crear o mantener grupos de apoyo o clubes de embarazadas y puérperas en donde se dé a conocer la importancia de la lactancia materna así como los beneficios que obtienen tanto ellas como sus bebe.

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Concepto	Cantidad	Precio unitario en \$	Precio total en \$
Computadoras	3	500	1,500
Impresora multifuncional Canon	1	60	60
Memoria USB	3	Propia	Propia
Resmas de papel Bond	1	4	10
Bolígrafos	10	0.15	1.05
Lápiz	10	0.15	1.5
Corrector	6	1	6
Cartuchos de tinta a color Canon	3	20	60
Cartuchos de tinta negra Canon	3	20	60
Fotocopias	500	0.05	15
Folders	25	0.20	5
Faster	25	0.15	3.75
Anillados	6	2	40
Empastados	8	10	80
Transporte	3	50	150
Impresiones	8	10	80
Calculadoras	3	5	15
Agenda	3	6	18
Internet			25
Defensa de tesis (gastos varios)	1	300	300
Imprevistos	-	-	263.03
TOTAL			2,630.30

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, F.M.O.
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN DE LA CARRERA
DOCTORADO EN MEDICINA. CICLO I y II AÑO 2015

MESES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANAS	6		20		6		20		10		24		8		22		5		19		3		17		14		28		11		25					
ACTIVIDADES																																				
Reuniones con el coordinador del proceso de graduación.	X																																			
Elaboración del perfil de investigación y aprobación	X	X	X																																	
Inscripción del proceso de graduación			X	X																																
Elaboración del protocolo de investigación					X	X	X	X	X	X	X	X	X																							
Entrega de protocolo de investigación													X																							
Presentación de protocolo (1ª Defensas)														X	X	X																				
Ejecución de la investigación																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Tabulación, análisis e interpretación de datos																									X	X	X	X								
Redacción del informe final																										X	X	X								
Entrega de informe final																											X	X								
Exposición de resultados y defensa de informe final																													X	X	X	X				

BIBLIOGRAFIA

- 1- Latham MC. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Capítulo 7: Lactancia Materna*. 2002. Disponible en: <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0b.htm#bm11x>.
Accesado en Mayo 2011.
- 2- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Health benefits for infants*. 2012. Disponible en: <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0b.htm#bm11x>. Accesado en Agosto 2012.
- 3- Delgado–Becerra A, Arroyo–Cabrales LM, Díaz–García MA, Quezada–Salazar CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63(1):32-9.
- 4- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Algunos recuentos de la historia*. 2002. Disponible en: <Http://www.unicef.org.co/Lactancia/historia.html>. Accesado en Junio 2011.
- 5- Hospital Infantil del Estado de Sonora. *Lactancia materna en México, marco legal*. 1994. Disponible en: <http://www.hies.gob.mx/Lactancia%20Materna.pdf>. Accesado en Junio 2011.
- 6- Organización Mundial de la Salud (OMS). *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras*

- ciencias de la salud.* 2010. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf. Accesado en Junio 2011.
- 7- Secretaría de Salud (SSA). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad.* 2010. Disponible en:
<http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Acuerdo%20Original%20con%20credito%2015%20feb%2010.pdf>. Accesado en Junio 2011.
- 8- Entrevista televisiva efectuada a Directora Ejecutiva del Centro de Apoyo de Lactancia Materna, en Agosto de 2007 en el Programa “Entrevista Al Día” de Mauricio Funes
- 9- WHO nutrition. Global data bank on breastfeeding. Ginebra. WHO 2003
- 10- Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño.* 2003. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/g_s_infant_feeding_text_spa.pdf. Accesado en Junio 2011
- 11- UNICEF- Convencion sobre los Derechos del Niño 1989.
- 12- UNICEF- Nutricion- Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding.

- 13- World Declaration and Plan of Action for Nutrition.FAO/WHO, Conferencia Internacional de Nutricion, Roma; diciembre de 1992.
- 14- Asociacion Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la practica. Madrid:Ed Medica Panamericana; 2008.
- 15- Lactancia materna: mas y mejoren 1993. Editorial. Rev cubana Aliment Nutr 1993; 7(1):4-5.
- 16- Abreu SGV; Amador MA, Borroto CR, Burke BR, Castellanos SB, Cobas SM. Para la vida. La Habana:Ed Pueblo y Educación, 1992: 25-31.
- 17- Blanco RJ, Fonte GL. Aspectos inmunológicos de la lactancia materna. Rev Cubana Med Gen Integr 1989;5(4):541-47.
- 18- El Hospital “Amigo del niño” es una realidad en Cuba. Editorial Rev. Cubana de Pediatr 1993;65(1):3-4.
- 19- Fernández SM, Rubio BJ. Factores predisponentes de infecciones respiratorias agudas en el niño. Rev Cubana Med Gen Integr 1990; 6(3):400-88.
- 20- Cuéllar MC, Figueroa HR, Ramos DM, Valdés GO, González LM. Lactancia Materna. Algunos factores que promueven el destete precoz. Rev Cubana Med Gen Integr 1989; 5(1):7-17.
- 21- Santos HC. Factores prenatales como causa del fracaso de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr 1975;13(3):209-32.
- 22- Wright AH. Breast feeding and lower respiratory tract illnes in the first year of life. Br Med J 1989;299:9460-9.

23- Barlow B. An experimental study of acute neonatal enterocolitis the importance of breast milk. *J Pediatr Surg* 1974;9:587-9.

24- Forman MR. the Pima Infant Feeding Study: Breast Feeding and gastroenteritis in the first year of life. *Am J Epidemiol* 1984;119:335-7.

ANEXOS

ANEXO 1

LEY DE LACTANCIA MATERNA

ART. 35 Toda mujer trabajadora durante los primeros seis meses, post-parto, mientras amamanta a su hija o hijo, mientras recolecta su leche, tendrá derecho, con ese fin, a una interrupción de la jornada laboral hasta de una hora diaria. Esta interrupción puede ser fraccionada en dos pausas o las veces que hayan acordado las partes.

Las intervenciones en la jornada laboral no podrán ser ubicadas en la hora de almuerzo y serán contadas como horas efectivas de trabajo y remuneradas como tal

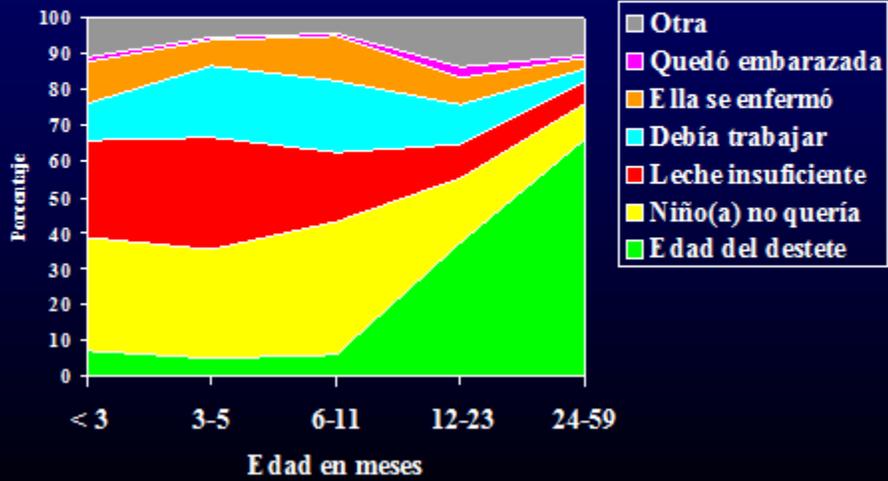
Los patronos tienen la obligación de velar por el cumplimiento de esta disposición y este derecho no podrá ser compensado ni sustituido por ningún otro. Caso contrario será sancionado según lo establecido en la presente ley.

Los patronos tienen la obligación de establecer un espacio higiénico dentro del centro de trabajo, para que las madres puedan extraerse y conservar la leche materna.

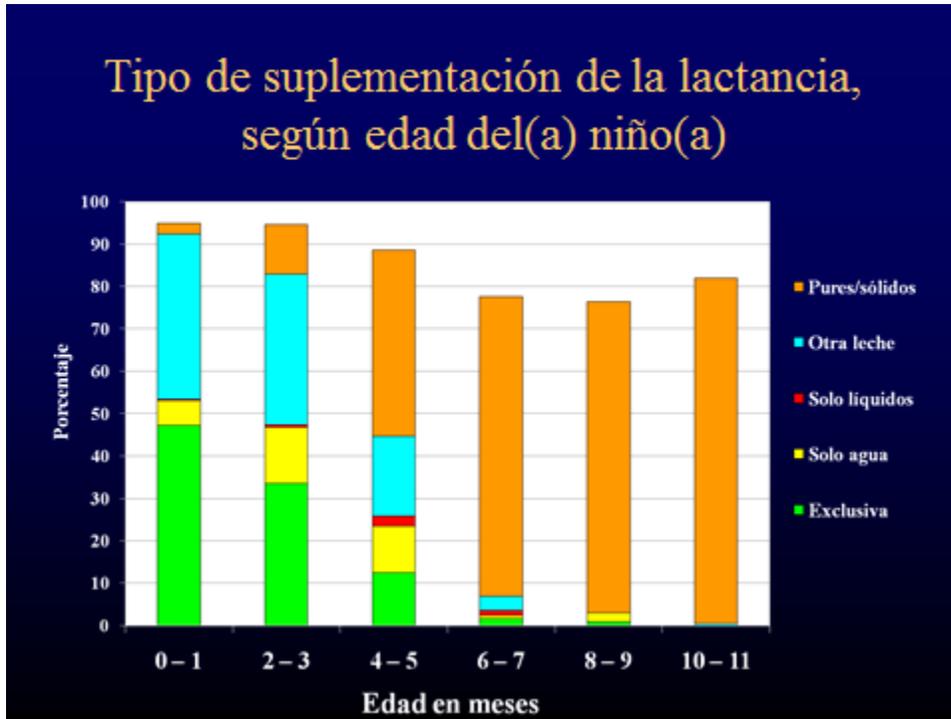
ART. 37 Los centros educativos y las universidades legalmente establecidas deben cumplir con lo dispuesto en el artículo 35 de esta ley con el objetivo que las madres estudiantes puedan extraerse y conservar la leche materna.

ANEXO 2:

Razón reportada por la madre para dejar de lactar, según edad a la ablactación (meses)



ANEXO 3



ANEXO 4



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he sido elegida (o) para participar en la investigación sobre:

**COMPARACION DE MORBILIDADES EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE
RECIBIERON LACTANCIA MATERNA VERSUS LOS QUE NO RECIBIERON
LACTANCIA MATERNA**

**Se me ha explicado en que consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer
preguntas y estoy satisfecha (o) con las respuestas brindadas por los investigadores.**

Consiento participar voluntariamente en esta investigación.

Nombre del participante: _____

Firma o huella dactilar del participante_____

Fecha: _____

ANEXO 5



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LA POBLACION EN ESTUDIO

OBJETIVO: COMPARAR LAS MORBILIDADES PRESENTADAS EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO QUE NO RECIBIERON LACTANCIA MATERNA VERSUS LOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA.

INDICACIONES: Subraye como crea conveniente según sus conocimientos a cada uno de los interrogantes que a continuación se le exponen.

CEDULA DE ENTREVISTA N° _____

FECHA: _____

USCF: _____

1 DATOS GENERALES DE LA MADRE:

1) Procedencia:

A) urbana B) rural

2) Edad:

A) menor de 18 años B) entre 18 – 35 años C) mayor de 35 años

3) estado familiar:

A) soltera B) casada C) viuda D) unión estable E) Divorciada

4) ocupación:

21) Se ha enfermado su niño de:

1- Gripe

2- Neumonía

3- Bronquitis

4- Todas

5- Otros _____

22) A padecido de alergia su niño:

Si

no

ANEXO 6

ABREVIATURAS Y SIGLAS

CALMA: centro de apoyo a la lactancia materna

EDAS: Enfermedades Diarreicas Agudas

FESAL: Encuesta nacional de salud familiar

IRAS: Infecciones Respiratorias Agudas

LM: Lactancia Materna

LMC: Lactancia Materna Complementaria

LME: Lactancia Materna Exclusiva

MINSAL: Ministerio de Salud

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la salud

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

VSR: Virus Sincitial Respiratorio

ANEXO 7

GLOSARIO:

Ablactación: Es un término que se utiliza para referirse al momento de la introducción de alimentos diferentes de la leche materna.

Alojamiento conjunto: Es la permanencia de la madre junto a su bebe en la misma habitación durante los días que permanezca dentro del establecimiento de salud.

Apego precoz: Es el contacto físico que debe establecerse entre el recién nacido y su madre en la primera media hora después del parto o lo antes posible en el caso de cesárea.

Calostro: es un líquido secretado por las glándulas mamarias durante el embarazo y durante los primeros días después del parto, compuesto por inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas y carbohidratos en un líquido seroso y amarillo.

Diarrea: Se mantiene la definición de la OMS-OPS, que dice que diarrea es la presencia de 3 o más deposiciones anormalmente líquidas en un día, con o sin sangre

Lactancia materna: Alimentación con leche de la madre

Lactancia materna exclusiva: significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).

Lactancia materna predominante: significa que la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna (incluida la leche extraída o de nodriza). El niño puede recibir además líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).

Lactancia materna complementaria: Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.

Morbilidad: El término morbilidad es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados.

Sucedáneos de leche materna: producto alimenticio que se presenta como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.