

# **UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES *Licenciado Gerardo Iraheta Rosales*  
MAESTRÍA EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL



**FACTORES SOCIALES QUE LIMITAN LA LACTANCIA MATERNA  
EXCLUSIVA Y PROPICIAN EL DESTETE PRECOZ Y TEMPRANO.  
CASO: COMUNIDAD DIEZ DE OCTUBRE DE SAN MARCOS, SAN  
SALVADOR, JULIO – OCTUBRE 2002.**

Tesis presentada por  
Lic. ISRAEL LÓPEZ MIRANDA  
Lic. JOSÉ ALBERTO ARGUETA

PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRÍA EN MÉTODOS Y  
TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

ASESOR  
Msc. RAFAEL PAZ NARVÁEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, DICIEMBRE DE 2002

**FACTORES SOCIALES QUE LIMITAN LA LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA Y PROPICIAN EL DESTETE  
PRECOZ Y TEMPRANO. CASO: COMUNIDAD DIEZ  
DE OCTUBRE DE SAN MARCOS, SAN SALVADOR,  
JULIO – OCTUBRE 2002.**

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

RECTORA:  
DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ

VICE-RECTOR ACADÉMICO:  
INGENIERO FRANCISCO MARROQUÍN

VICE-RECTORA ADMINISTRATIVA:  
LICENCIADA HORTENSIA DUEÑAS DE GARCÍA

SECRETARIA GENERAL:  
LICENCIADA MARGARITA MUÑOZ VELA

FISCAL:  
LICENCIADO PEDRO ROSALÍO ESCOBAR

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**

DECANO:  
LICENCIADO PABLO DE JESÚS CASTRO HERNÁNDEZ

VICE-DECANO:  
MASTER CÉSAR EMILIO QUINTEROS

SECRETARIA:  
MASTER MARINA LÓPEZ GALÁN

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
“LICENCIADO GERARDO IRAHETA ROSALES”**

DIRECTORA:  
MASTER MARIA DEL CARMEN ESCOBAR CORNEJO

COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN:  
MASTER MARIA DEL CARMEN ESCOBAR CORNEJO

DOCENTE DIRECTOR:  
MASTER RAFAEL PAZ NARVÁEZ

**JURADO EXAMINADOR**

PRESIDENTE: MASTER RAFAEL PAZ NARVÁEZ  
PRIMER VOCAL: MASTER CARMEN ELIZABETH ARAGÓN FUNES  
SEGUNDO VOCAL: DRA. ANA CAROLINA PAZ NARVÁEZ

## **AGRADECIMIENTOS**

Nuestros más profundos agradecimientos a las veinte madres de la Comunidad Diez de Octubre, que contribuyeron al éxito de esta investigación al brindar la información aquí contenida; a la Dirección y el personal del Centro de Apoyo a la Lactancia Materna del El Salvador; a la Dirección y personal profesional de la Unidad de Salud de San Marcos; a Nuestro asesor: Licenciado Rafael Paz Narváez y a nuestro Jurado calificador, por su valiosa colaboración en realización de esta investigación.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Introducción	iv
I. Contexto sociodemográfico de El Salvador, la Ciudad de San Marcos y la Comunidad Diez de Octubre.	11
II. Lactancia materna. Beneficios y estado actual en El Salvador	21
A. Beneficios de la lactancia materna para el niño o la niña	22
B. Beneficios de la lactancia materna para la madre.	25
C. Lactancia materna en El Salvador.	27
III. Factores sociales que limitan la lactancia materna exclusiva en la población estudiada	33
A. Factores culturales	37
B. Factores laborales	42
C. Factores educativos	45
D. La modernidad como factor que limita la lactancia materna	48
E. Estado nutricional de los niños y niñas.	49
IV. Sucedáneos de la leche materna, comercialización y costos del sostenimiento del niño o la niña durante el primer año de vida.	51
A. Sucedáneos de la leche materna	52
B. Comercialización de los sucedáneos de la leche materna	

C.	Estimación de los costos de la lactancia con sucedáneos de la leche materna	54
V.	Reflexiones finales	73
	Referencias	80
	Anexos	85
1.	Entrevista enfocada	
2.	Entrevista a profundidad	
3.	Precios de las fórmulas lácteas	
4.	Diseño de investigación	
5.	Plan de trabajo	

### Índice de cuadros

Cuadro No.	Título	Página
1	Tasa global de fecundidad, según lugar de residencia y nivel educativo, 1988-1992 y 1993-1998.	14
2	Razones para dejar de amamantar definitiva o temporalmente a los niños o niñas	35
3	Frecuencia de lactancia materna exclusiva según grupo de edad.	36
4	Alimentos más frecuentemente mencionados por las madres	36
5	Rol social de la persona que recomendó a la madre que diera estos alimentos antes de los seis meses.	37
6	Precios de los sucedáneos de la leche	55

7	Precio unitario por gramo de leche de fórmulas lácteas de inicio	58
8	Precio unitario por gramo de leche de fórmulas lácteas de continuación	58
9	Costos directos e indirectos del sostenimiento del lactante durante el primer semestre de vida	62
10	Costos directos e indirectos del sostenimiento del lactante durante el segundo semestre de vida	65
11	Costo anual del sostenimiento del niño durante el primer año de vida	66
12	Costos directos e indirectos del sostenimiento del niño por semestre	68
13	Costo anual en consumo de fórmulas infantiles	70
14	Indicadores de costos con relación al salario mínimo	71

### **Índice de Gráficos**

Número	Título	Página
1	Costo anual del sostenimiento del niño durante el primer año de vida	67
2	Costos directos e indirectos del sostenimiento del niño durante el primer semestre	68
3	Costos directos e indirectos del sostenimiento del niño durante el segundo semestre	69
4	Costo anual en consumo de fórmulas infantiles	70

## **INTRODUCCIÓN**

La presente investigación tuvo por propósito indagar sobre los posibles factores sociales que pueden estar determinando que hasta un 97% (PNUD, 2001) de las madres salvadoreñas no proporcionen lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses o destetan a los niños antes de este tiempo.

Haciendo uso de metodología de investigación cualitativa, en la lógica del método Inductivo Hipotético, se realizó un estudio exploratorio de aquellos factores sociales que pueden estar limitando la lactancia materna exclusiva y propiciando el destete precoz o temprano de los niños y niñas de las madres que acuden al programa de control del niño sano que se lleva a cabo en la Unidad de Salud de San Marcos del Ministerio de Salud Pública, ubicada en la Comunidad



Diez de Octubre de San Salvador, durante los meses de julio y agosto de 2002.

Se emplearon las técnicas de investigación cualitativa adecuadas para responder a los siguiente objetivos específicos: a) Identificar las creencias que tienen las madres de la Comunidad Diez de Octubre acerca de la lactancia materna. b) Describir cómo las actividades laborales fuera de casa limitan o impiden la lactancia materna exclusiva en las madres de la Comunidad Diez de octubre. c) Relacionar el nivel educativo de las madres con las prácticas de lactancia materna y el destete precoz y temprano de los niños y niñas de la Comunidad Diez de Octubre. d) Indagar cómo la modernidad influye sobre las prácticas de lactancia materna en la Comunidad Diez de Octubre e) Relacionar el estado nutricional de los niños y niñas con las prácticas de lactancia materna de las madres de la Comunidad Diez de Octubre y f) Establecer el ahorro económico familiar al amamantar al niño o niña durante el primer año de vida.

La población estudiada estuvo constituida por 20 madres de la Comunidad Diez de Octubre que llevaron a sus niños o niñas al programa de control del niño sano de la Unidad de Salud de San Marcos, durante los meses de julio y agosto de 2002, a quienes se les realizó una entrevista enfocada con base a una guía de entrevista (anexo 1)

Al instrumento se le hizo una prueba de campo con otras madres residentes en el lugar, antes de ser administrado a las madres que participaron en el estudio.

Antes de realizar la entrevista a las madres se les solicitó autorización para grabarla. El equipo de investigación estuvo escuchando, grabando y tomando notas mientras se realizaba la entrevista.

Debido a que las entrevistas se realizaron en la clínica de control del niño sano de la Unidad de Salud de San Marcos, fue necesario solicitar autorización de la Dirección. La Dirección de la Unidad de Salud delegó a la enfermera encargada del programa de control del niño sano para la coordinación de la realización de las entrevistas por parte del grupo investigador.

Se realizó en promedio dos entrevistas por día. A efecto de facilitar el análisis de datos, las preguntas del cuestionario se agruparon de acuerdo a los objetivos específicos. Al final de la entrevista, el equipo investigador analizó las anotaciones, la entrevista y la grabación.

Todas las visitas se anunciaron y coordinaron con la enfermera encargada del programa, o en ausencia de ésta, con la nutricionista en servicio social de la Unidad de Salud.

Para estimar el gasto económico en que incurre la familia al amantar al niño con sucedáneos de la leche materna durante el primer año de vida, se realizó un estudio de casos en diez hogares, tomados

al azar, para obtener cifras promedio de gastos entre familias de sectores urbanos populares.

A efecto de establecer comparaciones, entre marcas, clases, presentación y precios de las distintas leches industrializadas que se ofrecen en el mercado nacional se visitaron distintas farmacias y supermercados. Esto permitió establecer los precios de los productos en ambos tipos de establecimientos.

Se utilizó además, la entrevista a profundidad para conocer las percepciones que tienen pediatras, nutricionistas y educadores para la salud, sobre el consumo de fórmulas infantiles y sus implicaciones directas e indirectas, durante el primer año de vida de los niños. Anexo N° 2

La teoría relacionada con el objeto de estudio se obtuvo mediante la revisión bibliográfica de documentos relacionados con el tema en la Biblioteca Central de la Universidad de El Salvador, la Biblioteca de la Facultad de Medicina, la Biblioteca del Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA), búsqueda de información en INTERNET y consultas con expertos.

El análisis de la información permitió identificar algunos de los factores sociales que limitan la lactancia materna exclusiva y propician el destete temprano y precoz de los niños y niñas de la Comunidad Diez de Octubre, que asisten al programa de control del niño sano de la Unidad de Salud de San Marcos. El análisis de los costos en cifras permitió evidenciar las grandes ventajas económicas que tienen las

familias cuando las madres deciden alimentar con seno materno a sus niños o niñas durante el primer año de vida.

Los resultados de la investigación sugieren que el trabajo fuera de casa; las creencias de la población y la influencia de los medios de comunicación masiva que promueven la venta de sucedáneos de la leche constituyen factores sociales que influyen en la decisión de la madre de introducir otros alimentos diferentes a la leche materna en la alimentación del niño.

## **CAPÍTULO I**

### **CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO DE EL SALVADOR, SAN MARCOS Y LA COMUNIDAD DIEZ DE OCTUBRE**

## **CAPÍTULO I**

### **CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO DE EL SALVADOR, SAN MARCOS Y LA COMUNIDAD DIEZ DE OCTUBRE**

#### **A. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE EL SALVADOR**

El Salvador es el país más densamente poblado de América con una densidad poblacional estimada de 310 h/Km<sup>2</sup> para el año 2001<sup>1</sup>. La densidad poblacional es mayor en áreas urbanas. (DIGESTYC, 1996). En el departamento de San Salvador para el mismo año se estima que era superior a los 2,000 h/Km<sup>2</sup>. De acuerdo a estimaciones

---

<sup>1</sup> La densidad poblacional de un país es un indicador demográfico que expresa la presión que una población ejerce sobre un territorio determinado.

de la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC, 1996) la proporción de mujeres es de 51% y la de hombres del 49%. El 57% de ellos se considera población urbana y el 43% población rural.

La mencionada densidad poblacional es el resultado de una alta tasa de crecimiento demográfico estimada, de 2.4% para el año 2000 (MSPAS, 1999). La tasa de crecimiento demográfico está determinada por una alta tasa global de fecundidad. Si bien la tasa de fecundidad ha experimentado importantes reducciones en algunos sectores del país en los últimos diez años, todavía registra valores relativamente altos entre las mujeres del área rural y las de menores niveles de educación (ver cuadro No. 1)

Esta alta tasa de crecimiento poblacional, la falta de programas de desarrollo urbano por parte de las instituciones responsables y el acelerado proceso de migración interna del campo a la ciudad condicionan que las ciudades como San Salvador tengan un crecimiento urbanístico desordenado y siempre por debajo de las necesidades poblacionales, en cuanto a servicios básicos como disposición de, agua potable, eliminación de excretas, educación y salud.

En efecto, El Salvador, similar a otros países en vías de desarrollo, ha experimentado un acentuado proceso de urbanización desde la década de los 70. Este fenómeno fue más pronunciado durante el conflicto armado que vivió el país

durante la década de los 80 debido a que el área rural fue el escenario más frecuente de la guerra.

**CUADRO No. 1**  
**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA Y**  
**NIVEL EDUCATIVO, 1988-1992 Y 1993-1998**

<u>Área de residencia</u> Nivel Educativo Total	1988-1992	1993-1998
	3.85	3.58
<b>Área de residencia</b>		
Urbana	3.09	2.79
Rural	4.71	4.56
<b>Nivel educativo</b>		
Ninguno	5.37	4.98
1 a 3 años	4.77	4.68
4 a 6 años	3.76	3,58
7 a 9 años	3.11	3.23
10 ó más	2.34	2.39

**Fuente:** PNUD. Informe sobre desarrollo humano. 2001

Sin embargo, a pesar de que el conflicto armado finalizó hace un poco más de 10 años, el proceso de creciente urbanización no se ha desacelerado debido a las escasas oportunidades de empleo que se tienen en el área rural. Efectivamente, tanto durante el conflicto como después de finalizado éste, no ha habido una política gubernamental orientada a estimular la producción agrícola. El énfasis de la política gubernamental, desde hace algunas décadas, ha estado orientado a



estimular otros rubros no tradicionales como los servicios, lo que ha conducido a aumentar las diferencias de oportunidades entre el campo y la ciudad.

El acelerado crecimiento de los asentamientos urbanos en países que como el nuestro no se tienen políticas públicas orientadas a prever el incremento en la inversión presupuestaria que debe considerarse de acuerdo al crecimiento de las ciudades, conducen a que exista una importante brecha entre las necesidades de servicios de la población y la satisfacción de las mismas.

En efecto, con relación a educación, el *Informe sobre Desarrollo Humano del 2001*, publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en lo referente a El Salvador menciona que el gasto público en educación en el país para el año 2000 fue de solamente el 3% del Producto Interno Bruto (PIB). Estimaciones realizadas por el mismo Ministerio de Educación (MINED 2000) contenidas en el documento *“Desafíos de la educación en el nuevo milenio. Reforma educativa en marcha”*, señalan que es necesario aumentar el gasto público en educación a un 4% del PIB, por lo menos, con el objeto de lograr acceso universal a la educación básica y dotar a las escuelas con los recursos mínimos requeridos para lograr un buen ambiente en el proceso de aprendizaje.

Este es un hecho contradictorio si se toma en consideración el que, de acuerdo a los discursos gubernamentales y la política exterior actual, con los tratados de libre comercio (TLC) que se han suscrito, el país deberá tener cuadros técnicos y profesionales que le permitan

competir con países que han invertido más en educación por lo que tienen ventajas competitivas respecto al país.

El mismo informe del PNUD citado señala que los resultados educativos son menos favorables en el área rural y que existe una brecha de género, es decir que la tasa de analfabetismo de las mujeres supera considerablemente al analfabetismo masculino y es mucho mayor en el área rural.

En cuanto a salud, la Comisión Nacional de Salud en el documento, *Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador* menciona que las infecciones respiratorias agudas y los problemas gastrointestinales ocupan los primeros lugares como causas de morbilidad en el país y que estas patologías están relacionadas con las condiciones de la vivienda y la baja cobertura de agua potable y adecuada disposición de excretas. Diversos estudios en países en desarrollo (PNUD, 2001:133) han demostrado que en la medida que la población obtiene mejores condiciones de salud, también mejora su aporte al desarrollo del país. A la vez la mejoría en las condiciones económicas de una población conlleva incrementos en sus niveles de salud y bienestar.

No obstante, los grupos poblacionales de mayor riesgo como el binomio materno infantil, la población rural y la población en extrema pobreza, tienen más dificultades para acceder a los servicios del primer nivel de atención de salud. Al mismo tiempo, un alto porcentaje de estos mismos sectores no tienen acceso a agua potable y saneamiento, que son factores determinantes de la salud. En

consecuencia la tasa mortalidad infantil (TMI) y de la niñez<sup>2</sup> en el país continúa siendo una de las más altas de la región centroamericana y latinoamericana. Según el informe sobre desarrollo humano la tasa de mortalidad infantil del país fue de 35 por mil nacidos vivos en el quinquenio de marzo de 1993 a febrero de 1998, pero fue más alta en el área rural que en la urbana; 41 y 27 por mil, respectivamente.

El déficit habitacional en el país en 1999 era de 1,383,145 hogares. El 62.2% se encontraba en las áreas urbanas y el 37.8% en las áreas rurales. Posteriormente a los terremotos del 2001 este déficit habitacional se agravó, aumentándose principalmente en el área rural (PNUD, 2001). Pero el problema del déficit habitacional es aún más grave si se considera que muchas de las familias salvadoreñas habitan en viviendas que no reúnen la condiciones mínimas necesarias, es decir que viven en condiciones de vida inadecuadas.

Se define como una vivienda inadecuada aquella que no cuenta con los servicios de agua potable intradomiciliar, adecuada eliminación de excretas (servicio de lavar) y que no proteja de las inclemencias del tiempo. Estas características de la vivienda determinan buena parte de las dos patologías más frecuentes en la población infantil de El Salvador.

---

<sup>2</sup> La tasa de mortalidad infantil se refiere al número de muertes en niños menores de un año por cada mil nacidos vivos en un año. La tasa de mortalidad en la niñez se refiere al número de muertes en niños de uno a cinco años por mil, en un año. (Badía, R. 1993).

Las mencionadas condiciones de vida inadecuadas favorecen que los niños y niñas salvadoreñas tengan un riesgo de morbilidad<sup>3</sup> mayor en cuanto a enfermedades infectocontagiosas como diarreas y enfermedades respiratorias agudas.

Diversos estudios epidemiológicos (Guerrero Piche, 2001; OPS, 1992) han demostrado que los niños que reciben lactancia materna exclusiva por al menos 6 meses, presentan una menor tasa de morbilidad por diarreas y enfermedades respiratorias agudas. No obstante, también se ha encontrado que, si bien las madres salvadoreñas en general tienen una buena disposición hacia la lactancia materna, solamente un tres por ciento de las madres practican la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (FESAL 1998:291)

## **B. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA CIUDAD DE SAN MARCOS Y DE LA COMUNIDAD DIEZ DE OCTUBRE**

San Marcos es un municipio de San Salvador con una población de 70,000 habitantes (para el año 2000) en un territorio de 14.71 Km<sup>2</sup>, lo que arroja una densidad poblacional de 4,759 h/Km<sup>2</sup>, es decir que

---

<sup>3</sup> Causa de morbilidad, causa de enfermedad. (MacMahon, 1988)

es dos veces el promedio de la densidad poblacional para el departamento de San Salvador y quince veces el promedio del país.

Como en el resto del país, la población de San Marcos está constituida por el 51% de mujeres y el 49% de hombres.

Según un macroanálisis de la ciudad realizado por estudiantes de una universidad privada y que se tiene como documento básico en la Alcaldía Municipal que es administrada por el FMLN, “San Marcos ha crecido a pasos agigantados en los últimos años debido a que en ella se ha instalado una gran cantidad de maquilas e industrias que atraen a una gran cantidad de trabajadores de San Salvador y ciudades aledañas, como Olocuilta y Santo Tomás, lo que ha propiciado un crecimiento urbano sumamente desordenado con consecuencias ecológicas irreversibles” (Salazar, 2000)

La población económicamente activa (PEA) según el censo de 1992 era 14,480 hombres y 8,545 mujeres y la población económicamente no activa (PENA) era de 7,177 hombres y 15,369 mujeres. Como puede observarse la población de mujeres en edad laboral, ocupada o en busca de trabajo, era considerablemente menor a la PEA de los hombres, en tanto que la PENA era mayor en mujeres que en hombres.

La Comunidad Diez de Octubre está ubicada en el Sur de la Ciudad de San Marcos y como su nombre lo indica es una colonia que surgió a consecuencia del terremoto del diez de Octubre de 1986. Su

construcción fue financiada por la Cooperación Italiana. La Unidad de Salud de San Marcos, del Ministerio de Salud, está ubicada al costado Oriente de la Comunidad Diez de Octubre. Su construcción también fue financiada por la Cooperación Italiana, posterior al terremoto de 1986.

Según el macroanálisis de la ciudad de San Marcos, antes mencionado, las principales causas de consulta de la unidad de salud en el año 2001 fueron:

- a) Enfermedades respiratorias
- b) Parasitismo intestinal
- c) Enfermedades diarreicas
- d) Desnutrición
- e) Enfermedades crónicas
- f) Mordeduras de animales
- g) Escabiosis

De acuerdo a las principales causas de consulta se puede afirmar que el perfil epidemiológico de la comunidad es el característico de las poblaciones rurales, con menor nivel económico y bajo nivel de cobertura en cuanto a servicios de agua potable, letrinización y servicios de salud adecuados.

La identificación de los posibles factores sociales que limitan o impiden la lactancia materna y que propician el destete precoz o temprano de los niños y niñas de las madres en un contexto socio

histórico actual, ayudaría a comprender cómo las condiciones de modernidad han modificado los contextos socioculturales, económicos, laborales, familiares y psicológicos de la vida cotidiana de las madres de los niños de las comunidades aledañas a lugares de asentamiento de complejos de producción de bienes destinados a otros mercados con mayor poder adquisitivo.

El fenómeno del neoliberalismo y la globalización que en el país se presenta, en parte, en la instalación de grandes empresas maquileras exentas de impuestos y que pagan salarios por debajo del costo de la canasta básica familiar (CBF), puede estar ejerciendo presiones sociales, que a su vez podrían estar modificando los patrones cotidianos en la relación madre-hijo posterior al parto y en consecuencia en las prácticas de amamantamiento de las madres de la comunidad.

Se seleccionó la Comunidad Diez de Octubre por considerarse que es una comunidad relativamente reciente, de crecimiento acelerado, que por pertenecer a una ciudad (San Marcos) muy populosa en donde existe una amplia presencia de un sector con características sociodemográficas urbano marginal, ha atraído varias empresas extranjeras dedicadas a la actividad maquilera. En efecto, según el documento *“Perfil de Salud de la Ciudad de San Marcos”* del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, publicado en abril de

2002, a esa fecha había 20 empresas maquileras operando en el municipio.

Este fenómeno social puede estar modificando la cotidianidad de las madres de la comunidad, que se traduce en limitaciones para la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) y que al mismo tiempo propician el destete precoz y temprano de los niños y niñas de la comunidad.



**CAPÍTULO II**

**LACTANCIA MATERNA. BENEFICIOS Y ESTADO ACTUAL**

**EN EL SALVADOR**

## **CAPÍTULO II**

### **LACTANCIA MATERNA. BENEFICIOS Y ESTADO ACTUAL EN EL SALVADOR**

#### **A. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL NIÑO O LA NIÑA**

La leche materna se considera la mejor y la más importante fuente nutricional para el niño o la niña en los primeros seis meses de vida. (Prendes, 1999:397). Actualmente es un hecho generalmente aceptado que la leche materna debe constituir el único alimento que el niño recibe durante los primeros seis meses de vida. (PNUD, 2001). La lactancia materna exclusiva (LME) en los primeros seis meses garantiza una alimentación ideal para el desarrollo y crecimiento normal del niño o la niña y reduce la morbilidad y la mortalidad infantil por enfermedades infectocontagiosas tempranas. (Valdez, 2002)

La leche materna contiene los carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales necesarios para el desarrollo y crecimiento normal de los niños y niñas en las cantidades óptimas para sus necesidades nutricionales en esta etapa de la vida. La calidad nutricional de la leche materna es prácticamente independiente de la “calidad” de la alimentación que tiene la madre durante el periodo de lactancia, ya que el organismo de la madre tiene la capacidad de realizar las adaptaciones fisiológicas necesarias para asegurar la calidad de la leche materna durante la lactancia, (Plata Rueda. 1990:130). En casos extremos de malnutrición de la madre, incluso a costa de la salud de la madre.

Entre las principales enfermedades infectocontagiosas prevenibles con la lactancia materna exclusiva se encuentran las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) y las infecciones respiratorias agudas (IRAS). Las EDAS y las IRAS constituyen las dos principales causas de morbilidad y mortalidad<sup>4</sup> en los niños y niñas durante el primer año de vida. En los países como El Salvador, esta alta morbilidad y mortalidad está estrechamente relacionada con la deficiente cobertura de servicios básicos, como disponibilidad de agua potable y adecuada eliminación de excretas. (MSPAS, 1999)

La leche materna, además de contener todos los nutrientes necesarios para la buena nutrición del niño o la niña lactante, contiene

---

<sup>4</sup> Causa de mortalidad, causa de muerte. (MacMahon, 1988)

también una importante cantidad de anticuerpos protectores contra todas las enfermedades infecciosas padecidas por la madre y contra aquellas para las que la madre ha sido vacunada. Los anticuerpos protectores se transmiten pasivamente a través de la leche materna. La leche materna es particularmente rica en anticuerpos protectores durante los primeros días posteriores al parto.

Diversos estudios epidemiológicos (Valdez, 2002, OMS, 2000) han reportado que el riesgo de padecer otras enfermedades no infecciosas como la diabetes mellitus tipo I, la leucemia linfocítica aguda (LLA) y el asma, entre otras, es significativamente menor en niños y niñas que han sido amamantados por 6 meses o más, que en aquellos que no fueron amamantados o lo fueron por períodos menores a 6 meses.

Además de la protección contra enfermedades infecciosas y no infecciosas, se ha encontrado que los niños y niñas que se alimentan al pecho desarrollan una mayor agudeza visual y auditiva y en general tienen un mejor y más rápido desarrollo cognitivo y psicomotor. (OMS, 2000)

Muy estrechamente relacionado con lo anterior, otros estudios (Valdez, 2002) han mostrado que los niños y niñas que se alimentaron con leche materna durante los primeros seis meses de vida desarrollaron, en promedio, un cociente intelectual (CI) hasta 5% mayor que los niños y niñas que fueron destetados precoz o

tempranamente. Como se sabe, la relación madre-hijo va mucho más allá que la simple relación física entre madre e hijo.

A pesar de los importantes avances de la tecnología de alimentos, a la fecha, aún no se ha logrado producir sucedáneos de la leche materna que contengan todos los nutrientes necesarios, en las concentraciones necesarias en esta edad. Las fórmulas sucedáneas de la leche carecen también de los anticuerpos protectores de la leche materna. Hay que agregar que las leches enteras que se venden en el mercado, por el hecho de provenir de otra especie animal, tienen componentes extraños para el organismo humano, por lo que son potencialmente riesgosas para provocar reacciones inmunes de tipo alérgico y desde luego para la transmisión de enfermedades infecciosas a través del agua que se utiliza para su preparación.

## **B. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE**

El inicio temprano de la lactancia por parte de la madre contribuye a reducir el sangramiento consecuente al parto. La succión que realiza el niño o niña en el pezón de la madre contribuye a la liberación de la hormona oxitocina, lo que provoca contracciones uterinas que, a su vez, contribuyen a que el útero recupere el

tamaño previo al embarazo en un tiempo menor del que se requiere cuando la madre no amamanta.

Observaciones empíricas e investigaciones recientes (PNUD, 2001) han mostrado que existe relación entre la LME y la amenorrea post parto, lo que evita que la madre quede embarazada mientras dure la LME y la amenorrea. Según tales estudios la LME evita la ovulación hasta por un año por lo que actúa como un método anticonceptivo natural, ayudando a espaciar los embarazos.

Por otra parte, estudios epidemiológicos recientes (Valdez, 2002) han informado que el riesgo de padecer cáncer de mama, cáncer de ovarios y osteoporosis, es menor en mujeres que han amantado por períodos de seis meses o más.

Diversos estudios fisiológicos en mamíferos (Ganon, 1999, Mohrbacher, 1997) han demostrado que, en general, las hembras de cada especie de mamíferos, están dotadas anatómica y fisiológicamente para amamantar a las crías. Las mujeres no son la excepción. Sin embargo en el humano, si bien el reflejo de búsqueda y succión del pezón son actos instintivos, el amamantamiento requiere de un proceso de socialización primario en el que el niño aprende cómo alimentarse y la madre aprende empíricamente la técnica más conveniente para amamantar. Obviamente las madres también necesitan disponer del tiempo necesario para cumplir la función al mismo tiempo que se realizan las actividades cotidianas propias de la mujer en un contexto social determinado. Es decir que en la lactancia

materna intervienen factores sociales relacionados con la madre y su contexto histórico.

Estudios realizados en madres primíparas<sup>5</sup> y multíparas<sup>6</sup> (Prendes Labrada, 1999) han reportado que las madres primíparas eran quienes destetaban más temprano a sus hijos, en tanto que las multíparas lo hacían, en promedio, por periodos mayores de seis meses. Estos mismos estudios también han señalado que el destete temprano o precoz está relacionado con el nivel educativo y la edad de la madre. Cuanto más bajo el nivel educativo y menor la edad de la madre el destete ocurre más temprano.

Lo anterior permite suponer que, si bien un pequeño porcentaje de las madres efectivamente tienen razones anatómicas y/o fisiológicas que dificultan la lactancia materna, el mayor porcentaje de destetes precoces y tempranos o de lactancia materna sub óptima (lactancia materna no exclusiva) se debe a condicionantes sociales de tipo psicológico, educativo, cultural, laboral u otros.

### **C. LACTANCIA MATERNA EN EL SALVADOR**

---

<sup>5</sup> Primípara. Se refiere a la mujer que es madre por primera vez.

<sup>6</sup> Multípara. Es la mujer que ha tenido múltiples partos.

Según datos de la Encuesta de Salud Familiar de El Salvador, FESAL 98 publicado en el año 2000, existe actualmente una tendencia a la declinación de la lactancia materna exclusiva y al aumento del destete precoz y temprano de las niñas y niños salvadoreños que, según opinión de personas expertas del Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA) “podrían estar influidos por factores sociales, culturales, antropológicos y del soporte que los programas de salud institucionales proporcionan a la madre y a la familia”. (Blanco de García, 1999).

La lactancia materna exclusiva se define como aquella práctica de lactancia materna en la cual el niño o niña recibe durante los primeros seis meses de vida únicamente leche materna como alimento (Blanco de García, 1999). En el pasado se consideraba que el agua pura podía alternarse con la leche materna sin que esto significara que se había iniciado un proceso de destete. Sin embargo, actualmente se considera que la introducción de agua a la alimentación del niño o niña, es desfavorable para la nutrición de los mismos, por el riesgo de que ésta esté contaminada con gérmenes patógenos por un lado y por otro, porque ocupa espacio en el estómago del niño o niña espaciando innecesariamente los períodos de amamantamiento, lo que a su vez propicia el inicio de un proceso de desnutrición, que con frecuencia, se atribuye erróneamente a la



insuficiencia de la lactancia materna exclusiva, para proporcionar los nutrientes necesarios para la buena alimentación del niño o la niña.

Cuando las madres, consciente o inconscientemente, incluyen cualquier otro producto, como azucaradas, refrescos envasados o atoles durante los primeros seis meses, además de que han comenzado un proceso de destete, no están practicando una lactancia materna exclusiva, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hechas en 1981, con los riesgos que ello implica para el niño o la niña.

El destete se define como el momento en que la madre deja de dar definitivamente leche materna al niño o niña y de acuerdo al momento o edad del niño o niña en que ocurre podría ser precoz, temprano o tardío, Se entiende por destete precoz a aquel que ocurre antes que el niño haya cumplido su primer mes de vida. El destete temprano es el que ocurre después del primer mes de vida y antes de los primeros 6 meses de vida y el destete tardío es el que ocurre en cualquier momento posterior a los primeros 6 meses de vida. La Encuesta Nacional de Salud FESAL 98, señala que la lactancia materna en alguna oportunidad, es una práctica generalizada en El Salvador, pero no así la LME, según el mencionado informe, ésta última guarda una relación inversa con el nivel educativo y socioeconómico de la madre: A mayor nivel educativo y socioeconómico menor es el tiempo de amamantamiento.

El mismo documento de FESAL 98 informa que para el año de 1998, solamente el 32.3% de los niños menores de 2 meses recibían lactancia materna exclusiva y menos del 3% de los niños recibían lactancia de los 4 a los 6 meses de edad, es decir, que el 97% de los niños no reciben lactancia materna exclusiva hasta seis meses de edad como recomienda la OMS. En consecuencia el proceso de destete de la gran mayoría de los niños y niñas salvadoreños comienza precoz o tempranamente.

En 1989, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) hicieron una declaración conjunta cuyo propósito era que los sistemas de salud de los países pertenecientes a ambas organizaciones asumieran conjuntamente la protección, apoyo y promoción de la lactancia materna.

El gobierno del país, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), se ha sumado al esfuerzo mundial por promover la lactancia materna, sin embargo, tales esfuerzos no se han traducido en un aumento de tales niveles. Al contrario algunos estudios indican que la práctica lejos de aumentar ha disminuido de 1989 a la fecha. (Blanco, 1999)

Aunque a nivel mundial se ha documentado ampliamente (OMS, 2000; OPS; 1992) la relación existente entre el tiempo que los niños han recibido lactancia materna exclusiva con la frecuencia con que ocurren los procesos diarreicos en los niños, principalmente los de

etiología bacteriana y viral, con el estado nutricional de los niños y con las posibilidades de embarazo de la madre lactante, etc., en el país existen pocos estudios específicos sobre este tema y menos aún sobre los factores sociales que limitan la lactancia materna y contribuyen al destete precoz y temprano de los niños y niñas. Por ejemplo, no se sabe en qué medida la educación informal recibida por tradición oral por parte de parientes y amigas se relaciona con las creencias que las madres tienen acerca de la lactancia materna y el destete precoz y temprano de los niños y niñas. Igualmente no se sabe cómo la educación formal brindada por el sistema educativo nacional influye sobre las creencias y prácticas relacionadas con la lactancia materna.

Las creencias son el conjunto de asentimientos o conformidades respecto a hechos o eventos que se dan como ciertos y seguros en un grupo social determinado, por lo que su comprobación no se considera necesaria. Las creencias, a su vez, determinan actitudes que orientan las conductas y las prácticas cotidianas de las personas (Fairchild, 1987).

Como se sabe las creencias se transmiten por procesos de socialización primarios y su credibilidad está determinada por la influencia que las personas que las expresan tienen sobre quienes las escuchan. Observaciones empíricas han mostrado que la aceptación de las creencias tiene relación con el nivel educativo formal de las

personas. En los casos en que los sistemas educativos formales no tienen contenidos educativos específicos y con objetivos definidos acerca de la promoción de la lactancia materna, son las creencias las que influyen en las decisiones relacionadas con el cuidado y alimentación de los niños y niñas.

Según consulta con expertas del Centro de Apoyo de la Lactancia Materna, el fenómeno emergente de la madre que trabaja fuera de casa está aumentando en la medida que aumenta en el país el número de empresas que ofrecen ocupación a la mano de obra no calificada de mujeres para trabajar en empresas dedicadas a la maquila de productos destinados a la exportación a otros mercados con mayor capacidad de compra. El trabajo fuera de casa, es toda actividad consciente que la mujer realiza fuera de la casa de habitación, encaminada a la obtención de ingresos que contribuyan a la satisfacción de las necesidades familiares, no necesariamente realizada dentro de una empresa.

De acuerdo a las apreciaciones de funcionarios de CALMA, este fenómeno podría estar contribuyendo, en el presente, a la reducción de la lactancia materna exclusiva y al aumento del destete precoz y temprano de los niños y niñas por falta de una legislación laboral que proteja el derecho de las madres a disponer del tiempo necesario para realizar la lactancia materna.

Como se sabe el gobierno salvadoreño, con el propósito de atraer capitales internacionales interesados en la instalación de maquilas en países con abundante mano de obra barata, ofrece

amplias prerrogativas a tales empresas, que en muchos casos no toman en cuenta los intereses de los y las trabajadoras.

Se ha postulado que el fracaso de los programas de promoción de la lactancia materna está relacionado con el nivel educativo de una importante proporción de madres salvadoreñas (Blanco de García, 1999), que no les ha permitido terminar de comprender la importancia de la lactancia materna para el desarrollo normal de los niños, por lo que resulta más fácil para ellas, seguir lo que la tradición cultural salvadoreña basada en creencias, condiciona en cuanto al cuidado y atención de los recién nacidos, y en consecuencia no están conscientes de la importancia de lactar a sus hijos más allá de los primeros días después del parto.

En contraste con lo anterior, el mencionado informe de FESAL 98 también señala que la lactancia materna exclusiva fue mayor en el área rural, entre las madres de menor nivel económico y entre las que tenían de 1 a 3 años de escolaridad, lo que sugiere que el factor educativo no es necesariamente el factor más importante para la explicación y comprensión de las prácticas relacionadas con la lactancia materna.

Un análisis muy superficial acerca de los posibles factores que expliquen por qué la LME es mayor entre los grupos considerados de riesgo (del área rural, bajo nivel económico y poca escolaridad) es, que estas madres, por sus mismas limitaciones económicas, no tienen los recursos económicos necesarios para incorporar sucedáneos de la

leche materna, aún cuando sus creencias y/o convicciones fueran que no es necesario amamantar a los niños o niñas más allá de los primeros dos meses.

El mismo informe de FESAL 98 reporta que la desnutrición crónica encontrada en los niños menores de 5 años era de 23.3 %, es decir que, aproximadamente uno de cada cuatro niños salvadoreños nacidos en el período de 1993 a 1998 eran desnutridos crónicos, por lo que tenían condiciones adversas para su desarrollo normal a consecuencia de precarias condiciones socioeconómicas, particularmente en el área rural (30%). Al respecto cabe señalar que existe una asociación entre el destete precoz y temprano de los niños y niñas con una mayor predisposición a enfermar de diarrea y que las enfermedades gastrointestinales contribuyen a la desnutrición de los niños y niñas. (Selva Sutter, 1990).

### **CAPÍTULO III**

## **FACTORES SOCIALES QUE LIMITAN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

## **CAPÍTULO III**

### **FACTORES SOCIALES QUE LIMITAN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

La Unidad de Salud de San Marcos está ubicada aproximadamente 2 Km al Sur del Centro de la ciudad de San Marcos y al Oriente de la Comunidad Diez de Octubre. El municipio de San Marcos está constituido por 119 pequeñas colonias y comunidades (MSPAS, 2002) en una extensión de 14.71 Km<sup>2</sup>. La Comunidad Diez de Octubre es una de las más inmediatas a la Unidad de Salud y una de las más extensas y densamente pobladas del municipio de San Marcos.



La comunidad fue construida en 1987, posterior al terremoto del diez de Octubre de 1986. La construcción de las viviendas es de sistema mixto, piso de ladrillo y techo de lámina de asbesto. El área construida es de 25m<sup>2</sup>. La Comunidad cuenta con servicio de agua potable, servicio de lavar y energía eléctrica.

Se identificaron al menos cuatro razones para dejar de dar de mamar, que según el grupo investigador se ubican dentro de las creencias. La pregunta sobre la razón para dejar de mamar era independiente de la edad del niño o la niña.

Las razones para introducir otros alimentos, paralelamente a la lactancia materna, que se mencionaron con más frecuencia fueron: *El niño o la niña ya no quiso la chiche*<sup>7</sup>; *tenía que trabajar; el niño o niña no se llenan*<sup>8</sup> y *no le salía leche*<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Se ha respetado la expresión de las madres para referirse al seno materno.

<sup>8</sup> En lenguaje cotidiano “llenarse” se refiere a satisfacer la necesidad alimentaria.

<sup>9</sup> Expresión cotidiana para referirse a que los senos ya no producen leche,

**CUADRO No. 2**

**RAZÓN PARA DEJAR DE AMAMANTAR DEFINITIVA O TEMPORALMENTE A LOS NIÑOS O NIÑAS O PARA INCORPORAR OTROS ALIMENTOS ANTES DE LOS SEIS MESES DE EDAD.**

RAZÓN	FRECUENCIA
El niño ya no quiso la chiche.	4
Tenía que trabajar	3
Los niños o niñas no se llenan	3
Ya no le salía leche (a la madre)	2
La leche podía hacerle daño (el niño estaba enfermo)	1
Le podían transmitir la enfermedad al niño (la madre se enfermó)	1

Fuente: Elaboración propia

**CUADRO No. 3**  
**FRECUENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN**  
**GRUPO DE EDAD**

<b>EDAD DEL NIÑO O NIÑA</b>	<b>LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>	<b>INTRODUJERON OTROS ALIMENTOS</b>	<b>TOTAL</b>
MENOS DE 6 MESES	2	4	6
SEIS MESES O MÁS	4	10	14
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>20</b>

Fuente: Elaboración propia

**CUADRO No. 4**  
**ALIMENTOS MÁS FRECUENTEMENTE MENCIONADOS POR LAS MADRES\***

<b>ALIMENTOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>
Jugos de frutas	3
Sopas	3
Gerber	3
Leche Nido crecimiento	2
Leche Similac	2
Leche Nan	2
Papillas	2
Papillas de frutas	1
Fórmula	1
Nestun	1
Puré de papas	1

Fuente: Elaboración propia

\*Los alimentos enlistados fueron mencionados por las 14 madres que introdujeron otros alimentos antes de los 6 meses. Algunas madres mencionaron más de un alimento.

**CUADRO No. 5**  
**ROL SOCIAL DE LA PERSONA QUE RECOMENDÓ A LAS**  
**MADRES QUE DIERAN ESTOS ALIMENTOS**  
**ANTES DE LOS SEIS MESES.**

ROL SOCIAL	NÚMERO
La mamá	5
Hermana mayor	3
Amiga	2
Suegra	1
Médico	1
Enfermera	1
Nadie	1
<b>Total</b>	<b>14</b>

Fuente: Elaboración propia

## A. FACTORES CULTURALES

### CREENCIAS

En la población estudiada lo más frecuente (70% de las madres que fueron entrevistadas) fue que se dejara de dar de mamar antes de que los niños o niñas

cumplieran los seis meses de edad. Las razones argumentadas por las madres son bastante subjetivas, y más bien se encuentran en el ámbito de las creencias, es decir, que son concepciones construidas asistemáticamente a partir de percepciones de la realidad que no tienen fundamentación científica, pero que, se tienen como verdades (Fairchild, 1987). Una de las explicaciones más frecuentes fue:

**a. EL NIÑO YA NO QUISO LA CHICHE**

Esta explicación para el destete, precoz o temprano o para la introducción de una alimentación paralela con fórmulas industrializadas, es obviamente una interpretación que la madre hace a partir de una actitud del niño cuando se le intenta amamantar. Biológica y naturalmente no hay razones para que el niño no quiera alimentarse del seno materno.

Como se ha dicho el amamantamiento requiere de un proceso de aprendizaje, tanto por parte del niño como de la madre y entre éstas, particularmente las madres primerizas<sup>10</sup>. Con frecuencia la madre primeriza no tiene bien formado el pezón lo que dificulta que el niño o la niña tenga una succión que haga salir la leche. En tales casos mamar puede resultar fatigante y frustrante para el niño o niña, lo que la madre puede interpretar como falta de interés por parte del niño,

---

<sup>10</sup> Se llama madre primeriza a la mujer que es madre por primera vez

pero su aparente desgano durará poco y seguramente intentará mamar nuevamente después de que haya pasado la fatiga.

La posición del niño respecto a la madre durante la lactancia puede ser la razón de que el niño o niña no logre alimentarse de la mama. En tales casos las madres necesitan recibir información acerca de las posiciones más adecuadas para dar de mamar y sobre las técnicas que facilitan que el niño o la niña pueda afianzarse del pezón de la madre con su boca.

Otra posible explicación en estos casos es que las madres, en la creencia que los niños necesitan tomar agua, introduzcan otros líquidos, principalmente agua, lo que le daría al niño la sensación de llenura espaciando más los períodos de amamantamiento.

#### ***b. LOS NIÑOS O NIÑAS NO SE LLENAN***

Entre las madres entrevistadas fue muy común la creencia de que ***los niños o niñas no se llenan*** con la leche materna. Al repreguntar a las madres por qué creían ellas que los niños o niñas no se llenaban, éstas respondían que muy rápidamente estaban demandando que se les alimentara nuevamente ya que se ponían inquietos y lloraban. Esta percepción es uno de los factores que más contribuyen a que la madre decida introducir una alimentación complementaria con fórmulas. Al parecer esta percepción errónea por parte de la madre proviene de

que, después de 20 a 30 minutos de estar mamando (que es el rango de tiempo en que en promedio los niños o niñas satisfacen su necesidad alimentaria) los niños o niñas aún quieren seguir mamando.

Al respecto conviene recordar que el acto de mamar no se reduce a la satisfacción de la necesidad del niño de alimentarse, sino que responde además a la satisfacción de la necesidad de seguridad del niño o la niña y que éstos encuentran en la proximidad y el contacto con la madre a través del amamantamiento. En efecto, se ha observado que los niños parecen establecer una relación lúdica con el seno materno. Esto contribuye a explicar por qué los niños o niñas que son amamantados por más tiempo tienen un mejor desarrollo psicoafectivo que aquellos que son destetados prematuramente (Valdez, 2002).

### ***c. YA NO LE SALÍA LECHE***

Otra explicación frecuente fue que había dejado de amamantar al niño o la niña antes de los seis meses debido a que ***ya no le salía leche.***

Como se sabe, los senos maternos tienen una capacidad limitada para almacenar leche entre una amamantada y otra, por lo que ésta podría terminarse antes de que el niño o niña dé muestras de haber saciado su necesidad de alimento. Sin embargo se sabe que las

glándulas lactíferas que forman el tejido del seno materno tienen la capacidad de formar más leche en la medida que son estimuladas por la prolactina (hormona que induce la formación de leche) cuya secreción, a su vez, es estimulada por la succión que el niño o niña realiza en la mama.

Según lo anterior la madre tiene la capacidad de producir más leche, pero la cantidad que se produce depende de la demanda (succión) que de ella haga el niño o la niña.

No obstante, si bien este fenómeno se ha demostrado repetidas veces a través de estudios fisiológicos (Mohrbacher, 1997; Ganon, 1999) las madres no han tenido la oportunidad de saberlo o quizá lo hayan escuchado pero no lo pueden comprender, ya que no es aparente, es decir que no es algo que su percepción sensorial puede evidenciar. Una técnica que se recomienda en tales casos, para que las madres tengan la oportunidad de aprender empíricamente que sí son capaces de producir suficiente leche para satisfacer las necesidades alimentarias del niño o la niña, es que la madre cambie de seno al niño o niña de manera que el otro seno pueda formar leche nuevamente (Valdez, 2002).



#### **d. LA LECHE PODÍA HACERLES DAÑO**

El niño se enfermó. Algunas madres explicaron que el niño se había enfermado, razón por la que ellas consideran que **la leche materna podía hacerles daño**. La percepción de la madre de que el niño está enfermo, por lo general es una percepción correcta, Sin embargo, pensar que la leche materna les puede hacer daño es una creencia popular muy generalizada debido al desconocimiento que se tiene acerca de las causas de las enfermedades y sobre las características benéficas de la leche materna para prevenir las enfermedades y para una recuperación más rápida. Las madres no saben que cuando el niño está enfermo, lo más seguro y al mismo tiempo medicinal es precisamente la leche materna, por su alto contenido de anticuerpos protectores contra todas las enfermedades que en el pasado ha sufrido la madre y que ésta transmite pasivamente a los niños y niñas a través de la leche materna.

#### **e) LE PODÍAN TRANSMITIR LA ENFERMEDAD AL NIÑO O NIÑA**

Una madre expresó que habían dejado de amamantar porque ella se había enfermado y **le podía transmitir la enfermedad al niño o niña**. Esta es una creencia muy generalizada y que se ha mencionado en otros estudios (Leaven, 1998). Sin embargo debe recordarse que,

en general, cuando los síntomas de la enfermedad infecciosa aparecen en la madre, ya ha pasado algún tiempo antes desde que la infección comenzó (el llamado período de incubación) por lo que si la enfermedad se transmite a través de la leche materna (no todas las enfermedades lo hacen) ésta ya se habrá transmitido al niño o niña. Lo más recomendable en tales casos es seguir amamantando al niño o niña para transmitirle también los anticuerpos protectores a través de la leche. Estos anticuerpos protectores se comienzan a formar en la madre aproximadamente a los tres días de iniciado el proceso infeccioso en ésta, de allí en adelante se los transmitirá pasivamente al niño a través de la leche.

Se intentó indagar si había prácticas de amamantamiento que se pudieran asociar a las características propias de la Comunidad Diez de Octubre, pero consideramos, a partir de las respuestas que dieron las madres, que no había prácticas que se pudieran diferenciar de las prácticas de amamantamiento de otras zonas urbano marginales del país.

## **B. FACTORES LABORALES**

Solamente tres de las madres entrevistadas expresaron que trabajaban y éstas invariablemente habían dejado de dar LME a los dos meses de edad introduciendo sucedáneos de la leche materna. Dos de

estas madres trabajaban en maquilas de la localidad y expresaron que para asistir al control les habían dado permiso sin goce de sueldo. La otra madre trabajaba de lavar y planchar ropa en una casa y podía llegar tarde al trabajo, pero como trabajaba por tarea, también tendría que salir más tarde.

En general las madres que trabajaban fuera de casa fueron quienes incorporaron fórmulas sucedáneas de la leche materna más tempranamente que el resto de las madres entrevistadas. Aunque se les preguntó que si el trabajo les dificultaba la lactancia, éstas no lo percibían como un problema ya que según expresaron, podían amamantar a los niños o niñas durante la noche y en algunos casos incluso al mediodía.

Las madres no concebían el trabajo fuera de casa como una dificultad para amamantar, debido a que no tienen la noción de que incorporar otros alimentos antes de los seis meses sea en sí desfavorable para la nutrición de los niños o niñas. Es decir que al igual que el resto de madres que no trabajaban y que incorporaron otros alimentos diferentes a la leche materna antes de los seis meses, tienen la creencia de que los sucedáneos de la leche son iguales o quizá mejores que la leche materna para la buena alimentación del niño o niña.

Por tanto, no identifican el trabajo fuera de casa como una limitación para amamantar. Más bien esto debe interpretarse como que

no consideran un problema introducir alimentos suplementarios o dejar de amamantar a los niños o niñas antes de los seis meses de edad. Obviamente esto se deriva de que tampoco identifican como un derecho el tener la posibilidad de amamantar por más tiempo del que las leyes laborales del país permiten, por lo que lo aceptan como parte de una realidad cuya justeza no se pone en tela de duda.

Tres de las madres que expresaron que no trabajaban agregaron que habían dejado de trabajar justo después del parto, lo cual se podría interpretar como que la crianza de los niños o niñas es incompatible con el tipo de trabajo que realizan estas madres.

Modificar una actitud enraizada en la cultura y en la visión de mundo que tienen las madres, requiere de que éstas identifiquen como beneficiosa la LME o que identifiquen como un riesgo para la salud de los niños o niñas el introducir cualquier otro alimento antes de los seis meses de edad.

Como se sabe, cambiar una actitud generalizada requiere de procesos de socialización conscientes, desde el ámbito de la educación formal a través de programas educativos permanentes, planeados por las instituciones de salud y de educación y difundidos a través de los medios de comunicación masiva como la radio y la televisión.

Impulsar un programa educativo de tal magnitud, requiere además, de una decisión política por parte de las instituciones

brindadoras de servicios en salud y de las instituciones educativas ya que supone invertir importantes cantidades del dinero de los contribuyentes en programas que no tienen posibilidad de tener un efecto apreciable y políticamente capitalizable en el corto plazo.

Recientemente se ha comenzado a difundir por televisión una promoción tendiente a fomentar la lactancia materna, auspiciado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia utilizando para ello una de las más grandes figuras actuales del fútbol mundial, no obstante éste se difunde pocas veces en algunos canales de televisión, por lo que difícilmente puede tener un impacto importante en el segmento de población al que está orientado.

En el presente estudio se pudo establecer que el trabajo fuera de casa, como una expresión de la modernidad, influye sobre las prácticas de lactancia materna de la comunidad, a pesar de que las madres no conciben el trabajo fuera de casa como un problema. La concepción de mundo que tienen las madres acerca del trabajo y de la lactancia materna ubica al trabajo, como medio de subsistencia, como más importante que amamantar a los niños durante 6 meses. Algunas de las explicaciones recibidas para destetar tempranamente y alimentar a los niños o niñas con biberón, probablemente tienen de fondo, aunque no se expresa, que la madre que trabaja fuera de casa, no se siente obligada a adoptar patrones que en el pasado se han

atribuido a las clases sociales pobres, por lo que la lactancia con sucedáneos de la leche materna es una buena alternativa.

### **C. FACTORES EDUCATIVOS**

En este estudio, salvo una excepción de una madre que había estudiado hasta bachillerato, todas las madres habían estudiado hasta noveno grado o menos.

El equipo revisó los contenidos programáticos de los programas de estudio hasta noveno grado y en estos no se encontró ningún contenido acerca de la lactancia materna y menos aun sobre su fisiología. Aparentemente estos conocimientos se reciben únicamente en algunas disciplinas relacionadas con la salud, que se imparten a nivel de educación superior, a la que solamente un pequeño porcentaje de la población tiene acceso.

En consecuencia la gran mayoría de madres salvadoreñas solamente tienen acceso a la información acerca de la lactancia materna a través de procesos de socialización informales, que se encuentran más bien en el ámbito de las creencias, que se traducen en prácticas de lactancia determinadas por las costumbres que prevalecen en su medio social. Esta información proviene de las personas más próximas en el grupo familiar y social, tales como: abuelas, madres, hermanas mayores y amigas.

Paradójicamente, en algunos casos de destete precoz o temprano, o de lactancia materna no exclusiva identificados en este estudio, según expresión de las madres, fueron trabajadores de la salud como enfermeras y médicos quienes recomendaron la lactancia a través de fórmulas o sucedáneos de la leche.

No se puede descartar que los trabajadores de la salud no estén totalmente convencidos de que la LME sea suficiente para que los niños y niñas se nutran adecuadamente.

En este estudio no se tenía el propósito de indagar acerca de cómo los medios de comunicación masiva, como fenómeno social propio de lo que se ha dado en llamar la modernidad, influyen en la decisión de la madre en cuanto a incorporar fórmulas en la alimentación de los niños; pero fue evidente, al menos en dos casos, que las madres habían sido influidas por el contenido del mensaje comercial difundido a través de la televisión, ya que expresaron que lo habían hecho porque los niños no aumentaban de peso y no crecían y que ellas *creían* que la leche que se anunciaba por la televisión ayudaba a que los niños crecieran y aumentaran de peso.

El Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna prohíbe la promoción de éstos a través de los medios de comunicación. No obstante las empresas promotoras de estos productos diseñan los mensajes de tal forma que las madres

interpretan que las leches enteras o de crecimiento, se pueden dar a los niños de cualquier edad, incluyendo los menores de un año.

Los medios de comunicación masiva, como la radio y la televisión, son más efectivos para inducir ciertas pautas de conducta relacionadas con la salud que las charlas educativas que reciben de parte de los trabajadores de la salud encargados de promover la lactancia materna.

El programa de control del niño sano que desarrolla el MSPAS en todas las unidades de salud, si bien puede tener un impacto relativo en las madres que acuden al programa, tiene un efecto limitado respecto a quienes no acuden al programa, ya que el contenido educativo orientado a fomentar la lactancia materna en éstas, únicamente lo reciben aquellas madres que tienen posibilidades de acudir a la clínica con sus niños o niñas en las horas de atención del programa, que generalmente se reduce a la mañana.

Al respecto conviene aclarar que si bien en teoría toda la población salvadoreña que no tiene acceso a la seguridad social brindada por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) o a la atención privada de la salud, tiene derecho a acudir a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no todos hacen uso del mismo. En efecto el PNUD refiere que en 1999, de la población general que expresó que no consultaba a un centro de salud, el 47% expresó que no lo hizo por razones económicas siendo el sector



ubicado en pobreza relativa y extrema pobreza el que tuvo el mayor porcentaje: 42 y 62%, respectivamente.

Si a lo anterior se agrega, que en el pasado reciente, las madres debían pagar una cuota voluntaria por la consulta, la medicina y los exámenes de laboratorio que recibían en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se puede concluir que el impacto puede ser muy reducido. La decisión política del ejecutivo de eliminar las cuotas “voluntarias” quizá contribuya a aumentar la demanda de los servicios de salud. Con todo, el aumento de la demanda de los servicios de atención de salud, podría ser relativamente pequeño y en consecuencia el impacto de los programas educativos relacionados con la promoción de la lactancia materna, podría también ser insignificante.

Lo anterior plantea la conveniencia de indagar acerca de los factores socio culturales que propiciarían que los servicios de salud institucionales fueran más efectivos en cuanto a la promoción de la lactancia materna entre las madres que acuden al programa.

#### **D. LA MODERNIDAD COMO FACTOR QUE LIMITA LA LACTANCIA MATERNA**

Con relación a cómo la modernidad, entendida ésta como el contexto histórico cultural en que se desenvuelven los grupos sociales

influidos por patrones culturales provenientes de países hegemónicos que los medios de comunicación masiva como, la radio y la televisión, caracterizan como sociedades modernas, relacionadas invariablemente con las culturas occidentales, el grupo investigador trabajó con la tesis de que los grupos sociales, en general, son susceptibles de adoptar patrones de conducta que se asocian con estas culturas. Sin embargo, solamente en dos casos de madres, que expresaron que habían decidido introducir otros alimentos sucedáneos de la leche materna influidas por la publicidad podría hipotetizarse, que son atribuibles a la influencia de la modernidad. El equipo investigador considera que la modernidad influye en las madres en la medida en que éstas se incorporan a la fuerza laboral, que como puede verse es aún muy reducida en la comunidad, a pesar de que San Marcos tiene una importante cantidad de industrias maquileras.

Investigar un fenómeno social tan complejo como la influencia de la modernidad en la lactancia materna requiere de un estudio socioantropológico de mayor alcance que el presente estudio.

## **E. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS**

Un poco más de la mitad de los niños o niñas (cuatro de seis niños) que no habían recibido lactancia materna exclusiva hasta los seis meses estaban bajos o bajas de peso y/o talla. Sin embargo las

madres adujeron que precisamente porque les habían dicho en la clínica que estaban bajos de peso y/o talla es que habían introducido un suplemento alimentario. Es interesante señalar, que al momento de la consulta estaban bajos de peso y/o talla, por lo que, a pesar de haber incorporado un suplemento nutricional, éste aún no había dado los resultados esperados, en consecuencia es más probable que el bajo peso y/o talla se debiera a posibles procesos infecciosos sufridos a consecuencia de la alimentación con otros productos diferentes a la leche materna.

Después de haber concluido las 20 entrevistas el equipo investigador continuó asistiendo a la Unidad de Salud con el propósito de entrevistar otras madres que trabajaran, pero en cuatro visitas adicionales no se pudo contactar a otra madre que trabajara, a pesar de que cada día, en promedio, pasaban consulta entre 20 y 25 madres.

Al conversar con la nutricionista de la Unidad de Salud sobre esta situación, ésta explicó que cada día faltaban a la cita aproximadamente cinco madres y que según las fichas de los niños, éstas eran madres que trabajaban y que habían tenido dificultad para asistir a la cita, lo que apoya la hipótesis respecto a que el trabajo fuera de casa interfiere con el cuidado que las madres dan a sus hijas e hijos.

## **CAPÍTULO IV**

### **SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA, COMERCIALIZACIÓN Y COSTOS DEL SOSTENIMIENTO DEL NIÑO O LA NIÑA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA**

## **CAPÍTULO IV**

### **SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA, COMERCIALIZACIÓN Y COSTOS DEL SOSTENIMIENTO DEL NIÑO O LA NIÑA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA**

#### **A. SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA**

En teoría microeconómica se entiende por bienes sucedáneos aquellos productos que teniendo similares características a otros, pueden sustituirlos. En estos casos se dice que los productos son buenos sustitutos, o sustitutos cercanos (Leftwich, 1976)

Este concepto al ser referido a una forma específica de consumo, para el caso particular del consumo de sucedáneos de la

leche materna debe concebirse como aquel producto alimenticio que se presenta como sustituto parcial o total de la leche materna.

Desde el punto de vista del preparado industrial de las fórmulas infantiles, los sucedáneos se clasifican en leches industrializadas y leches modificadas. No es recomendable llamar a éstas “leches maternizadas”, ya que ningún sucedáneo iguala las propiedades nutricionales de la leche materna para el niño. Además la lactancia con sucedáneos de la leche no tiene los atributos afectivos de la lactancia materna.

Las leches industrializadas se refieren a todo tipo de leche que sufre un proceso de industrialización en términos de deshidratación total o parcial (leches en polvo o fluidas)

Las leches modificadas son aquellas que se obtienen a partir de leche de vaca en las cuales se ha variado el contenido de lípidos, proteínas e hidratos de carbono y en ocasiones se les ha adicionado vitaminas y otros nutrientes inorgánicos, de acuerdo a las necesidades nutricionales de los lactantes.

Para efectos de prescripción médica los pediatras prefieren hacer una clasificación más adecuada y práctica de estas leches clasificándolas como Fórmulas Lácteas de Inicio (FLI), Fórmulas Lácteas de Continuación (FLC), y Fórmulas Lácteas de Crecimiento (FLC). Los tipos o clases de leches agrupadas en cada una de estas

clasificaciones se diferencian con los códigos 1, 2 y 3, respectivamente.

Los pediatras recomiendan las leches de inicio para lactantes menores de seis meses de edad. Las leches de continuación se recomiendan sólo como parte de un régimen dietético mixto, para niños entre edades de seis y doce meses. Se indican las leches de crecimiento para niños con más de un año de vida.

## **B. COMERCIALIZACIÓN DE LOS SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA**

En materia microeconómica hay dos formas en que las empresas de la misma industria pueden diferenciar el producto que ofertan en el mercado, algunas de ellas auténticas, como las diferencias en términos de composición química o comodidades que ofrecen y otras diferencias, más aparentes que reales, basadas en la publicidad, con las cuales se resalta marca, diseño y materiales que se emplean en el envasado. (Ferguson, 1980)

De acuerdo a esta misma visión, según las percepciones de los expertos, tanto nutricionistas como pediatras relacionados con la nutrición del lactante, opinan que no existen diferencias sustanciales de contenido nutritivo en las fórmulas infantiles agrupadas en las mismas clasificaciones, ya sea que se trate de

las fórmulas del código 1, ó de las de código 2, clasificadas en el cuadro No. 5. En opinión de los expertos y expertas en nutrición infantil, los fabricantes de fórmulas en sus prácticas comerciales resaltan más las diferencias de forma como marca, diseño, viñeta y tamaño de las latas o frascos de leche.

En el cuadro N° 5 se presentan los precios de las distintas clases de sucedáneos de mayor comercialización en los establecimientos nacionales de distribución al consumidor final.

**CUADRO N° 6**  
**PRECIOS DE LOS SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA**  
(Agosto 2002)

CANTIDAD	CLASIFICACIÓN	ESTABLECIMIENTO COMERCIAL	
		PRECIO SUPERMERCADO	PRECIO FARMACIA
	<b>Leches de Inicio (código 1)</b>		
450 g	Enfamil 1 con hierro	¢ 59.06	¢ 60.98
1000 g	Nestógeno 1	¢ 75.51	¢ 79.29
1000 g	Bebelac 1	¢ 62.21	¢ 64.70
450 g	Nestlé Nan 1	¢ 44.45	¢ 45.78
450 g	Nestlé Nestógeno 1	¢ 42.23	¢ 43.92
	<b>Leches de Continuación (código 2)</b>		
450 g	Enfamil lactosa 2 con hierro	¢ 59.06	¢ 69.73
1000 g	Nestógeno 2	¢ 82.62	¢ 89.22
450 g	Bebelac 2	¢ 47.08	¢ 50.84
450 g	Nestlé Nan 2	¢ 40.16	¢ 43.77
450 g	Nestlé Nestógeno 2	¢ 36.66	¢ 39.96
	<b>Leches de Crecimiento (código 3)</b>		
400 g	Progress	¢ 57.83	¢ 62.86

Fuente: Elaboración propia



La diferenciación del producto en cuanto a diseño, viñeta y tamaño propicia al mismo tiempo hacer diferencias en cuanto a precios, independientemente del contenido nutricional. Los fabricantes y distribuidores de fórmulas infantiles las utilizan como estrategia de mercado con fines comerciales y promocionales con el propósito de obtener mayores ganancias.

Además, cuando las fórmulas infantiles están a la disposición del consumidor final en farmacias y supermercados, se practica otra diferenciación de precios, las mismas fórmulas con igual calidad y cantidad en gramos se venden a distintos precios.

En efecto, según el sondeo de precios realizado se ha podido comprobar que la misma leche *Enfamil Lactosa 2 con hierro*, de las fórmulas de continuación, se vende a precios más bajos en supermercados ¢ 59.06, y a precios más altos en farmacias ¢ 69.73. A pesar de la diferencia de precios es común que las madres compren la leche en la farmacia, probablemente inducidas por el médico que la ha indicado en un recetario que supone que se debe comprar en una farmacia.

Los fabricantes y distribuidores de fórmulas lácteas utilizan una publicidad comercial orientada a influir la decisión de pediatras y madres en base a diferencias de presentación secundarias en cuanto al valor nutricional de las mismas.

Las madres que no cuentan con suficiente información, sobre las ventajas que ofrece la lactancia materna corren el riesgo de ser

persuadidas por pediatras a demandar en el mercado determinadas marcas de leches, con la creencia de que éstas son superiores a la leche materna. En un primer momento los promotores del producto inducen el consumo por medio de regalías de muestras que éstos dejan como donativo en los consultorios médicos, las que a su vez, los pediatras regalan a las madres. En adelante, como ocurre con los medicamentos, las madres comprarán la misma leche.

### **C. ESTIMACIÓN DE LOS COSTOS DE LA LACTANCIA CON SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA**

Para la determinación del precio unitario por libra de leche de inicio, se han considerado los precios que tienen las cinco clases de leche en supermercados, descritos en el cuadro N° 6. Estos precios son relativamente más bajos en comparación con los precios de farmacia, tal como se ha comprobado a través de un sondeo realizado en distintas farmacias (Anexo N° 3)

En el cuadro N° 7 se presentan los precios de mercado por libra y por gramo de leche de fórmulas vendidas en supermercados.

Para determinar el precio promedio por libra de 450 g de leche se empleó la fórmula estadística de la media aritmética:

$$\bar{P} \times \text{libra} = \frac{\sum P}{n}$$

donde:  $\Sigma$  = símbolo de sumatoria  
P = precios por libra, de las distintas clases de leche.

n = número de leches

Sustituyendo:

$$\bar{P} \times \text{libra} = \frac{207.72}{5} = 41.54 \text{ colones por libra de leche}$$

El precio promedio por libra de 450 gramos de leche de fórmula de Inicio es de ¢41.54.

El mismo procedimiento estadístico se ha seguido para el cálculo del precio promedio por libra de leche de las fórmulas lácteas de continuación, indicadas con el código 2 (cuadro No. 7). El precio promedio de las leches de continuación es de ¢ 44.03, ligeramente más alto que el precio de las leches de inicio.

CUADRO N° 7  
PRECIO UNITARIO POR GRAMO DE LECHE DE FÓRMULAS  
LÁCTEAS DE INICIO (Agosto 2002)

Cantidad gramos	Fórmulas infantiles de inicio	Precio unitario por lata	Precio por libra	Precio unitario por gramo
450 g	Enfamil 1 con hierro	¢ 59.06	¢ 59.06	¢ 0.13
1000 g	Nestógeno 1	¢ 75.51	¢ 33.98	¢ 0.08
1000 g	Bebelac 1	¢ 62.21	¢ 28.00	¢ 0.06
450 g	Nestlé Nan 1	¢ 44.45	¢ 44.45	¢ 0.10
450 g	Nestlé Nestógeno 1	¢ 42.23	¢ 42.23	¢ 0.09

Fuente: Elaboración propia

## CUADRO N° 8

**PRECIO UNITARIO POR GRAMO DE LECHE DE FÓRMULAS  
LÁCTEAS DE CONTINUACIÓN (Agosto 2002)**

<b>Cantidad gramos</b>	<b>Fórmulas infantiles de continuación</b>	<b>Precio unitario por lata</b>	<b>Precio por libra</b>	<b>Precio unitario por gramo</b>
450 g	Enfamil lactosa 2 con hierro	¢ 59.06	¢ 59.06	¢ 0.13
1000 g	Nestógeno 2	¢ 82.62	¢ 37.18	¢ 0.08
450 g	Bebelac 2	¢ 47.06	¢ 47.06	¢ 0.10
450 g	Nestlé Nan 2	¢ 40.16	¢ 40.16	¢ 0.09
450 g	Nestlé Nestógeno 2	¢ 36.66	¢ 36.66	¢ 0.08

Fuente: Elaboración propia

**D. COSTO DEL SOSTENIMIENTO DEL LACTANTE  
DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA**

De acuerdo a la microeconomía (Ferguson, 1980) los desembolsos monetarios que periódicamente ocurren en las empresas y las familias, suelen analizarse desde dos ópticas totalmente distintas: como costo desde el punto de vista de la producción empresarial y como gasto desde el punto de vista del consumo familiar; la diferencia estriba en que el costo es recuperable por medio

del precio del producto comercializado, mientras que el gasto no tiene retorno alguno para la familia.

Desde visiones macroeconómicas, a las familias, además de estudiarlas como consumidoras se les enfoca como unidades productoras de bienes y servicios para el autoconsumo.

En la cotidianidad de los hogares, en el proceso de desarrollo material y de conformación del grupo familiar, tienen lugar, al mismo tiempo dos procesos de producción: uno de producción de bienes y servicios que garantizan la sobrevivencia individual y colectiva de los miembros del grupo y otro, de reproducción de niños y niñas determinado por la ley de conservación de la especie humana.

En este sentido y desde el instante que nace un niño o niña hay que desarrollar un proceso de producción de servicios orientado al cuidado y atención de éstos que absorbe cantidades de recursos materiales y de trabajo doméstico en las distintas actividades y fases del proceso.

Para una apropiada estimación de los gastos y costos de los recursos materiales y trabajo doméstico, se utilizan criterios técnicos establecidos por la disciplina contable.

Así tenemos, que en materia contable, gasto es toda erogación clasificada en conceptos definidos, pendiente de aplicación al objetivo que los originó y del que formarán su costo; por ejemplo: Gastos en materiales utilizados, gastos en salarios pagados y gastos inherentes

a la producción que al conjuntarse forman el costo, es decir, que el costo es un resumen de erogaciones aplicadas a un objetivo preciso y recuperable a través de los ingresos que generen. (Reyes Pérez, 1998)

En teoría contable los costos se dividen en dos grandes grupos, costos directos y costos indirectos.

**Costos directos:** Son aquellos que se pueden identificar plenamente ya sea en su aspecto físico o de valor en cada unidad producida, y como tales tenemos: las materias primas básicas y la mano de obra directa en la fabricación.

**Costos indirectos:** Son aquellos que no se pueden localizar en forma precisa en una unidad producida, absorbiéndose en la producción a base de prorrateo. (Reyes Pérez, 1998)

En base a esta clasificación se agrupan aquellos rubros de gastos que acompañan el importe en fórmulas lácteas de inicio y de continuación, consumidos por el lactante durante el primer año de vida.

#### a. DESCRIPCIÓN DE LOS RUBROS DE GASTO

Los costos de la fórmula infantil de inicio durante los primeros seis meses se han estimado dividiendo las 52 semanas del año entre

2, obteniéndose 26 semanas. Si el niño consume en promedio de 2.5 libras por semana, en 26 semanas consumirá 65 libras.

**Fórmulas lácteas de inicio:** Las 65 libras de fórmulas infantiles de inicio que se pueden consumir en el transcurso de las 26 semanas del primer semestre de vida están calculadas en base a los estándares promedio de 2.5 libras semanales, utilizados por pediatras y nutricionistas en el ejercicio de la práctica profesional para la indicación de la dieta alimentaria de los lactantes.

Para efectos de estimación de la cantidad semestral de leche no se seleccionó una marca, tipo o precio de leche en particular.

Al dividirse las 2.5 libras por semana y distribuir éstas en los 7 días de la semana se obtiene una cantidad igual 161g de leche por día.

La cifra promedio de 161 g/día, no se aleja de los requerimientos energéticos establecidos para el niño, ya que según lo recomendado, en promedio el consumo debe ser de 120 cal/kg/día, suficiente para las necesidades nutricionales de los niños y niñas a esta edad.

Cuando el niño es alimentado con leches industrializadas el proceso de digestión es más lento lo cual reduce el número de episodios de alimentación y por lo tanto el consumo diario de leche. Al mismo tiempo las fórmulas concentradas provocan sed y ésta aumenta la demanda de la ingesta líquida del lactante, lo que a su vez provoca mayor consumo de leche.

## CUADRO N° 9

**COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE SOSTENIMIENTO DEL LACTANTE,  
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE VIDA. (agosto 2002)**

<b>CANTIDAD POR SEMESTRE</b>	<b>RUBROS DE GASTOS</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>GASTOS</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
	<b>Costo Directo</b>			<b>¢3,122.78</b>
65 Lb.	Fórmula infantil de inicio (de 0 a 6 meses)	¢41.54	¢2,700.10	
12	Pachas 150 mL	¢11.69	¢140.22	
24	Biberones	¢3.41	¢81.84	
1	Termo de vidrio de 1 litro	¢40.90	¢40.90	
2	Lava pacha de cerdas	¢17.86	¢35.72	
2	Tazas plásticas	¢10.00	¢20.00	
2	Huacales plásticos	¢10.00	¢20.00	
24 Bolsas	Detergente 220g. c/u	¢3.50	¢84.00	
	<b>Costo Indirecto</b>			<b>¢1,588.33</b>
1	Salario por oficio doméstico en cuidado y atención al niño	¢1,260.00	¢1,260.00	
1	Recibo mensual de consumo de agua potable	¢53.00	¢53.00	
1	Recibo de consumo mensual de energía Elec.	¢113.33	¢113.33	
1	Tambo de gas de 25 libras	¢37.00	¢37.00	
	25% de depreciación anual de cocina a gas	¢125.00	¢125.00	
	<b>Costo Total</b>			<b>¢4711.11</b>

Fuente: Elaboración propia



**Pachas y biberones:** El número de unidades utilizadas durante el semestre se ha estimado empíricamente.

El precio se ha calculado, tomando en cuenta aquellos que tienen en los supermercados considerando que tienen el precio más bajo en el mercado. Tomando en cuenta, por una parte, el descarte debido al deterioro por mala manipulación; y por otra, por deformaciones por recalentamiento que pueden sufrir en el proceso de calentamiento.

**Salario por trabajo doméstico:** Como costo del trabajo doméstico, que se desarrolla en las diversas actividades especiales, de manera repetitiva y continua durante el semestre en los cuidados y atenciones al niño, se considera un salario mínimo legal de ¢ 1,260.00, el equivalente a 1/6 de los seis salarios mínimos devengados por la madre, en el caso que trabajase fuera de casa.

**Energía eléctrica y agua potable:** Por carecerse de un criterio técnico contable que oriente cómo pueden calcularse estos gastos en los hogares, se ha convenido computar como gasto un recibo mensual de cada servicio como consumo semestral, muchas de las actividades que propician la comodidad del niño, requieren esencialmente estos servicios.

**Cocina a gas:** Esta como cualquier otro bien se desgasta físicamente con su uso. Está clasificada dentro de los bienes de consumo no duraderos. La ley establece que deben depreciarse con el

50% anual de su valor histórico, es decir que su valor histórico se debe depreciar, tomando en cuenta una vida útil de dos años.

Es de hacer la salvedad que hay otros bienes que están relacionados con el proceso de lactancia del niño, como por ejemplo juguetes, hamacas, cunas, pañales, toallas sanitarias, etc. Pero que en este computo se omiten porque siempre concurren en el proceso de lactancia, independientemente de si el niño es lactado con pecho o con sucedáneos de la leche materna.

El consumo de leche presenta cierta variabilidad durante el primer semestre según sean los requerimientos calóricos del niño. Estudios relacionados con el balance calórico (Plata Rueda. 1996) afirman que en el primer trimestre las necesidades calóricas en el niño son de 120 cal/kg/día, mientras que en el segundo trimestre disminuye a 110 cal/kg/día.

**Leches de continuación:** Cuando a los niños se les alimenta con fórmulas lácteas de continuación, indicadas después de los seis meses de vida, los expertos en nutrición recomiendan que se haga bajo un régimen dietético mixto. Es decir introduciendo en la dieta del niño otros alimentos complementarios.

Obedeciendo a esta prescripción solamente se calcula para el segundo semestre 39 libras de leche de continuación, disminuyendo el gasto en un 40% en comparación a las cantidades de leche de inicio del primer semestre. Esta disminución vendría a ser compensada por

las papillas incorporadas como alimentación complementaria en la dieta infantil.

CUADRO N° 10

**COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE SOSTENIMIENTO DEL LACTANTE, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE VIDA. (Agosto 2002)**

CANTIDAD SEMESTRAL	RUBROS DE GASTO	PRECIO UNITARIO	GASTOS	COSTO TOTAL
	<b>Costo Directo</b>			<b>¢2,103.77</b>
39 Lb.	Fórmula infantil de continuación (6 a 12 meses)	¢44.03	¢1,717.17	
8	Pachas 270 mL	¢19.07	¢152.56	
12	Biberones	¢3.41	¢40.92	
1	Termo de vidrio de 1 litro	¢40.90	¢40.90	
2	Lava pacha de cerdas	¢17.86	¢35.72	
2	Tazas plásticas	¢10.00	¢20.00	
2	Huacales plásticos	¢10.00	¢20.00	
2	Cucharas metálicas (medida de 5g)	¢6.75	¢13.50	
18 Bolsas	Detergente 220g c/u	¢3.50	¢63.00	
	<b>Costo Indirecto</b>			<b>¢ 1,588.33</b>
1	Salario por oficio doméstico en cuidado y atención al niño	¢1,260.00	¢1,260.00	
1	Recibo mensual de consumo de agua potable	¢53.00	¢53.00	
1	Recibo de consumo mensual de Energía Elec.	¢113.33	¢113.33	
1	Tambo de gas de 25 libras	¢37.00	¢37.00	
	25% de depreciación anual de cocina a gas	¢125.00	¢125.00	
	<b>Costo Total</b>			<b>¢ 3,692.10</b>

Fuente: Elaboración propia

En base a los estándares promedio, el gasto de leche semanal se ha estimado en 1.5 libras, o sea 0.2 libras por día equivalente a 96 gramos diarios.

En el segundo semestre de vida del niño o niña, los episodios de lactancia se dan con menor frecuencia, aumenta el intervalo de tiempo entre toma y toma, pero cada acto de consumo demanda mayor cantidad de leche. Esto debido, en parte a la velocidad de crecimiento del niño.

**Pachas:** El número de unidades en el semestre se calculan, tomando en cuenta que el número de tomas sucedidas durante el semestre se reduce considerablemente.

Los demás rubros de gastos del semestre presentan un comportamiento similar con relación a los gastos del primer semestre con diferencias únicamente en sus precios, que modifican por tanto sus costos.

## b. DESCRIPCIÓN DE COSTOS

A continuación se hace una descripción del comportamiento que tienen los costos, durante el primer año de vida, tanto en términos absolutos como en cifras relativas.

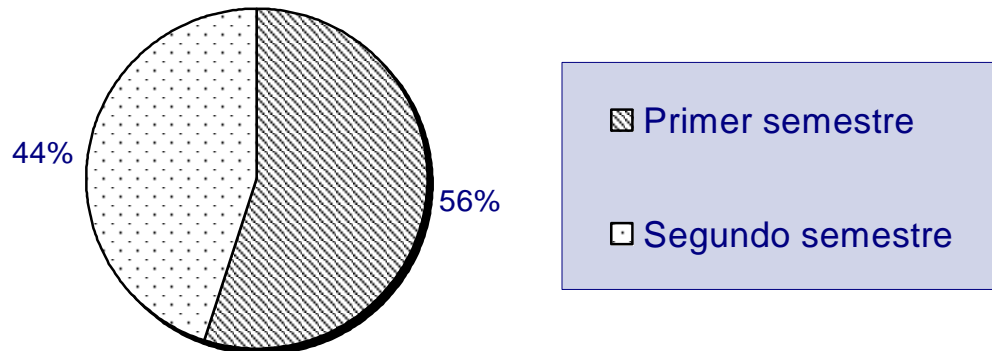
**CUADRO N° 11**  
**COSTO ANUAL DEL SOSTENIMIENTO DEL NIÑO O NIÑA**  
**DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA. (en colones)**

<b>SEMESTRES</b>	<b>COSTO POR SEMESTRE</b>	<b>COSTO PORCENTUAL</b>
Primer Semestre	4,711.11	56
Segundo Semestre	3,692.10	44
<b>Costo total</b>	<b>8,403.21</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Los costos anuales en que incurren las familias en concepto de sostenimiento del niño o niña durante el primer año de vida, ascienden a ¢8,403.21 haciendo un promedio mensual de 700.57 colones.

**GRÁFICO No. 1**  
**COSTO ANUAL DE SOSTENIMIENTO DEL NIÑO**  
**O NIÑA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA**



Por otro lado, el importe del costo en el primer semestre de vida del niño asciende a ¢ 4,711.11, representando un 56% en relación a los costos anuales.

Comparando los costos del segundo semestre con respecto a los del primero, experimentan cierta disminución, siendo estos de ¢ 3,692.10, representando el 44% en relación a los costos anuales.

Estas diferencias de costos semestrales, y el alto costo del sostenimiento del niño o niña que significa para la familia el primer semestre, podrían justificar una política de promoción que llevase a las madres a optar por la práctica de la lactancia materna, que lo único que requiere como costo es tiempo y la disposición y convicción de la madre de la conveniencia de amamantar al niño.

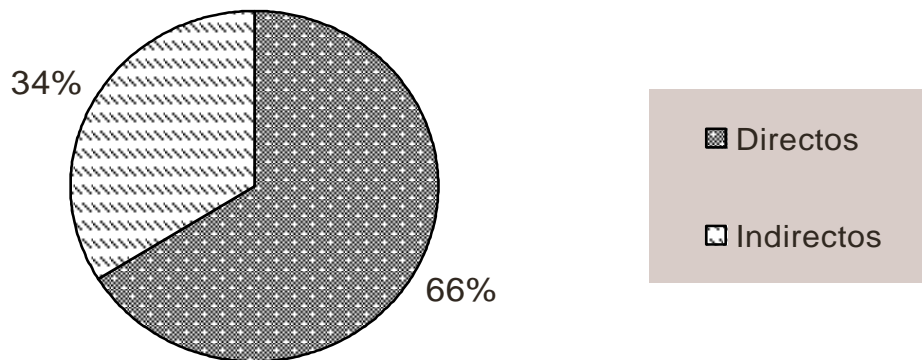
**CUADRO N° 12**  
**COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DEL SOSTENIMIENTO DEL**  
**NIÑO**  
**O NIÑA POR SEMESTRE (en colones)**

<b>Costos</b>	<b>Primer Semestre</b>		<b>Segundo Semestre</b>	
	Costos	%	Costos	%
Directos	3,122.79	66	2,103.77	57
Indirectos	1,588.33	34	1,588.33	43
<b>Totales</b>	<b>4,711.11</b>	<b>100%</b>	<b>3,692.10</b>	<b>100%</b>

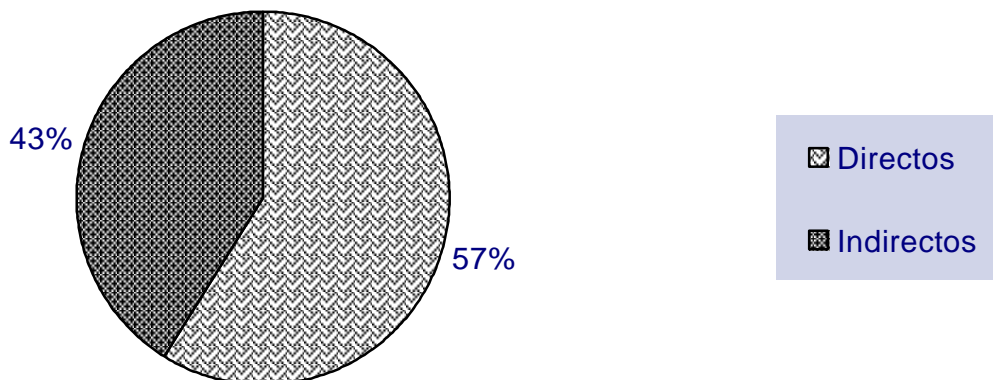
Fuente: Elaboración propia

Los costos en que incurren las familias durante el primer semestre de vida del niño, ascienden a  $\text{¢}4,711.11$ , promediando un costo mensual de 785.19 colones; mientras que durante el segundo semestre el costo del sostenimiento del niño es de  $\text{¢}3,692.10$  colones. Con un costo mensual promedio de  $\text{¢}615.35$ .

**GRÁFICO No. 2**  
**COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DEL**  
**SOSTENIMIENTO DEL NIÑO DURANTE EL PRIMER**  
**SEMESTRE**



**GRÁFICO No. 3**  
**COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DEL**  
**SOSTENIMIENTO DEL NIÑO DURANTE EL**  
**SEGUNDO SEMESTRE**



Los costos directos, que son aquellos que se identifican plenamente con las necesidades del niño, representan en el primer semestre ¢3,122.79, equivalentes al 66% con respecto al costo del semestre; por otra parte, los costos indirectos, que son aquellos compartidos entre las distintas actividades que se llevan a cabo en el hogar, ascienden a ¢ 1,588.33, equivalentes al 34% del total semestral.

Los costos directos en el segundo semestre alcanzan la cifra de ¢2,103.77, representando el 57% con respecto al total; y los costos indirectos ascienden a ¢1,588.33, equivalentes al 43% del total.

**CUADRO N° 13**  
**COSTO ANUAL EN CONSUMO DE FÓRMULAS INFANTILES (en colones).**

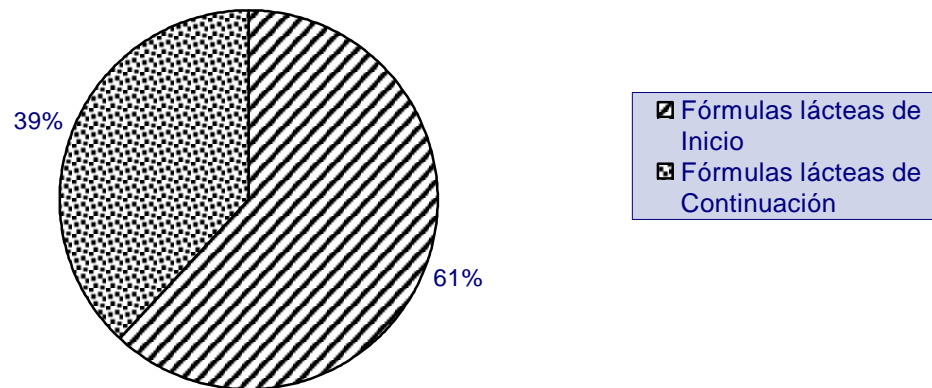
<b>Formulas infantiles</b>	<b>Costo semestral</b>	<b>Costo porcentual</b>
Fórmulas lácteas de Inicio	2,700.10	61
Fórmulas lácteas de Continuación	1,717.17	39
<b>Total anual</b>	<b>4,417.27</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia



El costo en fórmulas infantiles consumidas durante el primer y segundo semestre del primer año de vida, asciende en total a 4,417.27 colones, significando un gasto promedio 368.10 colones mensuales.

**GRAFICO N° 4**  
**COSTO ANUAL EN CONSUMO DE FÓRMULAS**  
**(en colones)**



En fórmulas de inicio las familias gastan en alimentar al niño o niña durante el primer semestre ¢ 2,710.10 representando el 61% en relación al total anual.

Los costos en formulas lácteas de continuación del segundo semestre de vida del niño alcanzan el importe de ¢ 1,717.17 representando el 39% del consumo total anual.

**CUADRO N° 14**  
**INDICADORES DE COSTOS CON RELACIÓN AL SALARIO MÍNIMO**  
(en colones)

DESCRIPCIÓN	COSTO TOTAL	COSTO MENSUA L	COSTOS EN RELACIÓN AL SALARIO MÍNIMO (¢ 1,260.00)
TOTAL ANUAL	8,403.21	700.27	56%
FORMULAS INFANTILES	4,417.27	368.11	29%
COSTOS DIRECTOS	5,226.56	435.55	35%
COSTOS INDIRECTOS	3,176.66	264.72	21%

Fuente: Elaboración propia

El costo promedio de sostenimiento mensual del niño o la niña durante el primer año de vida, constituye un gasto un poco mayor a la mitad de un salario mínimo, lo que resulta excesivo para una familia cuyo ingreso es entre uno o dos salarios mínimos o inferior.

El exceso de los gastos sobre los ingresos mensuales origina un déficit en el presupuesto familiar que necesariamente afecta el consumo de la familia en otros rubros. Esta situación obliga a las

familias a sacrificar las necesidades elementales de la madre o de los demás miembros del grupo en función de satisfacer una necesidad del niño. Sería más beneficioso, tanto para la madre como para el niño o niña, que se satisficiera esta necesidad con lactancia materna.

Algunos estudios realizados en niños que han recibido lactancia materna por 6 meses o más y en niños que han recibido lactancia materna por menos tiempo se ha encontrado que en promedio los niños que no han recibido lactancia materna por 6 meses o más tienen, en promedio, 2 procesos diarreicos más por año que los niños que han recibido lactancia materna por 6 meses o más, por lo que se podría asumir que los niños o niñas que reciben lactancia con sucedáneos de la leche pueden padecer al menos dos episodios de enfermedad más en el año, que los niños o niñas que han sido amamantados.

Al preguntarse a pediatras acerca del promedio de veces que se enfermaban los niños estos expresaron que los niños en promedio se enfermaban 6 veces en el año. En promedio cada consulta costaba 75.00 colones y las medicinas 225.00 colones. Es decir que en total cada consulta por enfermedad podría costar, en promedio, ¢300.00, y en consecuencia en un año podría ser de ¢600.00. Si este gasto se agrega al gasto total por año, éste podría ser de 9,003.21 colones.

## **CAPITULO V**

### **REFLEXIONES FINALES**

## **CAPITULO V**

### **REFLEXIONES FINALES**

En las veinte madres entrevistadas en la Comunidad Diez de Octubre se pudo apreciar que la mayoría de ellas no cuentan con información apropiada y suficiente acerca de los atributos y beneficios que la lactancia materna tiene para ellas y sus niños o niñas. Entre las madres entrevistadas fue evidente que no conocen los beneficios de la lactancia materna exclusiva, ni la diferencia que hay entre ésta y la lactancia materna mixta, ya que de las veinte madres 14 introdujeron otros alimentos antes de que los niños o niñas cumplieran los primeros seis meses de vida. Cuando se preguntó a las madres sobre las razones para introducir otros alimentos en la dieta de los niños y niñas, éstas adujeron motivaciones que más

bien constituyen creencias. En cualquier ámbito social las madres enfrentan la maternidad y en consecuencia la lactancia con un bagaje de “conocimientos”, adquiridos a través de procesos de comunicación social primarios en el círculo social al que pertenecen que, obviamente, tiene un nivel de conocimientos similar, basado en creencias y tradiciones.

En efecto, en el cuadro número 5 se puede constatar que, según expresión de las madres entrevistadas, fueron las madres de éstas quienes más influyeron en la decisión de qué tipo de alimento introducir antes de que el niño o niña cumpliera los seis meses. En ese orden, siguieron la hermana mayor y una amiga. Como puede verse la jerarquía que ocupa la persona en el grupo familiar y la tradición, influyen en la decisión de la madre.

La totalidad de las madres que trabajaban dejaron de dar de mamar a los niños a los dos meses de edad de éstos, precisamente en el momento que tuvieron que reincorporarse al trabajo, por lo que se puede asegurar que el trabajo sí constituye un factor que limita la lactancia materna y en consecuencia propicia el destete temprano de los niños y niñas, a pesar de que las madres no conciben el trabajo fuera de casa como un impedimento para dar de mamar, ya que según expresión de las mismas pueden hacerlo al salir del trabajo. Lo anterior obedece a que, de acuerdo a la concepción de mundo que tienen las madres de la comunidad, que es una comunidad urbano marginal con altos índices de pobreza y bajo nivel educativo formal, seguramente conceptúan como más importante el trabajo, que la lactancia materna exclusiva de los niños y niñas, debido a que no tienen los

conocimientos básicos necesarios para conocer todos los beneficios que para el niño y la madre tiene la lactancia materna

El nivel educativo de las madres influye sobre la decisión de introducir otros alimentos paralelamente a la lactancia materna, ya que al no tener los conocimientos técnicos necesarios sobre las ventajas que amamantar tiene para la madre y el niño, ellas son fácilmente influenciadas, en primer lugar por el grupo familiar y en segunda instancia, por el círculo de amistades de su grupo social. Lo anterior es fácilmente comprobable sobre la base de que la mitad de todas las madres que introdujeron otros alimentos, lo hicieron por recomendación de la madre o de la hermana mayor. Si la madre tuviera conocimientos anatómicos, fisiológicos y nutricionales acerca de la lactancia materna, seguramente sería menos influenciable, por lo que se puede hipotetizar, que el nivel educativo de las madres de la comunidad está relacionado con la lactancia materna: a menor nivel educativo de las madres mayor probabilidad de que ellas dejen de dar de mamar a sus niños o niñas antes de los seis meses de edad.

Por otra parte, es de hacer notar, que el efecto de mostración a través de los medios de comunicación social, influye sobre la decisión de las madres de introducir otros alimentos simultáneamente a la lactancia materna, probablemente debido a que los contenidos de los mensajes comerciales, particularmente los que se difunden por la televisión, invariablemente presentan niños o niñas con muy buena apariencia y de aspecto saludable, por lo que subliminalmente se está enviando el mensaje a las madres que los niños que consumen los sucedáneos de la leche anunciados adquieren tales características físicas y de salud.

En el grupo de madres entrevistadas, el 70% dejaron de amamantar antes de que los niños o niñas cumplieran los seis meses de edad; las razones que las madres aducen se ubican en el ámbito de las creencias, expresadas éstas en el lenguaje cotidiano de ellas, en expresiones tales como: “el niño o niña *ya no quiso la chiche*”, “*los niños no se llenan*”, “*ya no le salía leche*” “*la leche podía hacerles daño*” y “*le podrían transmitir la enfermedad al niño*”.

La percepción de la madre de que el niño está enfermo, por lo general es correcta; pero es incorrecto dejar de amamantarlo cuando está enfermo. Las madres dejar de amamantar al niño enfermo debido al desconocimiento que tienen acerca de las causas de las enfermedades y sobre todo de las características benéficas de la leche materna para prevenir esas enfermedades y para propiciar una recuperación más rápida del niño o la niña. La composición de la leche materna es ideal y completa para las necesidades nutricionales de los niños y niñas y además proporciona a éstos los anticuerpos protectores contra la mayoría de enfermedades propias de la niñez. (OMS, 2000)

La demanda de fórmulas infantiles está influida por el poder de decisión que ejercen los pediatras al momento de indicar o recomendar determinadas marcas de sucedáneos de la leche materna, con lo cual limitan la libre elección, gustos y preferencias de las



madres, cuando éstas optan por formas alternativas de alimentación para sus niños.

Es un hecho que alimentar con biberón al lactante, además de los riesgos de infección y de malnutrición que para éste tiene, implica un gasto económico de ₡4,417.27 anuales en fórmulas lácteas de inicio y fórmulas lácteas de continuación, que al momento de tomar la madre la decisión de incorporar sucedáneos de la leche materna no se toman en cuenta.

El costo de sostenimiento al alimentar al niño o niña en condiciones de lactancia artificial, durante el primer año de vida, comprende un desembolso familiar de ₡9,003.21, o sea 750.00 colones mensuales, equivalente al 60% del salario mínimo mensual de ₡1,260.00. Esto constituye un gasto un poco mayor a la mitad del salario mínimo, lo cual resulta excesivo para una familia cuyo ingreso mensual es entre uno o dos salarios mínimos, o inferior.

Es clara la existencia de diversos factores sociales y económicos que influyen en la práctica de lactancia natural, y en consecuencia, es necesario que las instituciones que la promueven, actúen en forma decidida en la implementación de políticas de apoyo social para proteger, facilitar y estimular dicha práctica y crear un medio ambiente que favorezca el amamantamiento, que aporte el debido apoyo familiar y comunitario y que proteja a la madre contra los factores que impiden que ella pueda dar de lactar a sus niños o niñas.

La lactancia materna exclusiva, según la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, consiste en una alimentación del niño o la niña a base de leche materna solamente y a libre demanda del infante durante los primeros seis meses de vida de éste. Los estudios realizados sobre los beneficios de la LME para los niños y las madres se refieren a este tipo de lactancia. Sin embargo, el cumplimiento de esta norma de OMS no toma en cuenta lo que significa este tipo de lactancia para una mujer que necesita trabajar fuera de casa, además de realizar las tareas cotidianas, que en un medio cultural como el nuestro, se asume que debe realizar la mujer. Con relación a esto, conviene recordar que la libre demanda se refiere a dar de mamar cada vez que el niño o niña lo demande, y que los niños y niñas antes de los seis meses de edad, en promedio demandan alimentación cada una o dos horas, lo cual deja muy poco tiempo para todo lo demás que se espera que haga una mujer.

Por lo anterior, probablemente algunas de las explicaciones de las madres, tiene de fondo, una práctica de lactancia materna más compatible con esta realidad de las mujeres de la comunidad.

Como se dijo antes respecto a la modernidad, es necesario realizar estudios socioantropológicos, que permitan conocer hasta qué punto es razonable y realista la recomendación en contextos socioeconómicos en los que la mujer, además de realizar el trabajo de casa, necesita incorporarse a un trabajo remunerado para hacerse de unos ingresos que le permitan resolver sus necesidades económicas más inmediatas.

## **REFERENCIAS**

## REFERENCIAS

### LIBROS

- Badía, Roberto. 1993. Apuntes de Salud pública. Editorial Universitaria. San Salvador, El Salvador. Págs. 50-59.
- Blanco de García, Ana Josefa. 1999. *Factores socio-culturales que favorecen o limitan la práctica de la lactancia materna exclusiva en menores de un año*. Departamental de Salud. Zona oriente de San Salvador. Págs. 1-3.
- CALMA. 1987. *Manual de atención Materno Infantil y Lactancia Materna*. San Salvador. El Salvador. Págs. 5-10.
- Fairchild, Henry. 1987. *Diccionario de Sociología*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- FESAL 98. Abril 2000. *Encuesta Nacional de Salud familiar*. Asociación Demográfica Salvadoreña. San Salvador. Págs.287-299.
- Ferguson, C. E. y Gould, J. P. 1980. *Teoría microeconómica*. 2ª Edición. Fondo de Cultura Económica. México D. F.
- Ganon, William. 1999. *Fisiología médica*. 17ª. Edición. Editorial El Manual Moderno. México. D. F. Págs.456-465.
- García Corral, Susana. 1999. *Manual práctico de Investigación social con enfoque de género*. Imprenta Criterio. San Salvador, El

- Salvador. Págs.54-58.
- Guerrero Piche, F. A. y Argueta, J. A. 2001. *Frecuencia de procesos diarreicos y su relación con el agua de consumo, la disposición de excretas y la lactancia materna en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital de niños Benjamín Bloom de marzo abril de 1999.* Tesis. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Págs.25-28.
  - Jellife, D.B. *Human Milk in the Modern World.* Oxford, Oxford University Press. 1998.
  - Leaven, Lisa Marasco. 1998. *Mitos habituales sobre la lactancia materna.* Traducción de Norma Escobar y Yanet Olivares. Págs.21-24.
  - Leftwich, Richard H. 1976. *Sistema de precios y asignación de recursos.* Ed. Interamericana México DF.
  - MacMahon, Brian. *Principios y Métodos de Epidemiología.* 2ª. Edición. Ediciones Copilco. Coyoacán. México D. F. Págs. 50-64.
  - Marx, Carlos. 1971. *El método en la economía política.* Editorial Grijalbo. México D. F.
  - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1999. *Propuesta de lineamientos para la reforma del sistema de salud de El Salvador.* Págs. 11-12.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2002. *Perfil de Salud del municipio de San Marcos*, Departamento de San Salvador.
- Mohrbacher, N, 1997. *Breastfeeding Answer Book*. Schaumburg, Illinois. USA. Págs.60-65; 360-362.
- OPS. 1992. *Epidemiología de la desigualdad. Amamantamiento y dieta*. Serie PALTEX.
- OPS. 1987. *Manual de tratamiento de las diarreas*. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud, No. 13.
- Plata Rueda, Ernesto. 1990. *El Pediatra Eficiente*. 4ta. Edición. Editorial Médica Panamericana. Bogotá. Colombia.
- PNUD. 2001. *Informe sobre desarrollo humano. El Salvador*. Págs.29-36.
- PNUD. El Salvador: 1998. *Directorio de organizaciones privadas para el desarrollo de El Salvador*. San Salvador, El Salvador.
- Prendes Labrada, M. de la C; Vivanco del Río, Mirta; Gutiérrez González, Rita María y Reyes Wilfredo, 1999. *Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez*. Rev. Cubana Med. Gen. Integral 15 (4)
- Reyes Pérez E. 1998. *Contabilidad de costos*. Ed. Limusa 4° edición. México D. F.
- Salazar, Claudia. 2000. *Macroanálisis de la ciudad de San*

- Marcos.. Tesis. Facultad de Arquitectura, Universidad Albert Einstein, Págs.11-13.
- Selva Sutter, E. A. 1990. *Interacción de la Diarrea Infecciosa y la Subnutrición*. San Salvador, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de El Salvador, Págs.45-63.
  - UNICEF. Agosto de 1987. *Análisis de la situación del niño y la guerra en El Salvador*. Págs. 22-37.
  - Valdez, Verónica. Ponencia impartida en abril de 2002. *Beneficios de la lactancia materna*.
  - **REVISTAS**
  - Estudios Centroamericanos (ECA). Julio-Agosto de 1991. *La salud en tiempos de guerra*. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. Año XLVI. Págs. 656-661.
  - OMS. *The Role of Breastfeeding in the Prevention of Infant Mortality*. Lancet, 2000. 55:451-455.

# **ANEXOS**



## ANEXO No. 1

### GUÍA DE ENTREVISTA ENFOCADA

La presente entrevista tiene por objetivo conocer cuáles son los factores sociales que limitan la lactancia materna y propician del destete temprano y precoz de los niños y niñas de la Comunidad Diez de Octubre de San Marcos.

1. ¿Qué edad tiene el niño o niña? \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad\_\_\_\_\_
2. ¿Le está dando de mamar? Sí \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
3. ¿Le da algún otro tipo de alimento? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
4. ¿Cuántos meses tenía cuando le empezó a dar otros alimentos?  
\_\_\_\_\_
5. ¿Qué alimentos le da? \_\_\_\_\_  

---
6. ¿Quién le dijo que le diera estos alimentos? \_\_\_\_\_
7. ¿Qué alimentos no le da al niño o niña? \_\_\_\_\_  

---
8. ¿Quién le dijo que no le diera estos alimentos? \_\_\_\_\_
9. ¿Por qué no hay que dárselos? \_\_\_\_\_
10. ¿Cuántos meses tenía cuando le dejó de dar de mamar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. ¿Cuál fue la razón para dejarle de dar de mamar? \_\_\_\_\_

---

12. ¿Cómo le daba de mamar? \_\_\_\_\_

13. ¿Cuántas veces al día le da o le daba de mamar? \_\_\_\_\_

14. ¿Tiene un trabajo fuera de su casa? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

15. ¿El trabajo le dificulta dar de mamar a su hijo o hija?

Sí\_\_\_No\_\_\_

16. ¿Cómo se lo dificulta? \_\_\_\_\_

---

17. ¿Cuál es su nivel educativo? \_\_\_\_\_

18. ¿Cuántas veces se le ha enfermado de diarrea en los últimos 6 meses? \_\_\_\_\_

19. ¿Cuál es el peso del niño o niña? \_\_\_\_\_

20. ¿Cuál es la talla? \_\_\_\_\_

21. ¿ Está desnutrido(a) el niño o niña? Sí\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## ANEXO N° 2

### **CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD**

**Referentes: Doctor en Medicina, con especialidad en Pediatría.  
- Licda. en Educación para la Salud.**

- 01- ¿Cómo se clasifican las fórmulas infantiles?
- 02- ¿Qué fórmulas lácteas tienen mayor demanda para alimentar al niño en el primer semestre de vida?
- 03- ¿Qué fórmulas lácteas tienen mayor demanda para alimentar al niño en el segundo semestre de vida?
- 04- ¿Cuáles son las leches industrializadas que se administran como alimento al niño en los primeros y segundos seis meses de vida?
- 05- ¿Cuántas tomas de leche en pacha se le administran al niño, durante las 24 horas del día?
- 06- ¿En qué proporciones de leche en polvo se prepara cada toma?
- 07- ¿Qué fórmulas infantiles son de mayor demanda por las madres de familias de bajos ingresos?
- 08- ¿Cuáles son las diferencias entre las distintas variedades de fórmulas infantiles disponibles en los establecimientos comerciales?

- 09- ¿Cuáles son las enfermedades de que padecen los niños alimentados con fórmulas infantiles?
- 10- ¿A cuántas consultas médicas anuales asiste el niño alimentado con pacha en primer año de vida?
- 11- ¿A cuánto asciende el gasto anual del tratamiento médico de las enfermedades del niño alimentado con biberón?
- 12- ¿Por qué las madres se ven en la necesidad de alimentar con biberón a sus niños?

**ANEXO N° 3**  
**PRECIOS DE LAS FÓRMULAS LACTEAS, SEGÚN CLASES DE LECHE**  
**(AGOSTO 2002)**

CANTIDAD	CLASIFICACIÓN DE LOS SUCEDANEOS	ESTABLECIMIENTO COMERCIAL	
		SUPERMERCADO	FARMACIA
<b>LECHE DE INICIO</b>			
450g.	Enfamil 1 con hierro	¢ 59.06	¢ 60.98*
1kg.	Nestógeno 1	¢ 75.51	¢ 79.29
1000g.	Bebelac 1	¢ 62.21	¢ 64.70
450g.	Nestle Nan 1	¢ 44.45	¢ 45.78
450g.	Nestle Nestógeno 1	¢ 42.23	¢ 43.92
<b>LECHE DE CONTINUACIÓN</b>			
450g.	Enfamil Lactosa 2 con hierro	¢ 59.06	¢ 69.73*
1kg.	Nestógeno 2	¢ 82.62	¢ 89.22
450g.	Bebelac 2	¢ 47.06	¢ 50.84
450g.	Nestle Nan 2	¢ 40.16	¢ 43.77
450g.	Nestle Nestógeno 2	¢ 36.66	¢ 39.96
<b>LECHE DE CRECIMIENTO</b>			
400g.	Progress	¢ 62.83	
<b>LECHE ESPECIALES</b>			
400g.	Enfamil soya	¢ 66.58	¢ 68.07*
400g.	Enfamil sin lactosa	¢ 62.48	
400g.	Enfamil prematura	¢ 67.55	
400g.	Prosobe	¢ 52.67	
400g.	Enfamil A:R	¢ 62.48	
400g.	Insomil	¢ 62.30	
1000g.	Isomil	¢ 140.26	
450g.	Similac formula infantil	¢ 59.58	
390g.	Similac advance	¢ 93.53	
450g.	Similac con hierro	¢ 59.58	
400g.	Similac advance	¢ 59.58	
375g.	Similac advance sin lactosa	¢ 65.97	
450g.	Gain advance con nubotidos	¢ 59.58	
1000g.	Gain advance con nubotidos	¢ 119.18	
800g.	Enfagron	¢ 97.74	
360g.	Enfagron	¢ 46.64	
450g.	Bebelac FL	¢ 51.71	
400g.	S-26	¢ 52.93	
400g.	Nutrilon fall-on	¢ 45.50	
400g.	Nutrilon soya plus	¢ 55.00	
400g.	O-lac	¢ 62.47	
400g.	Nursoy	¢ 61.86	
400g.	Promil	¢ 54.45	
400g.	Nestle Nan	¢ 53.09	
400g.	Nestle Nan sin lactosa	¢ 53.49	
400g.	Nestle Nan soya	¢ 38.33	
400g.	Nestle Nan H.A.	¢ 40.95	
400g.	Nestle Nan A.R.	¢ 43.14	
400g.	Nestle Nan PRE	¢ 46.96	

Fuente: Sondeo de precios realizado en distintas farmacias

## **Anexo 4**

### **UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES LIC. GERARDO IRAHETA ROSALES

MAESTRÍA EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL



**FACTORES SOCIALES QUE LIMITAN LA LACTANCIA MATERNA  
EXCLUSIVA Y PROPICIAN EL DESTETE PRECOZ Y TEMPRANO.**

**CASO: LA COMUNIDAD DIEZ DE OCTUBRE DE SAN MARCOS,  
SAN SALVADOR, JULIO – OCTUBRE 2002**

PLAN DE TRABAJO PRESENTADO POR:

LIC. ISRAEL LÓPEZ MIRANDA

LIC. JOSÉ ALBERTO ARGUETA

ASESOR

MTI. RAFAEL PAZ NARVÁEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, JULIO DE 2002

**FACTORES SOCIALES QUE LIMITAN LA LACTANCIA MATERNA  
EXCLUSIVA Y PROPICIAN EL DESTETE PRECOZ Y TEMPRANO.  
CASO: LA COMUNIDAD DIEZ DE OCTUBRE DE SAN MARCOS,  
SAN SALVADOR, JULIO – OCTUBRE 2002**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Introducción	iv
a. Diagnóstico	7
b. Objetivos	14
c. Estrategias	15
d. Metas	17
e. Recursos	18
f. Presupuesto	19
g. Políticas	20
h. Control y evaluación	21
i. Cronograma	22
j. Referencias	23
Anexos	25



## **INTRODUCCIÓN**

La leche materna se considera la mejor y la más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros seis meses de vida. Actualmente es un hecho generalmente aceptado que la leche materna debe constituir el único alimento que el niño recibe durante los primeros seis meses de vida, lo cual garantiza una alimentación ideal para el desarrollo y crecimiento normal del niño y reduce la morbimortalidad en edades tempranas. Entre las innumerables ventajas que se le atribuyen se encuentran la prevención de las enfermedades diarreicas durante el primer año de vida.

Diversos estudios fisiológicos en mamíferos, han demostrado que, en general, las hembras de cada especie están dotadas

anatómica y fisiológicamente para amamantar a las crías. Las mujeres no son la excepción. Sin embargo en el humano, si bien el reflejo de búsqueda y succión del pezón son actos instintivos, el amamantamiento requiere de un proceso de socialización primario en el que el niño aprende como alimentarse y la madre también requiere de un proceso de aprendizaje y disponer del tiempo necesario para cumplir la función al mismo tiempo que se realizan las actividades cotidianas propias de la mujer en un contexto determinado.

Estudios realizados en madres primíparas y multíparas han reportado que las madres primíparas eran quienes destetaban más temprano a sus hijos en tanto que las multíparas lo hacían por períodos mayores de seis meses. Otros estudios también han señalado que el destete precoz está relacionado con el nivel educativo y la edad de la madre. Cuanto más bajo el nivel educativo y menor la edad de la madre el destete era más temprano.

Lo anterior permite suponer que, si bien un pequeño porcentaje de las madres efectivamente tienen razones anatómicas y/o fisiológicas que dificultan la lactancia materna, el mayor porcentaje de destetes tempranos o de lactancia materna sub óptima (lactancia materna no exclusiva) se debe a condicionantes sociales de tipo psicológico, educativo, cultural, laboral u otros.

La presente investigación tiene por propósito indagar sobre los posibles factores sociales que pueden estar determinando que hasta

un 97% de las madres salvadoreñas<sup>2</sup> no proporcionen lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses o destetan a los niños antes de este tiempo.

Haciendo uso de técnicas de investigación cualitativa como la entrevista enfocada, se intentará hacer un estudio exploratorio de aquellos factores sociales que pueden estar limitando la lactancia materna exclusiva y propiciando el destete precoz o temprano de los niños de las madres que acuden al programa de control del niño sano que se lleva a cabo en la Unidad de Salud de San Marcos, ubicado en la comunidad 10 de octubre de San Salvador, en los meses de marzo y abril de 2002.

---

<sup>2</sup> PNUD. Informe sobre desarrollo humano. El Salvador, 2001.

# I

## DIAGNÓSTICO

### A. DIAGNÓSTICO SOCIODEMOGRÁFICO DE EL SALVADOR

El Salvador es el país más densamente poblado de América con una densidad poblacional estimada para el año 2001 de 310 h/KM<sup>2</sup>. Sin embargo la densidad poblacional para el departamento de San Salvador para el mismo año se estima que era superior a los 2,000 h/Km<sup>2</sup>.<sup>11</sup>

La mencionada densidad poblacional es el resultado de una alta tasa de crecimiento demográfico estimada, de 2.4% para el año 2000.

---

<sup>11</sup> La densidad poblacional de un país es un indicador demográfico que expresa la presión que una población ejerce sobre un territorio determinado.

Esa alta tasa de crecimiento poblacional condiciona que las ciudades como San Salvador tengan crecimiento urbanístico desordenado y siempre por debajo de las necesidades poblacionales, en cuanto a servicios básicos como urbanización, agua potable, disposición de excretas, educación y salud.

En efecto, según el informe sobre desarrollo humano del 2001, referido a El Salvador, el gasto público en educación en el país para el año 2000 fue del 3% del Producto Interno Bruto (PIB). Sin embargo estimaciones realizadas por el mismo Ministerio de Educación (MINED 2000) contenidas en el documento. *“Desafíos de la educación en el nuevo milenio. Reforma educativa en marcha”*, señala que es necesario aumentar el gasto público a un 4% del PIB, por lo menos, con el objeto de lograr acceso universal en educación básica y dotar a las escuelas con los recursos mínimos requeridos para lograr un buen ambiente en el proceso de aprendizaje.

El mismo informe señala que los resultados educativos son menos favorables en el área urbana y que existe una brecha de género, es decir que la tasa de analfabetismo de las mujeres supera considerablemente al analfabetismo masculino.

En cuanto a salud, estudios recientes han demostrado que en la medida que la población obtiene mejores condiciones de salud, también mejora su aporte al desarrollo del país. A la vez la mejoría en las condiciones económicas de una población conlleva incrementos en sus niveles de salud y bienestar.

No obstante los grupos poblacionales de mayor riesgo como el binomio materno infantil, la población rural y la población en extrema pobreza, tienen dificultades para acceder a los servicios del primer nivel de atención de salud. Al mismo tiempo un alto porcentaje de estos mismos sectores no tienen acceso a agua potable y saneamiento, que son aspectos determinantes de la salud.

En consecuencia la mortalidad infantil y de la niñez en el país continúa siendo una de las más altas de la región. Según el informe sobre desarrollo humano esta fue de 35 por mil nacidos vivos en el quinquenio 1993-1998 pero fue más alta en el área rural que en la urbana; 41 y 27 por mil, respectivamente,

Vivienda. El déficit habitacional en el país en 1999 era de 1,383, 145 hogares. Posteriormente a los terremotos del 2001 este déficit habitacional se agravó.

## **B. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA CIUDAD DE SAN MARCOS**

San Marcos es un municipio de San Salvador con una población de 70,000 habitantes (para el año 2000) en un territorio de 14.71 Km<sup>2</sup> lo que arroja una densidad poblacional de 4,759 h/Km<sup>2</sup>, de dos veces el promedio para el departamento de San Salvador y quince veces el promedio del país.

Según un macroanálisis de la ciudad realizado por estudiantes de una universidad privada y que se tiene como documento oficial en la alcaldía municipal que es administrada por el FMLN, San Marcos ha crecido a pasos agigantados en los últimos años debido a que en ella se ha instalado una gran cantidad de maquilas e industrias que atraen a una gran cantidad de trabajadores de San Salvador y ciudades aledañas, como Olocuilta y Santo Tomás, lo que ha propiciado un crecimiento urbano sumamente desordenado con consecuencias ecológicas irreversibles.

Como en el resto del país, la población de San Marcos está constituida por el 52% de mujeres y el 48% de hombres.

La población económicamente activa (PEA) según el censo de 1996 era 14,480 hombres y 8,545 mujeres y la población económicamente no activa (PENA) era de 7,177 hombres y 15,369 mujeres. Como puede observarse la población de mujeres en edad laboral ocupada en busca de trabajo era considerablemente menor a la PEA de los hombres, en tanto que la PENA era mayor en mujeres que en hombres.

La Comunidad Diez de Octubre está ubicada en el sur de la Ciudad de San Marcos y como su nombre lo indica es una colonia que surgió a consecuencia del terremoto del 10 de Octubre de 1986.

La Unidad de Salud de San Marcos está ubicada al costado Oriente de la Comunidad Diez de Octubre y fue construida por la

Cooperación Italiana, posterior al terremoto de octubre de 1986. La construcción de la Comunidad Diez de Octubre también fue financiada por la Cooperación Italiana.

Según el macroanálisis antes mencionado las principales causas de consulta de la unidad de salud son:

1. Enfermedades respiratorias
2. Parasitismo intestinal
3. Enfermedades diarreicas
4. Desnutrición
5. Enfermedades crónicas
6. Mordeduras de animales
7. Escabiosis

De acuerdo a las principales causas de consulta se puede afirmar que el perfil epidemiológico de la comunidad es el característico de las poblaciones rurales, con menor nivel económico y bajo nivel de cobertura en cuanto a servicios de agua potable, letrización y servicios de salud adecuados.

La identificación de los posibles factores sociales que limitan o impiden la lactancia materna y propician el destete precoz y temprano de los niños y niñas de las madres un contexto socio histórico actual, ayudaría a comprender cómo las condiciones de modernidad han modificado los contextos socioculturales, económicos, laborales, familiares y psicológicos de la vida cotidiana de las madres de los



niños de las comunidades aledañas a lugares de asentamiento de complejos de producción de bienes destinados a otros mercados con mayor poder adquisitivo.

El fenómeno del neoliberalismo y la globalización que en el país se presenta, en parte, en la instalación de grandes empresas maquileras exentas de impuestos y que pagan salarios por debajo del costo de la canasta básica familiar (CBF), puede estar ejerciendo presiones sociales, que a su vez podrían estar modificando los patrones cotidianos en la relación madre hijo posterior al parto.

Se selecciona la comunidad 10 de octubre por considerarse que es una comunidad relativamente reciente, de crecimiento acelerado, que por pertenecer a una ciudad (San Marcos) con características sociodemográficas urbano marginales, ha atraído varias empresas extranjeras dedicadas a la actividad maquilera. Este fenómeno social puede estar modificando las prácticas de lactancia de las madres de la comunidad, que se traducen en limitaciones para la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) y que al mismo tiempo propician el destete precoz y temprano de los niños y niñas de la comunidad.

## II

### OBJETIVOS

#### A. OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores sociales que limitan la lactancia materna exclusiva y propician el destete precoz y temprano en la Comunidad Diez de Octubre de San Salvador.

#### B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las creencias que tienen las madres acerca de la atención y el cuidado de los niños y las niñas y su relación con la lactancia materna y el destete temprano en la Comunidad Diez de Octubre.
2. Describir cómo las actividades laborales fuera de casa limitan o impiden la lactancia materna exclusiva en la Comunidad Diez de Octubre.
3. Indagar cómo la modernidad en cuanto alimentación y cuidado de los niños y niñas define actitudes relacionadas con la lactancia materna y el destete precoz y temprano en las madres de la Comunidad Diez de Octubre.
4. Relacionar el nivel educativo de las madres con las prácticas de lactancia materna y destete precoz y temprano de los niños y niñas de la Comunidad Diez de Octubre.
5. Determinar cómo las prácticas de lactancia materna y destete precoz y temprano pueden estar asociados al estado nutricional de los niños y niñas de la Comunidad Diez de Octubre.

### III

## ESTRATEGIAS

### A. USO DE TÉCNICAS

Se hará entrevista enfocada con base a una guía de entrevista estructurada a 20 madres jóvenes que tengan al menos 2 hijos, de preferencia de ambos sexos. Con el objeto de intentar controlar la influencia que un entrevistador del género masculino puede tener sobre las madres, las entrevistas serán realizadas por una enfermera (Licenciada en Enfermería con maestría en Salud Pública).

Para tal efecto se solicitará autorización a las madres para grabar las entrevistas. El equipo de investigación estará escuchando y tomando notas en una sala contigua a la sala en que se realizará la entrevista.

La entrevista se realizará en base a un cuestionario al que se le hará una prueba de campo con otras madres residentes en el lugar, antes de ser administrado a las madres que participarán en el estudio.

Se realizará una entrevista por día. A efecto de facilitar el análisis de datos las preguntas del cuestionario se agruparán de acuerdo a los objetivos específicos. Al final de la entrevista se analizarán las anotaciones y la entrevista conjuntamente con la entrevistadora.

El análisis de la información permitirá llegar a conclusiones acerca de los factores sociales que dificultan la lactancia materna exclusiva y propicia al destete temprano de los niños y niñas de la comunidad 10 de octubre.

La teoría relacionada con el problema de investigación se obtendrá mediante la revisión bibliográfica de documentos relacionados con el tema en la Biblioteca Central, la Biblioteca de la facultad de Medicina, Biblioteca del Centro de Apoyo a la Lactancia materna (CALMA), búsqueda de información en INTERNET y consulta con expertos.

La elaboración del informe final se hará en utilizando computadora con el programa Word 2000.

## **B. USO DE MÉTODOS**

En la investigación se hará uso de metodología de investigación cualitativa con la lógica del método Inductivo Hipotético, es decir que se intentará teorizar acerca de los factores sociales que en la Comunidad Diez de Octubre de San Salvador limitan la lactancia materna y propician del destete precoz y temprano de los niños y niñas de la comunidad.

## **IV**

### **METAS**

- A. Elaboración y presentación del plan de trabajo la última semana hábil del mes de julio de 2002.
- B. Búsqueda y obtención de información bibliográfica relacionada con la lactancia materna y el destete temprano y precoz durante el mes de agosto de 2002.
- C. Realización de entrevistas a expertos durante el mes de agosto de 2002.
- D. Realización del trabajo de campo y realización de entrevistas a las madres, durante las últimas dos semanas de agosto de 2002.
- E. Realización del análisis e interpretación de la información obtenida, durante las dos primeras semanas del mes de septiembre de 2002.
- F. Elaboración de informe final durante las últimas dos semanas del mes de septiembre de 2002.
- G. Presentación de informe final la última semana de septiembre de 2002.
- H. Defensa de la Tesis durante el mes de octubre de 2002.

## V

### RECURSOS

#### A. RECURSOS HUMANOS:

1. Dos investigadores, quienes ejecutarán esta planificación.
2. Una asistente de investigación, quien colaborará con los aspectos logísticos de la coordinación con la Unidad de Salud.
3. Una secretaria, que colaborará con la transcripción de los documentos que se generen en el estudio.

#### B. RECURSOS MATERIALES:

1. Grabadora reportera
2. Tres resmas de papel Bond base 20
3. Una docena de lápices
4. Una docena de plumones (diferentes colores)
5. Computadora con sus accesorios
6. Dos cajas de disquetes de alta densidad
7. 600 fotocopias

#### C. RECURSOS ECONÓMICOS:

La investigación tendrá un costo económico de dieciocho mil, trescientos quince colones, que serán costeados por el equipo investigador.

**VI**  
**PRESUPUESTO PARA LA INVESTIGACIÓN**

RECURSOS	CANTIDAD	PRECIO POR UNIDAD	COSTO TOTAL
Investigadores	2	¢5,000.00	¢10,000.00
Licenciada en Enfermería	1	¢5,000.00	¢5,000.00
Grabadora reportera	1	¢200.00	¢200.00
Resmas de papel Bond base 20	3	¢45.00	¢135.00
Lápices	12	¢2.00	¢24.00
Plumones	12	¢8.00	¢96.00
Transporte (viajes a la comunidad)	20	¢40.00	¢800.00
Trascripción e impresión de plan	2	¢125.00	¢250.00
Trascripción e impresión de informe final	2	¢500.00	¢1,000.00
Computadora y sus accesorios (Depreciación por uso)			¢1000.00
Caja de disquetes	2	¢50.00	¢100.00
Fotocopias	600	¢0.20	¢120.00
Imprevistos			¢1.000.00
<b>Total</b>			<b>¢18,725.00</b>

## **VII**

### **POLÍTICAS**

**El equipo investigador buscará obtener la mayor cantidad de información relacionada con las prácticas que propician el destete precoz y temprano y que limitan la lactancia materna exclusiva de los niños y niñas de la comunidad 10 de octubre de San Marcos.**

Para ello se establecerán coordinaciones con los trabajadores de salud de la unidad de Salud de San Marcos a efecto de permitan que el equipo investigador pueda realizar las entrevistas a las madres en los recintos de la Unidad de Salud.

La política de realizar las entrevistas a las madres en la unidad de salud tiene el propósito de propiciar un ambiente de confianza a las madres, que a su vez favorezca que las madres hablen con libertad acerca de los factores que propician el destete precoz y temprano y que limitan la lactancia materna exclusiva de los niños y niñas.

También se mantendrá estrecha comunicación y coordinación con el Centro de Apoyo a la Lactancia Materna, por ser la institución que se podría beneficiar con los resultados obtenidos a través de la presente investigación.



**VIII**  
**CONTROL Y EVALUACIÓN**  
**RESUMEN DE ACTIVIDADES**

<b>Actividades</b>	<b>Lugar</b>	<b>Fecha</b>	<b>Responsables</b>
• Elaboración del Plan de Trabajo	Facultad de Medicina	Julio de 2002	Investigadores
• Presentación del Plan de trabajo a asesor	Escuela de Ciencias Sociales	Julio de 2002	Investigadores
• Búsqueda y obtención de información bibliográfica	Biblioteca de Facultad de Medicina	Agosto de 2002	Investigadores
• Consulta con expertos	CALMA	Agosto de 2002	Investigadores
• Búsqueda de información en Internet	Centro de Investigación Facultad de Medicina	Agosto de 2002	Investigadores
• Realización de trabajo de campo y entrevistas a las madres.	Unidad de Salud de San Marcos	Septiembre de 2002	Investigadores
• Realización del análisis e interpretación de la información obtenida	Facultad de Medicina	Septiembre de 2002	Investigadores
• Elaboración de informe	Facultad de Medicina	Septiembre de 2002	Investigadores
• Presentación de informe	Local de la Maestría	Septiembre de 2002	Investigadores
• Defensa de tesis	Local de la Maestría	Octubre de 2002	Investigadores

## IX CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
Elaboración y presentación del Plan de trabajo.																
Búsqueda y obtención de información bibliográfica relacionada con la lactancia materna y el destete.																
Realización de entrevistas a expertos.																
Realización de campo y realización de entrevistas a las madres.																
Realización del análisis e interpretación de la información obtenida																
Elaboración de informe final.																
Presentación de informe final																
Defensa de Tesis																

## **X REFERENCIAS**

- Prendes Labrada, M. de la C; Vivanco del Río, Mirta; Gutiérrez González, Rita María y Reyes Wilfredo, factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev. Cubana Med. Gen. Integral 15 (4) 1999: Págs. 397 – 402
- CCNIS, OPS, CONCULTURA. Pueblos indígenas, salud y calidad de vida, 1999.
- CCNIS, Análisis de los servicios sociales básicos desde la perspectiva de los pueblos indígenas de El Salvador, Julio 2000.
- Estudios Centroamericanos (ECA). La salud en tiempos de guerra. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. Año XLVI, Julio-Agosto de 1991. Págs. 656-661.
- FESAL 98 Encuesta Nacional de Salud familiar. Asociación Demográfica Salvadoreña, Abril 2000. San Salvador. Págs.287-289.
- García Corral, Susana. 1999. Manual práctico de Investigación social con enfoque de género. Imprenta Criterio, San Salvador, El Salvador. Págs. 54-58.
- Guerrero Piche, F. A. y Argueta, J. A. 2001. Frecuencia de procesos diarreicos y su relación con el agua de consumo, la disposición de excretas y la lactancia materna en niños de 0 a 5 años atendidos en el

- hospital de niños Benjamín Bloom de marzo abril de 1999. Tesis. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Págs. 25-28.
- Leaven, Lisa Marasco. Mitos habituales sobre la lactancia materna. Trad. De Norma Escobar y Yanet Olivares 1998. Págs. 21-24.
  - OPS. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre, España, 1994.
  - OPS. Manual de tratamiento de las diarreas. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud, No. 13. 1987. Págs. 34-69.
  - OPS. Epidemiología de la desigualdad. Amamantamiento y dieta. Serie PALTEX. 1992. Págs. 117-126.
  - PNUD. Informe sobre desarrollo humano. El Salvador. 2001. San Salvador, Págs. 29-36.
  - Selva Sutter, E. A., Interacción de la Diarrea Infecciosa y la Subnutrición. San Salvador, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de El Salvador, 1990. Págs.45-63.
  - UNICEF, Análisis de la situación del niño y la guerra en El Salvador. Agosto de 1987. Págs. 22-37.
  - UNICEF, Análisis de la situación del niño y la guerra en El Salvador. Agosto de 1987. Págs. 22-37.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1**

### **CUESTIONARIO**

1. ¿Qué edad tiene el niño o niña? \_\_\_\_\_
2. ¿Le está dando de mamar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. ¿Le da algún otro tipo de alimento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. ¿Cuántos meses tenía cuando le empezó a dar otros alimentos? \_\_\_\_\_
5. ¿Qué alimentos le da? \_\_\_\_\_  

---
6. ¿Quién le dijo que le diera estos alimentos? \_\_\_\_\_
7. ¿Qué alimentos no le da al niño o niña? \_\_\_\_\_  

---
8. ¿Quién le dijo que no le diera estos alimentos? \_\_\_\_\_
9. ¿Por qué no hay que dárselos? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos meses tenía cuando le dejó de dar de mamar? \_\_\_\_\_
10. ¿Cuál fue la razón para dejarle de dar de mamar? \_\_\_\_\_
11. ¿Cómo le daba de mamar? \_\_\_\_\_
12. ¿Cuántas veces al día le da o le daba de mamar? \_\_\_\_\_ ¿Tiene un trabajo fuera de su casa?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

13. ¿El trabajo le dificulta dar de mamar a su hijo o hija? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
14. ¿Cómo se lo dificulta? \_\_\_\_\_
15. ¿Cuál es su nivel educativo? \_\_\_\_\_
16. ¿Cuántas veces se le ha enfermado de diarrea en los últimos 6 meses? \_\_\_\_\_
17. ¿Cuál es el peso del niño o niña? \_\_\_\_\_
18. ¿Cuál es la talla? \_\_\_\_\_
19. ¿ Está desnutrido(a) el niño o niña? Sí\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### **CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD**

**Referentes:    Doctor en Medicina, con especialidad en Pediatría.  
                  Licda. en Educación para la Salud.**

- 01- ¿Cómo se clasifican las fórmulas infantiles?
- 02- ¿Qué fórmulas lácteas tienen mayor demanda para alimentar al niño en el primer semestre de vida?
- 03- ¿Qué fórmulas lácteas tienen mayor demanda para alimentar al niño en el segundo semestre de vida?
- 04- ¿Cuáles son las leches industrializadas que se administran como alimento al niño en los primeros y segundos seis meses de vida?
- 05- ¿Cuántas tomas de leche en pacha se le administran al niño, durante las 24 horas del día?
- 06- ¿En qué proporciones de leche en polvo se prepara cada toma?
- 07- ¿Qué fórmulas infantiles son de mayor demanda por las madres de familias de bajos ingresos?
- 08- ¿Cuáles son las diferencias entre las distintas variedades de fórmulas infantiles disponibles en los establecimientos comerciales?



- 09- ¿Cuáles son las enfermedades de que padecen los niños alimentados con fórmulas infantiles?
- 10- ¿A cuántas consultas médicas anuales asiste el niño alimentado con pacha en primer año de vida?
- 11- ¿A cuánto asciende el gasto anual del tratamiento médico de las enfermedades del niño alimentado con biberón?
- 12- ¿Por qué las madres se ven en la necesidad de alimentar con biberón a sus niños?

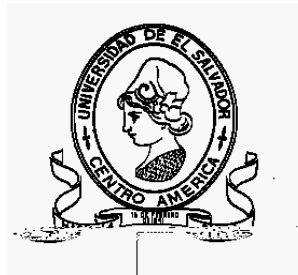
## **Anexo 5**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES LIC. GERARDO IRAHETA ROSALES

MAESTRÍA EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL



**FACTORES SOCIALES QUE LIMITAN LA LACTANCIA MATERNA  
EXCLUSIVA Y PROPICIAN EL DESTETE PRECOZ Y TEMPRANO.  
CASO: LA COMUNIDAD DIEZ DE OCTUBRE DE SAN MARCOS, SAN  
SALVADOR, JULIO – OCTUBRE 2002**

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO POR:

LIC. ISRAEL LÓPEZ MIRANDA

LIC. JOSÉ ALBERTO ARGUETA

ASESOR

MTI. RAFAEL PAZ NARVÁEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, JULIO DE 2002

**FACTORES SOCIALES QUE LIMITAN LA  
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y PROPICIAN  
EL DESTETE PRECOZ Y TEMPRANO. CASO: LA  
COMUNIDAD DIEZ DE OCTUBRE DE SAN MARCOS,  
SAN SALVADOR, JULIO – OCTUBRE 2002**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
2. Introducción	v
I. Diagnóstico	8
II. Justificación	14
III. Objetivos	16
IV. Objeto teórico inicial	17
V. Estrategias	23
VI. Recursos	25
VII. Presupuesto	26
VIII. Resumen de actividades	27
IX. Cronograma	29
X. Referencias	30
3. Anexos	32



## **INTRODUCCIÓN**

La leche materna se considera la mejor y la más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros seis meses de vida. Actualmente es un hecho generalmente aceptado que la leche materna debe constituir el único alimento que el niño recibe durante los primeros seis meses de vida, lo cual garantiza una alimentación ideal para el desarrollo y crecimiento normal del niño y reduce la morbimortalidad en edades tempranas. Entre las innumerables ventajas que se le atribuyen se encuentran la prevención de las enfermedades diarreicas durante el primer año de vida.

Diversos estudios fisiológicos en mamíferos, han demostrado que, en general, las hembras de cada especie están dotadas

anatómica y fisiológicamente para amamantar a las crías. Las mujeres no son la excepción. Sin embargo en el humano, si bien el reflejo de búsqueda y succión del pezón son actos instintivos, el amamantamiento requiere de un proceso de socialización primario en el que el niño aprende como alimentarse y la madre también requiere de un proceso de aprendizaje y disponer del tiempo necesario para cumplir la función al mismo tiempo que se realizan las actividades cotidianas propias de la mujer en un contexto determinado.

Estudios realizados en madres primíparas y multíparas han reportado que las madres primíparas eran quienes destetaban más temprano a sus hijos en tanto que las multíparas lo hacían por períodos mayores de seis meses. Otros estudios también han señalado que el destete precoz está relacionado con el nivel educativo y la edad de la madre. Cuanto más bajo el nivel educativo y menor la edad de la madre el destete era más temprano.

Lo anterior permite suponer que, si bien un pequeño porcentaje de las madres efectivamente tienen razones anatómicas y/o fisiológicas que dificultan la lactancia materna, el mayor porcentaje de destetes tempranos o de lactancia materna sub óptima (lactancia materna no exclusiva) se debe a condicionantes sociales de tipo psicológico, educativo, cultural, laboral u otros.

La presente investigación tiene por propósito indagar sobre los posibles factores sociales que pueden estar determinando que hasta

un 97% de las madres salvadoreñas<sup>2</sup> no proporcionen lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses o destetan a los niños antes de este tiempo.

Haciendo uso de técnicas de investigación cualitativa como la entrevista enfocada, se intentará hacer un estudio exploratorio de aquellos factores sociales que pueden estar limitando la lactancia materna exclusiva y propiciando el destete precoz o temprano de los niños de las madres que acuden al programa de control del niño sano que se lleva a cabo en la Unidad de Salud de San Marcos, ubicado en la comunidad 10 de octubre de San Salvador, en los meses de marzo y abril de 2002.

---

<sup>2</sup> PNUD. Informe sobre desarrollo humano. El Salvador, 2001.



## **DIAGNÓSTICO**

### **A. DIAGNÓSTICO SOCIODEMOGRÁFICO DE EL SALVADOR**

El Salvador es el país más densamente poblado de América con una densidad poblacional estimada para el año 2001 de 310 h/KM<sup>2</sup>. Sin embargo la densidad poblacional para el departamento de San Salvador para el mismo año se estima que era superior a los 2,000 h/Km<sup>2</sup>.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> La densidad poblacional de un país es un indicador demográfico que expresa la presión que una población ejerce sobre un territorio determinado.

La mencionada densidad poblacional es el resultado de una alta tasa de crecimiento demográfico estimada, de 2.4% para el año 2000.

Esa alta tasa de crecimiento poblacional condiciona que las ciudades como San Salvador tengan crecimiento urbanístico desordenado y siempre por debajo de las necesidades poblacionales, en cuanto a servicios básicos como urbanización, agua potable, disposición de excretas, educación y salud.

En efecto, según el informe sobre desarrollo humano del 2001, referido a El Salvador, el gasto público en educación en el país para el año 2000 fue del 3% del Producto Interno Bruto (PIB). Sin embargo estimaciones realizados por el mismo Ministerio de Educación (MINED 2000) contenidas en el documento. *“Desafíos de la educación en el nuevo milenio. Reforma educativa en marcha”*, señala que es necesario aumentar el gasto público a un 4% del PIB, por lo menos, con el objeto de lograr acceso universal en educación básica y dotar a las escuelas con los recursos mínimos requeridos para lograr un buen ambiente en el proceso de aprendizaje.

El mismo informe señala que los resultados educativos son menos favorables en el área urbana y que existe una brecha de género, es decir que la tasa de analfabetismo de las mujeres supera considerablemente al analfabetismo masculino.

En cuanto a salud, estudios recientes han demostrado que en la medida que la población obtiene mejores condiciones de salud, también mejora su aporte al desarrollo del país. A la vez la mejoría en las condiciones económicas de una población conlleva incrementos en sus niveles de salud y bienestar.

No obstante los grupos poblacionales de mayor riesgo como el binomio materno infantil, la población rural y la población en extrema pobreza, tienen dificultades para acceder a los servicios del primer nivel de atención de salud. Al mismo tiempo un alto porcentaje de estos mismos sectores no tienen acceso a agua potable y saneamiento, que son aspectos determinantes de la salud.

En consecuencia la mortalidad infantil y de la niñez en el país continúa siendo una de las más altas de la región. Según el informe sobre desarrollo humano esta fue de 35 por mil nacidos vivos en el quinquenio 1993-1998 pero fue más alta en el área rural que en la urbana; 41 y 27 por mil, respectivamente,

Vivienda. El déficit habitacional en el país en 1999 era de 1,383, 145 hogares. Posteriormente a los terremotos del 2001 este déficit habitacional se agravó.

## **B. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA CIUDAD DE SAN MARCOS**

San Marcos es un municipio de San Salvador con una población de 70,000 habitantes (para el año 2000) en un territorio de 14.71 Km<sup>2</sup> lo que arroja una densidad poblacional de 4,759 h/Km<sup>2</sup>, de dos veces el promedio para el departamento de San Salvador y quince veces el promedio del país.

Según un macroanálisis de la ciudad realizado por estudiantes de una universidad privada y que se tiene como documento oficial en la alcaldía municipal que es administrada por el FMLN, San Marcos ha crecido a pasos agigantados en los últimos años debido a que en ella se ha instalado una gran cantidad de maquilas e industrias que atraen a una gran cantidad de trabajadores de San Salvador y ciudades aledañas, como Olocuilta y Santo Tomás, lo que ha propiciado un crecimiento urbano sumamente desordenado con consecuencias ecológicas irreversibles.

Como en el resto del país, la población de San Marcos está constituida por el 52% de mujeres y el 48% de hombres.

La población económicamente activa (PEA) según el censo de 1996 era 14,480 hombres y 8,545 mujeres y la población económicamente no activa (PENA) era de 7,177 hombres y 15,369 mujeres. Como puede observarse la población de mujeres en edad laboral ocupada en busca de trabajo era considerablemente menor a

la PEA de los hombres, en tanto que la PENA era mayor en mujeres que en hombres.

La Comunidad Diez de Octubre está ubicada en el sur de la Ciudad de San Marcos y como su nombre lo indica es una colonia que surgió a consecuencia del terremoto del 10 de Octubre de 1986.

La Unidad de Salud de San Marcos está ubicada al costado Oriente de la Comunidad Diez de Octubre y fue construida por la Cooperación Italiana, posterior al terremoto de octubre de 1986. La construcción de la Comunidad Diez de Octubre también fue financiada por la Cooperación Italiana.

Según el macroanálisis antes mencionado las principales causas de consulta de la unidad de salud son:

8. Enfermedades respiratorias
9. Parasitismo intestinal
10. Enfermedades diarreicas
11. Desnutrición
12. Enfermedades crónicas
13. Mordeduras de animales
14. Escabiosis

De acuerdo a las principales causas de consulta se puede afirmar que el perfil epidemiológico de la comunidad es el característico de las poblaciones rurales, con menor nivel económico

y bajo nivel de cobertura en cuanto a servicios de agua potable, letrización y servicios de salud adecuados.

La identificación de los posibles factores sociales que limitan o impiden la lactancia materna y propician el destete precoz y temprano de los niños y niñas de las madres un contexto socio histórico actual, ayudaría a comprender cómo las condiciones de modernidad han modificado los contextos socioculturales, económicos, laborales, familiares y psicológicos de la vida cotidiana de las madres de los niños de las comunidades aledañas a lugares de asentamiento de complejos de producción de bienes destinados a otros mercados con mayor poder adquisitivo.

El fenómeno del neoliberalismo y la globalización que en el país se presenta, en parte, en la instalación de grandes empresas maquileras exentas de impuestos y que pagan salarios por debajo del costo de la canasta básica familiar (CBF), puede estar ejerciendo presiones sociales, que a su vez podrían estar modificando los patrones cotidianos en la relación madre hijo posterior al parto.

Se selecciona la comunidad 10 de octubre por considerarse que es una comunidad relativamente reciente, de crecimiento acelerado, que por pertenecer a una ciudad (San Marcos) con características sociodemográficas urbano marginales, ha atraído varias empresas extranjeras dedicadas a la actividad maquilera. Este fenómeno social

puede estar modificando las prácticas de lactancia de las madres de la comunidad, que se traducen en limitaciones para la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) y que al mismo tiempo propician el destete precoz y temprano de los niños y niñas de la comunidad.

## II

### **JUSTIFICACIÓN**

La identificación de los posibles factores sociales que limitan o impiden la lactancia materna y propician el destete precoz y temprano de los niños y niñas de las madres un contexto socio histórico actual, ayudaría a comprender cómo las condiciones de modernidad han modificado los contextos socioculturales, económicas, laborales, familiares y psicológicos de la vida cotidiana de las madres de los niños de las comunidades aledañas a lugares de asentamiento de complejos de producción de bienes destinados a otros mercados con mayor poder adquisitivo.

El fenómeno del neoliberalismo y la globalización que en el país se presenta, en parte, en la instalación de grandes empresas maquileras exentas de impuestos y que pagan salarios por debajo



del costo de la canasta básica familiar (CBF), puede estar ejerciendo presiones sociales, que a su vez podrían estar modificando los patrones cotidianos en la relación madre hijo posterior al parto.

Se selecciona la comunidad 10 de octubre por considerarse que es una comunidad relativamente reciente, de crecimiento acelerado, que por pertenecer a una ciudad (San Marcos) con características sociodemográficas urbano marginales, ha atraído varias empresas extranjeras dedicadas a la actividad maquilera. Este fenómeno social puede estar modificando las prácticas de lactancia de las madres de la comunidad, que se traducen en limitaciones para la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) y que al mismo tiempo propician el destete precoz y temprano de los niños y niñas de la comunidad.

### III

## OBJETIVOS

### A. OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores sociales que limitan la lactancia materna exclusiva y propician el destete precoz y temprano en la Comunidad Diez de Octubre de San Salvador.

### **B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

6. Identificar las creencias que tienen las madres acerca de la atención y el cuidado de los niños y las niñas y su relación con la lactancia materna y el destete temprano en la Comunidad Diez de Octubre.
7. Describir cómo las actividades laborales fuera de casa limitan o impiden la lactancia materna exclusiva en la Comunidad Diez de Octubre.
8. Indagar cómo la modernidad en cuanto alimentación y cuidado de los niños y niñas define actitudes relacionadas con la lactancia materna y el destete precoz y temprano en las madres de la Comunidad Diez de Octubre.
9. Relacionar el nivel educativo de las madres con las prácticas de lactancia materna y destete precoz y temprano de los niños y niñas de la Comunidad Diez de Octubre.

10. Determinar cómo las prácticas de lactancia materna y destete precoz y temprano pueden estar asociados al estado nutricional de los niños y niñas de la Comunidad Diez de Octubre.

## IV

### OBJETO TEÓRICO INICIAL

Según Datos de la Encuesta de Salud Familiar de El Salvador, FESAL /98<sup>13</sup> publicado en el año 2000, existe actualmente una tendencia a la declinación de la lactancia materna exclusiva y al aumento del destete precoz y temprano de los niños salvadoreños que, según opinión de expertos del Centro de Apoyo a la Lactancia

---

<sup>13</sup> Fesal/98. **Encuesta Nacional de Salud Familiar.** Asociación Demográfica Salvadoreña. Abril 2000.

Materna (CALMA) podrían estar influidos por factores sociales, culturales, antropológicos y del soporte que los programas de salud institucionales proporcionan a la madre y a la familia.<sup>14</sup>

La lactancia materna exclusiva se define como aquella práctica de lactancia materna en la cual el niño recibe durante los primeros seis meses de vida únicamente leche materna como alimento<sup>15</sup>. El único producto que no se considera alimento y que puede alternarse con la leche materna sin que esto signifique que se ha iniciado un proceso de destete es el agua pura. Cuando las madres, consciente o inconscientemente, incluyen cualquier otro producto, como azucaradas, refrescos envasados o atoles, además que han comenzado un proceso de destete, no están practicando una lactancia materna exclusiva, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1981.

El destete se define como el momento en que la madre deja de dar definitivamente leche materna al niño o niña y de acuerdo al momento o edad del niño o niña en que ocurre podría ser precoz, temprano o tardío, Se entiende por destete precoz a aquel que ocurre antes que el niño haya cumplido su primer mes de vida. El

---

<sup>14</sup> Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA). **Factores socioculturales que favorecen o limitan la práctica de la lactancia materna en menores de un año en la zona oriente de San Salvador. 1999.**

<sup>15</sup> PNUD. **Informe sobre desarrollo humano. El Salvador 2001.**

destete temprano es el que ocurre después del primer mes de vida y antes de los primeros 6 meses de vida y el destete tardío es el que ocurre en cualquier momento posterior a los primeros 6 meses de vida.

El mismo documento de FESAL/98 informa que para el año de 1998, solamente el 32.3% de los niños menores de 2 meses recibían lactancia materna exclusiva y menos del 3% de los niños recibían lactancia de los 4 a los 6 meses de edad, es decir, que el 97% de los niños no reciben lactancia materna exclusiva hasta seis meses de edad como recomienda la OMS. En consecuencia el proceso de destete de la gran mayoría de los niños y niñas salvadoreños comienza precoz o tempranamente.

En 1989 la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) hicieron una declaración conjunta cuyo propósito era que los sistemas de salud de los países pertenecientes a ambas organizaciones asumieran conjuntamente la protección, apoyo y promoción de la lactancia materna.

El gobierno del país, a través del Ministerio de Salud Pública (MSPAS), se ha sumado al esfuerzo mundial por promover la lactancia materna, sin embargo, tales esfuerzos no se han traducido en un aumento de tales niveles. Al contrario algunos estudios indican que la práctica lejos de aumentar ha disminuido de 1989 a la fecha.

Aunque a nivel mundial se ha documentado ampliamente la relación existente entre el tiempo que los niños han recibido lactancia materna exclusiva y la frecuencia con que ocurren los procesos diarreicos en los niños, principalmente los de etiología bacteriana y viral, con el estado nutricional de los niños y con las posibilidades de embarazo de la madre lactante, etc., en el país existen pocos estudios específicos sobre este tema y menos aún sobre los factores sociales que contribuyen al destete precoz y temprano de los niños. Por ejemplo, no se sabe en qué medida la educación informal recibida por tradición oral por parte de parientes y amigos se relaciona con las creencias que las madres tienen acerca de la lactancia materna y el destete precoz y temprano de los niños y niñas. Igualmente no se sabe cómo la educación formal brindada por el sistema educativo nacional influye sobre las creencias y prácticas relacionadas con la lactancia materna.

Como se sabe las creencias se transmiten por procesos de socialización primarios y su credibilidad está determinada por la influencia que las personas que las expresan tienen para quienes las escuchan. Observaciones empíricas han mostrado que la aceptación de las creencias tiene muy poca relación con el nivel educativo formal de las personas, particularmente en los casos en que los sistemas educativos formales no tienen contenidos educativos

específicos y con objetivos definidos acerca de la promoción de la lactancia materna.

Según consulta con expertos del Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA) el fenómeno emergente de la madre que trabaja fuera de casa está aumentando en la medida que aumentan en el país el número de empresas que ofrecen ocupación a la mano de obra no calificada de mujeres para trabajar en empresas dedicadas a la maquila de productos exportados a otros mercados con mayor capacidad de compra. El trabajo fuera de casa es toda actividad consciente de la mujer, encaminada a la obtención de ingresos que contribuyan a la satisfacción de las necesidades familiares, no necesariamente realizada dentro de una empresa.

De acuerdo a las apreciaciones de funcionarios de la institución antes mencionada, este fenómeno podría estar contribuyendo, en el presente, a la reducción de la lactancia materna exclusiva y al aumento del destete temprano de los niños y niñas por falta de una legislación laboral que proteja el derecho de las madres a disponer del tiempo necesario para realizar a lactancia materna.

Como se sabe el gobierno salvadoreños no se caracteriza precisamente por proteger los intereses de la clase trabajadora y en el afán de ofrecer facilidades para la instalación de maquilas ofrece

todo tipo de prerrogativas a tales empresas en detrimento de los intereses de los y las trabajadoras.

Se ha postulado que el fracaso de los programas de promoción de la lactancia materna está relacionado con el nivel educativo de una importante proporción de madres salvadoreñas, que no les ha permitido terminar de comprender la importancia de la lactancia materna para el desarrollo normal de los niños, por lo que resulta más fácil para ellas, seguir lo que la tradición cultural salvadoreña basada en creencias, condiciona en cuanto al cuidado y atención de los recién nacidos, y en consecuencia no están conscientes de la importancia de lactar a sus hijos más allá de los primeros días después del parto.

Sin embargo, el mencionado informe de FESAL/98 también señala que la lactancia materna exclusiva fue mayor en el área rural, entre las madres de menor nivel económico y entre las que tenían de 1 a 3 años de escolaridad, lo que sugiere que el factor educativo no es el más importante para la explicación y comprensión de las prácticas relacionada con la lactancia materna.

Un análisis muy superficial acerca de los posibles factores que expliquen porque la L.M.E. es mayor entre los grupos considerados de riesgo (del área rural, bajo nivel económico y poca escolaridad) es que estas madres por sus mismas limitaciones económicas no



tienen los recursos necesarios para incorporar sucedáneas de la leche materna aún cuando sus creencias y/o convicciones fueran que no es necesario amamantar más allá de los primeros 2 meses.

El mismo informe de FESAL/98 reporta que la desnutrición crónica encontrada en los niños menores de 5 años era de 23.3 %, es decir que uno de cada cuatro niños salvadoreños nacidos en el período de 1993 a 1998 eran desnutridos crónicos por lo que tenían condiciones adversas para su desarrollo normal, a consecuencia de precarias condiciones socioeconómicas, particularmente en el área rural (30%). Al respecto cabe señalar que existe una asociación entre el destete precoz y temprano de los niños y niñas con una mayor predisposición a enfermar de diarrea y que las enfermedades gastrointestinales contribuyen a la desnutrición de los niños y niñas.

La población de la comunidad 10 de octubre reúne las características sociodemográficas, que de acuerdo al diagnóstico realizado, a la revisión bibliográfica y a las consultas con expertos podría estar influyendo en las prácticas de lactancia materna de la comunidad.

## V

### **ESTRATEGIAS**

#### **A. USO DE TÉCNICAS**

Se hará entrevista enfocada con base a una guía de entrevista estructurada a 20 madres jóvenes que tengan al menos 2 hijos, de preferencia de ambos sexos. Con el objeto de intentar controlar la influencia que un entrevistador del género masculino puede tener sobre las madres, las entrevistas serán realizadas por una enfermera (Licenciada en Enfermería con maestría en Salud Pública).

Para tal efecto se solicitará autorización a las madres para grabar las entrevistas. El equipo de investigación estará escuchando y tomando notas en una sala contigua a la sala en que se realizará la entrevista.

La entrevista se realizará en base a un cuestionario al que se le hará una prueba de campo con otras madres residentes en el lugar, antes de ser administrado a las madres que participarán en el estudio.

Se realizará una entrevista por día. A efecto de facilitar el análisis de datos las preguntas del cuestionario se agruparán de acuerdo a los objetivos específicos. Al final de la entrevista se

analizarán las anotaciones y la entrevista conjuntamente con la entrevistadora.

El análisis de la información permitirá llegar a conclusiones acerca de los factores sociales que dificultan la lactancia materna exclusiva y propicia al destete temprano de los niños y niñas de la comunidad 10 de octubre.

La teoría relacionada con el problema de investigación se obtendrá mediante la revisión bibliográfica de documentos relacionados con el tema en la Biblioteca Central, la Biblioteca de la facultad de Medicina, Biblioteca del Centro de Apoyo a la Lactancia materna (CALMA), búsqueda de información en INTERNET y consulta con expertos.

La elaboración del informe final se hará en utilizando computadora con el programa Word 2000.

### **C. USO DE MÉTODOS**

En la investigación se hará uso de metodología de investigación cualitativa con la lógica del método Inductivo Hipotético, es decir que se intentará teorizar acerca de los factores sociales que en la Comunidad Diez de Octubre de San Salvador limitan la lactancia materna y propician del destete precoz y temprano de los niños y niñas de la comunidad.



## VI

### RECURSOS

#### **A. RECURSOS HUMANOS:**

4. Dos investigadores, quienes ejecutarán esta planificación.
5. Una asistente de investigación, quien colaborará con los aspectos logísticos de la coordinación con la Unidad de Salud.
6. Una secretaria, que colaborará con la transcripción de los documentos que se generen en el estudio.

#### **B. RECURSOS MATERIALES:**

8. Grabadora reportera
9. Tres resmas de papel Bond base 20
10. Una docena de lápices
11. Una docena de plumones (diferentes colores)
12. Computadora con sus accesorios
13. Dos cajas de disquetes de alta densidad
14. 600 fotocopias

#### **C. RECURSOS ECONÓMICOS:**

La investigación tendrá un costo económico de dieciocho mil, trescientos quince colones, que serán costeados por el equipo investigador.

## VII

### PRESUPUESTO PARA LA INVESTIGACIÓN

RECURSOS	CANTIDAD	PRECIO POR UNIDAD	COSTO TOTAL
Investigadores	2	¢5,000.00	¢10,000.00
Licenciada en Enfermería	1	¢5,000.00	¢5,000.00
Grabadora reportera	1	¢200.00	¢200.00
Resmas de papel Bond base 20	3	¢45.00	¢135.00
Lápices	12	¢2.00	¢24.00
Plumones	12	¢8.00	¢96.00
Transporte (viajes a la comunidad)	20	¢40.00	¢800.00
Trascripción e impresión de plan	2	¢125.00	¢250.00
Trascripción e impresión de informe final	2	¢500.00	¢1,000.00
Computadora y sus accesorios (Depreciación por uso)			¢1000.00
Caja de disquetes	2	¢50.00	¢100.00
Fotocopias	600	¢0.20	¢120.00
Imprevistos			¢1.000.00
<b>Total</b>			<b>¢18,725.00</b>

## VIII

### CONTROL Y EVALUACIÓN

#### RESUMEN DE ACTIVIDADES

<b>Actividades</b>	<b>Lugar</b>	<b>Fecha</b>	<b>Responsables</b>
• Elaboración del Plan de Trabajo	Facultad de Medicina	Julio de 2002	Investigadores
• Presentación del Plan de trabajo a asesor	Escuela de Ciencias Sociales	Julio de 2002	Investigadores
• Búsqueda y obtención de información bibliográfica	Biblioteca Facultad de Medicina	Agosto de 2002	Investigadores
• Consulta con expertos	CALMA	Agosto de 2002	Investigadores
• Búsqueda de información en Internet	Centro de Investigación Facultad de Medicina	Agosto de 2002	Investigadores
• Realización de trabajo de campo y entrevistas a las madres.	Unidad de Salud de San Marcos	Septiembre de 2002	Investigadores
• Realización del análisis e interpretación de la información obtenida	Facultad de Medicina	Septiembre de 2002	Investigadores
• Elaboración de informe	Facultad de Medicina	Septiembre de 2002	Investigadores
• Presentación de informe	Local de la Maestría	Septiembre de 2002	Investigadores
• Defensa de tesis	Local de la Maestría	Octubre de 2002	Investigadores

## IX CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
Elaboración y presentación del Plan de trabajo.																
Búsqueda y obtención de información bibliográfica relacionada con la lactancia materna y el destete.																
Realización de entrevistas a expertos.																
Realización de campo y realización de entrevistas a las madres.																
Realización del análisis e interpretación de la información obtenida																
Elaboración de informe final.																
Presentación de informe final																
Defensa de Tesis																



## X

### REFERENCIAS

- Blanco de García, Ana Josefa. 1999. *Factores socio-culturales que favorecen o limitan la práctica de la lactancia materna exclusiva en menores de un año*. Departamental de Salud. Zona oriente de San Salvador. Págs. 1-3.
- CALMA. 1987. Manual de atención Materno Infantil y Lactancia Materna. San Salvador. El Salvador. Págs. 5-10.
- Prendes Labrada, M. de la C; Vivanco del Río, Mirta; Gutiérrez González, Rita María y Reyes Wilfredo, factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev. Cubana Med. Gen. Integral 15 (4) 1999: Págs. 397 – 402
- CCNIS, OPS, CONCULTURA. Pueblos indígenas, salud y calidad de vida, 1999.
- CCNIS, Análisis de los servicios sociales básicos desde la perspectiva de los pueblos indígenas de El Salvador, Julio 2000.
- Estudios Centroamericanos (ECA). La salud en tiempos de guerra. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. Año XLVI, Julio-Agosto de 1991. Págs. 656-661.
- FESAL 98 Encuesta Nacional de Salud familiar. Asociación Demográfica Salvadoreña, Abril 2000. San Salvador. Págs.287-289.
- García Corral, Susana. 1999. Manual práctico de Investigación social con enfoque de género. Imprenta Criterio, San Salvador, El Salvador.

Págs. 54-58.

- Guerrero Piche, F. A. y Argueta, J. A. 2001. Frecuencia de procesos diarreicos y su relación con el agua de consumo, la disposición de excretas y la lactancia materna en niños de 0 a 5 años atendidos en el hospital de niños Benjamín Bloom de marzo abril de 1999. Tesis. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Págs. 25-28.
- Leaven, Lisa Marasco. Mitos habituales sobre la lactancia materna. Trad. De Norma Escobar y Yanet Olivares 1998. Págs. 21-24.
- OPS. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre, España, 1994.
- OPS. Manual de tratamiento de las diarreas. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud, No. 13. 1987. Págs. 34-69.
- OPS. Epidemiología de la desigualdad. Amamantamiento y dieta. Serie PALTEX. 1992. Págs. 117-126.
- PNUD. Informe sobre desarrollo humano. El Salvador. 2001. San Salvador, Págs. 29-36.
- Selva Sutter, E. A., Interacción de la Diarrea Infecciosa y la Subnutrición. San Salvador, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de El Salvador, 1990. Págs.45-63.
- UNICEF, Análisis de la situación del niño y la guerra en El Salvador. Agosto de 1987. Págs. 22-37.
- UNICEF, Análisis de la situación del niño y la guerra en El Salvador. Agosto de 1987. Págs. 22-37.