



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Posgrados**

**Relación entre la Lactancia materna exclusiva (LME) y la aparición de infecciones diarreicas agudas en los niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la Unidad Metropolitana de Salud Sur (UMSS) en el año 2015**

**Daniela del Pilar Jaramillo Paredes**

**Jorge Albán Villacís, MD., MPH., ME., PhD.(c),**

**Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención del título de  
Especialista en Atención Primaria de la Salud

Quito, junio de 2015

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Posgrados**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Relación entre la Lactancia materna exclusiva (LME) y la aparición de infecciones diarreicas agudas en los niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la Unidad Metropolitana de Salud Sur (UMSS) en el año 2015

**Daniela del Pilar Jaramillo Paredes**

Jorge Albán Villacís, MD., MPH., ME., PhD.(c)  
Director de Trabajo de Titulación

\_\_\_\_\_

Bernardo M. Ejgenberg, MD., ESP-SP.  
Director Especialización en Atención Primaria en Salud

\_\_\_\_\_

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., PhD.  
Decano de la Escuela de Salud Pública

\_\_\_\_\_

Gonzalo Mantilla, MD., M., Ed., F.A.A.P.  
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

\_\_\_\_\_

Víctor Viteri Breedy, PhD.  
Decano del Colegio de Posgrados

\_\_\_\_\_

Quito, junio de 2015

**© DERECHOS DE AUTOR**

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Daniela del Pilar Jaramillo Paredes

C.I.: 1716819758

Fecha: Quito, junio de 2015

## DEDICATORIA

A Dios hacedor de todas las cosas, quien a través de su amor ha permitido la consecución de las metas planteadas durante la realización de este posgrado.

A mis padres: René y Fabiola que han sido amigos, consejeros y guías de vida, quienes me enseñaron el valor del compromiso, la honestidad y el esfuerzo del día a día.

A mis hermanos: David y Priscila quien con sus palabras y consejos han sido apoyo durante cada etapa de mi vida.

A mis sobrinos: Martín y Daphne, quienes con su inocencia y sinceridad me han demostrado que ser feliz es posible disfrutando de las cosas más simples de la vida.

A mi pequeña Isabella, quien ha sido mi compañera silenciosa y mi impulso del día a día durante este proceso, mi tierna hijita aunque aún no estamos juntas físicamente desde mi vientre tus pataditas y movimientos me han inspirado profundamente.

Daniela J.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad San Francisco de Quito por brindarme la oportunidad de expandir mis conocimientos no sólo en la parte académica sino también en el ámbito humano y social.

A mis distinguidos maestros; quienes durante este tiempo fueron guías y facilitadores para descubrir nuevos potenciales y capacidades.

A mis compañeros de estudio, quienes con sus aportes me permitieron mejorar y enriquecerme con sus valiosas experiencias.

A la Unidad Metropolitana de Salud Sur, representados por mis compañeros y compañeras de trabajo quienes colaboraron con cada idea emprendida por mí persona durante este tiempo compartido, que han permitido mejorar la atención a todos nuestros pacientes.

## RESUMEN

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) constituye una estrategia de Salud Pública para la reducción de los índices de morbi-mortalidad en niños menores de 1 año en especial en los países de ingresos económicos medios y bajos.

En Latinoamérica, la práctica de la LME se ha reducido en los últimos decenios, se estima que al menos un 35% de los menores de 6 meses no reciben lactancia materna EXCLUSIVA lo que los expone a innumerables problemas de salud entre ellos: enfermedades diarreicas agudas, infecciones del tracto respiratorio superior entre otras. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

A nivel de Ecuador, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2012, presenta datos alarmantes, tales como que la prevalencia de LME en menores de 6 meses a nivel nacional es de 43.8%, siendo las personas de recursos económicos bajos (51.3%) y de etnia indígena (77%) las que la practican de forma rutinaria. (Freire, 2014, p.155)

El nivel de instrucción materna demuestra que a mayor nivel de preparación formal materna existe una menor práctica de LME en menores de 6 meses (29.2% en las mujeres de instrucción superior vs 61.3% en madre sin instrucción formal)(Freire, 2014, p.157) Por lo señalado se plantea realizar una investigación cuantitativa, descriptiva de tipo transversal con la finalidad de identificar la relación entre la Lactancia materna exclusiva (LME) y la aparición de infecciones diarreicas agudas en los niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el Servicio de Pediatría de la Unidad Metropolitana de Salud Sur (UMSS) en el año 2015

Se utilizará una muestra de 215 participantes. Para la obtención de datos se aplicará una encuesta personal y se utilizará la información de las historias clínicas respectivas. Los datos serán analizados utilizando el paquete estadístico Epiinfo y serán representados mediante tablas y gráficos respectivos.

### **Palabras clave**

-Lactancia materna exclusiva    -enfermedad diarreica aguda

## ABSTRACT

Exclusive breastfeeding (EBF) is a public health strategy to reduce the rates of morbidity and mortality in children less than 1 year particularly in middle and low income countries.

In Latin America, the EBF practice has been reduced in the last decades, estimating that at least 35% of children less than six months don't receive exclusive breastfeeding, exposing them to many health problems including: acute diarrhea, upper respiratory tract infections and others. (World Health Organization, 2014).

In Ecuador, according to the 'National Health and Nutrition Survey' (ENSANUT-ECU 2012) there are two issues, such as prevalence of EBF in children under 6 months is 43.8%, being low-income people (51.3% ) and indigene ethnic group (77%) who practice it routinely. (Freire, 2014, p.155).

Maternal education level shows that as higher maternal formal training there is less practice of EBF under 6 months (29.2% in higher education women vs 61.3% of mothers without formal training) (Freire, 2014, p. 157)

Therefore, a quantitative and descriptive transversal research is proposed in order to identify the relationship between exclusive breastfeeding (EBF) and the appearance of acute diarrheal infections in children less than 6 months treated in the outpatient clinic promotion in the service of the Pediatrics South Metropolitan Health Unit (UMSS) in 2015.

A sample of 215 participants will be used. To obtain data, a personal survey will be applied and respective medical records will be used. The data will be analyzed using the Statistical Package 'Epiinfo' represented by respective tables and graphs.

**Keywords:** Exclusive breastfeeding , acute diarrhea

## Contenido

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
Contenido .....	10
INTRODUCCIÓN AL TEMA DE INVESTIGACIÓN .....	12
MARCO TEÓRICO.....	16
Marco histórico .....	16
Marco referencial.....	21
Marco conceptual .....	43
INFORMACIÓN GENERAL.....	45
JUSTIFICACIÓN .....	47
Es un proyecto que.....	47
PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
Formulación del problema .....	48
Sistematización .....	48
OBJETIVOS .....	49
Objetivo general.....	49
Objetivos específicos.....	49
METODOLOGÍA .....	50
Tipo de estudio.....	50
Definición de variables.....	50
Lugar de estudio y periodo de investigación. ....	50
Universo y muestra. ....	51
Procedimientos de recolección de datos.....	51
Plan de procesamiento de los datos. ....	51
Selección de los métodos.....	52
Sistema de variables.....	53
Informe del Comité de Bioética .....	54
Recolección de datos.....	54
Herramientas a utilizar .....	54

Análisis y tabulación de la información.....	55
Seguridad y almacenamiento de datos.....	56
Cronograma de estudio.....	56
Bibliografía .....	59
ANEXO A: Encuesta sobre Lactancia Materna Exclusiva. Elaborada por la autora a partir de Encuesta CLAC. 2015.....	63
ANEXO B: Matriz de operacionalización de variables. ....	70

## INTRODUCCIÓN AL TEMA DE INVESTIGACIÓN

La alimentación del lactante y del niño pequeño es una piedra angular del desarrollo infantil. “Cerca de un 30% de la población mundial de menos de 5 años tiene retraso del crecimiento a consecuencia de una mala alimentación y de infecciones de repetición” (OMS, 2001 p. 50).

“La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades” (OMS, 2001, p.52)

La OMS y el UNICEF conjuntamente en 1992 proponen la iniciativa “Hospitales Amigos de los niños” con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna. La base de la iniciativa son los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF titulada *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding*. (OMS, 2001 p. 67)

La Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño tiene por objetivo revitalizar las medidas para fomentar, proteger y apoyar una alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño. (OMS, 2001, p. 60)

En la reunión de OMS realizada en Ginebra en el año 2001, se realizó una revisión sistemática acerca de la duración óptima de la lactancia materna exclusiva, los datos disponibles a nivel de la región de las Américas parecen indicar que la lactancia materna exclusiva durante seis meses tiene efectos protectores contra las infecciones gastrointestinales. (OMS, 2001, s.p)

Adicionalmente lactantes exclusivamente amamantados durante seis meses no evidencian un efecto protector frente a las infecciones del tracto respiratorio (incluida la otitis media) ni frente a las enfermedades atópicas, en comparación con los exclusivamente amamantados durante cuatro a seis meses. (OMS, 2001, p. 75).

En el Ecuador, existen desde 1995 varias leyes que promueven y respaldan la práctica de la lactancia materna, que se citan en los siguientes artículos:

1. La lactancia materna es un derecho natural del niño y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal su normal crecimiento y desarrollo. (Congreso Nacional del Ecuador, 1995)
2. Promover y desarrollar educación continua en lactancia materna a los miembros del equipo de salud, la familia y la comunidad”. (Congreso Nacional del Ecuador, 1995)
3. Promover la lactancia materna como la acción más efectiva para la nutrición y prevención de enfermedades infecciosas neonatales, sobre todo gastroenteritis. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014)
4. Aumentar al 64% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014)

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2012, se aborda el tema de lactancia materna, en dicha encuesta se aplicó las preguntas referentes al tema en todos los hogares donde se identificó un niño menor de tres años en la primera visita domiciliaria. (Freire, 2014, p. 143).

Datos arrojados por ENSANUT demuestran que:

La prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses a nivel nacional es de 43.8%, mostrando un repunte de 52.4% dentro del primer mes de vida y cayendo a un 34.7% al cuarto mes de vida. (Freire, 2014, p.155)

La prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de acuerdo al quintil económico de la familia es de: 51.3% para el quintil 1 considerado las personas más pobres, 45.8% para quintil 2; 41.4% para quintil 3 que se considera la clase económica media, 31.9% para quintil 4 y 45.5% para quintil 5 considerado como quintil económico de la gente rica. (Freire, 2014, p.155)

La prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses por etnia arroja que el 77% de las mujeres indígenas la practican, siguiendo en orden decreciente las mujeres mestizas (41.3%), mujeres afro ecuatorianas (38.6%) y finalmente las mujeres montubias (22.9%). (Freire, 2014, p.156)

En cuanto a la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses por nivel de instrucción materno se encuentra una distribución inversamente proporcional, encontrándose un 61.3% de LME en madres sin ninguna instrucción y un 29.2 % de LME en madres de instrucción superior o de postgrado. (Freire, 2014, p.157)

Similar tendencia se demuestra en la prevalencia de LME en menores de 6 meses por rangos de edad materna, con un 17.9% en rangos comprendidos entre 12-14 años y un 45.7% con edad materna mayor a los 35 años. (Freire, 2014, p.157-158)

Si nos referimos a la prevalencia de LME en menores de 6 meses de acuerdo a áreas urbanas o rurales, un 35.9% del área urbana y un 58.9% del área rural la practican. (Freire, 2014, p. 159-160)

En la población meta se ha visto una recurrente disminución de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de Pediatría de la UMSS , misma que en muchas de las ocasiones causada por la presencia de información de poca calidad, o basada en “creencias culturales”.

Por todo lo antes mencionado, en el contexto mundial, regional y nacional, considero que el tema de lactancia materna constituye una estrategia eficaz para mejorar no sólo las condiciones nutricionales sino además reducir índices de morbilidad (enfermedades diarreicas agudas) en los niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la UMSS en el año 2015.

## MARCO TEÓRICO

### Marco histórico

Tal vez el conocimiento de la evolución de la lactancia materna a lo largo de la historia nos pueda iluminar para la comprensión de lo que hoy está sucediendo, llegado el momento de tomar la decisión de hasta cuándo es apropiado que se continúe con el amamantamiento.

Según la información obtenida a través de distintos textos, parecería que tanto en Oriente como en Occidente las mujeres amamantaban por períodos más prolongados que las mujeres occidentales de hoy (Oliveira, 2001, p. 13).

Oliveira (2001) señala algunos aspectos citados en libros sagrados de diversas religiones, por ejemplo cita que: “El Corán expresaba que un bebé debía ser amamantado por dos años” (p.13)

El Código de Hammurabi, del año 1800 antes de Cristo, contenía regulaciones sobre las nodrizas o amas de leche, mujeres que amamantaban a los hijos de otras mujeres, generalmente por dinero. (Oliveira, 2001, p.13)

En la antigua Grecia, si bien la lactancia parece haber sido valorada, el destete se daba más temprano. Los contratos de las amas de leche hablan de seis meses de lactancia natural y un mes con leche de vaca. (Oliveira, 2001, p.14)

Entre los romanos algunas diosas eran representadas como mujeres amamantando, lo que demuestra de qué manera era valorada la maternidad y la lactancia como expresión máxima de ésta. Dos médicos romanos, Soranus y Galen, escribieron lo que luego sería la norma occidental para el cuidado de los bebés hasta el siglo XVIII. Ellos creían que el destete completo no debería ocurrir hasta que el bebé tuviera tres años o tuviera todos sus dientes (Oliveira, 2001, p.14). (Gamboa, 2008)

A pesar de estas recomendaciones, los romanos también restringían la cantidad de mamadas para evitar la sobrealimentación, que para ellos era la causante de distintos males, esta práctica llevaba a destetes más tempranos de los recomendados por los médicos. Se han encontrado signos de raquitismo en tumbas de niños romanos que podrían deberse, entre otras, a esta causa.

En la Europa medieval, el destete probablemente ocurría entre el primer y el tercer cumpleaños. Aunque la mayoría de las mujeres amamantaban a sus hijos, las mujeres nobles y ricas contrataban a amas de leche. Esta práctica se volvería norma después del siglo XI (Oliveira, 2001, p.15).

En los siglos XVI y XVII, los curas y los médicos condenaban la práctica de contratar a las amas de leche en tanto en cuanto los niños podían adquirir los vicios de la misma a través de su pecho. (Oliveira, 2001, p.15)

En La Edad Media las mujeres ricas parecían considerar que el dar de mamar las haría verse viejas, no podrían vestir a la moda y sus senos se caerían. También retrasaría su fertilidad, tan valorada en esa época cuando se tenían diez o doce hijos. Aun si una mujer quisiera amamantar directamente a su hijo, su marido lo prohibiría en cuanto que: “una mujer que acepta amamantar, aunque sea a su propio hijo, se transforma en una persona tan fuera de la moda y poco gentil tanto como un caballero que bebe, dice malas palabras y es profano” (Oliveira, 2001, p16)

En algunas zonas de Europa, como Alemania, Rusia y Escandinavia las mujeres de todas las clases confiaban en la alimentación artificial. Parecería que la lactancia era considerada innecesaria e indecorosa. (Oliveira, 2001, p.16)

Entre los siglos XVI y XVIII se comenzó a experimentar con alimentación artificial y las enfermedades gastrointestinales causadas por alimentos contaminados se volvieron epidemias. No se hervía la leche, se utilizaba cualquier tipo de agua y la variedad de utensilios utilizados para suministrar esta alimentación no tenían ningún cuidado especial. Ignorantes de las verdaderas causas de estas enfermedades, muchos médicos lo adjudicaban al alimento en exceso, fuera el pecho o cualquier otro. La solución era restringir la alimentación de tal manera que el bebé nunca estaba satisfecho. Se recomendaban tres o cuatro tomas diarias. (Oliveira, 2001, p.17) (Gamboa, 2008)

En Francia del siglo XVIII la alimentación infantil incluía lactancia materna, nodrizas, lactancia artificial con leche animal y el *panade*, un alimento a base de pan, agua u otro líquido y condimentos, hervidos hasta la consistencia de una pulpa. (Oliveira, 2001,p.17)

Oliveira (2001) señala que:

La edad comúnmente recomendada para el destete en el siglo XIX eran los nueve meses, aunque parecería que muchas mujeres destetaban aún antes. Esto se debía a que, revolución industrial de por medio, las mujeres pobres trabajaban en las fábricas, y las mujeres de la clase social alta empezaban a incorporarse a distintas profesiones o a organizaciones voluntarias. Si bien los doctores parecían reconocer la superioridad de la lactancia materna sobre la alimentación artificial, las mujeres destetaban precozmente ahora por tener que salir a trabajar, por enfermedad o por seguir las recomendaciones de los médicos. Se comenzó a percibir a la lactancia materna como muy demandante para la mujer.” (p.18)

A mediados del siglo XIX un grupo de médicos investigadores comenzaron la búsqueda de un sustituto de la leche materna y desde allí se siguió un largo camino en esta dirección. (Oliveira, 2001, p.18)

A fines del siglo XIX la ciencia se confundía con el progreso. Se consideraba científico dar preparados a los bebés. Las madres consideraban más avanzado dar estos alimentos, preparados “científicamente”, que su propia leche. Esta fue una tendencia muy poderosa

que influyó profundamente en la duración de la lactancia materna. (Oliveira, 2001, p.18)  
(Gamboa, 2008)

En el siglo XX se analizan variadas razones para la pérdida de la práctica del amamantamiento. Los nacimientos en los hospitales se hicieron más seguros, pero al mismo tiempo las rutinas hospitalarias dificultaban el establecimiento de la lactancia. Los bebés eran separados de sus madres al momento de nacer. (Oliveira, 2001, p.18)

El temor al contagio de enfermedades hacía que se extremaran los cuidados de higiene, como lavar los pechos con agua y jabón, luego con alcohol, la madre no podía tocar nada mientras amamantaba a su bebé. Se consideraba que la alimentación artificial era más fácil de controlar y se podía estar seguro de cuánto comía el bebé. (Oliveira, 2001, p.18)

El cambiante patrón de la vida familiar es otro elemento a tener en cuenta. Las familias fueron cada vez más pequeñas y aisladas, separadas de la generación anterior. Ya no se daba el apoyo de la comunidad o de la familia a la mujer que amamantaba. (Oliveira, 2001, p.18)

Las leches industrializadas eran presentadas como incluso mejores que la leche materna en cuanto se controlaba su elaboración y la cantidad suministrada a los bebés. (Oliveira, 2001, p.18)

La actitud occidental de considerar el pecho como un objeto sexual también ha ido en contra de la práctica del amamantamiento. Los motivos estéticos (la lactancia estropearía los pechos) también tuvieron su lugar. (Oliveira, 2001, p.18)

La emancipación de las mujeres, que comenzó en los años 20, tuvo como símbolos el pelo corto, la falda corta, los anticonceptivos y el biberón. La mujer deseaba independizarse y amamantando a su bebé parecía no ser posible. (Oliveira, 2001, p.18)

A pesar de estas tendencias, poco a poco se fue observando un resurgimiento de la práctica de la lactancia materna. Unos pocos hospitales al principio comenzaron con la práctica del alojamiento conjunto, permitiendo a las madres permanecer todo el tiempo junto a sus bebés, favoreciendo que pudieran ir reconociendo las necesidades de su hijo. Surgieron grupos de apoyo como “La Leche League”, un conjunto de madres decididas a hacer valer su derecho a alimentar a sus hijos como ellas querían, de la manera natural. (Oliveira, 2001, p.19)

Al fin de los años 60 y principios de los 70, la lactancia resurge junto al interés en las comidas naturales, la medicina alternativa y las culturas no occidentales. Las mujeres lucharon contra las rutinas hospitalarias, los consejos médicos y la opinión de sus parientes por su derecho a amamantar a sus hijos. (Oliveira, 2001, p.19)

En nuestro país, sin embargo, es en los años setenta cuando la caída de la práctica del amamantamiento llega a su máxima expresión (Freire & col 2014, p.143). Estas tendencias favorables siguen su curso en todo el mundo, aunque recuperar la cultura del amamantamiento está significando todo un esfuerzo. (Oliveira, 2001)

No es el mismo el camino emprendido por las culturas occidentales que por las orientales, quizás no vayan al mismo tiempo.

Oliveira 2001 señala respecto a la lactancia materna: “Ha sido más común y de mayor duración en épocas estables y de trabajo duro, y más rara en períodos de “brillo social” y débiles principios morales” (p.19).

Así mismo señala cómo un estudio meticuloso de la historia de la civilización revela que casi cada generación ha tenido que buscar alternativas cuando la madre no podía o no

quería dar el pecho, por lo que no se puede identificar un solo culpable para este hecho. (Oliveira, 2001, p.19)

### **Marco referencial**

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: amamantando. Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América Latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra. (Latham, 2002)

El famoso pediatra Paul Gyorgy citado por Latham (2002) cita a propósito de la lactancia materna: “La leche de vaca es la mejor para los terneros y la leche humana es la mejor para los bebés humano”.

Nadie puede negar lo cierta que es esa afirmación. Cada vez se reconoce más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de recibir leche materna es un incumplimiento de estos derechos; aunque en la mayoría de los países haya muchos bebés que no reciben leche materna o que reciben leche materna durante un período relativamente corto. (Latham , 2002)

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, representa un derecho de los niños, las niñas y de sus madres, que trae aparejado un sinnúmero de beneficios, tanto para los propios bebés, sus progenitoras y familias, como para los estados en los que residen. (UNICEF, Ministerio de Salud Costarrica, 2011)

El amamantar garantiza la disponibilidad de alimento seguro, suficiente, gratuito, de insustituible calidad y a la medida de los requerimientos nutricionales de los bebés.

Les protege de infecciones y enfermedades en una etapa de sus vidas en las que se encuentran particularmente vulnerables, a la vez que crea un vínculo que les confiere a niños, niñas y sus madres, salud física y emocional, además de protección, seguridad y afecto, todas ellas condiciones indispensables para un pleno desarrollo infantil. (UNICEF, Ministerio de Salud Costarrica, 2011)

En los últimos años el interés en la lactancia ha crecido. Parte del motivo es la controversia tan publicitada de reemplazar la leche materna por biberones y la promoción activa de los sustitutos de la leche materna por parte de compañías multinacionales. El arte femenino de amamantar en los últimos años ha sido redescubierto en Europa y en menor proporción en América del Norte. Desgraciadamente, el uso de los biberones continúa en muchos países industrializados del sur. Las consecuencias más serias de este cambio del pecho al biberón se observan entre las familias pobres de África, Asia y América Latina. (Latham Michael, 2002)

### **Consideraciones importantes sobre la lactancia materna.**

La leche materna tiene una naturaleza dinámica ajustada a las necesidades del niño en crecimiento y no sólo aporta componentes nutritivos sino también factores bioactivos necesarios para el desarrollo infantil. Por ello, la consulta de expertos de la OMS concluyó que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses reporta múltiples beneficios, tanto para el lactante como para la madre que amamanta. (Maciàs & colaboradores, 2006)

Aunque la lactancia materna es la mejor alimentación en el recién nacido, el porcentaje de madres que lactan ha declinado. Los estudios acerca de este problema son numerosos, y se ha comprobado que tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo el número de madres que lactan cada día es menor. Por este motivo en la mayoría de los países se han establecido programas con el objetivo de estimular esta forma de alimentación por las innumerables ventajas que posee, entre las que se destaca la iniciativa de "Hospitales Amigos del Niño". (Duràn & colaboradores, 1999)

En 1991, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzaron una campaña global llamada Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño.

Esta campaña estimulaba a los profesionales de la salud a promover, proteger y apoyar la lactancia materna como método óptimo de nutrición del lactante y facilitar a la familia la información necesaria acerca de la alimentación del niño. (Macías & colaboradores, 2006)

La lactancia materna es la forma ideal y superior de nutrición para los recién nacidos a término; el alimento óptimo para el crecimiento y desarrollo por sus propiedades nutricionales, antiinfecciosas y biológicas; la recomendada para alimentar al niño en forma saludable pues su desarrollo nutricional será elevado, y sin anemia, promueve el desarrollo físico y los patrones de crecimiento son superiores. (Organización Mundial de la Salud., 2014)

Sin embargo, a pesar de las numerosas ventajas de la lactancia materna muchas madres prefirieron la alimentación artificial y aunque se logra que comiencen a lactar durante el

ingreso en el hospital, con frecuencia al llegar al hogar dejan de lactar a sus niños en forma prematura. (Macías & colaboradores, 2006)

El abandono de la lactancia materna constituye un problema de salud y que pudieran exponerse muchas razones (Durán & colaboradores, 1999)

### **Consideraciones nutricionales**

Los beneficios nutricionales de la lactancia materna son variados, fundamentales y ya muy conocidos por todos. Si bien el niño necesita la incorporación de otros alimentos, la leche materna continúa aportando nutrientes importantes para su desarrollo y crecimiento. Los estudios indican que estos beneficios se mantienen también luego del primer año de vida. (Oliveira, 2001)

### **Consideraciones psicosociales**

Las madres que amamantan por tiempos más prolongados relatan sentirse a gusto y muy próximas a sus hijos. (Oliveira, 2001)

### **VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA.**

Existe ahora una evidencia decisiva sobre las ventajas de la lactancia natural para la salud, por ejemplo una menor morbilidad y mortalidad infantil, con respecto a los niños alimentados con biberón. Las ventajas favorecen en especial modo a las dos terceras partes de la población mundial que vive en la pobreza, aunque algunos estudios han demostrado tasas menores de diarrea y otras infecciones y menos hospitalizaciones en niños alimentados con leche materna de comunidades ricas. Se tiene también evidencia que las mujeres que lactan a sus niños presentan un riesgo menor de cáncer de pecho, y quizá de cáncer uterino, en comparación con las mujeres que no lo hacen. (Latham, 2002)

Durante los últimos 50 años, y especialmente en la última década, se han publicado extensos estudios que comparan la composición y beneficios relativos de la leche humana y de sus sustitutos. La mayor parte de la investigación reciente apoya las innumerables ventajas de la lactancia sobre otros métodos de alimentación infantil. Un amplio conjunto de investigaciones de nivel mundial, respalda la recomendación que los niños deben recibir sólo leche materna durante los primeros seis meses de vida. (Oliveira, 2001)

Ciertamente, en los países en desarrollo, donde los riesgos de la alimentación complementaria por lo general sobrepasan cualquier posible ventaja, es aconsejable exclusivamente la leche materna hasta los seis meses de edad. (Oliveira, 2001)

Las ventajas de la lactancia respecto a la alimentación con biberón y los motivos por los que se recomienda tan ampliamente, se resumen a continuación:

- la lactancia es conveniente, el alimento tiene una disponibilidad fácil para el niño y no requiere preparación o equipo especial; (Geijo, 2007)
- la leche materna suministra un adecuado balance y una cantidad de nutrientes que son ideales para el niño lactante; (Latham, 2002)
- el calostro y la leche materna tienen elementos anti infecciosos que ayudan a limitar las infecciones; (Geijo, 2007)
- la alimentación con biberón aumenta el riesgo de infecciones por contaminación con organismos patógenos en la leche, la fórmula láctea y el agua que se usa en la preparación, así como los biberones, chupetes y otros artículos utilizados para la alimentación del niño; (Latham , 2002)

- la lactancia es más económica que la alimentación con biberón, que comprende los costos de la fórmula, o la leche de vaca, los biberones y los chupetes al igual que el combustible necesario para la esterilización; (Latham, 2002)
- la lactancia promueve un mayor vínculo y relación entre la madre y el niño; (Geijo, 2007)
- aparentemente se observa un menor riesgo de alergias, obesidad y ciertos problemas de salud en niños amamantados con leche materna en comparación con los que se alimentan en forma artificial. (Latham, 2002)

### **Otros beneficios para la madre y el niño**

La lactancia prolongada, al menos hasta los 6 meses de vida, retrasa significativamente la aparición de la enfermedad diarreica aguda. (Oliveira, 2001)

La lactancia materna en el riesgo de obesidad y sobrepeso en el momento del ingreso a la escuela: la prevalencia de la obesidad en niños que no habían sido amamantados nunca fue de 4.5%, en comparación con la de 2.8% en niños amamantados, por lo que en los países industrializados sería beneficioso promover la lactancia prolongada como forma de ayudar a disminuir la obesidad en la infancia ya que la lactancia materna actuaría como una medida preventiva que eventualmente tendría relación con la disminución de enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades asociadas a la obesidad. (Oliveira, 2001)

La continuación de la lactancia es inmunológicamente beneficiosa para el lactante. (Oliveira, 2001)

Además de los beneficios relacionados al niño, existen beneficios de la lactancia materna para la madre, tales como la prevención del cáncer de mama, en estudios realizados se concluye que cualquier tiempo de lactancia, sin importar su duración, es asociada a una

leve reducción del riesgo de contraer cáncer de mama en la población estudiada. (Oliveira, 2001)

### **PROPIEDADES Y VALOR DE LA LECHE MATERNA**

La producción de leche de una madre está influenciada sobre todo por las exigencias de su bebé, cuya succión estimula la secreción de la leche. Mientras más succiona el bebé, mayor cantidad de leche producirá la madre. La cantidad con frecuencia aumenta de alrededor de 100 a 200 ml al tercer día del nacimiento a 400-500 ml en el momento en que el bebé tiene diez días de edad. (Latham , 2002)

La producción puede continuar aumentando hasta 1 000 ó 1 200 ml por día. Un niño sano de cuatro meses de edad, de peso promedio y que crece normalmente, si se alimenta al pecho exclusivamente, recibirá de 700 a 850 ml de leche materna en un período de 24 horas. (Latham , 2002)

Al considerar que los bebés pueden comer tanto cuanto deseen, siempre tendrán suficiente leche. Esta es probablemente la única oportunidad en la vida en que una persona puede comer tanto cuanto desee y siempre que lo desee. La alimentación de acuerdo con la demanda - en cualquier momento, día o noche - es el método de lactancia que se practica tradicionalmente. Se logra mejor si la madre está feliz, relajada, confiada y libre para estar con su bebé todo el tiempo. En estas circunstancias, la madre y el niño forman lo que se ha denominado una unidad bivalente - una pareja especial. (Latham , 2002)

Un litro de leche materna produce cerca de 750 kcal. La leche de vaca suministra más o menos tres veces más proteína y cuatro veces más calcio, pero tan sólo alrededor de 60 por ciento de los carbohidratos presentes en la leche materna humana. (Latham , 2002)

Casi todos los estudios indican con claridad que los nutrientes que hay en la leche de una madre sana y bien nutrida, satisfacen todas las necesidades nutricionales del niño si consume suficiente leche. Aunque el contenido de hierro de la leche materna es bajo, es suficiente y bien absorbido lo que evita la anemia durante los primeros cuatro a seis meses de vida. La leche de vaca tiene inclusive menor contenido de hierro y el bebé no lo absorbe muy bien, por lo tanto, los niños alimentados con leche de vaca quizá desarrollen anemia por carencia de hierro. (Latham , 2002)

La leche materna varía poco entre personas y quizá en menor grado en varias partes del mundo. Además, es distinta al principio y al final de cada comida. La denominada primera leche es más diluida y contiene menos grasa, en comparación con la leche de la última parte de la comida, que es algo más espesa y de apariencia más blanca y con mayor densidad de energía debido a que contiene más grasa. (Latham , 2002)

De particular importancia es la presencia en el calostro y en la leche materna, de factores anti infecciosos (que no se encuentran presentes en la fórmula para bebés). Estos incluyen:

- algunos anticuerpos e inmunoglobulinas que actúan en el intestino del niño y atacan a los organismos que causan enfermedades, y evitan así una infección en el bebé; (Latham , 2002)
- células vivas, sobre todo glóbulos blancos, que pueden producir sustancias importantes como interferón (que pueden combatir los virus), inmunoglobulina A, lactoferrina y lisosomas; (Latham , 2002)
- otros factores, como el factor bífido que ayuda a ciertas bacterias amigas, como los lactobacilos, a crecer y proliferar en el intestino del niño, donde ayudan a garantizar

un entorno ácido (por el ácido láctico) que es desfavorable para el crecimiento de organismos patógenos. (Latham , 2002)

En términos simples, la leche materna contribuye a que el intestino del bebé sea un medio adverso y hostil para los organismos causantes de enfermedad. Las heces de un niño amamantado difieren en su aspecto de las de un niño que se alimenta con fórmula.

La ciencia y la industria se han unido para producir sustitutos de la leche humana con la intención de imitarla en términos de la cantidad de nutrientes que hay en la leche materna. Estos productos, que con frecuencia se denominan fórmulas infantiles, son la mejor alternativa de la leche materna para los bebés que no pueden ser amamantados. Todas las fórmulas para bebés se basan en leche de mamíferos, por lo general leche de vaca. (Latham, 2002)

Aunque las fórmulas infantiles pueden ser la mejor alternativa para la leche humana, no son lo mismo. Incluyen los nutrientes conocidos que el niño necesita, pero quizá no tiene los nutrientes que aún no han sido identificados; en este caso, no es posible saber qué le falta al niño que recibe biberón. En efecto, en algunos aspectos las fórmulas infantiles son tan distintas de la leche humana, que pueden ser no aptas y peor aún, peligrosas. Las leches manufacturadas no tienen las propiedades anti infecciosas y las células vivas que se encuentran en la leche humana. (Latham , 2002)

Los productos manufacturados pueden ocasionarle al niño problemas de salud que nunca serían causados por la leche humana. (Latham , 2002)

La leche materna, particularmente debido a la inmunoglobulina que contiene, parece proteger a los bebés contra las alergias. En contraste, la leche no humana y las proteínas de

vaca presentes en los sustitutos de la leche materna, al igual que otras sustancias que contienen las fórmulas infantiles durante su fabricación, pueden provocar alergias. La consecuencia más grave en niños alimentados con fórmula es una mayor tasa de eczema, otras alergias, cólicos y el síndrome de muerte infantil repentina (SMIR), con respecto a niños que reciben leche materna. (Latham , 2002)

Asimismo, además de todo lo anterior, los productos manufacturados son muy costosos.

## **CALOSTRO**

El calostro es el líquido amarillo o color paja que producen los pechos en los días posteriores al nacimiento del bebé. El calostro es altamente nutritivo y rico en propiedades anti infecciosas. Podría decirse que las células vivas, inmunoglobulinas y anticuerpos del calostro constituyen la primera inmunización para el niño. (Latham , 2002)

En casi todas las sociedades, el calostro se considera distinto de la leche materna debido a su color y a su consistencia cremosa, pero no siempre se reconoce el enorme valor para el niño. En muchas partes del mundo las madres no lactan el calostro a sus bebés; esperan hasta que los pechos secreten la leche blanca. Algunas madres (y abuelas) creen que en los primeros días después del parto el niño recién nacido debe recibir otros líquidos o alimentos, estos alimentos no son necesarios y en realidad están contraindicados. (Latham , 2002)

El niño al nacer tiene una cantidad adecuada de agua y líquidos corporales y suficientes nutrientes, de manera que la única alimentación requerida es el calostro y luego la leche materna durante los primeros cuatro a seis meses de vida. (Latham , 2002)

## **PROBLEMAS DE ALIMENTAR CON BIBERÓN O SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA.**

La lactancia no debe ser un procedimiento complicado y difícil. Debe ser algo agradable para ambos, madre e hijo, y puede llegar a serlo si se dan las circunstancias correctas de seguridad, apoyo y aliento. En todas las sociedades algunas mujeres tienen problemas con la lactancia, pero muchos de esos problemas se pueden solucionar o disminuir. Es importante que las madres tengan un fácil acceso a una buena asesoría y apoyo. (Latham , 2002)

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. (Latham , 2002)

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. (Latham , 2002)

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 (relativamente pocos hogares en los países en desarrollo tienen su propio suministro seguro de agua corriente); (Latham , 2002)
- cuando la higiene del hogar no es buena y el ambiente de la casa está contaminado con moscas y excrementos; (Latham , 2002)
- cuando no existe un refrigerador u otro espacio seguro para guardar la fórmula reconstituida o la leche de vaca; (Latham , 2002)
- 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; (Latham , 2002)
- 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; (Latham , 2002)
- cuando la madre tiene relativamente pocos o ningún conocimiento sobre el papel de los gérmenes en la enfermedad. (Latham , 2002)

### **Malnutrición**

La alimentación artificial puede contribuir de dos maneras importantes a la malnutrición proteinoenergética (MPE), incluyendo el marasmo nutricional. (Latham , 2002)

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. (Latham , 2002)

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. (Latham , 2002)

### **Problemas económicos**

Una desventaja muy importante de la alimentación con fórmulas lácteas es el costo para la familia y para la nación. (Latham , 2002)

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. (Latham , 2002)

La compra de una fórmula como sustituto de la leche materna desvía los escasos recursos monetarios de la familia y aumenta la pobreza. (Latham , 2002)

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. (Latham , 2002)

Inclusive 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. (Latham , 2002).

### **PROTECCIÓN, APOYO Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA NATURAL**

La estrategia de un país o de una comunidad para fortalecer a las mujeres y ayudar a las madres y a sus niños en relación con el derecho a la lactancia, debe incluir tres niveles o categorías de actividad:

- protección de la lactancia a través de políticas, programas y actividades que protejan a las mujeres que están amamantando o planean hacerlo, contra las fuerzas que puede influir para que no lo hagan; (Latham , 2002)
- apoyo a la lactancia mediante actividades, formales e informales, que ayuden a las mujeres a tener confianza en su capacidad para amamantar, que es importante para las mujeres con deseos de amamantar pero que tienen temores o dudas al respecto, o para las que enfrentan condiciones que hacen que la lactancia parezca difícil; (Latham , 2002)

- promoción de la lactancia por medio de actividades diseñadas especialmente para influir a grupos de mujeres a amamantar a sus niños, cuando no se sientan inclinadas a hacerlo, o si no lo han hecho con sus bebés anteriores. (Latham , 2002)

Aunque estos tres puntos de actividad son importantes, el esfuerzo relativo de cada una de ellos depende en particular de la situación de cada país. Por lo tanto, donde las prácticas tradicionales de lactancia son la norma pero las fórmulas infantiles comienzan a incursionar, las actividades de protección merecen una alta prioridad. (Latham , 2002)

Por el contrario, en un país donde la mayoría de las mujeres no lactan en absoluto, los principales esfuerzos deben realizarse con relación a la promoción. Para utilizar una analogía de salud, se puede decir que la protección y el apoyo son medidas preventivas, y la promoción es un enfoque curativo. (Latham , 2002)

La protección de la lactancia se dirige a favorecer a las mujeres que normalmente amamantarían con éxito, contra las fuerzas que les pueden alterar esta práctica. Todas las acciones que previenen o reducen la promoción de los sucedáneos de la leche materna, los biberones para bebés y los chupetes tendrán este efecto. (Latham , 2002)

Un código fuerte, que se aplique y vigile en forma adecuada, ayudará a proteger la lactancia. Es necesario reducir las diversas formas de promoción de las fórmulas lácteas, incluyendo la promoción dirigida a los profesionales de la salud; la distribución de muestras, calendarios y materiales promocionales; y visitas a los hospitales por parte de visitantes de los fabricantes. (Latham , 2002)

La promoción de la lactancia incluye la motivación o la reeducación de las madres que de otra manera podrían no estar inclinadas a amamantar a sus bebés. En teoría, la promoción es la más difícil y ciertamente la más costosa de las tres opciones. (Latham , 2002)

En algunas sociedades, sin embargo, la promoción es esencial si se desea convertir la lactancia en el método preferido de alimentación infantil. El enfoque usual comprende medios masivos y campañas de educación para hacer conocer las desventajas de la alimentación con biberón y las ventajas de la lactancia (Latham , 2002).

Es importante conocer los factores que han llevado a una declinación de la lactancia en un área y entender cómo las mujeres consideran la lactancia y la alimentación con biberón. La falta de ese conocimiento ha sido causa del fallo de muchas campañas promocionales. Las técnicas de comercialización social, adecuadamente aplicadas, tienen mayor posibilidad de éxito. (Latham , 2002)

La promoción debe tratar no sólo los beneficios para la salud, sino además los beneficios económicos y las ventajas anticonceptivas de la lactancia. Con frecuencia, se requiere primero educar a los políticos sobre estos asuntos. (Latham , 2002)

Es necesario una decidida voluntad política y habilidad para llevar a cabo nuevas políticas en cualquier plan dirigido a proteger, apoyar y promover la lactancia. (Latham , 2002)

### **La iniciativa del Hospital Amigo del Niño y bebé. (IHAB).**

Los dos principales objetivos del IHAB fueron terminar la distribución de muestras gratuitas o de bajo costo de sucedáneos de leche materna; y garantizar que las prácticas de los hospitales apoyaran la lactancia. (Latham , 2002)

La IHAB puede ser menos importante en países y comunidades donde la mayoría de los bebés nacen fuera del hospital. Puede también tener menor influencia en los hospitales de maternidad de las grandes ciudades en países en desarrollo, donde se da de alta a los bebés en un término de 24 a 36 horas después del parto. (Latham , 2002)

En el Ecuador la intervención de Salud Pública en nutrición infantil involucra varias acciones entre ellas las relacionadas con la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y lactancia continua hasta los dos años de vida o más. (MSP. Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

Dentro de estas acciones se encuentra la vigilancia del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (CICSLM), el mismo que es uno de los pilares para evitar la interrupción de la lactancia materna.

A pesar de las leyes, reglamentos, acuerdos y políticas que respaldan la obligatoria observancia del CICSLM, en el Ecuador, la publicidad de múltiples formas de los sucedáneos de leche materna, demuestra su no aplicación. De acuerdo al Informe Final de Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), establece que el 26.4% de recién nacidos ecuatorianos son amamantados dentro de la primera hora de vida, 39.6% menores de 6 meses de edad son amamantados exclusivamente (en las últimas 24 horas) y luego por 15.3 meses los infantes reciben leche materna. (MSP. Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

Entre los motivos para que los infantes no reciban los numerosos beneficios de la leche materna se encuentra la marcada influencia de la comercialización y publicidad para uso de sucedáneos de leche materna: fórmulas lácteas, biberones y tetinas. Al alimentar con fórmula infantil a un lactante antes de su primera ingesta de calostro, se produce una

disminución en la proliferación de la bifidobacteria intestinal, ocasionando mayor riesgo de infecciones intestinales. (MSP. Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

Además, una lactancia materna exitosa reduce el riesgo de infecciones agudas, tales como diarrea, neumonía, infección del oído, meningitis e infección de vías urinarias; promueve además el desarrollo de los niños y niñas y se asocia con el desarrollo de un mejor coeficiente intelectual. (MSP. Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

Es por esto que el incumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (CICSLM) es uno de los problemas que afecta a la práctica adecuada de lactancia y a su vez a la población. (MSP. Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

La Coordinación Nacional de Nutrición con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, Escuela de Nutriología de la Universidad Internacional del Ecuador y The International Baby Food Action Network de Latinoamérica y el Caribe (IBFAN) conformó un equipo técnico para elaborar el Primer Monitoreo Nacional para el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Este documento, fue confeccionado con la base de las recomendaciones que hace la Organización Mundial de la Salud para la vigilancia del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (MSP. Coordinación Nacional de Nutrición., 2012)

### **Lactancia y legislación laboral**

Varios países facilitan a las mujeres trabajadoras la lactancia de sus niños, y algunos empleadores de mano de obra femenina apoyan la lactancia materna. Sin embargo, éstas son excepciones, cuando deberían ser la norma. La Conferencia Internacional sobre

Nutrición (CIN) realizada por la FAO/OMS en Roma en 1992, reconoció «el derecho de los niños y las madres a la lactancia exclusiva». (Latham , 2002)

El Plan de Acción para la Nutrición adoptado por la Conferencia define que los gobiernos y otros deben «apoyar y alentar a las madres para que amamenten y cuiden adecuadamente a sus hijos, tanto si tienen un trabajo fijo como si trabajan ocasionalmente si realizan un trabajo no pagado. Los convenios y reglamentos de la OIT sobre este tema pueden ser utilizados como punto de partida...» (Latham , 2002)

La Convención de Protección a la Maternidad adoptada por la OIT reconoce que las mujeres tienen derecho a licencia por maternidad y a amamantar a sus niños. Sin embargo, en muchos países hay serios obstáculos para que las madres puedan ejercer sus derechos a la lactancia. (Latham , 2002)

Sería ingenuo desestimar las propiedades nutricias e inmunitarias de la leche materna y lo favorable del amamantamiento para el vínculo madre-hijo/a. (Bencochea & Parola, 2011).

Si bien la tendencia general, en estos tiempos, ha sido la de recuperar el papel del estado en materia de responsabilidad social y política, las condiciones de pobreza siguen afectando a amplios sectores de la población. (Bencochea & Parola, 2011)

Resulta importante en cualquier mensaje tendiente a propiciar la lactancia, tener presente la incidencia de factores sociales y culturales. (Bencochea & Parola, 2011)

En relación a los sectores más desfavorecidos, el amamantamiento no puede ser un paliativo de la pobreza que, por extensión, convierta a la mujer en la principal salvaguarda de la supervivencia y bienestar del/de la niño/a. Atender a los problemas nutricionales de las madres tanto como a los de sus hijos/as es una cuestión que merece contemplarse. (Bencochea & Parola, 2011)

Pero al mismo tiempo, se hace necesario asumir una actitud respetuosa de la diversidad de valores y creencias que inciden en el ejercicio de la lactancia. (Bencochea & Parola, 2011)

Los aprendizajes de la crianza trascienden lo que las visiones hegemónicas promueven o estiman como correcto o esperable. La teta que calma el llanto o convoca al sueño, la certidumbre de las bondades de una lactancia prolongada en el tiempo, son algunas de las cuestiones que ameritan de espacios inclusivos que inviten a la construcción colectiva de saber. (Bencochea & Parola, 2011)

En lo que respecta a las mujeres que trabajan fuera del ámbito doméstico, suele discutirse los términos de las licencias por maternidad y el acomodamiento de la jornada de trabajo por razones de amamantamiento. Incluso han comenzado a instalarse lactarios en espacios de trabajo, fundamentalmente en el ámbito público, a los fines de compatibilizar la actividad laboral con la demanda alimenticia del /de la niño/a. (Bencochea & Parola, 2011)

Las condiciones de posibilidad para el amamantamiento necesariamente requieren de una red de sostén familiar y social. La vida urbana suele generar, por distancias y tiempos, dificultades agregadas en materia de organización de la atención de los/as hijos/as pequeños/as. (Bencochea & Parola, 2011)

En este sentido, resulta indisociable de la creación de lactarios la multiplicación de espacios institucionales de cuidado de niños y niñas acordes a la compleja dinámica del actual mercado laboral. (Bencochea & Parola, 2011)

La práctica del amamantamiento es tan humanamente femenina como histórica y es en la historia de las mujeres y en la singularidad de cada una que adquiere su real dimensión. Sin ello, no hay posibilidad de pensar la equidad de género. (Bencochea & Parola, 2011)

## DOCUMENTOS ESENCIALES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA A NIVEL MUNDIAL.

- 1981: Se aprueba el **Código Internacional de comercialización de sustitutos de leche materna**. OMS-UNICEF. (Latham , 2002)
- 1989: **Declaración de Innocenti**: “Todas las madres tienen derecho a amamantar y sus hijos a ser amamantados de forma exclusiva hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los 2 años”.OMS-UNICEF. (Latham , 2002)
- 1991 :“**Diez pasos hacia una feliz lactancia natural**”. Tabla 1. (Latham , 2002)

### 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho: chupones o chupetes artificiales.
10. 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 o clínica.

Tabla 1: 10 pasos para una lactancia materna exitosa.

Tomado de Latham 2002.

- 1991: **Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)** OMS-UNICEF (Latham , 2002)
- 2002: **Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño.** Asamblea Mundial de la Salud. (Latham , 2002)
- 2004: **Amamantamiento y uso de leche humana.** AAP.

### **LACTANCIA MATERNA Y LAS INFECCIONES DIARRÈICAS AGUDAS.**

La lactancia materna da a los niños el mejor comienzo posible en la vida. Se calcula que un millón de niños mueren cada año por diarreas, infecciones respiratorias y otros tipos de infecciones, situaciones que la lactancia materna podría haber ayudado a prevenir. (OMS, 1993)

Los encargados de los programas para la prevención de enfermedades diarreicas recomiendan promover la lactancia materna para prevenir la diarrea en los niños menores. Y recientemente se ha descubierto que la lactancia materna también es importante en el manejo de la diarrea una vez que ocurre, para prevenir la deshidratación y para ayudar a que los niños se recuperen. (OMS, 1993)

La Organización Mundial de la Salud y UNICEF recomiendan que todos los niños reciban lactancia exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros 6 meses de vida, y que continúen la lactancia materna junto con la administración de alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente. (OMS, 1993)

A veces la madre no recibe la ayuda necesaria, o las prácticas institucionales y los consejos que la madre recibe del equipo de salud no respaldan la lactancia. Es importante acompañarlas no solamente antes del parto y durante el período prenatal, sino también durante el primero y segundo año de vida del niño. Cualquier momento es bueno para dar a

las madres un buen consejo sobre la alimentación de los bebés: ya sea cuando estén bien o cuando estén enfermos. (OMS, 1993)

## **Marco conceptual**

### **Lactancia materna**

“Lactancia materna es un término usado en forma genérica para señalar alimentación del recién nacido y lactante, a través del seno materno”. (UNAM, 2014).

### **Lactancia materna exclusiva**

Lactancia Materna en forma exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida. (Ministerio de Salud de Panamá , 2000)

### **Lactante**

Es el niño que se encuentra en la primera fase de su vida extrauterina. Período que va desde el nacimiento, hasta aproximadamente los 12 meses de edad, momento en que adopta la posición erecta. Algunos autores la extienden hasta los 24 meses. En esta fase de la vida el niño se alimenta, básicamente, de leche materna. (Revista Nutrición y dietética., 2010)

### **Factor protector**

Son los que apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estímulos de vida saludables y que a su vez sirven como moderadores de los factores de riesgo. (Ministerio de Salud de Panamá 2000.)

### **Consulta de fomento**

Conjunto de acciones y/o procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que pueden condicionar morbi-mortalidad en el niño lactante. (Revista Nutrición y dietética., 2010)

### **Unidad Metropolitana de Salud Sur**

Unidad de salud ubicada en el sur este de la ciudad de Quito en el barrio de la Ferroviaria Baja que brinda atención en el área Gineco-Obstetricia y de Pediatría creada hace 50 años. (Unidad de Talento Humano Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, 2012)

**Patógeno**

Es toda aquella entidad biológica capaz de producir enfermedad o daño en la biología de un huésped (humano, animal, vegetal, etc.) sensiblemente predispuesto. (Revista Nutrición y dietética., 2010)

**Desnutrición**

La desnutrición es un estado patológico caracterizado por la falta de aporte adecuado de energía y/o de nutrientes acordes con las necesidades biológicas del organismo, que produce un estado catabólico, sistémico y potencialmente reversible. (UNAM, 2012)

**Infecciones diarreicas agudas**

La enfermedad diarreica aguda (EDA) se puede definir como un cambio súbito en el patrón de evacuación intestinal normal del individuo, caracterizado por aumento en la frecuencia o disminución en la consistencia de las deposiciones. Para ser considerada como aguda, su aparición debe tener menos de tres semanas. (Sánchez, 2014)

**Crecimiento o desarrollo estato-ponderal**

El desarrollo estato-ponderal designa el crecimiento en talla y en peso de una persona. Su estudio se basa en unas normas, fijadas en función de la edad y del sexo. (Sánchez, 2014).

## INFORMACIÓN GENERAL.

La Unidad Metropolitana de Salud Sur fue fundada hace 57 años en el barrio de la Ferroviaria Baja, respondiendo a las necesidades de la población materno-infantil del suroccidente de la ciudad de Quito.

Debido al crecimiento poblacional de esta zona de la ciudad y por la creciente demanda de otras especialidades se implementaron nuevos servicios con el fin de brindar una atención integral a la ciudadanía.

Según se explica en la Tabla 2 se encuentra el personal médico, paramédico y administrativo de esta unidad de salud.

<b>Área de trabajo</b>	<b>Tipo de personal</b>	<b>Servicio</b>	<b>Carga horaria</b>
<b>Personal médico</b>	5 Ginecólogos	Atención directa al paciente y cirugías gineco-obstétricas	8 horas diarias
	7 Pediatras	Atención directa al paciente	8 horas diarias
	4 Anestesiólogos	Cirugías	8 horas diarias
	2 Médicos Familiares	Atención directa al paciente	8 horas diarias
<b>Personal paramédico</b>	42 enfermeras	Atención directa al paciente en las diferentes áreas.	6 horas diarias en turnos rotativos
	10 auxiliares de enfermería	Atención directa al paciente en las diferentes áreas.	8 horas diarias
	11 tecnólogos médicos	Laboratorio y Rayos X.	8 horas diarias en turnos rotativos
	3 odontólogos	Atención directa al paciente	8 horas diarias

	1 terapeuta físico	Atención en el servicio de estimulación temprana	8 horas diarias
	1 psicólogo	Atención directa al paciente	8 horas diarias
	1 trabajadora social	Atención directa al paciente	8 horas diarias
<b>Personal administrativo</b>	45 personas	Encargadas del manejo administrativo de la unidad de salud	8 horas diarias

**Tabla 2: Distribución del personal Unidad Metropolitana de Salud Sur 2015.**

**Elaborado por la autora.**

## JUSTIFICACIÓN

Al ser la lactancia materna uno de los ejes de APS y, la presente investigación pretende buscar la relación entre la reducción de la lactancia materna exclusiva y la aparición de enfermedades diarreicas agudas en los niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la UMSS en el año 2015.

Beneficiará a las madres y niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento de la UMSS, así como a todo el personal que labora en el área de Pediatría de la mencionada unidad de salud. Adicionalmente constituirá una línea base para futuros estudios que podrían realizarse en la unidad de salud.

Es un proyecto que cuenta con el apoyo de las autoridades de la UMSS, profesionales: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería que laboran en el servicio de Pediatría de la UMSS. Los recursos humanos y económicos serán provistos por la UMSS.

El grado de beneficio de este proyecto dependerá de la puesta en marcha del plan de educación propuesto mismo que deberá ser monitorizado y entrar en un proceso de mejoramiento continuo.

## PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

### Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la lactancia materna exclusiva (LME) y la aparición de infecciones diarreicas agudas en niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la Unidad Metropolitana de Salud Sur (UMSS) en el año 2015?

### Sistematización

1. ¿Cuáles son las características de la población objeto de estudio en cuanto a: edad del niño, quintil económico familiar, etnia materna, nivel de instrucción materna, edad materna y lugar familiar de residencia?
2. ¿Qué tipo de conocimientos poseen las madres sobre importancia de LME en menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la UMSS en el año 2015?
3. ¿Cuáles son las consecuencias en el crecimiento por la aparición de Enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la UMSS en el año 2015?
4. ¿Qué porcentaje de niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la UMSS en el año 2015 reciben LME?
5. ¿Cuáles son los elementos estructurales y organizacionales que debería contener un programa educativo sobre LME dirigido a las madres de niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la UMSS?

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Establecer la relación entre la lactancia materna exclusiva (LME) y la aparición de infecciones diarreicas agudas en niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la Unidad Metropolitana de Salud Sur (UMSS) en el año 2015.

### Objetivos específicos

1. Determinar las características de la población objeto de estudio en cuanto a: edad del niño, quintil económico familiar, etnia materna, nivel de instrucción materna, edad materna y lugar familiar de residencia.
2. Identificar los conocimientos actitudes y prácticas sobre importancia de LME en menores de 6 meses en el grupo de madres que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la UMSS en el año 2015.
3. Determinar las consecuencias en el crecimiento derivadas del apareamiento de Enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 meses.
4. Establecer el porcentaje de niños menores de 6 meses que reciben LME y acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la UMSS en el año 2015.
5. Determinar los elementos estructurales y organizacionales y funcionales que debería contener programa educativo sobre LME dirigido a las madres de niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el servicio de Pediatría de la UMSS en el año 2015.

## METODOLOGÍA

### **Tipo de estudio.**

Debido a las características del estudio, se realizara bajo el paradigma positivista una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, transversal o de prevalencia.

### **Definición de variables.**

#### *Variable dependiente.*

Aparecimiento de Infecciones diarreicas agudas en menores de 6 meses

#### *Variable independiente.*

Lactancia materna

#### *Variables modificadoras.*

Edad del niño, edad de la madre, nivel de educación materna, etnia materna, quintil económico familiar, lugar familiar de residencia y número de hijos

#### *Variable de confusión.*

Números de controles de fomento, enfermedades concomitantes del lactante y prácticas sanitarias familiares.

### **Lugar de estudio y periodo de investigación.**

El presente estudio se realizará se realizará en la Unidad Metropolitana de Salud Sur, y está dirigido a las madres de niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa de fomento en el Servicio de Pediatría en el año 2015.

El periodo del estudio abarcará 4 meses que iniciará la primera semana del mes de mayo a la final del mes de septiembre del año 2015 para la recolección de datos de la

investigación, y todo el mes de agosto para el análisis correspondiente de los resultados obtenidos.

### **Universo y muestra.**

#### **Universo:**

El universo del estudio estará constituido por 460 pacientes que acudan a consultas de fomento en la consulta externa del servicio de consulta de Pediatría durante el año 2015.

**Muestra:** calculada por fórmula universal para cálculo muestral:

$$n = \frac{N}{e^2(N-1)+1}$$

Resultando una muestra de 215 participantes.

### **Procedimientos de recolección de datos.**

Para la recolección de datos se utilizará:

- Encuestas dirigidas a la muestra de madres de acuden a la consulta externa de fomento en el Servicio de Pediatría de la UMSS en al año 2015.
- Estadísticas de casos de EDA en niños menores de 6 meses.

### **Plan de procesamiento de los datos.**

Se utilizará:

- Como procesador de datos el Epi Info versión 3.4.5; donde se elaborará la encuesta y el procesamiento de la misma.
- Para la realización de tablas y gráficos se usará Excell.

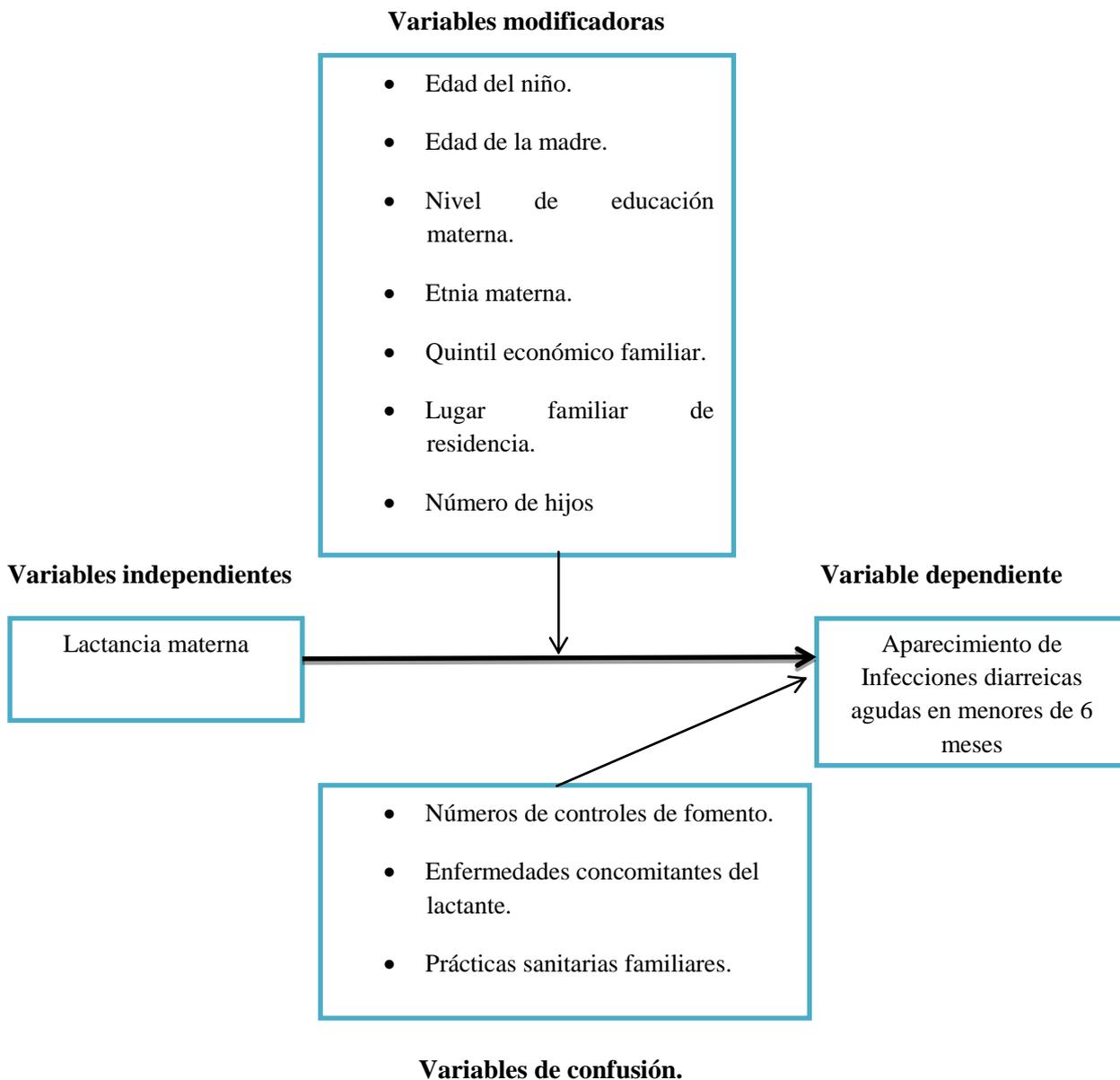
- Se utilizarán como medidas estadísticas: media, mediana, moda, frecuencias.

**Selección de los métodos.**

Se realizarán encuestas a 215 madres que acudan a la consulta de fomento en el servicio de Pediatría de la UMSS. Dichos instrumentos previamente serán validados en un grupo piloto.

Adicionalmente se realizará revisión de estadísticas con respecto a las EDA en los niños menores de 6 meses que acuden a consulta médica en la UMSS en el año 2015.

## Sistema de variables



### **Informe del Comité de Bioética**

Por las características del presente estudio donde se aplicarán encuestas a las madres se debe contar con la aprobación del Comité de Bioética.

### **Recolección de datos**

Una vez aprobado el proyecto de investigación, se procederá a realizar encuestas dirigidas a la muestra de madres de acuden a la consulta externa de fomento en el Servicio de Pediatría de la UMSS en al año 2015.

Se procederá a reclutar a los pacientes que acudan a consulta externa de fomento en el Servicio de Pediatría de la UMSS en al año 2015, para lo que el investigador al finalizar la visita médica le preguntará al paciente el deseo o no de participar en la presente investigación; de ser así, se procederá a aplicarle la encuesta. Se explicará al participante la importancia de participar de forma libre y voluntaria en la misma así como de retirarse del estudio en el momento que lo desee. Una vez que el participante haya entendido y esté enterado completamente sobre el estudio, se procederá a la aplicación de la encuesta.

### **Herramientas a utilizar**

Se aplicará una encuesta con la finalidad de obtener datos más cercanos a la realidad. La encuesta será validada a través de consulta a expertos, quienes sugerirán cambios, modificaciones, retiro o aumento de preguntas. Una vez aprobada por los expertos, se aplicará una prueba piloto en un grupo semejante al del estudio para luego proceder a realizar la validación del instrumento a través del coeficiente de Alfa de Cronbach. Posterior a la validación del instrumento, la encuesta se ejecutará con la ayuda de personal técnico calificado y debidamente entrenado por parte del investigador, que estará constituido por enfermeras y médicos del servicio de consulta externa de Pediatría de la

Unidad Metropolitana de Salud Sur. Se aplicará una encuesta modificada de la Encuesta CLAC (Anexo A) que constará de tres grupos de preguntas:

- Datos de la madre: con referencia a sus experiencias anteriores con la LME, tipo de trabajo que desempeña.
- Datos sobre el niño: Números de consultas de fomento, prácticas sanitarias familiares, y enfermedades concomitantes del lactante: labio y/o paladar hendido; prematuridad; síndrome de mala absorción entre otros.
- Datos sobre lactancia: referencia a sus conocimientos sobre temas claves: LME, mixta o artificial; conceptos familiares y sociales de la madre sobre la LME.

La fiabilidad del test será valorada por expertos, quienes realizarán las sugerencias respectivas.

La ejecución de la encuesta se realizará en una oficina que se usará durante el tiempo de la investigación solo para esa finalidad con iluminación adecuada, alejada del ruido, con una temperatura ambiental agradable para el encuestado y conformada con un escritorio, y dos sillas reclinables cómodas.

### **Análisis y tabulación de la información**

Los datos serán recogidos por la investigadora de cada una de las historias clínicas así como de las encuestas CLAC modificadas aplicadas a los participantes, los mismos que serán ingresados a un documento de Word de Microsoft Office, luego de lo cual se subirán al programa de Epiinfo V. 3.4.5 para su posterior análisis utilizando estadística descriptiva como porcentajes, proporciones, y medidas de tendencia central como la media, mediana y moda. Para la elaboración de tablas y gráficos se usará una hoja cálculo de Excel de Microsoft Office.

**Seguridad y almacenamiento de datos**

Para mantener la confidencialidad y anonimato de los participantes, no se usará nombres ni identificaciones personales, ya que se codificarán con números arábigos de acuerdo al orden de participación para propósito de ingreso y análisis de datos. Las encuestas realizadas serán guardadas en un escritorio bajo llave asignado para uso exclusivo de la investigación. Al finalizar la investigación, se procederá a eliminar todos los documentos físicos mediante incineración, y los datos informáticos serán eliminados junto a la carpeta contenedora para finalmente pasar al formateo del disco duro de la computadora.

**Cronograma de estudio.**

Se presenta en la tabla No 3 en la sección correspondiente.

Mes	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre
	semana							
Actividad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Nominación de director de proyecto	■							
Supervisión y tutoría		■	■	■	■	■	■	■
Entrega versión final departamento administrativo				■				
Validación del instrumento de recolección de datos.			■					
Reclutamiento de participantes y aplicación de encuesta					■	■	■	
Ingreso de datos y análisis de resultados							■	
Revisión final, y sugerencias								■
Impresión versión final								■

Tabla 3: Cronograma de Trabajo febrero-septiembre 2015.

Elaborado por la autora.

### Presupuesto estimado

El costo de la presente investigación será asumida en su totalidad por la institución, se detalla los gastos en la tabla No 4.

Actividad	Tipo de recurso	Costo
Elaboración de encuestas	<u>Físico</u> : Computador, hojas de papel bond, copias, alquiler oficina	\$35
	<u>Humano</u> : Investigador	\$15
Aplicación de encuestas	<u>Físico</u> : Esferográficos, adecuación de oficina	\$100
	<u>Humano</u> : Investigador, ayudantes calificado	\$50
Toma de datos historias clínicas y encuestas	<u>Físico</u> : Hojas de papel bond, esferográficos, lápices, borradores, computador.	\$35
	<u>Humano</u> : Investigador. Ayudantes calificado	\$30
Ingreso datos	<u>Físico</u> : Computador	\$15
	<u>Humano</u> : Investigador	\$40
Procesamiento y análisis de datos	<u>Físico</u> : Computador	\$30
	<u>Humano</u> : Investigador	\$50
Elaboración, revisión e impresión de resultados finales	<u>Físico</u> : Computador, hojas de papel bond, copias, empastado y/o anillados, movilización	\$150
	<u>Humano</u> : Investigador	\$30
Imprevistos		<b>\$80</b>
<b>Total gastos</b>		<b>660 dólares</b>

**Tabla 4: Presupuesto para realización de la investigación.**

Elaborado por la autora.

## Bibliografía

- Freire Wilma, Ramírez María, Mendieta María, Katherine Silva. (2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2012*. Quito, Ecuador.
- Bencochea, A., & Parola, G. (2011). *Lactancia materna: apuntes históricos y socio-antropológicos*. Retrieved from [http://www.buenosaires.gob.ar/areas/des\\_social/mujer/observatorio\\_genero/pdf/ApuntesHistoricos.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/des_social/mujer/observatorio_genero/pdf/ApuntesHistoricos.pdf)
- Duràn, Raisa & colaboradores. (1999). Factores Psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*, 72-79.
- Gamboa, E. H. (2008). Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica*, 1-6.
- Geijo, M. d. (2007, noviembre). *Lactancia Materna*. Retrieved from <http://www.uv.es/previnfad/sesiones/GpapA10/LM2.pdf>
- Instituto de Salud Carlos III. (2008). *Nutrición en la Salud Pública*. Madrid-España. Retrieved from <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/09/2012-13aaad4943>
- Latham Michael. (2002). *Nutrición Humana en el Mundo*. UNICEF-FAO, 67-90. Retrieved from <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/005/w0073s/W0073S00.pdf>
- Macías Sara & colaboradores. (2006). Leche Materna: composición y factores condicionantes de la lactancias. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 423-430.

Ministerio de Salud de Panamá 2000. (2014, diciembre 16). Retrieved from

<http://www.medicos.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%20080113/LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas para la prevención de la Malnutrición

Ecuador 2012. (2012). Retrieved from [www.salud.gob.ec/unidad-de-nutricion-guias-y-manuales](http://www.salud.gob.ec/unidad-de-nutricion-guias-y-manuales).

MSP. Coordinación Nacional de Nutrición. (2012). *Vigilancia del cumplimiento del código*

*internacional de comercialización de sucedáneos de la Leche Materna en el*

*Ecuador*. Retrieved from

<http://www.uide.edu.ec/NOTICIAS/NUTRIOLOGIA/CODIGO-INTERNACIONAL-COMERCIALIZACION-SUCEDANEOS/CODIGO-INTERNACIONAL-COMERCIALIZACION-SUCEDANEOS.pdf>

Oliveira, N. d. (2001). *Red Uruguaya de apoyo a la Nutrición y Desarrollo infantil*, 13-19.

Obtenido de

[http://ruandi.org.uy/sitiowordpress/wpcontent/uploads/2014/05/LACT\\_Doc\\_4\\_lactancia\\_mater\\_a\\_prolongada\\_elementos\\_para\\_la\\_reflexion.pdf](http://ruandi.org.uy/sitiowordpress/wpcontent/uploads/2014/05/LACT_Doc_4_lactancia_mater_a_prolongada_elementos_para_la_reflexion.pdf)

OMS. (1993). *Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación*. Retrieved from

[http://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria\\_en\\_Lactancia\\_Materna.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2014, julio 28). *10 datos sobre la Lactancia materna*.

Retrieved from <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

Secretaría Nacional de Desarrollo. (2013, enero). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*.

Retrieved from <http://dialogobuenvivir.gob.ec>

UNAM. (2012, abril). *órgano del departamento informativo de Medicina Familiar*.

Retrieved from

<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/bol75/desnutricion.html>

UNICEF, Ministerio de Salud Costarrica. (2011). *Encuesta Nacional de Hogares 2010*.

Retrieved from

[http://www.unicef.org/costarica/docs/cr\\_pub\\_Analisis\\_Modulo\\_Lactancia\\_Materna.pdf](http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Analisis_Modulo_Lactancia_Materna.pdf)

Unidad de Talento Humano Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (2012, marzo).

Retrieved from <http://www.quito.gob.ec/lotaip2012/h/AUDIMQ-03-2012.pdf>

Universidad de Buenos Aires. Cátedra de Nutrición en la Salud Pública. (2010). Retrieved

from [http://www.fmed.uba.ar/depto/nutri\\_saludpublica](http://www.fmed.uba.ar/depto/nutri_saludpublica)

EUFIC. (2008). Obtenido de <http://www.eufic.org/article/es/expid/review-food-choice/>

Instituto de Salud Carlos III. (2008). Nutrición en la Salud Pública. Madrid-España.

Obtenido de

<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/09/2012-13aaad4943>

Organización Mundial de la Salud. (28 de julio de 2014). *10 datos sobre la Lactancia*

*materna*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/Tbreastfeeding/es/>

Revista Nutrición y dietética. (2010). Etapas del ciclo vital. *Revista Nutrición y dietética*.,

Sección 1. Páginas 1-2. Obtenido de

[http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content\\_detail&id=10](http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=10)

Secretaria Nacional de Desarrollo. (enero de 2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. Obtenido de <http://dialogobuenvivir.gob.ec>

UNAM. (abril de 2012). *órgano del departamento informativo de Medicina Familiar*. Obtenido de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/bol75/desnutricion.html>

UNAM. (15 de diciembre de 2014). *Revista UNAM*. Obtenido de <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad3/images/lactancia.pdf>

Universidad de Buenos Aires. Cátedra de Nutrición en la Salud Pública. (2010). Obtenido de [http://www.fmed.uba.ar/depto/nutri\\_saludpublica](http://www.fmed.uba.ar/depto/nutri_saludpublica)

## **ANEXO A: Encuesta sobre Lactancia Materna Exclusiva. Elaborada por la autora a partir de Encuesta CLAC. 2015.**

*La presente encuesta constituye parte de un proyecto que lleva a cabo la UMSS dirigido a las madres de los niños menores de 6 meses que acuden a la consulta externa del Servicio de Pediatría de esta unidad de salud, con el fin de establecer causas reales de abandono de la LME y su relación con el apareamiento de enfermedades diarreicas agudas a temprana edad.*

*Los datos por Ud. proporcionados son de carácter anónimo, por lo cual le solicitamos dar la información más cercana a la verdad, puesto que el resultado de la investigación depende de la veracidad y claridad de los datos.*

*Le recordamos que su participación en esta encuesta es de tipo voluntario, no se encuentra de ninguna forma obligada a participar en la misma, por lo que agradecemos de antemano su gentileza.*

*La duración aproximada de la encuesta es de 15 minutos.*

*Favor encerrar con un círculo la respuesta que se apegue más a su realidad, no existen respuestas correctas o incorrectas, estamos buscando su opinión.*

### **a) Datos de la madre.**

1. Cuál es su edad en años cumplidos?

- 12-14 años.
- 15-19 años.
- 20-34 años.

- 35 años o más.

2. Hasta que nivel de estudios llegó usted?

- Ninguno
- Primaria.
- Secundaria
- Superior y/o postgrado.

3. Del siguiente listado, por favor indique cuál es su auto-percepción étnica.

- Mestiza.
- Afro-ecuatoriana.
- Indígena.
- Montubia.
- Blanca.

4. Cuántos hijos tiene usted?

- 1 hijo.
- 2-3 hijos.
- 4 hijos o más.

5. Qué Tipo de trabajo realiza usted?

- Ama de casa.

- Trabajo fuera de casa.
- Estudia.

**b) Datos del niño.**

6. Su bebé es:

- Hombre
- Mujer.

7. Cuántos meses tiene su niño/a?

- Menor de 1 mes.
- 1- 2 meses.
- 3-4 meses.
- 5-6 meses.

**c) Información sobre ingresos y lugar de residencia.**

8. En qué barrio vive usted? .....

9. En promedio cuál es el ingreso mensual en su familia?

- Menos de un salario básico unificado (354 dólares)
- Un salario básico unificado.
- Dos o más salarios básicos unificados.

**d) Datos sobre el historial médico infantil**

10. El nacimiento de su hijo se produjo en:

- Hospital público (patronato, maternidad, hospitales del MSP).
- Clínica u hospital privado.
- En casa.

11. Qué tipo de parto tuvo usted?

- Parto normal.
- Cesárea.

**Para la pregunta 12 y 13 favor revisar tarjeta de nacido vivo:**

12. Peso al nacer en gramos:.....

13. Edad gestacional:.....

**e) Datos sobre conocimientos de lactancia materna exclusiva (LME)**

14. Qué entiende usted por Lactancia Materna Exclusiva?

.....  
.....

15. Conoce usted los beneficios de la Lactancia materna exclusiva?

- Si
- No

16. Si la respuesta es SI, favor señale de la siguiente lista los que usted considere como beneficios de la lactancia materna:

- Protección contra enfermedades como: diarrea, infecciones respiratoria o de la piel.
- Evitar que el niño llore mucho.
- Únicamente es un alimento no es una protección contra ninguna enfermedad.
- Ninguno de los anteriores

17. Su niño se alimenta únicamente con leche materna?

- Si.( Favor pasar a pregunta 18)
- No. (Favor pasar a pregunta 22)

18. Desde cuando el niño ha recibido leche materna?

- Desde que el momento en que nació.
- Desde que salió de la clínica u hospital: si el niño debió permanecer en áreas de Neonatología u otras favor señalar por cuantos días.

19. Actualmente usted está dando el únicamente leche de su seno a su bebe?

- Si
- No.

20. Su niño ha presentado episodios de diarrea hasta la fecha?

- Si. (Favor pasar a la pregunta 21)
- No ( Favor pasar a la pregunta 22)

21. Por cuantas ocasiones ha presentado diarrea en los últimos 3 meses?

- 1 ocasión.
- 2- 3 ocasiones.
- 4 o más ocasiones.

22. Qué tipo de comida ofrece usted a su niño en reemplazo a la leche materna?

- Leche de fórmula.
- Leche de vaca: coladas o bebidas lactosadas (yogurt).
- Aguas aromáticas.
- Sopas.

23. Cuando su niño tuvo diarrea perdió peso?

- Si
- No.

24. Cree usted que es necesario implementar talleres de capacitación dirigido a las madres que acuden a la consulta externa de Pediatría de esta casa de salud?

- Si (Favor pasar a la pregunta número 25)
- No

25. Qué temas le gustaría que tuvieran dichos talleres?

- Aprender que es la lactancia materna exclusiva y sus beneficios.

- Técnicas para amamantamiento exitoso
- Mitos y realidades sobre la lactancia materna exclusiva.
- Nutrición saludable para la madre en período de lactancia
- Todos los anteriores.

**ANEXO B: Matriz de operacionalización de variables.**

<b>OBJETIVO</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>Variable conceptual</b>	<b>Variable real</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
		<b>Edad del niño</b>	Tiempo transcurrido entre el momento del nacimiento hasta la fecha	meses	0-1 mes. 2-3 meses 4-6 meses
		<b>Edad maternal</b>	Tiempo transcurrido entre el momento del nacimiento hasta la fecha	años	menor de 19 años 20-34 años mayor de 35 años
<b>Objetivo específico 1</b>	<b>Características de la población de estudio</b>	<b>Instrucción materna</b>	Máximo grado de escolaridad alcanzado por la madre	nivel de instrucción	Ninguno. Primario. Secundario. Superior y/o postgrado
		<b>Etnia</b>	Pertenencia étnica de la madre de acuerdo a su auto percepción	autoidentificación	Blanca Mestiza Indígena Afro ecuatoriana Montubia
		<b>Quintil económico</b>	División de la población de acuerdo al ingreso económico familiar	Nivel	Quintil 1 Quintil 2 Quintil 3 Quintil 4 Quintil 5
		<b>Residencia familiar</b>	Sitio geográfico donde habita la familia	Lugar	Urbana Rural Urbano-Marginal

<b>OBJETIVO</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>Variable conceptual</b>	<b>Variable real</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
		<b>Lactancia Materna Exclusiva</b>	Cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido, líquido ni otro tipo de leche fuera la materna durante los primeros seis meses de vida.	Dicotómica	Si. No
<b>Objetivo Específico 2</b>	<b>Conocimientos maternos sobre LME</b>	<b>Factor protector</b>	Consideración materna de la LME como factor protector para evitar desarrollo de E.D.A	Dicotómica	Si. No
		<b>Beneficios de la LME</b>	Potencial aporte beneficioso de la LME para la madre y el lactante	Dicotómica	Si. No
		<b>Crecimiento Pondo-estatural</b>	Crecimiento en talla y en peso de una persona. Su estudio se basa en unas normas, fijadas en función de la edad y del sexo.	Kg ganados x mes	Sin ganancia. 0.5 a 1 kg 1.1 a 1.5 kg mayor a 1.6 kg
<b>Objetivo Específico 3</b>	<b>Consecuencias sobre el desarrollo del lactante</b>	<b>Desnutrición.</b>	Estado patológico caracterizado por la falta de aporte adecuado de energía y/o de nutrientes acordes con las necesidades del organismo	Presencia.	Si. No
		<b>Desarrollo psicomotor por mes</b>	Adquisición de habilidades que se observan en el niño durante la infancia entre 0-6 meses de vida	Test desarrollo psicomotor	Si. No

<b>OBJETIVO</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>Variable conceptual</b>	<b>Variable real</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
<b>Objetivo Específico 4</b>	<b>Presencia de Enfermedades Diarreicas</b>	<b>Enfermedad diarreica aguda</b>	Cambio súbito en el patrón de evacuación intestinal normal del individuo, caracterizado por aumento en la frecuencia o disminución en la consistencia de las deposiciones	Presencia	Si. No
		<b>Tratamiento</b>	Tipo de tratamiento recibe el paciente con EDA en cada episodio	Tipo	Ningún tratamiento. Hidratación en casa. Acude al médico
					Educación sobre técnicas de amamantamiento
<b>Objetivo Específico 5</b>	<b>Propuesta educativa</b>	<b>Programa</b>	Componentes estructurales, y organizacionales y funcionales que deberá contener propuesta educativa sobre LME		Alimentación saludable para la madre en período de lactancia
					Beneficios de la LME para la madre
					Beneficios de la LME para la prevención de EDA en menores de 6 meses