

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



IMPACTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS DE EDAD, EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR MEANGUERA, LA LAGUNA JOATECA, DEPARTAMENTO DE MORAZÁN, Y JOYA DE VENTURA SAN JORGE, DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL, PERÍODO DE AGOSTO A DICIEMBRE DE 2012.

**PRESENTADO POR:
JULIO CÉSAR AGUILAR ROSA.
LILIANA MARGARITA ALVARADO MOYA.
JOSUÉ BALDOMERO LEÓN ANDRADE.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO:
DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:
DRA. PATRICIA ROXANA SAADE STECH.**

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, MARZO 2013.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO.

RECTOR

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTORA ACADÉMICA

MAESTRA CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS DE UNIVERSITARIOS

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ.

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTÉZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

MIEMBRO DE LA COMISIÓN

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VASQUEZ

MIEMBRO DE LA COMISIÓN

ASESORES

DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VASQUEZ

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTINEZ PACHECO

ASESORAS DE METODOLOGIA

LICENCIADA VILMA YOLANDA CONTRERAS ALFARO.

ASESORA DE ESTADÍSTICA

JURADO CALIFICADOR

DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH

DOCENTE ASESOR

DOCTORA WENDY LISSETH REYES VILANOVA DE PARADA

JURADO CALIFICADOR

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

JURADO CALIFICADOR

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios Grande y Misericordioso por ayudarme en todos los momentos de mi carrera y de mi vida. A Dios Espíritu Santo iluminador de mi mente en los momentos más difíciles, a la siempre y bienaventurada Virgen María por sus ruegos y súplica ante Dios. A San Francisco de Asís por enseñarme el camino de la humildad y a San Juan Bosco por interceder y animarme.

A los mejores Padres del mundo Manuel Antonio Aguilar y Teresa de Jesús Rosa de Aguilar los cuales han sido mi beca dándome todo lo que he necesitado para mi desarrollo intelectual hasta el grado de quedarse ellos sin nada, quiero decirles que nunca piensen ni sientan que no han hecho nada en la vida porque han hecho mucho y en el silencio dan ejemplo a los demás. Gracias por todos los sacrificios que hicieron para que pudiera culminar mis estudios universitarios.

A mis hermanos Manuel Antonio Aguilar Rosa, Roberto Carlos Aguilar Rosa y especialmente a Oscar Rolando Aguilar por ser como mamá y ser mi brazo de apoyo sobre todo en los años más importantes de mi carrera cuando más lo necesite.

A mi tía Gloria Eulalia Aguilar (Q.D.D.G) por haber sido mi hermana y por cuidarme y apoyarme siempre. Seguro de que estas en el paraíso, pide al señor por nosotros que seguimos en este lugar.

A mis tíos y padrinos Luis Alonso Cruz y Azucena Virginia Aguilar de Cruz por estar siempre pendientes de mí y de mis sueños y por brindarme su agradable amistad, que Dios os bendiga hoy y siempre.

A mi tía Cecilia Flores por ser mi amiga y por acogerme y cuidarme en su casa cuando estuve en San salvador que Dios te cuide y te bendiga.

A Yessenia Hernández Castillo, mi novia y mi mejor amiga por brindarme siempre su apoyo incondicional y por el sacrificio de mi ausencia.

Agradezco a todos mis amigos y hermanos espirituales en general por brindarme sus consejos y oraciones

Agradezco a Zoila Etelia Quijano de Baiza por ayudarme y animarme en muchos momentos de mi carrera.

A mis compañeros de tesis Dra. Liliana Margarita Alvarado Moya y Dr. Josué Baldomero León por ser los mejores compañeros y por la amistad fraterna durante no solo la tesis si no durante largos años de estudio en los cuales afrontamos numerosas pruebas las cuales se resolvieron con perseverancia y sacrificio.

Gracias inmensas para ustedes compañeros pues son lo mejor de lo mejor.

A nuestra Asesora la excelentísima Dra. Patricia Roxana Saade Stech. Gracias Dra. Por su amistad, por sus consejos y por ser no solo una asesora si no una compañera en nuestra tesis.

A la Lic. Berrios, Lic. Girón, Lic. Martínez, y Lic. Contreras por haber guiado nuestro trabajo de graduación.

A los maestros de mis estudios básicos especialmente a la Lic. Olga Granados por animarme diciendo que tenía potencial para realizar lo que me propusiese y por su cálida amistad para conmigo y mi familia.

Quiero dar gracias a todos, incluso a ti que tu nombre no aparece en esta sencilla dedicatoria, quiero decir que si mencionara a todas las personas que de uno u otro modo han aportado para mi desarrollo intelectual no me alcanzaría las páginas de esta tesis. Gracias!!

Julio César Aguilar Rosa

DEDICATORIA

El camino ha sido largo y sufrido; pero al llegar al final me doy cuenta de que todo valió la pena, que con perseverancia, fuerza y dedicación llego a la meta. Pero todo esto no lo he hecho sola, ya que principalmente agradezco a **Dios Todopoderoso** por estar siempre a mi lado, motivándome a seguir adelante, a la **Virgen Santísima** en su advocación de **Reina de la Paz**, por interceder en mí caminar. Agradezco al **Divino Niño Jesús**, por llenarme de tu amor y hacerme ver y sentir que contigo todo lo podemos lograr, con paciencia, fe y sin miedo ya que tú me llevas de la mano.

A mis padres **Víctor Manuel Alvarado Peña** y **Ana Abigail Moya de Alvarado**, ya que han sido el motor en mi carrera, la base de mis columnas, el hombro en el que siempre me he apoyado, gracias por su amor y por confiar en mí, porque fueron los primeros en estar seguros que cumpliría mis sueños y sin ellos no estaría aquí.

A mi hermano **Víctor Manuel Alvarado Moya**, por ser un gran ejemplo a seguir, por apoyarme siempre con sus oraciones, por motivarme a seguir adelante y por enseñarme de que todo se puede lograr con la fe puesta en Dios. También a mi hermana **Yohana Elizabeth Alvarado**, por estar siempre pendiente de mí, por ayudarme en los momentos en que más he necesitado. A mis sobrinos **Cristian Stanley Alvarado**, **Saúl Alexander Osorio Alvarado** y **Keiry Norelly Moya** por llenar mi vida de alegría, por ser mi motivación en mis estudios.

Agradezco a mi novio, **Jorge Luis Aragón Ruiz**, por ser mi mejor amigo, mi consejero, mi maestro y la persona que complementa mi vida de felicidad, por ser un apoyo incondicional y estar siempre a mi lado.

A los niños y niñas, asesores y animadores de la **Infancia Misionera**, ya que fueron al igual que los demás, las personitas que me dieron fuerza para seguir, que me motivaron, que me ayudaron en su manera a sentir y seguir mi vocación, llenarme de alegría y estar a mi lado apoyándome.

Al personal de la UCSF-Meanguera, por entregarme su cariño, por enseñarme a trabajar en equipo y hacerme formar parte de la comunidad; especialmente a la **Directora Dra. Miriam Carolina Reyes** por sus enseñanzas, sus consejos y su apoyo en el desarrollo de la tesis.

También agradezco a **Dra. Patricia Roxana Saade**, por ser nuestra guía y asesora de la cual he aprendido muchísimo y admiro como profesional.

A la **Licda. Elba Berrios, Licda. Olga Girón, Licda. Sonia Martínez y Licda. Vilma Contreras** por su tiempo, su dedicación y enseñanza, por guiar nuestro proceso de graduación. También a la **Dra. Wendy Reyes y Dra. Olivia Segovia** por ser parte del jurado en nuestra tesis.

Le doy gracias a **Julito y León**; mis compañeros de tesis por su apoyo, esfuerzo y dedicación en la realización de la tesis, a la vez ser mis amigos y hasta hermanos, al cual hemos luchado juntos a lo largo de la carrera. A mi gran amigo **Herberth Cortéz** por ser un gran apoyo, por escucharme, animarme y estar conmigo en los momentos de grandes dificultades.

Y a todas las personas que encontré a lo largo de mi vida, que una u otra forma son parte de mí, que me apoyaron en su momento y de la cual he aprendido...Muchas Gracias.

Liliana Margarita Alvarado Moya.

DEDICATORIA

Agradeciendo a **DIOS Todopoderoso**, a la **Virgen de Guadalupe** y al **Divino Niño** por guiarme siempre por el camino del bien y por brindarme la oportunidad de culminar mi carrera, esperando realizarme como un profesional exitoso.

A mis padres, **Josué Baldomero León Solórzano**, y **Silvia Andrade de León**, por ser las primeras personas en confiar en mí, brindarme su apoyo incondicional y ayudarme a levantarme de los tropiezos de la vida y hacerme una persona de bien gracias al ejemplo e inculcar los valores de lo que estoy hecho y perseverar por lograr mis metas con humildad.

A mis hermanas **Mariela**, **Stephanie** y **Cindy** por ser parte importante en la lucha para cumplir mis metas y a las personas que quiero proteger.

A mi sobrino **Anthony Moisés León León, (Q.D.D.G)** que se que desde el cielo está feliz porque su tío terminara su carrera y ser la personita mas importante en mi vida te AMO mucho mi amor.

A mi primo **Juan Carlos León** porque ha sido parte del motor a seguir adelante cada día apoyándome económicamente desde EEUU hasta los 6 años de mi carrera además de brindarme consejos para realizar el bien y ayudar a las personas que más lo necesitan.

A mis abuelos **José Manuel León, Adelina Solórzano, María Andrade y Gonzalo Solórzano (Q.D.D.G)**, a mi primo **Gustavo león**, el cuñado **Francisco León** y a **toda mi familia en general** por estar ahí siempre que los necesité incondicionalmente.

A mi novia **Blanca Ortiz** por creer en mí, brindarme seguridad y también por aquellos que no lo hicieron, de cierta manera me impulsaron a luchar por mi meta hasta verla alcanzada.

A todos mis maestros desde el kínder hasta la universidad los recuerdo y les agradezco por sus enseñanzas y luchar por lo que uno desea.

A nuestra asesora **Dra. Patricia Roxana Saade Stech** por su paciencia en corregirnos nuestros errores y ser un ejemplo a seguir por su honestidad sencillez y amor para tratar al prójimo.

A la Unidad Comunitario de salud Familiar San Jorge, por su paciencia de enseñarme a hacer las cosas bien además a confiar en los demás y a trabajar en equipo, principalmente a mi ECO# 3 Joya de Ventura gracias por alimentarme bien los extrañaré mucho y a mi Director **Erick Pineda**, Odontólogo **Jhony Salmerón** y Dr. **Oscar Linares** que serán siempre mis amigos.

A mi mejor Amiga **Liliana Margarita Alvarado moya** por ayudarme a estudiar y confiar en mí, también a mi segunda familia Alvarado Moya por brindarme consejos y su casa incondicionalmente una excelente familia, a **Julio Aguilar** por ser mi compañero de tesis y de no pasar aburrido y a mi amigo **Herbert Cortez**.

A nuestras maestras de tesis **Olga Girón, Elba Margarita Berrios, Sonia Martínez**, nuestra asesora de estadística **Vilma Contreras**, a nuestros Jurados **Dra. Olivia Segovia** y **Dra. Wendy de Parada**, por ser parte importante y guiarnos en el proceso de tesis.

A la universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental por darnos la oportunidad de formarnos en sus bases y culminar la carrera en oriente.

Josué Baldomero León Andrade.

TABLA DE CONTENIDOS

	PÁG.
Lista de Tabla.....	ix
Lista de Gráficos.....	xii
Lista de Anexos.....	xv
Resumen.....	xvi
1. Introducción.....	17
1.1 Antecedentes del problema.....	17
1.2 Enunciado del problema.....	20
1.3 Justificación del estudio.....	21
1.4 Objetivos de la Investigación.....	24
2. Marco Teórico.....	25
3. Sistema de Hipótesis.....	44
4. Diseño Metodológico.....	46
5. Resultados.....	53
6. Discusión.....	111
7. Conclusiones.....	115
8. Recomendaciones.....	117
9. Referencias Bibliográficas.....	120

LISTADO DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1: Total de niños de 6 meses a 2 años de edad por Unidad Comunitaria De Salud Familiar.....	47
Tabla 2: Número de madres lactantes por Unidad Comunitaria De Salud Familiar.....	47
Tabla 3: Datos generales de los niños que formaron parte del estudio.....	53
Tabla 4: Datos generales de las madres que participaron en el presente estudio.....	55
Tabla 5: Le han explicado en el control infantiles como extraer la leche cuando salga fuera de casa.....	57
Tabla 6: Madres que llevaron controles prenatales.....	58
Tabla 7: Número de controles prenatales que asistió la madre.....	59
Tabla 8: Lugares donde recibieron las madres los controles prenatales.....	60
Tabla 9: Información de la lactancia materna en los controles prenatales.....	61
Tabla 10: Personal de salud que informó de la lactancia materna en los controles prenatales.....	62
Tabla 11: Lugar de nacimiento del niño.....	63
Tabla 12: Recién nacido de término.....	64
Tabla 13: Tipo de parto.....	65
Tabla 14: Persona que atendió el parto a las madres en estudio.....	66
Tabla 15: Inicio del amamantamiento posterior al parto.....	67
Tabla 16: Información de la lactancia materna posterior al parto.....	68
Tabla 17: Asistencia de los niños en estudio al control infantil.....	69
Tabla 18: Información de la lactancia materna en el control infantil de los niños en estudio.....	70
Tabla 19: madres que dan lactancia materna.....	71

	PÁG.
Tabla 20: Motivos por los que las madres no dieron nunca de mamar.....	72
Tabla 21 Conocimientos, mitos y creencias encontrados en el estudio.....	74
Tabla 22: Motivos por la que las madres dan de mamar.....	75
Tabla 23: Las 18 madres que respondieron: No dan de mamar contesta que alimento le da a su hijo.....	76
Tabla 24: Persona que recomendó tipo de alimentación del niño.....	77
Tabla 25: Lactancia materna exclusiva.....	78
Tabla 26: Clasificación del tipo de lactancia materna.....	79
Tabla 27: Número de veces en que las madres dan de mamar a su niño al día.....	80
Tabla 28: Edad del niño en que las madres piensan suspender lactancia materna.....	81
Tabla 29: Motivos por los que la madre piensa suspender la lactancia materna.....	82
Tabla 30: Edades en que los niños enfermaron por primera vez.....	83
Tabla 31: Patologías que presentaron los niños en estudio.....	84
Tabla 32: Número de veces que ha enfermado el niño.....	85
Tabla 33: Niños que presentaron ingresos hospitalarios.....	86
Tabla 34: Número de veces que ha presentado ingresos hospitalarios el niño.....	87
Tabla 35: edad que presentó ingreso hospitalario el niño.....	88
Tabla 36: Enfermedades por la cual los niños fueron ingresados.....	89
Tabla 37: Peso del niño al nacer.....	90
Tabla 38: Longitud del niño al nacer.....	91
Tabla 39: Perímetro cefálico del niño al nacer.....	92
Tabla 40: Peso actual del niño para la edad, según graficas de crecimiento de MINSAL.....	93
Tabla 41: Longitud actual del niño para la edad, según graficas del crecimiento de MINSAL.....	94
Tabla42: Perímetro cefálico actual del niño para la edad, según graficas del MINSAL.....	95

PÁG

Tabla 43: Desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años, según la escala simplificada del desarrollo del MINSAL.....	96
Tabla 44: Frecuencias y porcentajes de ingresos hospitalarios de los niños que recibieron lactancia materna y de los que recibieron otro tipo de lactancia.....	97
Tabla 44-A: Prueba de Chi-cuadrado.....	97
Tabla 45: Frecuencias y porcentajes del desarrollo de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva con los que tuvieron otros tipos de lactancia.....	99
Tabla 45-A: Prueba de Chi-cuadrado.....	100
Tabla 46: Porcentajes y frecuencias del crecimiento de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva y otro tipo de alimentación.....	101
Tabla 47: Frecuencias y porcentajes cuántas veces le da de mamar a su niño al día Versus ha estado ingresado en el hospital su hijo.....	103
Tabla 47-A: Prueba de Chi-cuadrado.....	104
Tabla 48: Frecuencias y porcentajes de: la edad de la madre versus ha estado ingresado en el hospital su hijo.....	105
Tabla 49: Frecuencias y porcentajes de: cuánto tiempo le dio solo pecho a su niño sin darle agua y otro alimento versus cuantas veces ha estado ingresado en el hospital su hijo.....	107
Tabla 49-A: Prueba de Chi-cuadrado.....	108
Tabla 50: Frecuencias y porcentajes de los niños alimentados con formula y otros tipos de lactancia versus de qué se enfermó su hijo.....	109
Tabla 50-A: Prueba de Chi-cuadrado.....	110

LISTADO DE GRÁFICAS

	PÁG.
Gráfica 1: Madres que llevaron controles prenatales.....	58
Gráfica 2: Número de controles prenatales que asistió la madre.....	59
Gráfica 3: Lugares donde recibieron las madres los controles prenatales.....	60
Gráfica 4: Información de la lactancia materna en los controles prenatales.....	61
Gráfica 5: Personal de salud que informó de la lactancia materna en los controles prenatales..	62
Gráfica 6: Lugar de nacimiento del niño.....	63
Gráfica 7: Recién nacido de término.....	64
Gráfica 8: Tipo de parto.....	65
Gráfica 9: Persona que atendió el parto a las madres en estudio.....	66
Gráfica 10: Inicio de amamantamiento posterior al parto.....	67
Gráfica 11: Información de lactancia materna posterior al parto.....	68
Gráfica 12: Asistencia de los niños en estudio al control infantil.....	69
Gráfica 13: Información de la lactancia materna en el control infantil de los niños en estudio.....	70
Gráfica 14: Madres que dan lactancia materna.....	71
Gráfica15: Motivos por los que las madres no dieron nunca de mamar.....	73
Gráfica 16: Motivos por lo que las madres dan de mamar.....	74
Gráfica 17: Con qué alimenta a su hijo.....	75
Gráfica 18: Persona que recomendó tipo de alimentación del niño.....	76
Gráfica 19: Lactancia materna exclusiva.....	77
Gráfica 20: Tipo de lactancia materna.....	78
Gráfica 21: Numero de veces en que las madres dan de mamar a su niño al día.....	80
Gráfica 22: Edad del niño en que las madres piensan suspender lactancia materna.....	81

PÁG.

Gráfica 23: Edades en que los niños enfermaron por primera vez.....	83
Gráfica 24: Patologías que presentaron los niños en estudio.....	84
Gráfica 25: Número de veces que ha enfermado el niño.....	85
Gráfica 26: Niños que presentaron ingresos hospitalario.....	86
Gráfica 27: Número de veces que ha presentado ingresos hospitalarios el niño.....	87
Gráfica 28: Edad que presentó ingreso hospitalario el niño.....	88
Gráfica 29: Enfermedades por la cual los niños fueron ingresados.....	89
Gráfica 30: Peso del niño al nacer.....	90
Gráfica 31: Longitud del niño al nacer.....	91
Gráfica 32: Perímetro cefálico del niño al nacer.....	92
Gráfica 33: Peso actual del niño para la edad.	93
Gráfica 34: Longitud actual del niño para la edad.....	94
Gráfica 35: Perímetro cefálico actual del niño para la edad.....	95
Gráfica 36: Desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años de edad del estudio.....	96
Gráfica 37: Frecuencias y porcentajes de los niños ingresados en el hospital con los que presentaron lactancia materna exclusiva con otro tipo de lactancia.....	98
Gráfica38: Frecuencias y porcentajes del desarrollo de los niños de los con los que presentaron lactancia materna exclusiva con otro tipo de lactancia.....	100
Gráfica 39: Frecuencia y porcentajes de la tendencia de crecimiento de los niños de 6 meses a 2 años con los que tuvieron lactancia materna y otros tipos de Lactancia.....	102
Gráfica 40: Frecuencias y porcentajes cuántas veces le da de mamar a su hijo al día y si ha estado ingresado en el hospital su hijo.....	104
Gráfica 41: Frecuencias y porcentajes de edad de la madre y si ha estado ingresado su hijo.....	106

PÁG.

Gráfica 42: Frecuencias de cuánto tiempo le dio solo pecho a su niño sin darle agua u otro alimento versus ha estado ingresado en el hospital su hijo.....	108
Gráfica 43: Frecuencias y porcentajes de los niños alimentados con fórmula y otros tipos de lactancia versus de que se enfermó su hijo.....	110

LISTADO DE ANEXOS

	PÁG.
Anexo 1: Glosario.....	124
Anexo 2: Abreviaturas y siglas.....	129
Anexo 3: Gráfica de peso para la edad de niñas 0 a 24 meses.....	130
Anexo 4: Gráfica de peso para la edad de niños 0 a 24 meses.....	131
Anexo 5: Gráfica de longitud para la edad y perímetro cefálico de niñas de 0 a 24 meses.....	132
Anexo 6: Gráfica de longitud para la edad y perímetro cefálico de niños de 0 a 24 meses.....	133
Anexo 7: Escala simplificada de desarrollo de niñas y niños menores de 5 años parte anterior.....	134
Anexo 8: Escala simplificada de desarrollo de niñas y niños menores de 5 años parte posterior.....	135
Anexo 9: Consentimiento informado.....	136
Anexo 10: Guía de la entrevista.....	137
Anexo 11: Presupuesto y financiamiento.....	139
Anexo 12: Cronograma de actividades a desarrollar en el proceso de graduación.....	140

RESUMEN

El niño es un ser biopsicosocial, constituido por diferentes grados del desarrollo, lo cual desde su concepción presenta dependencia materna que influye en el resto de su vida; especialmente la lactancia materna contribuye en la salud, crecimiento y desarrollo. **Objetivo:** Conocer el impacto de la lactancia materna en niños de 6 meses a 2 años de edad, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Meanguera, La Laguna Joateca, del departamento de Morazán y Joya de Ventura San Jorge, departamento de San Miguel en el periodo agosto a diciembre de 2012. **Metodología:** el estudio es de tipo Retrospectivo, transversal, cohorte, descriptivo, analítico, cualicuantitativo y comparativo con una muestra de 165 madres a los que se aplicó los criterios de inclusión y exclusión, teniendo como unidad de información a las madres y unidad de estudio los niños, se utilizaron gráficas de crecimiento y escalas de desarrollo del Ministerio de Salud. Los datos fueron tabulados con el programa SPSS 15.0. **Resultados:** tomando como base la información obtenida de la investigación realizada, se empleó el método estadístico del Chi-cuadrado por lo que se rechazó la hipótesis nula aceptando la hipótesis del trabajo de investigación la cual indica que la lactancia materna produce un impacto positivo en la salud, crecimiento y desarrollo de los niños participantes del presente estudio. En cuanto al conocimiento, mitos y creencias que las madres poseen respecto a la lactancia materna coinciden que ésta es lo mejor (60.5%) ya que ayuda en prevención de enfermedades(25.2%), es económicamente más factible(4.8%) y la minoría de madres revelaron que no dieron de mamar porque creen que al niño le da asco(27.8%) , no tienen formado el pezón(16.7%) y porque no les baja leche(5.5%).

Palabras Claves: Impacto, lactancia materna, crecimiento, desarrollo, morbilidad, conocimientos, mitos, creencias.

1. INTRODUCCION

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1.1 LA LACTANCIA MATERNA EN EL MUNDO

La literatura científica mundial, ha rendido tributo a la lactancia materna. Los textos de puericultura del siglo XIX y principio del XX señalan el riesgo de infecciones graves en los niños alimentados con biberón. Sólo en años recientes se han identificado las causas de este fenómeno: manipulación, chupos, biberones, dilución de la leche. La mayoría de los pueblos primitivos dejaban pasar varios días antes de poner al niño al pecho, con detallados horarios y rituales. Se ofrecían líquidos en forma de infusiones, algunas muy potentes, otras sin valor nutritivo. Las posiciones para dar el pecho también varían. La mayoría de las culturas se sientan con el niño en el regazo. Algunos pueblos asiáticos se inclinaban sobre el niño que estaba acostado, apoyándose en una barra situada sobre la cuna. Otros pueblos llevan sus hijos a la espalda y los ponen al pecho con frecuencia. Método todavía muy usado.¹

1.1.2 LA LACTANCIA MATERNA EN EL SALVADOR.

En El Salvador se han desarrollado diferentes intervenciones de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna desde diferentes instancias del Estado, organizaciones no gubernamentales e iniciativas privadas que han contribuido a la salud y nutrición infantil.

Durante los años setenta el Ministerio de Salud incorporó la promoción de la lactancia materna como parte de la educación en salud a la mujer embarazada y en periodo de lactancia, así como en las recomendaciones de la alimentación infantil.

En 1992 el Ministerio de Salud oficializó la Declaración “Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna” que se basa en los principios de la Declaración de Innocenti y constituye el marco de política que impulsa acciones a favor de la misma. A partir de esta declaratoria el Ministerio de Salud comenzó la implementación de la iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) y se elaboraron las Normas Nacionales de Lactancia Materna.

En 1999 se realiza la primera evaluación para determinar el grado de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM); en 2002 la segunda y en 2010 la tercera; los resultados de las tres evaluaciones indican que en El Salvador existen violaciones al cumplimiento del Código.

A partir del año 2000, además de las intervenciones nutricionales ejecutadas por el Ministerio de Salud, se implementaron una serie de estrategias que favorecen la promoción de la práctica de la lactancia materna, entre estas el Paquete Madre Bebé, la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a nivel clínico y comunitario y la Atención Integral en Nutrición Comunitaria (AIN-C)

El 28 de agosto de 2003 la sociedad civil presenta a la Asamblea Legislativa un anteproyecto de Ley de Apoyo, Promoción y Protección de la Lactancia Materna, la cual no fue aprobada.

En el año 2006 se da inicio a la certificación de las Unidades de Salud como “Amigas de la Niñez y las Madres” (USANYM), con lo cual se fortalece la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud, actividad que continúa en proceso a la fecha.

En 2009, el Ministerio de Salud implementa la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza” la cual establece en la estrategia doce sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional, la importancia del fomento de la lactancia materna y las prácticas de alimentación saludables, como elementos claves para el logro de un adecuado nivel de salud y nutrición.

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho de todos los niños y niñas al disfrute del más alto nivel posible de salud y establece que los Estados parte deben asegurar que todos los sectores de la sociedad y en particular padres, madres, niños y niñas conozcan los principios básicos de la salud, nutrición y las ventajas de la lactancia materna.

El Salvador, para cumplir con los compromisos adquiridos en dicha Convención, emitió en 2009 la Ley de Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia (LEPINA), en la cual se reconoce el derecho a la Lactancia Materna de todos los niños y niñas.

En 2010 el Ministerio de Salud oficializó el Acuerdo Ministerial No. 306 el cual establece que toda mujer trabajadora del MINSAL, que se encuentre en periodo de lactancia, tiene derecho a gozar de una hora de permiso para amamantar a su hijo o hija hasta los nueve meses de edad.

En 2011 fue oficializada la Política Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional que en su línea estratégica tres establece que se deben promover prácticas adecuadas de lactancia materna y la necesidad de formular un marco normativo para su promoción, protección y apoyo. Además, que se debe promover el cumplimiento de la legislación laboral, para el goce de los derechos de la mujer en períodos de embarazo y lactancia. 2

En 2012 se realizó la 20va. Semana Mundial de la Lactancia Materna del 13 a 17 de agosto del 2012, teniendo su sede en Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, organizado por CALMA y otras entidades como el Ministerio de Salud, OMS y UNICEF, con el lema: “Comprendiendo el pasado, planificando el futuro; Celebrando los 10 años de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño de OMS/UNICEF.

En trabajos realizados de la Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental, en las unidades de San Pedro Chirilagua y Anexa al Hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel en el Año 2003 refiere que: la lactancia materna exclusiva disminuye la incidencia de enfermedades respiratorias y diarreicas de los niños que no lo obtuvieron. Y los que presentaron más episodios diarreicos son los que practicaron lactancia materna complementaria. 3

El 5 de febrero de 2013, en la reunión de la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa, la discusión en torno al proyecto avanzó en un 58.9%, superando artículos que darán soporte a la ley. Entre los artículos que se sometieron a discusión se encuentra uno referente a los incentivos o regalías que reciben funcionarios y prestadores de servicios de salud por parte de fabricantes o distribuidores de productos sucedáneos para promover sus productos, el cual fue aprobado con

algunas modificaciones manteniendo el espíritu de la Ley, que es el de promover la leche materna como el mejor alimento para los niños y niñas.

Los legisladores manifestaron que las empresas comercializadoras de sucedáneos han aceptado este punto en otros documentos como el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, remitiéndose para su argumentación a las más recientes evaluaciones del mismo realizadas en el país.

De igual manera fue aprobado que durante los primeros 6 meses post parto, mientras la mujer trabajadora amamante tendrá derecho a una interrupción de una hora diaria en su jornada laboral con ese fin, la cual puede ser dividida en dos pausas de 30 minutos o de acuerdo a lo acordado por el patrono y la empleada. La ley también incluye protección para que las madres estudiantes en los Centros Educativos y las Universidades puedan extraerse y conservar la leche materna, en las condiciones adecuadas para ello.

La discusión del articulado que contiene el proyecto de ley continua generando el interés de todas las fracciones representadas en la Comisión de Salud, considerando que se está tocando un tema de tan alto contenido social y de impacto en el futuro de la niñez salvadoreña, ya que al ser aprobada la ley se promoverá la Lactancia Materna Exclusiva y favorecerá en gran medida buenas prácticas como el apego precoz y el alojamiento conjunto.

Así también será una oportunidad para que las mujeres trabajadoras alcancen la lactancia materna exclusiva en sus lugares de trabajo.⁴

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el impacto de la lactancia materna en los niños de 6 meses a 2 años de edad en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Meanguera, La Laguna Joateca, del departamento de Morazán, y Joya de Ventura San Jorge, departamento de San Miguel?

1.3 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La lactancia materna es el proceso único que proporciona la alimentación ideal para el lactante, que contribuye a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, establece el vínculo afectivo madre-hijo e hija, proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y a las naciones.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconoce que la lactancia materna es la intervención más eficaz para prevenir la mortalidad infantil y por consiguiente, para cumplir el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) relativo a la sobrevivencia infantil; asimismo la lactancia materna es trascendental en el cumplimiento del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, relacionado con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre.

El inicio de la lactancia materna durante la primera media hora de vida es particularmente importante para prevenir la mortalidad neonatal, la cual representa una proporción cada vez más grande de la mortalidad infantil general en la región de las Américas.

En estudios realizados por la OMS Lacet en 2006, afirma que comparado con los niños que tuvieron Lactancia materna exclusiva, el riesgo de mortalidad neonatal fue 4 veces mayor en bebés alimentados con lactancia materna y otras leches y/o sólidos. La lactancia materna exclusiva iniciado en las primeras horas podría prevenir 22% de muertes neonatales.⁵

La Declaración de Innocenti sobre lactancia materna, adoptada por todos los participantes en la reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) celebrada en 1990, establece que “todos los gobiernos deberán desarrollar políticas nacionales sobre lactancia materna” y exhorta a las autoridades nacionales a integrarlas con sus políticas generales de salud y desarrollo.

Según el censo de 2007, la población total de El Salvador fue de 5, 744,113 habitantes, concentrando al 62.7% en la zona urbana. Las mujeres representan el 55.8% de la población total. Para ese año, 1, 545,709 mujeres, es decir, alrededor de 51% del total de mujeres, tenían entre 15 y 49 años de edad.

En El Salvador, los indicadores de lactancia materna no han tenido una evolución significativa, según lo muestran los datos de los estudios realizados a nivel nacional desde 1981. A pesar que desde 1992 el Ministerio de Salud junto con el apoyo de organizaciones internacionales ha venido realizando diferentes acciones y estrategias para apoyar, promover y fomentar la cultura del amamantamiento y de esa manera aumentar el porcentaje de niños con lactancia materna en el país. 6

Los datos de la encuesta familiar de salud del 2008 muestra que los indicadores de lactancia materna no han tenido una evolución significativa puesto que solo el 31% de los niños menores de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva con una duración de 1.9 meses es decir 57 días; además el porcentaje de niños que continúan con lactancia materna hasta los 2 años es bajísima.7

En la tesis de investigación de las frecuencias por morbilidad de los lactantes realizadas en Unidad de Salud El Transito, San Miguel, Yucuaiquin y Concepcion de Oriente departamento de La Unión en el año 2006 concluyen que tanto la alimentación con lactancia materna exclusiva y de los alimentados con formulas tuvieron similares resultados en las consultas por morbilidad, a la vez los conocimientos acerca de los mismo influyen en la decisión de ejercer la práctica del amamantamiento. 8

Para un estudio de tesis realizado en el año 2007 en la Unidad de Salud Yayantique La Unión, menciona que los conocimientos que la madre tenga sobre las ventajas de la lactancia materna, influye en esta práctica. 9

Por lo tanto; los conocimientos, mitos, creencias y prácticas inadecuadas son factores que pueden influir positiva o negativamente para que una mujer quiera o no dar de mamar; pues mucha gente cree que la lactancia materna por ser un proceso natural es algo sencillo; en realidad muchas mujeres tienen problemas para lactar, sobre todo si se trata de su primer hijo y es una madre sin apoyo familiar, especialmente si es adolescente y si en su control de embarazo no recibió consejería en lactancia materna; así como también si en la atención de su parto haya sido institucional o en su casa no recibió orientación sobre el amamantamiento; todo esto hace que la madre decida dar una alimentación temprana favoreciendo el apareamiento de enfermedades diarreicas, respiratorias, alérgicas y desnutrición o malnutrición en el infante.

Otros datos de la encuesta FESAL 2008 también reflejan que en El Salvador la lactancia materna es una práctica generalizada, dado que el 96.1 por ciento de las niñas y niños nacidos vivos recibió lactancia materna en alguna oportunidad.

Del total de niñas y niños que nacieron vivos en los últimos 5 años, el 3.9 por ciento nunca recibió leche materna. Los porcentajes más altos en esta condición se observan en el área urbana (4.3 por ciento) y en el departamento de Ahuachapán (5.8 por ciento), seguido por los SIBASI Norte y Centro de San Salvador (5.4 y 5.1 por ciento, respectivamente). Los departamentos de Sonsonate y La Libertad muestran los porcentajes más bajos con menos del 3 por ciento de niños y niñas que nunca recibieron leche materna. Entre las madres que reportaron recibir orientación sobre lactancia materna, el 26.1 por ciento mencionó que fue antes, durante y después del parto, y el 23.1 que fue antes y después del parto.

En la encuesta FESAL-2002/03 solamente el 14.1 por ciento de las madres reportó que recibió orientación antes y después del parto. Independiente de donde tuvo su control prenatal o el lugar de atención del parto, más de la mitad recibió orientación por parte de una enfermera, llegando al 75 por ciento en establecimientos del Ministerio de Salud y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. 4

En base a lo anterior se considera de suma importancia la investigación sobre el impacto positivo en la salud, crecimiento y desarrollo, de la lactancia materna en niños de 6 meses a 2 años de edad, dicho estudio se desarrollo a nivel local para efectuar un diagnostico de la situación actual de los municipios de Meanguera y La Laguna Joateca del departamento de Morazán y Cantón Joya de Ventura, San Jorge, de San Miguel.

A la vez dicha información es de gran utilidad para El Ministerio de Salud para la toma de acciones encaminadas a mejorar los programas educativos orientados a las madres lactantes y embarazadas.

También sirve de guía para la realización de estrategias para fomentar la promoción y apoyo de la lactancia materna en la comunidad. Además es útil como material de consulta para futuros profesionales de la salud a nivel universitario.

1.4 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Conocer el impacto de la lactancia materna en niños de 6 meses a 2 años de edad, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Meanguera, La Laguna Joateca, del departamento de Morazán, y Joya de Ventura San Jorge, departamento de San Miguel en el periodo agosto a diciembre de 2012.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las consultas por morbilidad de los niños de 6 meses a 2 años con o sin lactancia materna.
- Determinar los conocimientos, mitos y creencias de la madre sobre la lactancia materna
- Evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años que recibieron o no lactancia materna

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICIÓN DE LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno.

La OMS y el UNICEF señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños" 10

Se define por lactancia materna el hecho mediante el cual una madre alimenta a su hijo a través de la provisión de su propia leche materna que ha sido producida en el **interior** de su cuerpo y que contiene todas las vitaminas y **nutrientes** esenciales para que el bebé comience adecuadamente su proceso de desarrollo y crecimiento. La lactancia materna es considerada por las **organizaciones** internacionales más importantes como uno de los primeros y más fundamentales derechos del **ser humano**.

La **lactancia materna** es un tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre. La leche, justamente, es un alimento de características únicas que permite que la madre transmita sus mecanismos de defensa al recién nacido, mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación madre-hijo.

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** considera que la lactancia materna debe ser la alimentación exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de vida ya que, por sus propiedades, resulta indispensable para el desarrollo saludable. Una vez superada dicha etapa, la lactancia materna debe mantenerse, junto a la introducción de **alimentación complementaria** en forma progresiva. 11

2.2 Anatomía de la Mama Femenina.

La glándula mamaria se encuentra localizada entre la pared torácica anterior entre la 2ª y la 6ª Costilla. Ésta consta de:

1. Estructura externa.
 - ✓ Pezón.
 - ✓ Areola
 - ✓ Glándulas o tubérculos de Montgomery
2. Estructuras internas.
 - ✓ Tejido glandular.
 - Consta de 15 a 25 lóbulos mamarios.
 - Los lóbulos constituidos por lobulillos a su vez formados por 10 a 100 alvéolos.
 - Conductos: Transportan la leche desde el sitio de producción (tejido glandular) hasta el sitio de almacenamiento (senos lactíferos). 12

2.3 Fisiología de la lactancia

Durante el embarazo hay un intenso desarrollo de los conductos, lóbulos y alvéolos bajo influencia de lactógeno placentario y esteroides sexuales, a su vez se libera mayor cantidad de prolactina que contribuye al desarrollo de las mamas.

El desarrollo es tan intenso que a las 5 a 8 semanas las mamas se agrandan visiblemente y se sienten más pesadas, la pigmentación se intensifica y las venas superficiales se dilatan.

Con el aumento de progesterona después de los 3 meses hay aumento progresivo de prolactina que estimula la actividad glandular llenando parcialmente los alvéolos con calostro. Después del nacimiento desaparece la inhibición placentaria de la síntesis de leche y los niveles maternos de progesterona en sangre declinan rápidamente, llenando las mamas de calostro en las primeras 30 h postparto.

2.4 Reflejos maternos en la lactancia

- ✓ Reflejo de producción/secreción: Mediado por la prolactina y depende básicamente de la succión o extracción de leche.
- ✓ Reflejo de vaciamiento/eyección: Los impulsos nerviosos originados por la succión liberan oxitocina y permite la expulsión de leche hasta los conductos, pasa la leche a los conductos y senos lactíferos y luego es liberada por el estímulo del pezón, areola y otros

estímulos sensoriales y psicológicos, lo cual causa contracción del miometrio (involución y control de hemorragia postparto).¹³

2.5 Reflejos del niño en la lactancia

- ✓ Reflejo de búsqueda: Este reflejo ayuda al niño a encontrar el pezón.
- ✓ Reflejo de succión: Permite movimientos linguo-mandibulares.
- ✓ Reflejo de deglución: Permite el paso de la leche al estómago.
- ✓ **Reflejo de extrusión:** consiste precisamente en que, cuando se introduce un alimento en la parte anterior de la boca, se expulsa al exterior con la lengua.¹⁴

2.6 Tipos de Leche Materna

- ✓ Calostro: Es la primera leche, comienza a elaborarse durante el último trimestre del embarazo, contiene mayor cantidad de Vitamina A, proteínas, sodio, Zinc, factor de crecimiento epidérmico, inmunoglobulinas y menos grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles
- ✓ Leche transicional: Del 5-10 día post-parto, tiene menos cantidad de inmunoglobulinas. Es una mezcla de calostro y leche madura, cerca del 6° y 8° día se produce aumento brusco de producción de leche. (600-700ml/día).
- ✓ Leche madura: Se da desde el 10-15 días post-parto. Tiene menor cantidad de proteínas y de inmunoglobulinas que el calostro, producción promedio de 600 – 900 ml/día, mayor cantidad de grasas y lactosa. Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3gr%).¹⁵

2.7 Composición de La Leche Materna.

Agua

La leche materna contiene 88 % de agua aportando la cantidad necesaria que el bebe necesita durante el período de lactancia durante los primeros 6 meses. Por ello los bebes que están bajo

lactancia exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida no necesitan beber agua en forma adicional, aún en países con temperaturas altas. Si se le da agua u otra bebida durante los primeros 6 meses se corre el riesgo que el bebe contraiga diarrea y otras enfermedades.

Proteínas

Constituyen el 0.9 % de la leche materna (0.9 gr./100 ml. La leche humana contiene caseína, lactosuero (proteínas del suero), mucinas y nitrógeno no proteico. Son producidas en la glándula mamaria, excepto la seroalbúmina que proviene de la circulación materna. La caseína constituye el 30-40 % de las proteínas mientras que el lactosuero el 60-70 % de las mismas.

La caseína tiene como función principal el aporte de aminoácidos, fósforo y calcio al bebe. Además la caseína de la leche materna es más fácil de digerir ya que los coágulos que forma son blandos en comparación con los de la leche de vaca.

Dentro de las proteínas que constituyen el lactosuero está la alfa-lactoalbúmina que constituye el 10 a 12% del total de las proteínas, siendo la proteína más abundante.

Otras proteínas del lactosuero incluyen: lactoferrina, lisozima, seroalbúmina, proteínas gigantes de folatos, Ig A, IgG, IgM.

En el calostro la proporción es de 80:20(90% lactosuero: 10% caseína), en la leche madura es de 60:40 para luego descender a 50:50.

La lactoferrina favorece la absorción del hierro en el intestino e inhibe el crecimiento de bacterias patógenas (acción bacteriostática) en el tracto gastrointestinal (E. Coli) al secuestrar el hierro que las bacterias necesitan para su multiplicación. Así mismo estimularía el crecimiento y la proliferación de la mucosa intestinal. En la leche de vaca la cantidad de lactoferrina es prácticamente inexistente.

La lisozima es una enzima antibacteriana, la más abundante, y contribuye al desarrollo y mantenimiento de la flora intestinal. Posee también propiedades anti-inflamatorias. La leche humana contiene 30 a 40 mg/100 ml y su contenido es 300 veces superior al de la leche de vaca.

La leche materna contiene gran cantidad de inmunoglobulinas (anticuerpos) destacándose principalmente la Ig A. El calostro es rico en IG A, especialmente al 2 día del parto, disminuyendo luego al 3 y manteniéndose estable en la leche madura. La IG A representa el 90 % de todas la Ig presentes en la leche materna. Es sintetizada por las células de la glándula mamaria. Los anticuerpos Ig A se unen a virus y bacterias impidiendo que penetren la mucosa intestinal inhibiendo la colonización de estos patógenos en el intestino del bebé.

La lipasa es otra enzima importante de la leche materna. Se encuentra activa en el tracto gastrointestinal y es estimulada por las sales biliares facilitando la digestión, produciendo ácidos grasos libres y glicerol. Es por ello que los bebés que son alimentados con leche materna tienen una alta absorción de grasas. Así mismo esta liberación de ácidos grasos libres tiene un efecto protector contra bacterias, virus y protozoos por su acción antimicrobiana. La lipasa es responsable de la inactivación del parásito Giardia Lamblia.

Las mucinas, presentes en poca cantidad, son proteínas de membrana que rodean a los glóbulos de grasa.

Dentro del nitrógeno no proteico encontramos aminoazúcares, aminoácidos libres (taurina, glutamina), carnitina, poliaminas, nucleótidos y péptidos. Tanto la taurina como la carnitina son esenciales para el desarrollo y maduración del sistema nervioso central y de la retina (visión).

La carnitina además interviene en la síntesis de los lípidos del cerebro. Los nucleótidos tienen efectos sobre la inmunidad (activa células que participan en la defensa), sobre el crecimiento y la maduración del tracto gastrointestinal y aumenta la cantidad de proteínas y ADN de la mucosa intestinal.

La poliamina participa en el crecimiento y desarrollo del sistema digestivo. 16

2.8 Componentes inmunológicos de la Lactancia Materna

Cuando una madre amamanta crea anticuerpos diseñados específicamente para proteger contra los patógenos adquiridos en las inmediaciones de su bebé. Nuevos anticuerpos se producen cada vez que la madre entra en contacto con microorganismos perjudiciales o cuando amamanta al bebé, que pasan al cuerpo de la madre en la saliva del bebé a través del pezón.

Esto indica a su sistema inmunológico que produzca o proporcione anticuerpos, que después pasan al bebé en posteriores tomas. Si el bebé toma leche artificial, entonces tendrá sólo sus propios niveles de anticuerpos que son bajos, lo cual, agravado por un sistema inmunológico inmaduro, lo hacen extremadamente vulnerables a una infección, que puede propagarse rápidamente.

Los siguientes componentes ayudan al bebé a luchar contra enfermedades:

Componentes interesantes:

Alfa-lactoalbúmina:

Ésta es la principal proteína en la leche materna, lo que representa el 10-20% de proteína total. Es que esta proteína provoca el **“suicidio celular” en más de cuarenta tipos de cáncer**. El equipo que lo descubrió estaba explorando las propiedades antibióticas de la leche materna cuando un investigador notó que las células cancerosas de pulmón en un tubo de ensayo murieron en contacto con la leche materna.

Descubrieron que cuando alfa-lactoalbúmina se mezclaba con ácido (como el que se encuentra en la leche materna y el estómago de los lactantes amamantados) se formaba un compuesto llamado HAMLET (siglas en inglés de la Alfa-lactoalbúmina Humana Transformada en Letal para las Células Tumoraes). Los investigadores descubrieron que, después de 5 días de tratamiento (con HAMLET) a pacientes de cáncer de vejiga, los pacientes orinaban células muertas de cáncer después de cada sesión de tratamiento.

Estudios con ratas mostraron que, después de tan sólo siete semanas de tratamiento un tumor cerebral glioblastoma altamente invasivo, era siete veces menor en aquellos tratados con HAMLET. El factor más importante es que la sustancia no tiene efectos secundarios, sólo elimina el cáncer y no daña las células sanas. El profesor Karlsson (que condujo el estudio) predijo que esta terapia se estará utilizando dentro de 5 años en pacientes adultos enfermos de cáncer.

Alfa-lactoalbúmina también se une al calcio y zinc, y durante la digestión forma propiedades antibacterianas e inmunoestimulantes.

Células madre:

Éstas tienen una capacidad notable para convertirse en muchos tipos diferentes de células en el cuerpo, que a su vez actúan como una especie de sistema de reparación interna. Estudios sugieren que estas células permanecen en el cuerpo mucho tiempo después del destete. Las células madre de otras fuentes ya están siendo utilizadas para tratar la leucemia y pronto podrían ayudar a tratar enfermedades de los ojos. Científicos también están investigando su potencial a largo plazo para el tratamiento de condiciones tales como lesiones de la médula, la diabetes y la enfermedad de Parkinson.

Linfocitos:

Matan a las células infectadas directamente o envían mensajes químicos que movilizan otros componentes del sistema inmunológico.

Linfocitos T o Células T:

Son un subgrupo de linfocitos que se encargan de coordinar la respuesta inmune celular. Estas células son insólitas porque no pueden destruir células infectadas o patógenas y sin otras células del sistema inmune, normalmente se considerarían inservibles contra una infección. Sin embargo, tienen un papel importante a la hora de activar y dirigir otras células inmunes.

Macrófagos y Neutrófilos:

Se encuentran entre los leucocitos (glóbulos blancos) más comunes en la leche humana, y rodean y destruyen las bacterias nocivas.

Inmunoglobulinas: Ig A, IgG, Ig M e Ig D

La más importante de éstas es la Ig A, que es sintetizada y almacenada en el pecho. Su función es recubrir las superficies mucosas del aparato digestivo del bebé para impedir la entrada de bacterias patógenas y enterovirus. También brinda protección contra la E. Coli, salmonella, shigella, estreptococo, estafilococo, neumococo, el poliovirus y el rotavirus.¹⁷

2.9 Tipos de alimentación de Lactancia Materna

En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios.

- Lactancia materna exclusiva: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- Lactancia materna predominante: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- Lactancia materna completa: Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.
- Alimentación complementaria: Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.
- Lactancia materna: Alimentación por leche de madre.
- Lactancia de biberón: Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.
- Lactancia materna Tándem: Una madre está amamantando a su hijo, vuelve a quedarse embarazada, decide no interrumpir la lactancia y seguir dando el pecho durante todo el embarazo. Una vez nacido el pequeño, amamanta a los dos conjuntamente o por separado.¹⁸

2.9.1 Diez pasos hacia una feliz lactancia exitosa, en la Iniciativa Hospital Amigo de los niños/as

1. Disponer de una política.
2. Capacitar a todo el personal
3. Capacitar a las gestantes sobre la lactancia materna
4. Iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto

5. Enseñar a las madres técnicas y cómo mantener la lactancia
6. Dar a los recién nacidos leche materna en forma exclusiva
7. Facilitar el alojamiento conjunto
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda
9. No dar a los niños biberones y chupos
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo

2.9.2 VENTAJAS PARA EL NIÑO EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS

- El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.
- La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo-afectivo.
- La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.

2.9.3 VENTAJAS PARA LA MUJER

- Disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna.
- Disminuye el riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.
- La lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.

2.9.4 VENTAJAS PARA LA FAMILIA

- Disminuye el riesgo de enfermedad de los niños y las niñas.
- Se ahorra dinero al no comprar otras leches, teteros chupos y combustible.
- La lactancia materna integra la familia, promueve el amor y genera cultura.

2.9.5 VENTAJAS PARA EL PAÍS

- Disminuye los gastos en salud.
- Las madres que amamantan, contribuyen a que el país tenga niños más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos.

2.9.6 CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA.

- ✓ Medicamentos
- ✓ VIH/SIDA
- ✓ Radiaciones maternas
- ✓ Tuberculosis activa sin medicación
- ✓ Problemas psiquiátricos con tendencia criminales 18

2.10 Bancos de Leche Materna

Los bancos de leche materna son centros donde se recolecta y se conserva la leche de madres donantes. Esa leche se ofrece a bebés que la necesitan y no pueden obtenerla de sus propias mamás.

Pueden ser parte del beneficio:

- A niños muy prematuros, enfermos o sanos.
- A recién nacidos sometidos a intervenciones quirúrgicas.
- A niños alérgicos o con intolerancia a fórmulas de leche artificial.
- A los que tienen deficiencias inmunológicas congénitas o adquiridas tras tomar medicación.
- A los que padecen enfermedades infecciosas crónicas o con errores innatos del metabolismo.
- A todo niño amamantado que necesite de forma circunstancial leche materna porque su mamá no puede dársela.

Toda la leche que se suministra a los niños tiene que llevar un control de calidad. Al pasteurizarse tenemos una leche que le va a servir a ese bebé a darle peso o evitarle un riesgo a enfermedades. Aparte de ser un alimento le ayudará a proteger de enfermedades gracias a un proceso científico regido por reglas internacionales de pasteurizado de leche. Algo también importante: no elimina sus nutrientes y el hospital tendrá de todo tipo de leche, con energía y calorías que se ajusten para las necesidades de cada bebé. Será suministrada por sondas porque ellos no tienen una adecuada succión y las calorías que gastan en ese proceso bien lo pueden utilizar para su crecimiento.

2.10.1 Banco de leche en El Salvador

El Ministerio de salud, en conjunto con el Centro de Apoyo de Lactancia Materna y otras instituciones, inició el primero de los cinco bancos de leche humana que existirán en el país. Según el doctor Carlos Meléndez, del Ministerio de salud, coordinador de salud Sexual y reproductiva de esa cartera de Estado, empezará a funcionar desde noviembre de este año en el Hospital de Maternidad y a corto plazo se espera que haya cuatro más en los distintos hospitales donde se atienden partos y existe unidad de cuidados intensivos de partos neonatales. Para el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel se inauguró en febrero de 2013. 20

2.11 Definición de Mito

"El mito son los hechos de la mente puestos de manifiesto en la ficción de la materia" (Maya Deren)
Los mitos forman parte del sistema de creencias de una cultura o de una comunidad, la cual los considera historias verdaderas.

2.12 Definición de Creencias

Una creencia es el estado de la mente en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa.

2.13 Definición de Conocimiento

Platón define el conocimiento como creencia verdadera justificada por la razón.

2.13.1 Ejemplos de Mitos de lactancia materna

- Alimentar con pecho materno, desfigura los senos
- Dar de amamantar **duele**
- Muchas mujeres no producen leche suficiente
- La calidad de la leche varía dependiendo de nuestra alimentación.
- Beber leche aumenta la producción de la leche
- Durante la lactancia hay que comer por dos.
- El tamaño del pecho influye en la cantidad de la leche
- Hay que dar por finalizada la toma una vez superados los primeros diez minutos

- La lactancia provoca que el bebé establezca más lazos afectivos con la madre que con el padre
- Algunos bebés son alérgicos a la leche materna
- No es correcto dar de mamar a dos niños de diferente edad
- La leche de bote es mejor
- El niño no se llena
- Dar de mamar produce sangramiento de nariz
- Mi leche es mala
- La primera leche es sucia parece pus
- El niño no quiere
- Al niño le da asco la leche
- Tuve un susto y mi leche le caerá mal
- Para tener más leche debo tomar más agua
- Hay que darle agua al bebé para que no se enferme 21

2.14 Crecimiento y Desarrollo

El crecimiento y desarrollo de un individuo es un fenómeno continuo que se inicia en el momento de la concepción y culmina al final de la pubertad, período durante el cual se alcanza la madurez en sus aspectos: físico, psicosocial y reproductivo. Esta transformación involucra cambios en el tamaño, organización espacial y diferenciación funcional de tejidos y órganos.

El aumento en el tamaño y masa corporal es el resultado de la multiplicación e hiperplasia celular, proceso conocido como crecimiento.

Los cambios en la organización y diferenciación funcional de tejidos, órganos y sistemas son el resultado del proceso de desarrollo o maduración.

2.14.1 Evaluación del Crecimiento y Desarrollo

Los índices comúnmente utilizados para evaluar el crecimiento y desarrollo físico son: peso, talla y perímetro craneano.

Estos índices son fáciles de estandarizar y tienen suficiente sensibilidad para detectar alteraciones del proceso. Se recomienda, cuando ello es posible, utilizar simultáneamente otros índices, tales como circunferencia torácica y braquial, grosor de pliegues cutáneos (tricipital, bicipital, subescapular, suprailíaco) y segmentos corporales. El perímetro braquial, junto con la medición de pliegues cutáneos nos permite una evaluación más precisa del estado nutricional y de la composición corporal. La medición de segmentos corporales debe realizarse siempre que se evalúe un paciente con talla baja.²²

La Organización Mundial de la Salud con el objeto de unificar criterios de evaluación del crecimiento, y después de haber realizado un acabado análisis de todos los patrones existentes a nivel mundial, recomienda el uso de las curvas del National Center for Health Statistics (NCHS).

2.14.2 CURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO UTILIZADAS EN MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

- Gráfica de peso para la edad de 0-24 meses de niñas y niño (ver anexo 3 y 4)
- Gráfica longitud para la edad, gráfica de perímetro cefálico de 0 a 24 meses de niña y niño. (Ver anexo 5 y 6)
- Escala simplificada de desarrollo de niñas y niños menores de 5 años. (Ver anexo 7 y 8)

2.15 Impacto de la Lactancia Materna

2.15.1 Definición de medidas de impacto

Estas medidas reflejan el efecto esperado al cambiar uno o más factores de riesgo o realizar una acción de carácter preventivo en una población particular. ²³

2.15.2 Definición de Impacto de Salud

Un impacto de salud puede ser positivo o negativo. Un impacto positivo en la salud es un efecto que contribuye a la buena salud o para la mejora de la salud. ²⁴

2.15.3 Impacto de La Lactancia Materna

2.15.3.1 Impacto de La Lactancia Materna en Disminución de la Morbilidad

El papel protector de la leche materna ha sido demostrado en procesos infecciosos, sobre todo gastroenteritis, a través de sus componentes inmunológicos y la pureza bacteriológica que por sí sola tiene. La prevalencia de desnutrición es mucho menos evidente en niños alimentados con leche materna. En las enfermedades respiratorias la prevención es de 5 veces mayor en los alimentados con fórmula.

La hospitalización y gravedad de las infecciones respiratorias, así como la aparición de espasmo bronquial, es menos frecuente en los amamantados al pecho. Las otitis medias, se correlacionan en forma inversa con la duración de la alimentación al seno.

Los cuadros de meningitis causados por *haemophilus influenzae*, son entre 4 y 16 veces más frecuente en los niños alimentados con fórmulas.

La enterocolitis necrosante fue entre 6 y 10 veces mayor en los alimentados con fórmula y tres veces más común en quienes recibieron alimentación mixta.

Los padecimientos alérgicos, se relacionan con el tipo de alimentación durante los primeros meses de la vida.

La leche materna le transfiere al niño una serie de anticuerpos que éste aún no es capaz de producir. Así, un niño que no recibe leche de su madre posee una inmunidad menos efectiva, se enferma más severamente (diarreas, otitis, bronquiolitis, dermatitis)

Toda leche distinta a la humana (no existe ninguna leche humana envasada) produce diferentes tipos de reacciones alérgicas que se traducen en eccemas, dermatitis, diarreas, pérdida de sangre oculta en materia fecal y asma entre otras.

La succión del biberón es muy distinta a la succión del pecho; esta diferencia hace que los niños no amantados posean un desarrollo deficiente de los huesos y músculos de la cara que originan frecuentemente trastornos respiratorios y de mala oclusión dental.

Los niños amamantados están muy protegidos contra la denominada “muerte súbita infantil “. Ciertas enfermedades son mucho más frecuentes: Diabetes infanto juvenil, anemia, enfermedad celíaca, ciertos tipos de tumores, obesidad, síndrome pilórico, reflujo gastroesofágico; de igual modo, las mujeres que amamantaron poseen menor riesgo de padecer tumores ginecológicos así como osteoporosis. Está demostrado que los niños amamantados tienen menos riesgo de ser golpeados y abandonados. A la vez, sus padres tienen desarrollada una mayor autoestima producto de la comprobación de haber criado a un hijo sano.

Antes de que el niño vaya madurando su sistema inmunológico al contacto con los antígenos (Ags) del entorno, la defensa frente a la agresión infecciosa le es inicialmente procurada por anticuerpos (Ac) transplacentarios de la clase IgG , que penetraron a través de los receptores placentarios para el fragmento de las IgG. Este receptor es análogo al expresado en los enterocitos duodeno-yeyunales del niño, y sirve también de sitio de penetración a los Ac proporcionados por la leche materna. La Leche Materna contiene también Ac anti-idiotípicos que actúan como iniciadores y/o potenciadores de las respuestas inmunológicas de tipo humoral.²⁵

2.15.3.2 Impacto de Lactancia Materna en Crecimiento y Desarrollo

La prevalencia de desnutrición es mucho menos evidente en niños alimentados con leche materna.

La lactancia materna disminuye el riesgo de obesidad significativamente y el efecto depende de la duración de la misma.

En estudios comparativos realizados en Argentina por Arenz en 2004, concluye que hay una disminución de hasta un 15% en adultos que recibieron lactancia materna exclusiva por más de un mes en comparación con los adultos que fueron alimentados con fórmula. Por cada mes que

se de lactancia materna exclusiva a un niño disminuye hasta un 4% de riesgo y que una alimentación con lactancia materna a corto plazo es un factor predisponente de obesidad.

En el estudio realizado por Kramer y cols. en referencia al crecimiento, se sugiere que la lactancia materna prolongada y exclusiva, realmente podría acelerar el crecimiento (incremento de peso y talla) durante los 6 primeros meses de la vida.

Por otra parte los niños bien amamantados desarrollan más su inteligencia, desarrollan personalidades más seguras y más independientes. La mayoría de estos estudios han comunicado un efecto positivo de la lactancia materna en la evolución cognitiva del niño.

El desarrollo del sistema nervioso humano, que nos diferencia visiblemente de los demás mamíferos, requiere ciertas sustancias únicamente presentes en la leche materna. Siendo que el desarrollo neurológico se completa más de los tres años, prolongándose por lo tanto este tipo de alimentación.

La lactancia materna ayuda en el crecimiento psicológico proporcionando el ambiente interactivo óptimo para el niño (a) y más aun sobre el desarrollo directo del Sistema Nervioso Central (SNC) proporcionándole a los (as) niños una mayor capacidad intelectual. La lactancia materna debe ser valorizada por sus amplios efectos sobre la niñez desde todos los aspectos y no observar únicamente el alcance de las implicancias simplista de consideraciones nutricionales, sino como todo un conjunto de valores indispensables en el desarrollo integral de los niños (as) y por ende de la sociedad en general.

La estimulación táctil y vestibular que el contacto corporal y la atención de la madre le proporcionan a la niña (o) en el proceso de amamantamiento son claramente importantes para las otras áreas del desarrollo y esta situación proporciona una experiencia de aprendizaje directa basada en la interacción. La autoestima materna, competencia y confianza en el rol materno y un aumento del sentimiento de valorización personal, son grandes avances psicológicos que han sido demostrados en madres que amamantan exitosamente a sus bebés. Con relación a la capacidad intelectual de los niños (as) amamantados es una discusión que aparece en la literatura científica a partir de los años 90 y es Lucas y Col, connotados científicos ingleses quienes

publican el primer estudio relacionado con el tema, en la revista Lancet 1992. "Amamantamiento y sub-secuente inteligencia en niños nacidos de término" Ellos estudiaron dos cohortes de niños ingleses de condiciones sociales, económicas y ambientales semejantes donde la única diferencia fue el recibir lactancia materna o no. Este estudio reveló claramente que los niños amamantados, a los 7 años de edad tenían coeficientes intelectuales (IQ) mayores entre 7 y 10 puntos, que los que habían recibido fórmulas artificiales.

Luego de este trabajo se especuló sobre la importancia del arrullo materno y el apego de estos niños (as) como la razón de una mayor estimulación y así una mejor capacidad intelectual, por lo que posteriormente estos mismos investigadores realizaron otros trabajos en este caso niños (as) de pretérmino que recibieron leche materna y que permanecieron separados de sus madres, encontrándose resultados muy similares.

Posteriormente estudios de los componentes de la leche materna en relación con el desarrollo del SNC, se determinaron que la taurina un aminoácido que contiene la leche humana, era uno de los factores que podrían estar influyendo en el desarrollo de la capacidad intelectual, estudios posteriores realizados por Crawford en el Institute of Brain Chemistry and human nutrition Hackney Hospital London y publicado en AM. J. Clin. Nutr. En 1993 demostraron en animales de experimentación y posteriormente en recién nacidos los efectos positivos de la presencia de ácidos grasos poli-insaturados de cadena larga (AGPICL) en la leche humana y su relación directa con el desarrollo del cerebro y sobre todo en la capacidad intelectual de los niños (as). Además se demostró que la taurina tenía efectos positivos en la capacidad visual y auditiva de los bebés al igual que los AGPICL .

Rogan y Col, encontraron diferencias en el desarrollo mental y motor entre niños amamantados y niños alimentados artificialmente, 855 niños(as) de una población homogénea en USA fueron incluidos en un estudio donde se les dio seguimiento hasta los 5 años de edad. Los niños fueron examinados a los 6, 12, 18, y 24 meses de edad con los test de Bayley y a los 3,4 y 5 años con los test de McCarthy.

También se incluyó en el estudio las notas de matemáticas e inglés en tercer grado. Los resultados muestran que los niños(as) amamantados por más largo tiempo tuvieron los puntajes

más altos en los tests. Las notas de inglés y matemáticas fueron mejores en los niños (as) amamantados.

Horwood y Col en Nueva Zelanda dieron seguimiento a 280 niños nacidos en 1986 con muy bajo peso al nacer, fueron evaluados a los 7-8 años de edad para analizar su coeficiente intelectual (IQ) y su desarrollo verbal. Los niños fueron amamantados en un 73% al nacer y un 37% durante cuatro meses o más.

El aumento en la duración del amamantamiento fue asociado con el aumento tanto en el desarrollo verbal como en el IQ. Los niños amamantados por 8 meses o más tenían niveles de IQ y verbales más allá de 10.2 puntos, que aquellos niños que no habían sido amamantados. Se efectuaron controles por otros factores y persistió una marcada diferencia estadística.²⁶

Un trabajo publicado en la revista de la Asociación Médica Estadounidense (Jama 6 de Mayo 2002) demostró una asociación positiva significativa entre la duración de la lactancia materna y la inteligencia en dos muestras independientes de adultos jóvenes, evaluados con 2 diferentes test de inteligencia.

Este estudio longitudinal prospectivo de una cohorte en una muestra de 973 hombres y mujeres y en otra de 2280 hombres en Copenhague, Dinamarca nacidos entre 1959 y 1961. Ambas muestras se dividieron en 5 categorías de acuerdo a la duración de la lactancia y se les aplicó el test de Wechsler a una edad promedio de 27.2 años a la muestra de mujeres y hombres y el test de Borge Priens Prove a una edad promedio de 28.7 años a la muestra de hombres.

Se consideraron factores contundentes y se evidenció una asociación positiva significativa entre la duración de la lactancia y la inteligencia en ambas muestras independientemente de los adultos jóvenes evaluados, con dos diferentes test y se concluyó que cuanto más duración tiene la lactancia materna, mayor es el nivel de inteligencia alcanzada en la vida adulta.

Para concluir se debe continuar insistiendo, que la lactancia materna es un eje integrador en el cual confluyen una serie de aspectos sociales, políticos y culturales que hacen del acto mismo de amamantar una verdadera integración de todos los aspectos inherentes al ser humano.²⁷

2.15 Equipos comunitarios de salud familiar

El Ministerio de Salud (MINSAL) en el camino de la transformación del sistema de salud de El Salvador, ha dado pasos firmes para lograr el objetivo fundamental de la política de Salud, que es el de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud. El proceso anunciado se inicia en el primer tramo de la gestión, comenzando con la reorganización del sistema de salud basado en la estrategia de atención primaria de salud integral, lo cual se llevara a cabo por los Equipos Comunitarios en Salud Familiar. 28

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPOTESIS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Hi: La lactancia materna produce un impacto positivo en la salud, crecimiento y desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años de edad en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Meanguera, La Laguna Joateca, del departamento de Morazán, Joya de Ventura San Jorge, departamento de San Miguel.

3.2 HIPOTESIS NULA

Ho: La lactancia materna produce un impacto negativo en la salud, crecimiento y desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años de edad en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Meanguera, La Laguna Joateca, del departamento de Morazán, Joya de Ventura San Jorge, departamento de San Miguel.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Niños de 6 meses a 2 años de edad

3.4 VARIABLES

Variable Independiente: Lactancia Materna

Variable Dependiente: Impacto positivo

3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	IDENTIFICACION DE VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES
¿Cuál es el impacto de la lactancia materna en los niños de 6 meses a 2 años de edad en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Meanguera, La Laguna Joateca, del departamento de Morazán, y Joya de Ventura San Jorge, departamento de San Miguel?	Conocer el impacto de la lactancia materna en niños de 6 meses a 2 años de edad, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Meanguera, La Laguna Joateca, del departamento de Morazán, y Joya de Ventura San Jorge, departamento de San Miguel en el periodo agosto a diciembre de 2012	Hi: La lactancia materna produce un impacto positivo en la salud, crecimiento y desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años de edad en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Meanguera, La Laguna Joateca del departamento de Morazán, y Joya de Ventura San Jorge, departamento de San Miguel	Lactancia materna	Es la alimentación natural en la cual el bebe se alimenta de la leche de su madre.	<ul style="list-style-type: none"> -Tipo de lactancia - Duración de la lactación -Destete -Frecuencia de la mamada -Edad en que inicio alimentación -Conocimiento sobre lactancia materna -Hasta que edad dio LME -Mitos -Creencias
			Impacto positivo	Es el efecto esperado de una acción que produce la mejoría de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> -Ingresos previos -Morbilidad -Tendencia de crecimiento -Retraso en el desarrollo

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Según el tiempo de ocurrencia de hechos y registros de la información

Retrospectivo: se hizo revisión de los expedientes clínicos, se verificó en las tablas de crecimiento y desarrollo, así como de las consultas por morbilidad, y tipo de lactancia que recibieron.

Según el periodo y secuencia del estudio

Transversal, se estudiaron las variables dependiente e independiente simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, en una única oportunidad.

Según el control de las variables es de tipo

De Cohorte: es un análisis observacional, retrospectivos en que interesó conocer qué población obtuvo efectos determinados por el estudio comparativo de causa-efecto.

Según el análisis y alcance de los resultados

Descriptivo, ya que se pretendió determinar la situación actual de la lactancia materna, sus beneficios y describir cómo influye en la morbilidad, crecimiento y desarrollo.

Analítico, porque fué dirigido a verificar que sucede con determinado fenómeno, que factores influyen correlacionando los que practican lactancia materna exclusiva y los que no.

A demás es un estudio **cuantitativo** ya que permitió determinar los datos numéricos de morbilidad crecimiento y desarrollo; está formado por preguntas cerradas que sirvieron en la evaluación utilizando el programa SPSS 15.0 mientras que es **cualitativo**, ya que se evaluaron

las características, comprensión e interpretación de los conocimientos, mitos y creencias de las madres acerca del fenómeno de estudio que surgió de los análisis de los datos, de las comparaciones y la teoría que guió el proceso.

Comparativo: ya que se interrelacionaron dos variables y se estableció la diferencia en cuanto a efectos en el crecimiento y desarrollo de los niños que recibieron lactancia materna y los que no recibieron.

4.2 POBLACIÓN O UNIVERSO

Tabla 1: Total de niños de 6 meses a 2 años de edad por Unidad de Salud

UNIDAD DE SALUD	TOTAL DE NIÑOS DE 6 MESES A MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD
Unidad de Salud Meanguera*	81 niños
Unidad de Salud Joateca +	47 niños
Equipo Comunitario De Salud Familiar De Joya de Ventura San Jorge +	37 niños
Total de Niños	165 niños

Fuente:* Ficha familiar, Ministerio de Salud .Actualizada de octubre 2012.

+ Ficha familiar, Ministerio de Salud año 2011.

POBLACIÓN

Tabla 2: Número de Madres Lactantes por Unidad de Salud

UNIDAD DE SALUD	MADRES LACTANTES
Unidad de Salud Meanguera	81 mujeres
Unidad de Salud Joateca	47 mujeres
Equipo Comunitario De Salud Familiar De Joya de Ventura San Jorge	37 mujeres
Total de mujeres lactantes	165 mujeres

Fuente: Recopilación de Datos por promotores de Salud, octubre/2012. MINSAL.

4.3 MUESTRA

Debido a que la población es pequeña se trabajó con el 100% de ella, es decir; se incluirán las 165 madres lactantes de los niños de 6 meses a 2 años, por lo tanto no se tomara muestra.

4.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños/as de 6 meses a 2 años de edad.
- Que se encuentren en control infantil y que haya faltado máximo 2 controles infantiles
- Que asistan con su madre o encargado al momento de la entrevista.
- Colaborar voluntariamente con la investigación mediante consentimiento informado (ver anexo 8)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños/as con algún tipo de Inmunodeficiencia(VIH, Cáncer)
- Niños/as con parálisis cerebral infantil
- Niños/as con cualquier tipo de discapacidad motriz desde el nacimiento
- No se cuenta con expediente completo al momento de la entrevista.
- Niños/as con retraso mental.

UNIDAD DE INFORMACIÓN: La madre o responsable y el expediente clínico.

UNIDAD DE ESTUDIO: Niños que cumplen con los criterios de inclusión.

4.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

DOCUMENTALES

Documental Bibliográfica: Permitted obtener información de libros y diccionarios con orientación medico-científico.

Documental hemerográfica: A través de la cual se reviso la información de documentales y sitios web.

De campo: La entrevista que se realizo a las madres que están lactando y revisión de expediente clínico.

4.6 INSTRUMENTO

- Guía de entrevista con 34 preguntas de tipo respuesta cerrada y abierta (ver anexo 10)
- Gráficas de crecimiento en niños y niñas de 0 a 24 meses del Ministerio de Salud: (ver anexos 3, 4, 5 y 6)
 - Peso para la edad
 - Longitud para la edad
 - Perímetro cefálico
 - Revisión de tipo de lactancia materna
 - Revisión de Infecciones Asociadas.

- Escala Simplificada de desarrollo de niñas y niños desde los 6 meses a 2 años de edad. (ver anexo 7 y 8)
 - Motricidad gruesa
 - Motricidad fina
 - Socioafectividad
 - Lenguaje
 - Cognición

Nota: Se utilizaron las tablas de MINSAL que están estandarizadas para la población salvadoreña.

4.7 MATERIALES

- Tallímetro
- Báscula de pedestal

- Bascula de calzón
- Cinta métrica
- Juguetes

4.8 PROCEDIMIENTO

4.8.1 PLANIFICACIÓN

En el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina y la Comisión coordinadora del Proceso de Graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó docente asesor con el cual posteriormente en reunión se seleccionó el tema a investigar y el lugar en el que se realizaría la investigación. Además se inició la búsqueda de información sobre el tema a investigar.

Posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo presentándose de forma escrita para lo cual se realizaron las correcciones señaladas por asesora, jurados y coordinadoras del proceso de graduación.

A continuación se realizó la elaboración de protocolo de investigación, contando con asesoría metodológica y estadística.

4.8.2 EJECUCIÓN

Se realizó una entrevista para valorar los criterios de elegibilidad; se procedió a lectura de entrevista para la recolección de datos utilizando como unidad de información la madre; a la vez la revisión del expediente clínico para verificar las graficas de crecimiento, así como de los tipos de alimentación de lactancia materna, las consultas por morbilidad y la escala simplificada de desarrollo. Como unidad de estudio el niño/a tomando medidas antropométricas al cual se evaluaron con las graficas ya mencionadas.

4.8.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Previo a Ejecución de la Investigación se realizó la validación el día 29 de octubre de 2012 en UCSF Osicala y Perquin Morazán; UCSF San Jorge, San Miguel; donde se pasó el instrumento a 5 madres de cada lugar, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas para posteriormente modificarlas de acuerdo a los resultados.

4.8.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

La población estudiada fue de 165 madres lactantes distribuidos de la siguiente manera: 81 madres de UCSF Meanguera, Morazán, 47 madres de UCSF rural La Laguna Joateca, Morazán; y 37 madres de UCSF Joya de Ventura, San Jorge, Departamento de San Miguel llevándose a cabo del 13 de agosto a 30 de noviembre de 2012.

4.8.5 PLAN DE ANÁLISIS

Después de colectada la información se procedió a la codificación de los datos en el programa SPSS en su versión 15.0, lo que permitió la elaboración de cuadros y graficas para proceder al análisis y la interpretación de los resultados, para datos cuantitativos.

Mientras que para las preguntas abiertas se elaboraron tablas para su análisis e interpretación y el porcentaje.

Con el mismo programa se realizó la prueba de hipótesis.

4.9 RIESGOS Y BENEFICIOS

Riesgos: que el expediente clínico se haya extraviado en el momento de la entrevista y que no se puedan verificar los datos por manchones o borrones. Que los instrumentos para medir peso y longitud estén descalibrados. Que no se presente la madre o encargado del paciente; sino persona ajena al conocimiento sobre el tema.

Beneficios: los resultados que se generen proveen importante información que puede ser usada por el Ministerio de Salud y por autoridades locales para el desarrollo o mejoras de programas de lactancia materna en la zona de estudio, modificar la metodología de la promoción para así

contrarrestar los mitos y creencias que estas tengan con respecto a la práctica del amamantamiento.

4.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las personas que participaron en la investigación, se les hizo una entrevista, la cual fue llenada por los investigadores.

La participación de la población fue voluntaria y anónima; previamente se les explicó en qué consistía el estudio para que con su consentimiento sean entrevistadas. (Anexo 9)

5. RESULTADOS

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA GUÍA DE ENTREVISTA REALIZADA A LAS MADRES EN ESTUDIO

Este apartado se divide en cuatro partes, siendo la primera parte los datos generales del niño, la segunda parte los datos generales de la madre, la tercera parte de datos a conocimientos de la madre sobre lactancia materna, control de embarazo, parto, control infantil, práctica del amamantamiento y la cuarta parte a datos antropométricos al nacer y datos antropométricos actuales.

5.1.1 DATOS GENERALES DEL NIÑO

Esta sección contiene la edad y sexo del niño, procedencia, número de hijo de la madre y el lugar donde se realizó la entrevista.

TABLA 3: DATOS GENERALES DE LOS NIÑOS QUE FORMARON PARTE DEL ESTUDIO

DATOS GENERALES DEL NIÑO	CARACTERISTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad del niño	6-8 meses	35	21.2
	9-10 meses	19	11.5
	11-12 meses	20	12.1
	13-18 meses	36	21.8
	19-24 meses	55	33.3
	Total	165	100
Sexo del niño	Masculino	79	47.9
	Femenino	86	52.1
	Total	165	100
Procedencia	Urbano	17	10.30
	Rural	148	89.70
	Total	165	100
Número de hijo	1-2	113	68.5
	3-4	38	23
	5-6	14	8.5
	Total	165	100
Lugar de la entrevista	UCSF Meanguera Morazán	81	49.1
	UCSF La Laguna Joateca Morazán	47	28.5
	UCSF Joya de Ventura San Miguel	37	22.4
	Total	165	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS:

En la tabla anterior se observa los datos generales de los niños que participaron del presente estudio: datos generales, características, frecuencia y porcentaje; en cuanto a la edad en el rango de 6 a 8 meses con un 21.2%, seguido de la edad de 9 a 10 meses un 11.5%, en el rango de 11 a 12 meses hay un 12.1%, entre 13 a 18 meses presenta el 21.8%, en la edad de 19 a 24 meses con el 33.3%. Con respecto al sexo se observa un leve predominio del sexo femenino con un 52.1% mientras que el masculino es de 47.9%. En cuanto a la procedencia se puede ver que los niños que residen en el área urbana solo fueron el 10.3% y los que provienen del área rural fue la mayoría con el 89.70%. En lo referente al número de hijo, se obtiene que en el rango del primero y segundo hijo es de 68.5%, en los que pertenecen al tercero y cuarto hijo de 23%, y por último los del quinto y sexto hijo un 8.5%; al final de la presente tabla se observa a que Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) asiste cada niño; así que se puede ver que para este estudio 49.1% pertenecía a la UCSF Meanguera; de la UCSF La Laguna Joateca, obtuvo el 28.5%, y los correspondientes a la UCSF Joya de Ventura San Miguel con el 22.4%. Al final de este cuadro se puede ver que el presente estudio consta de una muestra total de 165 lo que equivale al 100%.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de los niños está entre el rango de edades entre los 19 a 24 meses y el sexo predominante es el femenino. Y el mayor porcentaje de los niños evaluados son de madres primigestas o secundigestas. Finalmente se observa que la mayoría de entrevistas fue en la UCSF Meanguera, departamento de Morazán.

5.1.2 DATOS GENERALES DE LA MADRE

Este apartado contiene los datos de las madres del estudio: la edad, si sabe leer y escribir, escolaridad, estado familiar y la ocupación de las madres.

TABLA 4: DATOS GENERALES DE LAS MADRES QUE PARTICIPARON EN EL PRESENTE ESTUDIO.

DATOS GENERALES DE LA MADRE	CARACTERISTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad de la madre	10-19 años	123	74.5
	20-29 años	38	23.0
	30-39 años	4	2.4
	Total	165	100
Sabe leer y escribir	Si	154	93.3
	No	11	6.7
	Total	165	100
Escolaridad de la madre	Ninguno	7	4.2
	Primario	126	76.4
	Secundario	27	16.4
	Grado superior	5	3.0
	Total	165	100
Estado familiar de la madre	Soltera	51	30.9
	Casada	45	27.3
	Divorciada	2	1.2
	Viuda	1	0.6
	Acompañada	66	40
	Total	165	100
Ocupación de la Madre	Oficios domésticos	153	92.7
	Comerciante	3	1.8
	Empleado formal	8	4.8
	Empleado informal	1	0.6
	Total	165	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS:

En la tabla anterior se encuentran los datos de las madres participantes del presente estudio: datos generales, características, frecuencia y porcentaje; con respecto a la edad de la madre la mayoría se encontró en el rango de 10 a 19 años con el 74.5%, en la edad de 20 a 29 años es de 23.0%, el rango de 30 a 39 años un 2.4%. En cuanto al alfabetismo; hay un 93.3% de madres que saben leer y escribir y el 6.7% es de las madres que no saben leer. En lo que a escolaridad se refiere se encuentra ningún grado de escolaridad un 4.2%, escolaridad primaria el 76.4 %, escolaridad secundaria el 16.4% y el grado superior de 3.0%. Con respecto al estado familiar; solteras un 30.9%, casadas con el 27.3%, divorciadas un 1.2%, viudas con el 0.6%, acompañadas el 40%. En cuanto a la ocupación de la madre se observa oficios domésticos de 92.7%, comerciantes un 1.8%, empleo formal el 3.4%, empleo informal el 0.6%. Se evidencia en esta tabla que el tamaño de la muestra en este estudio es de 165 lo cual es el 100%.

INTERPRETACIÓN:

En esta tabla se evidencia que la mayoría de las madres participantes en el estudio son adolescentes y que saben leer y escribir; teniendo un nivel de escolaridad predominante la primaria; sobre el estado familiar que prevaleció fue madres que están acompañadas. La ocupación que la mayoría de madres ejerce es la de oficios domésticos; por lo que se cree que las madres participantes del estudio están más en contacto con los niños lo cual mejora la relación entre el binomio madre-hijo.

5.1.3 CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES, CONTROL DE EMBARAZO, PARTO, CONTROL INFANTIL, PRÁCTICA DEL AMAMANTAMIENTO Y DATOS DE MORBILIDAD DE LOS NIÑOS DEL PRESENTE ESTUDIO.

TABLA 5: LE HAN EXPLICADO EN EL CONTROL INFANTIL COMO EXTRAER LA LECHE CUANDO SALGA FUERA DE CASA

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	60.6
No	65	39.4
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS:

En la tabla se evidencia que en el control infantil le han explicado al 60.6% de las madres como extraerse la leche y a las madres a las cuales no se les ha explicado como sacarse la leche al salir de casa fue solo un 39.4%.

INTERPRETACIÓN:

Los datos de la guía de entrevista han revelado que a la mayoría de las madres se les ha explicado como extraer la leche materna al momento de salir de su casa; mientras que al resto de las mujeres entrevistadas no tenían conocimiento de cómo hacerlo; lo cual permite conocer la información sobre esta práctica para poder alimentar con leche materna a un niño; aún cuando su madre no esté en su hogar permitiendo con esto que la producción de leche materna se mantenga.

TABLA 6: MADRES QUE LLEVARON CONTROLES PRENATALES

Llevo controles de embarazo de este niño	Frecuencia	Porcentaje
Si	165	100.0
No	0.00	000.0
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

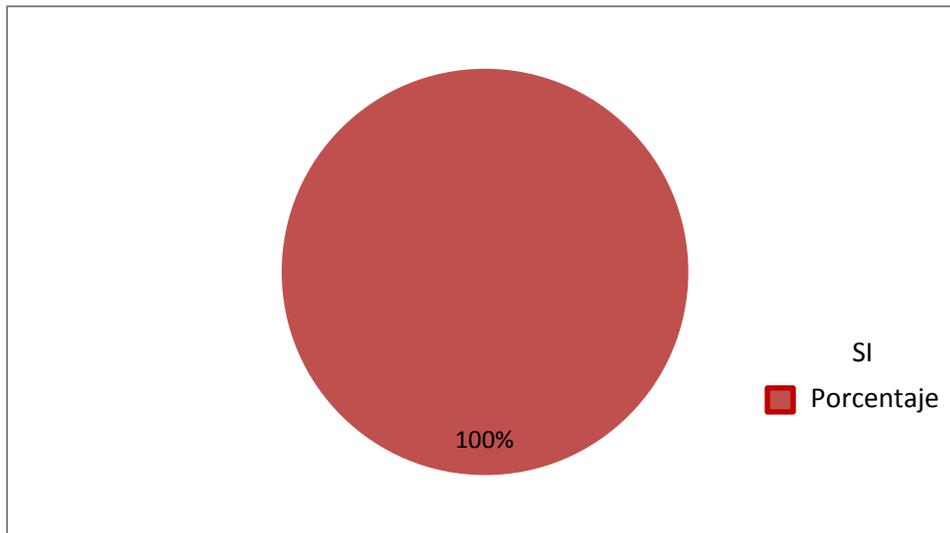
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra información sobre si las madres llevaron controles de embarazo; se encontró que el 100% de las madres del presente estudio llevaron controles prenatales.

INTERPRETACIÓN:

Se ha evidenciado que la totalidad de madres participantes llevaron controles prenatales, por lo cual el 100% de las madres recibió consejería sobre lactancia materna ya que es de gran ayuda en los conocimientos de la madre en lo referente a la alimentación adecuada de los lactantes.

GRÁFICA 1: MADRES QUE LLEVARON CONTROLES PRENATALES



Fuente: Tabla 6

TABLA 7: NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES QUE ASISTIÓ LA MADRE

Número de controles que asistió la madre	Frecuencia	Porcentaje
1-3 controles	7	4.2
4-6 controles	142	86.1
7 ó más controles	16	9.7
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

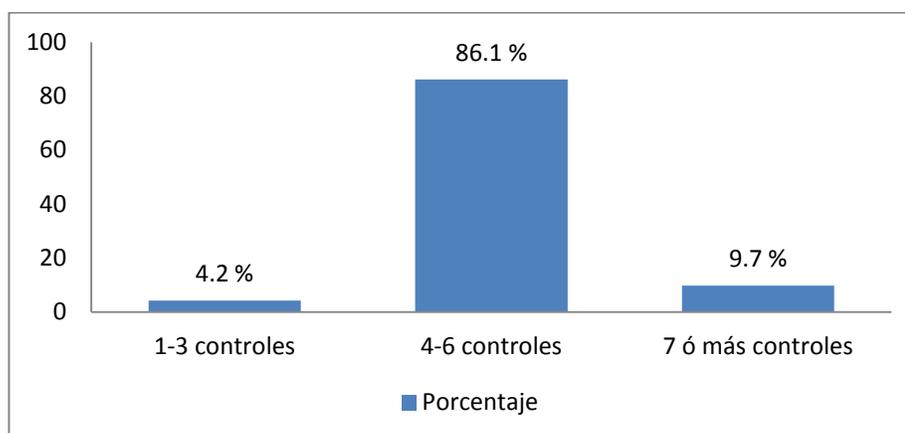
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se observa el número de controles a los que asistió cada madre. Las que acudieron entre 1 y 3 controles es de 4.2%, las que fueron entre 4 y 6 controles un 86.1%, las madres que acudieron 7 ó más controles con un 9.7%.

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que la mayoría de madres entrevistadas llevó entre 4 y 6 controles prenatales, lo que evidencia un número aceptable de ello ya que permite que entre más frecuentemente visite la unidad de salud mayor información obtendrá de la lactancia materna, además se pueden detectar anomalías en las mamas de las mujeres que consultan pudiendo afectar el amamantamiento como por ejemplo pezón invertidos, pezones largos o muy gruesos, por lo que se da consejería necesaria para que la futura madre puede amamantar adecuadamente.

GRÁFICA 2: NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES QUE ASISTIÓ LA MADRE



Fuente: Tabla 7

TABLA 8: LUGARES DONDE RECIBIERON LAS MADRES LOS CONTROLES PRENATALES

Dónde recibió los controles de embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Unidad Comunitaria de Salud Familiar	153	92.7
Hospital	3	1.8
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	6	3.6
Todas las anteriores	3	1.8
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

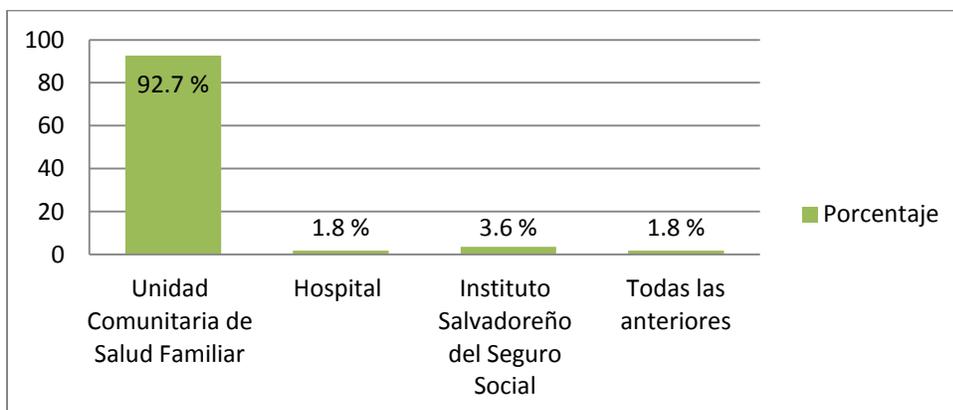
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que las madres participantes del estudio llevó sus controles prenatales en Unidades Comunitarias de Salud Familiar es de 92.7%, en el Hospital solo el 1.8%, y en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social 3.6%, y las que lo llevaron en todas las instituciones anteriores con el 1.8%.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que el mayor porcentaje (92.7%) de madres participantes llevó sus controles de embarazo en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) del MINSAL, mientras que el resto lo hizo en el ISSS y en el hospital; esto de alguna manera permite que la mujer reciba información sobre diversos temas durante su embarazo siendo uno de ellos el de lactancia materna.

GRÁFICA 3: LUGARES DONDE RECIBIERON LAS MADRES LOS CONTROLES PRENATALES



Fuente: tabla 8

TABLA 9: INFORMACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS CONTROLES PRENATALES

Le hablaron de lactancia materna en sus controles de embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	150	90.9
No	15	9.1
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

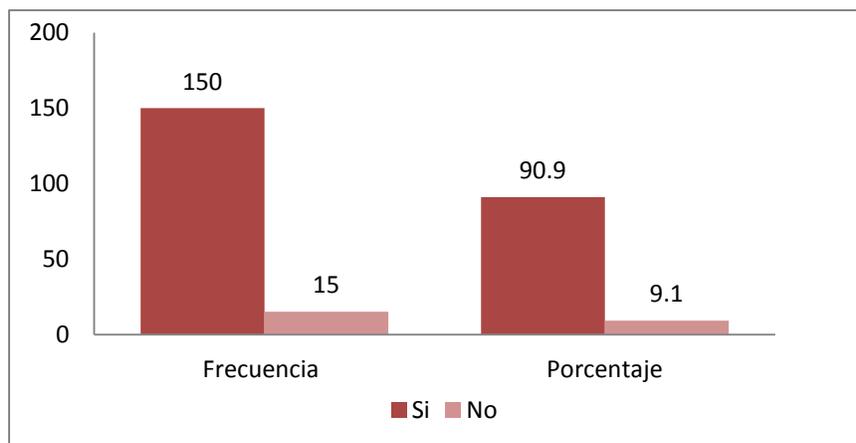
ANÁLISIS:

La tabla anterior evidencia si las madres participantes en el estudio recibieron o no información sobre lactancia materna en los controles prenatales, se obtuvo que si recibieron información un 90.9% de las usuarias; mientras que el 9.1% restantes mencionó que no le brindaron información.

INTERPRETACIÓN:

Al interpretar estos datos se puede decir que la mayoría de mujeres en sus controles prenatales recibió información sobre lactancia materna lo cual puede influir positivamente para que la mujer continúe con dicha práctica ya que esto le ayudara a resolver problemas que pueda presentar por ejemplo saber cómo aumentar la producción de leche materna.

GRÁFICA 4: INFORMACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS CONTROLES PRENATALES



Fuente: Tabla 9

TABLA 10: PERSONAL DE SALUD QUE INFORMÓ DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS CONTROLES PRENATALES

Quién le habló de lactancia materna en sus controles de embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Nadie dio información	14	8.5
Médico	92	55.8
Enfermera	16	9.7
Promotor de salud	2	1.2
Todas las anteriores	41	24.8
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

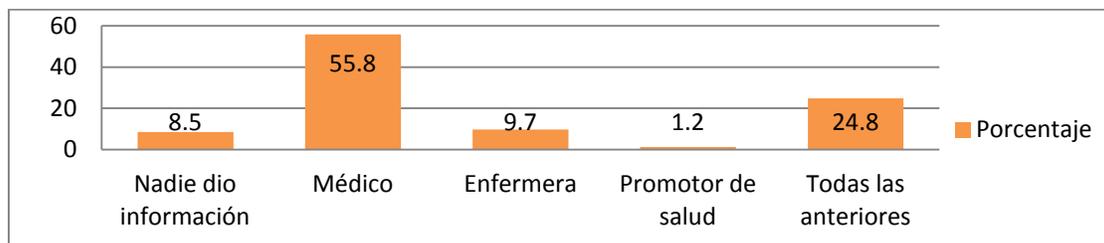
ANÁLISIS:

Se observa que el 55.8% de las mujeres que llevó control de embarazo recibió información sobre lactancia materna por parte del personal médico que la atendió, seguido del personal de enfermería con un 9.7% y en menor proporción por promotores de salud con 1.2%. Llama la atención que un 8.5% no recibió ninguna información sobre lactancia materna y un 24.8% de las entrevistadas mencionó que tanto el médico, enfermera y promotor de salud le brindaron información sobre la lactancia materna.

INTERPRETACIÓN:

Se puede evidenciar que en su mayoría el personal de salud que atiende directamente a mujeres embarazadas brinda información sobre lactancia materna; lo cual es beneficioso y ayuda a que las madres adquieran conocimiento sobre esto. Llama la atención que a pesar de haber llevado controles de embarazo un pequeño número de usuarias manifestó que no se les brindó ningún tipo de información; lo cual es preocupante ya que la madre carecerá de los insumos necesarios para una buena práctica de alimentación.

GRÁFICA 5: PERSONAL DE SALUD QUE INFORMÓ DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS CONTROLES PRENATALES



Fuente: Tabla 10

TABLA 11: LUGAR DE NACIMIENTO DEL NIÑO

Dónde nació su hijo	Frecuencia	Porcentaje
Hospital	149	90.3
Casa	9	5.5
Otro (calle o ambulancia)	7	4.2
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

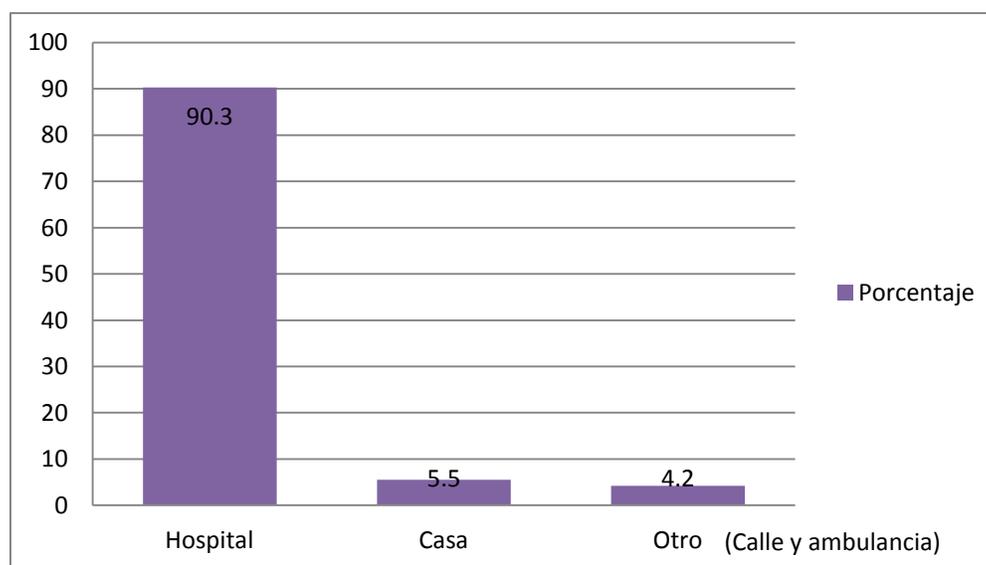
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se observa que el **90.3%** de los niños nacieron en el hospital, mientras que el **10.7%** corresponden a partos atendidos extrahospitalariamente y de ellos un **5.5%** nacieron en su casa y l **4.2%** en la calle o en una ambulancia.

INTERPRETACIÓN:

Los niños nacidos intrahospitalariamente fueron la mayoría lo que permitió que la lactancia materna se viera favorecida ya que en los centros hospitalarios está instalado el programa Hospital Amigo de los Niños; lo cual fomenta el apego precoz desde el momento del nacimiento.

GRÁFICA 6: LUGAR DE NACIMIENTO DEL NIÑO



Fuente: Tabla 11

TABLA 12: RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO

Su niño fue de tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Si	162	98.2
No	3	1.8
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

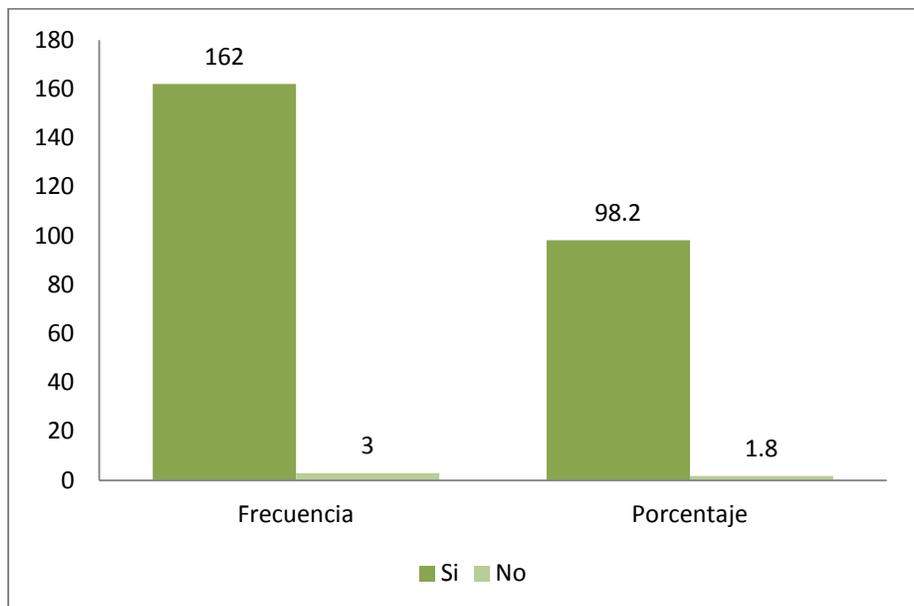
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra información si los niños nacieron de término este fue del 98.2%, mientras que los que no fueron de término es de 1.8%.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de los niños del estudio fueron de término; lo que favorece la lactancia ya que esto permite el amamantamiento inmediato y el apego precoz pues madurez neurológica del niño le permite tener un reflejo de succión bien desarrollado; mientras que un pequeñísimo número de niños fue prematuro lo que puede interferir con la adecuada succión de la mama y además por su misma condición el apego inmediato y el alojamiento conjunto no puede darse ya que estos infantes necesitaran incubadoras para su estabilización.

GRÁFICA 7: RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO



Fuente: tabla 12

TABLA 13: TIPO DE PARTO

Vía del parto	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	131	79.4
Cesárea	34	20.6
Total	165	100.0

Fuente: guía entrevista dirigida a la población en estudio

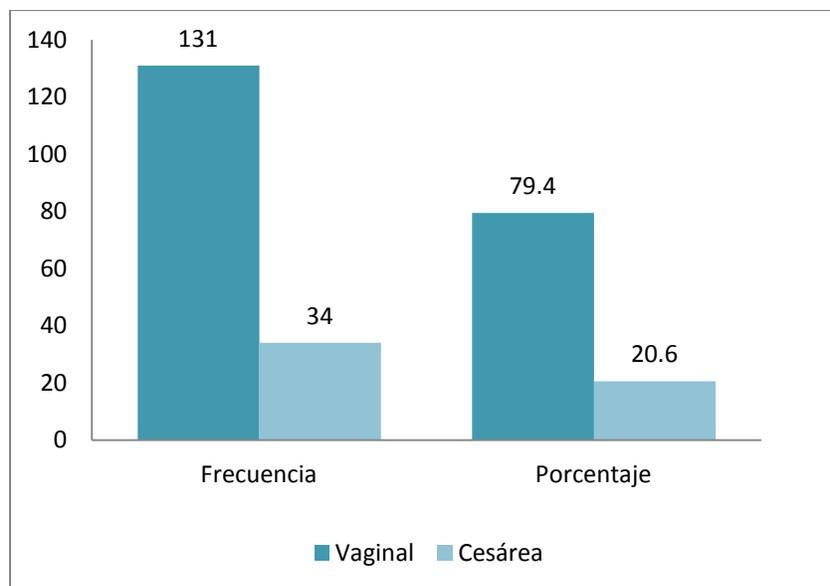
ANÁLISIS:

El 79.4% corresponde a los niños nacidos por vía vaginal y sólo el 20.6% del parto nacieron por vía cesárea.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los niños nació vía vaginal, lo cual favorece el apego precoz y el amamantamiento inmediato del calostro, lo que permite recibir todas las sustancias inmunológicas que este tipo de secreción láctea da, para fortalecer el organismo del niño; disminuyendo la morbi-mortalidad, además ayudando de esta manera a fortalecer el vínculo madre e hijo y a que más rápidamente se pueda establecer una buena producción de leche. Los niños que nacieron por cesárea también se favorecieron de la iniciativa Hospital amigo de los niños con la que se pretende fortalecer la lactancia materna.

GRÁFICA 8: TIPO DE PARTO



Fuente: Tabla 13

TABLA 14: PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO A LAS MADRES EN ESTUDIO

Quién le atendió su parto	Frecuencia	Porcentaje
Médico	156	94.5
Enfermera	1	0.6
Partera	6	3.6
Familiar/Amiga	2	1.2
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

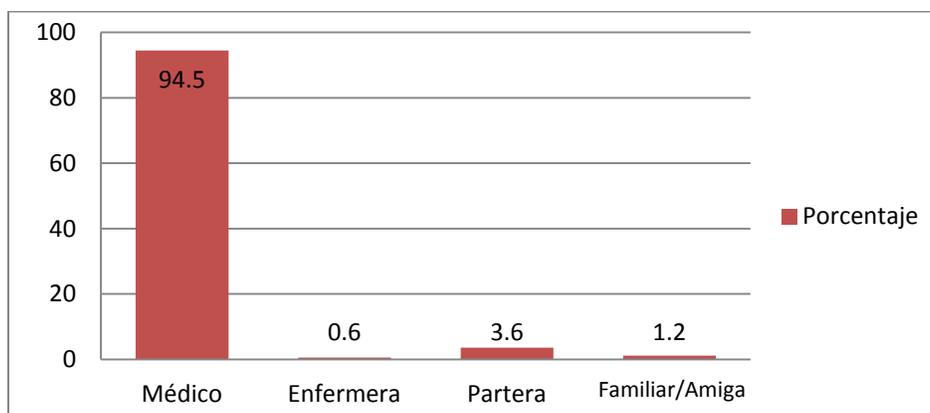
ANÁLISIS:

La tabla da a conocer quien atendió el parto de las madres del estudio, se observa que el 94.5% fueron atendidas por personal médico, por enfermera es de 0.6%, la partera en un 3.6 % y por familiar/amiga es del 1.2%.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que el mayor porcentaje de niños participantes en el estudio fue atendido por personal médico, lo cual es muy importante ya que si al momento del nacimiento se presenta alguna complicación del niño o de la madre estos pueden recibir atención médica oportuna; además de que se pueden conocer los datos de antropometría; así como todo lo que sucedió en el parto. Mientras que con el resto de personas que asistieron el parto las complicaciones o riesgos pueden aumentar.

GRÁFICA 9: PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO A LAS MADRES EN ESTUDIO



Fuente: Tabla 14

TABLA 15: INICIO DEL AMAMANTAMIENTO POSTERIOR AL PARTO

Cuánto tiempo después de nacer le dio de mamar a su hijo	Frecuencia	Porcentaje
Inmediatamente	83	50.3
Media hora después	28	17.0
1 hora después	10	6.1
Más de 1 hora	44	26.7
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

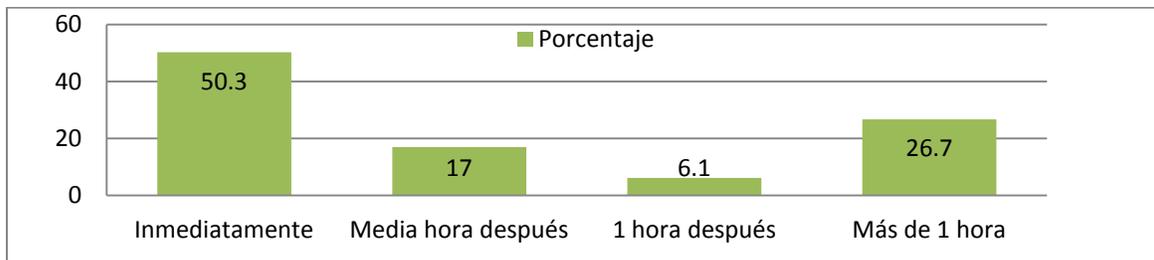
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra información sobre cuánto tiempo después de nacer los niños recibieron lactancia materna. Los niños que recibieron lactancia materna inmediatamente al nacer fue del 50.3%, los que amamantaron media hora después del parto fueron solo 17.0%, y los que lo hicieron más tardíamente como una hora después solo el 6.1%, y los que tardaron más de una hora fueron el 26.7%.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de niños inmediatamente al nacer fueron amamantados; seguido de otro grupo de niños que lo hizo durante la primera media hora después el parto tal como lo indica la iniciativa de Hospital amigo de los niños. Una parte de las madres mencionó que dio de mamar después de una hora o más, y esto puede ser debido a los niños que nacieron por cesárea; sobre todo con anestesia general lo que hace que el amamantamiento se retarde hasta que la madre este consciente o también aquellos niños que nacieron extrahospitalariamente a los cuales se llevo para su atención a una institución de salud y esto hizo que el amamantamiento se retardara o por alguna complicación de la madre al momento del parto.

GRÁFICA 10: INICIO DE AMAMANTAMIENTO POSTERIOR AL PARTO



Fuente: Tabla 15

TABLA 16: INFORMACIÓN DE LACTANCIA MATERNA POSTERIOR AL PARTO

La persona que le atendió su parto le habló de lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
Si	92	55.8
No	73	44.2
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

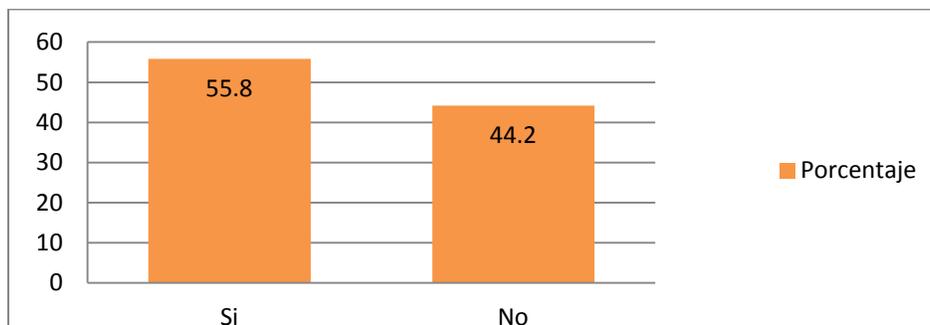
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que respondieron que si les hablaron de la lactancia materna después del parto que corresponde al 55.8% y el 44.2% de las madres respondieron que no le informaron de la lactancia materna después del parto.

INTERPRETACIÓN:

Se demuestra que la mayoría de madres recibió información sobre lactancia materna posterior al parto, lo cual ayuda a que las mujeres tengan mayores conocimientos sobre dicha práctica, teniendo esto un impacto positivo en la salud de los niños así como también en las de la madre; ya que favorece la contracción uterina evitando las hemorragias postparto así facilitar el paso del meconio del recién nacido disminuyendo la ictericia; además mejora el vínculo madre-hijo. Cabe mencionar que un buen porcentaje de las mujeres no recibió información sobre lactancia materna posterior al parto; sobre todo porque la mayoría de las atenciones se dieron en el ámbito hospitalario.

GRÁFICA 11: INFORMACIÓN DE LACTANCIA MATERNA POSTERIOR AL PARTO



Fuente: Tabla 16

TABLA 17: ASISTENCIA DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO AL CONTROL INFANTIL

Está su hijo en control infantil	Frecuencia	Porcentaje
Si	165	100.0
No	0	000.0
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

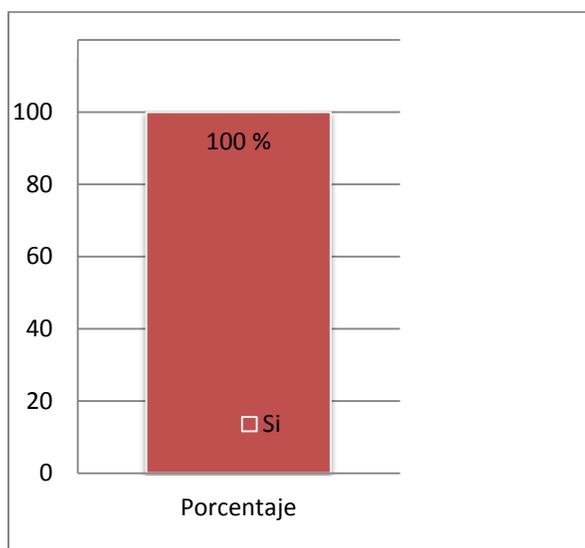
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se observa que el 100% de las madres tienen sus hijos en control infantil.

INTERPRETACIÓN:

Todos los niños de las madres entrevistadas están en control infantil, siendo esto de mucha importancia, puesto que al asistir a las consultas el niño es evaluado en cuanto a su crecimiento y desarrollo, alimentación, vacunación y esto beneficia al binomio madre e hijo, ya que la madre puede tomar mejores decisiones en aspectos de salud, nutrición, crecimiento y desarrollo favoreciendo de esta manera la prevención de enfermedades.

GRÁFICA 12: ASISTENCIA DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO AL CONTROL INFANTIL



Fuente: Tabla 17

TABLA 18: INFORMACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL CONTROL INFANTIL DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO

Le han hablado de la lactancia materna en el control de su hijo	Frecuencia	Porcentaje
Si	152	92.1
No	13	7.9
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

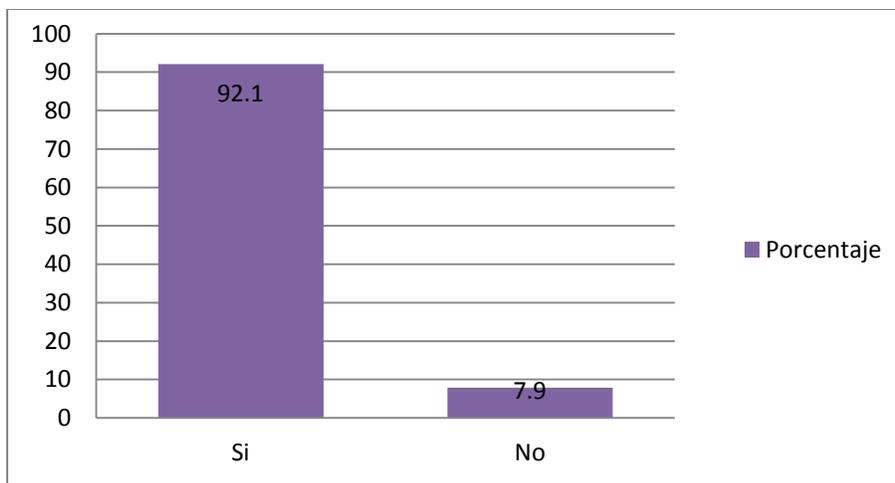
ANÁLISIS:

Se observa que las madres que recibieron información de la lactancia materna en el control de su hijo es del 92.1%, mientras que el 7.9% no le hablaron de la Lactancia Materna en el control infantil.

INTERPRETACIÓN:

Al interpretar estos datos se observa que a la mayoría de madres entrevistadas si les hablaron de lactancia materna en sus controles infantiles y esto es de importancia ya que la madre puede conocer los múltiples beneficios que tiene la lactancia materna.

GRÁFICA 13: INFORMACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL CONTROL INFANTIL DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO



Fuente: Tabla 18

TABLA 19: MADRES QUE DAN LACTANCIA MATERNA

Usted da de mamar a su hijo	Frecuencia	Porcentaje
Si	147	89.1
No	18	10.9
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

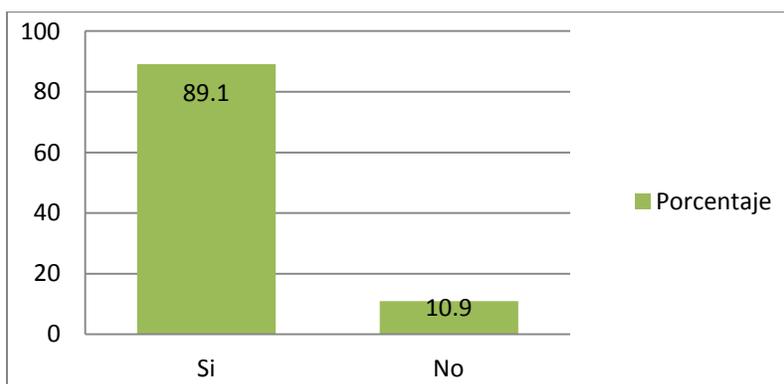
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 89.1% corresponde a las madres que dan de mamar y el 10.9% restante son las que nunca dieron lactancia materna.

INTERPRETACIÓN:

Del total de todas las madres entrevistadas la mayoría está amamantando a su hijo, lo que tiene un impacto positivo en la salud de ambos, ya que favorece un mejor crecimiento y desarrollo permitiendo tener un mejor sistema inmunológico, el cual mejora las defensas para evitar enfermedades respiratorias y diarreicas; así como también disminuir la desnutrición, en cuanto a la madre el amamantamiento disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovarios; así como también favorece el espaciamiento de embarazos. Un pequeño número de madres manifestó no haber dado nunca de mamar a su hijo, lo cual puede ocasionar el riesgo de enfermedades.

GRÁFICA 14: MADRES QUE DAN LACTANCIA MATERNA



Fuente: Tabla 19

TABLA 20: MOTIVOS POR LOS QUE LAS MADRES NO DIERON NUNCA DE MAMAR

RAZONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tengo pezón	3	16.7
Por embarazo	2	11.1
No me baja leche	1	5.5
Le da asco al niño	5	27.8
Me estaba apechando	1	5.6
No quise amamantar	2	11.1
Tengo que trabajar	3	16.7
Por enfermedad	1	5.5
Total	18	100

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

ANÁLISIS:

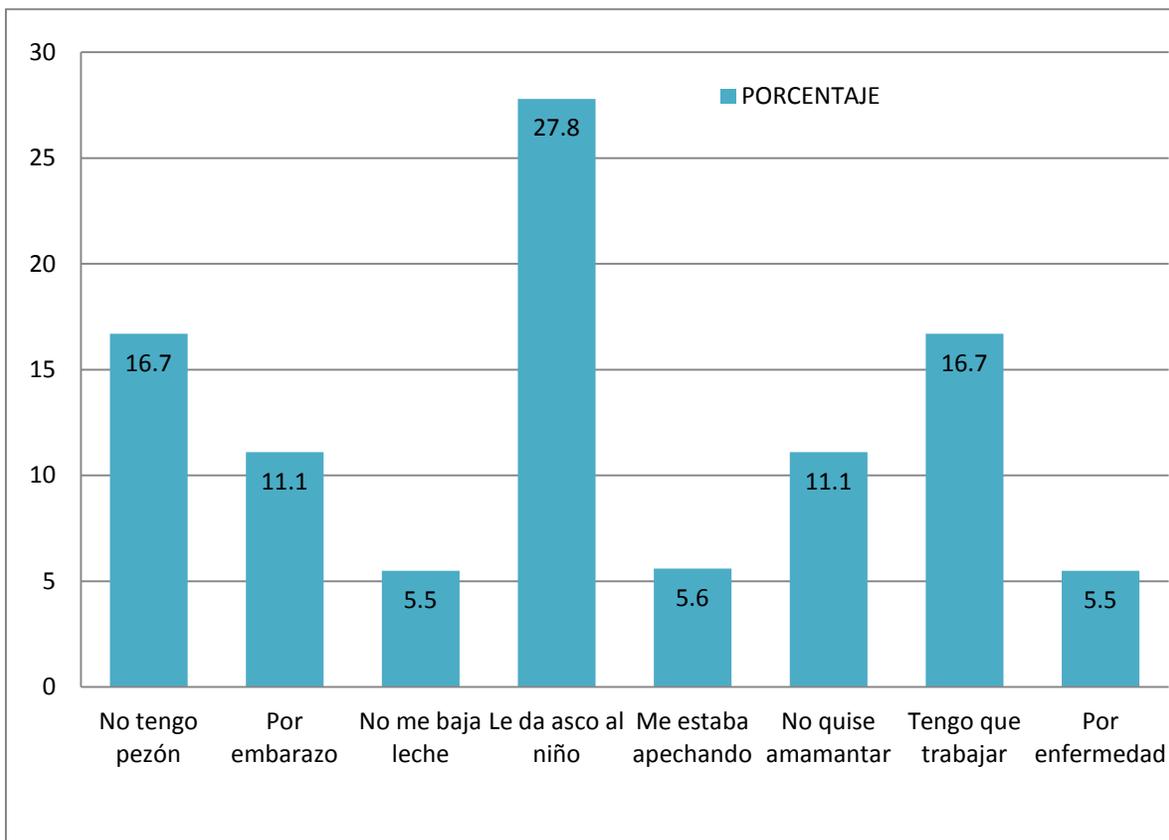
En la tabla anterior se observa que el 27.8% de las madres no dan de mamar porque le da asco al niño, un 16.7% muestra en igual porcentaje a las que tienen que trabajar y no tienen pezón. Otras madres respondieron que por embarazo además de que no quisieron amamantar correspondiente al 11.1%, el 5.6% no lo hizo porque bajo de peso. Mientras que el 5.5% restantes no lo hicieron ya que no bajaba la leche y por enfermedad en ambos casos.

INTERPRETACIÓN:

De las madres que nunca dieron de mamar a su hijo, la mayoría era porque le da asco al niño, lo que puede ser debido a una mala posición para el amamantamiento o al reflejo de extrusión del niño. Seguido por las madres que tienen que trabajar fuera de casa, lo que evidencia que desconocen la técnica de cómo extraer y conservar la leche materna. Se puede observar también que un grupo de madres mencionó que no tenía pezón; lo que puede originar problemas para el buen agarre de la mama al momento de amamantar ya que puede producir laceraciones o fisuras.

Llama la atención que todas estas mujeres entrevistadas llevaron controles prenatales, sin embargo los problemas de los pezones nunca fueron tomados en cuenta, lo que hizo que la madre decidiera no dar de mamar ocasionando un riesgo para el bebé de contraer enfermedades. También varias madres mencionaron que ellas no quisieron darle de mamar a su hijo, probablemente por desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna o por una serie de mitos y creencias que puedan afectar a estas. Otras mujeres decidieron no amamantar por un nuevo embarazo. Y por otras causas que tienen que ver con los diferentes mitos que existen.

GRÁFICA 15: MOTIVOS POR LOS QUE LAS MADRES NO DIERON NUNCA DE MAMAR



Fuente: Tabla 20

TABLA 21 CONOCIMIENTOS, MITOS Y CREENCIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA ENCONTRADOS EN EL ESTUDIO.

CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA	F	%	MITOS SOBRE LACTANCIA MATERNA	F	%	CREENCIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA	F	%
Ayuda a prevenir enfermedades	37	22.2	No me baja leche	6	3.6	Por embarazo	6	3.6
Es lo mejor para el niño	89	53.9	Le da asco al niño	5	3.0	Porque ya esta grande	27	16.4
Más barato	7	4.2	Me estaba apechando	1	0.6	Amamanta por costumbre	14	8.5
No tienen conocimiento de los beneficios de lactancia materna	32	19.4	Leche es mala para el niño	13	7.9	Hasta ahí pienso que lo necesita	34	20.6
			Me va arruinar los pechos	2	1.2	Por enfermedad	5	3.0
			No tienen mitos sobre lactancia materna	138	83.6	No tienen creencias sobre lactancia materna	79	47.9
TOTAL	165	100		165	100		165	100

Fuente: Guía de entrevista realizada a la población en estudio.

ANÁLISIS:

La anterior tabla muestra que de las 165 madres, el 80.3% tienen conocimiento acerca de los beneficios de la lactancia materna y el 19.4% restante no los conoce. El 83.6% de las madres no tienen mitos acerca de la lactancia materna, ya que solo el 16.4% posee mitos acerca de la misma. El 52.1% no tienen creencia sobre la práctica del amamantamiento, sin embargo hay un 47.9% que aún tienen dichas creencias.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de madres tiene conocimientos acerca de los beneficios de la lactancia materna, pero existe un buen porcentaje de madres que aún posee mitos y creencias de ésta práctica, esto puede influir negativamente y la madre decida ya no amamantar a su hijo; negándole los beneficios que ésta ofrece, además no son razones verdaderas que impida alimentar a su hijo con leche materna.

TABLA 22: MOTIVOS POR LA QUE LAS MADRES DAN DE MAMAR

Razones	Frecuencia	Porcentaje
Es lo mejor para el niño	89	60.5
Ayuda a prevenir enfermedades	37	25.2
Más barato	7	4.8
Costumbre	14	9.5
Total	147	100

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

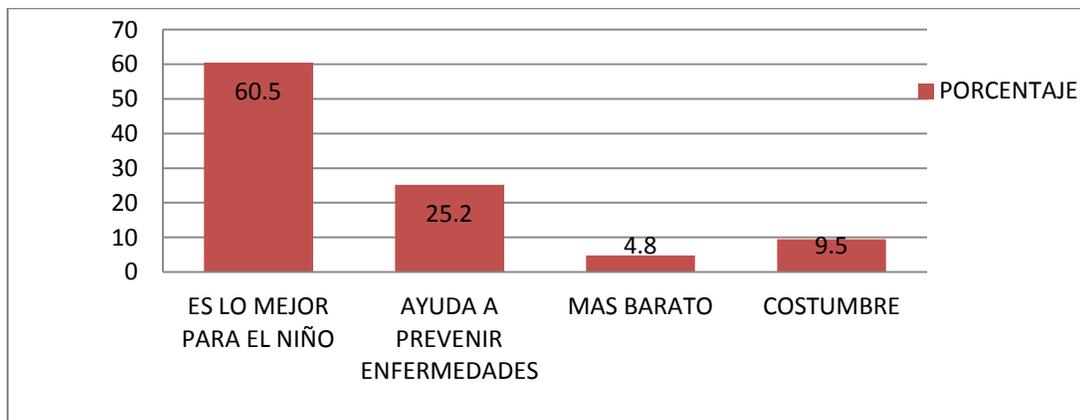
ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra que el 60.5% dan de mamar porque dicen que es lo mejor para el niño, un 25.2% refiere que ayuda a prevenir enfermedades, mientras que el 9.5% lo hace por costumbre y el 4.8% restante porque es barato.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de madres considera que la leche materna es lo mejor para el niño, seguido de las madres que prefieren hacerlo para ayudar a prevenir enfermedades, otras consideran que al dar de mamar les ahorra dinero ya que esta no genera ningún gasto económico, solo una minoría refiere que da de mamar por costumbre en su núcleo familiar.

GRÁFICA 16: MOTIVOS POR LO QUE LAS MADRES DAN DE MAMAR



Fuente: tabla 22

**TABLA 23: LAS 18 MADRES QUE RESPONDIERON: NO DAN DE MAMAR
CONTESTA QUE ALIMENTO LE DA A SU HIJO**

Con qué alimenta a su hijo	Frecuencia	Porcentaje
Fórmula	12	66.6
Fórmula y comida de la olla familiar	6	33.4
Total	18	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

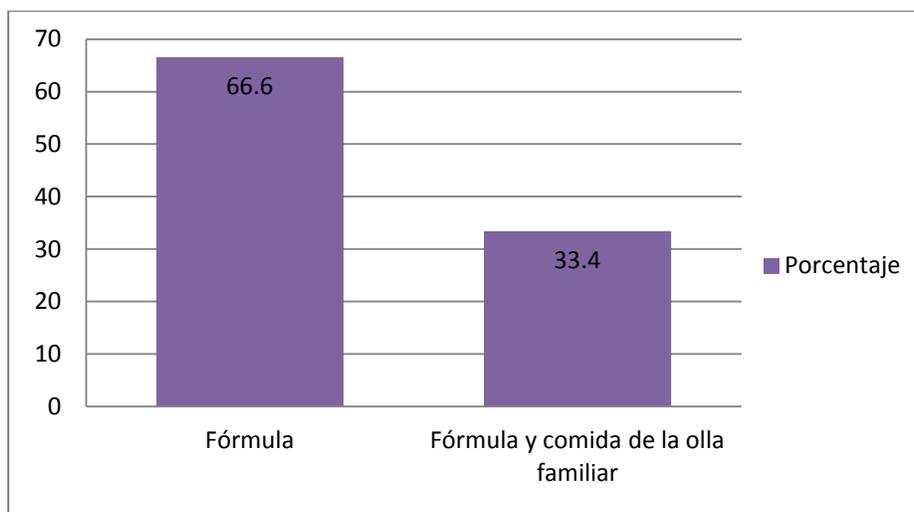
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se observa que el 66.6% de las madres alimenta a su hijo con fórmula, mientras que el 33.4% lo hace con fórmula y comida de la olla familiar.

INTERPRETACIÓN:

De todas las madres que no amamantaron a sus hijos, la mayoría utiliza sucedáneos de la leche materna tanto fórmulas infantiles como leches enteras, lo cual genera gastos a la familia y a la vez el niño deja de percibir todos los beneficios inmunológicos y nutritivos que contiene la leche materna para favorecer un mejor crecimiento y desarrollo. Un grupo de madres mencionó que además de fórmula utiliza comida de la olla familiar lo cual favorece la transgresión alimentaria que provoca diarreas, vómitos y mala digestión que puede conllevar a deshidratación.

GRÁFICA 17: CON QUE ALIMENTA A SU HIJO



Fuente: Tabla 23

TABLA 24: PERSONA QUE RECOMENDO TIPO DE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

Quién recomendó la alimentación que da a su hijo	Frecuencia	Porcentaje
Médico	8	44.4
Enfermera	1	5.6
Familiares de la madre	9	50.0
Total	18	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

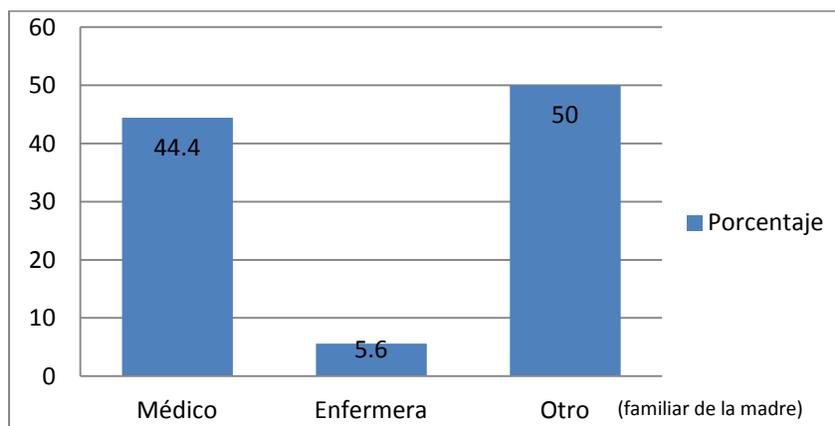
ANÁLISIS:

Del total de las madres que no dan a su hijo lactancia Materna, lo hace con otros tipos de alimentación los cuales el 50% fueron recomendados familiares de la madre, seguido de 44.4% recomendados por el médico y es 5.6% restantes por enfermera.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se evidencia que la mayoría de mujeres utilizó sucedáneos de la leche materna por recomendación de familiares lo cual está relacionado con los patrones culturales y con las creencias que este tipo de alimentación es mejor que la leche maternas y también se aumenta el riesgo de tener una mayor morbilidad ya que la preparación puede ser inadecuada al igual que el tipo de fórmula indicada. Por otra parte el personal de salud recomendó a un buen porcentaje de madres los sucedáneos de la leche materna.

GRÁFICA 18: PERSONA QUE RECOMENDO TIPO DE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO



Fuente: Tabla 24

TABLA 25: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Cuánto tiempo le dio solo pecho a su niño, sin darle agua u otro alimento	Frecuencia	Porcentaje
No Lactancia Materna	18	10.9
0-1 mes	6	3.6
2-4 meses	23	13.9
5-6 meses	117	70.9
7 meses ó más	1	0.6
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

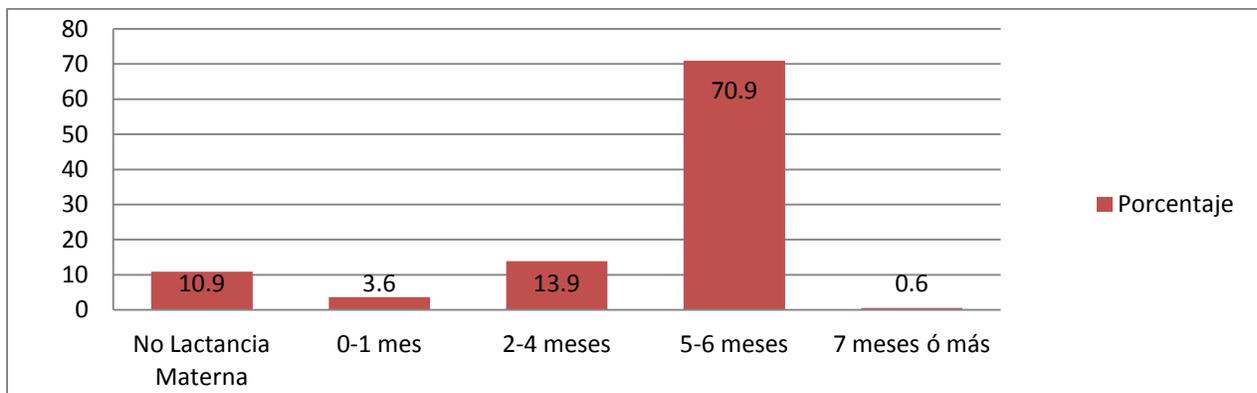
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 70.9% dio lactancia materna exclusiva de 5 a 6 meses; el 13.9% lo hicieron a los 2 a 4 meses de edad, mientras que el 10.9% nunca dio de mamar, el 3.6% en el rango de 0 a 1 mes de edad y el 0.6% restantes dieron de mamar 7 meses o más.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se puede observar que la mayoría fue alimentado exclusivamente al seno materna durante los primeros 6 meses de vida tal como lo indica la Organización Mundial de la Salud con la iniciativa de Hospitales y Unidades de Salud amigos de los niños, ya que la leche materna le brinda todos los nutrientes necesarios al infante durante este tiempo, sin embargo se evidencia que en menores de 6 meses de edad se ha iniciado dar otro tipo de líquido o alimentos lo que favorece el aparecimiento de enfermedades, desnutrición u obesidad

GRÁFICA 19: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



Fuente: Tabla 25

TABLA 26: CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA MATERNA

Tipo de Lactancia Materna	Frecuencia	Porcentaje
Nunca dieron lactancia materna	18	10.9
Lactancia materna exclusiva	118	71.5
Lactancia materna predominante	6	3.6
Lactancia materna complementaria	23	14.0
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

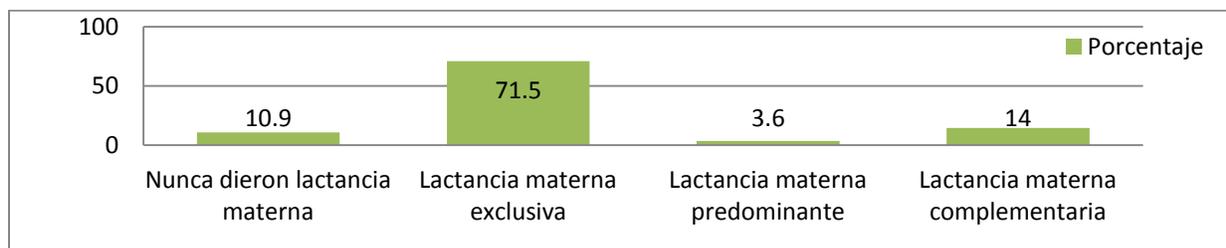
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 71.5% corresponde a las madres que dieron lactancia materna exclusiva, mientras que el 14% es de las que dieron lactancia complementaria, el 10.9% nunca dieron lactancia materna y el 3.6% restante es para aquellas que dieron lactancia materna predominante.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de madres dieron únicamente seno materno exclusivo, mientras que otro grupo de madres brindó lactancia materna complementaria; o sea lactancia materna acompañada de alimentos sólidos o líquidos y un pequeño número de madres lactancia materna predominante es decir lactancia materna más agua. Las madres que no dieron pecho exclusivamente corren el riesgo de que sus hijos se enfermen más; debido a que el agua pueden estar contaminados, la fórmula puede estar mal preparada o no ser apta para el niño ocasionando diarreas y predisposición a enfermedades respiratorias; así mismo la introducción temprana a alimentos conllevan a mayor riesgo de obesidad, hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia en la edad adulta tal como demuestran múltiples estudios.

GRÁFICA 20: TIPO DE LACTANCIA MATERNA



Fuente: Tabla 26

TABLA 27: NÚMERO DE VECES EN QUE LAS MADRES DAN DE MAMAR A SU NIÑO AL DÍA

Cuántas veces le da de mamar a su niño al día	Frecuencia	Porcentaje
No lactancia Materna	18	10.9
1-5 veces al día	34	20.6
6-10 veces al día	58	35.2
11 veces al día ó más	55	33.3
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

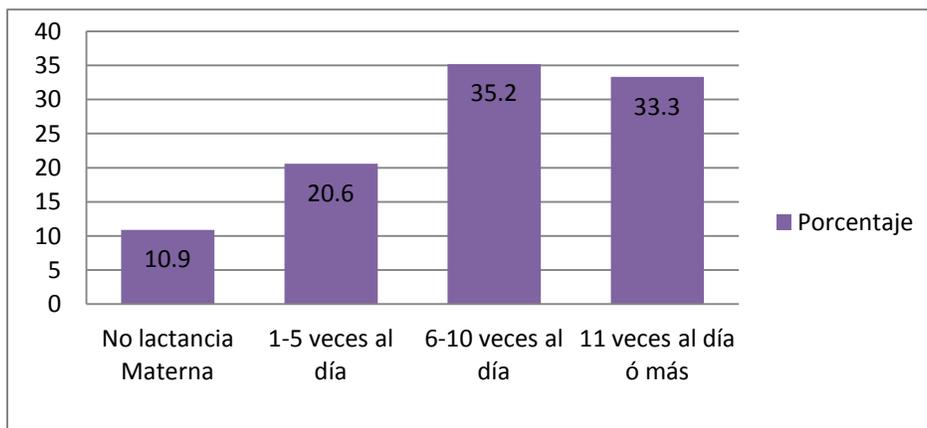
ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra que el 35.2% dieron de mamar de 6-10 veces al día; el 33.3 % lo hicieron de 11 veces al día o más. Mientras que el 20.6% solo dieron de 1 a 5 veces al día y el 10.9% restantes corresponden a las madres que no dieron lactancia materna.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de madres amamantan a su hijo más de 6 veces al día, tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud que es amamantar a libre demanda y una quinta parte de las madres entrevistadas lo hace menos de 5 veces al día lo cual desfavorece la estimulación de la glándula mamaria para la producción de la leche.

GRÁFICA 21: NÚMERO DE VECES EN QUE LAS MADRES DAN DE MAMAR A SU NIÑO AL DÍA



Fuente: Tabla 27

TABLA 28: EDAD DEL NIÑO EN QUE LAS MADRES PIENSAN SUSPENDER LACTANCIA MATERNA

Hasta qué edad piensa darle a mamar a su niño	Frecuencia	Porcentaje
No dió de mamar	18	10.9
0- 6 meses	1	0.6
7- 11 meses	2	1.2
1- 2 años	37	22.4
2 años ó más	107	64.8
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

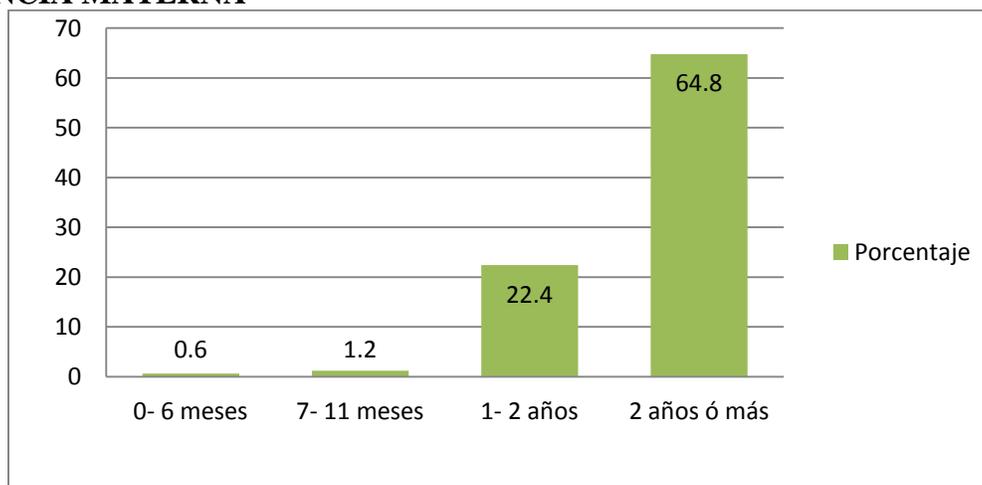
ANÁLISIS:

La anterior tabla muestra que el 64.8% de las madres piensan suspender lactancia materna a los 2 años o más, el 22.4% de 1 a 2 años. Otras madres refieren que nunca dieron de mamar en un 10.9%. El 1.2% lo dará de 7 a 11 meses de vida y el 0.6% restante afirmó que hasta los 6 meses de vida de su hijo.

INTERPRETACIÓN:

Los datos nos reflejan que la mayoría de madres piensa amamantar a su hijo 2 años o más tal como lo recomienda OMS, un pequeño porcentaje de las madres manifestó que dará lactancia materna antes de que el niño tenga un año de edad.

GRÁFICA 22: EDAD DEL NIÑO EN QUE LAS MADRES PIENSAN SUSPENDER LACTANCIA MATERNA



Fuente: Tabla 28

TABLA 29: MOTIVOS POR LOS QUE LA MADRE PIENSA SUSPENDER LA LACTANCIA MATERNA.

RAZONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Porque ya está grande	27	16.4
Leche es mala para el niño	13	7.9
Por trabajo	9	5.5
El niño ya come	43	26.1
Hasta ahí pienso que lo necesita	34	20.6
Por enfermedad	5	3
Por embarazo	4	2.4
Ya no me bajaba la leche	6	3.6
Me estaba apechando	4	2.4
Me va arruinar los pechos	2	1.2
Nunca dieron Lactancia Materna	18	10.9
Total	165	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra que el 26.1% piensa suspender lactancia materna porque el niño ya come, el 20.6% piensan que ya no lo necesita más, otras madres porque el niño ya está grande en un 16.4%, el 10.9% nunca dio de mamar, 7.9% de las madres piensan que la leche es mala para el niño. El 5.5% responder que por motivos de trabajo, 3.6% refiere que no baja la leche, el 3% por padecer de alguna enfermedad, el 2.4% por embarazo y estaba perdiendo peso en ambos casos. Y el 1.2% restante manifestó que le arruinaría los pechos.

INTERPRETACIÓN:

Se puede ver que la mayoría de madres piensa dejar de amamantar a su niño ya ingiere otro tipo de alimentos, lo cual está relacionado con la falta de información que la madre puede tener sobre la importancia del amamantamiento hasta los dos años de edad. Un buen número de madres dejará de dar de mamar porque piensa que hasta cierta edad lo necesita, mientras que otros porque ya creció. Cabe destacar que cierto porcentaje de madres manifiesta que la leche es mala para el niño, lo que está evidenciando creencias erróneas y el desconocimiento de las ventajas de la lactancia materna por parte de la madre lactante. Las otras razones para suspender el amamantamiento, se considera exceptuando que la madre embarazada presente amenaza de parto prematuro o de aborto, así como también que la madre esté ingiriendo por una enfermedad o un medicamento contraindicado durante el período de lactancia.

TABLA 30: EDADES EN QUE LOS NIÑOS ENFERMARON POR PRIMERA VEZ

A qué edad se enfermó por primera vez su hijo	Frecuencia	Porcentaje
0-1 mes	19	11.5
1-6 meses	89	53.9
7- 11 meses	37	22.4
1-2 años	9	5.5
Nunca se ha enfermado	11	6.7
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

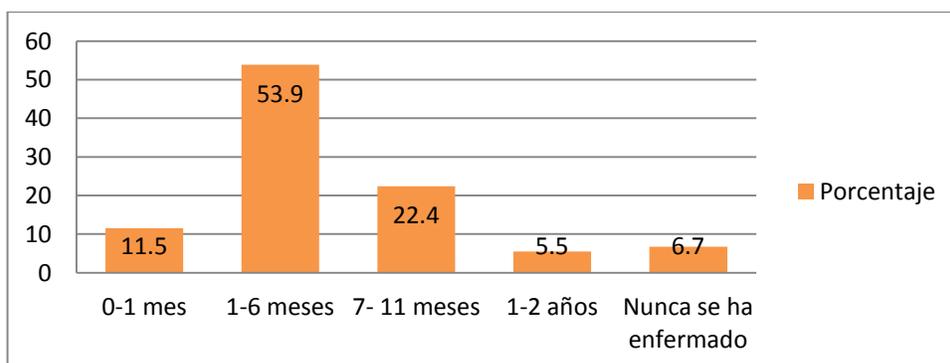
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 53.9% se enfermó por primera vez de 1 a 6 meses de vida; el 22.4% entre 7-11 meses; el 11.5% en los menores de 1 mes de vida. El 6.7% nunca se ha enfermado y el 5.5% restantes son los que se enfermaron de 1 a 2 años de vida.

INTERPRETACIÓN:

Del total de madres encuestadas la mayoría de ellas respondió que sus hijos se enfermaron por primera vez cuando tenían edades entre 1 y 6 meses, lo que probablemente fue motivado por no tener lactancia materna exclusiva; así como por otros factores externos como cambios climatológicos, un esquema de vacunación incompleto, contaminación ambiental etc. Otro buen número de madres mencionó que su hijo enfermó entre los 7 y 11 meses, cabe resaltar que los menores de 1 mes representaron un grupo importante de población afectada por los factores antes mencionados, también se observa que algunas madres mencionaron que su hijo nunca ha presentado ninguna patología.

GRÁFICA 23: EDADES EN QUE LOS NIÑOS ENFERMARON POR PRIMERA VEZ



Fuente: Tabla 30

TABLA 31: PATOLOGÍAS QUE PRESENTARON LOS NIÑOS EN ESTUDIO

De qué se enfermó su hijo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca se enfermó	11	6.7
Enfermedades Diarreicas Agudas	13	7.9
Infecciones Respiratorias Agudas	90	54.5
Todos los anteriores	11	6.7
Otra patología(alergias y dermatitis)	40	24.2
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

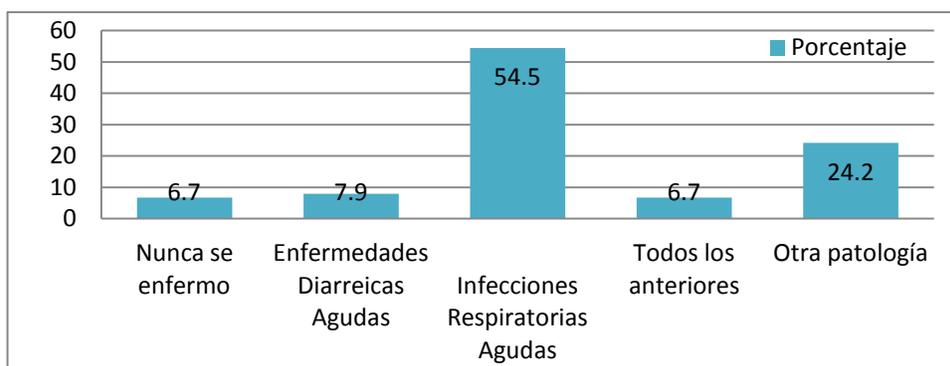
ANÁLISIS:

La anterior tabla confirma que el 54.5% los niños se enfermaron de infecciones respiratorias agudas. Otras patologías como alergias y dermatitis el 24.2%. El 7.9% corresponde a enfermedades diarreicas agudas y el 6.7% corresponde a los que se enfermaron de IRAS y EDAS, siendo de igual porcentaje los que nunca se enfermaron.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de niños que presentaron morbilidad fueron por infecciones respiratorias agudas, seguidas de enfermedades diarreicas, esto probablemente se deba a factores externos como los cambios climáticos que conllevan al apareamiento de infecciones virales como el rotavirus, el virus sincitial respiratorio, virus de la influenza, que se dan más durante la época lluviosa; así como también la contaminación ambiental y brotes de tosferina aparecidos durante el último semestre del año recién pasado, además los malos hábitos de higiene y el tipo de alimentación complementaria recibida. Llama la atención que un menor porcentaje de niños nunca se han enfermado.

GRÁFICA 24: PATOLOGÍAS QUE PRESENTARON LOS NIÑOS EN ESTUDIO



Fuente: Tabla 31

TABLA 32: NÚMERO DE VECES QUE HA ENFERMADO EL NIÑO

Cuántas veces se ha enfermado su hijo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca se ha enfermado	11	6.7
Enfermedades Diarreicas Agudas de 1-6 veces	12	7.3
Infecciones Respiratorias Agudas de 1-6 veces	80	48.5
Otras enfermedades 1-6 veces	7	4.2
Todas las anteriores	55	33.3
Total	165	100.0

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

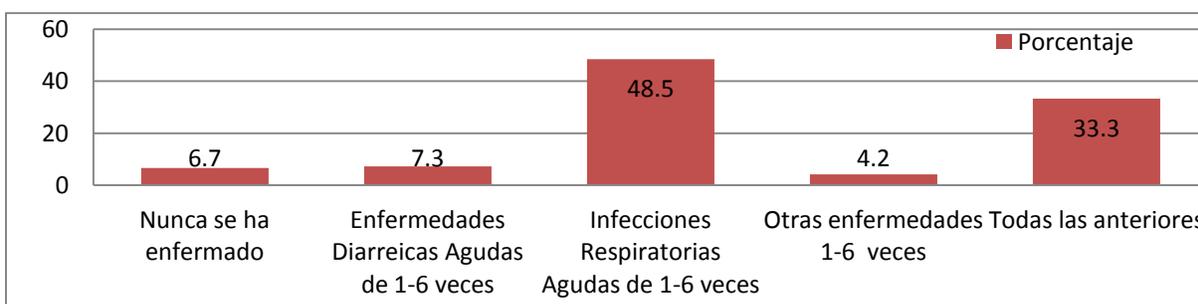
ANÁLISIS:

Se observa que el 48.5% corresponden a los niños que se enfermaron entre 1-6 veces por infecciones respiratorias agudas, el 33.3% incluyen IRAS, EDAS y otras enfermedades de 1-6 veces, por enfermedades diarreicas el 7.3%. El 6.7% nunca se han enfermado. Y el 4.2% corresponde a otras patologías como alergias, dermatitis, convulsiones febriles, infecciones de vías urinarias e ictericia por leche materna.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de madres refirió que su hijo se enfermó entre 1-6 veces de infecciones respiratorias, puede ser debido a malos hábitos higiénicos que favorecen la transmisión de patógenos que causan enfermedades respiratorias, siendo los más comunes los agentes virales. También se observa que entre 1-6 veces fueron episodios de diarrea relacionados con la mala higiene, la manipulación de alimentos, la contaminación ambiental y el cambio climático que favorece en la época de invierno el apareamiento de diarreas virales; entre ellas el rotavirus y otro grupo enfermo por patologías ya antes descritas.

GRÁFICA 25: NÚMERO DE VECES QUE HA ENFERMADO EL NIÑO



Fuente: Tabla 32

TABLA 33: NIÑOS QUE PRESENTARON INGRESOS HOSPITALARIOS

Ha estado ingresado en el hospital su hijo	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	18.2
No	135	81.8
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

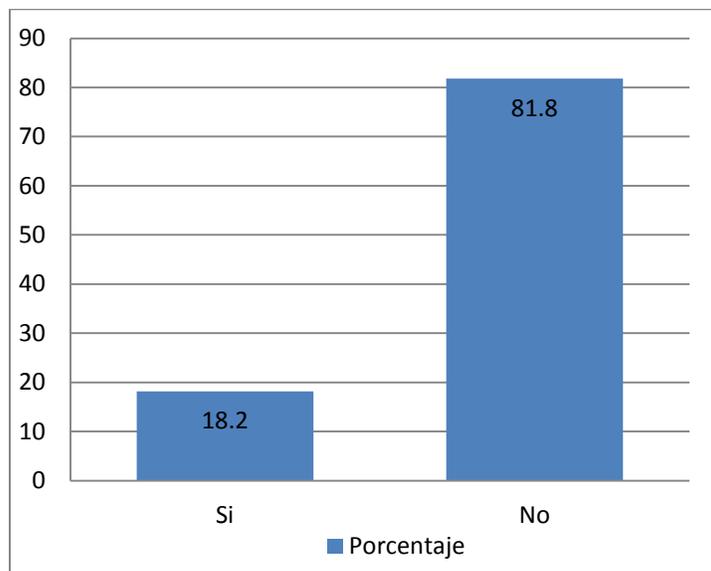
ANÁLISIS:

En la anterior tabla se observa que el 81.8% no ha presentado ningún ingreso hospitalario, mientras que el 18.2% restantes si tubo ingresado a su hijo.

INTERPRETACIÓN:

A pesar de que la mayoría de las madres mencionó que su hijo había enfermado solamente un pequeño número de niños fue ingresado a un centro hospitalario; mientras que la mayoría no lo hizo.

GRÁFICA 26: NIÑOS QUE PRESENTARON INGRESOS HOSPITALARIOS



Fuente: Tabla 33

TABLA 34: NÚMERO DE VECES QUE HA PRESENTADO INGRESOS HOSPITALARIOS EL NIÑO

Cuántas veces a estado ingresado su hijo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca ha estado ingresado	135	81.8
1 vez	20	12.1
2 veces	6	3.6
3 veces ó más	4	2.4
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigido a la población en estudio.

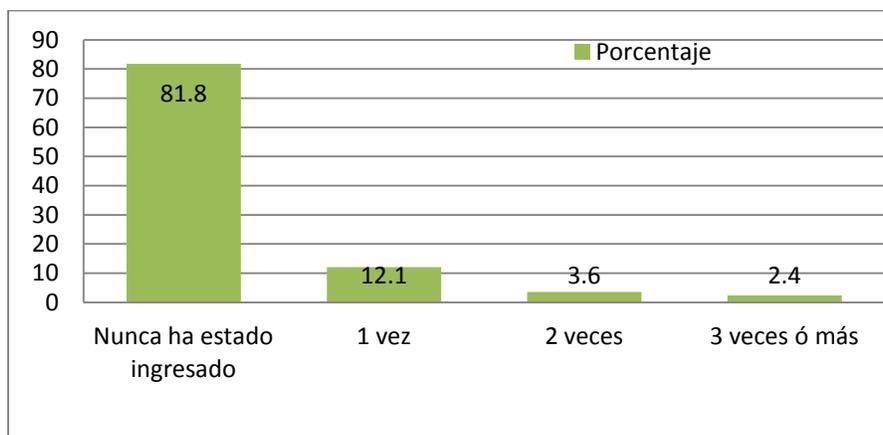
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se ve que el 81.8% de los niños nunca han estado ingresados; el 12.1% ha presentado ingresos 1 vez; 2 veces refieren el 3.6% y el 2.4% de madres restantes manifiestan que 3 veces o más.

INTERPRETACIÓN:

Del total de niños que fueron evaluados la mayoría nunca se ha ingresado y el resto de lactantes las madres respondieron que era la primera vez que su hijo era hospitalizado y solo una minoría de las madres mencionó haber ingresado en 2 o más ocasiones a su hijo.

GRÁFICA 27: NÚMERO DE VECES QUE HA PRESENTADO INGRESOS HOSPITALARIOS EL NIÑO



Fuente: Tabla 34

TABLA 35: EDAD QUE PRESENTÓ INGRESO HOSPITALARIO EL NIÑO

A qué edad fue ingresado su hijo	Frecuencia	Porcentaje
No ha estado ingresado	135	81.8
0 -1 mes	12	7.3
2 a 5 meses	12	7.3
6-11 meses	2	1.2
1-2 años	4	2.4
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

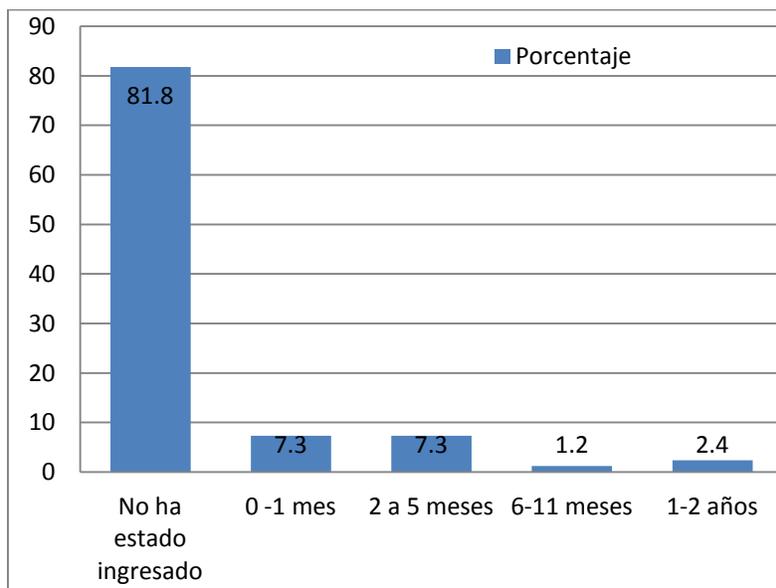
ANÁLISIS:

Se refleja que el 81.8% nunca ha ingresado su hijo; el 7.3% entre los menores de 1 mes y de 2 a 5 meses en ambos casos; el 2.4% corresponde de 1-2 años y el 1.2% restantes entre 6-11 meses de vida.

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla refleja que del total de niños que fueron ingresados, la mayoría fueron entre 0 y 5 meses y en menor proporción los niños de 6 meses en adelante.

GRÁFICA 28: EDAD QUE PRESENTÓ INGRESO HOSPITALARIO EL NIÑO



Fuente: Tabla 35

TABLA 36: ENFERMEDADES POR LA CUAL LOS NIÑOS FUERON INGRESADOS

De qué enfermedad ha estado ingresado su hijo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca ha estado ingresado	135	81.8
Enfermedades Diarreicas Agudas	7	4.2
Infecciones Respiratorias Agudas	12	7.3
Todas las anteriores	3	1.8
Otros(convulsiones febriles, dermatitis, alergias, Infección de vías urinarias)	8	4.8
Total	165	100.0

Fuente: Guía de entrevista realizada a la población en estudio

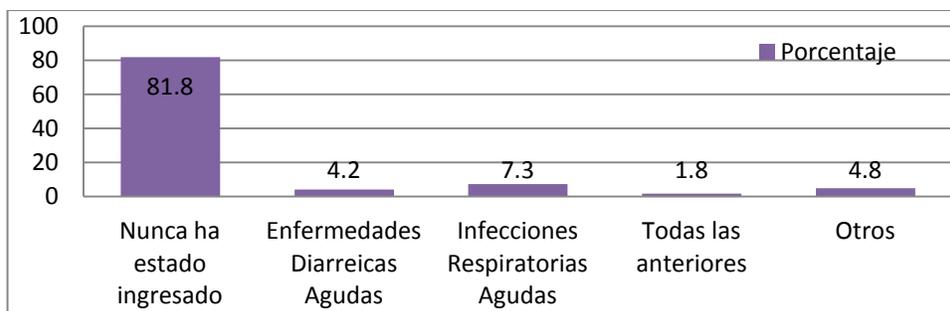
ANÁLISIS:

La anterior tabla muestra el 81.8% de las madres manifestaron que nunca ha ingresado a su hijo a un hospital, el 7.3% ingreso a su hijo por infecciones respiratorias agudas, el 4.8% por otras patologías como convulsiones febriles e infección de vías urinarias, dermatitis y alergias; el 4.2% por enfermedades diarreicas agudas y el 1.8% tanto de IRAS y EDAS

INTERPRETACIÓN:

El mayor grupo de niños que fueron ingresados lo hizo por infecciones respiratorias seguido por las enfermedades diarreicas. También se presentaron patologías como ictericias por leche materna en los menores de un mes, infecciones urinarias, dermatitis, así como también por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias. Cabe mencionar que entre los 6 meses y los 2 años de edad se ingresaron pacientes por convulsiones febriles, infecciones de vías urinarias que están relacionadas con los hábitos de aseo a nivel genital; así como por dermatitis y alergias de tipo alimentarios.

GRÁFICA 29: ENFERMEDADES POR LA CUAL LOS NIÑOS FUERON INGRESADOS



Fuente: Tabla 36

5.2 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS ANTROPOMETRICOS

TABLA 37: PESO DEL NIÑO AL NACER

Peso del niño al nacer	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 2,449 gr	10	6.1
Entre 2,500 hasta 3,999 gr	147	89.1
Mayor de 4,000 gr	8	4.8
Total	165	100.0

Fuente: Expediente clínico de la población en estudio

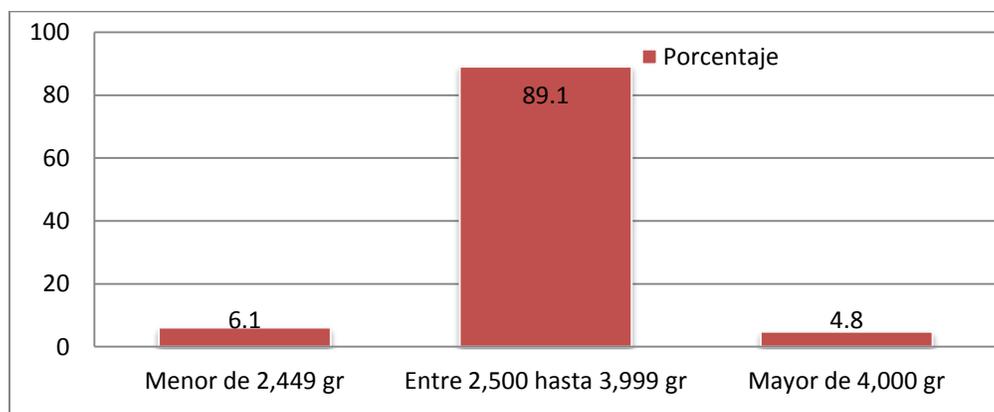
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se observa que el 89.1% presentaron entre 2,500 hasta 3,999gr; el 6.1% nacieron con un peso menor de 2,449 gr. y con respecto al peso mayor de 4,000gr es de 4.8%.

INTERPRETACIÓN:

El mayor porcentaje de niños con peso adecuado al nacer es entre los 2,500gr a 3,999gr lo que nos indica que la madre tuvo una alimentación satisfactoria y no presento patologías que afectaran el peso del niño al nacer, mientras que en menor proporción se encuentran los niños de bajo peso probablemente porque la madre presento alguna enfermedad en su gestación o por alimentación inadecuada. Llama la atención que un pequeño grupo de niños fue macrosómico y esto puede relacionarse con diabetes gestacional lo cual conlleva a riesgos a que el niño pueda presentar hipoglucemia, convulsiones neonatales etc.

GRÁFICA 30: PESO DEL NIÑO AL NACER



Fuente: Tabla 37

TABLA 38: LONGITUD DEL NIÑO AL NACER

Longitud del niño al nacer	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 45 cms.	7	4.2
Entre 45 a 52 cms.	158	95.8
Total	165	100.0

Fuente: Expediente clínico de la población en estudio

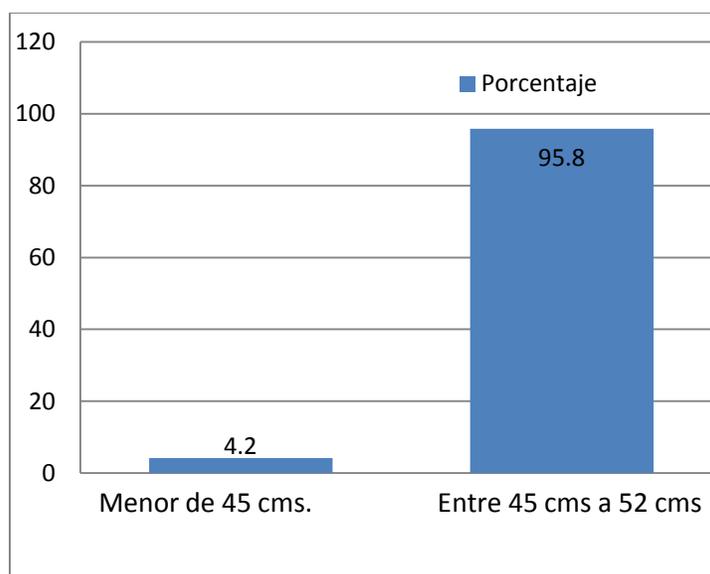
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 95.8% de los niños nacieron con una longitud entre 45-52 cms, mientras que el 4.2% restante presentaron longitud al nacer menores de 45 cms.

INTERPRETACION

En la presente tabla se observa que en la mayoría de niños evaluados tuvieron una longitud adecuada al nacimiento, siendo la minoría de bajo tamaño al nacer. Lo que puede estar relacionado a la baja estatura de la madre, retardo de crecimiento, mala nutrición materna y patologías del embarazo.

GRÁFICA 31: LONGITUD DEL NIÑO AL NACER



Fuente: Tabla 38

TABLA 39: PERÍMETRO CEFÁLICO DEL NIÑO AL NACER

Perímetro cefálico del niño al nacer	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 32 cms.	21	12.7
Entre 32 a 34 cms.	135	81.8
Mayor de 34 cms.	9	5.5
Total	165	100.0

Fuente: Expediente clínico de la población en estudio

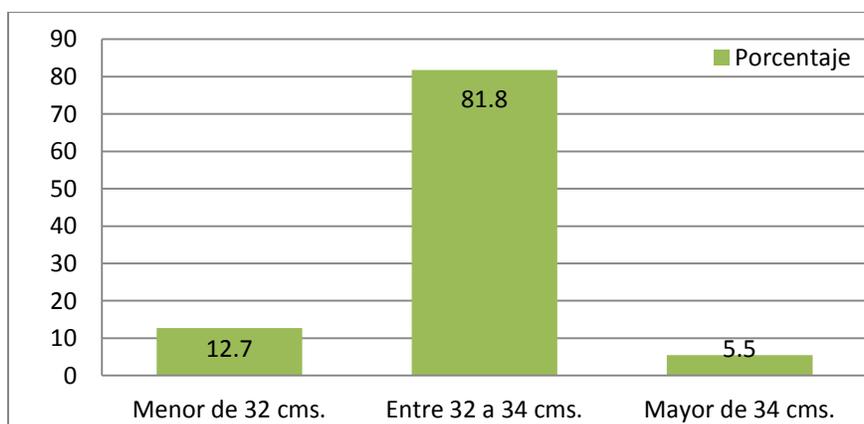
ANÁLISIS:

En la tabla anterior muestra que el 81.8% tuvieron un perímetro cefálico al nacer entre 32-34 cms. Los que nacen con menor de 32 cms. es de 12.7% y el 5.5% restante medían mayor de 34 cms.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que el mayor número de niños evaluados al nacimiento tenía un perímetro cefálico adecuado, lo que se traduce en un crecimiento adecuado del cerebro; y sólo un pequeño número de niños presento macrocefalia lo que puede deberse a muchas causas entre ellas la familiar en el cual hay un buen desarrollo; o también puede ser por hidrocefalia que pueden afectar incluso el desarrollo afectando el sistema nervioso por lo que podría tener dificultad para amamantar.

GRÁFICA 32: PERÍMETRO CEFÁLICO DEL NIÑO AL NACER



Fuente: Tabla 39

TABLA 40: PESO ACTUAL DEL NIÑO PARA LA EDAD, SEGÚN GRÁFICAS DE CRECIMIENTO DE MINSAL

Peso actual	Frecuencia	Porcentaje
Normal	152	92.1
Desnutrición	8	4.8
Obesidad	5	3.0
Total	165	100.0

Fuente: Expediente clínico y guía de entrevista dirigida a la población en estudio

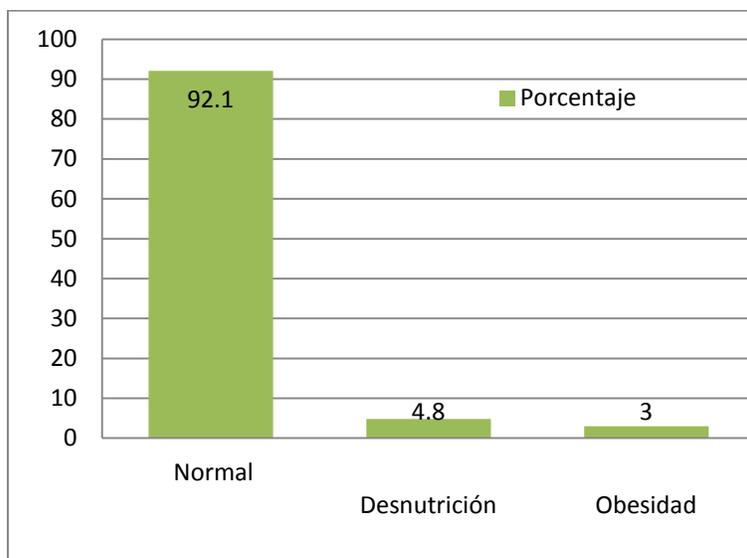
ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra que el 92.1% tuvieron peso normal para la edad; el 4.8% presentó desnutrición y los niños que están obesos para la edad representan el 3% restante.

INTERPRETACIÓN:

Se puede evidenciar el mayor porcentaje de niños evaluados al momento de la entrevista tenían un peso adecuado para su edad, lo que evidencia la ventaja que tiene la lactancia materna de evitar la malnutrición, llama la atención que un pequeño número de niños presenta obesidad y/o desnutrición que puede estar relacionado con la ablactación temprana, tardía; dietas inadecuadas o malos hábitos de alimentación; lo que puede afectar el crecimiento y desarrollo.

GRÁFICA 33: PESO ACTUAL DEL NIÑO PARA LA EDAD



Fuente: Tabla 40

TABLA 41: LONGITUD ACTUAL DEL NIÑO PARA LA EDAD, SEGÚN GRÁFICA DEL CRECIMIENTO DE MINSAL

Longitud Actual	Frecuencia	Porcentaje
Alta	7	4.2
Normal	142	86.1
Retraso en el crecimiento	15	9.1
Retraso Severo en el crecimiento	1	0.6
Total	165	100.0

Fuente: Expediente clínico y guía de entrevista dirigida a la población en estudio

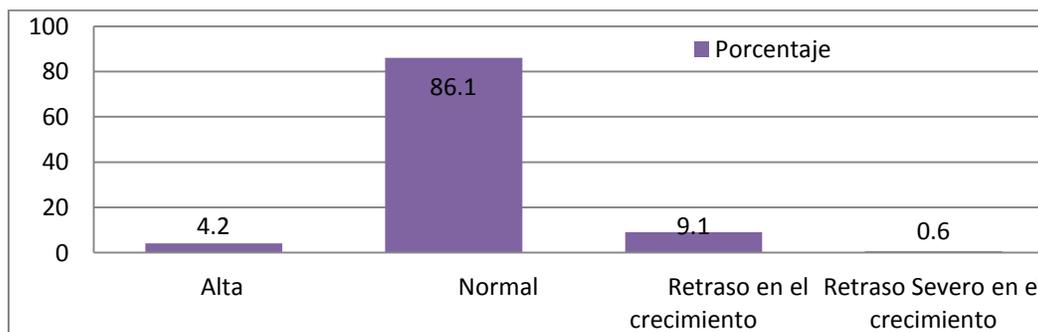
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 86.1% de los niños tiene una longitud normal para la edad, el 9.1% tuvo un retraso de crecimiento. El 4.2% presentó longitud alta para la edad y el 0.6% restante tenía retraso severo en el crecimiento.

INTERPRETACIÓN:

Se logra determinar que el mayor número de niños presentó una longitud dentro de los límites normales esperados para su edad, pero también es importante hacer notar que un porcentaje de ellos, tenían un retraso lo cual implica una desnutrición crónica relacionada a varios factores entre ellos la falta de lactancia materna, malos hábitos de alimentación, patologías frecuentes como diarreas y enfermedades respiratorias. Cabe resaltar que algunos lactantes presentaron longitud mayor de lo esperado para su edad, que puede deberse a una nutrición adecuada incluyendo la práctica de lactancia materna desde el nacimiento, así como factores genéticos que pueden proporcionar mayor longitud.

GRÁFICA 34: LONGITUD ACTUAL DEL NIÑO PARA LA EDAD



Fuente: Tabla 41

TABLA 42: PERÍMETRO CEFÁLICO ACTUAL DEL NIÑO PARA LA EDAD, SEGÚN GRÁFICAS DEL MINSAL

Perímetro cefálico actual	Frecuencia	Porcentaje
Macrocefalia	1	0.6
Normal	163	98.8
Microcefalia	1	0.6
Total	165	100.0

Fuente: Expediente clínico y guía de entrevista dirigida a la población en estudio

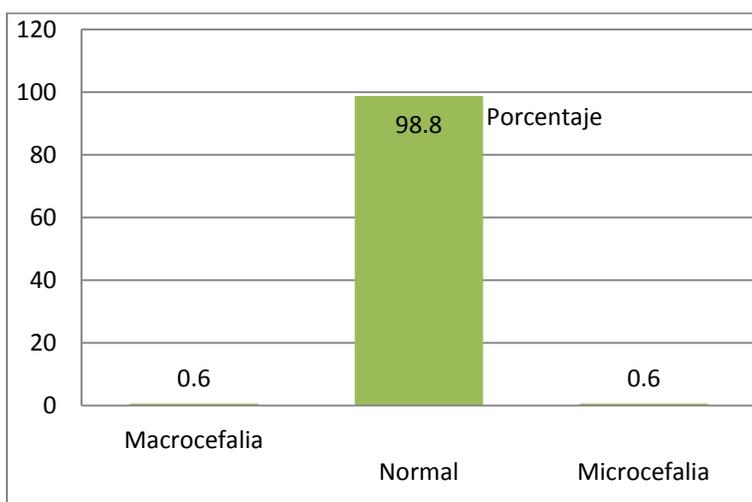
ANÁLISIS:

Lo anterior muestra que el 98.8% de los niños presentaron un perímetro cefálico normal, mientras que los niños que tenían macrocefalia y microcefalia para la edad refleja el 0.6%.

INTERPRETACIÓN:

Lo anterior demuestra que el mayor porcentaje de niños evaluados tenía un perímetro cefálico adecuado para la edad, lo que evidencia el crecimiento adecuado del cerebro que permite al lactante tener un mejor desarrollo de sus capacidades y habilidades cognitivas, psicosociales, motores, afectivos y de lenguaje. Sólo la minoría presentó un tamaño de la cabeza no apto para su edad, lo que implica un riesgo, especialmente la microcefalia, ya que no deja que el cerebro crezca adecuadamente.

GRÁFICA 35: PERÍMETRO CEFÁLICO ACTUAL DEL NIÑO PARA LA EDAD



Fuente: Tabla 42

TABLA 43: DESARROLLO DE LOS NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS, SEGÚN LA ESCALA SIMPLIFICADA DEL DESARROLLO DEL MINSAL

Desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo	30	18.2
Adecuado	135	81.8
Total	165	100.0

Fuente: Expediente clínico y guía de entrevista dirigida a la población en estudio

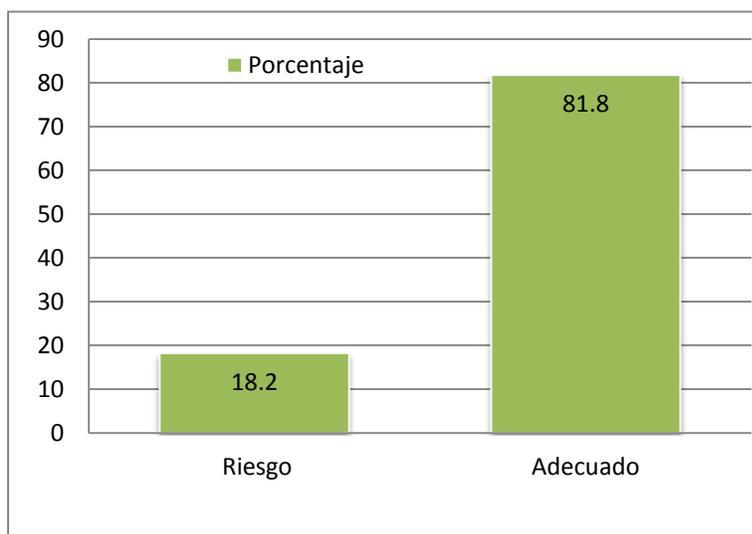
ANÁLISIS:

Lo anterior muestra que el 81.8% de los niños presentó un adecuado desarrollo; mientras que el 18.2% restante tienen riesgo en el desarrollo.

INTERPRETACIÓN:

Del total de niños evaluados, la mayoría tenía un adecuado desarrollo para su edad, sin embargo un menor número de ellos presentó un riesgo en las diferentes áreas del desarrollo y esto puede ser por la falta de estimulación y apego por parte de la madre, algo que favorece el vínculo entre el binomio madre-hijo.

GRÁFICA 36: DESARROLLO DE LOS NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS DE EDAD DEL ESTUDIO



Fuente: Tabla 4

5.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

TABLA 44: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE INGRESOS HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA Y DE LOS QUE RECIBIERON OTRO TIPO DE LACTANCIA.

Ha estado ingresado en el hospital su hijo	Tipo de Lactancia				Total
	Fórmula	Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna predominante	Lactancia materna complementaria	
Si	10 55.6%	14 12.0%	2 33.3%	4 17.4%	30 18.2%
No	8 44.4%	104 88.1%	4 66.7%	19 82.6%	135 81.8%
Total	18 100.0%	118 100.0%	6 100.0%	23 100.0%	165 100.0%

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que los niños alimentados con fórmula fueron el 55.6% y han sido ingresados y el 44.4% restantes no. De los niños que recibieron lactancia materna exclusiva solamente el 12% fueron ingresados al contrario de los que no fueron hospitalizados con un 88.1%. De los que recibieron lactancia materna predominante se ingresaron solo un 33.3% y el 66.7% no ingresaron a un hospital. Y los que fueron alimentados con lactancia materna complementaria el 17.4% si tuvo ingreso a un centro asistencial; mientras que los que no fueron ingresados es de 82.6%.

INTERPRETACIÓN:

Al hacer el cruce de variable se puede observar que los lactantes alimentados con cualquier tipo de lactancia materna fueron los que menos ingresaron a un centro hospitalario.

Tabla 44-A Pruebas de Chi-cuadrado

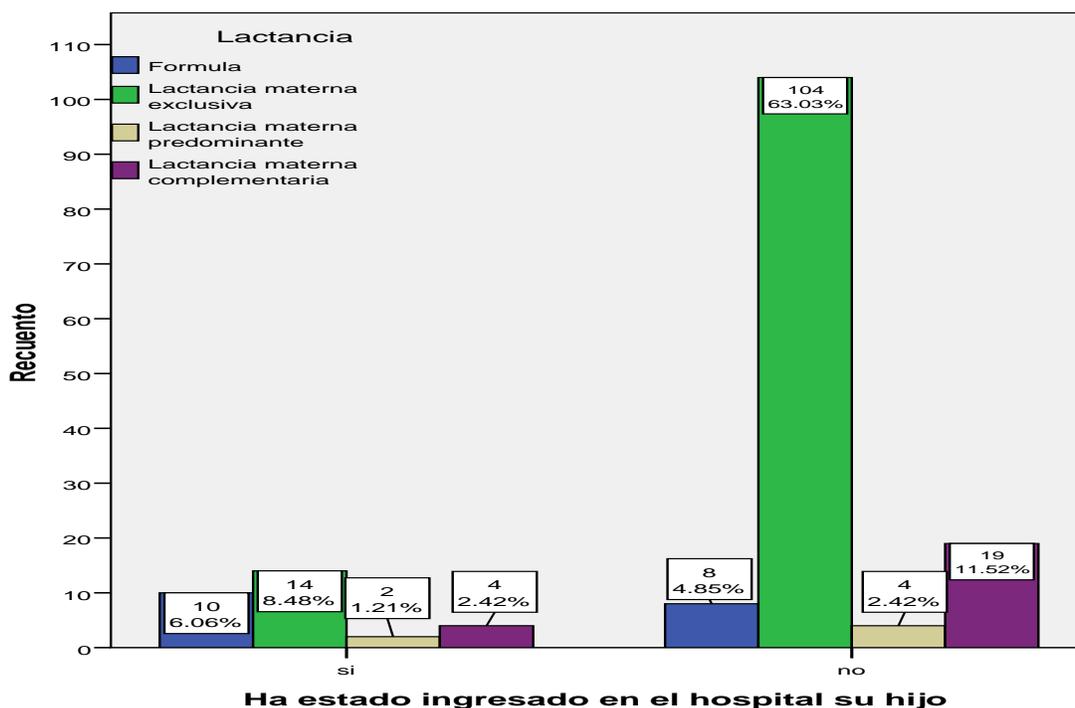
	Valor	G1	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.903	3	0.000
N de casos válidos	165		

Fuente: Tabla 44, resultados realizados mediante el Programa SPSS 15.0

INTERPRETACIÓN:

En base a la Prueba de Chi-Cuadrado queda demostrado que se acepta la hipótesis verdadera que refiere que la lactancia materna tiene un impacto positivo en la salud, crecimiento y desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años de edad del estudio; cuando el grado de significancia es $P < 0.05$, que en este caso es $P < 0.000$ rechazando así la hipótesis nula.

GRÁFICA 37: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN HOSPITAL CON LOS QUE PRESENTARON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA CON OTRO TIPO DE LACTANCIA.



Fuente: Tabla 44

TABLA 45: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DEL DESARROLLO DE LOS NIÑOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA CON LOS QUE TUVIERON OTROS TIPOS DE LACTANCIA.

Desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años según Escala Simplificada de Desarrollo	Tipo de lactancia				Total
	Fórmula	Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna predominante	Lactancia materna complementaria	
Riesgo	11 61.1%	9 7.6%	2 33.3%	8 34.8%	30 18.2%
Adecuado	7 38.9%	109 92.4%	4 66.7%	15 65.2%	135 81.8%
Total	18 100.0%	118 100.0%	6 100.0%	23 100.0%	165 100.0%

Fuente: Expediente clínico y guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS:

En la tabla anterior se observa que los niños alimentados con fórmula un 61.1% tuvieron riesgo en el desarrollo y el resto que es 38.9% presentaron un desarrollo adecuado. De los niños que recibieron lactancia materna exclusiva la mayoría de ellos presento un adecuado desarrollo correspondiente al 92.4% y solo el 7.6% un desarrollo con riesgo. Respecto a los niños alimentados con lactancia materna predominante el 66.7% tienen un desarrollo adecuado, no así el 33.3% que fueron de riesgo. Finalmente los lactantes que fueron alimentados con lactancia materna complementaria se evidencia un riesgo en su desarrollo de un 34.8%, siendo los restantes con un 65.2% que tuvieron un adecuado desarrollo.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo al cruce de variables observados en la tabla 44; se nota que los niños alimentados con fórmula tienen un mayor riesgo de desarrollo, encontrándose en las áreas motoras gruesa, socia-afectiva y de lenguaje, contrario con los niños alimentados con los distintos tipos de leche materna.

Tabla 45-A Prueba de Chi-cuadrado

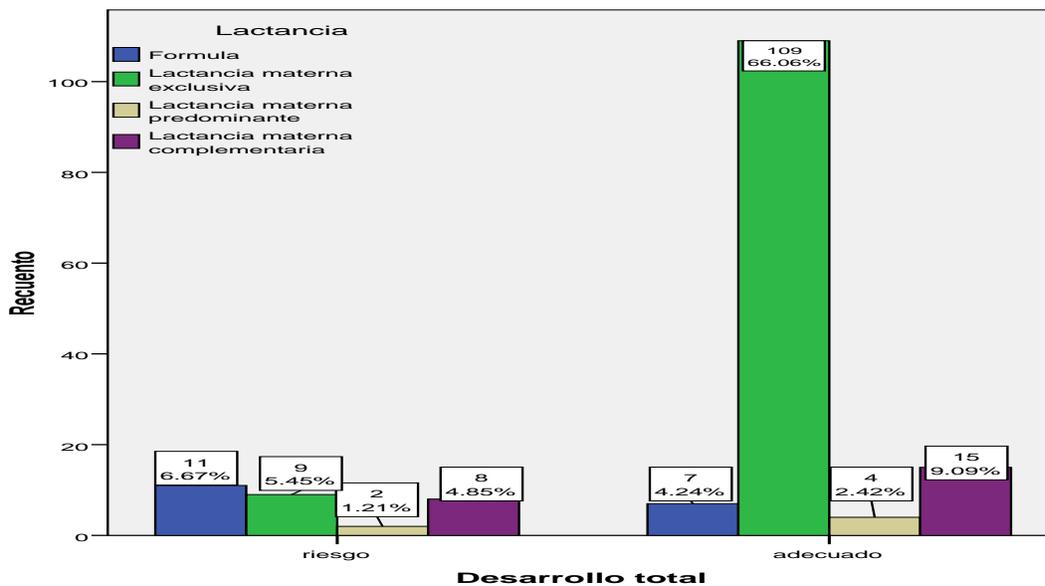
	Valor	Gl.	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35.583(a)	3	0.000
N de casos válidos	165		

Fuente: Tomado de los datos del tabla 45, resultados realizados mediante el programa SPSS 15.0

INTERPRETACIÓN:

Según la Prueba de Chi-Cuadrado, el grado de significancia estadística de la tabla 44, es menor de 0.05, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del trabajo de investigación comprobando que la lactancia materna si produce un impacto positivo en la salud, crecimiento y desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años de la población en estudio.

GRÁFICA 38: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DEL DESARROLLO DE LOS NIÑOS CON LOS QUE PRESENTARON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA CON OTRO TIPO DE LACTANCIA.



Fuente: Tabla 45

TABLA 46: PORCENTAJES Y FRECUENCIAS DE EL CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y OTRO TIPO DE ALIMENTACIÓN

Tendencia de Crecimiento según gráficas del Ministerio de Salud	Lactancia				Total
	Fórmula	Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna predominante	Lactancia materna complementaria	
Tendencia adecuada	15 83.3%	100 84.7%	4 66.7%	18 78.3%	137 83.0%
Tendencia inadecuada	3 16.7%	18 15.3%	2 33.3%	5 21.7%	28 17.0%
Total	18 100.0%	118 100.0%	6 100.0%	23 100.0%	165 100.0%

Fuente: Expediente clínico y guía de entrevista dirigida a la población en estudio

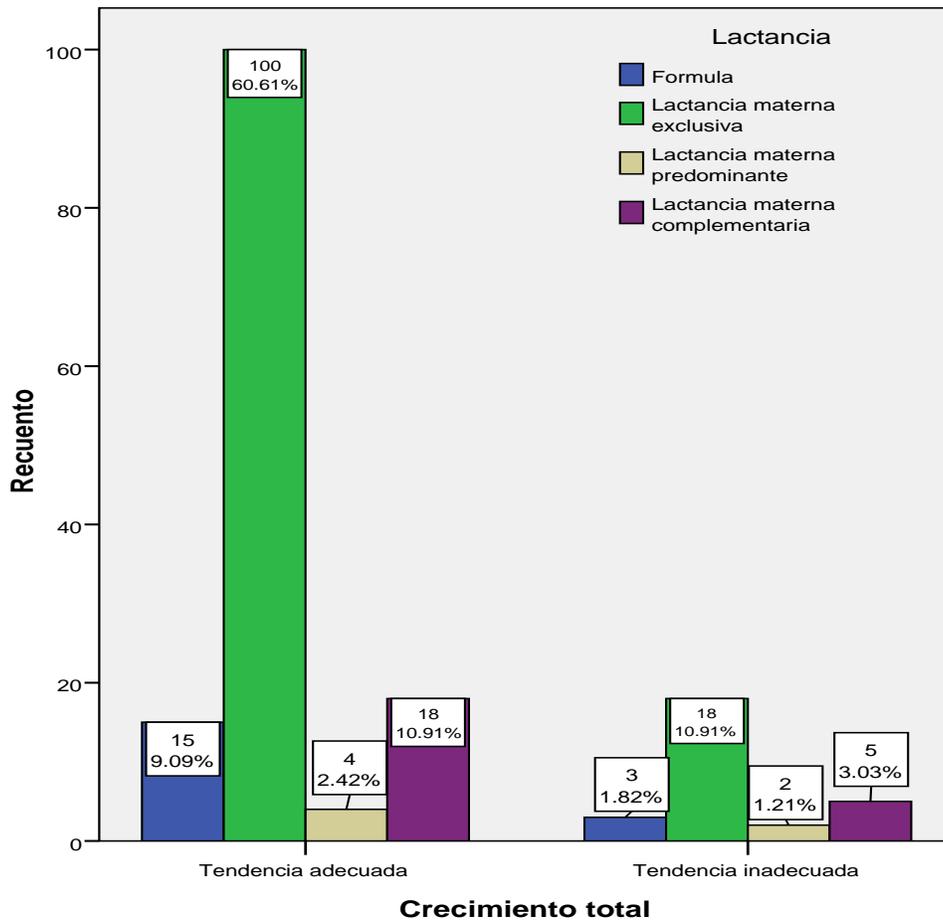
ANÁLISIS:

La presente tabla muestra que los niños que recibieron alimentación con fórmula tienen una tendencia adecuada al crecimiento con un 83.3% siendo de tendencia inadecuada el 16.7%. Los alimentado exclusivamente con lactancia materna el 84.7% mostraron una tendencia adecuada y solo el 15.3% restante no; de los infantes que tuvieron lactancia materna predominante un 66.7% de ellos evidencia una tendencia adecuada y los otros 33.3% es de una tendencia inadecuada; mientras que los niños alimentados con lactancia complementaria el 78.3% corresponde a una tendencia de crecimiento satisfactoria y solamente un 21.7% no fue adecuado.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que según el cruce de variable en la presente tabla independientemente del tipo de alimentación recibida la mayoría de los niños presentaron una tendencia adecuada en el crecimiento; pero sobresaliendo los que recibieron lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida, lo que implica que es uno de los mejores alimentos que ayudan al crecimiento de los niños.

GRÁFICA 39: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA TENDENCIA DE CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS CON LOS QUE TUVIERON LACTANCIA MATERNA Y OTROS TIPOS DE LACTANCIA.



Fuente: Tabla 46

TABLA 47: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CUÁNTAS VECES LE DA DE MAMAR A SU NIÑO AL DÍA VRS HA ESTADO INGRESADO EN EL HOSPITAL SU HIJO

Cuántas veces le da de mamar a su niño al día	A estado ingresado en el hospital su hijo		Total
	Si	No	
No lactancia Materna	10 55.6%	8 44.4%	18 100.0%
1-5 veces al día	4 11.8%	30 88.2%	34 100.0%
6-10 veces al día	6 10.3%	52 89.7%	58 100.0%
11 veces al día ó más	10 18.2%	45 81.8%	55 100.0%
Total	30 18.2%	135 81.8%	165 100.0%

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS:

La anterior tabla muestra que los niños que nunca tuvieron lactancia materna fueron ingresados en un 55.6% y 44.4% de estos no, los alimentados entre 1 y 5 veces al día con seno materno ingresaron únicamente el 11.8% y 88.2% no fue ingresado a un hospital, los lactantes alimentados entre 6 y 10 veces al día con leche materna el 10.3% presentaron ingresos y el restante 89.7% no tuvo ingresos, y finalmente los amamantados con frecuencia de 11 veces al día o más el 18% fueron ingresados mientras que un 81.8% no fueron ingresados a un centro asistencial.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que los niños que no fueron amantados tuvieron mayor número de ingresos hospitalarios, lo que comprueba una vez más que la lactancia materna disminuye la morbi-mortalidad infantil ya que fortalece el sistema de defensa del lactante.

Tabla 47-A Pruebas de Chi-cuadrado

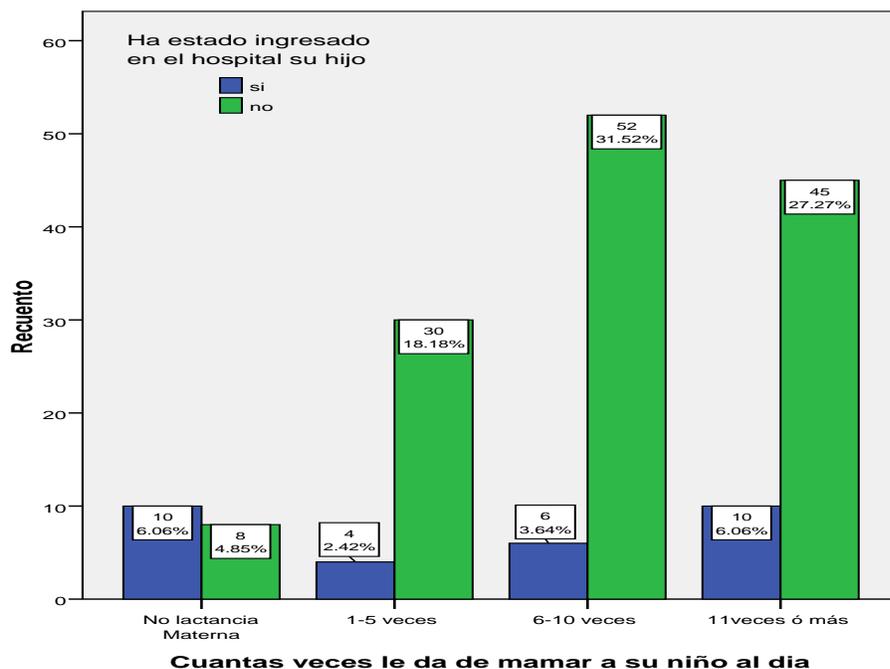
	Valor	G1	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.237	3	0.000
N de casos válidos	165		

Fuente: Tomado de los datos de tabla 46, resultados realizados mediante el programa SPSS 15.0

INTERPRETACIÓN:

Al realizar la Prueba de Chi-Cuadrado, el grado de significancia estadística que se obtuvo con el valor de P fue de 0.000 por lo que se rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis del trabajo de investigación que refiere que la lactancia materna tiene un impacto positivo en la salud, crecimiento y desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años de edad, de la población en estudio.

GRÁFICA 40: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CUÁNTAS VECES LE DA DE MAMAR A SU HIJO AL DÍA Y SI HA ESTADO INGRESADO EN EL HOSPITAL SU HIJO



Fuente: Tabla 47

TABLA 48: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE: LA EDAD DE LA MADRE VRS HA ESTADO INGRESADO EN EL HOSPITAL SU HIJO

Edad de la madre	Ha estado ingresado en el hospital su hijo		Total
	Si	No	
10-19 años	20 66.7%	103 76.3%	123 74.5%
20-29 años	9 30.0%	29 21.5%	38 23.0%
30-39 años	1 3.3%	3 2.2%	4 2.4%
Total	30 100.0%	135 100.0%	165 100.0%

Fuente: Guía de entrevista realizada a la población en estudio

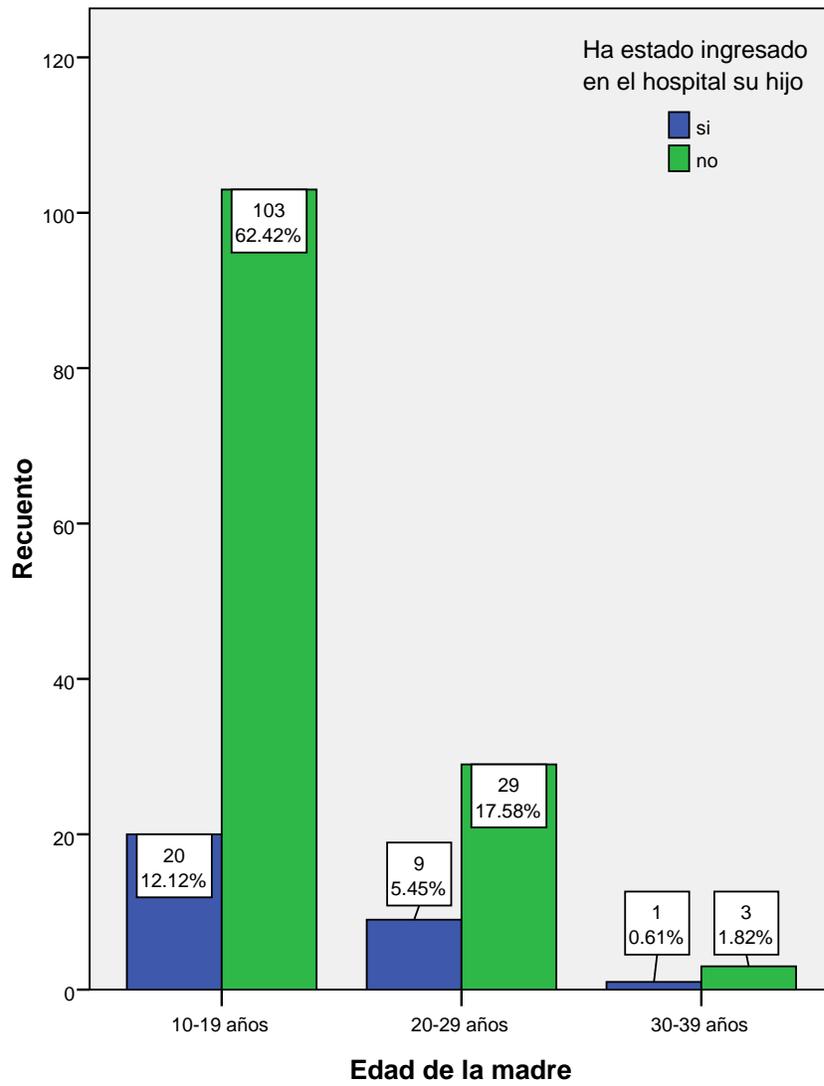
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que las madres que tienen entre 10 y 19 años ingresaron a sus hijos en el 66.7%, en el grupo de 20 a 29 años el 30.0%, y la madre restante entre la edad de 30 a 39 años confirma ingreso hospitalario solo el 3.3%. Mientras las madres que no ingresaron a sus hijos en un centro hospitalario correspondiente fue del 76.3% a las madres entre las edades de 10 a 19 años, el 21.5% de 20 a 29 años de edad y el 2.2% de las madres tienen 30 a 39 años de edad.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a los resultados en la tabla anterior se observa que el mayor porcentaje de los niños ingresados corresponde a los de las madres adolescentes con edades entre 10 a 19 años; lo cual puede ser un factor que puede influir en los cuidados que se brindan al lactante, ya que una madre muy joven puede no tener la suficiente madurez emocional como para responsabilizarse del cuidado de su hijo, y esta responsabilidad muchas veces está a cargo de otras personas (abuelas, suegra, etc.).

GRÁFICA 41: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE EDAD DE LA MADRE Y SI HA ESTADO INGRESADO SU HIJO



Fuente: Tabla 48

TABLA 49: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE: CUÁNTO TIEMPO LE DIO SOLO PECHO A SU NIÑO SIN DARLE AGUA U OTRO ALIMENTO VRS CUÁNTAS VECES HA ESTADO INGRESADO EN EL HOSPITAL SU HIJO

Cuánto tiempo le dio solo pecho a su niño, sin darle agua u otro alimento	Cuántas veces a estado ingresado su hijo				Total
	Nunca ha estado ingresado	1 vez	2 veces	3 veces ó más	
Alimentados con fórmula desde el nacimiento	8 44.4%	6 33.3%	2 11.1%	2 11.1%	18 100.0%
0-1 mes	4 66.7%	1 16.7%	1 16.7%	0 .0%	6 100.0%
2-4 meses	19 82.6%	3 13.0%	1 4.3%	0 .0%	23 100.0%
5-6 meses	103 88.0%	10 8.5%	2 1.7%	2 1.7%	117 100.0%
7 meses ó más	1 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 100.0%
Total	135 81.8%	20 12.1%	6 3.6%	4 2.4%	165 100.0%

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS:

En base a los resultados obtenidos en la tabla anterior se verifica que de los niños alimentados con fórmula el 44.4% de estos nunca han sido ingresados, el 33.3% ingresaron una vez, el 11.1% en 2 ocasiones y el resto de igual porcentaje ingreso en 3 ocasiones o más. Las madres que alimentaron a sus hijos con lactancia materna hasta un mes de edad solo fue el 66.7% y no fue ingresado, el 16.7% ingresó en 1 ocasión, y en igual porcentaje lo hicieron en 2 ocasiones. Las que amamantaron entre los 2 a 4 meses el 82.6% no ha sido ingresado, el 13% ingresó en 1 ocasión mientras que el 4.3% ingresó en 2 ocasiones. Durante los 5 a 6 meses de edad que fueron amamantados el 88% afirmo nunca haber tenido ingresado a su hijo en un hospital, el 8.5% ingresó en una ocasión, el 1.7% en 2 ocasiones y de igual porcentaje en 3 ó más ocasiones. Mientras que las madres que dieron de mamar por más de 7 meses el 100% nunca ingreso en un centro hospitalario.

INTERPRETACIÓN:

Los niños que fueron alimentados con seno materno exclusivo desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida, son los que tienen menos riesgos de ser hospitalizados. Esto favorece el crecimiento y desarrollo a través del fortalecimiento de sus capacidades y destrezas.

Tabla 49-A Pruebas de Chi-cuadrado

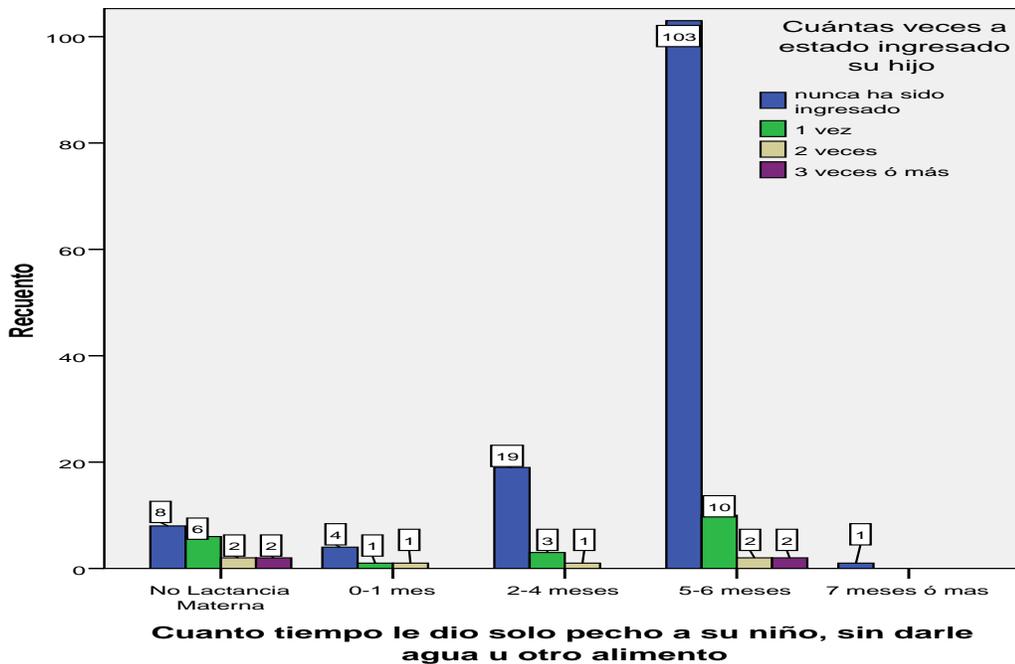
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25.398	12	0.013
N de casos válidos	165		

Fuente: Tabla 49, resultados realizados mediante el Programa SPSS 15.0

INTERPRETACIÓN:

La Prueba de Chi-Cuadrado, nos muestra que el valor de P es de 0.013 lo que significa que se acepta la hipótesis del trabajo de investigación que menciona que la lactancia materna tiene un impacto positivo en la salud, crecimiento y desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años de edad, de la población en estudio.

GRÁFICA 42: FRECUENCIAS DE CUÁNTO TIEMPO LE DIO SOLO PECHO A SU NIÑO SIN DARLE AGUA U OTRO ALIMENTO VRS CUÁNTAS VECES HA ESTADO INGRESADO EN EL HOSPITAL SU HIJO



Fuente: Tabla 49

TABLA 50: FRECUENCIAS Y PORCENTAJE DE LOS NIÑOS ALIMENTADOS CON FÓRMULA Y OTROS TIPOS DE LACTANCIA VRS DE QUÉ SE ENFERMO SU HIJO

Fórmula y otros tipos de lactancia	De que se enfermó su hijo					Total
	Nunca se ha enfermado	Enfermedades Diarreicas Agudas	Infecciones Respiratorias Agudas	Todos los anteriores	Otros	
Lactancia Materna Exclusiva	10 8.5%	11 9.4%	67 57.3%	7 6.0%	22 18.8%	117 100.0%
Fórmula	0 0%	1 5.6%	5 27.8%	3 16.6%	9 50.0%	18 100.0%
Otro tipo de lactancia	1 3.3%	1 3.3%	18 60.0%	1 3.3%	9 30.1%	30 100.0%
Total	11 6.7%	13 7.9%	90 54.5%	11 6.7%	40 24.2%	165 100.0%

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS:

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla anterior se confirma que el 57.3% de los niños alimentados con lactancia materna exclusiva enfermaron de infecciones respiratorias agudas; el 18.8% fue por IVU, ictericia, convulsiones, alergias o dermatitis; el 9.4% de enfermedades diarreicas; el 8.5% nunca ha enfermado y el 6% restante enfermó de IRAS y EDAS. Los hijos de madres que dieron fórmula en el 50.0% presentaron morbilidad causadas por IVU, Ictericia, convulsiones, alergias o dermatitis; el 27.8% de ellas fue por IRAS, el 16.6% por EDAS e IRAS; y el 5.6% por EDAS. Mientras que las madres que dieron otro tipo de alimentación sea esta predominante o complementaria, el 60.0% enfermo por IRAS; el 30.1% causado por ictericia, convulsiones, alergias, dermatitis o IVU; el 3.3% enfermó por EDAS e IRAS; de igual porcentaje solamente fue a causa de EDAS; y el resto correspondiente al 3.3% nunca enfermó.

INTERPRETACIÓN:

La tabla anterior muestra que todos los niños alimentados con fórmula se enfermaron presentando diversas patologías predominando entre estas IRAS, así como también otras enfermedades como alergia, dermatitis, infecciones de vías urinarias, ictericia, etc. en cambio todos los niños que recibieron lactancia materna exclusiva 10 de ellos nunca presentaron ninguna enfermedad y el resto presentó infecciones respiratorias predominantemente seguido de las EDAS. Sin embargo hay otros factores que pudieron haber incidido en el apareamiento de dichas patologías como son los procesos virales que se dan en la época de invierno y los malos

hábitos de higiene que favorecen la transmisión de dichas enfermedades. Además de los factores ambientales, en los niños de 6 meses en adelante pudo haber influido el tipo de alimentación complementaria y la forma de preparación de esta.

Tabla 50-A Pruebas de Chi-cuadrado

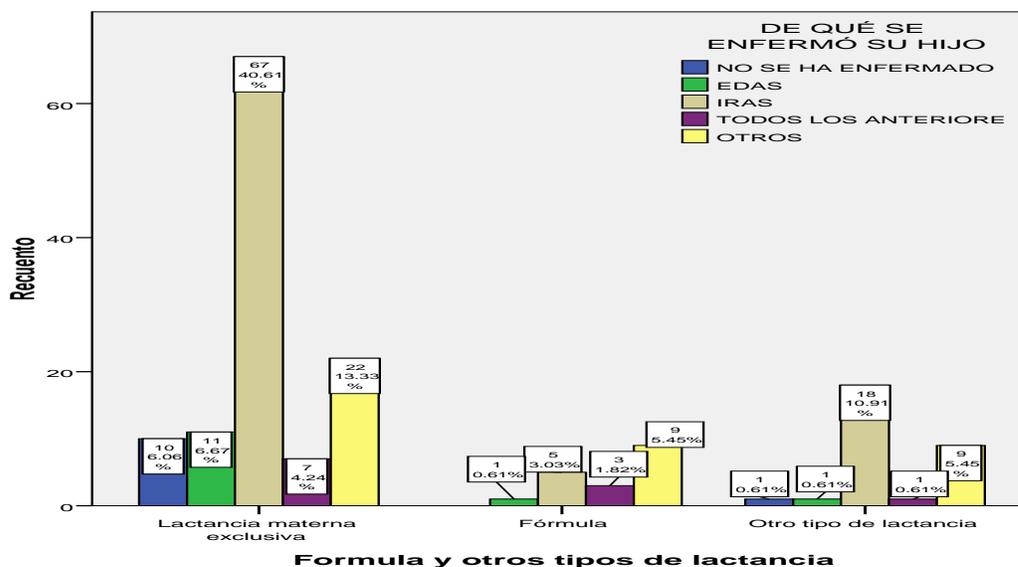
	Valor	Gl	Sig. Asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	16.308	8	0.038
N de casos válidos	165		

Fuente: Tabla 50, resultados realizados mediante el Programa SPSS 15.0

INTERPRETACIÓN:

Con base a la Prueba de Chi-Cuadrado, el grado de significancia cuando es $P < 0.05$, que en este caso es $P < 0.038$ se rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis del trabajo de investigación que refiere que la lactancia materna tiene un impacto positivo en la salud, crecimiento y desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años de edad, de la población en estudio.

GRÁFICA 43: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS NIÑOS ALIMENTADOS CON FÓRMULA Y OTROS TIPOS DE LACTANCIA VRS DE QUÉ SE ENFERMO SU HIJO



Fuente: Tabla 50

6. DISCUSION

- El trabajo de investigación trata sobre conocer el impacto de la lactancia materna de los niños de 6 meses a 2 años de edad en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Meanguera, La Laguna Joateca, del departamento de Morazán y Joya de Ventura, San Jorge, San Miguel, para lo cual se realizó una guía de entrevista a las madres lactantes de los niños de las edades antes mencionadas para comparar los grupos que tuvieron lactancia materna y los que fueron alimentados con sucedáneos de la leche materna, identificando que el 71.5% de los niños tuvieron lactancia materna exclusiva, el 14% con lactancia materna complementaria, el 3.6% lactancia materna predominante y solo el 10.9% de estos fueron alimentados con fórmula.
- Se observó que independientemente del tipo de alimentación que los niños recibieron solamente 11 de ellos nunca se enfermó y las patologías que predominaron fueron las IRAS seguida de EDAS, sin embargo el 100% de los niños alimentados con fórmula presentaron morbilidad. A pesar de que los niños fueron alimentados con leche materna, sufrieron de algún episodio patógeno; esto puede deberse a diversos factores como los brotes epidémicos virales que se dan con los cambios de clima, los malos hábitos de higiene que favorece la transmisión de estos, la mala preparación de alimentos complementarios, etc.
- En estudios realizados de la Universidad de los Andes en el año 1998, por el Dr. Rosales Duno y Col. refiere que en las enfermedades respiratorias la prevención es de 5 veces mayor en los alimentados con fórmula. Las otitis medias, se correlacionan en forma inversa con la duración de la alimentación al seno, Los cuadros de meningitis causados por haemophilus influenzae, son entre 4 y 16 veces más frecuente en los niños alimentados con fórmulas y que la enterocolitis necrosante fue entre 6 y 10 veces mayor en los alimentados con fórmula y tres veces más común en quienes recibieron alimentación mixta. Siendo en este caso que todos los niños que fueron alimentados con fórmula se enfermaron.

- Cabe destacar que la lactancia materna disminuye el riesgo de ser ingresado a un centro hospitalario ya que la leche materna tiene componentes inmunológicos, que protegen contra patologías intestinales y respiratorias, contienen minerales, electrolitos y agua favoreciendo la rehidratación oral evitando la deshidratación y por lo tanto se comprueba que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva solo 12% presentó ingreso al hospital, mientras que los que recibieron alimentación con fórmula el 55.6% se internó en un centro asistencial, siendo la mayoría por infecciones respiratorias, seguida de enfermedades diarreicas y patologías como ictericia, convulsiones febriles, A la vez de todos las madres encuestadas refieren que el 81.8% nunca han presentado ingreso hospitalarios siendo la mayoría el grupo que corresponde los alimentados por lactancia materna exclusiva.
- Además en estudios realizado por la Universidad de los Andes agrega que la hospitalización y gravedad de las infecciones respiratorias, así como la aparición de espasmo bronquial, es menos frecuente en los amamantados al pecho.
- Datos similares en un estudio sobre los efectos de la lactancia materna en la incidencia de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en la población infantil menor de seis meses, en las Unidades de Salud San Pedro, Chirilagua y anexa al hospital nacional San Juan de Dios San Miguel de julio a septiembre de 2003, concluye que : A medida que el infante menor de 6 meses recibe menos lactancia materna exclusiva aumenta la incidencia de infecciones respiratorias agudas, el infante menor de 6 meses presentó en su mayoría de uno a dos episodios previos de infecciones respiratorias agudas; los infantes no alimentados al seno materno todos presentaron historia previa de infecciones respiratorias agudas. El tipo de lactancia ejerce un efecto determinante en la incidencia de enfermedades diarreicas agudas en los infantes menores de 6 meses, es decir que a menor lactancia materna exclusiva mayor incidencia de enfermedades diarreicas agudas. El infante menor de 6 meses alimentados al seno materno de forma exclusiva la mayoría no presento ningún episodio de enfermedades diarreicas agudas. Los

infantes que si presentaron historia previa de enfermedades diarreicas el tipo de lactancia más practicada fue complementaria.

- En la investigación realizada en el 2006 en Las unidades de Salud El Tránsito, en San Miguel y Yucuaiquín y Concepción de Oriente en La Unión; con respecto a la Comparación de la morbilidad entre lactantes de 6 meses alimentados con lactancia Materna exclusiva y lactantes menores de 6 meses alimentados con lactancia materna más fórmula concluye: que los lactantes que tuvieron tanto la alimentación con lactancia materna exclusiva y de los alimentados con formulas presentaron similares resultados en las consultas por morbilidad, a causa de enfermedades respiratorias, diarreicas afecciones dermatológica y alérgicas, a su vez refiere que no afecta el estado nutricional de los niños y que los conocimientos acerca de los mismo influyen en la decisión de ejercer la práctica del amamantamiento.
- En otro punto, el factor de la edad de la materna ha presentado influencia, ya que las edades de 10 a 19 años siendo de madres adolescentes son de los niños que presentaron ingreso hospitalario en un 66.7% , en las edades de 20 a 29 años el 30% de ingresos y que edades entre 30 a 39 años el 3.3%, lo cual puede ser un factor que puede influir en los cuidados que se brindan al lactante, ya que una madre muy joven puede no tener la suficiente madurez emocional como para responsabilizarse del cuidado de su hijo.
- A parte de la información de la madre adquirido a través de la educación, también influye que el personal de salud tenga un acercamiento e informe a la paciente tanto en los controles de embarazo, parto y puerperio, ya que aunque en un 90.9% de las entrevistadas les comunicaron acerca de la técnica del amamantamiento, hay un menor porcentaje que no han sido informadas ni en el control de embarazo y en el control infantil, siendo otro factor que influye en esta práctica.
- Por otra parte, al comparar los grupos; los que recibieron lactancia materna exclusiva la mayoría presentaron una tendencia adecuada, mientras que el mayor porcentaje de los

que presentaron una tendencia inadecuado al crecimiento son los que tuvieron otro tipo de lactancia y los alimentados con fórmula.

- En el estudio realizado por Kramer y cols. en referencia al crecimiento, se sugiere que la lactancia materna prolongada y exclusiva, realmente podría acelerar el crecimiento (incremento de peso y talla) durante los 6 primeros meses de la vida.
- Datos investigativos de Argentina 2004 refieren que la prevalencia de desnutrición es mucho menos evidente en niños alimentados con leche materna y que el riesgo de obesidad disminuye hasta un 15 % en los que recibieron lactancia materna y que el efecto depende de la duración de la misma.
- También se demostró que los niños presentaron un adecuado desarrollo siendo en su mayoría los que tuvieron lactancia materna exclusiva, no siendo así los que fueron alimentados con fórmula y otros tipos de lactancia que presentaron un desarrollo con riesgo.
- Por otra parte datos revelados por Kramer y cols. Afirman que los niños bien amamantados desarrollan más su inteligencia, desarrollan personalidades más seguras y más independientes. La mayoría de estos estudios han comunicado un efecto positivo de la lactancia materna en la evolución cognitiva del niño.
- Con relación a la capacidad intelectual de los niños (as) amamantados Lucas y Col, publican en 1992. "Amamantamiento y sub-secuente inteligencia en niños nacidos de término" Ellos estudiaron dos cohortes de niños ingleses de condiciones sociales, económicas y ambientales semejantes donde la única diferencia fue el recibir lactancia materna o no. Este estudio reveló claramente que los niños amamantados, a los 7 años de edad tenían coeficientes intelectuales (IQ) mayores entre 7 y 10 puntos, que los que habían recibido fórmulas artificiales.

7. CONCLUSIONES

En base a lo anterior el grupo de investigación concluye:

1. Se comprobó que la lactancia materna produce un impacto positivo en la salud; crecimiento y desarrollo; ya que se encontró que los niños alimentados con lactancia materna exclusiva el ingreso hospitalario fue solo el 12%, mientras que los alimentados con fórmula un 55.6% de estos ingresaron a un hospital. Con respecto al crecimiento se evaluó que los niños con lactancia materna exclusiva presento una tendencia adecuada el 84.7% similar a los alimentados por fórmula con un 83.3%; siendo los de tendencia inadecuada por sobrepeso y obesidad que predominó en los niños que tomaron fórmula y otro tipo de lactancia. Presenta también un impacto positivo en relación al desarrollo ya que los niños alimentados con lactancia materna exclusiva tuvieron un desarrollo adecuado en un 92.4% contrario a los alimentados con fórmula que resultaron con riesgo en el desarrollo en un 61.1% de ellos; este estudio se realizó en los niños de 6 meses a 2 años de edad, de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Meanguera, La Laguna Joateca; del departamento de Morazán y Joya de Ventura, San Jorge del departamento de San Miguel, según los resultados de estadística a través de la prueba de Chi-Cuadrado que han presentado un resultado menor de 0.05 en las tablas 43 al 49, rechazando así la hipótesis nula y aceptando la hipótesis del trabajo de investigación.
2. En las consultas por morbilidad de los niños en estudio los tipos de patología más frecuentes que se encontraron que el 54.5% son de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), seguida de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en un 7.9%, así como también otras enfermedades como alergias, convulsiones, Infecciones de Vías Urinarias (IVU), Ictericia por lactancia materna y alteraciones dermatológicas siendo estas del 24.2%. La mayoría de los niños con lactancia materna en sus diferentes tipos como los que usaron sucedáneos de la leche materna, presentaron patologías siendo la mayoría por infecciones respiratorias y diarreicas, sin embargo el mayor porcentaje de los niños no necesito ser ingresado a un centro de salud y estos fueron el proporción a los que tuvieron alimentación con otro tipo de lactancia materna. Esto ocasiona un impacto positivo en la salud del niño ya que el sistema inmunológico responde mejor previniendo

dichas enfermedades y cuando estas se presenta en niños alimentados con lactancia materna el organismo tiene más capacidad de respuesta ante la enfermedad, disminuyendo las complicaciones que podrían presentarse disminuyendo el número de ingreso hospitalario. Es necesario mencionar que en el estudio la mayoría de los niños enfermaron aún los que fueron alimentados con lactancia materna; pero estas fueron ocasionadas por factores externos; como los constantes cambios climáticos que favorece la transmisión de agentes patógenos, las prácticas inadecuadas de higiene, malos hábitos alimenticios, esquema incompleto de vacunación y los brotes de epidemias respiratorias que sucedieron en el tiempo en que se realizó el estudio.

3. Acerca de determinar los conocimientos, mitos y creencias del amamantamiento en la entrevista realizada a las madres en el estudio; respondieron con respecto al conocimiento que tienen sobre los beneficios de la lactancia materna el 53.9% de madres afirman que la leche materna es lo mejor para el niño, el mito que predominó es que la leche le da asco al niño en un 7.9% y que el 83.6% no tienen mitos acerca de la práctica del amamantamiento. En cuanto a la creencia las madres respondieron que el 20.6% el niño ya no necesita alimentarse con leche materna.
4. Con respecto al crecimiento de los niños, se realizaron medidas en base a las gráficas de crecimiento para la edad del MINSAL de 0 a 24 meses de edad; tomando en cuenta peso, longitud y perímetro cefálico relacionándolo con los diferentes tipos de lactancia materna. Los niños alimentados con lactancia materna exclusiva presentaron una tendencia adecuada en el crecimiento correspondiente al 84.7% obteniendo similares resultados los que fueron alimentados con fórmula y otros tipos de lactancia.
5. En el desarrollo de los niños, que se midieron con la Escala Simplificada de desarrollo de los niños de 6 meses a 2 años, presentaron el 81.8% de los niños que se realizó el estudio un adecuado desarrollo predominando en los niños que recibieron lactancia materna exclusiva con el 92.4%, y el 18.2% del total de los niños de la investigación tuvieron riesgo en el desarrollo en el área motora gruesa, lenguaje y socio-afectiva; correspondiente a los alimentados con fórmula el 61.1% y el 33.3% los que recibieron otro tipo de lactancia.

8. RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos se recomienda a:

Ministerio de Salud

1. Fortalecer los programas encaminados a impulsar y motivar la promoción de la lactancia materna, involucrándose todo el personal de salud en el conocimiento y prácticas del amamantamiento, a su vez proporcione material educativo con los respectivos beneficios de la lactancia materna y técnicas de la misma.
2. Promover e informar a las madres acerca de la política de la lactancia materna través de los medios de comunicación social, distintos programas de atención a la mujer y el niño, en las respectivas Unidades comunitarias de salud, hospitales públicos y privados.
3. Fomentar la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida del niño, explicando a la vez los beneficios de la misma en la disminución de las morbilidades y buen crecimiento y desarrollo.
4. Reforzar la información sobre los beneficios que trae la lactancia materna no solo para el niño si no también las ventajas que proporciona a las madres y de esta manera lograr derribar los mitos y creencias que influyen negativamente en la práctica del amamantamiento.

Al Ministerio de Educación:

1. Que se incluya en los programas del Ministerio de Educación la lactancia materna haciendo hincapié en la promoción, práctica correcta y beneficios de esta.

A nivel Regional de Sistemas Básicos de Salud Integral en Oriente

1. Continuar con las capacitaciones del personal médico, enfermeras, promotores, sobre la práctica correcta de la lactancia materna, sus beneficios y consecuencias al no alimentar a los menores de 6 meses con ésta.

2. Realizar una completa anamnesis y examen físico completo a la hora de llevar a cabo los respectivos controles maternos e infantiles.
3. Promover la extracción y conservación de la leche materna.
4. Realizar campañas educativas continuas a través de los medios de comunicación (radio, televisión) promoviendo la lactancia materna sus beneficios, y los efectos adversos de introducir de forma temprana los sucedáneos de la leche materna; además proporcionar material educativo (carteles, panfletos, volantes) en los establecimientos de salud para la promoción de la lactancia materna.
5. Enfatizar la lactancia materna exclusiva en los programas del Ministerio de Salud como son: Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Atención Prenatal, Mujer en edad fértil, Salud Sexual y reproductiva del y la adolescente.

Se recomienda a nivel local (Unidades Comunitarias de Salud Familiar y Especializado)

1. Compromiso del personal médico, enfermeras, promotores de promover la lactancia materna en todos los niños menores de 6 meses en su establecimiento de salud y la comunidad.
2. Promover la lactancia materna exclusiva en las mujeres durante sus controles prenatales y los controles infantiles y lactancia materna complementaria hasta los 2 años de edad.
3. Crear grupos o clubes de embarazadas y puérperas en donde se dé a conocer la importancia de la lactancia materna así como los beneficios que obtienen tanto ella como su bebé.
4. Crear un comité a nivel local en el cual se incluyan miembros de la comunidad tanto hombres como mujeres con el fin de dar apoyo al personal de salud para generar interés en la comunidad sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva.

A las madres que están dando de lactar y mujeres de edad fértil

1. No dar a los recién nacidos más que leche materna sin ningún otro alimento o bebida a no ser que este estrictamente indicado por el médico.
2. Brindar lactancia materna exclusiva a los infantes hasta los 6 meses de edad y lactancia materna complementaria hasta los 2 años de edad.
3. Solicitar información al personal de salud sobre la adecuada alimentación del niño(a) menor de 6 meses y lactancia materna complementaria hasta los 2 años de edad.
4. Seguir las indicaciones y recomendaciones que se le brindan en los establecimientos de Salud sobre los cuidados y la alimentación correcta que deben recibir los infantes menores de 6 meses y lactancia materna complementaria hasta los 2 años de edad.
5. Para aumentar la producción de leche y satisfacer las necesidades del infante los recién nacidos deben succionar frecuentemente el seno materno a libre demanda.
6. Buscar asesoría con un profesional de la Salud sobre cualquier duda referente a salud del infante menor de 6 meses, antes de suspender la lactancia materna exclusiva.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Semana Nacional de Lactancia Materna “Amamantar es su derecho” , Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA), Jornada Educativa con Universidades, Centros formadores en Recursos de Salud, San Salvador, 17 de agosto de 2000. Pág. 1.
2. UNICEF, “Lactancia Materna, una práctica ambiental”, en línea, disponible en <http://www.unicef.org.co/Lactancia/historia.htm> consultado el (18/3/12)
3. Mario Alberto López Elías, Noel Enrique Meléndez Bonilla, Marlon Eduardo Merlos Benítez “Efectos de la Lactancia materna en la incidencia de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en la población menor de seis meses en las unidades de salud de San Pedro, Chirilagua y anexa al hospital nacional San Juan de Dios San Miguel de julio a septiembre de 2003” San Miguel: UES, 2003.
4. CALMA, “Centro de apoyo de la lactancia materna” , en línea, disponible en: <http://www.calma.org.sv/area.php?Palabras=lactancia> consultado el (7/2/13)
5. Edmond Lacet. OMS, “Delayd breastfeeding initiation increase risk of neoanatal mortality” Pediatric 2006, pág 113
6. MINSAL, “Política protección, Promoción Y Apoyo de la Lactancia Materna”, en línea, disponible en: http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/politica_proteccion_promocion_lactancia_materna.pdf , consultado en (18/3/12)
7. CALMA, “Centro de apoyo de la lactancia materna” , en línea, disponible en: <http://www.calma.org.sv/area.php?Palabras=lactancia> consultado el (18/3/12)
8. Aguirre, Cecilia Carolina , Centeno Castro, José Ramón , Aparicio Vásquez, Isis Anelly , “Comparación de la morbilidad entre lactantes menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva y lactantes menores de seis meses alimentados con lactancia materna mas fórmula en las unidades de salud El Transito, San Miguel, Yucuaiquin y Concepción de Oriente, La Unión, período de julio a septiembre de 2006” , San Miguel: UES, 2006.
9. Alvarado Hernández, Stanley Antonio, "Factores que inciden sobre la decisión de brindar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad en la unidad de salud de Yayantique, La Unión, julio a septiembre de 2007" San Miguel: UES, 2007.
10. UNICEF-OMS”Lactancia materna”, en línea en: http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/Presentaci%C3%B3n_libro.pdf consultado el (5/6/12)
11. OMS,”Lactancia materna”, en línea en: <http://www.definicionabc.com/salud/lactancia-materna.php> consultado el (5/6/12)

12. Gardner Grey, O'rahilly, "Vasos, drenaje linfático y mama" En Anatomía de Gardner, 5ª edición, México, Nueva editorial interamericana, 1989, p. 104-108.
13. Guyton Hall, Embarazo y Lactancia, En: Arthur C. Guyton, M.D. Tratado de Fisiología Médica, España. Interamericana McGraw-Hill, 1997, p. 1,146-1,149.
14. Behrman, Kliegman, Jenson, La alimentación de los lactantes y niños pequeños, En: Richard E. Behrman M.D, Nelson Tratado de Pediatría, Madrid, España, ELSEVIER, 2006; p.158-164.
15. F. Gary Cunningham, Kenneth J, Leveno, Steven L. Bloom, Jhon C. Hauth, Puerperio y glándulas mamarias, Obstetricia de Williams, México, McGraw-Hill, 2006; p. 609-704.
16. Nutrición, "Composición de la Leche Materna" en línea en: <http://www.zonadiet.com/nutricion/composicionleche-materna.htm> consultado el (5/6/12)
17. Guía de lactancia materna, "Componentes inmunológicos de la lactancia materna", en línea <http://guiadelactanciamaterna.wordpress.com/lactancia-materna/composicion-inmunologica-de-la-leche-materna.htm>, consultado el (12/1/13)
18. OMS, "Tipos de Leche Materna, Beneficios de la lactancia materna", en línea en: <http://www.Lactancia materna - Wikipedia, la enciclopedia libre.mht> consultado el (5/6/12)
20. La Prensa Gráfica, en línea: www.laprensagrafica.com/.../211098-banco-de-leche-humana-una-es consultado el (5/6/12)
21. Definiciones "Mitos, creencias y conocimientos" en línea en: http://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_materna consultado el (5/6/12)
22. Nutrición, "Crecimiento y desarrollo", en línea en: <http://www.salud.com/salud-infantil/diferencias-entre-crecimiento-y-desarrollo.asp> consultado el (5/6/12)
23. Epidemiología, "Medidas de Impacto", en línea en: www.slideshare.net/centroperalvilla/mediciones-epidemiologicas, consultado el (5/6/12)
24. Epidemiología, "Impacto en la Salud", en línea en: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1>. Consultado el (5/6/12)
- 25." Impacto de la Lactancia Materna en la Disminución de la Morbilidad" en línea en: http://www.Impacto_lm en mortalidad infantil.pdf consultado el (5/6/12)
26. Horwood.L.J, Darlow, Mogridgen. Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years.) Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2001;84:F23-7

27. “Impacto de Lactancia Materna en Crecimiento y desarrollo” en línea en: http://www.prematuros.cl/webenfermerianeonatal/junio07/Impacto_lactancia.pdf consultado el (5/6/12)

28. Lineamientos Operativos para el Funcionamiento de los ECOS Familiares y Especializados, [http://www.ministeriodesalud.org.sv//bibliotecavirtualLineamientos Operativos para el Funcionamiento de los ECOS Familiares y Especializados.pdf](http://www.ministeriodesalud.org.sv//bibliotecavirtualLineamientos_Operativos_para_el_Funcionamiento_de_los_ECOS_Familiares_y_Especializados.pdf), consultado el (5/6/12)

ANEXOS

ANEXO 1 GLOSARIO

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

Acido Desoxiribo Nucleico: El ácido desoxirribonucleico, frecuentemente abreviado como ADN, es un [ácido nucleído](#) que contiene instrucciones [genéticas](#) usadas en el [desarrollo](#) y funcionamiento de todos los [organismos](#) vivos conocidos y algunos [virus](#), y es responsable de su transmisión [hereditaria](#).

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

Alojamiento conjunto: Es la permanencia de la madre junto a su bebé en la misma habitación durante los días que permanezcan en el Establecimiento de Salud.

Anticuerpo: Los **anticuerpos** (también conocidos como **inmunoglobulinas**, abreviado Ig) son [glicoproteínas](#) del tipo [gamma globulina](#). Pueden encontrarse de forma soluble en la [sangre](#) u otros fluidos corporales de los [vertebrados](#), disponiendo de una forma idéntica que actúa como [receptor](#) de los [linfocitos B](#) y son empleados por el [sistema inmunitario](#) para identificar y neutralizar elementos extraños tales como [bacterias](#), [virus](#) o [parásitos](#).

Antígeno: Un antígeno ("anti", del griego αντι- que significa 'opuesto' o 'con propiedades contrarias' y "geno", de la raíz griega γεν, generar, producir; que genera o crea oposición) es una sustancia que desencadena la formación de [anticuerpos](#) y puede causar una [respuesta inmunitaria](#).¹ La definición moderna abarca todas las sustancias que pueden ser reconocidas por el [sistema inmune adaptativo](#), bien sean propias o ajenas.

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

Bronquiolitis: es un término usado en la medicina humana y [animal](#) que se refiere a la [inflamación](#) de las vías aéreas pequeñas, fundamentalmente los [bronquiolos](#) del [lactantes](#) menores de 2 años de edad.

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

Carnitina: La carnitina o 3-hidroxi-4-trimetilaminobutirato (conocida también como L-carnitina o levocarnitina, debido a que en estado natural es un [estereoisómero L](#)) es una [amina](#) cuaternaria sintetizada en el [hígado](#), los [riñones](#) y el [cerebro](#) a partir de dos [aminoácidos esenciales](#), la [lisina](#) y la [metionina](#). En ocasiones se la ha confundido con el [ácido fólico](#) (vitamina B₉). La carnitina es responsable del [transporte](#) de [ácidos grasos](#) al interior de las [mitocondrias](#), [orgánulos celulares](#) encargados de la producción de [energía](#).

Creencias: Una creencia es el estado de la [mente](#) en el que un [individuo](#) tiene como [verdadero](#) el [conocimiento](#) o la [experiencia](#) que tiene acerca de un [suceso](#) o [cosa](#).

Conocimiento: Platón define el [conocimiento](#) como *creencia verdadera justificada por la razón*.

Convulsiones neonatales: las convulsiones en el periodo neonatal constituyen la expresión clínica por excelencia de la disfunción del Sistema Nervioso Central.

Dermatitis: (de la palabra griega *dermos*: piel) es un término médico que puede referirse a distintas afecciones de la [piel](#).

Desnutrición: es una enfermedad causada por una dieta inapropiada, hipocalórica e hipoproteica. También puede ser causada por mala absorción de nutrientes.

Diarrea: del [griego](#) antiguo *διάρροια* (*diárrhoia*), es decir, *διά* (*dia*) «a través» y *ῥέω* (*rhein*) «corriente o flujo»— es una alteración de las [heces](#) en cuanto a volumen, fluidez o frecuencia en comparación con las condiciones fisiológicas, lo cual conlleva una baja absorción de [líquidos](#) y [nutrientes](#), y puede estar acompañada de [dolor](#), [fiebre](#), [náuseas](#), [vómito](#), debilidad o pérdida del [apetito](#).

Duodeno: En el [sistema digestivo](#), el **duodeno** es la parte del [intestino delgado](#) que conecta el [estómago](#) con el [yeyuno](#). El término *duodeno* procede del latín *duodenum digitorum*, esto es porque los antiguos anatomistas decían que medía doce traveses de dedos, es decir unos 25 centímetros.

Eccema: Un eccema o eczema es una afección [dermatológica](#) (de la piel), caracterizada por una [inflamación](#) que presenta diversas [lesiones](#) como: [eritema](#), [vesículas](#), [pápulas](#) y exudación.

Enterocolitis necrosante o necrotizante (ECN): Es una [inflamación](#) que causa destrucción de cantidades variables de [intestino](#).

Glándula: Una glándula es un conjunto de células cuya función es sintetizar sustancias químicas, como las [hormonas](#), para liberarlas, a menudo en la [corriente sanguínea](#) y en el interior de una cavidad corporal o su superficie exterior.

Glutamina: La glutamina (abreviada Gln o Q) es uno de los 20 [aminoácidos](#) que intervienen en la composición de las [proteínas](#) y que tienen [codones](#) referentes en el [código genético](#); es una [cadena lateral](#) de una [amida](#) del ácido glutámico, formada mediante el reemplazo del [hidroxilo](#) del ácido glutámico con un [grupo funcional amina](#).

Haemophilus influenzae: anteriormente llamado **bacilo de Pfeiffer** o *Bacillus influenzae*, son cocobacilos [Gram-negativo](#) no móviles descritos en [1892](#) por [Richard Pfeiffer](#) durante una [pandemia](#) de [gripe](#).

Impacto de Salud: Un impacto de salud puede ser positivo o negativo. Un impacto positivo en la salud es un efecto que contribuye a la buena salud o para la mejora de la salud.

Lactancia de biberón: Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.

Lactancia materna completa: Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.

Lactancia materna exclusiva: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

Lactancia materna predominante: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

Lactancia Materna: La lactancia materna es la alimentación con [leche del seno materno](#).

Lactógeno Placentario: El lactógeno placentario humano (HPL) o somatomamotropina coriónica humana, es una [hormona polipeptídica](#) producida por la [placenta](#).

Leche entera: Es el producto integro no adulterado o alterado del ordeño higiénico regular de vacas sanas que no ha sufrido ningún tratamiento a excepción del filtrado y enfriamiento que no contiene calostro y que está exenta de color, olor, sabor y consistencia anormales.

Macrosomia: El termino macrosomía se utiliza de forma imprecisa para definir a un feto grande. Se suele hablar de macrosomía cuando se calcula que el peso del bebé al nacer será mayor del percentil 90 o superior a 4 kilos de peso.

Miometrio: El miometrio, o miocito uterino es la capa [muscular](#) intermedia (formada por músculo liso). Fundamental en la contracción del [útero](#) en el trabajo de [parto](#).

Mito: *"El mito son los hechos de la mente puestos de manifiesto en la ficción de la materia"*. Los mitos forman parte del sistema de creencias de una cultura o de una comunidad, la cual los considera historias verdaderas.

Morbilidad (del latín "morbus", enfermedad) es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados.

Obesidad: es la [enfermedad](#) crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o [hipertrofia](#) general del [tejido adiposo](#) en el cuerpo; es decir cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos, almacenada en forma de grasa corporal se incrementa hasta un punto donde está asociada con numerosas complicaciones como ciertas condiciones de salud o enfermedades y un incremento de la mortalidad.

Osteoporosis: es una enfermedad que disminuye la cantidad de [minerales](#) en el [hueso](#), perdiendo fuerza la parte de hueso trabecular por un defecto en la absorción del [calcio](#)

Otitis: La otitis es la inflamación del [oído](#). Según su localización anatómica se clasifican en [otitis externa](#) y [otitis media](#).

Oxitocina: La oxitocina (del griego ὄξύς oxys "rápido" y τόκος tokos "nacimiento") es una [hormona](#) relacionada con los patrones sexuales y con la conducta maternal y paternal que actúa también como [neurotransmisor](#) en el cerebro.

Progesterona: también conocida como **P4** (pregn-4-en-3,20-diona), es una [hormona esteroide](#) C-21 involucrada en el [ciclo menstrual femenino](#), [embarazo](#) (promueve la [gestación](#)) y [embriogénesis](#) de los [humanos](#) y otras especies.

Recién nacido pretermo: recién nacido de menos de 37 semanas de gestación

Recién nacido a término: recién nacido de 37 a 42 semanas de gestación

Recién nacido postérmino o posmaduro: nacido después de 42 semanas de gestación

Reflejo: El término reflejo se define como la respuesta automática e involuntaria que realiza un ser vivo ante la presencia de un determinado estímulo. La respuesta refleja implica generalmente un movimiento, aunque puede consistir también en la activación de la secreción de una glándula.

Reflejo de extrusión: consiste precisamente en que, cuando se introduce un alimento en la parte anterior de la boca, se expulsa al exterior con la lengua.

Reflujo Gastroesofágico: la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ocurre cuando un músculo al final del esófago no se cierra adecuadamente. Eso permite que el contenido del estómago regrese, o haga reflujo, hacia el esófago y lo irrite.

Síndrome pilórico: Se debe a una obstrucción del canal pilórico y se caracteriza por vómitos en los que se reconocen alimentos ingeridos varias horas antes. También se presentan náuseas y dolor en la mitad superior del abdomen. Si los vómitos son biliosos significaría que la obstrucción.

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

Talla: estatura de una persona

Taurina: es un [ácido orgánico](#) que interviene en la formación de la [bilis](#), que se encuentra naturalmente en pequeñas cantidades en los tejidos de muchos seres vivos (incluyendo a los humanos) y por lo tanto en varios alimentos. Es un derivado del [aminoácido cisteína](#) que contiene el grupo [tiol](#); y es el único [ácido sulfónico](#) natural conocido.

ANEXO 2 ABREVIATURAS Y SIGLAS

Ac: Anticuerpo

Ags: Antígeno

EDAS: Enfermedades Diarreicas Agudas

IgG: Inmunoglobulinas

IQ: Coeficiente Intelectual

IRAS: Infecciones Respiratorias Agudas

MINSAL: Ministerio de Salud y Asistencia Social

NCHS: National Center for Health Statistics

OMS: Organización Mundial de la Salud

SNC: Sistema Nervioso Central

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

CICSLM: Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche

AIEPI: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

USANYM: Unidades de Salud como Amigas de la Niñez y las Madres

LEPINA: Ley de Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ODM: Objetivo de Desarrollo del Milenio

HIAN: Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

IVU: Infecciones de Vías Urinarias

ANEXO 3 GRÁFICA DE PESO PARA LA EDAD DE NIÑAS DE 0 A 24 MESES



Ministerio de Salud
EL SALVADOR
 REPÚBLICA DE LA REPÚBLICA

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición
GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 0 A 24 MESES



USAID
 DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
 UNIDOS DE AMÉRICA

Fecha de nacimiento: _____

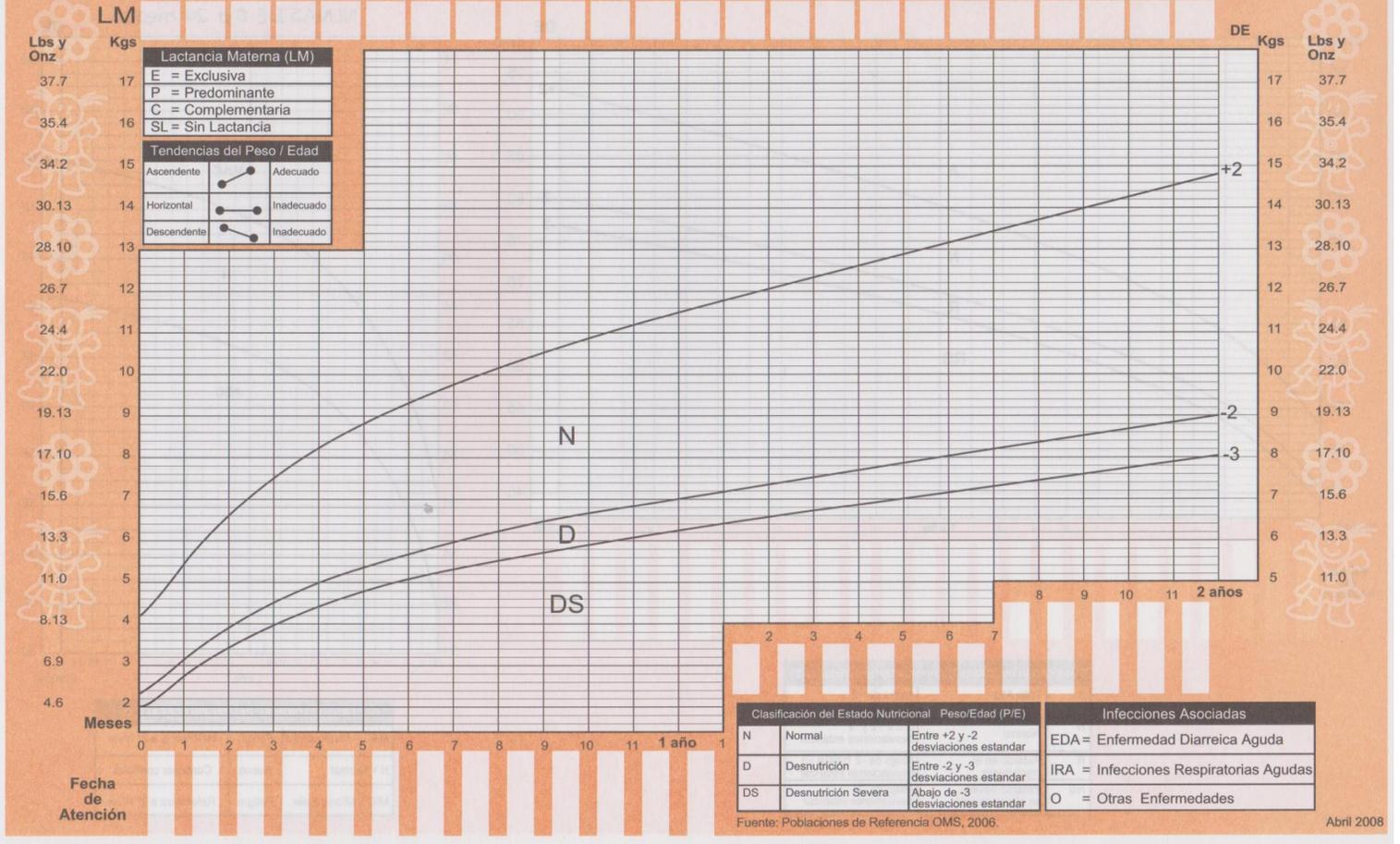
Nombre: _____

Peso al nacer: _____

Talla al nacer: _____

No. de Expediente _____

GRÁFICA: PESO PARA LA EDAD



ANEXO 4 GRÁFICA DE PESO PARA LA EDAD DE NIÑOS DE 0 A 24 MESES



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición

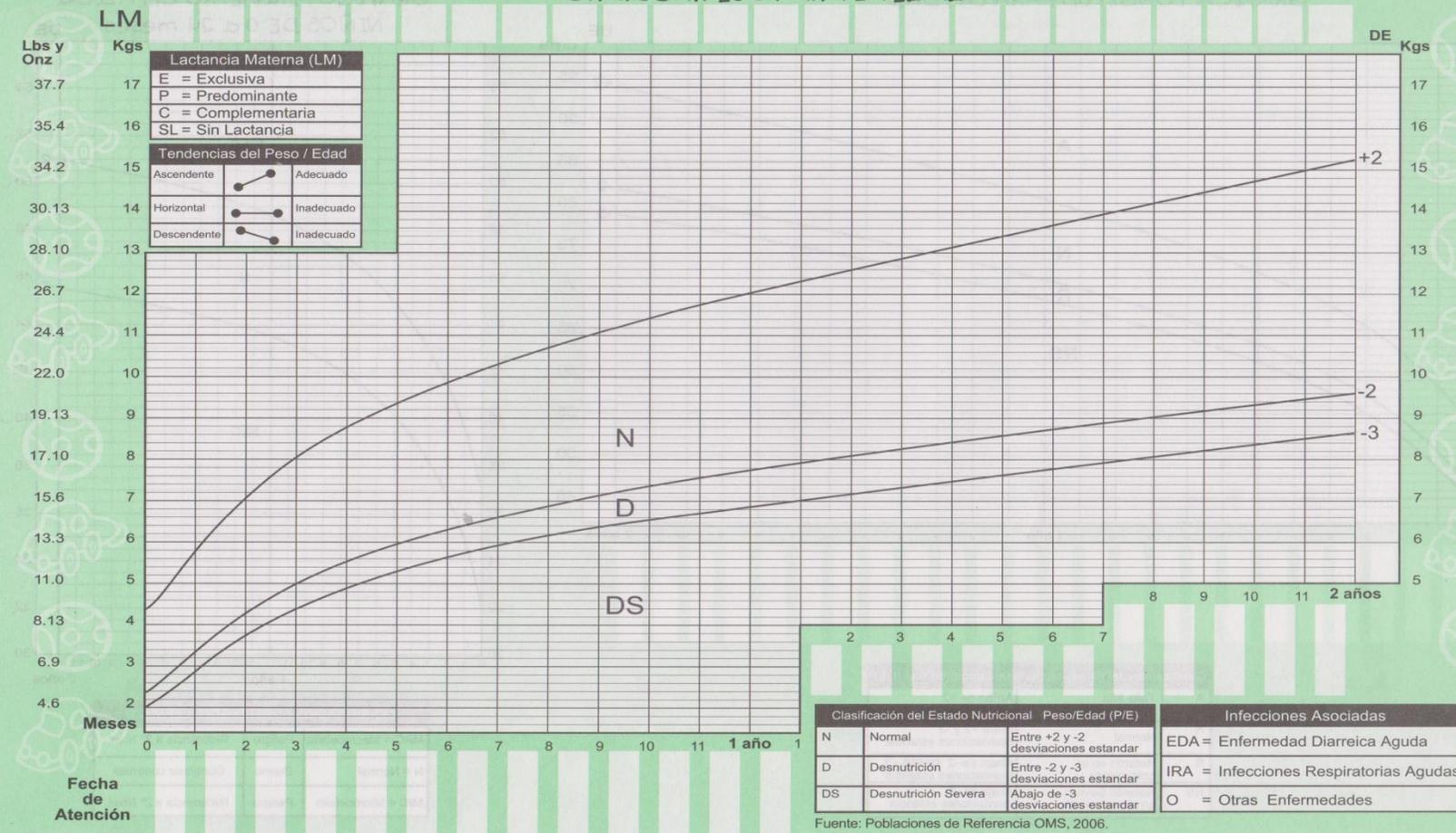


GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 0 A 24 MESES

Nombre: _____ No. de Expediente _____

Fecha de nacimiento: _____ Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____

GRÁFICA: PESO PARA LA EDAD



ANEXO 5 GRÁFICA DE LONGITUD PARA LA EDAD Y PERIMETRO CEFALICO DE NIÑAS DE 0 A 24 MESES



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición



GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 0 A 24 MESES

GRÁFICA: LONGITUD PARA LA EDAD

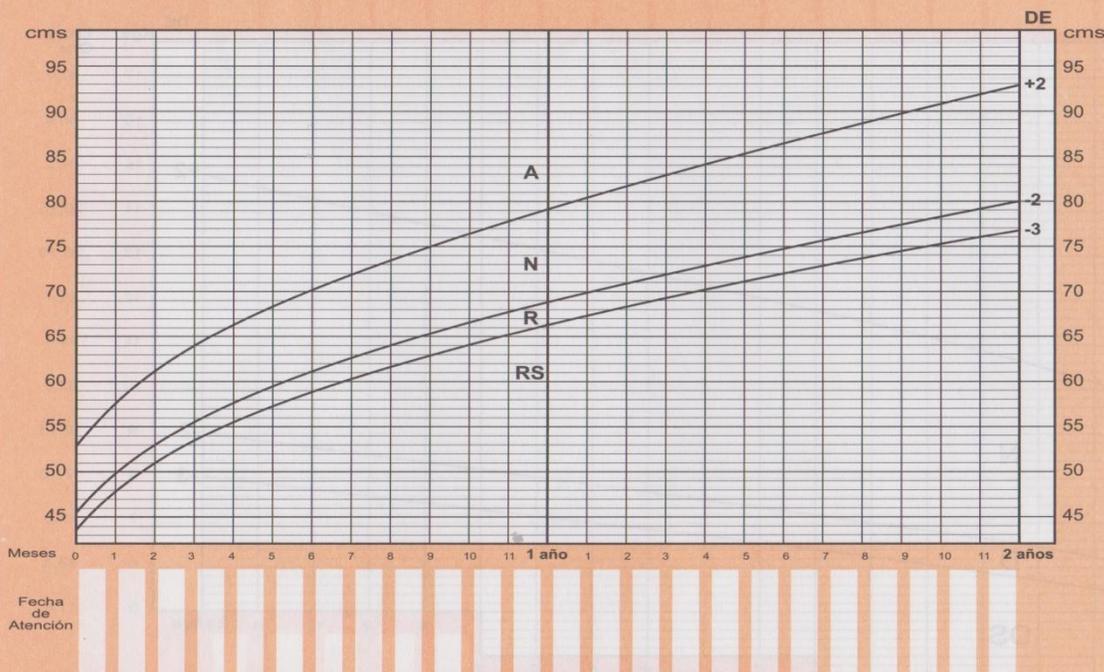
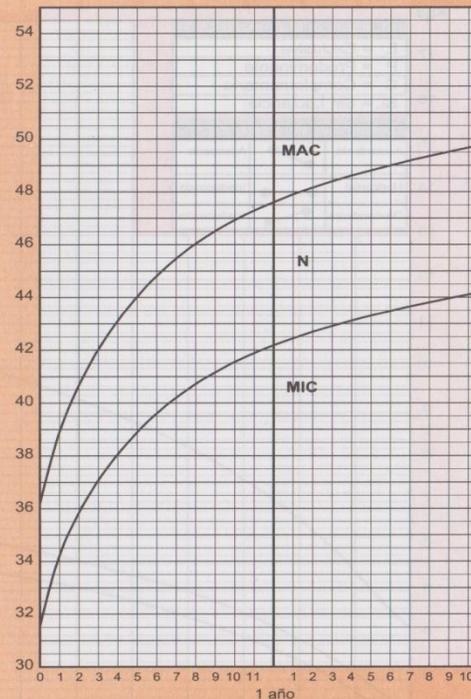


GRÁFICO PERÍMETRO CEFÁLICO NIÑAS DE 0 a 24 meses



Clasificación del Estado Nutricional Longitud/Edad (L/E)		
A	Talla Alta	Arriba de +2 desviaciones estandar
N	Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandar
R	Retardo en el crecimiento	Abajo de -2 hasta -3 desviaciones estandar
RS	Retardo Severo en el crecimiento	Abajo de -3 desviaciones estandar

CLASIFICACIÓN EL PERÍMETRO CEFÁLICO		
MAC = Macrocefalia	Peligro	Referencia a 2º Nivel
N = Normal	Bueno	Continuar controles
MIC = Microcefalia	Peligro	Referencia a 2º Nivel

Abril 2008

ANEXO 6 GRÁFICA DE LONGITUD PARA LA EDAD Y PERIMETRO CEFALICO DE NIÑOS DE 0 A 24 MESES

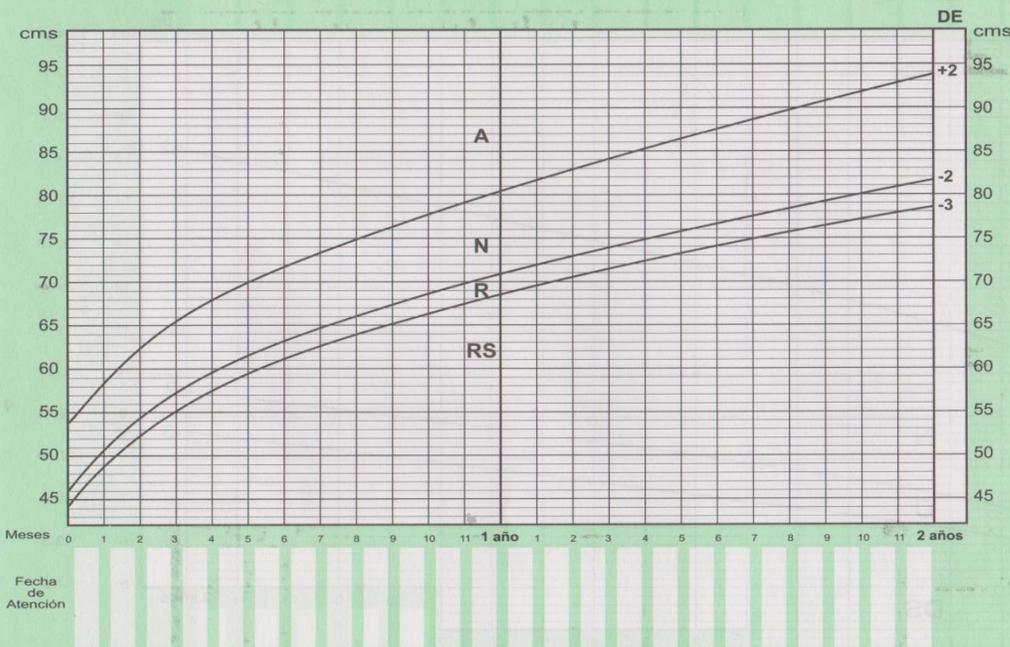


Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición



GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 0 A 24 MESES

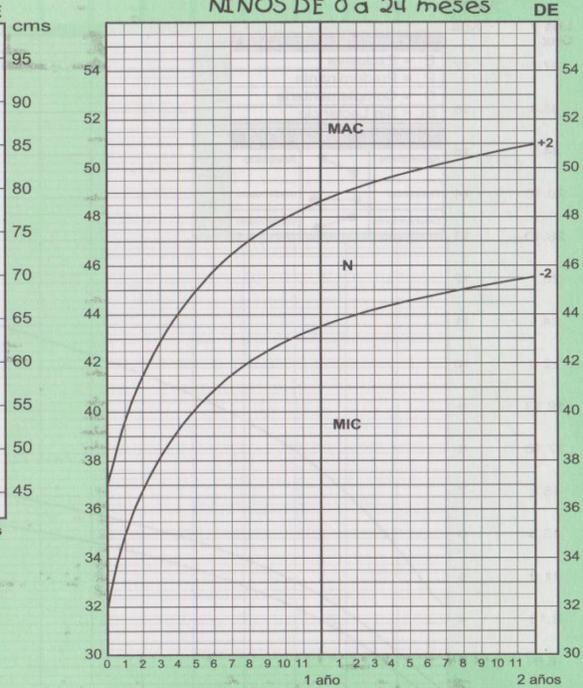
GRÁFICA: LONGITUD PARA LA EDAD



Clasificación del Estado Nutricional Longitud/Edad (L/E)

A	Talla Alta	Arriba de +2 desviaciones estandar
N	Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandar
R	Retardo en el crecimiento	Abajo de -2 hasta -3 desviaciones estandar
RS	Retardo Severo en el crecimiento	Abajo de -3 desviaciones estandar

GRÁFICO PERÍMETRO CEFÁLICO NIÑOS DE 0 a 24 meses



CLASIFICACIÓN EL PERÍMETRO CEFÁLICO

MAC = Macrocefalia	Peligro	Referencia a 2º Nivel
N = Normal	Bueno	Continuar controles
MIC = Microcefalia	Peligro	Referencia a 2º Nivel

ANEXO 7 ESCALA SIMPLIFICADA DE DESARROLLO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS PARTE ANTERIOR

Ministerio de Salud



Escala simplificada de desarrollo de niñas y niños menores de cinco años

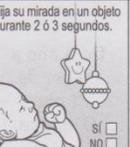
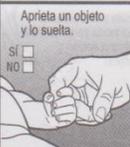
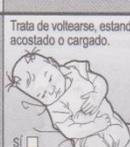
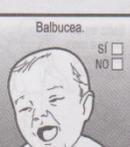
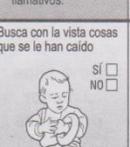

Save the Children

Nombre

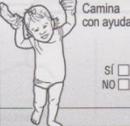
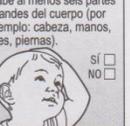
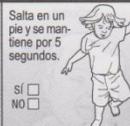
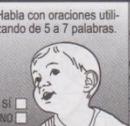
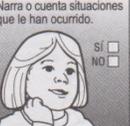
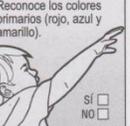
Fecha de nacimiento

No. de expediente

Nombre del establecimiento

Fecha de la Evaluación y Edad de la Niña y el Niño	Rango de edad						Clasificar
↓	Reflejos Menor de 8 días	 Presencia de reflejo de moro completo.	 Presencia de reflejo cocleopalpebral.	 Presencia de reflejo de búsqueda y succión.			Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Fecha y edad	Áreas del Desarrollo	Motricidad gruesa	Motricidad fina	Socioafectiva	Lenguaje	Cognición	Clasificar
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	De 8 días a menor de 1 mes	 Trata de dominar la cabeza.	 Tiene reflejos innatos de búsqueda y succión.	 Mira la cara cuando alguien está de 20 a 30cm.	 Llora para expresar lo que siente (hambre, frío, dolor o que se haya mojado).	 Fija su mirada en un objeto durante 2 ó 3 segundos.	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Fecha y edad	Actividades para estimular el Desarrollo	Tómelo de las manos y levántelo con cuidado.	Que la madre roce el pezón en la mejilla, para que busque el pecho.	Cárguele, háblele y acarícielo la cara.	Tranquilele cuando lllore, trate de identificar el motivo del llanto y atiéndale.	Cuelgue objetos que llamen su atención, por su forma, sonido y color.	
<input type="checkbox"/>	De 1 mes a menor de 2 meses	 Levanta la cabeza por encima del tronco, estando boca abajo.	 Aprieta un objeto y lo suelta.	 Gesticula con el rostro.	 Emite sonidos ante el estímulo (por ejemplo: ah, eeh, ggg y otros).	 Busca de dónde vienen los sonidos.	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Fecha y edad	Actividades para estimular el Desarrollo	Acuéstelo boca abajo y pásese su dedo sobre la espalda.	Póngale sus dedos índices en las palmas de las manos de la o del bebé.	Plátiquelo y hágale gestos expresivos.	Háblele cara a cara pronunciando diferentes sonidos para que lo repita.	Suénele un objeto frente al rostro (a una distancia de 20 a 30 cms.) y muévaselo de un lado a otro.	
<input type="checkbox"/>	De 2 meses a menor de 4 meses	 Cuando está boca abajo se levanta apoyándose en los antebrazos unos segundos.	 Rasca la palma de la mano o los objetos que toca.	 Sonríe cuando se le acaricia, se le habla o en situaciones de agrado.	 Emite sonidos guturales como por ejemplo: agu... agu...	 Mira objetos que tiene en la mano.	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Fecha y edad	Actividades para estimular el Desarrollo	Acuéstelo boca abajo varias veces al día.	Colóquelo la palma de su mano haciéndole presión en sus dedos.	Háblele y cántele canciones de cuna.	Repítale los sonidos que hace la o el bebé.	Colóquelo objetos pequeños en la mano para que pueda verlos.	
<input type="checkbox"/>	De 4 meses a menor de 6 meses	 Trata de voltearse, estando acostado o cargado.	 Toma objetos grandes con toda la mano.	 Reconoce a su madre o persona que le cuida.	 Balbucea.	 Sigue con la mirada objetos que se mueven.	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Fecha y edad	Actividades para estimular el Desarrollo	Colóquelo boca abajo estimulándole para que se voltee.	Enséñele un juguete y motive a que lo tome.	Pregúntele donde está mamá o alguien de la familia para que lo señale, o diga el nombre.	Háblele y cántele.	Muéstrele objetos llamativos.	
<input type="checkbox"/>	De 6 meses a menor de 8 meses.	 Se sienta y se mantiene sin apoyo de objetos usando o no sus brazos para estabilizarse.	 Estira los brazos para alcanzar un objeto de manera intencional.	 Mira a otro u otra bebé y trata de tocarle.	 Imita expresiones mimicas como "adiós", "dame".	 Busca con la vista cosas que se le han caído.	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Fecha y edad	Actividades para estimular el Desarrollo	Ayúdele a sentarse unos segundos en un lugar seguro.	Dele juguetes u objetos al frente para que pueda explorarlos.	Acérquelo a otras niñas y niños.	Hágale saber que entiende el significado de sus gestos y dígaselo con palabras.	Colóquelo juguetes para que los vea y los recupere.	

ANEXO 8 ESCALA SIMPLIFICADA DE DESARROLLO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS PARTE POSTERIOR

Fecha y edad	Rango de edad	Motricidad gruesa	Motricidad fina	Socioafectiva	Lenguaje	Cognición	Clasificar
	De 8 meses a menor de 10 meses	Gatea.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Pasa un objeto de una mano a otra.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Demuestra su afecto apoyando su carita contra la de su mamá.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Entrega un objeto cuando se le dice "dame" o reacciona cuando se le dice "no".  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Busca objetos escondidos.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Fecha y edad	Actividades para estimular el Desarrollo	Póngale en el suelo para que gatee.	Ofrezcale juguetes u otros objetos para que juegue pasándolos de una mano a otra.	Háblele siempre con respeto y cariño, abrázcelo.	Entréquele objetos y luego pídale los.	Juégue a las escondidas, esconda cosas debajo de un pañal.	
	De 10 meses a menor de 1 año	Camina con ayuda.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Mete y saca varios objetos de un recipiente (vaso, hualca).  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Reconoce a los miembros de la familia y los señala cuando se les nombra.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dice palabras cortas: agua, mamá, papá o dame.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Agarra un objeto con una mano, sin soltar el que tiene en la otra.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Fecha y edad	Actividades para estimular el Desarrollo	Tómelo de la mano y ayúdele a dar pasos.	Colóquelo objetos en una caja o taza y estímulele para que imite estos movimientos	Pregúntele donde está mamá o alguien de la familia para que le señale o diga el nombre.	Plátiquelo y pídale que repita palabras.	Entréquele un objeto en cada mano y muéstrela otro aunque se le caiga uno de las manos.	
	De 1 año a menor de 1 año 6 meses	Camina sin apoyo.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Agarra objetos con el dedo índice y el pulgar o dedo medio y pulgar.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Come sola o solo y derrama parte del contenido.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dice entre 2 y 3 palabras aparte de mamá y papá.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Señala una figura cuando se le dice el nombre (por ejemplo: muñeco, árbol y otros).  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Fecha y edad	Actividades para estimular el Desarrollo	Invítele a caminar en espacios seguros.	Ofrezcale objetos para que pueda tomarlos utilizando los dedos pulgar e índice.	Permitale que coma sin ayuda aunque se derramen los alimentos.	Háblele, muéstrela las cosas y dígame el nombre correcto de estas.	Ayúdele a identificar objetos nuevos.	
	De 1 año 6 meses a menor de 2 años	Se baja de un asiento.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Construye una torre de 2 a 3 objetos.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hala a una persona conocida para mostrarle alguna acción u objeto.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dice frases cortas usando de 2 a 3 palabras (como por ejemplo: gato fue, mami esta casa, etc).  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se señala a sí misma cuando se le pregunta: ¿dónde está... (su nombre)  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Fecha y edad	Actividades para estimular el Desarrollo	Déjelo sentarse sola o solo en una silla, supervíselo.	Enséñele a jugar con objetos, colocándolos uno sobre otro.	Pídale que le lleve a enseñarle personas, lugares o cosas.	Vean libros, periódicos y revistas y converse sobre los dibujos.	Háblele y límele por su nombre.	
	De 2 años a menor de 3 años	Salta con los dos pies al mismo tiempo.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hojea libros, revistas o periódicos.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Muestra su independencia queriendo hacer cosas por sí solo (por ejemplo: peinarse).  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Responde a preguntas: ¿dónde está...? ¿quién es...?  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sabe al menos seis partes grandes del cuerpo (por ejemplo: cabeza, manos, pies, piernas).  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Fecha y edad	Actividades para estimular el Desarrollo	Motívele a saltar en dos pies.	Dele libros, revistas y enséñele a pasar de forma correcta las hojas.	Déjelo que haga cosas por sí mismo, por ejemplo: peinarse, lavarse las manos.	Motívele a contar sus experiencias y hágale preguntas.	Pídale que nombre y señale las partes del cuerpo y enséñele nuevos.	
	De 3 años a menor de 4 años	Salta en un pie y se mantiene por 5 segundos.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Copia una cruz después de ver un modelo.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Controla esfínteres.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Habla con oraciones utilizando de 5 a 7 palabras.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Conoce nociones espaciales como arriba, abajo, adelante, atrás.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Fecha y edad	Actividades para estimular el Desarrollo	Invítele a pararse en un pie	Dibúele una cruz y pídale que repita su trazo.	Enséñele que avise para usar el baño.	Conversele, escúchele y cuéntele cuentos.	Háglele juegos donde utilice las siguientes nociones "adelante", "atrás", "arriba", "abajo", "alto" y "bajo".	
	De 4 años a menor de 5 años	Camina hacia atrás.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dibuja la figura humana: cabeza, cuerpo, brazos y piernas.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Juega en grupos de niñas y niños por largo tiempo.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Narra o cuenta situaciones que le han ocurrido.  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Reconoce los colores primarios (rojo, azul y amarillo).  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
	Actividades para estimular el Desarrollo	Tómelo de las manos, enséñele a caminar hacia atrás y luego permítale que lo haga sólo con supervisión.	Pídale que dibuje, sobre el suelo, papel o arena.	Invítele a jugar con otras niñas y niños, dele cosas y supervíselo.	Escúchele, permítale hacer preguntas y hágale preguntas usted también.	Enséñele los colores de los objetos que se encuentran cerca (por ejemplo: "el árbol con flores rojas").	

ANEXO 9

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ de _____ años de edad, he sido elegida para participar en la investigación llamada el Impacto de la Lactancia Materna en niños de 6 meses a 2 años de edad, en las Unidad Comunitaria de Salud Familiar Meanguera, Equipo Comunitario de Salud Familiar Rural Joateca Mo La Laguna, del departamento de Morazán, y Equipo Comunitario de Salud Familiar Rural Joya de Ventura San Jorge, departamento de San Miguel en el periodo agosto a diciembre de 2012.

Se me ha explicado en qué consiste la investigación, entiendo el propósito de la misma por lo que acepto voluntariamente participar en esta investigación y a la vez permitiré que se le realice un examen físico a mi hijo/a.

Firma o huella dactilar de la madre participante:

Fecha: _____



ANEXO 10

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

OBJETIVO GENERAL: Investigar el impacto de la lactancia materna en niños de 6 meses a 2 años de edad, Unidades Comunitarias de Salud Familiar Meanguera, La Laguna Joateca, del departamento de Morazán, y Joya de Ventura San Jorge, departamento de San Miguel en el periodo agosto a septiembre de 2012.

INDICACIONES: Posterior a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión; lea y explique cuidadosamente cada una de las preguntas a la madre y proceda a contestarlas.

Número de Encuesta: _____ Número de expediente del niño: _____

DATOS DE IDENTIFICACION DEL NIÑO

1. Edad del niño: _____ 2. Sexo: F M 3. Procedencia U R

4. Número de Hijo: _____

5- Edad de la Madre: _____ 6. Sabe leer y escribir: SI _____ NO _____, si su respuesta es SI, cuál es el último grado de estudio realizado: _____

7. Estado Familiar: SOLTERA _____ CASADA _____ DIVORCIADA _____ VIUDA _____ ACOMPAÑADA _____

8. Ocupación: _____ *Si la madre trabaja fuera de casa preguntar:

De que trabaja _____

9. Le han explicado en el control infantil como extraer la leche cuando salga fuera de casa:

SI _____ NO _____

10. ¿Llevó controles de embarazo de este niño? SI NO Si respondió NO pasar a la pregunta 14

11. ¿A cuántos controles fue? _____ 11. ¿Dónde los recibió? U/S Hosp. ISSS Otro

12. Le hablaron de LM en sus controles de embarazo : SI NO

13. ¿Quién le habló de LM en sus controles? Médico _____ Enfermera _____ Promotor _____ Otro _____

14. ¿Dónde nació su hijo? Hospital _____ Casa _____ Otro _____

15. Su niño fue de tiempo: si _____ No _____

16. Tipo de Parto: Vaginal _____ Cesárea _____

17. ¿Quién le atendió su parto? Medico ____ Enfermera ____ Partera ____ Otro _____
18. ¿En cuánto tiempo después de nacer le dio de mamar a su hijo? inmediato ____ Media hora ____ 1 hora ____ más de una hora _____
19. La persona que le atendió su parto le hablo de LM o le explico cómo darle de mamar a su niño: SI ____ NO ____
20. Esta su hijo en control infantil: SI ____ NO ____ Si respondió que SI pasar a pregunta 21.
21. Le han hablado de LM en el control de su hijo: SI ____ NO ____
22. Usted le da de mamar a su niño:
 SI ____ Por qué? _____
 NO ____ ¿Por qué? _____
 Si respondió que no; preguntar: ¿Con que alimenta a su niño? _____
 ¿Quién se lo recomendó? _____
23. ¿Cuánto tiempo le dio solo pecho a su niño sin darle agua u otro alimento? _____
24. ¿Cuántas veces le da de mamar a su niño al día? _____
25. ¿Hasta qué edad piensa darle de mamar a su niño? _____, ¿por qué? _____
26. ¿A qué edad se enfermó por primera vez su hijo? 0 a 1 mes ____ 1 a 6 meses ____ 6 meses a 1 año ____ 1 a 2 años _____
27. ¿De qué se enfermó su hijo? EDAS ____ IRAS ____ Otros _____
28. ¿Cuántas veces se ha enfermado su hijo de: EDAS ____ IRAS ____ Otros _____
29. ¿A estado ingresado en el hospital su hijo? SI ____ NO ____ , si la respuesta es SI, preguntar: ¿Cuántas veces? 1 vez ____, 2 veces ____, más de 3 veces _____
30. ¿A qué edad fue ingresado? 0 a 1 mes __ 1 a 6 meses __ 6 meses a 1 año __ 1 a 2 años ____
31. ¿De qué enfermedad ha estado ingresado? EDAS ____ IRAS ____ Otros _____

ANTROPOMETRIA

32. Peso del niño al nacer: _____ Peso actual: _____
33. Longitud al nacer: _____ Longitud actual: _____
34. Perímetro cefálico: _____

ANEXO 11 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

CANT.	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO EN \$	PRECIO TOTAL EN \$
50	Folder	0.20	10
25	Fastener	0.15	3.75
21	Anillados	2	42
5	Resma de Papel Bom Tamaño Carta*	5	25
500	Fotocopias (Bibliografías)*	0.05	25
300	Fotocopias Encuestas *	0.05	15
900	Impresiones *	0.35	315
1	Tintas De Color	25	25
2	Tintas Negra	21	42
24	Lapiceros	0.25	6
6	Lápices De Carbón	0.20	1.2
3	USB de 8 GB	10	30
1	Alquiler de un reproductor Multimedia	100	100
4	CD'S	1	4
4	Empastados del Informe Final	15	60
9	Meses de Internet	15	135
15	Escaneo de Imágenes	5	250
11	Refrigerios para el momento de la exposición de los resultados	10	110
1	Decoración Salón Defensa		100
	10% de Improvisto		129.85
	GRAN TOTAL		\$ 1,428.80

ANEXO 12 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACION

ACTIVIDAD/MES	MARZO/12				ABRIL/12				MAYO/12				JUNIO/12				JULIO/12				AGOSTO/12				SEPTIEMBRE/12				OCTUBRE/12				NOVIEMBRE/12				DICIEMBRE/12				
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. REUNION GENERAL DE PROCESO DE GRADUACION	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X				X					X	X	X	X	X	X	X								
2. INSCRIPCION DEL PROCESO DE GRADUACION								X																																	
3. ELABORACION DEL PERFIL DE INVESTIGACION	X	X	X	X	X	X																																			
4. ENTREGA DEL PERFIL DE INVESTIGACION																																									
5. REUNIONES DE GRUPO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
6. REUNION CON ASESOR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
7. ELABORACION DE PROTOCOLO									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																					
8. ENTREGA DE PROTOCOLO																																									
9. EJECUCION DE LA INVESTIGACION																									X	X	X	X	X	X	X										
10. TABULACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS																																	X	X	X	X					
11. REDACCION DE INFORME FINAL																																	X	X	X						
12. ENTREGA DE INFORME FINAL																																	X	X							
13. EXPOSICION DE RESULTADOS																																									