

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIDAD DE POST GRADO**



**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL LA PAZ - SEPTIEMBRE 2013**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN COMUNITARIA**

**POSTULANTE: Lic. DELIA LOLA JURADO TICONA
ASESORA: MSC. MAGDALENA JORDÁN DE GUZMÁN**

**LA PAZ - BOLIVIA
2015**

Agradecimientos

A Dios por darme valor y fortaleza para continuar en el camino de la vida y cumplir con todos mis anhelos.

A la Lic. Magdalena Jordán de Guzmán por su paciencia, desprendimiento y orientación permanente.

Dedicatoria

Dedicado a mis hijas porque son los seres
más importantes de mi vida.

INDICE

I	INTRODUCCIÓN	1
II	JUSTIFICACIÓN	5
III	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
	3.1 Caracterización del problema	6
	3.2 Delimitación del problema	15
	3.3 Formulación del problema	15
IV	OBJETIVOS	16
	4.1. Objetivo General	16
	4.2. Objetivos específicos	16
V	MARCO TEÓRICO	16
	5.1. Antecedentes	16
	5.2 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en el marco de la meta desnutrición cero AIEPI NUT... ..	19
	5.2.1. Recomendaciones nutricionales según la edad del niño o niña menor de 6 meses	19
	5.2.2. Inicio de la alimentación complementaria del niño/a de 6 meses	19
	5.3. Las primeras 4 semanas del inicio de la alimentación complementaria, a partir de los 6 meses de vida	19
	5.4. Recomendaciones para el niño/a de 7 a menor de 12 meses	21
	5.5. Cuidados generales para la alimentación del niño/a a partir de los 6 meses de edad	22
	5.5.1. La limpieza e higiene	22
	5.5.2. La variedad y frescura de los alimentos	23
	5.5.3. La alimentación activa	23
	5.6. Marco conceptual	24
	5.7. Ventajas de la lactancia materna inmediata	26

5.8. Ventajas de la lactancia materna exclusiva	26
5.9. Ventajas nutricionales de la lactancia materna	27
5.10. Pasos para una lactancia materna exitosa	31
5.11. Ventajas de la alimentación complementaria	32
5.12 Factores que afectan la utilización biológica	32
5.13 Marco referencial	33
VI VARIABLES	41
6.1. Operacionalización de las variables	42
VII DISEÑO METODOLÓGICO	45
7.1 Tipo de estudio	45
7.2 Área de estudio	45
7.3 Universo y Muestra	45
7.3.1. Universo	45
7.3.2. Muestra	45
7.3.3. Criterio de inclusión	45
7.3.4. Criterios de exclusión	45
7.4. Método e Instrumento de recolección de la información	46
7.5 Procedimiento	46
7.6. Recursos	46
VIII DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	47
8.1. Características generales del niño/a y situación de la alimentación complementaria	47
8.2. Características y conocimientos de la madre	49
IX CONCLUSIONES	72
X RECOMENDACIONES	74
XI BIBLIOGRAFÍA	76
XII. ANEXOS	78

RESUMEN ESTRUCTURADO

OBJETIVO GENERAL

Determinar las prácticas alimentarias en niños menores de 1 año atendidos en el Hospital La Paz, de la ciudad de La Paz, durante el mes de septiembre de 2013

DISEÑO METODOLOGICO

Transversal y descriptivo.

El universo estuvo constituido por madres de niños menores de 1 año, que asistieron a los diferentes servicios del Hospital La Paz, de las cuales se tomaron 96 muestras de manera aleatoria.

La información se recolectó a través del método de la entrevista directa, aplicando un instrumento estructurado con preguntas abiertas y cerradas de acuerdo a las variables del estudio.

RESULTADOS

El estudio se realizó en 96 personas con hijos menores de 1 año que acudieron a los diferentes servicios del Hospital La Paz, correspondiendo un 91,7 % a madres que se encargan en forma personal de llevar a sus niños a la consulta y un 8.3 % son otras personas.

De las 96 muestras el 53.1 % corresponden al sexo femenino y 46,9 % al sexo masculino.

La edad de los niños oscila entre los 2 meses y 11 meses cumplidos, observando que la mayor parte de los niños son de 11 meses con un 39,58 %.

Existe el apego precoz en un 64,58 %

Un 86.5 % de los niños del presente trabajo continuaban lactando.

Las personas entrevistadas afirmaron dar solamente pecho entre los 2, 3 y 5 meses de edad con un 12.5 %, 13.54 % y 18.75 % respectivamente, esto nos indica que se comienza a proporcionar otro tipo de alimentación antes de los 6 meses. Así mismo la investigación muestra que el 5.2 % de los niños nunca recibió lactancia materna y solo un 44.79 % recibió lactancia materna exclusiva.

La alimentación complementaria iniciada a los 6 meses fue en un 45.83 %, y las personas que en el momento de la entrevista indicaron que nunca dieron a su niño algún tipo de comida fue de un 22.92 %.

Se inició la alimentación complementaria con caldos en un 61.46 % y papa en un 33.33 % en la primera semana al inicio del séptimo mes de edad.

La segunda semana posterior a los seis meses, el inicio de la alimentación complementaria es de 35.42 % con manzana raspada, 25 % con plátano aplastado, 21.88 % con arroz y 21.88 % con papaya aplastada.

En la tercera semana del séptimo mes, el alimento que se proporciona en más cantidad es el zapallo aplastado con un 38.54 % y en la cuarta semana el pollo con el 38.64 %.

Los alimentos más consumidos por los niños de 6 a 7 meses de edad son los caldos en un 61.46 % y los menos consumidos son los cereales y derivados con un 33.33 %.

La mayoría de las madres oscilan entre los 20 a 29 años con un 55.21 %, en relación al grado de instrucción la mayor parte cursó el nivel medio con un 33.33 %, siendo la ocupación más frecuente la de ama de casa con un 41.67 % y del total de las madres el 81.3 % manifestó haber recibido información sobre lactancia materna, especialmente del personal de enfermería, y el porcentaje de personas que recibieron información sobre alimentación complementaria es del 67.71 %.

CONCLUSIONES

El inicio de la lactancia materna en la mayor parte de los niños fue ideal, la frecuencia de lactancia materna exclusiva fue de tres a cuatro lactadas durante el día.

En relación a las practicas alimentarias, una gran mayoría de las personas entrevistadas conocen la norma, algunas no las cumplen. Los alimentos más frecuentes en el sexto y séptimo mes son: la papa, la manzana, algunas verduras (ej. zapallo) y la carne de pollo.

Una condición para que la alimentación complementaria sea efectiva es el apoyo que brinda la familia, haciendo notar que en su gran mayoría las madres son las encargadas de dar de comer al niño y una minoría son los padres u otras persona del entorno familiar.

Al mismo tiempo la influencia que recibe de algún familiar u otra persona es bastante significativo estimulando a la madre para que pueda comenzar con la alimentación complementaria en forma oportuna y de acuerdo a las recomendaciones.

La mayoría de las entrevistadas tienen una relación estable y recibieron información sobre lactancia materna especialmente de personal de salud.

Tanto la práctica de lactancia materna exclusiva como el inicio de la alimentación complementaria de acuerdo a normas están relacionados con el grado de educación y la edad de la madre.

PALABRAS CLAVES

Lactancia Materna

Alimentación Complementaria.

STRUCTURED SUMMARY

GENERAL PURPOSE

Determine feeding practices in children under 1 year treated at the Hospital La Paz, the city of La Paz, during the month of September 2013.

METHODOLOGICAL DESIGN

Transversal and descriptive.

The universe consisted of mothers of children under 1 year old, who attended the different services of the Hospital La Paz, of which 96 samples were taken randomly.

The information was collected through direct interview method, applying a structured with open and closed questions according to the study variables instrument.

RESULTS

The study was conducted on 96 people with children under one year who attended the different services of the Hospital La Paz, corresponding to 91.7% mothers who are personally responsible for getting their children to consultation and 8.3% are others.

Of the 96 samples 53.1% were females and 46.9% males.

The age of the children between 2 months and 11 months of age, noting that most of the children are 11 months with a 39.58%.

There is an early attachment 64.58%

86.5% of children of this work continued breastfeeding.

Those interviewed said only give breast between 2, 3 and 5 months of age with 12.5%, 13.54% and 18.75% respectively, this indicates that begins to provide other food before 6 months. Likewise, the research shows that 5.2% of children never received breastfeeding and only 44.79% received exclusive breastfeeding.

Complementary feeding initiated at 6 months was 45.83%, and the people at the time of the interview indicated that your child never got any kind of food was of a 22.92%.

Supplementary feeding with wines began in 61.46% and 33.33% potato in the first week at the beginning of the seventh month of age.

The second week after six months starting complementary feeding is 35.42% with scraped apple, banana crushed 25%, 21.88% and 21.88% with rice with crushed papaya.

In the third week of the seventh month, the food that is provided in more quantity is crushed pumpkin with 38.54% in the fourth week and chicken with 38.64%.

The foods most consumed by the children of 6-7 months are the wines on a 61.46% and the least consumed are cereals and derivatives with a 33.33%.

Most mothers are between 20-29 years with a 55.21% compared to the level of education most studied with the average level

33.33%, the most common occupation housewife with 41.67% and total 81.3% of mothers reported having received information about breastfeeding, especially the nurses, and the percentage of people who received information on food further is of 67.71%.

CONCLUSIONS

The initiation of breastfeeding in most of the children was ideal, the frequency of exclusive breastfeeding was three to four feedings during the day.

Concerning feeding practices, a large majority of those interviewed know the rule, some do not comply. The most common in the sixth and seventh month foods are potatoes, apple, and some vegetables (eg pumpkin.) And chicken meat.

A condition for complementary feeding to be effective is the support provided by the family, noting that the vast majority of mothers are in charge of feeding the child and parents are a minority or someone else in the family environment.

At the same time the influence it receives from a relative or other person is quite significant stimulating the mother to get you started with food supplement in a timely manner and according to the recommendations.

Most respondents have a stable relationship and received breastfeeding information especially health personnel.

Both the practice of exclusive breastfeeding as the start of complementary feeding according to standards is related to the level of education and age of the mother.

KEYWORDS

Breastfeeding

Complementary food.

I. INTRODUCCION

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el período entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. En estudios longitudinales se ha comprobado consistentemente que ésta es la edad pico en la que ocurren fallas del crecimiento, deficiencias de ciertos micro nutrientes y enfermedades comunes de la niñez, como la diarrea. Después de que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falta de crecimiento ocurrida anteriormente. Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen una morbi-mortalidad pronunciada y un desarrollo mental y motor retrasado.

A largo plazo las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el desarrollo intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta. Como consecuencia el ciclo de desnutrición continua ya que la niña desnutrida al crecer tiene mayor posibilidad de dar a luz a un niño desnutrido de bajo peso al nacer. (19)

La lactancia materna es la mejor forma de alimentación de los lactantes por razones tanto económicas como higiénicas y afectivas. La leche materna es un recurso natural de bajo costo y contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan el crecimiento del cerebro. La lactancia materna no solo ayuda a la pronta normalización del útero y a que se establezca una relación estrecha entre madre e hijo, sino que además inhibe la ovulación en muchas mujeres, lo cual disminuye las probabilidades de un embarazo inmediato. A pesar de que en muchos estudios se han demostrado los beneficios que aporta la leche materna al recién nacido, muchas mujeres no amamantan a su hijo o si lo hacen es por muy poco tiempo.

En América Latina, en general, ha disminuido la alimentación al pecho materno, si bien en unos países más que en otros (21)

Es por ello que se considera que la interacción del niño o niña durante los primeros días, semanas y meses con sus padres, y la formación de las bases de su personalidad y seguridad en si mismo, está estrechamente ligada al amamantamiento, algo que para otros mamíferos resulta absolutamente natural y cotidiano. Por ello el amamantar a un hijo durante un tiempo adecuado es el primer gesto amoroso que podemos ofrecerle a un niño o niña que inicia el camino de la vida, porque junto con su leche, la madre está entregando su amor, sus caricias, sus miradas, su tiempo, a un ser humano que es por naturaleza totalmente vulnerable y dependiente. Si a éste proceso de interacción emocional y social se puede incorporar al padre y otros miembros de grupo familiar, se está estableciendo las bases de una relación afectiva sólida entre el niño y los adultos significativos para su desarrollo (1).

Se calcula que un millón de niños mueren cada año por diferentes enfermedades e infecciones debido a que no son adecuadamente amamantados ya que por diversos factores sociales y culturales la lactancia materna en niños menores de meses es interrumpida.

Numerosas investigaciones han demostrado que la relación de cercanía física y afectiva con la madre, es una necesidad imperiosa de la naturaleza humana y esa experiencia inicial de comunicación que es el amamantamiento , influye fuertemente en el bienestar inmediato y el desarrollo físico, psíquico y social posterior del niño o niña (1) .

La duración de la lactancia materna depende de varios factores, como los socio - económicos , culturales y psicológicos (emocionales) .

La alimentación complementaria se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está entre los 6 y los 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta los 2 años. (19)

En el presente trabajo se identificaron las prácticas alimentarias en niños menores de un año que son atendidos en el “ Hospital La Paz”, de la Zona Garita de Lima, de la ciudad de La Paz, durante el mes de Septiembre de 2013. Los datos fueron obtenidos a través de una guía de entrevistas realizado por la nutricionista.

Referencia Institucional Hospital Materno Infantil La Paz

En la cronología de etapas que se propuso la institución hacen casi 10 años de acuerdo a un Proyecto propuesto por el Dr. Carlos Barboza R. que en ese entonces ejercía la jefatura del Servicio de Neonatología, se considera inicialmente la idea de convertir el Centro de Salud La Paz en un CENTRO PERINATOLOGICO, dadas las condiciones que se presentaban en la zona Noroeste de la ciudad de la Paz, es decir el porcentaje de problemas de salud era muy elevado en relación al binomio madre niño. El impacto de morbi-mortalidad era muy elevado, razón suficiente para considerar esta propuesta como muy válida, sin embargo en el nivel central del Ministerio de Salud optaron por llevar adelante más bien la estructuración de un HOSPITAL DE II NIVEL, de ahí en adelante se comenzó a trabajar en ese el proyecto Hospitalario.

Existían muchos parámetros que justificaban esta decisión: población sin recursos, sin ninguna atención en salud, el 65% de la población no tiene ningún auxilio en relación a su salud , no había una Institución de resolución en esta zona y resultaba muy distante el complejo Hospitalario de Miraflores para resolver problemas de emergencia de los usuarios , de ahí que este proyecto de

Hospital de II nivel tendría más base de sustentación, para resolver casi el 90% de todos los problemas de salud principalmente del Distrito I.

Una gran mayoría de pacientes son personas indigentes para lo cual el Hospital cuenta con un Departamento de Trabajo Social y así poder satisfacer las necesidades de todo tipo de pacientes (niños, mujeres, hombres, indigentes, cleferos, delincuentes, etc.)

Año 1977, ante la necesidad de contar con un servicio de atención al recién nacido se adaptan ambientes en el sótano para conformar el SERVICIO DE NEONATOLOGIA, que contaba con sala de recuperación del recién nacido, sala de incubadoras, así como consultorio externo. Trabajo elaborado y concluido por el Dr. Carlos Barboza Romero, Neonatólogo de la Maternidad .

Año 1978. Se remodelan y amplían los Servicios de Odontología y de Radiología.

Año 1984. Se inaugura el Servicio de Emergencias en Medicina General.

Año 1989. Se presenta el Proyecto del Centro de Perinatología que posteriormente da lugar a la construcción del nuevo Edificio contiguo al Centro de Salud para dar lugar al actual Hospital La Paz.

Se aprueba el proyecto de conversión del Centro de Salud La Paz a HOSPITAL DISTRITAL DE II NIVEL llamado LA PAZ, en honor de la ciudad, mediante Resolución Ministerial No. 0955, que le confiere la orden de Hospital de II nivel, labor emprendida por los Dres. Carlos Barboza R. y Miguel Angel Ugalde.

Año 1994. Se elaboran los instrumentos normativos para el funcionamiento del hospital: Manual de funciones, Reglamento Interno, Manual Normativo y Manual de Organización, durante la gestión de la Dirección del Dr. Carlos Barboza Romero.

Año 1998 Farmacia Popular con atención de 24 horas.

Año 1999 Inicio de atención del Servicio de Nutrición privado.

Año 2000 Inauguración del Servicio de Laparoscopia.

Antecedentes del Hospital La Paz

El 7 de Agosto de 1955 se funda el Centro de Salud La Paz con las especialidades de Medicina General, Pediatría, Radiología, Laboratorio y Vacunas, frente a la plazuela Garita de Lima gracias a los aportes de SCLSP/USAID.

En 1971 se ofrece a la comunidad el Servicio de Maternidad con 20 camas.

En 1977 Se estructura el servicio de Neonatología labor realizada por el Jefe de Servicio Dr. Carlos Barboza.

En 1984 se inaugura Emergencias en Medicina General.

En 1993 se aprueba el Proyecto de conversión de Centro de Salud a Hospital de Distrito La Paz, mediante la Resolución Ministerial No 955 que le confiere la orden de Hospital de II nivel, labor emprendida por los Drs. Carlos Barboza y Miguel Ugalde.

II. JUSTIFICACIÓN

Las elevadas prevalencias de desnutrición en niños menores de un año en el país ponen en evidencia que existen problemas en la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria: como el abandono de la lactancia por diversos factores, así como la introducción de alimentos complementarios en forma temprana ó tardía.

Este estudio tiene por objeto generar información sobre las prácticas alimentarias en niños menores de un año y los factores educativos, con el propósito de que las entidades responsables como el Ministerio de Salud y Deportes, Servicio Departamental de Salud La Paz, ONG's y otras instituciones tomen las medidas necesarias de acuerdo a los resultados que se obtengan .

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1. Caracterización del problema

En la última década a nivel mundial, se ha reportado el abandono de la práctica de la Lactancia Materna pese a ser el recurso natural imprescindible para la alimentación y el bienestar del niño. Diversos factores han sido estudiados y descritos como causales de esta situación (3) .

Durante la segunda guerra mundial, la mujer tuvo la necesidad de sostener el hogar mientras su compañero luchaba en los campos de batalla. Esto la obligó a salir de casa en busca de trabajo y dinero para proveer las necesidades, desencadenando que la Lactancia Materna pasara a un segundo plano y las comunidades buscaran otra alternativa para la alimentación para los niños. A partir de este momento, surge la llamada "Cultura del Biberón" y las empresas productoras de "Leches Maternalizadas" la presentaron a las madres como la mejor alternativa.(3).

En nuestro medio y a pesar del tiempo transcurrido, la situación de la madre en época de lactancia no ha sufrido mayores cambios, debido a que incluso en esta etapa ella debe buscar el sustento diario para su familia, por ser esta en algunos casos jefe de familia, motivo por el cual se ve obligada a dejar a su niño en su hogar abandonando de esta manera la lactancia materna exclusiva. Situación que podría variar dependiendo del tipo y lugar de trabajo de la madre (3).

Colunga R., en estudio realizado en un servicio de salud en Nuevo León México, determinó que el desconocimiento sobre la importancia de la lactancia materna lleva a las madres a que la duración de esta sea corta (9) .

Muchas creen que la leche es de mala calidad por una variedad de razones sin base científica , algunas madres dejaban de darle el pecho a su hijo cuando este sufría un episodio diarreico .

Por lo que concluye que el médico debería brindar información sobre el tema en la consulta prenatal y no dejar esa responsabilidad a familiares o amistades de la futura madre (9-21).

La poca información y capacitación que recibe el agente de salud durante su formación también es otro factor que disminuye la práctica de la maternidad, por que al no tener éstos sólidos conocimientos sobre el tema, tampoco podrá brindar una buena orientación a la comunidad interesada. La mayoría de ellos recomienda el destete ante problemas como las infecciones mamarias y el poco aumento de peso del niño, en vez de fomentar periodos de lactancia mas frecuente.

La mayoría de los currículos dedican un número de horas al estudio de la preparación de las leches de formula, mientras que la leche materna, apenas si es mencionada, sin darle importancia y trascendencia necesaria (3).

La vinculación progresiva de la mujer al campo laboral, ha hecho que se abandone la Lactancia Materna tempranamente y se recurra a la leches de formula (3).

Por ejemplo, en varios países de América Latina y en la población de origen mexicano de Los Ángeles el trabajo de la madre hace que esta no inicie la lactancia materna u opte por el destete prematuro.

Eso se debe sobre todo a la falta de información sobre como combinar el trabajo de la alimentación del niño y la carencia de guarderías en el centro de trabajo o de un horario flexible (21).

En nuestro medio para incentivar la Lactancia Materna , el Ministerio de Trabajo a través de ordenes emanadas de su despacho otorga 45 días de baja prenatal y 45 días de baja post natal , y una hora diaria de tolerancia ya sea en el ingreso o salida de la fuente de trabajo de la madre hasta que el niño cumpla un año de vida. Ley vigente tanto para instituciones públicas como privadas.

El vínculo afectivo entre madre e hijo durante el amamantamiento es una experiencia satisfactoria para la madre, quien se involucra en la nutrición de su hijo, pues este tiene una necesidad instintiva de protección , además de aquella de ser alimentado , ese mutuo acercamiento tiene efectos positivos para la vida (14-15) .

En algunos hospitales se separa a la madre del niño durante su estancia en la institución y la lactancia se hace solo durante períodos limitados, lo que unido a la costumbre de darle también algún biberón tiene un efecto directo sobre la duración del período de amamantamiento . Estas prácticas no solo afectan la frecuencia con que las madres dan el pecho a sus hijos, sino que disminuyen su confianza en cuanto a si tienen o no leche suficiente. Lo más aconsejable es alentar a la madre a que amamante a su hijo en la primera hora después de dar a luz y que lo haga con mucha frecuencia durante los días posteriores. (21).

La cohabitación o alojamiento conjunto, además de favorecer el vinculo entre madre e hijo, permite que el niño sea amantado cuando lo requiera, esto hace posible que exista menor número de infecciones que podría contraer el niño por una serie de circunstancias (17) .

Actualmente en nuestro país se practica la cohabitación o alojamiento conjunto a pesar de la mala infraestructura de nuestros hospitales.

Muchas mujeres de origen latinoamericano que viven en los Estados Unidos tienen ciertas creencias que obstaculizan el éxito de la lactancia; algunas de estas

creencias están generalizadas y otras son particulares de una región o grupo. Por ejemplo, muchas mujeres mexicano americanas consideran que la alimentación con biberón es más "moderna", es decir, mejor, y otras creen que cuando están lactando deben excluir de su alimentación ciertos productos.

Algunas mujeres procedentes de América Central tienen una actitud negativa hacia el calostro, aunque se sabe que esta primera secreción del pecho materno es especialmente importante para el recién nacido porque contiene muchos elementos inmunitarios (21).

Tradicionalmente y en convencimiento de las madres, la lactancia al seno es necesaria para que el niño sea fuerte, al parecer estos son factores que mantienen la lactancia materna en periodo mas prolongado . En algunas comunidades de Bolivia inician la lactancia tres días después del nacimiento, tiempo en el que le brindan agua de anís para que elimine la brea negra que le causa cólico (19). Creencia errónea que influye negativamente en la salud del niño.

De hecho las creencias populares hasta cierto punto místicas, provenientes de un desconocimiento científico real , han hecho que la Lactancia Materna se vea perjudicada . Combatir los mitos y divulgar las ventajas de la lactancia materna supone el conocimiento real de los factores que obstaculizan su implementación, sobre todo en aquellos estratos sociales de bajos recursos y por lo tanto de menor grado de instrucción. También se atribuyen diversas creencias a distintos alimento, condimentos y drogas (18).

Si la madre no está suficientemente motivada, no intentará dar el pecho a su hijo o si lo hace iniciará el destete rápidamente. Si la mujer no tiene suficiente leche, pronto se desanimará a dar de lactar o sustituirá la alimentación al pecho por el biberón (21).

Aunque no hay muchos estudios al respecto, es lógico suponer que las experiencias previas de lactancia son parte importante de la motivación de una mujer para amamantar a su hijo: un fracaso anterior disminuirá la motivación, mientras que una experiencia previa positiva la aumentará. La ansiedad y la falta de conocimientos de la primípara también pueden obstaculizar el éxito de la lactancia; una multípara que amamantó antes a un hijo generalmente tiene menos problemas.(21).

La actitud positiva de los seres queridos es fundamental para motivar a la mujer a dar el pecho a su hijo. La cultura latinoamericana es alocéntrica, es decir, considera importantes las necesidades, los valores, las metas y los puntos de vista de los miembros del grupo. Este alo centrismo significa que las actitudes del marido, de la familia y de las amigas de la mujer desempeñan un papel fundamental en su decisión de amamantar al niño y en el éxito de la lactancia. La creencia de que el biberón es más moderno suele encontrarse también entre los parientes y amigos de muchas mujeres, con el consiguiente menoscabo de la lactancia materna (21).

Vigor de la succión, para que la provisión de leche de la madre sea adecuada es necesario que el niño succione el pecho con frecuencia y vigor. Si en el hospital surgen complicaciones en el momento del nacimiento o cuando se aplica la anestesia a la madre, el recién nacido puede presentar un estado de somnolencia que mengua su capacidad de chupar. La práctica de darle biberones con agua, o leche maternizada puede también afectar la succión y crearle confusión entre la mamila y el pezón, ya que la criatura chupa de manera diferente y con menos fuerza la mamila del biberón que el pezón de la madre. Durante el primer mes de vida el agua o los medicamentos deben darse con cucharita o gotero y nunca con biberón (21).

Los niños nacidos antes de tiempo o con bajo peso suelen tener problemas para mamar porque carecen de fuerza suficiente para sacar del pecho de la madre cantidades, suficientes de leche.

Un programa que se llevó a cabo con éxito en Bogotá, Colombia(21), para ayudar a estos niños consistió en mantenerlos dentro de la ropa y cerca del pecho de la madre; así se beneficiaban del calor corporal de esta y tenían además la oportunidad de amamantarse casi constantemente (21).

Otros niños presentan anomalías anatómicas de la boca, maxilares o nariz que les impiden una succión adecuada; en ocasiones los pezones invertidos de la madre dificultan la lactancia . (21) .

La insuficiencia de leche es una de las razones más frecuentes para iniciar el destete prematuro. La provisión de leche la determinan cuatro factores: la frecuencia del amamantamiento, el vigor con que chupa el niño, el reflejo del flujo de leche y el uso de anticonceptivos hormonales. Entre ellos la frecuencia del amamantamiento es el más importante (21).

La succión del niño favorece la producción de leche de la madre porque al estimular los nervios de la aréola se produce oxitocina, la cual inicia el reflejo del flujo de leche (3).

Cuanto mayor es la producción de leche en un momento dado, más leche podrá producir en los días siguientes. Si la secreción láctea es escasa se puede hacer aumentar mediante un régimen de descanso, una buena alimentación de la madre y sobre todo, la lactancia frecuente (incluso cada media hora)(21) .

Cuando el niño succiona el pezón de la madre se libera la hormona oxitocina, que estimula el flujo de leche. Este reflejo es sumamente sensible a los estados de ánimo de la mujer, la que al no contar con el apoyo de familiares y amigos o

carecer de experiencia previa y de información acerca de la lactancia puede manifestar ansiedad y, como consecuencia, no tener la tranquilidad necesaria para lograr una secreción abundante de leche(21).

Uso de anticonceptivos hormonales. Estos productos se han asociado a una disminución en la cantidad de leche que produce la madre, excepto cuando contienen únicamente progestina o progestógenos (pastillas o inyección) (5); los anticonceptivos orales de estrógenos no se recomiendan para la mujer que amamanta porque afectan la abundancia de leche.

Hay varias afecciones comunes del pecho que algunas veces causan dificultades para amamantar :

- Pezones planos e invertidos , pezones largos o grandes
- Ingurgitación o plétora (también llamada abotagamiento)
- Conductos obstruidos y mastitis
- Pezones inflamados y fisuras del pezón

El diagnostico y el manejo de estas afecciones del pecho son importantes , tanto para aliviar a la madre como para permitir que la lactancia continúe (21).

El nivel socio económico influye en el tiempo de duración de la lactancia , pues las madres con un nivel medio y alto , tienen menos tiempo de duración de la lactancia , mientras que en los estratos bajos , se evidencia un tiempo mas prolongado ; sin embargo este tiende a acortarse en algunos casos por creencias erróneas (18).

La autoridades de la OMS y UNICEF, convocaron en el año 1989 a expertos de todo el mundo a una reunión conjunta para definir políticas y recomendaciones para promover la lactancia materna como una estrategia para mejorar la calidad de vida de los niños del mundo.

El componente central de la Declaración Conjunta está contenido en el código denominado "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" y en la "Iniciativa de los Hospitales Amigos del Niño" (IHAN) (1).

En el año 1991 como una forma de materializar el compromiso asumido por el país en distintos foros internacionales destinados a incentivar la lactancia materna a nivel mundial, el Ministerio de Salud incluye este tema como una de sus prioridades en salud infantil, se convoca a un grupo de trabajo de expertos-Comisión Nacional de Lactancia Materna-" Para implementar planes y políticas de promoción de la lactancia materna".

En abril de 1992 se pone en marcha la iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre, destinada a promover una lactancia exitosa y su manutención posterior en los primeros 6 meses de vida.(1).

La alimentación del niño afecta a su estado nutricional , el que a su vez conducirá a su potencial de desarrollo y crecimiento . En este sentido la practica de la Lactancia Materna provee a los niños de nutrientes adecuados y de inmunización , para combatir un gran numero de enfermedades comunes en la niñez (12-13) .

Sin embargo , el temprano inicio de de la complementación alimentaria sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas , limita lo valioso de la lactancia al ponerse el niño en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente . Los hábitos de lactancia y destete están pues, muy relacionados entre los riesgos de enfermedad y muerte y con el nivel de nutrición (12-13).

La Lactancia Materna inicial , según el ENDSA 1998 y 2003 , afirma que un 97% de los recién nacidos lactó alguna vez .

En relación a la Lactancia Materna durante la primera media hora , de un 39% reportado por el ENDSA 1998 , se incrementó al 61% de acuerdo al ENDSA 2003

. En relación a el inicio de la Lactancia Materna en el primer día , de un 74% según el ENDSA 1998 aumentó a un 84% según el ENDSA 2003 , lo que indica que la práctica de la Lactancia Materna ha mejorado en los últimos años (12-13) .

Según el ENDSA 1998 la Lactancia Materna Exclusiva recomendable durante los primeros 4 a 6 meses de vida solo es recibida por el 69% de los menores de 2 meses y por el 53% de los niños con 2 a 3 meses de edad , otorgando solo el 15% de los niños de 6 a 7 meses de edad , dichos porcentajes tuvieron un ligero incremento de 70% y 56 % y 17% respectivamente , gracias en parte a la continua aplicación del amamantamiento exclusivo en los programas de salud .(12-13)

De acuerdo al ENDSA de 1998 y 2003, la desnutrición crónica afecta con mayor intensidad a las niños del área rural en un 36 a 37 % .

Los menos afectados con desnutrición crónica son los niños de madres con educación superior, ya que en el año 1998 se reportó que solo el 13% de ellas sufre retardo en el crecimiento y de acuerdo al ENDSA 2003 el porcentaje disminuye a un 8% tomando en cuenta la educación de la madre, frente al 44% de los niños con madres sin educación de acuerdo a las ENDAs 1998 y 2003 (12-13).

En 1998, el 2,4 % de niños menores de 6 meses padecía desnutrición crónica y para el año 2003 este indicador bajó a 1% , en el caso de niños de 6 a 11 meses , este indicador también tuvo un leve descenso de 4,3 a 3,05 % en los años 1998 y 2003 respectivamente (12-13) .

El peso suficiente para la talla o desnutrición aguda, solo afecta al 2 % de los niños en el país.

La desnutrición aguda es un indicador de desnutrición reciente por el efecto del deterioro de la alimentación y/o de la presencia de enfermedades en el pasado reciente .

Según el ENDSA 1998, la desnutrición aguda en niños menores de 6 meses es de 0,9 % disminuyendo sustancialmente a 0,3 % para el año 2003 .

La desnutrición global es mayor en los niños de 12 a 23 meses, entre los de corto intervalo ínter genésico, de madres que viven en el área rural.

De acuerdo al ENDSA 1998 el indicador peso / edad es de 0,3% y en el 2003 disminuye a 0,2 % esto en niños menores de 6 meses.

3.2. Delimitación del Problema

Con relación a la lactancia materna en Bolivia , algunas entidades demuestran que ésta es aun prolongada y brinda una buena función , favoreciendo el posterior desarrollo del lactante (16).

Existen múltiples factores a investigar que intervienen en las prácticas alimentarias en niños menores de 1 año de los cuales se estudiaron específicamente:

- Lactancia materna inmediata
- Alimentación complementaria
- Prácticas alimentarias, alimentos y frecuencia de consumo.

3.3. Formulación del problema

¿Cuáles serán las practicas alimentarias en niños menores de 1 año que fueron atendidos en el Hospital La Paz durante el mes de septiembre de 2013?

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Determinar las prácticas alimentarias en niños menores de 1 año atendidos en el Hospital La Paz, de la ciudad de La Paz durante el mes de septiembre de 2013.

4.2. Objetivos específicos

- Determinar el inicio de la lactancia materna.
- Determinar la duración y frecuencia de la lactancia materna.
- Determinar inicio de la alimentación complementaria.
- Identificar el tipo y las características de la alimentación que recibe el niño menor de 1 año.
- Determinar frecuencia de consumo de alimentos del menor de 1 año.
- Establecer la relación que existe entre el grado de instrucción de la madre y la información que recibió sobre las prácticas alimentarias.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Antecedentes

El Plan Nacional de Salud, promueve la universalización de la salud, aplica el modelo de atención de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, sosteniendo e impulsando a una de las prioridades de la gestión de gobierno, que es Desnutrición Cero. Para lograr esta meta, es imprescindible que los equipos de salud de los primeros y segundos niveles dispongan de las condiciones de atención adecuadas. (20)

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en sus componentes clínico, comunitario y neonatal, es la norma de

atención para el niño y niña menor de cinco años en el sistema público de salud.
(20)

Los requisitos de la meta de Desnutrición Cero, han obligado a que el AIEPI se transforme, con un mayor énfasis en la valoración, detección, tratamiento y prevención de problemas nutricionales en menores de cinco años, incorporando las nuevas curvas de crecimiento propuestas por la OMS, cambiando indicador de evaluación nutricional, actualizando tratamientos para varias de las clasificaciones conforme a recomendaciones basadas en la evidencia y ampliando el componente de consejería para las madres o cuidadoras. (20)

Las ventajas que la práctica de la lactancia materna representan para la salud infantil, tanto en relación al crecimiento físico como al desarrollo psico-emocional del niño son ampliamente reconocidas; sin embargo, por diversos factores socioculturales y por los avances logrados en el campo de la producción industrial de productos lácteos, se ha observado una preocupante tendencia a disminuir esta práctica natural (1).

El arte de dar el pecho y la ciencia de la lactancia se vio avanzar a través de los últimos años, mientras la incidencia y duración de la lactancia materna tuvo altibajos marcados en todo el mundo durante el siglo XX. América latina y el Caribe se encuentran, al final de este siglo, en una fase en que la mayoría de las mujeres aún inician la lactancia materna.

Sin embargo, la duración en muchos lugares es corta, menos de un año, principalmente en la población de mayores ingresos económicos (3).

En nuestro país, como en muchos otros, la declinación de la práctica de la lactancia materna se ha venido produciendo aceleradamente en los últimos años. Las causas de esta declinación se consideran un antecedente de gran importancia, ya que ayuda a entender cómo se ha llegado a la situación actual, y a

la vez a comprender que es necesario realizar un esfuerzo mancomunado para revertir este proceso (1).

La lactancia materna debe ser iniciada inmediatamente después del parto y continuar exclusivamente hasta los seis meses. La práctica de la lactancia provee a los niños los nutrientes adecuados y de inmunización para gran número de enfermedades comunes de la niñez, sin embargo el temprano inicio de la complementación alimentaria sin las medidas de higiene y esterilizaciones adecuadas limitan lo valioso de la lactancia al ponerse al niño en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente (1).

Por otro lado la duración y la intensidad de la lactancia en el periodo post-parto influyen en el intervalo entre nacimientos y los niveles de fecundidad resultantes, los que a su vez condicionan las posibilidades de sobrevivencia de los hijos futuros y de las madres. Por ello la desnutrición infantil es una de las variables más sensibles a las condiciones de vida (1).

Uno de los factores de la desnutrición infantil es la práctica inadecuada de la lactancia materna en los primeros seis meses de vida y del inicio de la alimentación complementaria.

Bolivia tiene un compromiso a nivel internacional para la reducción de la pobreza a través de indicadores establecidos en las metas del milenio.

Este compromiso amerita desarrollar acciones preventivas de alta eficacia y bajo costo como la promoción de la lactancia materna exclusiva en todos los niveles.

La evidencia epidemiológica ha demostrado a través de un análisis que la practica inadecuada de la lactancia materna contribuye de forma contundente al incremento de la mortalidad infantil debido a que esta investigación ha establecido que niños/niñas que están alimentados con leche artificial versus niños con

lactancia materna exclusiva tiene 18 veces más riesgo de mortalidad por diarreas y de 2.8 veces mas por infecciones respiratorias agudas (22).

5.2 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en el marco de la meta desnutrición cero AIEPI NUT (20)

5.2.1. Recomendaciones nutricionales según la edad del niño o niña menor de 6 meses

- El niño/a debe recibir seno materno inmediatamente después de nacer (dentro de la primera media hora)
- Dar el pecho las veces que el niño/a quiera, por lo menos 10 veces durante 24 horas (vaciar los dos pechos en cada mamada), de día y de noche
- Dar SOLAMENTE LECHE MATERNA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD (no dar biberón, mates, jugos ni otras leches)

5.2.2. Inicio de la alimentación complementaria del niño/a de 6 meses

- Continuar con la lactancia materna las veces que el niño/a quiera (de día y de noche)
- Debe empezar a comer EN SU PROPIO PLATO (el personal de salud le entregará un plato para su niño/a, cuando cumpla 6 meses de edad)
- Los alimentos se deben preparar en forma de papilla o puré espeso, no deben ser ralos. Se debe emplear sal yodada.
- No se debe añadir azúcar ni sal “extras”

5.3. Las primeras 4 semanas del inicio de la alimentación complementaria, a partir de los 6 meses de vida

Primera semana de inicio de la alimentación complementaria

- Dar papa o camote aplastados y mezclados con leche materna

- Se le debe alimentar por lo menos 2 veces al día, 3 cucharadas rasas, en cada comida.
- Cuando el niño o niña empieza a comer puede parecer que escupe la comida, no se desanime y siga dándole (esto es normal cuando comienza a alimentarse con la cuchara)

Segunda semana

- Mantener las indicaciones de la primera semana
- Agregar cereales aplastados como arroz cocido, maicena cocida, mezclados también con leche materna
- Se le debe alimentar por lo menos 2 veces al día, 3 cucharadas rasas, en cada comida
- Se deben mezclar estos alimentos con los de la primera semana y variar cada día
- Agregar fruta raspada o aplastada (plátano, manzana, pera, papaya)

Tercera semana

- Mantener las indicaciones de las anteriores semanas
- Introducir trozos pequeños de zapallo, zanahoria, remolacha (beterraga), mezclados con leche materna.
- Ahora ya se le debe alimentar por lo menos 3 veces al día, 6 cucharadas rasas en cada comida

Cuarta semana

- Mantener las indicaciones de las anteriores semanas
- Se puede introducir un trocito (del tamaño del puño del niño/a) triturado, raspado o machucado, de carne de res o pollo cocidos, mezclados con los alimentos que ya conoce.
- Se debe asegurar que el niño trague la carne y que no la chupe solamente
- Se le debe alimentar por lo menos 3 veces al día, 6 cucharadas rasas en cada comida.

5.4. Recomendaciones para el niño/a de 7 a menor de 12 meses

A esta edad el niño/a ya sabe comer, se pueden aumentar nuevos alimentos en mayor cantidad y frecuencia. Los alimentos deben ser preparados con sal yodada

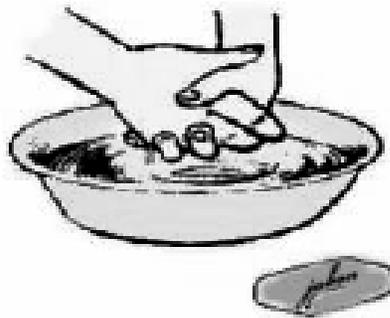
- Continuar con la lactancia materna, las veces que el niño quiera
- Debe comer 5 veces al día, 3 de ellas como desayuno, almuerzo y cena (comidas principales); en las dos restantes (entre comidas) darle el “Alimento Complementario”
- En cada comida principal, debe recibir por lo menos 7 cucharadas rasas (a los 7 meses) e ir aumentando una cuchara por cada mes cumplido, hasta llegar a 11 cucharas rasas a los 11 meses
- Los alimentos deben ser administrados en forma de puré o papilla espesa o picados en trozos muy pequeños
- En el caso de las sopas, darle la parte espesa y no únicamente la parte líquida.
- Los alimentos recomendados además de los que ya come desde los 6 meses son:
 - **Carnes:** Charque (no muy salado), vaca, cordero, conejo, hígado de pollo (de acuerdo a la región)
 - **Cereales y derivados:** Quinoa, maíz, trigo, avena, sémola, amaranto, cañahua, cebada (de acuerdo a la región) , pan o galletas sin relleno dulce
 - **Tubérculos:** Yuca, walusa, racacha (de acuerdo a la región)
 - **Verduras:** Haba fresca sin cáscara, arveja fresca, plátano de cocinar, plátano verde (de acuerdo a la región)
 - **Frutas:** Melón, durazno, peramota, mango, plátano (de acuerdo a la región)
 - **Leguminosas:** Haba y arveja seca, porotos, garbanzo, tarhui, lentejas (sin cáscara), soya (de acuerdo a la región)

- Colocar en cada comida, una cucharada de hojas verdes (acelga, espinaca, apio), para proporcionarle hierro

5.5 Cuidados generales para la alimentación del niño/a a partir de los 6 meses de edad

5.5.1. La limpieza e higiene

Dibujo 1
Higiene de las manos



Fuente: AIEPI en el marco de la meta “Desnutrición Cero”
Ministerio de Salud y Deportes 2007

- La mamá o la persona que cuida al niño/a debe lavarse las manos con agua y jabón especialmente:
 - Antes de preparar la comida del niño/a
 - Antes de alimentar al niño/a
 - Después de ir al baño
 - Después de limpiar la caca del niño
- Si el niño/a ya come por si solo/a, se le debe lavar sus manitos con agua y jabón antes de las comidas
- Lavar los alimentos que NO serán cocidos (frutas, verduras), con abundante agua limpia (hervida, purificada, filtrada o clorada)

- Lavar los platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua limpia (hervida, purificada, filtrada o clorada)

5.5.2. La variedad y frescura de los alimentos

Dibujo 2
Variedad de alimentos



Fuente: AIEPI en el marco de la meta “Desnutrición Cero”
Ministerio de Salud y Deportes 2007

- Es importante variar los alimentos de la dieta
- Los alimentos deben consumirse rápidamente después de su preparación, NO SE LOS DEBE GUARDAR
- Antes del primer año de vida NO se debe dar: LECHE ENTERA, QUESO, HUEVO, PESCADO, CITRICOS, TOMATE, KIWI, FRUTILLA, CHOCOLATE, VAINILLA, MANIES, NUECES, ALMENDRAS.
- Las sopitas o caldos ralos (aguados) solo llenan el estomago del niño/a y NO lo alimentan adecuadamente.

5.5.3. La alimentación activa

Dibujo 3
Alimentación Activa



Fuente: AIEPI en el marco de la meta “Desnutrición Cero”

- La madre o la persona que cuida al niño/a, debe dedicar tiempo a la alimentación, estar con el niño/a hasta que termine su comida y animarle para que coma.
- El niño/a niña debe sentir que este es un momento muy importante, que le produce placer, seguridad y amor
- El niño/a debe ser la primera persona de la familia en alimentarse
- Es necesario que el niño/a se acostumbre a tener horarios de alimentación y que no coma dulces ni golosinas antes de las comidas. (20)

5.6. Marco conceptual

En forma genérica, la lactancia materna se refiere a la alimentación del recién nacido y lactante a través del seno materno (3).

Lactancia materna.- Es la alimentación del niño directamente del seno materno , es considerado como el puente maternal entre la vida intrauterina y la adaptación al mundo exterior (10).

La secreción láctea humana evoluciona en tres etapas durante la lactancia, adaptándose a las necesidades fisiológicas del recién nacido:

Lactancia materna inmediata.- Es el inicio de la lactancia materna inmediata después del parto estimula la liberación de la ocitocina una hormona que ayuda a contraer el útero, expelle la placenta y reduce el sangrado de posparto después de la media hora del mismo.

Lactancia materna exclusiva.- Significa que al bebe no se le da además de la leche materna ningún otro alimento o bebida, incluyendo agua (excepto medicinas

y vitaminas o gotas de minerales; también se le puede dar leche materna extraída) (2).

Lactancia materna a libre demanda.- Es la que se brinda cada vez que el bebé lo solicita, sin límites de horario y sin excluir la alimentación nocturna. La lactancia natural es la mejor opción para alimentar al niño durante el primer año de vida. (3)

Lactancia materna parcial:

Significa que al bebé se le amamanta algunas veces y en otras se le da algunos alimentos artificiales, ya sea leche o cereales u otro tipo de alimentos.

Tipo de iniciación de la lactancia.- Periodo que transcurre entre el nacimiento y el primer contacto físico y visual entre madre e hijo para el amamantamiento, mensurable en minutos y horas.

Frecuencia de la lactancia.- Número de mamadas que recibe el niño durante el día y la noche (33) .

Alimentación con biberón:

Significa que el bebe se alimenta usando biberón, sin importar el contenido del frasco , incluida la leche materna extraída (2) .

Alimentación Artificial:

Significa que al bebé se le alimenta con alimentos artificiales y no recibe nada de leche materna.

Alimentación complementaria:

Se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna.

Rango de edad para la alimentación complementaria:

El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria esta entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta los 2 años.
(19)

5.7. Ventajas de la lactancia materna inmediata

Para la madre:

- Relación afectiva y profunda con su hijo (a)
- Eliminación rápida de la placenta
- Disminuye la hemorragia post parto
- Se reduce la depresión post parto
- Ayuda en la involución uterina (1)

Para el recién nacido:

- Relación afectiva y profunda con la madre
- Recibe anticuerpos o primera vacuna
- Protege de enfermedades y alergias
- Alimento nutritivo y suficiente
- Ayuda a eliminar el meconio (1)

5.8. Ventajas de la lactancia materna exclusiva

Para la madre:

- Relación afectiva y profunda con su hijo (a)
- Disminuye la hemorragia post parto
- Se reduce la depresión post parto
- Favorece una involución uterina rápida

- Aumenta la producción de leche
- No necesita preparar la leche
- Evita compra de otra leche
- Más fácil alimentar al niño durante la noche
- Reduce el maltrato y abandono del niño
- Retrasa un nuevo embarazo
- Reduce cáncer de mamas y ovarios
- Reduce la osteoporosis
- Retoman su peso normal más rápido (1)

Para el niño (a) menor de 6 meses:

- Relación afectiva y profunda con la madre
- Alimento nutritivo y suficiente
- Fácil digestión y aprovechamiento
- Ayuda en el crecimiento y desarrollo del cerebro
- Ayuda en el crecimiento adecuado del niño
- Ayuda en el desarrollo de habilidades motriz, psicomotriz, lenguaje y sensorial
- Aumenta el puntaje de inteligencia
- Protege de enfermedades agudas y alergias
- Evita la desnutrición y anemia
- Evita la caries dental
- Disminuye el riesgo de enfermedades crónicas (1)

5.9. Ventajas nutricionales de la lactancia materna

La leche materna tiene un alto contenido de nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles como las proteínas del suero, lípidos y lactosa y una proporción equilibrada de aminoácidos, a diferencia de la leche de vaca en la que predominan proteínas del sistema de la caseína, menos digeribles.

Absorción, debido a que la absorción de los nutrientes es superior a los de las leches de vaca los niños amantados no presentan deficiencias nutricionales, los contenidos de calcio y fósforo son menores que los de la leche de vaca y rara vez presentan raquitismo debido a su buena absorción (4) .

La absorción del hierro de la leche materna es más eficiente que el de la leche de vaca o de fórmulas, habiéndose encontrado valores anormales de hierro sérico en niños alimentados artificialmente, en contra de cifras normales de niños alimentados con leche materna.

La absorción del zinc - esencial en el humano como activador enzimático y como parte de la estructura enzimática es mucho mejor en la leche humana (4).

Taurina, virtualmente ausente de la leche de vaca y adicionado en las fórmulas. Es el aminoácido de mayor contenido en la leche materna, la función de la taurina se ha concentrado en su posible contribución a la proliferación celular , en la absorción de los lípidos , en la protección de las membranas con un efecto atenuante sobre los tóxicos , en la osmoregulación y desarrollo del sistema nervioso central (4).

Asimismo, se ha estimado que la taurina ejercía una acción protectora de los fotorreceptores frente a daños estructurales inducido por la iluminación y por los oxidantes y una función de detoxificante general barriendo los oxidantes clorados (4).

Es un aminoácido importante para la conjugación de los ácidos biliares y en el desarrollo del sistema nervioso central aparentemente neurotransmisor y neuromodulador en el cerebro y la retina y que, en caso del recién nacido especialmente en el prematuro es considerado esencial (4).

La carnitina presente en la leche humana (y ausente en la leche de vaca y en cantidades insuficientes en preparados comerciales) es esencial como transportador de ácidos grasos.

Habiendo mencionado las innumerables ventajas de la lactancia materna , algunos niños no pueden acceder a este tipo de alimentación debido a :

- Nacimiento prematuro
- Tamaño pequeño Condición física débil
- Dificultad para succionar
- Defectos congénitos de la boca (labio leporino. Paladar hendido)
- Problemas digestivos (ictericia por leche materna y galactosemia) (5)

A algunas madres se les aconseja no amamantar debido a problemas de salud tales como:

- Enfermedades graves (enfermedades del corazón , cáncer)
- Nefritis
- Tuberculosis activa no tratada
- Infecciones VIH - SIDA (síndrome de inmune Deficiencia Adquirida)
- Lesiones por herpes activo de la mama
- Desnutrición grave (5)

La lactancia materna exclusiva tiene impacto sobre la mortalidad materno infantil por su papel protector , sobre todo en la gastroenteritis , protege contra las diarreas por sus factores inmunológicos y por la ausencia de gérmenes patógenos .

La desnutrición es 10 veces mayor en niños alimentados con formula, disminuyendo a 4% cuando la lactancia es mixta . Un bebé amamantado presenta infecciones respiratorias menos severas (4).

El riesgo de presentar otitis media en niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva es casi nula , sin embargo el riesgo aumenta 8 veces mas en niños alimentados con formula (4).

El de contraer meningitis por H. Influenzae entre niños alimentados con formula es de 4 a 16 veces mayor (4) .

En relación al desarrollo intelectual y motor , varios estudios confirman que los niños amamantados sobresalen en pruebas de desarrollo intelectual y motor en comparación con los que no son amamantados .

Referente a la salud materna ; el inicio de la lactancia materna inmediata después del parto estimula la liberación de la oxitocina , una hormona que ayuda a contraer el útero , expelle la placenta y reduce el sangrado de postparto . La lactancia materna retrasa además el regreso de la fertilidad (4).

Aparte de ser el método de alimentación infantil más seguro y saludable, la lactancia materna es además el menos costoso de los métodos. Para muchas familias pobres, el costo prohibitivo de los sucedáneos de la leche materna los torna inaccesibles. Para otros, el impacto de la compra de formulas en el presupuesto familiar puede resultar agobiante (4).

La lactancia materna contribuye a la conservación del medio ambiente porque no afecta el aire , agua , plantas y animales ; en comparación con la alimentación artificial , la que afecta en el consumo de gas para hervir agua y esterilizar biberones , el desecho de alisporino , de desechos de las fabricas de formulas contaminadas , al agua de los ríos y mares . Deforestación de montes y selvas para pastoreo de ganado vacuno y combustible para hervir el agua . Extinción de especies por deforestación y contaminación de su hábitat(4).

Como parte de las políticas del Ministerio de Salud y como una prioridad en la salud infantil , en Abril de 1993 se pone en marcha la iniciativa del Hospital amigo del Niño y de la Madre , destinada a promover una lactancia exitosa durante la estadía hospitalaria y su Mantención posterior en los primeros meses de vida .

5.10. Los once pasos para una lactancia materna exitosa

Todos los servicios de maternidad y de atención a los recién nacidos deberán :

1. Disponer de una política escrita de lactancia natural que conozca todo el personal de salud
2. Capacitar a todo el personal para poner en práctica esta política.
3. Informar a todas las embarazadas, la pareja y la familia de los beneficios que ofrece la lactancia y la manera de ponerlas en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora siguiente al parto, colocando al bebé en contacto directo con la madre –piel a piel- inmediatamente después del nacimiento.
5. Mostrar a las madres y padres como dar de lactar al bebé, en las primeras 6 horas post parto en especial y como mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos mas que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a menos que lo recomiende el médico.
7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los bebes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural a demanda de parte del bebé y de la madre.
9. No dar a los bebes mamaderas, biberones ni chupones artificiales.
10. Formar grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del Hospital.
11. Erradicar la práctica de la distribución gratuita e indiscriminada de sucedáneos de la leche materna en hospitales.

5.11. Ventajas de la alimentación complementaria:

La leche materna a partir de los 6 meses de edad ya no es suficiente, por eso los niños y niñas necesitan de otros alimentos para complementar a la leche materna que deben recibir hasta los 2 años de edad, la introducción de nuevos alimentos debe ser gradual en base a cereales verduras tubérculos y frutas.

Necesitan comer 5 veces durante el día y en cantidad suficiente.

Si los niños o niñas tienen bajo peso o desnutrición sus comidas deben ser enriquecidas con pequeña cantidad de aceite para mejorar su consistencia y el aporte calórico.

La alimentación del niño o niña entre los 6 y 36 meses es importante porque deben satisfacer las demandas de su crecimiento y desarrollo acelerado.

A partir de la introducción de los alimentos, la salud de los niños y niñas peligra si no se tiene precaución en la limpieza de los alimentos y utensilios donde se preparan y sirven las comidas.

La falta de higiene provoca enfermedades infecciosas principalmente diarreas, las que afectan al estado nutricional de los niños y niñas.

5.12 Factores que afectan la utilización biológica:

La utilización biológica se refiere a la capacidad del organismo de absorber y asimilar los micro nutrientes.

Puede estar limitada ante la presencia de enfermedades (diarreas, infecciones respiratorias y otras).

Para que el niño o niña tenga buena utilización biológica de los nutrientes que contienen los alimentos, es necesario tratar inmediatamente las enfermedades y alimentarlo adecuadamente durante la enfermedad.

Una vez superada la enfermedad, y aumentada la cantidad de su alimentación, se puede lograr la ganancia de peso correspondiente a su edad.

5.13 Marco referencial

En el estudio efectuado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia , en el que relacionaron la lactancia materna con la ocupación , se encontró que del total de madres con ocupación , el 48,83% dan leche materna ; y del total de amas de casa el 86,5% dan leche materna , esto muestra que la ocupación de la madre determina el amamantamiento (28) .

Otro estudio efectuado en Cebu – Filipinas por Popkin , afirma que la lactancia materna esta disminuyendo en todos los países por diversas causas , así de 3.080 madres de procedencia urbana y rural , solo el 31,1% de los menores de 2 meses, fueron amamantados exclusivamente con lactancia materna y a los 8 meses todos los lactantes recibían alguna clase de suplemento , lo que produjo un 60% de episodios diarreicos , esto no ocurrió en niños del área rural , los cuales recibieron mas tiempo lactancia materna (26) .

Cabrera en el servicio de neonatología del Hospital General de la ciudad de Habana durante el periodo de junio de 1994 y diciembre de 1996 valoró los niveles de escolaridad de los padres, ocupación, apoyo familiar y nivel de ansiedad de la madre, entre otros. El 59.1 % de los neonatos lactó los primeros 4 meses de vida.

El 55.5% de las madres estudiadas tenían entre 20 y 29 años y el abandono de la lactancia materna fue más frecuente en el grupo menor de 20 años y el de 35 años y más. Ni la edad, ni el nivel de escolaridad de la madre y el esposo influyeron en el abandono de la lactancia.

En el grupo de madres estudiantes hubo un mayor porcentaje de abandono de dicho tipo de lactancia. El estado civil tampoco influye en el abandono de la

lactancia materna, aunque se observó un mayor porcentaje de madres que daban de lactar en el grupo de las casadas. Las madres que no recibieron apoyo familiar abandonaron con mayor frecuencia la lactancia materna, al igual que aquellas que tenían un alto nivel de ansiedad. Se concluye que la falta de apoyo familiar y el nivel alto de ansiedad como estado influyen sobre el abandono de la lactancia materna (8)

Sin embargo, es de gran importancia el papel que juegan la estructura familiar y los servicios de salud, son las conclusiones del estudio realizado acerca de " Factores que influyen en el abandono temprano de lactancia materna por mujeres trabajadoras" (6) .

De acuerdo a un estudio realizado en Cuernavaca México, en agosto de 2003, se refiere que los principales factores asociados con el abandono temprano de la lactancia materna fueron maternos. El único factor laboral fue la ausencia de facilidades para amamantar. Es probable que la calidad de los conocimientos, la experiencia previa con ella y tener facilidades laborales influyan en la decisión de prolongarla. (6)

El estudio realizado en Colombia , por Navarro y Cols. , da cuenta de que el comportamiento sobre el abandono de la lactancia materna exclusiva se ha encontrado asociada a diferentes factores , algunos de ellos señalados por Navarro y colaboradores , como son la falta de conocimiento sobre la lactancia materna , el no haber amamantado previamente , el plan materno de duración de la lactancia (6) .

En Brasil , Victoria C. G. , estudió a niños menores de un año relacionando la alimentación con episodios diarreicos entre lactantes amamantados al seno materno mas formula láctea presentaron 4,2 veces el riesgo de morir por diarrea , mientras que lactantes no amamantados que solo recibían formula láctea presentaron 14,2 veces mas elevado (27)

Comprobándose así , que lactantes no amamantados al seno , tienen un riesgo de morir por diarrea . La relación entre el tipo de alimentación y las infecciones respiratorias constató que los lactantes amamantados al seno materno con un suplemento de leche tuvieron 16,1 veces mas riesgo de morir por enfermedades respiratorias ; pero en los lactantes alimentados solo con leche complementaria el riesgo fue 3,6 veces mas levado (27) .

López de vargas en Chile , realizó un seguimiento de 2078 niños durante I primer año de vida , mostrando que al mes de vida el 79% de ellos recibían lactancia natural , el 15% mixta y el 5,8% artificial . Asimismo , comprobó que a medida que transcurrían los meses decreció el número de niños alimentados al seno , alcanzando solo un 50% entre 3 y 5 meses de vida . el peso de niños alimentados en forma natural fue mayor hasta los 8 meses , las diarreas fueron 4 veces mas frecuentes en niños alimentados artificialmente así como la desnutrición que fue 3 veces mas frecuente en relación a los que recibieron lactancia natural (25) .

Estudios confirman que Bolivia tiene niveles altos en duración de la lactancia materna , 10,5 meses en comparación con otros países ; Colombia 10 meses , Guatemala 8 meses , y Chile 6 meses , esta duración media se da en estrato catalogado como bajo . Y el estudio sobre la situación de la lactancia materna en áreas urbanas de Bolivia , realizado por Vera (14) , constata que la duración de la lactancia materna esta determinada por el nivel de instrucción ; a medida que aumenta la instrucción de la madre , la duración de la lactancia es menor . Los extremos se dan entre el grupo de alfabetización y nivel técnico con una duración media de 2,5 y 4,9 meses (29) .

Otros estudio sobre la situación de la lactancia en Bolivia realizado por De la Gálvez Murillo (20) , indica que hay mayor amamantamiento en los niños de las madres de 15 a 19 años porque estas permanecen mas con sus hijos , mientras que de 30 a 39 años lo efectuaron por tradición , sin embargo mujeres de 20 a 29 años amamantan menos por participación laboral , pero de 40 a 49 años no lo hacían por inseguridad (30) .

De acuerdo a un estudio realizado en Bolivia sobre lactancia natural en el año 1995 se llegó a la conclusión de que una parte importante de las mujeres comerciantes y también de las trabajadoras del hogar creen que después de cierta edad la leche es mala, las explicaciones de por que sería mala la leche, son principalmente las siguientes; Ya no es alimento; ya no sirve; les hace daño. Entre la otras razones para quitar el pecho a cierta edad se pueden mencionar: les arruina los dientes, quedan sonsos; cuando maman mucho es difícil despecharles, el bebe no estaba con la madre (7).

La edad en que debe destetarse difiere en opinión de las madres. En Santa Cruz algunas madres piensan que después de 6 meses la leche ya no sirve, en cambio en las otras ciudades, piensan que eso ocurre después del año o de los dos años. Hay correlaciones positivas entre la duración de la lactancia y el nivel de instrucción de la madre, su lugar de nacimiento, la permanencia en la ciudad, y el horario y la modalidad de trabajo (7)

Ascarrunz , concluye que el grado de instrucción de la madre no determina el amamantamiento a los niños, pues se estudió un grupo de madres jóvenes con igual nivel de instrucción. La ocupación de la madre este estudio que es de tipo independiente, no es limitante para la lactancia materna sobre todo en los primeros meses de vida. El tipo de parto de las madres se relaciona con la duración de la lactancia materna, siendo más elevada en el parto normal. La orientación en lactancia materna no determina dicha práctica siendo esta efectuada por decisión de las madres (11).

Investigaciones realizadas por Bartos (16) , referente al tipo de parto , señalan que este es determinante en la duración de la lactancia y el destete , pues los niños que nacen por cesárea , ya sea por la herida o la anestesia , no entran en contacto inmediato con la madre , lo cual hace que se inicie la alimentación con formulas

lácteas , siendo por tanto mayor la frecuencia de alimentación artificial en relación a los que nacen por parto vaginal (31) .

En el estudio realizado por Montaña y Pozo en el Hospital San Gabriel de la Ciudad de La Paz, en una población de 400 mujeres y niños se observó que la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses alcanzó el 72% y solo un 27,9 % en niños de mayor edad , lo cual hace que la lactancia en nuestro país , aun es prolongada en relación a otros países (24) .

Vera, muestra que la duración de la lactancia por tiempo de iniciación de la lactancia al seno, se prolonga cuando el primer contacto madre – niño se logra a pocas horas de producido el nacimiento, no así cuando transcurrían muchas horas antes de la primera tetada. Es posible que tenga su influencia el sistema de atención, porque el uso de formulas lácteas artificiales es una práctica corriente en clínicas y hospitales (32).

Resultados obtenidos por Aguilar y Mazzi, en relación al crecimiento de niños menores de 6 meses , con lactancia materna exclusiva , demostraron que los niños con alimentación exclusiva tenían un crecimiento superior en peso al de los niños que recibieron alimentación mixta hasta los cuatro meses , igualando valores al quinto y sexto mes . En relación con la talla los niños con lactancia materna exclusiva superan a los niños con que recibieron alimentación mixta al cuarto mes (23) .

A principios de los años 80 se puso de manifiesto en todo el mundo que las políticas económicas planteadas por las instituciones financieras internacionales y privadas, como parte de la política creditiva, provocaban efectos desfavorables en los grupos más pobres de la sociedad, así en varios países se incrementó la desnutrición y la mortalidad. A partir de aquí, los organismos internacionales del campo de la salud y nutrición, consideraron necesario promover el establecimiento y fortalecimiento del sistema de vigilancia alimentaría y nutricional. (5)

Ya en 1990, la OPS instó a los estados miembros, a través de su resolución WHA 43.3, a proteger y fomentar la lactancia natural como componente esencial de sus políticas y programas generales de alimentos y nutrición en favor de las mujeres y los niños, de manera que todos los bebés se alimenten exclusivamente de leche materna durante los primeros 4 - 6 meses de vida y que se propicien prácticas adecuadas de alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad aproximadamente, insistiendo en la conveniencia de continuar el amamantamiento y la alimentación frecuente con alimentos locales salubres en cantidad suficiente.(6,7,8)

En la Conferencia Internacional sobre nutrición, celebrada en Roma en 1992, los representantes de 159 países, incluida Cuba, aprobaron la declaración y el plan de acción para la nutrición, lo cual significa que cada país representado se comprometió a preparar y perfeccionar lo mas pronto posible y antes de 1994, planes de acción y estrategia. (9)

A pesar de todos estos esfuerzos, en la actualidad, especialmente en los países en desarrollo; a nivel mundial existen 840 millones de personas que sufren desnutrición crónica. El informe estadístico de la Infancia 2000 informa que en los últimos 20 años aumentó a 1200 millones, es decir, 1 de cada 5 personas incluidas unos 600 millones de niños, viven en la pobreza. En América Latina, casi el 40 % de las familias vive en extrema pobreza crítica, aproximadamente 60 millones de niños pertenecen a estas familias, y el 20 % de las familias vive en un estado de pobreza absoluta. (10)

El período de mayor riesgo de malnutrición de los niños abarca los dos primeros años de vida, que corresponde al periodo de Lactancia Materna y Alimentos Complementarios, así como de crecimiento y desarrollo acelerado. Los resultados de estudios de crecimiento longitudinales y datos de encuestas muestran que el retraso del crecimiento (crecimiento insuficiente para la edad) se produce en los

dos primeros años de vida. Después de los dos años de edad, los niños con retraso del crecimiento presentan una tasa similar a la de los niños bien alimentados de países desarrollados, pero como los efectos del retraso del crecimiento son en gran medida irreversibles, los niños afectados siguen teniendo corta estatura.

La consecuencia de los problemas de la mala nutrición no solo se expresan en el retraso del crecimiento físico, sino, además, en la disminución de la capacidad funcional de los individuos y del estado de salud. Por lo tanto, para prevenir el retraso del crecimiento y la desnutrición proteico-energética (Kwashiorkor y Marasmo) se necesitan intervenciones integradas en los dos primeros años de vida, con máxima prioridad, en la lactancia materna óptima y en la incorporación adecuada de los alimentos complementarios. La prevención de la malnutrición de lactantes es fundamental para reducir la morbilidad y mortalidad en estos grupos de edad. (6,7,11,12,13)

La alimentación de las gestantes, la lactancia materna, y la incorporación del esquema de ablactación en la dieta del niño menor de un año, requiere la incorporación consciente de regímenes alimentarios correctos. (14)

La cultura alimentaria no representa una solución mágica para resolver el problema de la desnutrición, sino un instrumento indispensable que provee a la población de elementos para tomar decisiones en cuanto a la elección de alimentos por sí sola. (14), (26)

La solución primordial es proporcionar de conocimientos necesarios y la motivación colectiva para formar actitudes y hábitos de una alimentación sana, adecuada y variada. (15)

Cuando no existe una educación nutricional, el hombre tiende a consumir alimentos para satisfacer gustos y apetitos, sin tener en cuenta lo que realmente

debe o puede consumir para garantizar sus necesidades vitales. (16)

Es necesario no solo conocer el valor nutritivo de los alimentos, sino también estudiar todos los aspectos de la alimentación y las costumbres culinarias, inculcándoles conocimientos prácticos indispensables para mejorar su propia alimentación y la de sus hijos.(17),(26)

Del análisis de la dieta puede inferirse como ya en edades tempranas de la vida se manifiestan hábitos alimentarios erróneos, esto se agrava aún más en los países del Tercer Mundo, dado por la pobreza, el analfabetismo, hábitos dietéticos incorrectos, gustos caprichosos, costumbres y tabúes alimentarios, todo esto se traduce en un desconocimiento marcado sobre nutrición y alimentación. Se considera que una alimentación es normal cuando cumple los requisitos básicos: suficiente, completa, adecuada, equilibrada y variada. (18), (26)

La Comisión Nacional de Guías Alimentarias para la población guatemalteca menor de dos años, tomo en cuenta el perfil epidemiológico de la niñez guatemalteca, así como también los alimentos disponibles y que son aceptados culturalmente para las familias guatemaltecas, para ser incluidas en las guías, la cual cuenta con objetivos fundamentales como mantener la lactancia materna hasta los 6 meses y a partir de ahí introducir los nuevos alimentos y por último la prolongación de la lactancia materna hasta los 2 años y más. (26).

VI. VARIABLES

1. Prácticas alimentarias (lactancia materna inmediata, duración de la lactancia materna exclusiva, práctica de la lactancia materna, inicio de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses, 1ra semana, 2da semana, 3ra semana, 4ta semana del séptimo mes de edad, alimentos que consume el niño de 7 a 11 meses)
2. Edad del niño
3. Sexo del niño
4. Edad de la madre
5. Grado de instrucción
6. Ocupación
7. Conocimiento sobre lactancia materna
8. Conocimiento sobre alimentación complementaria.

6.1. Operacionalización de las variables

Prácticas Alimentarias

Definición Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
Prácticas alimentarias	Conjunto de hábitos relacionadas a la alimentación del niño menor de 1 año	Inicio de alimentación	Edad en el que el niño empezó a comer algún tipo de comida.	<ul style="list-style-type: none"> • Numero de Mes que empezó a comer
		Lactancia materna inmediata	Inicio de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • ½ hora • 1 hora • 3 horas • 6 horas • 12 horas • Mas de 12 horas
		Práctica de lactancia materna	Lactancia del niño en el momento de la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Destete:	Niños/niñas de 0 a 11 meses, que dejaron de tomar pecho	<ul style="list-style-type: none"> • Meses
		Alimentación complementaria 1ra Semana	Alimentos con los que se inicia la alimentación complementaria en la primera semana después del sexto mes de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Papa • Camote • Aceite • Caldos
		Alimentación complementaria 2da Semana	Alimentos que se agregan en la segunda semana del séptimo mes de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Arroz • Maicena • Plátano • Manzana • Papaya • Sal
		Alimentación complementaria 3ra semana	Alimentos que se introducen a la alimentación complementaria en la tercera semana del septimo mes de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Zapallo • Zanahoria • Remolacha

		Alimentación complementaria 4ta semana	Alimentos agregados a la alimentación complementaria en la cuarta semana del septimo mes de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Carne de Res • Pollo
		Alimento que consume el niño de 7 a 11 meses	Alimentación del niño de 7 a 11 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Carnes • Cereales y derivados • Tubérculos • Verduras • Frutas • Leguminosas • Caldos • Otros

Definición Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
Otros Factores	Es todo el contexto de la calidad de vida de la persona la cual de modo general puede ser traducida por la edad del niño y el grado de instrucción de la madre, que influyen en el inicio de la	Edad:	edad en meses o años del niño	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 11 meses
		Sexo:	Sexo del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
		Edad madre:	Edad de la madre con niño menor de 1 año	<ul style="list-style-type: none"> • Años
		Grado de instrucción:	Estudios realizados por la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Básico • Medio • Intermedio • Técnico Medio • Universitario

	alimentación complementaria del niño menor de 1 año	Ocupación	Tiempo de ocupar en trabajar	<ul style="list-style-type: none"> • Empleada pública • Independiente • Labores en casa
		Estado civil	Situación de unión entre una pareja de hombre y mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Divorciada • Unión libre • Viuda
		Conocimiento lactancia materna	Importancia de la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce
		Conocimiento alimentación complementaria	Importancia de la alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de estudio

Transversal y descriptivo

7.2. Área de estudio

El presente estudio se realizó en el “Hospital La Paz” de la ciudad de La Paz dependiente del Servicio Departamental de Salud La Paz, SEDES La Paz.

7.3. Universo y Muestra

7.3.1. Universo

Constituido por el total de madres con niños menores de 1 año que asistieron por diferentes prestaciones al Hospital La Paz, durante el mes de septiembre de 2013.

7.3.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 96 madres con niños menores de 1 año que asistieron a los diferentes servicios del Hospital La Paz

7.3.3. Criterio de inclusión

Todo niño menor de 1 año que acude a la consulta externa

7.3.4. Criterios de exclusión

Todo niño mayor de 1 año

Niño huérfano

Niño con algún tipo de discapacidad

Madres que no quisieron ser entrevistadas.

7.4. Métodos e Instrumentos de recolección de la información

Método

Se utilizó el método directo y la aplicación de la entrevista personal a informantes claves (ejemplo la madre)

Instrumentos

Se utilizó la guía de entrevista estructurada con preguntas abiertas y cerradas, previamente validada con madres de niños menores de un año que asistieron a consulta en el “Hospital La Paz” de la ciudad de La Paz, con 25 ítems (Anexo 1)

7.5. Procedimiento

De acuerdo a los objetivos del estudio se entrevistó a las madres utilizando una guía, estructurada. La entrevista fue aplicada por la nutricionista tesista, y/o su colaboradora, previo consentimiento de la madre, por lo que no fue necesario la capacitación de ningún otro personal, la información se recolectó en el mes de septiembre de 2013.

7.6. Recursos: Humanos

Una nutricionista del curso de post grado

Materiales

- Computadora
- Impresora
- Material de escritorio
- Hojas de registro

- Fotocopias del instrumento

Económicos

Cuadro de Costos

(Expresado en Bolivianos)

No.	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Total
1	Materiales de Escritorio	500 hojas Bond	30	30
		2 Tinta para impresora	150	300
		Otros.	200	200
2	Encuestas	96 encuestas	10	960
3	Sistematización	96 encuestas	15	1.440
4	Consistencia de Datos	Base de datos	700	700
5	Fotos	20 fotografías	1	20
6	Fotocopias	1000	0.15	150
TOTAL				3.800

VIII. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

8. 1. Características generales del niño y situación de la alimentación complementaria

El estudio se realizó en 96 personas con hijos menores de 1 año que acuden a los diferentes servicios del Hospital La Paz correspondiendo un 91.7% a madres que se encargan en forma personal de llevar a sus niños a la consulta y un 8.3% son otras personas. Grafico 1.

La edad de los niños oscila entre 2 meses y 11 meses cumplidos observando que la mayor parte de los niños son de 11 meses con un 39.58%. Tabla 1.

Respecto al sexo de los niños el 53.1% corresponde al femenino y 46.9% al sexo masculino. Gráfico 2.

En relación a la lactancia materna inmediata, se observa que la mayoría de las entrevistadas practicaron la lactancia materna durante la primera media hora con un 64.58%. Tabla 2

Se observa que las personas entrevistadas que afirman que sus niños continúan lactando corresponde al 86.5% esto nos muestra que una mayoría de los niños siguen consumiendo la leche materna. Gráfico 3

La tabla 5, muestra que el 64.58% de las entrevistadas afirman dar solamente pecho hasta los 2, 3, 5 y 6 meses de edad con el 12.5%, 13.54%, 18.75% y 19.79% respectivamente, esto indica que la alimentación complementaria se inicia tempranamente antes de los 6 meses. Así mismo resalta que el 5.2% de los niños no recibieron leche materna.

La tabla 6 muestra, que las madres en el momento de la encuesta afirman no haber dado ningún otro tipo de leche que no sea la materna con un 34.38%.

La tabla 7 muestra que el 45.83% inició la alimentación complementaria a los 6 meses y al mismo tiempo observamos que el 22.92% no dieron ningún tipo de alimentos.

En relación al tipo de alimentos que las madres proporcionaron durante la primera semana al inicio del séptimo mes de edad, se encontró que el 61.46% iniciaron la alimentación complementaria con caldos y con papa el 33.33%. Tabla 8.

En la segunda semana del séptimo mes, el inicio de la alimentación complementaria es de 35.42% con manzana, 22% con plátano aplastado, 21.88% con Arroz y 21.88% con papaya. Tabla 9.

Las tablas 10 y 11 muestran que en la tercera semana del septimo mes el alimento que se proporcionó en mas cantidad es el zapallo con un 38.54% y en la cuarta semana el pollo con 38.64%.

Los alimentos mas consumidos por los niños de 6 a 7 meses de edad son los caldos 61.46%, verduras 55.21%, Frutas 55.21%, carnes 47.92%, tubérculos 39.58%, cereales y derivados 33.33% y otros alimentos con el 18.75%. Gráfico 5.

8. 2. Características y conocimiento de la madre

En cuanto a la edad de las madres la mayoría oscila entre 20 y 29 años (55.21%) y de 30 a 40 años (36.46%). Tabla 14.

Respecto al grado de instrucción de las entrevistadas el 33.33% curso el nivel medio seguido del grado universitario con un 32.29%. Gráfico 12.

Por otra parte en cuanto a la ocupación de las entrevistadas el 41.67% se ocupa de labores de casa, 19.79% al comercio informal, 19.79% son empleadas estatales y 18.75% todavía son estudiantes. Gráfico 13.

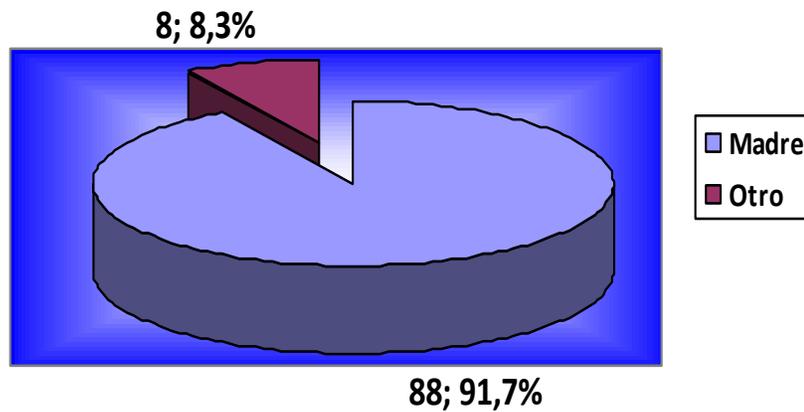
En el gráfico 14 se observa que el 54.17% de las entrevistadas son casadas, seguido de un 28.13% de concubinas, 15.63% solteras y un 2.08% viudas.

En relación a información recibida sobre la importancia de lactancia materna el 81.3% indica haber recibido información y las que no recibieron información sobre el tema con un 18.7%. Grafico 15. Asimismo se observa que la persona que informa es la enfermera con un 28.21% el pediatra con 19.23% y el médico con un 7.69%. Tabla 15

En cuanto a información recibida sobre la importancia de la alimentación complementaria el 67.7% responde afirmativamente y el 32.3% niega haber recibido alguna información sobre el tema. Gráfico 16.

GRAFICO 1

Madres y otro familiar de niños menores de 1 año a cargo del cuidado del niño.
Hospital La Paz. Septiembre 2013



Fuente: Elaboración propia

El gráfico No. 1, muestra que la mayor parte de las encuestadas son las madres con 91.67% y otras personas con 8.33%.

TABLA 1

Menores de 1 año según edad. Hospital La Paz. Septiembre 2013

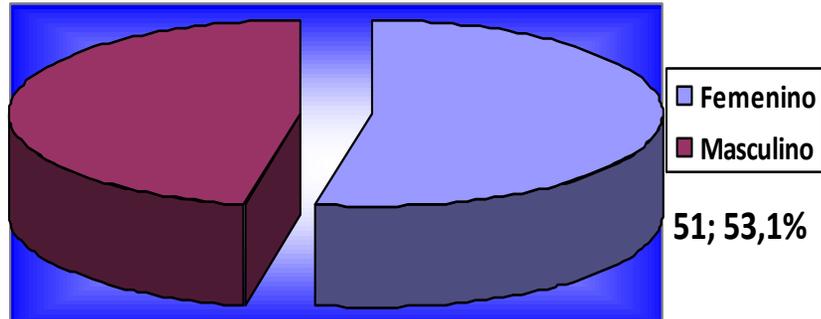
Edad del niño en meses	No. de niños	Porcentaje
2	7	7,29%
3	7	7,29%
5	8	8,33%
6	6	6,25%
7	6	6,25%
8	8	8,33%
9	7	7,29%
10	9	9,38%
11	38	39,58%
Total	96	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 2

Menores de 1 año según sexo, que asisten al Hospital La Paz
Septiembre 2013

45; 46,9%



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 2

Inicio de la lactancia materna
Hospital La Paz
Septiembre 2013

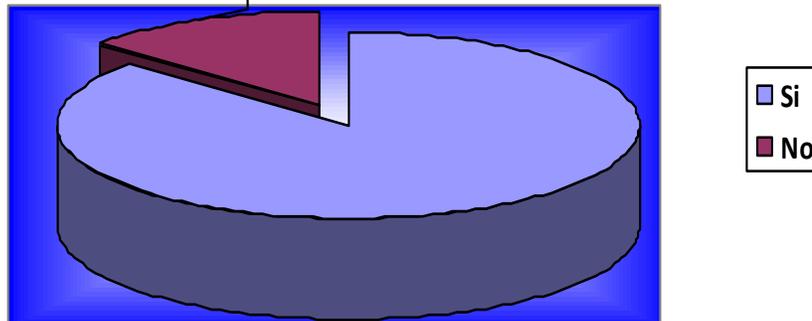
Inicio de la lactancia:	No. de niños	Porcentaje
1/2 Hora	62	64,58%
1 Hora	19	19,79%
3 Horas	5	5,21%
Mas de 12 horas	5	5,21%
Nunca	5	5,21%
Total	96	100,00%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 3

Menores de 1 año que continúan con lactancia materna
Hospital La Paz
Septiembre 2013

13; 13,5%



Fuente: *Elaboración Propia* 83; 86,5%

TABLA 3

Madres de acuerdo al número de veces que dan de lactar durante el día
Hospital La Paz
Septiembre 2013

Numero de veces que da de lactar en el Día	No. De Madres	Porcentaje
1	5	5,21%
2	20	20,83%
3	40	41,67%
4	16	16,67%
6	7	7,29%
8	3	3,13%
Nunca	5	5,21%
Total	96	100,00%

Fuente: *Elaboración Propia*

TABLA 4

Madres y número de veces que dan de lactar durante la noche
Hospital La Paz
Septiembre 2013

Numero de veces que de de lactar en la Noche	No. De Madres	Porcentaje
3	14	14,58%
4	12	12,50%
5	33	34,38%
6	6	6,25%
7	6	6,25%
8	13	13,54%
10	7	7,29%
Nunca	5	5,21%
Total	96	100,00%

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 5

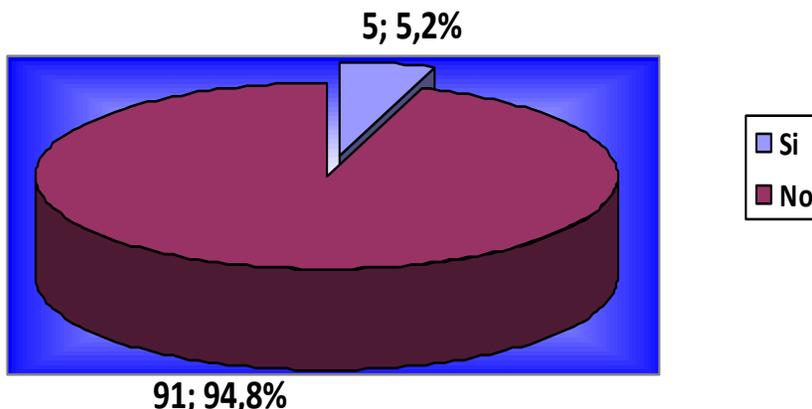
Edad en meses de niños cuyas madres dieron solo seno materno, sin combinar con otras leches
Hospital La Paz
Septiembre 2013

Hasta que edad le dio solo pecho (meses)	No. De madres	Porcentaje
2	12	12,50%
3	13	13,54%
5	18	18,75%
6	19	19,79%
7	2	2,08%
8	7	7,29%
9	5	5,21%
10	5	5,21%
11	10	10,42%
Nunca	5	5,21%
Total	96	100,00%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 4

Madres que afirman que nunca dieron pecho
Hospital La Paz
Septiembre 2013



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 6

Madres de menores de 1 año y edad en la que comenzaron a suministrar otras leches
Hospital La Paz
Septiembre 2013

A partir de que edad comenzó a darle otra leche: (en meses)	No. De Madres	Porcentaje
0	2	2,08%
1	5	5,21%
2	5	5,21%
3	6	6,25%
4	5	5,21%
5	6	6,25%
6	19	19,79%
7	2	2,08%
8	6	6,25%
9	2	2,08%
10	5	5,21%
No le dieron otra leche	33	34,38%
Total	96	100,00%

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 7

Menores de 1 año según edad en la que se les inicio con alimentación complementaria
Hospital La Paz
Septiembre 2013

9. A partir de que edad empezó a comer: (meses)	No. de niños	Porcentaje
3	2	2,08%
5	5	5,21%
6	44	45,83%
7	11	11,46%
8	5	5,21%
9	5	5,21%
10	2	2,08%
No les dieron comida en los diferentes meses de edad	22	22,92%
Total	96	100,00%

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 8

Inicio de la alimentación complementaria en la primera semana del séptimo mes, según tipo de alimento.
Hospital La Paz
Septiembre 2013

10.- Que alimentos dio a su niño (6 a 7 meses) al inicio de la alimentación complementaria (7º mes)		
1ra semana	No. de niños	Porcentaje
Caldos	59	61,46%
Papa aplastada	32	33,33%
Aceite en los alimentos	19	19,79%
Camote aplastado	11	11,46%

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 9
Alimentos agregados en la segunda semana del 7mo mes
Hospital La Paz
Septiembre 2013

10.- Que alimentos dio a su niño (6 a 7 meses) como alimentación complementaria		
2da semana	No. de niños	Porcentaje
Manzana raspada	34	35,42%
Plátano	24	25,00%
Arroz	21	21,88%
Maicena	21	21,88%
Papaya	8	8,33%
Sal	2	2,08%

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 10
Otros alimentos en la tercera semana del 7º mes a niños menores de 1 año,
Hospital La Paz
Septiembre 2013

10.- Que alimentos dio a su niño (6 a 7 meses) al inicio de la alimentación complementaria		
3ra Semana	No. de niños	Porcentaje
Zapallo	37	38,54%
Zanahoria	30	31,25%
Remolacha	1	1,04%

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 11
 Agregado de carnes en la 4ta semana del 7mo mes de edad
 Hospital La Paz
 Septiembre 2013

10.- Que alimentos dio a su niño (6 a 7 meses) al inicio de la alimentación complementaria		
4ta Semana	No. de niños	Porcentaje
Pollo	37	38,54%
Carne de res	6	6,25%

Fuente: Elaboración Propia

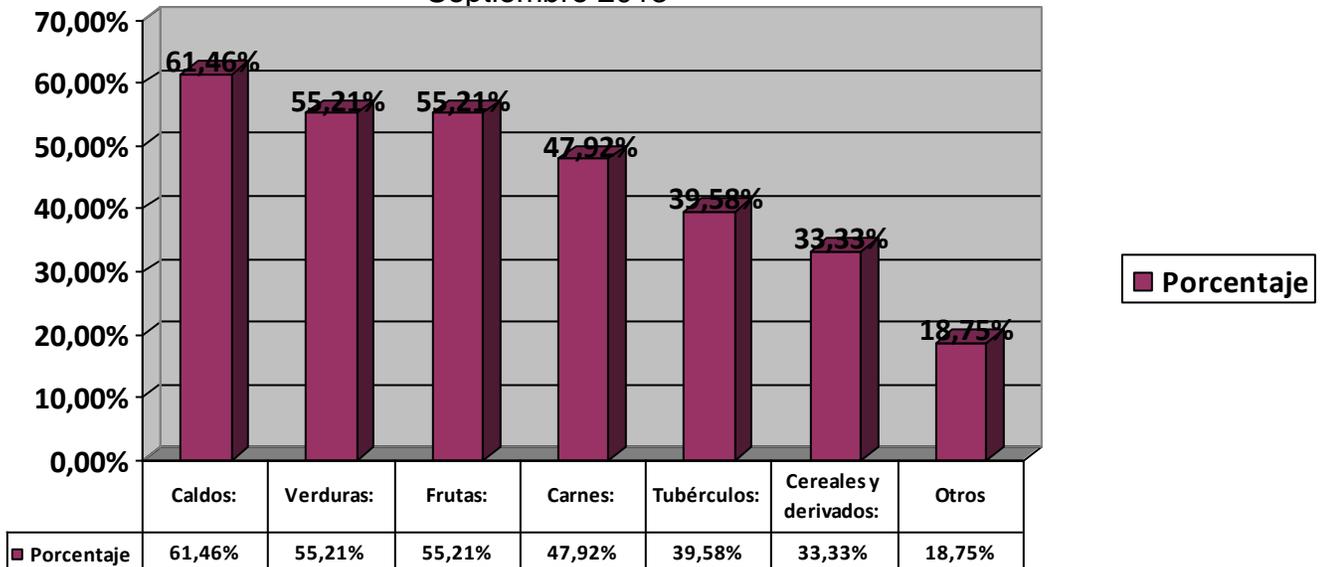
TABLA 12
 Tiempos de comida entre los 6 a 7 meses de edad
 Hospital La Paz
 Septiembre 2013

10. b) Cuantas veces le da de comer al niño:	Frecuencia	Porcentaje
3	29	30,21%
2	22	22,92%
4	15	15,63%
1	6	6,25%
5	2	2,08%
No le dieron comida	22	22,92%
Total	96	100,00%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 5

Menores de 1 año, según tipo de alimentos que consume de 7 a 11 meses
Hospital La Paz
Septiembre 2013



Fuente: Elaboración Propia

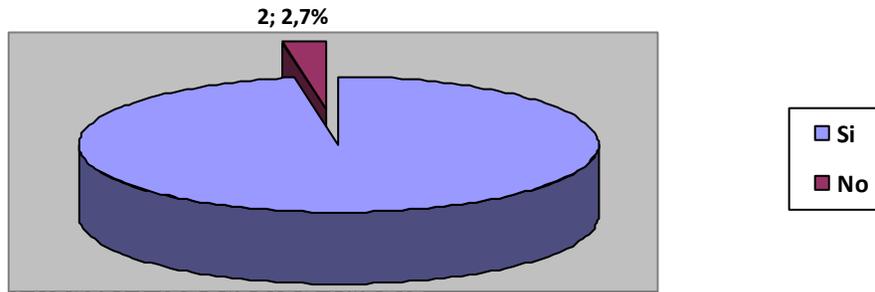
TABLA 13

Tiempos de comida en el día a niños menores de 1 año
Hospital La Paz
Septiembre 2013

11. b) Cuantas veces al día le da de comer al niño de 7 a 11 meses:	Frecuencia	Porcentaje
5	26	27,08%
3	22	22,92%
4	19	19,79%
2	5	5,21%
6	2	2,08%
Nunca comieron	22	22,92%
Total	96	100,00%

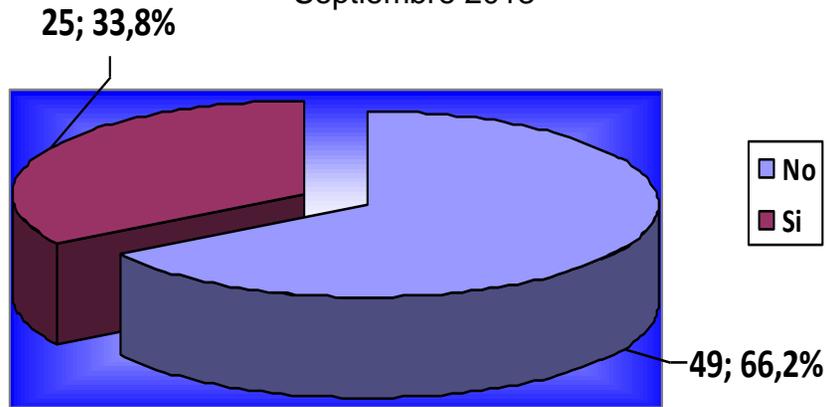
Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 6
Menores de 1 año que cuentan con plato, taza y cuchara propios
Hospital La Paz
Septiembre 2013



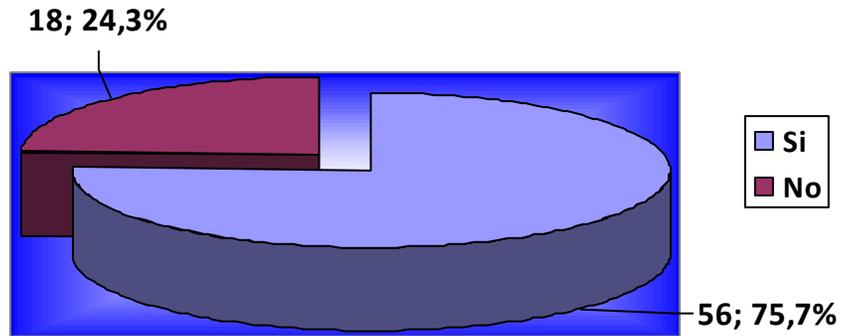
Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 7
Madres que preparan aparte la comida para el menor de 1 año
Hospital La Paz
Septiembre 2013



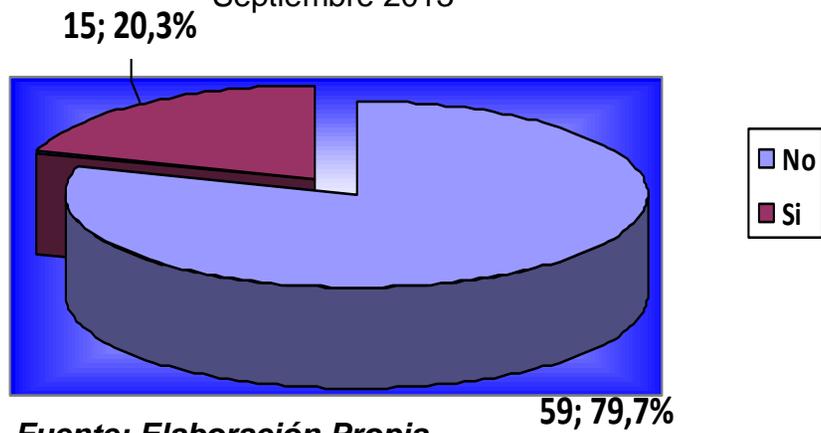
Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 8
Menores de 1 año que comen de la olla familiar
Hospital La Paz
Septiembre 2013



Fuente: Elaboración Propia

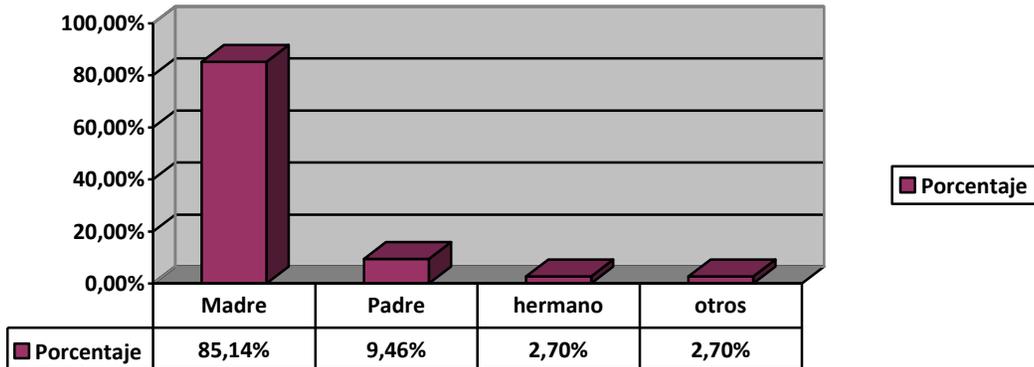
GRAFICO 9
Menores de 1 año, que comen solos
Hospital La Paz
Septiembre 2013



Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 10

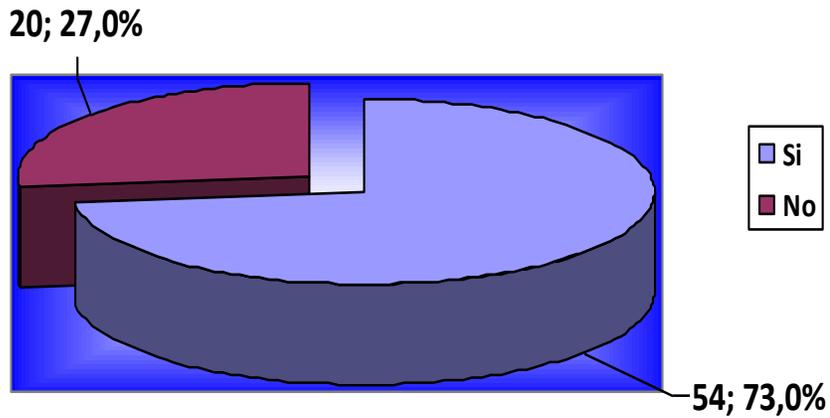
Persona que da de comer al menor de 1 año
Hospital La Paz
Septiembre 2013



Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 11

Influencia de la familia para la iniciación de la alimentación complementaria
Hospital La Paz
Septiembre 2013



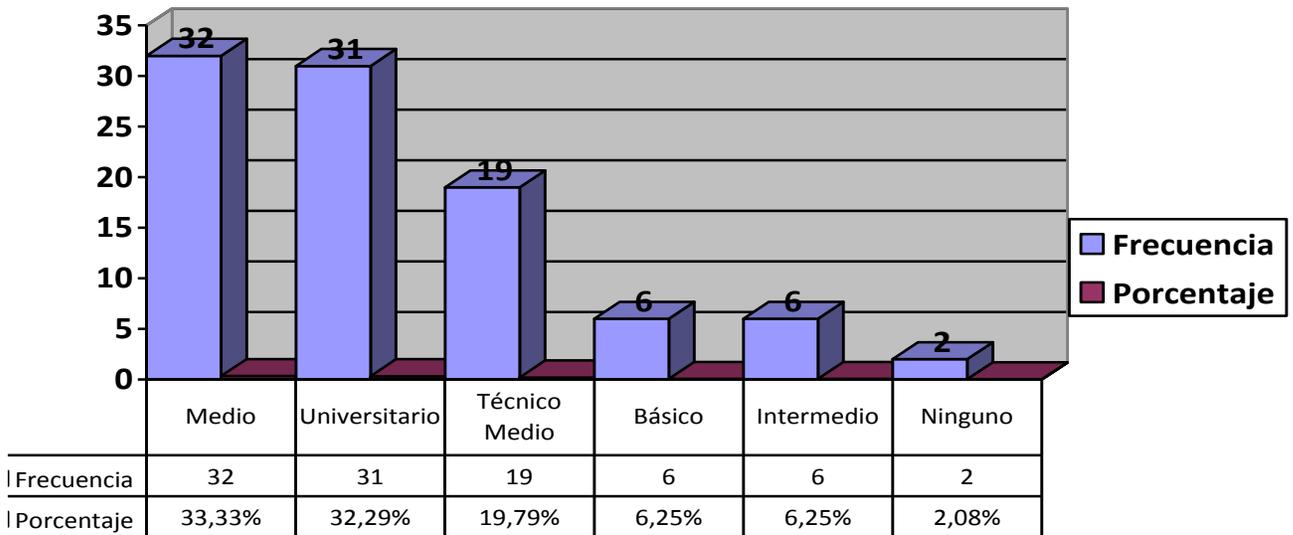
Fuente: Elaboración Propia

TABLA 14
 Edad de la madre, de niños menores de 1 año
 Hospital La Paz
 Septiembre 2013

EDAD DE LA MADRE	NUMERO DE MADRES	Porcentaje
< 20 años	7	7,29%
20 a 29 años	53	55,21%
30 a 40 años	35	36,46%
> de 40 años	1	1,04%
Total	96	100,00%

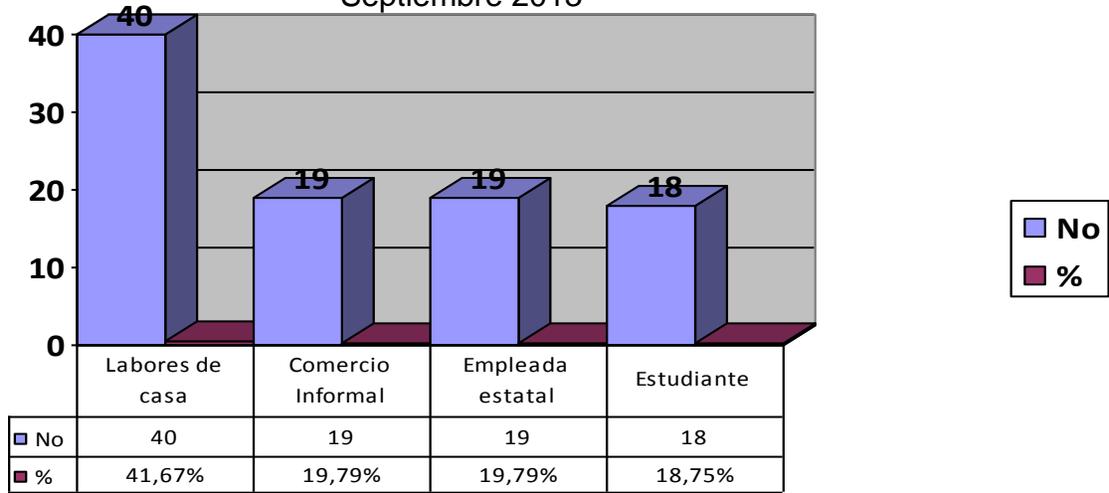
Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 12
 Madres según el grado de instrucción
 Hospital La Paz
 Septiembre 2013



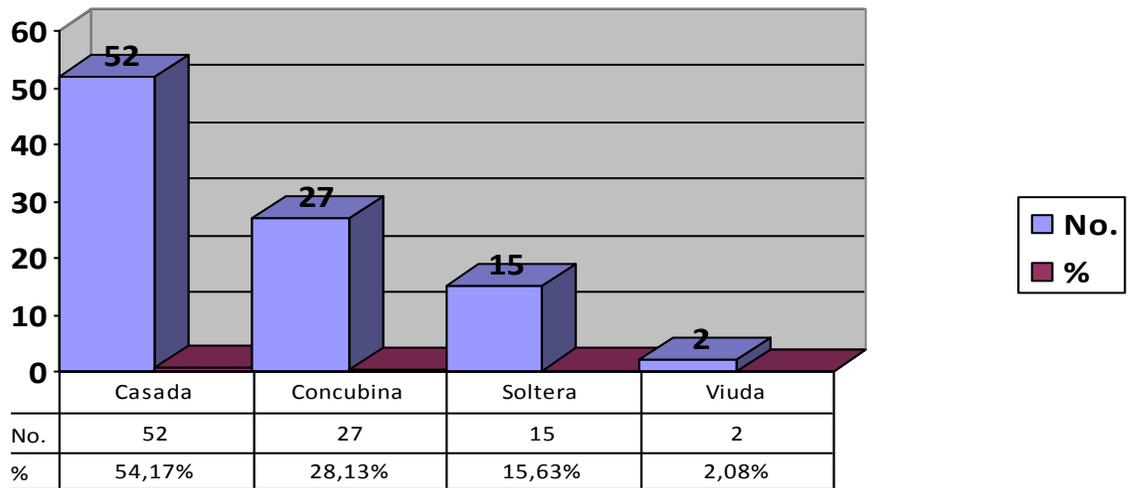
Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 13
 Madres, según ocupación
 Hospital La Paz
 Septiembre 2013



Fuente: Elaboración Propia

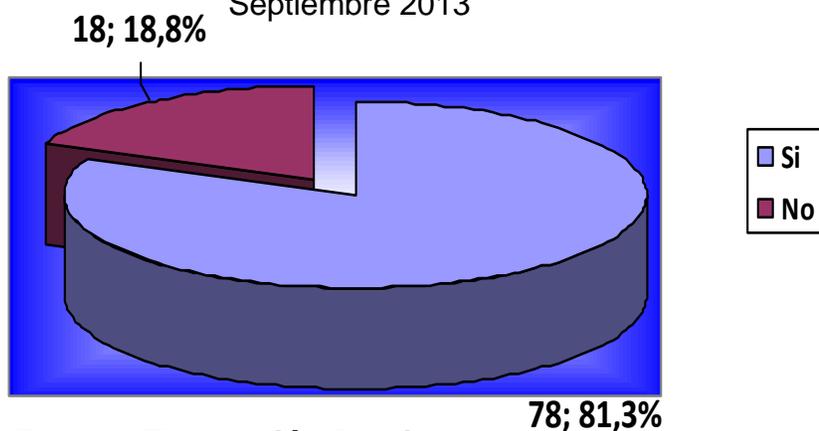
GRAFICO 14
 Estado civil de las madres
 Hospital La Paz
 Septiembre 2013



Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 15

Madres que afirman tener conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna
Hospital La Paz
Septiembre 2013



Fuente: Elaboración Propia

TABLA 15

Persona que le informo a la madre sobre la importancia de la lactancia materna
Hospital La Paz
Septiembre 2013

Quien?	Frecuencia	Porcentaje
ENFERMERA	22	28,21%
PEDIATRA	15	19,23%
MEDICO	6	7,69%
NUTRICIONISTA	6	7,69%
SUMI	6	7,69%
EL ESPOSO	2	2,56%
EL MEDICO EN LAS CONSULTAS PRENATALES	3	3,85%
EL PERSONAL DEL HOSPITAL EN EL PRENATAL	3	3,85%
FAMILIA (MAMA), PROYECTO AIEPI	2	2,56%
LA HERMANA MAYOR	2	2,56%
LOS DOCTORES	2	2,56%
MI MADRE	2	2,56%
MIS PADRES	2	2,56%
VECINOS Y AMIGOS	2	2,56%
NO RECIBIERON INFORMACIÓN	18	18,75%
Total	96	100,00%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 16
Madres informadas sobre la importancia de la alimentación complementaria
Hospital La Paz
Septiembre 2013

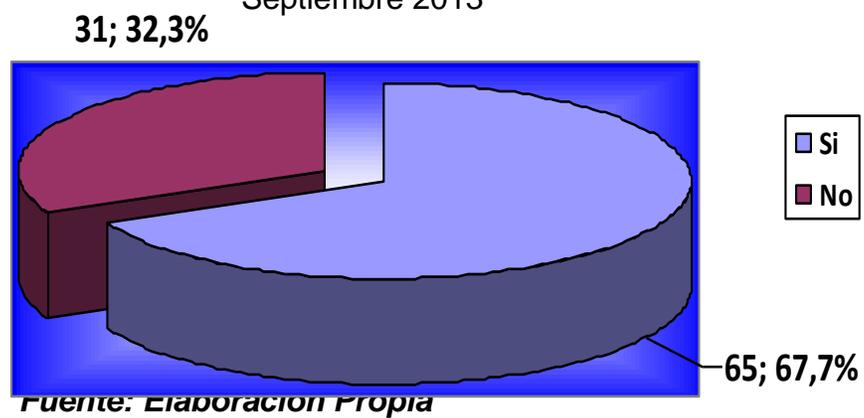


TABLA 16

Persona que informo a la madre acerca de la importancia de la alimentación complementaria
Hospital La Paz
Septiembre 2013

Quien informo?		
	No. Madres	Porcentaje
NO SABE NO RESPONDE /SIN DATO	31	32,29%
PEDIATRA	13	13,54%
ENFERMERA	9	9,38%
MEDICO	8	8,33%
SUMI	7	7,29%
NUTRICIONISTA	5	5,21%
A TRAVES DE REV. BIBLIOGRAFICA Y LAS AMIGAS DE TRABAJO	2	2,08%
EN LAS CONSULTAS PRENATALES EL MEDICO, LA ENFERMERA	2	2,08%
EN LAS CONSULTAS PARA EL PRENATAL	2	2,08%
FAMILIA (MAMA) PROYECTO AIEPI	2	2,08%
LA ENFERMERA DEL HOSPITAL	2	2,08%
LA ENFERMERA DURANTE EL PRENATAL Y LA NUTRICIONISTA DURANTE LA INTERNACION DURANTE PARA EL PARTO	2	2,08%
LA RADIO Y TELEVISIÓN	2	2,08%
LAS AMIGAS	2	2,08%
LOS DOCTORES	2	2,08%
MAMA	2	2,08%
MI FAMILIA	2	2,08%
NUNCA NADIE	1	1,04%
Total	96	100,00%

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 17
Lactancia materna exclusiva según nivel de instrucción de la madre
Hospital La Paz
Septiembre 2013

7. Hasta que edad le dio solo pecho	Hasta que curso estudió													
	ninguno		Básico		Intermedio		Medio		Técnico Medio		Universitario		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2	0	0	1	1,0%	1	1,0%	3	3,1%	4	4,2%	3	3,1%	12	12,5%
3	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	3	3,1%	5	5,2%	4	4,2%	13	13,5%
5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	9,4%	4	4,2%	5	5,2%	18	18,8%
6	0	0,0%	2	2,1%	2	2,1%	5	5,2%	5	5,2%	5	5,2%	19	19,8%
7	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	2	2,1%
8	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	3	3,1%	0	0,0%	3	3,1%	7	7,3%
9	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,1%	1	1,0%	2	2,1%	5	5,2%
10	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	3	3,1%	5	5,2%
11	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	5,2%	0	0,0%	4	4,2%	10	10,4%
Nunca	1	1,0%	1	1,0%	1	1,0%	1	1,0%	0	0,0%	1	1,0%	5	5,2%
TOTAL	2	2,1%	6	6,3%	6	6,3%	32	33,3%	19	19,8%	31	32,3%	96	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 18

Inicio de la alimentación complementaria con otra leche que no es materna según nivel de instrucción de la madre,
Hospital La Paz
Septiembre 2013

Hasta que curso estudió															
A partir de que edad comenzó a darle otra leche:	Ninguno		Básico		Intermedio		Medio		Técnico Medio		Universitario		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
0	1	1,0%	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,1%	
1	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,1%	1	1,0%	2	2,1%	5	5,2%	
2	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	2	2,1%	1	1,0%	1	1,0%	5	5,2%	
3	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	2	2,1%	2	2,1%	1	1,0%	6	6,3%	
4	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	1	1,0%	2	2,1%	1	1,0%	5	5,2%	
5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	3,1%	1	1,0%	2	2,1%	6	6,3%	
6	0	0,0%	1	1,0%	1	1,0%	6	6,3%	4	4,2%	7	7,3%	19	19,8%	
7	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	1	1,0%	0	0,0%	2	2,1%	
8	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	4,2%	0	0,0%	2	2,1%	6	6,3%	
9	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	1	1,0%	2	2,1%	
10	0	0,0%	2	2,1%	0	0,0%	2	2,1%	0	0,0%	1	1,0%	5	5,2%	
No le dieron otra leche	1	1,0%	3	3,1%	1	1,0%	8	8,3%	7	7,3%	13	13,5%	33	34,4%	
TOTAL	2	2,1%	6	6,3%	6	6,3%	32	33,3%	19	19,8%	31	32,3%	96	100,0%	

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 19

Edad del inicio de alimentación complementaria según nivel de Instrucción de la madre
Hospital La Paz
Septiembre 2013

Hasta que curso estudió															
A partir de que edad empezó a comer:	Ninguno		Básico		Intermedio		Medio		Técnico Medio		Universitario		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
3	0	0	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	2	2,1%	
5	0	0	0	0,0%	1	1,0%	2	2,1%	2	2,1%	0	0,0%	5	5,2%	
6	1	0,01	2	2,1%	0	0,0%	18	18,8%	10	10,4%	13	13,5%	44	45,8%	
7	0	0	0	0,0%	2	2,1%	3	3,1%	0	0,0%	6	6,3%	11	11,5%	
8	0	0	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	1	1,0%	3	3,1%	5	5,2%	
9	0	0	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	1	1,0%	3	3,1%	5	5,2%	
10	0	0	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	2	2,1%	
No le dieron comida	1	0,01	3	3,1%	2	2,1%	7	7,3%	4	4,2%	5	5,2%	22	22,9%	
TOTAL	2	0,02	6	6,3%	6	6,3%	32	33,3%	19	19,8%	31	32,3%	96	100,0%	

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 20
 Grado de instrucción de la madre y conocimientos sobre lactancia materna
 Hospital La Paz
 Septiembre 2013

CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA						
19. Hasta que curso estudió	Si		No		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	1	1,0%	1	1,0%	2	2,1%
Básico	4	4,2%	2	2,1%	6	6,3%
Intermedio	4	4,2%	2	2,1%	6	6,3%
Medio	24	25,0%	8	8,3%	32	33,3%
Técnico Medio	18	18,8%	1	1,0%	19	19,8%
Universitario	27	28,1%	4	4,2%	31	32,3%
TOTAL	78	81,3%	18	18,8%	96	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

TABLA 21
 Grado de instrucción de la madre y su conocimiento sobre alimentación complementaria
 Hospital La Paz
 Septiembre 2013

ALGUIEN LE HABLÓ SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA						
19. Hasta que curso estudió	Si		No		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	1	1.0%	1	1.0%	2	2.1%
Básico	2	2.1%	4	4.2%	6	6.3%
Intermedio	5	5.2%	1	1.0%	6	6.3%
Medio	18	18.8%	14	14.6%	32	33.3%
Técnico Medio	17	17.7%	2	2.1%	19	19.8%
Universitario	22	22.9%	9	9.4%	31	32.3%
TOTAL	65	67.7%	31	32.3%	96	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

IX. CONCLUSIONES

El inicio de la lactancia materna en la mayor parte de los niños fue ideal, la frecuencia de lactancia materna exclusiva es de tres a cuatro lactadas durante el día.

La duración de la lactancia materna exclusiva esta relacionada principalmente con el nivel de instrucción y con la edad de la madre ya que cuando la madre es muy joven o muy adulta la lactancia materna dura menos. Cabe hacer notar que en el caso de las prácticas alimentarias adecuadas, si bien una gran mayoría de las personas entrevistadas cumplen con las recomendaciones de la norma algunas no las ponen en práctica.

Corresponde hacer notar que con relación a las prácticas alimentarias, si bien una gran mayoría de las personas entrevistadas conocen la norma, algunas de estas no la cumplen.

Los alimentos mas frecuentes en el séptimo mes son, en la primera semana la papa, en la segunda semana la manzana, en la tercera semana las verduras (zapallo), y en la cuarta semana la carne de pollo.

Una condición para que la alimentación complementaria sea efectiva es el apoyo que brinda la familia, haciendo notar que en su gran mayoría las madres son las encargadas de dar de comer al niño y una gran minoría son los padres u otra persona del entorno familiar.

Al mismo tiempo la influencia que recibe de algún familiar u otra persona es bastante significativo estimulando a la madre para que pueda comenzar con la alimentación complementaria en forma oportuna y de acuerdo a las recomendaciones.

La mayoría de las entrevistadas tienen una relación estable y recibieron información sobre lactancia materna especialmente de personal de salud

Tanto la práctica de lactancia materna exclusiva como el inicio de la alimentación complementaria de acuerdo a normas están relacionados con el grado de educación y la edad de la madre.

X. RECOMENDACIONES

- Todo el personal de salud debe ser concientizado periódicamente sobre las ventajas de la lactancia materna y alimentación complementaria, para la socialización constante y oportuna.
- Introducir el tema de lactancia materna y prácticas de alimentación complementaria en los contenidos de los colegios públicos y privados para preparar de esta manera a las futuras madres y futuros padres, en coordinación con la gerencia de red en el área de influencia del Hospital La Paz.
- Mayor difusión de la ley N° 3460 Ley de fomento a la Lactancia Materna y comercialización de sucedáneos y su Reglamentación, promulgada el 15 de agosto de 2006, y Decreto Supremo No 0115 de 6 de Mayo de 2009, para que sea aplicada por todos los profesionales pensando siempre en el beneficio del menor de seis meses priorizando de esta manera la lactancia materna en todos los centros de salud públicos y privados.
- Implementar una estrategia de incentivo y mejora de la alimentación complementaria con la comunidad haciendo notar sobre las consecuencias de una alimentación inadecuada y deficiente, en coordinación con la Unidad de Salud de la Sub Alcaldía de la zona Max Paredes.
- Es importante y necesario realizar campañas masivas y constantes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva y la importancia de la alimentación complementaria, con propagandas en medios de comunicación oral y escrito.

- Mejorar los temas de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria en los programas educativos de los colegios estatales y privados, para que los y las adolescentes adquieran conocimientos básicos con relación a ésta temática tan importante para su futuro.
- Exigir a las instancias que forman personal en salud la concientización y sensibilización de los estudiantes acerca de la importancia de transmitir conocimientos relacionados con las dos temáticas.
- Solicitar al Ministerio competente mayor socialización del Documento Técnico Normativo: AIEPI NUT y AIEPI en su componente COMUNITARIO a través de personal de salud capacitado.

Difusión permanente de la Ley 3460, “Ley de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus sucedáneos”, para su aplicación por todos los profesionales del sector Salud.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. O.M.S., O.P.S., UNICEF. Lactancia materna. Contenidos Tecnicos para profesionales de la salud. UNICEF; 1993.
2. O.M.S., UNICEF. Manual de Consejeria en Lactancia Materna.
3. CURE, C. Revista de la Asociacion Colombiana. Vol. 11 N° 2. Junio 2002.
4. BIBLIOTECA NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS. Enciclopedia Médica en Español. 2005.
5. NAVARRO E. y Cols. Factores que influyen en el Abandono Temprano de la Lactancia por Mujeres Trabajadoras. Vol. 45 N° 4. Mexico; 2003.
6. UNICEF. Mujeres, Empleo y Lactancia Natural en Bolivia. 1995.
7. CABRERA, E. Abandono sobre la Lactancia Materna. Cuba; 1996.
8. COLUNGA, R. Estudio sobre Lactancia Materna. Nuevo León, Mexico.
9. CAMACHO, S. Duracion de la Lactancia Materna en Madres del Area Urbana y Rural. Bolivia; 1982.
10. ASCARRUNZ Q, E. Influencia de Algunos Factores Socioeconómicos y Maternos en el Tipo de Lactancia que recibe el Niño Menor de 6 meses y la Relacion con su Estado Nutricional y Presencia de Enfermedades. Bolivia; 1994.
11. ENDSA. Proyeccion de Reduccion de la Mortalidad Infantil/ Compromiso del Servicio Departamental de Salud Bolivia. Bolivia; 2003.
12. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. Tomemos la Iniciativa en Pro de los Niños. Nueva York, Estados Unidos; 1998.
13. JIMÉNEZ, M. Manual de Fomento para la Lactancia Materna. Bolivia, 1987.
14. I.N.E. Encuesta Nacional de Demografia y Salud. Bolivia; 1989.
15. O.M.S., UNICEF. Proteccion, Promocion y Apoyo de la Lactancia Natural. Ginebra; 1990.
16. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. Conocimientos, Actitudes y Practicas frente a la Lactancia Materna. Bolivia; 1986.
17. O.M.S., O.P.S. Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado. Washington D.C.; 2003.

18. AIEPI-NUT. Desnutrición Cero. Bolivia. 2007.
19. GUERRA DE MACEDA, CARLYLE MD. Oficina Sanitaria Panamericana. Boletín Nº 1. Vol. 104. 1988.
20. USAID PROYECTO LINKAGES. Nutrición en Bolivia: La Prioridad en la Lucha Contra la Pobreza. Washington D.C. 2000.
21. AGUILAR, A. M; MAZZI, E. Crecimiento Durante los Seis Primeros Meses de Vida en Niños con Lactancia Materna Exclusiva. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. Bolivia; 1992.
22. MONTAÑO, L.; POZO, G. Crecimiento, Desarrollo y Lactancia Materna. Participación Comunitaria. Bolivia; 1990.
23. LÓPEZ DE V. YLSE. Lactancia Materna - Peso - Diarrea - Desnutrición en el Primer Año de Vida. Oficina Sanitaria Panamericana. Panama; 1983.
24. POPKIN, BARRY M. Breast, Feeding and Diarrhea Morbidity. Filipinas; 1990.
25. GALVEZ V. C.; SMITH, D. Evidence for Protection by Breast Feeding Against Infant Deaths from Infections Diseases in Brazil. Brasil; 1987.
26. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. Conocimientos, Actitudes y Practicas frente a la Lactancia Materna. Bolivia; 1990.
27. VERA, R. Situación de la Lactancia Urbana en Bolivia. Bolivia; 1982.
28. DE LA GALVEZ MURILLO. Situación de la Lactancia Materna en Bolivia. Bolivia; 1984.
29. BARTOS, MIKLOS. Lactancia Materna. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. Volumen 30. 1991.
30. UNICEF. Mujer, Empleo y Lactancia Natural en Bolivia. Bolivia, 1995.
31. Boletín Informativo AIS- Metas del Milenio. Globalización, Seguridad Alimentaria y Lactancia Materna. Vol. 8 Nº 4. 2003.

XII. ANEXOS

"PRACTICAS ALIMENTARIAS Y FACTORES CONDICIONANTES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL LA PAZ"
SEPTIEMBRE 2008

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
GUIA DE ENTREVISTAS

Datos de la persona encuestada:

No.....

Nombre Completo:.....

1.- Encuestada: madre hermana otro especifique: _____

2.- Edad del niño: meses 3.- Sexo del niño: masculino femenino

3.- Sexo del niño:

4.- Inicio de la lactancia:
a) ½ hora b) 1 hora c) 3 horas d) 6 horas e) 12 horas f) mas de 12 horas

5.- Está lactando su niño: SI NO

6.- Cuantas veces al día le da de lactar día noche total

7.- Hasta que edad le dio solo pecho: meses nunca

8.- A partir de que edad comenzó a darle otra leche: meses

9.- A partir de que edad empezó a comer: meses

10.- Que alimentos dio a su niño (6 a 7 meses) al inicio de la alimentación complementaria.

a)

1ra Semana	2da Semana	3ra Semana	4ta Semana
Papa	Arroz	Zapallo	Carne de res
Camote	Maicena	Zanahoria	Pollo
Aceite	Plátano	remolacha	
Caldos	Manzana		
	Papaya		
	Sal		

b) Cuantas veces al día le da de comer al niño: veces

c) Cuantas cucharas en cada tiempo de comida: Cucharas

11.- Alimentos que consume el niño de 7 a 11 meses:

a)

Carnes:
Cereales y derivados:
Tubérculos:
Verduras:
Frutas:
Leguminosas:
Caldos:
Otros:

b) Cuantas veces al día le da de comer al niño: veces.

c) Cuantas cucharas come en cada tiempo de comida cucharas.

12.- El niño tiene plato, taza y cuchara propios para sus comidas SI NO

13.- Se prepara aparte la comida del niño SI NO

14.- Come de la olla familiar SI NO

15.- Come solo SI NO

16.- Quien le da de comer
a) Madre b) padre c) hermano d) otros

17.- Influyó su familia para iniciar la alimentación complementaria. SI NO

Datos de la Madre

18.- Cuantos años tiene.....

19.- Hasta que curso estudió
a) Ninguno b) Básico c) Medio d) Intermedio e) Técnico Medio f) Universitario

20.- Cual es su ocupación:
a) Labores de casa b) Trabajadora del hogar d) Estudiante e) Comercio Informal f) Empleada estatal

21.- Estado civil:
a) Casada b) Viuda c) Soltera d) Divorciada e) Concubina

22.- Alguien le habló sobre la importancia de la lactancia materna SI NO

23.- Quien?.....

24.- Alguien le habló sobre la importancia de la alimentación complementaria SI NO

25.- Quien?.....