



# Universidad Nacional

## De Loja

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**TEMA:**

**INFLUENCIA DEL DESTETE PRECOZ EN EL  
CRECIMIENTO DE LOS MENORES DE 5 AÑOS DE  
LA PARROQUIA YANGANA**

TESIS PREVIA A LA OBTENCION  
DEL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA

**AUTORA:**

*Kelly Maritza Iñiguez Delgado.*

**DIRECTORA:**

*Lic. Rosa Araujo A.*

**LOJA - ECUADOR**

*No todos ocupan los  
mejores puestos, sino  
los más preparados,  
aunque no sean genios.*

## CERTIFICACIÓN

Que el presente trabajo de tesis titulada "INFLUENCIA DEL DESTETE PRECOZ EN EL CRECIMIENTO DE LOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA PARROQUIA YANGANA", de autoría de KELLY MARITZA INIGUEZ DELGADO, previo a la obtención del título licenciada en enfermería, ha sido orientado, dirigido y revisado bajo mi dirección, tanto en su forma como en su contenido, de conformidad con los requerimientos institucionales y luego de haber sido revisado prolijamente autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el respectivo tribunal de grado.

Loja Noviembre del 2013

Atentamente



Lic. Rosa Araujo



## AUTORÍA

Yo Kelly Maritza Iñiguez Delgado, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos por el contenido de la misma.

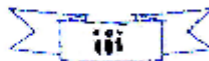
Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Kelly Maritza Iñiguez Delgado



Fecha: 02-12-2013.

CC: 1104737869.



## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Kelly Maritza Iñiguez Delgado declaro ser autora de la tesis titulada "INFLUENCIA DEL DESTETE PRECOZ EN EL CRECIMIENTO DE LOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA PARROQUIA YANGANA", como requisito para optar el grado de licenciada en enfermería, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los dos días del mes de diciembre del 2013, firma el autor.

Firma: 

Autor: Kelly Maritza Iñiguez Delgado

Cc: 1104737869

Dirección: La Argelia Correo electrónico kelymari123@gmail.com

Teléfono: 2545673 Celular: 0993556126

### DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis:

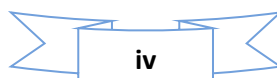
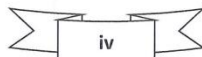
Lic. Rosa Araujo Álvarez

Tribunal de grado:

Lic. Mg. Beatriz Cobos Morales

Lic. Mg. Rosa Rojas Flores

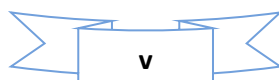
Lic. Mg. Katy Lemache Arboleda



# DEDICATORIA

Primeramente a Dios por haberme prestado vida, salud y la oportunidad de llegar a cumplir mi meta, además de su infinita bondad y amor. A mis padres, que guiaron sabiamente mi camino y en cada momento me han brindado su cariño, consejos, valores y motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, dándome ejemplos de superación y entrega. A mi querido esposo, quien con su esfuerzo, confianza y apoyo incondicional, me impulso para hacer realidad mi sueño, gracias a todos ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron brindándome apoyo en los momentos más difíciles de mi carrera, a todos aquellos que ayudaron directa o indirectamente a realizar este documento.

A mis docentes de la carrera de enfermería que fueron más que un libro abierto lleno de enseñanzas, quienes que con sus sabios conocimientos, apoyo y motivación incondicional contribuyeron a la culminación de nuestros estudios profesionales, a mi directora de tesis por haberme transmitidos los conocimientos obtenidos y haberme llevado pasó a paso hasta la culminación de este trabajo.



# AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja y su Carrera de Enfermería, por brindarme la oportunidad de formarme en sus conocimientos que me permitirán desenvolverme como una buena profesional en el campo de la salud.

Un agradecimiento muy sincero a Dios a mis padres y familiares quienes con su confianza y apoyo incondicional me ayudaron para seguir adelante y ver realizadas mis aspiraciones.

A mis maestras por haberme impartido sus sabios conocimientos y han sido mi guía y apoyo durante toda mi carrera. De manera muy especial agradezco a la Lic. Rosa Araujo Álvarez maestra, guía y directora de tesis, por brindarme su valioso tiempo apoyo y orientación para el desarrollo y culminación de éste trabajo.

Al director de la Escuela Fiscal Mixta “Fray Vicente Solano”, la directora del MIES y moradores de la parroquia Yangana, a todos quienes han colaborado y facilitado la realización de esta tesis

# TITULO

***INFLUENCIA DEL DESTETE PRECOZ EN EL  
CRECIMIENTO DE LOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA  
PARROQUIA YANGANA***

## RESUMEN

La lactancia materna es un proceso único para el niño, porque proporciona la alimentación ideal y los nutrientes necesarios de acuerdo a la edad y requerimientos para un crecimiento saludable. Por ello es fundamental que el destete se inicie en el momento oportuno. Cuando el niño/a recibe alimentos diferentes a la leche materna antes de que su organismo esté preparado para asimilarlo, puede provocarle trastornos digestivos, alergias, intolerancias a los alimentos, diarreas infecciosas etc. Una situación muy frecuente que determina la necesidad de iniciar el destete antes de lo habitual está relacionada con la situación laboral de la madre, ya que trabajan más de 8 horas diarias fuera del hogar, lo cual no permite que el niño/a reciba una lactancia óptima. Por tal motivo se realizó el presente estudio titulado **“INFLUENCIA DEL DESTETE PRECOZ EN EL CRECIMIENTO DE LOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA PARROQUIA YANGANA”** cuyo objetivo es establecer la correlación que existe entre los factores que influyen en el destete precoz y la calidad del crecimiento en los niños y niñas menores de 5 años de la parroquia de Yangana, cuyos resultados orientarán a la formulación e implementación de una propuesta educativa tendiente a concientizar sobre la importancia de la lactancia materna; tomando como muestra 80 madres con niños/as menores de 5 años.

Se determinó que el 20% de las madres destetaron a sus niños/as antes de los 6 meses, el 92,5% de las madres recibieron información en diferentes puestos de salud y un 7,5% no recibieron información en ningún lugar

El 8,75% de los niños/as está con talla alta y el 7,5% con riesgo de sobrepeso, el cual podemos relacionar con el destete precoz, un 7,5% de niños se encuentran con baja talla para la edad y un 5% de niños/as con bajo peso.



## SUMMARY

Breastfeeding is a unique to the child process, because it provides ideal nutrition and nutrients according to the age and requirements necessary for healthy growth. For this reason it is essential to start weaning at the right time. When the child receives food other than breast milk until your body is ready to assimilate it, it may cause digestive disorders, allergies, intolerances to foods, infectious diarrhea etc.

A very common situation that determines the need to begin weaning earlier than usual is related to the employment situation of the mother, since they work more than 8 hours per day outside the home, not allowing the child to receive optimal breastfeeding.

That is why was this study entitled "influence of early WEANING on growth of children under 5 years in the parish YANGANA" whose objective is to establish the correlation between factors that influence the early weaning and the quality of growth in children under 5 years in the parish of Yanganawhose results will guide the formulation and implementation of an educational proposal aimed to raise awareness about the importance of breastfeeding; taking as sample 80 mothers with children under 5 years old.

It was determined that 20% of the mothers was weaned their children before 6 months, 92.5 per cent of mothers received information in different health centers and a 7.5% did not receive information anywhere.

8.75% Of the children is at risk of high stature and 7.5% with risk of weight, which we can relate to the early weaning, 7.5% of children are with low height-for-age and 5% of children with low weight.

# INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un proceso único para el infante, porque le proporciona la alimentación ideal y los nutrientes necesarios de acuerdo a la edad y a los requerimientos para un crecimiento saludable. Reduce la incidencia de enfermedades infecciosas, disminuye la morbilidad y mortalidad infantil, proporciona al niño mayor resistencia a enfermedades infecciosas y rara vez causa problemas alérgicos. Además la madre y su hijo tienen mayor gratificación emocional y establece mayor vínculo afectivo, lo cual proporciona beneficios sociales y económicos a la familia, sociedad y se disminuye el riesgo de maltrato infantil en relación con los niños no amantados. Según la UNICEF y la Organización Mundial de la Salud, todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente a pecho desde el nacimiento hasta los seis meses de edad. Posteriormente deben seguir siendo amamantados, recibiendo al mismo tiempo alimentos complementarios apropiados y en cantidades suficientes, hasta los dos años de edad o más.<sup>1</sup>

El abandono temprano de la lactancia materna (Destete Precoz) se asocia con un aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad en el lactante, siendo éste uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Lamentablemente, existen circunstancias esporádicas en las que la madre no puede dar de lactar a su hijo. Estas condiciones son: bebé abandonado, muerte de la madre, madre con VIH-SIDA, enfermedad grave de la madre, utilización de algunos medicamentos o drogas intravenosas.<sup>2</sup>

Los niños/as alimentados con fórmula crecen más lentamente que los amamantados durante los primeros meses de vida, y un poquito más rápidamente en meses posteriores de su primer año de vida. Por ello el patrón de crecimiento de los niños alimentados al pecho no es igual al de los niños

---

<sup>1</sup> Destete en niños, disponible en: <http://www.zonapediatrica.com/lactancia/el-destete.html>. revisado 12-02-2013.

<sup>2</sup> Lactanciamaterna, disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_3\\_99/mgi10399.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi10399.htm) revisado 12-02-2013.

alimentados con fórmula. Los dos a tres primeros meses los niños alimentados al pecho crecen más rápidamente este ritmo se reduce alrededor de los cuatro meses, y termina cayendo por debajo del niño alimentado con biberón entre los seis y doce meses. Este hecho era interpretado como un enlentecimiento en la curva de crecimiento del niño, pero esto no es correcto, ya que ese es el ritmo normal de crecimiento de los niños alimentados naturalmente.<sup>3</sup>

Dentro de los factores que influyen en la declinación de la lactancia materna se encuentran, por un lado, la incorporación de la mujer al trabajo y la incertidumbre de la embarazada hacia la lactancia, la desinformación del personal de la salud con respecto al tema y las prácticas hospitalarias que promueven tanto el distanciamiento madre-hijo/a inmediatamente después del parto. La información que la madre recibe y su nivel de instrucción, los conocimientos creencias y actitudes son factores que influyen de manera decisiva en el tiempo que la madre decide amamantar a su hijo/a.<sup>4</sup>

Analizando cada uno de los problemas que se producen en el crecimiento y desarrollo por la falta de lactancia se ve la necesidad estudiar más a fondo y plantear el siguiente problema: ¿Qué factores influyen en el destete precoz de niños y niñas menores de 5 años en la parroquia Yangana del Cantón Loja, 2012-2013; con el objetivo general de Establecer la correlación que existe entre los factores que influyen en el destete precoz y la calidad del crecimiento en los niños y niñas menores de 5 años de la parroquia de Yangana, cuyos resultados orientarán a la formulación e implementación de una propuesta educativa tendiente a concientizar sobre la importancia de la lactancia materna, con los objetivos específicos. Correlacionar el tipo de crecimiento de niños y niñas con la práctica del destete precoz. Identificar los factores que influyen en el destete precoz. Construcción de una propuesta educativa para difundir los beneficios la lactancia

---

<sup>3</sup>Patrón de crecimiento de niños amamantados, disponible en: [http://www.fmed.uba.ar/fundalac/tips/patro\\_am.htm](http://www.fmed.uba.ar/fundalac/tips/patro_am.htm).revisado 03-03-2013.

<sup>4</sup> MORÁN RODRÍGUEZ, Manuel. Prevalencia y duración de la lactancia materna. en: <http://www.hospitalmetropolitano.org/es/noticia.php?ref=17%3A0%2C52%3A0%2C117%3A26>, revisado 12-4- 2013

El estudio fue de tipo Descriptivo Transversal, el cual se lo realizó en un tiempo y va describir datos y características de la población en estudio, las técnicas para la recolección de datos se aplicó una encuesta a las madres la misma que consta de 12 preguntas a demás se tomó las medidas antropométricas a los niños de 1 a 5 años, los mismos que fueron captados en la escuela (“Fray Vicente Solano”), en las reuniones de grupo en el MIES (Ministerio de Inclusión Social y Económica) y en cada uno de los hogares de las madres en donde habita un niño/a menor de 5 años

# REVISIÓN DE LITERATURA

## 1. LACTANCIA MATERNA

**1.1. Concepto.-** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como la ingesta de leche materna lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.<sup>5</sup>

### 1.2. Cuando iniciar la lactancia materna

La lactancia materna se debe iniciar inmediatamente después del parto si es posible en lugar donde se dio el parto para establecer una relación estrecha entre la madre y el recién nacido.

El principal estímulo que induce a la producción de leche es la succión, por lo tanto cuantas veces la madre le brinde el pecho y cuanto mejor se vacíe este, más leche produce. La cantidad se ajusta a lo que el niño necesita y a las veces que vacía el pecho durante todo el día. También varía de acuerdo a las necesidades del niño ya que durante los primeros días, la leche es más amarillenta y contiene mayor cantidad de proteínas y sustancias anti infecciosas; posteriormente aparece la leche más madura, cuyo aspecto puede aparecer más “aguado” sobre todo al principio ya que es hacia el final de la misma cuando va aumentando su contenido de grasa.<sup>6</sup>

### 1.3. Importancia

La leche materna contiene a su vez Inmunoglobulina A (IgA), Inmunoglobulina G (IgG ) e Inmunoglobulina (IgM) y la principal es la Inmunoglobulina AS, cuya

---

<sup>5</sup> MORÁN RODRÍGUEZ, Manuel. Prevalencia y duración de la lactancia materna. en: <http://www.hospitalmetropolitano.org/es/noticia.php?ref=17%3A0%2C52%3A0%2C117%3A26>, revisado 12-4- 2013.

<sup>6</sup>CAÑAMERO, Sara. Lactancia Materna exclusiva, disponible en: <http://www.medicos.sa.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%20080113/LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA>, revisado 12-4- 2013.

función consiste en proteger las mucosas y proporcionar protección local intestinal contra poliovirus, Escherichia coli, capaces de enfermar a los niños.

La Inmunoglobulina G y la Inmunoglobulina M protegen contra virus sincitial respiratorio como el citomegalovirus, la rubéola, entre otros. La lactoferrina que contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño, tiene efecto bacteriostático importante contra estafilococos, Escherichia coli, Cándida albicans mediante la privación del hierro que requieren para su crecimiento, además estos niños amamantados no padecen de anemia por la concentración de este vitamínico contenido en la leche materna, por tanto enferman con menos frecuencia.<sup>7</sup>

#### **1.4. Pasos para una lactancia exitosa**

- 1.- Disponer de una política relativa a la lactancia materna.
- 2.- Capacitar al personal de salud para que ponga en práctica esa política.
- 3.- Informar a todas embarazadas de los beneficios de la lactancia.
- 4.- Iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.
- 5.- Mostrar a las madres como se debe de dar de lactar a los niños.
- 6.- No dar al niño ninguna otra bebida.
- 7.- Facilitar la convivencia de la madre y el niño durante las 24 horas del día.
- 8.- Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño lo pida.
- 9.- No dar a los niños chupones artificiales.
- 10.- Fomentar el establecimiento de grupos de lactancia natural.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup>CASTILLO, Juan. RODRIGUEZ, Raul, Lactancia Materna e Inmunidad, disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192009000400013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192009000400013&script=sci_arttext). versión IS SN1029-3019MEDISAN v.13 n.4 Santiago de Cuba jul.-ago. 2009 revisado, 13-4- 2013.

<sup>8</sup> MSP Guía Práctica para la Buena Lactancia, Cap 9, 2009. pág. 94.

#### **1.4. Calidad nutricional de la leche materna**

El contenido en nutrientes de la leche materna cambia los primeros días después del nacimiento de calostro a lo que se denomina leche madura, así como a lo largo del día e incluso en la misma tetada. El aporte dietético y el estado nutricional de la madre también influyen en el perfil nutricional de la leche materna.

La cantidad y los tipos de proteínas de la leche materna se ajustan a las necesidades de los niños. El contenido de la leche materna es de un 70% de suero y un 30% de caseína. La lactoalbúmina que es la principal proteína de la leche materna forma parte de la fracción de suero y los tractos gastrointestinales inmaduros del bebé puede digerirla con facilidad. Otras proteínas del suero fijan el hierro y evitan el crecimiento de bacterias perjudiciales que requieren hierro. Los anticuerpos de la madre son proteínas adicionales de la leche que ayudan a evitar infecciones, mientras que el sistema inmunológico del bebé siga sin estar completamente desarrollado. Algunas proteínas mejoran la absorción de hierro. La galactosa es importante para el desarrollo de del sistema nervioso, la lactosa proporciona energía y promueve el desarrollo de bacterias beneficiosas y ayuda a la absorción del calcio.

Las grasas ayudan al rápido crecimiento durante el primer año de vida. La leche materna también es rica en colesterol, lo que fomenta el rápido crecimiento y desarrollo del cerebro y el sistema nervioso.

La leche, materna continúa cambiando a medida que el bebé crece y se desarrolla y a su vez por si sola es suficiente para el crecimiento del niño durante el primer semestre de vida y a medida que se va introduciendo alimentos sólidos la leche sigue siendo la fuente principal de mayor calidad para el niño.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> THOMPSON, Janice. MAMORE, Melinda, Nutrición en el ciclo vital, Capítulo 17, España, .2008, pág. 728-729.

## **1.5.- Contraindicaciones de la lactancia materna**

Incluyen situaciones que pueden poner a la madre o al hijo en riesgos de enfermedad y que por lo tanto se recomienda no lactar en tales circunstancias.

### **Contraindicaciones Absolutas.**

- VIH- Sida en la madre.
- Galactosemia.
- Ciotóxicos e inmunosupresores.
- Compuestos Radiactivos.
- Drogas ilegales.
- Aspirina, Codeína, Litio, cloranfenicol, quinolonas, ciprofloxacino.
- Alcohol.
- No consumir exceso: café, Chocolate, té, bebidas gaseosas.

## **1.6. Factores que influyen en el éxito de la lactancia materna exclusiva**

- Preparación adecuada de la madre y la familia en la técnica de la lactancia materna.
- Apego inmediato, después del parto.
- Lactancia materna a libre demanda.
- Apoyo familiar y social a la madre que lacta.
- Evaluación sistemática del crecimiento y desarrollo del niño.
- Atención adecuada al estado nutricional de las gestantes y madres que lactan.<sup>10</sup>

## **1.7. Ventajas de la lactancia materna**

### **1.7.1. Ventajas para el niño.**

#### **1.7.1.1. Ventajas para el sistema gastrointestinal y renal**

- Baja carga de solutos.
- Presencia de lipasa estimulada por sales biliares que ayuda a la digestión intestinal de las grasas.

---

<sup>10</sup> MSP, Normas de Atención a la niñez, Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 2010, pág. 36, 37 y 42



- Mayor vaciamiento gástrico.
- Mejor absorción de las grasas.
- Impide el desarrollo de gérmenes patógenos a nivel intestinal.
- Permite que el aparato digestivo se desarrolle con rapidez.
- Disminuye la incidencia de cólicos y diarreas en los niños.
- Disminuye la frecuencia de caries dentales.
- Fácil digestión.
- Previene la desnutrición.
- Contiene la lactoferrina que transporta el hierro.

#### **1.6.1.3. Ventajas para el sistema inmunológico**

- Disminuye la frecuencia de las infecciones de las vías respiratorias, la otitis media y otras infecciones, así como las defunciones causadas por estas enfermedades.
- Disminuye la incidencia de muerte súbita.
- Ayuda a la rápida recuperación de las enfermedades.

#### **1.6.1.4. Ventajas Psicológicas**

- Favorece la relación afectiva entre madre e hijo.
- Produce un beneficio psicológico para la madre, el hijo y la familia.
- Produce mayor desarrollo socioemocional y psicomotor del niño.
- Permite un mejor crecimiento, desarrollo intelectual y motor.
- Fomenta la auto dependencia en el niño.
- El niño es más sociable y menos agresivo.

#### **1.6.1.5. Otras ventajas**

- Minimiza el riesgo de cáncer infantil, diabetes, obesidad.
- Disminuye la tendencia de abuso infantil.
- Está disponible las 24 horas del día.
- Es más higiénica y estéril.
- Tiene la temperatura adecuada, la composición ideal y completa para cada momento, además contienen todos los elementos nutritivos.
- Se produce la cantidad justa y necesaria.

- Disminuye la frecuencia de hospitalizaciones y consultas médicas.
- No deja residuos ni desperdicios.<sup>11</sup>
- En la edad adulta protege de la presión arterial elevada, altos niveles de colesterol y enfermedades en los intestinos (Chron y colitis ulcerosa).<sup>12</sup>

### 1.6.2.- Ventajas para la madre

- Disminuye la incidencia de cáncer de mama y de ovarios, así como disminuye el riesgo de osteoporosis.
- Retarda el restablecimiento de la menstruación y la posibilidad de un nuevo embarazo.
- Reduce la aparición de hemorragias luego del parto.
- Reduce la depresión postparto de la madre.
- Amamantar produce en el cuerpo de la mujer una hormona que inhibe el desarrollo folicular y la ovulación, y ayuda a que el útero vuelva a su forma y tamaño original.
- Ayuda a perder el peso ganado en el embarazo.
- Ahorra tiempo y dinero. Tiempo, pues no tiene que calentar la leche ni preparar el biberón. y dinero pues la leche materna es gratuita.<sup>13</sup>

### 1.6.3. Ventajas para la familia

La lactancia materna ayuda a que la familia sea más feliz y unida porque través de ella podemos tener los siguientes beneficios:

- Menos llanto.
- Menos gastos.
- Más amor familiar.

---

<sup>11</sup>Lactancia materna; Desarrollo Infantil, disponible en: [scielo.sld.cu](http://scielo.sld.cu); ↑ *Lactancia Materna y desarrollo psicomotor* 2013, Editorial Ciencias Médicas, revisado 12-2-2013.

<sup>12</sup>Beneficios de la Lactancia Materna, disponible en:<http://barazoyparto.about.com/od/Postparto/a/10-Beneficios-De-La-Lactancia-Materna-Para-El-Bebe.htm>, revisado 3-3-2013.

<sup>13</sup>Ventajas de la Lactancia Materna, disponible en:<http://maternidad-lactancia.blogspot.com/2008/01/ventajas-para-la-madre.html>, revisado 3-3-2013.

#### **1.6.4. Ventajas para la sociedad**

- Menos enfermedades y menos muerte infantil.
- Protege al medio ambiente, al haber menos residuos.
- La madre no interrumpirá la lactancia al realizar otras labores (hervir el agua y preparar el biberón )
- Mayor ahorro en el país debido a menos gastos en salud y medicamentos.
- Mejor desarrollo intelectual del niño lográndose a futuro mayor productividad en el país.<sup>14</sup>

## **2. DESTETE PRECOZ**

### **2.1. Concepto**

Es un proceso que consiste en la discontinuación de la lactancia antes de los 6 meses de edad, lo que implica que el lactante no reciba los nutrientes necesarios que aporta la leche materna.

### **2.2. Inicio del destete**

El signo más importante es el período que coincide con la dentición que en general se da a los 6 meses de edad. El niño entra en una etapa en que llora por hambre a toda hora, manifestando la necesidad de recibir mayor cantidad de alimentos. Si esta situación coincide con la aparición de los dientes, no conviene aumentar la ingesta de leche, sino de agregar nuevos alimentos a su dieta, a partir de los seis meses de edad.

### **2.3. Edad del destete**

Es de fundamental importancia que el destete se inicie en el momento oportuno las consecuencias de hacerlo muy precozmente o demasiado tarde suelen acarrear problemas al bebe. Cuando él bebe recibe alimentos diferentes a la leche materna antes de que su organismo esté preparado para asimilarlos, puede provocarle trastornos digestivos, alergias, intolerancias a los alimentos, diarreas infecciosas.

---

<sup>14</sup> GARCÍA, Gabriela. Ventajas de la lactancia materna, Comisión Nacional de Lactancia Materna, Chile, 2009

Otros determinantes de la edad adecuada del destete son la maduración fisiológica de las funciones gastrointestinales y renales.

No se puede precisar una edad ideal para comenzar el proceso del destete. Todos los niños son diferentes y cada uno tiene su ritmo de crecimiento y maduración que le son propios. Como la dentición puede aparecer a los 4 ó 10 meses, la marcha independiente entre los 12 y 18 meses, tampoco se puede establecer una edad precisa para comenzar el destete. Una situación muy frecuente que determina la necesidad de iniciar el destete antes de lo habitual está relacionada con la situación laboral de la madre. A veces es muy difícil conciliar el amamantamiento prolongado con una madre que trabaja más de 8 horas diarias fuera de su hogar.

#### **2.4. Factores que influyen en el destete.**

Dentro de los factores que influyen en la declinación de la lactancia materna se encuentran, por un lado, la incorporación de la mujer al trabajo y la incertidumbre de la embarazada hacia la lactancia, la desinformación del personal de la salud con respecto al tema y las prácticas hospitalarias que promueven tanto el distanciamiento madre-hijo/a inmediatamente después del parto. La información que la madre recibe y su nivel de instrucción, los conocimientos creencias y actitudes son factores que influyen de manera decisiva en el tiempo que la madre decide amamantar a su hijo/a.<sup>15</sup>

#### **2.5. Proceso del destete**

**Proceder gradualmente.-** Hacer gradualmente y de manera casi imperceptible.

**Acortar la duración de las amamantadas.-** Si estuviera por amamantarlo en diez minutos, comience a acortar el tiempo a nueve, luego a ocho minutos y así sucesivamente.

**Comenzar a dejar de darle de mamar una vez.-** Si antes le daba tres o cuatro debe ir disminuyendo cada vez una más hasta que deje de amantar por completo.

---

<sup>15</sup>Destete y ablación, disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmc3131a/doc/fmc3131a.pdf>, revisado 3-2-2013.

**Ofrecer el pecho sólo cuando lo pida.-** Podría comenzar a intentar una vez que tanto la madre como el bebé se estuvieran sintiendo cómodos con el proceso de destete, y podría hacerlo en las etapas finales del mismo.

**Retrasar los horarios y distraerlo/a.** Dígale suavemente que le dará el pecho más tarde, por la noche, antes de irse a la cama a dormir. Luego, vuelva a distraer su atención. Asegúrese de darle juguetes o suplementos que lo distraigan.

**Reemplazar el vacío.-** Cuando comience a destetar al niño, cerciórese de tener mucho contacto piel a piel con su hijo/a y de pasar mucho tiempo relacionándose e interactuando con él/ella. <sup>16</sup>

## 2.6. Fisiología del destete

El proceso fisiológico del destete es complejo e involucra ajustes tanto biológicos como bioquímicos, nutricionales y psicológicos tanto para la madre como para el niño.

Cambios en la composición de la leche materna Durante el proceso del destete, la composición de la leche materna se va ajustando para cubrir las necesidades del bebé en crecimiento de tal manera que, aunque el volumen disminuye, la cantidad de nutrientes necesarios y la protección inmunológica permanecen.

La grasa, el hierro y las proteínas también se incrementan mientras que los niveles de calcio permanecen iguales y los de zinc se disminuyen.

La concentración de los niveles inmunológicos se mantiene durante el destete gradual, sin embargo cuando hay un destete brusco estos niveles se incrementan rápidamente. <sup>17</sup>

---

<sup>16</sup>Destete en niños, disponible en: [http://espanol.pregnancy-info.net/lactancia\\_y\\_destete.html](http://espanol.pregnancy-info.net/lactancia_y_destete.html), revisado 4-2-2013

<sup>17</sup>Fisiología del Destete disponible en: <http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=9216>, revisado 12-2-2013.

## **2.7. Precauciones que debe tomar la madre**

Es de fundamental importancia que el destete se inicie en el momento oportuno. Las consecuencias de hacerlo muy precozmente o demasiado tarde suelen acarrear problemas al niño.

Cuando el niño recibe alimentos diferentes a la leche materna antes de que su organismo esté preparado para asimilarlos, puede provocarle trastornos digestivos, alergias, intolerancia a los alimentos y también diarrea infecciosa. Igualmente, el retraso de la incorporación de alimentos diferentes a la leche en la dieta del bebé, provoca desnutrición, porque la leche materna no basta para satisfacer los requerimientos para un crecimiento adecuado.

Es muy importante comprender que el destete es un proceso de adaptación del niño, no sólo en el aspecto nutricional, sino también en lo emocional y en lo social. Constituye un paso fundamental en la conquista de la independencia con relación a su madre y también en su integración al medio que lo rodea. Debe realizarse en forma lenta y cuidadosa y evitar cambios bruscos que puedan atentar contra su bienestar físico y emocional.

Si la madre se encuentra en las condiciones óptimas de salud y con una vida tranquila, podrá prolongarse la lactancia. En cambio si la madre tiene problemas nutricionales, agotamiento físico o está sometida a un estrés importante, se impone la necesidad de complementar la lactancia con otros alimentos antes de lo habitual.

## **2.8. Alimentación en el destete**

Se recomienda empezar con los alimentos de fácil digestión como el puré de banana y compotas de manzana procesada, dándoles únicamente unas cucharaditas los primeros días, si él bebe tolera sin ningún tipo de trastornos digestivos se va aumentando la cantidad hasta llegar a una tasa.

Es importante agregar los alimentos nuevos uno a uno por tres días consecutivos para evaluar la aceptación y tolerancia. Cada país tiene sus

propias costumbres para la alimentación de sus bebés pero lo más importante es que la dieta sea balanceada lo que permitirá un correcto crecimiento.<sup>18</sup>

## **2.9. Tipos de destete**

Primero que nada es conveniente recordar que la producción de leche básicamente depende de la frecuencia con que se vacíe la glándula mamaria, por lo tanto, entre más seguido se alimente un niño, más leche se producirá. Cuando vamos a destetar trabajaremos en sentido inverso, espaciaremos la frecuencia con que se vacía la glándula y así poco a poco se disminuirá la producción de leche.

### **2.9.1. Destete natural**

Es natural cuando el destete se hace por iniciativa del hijo. Hay algunos niños que dejan el pecho de forma radical, sin que coincida con ninguna cosa en particular. Otros van dejando de tomar poco a poco, se saltan tomas y piden otras cosas en su lugar.

Lo mejor es que el destete se dé en forma lenta y gradual, para que tanto la madre como el bebé aprendan otra forma de alimentación y de comunicación, ya que el amamantamiento no solamente significa alimento sino un lugar donde sentirse seguro y confiado para continuar con su desarrollo.

### **2.9.2. Destete abrupto**

La forma menos adecuada para destetar a un bebé es hacerlo abruptamente, es decir de un día para otro y tampoco es aconsejable el uso de inyecciones para suprimir la producción láctea. Este tipo de destete solamente se sugiere para casos en que es inevitable, por ejemplo, (enfermedad de la madre ó cuando una madre con cáncer debe iniciar un tratamiento de quimioterapia).

---

<sup>18</sup>Alimentación Adecuada en niños, disponible en: <http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/1060/1/34T00192.pdf>, revisado 12-2-2013.

El destete abrupto es difícil para ambos, esto se debe a varias razones; La incomodidad física y las potenciales complicaciones para la salud de la madre, ya que a pesar de que la madre deja de dar el pecho, su cuerpo sigue produciendo la leche y al no ser extraída de sus pechos se congestionarán y esto puede desembocar en una mastitis (inflamación de la glándula mamaria) o en un absceso.

Para evitar este tipo de situaciones debemos extraer solamente un poco de leche, de forma que no se sientan los pechos adoloridos, pero teniendo cuidado de no vaciar completamente la glándula mamaria, ya que esto hará que se produzca más leche. Poco a poco se espaciará la extracción de leche hasta que, en un par de semanas, ya no se tenga que hacer más.

### **2.9.3. Destete paulatino**

En éste la pareja lactante decide que llegó su momento para destetar y lo lleva a cabo lentamente para permitirle al niño que vaya asimilando el cambio poco a poco. De esta forma paulatinamente la madre sustituirá la lactancia por otros alimentos y otros tipos de atención, cariño y comunicación.

Independientemente de si lo ha iniciado la madre o el bebé, el destete gradual será el más fácil para ambos. Se puede eliminar una toma al día durante dos o tres días, después de los cuales se puede eliminar otra durante unos días y así sucesivamente, lo que hará que la reducción del volumen de leche se haga lentamente.

### **2.10. Estrategias del destete**

**Distracción.-** Se trata de identificar los momentos, lugares y circunstancias en los que el niño suele pedir el pecho, y anticipar alternativas al amamantamiento, para que el niño dirija su atención hacia algo nuevo y atractivo en vez de pedir el pecho.

**Sustitución.-** Se ofrece comida o bebida al niño para evitar que pida el pecho por hambre. No se trata de sobornarlo con golosinas para que deje el pecho. Sólo funcionará cuando el niño tenga hambre.

**Aplazamiento.-** Con un niño que ya entiende se puede negociar el demorar



una toma. El destete programado de un niño puede ser una experiencia positiva si la madre toma en cuenta los sentimientos de su hijo, el tipo de contacto que ofrece la lactancia debe ser reemplazado por otras formas de apego para que un destete planeado se desarrolle sin problemas por ejemplo la madre podría optar por dar el pecho al niño sólo en los momentos más importantes para él (el momento del sueño) y esperar a que esté más dispuesto a dejarlo.

### **3. LACTANCIA ARTIFICIAL**

La lactancia artificial consiste en el empleo de fórmulas adaptadas dentro de lo posible a las necesidades del niño, pero que en ningún caso logran reproducir la complejidad de la leche de madre y por tanto no ofrecen todas las ventajas de la leche materna. Salvo que la madre no desee amamantar a su hijo después de haber recibido información suficiente sobre los beneficios del amamantamiento o en las situaciones excepcionales en las que este contraindica la lactancia materna, no existe justificación para que se recomienden y mucho menos de la forma masiva en la que se utilizan.<sup>19</sup>

#### **3.1. Comparación entre la leche materna y la leche de vaca**

Para sustituir la leche de la mujer se recurre a la de otros mamíferos y, debido a la disponibilidad, la leche de vaca es la más utilizada. El estudio comparativo entre la leche de vaca y la leche de mujer muestra amplias diferencias.

#### **3.2. Componentes**

**a) Proteínas.** La leche de vaca es hiperproteica su contenido en proteínas es tres veces mayor al de la leche de mujer.

El estudio microscópico muestra que las partículas de caseína humana miden 42 milimicras y las de la leche de vaca 93 milimicras.

---

<sup>19</sup> Lactancia Artificial disponible en: [http://www.prematuros.cl/lactancia/previnfad\\_lactancia.pdf](http://www.prematuros.cl/lactancia/previnfad_lactancia.pdf), revisado 3-3-2013.

El nitrógeno no proteico es muy bajo en la leche de vaca ya que alcanza un 5% y en la leche de la mujer un 25%.

**b) Aminoácidos.-** En la leche de vaca no hay taurina y cuando se diluye, la concentración de cistina y de triptófano puede quedar demasiado reducida, ya que proporcionalmente, la leche de vaca es pobre en estos aminoácidos. La taurina es un aminoácido esencial en el desarrollo y biología del SNC, la retina, bilis, corazón y músculos esqueléticos, y los recién nacidos que no lo reciben en la alimentación presentan niveles plasmáticos reducidos.

**c) Valor biológico.-** las proteínas de la leche de vaca es menor, debido a que su digestión y absorción son más difíciles. Por ello para obtener la misma tasa de crecimiento se requiere aumentar la ingesta de proteínas. Este aumento supone proliferación de microorganismos proteolíticos en el intestino, y una sobrecarga renal.

**d) Hidratos de Carbono.-** la leche de vaca tiene menos lactosa que la de mujer, y al diluir la leche de vaca descenderá aún más esta concentración, por lo que habrá que enriquecerla con azúcares poco fermentables, para evitar que sobrevengán trastornos diarreicos en el lactante. En la leche de la mujer se cree que existen diversos factores prebióticos que conjuntamente favorecen el crecimiento del lactobacillus bifidus, por un lado la lactosa que al ser fermentada por las bacterias del colon, baja el PH intestinal y no deja que el E. coli prolifere.

**e) Ácidos grasos.-** En la leche de vaca hay mayor proporción de ácidos grasos de cadena pequeña que inhiben la función eritropoyética de la médula ósea, como factor parcial en la producción de anemias y de irritación del tubo digestivo (vómitos, diarreas) mayor proporción de ácidos grasos saturados de cadena larga, ello supone una menor absorción ya que desciende a medida que la cadena es más larga, menor proporción del ácido palmítico, menor cantidad de ácidos grasos mono insaturados, menor cantidad de ácidos grasos esenciales.

**f) Colesterol.-** Es aproximadamente el doble en la leche de la mujer, debe tenerse en cuenta que el contenido en colesterol en la dieta no es el único factor que regula la colesterolemia y que esta se eleva cuando en la dieta existen bajos niveles de ácidos grasos mono o poliinsaturados y niveles altos de ácidos grasos saturados.

**g) minerales y oligoelementos.-** La leche de vaca es mucho más rica en minerales que la de mujer.

La mayor concentración de sales, unida a la de proteínas, revela una mayor riqueza.

El calcio (Ca) es mucho más alto en la leche de vaca que en la de mujer, sin embargo predispone a la hipocalcemia, tetania y convulsiones en el recién nacido (RN) y al raquitismo en el lactante mayor, la leche de vaca favorece la formación de jabones cálcicos en la luz del intestino reduciendo así la absorción del mismo, por otra parte la pobreza en lactosa en la leche de vaca reduce la absorción del calcio (Ca).

El contenido de hierro en la leche de vaca y la de mujer es similar pero la biodisponibilidad es mayor en la de la mujer, quizá por el mayor contenido de vitamina C, lactosa y a su menor contenido en fósforo y proteínas. Por todas estas razones la leche de vaca puede favorecer a la deficiencia de hierro al ocasionar a veces pequeñas hemorragias por el tubo digestivo.

**h).-Vitaminas.-**La leche de vaca es más pobre en vitamina A, C, E, niacina su biodisponibilidad es menor y lactancia artificial aumenta las necesidades de las mismas.

### **Otras diferencias**

El contenido de agua es igual en ambas leches en cuanto al valor energético la leche de vaca aporta con 650kcal/L y la de mujer con 700kcal/L aunque el origen de las calorías es muy distinto. Todavía las diferencias son más intensas al comparar los elementos vivos como enzimas, hormonas, factores anti infecciosos, factores de complemento, proteína fijadora de B12 etc. Presentes en la leche materna y que no existen o se destruye en la leche de vaca.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> HERNANDEZ, Manuel. Tratado de Pediatría 9ª Edición volumen I, 2002, Pág. 664-666.

## **4.- METODOS DE LACTANCIA ARTIFICIAL**

### **4.1. Alimentación con leche de vaca**

El uso de la leche vaca está limitado a medios sociales bajos, que no pueden costearse la alimentación con leches industriales.

**Higienización.-** La leche de vaca es un excelente medio de cultivo en el que proliferan con rapidez las más diversas bacterias.

La higienización tiene como objeto la eliminación de los gérmenes patógenos, siendo tolerable la presencia de hasta 25.000 agentes saprofitos por ml, la misma que se realiza por diferentes métodos (ebullición, pasteurización o UHT) la leche pasteurizada y la UHT no son totalmente estériles, aunque si carentes de gérmenes patógenos.

El calor es el método más utilizado para la higienización de la leche pero tiene efectos desfavorables ya que destruye las vitaminas, hormonas y enzimas termolábiles; desnaturaliza las proteínas solubles, especialmente la beta-lactoglobulina haciendo menos soluble; reduce el valor nutritivo de las proteínas.

### **4.2. Alimentación con fórmula**

La industria desarrolló las primeras leches infantiles hace mucho tiempo, aunque ha sido a lo largo de los últimos años cuando se han conseguido las mayores innovaciones en este campo, de acuerdo a los avances realizados en el conocimiento de las necesidades nutricionales del lactante. Así, la fórmula infantil se va a definir como el alimento adecuado para sustituir total o parcialmente a la leche humana, cumpliendo con las necesidades nutricionales del lactante.<sup>21</sup>

#### **4.2.1. Fórmula de inicio**

Satisface las necesidades del lactante hasta los 6 meses y puede utilizarse después de esta edad junto a otro tipo de alimentos.

Los preparados o fórmulas de inicio para lactantes se definen como aquellos productos alimenticios destinados a la alimentación del lactante desde el

---

<sup>21</sup>Alimentación artificial disponible en: [www.granadafarmaceutica.com/pdf/formacion.pdf](http://www.granadafarmaceutica.com/pdf/formacion.pdf) revisado 12-2- 2013.

nacimiento hasta los 4 a 6 meses de vida, y deben satisfacer por sí mismos sus necesidades nutritivas.

#### **4.2.2. Fórmula de continuación**

Forma parte de un régimen de alimentación mixto y se utiliza después de los 4-6 meses de edad. Puede utilizarse hasta los 3 años con ventajas nutricionales sobre la leche de vaca.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda un único tipo de fórmula para todo el primer año de vida con una composición similar a la de inicio y enriquecida con hierro.<sup>22</sup>

Las fórmulas de continuación, llamadas también de seguimiento o tipo 2, se emplean a partir de los 4-6 meses hasta el año de edad. No van a ser el único alimento del lactante, sino que serán el complemento indispensable de la alimentación complementaria.

### **5. TÉCNICAS DE LACTANCIA ARTIFICIAL**

Para alimentar a su bebé con leche de fórmula se necesita biberones y tetinas. Las leches de fórmula pueden ser líquidas (listas para tomar) o bien en polvo (requieren preparación con agua y salen más económicas).

Las leches en polvo se han de preparar con agua. Se recomienda que el agua sea embotellada y de mineralización débil (con pocas sales minerales). La leche se puede preparar con agua a temperatura ambiente o tibia (temperatura corporal, unos 37°C). No es necesario hervir el agua, si utilizamos agua embotellada.

#### **5.1. Preparación del biberón**

Se debe utilizar la cantidad indicada ya que todas las fórmulas no son iguales. No se debe preparar biberones muy concentrados ya que pueden provocar problemas de salud al niño.

Agite bien la mezcla para que no queden grumos y siempre comprobaremos la temperatura (tibia, no caliente) vertiendo unas gotitas sobre la muñeca.

---

<sup>22</sup>Lactancia Artificial, Formulas especiales, disponible en:[http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/Lactancia\\_artificial\\_tecnica\\_indicaciones\\_formulas\\_especiales.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Lactancia_artificial_tecnica_indicaciones_formulas_especiales.pdf), revisado 12-2- 2013.

No se aconseja dejar los biberones preparados con antelación, ya que pueden contaminarse. Por el mismo motivo no se ha de reutilizar la leche de un biberón que el bebé no haya terminado en una toma anterior.<sup>23</sup>

## 5.2. Características del agua

El agua utilizada para preparar el biberón no debe contener más de 1mEq/L de sodio (Na) y la suma de los mEq/L de sodio (Na), potasio (K), y cloro (Cl) debe ser inferior a 2 mEq/L. En diversas zonas de nuestro país es aconsejable que no se use el agua de consumo público y se recurra a agua embotellada, especialmente a aguas minerales naturales hipomineralizadas.

El agua debe ser pobre en nitratos ya que tienen el riesgo de provocar metahemoglobinemia. Al transformarse en nitritos oxidan al hierro ferroso de la hemoglobina a estado férrico y se convierte en metahemoglobina la cual es incapaz de enlazar con el oxígeno molecular dando lugar a cianosis.<sup>24</sup>

## 6. CRECIMIENTO

El aumento regular de peso y talla es el indicador más confiable de que el niño goza de un buen estado general de salud y se desarrolla adecuadamente. Los padres deben recordar que lo importante es el aumento de peso y talla de cada niño en particular y no su peso relativo respecto al de otros niños.

Se recomienda pesar y medir a los niños cada mes. Si no aprecia ningún aumento en el peso y la talla durante dos meses seguidos, puede ser señal de que existe algún problema o bien que éstos se vean frenados por alguna enfermedad.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup>Lactancia Artificial, Formulas especiales, disponible en:<http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/preparacion-biberones-tomas.shtml>.revisado 3- 3- 2013.

<sup>24</sup> HERNANDEZ, Manuel. Tratado de Pediatría 9<sup>na</sup> Edición volumen I, 2002, Pág. 664-666

<sup>25</sup> Nelson, Tratado de pediatría, valoración del crecimiento 17<sup>va</sup> Edición, Capítulo 15 España, 2008

## **6.1. Concepto de crecimiento**

Crecimiento es el aumento del peso y de las dimensiones de todo el organismo y de las partes que lo conforman; se expresa en kilogramos y se mide en centímetros.<sup>26</sup>

### **Evaluación del crecimiento**

Es la característica más importante de las primeras épocas de la vida y se altera por las enfermedades, especialmente por la desnutrición y las alteraciones sicosociales y emocionales.

La cuantificación de las dimensiones corporales y la evaluación periódica de sus modificaciones, es una de las actividades más importante que debe ser cumplida durante la atención del niño/a.

### **Peso**

Para el monitoreo del crecimiento el niño/a menor de 2 años, será pesado cada mes en balanza pesa bebé, acostado sin ropa (si tiene pañal se descuenta). Mayor de 2 años se lo pesa de pie, Se debe verificar que la balanza este encerrada antes de cada pesada.

### **Talla**

Para medir al niño/a menor de 2 años, en decúbito dorsal (longitud) se utiliza paidómetro y para un niño/a mayor de 2 años se le mide de pie (estatura). Se utiliza el tallímetro de pedestal o cinta métrica pegada a la pared, se verifican los puntos de contacto (talón, nalga, hombro y nuca).

### **Perímetro cefálico**

Debe usarse una cinta plástica flexible, de 7 a 12mm de ancho. Se aplicará y sujetará la cinta a nivel de las protuberancias frontal y occipital. La lectura debe hacerse en la región parietal izquierda. Esta medida se realizará a todos los niños menores de 2 años y se registrará en centímetros y decimales en el formulario correspondiente.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup>Crecimiento en niños, disponible en: <http://www.mipediatra.com/infantil/crecimiento.htm>, revisado 12-2-2013.

<sup>27</sup> MSP, Normas de Atención a la niñez, Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 2010, pág. 36, 37 y 42.

## **6.2.- Factores que influyen en el Crecimiento**

### **6.2.1.- Factores Internos**

**6.2.1.1.- Factores Genéticos.-** El crecimiento y desarrollo requiere de un centro de control el ácido desoxirribonucleico (ADN) este regula la multiplicación celular, la formación de nuevos tejidos y la velocidad de todo el crecimiento y desarrollo a su vez este se hereda de los padres, permitiendo variaciones entre individuos y entre los sexos.

Los genes son parte de las moléculas de ácido desoxirribonucleico (ADN) junto a estructuras proteicas constituyendo los cromosomas. Los genes controlan la síntesis intracelular a través de las enzimas catalizadores orgánicos proteicos que hacen que la mayoría de las reacciones ocurran.

Al controlar las enzimas, los genes controlan todas las reacciones intracelulares y la propia multiplicación celular a través de la cual se regula el crecimiento y desarrollo.

Los trastornos genéticos alteran el crecimiento y desarrollo del organismo en especial del sistema nervioso central, cardiovascular y genitourinario. El examen físico nos aporta con datos que orientan hacia un posible problema genético (forma e implantación de las orejas, puente nasal, mandíbula, Paladar, alteraciones de los dientes, forma del tórax, extremidades. etc.)

**6.2.1.2.- Factores Endocrinológicos.-** Todas las hormonas son necesarias para un adecuado crecimiento y desarrollo. Algunas como las tiroideas son imprescindibles para el sistema nervioso central, las sexuales son las responsables del estirón puberal y de las características sexuales secundarias. Mientras que la insulina, la hormona de crecimiento y la testosterona favorecen a la formación de nuevas proteínas y tejidos.

**6.2.1.3.- Factores Metabólicos.-** En el anabolismo se consume energía y en el catabolismo se libera energía. Hay períodos de la vida donde predomina el anabolismo como in útero, la niñez, pubertad, embarazo, lactancia y la convalecencia. En otras etapas predomina el catabolismo como en la vejez, enfermedades degenerativas, patologías crónicas etc. Las alteraciones



metabólicas congénitas y adquiridas podrían en algún momento crear situaciones adversas dentro de las células que trastornen todo el crecimiento y desarrollo.

## **6.2.2.- Factores Externos**

**6.2.2.1.- Factores Nutricionales.-** En todo ser vivo es fundamental un aporte adecuado de nutrientes para garantizar un crecimiento y desarrollo normal. Exceptuando los primeros seis meses de vida que la lactancia materna suplir los requerimientos necesarios para garantizar un crecimiento y estado de salud normal. La introducción de otros alientos debe suplir los nutrientes que se requieren para un rápido crecimiento de los niños. Esto implica el factor económico como el principal factor que lo desvía en la población infantil sobre todo en países en vías de desarrollo.

**6.2.2.2.- Factores Ambientales.-** El ambiente es un medio exterior el cual el organismo cree y se desarrollara y con el que estará en constante relación recibiendo de este todos los medios necesarios para que estos procesos ocurran normalmente desde la concepción hasta la adultez. El ambiente físico se refiere al área física que rodea al niño. Aunque esto está íntimamente relacionado con la situación económica y cultural del mismo.

Las condiciones de higiene, ambiente, hacinamiento, falta de servicios básicos, el ruido, los factores ecológicos y la falta de espacio físico infantil son factores a considerar.

**6.2.2.3.- Factores Emocionales.-** El ambiente emocional del niño es fundamental en el crecimiento y desarrollo del mismo, la interacción con quien lo cuida especialmente su madre, la cual inicia desde in útero luego del nacimiento como un factor necesario para garantizar su progreso adecuado. La carencia afectiva como ocurre en los niños abandonados produce una detención del proceso de estos.

**6.2.2.4.- Factores socioeconómicos y culturales.-** La relación entre el medio ambiente y la herencia determinan las características de cada persona la

familia, la vecindad la escuela, el grupo social al que pertenece el área geográfica del país constituyen el ambiente sociocultural del individuo.

Diversos estudios señalan las diferencias entre el peso y la talla del individuo con el que hacer de los padres, encontrando que los hijos de profesionales son más grandes que los de obreros no especializados. Los hijos de madres que trabajan son de mayor tamaño que los de las madres que permanecen en el hogar.<sup>28</sup>

### **6.3.- Problemas a corto y largo plazo en niños destetados precozmente y alimentados con fórmula**

En un estudio realizado se analizaron los datos antropométricos de 74 niños amamantados durante el primer año de vida y 108 niños alimentados con biberón, que se registraron según técnicas estandarizadas al nacer y a los 6, 12 y 24 meses de edad. Los dos grupos eran homogéneos con respecto a la edad y la escolaridad de los padres, el estrato social, el orden de nacimiento, la talla materna, y el peso y la longitud al nacer. Los niños amamantados registraron menor peso y longitud a los 6, 12 y 24 meses que los alimentados con biberón y mostraron, con respecto a las pautas NCHS/OMS, una desaceleración del crecimiento a partir del segundo semestre.<sup>29</sup>

También es bien sabido que los niños que reciben lactancia materna exclusiva exhiben curvas de ganancia de peso en el primer año menos pronunciadas que los alimentados con fórmula.

Aunque el período de 0-24 meses de vida ha recibido limitada atención en cuanto a prevención de obesidad, no hay duda que es una fase donde actúan factores de riesgo importantes: patrón de ganancia de peso, tipo de alimentación, y adquisición de hábitos alimentarios. La intervención de prevención de obesidad en esta etapa está íntimamente ligada al control del

---

<sup>28</sup> MORLA, Eivi. CRESIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA LA ADOLESCENCIA, 2002 instituto tecnológico de Santo domingo, República Dominicana

<sup>29</sup> Fernando Agrelo, Beatriz Lobo, Mónica Chesta, Silvina Berra y Jacobo Sabulsky CRESIMIENTO DE NIÑOS AMAMANTADOS Y ALIMENTADOS CON BIBERÓN HASTA LOS 2 AÑOS DE VIDA. 2004.

niño sano, y por lo tanto demanda un compromiso particularmente importante del pediatra.<sup>30</sup>

En Latinoamérica y el Caribe el riesgo de morir de los niños menores de un año alimentados artificialmente es de tres a cinco veces mayor que para los bebés alimentados al seno materno, según señaló la Organización Panamericana de la Salud.<sup>31</sup>

En el grupo de niños estudiados se cumple que los niños destetados precozmente son afectados por enfermedad diarreica aguda (EDA), infecciones respiratorias y trastornos nutricionales con mayor frecuencia que los alimentados con lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes de vida, por todo esto es considerada el alimento ideal en los primeros meses de vida. Existe repercusión del destete precoz en el desarrollo posterior de los niños estudiados. Se comprobó que hay relación entre el destete precoz y el estado nutricional de los niños, siendo la alteración del estado nutricional más frecuente el sobrepeso, con mayor incidencia de cuadros diarreicos en los niños que fueron destetados precozmente, encontrando relación del destete precoz con la aparición de afecciones respiratorias, siendo la más relevante el asma bronquial.

Se debe tener en cuenta que el destete no sólo es un cambio en la dieta del niño, sino que es un asunto muy serio con gran repercusión emocional para él y para su madre. El niño puede experimentar sentimientos de frustración y de abandono, al no entender por qué su madre le niega algo tan importante para él; la madre, a su vez, puede experimentar sentimientos de pérdida y de tristeza por haber tenido que cambiar esta forma de relación íntima con su hijo.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Archivos argentinos de pediatría, Buenos Aires dic. 2012 Prevención de la obesidad en edad temprana, disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752012000600007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752012000600007&script=sci_arttext), revisado 4-3-2013.

<sup>31</sup> Factores Asociados al Destete Precoz, disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2458/1/Factores-asociados-al-destete-precoz.html>, revisado 4-3-2013.

<sup>32</sup> Destete y ablación, disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/el-destete>, revisado 4-3-2013.

### **6.3.1. Riesgos a corto plazo**

La introducción de alimentos diferentes de la leche humana, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción láctea.

En estas circunstancias el alimento suministrado no será complemento de la leche materna sino más bien un sustituto parcial e inadecuado.

En la mayoría de los casos el valor nutricional del alimento complementario será menor que el de la leche materna, y por lo tanto, el niño se encontrará en desventaja.

Otro riesgo a corto plazo está relacionado con la carga renal de solutos. El lactante durante los primeros meses de edad manifiesta cierta inmadurez renal lo cual le impide concentrar con la misma eficiencia de niños mayores o del adulto. En esta situación, la introducción de alimentos con exceso de solutos incorpora a eventuales pérdidas extra-renales de agua, como sucede en la diarrea, puede ocasionar una deshidratación hipertónica con consecuencias graves en el sistema nervioso central.

Puede existir mayor riesgo de caries dental con la introducción de jugos o aguas endulzadas a temprana edad, sobre todo cuando estos alimentos son suministrados con biberón y mamila. Cuando existe una exposición prolongada de los dientes a líquidos que contengan hidratos de carbono, se desarrolla un patrón característico de destrucción dentaria. Desgraciadamente, con frecuencia los jugos y otros líquidos endulzados son administrados con mamila y usados como "tranquilizador" del niño, especialmente durante las horas del sueño. En general, no se recomienda introducir los jugos antes de los seis meses y en tal caso es preferible que se haga con taza y cuchara.

Otro riesgo importante a corto plazo es el síndrome diarreico agudo, se observa sobre todo en sectores marginados de países subdesarrollados, donde viven en condiciones insalubres, y la preparación de los alimentos se lleva a cabo sin higiene y con un elevado índice de contaminación. Así, cuando se ofrecen en forma temprana otros alimentos a lactantes alimentados con leche materna, puede propiciarse una mayor incidencia de procesos diarreicos agudos y repetidos con la consecuente desnutrición y desaceleración del crecimiento del niño.

### **6.3.2.- Riesgos a largo plazo**

Las prácticas de alimentación complementaria inadecuadas pueden tener un impacto negativo en la salud a largo plazo. Esto sucede a través de dos mecanismos:

Primero, por efecto acumulativo, dado que cuando se introducen los alimentos en forma temprana, puede haber evidencia clínica de morbilidad años más tarde.

Segundo, cuando se crean hábitos de alimentación que conducen a prácticas dietéticas indeseables, estas a su vez condicionan problemas de salud.

#### **Obesidad**

Es la relación entre prácticas de alimentación y sobrepeso en la infancia y subsecuente obesidad en el adulto. En la obesidad existe un mayor riesgo de enfermedad cardíaca e hipercolesterolemia, por lo cual, es lógico considerarla como una consecuencia negativa de una alimentación temprana inadecuada.

Algunos estudios han mostrado buena correlación entre peso ganado durante la infancia y sobrepeso en la vida adulta. Recientemente se demostró, que mientras los niños alimentados al pecho materno o con fórmula artificial mantuvieron la misma ganancia de peso durante los primeros tres meses de edad, a los 12 meses, los niños y las niñas alimentados con fórmula tuvieron una ganancia mayor (410 g y 750 g respectivamente) que los niños alimentados con leche humana.

#### **Hipertensión**

La ingesta de sodio en la dieta del bebé depende principalmente del tipo de leche administrado y de la alimentación utilizada durante el destete. Por las 13 semanas de edad, los bebés que recibieron alimentos sólidos desde las tres semanas de vida tuvieron una ingesta de sodio dos veces mayor que los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria entre las cinco y siete semanas y tres veces mayor que aquellos que la iniciaron a los dos meses de edad. También se ha demostrado, que los bebés que reciben alimentos

preparados en casa, ingieren una cantidad de sodio superior a la recomendación nutrimental.

Existe una hipótesis de que la ingestión excesiva de sodio durante la lactancia sea aún factor de riesgo de hipertensión a largo plazo.

### **Arteriosclerosis**

Los lactantes que presentan niveles de lípidos superiores tienden a mantenerlos dos años más tarde. Por ello, parece razonable promover desde etapas tempranas de la vida, el consumo de productos derivados del mar (ricos en el ácido graso poli-insaturado alfa-linolénico, cuyo papel en la prevención de arteriosclerosis y enfermedad isquémica es cada vez más claro). Además, evitar que la alimentación complementaria contenga exceso de grasas saturadas y proteínas.

### **Alergia alimentaria**

Normalmente existe una barrera gastrointestinal que protege al organismo de antígenos extraños. Está formada por dos grupos de componentes:

**Inmunológicos:** Inmunoglobulina (IgA), Inmunoglobulina (IgE), Inmunoglobulina (IgM), Inmunoglobulina (IgG), linfocitos y macrófagos, placas de Peyer, Inmunoglobulina A (IgA) secretora intestinal e Inmunoglobulina A secretora de la leche humana)

**No inmunológicos:** ácido gástrico, enzimas pancreáticas, enzimas intestinales, membrana de las microvellosidades y la capa mucosa.

En el momento en que la naturaleza de la dieta se altera, como sucede con la introducción de alimentos o el destete, ocurren complejos cambios fisiológicos. De esta situación pueden resultar efectos profundos en la respuesta inmune no sólo porque los antígenos en el lumen son diferentes, sino también debido a la ingestión y digestión alterada.

Se ha mostrado que la mayoría de los lactantes alimentados con fórmulas lácteas reaccionan a proteínas extrañas. Además, que la alimentación prolongada con leche materna tiene un efecto protector a la alergia alimentaria.

Especialmente, los niños con eccema o atopia familiar, cuando son alimentados al pecho materno por seis meses, presentan una incidencia menor de esta enfermedad que los alimentados con fórmulas artificiales.

En familias con antecedentes de alergia a los alimentos es preferible que la madre ofrezca el pecho materno y diferir la introducción de alimentos hasta que el sistema inmune del niño esté razonablemente maduro, alrededor de los seis meses. A partir de ese momento introducir un alimento nuevo a la vez, mantenerlo por una semana e iniciar con otro y así sucesivamente.

En conclusión, existen suficientes evidencias clínicas, epidemiológicas y en animales de experimentación, que fundamentan los inconvenientes de la complementariedad temprana. Además, los dudosos beneficios o ventajas que esta forma de alimentación pudiera ofrecer, son mucho menores que los riesgos potenciales de una alimentación complementaria temprana e inadecuada

#### **5.4.- Escalas de crecimiento ideal en niños /as menores de 5 años con referencias del MSP.**

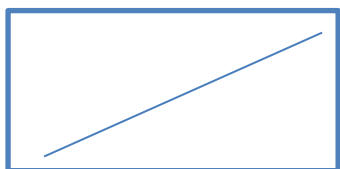
Para la valoración del crecimiento en niños/as menores de 5 años se ha tomado como referencia los formularios del Ministerio de Salud Pública para lo cual se sugiere utilizar los siguientes puntos de referencia expresados en percentiles, para poder interpretar los datos que se obtengan en el proceso.

### **MONITOREO DE CRECIMIENTO**

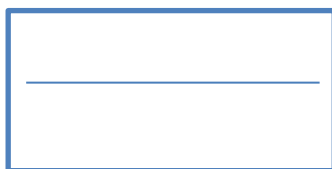
#### **(PESO)**

<b>LÍMITES</b>	<b>CLASIFICACIÓN</b>
Mayor que el percentil 97	Sobrepeso
Entre el percentil 97 y el percentil 3	Peso normal
Entre el percentil 3 y -3 desviación estándar.	Peso bajo
Por debajo de -3	Peso muy bajo

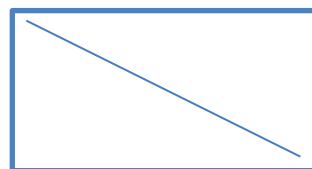
El personal de Salud que evalué el crecimiento del niño/a debe unir el punto de registro del peso anterior con el subsiguiente, de tal manera que se registre la tendencia de crecimiento, e indicar a la madre su significado e indicar la recomendación que corresponda.



**Bueno**



**Peligro**



**Mucho peligro**

**Bueno.** Indica que el niño/a está creciendo bien

**Peligro.** El niño/a debe comer por lo menos 5 veces al día y acudir urgente a la unidad de Salud.

**Mucho peligro.** El niño puede estar enfermo y necesita cuidados especiales.

### (TALLA)

LÍMITES	CLASIFICACIÓN
Mayor que el percentil 97	Talla alta
Entre el percentil 97 y el percentil 10	Talla normal
Entre el percentil -2 y el percentil -3	Talla baja
Por debajo del percentil -3	Retardo del crecimiento

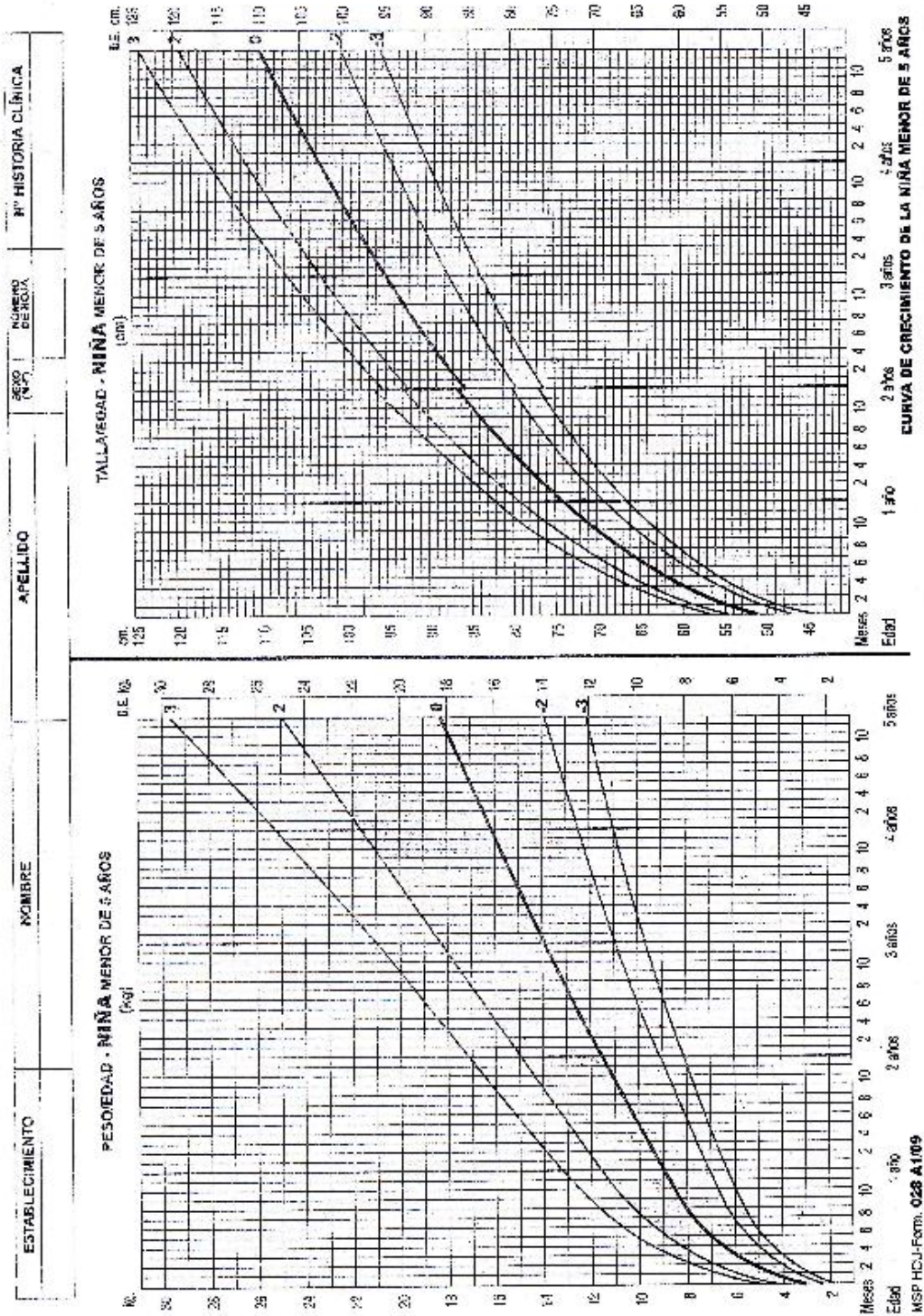
**Nota:** Los formularios del Ministerio de Salud Pública para valoración del crecimiento en niños/as menores de 5 años, están diseñados de manera individual tanto para niños como para niñas.

**Para niña:** HCU – Form. 028 A1/09.

**Para niño:** HCU – Form. 028 A2/09.

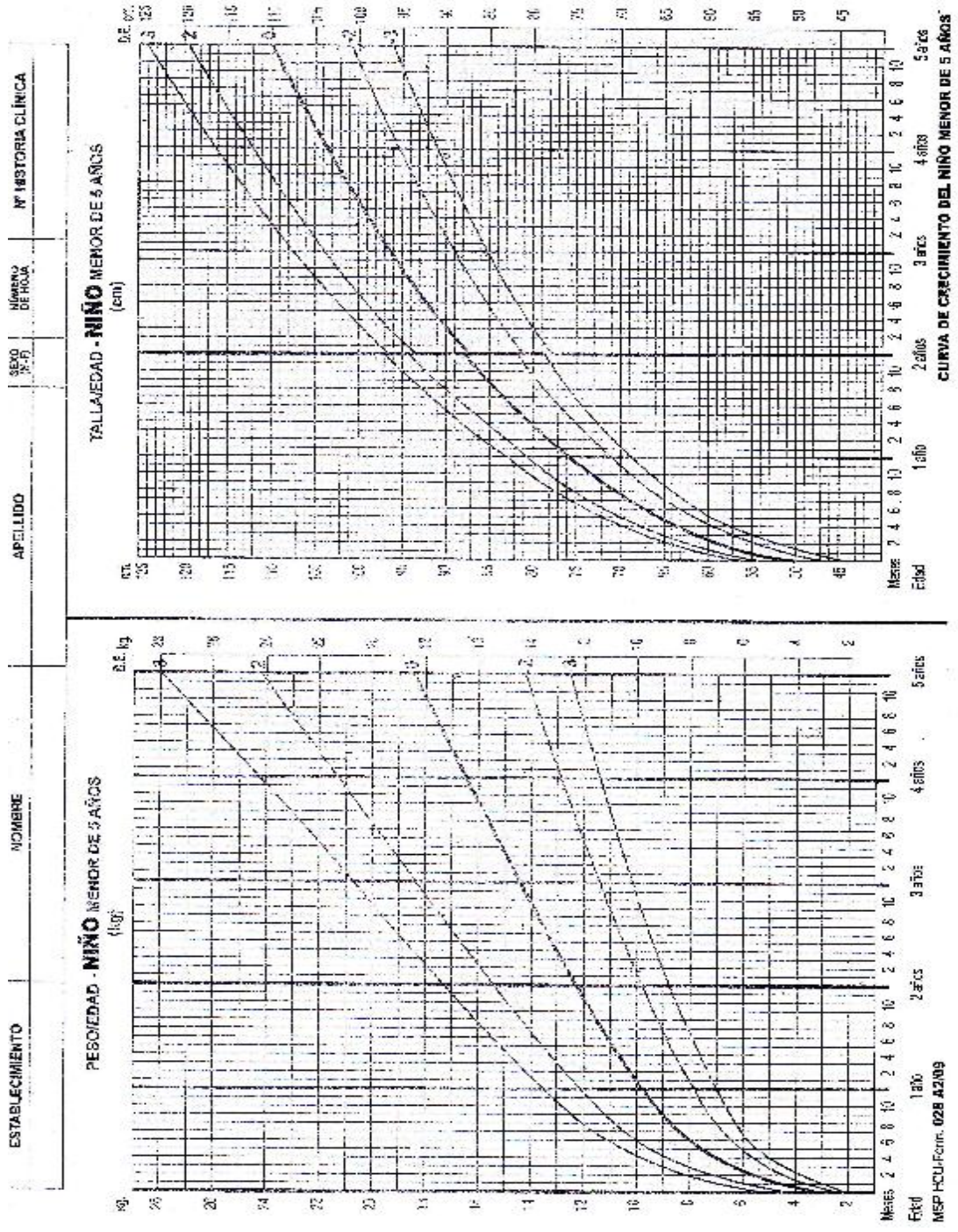


# CURVA PARA LA VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO PARA NIÑA





# CURVA PARA LA VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO PARA NIÑO



# MATERIALES Y MÉTODOS

## TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es Descriptivo transversal

## AREA DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo se realizó en la parroquia de Yangana Cantón y provincia de Loja.

## UNIVERSO

El universo está conformado por los 150 niños y niñas comprendidos entre las edades de 0 a 5 años de la parroquia Yangana.

## MUESTRA

La muestra comprende 80 niños y niñas menores de 5 años destetados antes de los 2 años.

## VARIABLES

**DEPENDIENTE.** Tipo de crecimiento en niños/as

**INDEPENDIENTE.** El destete precoz

## OBTENCIÓN DE PERMISOS Y CONSENTIMIENTO A PADRES

Para la aplicación de encuestas a las madres y la toma de medidas antropométricas a los niños/as menores de 5 años -en primer lugar- realizar una solicitud de permiso al **Director** de la **Escuela “Fray Vicente Solano”** y a **la Directora del MIES** (Ministerio de Inclusión Social y Económica) para el procedimiento respectivo.

Una vez obtenido el debido permiso por parte del **Director de la Escuela y la Directora del MIES** (Ministerio de Inclusión Social y Económica) se prosiguió a pedir la autorización a los padres de familia, con el cual se logró la aceptación por parte de los directivos y los padres de cada uno de los niños /as

## **TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS**

Las **técnicas** aplicadas en el presente estudio fueron:

Formato para la recolección de medidas antropométricas a cada uno de los niños/as (Ver en anexos)

Formularios del Ministerio de Salud Pública para valoración del crecimiento en niños/as menores de 5 años (HCU – Form. 028 A1/09 para niña y HCU – Form. 028 A2/09 para niño). (Ver en anexos)

Encuesta dirigida a las madres de familia, la misma que constaba de 12 preguntas. (Ver en anexos)

Descripción del instructivo. (Ver en anexos)

Los instrumentos utilizados fueron: balanza y cinta métrica.

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Los datos obtenidos, se presentan en tablas estadísticas expresados en frecuencias y porcentajes, los mismos que permitieron efectuar el análisis e interpretación de resultados.

# RESULTADOS

Con el propósito de establecer la correlación que existe entre los factores que influye en el destete precoz y la calidad de crecimiento en los niños menores de 5 años de la parroquia Yangana, se realizó el presente estudio. Los datos obtenidos, se representarán en tablas estadísticas expresados en frecuencias y porcentajes.

A través de las tablas se cruzó variables como edad, sexo, medidas antropométricas de acuerdo a la edad del destete, de cada uno de los participantes, según las referencias del MSP, edad e instrucción de las madres. Según el sexo (masculino y femenino) respecto a la edad (niños /as de 1 a 5 años) instrucción de las madres (Primaria, secundaria y superior).

**TABLA N° 1**

**1. Edad y sexo de los Niños menores de 5 años de la parroquia Yangana.**

SEXO EDAD	Masculino		Femenino		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
1 a- 2a	5	6,25	3	3,75	8	10
2 a 1m -3a	6	7,5	10	12,5	16	20
3 a 1m -4a	6	7,5	16	20	22	27.5
4 a 1m -5a	24	30	10	12,5	34	42.5
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>51,25</b>	<b>39</b>	<b>48,75</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta a las madres de niños/as menores de 5 años de la Parroquia Yangana 2013

**Elaboración:** Kelly Maritza Iñiguez. Egresada de la carrera de Enfermería, 2013

**ANÁLISIS**

Según las encuestas aplicadas a las madres de niños/as menores de 5 años de la parroquia Yangana. El 51.25 % corresponden al sexo masculino y un 48,75 al sexo femenino, comprendidos entre las edades de uno a cinco años en los cuales vamos a determinar cómo ha influido el destete precoz en el crecimiento de los menores de cinco años

El grupo etáreo de mayor prevalencia corresponde a los niños/as de cuatro a cinco años de edad con un 42.5 % del total.

**Nota:** Los niños menores de un año no fueron incluidos en el estudio ya que a esa edad la mayoría de ellos están en período de lactancia.

**TABLA N° 2**

**2. Talla de los niños/as según la edad del destete**

Edad \ Talla	Alta		Normal		Baja		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>0- 4 meses</b>	7	8,75	0	0	0	0	7	8,75
<b>6 meses</b>	0	0	9	11,25	0	0	9	11,25
<b>8 meses</b>	0	0	13	16,25	0	0	13	16,25
<b>= y &gt; 12 meses</b>	0	0	28	35	23	28,75	51	63,75
<b>TOTAL</b>	7		50		23		80	100

**Fuente:** Encuesta a las madres de niños/as menores de 5 años de la Parroquia Yangana 2013

**Elaboración:** Kelly Maritza Iñiguez. Egresada de la carrera de Enfermería, 2013

**ANÁLISIS**

En la presente tabla, el mayor porcentaje de los encuestados corresponden a los niños/as con talla normal con un 62,5%. los mismos que han tenido un periodo de lactancia de 6 a 18 meses de edad.

Un 28,75% de los encuestados se encuentra con talla baja los mismos que tuvieron un período de lactancia de 12 a 18 meses de edad, se debe mencionar que la talla baja de una persona viene determinada en los genes y su adecuada expresión depende de factores ambientales, nutricionales y socio-económicos de cada uno de los individuos.

**TABLA N° 3**

**3. PESO DE LOS NIÑOS/AS SEGÚN LA EDAD DEL DESTETE.**

Edad \ Peso	Sobrepeso		Normal		Bajo		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>0- 4 meses</b>	6	7,5	1	1,25	0	0	7	8,75
<b>6 meses</b>	0	0	9	11,25	0	0	9	11,25
<b>8 meses</b>	0	0	13	16,25	0	0	13	16,25
<b>= y &gt; 12 meses</b>	0	0	36	45	15	18,75	51	63,75
<b>TOTAL</b>	6		59		15		80	100

**Fuente:** Encuesta a las madres de niños/as menores de 5 años de la Parroquia Yangana 2013

**Elaboración:** Kelly Maritza Iñiguez. Egresada de la carrera de Enfermería, 2013

**ANÁLISIS**

En la presente tabla se puede observar que el peso en relación a la edad del destete, predomina el peso normal con 59 casos lo que corresponde al 73,75% lo cual indica que la mayor parte de los encuestados se encuentran dentro de los parámetros de normalidad.

Un 18,75% de los casos están con bajo, los mismos que tienen un período de lactancia de 12 a 18 meses de edad, lo cual podemos relacionar con factores tanto internos como externos y que determinan las respectivas variaciones.

Un 7,5% de los niños/as están con sobrepeso el cual podemos relacionar con el destete menor a los 4 meses y a la alimentación recibida.



**TABLA N° 4**

**4. EDAD DE LAS MADRES Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

Edad Nivel de Instrucción	20-25 a		26-30a		31-35a		36-40a		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Primaria</b>	3	3,75	9	11,25	4	5	8	10	24	30
<b>Secundaria</b>	1	16,25	2	25	5	6,25	4	5	42	52,5
	3		0							
<b>Superior</b>	2	2,5	9	11,25	2	2,5	1	1,25	14	17,5
<b>TOTAL</b>	18		38		11		13		80	100

**Fuente:** Encuesta a las madres de niños/as menores de 5 años de la Parroquia Yangana 2013

**Elaboración:** Kelly Maritza Iñiguez. Egresada de la carrera de Enfermería, 2013

**ANÁLISIS**

En la presente tabla se puede evidenciar que el 47,5 % de las madres se encuentra entre 26-30 años de edad, lo cual indica que la mayoría de las madres encuestadas son jóvenes.

Al observar los datos más relevantes de escolaridad vemos que el 52,5% de las encuestadas tienen un nivel de instrucción media, lo cual es muy importante para lograr éxito la instalación y mantenimiento de la lactancia materna, ya que a mayor nivel de instrucción mayor tiempo de lactancia en los niños/as

**TABLA N° 5**

**5. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA**

Factores Maternos	TOTAL	
	f	%
Trabajo	18	22,5
Escasa producción de leche	13	16,25
Estudio	11	13,75
Enfermedad de la madre	9	11,25
Otras causas	15	36,25
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta a las madres de niños/as menores de 5 años de la Parroquia Yangana 2013

**Elaboración:** Kelly Maritza Iñiguez. Egresada de la carrera de Enfermería, 2013

**Nota:** Entre otras causas tenemos: planificación familiar, un nuevo embarazo, poco interés del niño y porque el niño/a no quería comer otra cosa

**ANÁLISIS.**

En la siguiente tabla podemos observar que entre los principales factores para la declinación de la lactancia materna se encuentra la incorporación de la mujer al trabajo con un 22,5%.

Un 16,25% de las encuestadas manifestaron que el destete se dio por escasa producción de leche, mientras que un 36,25% se dieron por otras causas en las que podemos mencionar: planificación familiar, un nuevo embarazo y poco interés del niño.

**TABLA N° 6**

**6. TIPOS DE DESTETE UTILIZADO POR LAS MADRES.**

Tipos de destete	TOTAL	
	f	%
Abrupto	51	63,75
Paulatino	29	36,25
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta a las madres de niños/as menores de 5 años de la Parroquia Yangana 2013

**Elaboración:** Kelly Maritza Iñiguez. Egresada de la carrera de Enfermería, 2013

**ANÁLISIS**

En la presente tabla el 63,75% de las encuestadas destetaron de un día para otro, a pesar que es la forma menos adecuada para destetar a los niños/as es la más utilizada por las madres.

Un 36,25% de las encuestadas destetaron a sus niños/as de forma lenta y gradual, este tipo de destete es el más adecuado tanto para la madre como para el niño/a, ya que es un proceso de adaptación del niño, no sólo en el aspecto nutricional, sino también en lo emocional y social y constituye un paso fundamental en la conquista de la independencia con relación a su madre y la integración al medio que lo rodea.

TABLA N° 7

7. EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Edad en meses	TOTAL	
	f	%
De 0 – 4 meses	13	16,25
5 meses	6	7.5
6 meses	58	72,5
> De 6 meses	3	3,75
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta a las madres de niños/as menores de 5 años de la Parroquia Yangana 2013

**Elaboración:** Kelly Maritza Iñiguez. Egresada de la carrera de Enfermería, 2013

**ANÁLISIS**

En la presente tabla podemos observar que la mayoría de las madres iniciaron la alimentación complementaria a los 6 meses de edad con un 72,5%, es decir que la mayoría de las madres tienen conocimiento sobre la edad en la que se debe iniciar la alimentación complementaria, la cual debe incluir alimentos apropiados y en cantidades suficientes capaces de satisfacer las necesidades nutricionales de los niños/as

**TABLA N° 8**

**8. ALIMENTOS QUE INTEGRARON LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

Alimentos	TOTAL	
	f	%
Sopas /Coladas	30	37,5
Leche de vaca	28	35
Fórmula	14	17,5
Sopas/ Frutas	8	10
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta a las madres de niños/as menores de 5 años de la Parroquia Yangana 2013

**Elaboración:** Kelly Maritza Iñiguez. Egresada de la carrera de Enfermería, 2013

**ANÁLISIS**

En la presente tabla podemos observar que los alimentos que integraron la alimentación complementaria en la población en estudio fueron las sopas y coladas con un 37,5%, mientras que un 35% de las encuestadas manifestaron que los niños/as fueron alimentados con leche de vaca.

**TABLA N° 9**

**9. FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LA EDAD DEL DESTETE**

Fuente de Información.	TOTAL	
	f	%
Centro de salud	53	<b>66,25</b>
Hospital	16	<b>20</b>
Médico particular	5	<b>6,25</b>
Ninguno	6	7,5
<b>TOTAL</b>	80	100

**Fuente:** Encuesta a las madres de niños/as menores de 5 años de la Parroquia Yangana 2013

**Elaboración:** Kelly Maritza Iñiguez. Egresada de la carrera de Enfermería, 2013

**Nota:** En la opción ninguno se refiere a 2 madres que no asistieron a los controles prenatales y a 4 madres que manifiestan no haber recibido información

**ANÁLISIS**

En la presente tabla podemos evidenciar que la mayoría de las madres recibió información en el Centro de Salud con un 66,25% ya que uno de los principales requisitos para que la lactancia sea exitosa depende de la información que la madre recibe del personal de salud y del apoyo familiar y social que esta reciba, en especial de la pareja. De esta manera se favorecen las condiciones sociales que hacen posible la práctica de la lactancia materna

# DISCUSIÓN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, con el objetivo de dar a conocer los factores que determinaron el destete precoz, utilizando una muestra seleccionada al azar, de 100 niños de 6 meses a 1 año, del total de 220 niños menores de 1 año, pertenecientes al Policlínico Docente "Martha Martínez Figuera" del municipio Güines, Provincia La Habana, en el período comprendido desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del 2006. En el mayor porcentaje de niños estudiados el destete ocurrió de 1-2 meses. La principal causa de supresión de la lactancia natural referida por las madres fue que el niño no se llenaba. Disfrutaron por más tiempo de la lactancia materna exclusiva, los hijos de madres mayores de 30 años, con nivel preuniversitario y el tiempo de lactancia materna exclusiva fue mayor, en los hijos de madres que estudian<sup>33</sup>. En el presente estudio dentro de los factores que influyen en el destete precoz en la población estudiada tenemos que el 36,25% de los casos se dieron por otras causas (planificación familiar, un nuevo embarazo y poco interés del niño) un 22,5% se dio por trabajo, el 16,25% por hipogalactorrea, el 13,75% por estudio y un 11,25% por enfermedad de la madre.

Estudios realizados en niños alimentados con lactancia materna tienen un crecimiento distinto que los alimentados artificialmente. Si comparamos su crecimiento con nuestras curvas de referencia transitan percentiles más bajos, sobre todo en peso, impresionando como si presentaran una falla en el crecimiento<sup>34</sup>. De igual manera en nuestro estudio podemos evidenciar que los niños que tienen un período de lactancia entre 12 y 18 meses, revelan menor peso que los alimentados artificialmente, así un 13,75% de los niños

---

<sup>33</sup> SÁNCHEZ Marta Rosa, ALONSO, Magda Emilia, Lactancia materna: algunos factores que promueven el Destete precoz, disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol15\\_3\\_09/hab09309.pdf](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol15_3_09/hab09309.pdf), revisado 20-10-2013

<sup>34</sup> SOLANGEL, Javier. HERNÁNDEZ, María, Lactancia materna, disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol15\\_3\\_09/hab09309.pdf](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol15_3_09/hab09309.pdf), revisado 20-10-2013

estudiados se encuentran en riesgo de bajo peso, mientras que un 5% de los mismos tiene bajo peso para la edad

En estudios realizados en Cuba podemos observar que las causas más frecuentes en el abandono de lactancia en los niños fueron las madres estudiantes por el motivo de no abandonar los estudios. De los niños menores de 4 meses, 38,0% estaban con (Lactancia materna exclusiva)LME, sin embargo, 85,0% eran lactantes, consumieron leche de vaca u otro tipo de leche 33,4% de los niños, 29,2% consumían té y mates y 22,4% agua. El consumo de fruta, jugo de fruta, mazamorra, papillas, sopa y comida con sal fue menos frecuente<sup>35</sup>. Según los datos obtenidos en el estudio realizado a las madres de los niños/as menores de 5 años de la parroquia Yangana el 37,5% de los niños fueron alimentados con sopas /coladas, un 35% con leche de vaca, un 17,5 con fórmula y un 10% consumían sopas/ frutas.

Se realizó un estudio sobre algunos factores que pudieron influir en el abandono de la lactancia materna en los 91 niños nacidos en el período de tiempo comprendido entre el 1ero. de enero y el 31 de diciembre de 1993, en los 14 consultorios médicos de familia del grupo básico de trabajo "C", pertenecientes al Policlínico Docente "Antonio Maceo", en el municipio Cerro, Ciudad de la Habana. Se formaron dos grupos de estudio, un grupo estuvo compuesto por aquellos niños que tuvieron un destete precoz (antes de los 4 meses) que fueron en total 49, y otro grupo que estuvo conformado por los que tuvieron un destete no precoz (42 niños). El 53,80 % de los niños nacidos en el período analizado fueron privados de las ventajas de la lactancia materna al igual que sus madres, este porcentaje se elevó al 77,70 % en el grupo de bajo peso al nacer. <sup>36</sup>En el estudio realizado el 8,75% de los niños fueron destetados antes de los 4 meses, un 11,25% hasta los 6 meses, un 16,25% hasta los 8 meses de edad.

---

<sup>35</sup>PUENTE, Nelly Lactancia materna. Problemas sociológicos, disponible en: [http://www.monografias.com/usuario/perfiles/dra\\_ilda\\_nelly\\_puente\\_rizes/monografias](http://www.monografias.com/usuario/perfiles/dra_ilda_nelly_puente_rizes/monografias), revisado 20-10-2013

<sup>36</sup> ARAUJO, Joaquín. GARCÍA, Macedo, Crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los 6 meses de vida, disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_3\\_99/mgi10399.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi10399.htm) revisado 20-10-2013



Los estudios realizados en distintos países muestran diferencias importantes en el crecimiento de niños amamantados y alimentados con biberón; también se ha observado que los niños amamantados crecen más despacio a partir de los 2 ó 3 meses de edad, en comparación con el patrón de referencia NCHS/OMS (National Center for Health Statistics/Organización Mundial de la Salud). Los niños amamantados registraron menor peso y longitud a los 6, 12 y 24 meses que los alimentados con biberón y mostraron, con respecto a las pautas NCHS/OMS, una desaceleración del crecimiento a partir del segundo semestre, lo cual indica que las normas NCHS/OMS no son del todo adecuadas para evaluar el crecimiento de niños amamantados en nuestro medio<sup>37</sup>. En este estudio el 8,75% de los casos tienen riesgo de talla alta para la edad lo cual podemos relacionar con destete antes de los 4 meses y un 7,5% de los casos se encuentran en riesgo de sobrepeso.

En los estudios realizados con anterioridad se señaló que las madres que trabajan acortan el período de lactancia respecto de aquellas que no tienen actividad laboral fuera del hogar. También se verificó que si la madre reinicia el trabajo a edades menores del niño, abandona más rápidamente el hábito del amamantamiento. En el presente estudio se analizaron las causas del abandono de la lactancia y si existieron factores dentro del ámbito laboral que influyeron para que esto suceda. Para ello, se recabó información del Millennium Cohort Study (MCS), realizado a un grupo representativo de madres del Reino Unido, acerca de las características del ambiente laboral, la licencia por maternidad y dónde se realizaba el cuidado diario de los bebés durante el horario laboral de la madre. En nuestro estudio el 22,5% de las madres destetaron a temprana edad a sus niños a causa de la actividad laboral.

---

<sup>37</sup> AGRELO, Fernando. LOBO, Beatriz. CHESTA, Mónica, Crecimiento de niños amamantados y alimentados con biberón hasta los 2 años de vida, Argentina, 2005

En estudios realizados en Ecuador, la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses fue del 75%<sup>38</sup>. En nuestro estudio únicamente el 11,25% de las niños/as reciben lactancia materna exclusiva.

En un estudio realizado por la escuela Superior Politécnica de Chimborazo, el 57% de las madres tienen conocimientos sobre la lactancia materna, El 96% de las madres inicia la alimentación complementaria entre los 6 y 10 meses de edad, un 56% inicia la alimentación complementaria con sopas, coladas y purés de frutas<sup>39</sup>. En nuestro estudio el 72,5% de las madres inician la alimentación complementaria a los 6 meses y un 16,25% antes de los 4 meses. De igual manera en nuestro estudio el 37,5% de las encuestadas inician la alimentación complementaria con sopas y coladas y un 35% iniciaron con leche de vaca.

---

<sup>38</sup> JIMÉNEZ Rodolfo. AILLON, Marcela, Patrones de alimentación en menores de 2 años, disponible en:[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582013000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582013000100004&script=sci_arttext), revisado 20-10-2013

<sup>39</sup> FERNANDÉZ, Miguel, Diseño y validación del material educativo sobre alimentación complementaria y destete dirigido a madres del sector rural del cantón Chimborazo,2010

## CONCLUSIONES

- ✚ Que al relacionar las medidas antropométricas y la edad del destete de los niños/as menores de 5 años de la parroquia Yangana, el 8,75% de los niños/as está con talla alta para la edad y el 7,5% con riesgo de sobrepeso, el cual podemos atribuir al destete menor a los cuatro meses y la introducción temprana de otros alimentos conjuntamente con leche de fórmula.
- ✚ Dentro de las causas para el destete precoz fueron trabajo, estudio, escasa producción de leche y por otras causas entre las cuales podemos mencionar la planificación familiar, un nuevo embarazo y poco interés del niño.
- ✚ La mayoría de las madres destetaron a sus niños a los 12 y 18 meses de edad, mientras que otras madres destetaron a los 4, 6, y 8 meses de edad.
- ✚ La mayoría de las madres encuestadas recibieron información acerca de la edad del destete y los beneficios de la lactancia materna cuando asistieron a los controles médicos en diferentes puestos de salud, mientras que una mínima parte de ellas no recibió información en ningún lugar.

## RECOMENDACIONES

- ✚ Que el equipo de Salud del Sub-centro del sector provea educación y material informativo que ayude a promover la importancia de la alimentación a pecho, controles prenatales y control del niño sano y de esta manera los niños/as alcancen un crecimiento y desarrollo adecuados, logrando así mayor productividad a futuro y menos inversión sanitaria.
- ✚ Que el equipo de Salud organice a los grupos de la parroquia y se dicten talleres de capacitación, con temas relacionados a la edad adecuada del destete, y la alimentación complementaria.
- ✚ A los dirigentes de las instituciones educativas de la parroquia que proporcionen información sobre los beneficios de la lactancia materna a mediano y largo plazo tanto para los niños como para las madres.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AGRELO, Fernando. LOBO, Beatriz. CHESTA, Mónica, Crecimiento de niños amamantados y alimentados con biberón hasta los 2 años de vida, Argentina, 2005
2. Alimentación Adecuada en niños, disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1060/1/34T00192.pdf>, revisado 12-2- 2013.
3. Alimentación artificial disponible en: [www.granafarmaceutica.com/pdf/formacion.pdf](http://www.granafarmaceutica.com/pdf/formacion.pdf) revisado 12-2- 2013.
4. ARAUJO, Joaquín. GARCÍA, Macedo, Crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los 6 meses de vida, disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_3\\_99/mgi10399.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi10399.htm) revisado 20-10-2013
5. Argentina, 2007, pág. 83-89.
6. ARIAS, Pombo, Tratado de endocrinología pediátrica, Patrón de Crecimiento humano, segunda edición, Cap 11 Madrid España, 2006, pág. 203-208
7. ARIAS, Ricardo, Pediatría el niño sano el niño enfermo: Crecimiento y desarrollo sección II el niño sano, editor grupo guía S.A Buenos Aires
8. Beneficios de la Lactancia Materna, disponible en: <http://barazoyparto.about.com/od/Postparto/a/10-Beneficios-De-La-Lactancia-Materna-Para-El-Bebe.htm>, revisado 3-3-2013.
9. Crecimiento en niños, disponible en: <http://www.mipediatra.com/infantil/crecimiento.htm>, revisado 12-2-2013.
10. CUEVA, Ana. INTRODUCCIÓN AL ESTILO APA PARA CITAS Y REFERENCIAS pág. 3-5-7.
11. Destete en niños, disponible en: [http://espanol.pregnancy-info.net/lactancia\\_y\\_destete.html](http://espanol.pregnancy-info.net/lactancia_y_destete.html), revisado 4-2-2013
12. Destete en niños, disponible en: <http://www.zonapediatrica.com/lactancia/eldestete.html>.revisado 12-02-2013.
13. Destete y ablación, disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/el-destete>, revisado 4-3-2013.
14. Destete y ablación, disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmc3131a/doc/fmc3131a.pdf>, revisado 3-2-2013.
15. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, Octubre 2005 disponible en

- [http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/pdf/texto/12\\_lactnutricion.pdf](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/12_lactnutricion.pdf), revisado 03-3-2013.
16. Factores Asociados al Destete Precoz, disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2458/1/Factores-asociados-al-destete-precoz.html>, revisado 4-3-2013.
  17. Fisiología del Destete disponible en: <http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=9216>, revisado 12-2- 2013.
  18. GARCÍA, Gabriela. MOYA, Rosa. ORTEGA, Raúl. Manual de Lactancia Materna, Contenidos técnicos para profesionales de la Salud, Chile, marzo de 2010.
  19. GARCÍA, Gabriela. Ventajas de la lactancia materna, Comisión Nacional de Lactancia Materna, Chile, 2009.
  20. GAVILLA Bárbara. GONZÁLEZ Yeline, Repercusión del destete precoz en párvulos del círculo infantil “amiguitos africanos”, disponible en <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol1%202004/tema06.htm>. revisado 4-3-2013
  21. HERNANDEZ, Manuel. Tratado de Pediatría 9<sup>na</sup> Edición volumen I, 2002, Pág. 664-666.
  22. HERNANDEZ, María. MALDONADO, Josefa. Lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Asociación Española de Pediatría. España. 2008.
  23. HERNANDEZ, Roberto. Metodología de la investigación, quinta edición México cáp 3. 2010
  24. <http://dspace.espoach.edu.ec/bitstream/123456789/1060/1/34T00192.pdf>. revisado 3-2-2013.
  25. Lactancia Artificial disponible en: [http://www.prematuros.cl/lactancia/previnfad\\_lactancia.pdf](http://www.prematuros.cl/lactancia/previnfad_lactancia.pdf), revisado 3-3-2013.
  26. Lactancia Artificial, Formulas especiales, disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/Lactancia\\_artificial\\_tecnica\\_indicaciones\\_formulas\\_especiales.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Lactancia_artificial_tecnica_indicaciones_formulas_especiales.pdf) ,revisado 12-2- 2013.
  27. Lactancia Artificial, Formulas especiales, disponible en: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/preparacion-biberones-tomas.shtml>.revisado 3- 3- 2013.
  28. Lactancia Materna exclusiva, disponible en: <http://www.medicos.sa.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%20080113/LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA>, revisado 12-4- 2013.
  29. Lactancia Materna y Nutrición, disponible en: [http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/pdf/texto/12\\_lactnutricion.pdf](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/12_lactnutricion.pdf) revisado 03-3-2013.

30. Lactancia Materna, disponible en: <http://www.hospitalmetropolitano.org/es/noticia.php?ref=17%3A0%2C52%3A0%2C117%3A26>, revisado 12-4- 2013.
31. Lactancia materna; Desarrollo Infantil, disponible en: [scielo.sld.cu](http://scielo.sld.cu); ↑ Lactancia Materna y desarrollo psicomotor 2013 1999, Editorial Ciencias Médicas, revisado 12-2-2013.
32. Lactanciamaternal, disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_3\\_99/mgi10399.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi10399.htm) revisado 12-02-2013.
33. MARÍN, Alejandro, GÓMEZ, Luis Fernando. Manual de pediatría ambulatoria, Evaluación del Crecimiento. editorial médica internacional, Colombia, 2008
34. Medisan Lactancia Materna e Inmunidad, disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192009000400013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192009000400013&script=sci_arttext). versión ISSN10293019MEDISAN v.13 n.4 Santiago de Cuba jul.-ago. 2009 revisado, 13-4- 2013.
35. MORLA, Elvi. Crecimiento y Desarrollo del niño desde la Concepción hasta la Adolescencia, República Dominicana 2006.
36. MSP Promoción y Fomento de la Alimentación al Seno Materno. Cap 7, 2007, pág. 37.
37. MSP FUNBBASIC/IBFAN, Iniciativa Mundial sobre tendencias de Lactancia Materna, Informe Nacional, Quito, mayo 2009. disponible en [http://worldbreastfeedingtrends.org/docs/WBTi\\_libro\\_verde.pdf](http://worldbreastfeedingtrends.org/docs/WBTi_libro_verde.pdf), revisado 03-3-2013.
38. MSP Guía Práctica para la Buena Lactancia, Cap 9, 2009. pág. 94.
39. MSP Iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna. Quito, 2012
40. MSP, FUNBBASIC/IBFAN. Iniciativa mundial sobre tendencias de lactancia materna, informe nacional, Quito, 2009.
41. MSP, Normas de Atención a la niñez, Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 2010, pág. 36, 37 y 42.
42. MSP, Semana de Lactancia Materna, 2009.
43. MSP, Sistema nacional de Salud, Componente Normativo Neonatal, Quito, 2008, pág. 21-26.
44. Nelson, Tratado de pediatría 18<sup>va</sup> Edición, volumen I España, 2009. pág. 30.
45. Nelson, Tratado de pediatría, valoración del crecimiento 17<sup>va</sup> Edición, Capítulo 15 España, 2008.
46. Nutrición y Dietética, disponible en:
47. Patrón de crecimiento de niños amamantados, disponible en: [http://www.fmed.uba.ar/fundalac/tips/patro\\_am.htm](http://www.fmed.uba.ar/fundalac/tips/patro_am.htm). revisado 03-03-2013.

48. PICASSO, Pablo, Manual de lactancia materna de la teoría la práctica, Asociación Española de Pediatría editorial médica panamericana S.A España, 2009, pág. 47-48.
49. PUENTE, Nelly Lactancia materna. Problemas sociológicos, disponible en:  
[http://www.monografias.com/usuario/perfiles/dra\\_ilda\\_nelly\\_puente\\_rizes/monografias](http://www.monografias.com/usuario/perfiles/dra_ilda_nelly_puente_rizes/monografias), revisado 20-10-2013
50. RODRIGUEZ, Francisco. ARANCETA, Javier, Crecimiento y Desarrollo, España, 2008
51. SÁNCHEZ Marta Rosa, ALONSO, Magda Emilia, Lactancia materna: algunos factores que promueven el Destete precoz, disponible en:  
[http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol15\\_3\\_09/hab09309.pdf](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol15_3_09/hab09309.pdf), revisado 20-10-2013
52. SOLANGEL, Javier. HERNÁNDEZ, María, Lactancia materna, disponible en:  
[http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol15\\_3\\_09/hab09309.pdf](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol15_3_09/hab09309.pdf), revisado 20-10-2013
53. THOMPSON, Janice. MAMORE, Melinda, Nutrición en el ciclo vital, Capítulo 17, España, .2008, pág 728-729.
54. Ventajas de la Lactancia Materna, disponible en:<http://maternidad-lactancia.blogspot.com/2008/01/ventajas-para-la-madre.html>, revisado 3-3-2013.



# ANEXOS

Loja 31 Octubre del 2013.

Lic.

Patricia Montaña.

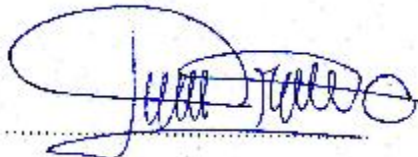
**DIRECTORA DEL INFA DE LA PARROQUIA YANGANA.**

**CERTIFICA.**

Que la Srta. **Kelly Maritza Iñiguez Delgado**, con número de cédula 1104737869 egresada de la carrera de Enfermería Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, realizó una charla y entrega de trípticos a las madres de familia de los niños de tres y cuatro años que asisten al grupo.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad y autorizo que la interesada haga uso de este documento para fines personales.

**ATENTAMENTE.**



Lic. Patricia Montaña.

Loja 31 Octubre del 2013.

Lic.

Alejandro Palacios.

**DIRECTOR DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA "FRAY VICENTE SOLANO"**

**CERTIFICA.**

Que la Srta. **Kelly Maritza Iñiguez Delgado**, con número de cédula 1104737889 egresada de la carrera de Enfermería Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, realizó una charla y entrega de trípticos a las madres de familia del primer año de básica de la escuela Fiscal Mixta "Fray Vicente Solano" de la parroquia Yangana.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad y autorizo que la interesada haga uso de este documento para fines personales.

**ATENTAMENTE.**



Lic. Alejandro Palacios.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA.**

**CARRERA DE ENFERMERÍA.**

**Encuesta dirigida a las madres de los niños /as menores de 5 años que han sido destetados precozmente de la parroquia Yangana.**

**1. Edad del niño /a.**

-----

**2. Sexo.**

**M ( ) F ( )**

**3. Talla del niño /a.....**

**4. Peso del niño /a.....**

**5. ¿Hasta qué edad dio de lactar Ud. a su niño /a?**

**4 meses ( ) 6 meses ( )**

**8 meses ( ) 12 meses ( )**

**Otra edad. Especifique.....**

**6. ¿Cuáles fueron las causas por las que se dio el destete precoz?**

**Edad de la madre ( )**

**Nivel de estudio. ( )**

**Ocupación.**

**Trabajo ( ) Estudio ( )**

**Otro Embarazo. ( )**

**Escasa leche. ( )**

**Enfermedad de la madre. ( )**

**Planificación familiar. ( )**

**OTRA**

**CAUSA**

**Especifique.....**  
.....

**7. ¿Cómo realizo el destete?**

De un día para otro. ( )

De forma lenta y gradual. ( )

**8. ¿Que estrategias puso en práctica durante el destete?**

Aplazamiento. ( )

Sustitución. ( )

Distracción. ( )

Otras explique.....

**9. ¿A que introdujo alimentación complementaria a su niño /a ?**

4 meses ( )

6 meses ( )

Otra edad. Especifique.....

**10. ¿Conoce Ud. a qué edad se debe introducir alimentación complementaria a sus niños /as?**

Si ( )

No ( )

Explique la edad.....

**11. ¿Cómo alimentó su niño luego del destete?**

Con leche de vaca. ( )

Con leche de fórmula. ( )

Coladas. ( )

Sopas. ( )

Otras  
especifique.....

.....  
.....  
.....  
.....

**12.- ¿Cuándo asistió a los controles prenatales recibió información sobre la edad del destete y los beneficios de la lactancia materna?**

**Si ( )      No ( )**

**¿Dónde?**

**Centro de salud. ( )**

**Medico particular. ( )**

**Hospital. ( )**

**Otro lugar o persona, especifique.....**

.....

**Gracias por su colaboración**

**Nota:** Los términos médicos de difícil comprensión para las madres de familia serán explicados oportunamente

## DESCRIPCIÓN DEL INSTRUCTIVO.

### 1. Edad del niño /a.

Años y meses cumplidos.

### 2. Sexo.

- M ( )
- F ( )

### 3. Talla del niño /a

- **Talla alta:** Mayor que el percentil 97
- **Talla normal:** Entre el percentil 97 y el percentil 10
- **Talla baja:** Entre el percentil -2 y el percentil -3
- **Retardo del crecimiento:** Por debajo del percentil -3

### 4. Peso del niño /a.

- **Sobrepeso:** Mayor que el percentil 97
- **Peso normal:** Entre el percentil 97 y el percentil 3
- **Peso bajo:** Entre el percentil 3 y -3 desviación estándar.
- **Peso muy bajo:** Por debajo del percentil -3

### 5. ¿Hasta qué edad dio de lactar Ud. a su niño /a?

- 4 meses ( )
- 6 meses ( )
- 8 meses ( )
- =>12 meses

### 6. ¿Cuáles fueron las causas maternas por las que se dio el destete precoz?

#### Edad de la madre.

- 20-25 años ( )
- 26-30 años ( )
- 31-35 años ( )
- 36-40 años ( )

#### Nivel de instrucción.

- Primaria ( )

- Secundaria ( )
- Superior ( )

### **Ocupación**

- Trabaja ( )
- Estudia ( )

### **Otras causas.**

- Otro Embarazo ( )
- Escasa producción de leche ( )
- Enfermedad de la madre ( )
- Planificación familiar ( )

### **7. ¿Cómo realizo el destete?**

- Abrupto: De un día para otro. ( )
- Paulatino: De forma lenta y gradual. ( )

### **8. ¿Qué estrategias puso en práctica durante el destete?**

- Aplazamiento: Demorar las tomas ( )
- Sustitución: Se ofrece comida o bebida para evitar que pida el pecho ( )
- Distracción: Dirigir su atención hacia algo nuevo ( )

### **9. ¿A que inició la alimentación complementaria a su niño /a ?**

- 4 meses ( )
- 6 meses ( )
- =>8 meses ( )

### **10. ¿Conoce Ud. a qué edad se debe introducir la alimentación complementaria a sus niños /as?**

Si ( ) No ( )

### **11. ¿Cómo alimentó su niño luego del destete?**

- Con leche de vaca. ( )
- Con leche de fórmula. ( )
- Coladas/ Sopas ( )
- Sopas /frutas ( )



**12. ¿Cuándo asistió a los controles prenatales recibió información sobre la edad del destete y los beneficios de la lactancia materna?**

**¿Dónde?**

- Centro de salud. ( )
- Medico particular. ( )
- Hospital. ( )
- Otro lugar o persona, especifique ( )

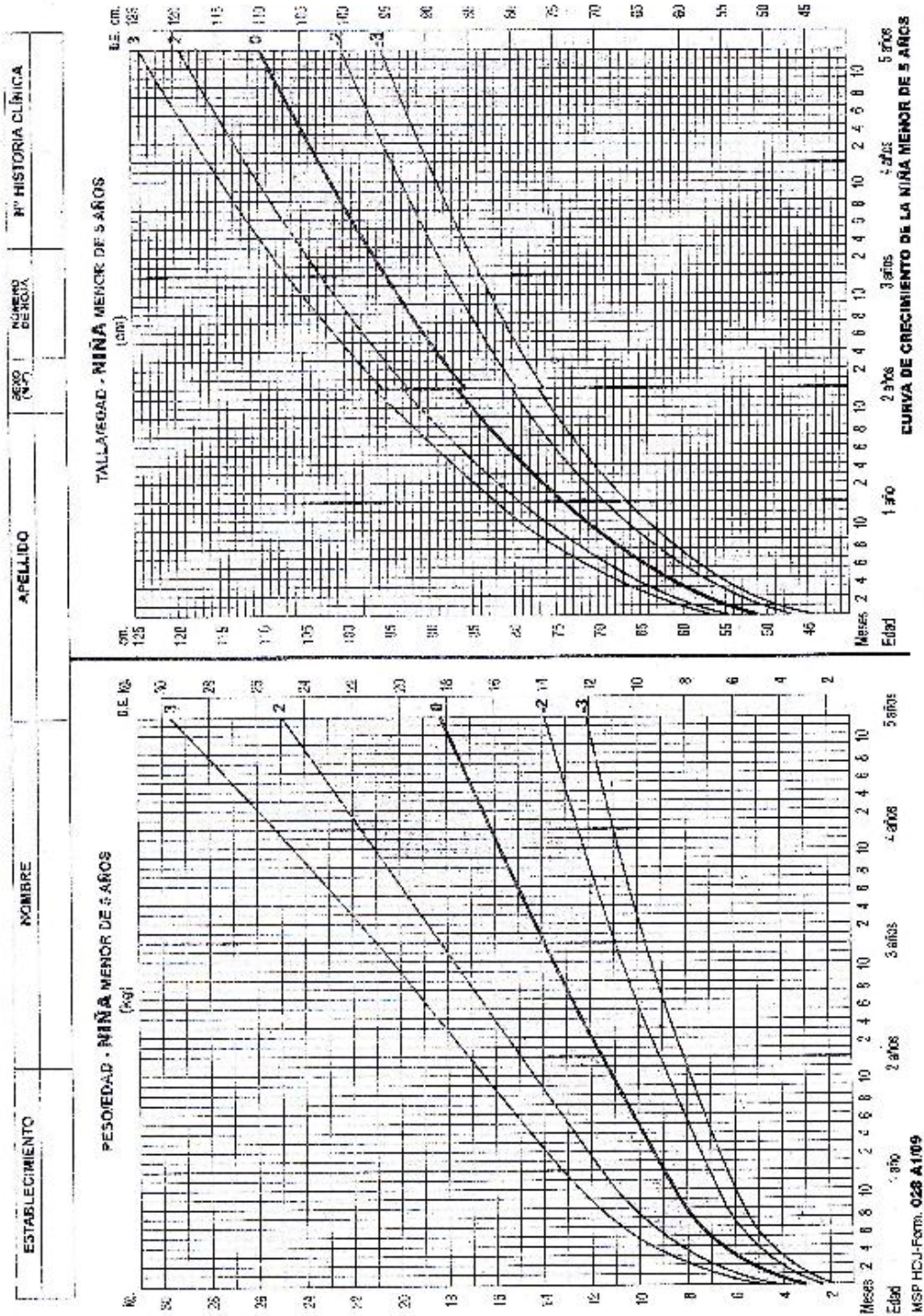
## TALLA Y PESO DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

ORDEN	EDAD	TALLA	PESO
1.	12m	72 cm	7 kg
2.	1 año 3m	87 cm	12 kg
3.	1 año 6m	70 cm	9 kg
4.	1 año 7m	76 cm	9 kg
5.	2años	82 cm	10 kg
6.	2 años 3m	87cm	13 kg
7.	2 años 6 m	97 cm	15 kg
8.	2 años 6 m	82 cm	13 kg
9.	2 años 8m	88 cm	13 kg
10.	2 años 11m	85 cm	10 kg
11.	2 años 11m	88 cm	12 kg
12.	3 años 1m	90 cm	10 kg
13.	3 años 8m	98 cm	14 kg
14.	3 años 11m	90 cm	11 kg
15.	4 años	106 cm	15 kg
16.	4 años	92 cm	12 kg
17.	4 años	101 cm	15 kg
18.	4 años m	106 cm	17 kg
19.	4 años 6m	106 cm	14 kg
20.	4 años 6m	110 cm	14 kg
21.	4 años 7m	111 cm	20 kg
22.	4 años 8 m	114 cm	18 kg
23.	4 años 9 m	95 cm	17 kg
24.	4 años 11m	102 cm	15 kg
25.	5 años	110 cm	16 kg
26.	5 años	103 cm	16 kg
27.	5 años	107 cm	17 kg
28.	5 años	100 cm	16 kg
29.	5 años	100 cm	17 kg
30.	5 años	117 cm	19 kg
31.	5 años	116 cm	21 kg
32.	5 años	108 cm	18 kg
33.	5 años	110 cm	20 kg
34.	5 años	108 cm	20 kg
35.	5 años	106 cm	21 kg
36.	5 años	115 cm	20 kg
37.	5 años	111 cm	19 kg
38.	5 años	115 cm	22 kg
39.	5 años	107 cm	19 kg
40.	5 años	117 cm	15 kg
41.	5 años	109 cm	20 kg

## TALLA Y PESO DE NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

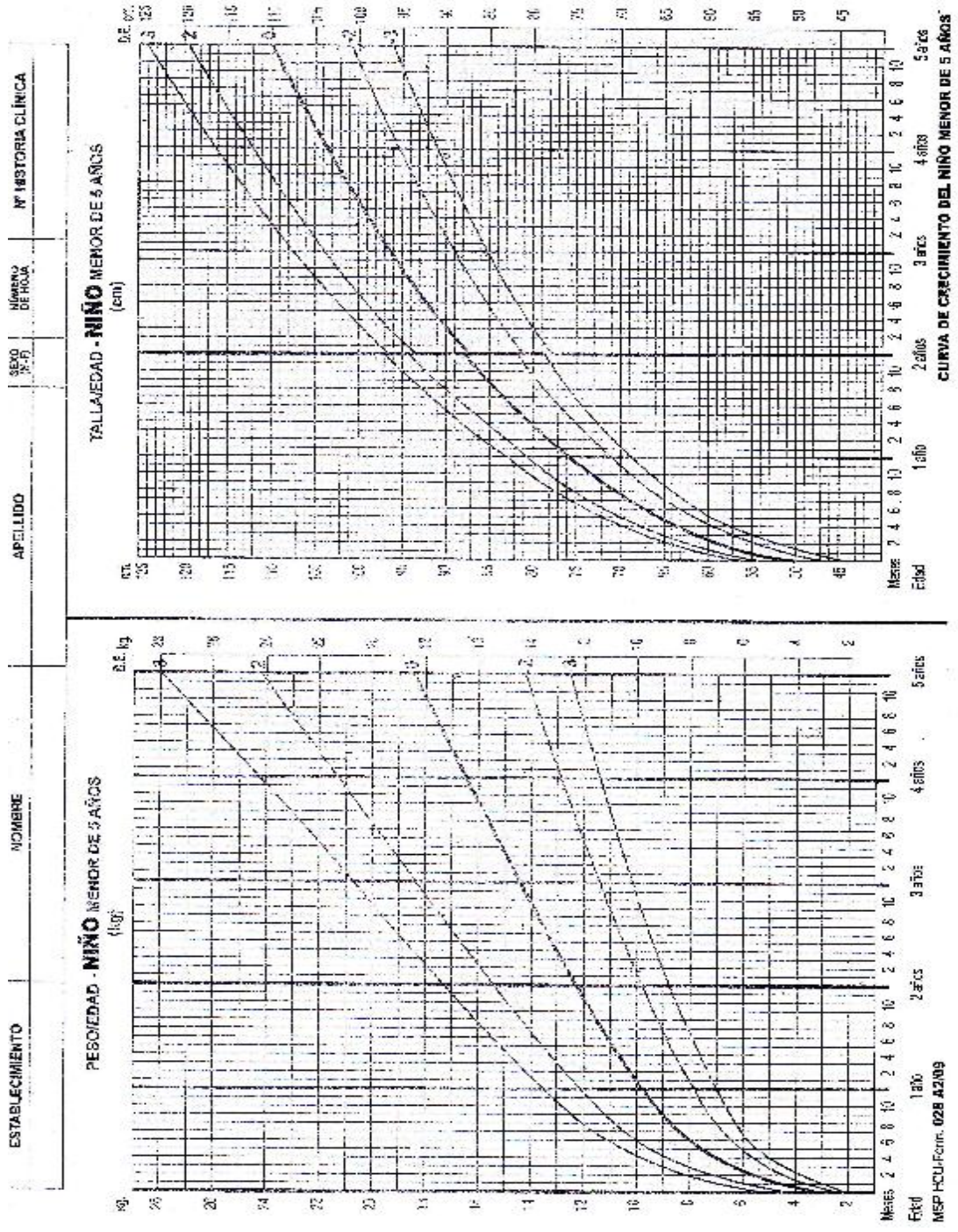
ORDEN	EDAD	TALLA	PESO
1.	1 año a 6m	77 cm	8 kg
2.	1 año 9m	78 cm	9 kg
3.	2 años	90 cm	12 kg
4.	2 años	78 cm	11 kg
5.	2 años 3m	88 cm	10 kg
6.	2 años 3m	75 cm	9 kg
7.	2 años 5m	84 cm	12 kg
8.	2 años 6m	85 cm	12 kg
9.	2 años 8m	85 cm	12 kg
10.	2 años 9m	95 cm	16 kg
11.	2 años 10m	78 cm	10 kg
12.	2 años 11m	95 cm	11 kg
13.	3 años	81 cm	10 kg
14.	3 años 2m	89 cm	14 kg
15.	3 años 3m	100 cm	13 kg
16.	3 años 3m	98 cm	10 kg
17.	3 años 3 m	102 cm	12 kg
18.	3 años 5m	91 cm	12 kg
19.	3 años 6m	91 cm	12 kg
20.	3 años 6m	92 cm	14 kg
21.	3 años 6m	100 cm	15 kg
22.	3 años 10m	111 cm	15 kg
23.	4 años	95 cm	13 kg
24.	4 años	101 cm	14 kg
25.	4 años	103 cm	16 kg
26.	4 años	98 cm	13 kg
27.	4 años	114 cm	16 kg
28.	4 años	92 cm	11 kg
29.	4 años	100 cm	18 kg
30.	4 años 2m	100 cm	18 kg
31.	4 años 6m	108 cm	20 kg
32.	4 años 11m	102 cm	15 kg
33.	4 años 11m	106 cm	14 kg
34.	5años	103 cm	16 kg
35.	5 años	107 cm	17 kg
36.	5años	108 cm	17 kg
37.	5 años	118 cm	21 kg
38.	5 años	115 cm	21 kg
39.	5años	107 cm	17 kg

# CURVA PARA LA VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO PARA NIÑA





# CURVA PARA LA VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO PARA NIÑO







**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**

**AREA DE LA SALUD HUMANA.**

**CARRERA DE ENFERMERÍA.**



**1859**

**TEMA:**

**LACTANCIA MATERNA.**

**AUTORA:**

KELLY IÑIGUEZ.

**VENTAJAS PARA LA MADRE**

- Reduce las hemorragias luego del parto.
- Reduce la depresión postparto de la madre.
- Ayuda a perder el peso
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama, ovarios.

**VENTAJAS PARA LA FAMILIA Y SOCIEDAD**

- Ahorras tiempo y dinero.
- Menos enfermedades y muertes en niños.
- Menos gastos en salud y medicamentos.
- Mejor desarrollo intelectual del niño lográndose a futuro mayor productividad en el país.
- Reduce la frecuencia de consultas médicas y hospitalizaciones.



## **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**

- Preparación adecuada de la madre y la familia en la técnica de la lactancia materna.
- Apego inmediato, después del parto.
- Lactancia materna a libre demanda.
- Apoyo familiar y social a la madre que lacta.
- Evaluación sistemática del crecimiento y desarrollo del niño.

## **CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA**

Incluyen situaciones que pueden poner en riesgo a la madre y al niño y que por lo tanto se recomienda no lactar en tales circunstancias.

- VIH- Sida en la madre.
- Compuestos Radiactivos.
- Drogas ilegales.
- Algunos medicamentos (Aspirina)
- Alcohol.

## **VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA**

### **VENTAJAS PARA EL NIÑO.**

- Baja carga de solutos.

- Mejor absorción de las grasas.
- Impide el desarrollo de gérmenes en el intestino.
- Disminuye las diarreas.
- Disminuye las caries.
- Fácil digestión.
- Previene la desnutrición.
- Minimiza el riesgo de cáncer infantil, diabetes, obesidad, frecuencia de enfermedades respiratorias y alérgicas.
- Permite un mejor crecimiento, desarrollo intelectual y motor.
- Disminuye la tendencia de abuso infantil.
- Es más higiénica y estéril.
- Tiene la temperatura adecuada, la composición ideal y completa y contienen todos los elementos nutritivos.
- Se produce la cantidad justa y necesaria.



## 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA

7.- Facilitar la convivencia de la madre y el niño durante las 24 horas del día.

8.- Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño lo pida.

9.-No dar a los niños chupones artificiales.

10.- Fomentar el establecimiento de grupos de lactancia natural

  
Organización

**Autora:**

Kelly Iñiguez

**Universidad  
Nacional de Loja**

**Área de la salud Humana  
Carrera de Enfermería.**

*Lactancia  
materna*



## LACTANCIA MATERNA.

**Concepto.-** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como la ingesta de leche materna lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables



## CUANDO INICIAR LA LACTANCIA.

Se debe iniciar inmediatamente después del parto si es posible en lugar donde se dio el parto para establecer una relación estrecha entre la madre y el recién nacido.

### HASTA QUE EDAD SE DEBE DAR DE LACTAR

Todos los niños deben ser alimentados exclusivamente a pecho desde el nacimiento hasta los seis meses de edad. Posteriormente deben seguir siendo amamantados, recibiendo al mismo tiempo alimentos complementarios apropiados y en cantidades suficientes, hasta los dos años de edad o más.

### 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA

- 1.- Disponer de una política relativa a la lactancia materna.
- 2.- Capacitar al personal de salud para que ponga en práctica esa política.
- 3.- Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia.
- 4.- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.
- 5.- Mostrar a las madres como se debe de dar de lactar a los niños.
- 6.- No dar al niño ninguna otra bebida.

# ÍNDICE.

Carátula.....	I
Certificación.....	II
Autoría.....	III
Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Título.....	1
Resumen.....	2
Summary.....	3
Introducción.....	4
Revisión de literatura.....	9
Materiales y métodos.....	37
Resultados.....	39
Discusión.....	49
Conclusiones.....	53
Recomendaciones.....	54
Bibliografía.....	55
Anexos.....	59
Indicé.....	83