



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**SEDE ESMERALDAS**



**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**CONDICIONANTES QUE INFLUYEN AL DESTETE TEMPRANO  
EN MADRES DEL SECTOR SAN RAFAEL DE LA CIUDAD DE  
ESMERALDAS, MAYO – JULIO 2012.**

**DISERTACIÓN PRESENTADA COMO REQUISITO PARA  
OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

**AUTORA**

**NINFA VANESSA CASTILLO AYOVÍ**

**ASESORA DE TESIS**

**LCDA. MAIRA MONTAÑO**

**ESMERALDAS, SEPTIEMBRE 2012**

**Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de Grado de la PUCESE previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA”**

-----  
**LECTOR 1**

-----  
**LECTOR 2**

-----  
**DIRECTORA DE ESCUELA**

-----  
**DIRECTORA DE TESIS**

**SEPTIEMBRE 2012**

**AUTORÍA**

Yo, **NINFA VANESSA CASTILLO AYOVI**, declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis es absolutamente original, auténtica y personal.

En virtud que el contenido de ésta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autora” y de la PUCESE.

**NINFA VANESSA CASTILLO AYOVI**

**C.I. 080235201-3.**

## **DEDICATORIA**

A Dios por haberme permitido llegar a donde estoy y tenerme como su hija,

A mi madre MATILDE AYOVÍ, por el incondicional apoyo,

A mis hijas; SAYRÉ y RENATA, por ser mi fortaleza para avanzar cada día y la inspiración de esta temática de estudio.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por darme la vida, y estar en cada momento permitiendo que pase lo que tenga que pasar, puesto que ni una hoja de un árbol se mueve sin que él lo permita.

A mi madre, porque sin su ayuda no estuviese donde estoy.

A mis hermanas; **FLORA, YESICA y DANISSE**, que de una u otra manera siempre me colaboraron en mis estudios.

A los docentes que me impartieron sus conocimientos y consejos a lo largo de esta carrera universitaria, importantes para la vida profesional.

A la Directora de la Escuela de Enfermería, **LIC. MARÍA TERESA TORRES RODRÍGUEZ**, quien supo guiarnos en el camino de la forma correcta para ser hoy lo que somos.

A la **LIC. MAIRA MONTAÑO**, por haberme guiado en la realización de mi tesis.

A las madres que participaron en el estudio ya que sin ellas este trabajo no se hubiera podido realizar.

Y a todos aquellos que han hecho posible mi llegada hasta aquí, muchas gracias.

# ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
Portada	
Tribunal de Graduación	ii
Autoría	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice	vi
Abreviaturas	viii
Lista de ilustraciones y tablas	ix
Resumen	xiii
Abstract	xv

## PRIMERA PARTE

Introducción	1
Planteamiento del problema	3
Árbol del problema	7
Objetivos	8
Justificación	9
Delimitación	11

## SEGUNDA PARTE

Esquema de marco teórico	13
Marco teórico	14

## **TERCERA PARTE**

Diseño metodológico	44
Tipo de investigación	44
Tipo de estudio	44
Tipo de diseño	45
Área de estudio	46
Universo	46
Muestreo	46
Muestra	46
Hipótesis	47
Técnicas de recolección de datos	47
Instrumentos de recolección de datos	48

## **CUARTA PARTE**

Resultados	50
Discusión	87
Propuesta	91
Conclusiones	97
Recomendaciones	99
Bibliografía	100
Anexos	

## **ABREVIATURAS**

<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>LM</b>	Lactancia Materna
<b>LLL</b>	Liga de la Leche
<b>AMS</b>	Asamblea Mundial de la Salud
<b>IHAN</b>	Iniciativa Hospital Amigo de los Niños
<b>PTH</b>	Paratohormona
<b>Zn</b>	Zinc
<b>Cu</b>	Cobre
<b>DNA</b>	Ácido Desoxirribonucleico
<b>RNA</b>	Acido Ribonucleico
<b>LA</b>	Lactancia Artificial
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>HTLV-1</b>	Virus Linfotrópico Humano T
<b>GALM</b>	Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna

## LISTA DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

**Tabla N°1.** Distribución de frecuencia en porcentaje de las edades de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012.

**Tabla N°2.** Distribución de frecuencia en porcentaje de las ocupaciones de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012.

**Tabla N°3.** Distribución de frecuencia en porcentaje del estado civil de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012.

**Tabla N°4.** Distribución de frecuencia en porcentaje del ingreso mensual de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°5.** Distribución de frecuencia en porcentaje de la escolaridad de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°6.** Distribución de frecuencia en porcentaje del tiempo de lactancia del hijo anterior de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°7.** Distribución de frecuencia en porcentaje de las madres del grupo casos que le dan de lactar a sus hijos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°8.** Distribución de frecuencia en porcentaje del tiempo que las madres del grupo casos le dieron de lactar a sus hijos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°9.** Distribución de frecuencia en porcentaje sobre el uso de fórmulas en la alimentación de sus bebés de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°10.** Distribución de frecuencia en porcentaje sobre la razón del destete precoz de sus bebés de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°11.** Distribución de frecuencia en porcentaje sobre el método de destete de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°12.** Distribución de frecuencia en porcentaje sobre la frecuencia con que se enferman los hijos de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°13.** Distribución de frecuencia en porcentaje sobre la razón de que se enfermen sus hijos de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°14.** Distribución de frecuencia en porcentaje de las edades de las madres del grupo control, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°15.** Distribución de frecuencia en porcentaje de las ocupaciones de las madres del grupo control, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°16.** Distribución de frecuencia en porcentaje del estado civil de las madres del grupo control, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°17.** Distribución de frecuencia en porcentaje del ingreso mensual de las madres del grupo control, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°18.** Distribución de frecuencia en porcentaje de la escolaridad de las madres del grupo control, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012.

**Tabla N°19.** Distribución de frecuencia en porcentaje de los conocimientos en lactancia materna de las madres del grupo control, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°20.** Distribución de frecuencia en porcentaje del tiempo que consideran se le debe dar de lactar al niño/a de las madres del grupo control, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°21.** Distribución de frecuencia en porcentaje sobre los alimentos que consideran las madres del grupo control que se le debe dar al niño/a, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°22.** Distribución de frecuencia en porcentaje sobre los conocimientos de las madres del grupo control sobre los alimentos contraindicados al niño/a menor de un año, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°23.** Distribución de frecuencia en porcentaje sobre la frecuencia con que se enferman los hijos de las madres del grupo control, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°24.** Distribución de frecuencia en porcentaje si las madres del grupo control creen que la leche materna protege al niño de enfermedades, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°25.** Distribución de frecuencia en porcentaje respecto a si las madres del grupo casos dan agua a sus hijos antes de los seis meses, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°26.** Distribución de frecuencia en porcentaje de la utilización de biberones en la alimentación del lactante, de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°27.** Distribución de frecuencia en porcentaje del lavado de manos antes de iniciar la lactancia las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°28.** Distribución de frecuencia en porcentaje sobre la práctica de acudir al scs para control de sus hijos de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°29.** Distribución de frecuencia en porcentaje sobre cada cuanto acuden al scs para control de sus hijos de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°30.** Distribución de frecuencia en porcentaje sobre si añaden azúcar o sal a la dieta del lactante de las madres del grupo casos, de los sectores 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°31.** Distribución de frecuencia en porcentaje de si el niño tiene su propia vajilla de las madres del grupo casos, del sector 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°32.** Distribución de frecuencia en porcentaje de la prolongación de la lactancia como algo enfermizo de las madres del grupo casos, del sector 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°33.** Distribución de frecuencia en porcentaje sobre si la lactancia materna interfiere en el interés del niño por otros alimentos de las madres del grupo casos, del sector 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

**Tabla N°34.** Distribución de frecuencia en porcentaje de la aparición de dientes como obstáculo para el amamantamiento de las madres del grupo casos, del sector 50 casas y valle hermoso, durante el período de mayo – julio 2012

## RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar los condicionantes que influyen al destete precoz en madres del sector San Rafael de la ciudad de Esmeraldas. La investigación fue cualitativa - cuantitativa, tipo de estudio descriptiva y caso - control. Se estudió una muestra de 49 madres respectivamente, divididas en dos grupos de estudio; 27 madres con hijos menores de dos años que habían sido destetados a priori (precoz) antes de lo recomendado por la OMS, y 22 madres con hijos menores de un año que continuaban con la lactancia materna sin haber destetado de ninguna forma a sus hijos (control) al momento de la encuesta. Los datos sobre destete precoz y condicionantes estudiados se obtuvieron de las madres del grupo casos aplicando una encuesta y una entrevista a las mismas (incluido edad, nivel socioeconómico, educación, empleo, edad del niño al momento del destete).

Se evidenció que un 36% de las madres que habían destetado a sus hijos de manera precoz estaban en un rango de edad de 15 a 19 años, por lo que a menos edad más probabilidad de abandono de lactancia materna hay. El 73% de las madres tenía que salir de sus hogares por estudio o trabajo, teniendo que recurrir a sucedáneos o a coladas para suplir la falta de leche materna. El nivel económico es bajo más del 86% tiene un ingreso mensual por debajo del básico. Al igual que fue bajo el porcentaje de madres con niveles de estudios superiores (5%). Y el tiempo que ellos recibieron lactancia materna fue de 4 a 6 meses en un 68%.

Dentro de las estrategias de los programas de promoción de la lactancia materna, habría que subrayar la importancia de crear grupos de apoyo a la lactancia materna, puesto que no es lo mismo que un médico o una enfermera les diga que tienen que amamantar a sus hijos o cómo hacerlo, a que lo hagan madres que hayan pasado por la misma experiencia y sepan que información les faltó a ellas que consideren deban compartir con otras madres.

## **PALABRAS CLAVES**

Lactancia materna

Destete precoz

Condicionantes

## **ABSTRACT**

The present study was carried out with the objective of determining the conditions that influence to the precocious weaning in mothers of the sector San Rafael of the city of Emeralds. The investigation was qualitative - quantitative, descriptive study type and I marry - control. A sample of 49 mothers was studied respectively, divided in two study groups; 27 mothers with children smaller than two years that had been weaned a priori (precocious) before that recommended by the OMS, and 22 mothers with children smaller than one year that you/they continued with the maternal nursing without having weaned from any way to its children (control) to the moment of the survey. The data on it weans precocious and studied conditions were obtained of the mothers of the group cases applying a survey and an interview to the same ones (included age, socioeconomic level, education, employment, age of the boy to the moment of the weaning).

It was evidenced that 36% of the mothers that had weaned its children in a precocious way was in an age range from 15 to 19 years, for that that to less age more probability of abandonment of maternal nursing is. 73% of the mothers had to leave its homes for study or work, having to appeal to substitutes or laundries to replace the lack of maternal milk. The economic level is low more than 86% he/she has a monthly entrance below the basic one. The same as it was low the percentage of mothers with levels of superior studies (5%). And the time that they received maternal nursing went from 4 to 6 months in 68%.

Inside the strategies of the programs of promotion of the maternal nursing, would be necessary to underline the importance of creating support groups to the maternal nursing, since it is not the same thing that a doctor or a nurse tells them that they have to breastfeed her children or how to make it to that make it mothers that have gone by the same experience and know that information missed them that consider they should share with other mothers.

**Key words:**

Maternal nursing

Wean precocious

Conditions

## I. INTRODUCCIÓN

A pesar de que la lactancia materna exclusiva es considerada como un proceso fundamental para la salud y desarrollo de los niños, no ha logrado mantenerse por los períodos recomendados mundialmente por la Federación de las Naciones Unidas para la Protección de la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo cual constituye un gran problema considerando que el abandono de la lactancia materna es un potencial factor de riesgo para el aumento de la frecuencia de enfermedades durante el primer año de vida. A este respecto las evidencias demuestran que niños menores de seis meses, tienen de cinco a diez veces más probabilidades de enfermar en esta etapa si son alimentados con fórmulas lácteas.

Según la OMS en el 2003 la gran mayoría de las madres deberían amamantar a sus hijos, del mismo modo que la mayoría de los lactantes deberían ser amamantados. Sólo en circunstancias excepcionales puede considerarse inadecuada la leche de su madre, la elección de la mejor alternativa debería ser de resorte profesional y dependerá de cada circunstancia.

Se acepta que, conocimiento, creencia y actitud son los principales factores predisponentes de las prácticas en salud. Investigar los niveles de conocimiento, científicos y empíricos de las personas con respecto a la lactancia materna exclusiva, es fundamental para identificar claramente sus características y así comprender mejor las prácticas de amamantamiento de la población.

Estos aspectos son indispensables para elaborar estrategias que logren un impacto significativo en la mantención de la lactancia materna exclusiva.

Mientras más se logre saber de los factores que subyacen al comportamiento, la probabilidad de influir en las nuevas decisiones y prácticas de las madres es mayor. En

este contexto la presente investigación puede ser una importante herramienta para el diseño de estrategias de intervención que busquen promover, mantener o mejorar las prácticas de lactancia materna exclusiva de la población.

En esta investigación se describen los condicionantes que influyen al destete temprano en madres del sector San Rafael (50 casas y Valle Hermoso) de la ciudad de Esmeraldas, e incluye las prácticas y creencias de las madres en cuanto al destete y lactancia materna y el conocimiento que tienen las mismas respecto a la temática tratada. Además se manifiestan los resultados de los instrumentos de recolección de datos (encuestas, entrevistas y la discusión del grupo focal) que se utilizaron en esta investigación.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia comenzó a perder popularidad temprano en el siglo XX cuando las mujeres comenzaron a trabajar fuera del hogar. Algunos de los porcentajes más altos en mortalidad infantil fueron hallados en las ciudades de los molinos textiles en Nueva Inglaterra durante este tiempo cuando los porcentajes de lactancia bajaron hasta el 50%. A mediados de la década de 1930, el uso de sustitutos de leche materna comercialmente manufacturados llegó a ser muy común, especialmente en países desarrollados. Ajenos a los beneficios físicos y psicológicos de la lactancia, médicos recomendaron a muchas madres que alimentaran a los bebés con biberón o botella en vez de lactarlos.

"Desde 1983, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) a través de los gobiernos de los países en vía de desarrollo, ha iniciado una campaña de la Lactancia Materna porque contribuye a la nutrición sana y adecuada del lactante"<sup>1</sup>. "En el 2004 la OMS presentó la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, documento elaborado mediante un proceso de consulta mundial, que señala que los niños deben ser amamantados exclusivamente hasta los 6 meses de vida, y complementada con otros alimentos hasta los 2 años<sup>2</sup>.

Mientras más avanzan los países del primer mundo, los índices de lactancia materna disminuyen, debido a la popularidad que adquieren las fórmulas o leches artificiales. En un estudio realizado por el autor *Europa Press* en el año 2006 sobre lactancia materna, el jefe de sección de pediatría del Hospital Cordobés *Ramón Cañete* aseveró "dar el pecho al niño no sólo es beneficioso para este sino también para la madre, quien en su estrecha relación con el lactante recibirá una potenciación de sus efectos maternos" también señaló que "la lactancia materna ha sufrido el devenir de las modas y, según las

---

<sup>1</sup>Alicia A., Elvia M., Inés P., Técnicas de enfermería, Ed. 1996, pág. 225

<sup>2</sup> MIES, [www.elciudadano.gov.ec](http://www.elciudadano.gov.ec)

épocas y las clases sociales, ha tenido connotaciones positivas unas veces y negativas otras".

La leche materna disminuye la incidencia de diarrea, infecciones respiratorias bajas, del tracto urinario, otitis media, bacteriemia, meningitis bacteriana, entre otros. Otros estudios señalan que protege contra el síndrome de muerte súbita infantil, diabetes mellitus insulino-dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, enfermedades alérgicas, entre otros males. Por lo tanto niños que no reciben leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida corren riesgos de padecer las enfermedades mencionadas anteriormente.

Las prácticas actuales de lactancia materna y alimentación complementaria en la población ecuatoriana, distan mucho de las recomendaciones internacionales. "A pesar de que en el Ecuador el 96.7 % de la población inicia la lactancia materna, la duración promedio de la lactancia materna exclusiva a nivel nacional es de 2.7 meses y tan solo el 39,6 % de las niñas y niños menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva, es decir, existe una introducción temprana de otros líquidos y alimentos no adecuados o necesarios, que están desplazando a la lactancia materna y alentando la producción de enfermedades y mal nutrición de los infantes"<sup>3</sup>.

En el Ecuador son cada vez más las madres que destetan precozmente a sus hijos y otras que incluso nunca llegan a darles de lactar, por observaciones hechas con anterioridad al área de estudio he podido darme cuenta que las causas pueden ser innumerables, por ejemplo la ocupación de las madres, que muchas veces salen a trabajar en la mañana y regresan hasta la noche y no tienen el tiempo suficiente para la lactancia de sus bebés, teniendo que recurrir a fórmulas y otras veces a la inclusión temprana de alimentos para suplir las necesidades. Pero hay que conocer que el código del trabajo ampara a la mujer trabajadora concediendo horario de lactancia por un tiempo definido.

---

<sup>3</sup> MIES, [www.elciudadano.gov.ec](http://www.elciudadano.gov.ec)

Un artículo escrito por una psiquiatra recomienda el destete natural. Ella habla del destete forzado como algo emocionalmente traumático para el niño y concluye que la mayor parte de recomendaciones en cuanto al destete que dan los médicos están basados sobre sus sentimientos personales y prejuicios, y no sobre documentación médica.

En otras ocasiones, la cultura y la familia pueden incidir en el destete temprano, ya que de madre a madre se transmiten sus experiencias y vivencias, llevando a las otras madres muchas veces primerizas a que actúen igual a ellas, o las madres diciéndoles a sus hijas la típica frase "yo lo hice contigo" y de esa manera influyen en el destete.

La principal suposición errónea sobre la lactancia se presenta por la prolongación de la misma por más de 9 o 12 meses, y es vista equívocamente como la instauración de un vínculo patológico entre la mamá y el bebé. Debemos decir que la patología no es algo que está relacionado con el tiempo de amamantamiento, sino con todas las otras cosas que están involucradas en la interacción madre- hijo. Y en realidad es el destete tempranamente forzado el que puede estorbar el desarrollo emocional e incrementar las necesidades de dependencia.

Más allá de lo señalado por la OMS y UNICEF (recomiendan mínimo 6 meses de lactancia y máximo dos años) se escucha que ni bien le crecen los dientes al niño se debe proceder al destete. Pero, los dientes no son un obstáculo para el amamantamiento

Algunos médicos creen en el mito que la lactancia interfiere en el interés del niño por otros alimentos. Si bien es cierto que muchos chicos ingieren más alimentos complementarios cuando se los desteta, debemos saber que esto se debe a que necesitan la ingesta de gran cantidad de nutrientes para sustituir la riqueza nutritiva que le aportaba la leche de su madre.

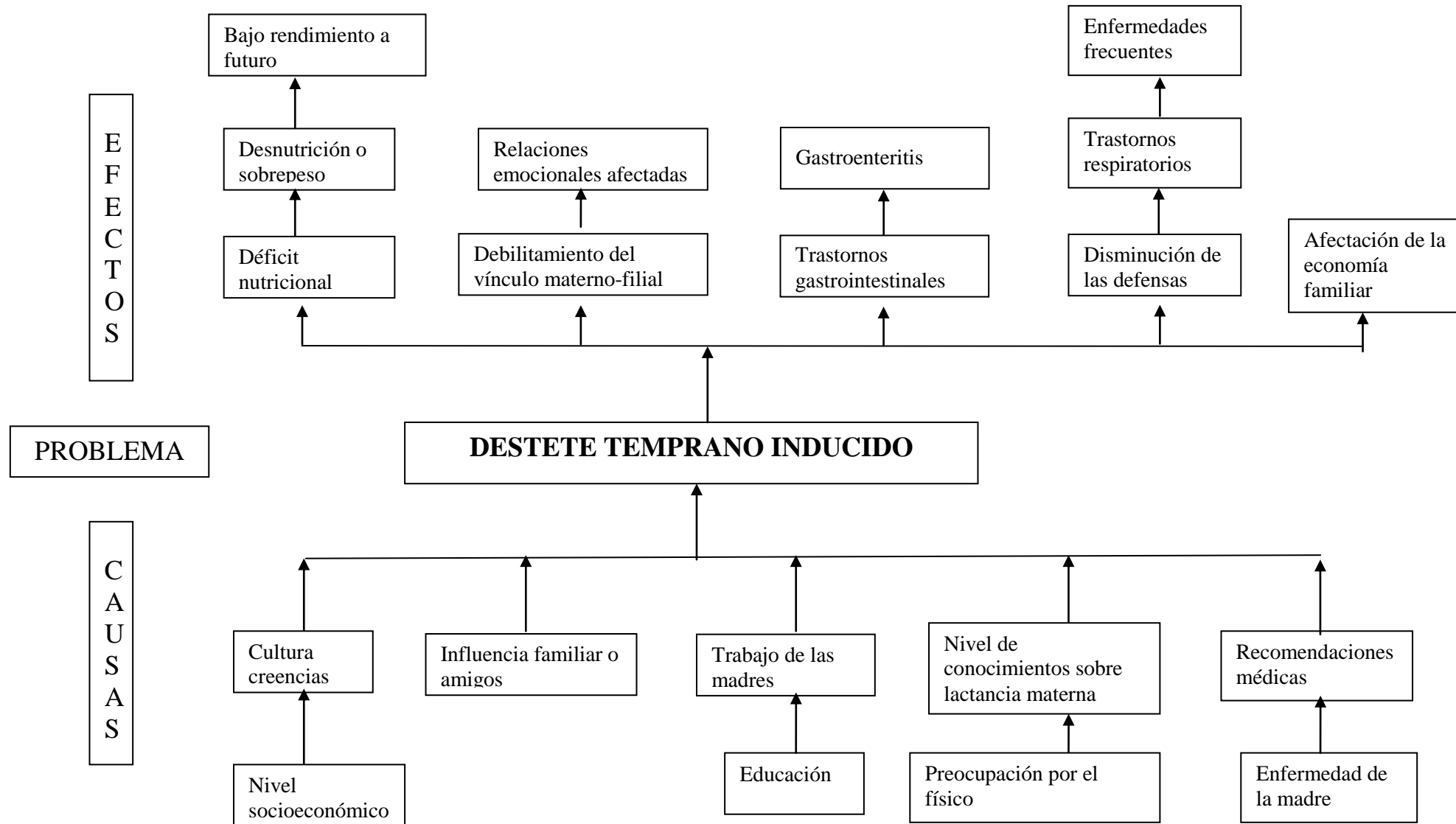
Otra causa del destete es cuando se carece del conocimiento de todos los beneficios de la lactancia materna, que todas las futuras y actuales madres deberían conocer para actuar con el poder del conocimiento y no con el de la ignorancia. Como en el caso de las madres que destetan temprano a sus hijos porque quieren recuperar su figura o por temor a que el busto pierda su firmeza. Claro que a veces la lactancia materna está contraindicada como en el caso de agalactia, hipogalactia, tuberculosis activa de la madre, paladar hendido, prematuridad en el niño, y es en estos casos que se debe recurrir a otra manera de alimentar al bebé.

Toda acción llevará a una reacción y es que, el destete temprano trae consigo posibles efectos tales como déficit nutricional ya que la leche materna proporciona todo lo que el niño necesita en cantidad adecuada, si lo reemplazamos con fórmula u otros alimentos no estaremos dando lo que necesita el niño para su adecuado desarrollo y crecimiento, además de los trastornos gastrointestinales y respiratorios, por lo que es siempre recomendable ir a un médico especialista que nos sugiera como alimentar al bebé.

La lactancia es muy importante no sólo por su gama de beneficios, sino que también gracias a ella se fortalece el vínculo madre e hijo, creándose un patrón que puede ser valioso en el desarrollo ulterior, y si no existe una lactancia materna o se acorta el tiempo necesario este vínculo se puede llegar a desmejorar.

Debemos de poner en una balanza todos los pro y los contra de la lactancia y darnos cuenta hacia donde se inclina la balanza, dejar por fuera los mitos que se vienen transmitiendo de generación en generación en cuanto a la alimentación y destete del bebé para poder brindarles a los niños bases firmes sobre la cual construir su futuro puesto que se ha comprobado que los niños que se destetan a voluntad, es decir que han recibido su lactancia completa son hombres y mujeres con mucho más amor para con el resto de las personas y mucho más inteligentes.

### III. ÁRBOL DE PROBLEMA



## **IV. OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

- ❖ Determinar los condicionantes que influyen al destete temprano en madres del sector San Rafael de la ciudad de Esmeraldas.

### **ESPECÍFICOS:**

1. Identificar las diferentes prácticas y creencias de las madres relacionado con la lactancia y al destete.
2. Determinar los conocimientos de las madres respecto a la importancia y beneficios de la lactancia materna.
3. Comparar los criterios de las madres en cuanto al destete inducido y el destete a voluntad del grupo caso y las del grupo control.
4. Establecer una propuesta para crear un grupo de madres en apoyo a la lactancia materna que permitirá promover al derecho a la misma el cuál será entregado al subcentro de salud La Tolita y San Rafael para sostenibilidad y continuidad del mismo.

## V. JUSTIFICACIÓN

Conociendo la importancia de la lactancia materna y los beneficios que esta trae al bebé, a la madre y a toda la familia resultó de gran importancia este estudio puesto que es increíble que a pesar de la explosión de información que hay sobre la lactancia materna en el primer nivel operativo de salud dedicado a promoción y prevención como lo son centros, subcentros y puestos de salud , inclusive en los medios de comunicación, cada día aumenta el número de madres que destetan precozmente a sus hijos ya sea por vanidad, mitos o creencias los cuales hay que tratar de erradicar de las mentes de las actuales y futuras madres para tener niños en un futuro sanos e inteligentes.

La razón por la cual se escogió este estudio es por la inexistencia de datos de este tema y la factibilidad de llevarlo a cabo con el cual se pretendió conocer los factores que conllevan a que una madre destete temprano a su hijo, entendiéndose por destete no sólo al cese de la lactancia materna, también abarca la inclusión de alimentos a temprana edad, sin seguir las normas de la OMS de complementar los alimentos a partir de los seis meses de edad. Mediante este estudio se buscó reeducar a las madres con lo cual se pretendió alcanzar que ellas obtengan el conocimiento necesario para que lo apliquen a su vida diaria y se inclinen por el destete natural, en el caso de las madres que ya no dan de lactar para que transmitan estos conocimientos y los pongan en práctica en caso de un próximo embarazo.

Mediante charlas en el grupo focal se cambiaron los criterios y creencias erróneas que tenían muchas madres y que van transmitiéndose entre ellas, para que se fortalezca el vínculo madre e hijo mediante la lactancia y el destete natural o el destete inducido pero utilizando las estrategias adecuadas.

Este estudio además pretende servir como fuente de información para investigaciones futuras además se realizó un plan para crear un grupo de madres pro-lactancia aunque

bien es cierto que existen muchas fuentes de información sobre este tema, este grupo pretenderá que madres transmitan sus experiencias y vivencias en cuanto a la lactancia a echo por ellas y por sus bebés, un grupo de madres que realicen diversas actividades y campañas para promover el derecho de todos los niños a recibir su lactancia exclusiva hasta los seis meses. Esta propuesta se realizó y entregó a los subcentro San Rafael y Tolita para asegurar su continuidad.

## VI. DELIMITACIÓN

Se trabajó con:

### **Población**

- Madres que tenían hijos menores de dos años (24 meses) que fueron destetados antes de los seis meses.
- Madres con hijos menores de 1 año (12 meses) que seguían dándoles de lactar.

### **Variables**

#### **Variable independiente**

Condicionantes sociodemográficos

- Edad de la madre al momento del parto
- Ocupación
- Estado civil
- Nivel socioeconómico
- Educación

Cultura

Nivel de conocimientos sobre lactancia materna

#### **Variable dependiente**

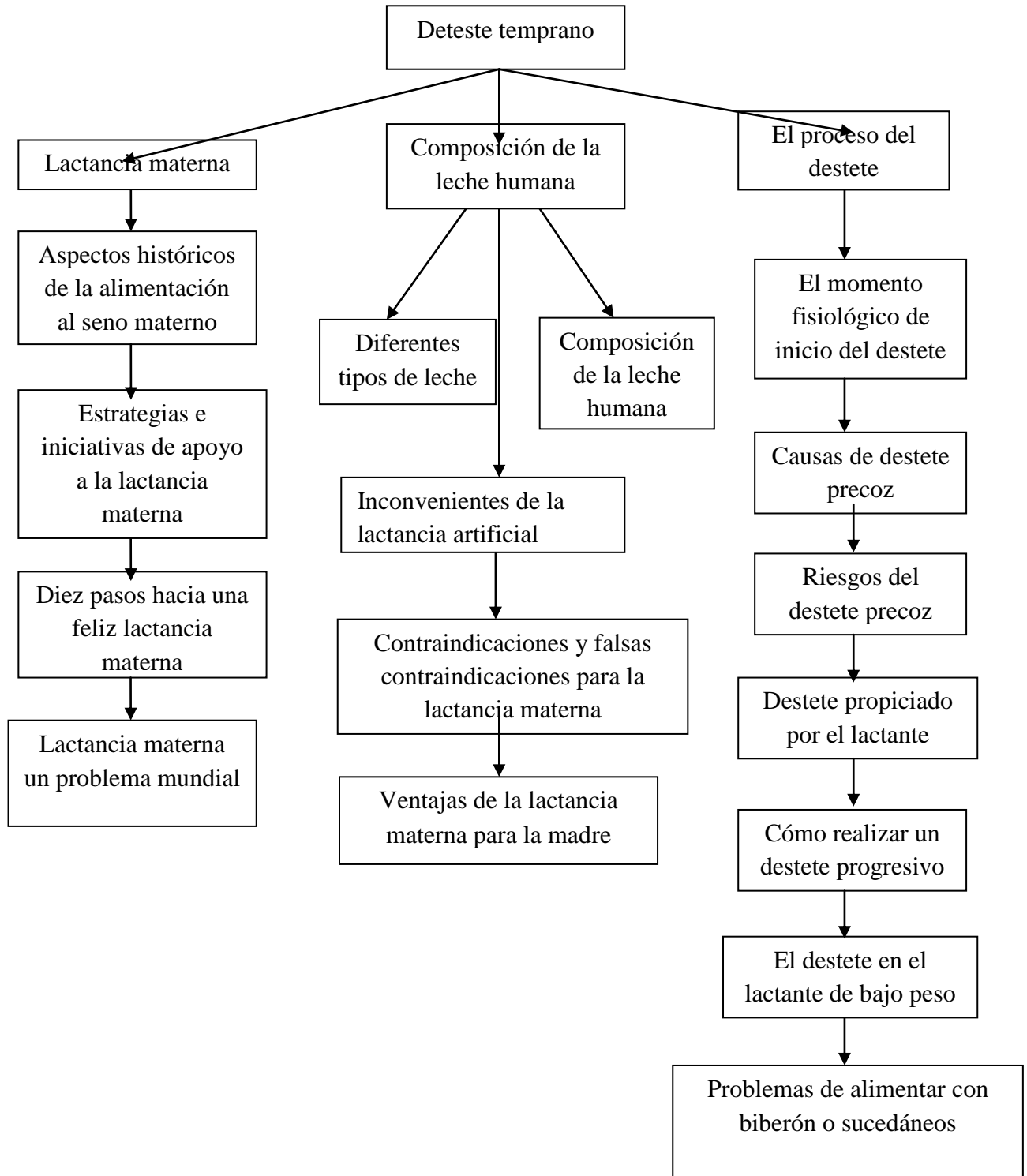
Destete precoz

- Lactancia materna
- Edad del destete
- Alimentación complementaria

## **Delimitación física**

- La presente investigación se la realizó en los barrios del Valle San Rafael (Barrio 50 casas y Valle hermoso) de la Parroquia Simón Plata Torres de la provincia de Esmeraldas

## VII. MARCO TEÓRICO



# LACTANCIA MATERNA

## Aspectos históricos de la alimentación al seno materno<sup>4</sup>

### Lactancia materna, lactancia natural. Factores de la pérdida de una cultura

La lactancia materna es el fenómeno biocultural por excelencia. En los humanos, además de un proceso biológico, la lactancia es un comportamiento determinado por la cultura.<sup>5</sup>

En torno al inicio del siglo XX se inicia el mayor experimento a gran escala en una especie animal y sin comprobaciones previas de los posibles resultados: a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial: centenares de miles de niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. Las consecuencias, que no se previeron, han sido desastrosas en el mundo (aumento de enfermedades infecciosas e inmunitarias, de consultas médicas y de hospitalizaciones).

Pues bien, se ha perdido: la cultura del amamantamiento, de la crianza natural y, posiblemente, el vínculo afectivo natural entre madres e hijos.

En esa pérdida intervienen fundamentalmente tres componentes:

1. Modificaciones de la leche de vaca: hasta fines del siglo XIX poco se sabía de la composición de la leche y de sus diferencias con las de otros mamíferos. Se conocen desde la antigüedad recipientes en forma de biberón que hablan de los intentos de alimentación de niños con leches de animales, pero no es hasta finales de 1800 en que el progreso de las ciencias, de la química en concreto, hizo que se empezasen a realizar modificaciones aceptables de la leche de vaca: hasta entonces la mortalidad de niños alimentados con leches distintas a la de mujer era altísima (de orden superior al 90% en el primer año de vida).

---

<sup>4</sup> J.M. Paricio Talayero

<sup>5</sup> Stuart-Macadam P, Dettwyler KA. Breastfeeding, Biocultural Perspectives, New York, 1995.

2. Cambios sociológicos ocurridos en la era moderna de la sociedad industrial a lo largo de los siglos XIX y XX, entre ellos:

- La incorporación de la mujer al trabajo asalariado hace ver el amamantamiento como un problema, derivándose inicialmente (siglo XIX) hacia la lactancia mercenaria, que se extiende hasta los estratos más humildes de la sociedad y posteriormente (siglo XX) hacia la lactancia artificial.
- Un cierto espíritu de modernidad con creencia ciega en avances científico-técnicos, que hace que el pensamiento dominante acepte que todo lo artificial es mejor que lo natural, encuadrándose en esto la llamada “maternidad científica”.
- Enormes intereses económicos industriales.
- Una participación activa de la clase sanitaria, fundamentalmente, médica, convencida inicialmente de las maravillas de la maternidad científica aunada a una cierta prepotencia que negaba cualquier posibilidad de intervención válida de las propias mujeres en su parto y en la crianza de sus hijos.

3. Una serie de rutinas erróneas han sido difundidas por los sanitarios y, la mayor parte de ellas, contribuyen a dificultar enormemente la lactancia materna (LM).

Hoy día, sobre todo en los países ricos, no se puede invocar ni el feminismo, ni el trabajo asalariado de la mujer, ni la presión de la industria de sucedáneos como excusa para no aumentar la prevalencia de la lactancia.

Las primeras en reaccionar frente a esta situación fueron las propias mujeres:

- Cecily Williams, pediatra que describió el kwashiokor en 1933, se oponía al uso generalizado de sustitutos de leche humana; en su conferencia Milk and Murder, pronunciada en 1939 en el Singapore Rotary Club atribuye a esa práctica miles de muertes de lactantes.
- En 1956, en pleno auge de la cultura del biberón, un grupo de mujeres de Chicago fundan La Liga de la Leche (LLL) para dar apoyo personal a mujeres que amamantasen. Hoy día constituye el más prestigioso grupo internacional de apoyo a la lactancia.

Los esfuerzos para promover la lactancia materna constituyen para la OMS un elemento clave de los sistemas sanitarios dentro de su plan Salud para todos en el año 2000.

En 1974 la 27ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió el descenso de la LM en muchos países del mundo y lo relacionó con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales de LM, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctoras.

En 1978 la 31ª AMS volvió a recomendar la regulación de la promoción de estos productos; en 1979 se realizó una Reunión Conjunta OMS/UNICEF Sobre Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, y finalmente el 21.05.1981 se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna.

Desgraciadamente, la sola recomendación de la OMS o la regulación estatal no consiguieron modificar las tasas de LM en países con un producto interior bruto alto, detectándose que, tanto la pérdida de la cultura social de la LM como los sistemas sanitarios y los propios profesionales de la salud, de modo inintencionado, por su falta de preparación y conocimientos y la aplicación de rutinas erróneas en paritorio, maternidad y salas de pediatría, constituían el mayor freno a la LM en países desarrollados, aumentando la morbimortalidad infantil y el gasto sanitario en los mismos.

Por ello, en 1989 OMS/UNICEF realizan la Declaración conjunta sobre “Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. La función especial de los servicios de maternidad”, instando a que todos los sectores de la sociedad, especialmente los padres, tengan acceso a educación sobre LM y reciban apoyo para ponerla en práctica.

En 1990 en la reunión conjunta OMS/UNICEF en Florencia sobre “La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a nivel mundial” surge la Declaración de Innocenti instando a los gobiernos a adoptar medidas para conseguir una “cultura de la lactancia materna”. En 1991 comienza la INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS

NIÑOS, acreditación que concede OMS/UNICEF a hospitales que tras ser evaluados cumplen una serie de requisitos: más del 75% de LM al alta en la maternidad y observar 10 pasos que gozan de evidencias científicas para promover en frecuencia y duración la LM.

## **Estrategias e iniciativas de apoyo a la lactancia materna.**

### **Declaraciones de la OMS y el UNICEF: IHAN**

José Arena Ansotegui

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), presentaron la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) en el Congreso Mundial de Pediatría celebrado en Ankara en 1991, como una estrategia para la recuperación de la práctica del amamantamiento aplicable en todo el mundo. Desde entonces se ha ido extendiendo progresivamente con mayor o menor penetración por todos los países.

La IHAN se marcó desde el principio cuatro objetivos fundamentales:

1. Capacitar a las madres para que puedan tomar una decisión fundada sobre la alimentación de sus hijos o hijas recién nacidas.
2. Fomentar el inicio precoz de la lactancia materna.
3. Promover la lactancia materna con carácter exclusivo durante los primeros seis meses de vida.
4. Conseguir que los hospitales dejen de adquirir gratis o a bajo precio los sucedáneos de la leche materna.

En pocos años se ha convertido en un movimiento mundial a favor de la lactancia materna liderado por el UNICEF, que pretende transformar los hospitales maternos mediante la aplicación de los 10 Pasos Hacia una Feliz Lactancia Materna, creando en

ellos un clima de atención a la madre y al niño en el que la lactancia materna sea la norma.

### **Diez pasos hacia una feliz lactancia materna**

Todo hospital con servicio de maternidad y asistencia al recién nacido debe:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna conocida por todo el personal de centro.
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.
3. Informar a las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y de cómo realizarla.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a la madre cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si se ha de separar del niño.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia a demanda.
9. No dar a los recién nacidos alimentados al pecho, chupetes ni tetinas.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a las madres que lactan y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

**OMS-UNICEF. 1989**

Hoy en día existe gran interés por la recuperación de la lactancia materna en la alimentación del lactante en todos los ámbitos sociales, culturales y económicos. Además las recomendaciones internacionales abogan por la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada con otros alimentos hasta los 2 años.

## Lactancia materna. Un problema mundial

En el informe mundial sobre el estado de la infancia, publicado en 2004 por UNICEF, se recogen las cifras de incidencia sobre la situación de la lactancia materna en el mundo, que pueden verse en la tabla.

	% de niños que reciben en su alimentación		
	Lactancia materna exclusiva (<6m)	Lactancia materna y alimentación complementaria (6-9m)	Continúan con lactancia materna (23-26m)
África subsahariana	28	65	50
Medio Oriente y Norte de África	37	59	25
Sur de Asia	36	46	67
Este Asiático y Pacífico	54	-	-
Latinoamérica y Caribe	38	48	25
CEE y Estados Bálticos	14	41	23
Países en desarrollo	39	55	51
Países menos desarrollados	35	66	63
Mundo	39	55	51

## COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA<sup>6</sup>

La composición de la leche de cada especie es diferente y está adaptada a las necesidades de sus crías. Es decir, la leche materna es específica de la especie humana y el alimento más completo y seguro para el lactante.

La leche humana no es sólo un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo y que facilita su adaptación a la vida extrauterina. Tiene una gran complejidad biológica, ya que está compuesta por nutrientes, sustancias inmunológicas, hormonas, enzimas, factores de crecimiento, etc. Es capaz también de adaptarse a las diferentes circunstancias de la madre.

La leche materna aporta todos los elementos nutritivos que necesita el niño en los 6 primeros meses de vida y sigue siendo un alimento esencial hasta los dos años, complementada con otros alimentos no lácteos.

### Diferentes tipos de leche

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son calostro, leche de transición, leche madura y leche del pretérmino.

**Calostro.** Durante el último trimestre de la gestación, la glándula mamaria acumula en el lumen de los alvéolos una sustancia llamada precalostro, formada principalmente por exudado de plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.

---

<sup>6</sup> M.C. Temboursy Molina

Durante los primeros 4 días después del parto se produce el calostro, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. En estos primeros días se produce un volumen de 2-20 ml por toma, suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

El calostro tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles, PTH y nucleótidos que la leche madura. Sin embargo, contiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos que la leche madura. El contenido en minerales como sodio, zinc, hierro, azufre, selenio, manganeso y potasio también es superior en el calostro. El contenido en calcio y fósforo varía según los diferentes autores.

La proporción proteínas del suero/ caseína es de 80/20 en el calostro, mientras que en la leche madura de 60/40, e incluso 50/50 en la lactancia tardía. La concentración de los aminoácidos libres varía entre el calostro, la leche de transición y la leche madura. La cantidad de proteínas disminuye rápidamente durante el primer mes y se estabiliza un tiempo, para disminuir después muy lentamente a lo largo de la lactancia.

La composición de los ácidos grasos del calostro humano muestra marcadas diferencias geográficas relacionadas con la dieta materna, así en países con dietas ricas en ácidos grasos insaturados el calostro tiene niveles mayores. El contenido en colesterol es superior en el calostro que en leche madura, al contrario que los triglicéridos.

El calostro tiene un contenido muy elevado en inmunoglobulinas especialmente IgA, lactoferrina, células (linfocitos y macrófagos), oligosacáridos, citoquinas y otros factores defensivos, que protegen a los recién nacidos de los gérmenes ambientales y favorecen la maduración de su sistema defensivo

El calostro está adaptado a las necesidades específicas del neonato porque sus riñones inmaduros no pueden manejar grandes cantidades de líquidos y además facilita la evacuación de meconio evitando la hiperbilirrubinemia neonatal. Contiene enzimas intestinales que ayudan en la digestión (la lactasa y otras enzimas intestinales están inmaduras en el recién nacido). Sus abundantes inmunoglobulinas cubren el endotelio del tubo digestivo evitando la adherencia de los patógenos. Facilita la colonización del tracto intestinal por lactobacilo bifidus. Contiene antioxidantes y quinonas que le protegen del daño oxidativo. Es rico en factores de crecimiento que estimulan la maduración del aparato digestivo y de los sistemas defensivos.

**Leche de transición.** Es la leche que se produce entre el 4 y 15 día postparto. Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, que sigue posteriormente aumentando hasta alcanzar un volumen de 600- 700 ml día entre los 15 y 30 días postparto. Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura.

**Leche madura.** Tiene una gran variedad de componentes nutritivos y no nutritivos. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto.

**Leche del pretérmino.** Las madres que tienen un parto pretérmino, producen durante un mes una leche de composición diferente, que se adapta a las características especiales del prematuro. Esta leche tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico. Los niveles de minerales son parecidos a los del término, así como las concentraciones de vitaminas del grupo B. Sin embargo, los niveles de vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA son superiores en la leche del prematuro. Esta es más pobre en lactosa y vitamina C que la leche madura del término. Por eso la leche de banco no es apropiada para alimentar a un prematuro, pero sí la de su propia madre.

## Composición de la leche humana madura

**Nutrientes.** La leche humana es un alimento completo que contiene agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas.

**Volumen.** Su volumen promedio es de 700-900 ml/día en los primeros 6 meses de postparto y de 600 ml en el segundo semestre.

**Agua.** Contiene un 88% de agua y su osmolaridad es de 286 mOs, semejante a la del plasma, lo que le permite mantener un perfecto equilibrio electrolítico.

**Proteínas.** Las proteínas de la leche humana son una fuente importante de aminoácidos necesarios para el rápido crecimiento del lactante. Pero además, muchas de ellas son funcionales, es decir, facilitan la digestión o absorción de nutrientes, maduran el sistema inmune, defienden contra patógenos y favorecen el desarrollo del intestino.

La leche humana tiene un contenido en proteínas más bajo que las del resto de los mamíferos (0,9-1,1 g/100 ml). Pero esta es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño, por eso los requerimientos de proteínas se han bajado recientemente y ahora se estiman en 1,1 g/kg a los 3-4 meses. Además, no todas las proteínas de la leche humana juegan un papel nutricional, ya que algunas con capacidad funcional como las hormonas, enzimas o inmunoglobulinas se excretan intactas en heces.

**Hidratos de carbono.** La lactosa es el principal hidrato de carbono de la leche y es muy abundante (7,3 g/dl). Proporciona el 40% de su energía. Es un disacárido

compuesto de glucosa y galactosa, que se desdobla para ser absorbida por el intestino. La galactosa participa en la formación de los galactósidos cerebrales.

La síntesis de lactosa es esencial en la producción de leche, ya que proporciona la fuerza osmótica necesaria para la formación del fluido. Mientras, la lactosa-sintetasa sintetiza lactosa, roba agua de la circulación materna y forma el componente acuoso de la leche. Esto produce deposiciones blandas, características del niño amamantado, que facilitan la absorción de calcio, hierro, manganeso, magnesio y otros minerales.

La alta concentración en lactosa promueve la colonización intestinal por el lactobacillus bifidus, flora fermentativa que mantiene un ambiente ácido en el intestino, inhibiendo el crecimiento de patógenos. La N-acetil-glucosamina (factor bífid) estimula el crecimiento del lactobacilo.

Oligosacáridos: se han identificado más de 130 en la leche humana (1,2-1,4% de la leche madura y el 2,3% del calostro). Son moléculas complejas, muchas de las cuales contienen nitrógeno (forman parte del NPP), glucosa, galactosa, fructosa, N-acetilglucosamina y ácido siálico.

La concentración de ácido siálico en los gangliósidos cerebrales y glicoproteínas se correlaciona con la capacidad de aprendizaje. Las concentraciones de ácido siálico en la corteza cerebral frontal de lactantes era 22-32% superior entre los alimentados al pecho, que entre los de fórmula. Favorece la sinaptogénesis y la diferenciación neuronal.

El ácido siálico es un nutriente condicionalmente esencial, que confiere ventajas en el neurodesarrollo de los niños alimentados al pecho. La mayor parte del ácido siálico de la leche humana está unido a oligosacáridos (70-75%), una fracción menor unido a glicoproteínas (21-28%) y sólo un 3% en forma libre.

Algunos oligosacáridos se adhieren a los receptores de las células de las membranas de faringe y tubo digestivo, impidiendo la adherencia de ciertas bacterias patógenas: *E. coli* enterotoxigénico y ureopatógeno (también están en orina), *Campilobacter jejuni*, *Streptococcus pneumoniae*, *E. coli* enteropatógeno, *Haemophilus influenzae* y otros. Los niveles de estos compuestos en la leche de vaca o fórmula son entre 20 y 30 veces menores. Es uno de los motivos por lo que los lactantes alimentados al pecho tienen infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias menos severas.

**Lípidos.** Es el componente más variable de la leche humana. Su concentración varía desde 2 g /100 ml en calostro a 4-4,5 g/100 ml en leche madura. La principal fuente de energía para el lactante son las grasas. La leche materna proporciona el 40-50 % de las calorías en forma de grasa. Además aportan ácidos grasos esenciales de cadena larga y vitaminas liposolubles.

Las grasas están en sangre y leche en forma de gotitas rodeadas por una membrana formada por proteínas, fosfolípidos, colesterol, cerebrósidos y agua. La leche humana está formada por grandes cantidades de glóbulos grasos muy pequeños, que se forman en las células alveolares mamarias.

Los triglicéridos constituyen más del 98% de la grasa de la leche humana, el resto son fosfolípidos 0,7%, ácidos grasos libres, mono y diglicéridos y colesterol 0,5%.

La mayoría está en forma de triglicéridos de ácidos grasos de cadena larga, que contienen al menos 2 o 3 ácidos grasos diferentes. La posición de esterificación de los ácidos grasos influye en su absorción. Así, por ejemplo, la leche humana tiene el 66% del palmítico en posición 2, que se absorbe mucho mejor que el de fórmula, en el que predomina el palmítico en posición 1,3.

Los triglicéridos de ácidos grasos de cadena media (8-12 átomos de carbono) producen menos energía, pero se absorben más rápidamente.

Los fosfolípidos son fosfatidilcolina, fosfatidiletanolamina, fosfatidilserina y esfingomielina. Tienen propiedades emulsificantes (mantienen el glóbulo graso en emulsión). Los gangliósidos contribuyen en las defensas ligando las toxinas bacterianas. La colina es un constituyente esencial de la membrana fosfolípida y un neurotransmisor. Los recién nacidos tienen una gran demanda para el cerebro y el hígado. El contenido en colina de la leche humana se dobla a los 7 días del nacimiento. Para los grandes prematuros su contenido puede ser insuficiente.

Colesterol: la dieta materna no parece tener efecto sobre los niveles de colesterol de la leche humana. Los niños alimentados al pecho toman más colesterol que los adultos y que los alimentados con fórmula.

La leche humana siempre es rica en estos ácidos grasos, mientras que la de vaca y fórmula son deficitarias. Por eso los lactantes alimentados al pecho tienen mejor agudeza visual y desarrollo cerebral.

**Minerales.** La leche humana tiene todos los minerales que necesita el niño. Sus concentraciones son más bajas que en los sucedáneos, pero tienen excelente coeficiente de absorción. Su contenido no se modifica sustancialmente por la dieta materna.

**Calcio, fósforo.** La relación calcio-fósforo es 2:1, lo que favorece su absorción (se absorbe el 75% del calcio ingerido). En la leche de vaca esta proporción es 1:3. Cuando la madre ingiere poco calcio y fósforo, se movilizan los depósitos óseos. Incluso en situaciones de deficiencia de Vitamina D materna la mineralización del niño es buena, por lo que se especula que exista también una absorción independiente de la vitamina D.

**Hierro.** El hierro de la leche humana tiene una excelente biodisponibilidad. Se absorbe en un 50% mientras que el de la leche de vaca en un 10%. Esta biodisponibilidad se debe a la acidez del tracto digestivo, a la presencia de niveles adecuados de Zn y Cu, a la lactoferrina y a la ferritina presentes en la leche humana. Entre los niños alimentados con lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida es muy rara su carencia.

**Zinc.** Es esencial para la estructura y funcionamiento de las enzimas, para el crecimiento y el desarrollo de la inmunidad celular. Tiene mucha mejor biodisponibilidad que la fórmula. Su contenido disminuye lentamente a lo largo de la gestación y es adecuado hasta los 5-6 meses. Después es necesario introducir alimentos complementarios.

**Elementos traza.** Su concentración en la leche humana es la adecuada para el crecimiento del lactante, de manera que presentan poco riesgo de déficit.

Selenio tiene un contenido superior al de la leche de vaca o fórmula, con mejor biodisponibilidad. Sus niveles dependen de la ingesta materna. Es un nutriente esencial ya que forma parte del sistema del glutatión peroxidasa, que defiende del daño oxidativo.

Cobre: sus niveles declinan lentamente durante la lactancia. Tiene buena biodisponibilidad, y su carencia, que produce una anemia microcítica e hipocroma con alteraciones neurológicas, nunca se observa en alimentados al pecho.

Cromo, manganeso y aluminio: sus niveles declinan lentamente durante la lactancia.

Plomo y cadmio: la ingesta de plomo es menor en los niños amamantados.

Yodo: muchas fórmulas para lactantes tienen un contenido demasiado bajo en yodo que podría condicionar un hipotiroidismo transitorio en el niño, especialmente en el prematuro. El contenido de la leche materna es adecuado a sus necesidades, salvo cuando la madre utiliza povidona yodada u otros yoduros que pueden alterar la función tiroidea, ya que se absorben por piel y se concentran en la glándula.

Sodio: sus niveles son más bajos que los de potasio y cloro, como ocurre en los fluidos corporales. No dependen de la ingesta materna y varían a medida que progresa la lactancia. El contenido de sodio de la leche de vaca es 3 veces superior, lo que puede condicionar una deshidratación hipernatrémica.

**Vitaminas.** El contenido de vitaminas de la leche humana depende de su pool plasmático y es relativamente sensible a la ingesta materna. En las hidrosolubles influye la dieta reciente, en las liposolubles la reciente y los depósitos.

Vitaminas liposolubles: en zonas poco soleadas la leche humana es deficitaria en vitamina D, pero aún así no se observan carencias en los niños amamantados.

Los niveles de vitamina K son inferiores a los de la leche de vaca. Se suministra a todos los recién nacidos para evitar la enfermedad hemorrágica. Sus niveles son superiores en el calostro que en la leche madura, pero a partir de las 2 semanas de vida se obtiene de la flora intestinal.

El déficit en vitamina A es raro en la leche materna. Tiene niveles mayores que la leche de vaca. En el calostro hay el doble que en la leche madura. Su predecesor, el betacaroteno, es un potente antioxidante.

El contenido en vitamina E de la leche humana cubre todas las necesidades del niño a no ser que la madre consuma cantidades exageradas de grasas poliinsaturadas, sin un aumento concomitante de esta.

Vitaminas hidrosolubles: sus niveles son más altos en madres bien nutridas. De todas formas las deficiencias de estas vitaminas en los niños son raras. Aún así la madre debe consumirlas diariamente.

Ácido fólico: esencial para la síntesis de hemoglobina, aminoácidos, DNA y RNA. Su déficit produce anemia.

Niacina, riboflavina (B2), tiamina (B1), piridoxina (B6) y cobalamina (B12): necesarias para el metabolismo de las proteínas y de la energía. La tiamina es esencial en el metabolismo de los carbohidratos en el sistema muscular y nervioso. La concentración de vitamina B12 es muy baja, pero es muy biodisponible gracias a su factor específico de transferencia, la haptocorrina. Su déficit produce anemia y daño en el sistema nervioso. Las madres vegetarianas pueden necesitar un suplemento de vitaminas del grupo B durante la lactancia.

La vitamina C, interviene en la formación de los tejidos, sobretodo conectivo y vascular.

### **Aspectos inmunológicos de la leche humana**

El sistema inmune del niño se desarrolla durante la vida fetal, pero no madura completamente hasta los 2 años de vida. En el momento del nacimiento no está completamente desarrollado y algunas citoquinas tienen niveles bajos, los fagocitos son insuficientes y su función no es completa. Los niveles de IgA secretora son muy bajos y

no alcanzan niveles adecuados hasta los 2 años. La población de linfocitos está muy limitada. El mayor estímulo para la maduración de la población linfoide es la exposición a la flora que coloniza el intestino.

Claramente, el neonato necesita ayuda de la madre para su protección inmediata, para la colonización con la flora intestinal de la madre y para la construcción a largo plazo de su propio sistema inmune. Este apoyo inmune lo recibe vía placenta y por la leche materna.

### **Inconvenientes de la lactancia artificial<sup>7</sup>**

- Menor vínculo afectivo.
- No tiene especificidad de especie.
- Es menos digestiva. Mayor reflujo gastroesofágico. Retrasa la eliminación de meconio. Enlentece la maduración intestinal. Flora intestinal patógena.
- Mayor incidencia de caries, maloclusión y caída dental.
- Aumenta la incidencia y/o gravedad de las infecciones del lactante.
- Peor desarrollo intelectual.
- Mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas: alergias, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, obesidad, leucemia infantil y linfoma, hipertensión arterial e hipercolesterolemia.  
Mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.
- Existen evidencias científicas de que la alimentación con LA tiene repercusión sobre el bienestar y la salud del bebé.
- El efecto beneficioso de la LM aumenta cuanto más prolongada es su duración.

---

<sup>7</sup> A. Gómez Papí

## **Contraindicaciones y falsas contraindicaciones para la lactancia materna**

8

En la práctica son muy pocas las situaciones que contraindican la lactancia. El padecimiento de algunas enfermedades en la madre o el niño requiere una valoración individualizada, considerando los grandes beneficios de la alimentación con leche materna frente a los posibles riesgos.

El virus del SIDA y el HTLV-1 se transmiten a través de la leche materna y contraindican la alimentación al pecho, siempre y cuando se disponga de sustitutos de la leche materna adecuados.

La hepatitis C contraindica la lactancia si hay una infección concurrente por VIH o si se trata de una hepatitis activa, ya que ambas circunstancias aumentan el riesgo de transmisión a través de la leche materna. La hepatitis A y la hepatitis B no contraindican la lactancia, para prevenir el contagio el niño debe recibir inmunoglobulina y vacuna.

La infección materna por citomegalovirus no contraindica la alimentación al pecho en los lactantes sanos nacidos a término, pero sí en los lactantes prematuros y los que sufren algún tipo de inmunodeficiencia.

El padecimiento de galactosemia en el niño supone una contraindicación para la lactancia materna.

En la fenilcetonuria y otros errores congénitos del metabolismo de los aminoácidos se puede mantener una lactancia materna parcial, monitorizando los niveles sanguíneos del aminoácido en cuestión.

---

<sup>8</sup> *N. Marta Díaz-Gómez*

## Ventajas de la lactancia materna para la madre<sup>9</sup>

<b>Beneficios para la salud</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
A corto plazo	Disminución del sangrado posparto A
	Aumento de la contracción uterina A
	Mejoría de la anemia A
	Recuperación del tamaño uterino A
A medio plazo	Recuperación peso/silueta A
	Amenorrea prolongada = ahorro de hierro A
	Espaciamiento embarazos A
A largo plazo	Disminución del riesgo de cáncer de mama premenopáusico A
	Disminución de riesgo de cáncer de ovario A
	Disminución de riesgo de fracturas espinales y de cadera posmenopáusico A

### Ventajas de tipo económico

- Menor gasto en fórmulas infantiles
- Menor gasto en artículos para biberones
- Menor gasto en fármacos, consultas y hospitalizaciones del bebé

### De tipo emocional

- Vivencia única, especial, placentera
- Mejor apego madre-bebé, mejor comunicación con el hijo
- Satisfacción íntima
- Superación de barreras biológicas
- Menos depresión posparto/aparición más tardía

---

<sup>9</sup> Ana Martínez Rubio

## **EL PROCESO DE DESTETE<sup>10</sup>**

### **El proceso de destete: definiciones y tipos de destete**

#### **El destete natural**

La palabra “destete” indica el abandono de la lactancia materna y de la dependencia del bebé del pecho de la madre. Desde el punto de vista fisiológico, este abandono del pecho materno supone un complejo proceso que exige ajustes nutricionales, microbiológicos, inmunológicos, bioquímicos y psicológicos en la pareja lactante (madre e hijo). Este proceso no ocurre bruscamente de forma natural, sino que se instaura progresivamente durante un tiempo más o menos largo en el que sin abandonar por completo el pecho materno, el lactante empieza a probar nuevos alimentos.

Si bien, durante el primer año, el lactante pasa varios momentos de aparente desinterés por el pecho, a partir del primer año el lactante amamantado rara vez se desteta voluntariamente antes de los 4 años.

#### **Destete precoz**

Puesto que las recomendaciones de la OMS son iniciar el destete gradual a partir de los 6 meses, con la introducción de nuevos alimentos, y mantener la lactancia hasta los 2 años o más, se habla de destete precoz cuando se retira el pecho materno antes de los 2 años o se introducen otros alimentos en la dieta antes de los 6 meses.

---

<sup>10</sup> *M<sup>a</sup> Teresa Hernández Aguilar*

## **Destete forzado**

Este ocurre cuando la madre impone el destete al lactante, por diversas causas sociales o médicas en cualquier momento de la lactancia. Este destete puede imponerse de forma brusca o gradual pero, si no estamos ante una indicación médica extrema, el pediatra siempre deberá aconsejar un destete lento, sabiendo, además, que el destete brusco puede ocasionar problemas al lactante y a su madre.

### **El momento fisiológico de inicio del destete**

Existe cierta evidencia de que el momento de inicio del destete y el tipo de alimentos utilizados en el mismo puede influir sobre el crecimiento y desarrollo infantil, y puede tener importantes consecuencias a largo plazo sobre la salud cardiovascular, ósea y el desarrollo cerebral, tanto en lactantes a término como en los pretérmino o con bajo peso para la edad gestacional. Sin embargo es muy escaso el número de estudios sobre el momento óptimo del destete o las consecuencias a largo plazo de destetes más o menos precoces en el lactante humano.

Un examen sistemático de las pruebas científicas actualmente disponibles sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva, patrocinado por la OMS en el año 2000, no encuentra razón nutricional para adelantar el inicio del destete antes de los 6 meses de vida, en los lactantes nacidos de gestaciones a término, alimentados con leche humana. Aunque no hay evidencia suficiente para determinar las necesidades aumentadas en algunos niños con bajo peso al nacimiento o hijos de madres desnutridas, con necesidades aumentadas de hierro o zinc antes de los 6 meses, reconoce que en estos grupos puede haber un riesgo de déficit de hierro y otros micronutrientes o déficit del crecimiento con esta práctica.

Las principales razones para iniciar el destete a los 6 meses se apoyan en estudios etológicos, y de desarrollo y maduración del lactante. La mayoría de los mamíferos inician el destete cuando triplican el peso al nacimiento, y en general el período de destete se prolonga durante un período de duración similar al de la gestación. En el lactante humano esto correspondería a los 2 años.

En el lactante humano la secreción ácida y la función pancreática alcanzan una función adecuada para la digestión de sólidos a partir del 6<sup>o</sup>-7<sup>o</sup> mes. A los 6 meses, las reservas de hierro del lactante quedan deplecionadas y las necesidades de este micronutriente exceden la oferta proveniente de la leche materna. El contenido proteico de la leche disminuye a partir de los 9 meses y es claramente insuficiente para cubrir las necesidades del lactante de esa edad.

Los movimientos masticatorios iniciados en el momento apropiado ayudarán a un correcto desarrollo mandibular y dentario. La coordinación de los movimientos de masticación-deglución supone un hito de madurez neurológica que posteriormente se convierte en un movimiento aprendido condicionado por el estímulo masticatorio. Si el estímulo no es aplicado en el momento en el que el hito de desarrollo está siendo alcanzado (el lactante muestra interés), el reflejo masticatorio no se desarrollará bien y el niño podría convertirse en un “masticador defectuoso”.

El destete lento permite al lactante aprovechar factores protectores presentes en la leche materna, tales como los anticuerpos IgA secretores, lisozima y lactoferrina. Hacen falta más pruebas científicas en las que basar las recomendaciones de destete, pero no hay en este momento evidencia alguna que justifique la introducción precoz de sólidos en la alimentación del lactante antes de los 4 meses, ni el destete total antes de los 2 años, y sí pruebas de que iniciar el proceso de destete después de los 6 meses es beneficioso para la mayoría de los lactantes.

## **Causas de destete precoz**

### **Razones maternas o sociales**

Las principales causas de destete precoz, con sustitución de la leche humana por la leche materna, según recogen diversos autores, son:

- Por consejo del pediatra, de la matrona o de la enfermera, por inadecuada ganancia ponderal o falta de apoyo, etc.
- Por falta de leche, porque el niño llora mucho, para que duerma mejor, etc.
- Por enfermedades maternas, incorporación al trabajo, por cansancio, por comodidad, etc.
- Por mastitis, grietas, retraso en la subida, leche aguada, etc.

Cuando se analiza el proceso de destete, entendido como la introducción de sólidos en la dieta del lactante amamantado, se observa que en todas las épocas y culturas, los niños tienden a ser destetados antes que las niñas, probablemente porque la necesidad de ingesta energética es mayor en los varones de todas las edades, pero también porque la presión social es mayor hacia un destete más rápido del varón. Además se ha descrito que las madres adolescentes, las fumadoras y las de menor nivel sociocultural introducen más precozmente la alimentación complementaria. Los niños con mayor peso a las 6 semanas de vida tienen más probabilidades de iniciar antes el destete.

### **El destete precoz por causa médica**

Existen muy pocas causas médicas con base científica que obliguen a un destete precoz. Tan sólo una separación madre hijo o una grave enfermedad de la madre que la incapacitara para el amamantamiento o cuyo tratamiento médico fuera incompatible con el mismo, justifica desde el punto de vista médico inducir un destete precoz. Una vez recuperada la madre, podría inducirse la relactación. La enfermedad grave del lactante nunca debería inducir el destete que de hecho estaría contraindicado. El resto de causas

supuestamente médicas (falta de ganancia ponderal, hipogalactia, mastitis) no deben ser causa de destete.

En el momento actual la mayoría de los destetes se producen, por causas socioculturales, falta de apoyo y promoción y de formación del pediatra, la enfermera o la matrona. La formación en lactancia materna y la instauración de medidas de promoción y apoyo en hospitales, centros de salud y otras instituciones sanitarias puede disminuir la frecuencia del destete precoz como describen diversos autores.

### **Riesgos del destete precoz**

#### **En la madre**

La retirada medicamentosa de la lactancia postparto no está exenta de riesgos para la madre, que debe ser informada con anterioridad.

Una vez instaurada la lactancia, el destete brusco puede favorecer la aparición de mastitis y absceso mamario. Además, la supresión brusca de la lactancia puede ocasionar un cuadro de fiebre elevada, malestar general y escalofríos de 3-4 días de duración.

Se ha descrito un aumento de incidencia de depresión postparto y desajustes emocionales y socio-laborales tras el destete, así como un aumento de riesgo de enfermedades maternas a largo plazo.

## **En el niño**

La introducción precoz de sólidos en la dieta del lactante se ha relacionado con aumento de obesidad infantil y de enfermedades cardiovasculares en el adulto. La introducción precoz de alimentos como la leche de vaca, el arroz, el pescado o el huevo favorece la aparición de problemas alérgicos en el lactante. Se ha descrito un aumento de anemia ferropénica en lactantes con introducción precoz de alimentos sólidos en la dieta.

### **Destete propiciado por el lactante**

A los 4-5 meses, los 7 y los 9-12 meses, el lactante puede demostrar una falta de interés por el pecho, que no necesariamente conduce al destete, salvo que haya deseo materno de destetarlo.

La “huelga de lactancia” se ha descrito como un rechazo brusco del pecho por parte del bebé. Se ha asociado a cambios maternos como: menstruación, cambio de perfume, estrés, ingesta de algún alimento o a dolor de oídos o garganta, dentición o susto tras el grito materno por un mordisco. En estos casos se aconsejará aumentar el contacto estrecho con el bebé en un ambiente tranquilo y relajado, ofrecer el pecho sin forzar o cuando está dormido, ofrecer contacto piel con piel, descartar enfermedad aguda en el lactante.

### **Cómo realizar un destete progresivo**

Para iniciar el destete con introducción de sólidos a los 6 meses, se aconsejará a la madre ofrecer los alimentos después del pecho, siempre con cuchara y sin forzar.

Cuando la madre desea destetar precozmente, por razones personales, el pediatra deberá:

- Revisar con la madre las causas del destete que, en ocasiones, pueden tener una solución distinta.
- Informar de los riesgos aumentados para su salud y la de su hijo que conlleva el destete precoz.
- Ayudarla a planificar el destete, para que éste no se produzca de forma brusca.
- Recordarle que la reincorporación al mundo laboral no apareja necesariamente el destete total, que es posible la extracción y almacenamiento de la leche materna y que tan sólo en los 15 días previos (no antes) puede ser interesante iniciar al lactante en el uso de cucharas, vasos, jeringas o tetinas. Es mejor que esta toma de leche materna u otra leche sea ofrecida por el futuro cuidador.
- Si la causa es un nuevo embarazo y la madre desea no seguir amamantando, a pesar de haberle explicado que no existe contraindicación médica, es aconsejable el destete gradual pero meses antes del nuevo nacimiento.
- Enseñar a la madre a reconocer los signos de una depresión.

Si el destete va a ser completo (sustitución por leche artificial y tetinas), se aconsejará a la madre ir realizando sustitución gradual de las tomas de pecho, a lo largo de unas 2 semanas, para evitar la fiebre de leche y las mastitis, y se intentará que la madre mantenga durante el mayor tiempo posible, al menos las tomas de la mañana y la noche.

### **El destete en el lactante de bajo peso**

El lactante prematuro debe iniciar el destete gradual, con introducción de nuevos alimentos, con respecto a su edad corregida y no a su edad cronológica.

Los errores más frecuentes que se cometen en estos niños es la introducción precoz de cereales y otros alimentos sólidos sin considerar su inmadurez, considerando su edad cronológica y no su edad corregida postnatal. Esto provoca dificultades por no haber

alcanzado los hitos del desarrollo necesarios (control de la cabeza, reflejo de extrusión). Además supone una sobrecarga electrolítica y proteica completamente inadecuada para su inmadurez renal.

Es especialmente importante cubrir adecuadamente las necesidades de cinc y cobre, y si es necesario suplementar estos oligoelementos que pueden estar en concentraciones bajas en la leche materna a partir de la 20-30 semanas.

### **Problemas de alimentar con biberón o sucedáneos de la leche materna**

Un niño que no se amamanta, o inclusive el que no recibe lactancia exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, pierde muchas o todas las ventajas de la lactancia que se mencionaron antes. La alternativa más común a la lactancia natural es la alimentación con biberón, ya sea una fórmula infantil manufacturada o leche de vaca u otros líquidos. Es menos frecuente que un niño en los primeros cuatro a seis meses de vida, reciba alimentos sólidos en vez de leche materna. Algunas madres utilizan taza y cuchara en vez del biberón, para darle al bebé ya sea leche de vaca, fórmula para bebés o papilla. La alimentación con cuchara tiene algunas ventajas sobre la alimentación con biberón, pero es mucho menos satisfactoria que la lactancia.

### **Infección**

Mientras que la leche materna es protectora, los métodos alternativos de alimentación infantil aumentan el riesgo de infección, debido sobre todo a que la contaminación lleva a un mayor consumo de organismos patógenos. La mala higiene, especialmente en la alimentación con biberón, es una causa importante de gastroenteritis y diarrea en la

infancia. La fórmula para niños y la leche de vaca son un buen vehículo y medio de cultivo para organismos patógenos. Es muy difícil suministrar un alimento limpio y estéril, para alimentar a un niño con un biberón en las siguientes circunstancias:

- cuando el agua que utiliza la familia se obtiene de un manantial o pozo contaminados con excrementos humanos;
- cuando la higiene del hogar no es buena y el ambiente de la casa está contaminado con moscas y excrementos;
- cuando no existe un refrigerador u otro espacio seguro para guardar la fórmula reconstituida o la leche de vaca;
- si no existe una cocina, y cuando se necesita hervir el agua para esterilizar el biberón, alguien tiene que recoger combustible y prender el fuego;
- cuando no hay utensilios apropiados para limpiar el biberón después de su uso y éste es de plástico deteriorado o es una botella de gaseosa prácticamente imposible de limpiar;
- cuando la madre tiene relativamente pocos o ningún conocimiento sobre el papel de los gérmenes en la enfermedad.

## **Malnutrición**

La alimentación artificial puede contribuir de dos maneras importantes a la malnutrición proteinoenergética (MPE), incluyendo el marasmo nutricional. Primero, como ya se mencionó, los niños alimentados con una fórmula láctea tienen más probabilidad de sufrir infecciones, incluyendo la diarrea, que contribuyen a deficiencias en el crecimiento y a la MPE en la infancia y en la edad preescolar. Segundo, las madres de familias pobres a menudo diluyen excesivamente la fórmula. Debido al alto costo de los sustitutos de leche materna, la familia compra muy poca cantidad y trata de estirarlos usando menos cantidad de fórmula en polvo, que la recomendada para cada comida. El niño quizá recibe el número correcto de comidas y el volumen de líquido recomendado, pero cada comida se encuentra tan diluida que puede ser muy bajo su contenido de

energía y otros nutrientes para lograr el crecimiento óptimo. El resultado es: falta de crecimiento y tal vez desarrollo lento de marasmo nutricional.

### **Problemas económicos**

Una desventaja muy importante de la alimentación con fórmulas lácteas es el costo para la familia y para la nación. La leche materna se produce en todos los países, pero la fórmula láctea no. La fórmula láctea es un alimento muy costoso, y si los países la importan, tienen que gastar innecesariamente divisas externas. La elección de la lactancia materna en vez de la alimentación con biberón, por lo tanto, aporta una importante ventaja económica para las familias y para los países pobres.

La fórmula láctea es un producto mejor para un niño de un mes de edad que la leche de vaca fresca o la leche entera en polvo. La leche descremada en polvo y la leche condensada azucarada están contraindicadas. Sin embargo, la fórmula infantil es sumamente costosa en relación con los ingresos de las familias pobres de los países en desarrollo. La compra de una fórmula como sustituto de la leche materna desvía los escasos recursos monetarios de la familia y aumenta la pobreza.

Un bebé de tres a cuatro meses de edad necesita alrededor de 800 ml de leche por día o quizá 150 litros en los primeros seis a siete meses de vida. En los primeros cuatro meses de vida de un bebé de peso promedio necesitaría aproximadamente 22 kilos ó 44 latas de medio kilo de fórmula en polvo. Los trabajadores de la salud y quienes dan asesoría sobre alimentación infantil en cualquier país, deben ir a los almacenes locales, averiguar el precio de los sustitutos de leche materna disponibles en el lugar y estimar el costo que comportaría suministrar ese producto, en cantidades adecuadas para un período determinado, por ejemplo, de uno a seis meses. Esta información se debe publicar y poner a disposición de los funcionarios gubernamentales y de los padres, y utilizarse tanto como sea posible para ilustrar las implicaciones económicas en las madres pobres que no lactan.

Para muchos países que no fabrican fórmula infantil, la disminución de la lactancia natural significa un aumento en la importación de sustitutos manufacturados de leche materna y todo lo necesario para la alimentación con biberón. Estas importaciones pueden llevar a un empeoramiento de los problemas de deuda externa que ya son graves para muchos países en desarrollo. Incluso donde la fórmula infantil se produce localmente, la fabricación con frecuencia la controla una compañía multinacional, y las utilidades se exportan. Por lo tanto, la preservación de la lactancia materna o la reducción de la alimentación artificial es de interés económico para la mayoría de los países en desarrollo. Los economistas y los políticos pueden estar más inclinados a apoyar programas para promover la lactancia materna cuando aprecien que dichas medidas ahorrarán divisas extranjeras. Las implicaciones económicas son casi siempre de mayor interés para ellos que los argumentos sobre las ventajas de la lactancia para la salud.

## **MITOS SOBRE LA LECHE MATERNA**

### **Mito: La leche materna varía de una persona a otra.**

Existe una creencia ampliamente sostenida que la composición de la leche materna varía mucho. Esto no es así. La leche materna humana tiene una composición casi constante.

### **Mito: La leche en un pecho es distinta de la leche del otro pecho.**

En contra de algunas creencias, la leche de ambos pechos tiene la misma composición.

### **Mito: La leche materna se fermenta en los pechos con el calor.**

Cuando la leche materna se encuentra en los pechos está perfectamente a salvo.

### **Mito: La leche materna se puede dañar en los pechos.**

Como no se fermenta en los pechos, la leche materna no se daña de ninguna otra manera.

## IX. DISEÑO METODOLÓGICO

### ix.i. Tipo de investigación

Fue de tipo cualitativa y cuantitativa.

**Cualitativa:** se emplearon técnicas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las madres piensan y sienten en lo referente al destete inducido y lactancia materna.

**Cuantitativa:** porque la información que se recolectó generó datos numéricos que permitieron conocer porcentajes de madres que destetan precozmente a sus hijos por alguna razón y podrán ser representados en gráficos y tablas.

### ix.ii. Tipo de estudio

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizaron los siguientes tipos de estudio:

**Descriptivo:** se describieron los condicionantes o factores que conllevan al destete temprano a las madres, los conocimientos que poseen sobre los beneficios de la lactancia materna, además de los problemas de salud que se han presentado a raíz del destete a temprana edad.

**Caso — control:** se elaboró este estudio debido a que se trabajó con dos grupos cuasi-equitativos, el primer grupo se llamó casos, estuvo formado por sujetos que coincidan con los siguientes criterios:

- 1) Madres cuyos hijos eran menores de dos años, los cuales ya habían sido destetados por diversos factores que es lo que se investigó,
- 2) Pertenecer al área de estudio y
- 3) Tener la disponibilidad de participar en el estudio.

El segundo grupo llamado control se conformó por madres procedentes de la misma área geográfica, semejantes a las del grupo caso, con la particularidad de que estas madres tenían hijos menores de un año y no presentaban el efecto estudiado, es decir, aún seguían dando de lactar, pero eso no significó que durante la investigación no decidieran destetarlos, es por eso que la finalidad del estudio caso - control era conocer las causas que produjeron ese efecto (en este caso destete temprano) en los sujetos del grupo caso, y tratar de hacer prevención - promoción, para evitar que el efecto estudiado se hubiera presentado en las madres del grupo control.

Es por eso que durante el tiempo que duró la investigación se hizo un seguimiento a las madres del grupo control para determinar la aparición del efecto en estudio en las mismas.

**Retrospectivo:** la selección de las madres del grupo casos estuvo definida por la presencia o no del efecto estudiado (destete precoz).

### **ix.iii. Tipo de diseño**

**Transversal:** porque se aplicó el estudio en un período de tiempo específico y lugar determinado para recolectar y procesar la información, además de elaborar las conclusiones, recomendaciones.

**Descriptivo comparativo:** este diseño permitió describir las variables y estudiar las diferencias en las variables de ambos grupos.

#### **ix.iv. Área de estudio**

La investigación se realizó en el sector de San Rafael (Barrios 50 casas y Valle hermoso), parroquia Simón Plata Torres, de la ciudad de Esmeraldas.

#### **ix.v. Universo**

El universo estuvo constituido por:

- Madres que tenían hijos menores de dos años que ya habían sido destetados antes de los seis meses (n°=45 )
- Madres con hijos menores de 1 año que estaban dando de lactar (n°=27)

#### **ix.vi. Muestreo**

Se intentó hacer la muestra lo más representativa posible de la población accesible recogiendo una gran muestra procedente del área de estudio, para disminuir el sesgo sistemático se seleccionó la muestra por medio de métodos probabilísticos de muestreo: aleatorio simple y estratificado, dado que después de obtener la muestra de ambos grupos se procedió a estratificarla con las variables más importantes para alcanzar la representatividad de la muestra total en un grupo de 10 personas formadas por estratos que son con los que se trabajará en el grupo focal.

#### **ix.vii. Muestra**

La muestra se la dividió en dos grupos cuasi-iguales, para que haya una mayor validez

interna, se trabajará con el 50% de la población en estudio.

Cálculo: 
$$\frac{50 * 45 = 22}{100}$$

- Madres con hijos menores de dos años que fueron destetados antes de los seis meses (n°=22)
- Madres con hijos menores de 1 año que seguían dándoles de lactar (n°=27)

### **ix.viii. Hipótesis**

- Los hijos de madres que destetaron tempranamente se enferman más que los que recibieron lactancia materna a demanda.

### **viii.ix. Técnicas de recolección de datos**

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron como técnicas de recolección de datos la encuesta, entrevista y grupo focal:

**Encuesta:** estuvieron dirigidas a las madres de ambos grupos, con la finalidad de obtener información sobre los condicionantes del destete y conocimientos que ellas tenían sobre la lactancia materna y beneficios, las cuales estuvieron constituidas de 12 y 15 preguntas respectivamente.

**Entrevista:** Estuvo dirigida a las madres del grupo caso para poder identificar las creencias y mitos en lo que se refiere a la lactancia materna y destete.

**Grupo focal:** Se utilizó esta técnica para obtener información de carácter cualitativa con el grupo de personas que se estratificaron de las que ya se habló anteriormente (ver

muestreo), en este grupo focal se discutió con una guía de preguntas abiertas para tener el orden y el control del grupo con las madres preseleccionadas de ambos grupos criterios respecto al destete inducido y al destete natural, beneficios y mitos de la lactancia y destete, y de esta manera también se dieron charlas motivadoras para intentar sacar las ideas erróneas de las madres respondiendo a todas sus inquietudes.

Como en todo grupo focal este contó con un moderador (en este caso quien realizó la investigación), que realizó las preguntas y contestó las inquietudes, de un relator quien estuvo pendiente de las respuestas y reacciones de los participantes, de dos observadores que apoyaron al relator y de los participantes.

## **ix.x. Instrumento de recolección de datos**

### **Cuestionario**

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron tres cuestionarios:

El primero dirigido a las madres del grupo casos que constó de 15 preguntas cerradas con variadas opciones, las cuales están dirigidas a conocer los factores que llevan a la madre al destete temprano de su hijo. **Ver anexo 1**

El segundo dirigido a las madres del grupo control, constó de 12 preguntas cerradas las cuales estuvieron encaminadas a obtener información sobre el conocimiento de las madres respecto a la lactancia materna y sus beneficios para de esa manera dar promoción de la misma y prevenir el destete precoz. **Ver anexo 2**

El tercer cuestionario constó de 12 preguntas cerradas, para poder obtener información sobre las prácticas y creencias de las madres del grupo casos en lo referente a la lactancia y alimentación del niño. **Ver anexo 3.**

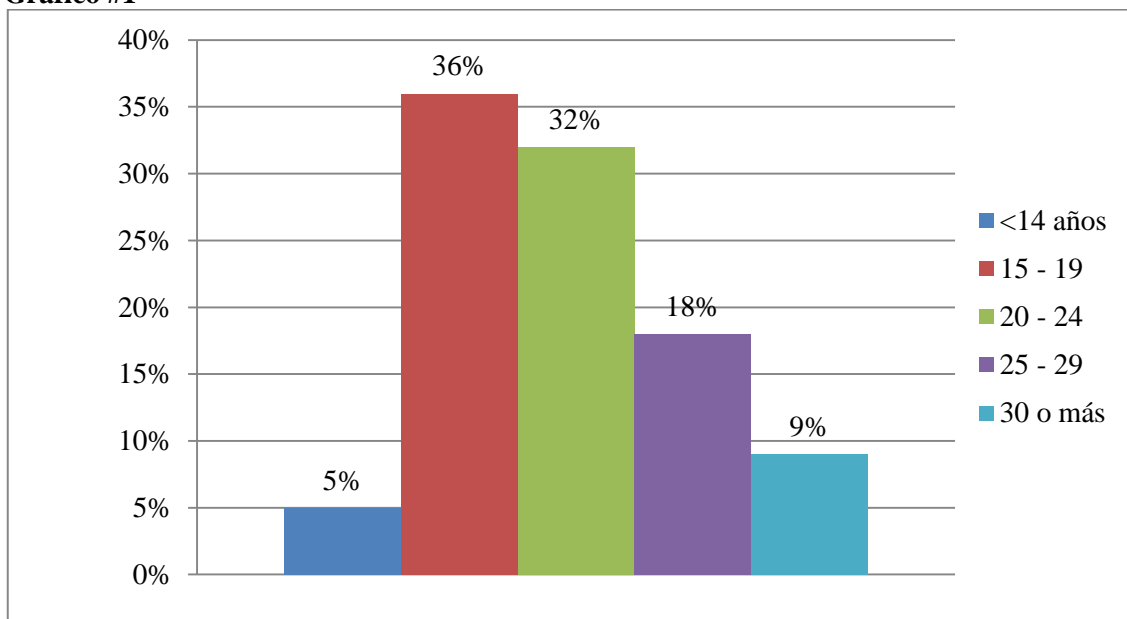
Por último la guía de discusión, que estuvo compuesta de 9 preguntas abiertas encaminadas a conocer los distintos criterios de las madres en cuanto al destete inducido y natural, lactancia y mitos. **Ver anexo 4.**

**Tabla #1.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE LAS EDADES DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

Edad de las madres	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 14 años	1	5%
15 – 19 años	8	36%
20 – 24 años	7	32%
25 – 29 años	4	18%
>30 años	2	9%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #1**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

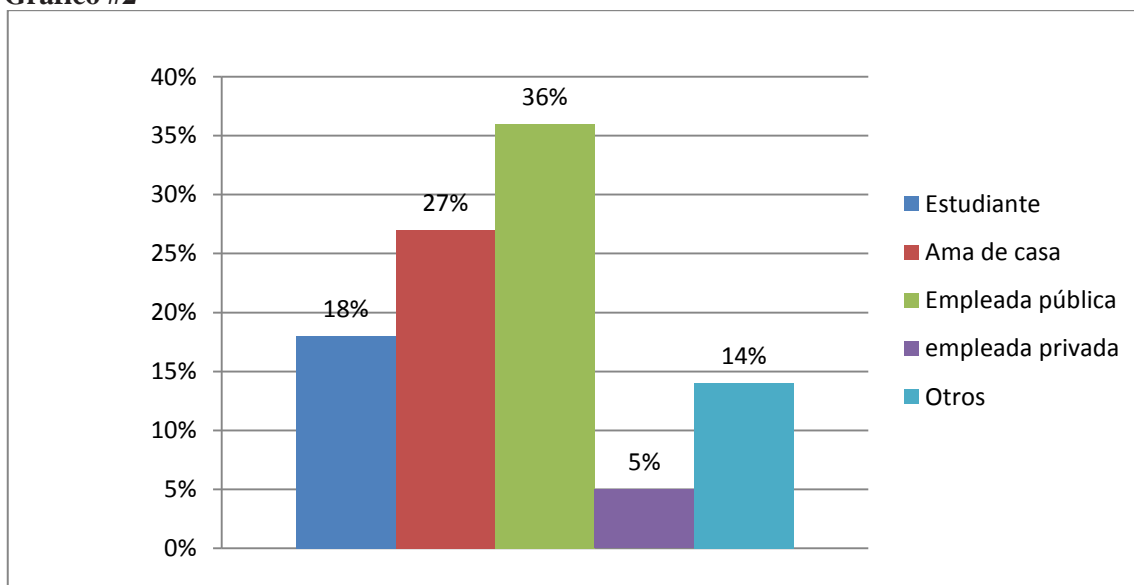
**ANÁLISIS:** las madres más jóvenes inician y mantienen la lactancia durante menos tiempo que las mayores de 30 años, y esto es más pronunciado en las adolescentes y jóvenes de 20 a 24 años de edad que hacen el 68% de las madres del grupo casos encuestadas contra el 9% de las madres mayores de 30 años.

**Tabla #2.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE LAS OCUPACIONES DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	4	18%
Ama de casa	6	27%
Empleada pública	8	36%
Empleada privada	1	5%
Otros	3	14%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #2**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

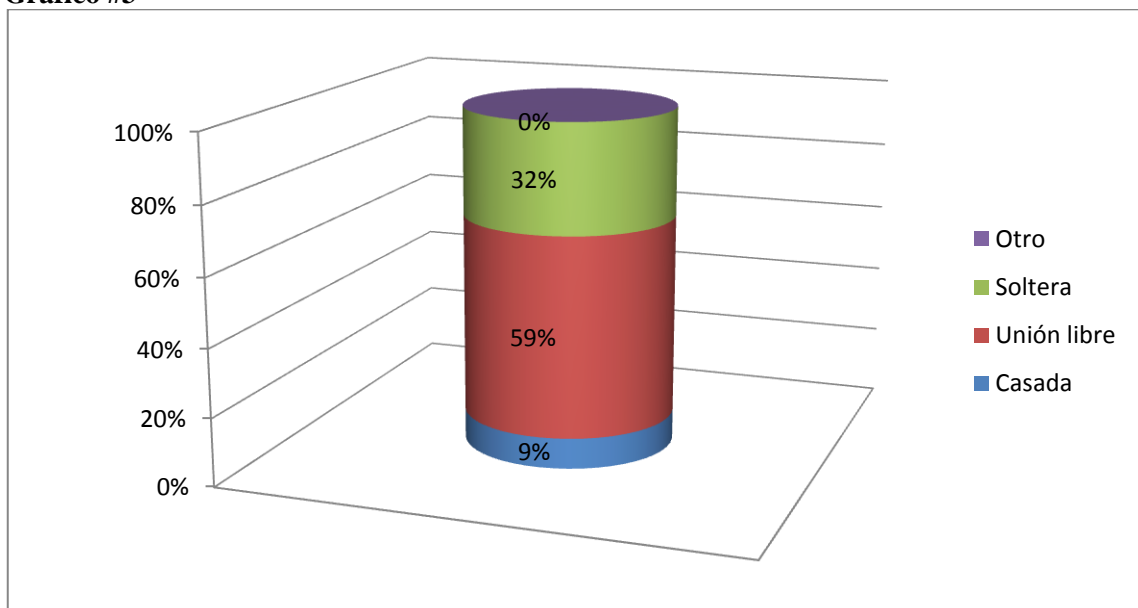
**ANÁLISIS:** El 59% de las madres tenían que salir ya sea por estudios o trabajo fuera del hogar, mientras que el 27% se quedaba en su casa realizando labores domésticos, y el 14% no tenía trabajo fijo. Las madres que tienen que salir fuera del hogar son las que en mayor porcentaje optan por dejar de amamantar a sus hijos e incluir de manera temprana otros alimentos en la dieta del lactante.

**Tabla #3.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DEL ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Casada	2	9%
Unión libre	13	59%
Soltera	7	32%
Otro	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #3**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

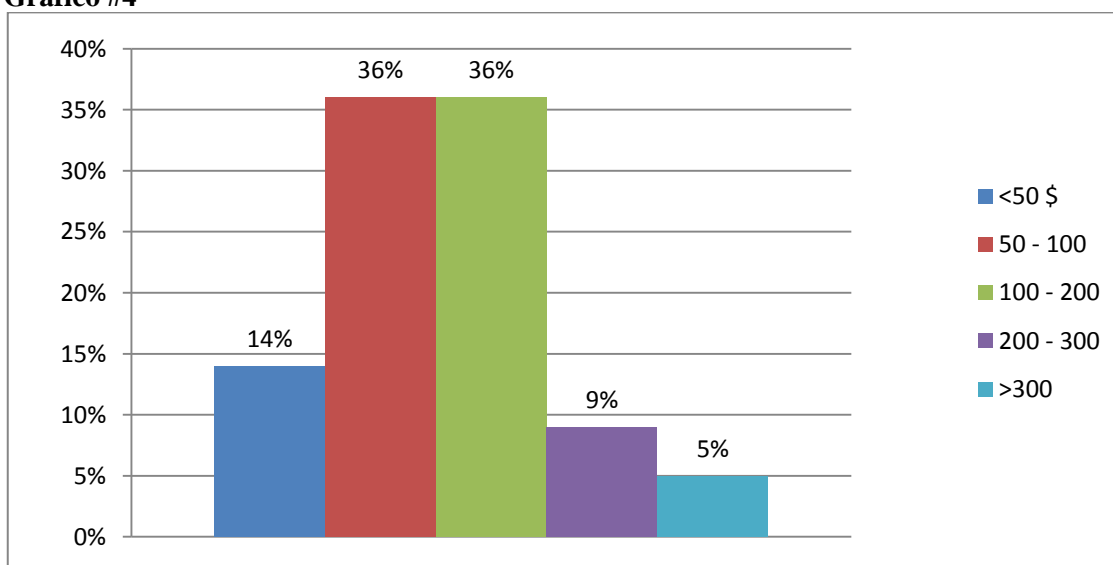
**ANÁLISIS:** El 91% de las madres que se decidieron por el destete precoz eran madres en unión libre y solteras, mientras que en un porcentaje inferior se encuentran las casadas, por lo que se puede apreciar que las madres que no tienen mucha estabilidad en el hogar dejan de fomentar el vínculo materno filial mediante el destete.

**Tabla #4**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DEL INGRESO MENSUAL DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Ingreso mensual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<50\$	3	14%
50 – 100	8	36%
100 – 200	8	36%
200 – 300	2	9%
>300	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #4**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

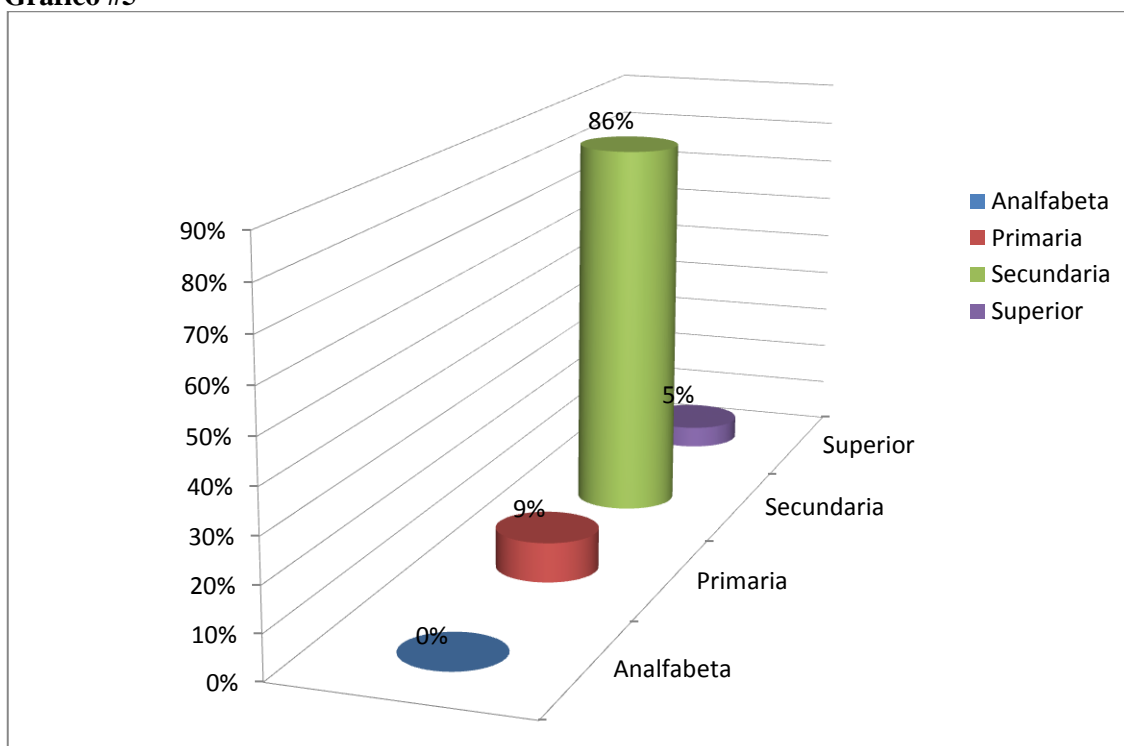
**ANÁLISIS:** Las madres con un ingreso inferior al promedio son aquellas que decidieron destetar a sus hijos en mayor porcentaje, en relación a aquellas madres con un ingreso mensual mayor al básico cuyo porcentaje asciende a 14%. Esto se debe a que las madres con un estrato socioeconómico más bajo tienen la necesidad de salir fuera de sus hogares y dejar a sus hijos al cuidado de otra persona, además de tener costumbres más arraigadas en cuanto al destete.

**Tabla #5.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE LA ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Analfabeta	0	0%
Primaria	2	9%
Secundaria	19	86%
Superior	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>27%</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #5**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

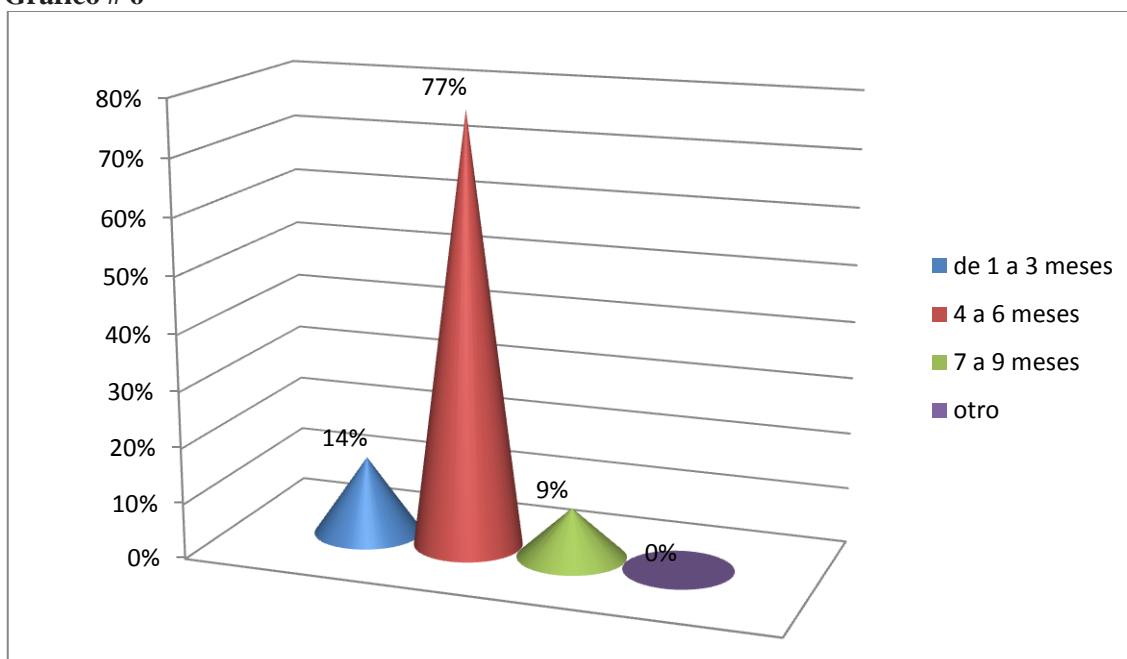
**ANÁLISIS:** De acuerdo a los resultados de las encuestas un bajo nivel de estudios materno está relacionado con un aumento de riesgo para que las madres alimenten a sus hijos con sucedáneos debido a la falta de conocimientos adecuados de la lactancia materna y su gama de beneficios.

**Tabla #6.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DEL TIEMPO DE LACTANCIA DEL HIJO ANTERIOR DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Tiempo de lactancia al hijo anterior</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
De 1 a 3 meses	3	14%
4 a 6 meses	17	77%
7 a 9 meses	2	9%
<b>TOTAL</b>	<b>22%</b>	<b>100%</b>

**Gráfico # 6**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

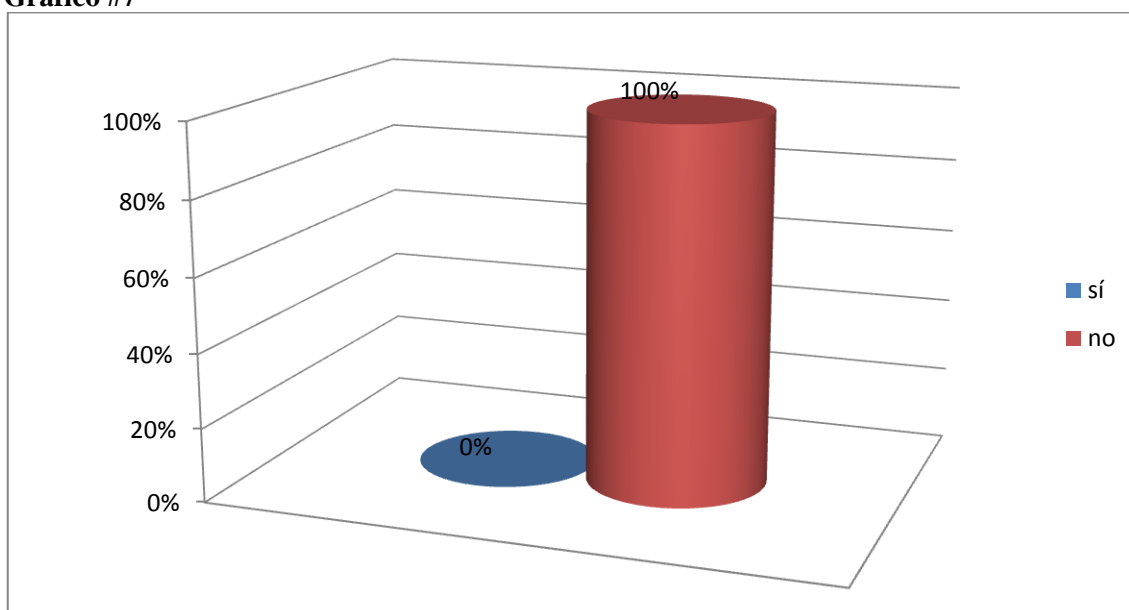
**ANÁLISIS:** Las madres que destetan a priori a sus hijos, tienen tendencia a repetir el suceso con los hijos siguientes si no existe una adecuada promoción de la lactancia materna y aceptación de las madres de esa enseñanza que se les brinda por el bienestar del bebé y de la propia madre.

**Tabla #7.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS QUE LE DAN DE LACTAR A SUS HIJOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Continúan con la lactancia materna</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	0	0%
No	22	100%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #7**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta

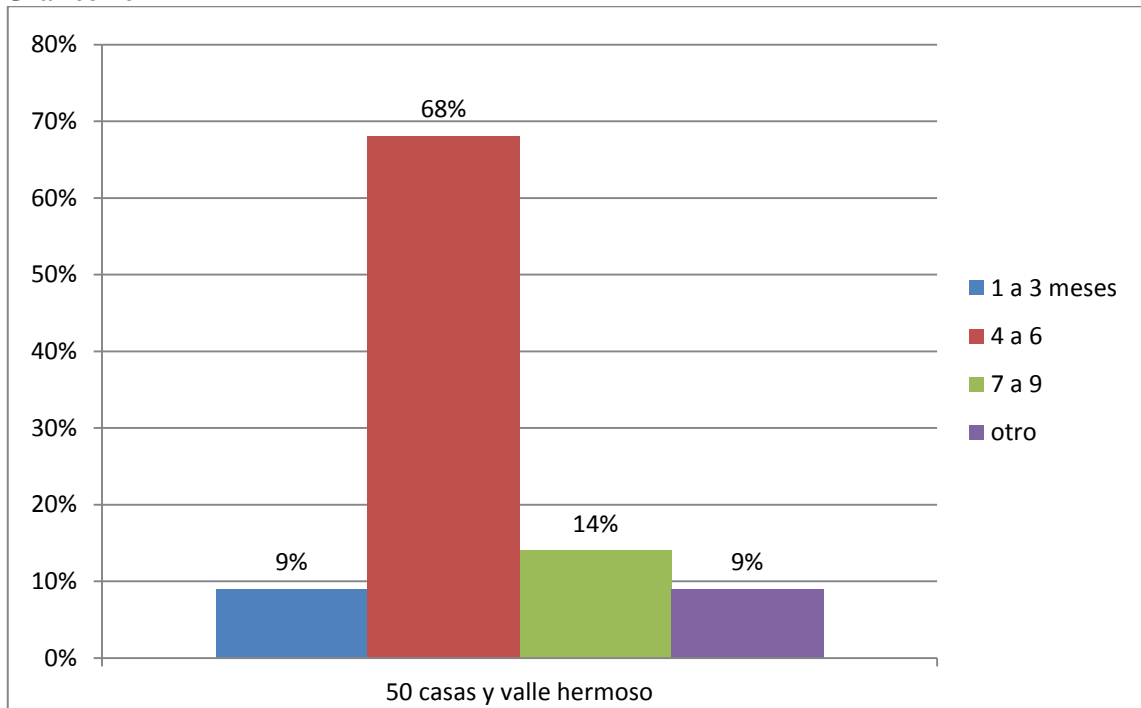
**ANÁLISIS:** Se puede observar que todo el porcentaje está con las madres que ya no le dan de lactar a sus hijos y es que por lo general las madres que destetan a sus hijos antes de lo recomendado por la OMS en la lactancia exclusiva, no tienen la costumbre de amamantar a su hijo hasta los 2 años de edad, ya que para muchas es algo que crea dependencia en el niño hacia la madre.

**Tabla #8.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DEL TIEMPO QUE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS LE DIERON DE LACTAR A SUS HIJOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Tiempo de lactancia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1 a 3 meses	2	9%
4 a 6 meses	15	68%
7 a 9 meses	3	14%
Otro	2	9%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #8**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta

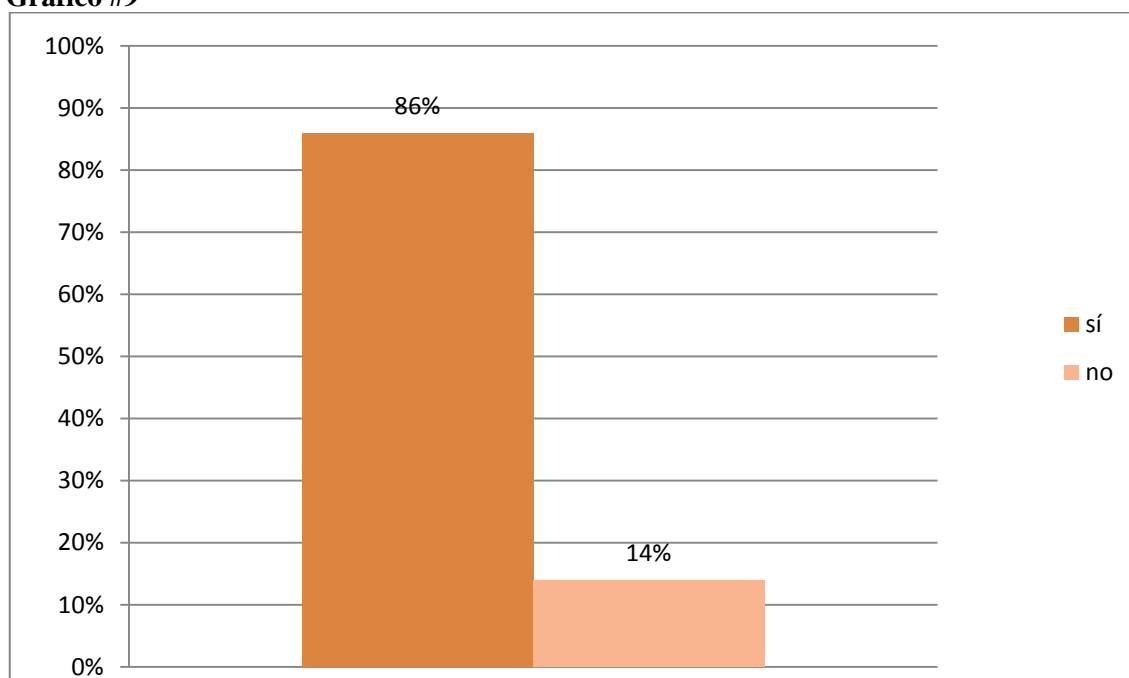
**ANÁLISIS:** De acuerdo a los resultados de las encuestas, las madres le dan lactancia a sus hijos en mayor porcentaje de 4 a 6 meses por lo que tienden a repetir los meses que le dan lactancia entre un hijo y otro.

**Tabla #9.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SOBRE EL USO DE FÓRMULAS EN LA ALIMENTACIÓN DE SUS BEBÉS DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

Utilización de fórmulas	Frecuencia	Porcentaje
Sí	19	86%
No	3	14%
TOTAL	22	100%

**Gráfico #9**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

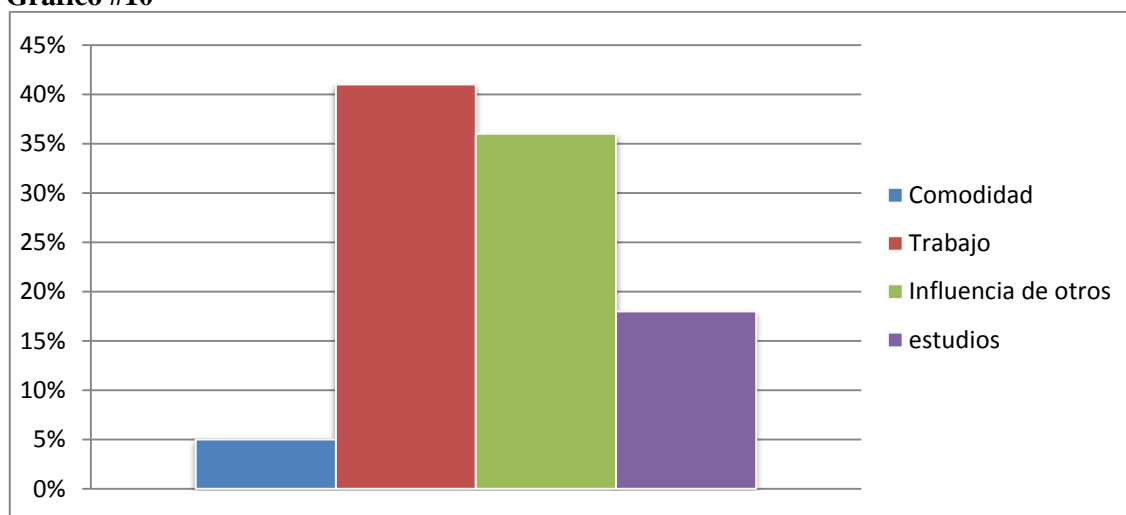
**ANÁLISIS:** Es un gran porcentaje de las madres encuestadas quienes utilizan sucedáneos de la leche materna para la alimentación de sus hijos, lo que demuestra el gran auge del destete precoz y el que han tenido las fórmulas en la industria de las leches artificiales para quienes la utilizan.

**Tabla #10.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SOBRE LA RAZÓN DEL DESTETE PRECOZ DE SUS BEBÉS DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

Razón del destete precoz	Frecuencia	Porcentaje
Comodidad	1	5%
Trabajo	9	41%
Influencia de otros	8	36%
Estudios	4	18%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #10**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

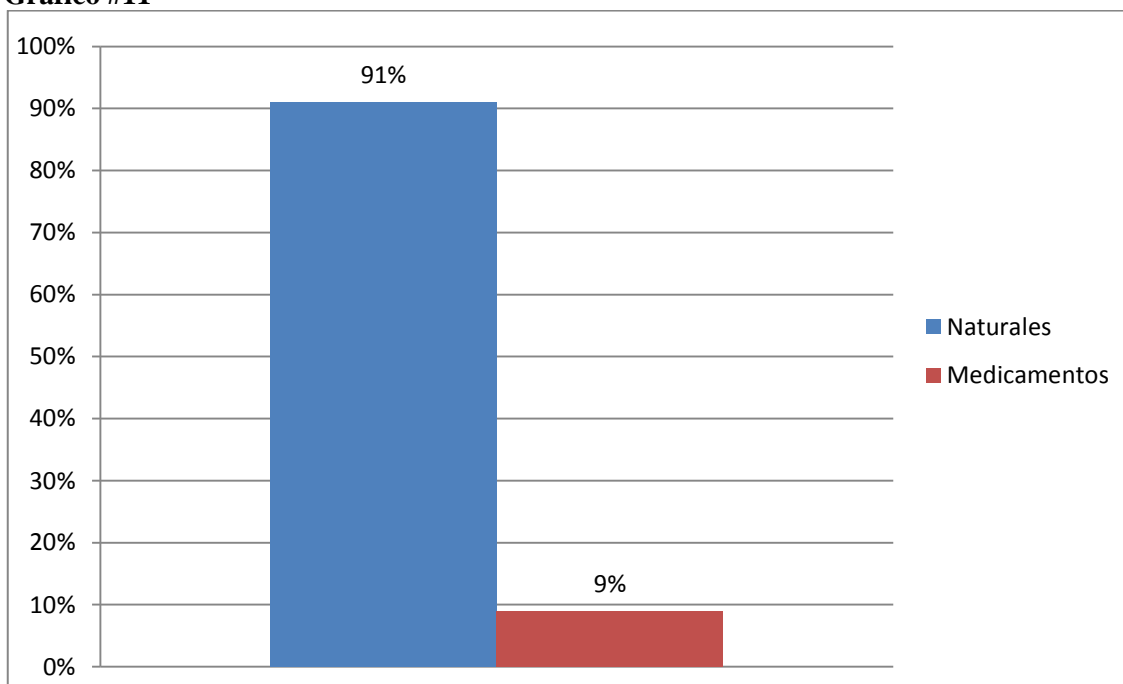
**ANÁLISIS:** Un alto porcentaje de madres del grupo casos alegan que la mayor razón de haberle quitado el seno a sus hijos fue por el trabajo que realizan, puesto que tienen que salir fuera de su hogar y verse en la obligación de darle sucedáneos de leche materna u otro líquido que suple esa necesidad, aunque el trabajo no debe ser motivo de destete para estas madres eso les influyó en la toma de la decisión y seguido en porcentaje está la influencia de otros. Las madres se están dejando llevar por las opiniones de familiares al momento de destetar a sus hijos.

**Tabla #11.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SOBRE EL MÉTODO DE DESTETE DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Método de destete</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Naturales	20	91%
Medicamentos	2	9%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #11**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

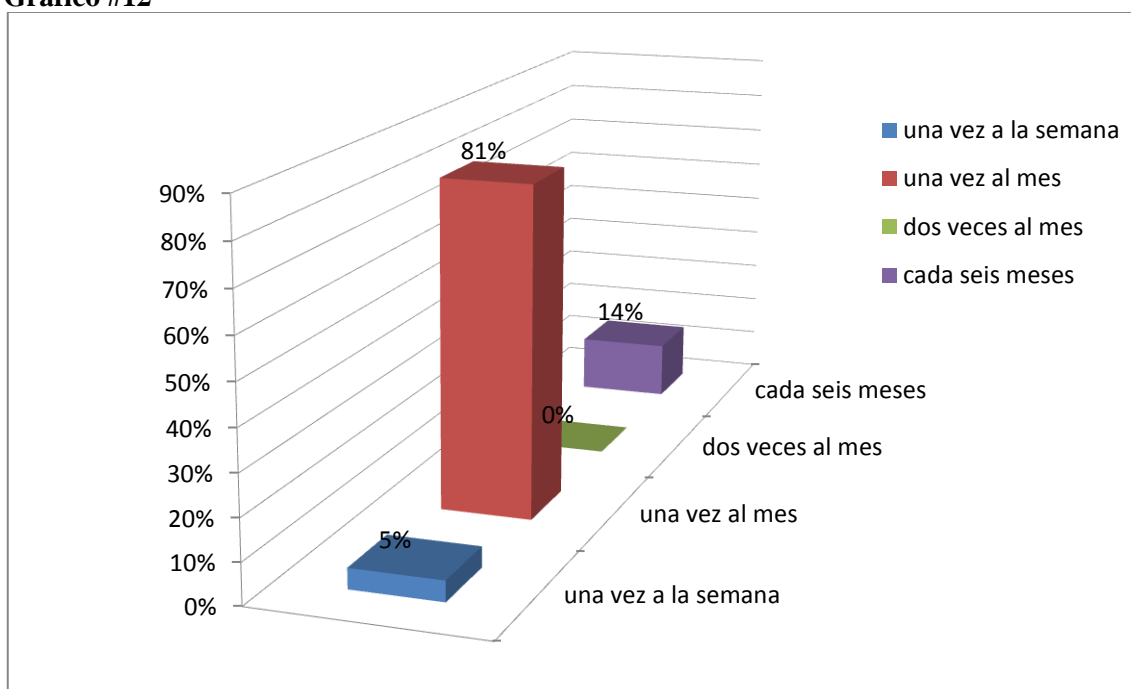
**ANÁLISIS:** la mayoría de las madres que destetaron precozmente a sus hijos optaron por métodos naturales de destete como la sábila y el ají colocados en el pezón y menos del 10% por métodos que incluyen medicamentos para dejar de producir leche materna.

**Tabla #12.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SOBRE LA FRECUENCIA CON QUE SE ENFERMAN LOS HIJOS DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Frecuencia de enfermedad de sus hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Una vez a la semana	1	5%
Una vez al mes	18	81%
Dos veces al mes	3	14%
Cada seis meses	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #12**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

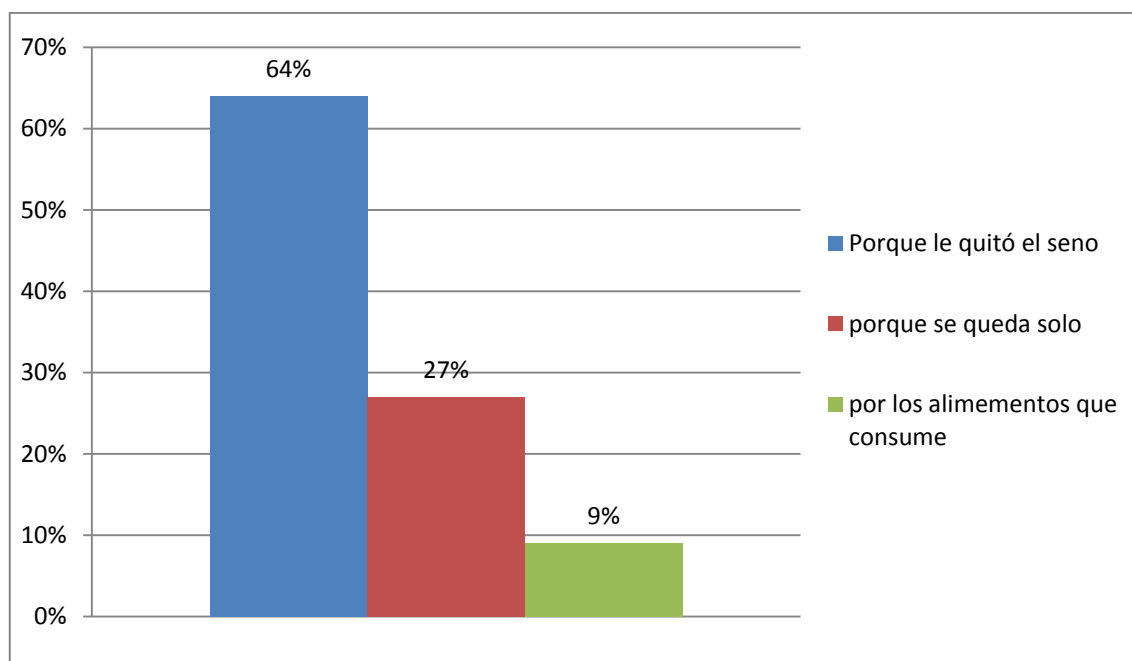
**ANÁLISIS:** La frecuencia con la que se enferman los niños destetados precozmente es muy notable con un alto porcentaje, las madres refirieron acudir al subcentro con regularidad pero porque sus hijos se enferman constantemente.

**Tabla #13.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SOBRE LA RAZÓN DE QUE SE ENFERMEN SUS HIJOS DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Razón de las enfermedades de sus hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Porque le quitó el seno	14	64%
Porque se queda solo	6	27%
Por los alimentos que consume	2	9%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #13**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

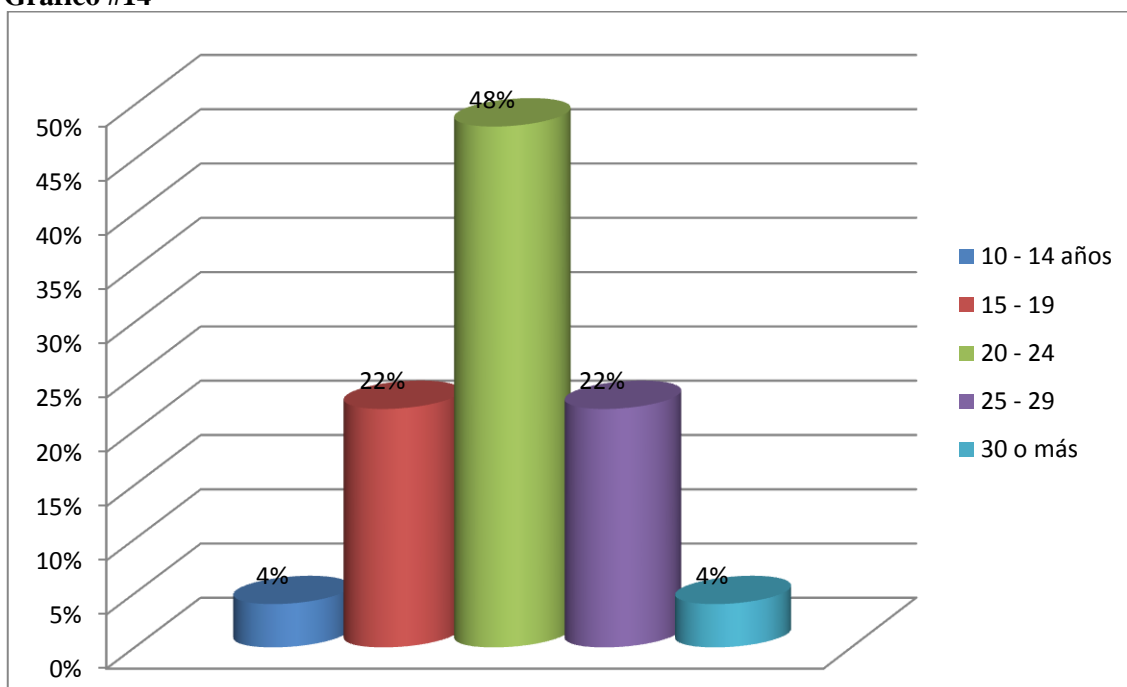
**ANÁLISIS:** La mayoría de las madres reconocen que sus hijos se enferman con regularidad por la falta de la leche materna, mientras que en menor porcentaje y no menos importante por los alimentos que ingiere el bebé, puesto que los bebés tienen el estómago delicado y a veces las madres les dan alimentos pesados a sus hijos.

**Tabla #14.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE LAS EDADES DE LAS MADRES DEL GRUPO CONTROL, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Edad de las madres</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 14 años	1	4%
15 – 19 años	6	22%
20 – 24 años	13	48%
25 – 29 años	6	22%
>30 años	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #14**



**Fuente:** Encuesta 2012

**Responsable:** Vanessa Castillo

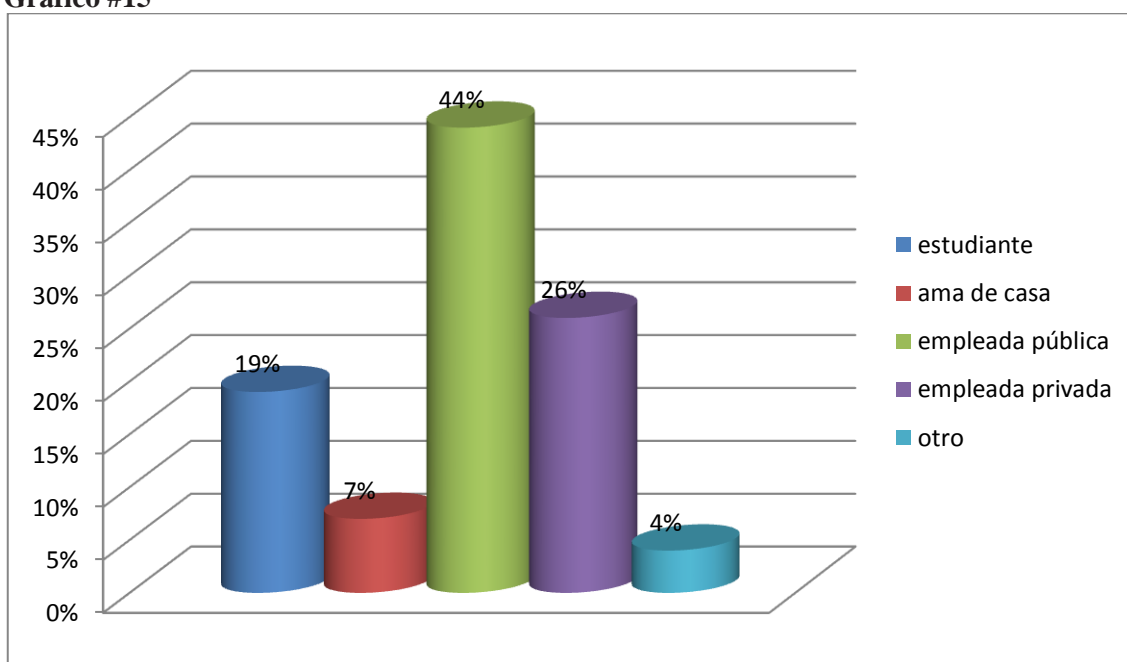
**ANÁLISIS:** Del total de madres encuestadas del grupo control un alto porcentaje se encuentra en la edad media que son las más propicias para dejar de dar el pecho a sus hijos, puesto que es en esta edad donde las madres se dejan influenciar y más si son primerizas, mientras que en menor cantidad se encuentran entre las mayores de 30 años.

**Tabla #15.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE LAS OCUPACIONES DE LAS MADRES DEL GRUPO CONTROL, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	5	19%
Ama de casa	2	7%
Empleada pública	12	44%
Empleada privada	7	26%
Otros	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #15**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

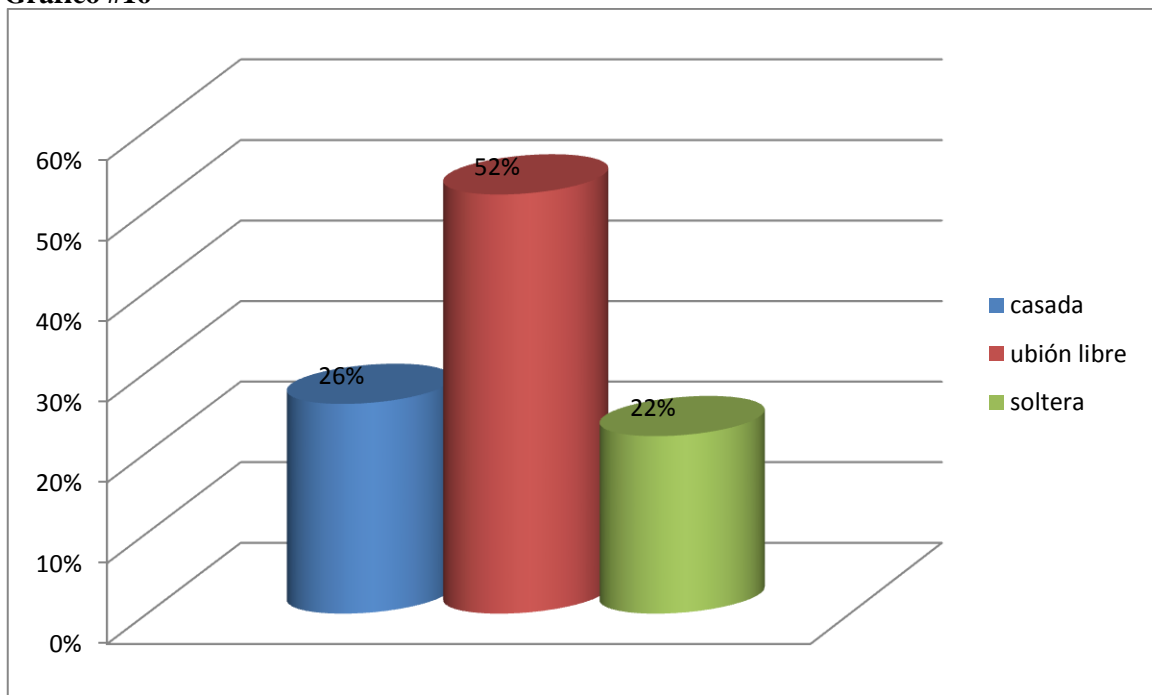
**ANÁLISIS:** Cerca del 90% de las madres del grupo control tienen que salir de sus casas sea por trabajo o por estudios, pero aunque aun estén dando lactancia materna a sus hijos son un grupo de riesgo, pero ellas aseveran hasta el momento que es mejor darles leche materna que los protege que sucedáneos de la misma que provocarían que se enfermen.

**Tabla #16.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DEL ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DEL GRUPO CONTROL, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Casada	7	26%
Unión libre	14	52%
Soltera	6	22%
Otro	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #16**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

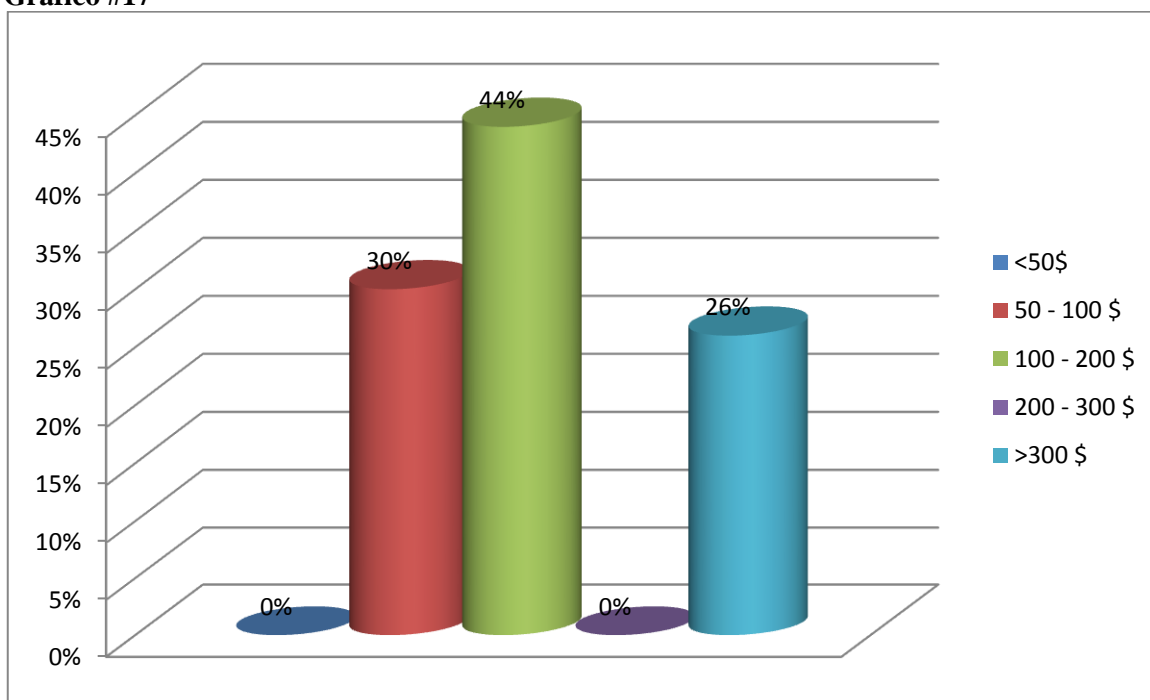
**ANÁLISIS:** Más de la mitad de las madres lactantes viven con sus parejas en unión libre, por lo que se puede aseverar que el estado civil si es un factor influyente para el destete o amamantamiento de los niños, ya que las parejas pueden opinar respecto a la alimentación de sus hijos.

**Tabla #17.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DEL INGRESO MENSUAL DE LAS MADRES DEL GRUPO CONTROL, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Ingreso mensual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<50\$	0	0%
50 – 100	8	30%
100 – 200	12	44%
200 – 300	0	0%
>300	7	26%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #17**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

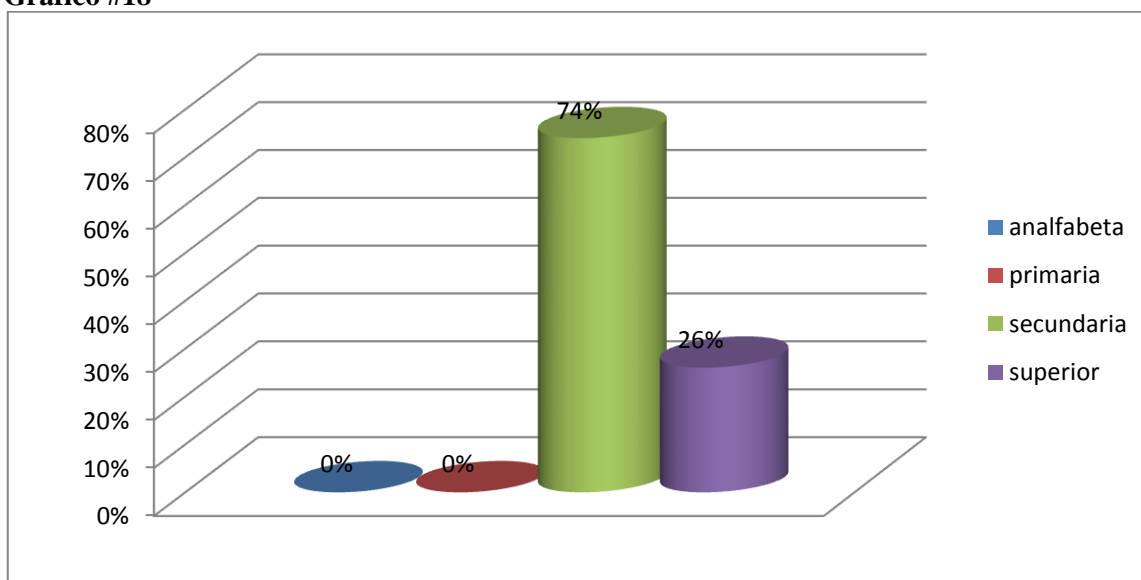
**ANÁLISIS:** En este gráfico podemos observar que en su mayoría no más de la mitad de madres de este grupo cuentan con un ingreso mensual de 100 a 200 dólares, y que ninguna de ellas recibe menos de 50 dólares al mes, pero que a pesar de esto el nivel económico es bajo aunque sólo el 26% recibe más de 300\$.

**Tabla #18.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE LA ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DEL GRUPO CONTROL, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	0	0%
Primaria	0	0%
Secundaria	20	74%
Superior	7	26%
TOTAL	27%	100%

**Gráfico #18**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

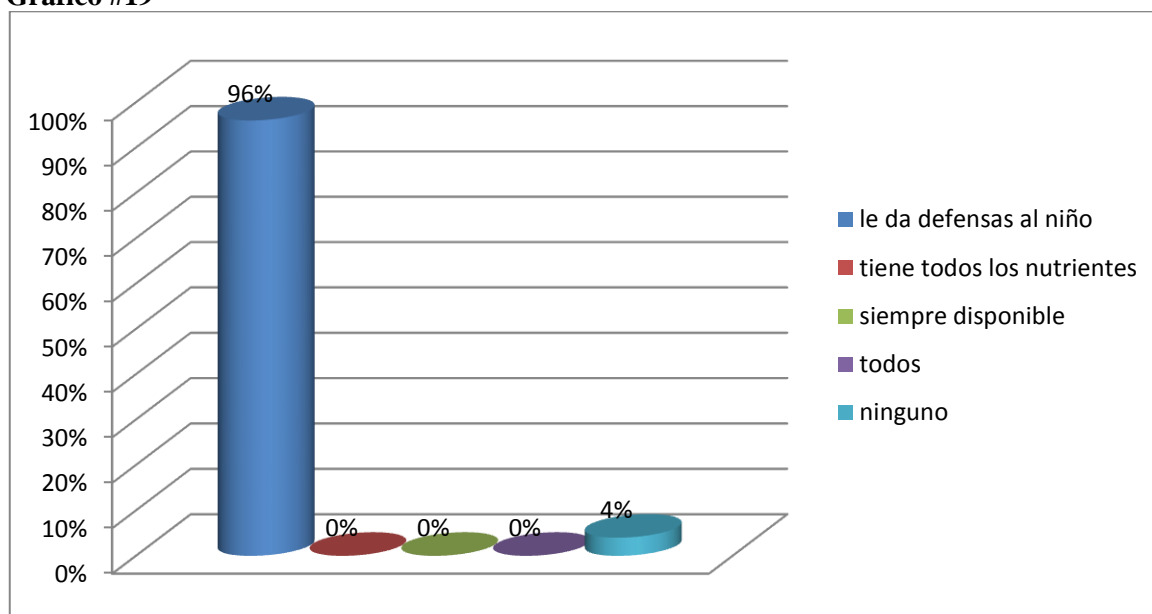
**ANÁLISIS:** El porcentaje mayor pertenece a un 74% de las madres del grupo control que cuenta con estudios secundarios completo e incompleto, es decir que todavía siguen en secundaria, por lo que necesitan de bastante fuerza y apoyo para continuar con la lactancia materna, y un 26% superior que puede ser una ventaja y desventaja, ya que tienen poco tiempo para la lactancia de sus bebés pero tienen más información sobre cómo alimentar a sus hijos con leche materna aunque ellas no se encuentren con ellos.

**Tabla #19.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE LOS CONOCIMIENTOS EN LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES DEL GRUPO CONTROL, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Conocimientos de lactancia materna</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Le da defensas al niño	26	96%
Tiene todos los nutrientes	0	0%
Siempre disponible	0	0%
Todos	0	0%
Ninguno	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #19**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

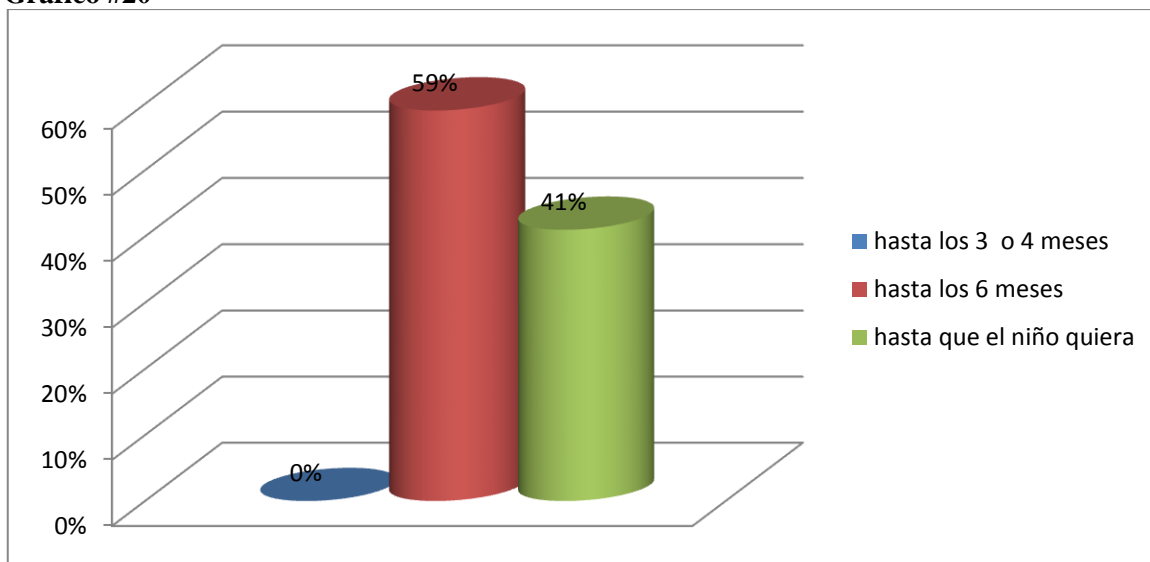
**ANÁLISIS:** Más del 90% de las madres dogmatizaron que la leche materna protege al niño contra las enfermedades, por ende que esta le brinda las defensas necesarias para realizar esa acción mediante las inmunoglobulinas y un bajo porcentaje de un 4% dijo no tener idea de los beneficios, a pesar de que hay mucha información de la lactancia materna.

**Tabla #20.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DEL TIEMPO QUE CONSIDERAN SE LE DEBE DAR DE LACTAR AL NIÑO/A DE LAS MADRES DEL GRUPO CONTROL, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Tiempo que se le debe amamantar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hasta los 3 o 4 meses	0	0%
Hasta los 6 meses	16	59%
Hasta que el niño quiera	11	41%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #20**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

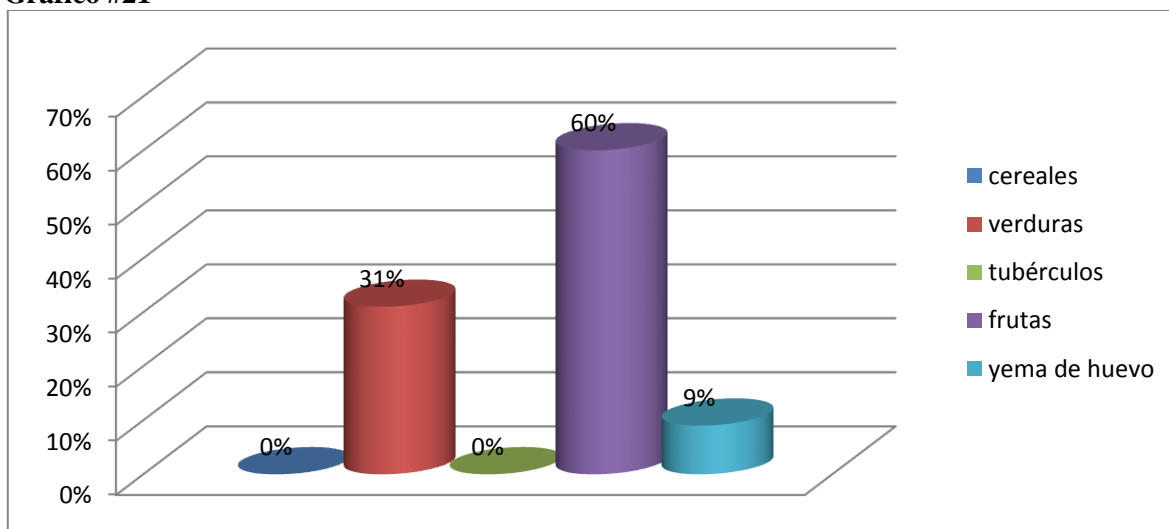
**ANÁLISIS:** Un alto porcentaje de madres el 59% asegura que se le debe dar leche materna al niño hasta los seis meses lo que concuerda con lo manifestado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la lactancia exclusiva y un 41% respondió hasta que el niño lo desee, esto es muy importante ya que así se evita pasar por el trauma del niño de ser obligado a destetarse y peor aún si se lo hace de manera precoz, lo cual denota que había que trabajar con ese 59% para que no abandonaran la lactancia materna.

**Tabla #21.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SOBRE LOS ALIMENTOS QUE CONSIDERAN LAS MADRES DEL GRUPO CONTROL QUE SE LE DEBE DAR AL NIÑO/A, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Alimentos que se les debe dar a los niños</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cereales	0	0%
Verduras	8	31%
Tubérculos	0	0%
Frutas	16	60%
Yema de huevo	3	9%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #21**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

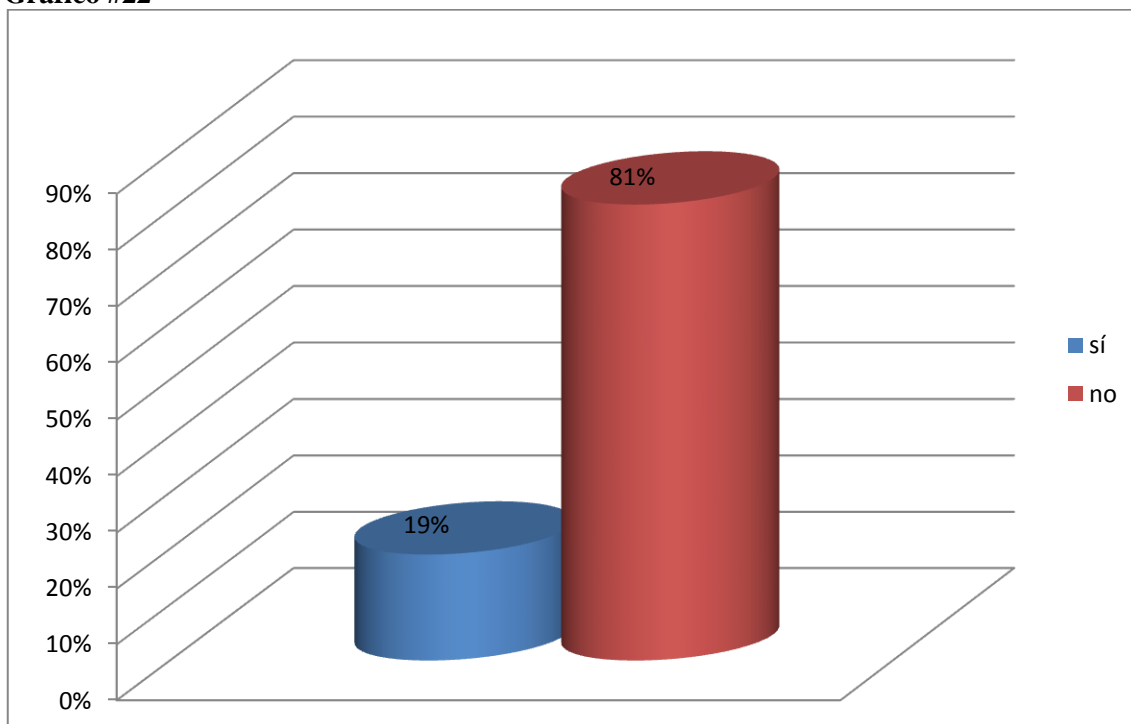
**ANÁLISIS:** Las madres del grupo control señalaron que las frutas son un buen alimento que se les puede dar a los bebés de manera complementaria en forma de papilla una vez que termine la lactancia materna exclusiva, porque le proveen al niño de vitaminas para su crecimiento y ayudan a mantener saludable al bebé.

Tabla #22.

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SOBRE LOS  
CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES DEL GRUPO CONTROL SOBRE LOS  
ALIMENTOS CONTRAINDICADOS AL NIÑO/A MENOR DE UN AÑO, DE LOS  
SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO –  
JULIO 2012**

<b>Conocimientos de los alimentos contraindicados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	5	19%
No	22	81%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

Gráfico #22



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

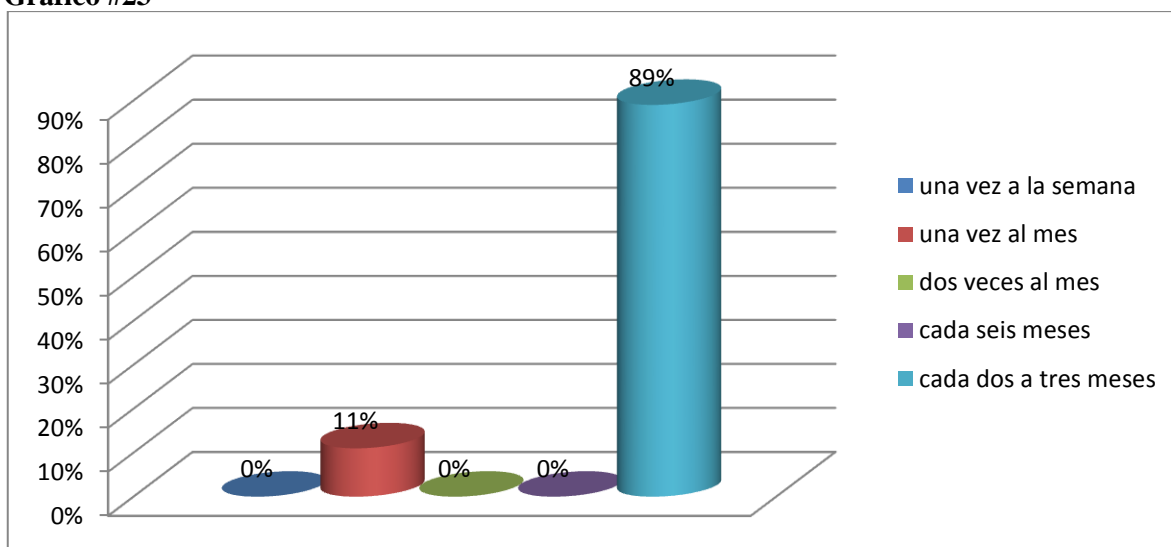
**ANÁLISIS:** Aquí podemos observar un aspecto negativo de las madres del grupo control, un alto porcentaje refleja no saber que alimentos no se pueden dar a menores de un año de edad, mientras que el 19% revela conocerlos, como por ejemplo el huevo y mariscos porque pueden causarles alergia a los bebés.

**Tabla #23.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SOBRE LA FRECUENCIA CON QUE SE ENFERMAN LOS HIJOS DE LAS MADRES DEL GRUPO CONTROL, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Frecuencia con que se enferman sus hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Una vez a la semana	0	0%
Una vez al mes	3	11%
Dos veces al mes	0	0%
Cada seis meses	0	0%
Cada 2 o 3 meses	24	89%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #23**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

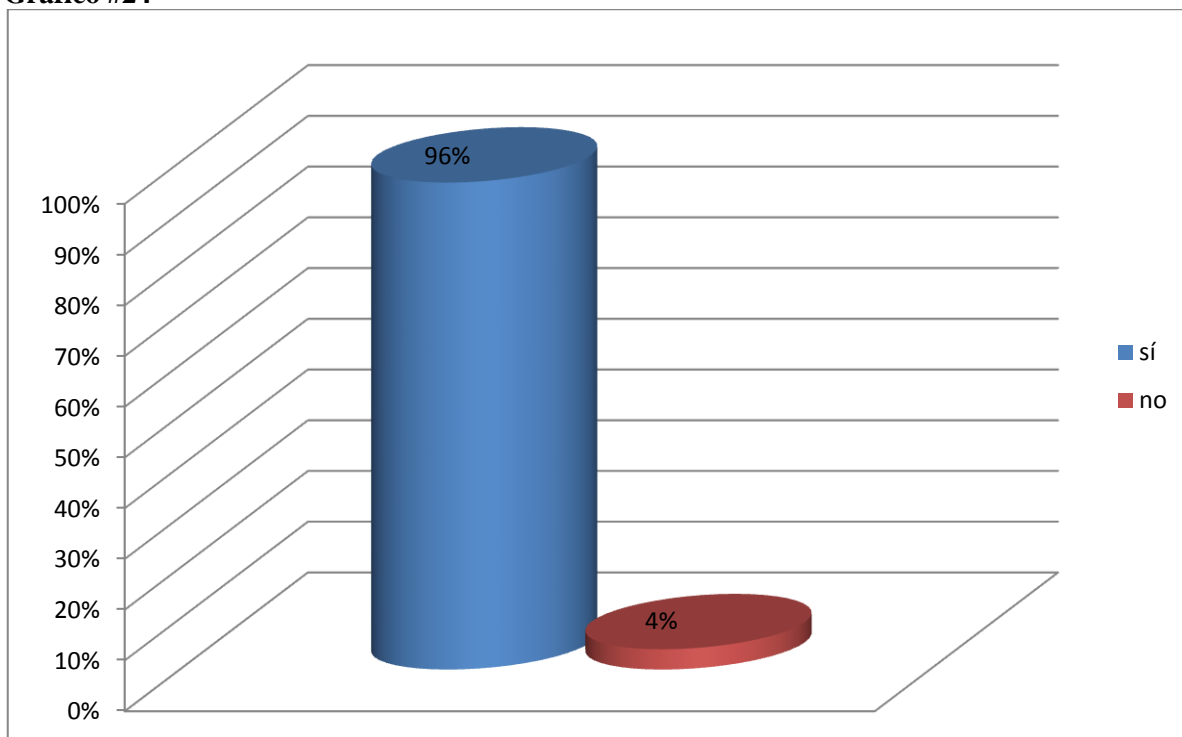
**ANÁLISIS:** Se puede observar en el gráfico que el 89% de las madres refieren que sus hijos se enferman cada dos o tres meses, lo que nos hace entender que hay un porcentaje bajo de niños que se enferman con más frecuencia, que la leche materna si es fuente de salud para el bebé, y que la madre ya no tiene que acudir a los subcentros por enfermedad sino por control.

**Tabla 24.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SI LAS MADRES DEL GRUPO CONTROL CREEN QUE LA LECHE MATERNA PROTEGE AL NIÑO DE ENFERMEDADES, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Leche materna protege al niño de enfermedades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	26	96%
No	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #24**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

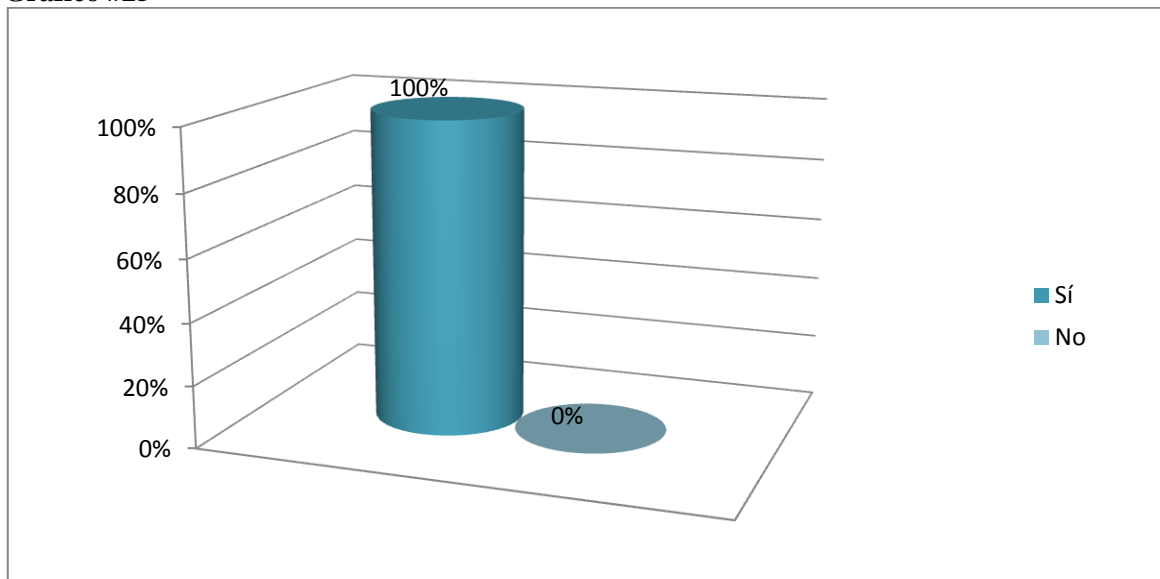
**ANÁLISIS:** Un gran porcentaje de madres lactantes están de acuerdo que la lactancia materna es eficaz en la protección de sus hijos contra enfermedades, puesto que la lactancia materna se ha difundido a nivel mundial como el mejor alimento para el lactante por brindarle a éste las defensas que necesita.

**Tabla #25.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE RESPECTO A SI LAS MADRES DEL GRUPO CASOS DAN AGUA A SUS HIJOS ANTES DE LOS SEIS MESES, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Da agua a sus hijos antes de los seis meses</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	22	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #25**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

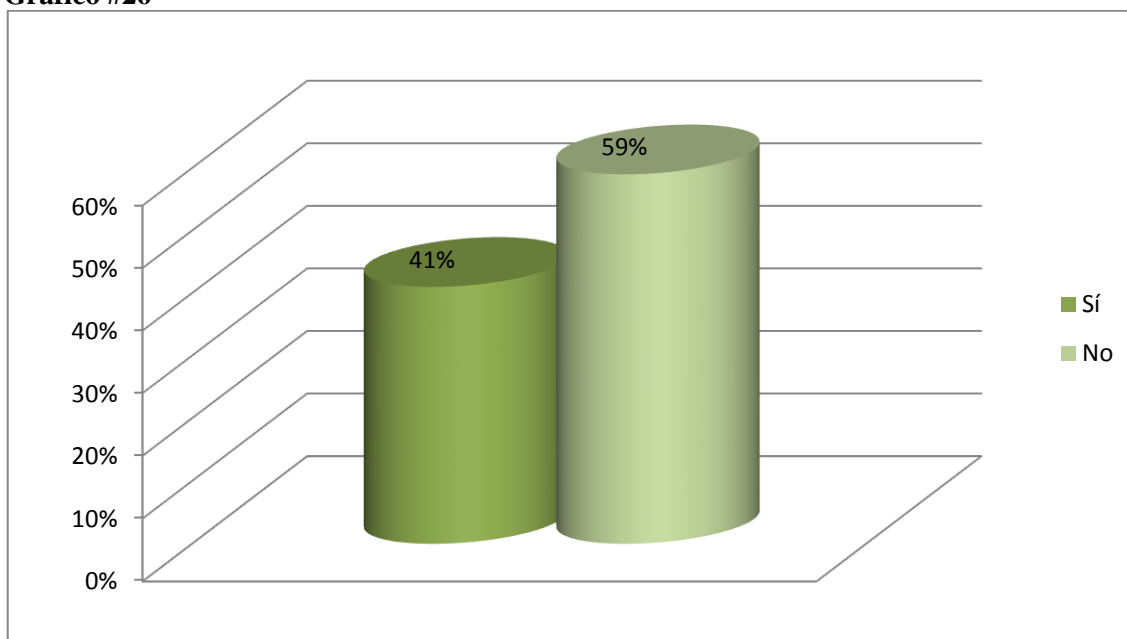
**ANÁLISIS:** Todas las madres del grupo casos señalaron que sí les dan otros líquidos a sus hijos antes de los seis meses. Es una práctica que por lo general pasa de generación en generación por el pensamiento de que a los bebés también les da sed porque son seres humanos, desconociendo que la leche materna proporciona el agua necesaria que el bebé necesita.

**Tabla #26.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE LA UTILIZACIÓN DE BIBERONES EN LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE, DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Utilización de biberones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	9	41%
No	13	59%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #26**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

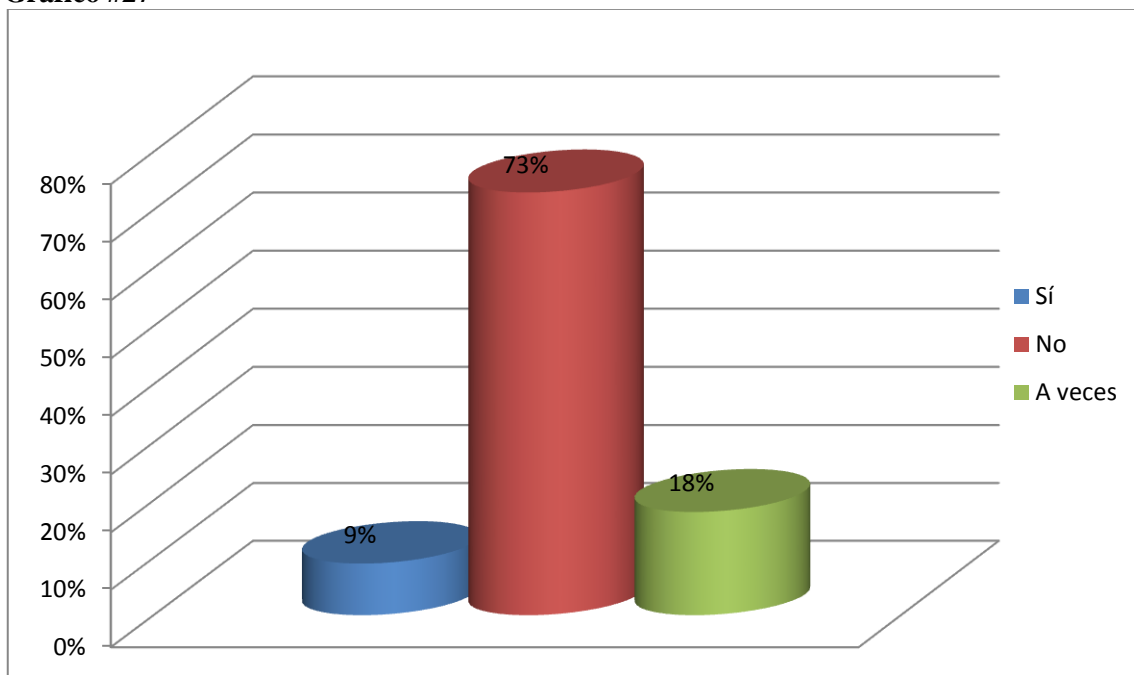
**ANÁLISIS:** Las madres refirieron que en la práctica de alimentar a sus hijos prefieren usar vasos, porque según su criterio no necesita ser hervidos, en menor porcentaje utilizan biberones, esta práctica del uso de biberones aunque popular podría causar complicaciones a la salud del bebé, si la madre no tiene la suficiente precaución en la higiene de los mismos.

**Tabla #27.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DEL LAVADO DE MANOS ANTES DE INICIAR LA LACTANCIA LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

Lavado de manos antes de lactancia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	9%
No	16	73%
A veces	4	18%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #27**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

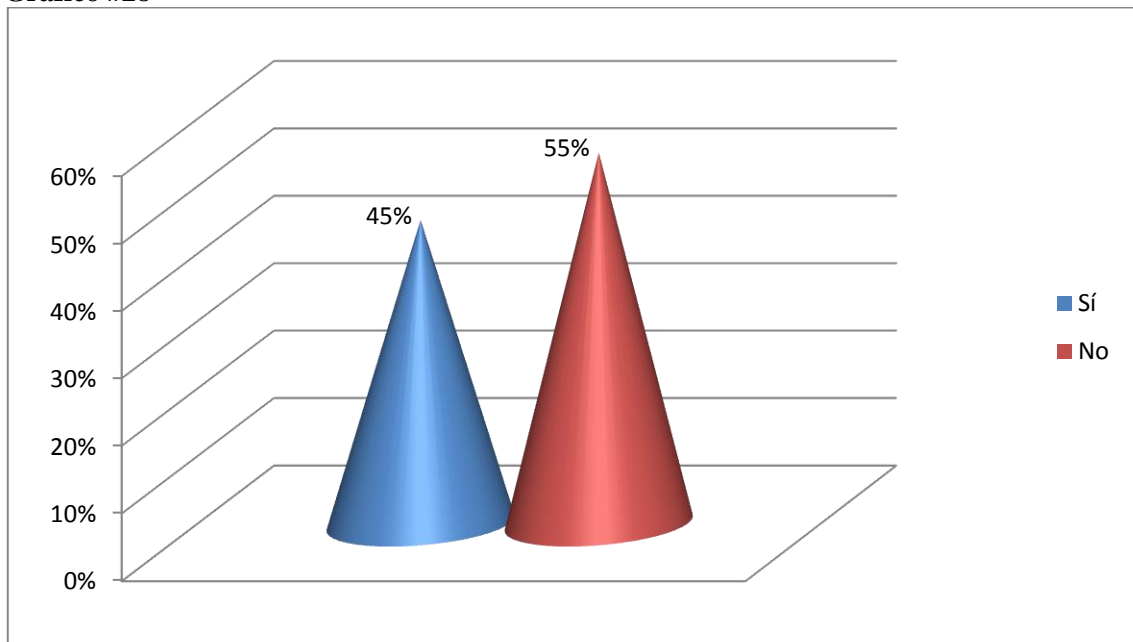
**ANÁLISIS:** En cuanto a la práctica de lavarse las manos antes de iniciar la lactancia materna, en mayor porcentaje respondieron que no suelen hacerlo, y apenas un 9% refirió que sí, por lo general es una práctica que casi no se observa, pero que podría acarrear serios problemas en la salud del bebé.

**Tabla #28.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SOBRE LA PRÁCTICA DE ACUDIR AL SCS PARA CONTROL DE SUS HIJOS DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Acuden al SCS para control de sus hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	10	45%
No	12	55%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #28**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

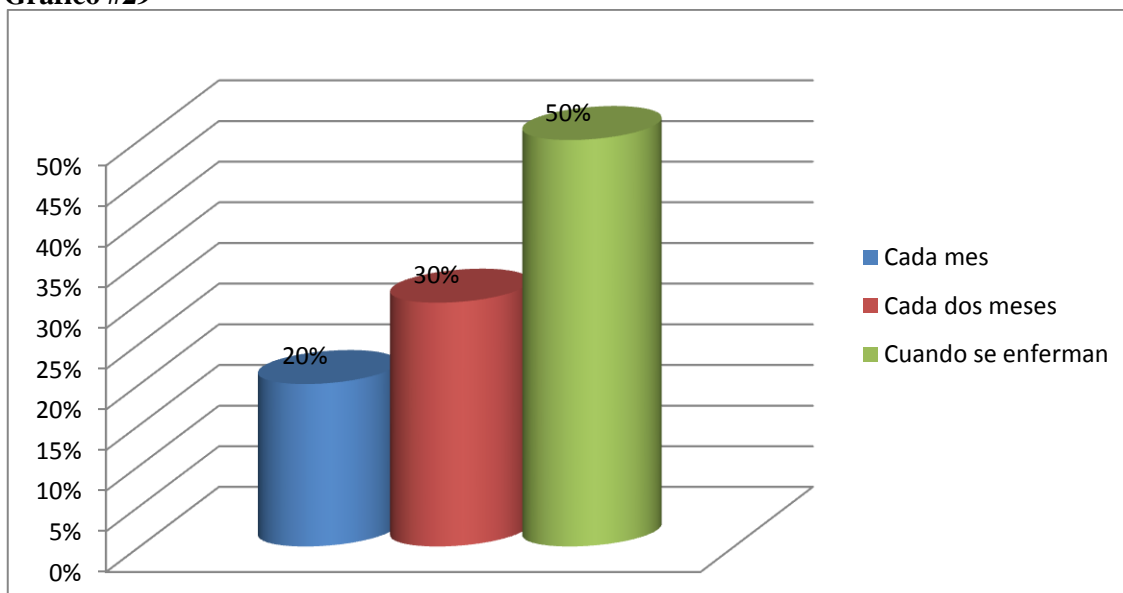
**ANÁLISIS:** Más de la mitad de las madres encuestadas del grupo casos no acude a los centros de salud a controlar talla y peso de sus hijos cuando están sano, deberían de hacerlo para saber la ganancia ponderal y la talla, puesto que los niños destetados precozmente tienden a sufrir de desnutrición o gordura falsa.

**Tabla #29.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SOBRE CADA CUANTO ACUDEN AL SCS PARA CONTROL DE SUS HIJOS DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>¿Cada cuanto?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cada mes	2	20%
Cada dos meses	3	30%
Solo cuando se enferma	5	50%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #29**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

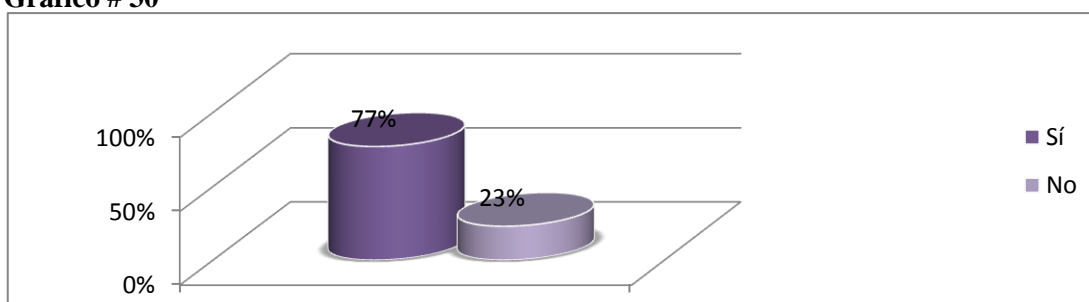
**ANÁLISIS:** Del total de madres que acuden a los subcentros para controlar a sus hijos, la mitad de ellas acuden aprovechando cuando ellos se enferman, esto no debería ser así, puesto que no llevan un adecuado control del desarrollo y crecimiento de sus hijos sanos, el otro 50% si acude cuando están sanos pero en variadas frecuencias, cada mes en menores de un año y cada dos meses, de uno a dos años de edad.

**Tabla #30.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SOBRE SI AÑADEN AZUCAR O SAL A LA DIETA DEL LACTANTE DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DE LOS SECTORES 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Añaden azúcar o sal a la dieta del lactante</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	17	77%
No	5	23%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico # 30**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

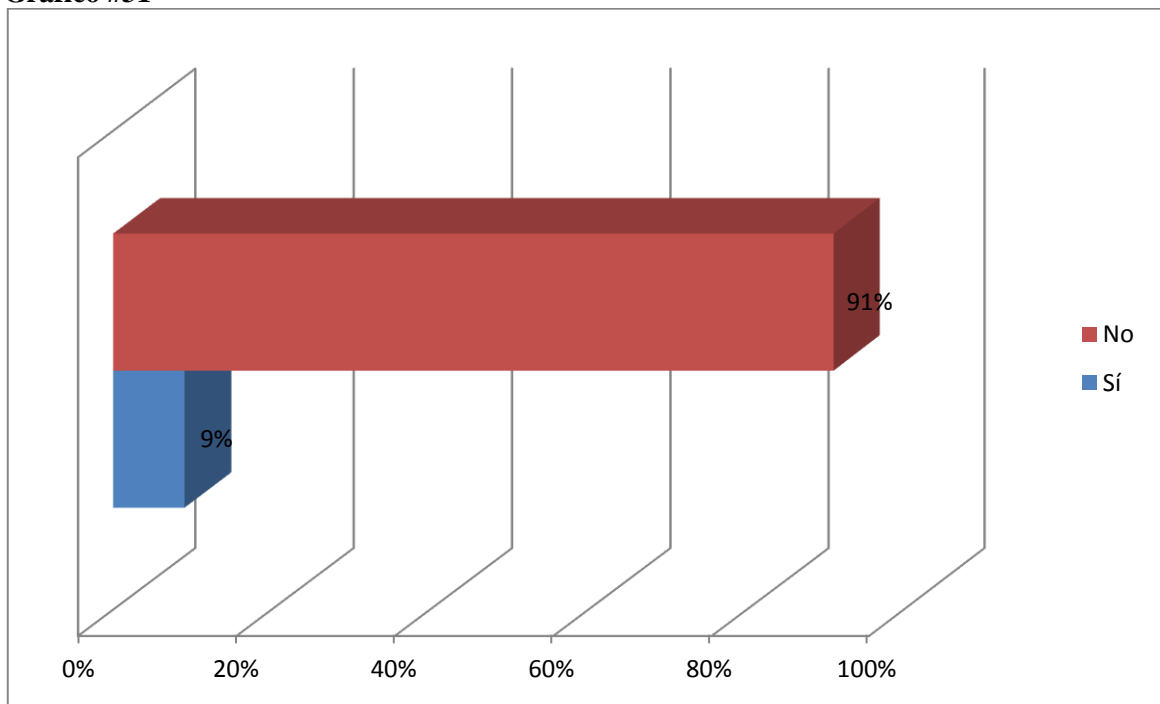
**ANÁLISIS:** El 77% de las madres acostumbraba a añadir azúcar o sal a la dieta de sus bebés, lo cual es una práctica errónea, puesto que el bebé tiene unas necesidades de sodio inferiores a las de las personas adultas. No es preciso añadir sal, ya que el bebé satisface las necesidades de dicho mineral a través del sodio que contienen los alimentos de forma natural. Una correcta educación del paladar desde la infancia, potenciando el gusto propio de los alimentos, evitaría los dificultosos cambios de hábitos a los que se ven obligados quienes precisan reducir la cantidad de sal en su dieta diaria. Por otro lado la introducción frecuente de azúcar comienza a habituar al niño a los alimentos de sabor dulce, siendo este azúcar uno de los agentes responsables del desarrollo de caries dental, además del peligro de desequilibrio nutricional que comporta la frecuencia de ingesta de alimentos edulcorados, que desplazan a otros más nutritivos.

**Tabla #31.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE SI EL NIÑO TIENE SU PROPIA VAJILLA DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DEL SECTOR 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

Tiene el niño vajilla propia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	9%
No	20	91%
TOTAL	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #31**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

**ANÁLISIS:** Las madres tienen la costumbre de darles sus alimentos a sus hijos menores de 2 años en vajillas que son de uso de toda la familia, ellos no cuentan con vajilla propia, sólo un bajo porcentaje de madres asevera que si les dan sus alimentos en la vajilla propia del niño, para estimularlo a comer.

**Tabla #32.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE LA PROLONGACIÓN DE LA LACTANCIA COMO ALGO ENFERMIZO DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DEL SECTOR 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Prolongación de lactancia algo enfermizo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	15	68%
No	7	32%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #32**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

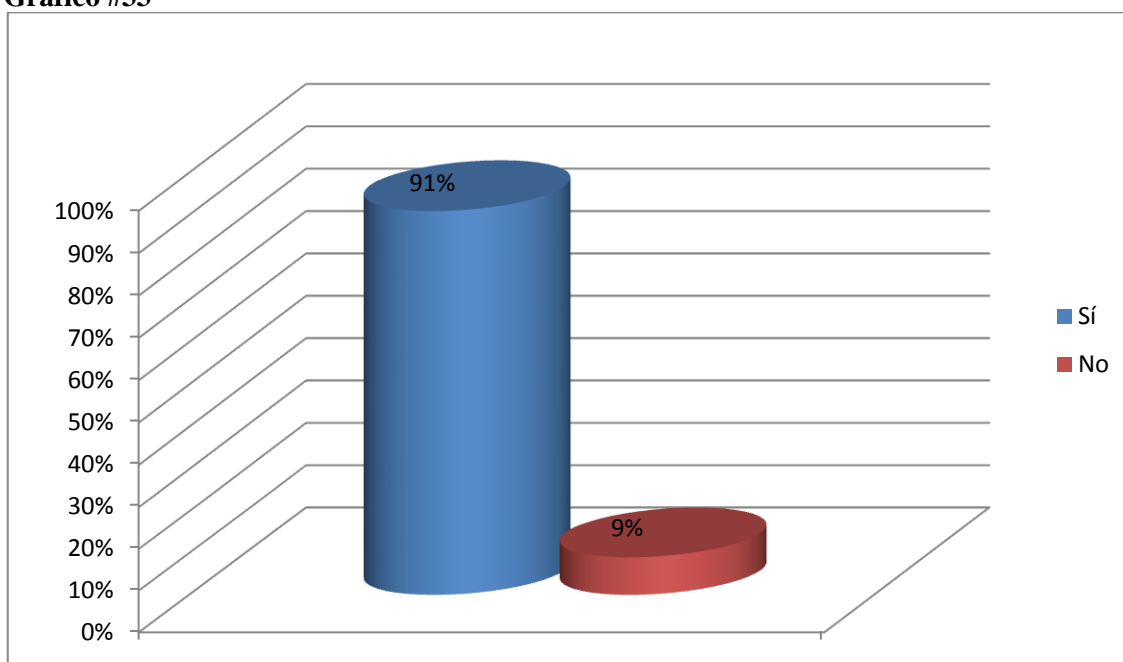
**ANÁLISIS:** La mayoría de las madres de este grupo piensan que prolongar la lactancia por más meses de los que ellas están acostumbradas a amamantar a sus hijos es algo enfermizo, los hábitos sociales y los parámetros culturales que inducen al destete conducen a esta falsa creencia, históricamente extendida.

**Tabla #33.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE SOBRE SI LA LACTANCIA MATERNA INTERFIERE EN EL INTERÉS DEL NIÑO POR OTROS ALIMENTOS DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DEL SECTOR 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Lactancia materna interfiere en el interés por otros alimentos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	20	91%
No	2	9%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #33**



**Responsable:** Vanessa Castillo  
**Fuente:** Encuesta 2012

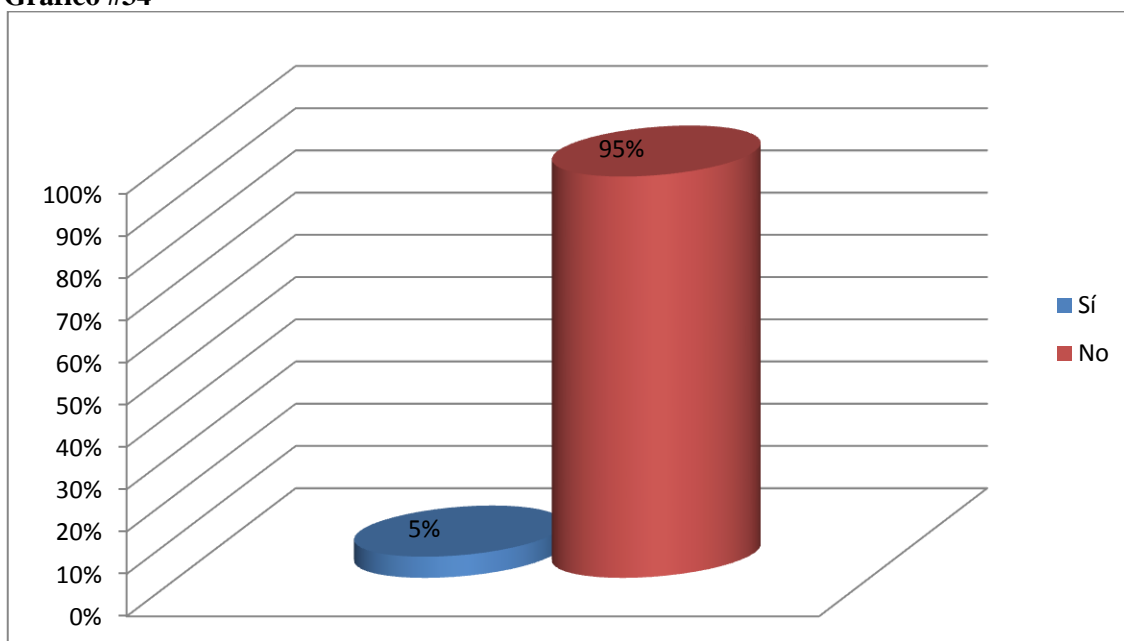
**ANÁLISIS:** Muchas madres piensan que la lactancia puede influir en que sus hijos no quieran ingerir otros alimentos por la costumbre de estar pegado al seno materno, por lo que deciden destetarlo antes de tiempo dándoles otros alimentos para que ellos distingan otros sabores y no se apeguen mucho al amamantamiento.

**Tabla #34.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE LA APARICIÓN DE DIENTES COMO OBSTÁCULO PARA EL AMAMANTAMIENTO DE LAS MADRES DEL GRUPO CASOS, DEL SECTOR 50 CASAS Y VALLE HERMOSO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO – JULIO 2012**

<b>Aparición de dientes como obstáculo para amamantamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	1	5%
No	21	95%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico #34**



**Responsable:** Vanessa Castillo

**Fuente:** Encuesta 2012

**ANÁLISIS:** Un alto porcentaje de madres, el 95% piensa que la aparición de los dientes dificulta el amamantamiento, porque produce dolor en el pezón de las madres, y muchas veces grietas dolorosas y sólo un 5% que no interfiere porque el niño no succiona con los dientes sino con la lengua.

## ANÁLISIS DE LA DISCUSIÓN DEL GRUPO FOCAL

En el grupo focal se discutieron una serie de preguntas con 8 madres de ambos grupos respecto a lo que ellas pensaban o sentían del destete y la lactancia materna. Las opiniones eran variadas.

### ➤ **¿Cuándo consideran que se le debe quitar el pecho al niño? ¿Por qué?**

Varias de las madres consideraron que el seno materno se les debe quitar en la medida que ingieran otros alimentos, porque no siempre la madre tiene el tiempo de amamantar a sus hijos cuando tiene que hacer otras obligaciones.

Estas opiniones se deben a una creencia arraigada, que por más que se trata de cambiar resulta difícil, pero el seno materno se le debe quitar al niño paulatinamente a partir de los seis meses ya que empiezan a alimentarse para que llegado el momento ellos solos dejen el seno, o si la madre quiere empezar un destete inducido pero no precoz.

### ➤ **¿Qué influye en una madre para destetar a su hijo?**

La falta de leche materna, el bajo peso del bebé, el hecho de no pasar mucho tiempo con ellos para darles de lactar, tener otras tareas a realizar, la familia que le dice que alimento o no darle a tal tiempo que ya está listo para tomarlos, el trabajo independiente porque tiene que salir a buscar el pan diario y pasa la mayor parte del tiempo por fuera.

### ➤ **El introducir alimentos antes de los seis meses ¿cree que es beneficioso o perjudicial para el bebé? ¿Por qué?**

La mayoría se expresaba y decía ser beneficioso ya que le ayudaban en la ganancia de peso del bebé, pero que otras veces les causaba problemas de salud pero que luego el estómago del niño se iba aclimatando a la nueva alimentación.

➤ **¿Qué beneficios consideran importantes de la lactancia materna?**

Consideraban el hecho de que no les producía muchas diarreas a los bebés, se enfermaban esporádicamente. Al ver que el conocimiento no era muy profundo se procedió a explicar los otros beneficios ya explicados anteriormente (ver marco teórico pág. 32)

➤ **¿Qué beneficios creen que brinda el destete natural?**

Lo desconocían. Pero se habló que un destete natural evita la frustración del bebé de un destete repentino y brusco que puede traer consecuencias a posteriori en el comportamiento del niño.

➤ **¿Cuáles son las creencias que les han ido transmitiendo acerca de la lactancia y la alimentación del bebé?**

Entre las más mencionadas se encontraban las siguientes:

- La leche que sale de un seno es de agua y la otra si es el alimento.
- Se le debe empezar a dar colada desde el primer o segundo mes porque así hicieron con ellas.

Se les explicó que esas creencias eran erradas que aunque a veces la leche sale más clara o menos blanca que la del otro seno ambas son leches maternas que proporcionan todo lo que el infante necesita para su crecimiento y desarrollo hasta los seis meses de edad y que a partir de ese tiempo cambia su concentración de nutrientes por ello debe complementarla. No es posible brindar algo tan pesado para el estómago pequeño de un bebé como lo son las coladas, ya que pueden ocasionar serios problemas de salud como una desnutrición, como kwashiorkor

➤ **¿Preparan los alimentos o los compran ya hechos? ¿Por qué?**

Prefieren prepararlos, así gastan menos y es más saludable para los bebés que los alimentos comprados que traen conservantes.

Pero en la preparación se deben de tomar a consideración la higiene tanto de los alimentos como de los utensilios utilizados en la preparación de los mismos y de la importancia del lavado de manos antes de prepararlos y antes de brindárselos a los infantes.

➤ **¿De qué se enferman sus hijos con más frecuencia y por qué considera ud.?**

Diarreas, gripes, afecciones de la piel. Consideraban que se enferman por la contaminación del ambiente y los alimentos.

Se les proporcionó información sobre la importancia de la lactancia materna en la protección de enfermedades tales como las gastrointestinales, ya que la manipulación de utensilios para la alimentación del bebé hace factible la propagación de agentes patógenos al estómago del bebé y causar las diarreas.

➤ **¿En qué caso creen que es bueno no dar de lactar al niño/a?**

Cuando la madre tiene poca leche, cuando tenga alguna enfermedad ya que todo pasa a través del seno materno.

Se les explicó que al contrario de no darle cuando haya poca producción de leche tienen que darles con más frecuencia para ayudar a estimular su producción, y que no todas las enfermedades de la madre hacen que se tenga que detener la lactancia materna, sólo aquellas infecciosas como el VIH y contagiosa, como la tuberculosis materna, entre otras.

## DISCUSIÓN

Entre las prácticas más frecuentes realizadas por las madres del grupo casos está el ofrecer al lactante otros líquidos como el agua o bebidas azucaradas antes de los seis meses de vida del mismo, práctica realizada debido a una cultura y creencias erróneas, puesto que ellas desconocen que los recién nacidos sanos entran al mundo bien hidratados y permanecen así si se amamantan exclusivamente durante el día y la noche, aún en los climas más cálidos y secos. Esta práctica a menudo empieza durante el primer mes de vida. Las razones que las madres dan para dar agua a los bebés son de tipo cultural. Proverbios que pasan de generación en generación recomiendan que las madres den agua a sus hijos/as. El agua puede verse como la fuente de vida.

Esta es una práctica errónea puesto que el reemplazar la leche materna con un líquido de poco o ningún valor nutricional puede tener un impacto negativo en el estado nutricional del bebé, así como en su supervivencia, crecimiento y desarrollo. Puesto que el consumo de pequeñas cantidades de agua u otro líquido puede llenar el estómago del lactante y esto reduce su apetito por la leche materna, que si es rica en nutrientes.

El suplementar con agua incrementa el riesgo de enfermedad. Ya que el agua y los implementos para ofrecer otros alimentos son vehículos para la introducción de patógenos. Los lactantes tienen un mayor riesgo de estar expuestos a los organismos que causan diarrea, especialmente en ambientes con poca higiene y sanidad. La leche materna asegura que el bebé tenga acceso a una fuente adecuada y fácilmente disponible de agua pura.

En los centros y subcentros de salud se ha tratado de hacerles entender a las madres que los bebés que se alimentan exclusivamente con lactancia materna, no necesitan agua durante sus primeros seis meses de vida.

En cuanto a los conocimientos que las madres del grupo control tienen sobre los beneficios e importancia de lactancia materna, son básicos y escasos, no se encuentran empapadas totalmente del tema solo alegaron que era provechosa para el lactante puesto que los protege de enfermedades.

Las madres que decidieron destetar precozmente a sus hijos de los sectores 50 casas y Valle hermosos, son madres jóvenes que se encontraban entre los 15 a 19 años de edad, estas madres se decidieron por destetarlos tempranamente a sus hijos con la inclusión temprana de líquidos cuando sus hijos tenían menos de tres meses a pesar que aseguraron haber continuado con la lactancia materna, hasta los cuatro meses o algo menos, todo esto por una creencias erróneas, de que al niño tienen que darle de tomar agua todos los días, o darle colada a partir del primer mes. Mientras que las del grupo control se encontraban entre los 20 a 24 años, Igual un grupo de riesgo ya que muchas madres a esta edad se dejan influenciar y deciden destetar precozmente a sus hijos.

Más de la mitad de las madres tiene que salir de la casa por estudios y trabajo, ellas aseguran que ese fue uno de los motivos que las llevo al destete precoz, ya que tenían poco tiempo para la lactancia de su bebé, teniendo que incluir otros alimentos a temprana edad del bebé. El trabajo materno es citado a menudo como una de las principales razones para el abandono o la disminución de la duración de la lactancia materna en nuestro entorno. Hay madres que no van a trabajar fuera de casa y destetan precozmente a sus hijos. En las dos comunidades no se encuentra relación entre el trabajo de la mujer y la duración de la lactancia. Aunque es verdad que dificulta la lactancia, no tiene que ser motivo de abandono de la misma.

Tanto las madres del grupo casos como las madres del grupo control en su mayoría están con su pareja en unión libre, pocas de ellas tienen estabilidad en el hogar, por lo que el apoyo de la pareja es de mucha importancia para el amamantamiento, puesto que no es sólo la decisión de la madres.

El nivel socioeconómico de estas madres es bajo, por lo general las madres con un nivel socioeconómico bajo, están en mayor riesgo de destetar temprano a sus hijos, por la cultura y el nivel de influencia que tengan las otras personas con aquellas madres. Al igual que el nivel de estudios, son madres que han cursado hasta la secundaria. Por otra parte, es el grupo de mujeres con un nivel de estudios más alto, y por tanto con más probabilidades de trabajo remunerado, el que con más frecuencia y durante más tiempo amamanta a sus hijos.

Por lo general las madres que destetaron a sus hijos de manera precoz, tienen tendencia a repetirlo, ya que han destetado con anterioridad a sus otros hijos, la mayoría de ellas le dio sólo de 4 a 6 meses de lactancia, lo mismo que con sus hijos actuales. Las madres del grupo control piensan y tienen el conocimiento de que se les debe dar lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad del niño/a, aunque a veces se peca por ignorancia, pero otras veces conociendo igual se cae en el error por lo que se necesita mucho más que una promoción de la lactancia materna de la que vienen realizando los centros y subcentros de salud, algo que llene y satisfaga la necesidad de información de las madres como por ejemplo el apoyo de madres para madres con las que se identifiquen.

Dichas madres del grupo control piensan que después de este tiempo se les debe dar como complemento en más cantidad frutas y siguiéndole en porcentaje las verduras, porque les brinda vitaminas y nutrientes a sus hijos y desconocen en su mayoría los alimentos que no pueden darles a sus hijos menores de un año, sólo unas cuantas madres supieron decir los alimentos que pueden causar reacción alérgica a sus hijos.

En su totalidad las madres del grupo en estudio destetaron de manera completa a sus hijos, es decir ni siquiera continúan con la lactancia materna, como recomienda la organización mundial de la salud (OMS), de continuar con la lactancia materna de manera complementaria hasta los dos años de edad del niño o hasta que este quiera.

La mayoría de las madres cuando destetan a sus hijos les dan fórmulas o sucedáneos de la leche materna, desconociendo tal vez que estas fórmulas no remplazan en su totalidad todos los nutrientes que contiene la leche materna ni las inmunoglobulinas, y en menor porcentaje al destetarlos les dan otros líquidos o papillas y no sucedáneos.

Entre las principales razones de destete precoz se encuentra el trabajo materno, ellas se justifican que tienen que salir de sus hogares y pasar horas fuera del mismo por lo que no les da tiempo para su amamantamiento, como segunda causa la influencia de otras personas, para darles otro tipo de líquidos a pocos meses de vida de sus hijos y como tercera causa los estudios de las madres ya que los bebés se quedan con familiares que le dan otro tipo de alimento líquido al menor.

Ellas se decidieron por métodos de destete naturales mencionados como la utilización de cosas amargas puestas en el pezón para lograr que los niños no deseen tomar el seno.

Los lactantes amamantados al pecho enferman con mucha menos frecuencia que los alimentados con leche artificial, por lo que las madres que amamantan a sus hijos tienen menos absentismo laboral y rinden mejor en su puesto de trabajo. Ellas reconocen que si sus hijos se enferman con esa frecuencia puede ser por falta de leche materna.

Como se puede observar en los resultados las madres del grupo control tienen características similares a las de las madres del grupo casos, en cuanto al nivel socio-económico es bajo también, pero estas madres aseguran que es más factible y barato darles el seno que otro alimento a sus hijos ya que les previene de enfermedades.

## **PROPUESTA**

### **TEMA**

## **CREACIÓN DE CLUB DE MADRES EN APOYO A LA LACTANCIA MATERNA.**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Conseguir que las madres apoyos brinden sus experiencias para que las futuras madres alimenten a sus niños con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y de forma complementaria hasta los dos años o más.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Acrecentar la práctica de lactancia materna exclusiva.
- Introducir de forma oportuna alimentos complementarios adecuados a partir de los seis meses de edad del niño de acuerdo a lo estipulado por la OMS..
- Apoyar y promover el mantenimiento de la lactancia materna hasta los dos años de edad o más si el niño lo desea.

## INTRODUCCIÓN

Los grupos de apoyo a la lactancia materna están formados por mujeres que están amamantando o lo han hecho, que se reúnen periódicamente para compartir experiencias, apoyo e información adecuada sobre lactancia materna (LM). Son grupos abiertos a nuevas participantes y están dirigidos por una o más consejeras con más antigüedad y experiencia.

Existen varios estudios en los que se señala la importancia del apoyo que puede proporcionar el padre, la abuela y las amigas más cercanas a la madre. En ellos se observa que las madres que reciben algún tipo de apoyo mantienen lactancias más prolongadas, aunque este efecto es más difícil de demostrar con grupos de madres debido a sesgos de selección. La aparición de las leches artificiales y su uso generalizado desde mediados del siglo XX junto con los cambios en la estructura de las familias y en los estilos de vida de nuestra sociedad y la incorporación de la mujer al trabajo, han propiciado que exista una actitud negativa hacia la LM y que el sistema tradicional de transmisión de la cultura de la LM de generación en generación se haya perdido. En este contexto, los grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) llenan el vacío existente y realizan una importante función de forma complementaria, no sustitutiva, a la que realiza el sistema de salud.

Tanto es así que la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) de OMS/UNICEF señala en el último de los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” la importancia de fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.

Todo el mundo sabe que la lactancia materna es lo mejor para la madre y el niño y que cualquier mujer necesita mucha ayuda tras el parto. No pocas veces la lactancia resulta fácil para una madre primeriza que tiene que aprender a llevar a la práctica lo que quizás nadie le ha enseñado. Pero en ocasiones, en la ignorancia y la desesperación de

ese intento de ayudar a la nueva madre, ocurre que se le arrebatara aquello que solo puede hacer una madre, dar el pecho, como si la única ayuda que pudiese recibir fuese el que alimentasen a su hijo por ella. Otras veces, tras el nacimiento, la situación ideal imaginada por los padres no se corresponde con la realidad que han comenzado a vivir. Los padres han de enfrentarse a situaciones nuevas y a cambios que antes no podían siquiera sospechar, han de asumir nuevos papeles y si se trata de un segundo hijo, el trabajo puede incrementarse considerablemente.

Más adelante, la incorporación de la madre al trabajo también supone un nuevo reto para ella y para su familia. La mayoría de la información que las madres necesitan para enfrentarse a estas situaciones no es estrictamente médica. Los padres reclaman más información y apoyo acerca de temas de crianza infantil, en este sentido, los GALM son una ayuda inestimable que, además, puede disminuir el tiempo que el médico dedica a la atención de las necesidades de estas madres. Los GALM no sólo ofrecen información técnica de primera mano sino también conocimientos adquiridos a partir de la experiencia y el apoyo a otras madres que sucesivamente se vienen enfrentando a los mismos problemas. Toda esta información puede ayudar a solucionar algunas situaciones o, simplemente, a aceptarlas y tolerarlas.

Cuando se pregunta a las madres que amamantan a niños de más de 1 año, éstas señalan como lo más negativo de dar el pecho las críticas y la desaprobación por parte de otras personas tanto familiares como amigos. En esta situación de hostilidad social, el apoyo que proporciona el grupo refuerza la confianza de la madre en sí misma y en su capacidad maternal, el sentimiento de ser normal y favorece el éxito de la lactancia y su prolongación hasta que la madre y su hijo lo deseen. Para cualquier madre que amamanta es muy importante sentirse comprendida y apoyada sin reservas.

Los GALM también realizan otras actividades como charlas, publicación de folletos. Es importante contar con madres de la misma comunidad, etnia y grupo social y con similar nivel educacional y económico que el de las madres a quienes ayudan. De este modo, es probable que tengan intereses comunes y no sólo en cuanto a la lactancia sino

también en otros temas, lo cual facilita la comunicación y la consecución de conductas de salud apropiadas.

Para ayudar a las madres a dar el pecho no basta con haber pasado por esa experiencia; debería contar con las siguientes habilidades:

- Saber escuchar con empatía.
- No juzgar ni criticar.
- Comprender y respetar otras maneras de vivir.
- Reconocer sus limitaciones y pedir ayuda cuando es necesario.
- Reconocer la incompatibilidad de una determinada relación.

Se necesita además contar con información actualizada y una buena preparación en lactancia y consejería, ya que no se trata de tomar decisiones por la madre sino de ayudar a que la madre las tome por sí misma, modificando conductas y creencias erróneas con delicadeza y paciencia. Los conocimientos sobre dinámica de grupos también son útiles puesto que es la forma habitual en que se tratan diferentes temas y se comparten experiencias.

## **LA COLABORACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD CON LOS GALM**

Una buena colaboración entre las madres consejeras y los profesionales de la salud es básica y puede contribuir a una buena relación entre la familia y el Equipo de Atención Primaria. Para la consejera es especialmente importante saber reconocer las situaciones que sobrepasan sus capacidades y evitar ofrecer consejos médicos, animando a la madre a acudir al médico cuando ella o su hijo están enfermos o necesitan tomar medicamentos. Por su parte, los profesionales de la salud, como puerta de entrada al sistema sanitario, también deberían colaborar con los GALM proporcionándoles información científica puntual sobre temas concretos cuando lo soliciten, divulgando su existencia entre las madres, apoyando y reconociendo su trabajo y estableciendo con

ellos una relación que permita el diálogo y que facilite el seguimiento e información a las madres.

En los grupos de apoyo las madres pueden compartir experiencias y recibir apoyo e información adecuada sobre lactancia materna y otros temas de crianza infantil.

Las madres que reciben apoyo mantienen lactancias más prolongadas.

## **ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA LACTANCIA A NIVEL NACIONAL**

### **Tasas de lactancia materna**





País 39,6%

Sierra 52'9%

Costa 25,4%

Podemos notar que a nivel de costa es muy bajo el porcentaje de madres que dan de lactar a sus bebés, por lo que hay que adoptar un plan para lograr aumentar la tendencia de lactancia materna, para disminuir la mortalidad infantil y la desnutrición de la misma, de ahí la importancia de los grupos de apoyo.

## **GESTIÓN**

-  Apoyo al área de salud para fortalecer las prácticas adecuadas de lactancia
-  Fortalecimiento de capacidades de talento humano
-  Desarrollo de estrategias de educación y participación comunitaria
-  Desarrollo de trabajo con la intervención de la comunidad y del equipo de salud

## **IMPACTO**

- Cambio social y de conducta individual respecto a las creencias erróneas.
- Acrecentamiento de la tasa de lactancia materna exclusiva
- Depreciación de la morbilidad y malnutrición de los infantes.

## CONCLUSIONES

- El finalizar este trabajo permitió conocer los determinantes del destete precoz, tales como la cultura y el nivel socio-económico puesto que las madres que se encuentran en un estrato más bajo se afianzan más a sus creencias y costumbres y tienen que salir a trabajar para sustentarse, otro de los determinantes es la edad de la madre, a menor edad materna mayor deserción de la lactancia juntamente con la falta de conocimiento de todos los beneficios de la lactancia materna y el nivel de escolaridad, mientras más avanzados tenga los estudios las madres mayor posibilidad de que amamante por más tiempo a su hijo.
- El destete o finalización del amamantamiento del infante no es ajeno a la cultura. Cada cultura tiene sus creencias y/o mitos, relacionados con el destete, y a medida que las culturas se mezclan, estas creencias y prácticas se pasan a otras. Esta investigación identificó algunas prácticas utilizadas por madres procedentes de los barrios 50 casas y valle hermoso durante los meses de mayo a julio del 2012. Se detectaron prácticas utilizadas como la utilización de elementos naturales utilizados en los pezones de los senos de las madres, con el fin de lograr que el lactante abandonara la lactancia materna. Este estudio también mostró que el destete temprano está relacionado con las actividades laborales de las madres, pues muchas trabajan o estudian y no pueden dedicar tiempo para sus hijos y la lactancia materna exclusiva como lo recomienda la OMS y UNICEF, sumado a esto las influencias.
- Los conocimientos de las madres del grupo control respecto a la lactancia es un conocimiento solo superficial de la misma, lo que podría llevar a un destete precoz también en estas madres o a uno inducido, puesto que solo manifiestan que los protege de enfermarse con mayor frecuencia a diferencia de un niño que se amamante con sucedáneos de leche materna u otro líquido como coladas.

- En cuanto a los criterios del destete inducido o al destete a voluntad las madres del grupo casos se inclinaban por un destete inducido precoz, puesto que pertenecen a un estrato social bajo lleno de culturas que inducen a una introducción precoz de sucedáneos u otros alimentos para el bebé, las madres del grupo control, aunque estaban a favor de la lactancia no descartaban la posibilidad de incluir otros alimentos que ayudaran a subir el peso del bebé ya que algunas consideraban que dando colada de verde subían de peso, de acuerdo a lo que le van transmitiendo de cultura en cultura.
  
- El proyecto que se elaboró se entregó a los subcentros San Rafael y Tolita, cuyos directores se comprometieron a estudiar la propuesta para ver la factibilidad de aplicarla en sus zonas de trabajo, especialmente el director del subcentro de salud La Tolita, pero con las madres se estuvo hablando de los grupos de apoyo a la lactancia materna para que se interesaran en el proyecto y acudieran al subcentro de su área para más información de la aplicación del mismo.

## RECOMENDACIONES

### A LAS MADRES:

Es necesario que se enteren que aunque trabajen pueden continuar con la lactancia materna utilizando diversas estrategias para mantenerla de manera exclusiva el mayor tiempo posible, como:

- Comenzar a extraerse la leche unas semanas antes de la reincorporación para ir haciendo stock de leche y para ganar destreza.
- Establecer por adelantado estrategias para mantener la lactancia y ofrecer al bebé leche materna mientras ella está fuera:
  - Ajustar el horario de las tomas de lactancia materna a los momentos en que la madre esté en casa.
  - Aumentar el número de tomas el fin de semana o por la noche.
  - Ofrecer sólidos (si la edad del bebé lo permite) durante la ausencia materna.
  - Adiestrar al cuidador en la alimentación con leche materna extraída: cómo descongelar, calentar y ofrecer con vaso, jeringa.
    - Comentar con la madre las condiciones del trabajo: lugares para extracción de leche, estrategias de disposición de la hora de lactancia, horarios flexibles, posible exposición a tóxicos, etc.
    - Y las de su hogar: buscar ayuda con las tareas del hogar, involucrar al padre, etc.
    - Adiestrar al cuidador, guardería, etc. para que la última toma de alimento se realice al menos 2 horas antes de la vuelta de la madre al hogar.
    - Aprender técnicas de extracción, tipos de bomba sacaleches más conveniente, etc.
    - Buscar información sobre almacenamiento de la leche materna, congelación y descongelación.

## **A LOS TRABAJADORES SANITARIOS**

- Estar informados sobre la protección legal de la lactancia en el ámbito laboral.
- Incentivar la participación del padre y la familia en el apoyo a la mujer trabajadora.
- Ayudar en la elección y formación del mejor cuidador (familiar o guardería) para el niño cuando la madre está fuera.
- Conocer las técnicas de extracción de leche materna.
- Conocer las recomendaciones internacionales sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva y el momento adecuado de introducción de la alimentación complementaria.
- Asegurarse de que la madre conoce las técnicas para la extracción de leche y la forma de alimentar al hijo cuando la madre está fuera de casa, ayudando a la familia a ofrecer el mejor alimento y cuidados en cada etapa de la vida del lactante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alicia A., Elvia M., Inés P., Técnicas de enfermería, Ed. FCM, 1996 Manual de la Enfermería, Oceano/centrum.
2. MIES, [www.elciudadano.gob.ec](http://www.elciudadano.gob.ec)
3. E. B. Pineda, E. L. de Alvarado, H. de Canales, Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud, 2ª edición.
4. Katty, A de la cruz, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA que tienen los estudiantes del octavo año básico del colegio experimental “Luis Vargas Torres” de la ciudad de Esmeraldas, 2006, pág 55 – 62
5. Jessica, Q Caicedo, Factores de riesgo de morbilidad materna en el área de gineco-obstetricia del hospital “Delfina Torres de Concha” de la ciudad de Esmeraldas, 2008, pág 70-81
6. [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)
7. [www.planetamama.com](http://www.planetamama.com)
8. [www.embarazobebes.com/mitos-de-la-lactanca](http://www.embarazobebes.com/mitos-de-la-lactanca)
9. Pan American Journal of Public Health. February 1997. Article: Duration of maternal breast-feeding in the Dominican Republic, page 104 to 111.
10. [www.babysitio.com/bebé/lactancia\\_destete.php](http://www.babysitio.com/bebé/lactancia_destete.php)
11. [www.fao.org/Decrep/006/W0073s/w0073sob.htm](http://www.fao.org/Decrep/006/W0073s/w0073sob.htm)
12. [Nutrinfo.com/archives/ebooks/lactancia\\_materna.pdf](http://Nutrinfo.com/archives/ebooks/lactancia_materna.pdf)
13. [Amamanta.com.ar/guía/index.html](http://Amamanta.com.ar/guía/index.html)
14. Conalma. Consejo Nacional de la Lactancia Materna
15. Rosa M. Montaña, Conocimientos, actitudes y prácticas que tiene el sector las 50 casas y el panecillo sobre enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de la ciudad de Esmeraldas durante el mes de mayo – julio del año 2010.
16. Papel de los grupos de madres y recursos de la comunidad. En: Lawrence RA. La lactancia materna: una guía para la profesión médica. 4ªed. Madrid: Mosby, 1996; 657-670.
17. Roca F, Villalbi JR. Manual para el funcionamiento de grupos de ayuda mutua. Servei de Promoció de la Salut. Institut Municipal de la Salut Ajuntament de Barcelona, 1993.

18. Wajnbuch S. Para una mejor calidad de vida. Los grupos de apoyo para la lactancia materna. En: Aguayo J, Editora. La Lactancia Materna. Universidad de Sevilla, 2001; 279-283.
19. WHO/UNICEF. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. WHO/CHD/98.9.
20. Ballabriga A, Carrascosa A. Alimentación complementaria y período del destete. En: Ballabriga A y Carrascosa A editores. Nutrición en la Infancia y la Adolescencia. 2º ed. Barcelona, 2001; 155-202.
21. Estevez Gonzalez M et al. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Esp Pediatr 2002; 56: 144-150.
22. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
23. Martín Calama J, Lozano MJ, Lasarte JJ, Valero MT. La industria dietética y la promoción de la lactancia materna. Actual Nutric 1995; 21: 4-10.
24. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. Lactancia materna. Últimas evidencias. An Pediatr Contin 2003; 175-180.
25. Lawrence RA. Contraindicaciones e inconvenientes de la lactancia. En: Lawrence RA (ed.). La Lactancia Materna. 4ª edición. Madrid: Mosby; 1996. p. 207-219

# **ANEXOS**



## ANEXO 1



**Pontificia Universidad Católica del Ecuador**  
**Sede Esmeraldas**  
**Escuela de Enfermería**

**Encuesta aplicada a las madres del grupo casos del sector San Rafael de la parroquia Simón Plata Torres de la Provincia de Esmeraldas**

**Objetivo:** Determinar los condicionantes que influyen al destete temprano en madres del sector San Rafael de la ciudad de Esmeraldas

### Datos sociodemográficos

1. Edad

- 10-14
- 15-19
- 20-24
- 25-29
- 30 a más

2. Ocupación

- Estudiante
- Ama de casa
- Empleada pública
- Empleada privada
- Otro, especificar

3. Estado civil

- Casada
- Unión libre

- Soltera
- Otro, especificar

4. ¿Cuál es su ingreso mensual?

- Menor a 50 dólares
- De 50 a 100 dólares
- De 100 a 200 dólares
- De 200 a 300 dólares
- Más de 300 dólares

5. Nivel económico

- Alto
- Medio
- Bajo

6. Nivel de escolaridad

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior

7. ¿Qué tiempo le dio de lactar a su hijo anterior?

- De 1 a 3 meses
- De 4 a 6 meses
- De 7 a 9 meses
- Otro:

8. ¿Le da de mamar a su(s) niño(s) menor(es) o hasta de 2 años?

Sí  No

9. ¿Cuánto tiempo le dio de mamar?

- De 1 a 3 meses
- De 4 a 6 meses
- De 7 a 9 meses
- Otro

10. Si todavía le da de mamar a partir del 6to mes, ¿complementa su alimentación con otros productos?

Si  No

11. ¿Usa algún tipo de fórmula?

Sí  No

¿Cuál?

- Nestógeno
- Bebelac
- Nan
- Otro:

12. ¿Por qué razón le quitó el seno a su hijo?

- a. Por comodidad suya
- b. Por trabajo
- c. Por influencia de otros
- d. Otra razón, especificar

13. ¿Qué estrategias o métodos usó para destetar a su bebé?

Naturales:

- Sábila
- Ají

Medicamentos

Otro:

14. ¿Con qué frecuencia se enferma su hijo?

- a) Una vez a la semana
- b) Una vez al mes
- c) Dos veces al mes
- d) Cada seis meses
- e) Otro, especificar

15. ¿Por qué cree ud. que se enferma?

- Porque le quitó el seno
- Porque se queda solo
- Por los alimentos que consume
- Otro:



## ANEXO 2

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador**

**Sede Esmeraldas**

**Escuela de Enfermería**

### **Encuesta aplicada a las madres del grupo control del sector San Rafael de la parroquia Simón Plata Torres de la Provincia de Esmeraldas**

**Objetivo:** Determinar los conocimientos de las madres respecto a la importancia y beneficios de la lactancia materna.

#### Datos sociodemográficos

1. Edad
  - 10-14
  - 15-19
  - 20-24
  - 25-29
  - 30 a más
2. Ocupación
  - Estudiante
  - Ama de casa
  - Empleada pública
  - Empleada privada
  - Otro, especificar
3. Estado civil
  - Casada
  - Unión libre
  - Soltera
  - Otro, especificar
4. ¿Cuál es su ingreso mensual?

- Menor a 50 dólares
- De 50 a 100 dólares
- De 100 a 200 dólares
- De 200 a 300 dólares
- Más de 300 dólares

5. Nivel económico

- Alto
- Medio
- Bajo

6. Nivel de escolaridad

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior

7. ¿Qué conocimientos tiene sobre los beneficios de la lactancia materna?

- Le da defensas al niño
- Tiene todos los nutrientes que el niño necesita
- Está siempre disponible
- Otro:
- Ninguno

8. ¿Hasta qué tiempo considera ud que se le debe dar el seno al bebe?

- a) Hasta los tres o cuatro meses
- b) Hasta los seis meses
- c) Hasta que el niño quiera

9. ¿Qué alimento tiene conocimientos que se le debe dar al niño para complementar su alimentación?

- Cereales
- Verduras
- Tubérculos
- Frutas
- Yema de huevo

10. ¿Tiene conocimientos sobre los alimentos que están contraindicados en los lactantes hasta por los menos el año de vida?

Si  No

11. ¿Con qué frecuencia su hijo se enferma?

- a) Una vez a la semana
- b) Una vez al mes
- c) Dos veces al mes
- d) Cada seis meses
- e) Otro, especificar

12. ¿Cree que la leche materna protege a su hijo contra enfermedades?

Si

No



**ANEXO 3**  
**Pontificia Universidad Católica del Ecuador**  
**Sede Esmeraldas**  
**Escuela de Enfermería**

**Entrevista aplicada a las madres del grupo casos del sector San Rafael de la parroquia Simón Plata Torres de la Provincia de Esmeraldas**

**Objetivo:** Identificar las diferentes prácticas y creencias de las madres relacionado con la lactancia y el destete.

1. ¿Le da a su hijo/a otro líquido antes de los 6 meses?
  - ❖ Sí
  - ❖ No
2. ¿Usa biberón para darle alimento líquido a su hijo/a?
  - ❖ Sí
  - ❖ No
3. ¿Se lava las manos antes de iniciar la lactancia?
  - ❖ Sí
  - ❖ No
  - ❖ A veces
4. ¿Acude al S.C.S. para controlar talla y peso del lactante?
  - ❖ Sí
  - ❖ No
5. ¿Cada cuanto?
  - ❖ Cada mes
  - ❖ Cada dos meses
  - ❖ Sólo cuando se enferma
  - ❖ Otro:
6. ¿Añade azúcar o sal a la dieta del lactante? (jugos o puré)

❖ Sí

❖ No

7. ¿El niño/a tiene su propia vajilla?

❖ Sí

❖ No

8. ¿Le da dulces a su niño/a?

❖ Sí

❖ No

9. Frecuencia:

❖ Siempre

❖ A veces

❖ Rara vez

❖ Nunca

10. ¿Cree que la prolongación de la lactancia por más de 1 año es algo enfermizo?

Sí No

¿Por qué?

11. ¿Cree que la lactancia materna interfiere en el interés del niño por otros alimentos?

Sí No

¿Por qué?

12. ¿Cree que la aparición de los dientes en el niño es un obstáculo para el amamantamiento?

Si No

¿Por qué?



## ANEXO 4



**Pontificia Universidad Católica del Ecuador**  
**Sede Esmeraldas**  
**Escuela de Enfermería**

### GUÍA DE DISCUSIÓN

**Objetivo:** Conocer los distintos criterios respecto al destete inducido, natural, beneficios y mitos de la lactancia materna.

1. ¿Cuándo consideran que se le debe quitar el pecho al niño? ¿Por qué?
2. ¿Qué influye en una madre para destetar a su hijo?
3. El introducir alimentos antes de los seis meses ¿creen que es beneficioso o perjudicial para el bebé? ¿Por qué?
4. ¿Qué beneficios consideran importantes de la lactancia materna?
5. ¿Qué beneficios creen que brinda el destete natural?
6. ¿Cuáles son las creencias que les han ido transmitiendo acerca de la lactancia y la alimentación del bebé?
7. ¿Preparan los alimentos o los compran ya hechos? ¿Por qué?
8. ¿De qué se enferman sus hijos con más frecuencia y por qué considera ud?
9. ¿En qué caso creen que es bueno no dar de lactar al niño/a?



## ANEXO 5

### CENSO POBLACIONAL NIÑOS < 2 AÑOS DE 50 CASAS Y VALLE

#### HERMOSO

- Conocer población < 2 años lactantes y destetados

NOMBRE DE LA MADRE:

1. ¿Tiene niño/a menor de 2 años?  
SÍ NO
2. ¿Cuántos?  
1 2 3
3. ¿Le da de lactar?  
SÍ NO

### CENSO POBLACIONAL NIÑOS < 2 AÑOS DE 50 CASAS Y VALLE

#### HERMOSO

- Conocer población < 2 años lactantes y destetados

NOMBRE DE LA MADRE:

1. ¿Tiene niño/a menor de 2 años?  
SÍ NO
2. ¿Cuántos?  
i. 2 3
3. ¿Le da de lactar?  
SÍ NO

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVOS	VARIABLES	DIFINIICÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTOS O TÉCNICAS
Determinar los condicionantes que influyen al deteste temprano en madres del sector San Rafael de la ciudad de Esmeraldas.	<b>Condicionantes</b> que influyen en el deteste.	Factores que contribuyen a la realización de una conducta.	<b>Factores socio-demográficos</b>	<b>Edad</b>	10 – 14 15 – 19 20 – 24 25 – 29 30 y más	Encuesta
				<b>Ocupación</b>	Estudiantes Ama de casa Empleada pública Empleada doméstica Otros	Encuesta

				<b>Estado Civil</b>	Casada Unión Libre Soltera Otro	Encuesta
				<b>Ingreso Mensual</b>	Menos de 50 De 50 a 100 De 100 a 200 De 200 a 300 Más de 300	Encuesta
				<b>Nivel socio-económico</b>	Alto Medio Bajo	Encuesta

				<b>Nivel de escolaridad</b>	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Encuesta
	<b>Destete</b>	Acción de dejar de amamantar		<b>Lactancia materna</b>	¿Qué tiempo le dio de lactar a su hijo anterior? De 1 a 3 meses De 4 a 6 meses De 7 a 9 meses Otro:	Encuesta

					¿Le da de mamar a su(s) niño(s) menor(es) o hasta de 2 años? Si No	Encuesta
				<b>Edad del destete</b>	Cuanto tiempo le dio de mamar. 1 – 3 meses 4 – 6 meses 7 – 9 meses Otro:	Encuesta
				<b>Alimentación complementaria</b>	Si todavía le da de mamar, ¿complementa su alimentación con otros productos? Si No ¿Usa algún tipo de	Encuesta

					<p>fórmula?  SÍ No  ¿Cuál?  Nestógeno  Bebelac  Nan  Otro:</p>	Encuesta
					<p>¿Por qué razón le  quitó el seno a su  hijo?  a. Por comodidad  suya  b. Por trabajo  c. Por influencia  de otros  d. Otra razón,  especificar</p>	Encuesta
					<p>¿Qué estrategias</p>	Encuesta

<p>Determinar los conocimientos de las madres respecto a la importancia y beneficio de la lactancia materna</p>	<p><b>Nivel de conocimientos sobre lactancia materna.</b></p>	<p>Ideas que tiene la madre sobre la lactancia materna.</p>	<p><b>Grado de conocimientos.</b></p>	<p><b>Conocimientos de lactancia.</b></p>	<p>o métodos usó para destetar a su bebé?  Naturales:  Sábila  Ají  Medicamentos:  Otro:  ¿Con qué frecuencia se enferma su hijo?  a) Una vez a la semana.  b) Una vez al mes.  c) Dos veces al mes.  d) Cada seis meses.  e) Otros,</p>	<p>Encuesta</p>
---	---	---	---------------------------------------	---	--	-----------------

					<p>especifica.</p> <p>¿Por qué cree ud. que se enferma?</p> <p>Porque le quitó el seno</p> <p>Porque se queda solo</p> <p>Por los alimentos que consume</p> <p>Otro:</p>	Encuesta
					<p>¿Qué conocimientos tiene sobre los beneficios de la lactancia materna?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le da defensas al niño</li> <li>• Tiene todos</li> </ul>	Encuesta

					<p>los nutrientes que el niño necesita</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está siempre disponible</li> <li>• Otro:</li> <li>• Ninguno</li> </ul> <p>¿Hasta qué tiempo considera ud que se le debe dar el seno al bebé?</p> <p>a) Hasta los 3 0 4 meses.</p> <p>b) Hasta los seis meses</p> <p>c) Hasta que le niño quiera</p> <p>d) Otros</p> <p>¿Qué alimento</p>	<p>Encuesta</p> <p>Encuesta</p>
--	--	--	--	--	--	---------------------------------

					<p>tiene conocimiento que se le debe dar al niño para complementar su alimentación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cereales</li> <li>• Vegetales</li> <li>• Tubérculos</li> <li>• Frutas</li> <li>• Yema de huevo</li> <li>• Otros:</li> </ul>	Encuesta
					<p>¿Tiene conocimiento sobre los alimentos que están contraindicados</p>	

					<p>en los lactantes hasta por lo menos el año de vida?</p> <p>Sí No</p> <p>Encuesta</p>
					<p>¿Cree que la leche materna protege a su hijo contra enfermedades?</p> <p>Sí No</p> <p>Entrevista</p> <p>¿Le da a su hijo/a otro líquido antes de los 6 meses?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua</li> <li>• Colada</li> </ul>

<p><b>Identificar las diferentes prácticas y creencias de las madres relacionado con la lactancia y el destete</b></p>	<p><b>Prácticas</b></p>	<p>Costumbres</p>	<p><b>Cultura de crianza</b></p>	<p><b>Lactancia materna y alimentación complementaria</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sopa</li> <li>• Fórmula</li> <li>• Ninguno</li> <li>• Otro:</li> </ul> <p>¿Usa biberón para darle alimento líquido a su hijo/a?</p> <p>Sí No</p> <p>¿Se lava las manos antes de iniciar la lactancia?</p> <p>Sí No</p> <p>¿Acude al S.C.S. para controlar talla y peso del</p>	<p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p>
--	-------------------------	-------------------	----------------------------------	---	---	---

					lactante? Sí No	Entrevista
					¿Cada cuanto? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada mes</li> <li>• Cada dos meses</li> <li>• Sólo cuando se enferma</li> <li>• Otro:</li> </ul>	Entrevista
					¿Añade azúcar o sal a la dieta del lactante? (jugos o puré) Sí No	Entrevista
					¿El niño/a tiene su propia vajilla? Sí No	Entrevista

					<p>¿Le da dulces a su niño/a?</p> <p>Sí No</p> <p>Frecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>	Entrevista
					<p>¿Cree que la prolongación de la lactancia por más de 1 año es algo enfermizo?</p> <p>Sí No</p> <p>¿Por qué?</p>	Entrevista
					<p>¿Cree que la lactancia materna</p>	

					interfiere en el interés del niño por otros alimentos? Sí No ¿Por qué?	Entrevista
					¿Cree que la aparición de los dientes en el niño es un obstáculo para el amamantamiento? Si No ¿Por qué?	Entrevista

**Realización de encuesta a madre del grupo casos en 50 casas**



**Realización de encuesta a madre de valle hermoso grupo control**



**Realización de entrevista a madre del grupo casos Valle Hermoso**

