



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN, FACTORES ASOCIADOS AL
DESTETE PRECOZ Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN
NIÑOS DE 0-6 MESES NACIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO, CUENCA, ECUADOR. 2014**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICA Y MÉDICO.**

**AUTORES: MARÍA ANGÉLICA GUARANGO GUARANGO
KATHERINE MARIBEL PETER MOREIRA
MARIO ESTEBAN VILLAVICENCIO QUITO**

DIRECTOR: DR. JORGE LEONIDAS PARRA PARRA.

**CUENCA – ECUADOR
2015**

RESUMEN

Objetivo General: Identificar las modalidades de alimentación, factores de riesgo asociados al destete temprano y su relación con el estado nutricional en niños 0-6 meses nacidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM).

Método: Es estudio descriptivo, transversal, en 328 binomios madre-hijo. Los niños fueron los nacidos en el HVCM, con peso adecuado. Para la recolección de datos se localizaron a las madres en los Sub Centros de Salud donde se llevaban a cabo los controles del niño/a; se usó un formulario para la recolección de información, para la valoración nutricional se usaron los patrones de la OMS y para la calificación socio económica el formulario del INEC. Se analizó la información en el programa SPSS versión 15, se realizaron tablas simples de frecuencias y porcentajes, se obtuvieron media y desviación estándar de las variables cuantitativas y para la asociación se aplicó el chi cuadrado, Odds Ratio y valor de p con 95% de nivel de confianza.

Resultados: La frecuencia de las modalidades de alimentación fueron: lactancia materna completa 76,2%; parcial 19,8% y alimentación artificial 4%; siendo la falta de leche el principal motivo de destete precoz. La valoración nutricional evidenció una frecuencia de emaciación del 3,7%; emaciación severa 6,1%; sobrepeso 5,2% y obesidad 3,7%. La valoración socio económica reveló que el 54,3% perteneció a un estrato medio bajo C -, la utilización de alimentación artificial y lactancia materna parcial fue mayor en madres con edades iguales o menores a los 18 años (30,4%); nivel de instrucción de universidad completa 35,3%; solteras 39,4%; estudiantes (35,3%); primíparas (25%) y pertenecientes al estrato socio económico medio alto B con el 35,7%. Los factores de riesgo para el destete precoz únicamente resultaron estadísticamente significativos el estado civil soltera (OR= 2,6 IC 95% 1,5-4,7) y la ocupación estudiante (OR= 1,9 IC 95% 1-3,7).

Conclusiones: El destete precoz fue frecuente y mayormente asociado a factores maternos como el estado civil y la ocupación.

PALABRAS CLAVE: LACTANCIA MATERNA, DESTETE PRECOZ, PREVENCIÓN PRIMARIA, DEMOGRAFÍA, NIVEL SOCIO ECONÓMICO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – ECUADOR.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify feeding types, risk factors associated to early weaning and its relationship with the nutritional status in children 0-6 months old born in HVCM (Hospital Vicente Corral Moscoso).

METHOD: A cross-sectional descriptive study was conducted in 328 mother-child pairs. The children were those born in HVCM, with appropriate weight. For the collection of data the mothers were chosen from the Health Sub centers where the children's controls were taking place; a data sheet was used for the collection of information, previous to all this we had to have an informed consent signed, for the nutritional assessment we used the patterns of the OMS and for the socio economic qualification we used the INEC's form for this purpose. The information was analyzed using the version 15 of the SPSS program, we did simple data sheets of frequencies and percentages, we obtained average and standard deviation of the quantitative variables and for the association we applied the square chi, Odds Ratio and the value of p with 95% of level of trust.

Results: The frequency feeding types were: complete breastfeeding 76,2%; Partial 19.8% and artificial feeding 4%; the lack of breast milk being the main reason for early weaning. The nutritional assessment showed a wasting frequency of 3,7%; severe wasting 6,1%; overweight 5,2% and obesity 3,7%. the socio-economic assessment showed that 54,3% belonged to a medium low stratum C-, The use of artificial feeding and partial breastfeeding was bigger on moms of same age or less than 18 years old (69,6%); level of complete college education 35,3%; singles 39,4%; students (35,3%); primiparous (25%) and belonging to the medium low socio-economic stratum C – with 35,7%. The risk factors for early weaning were statistically significant only on the single status (OR = 2,6 IC 95% 1,5-4,7) and student occupation (OR = 1,9 IC 95% 1-3,7)

Conclusions: the early weaning was frequent and mostly associated with maternal factors like the level of instruction (education).

KEY WORDS: BREASTFEEDING, EARLY WEANING, PRIMARY PREVENTION, DEMOGRAPHICS, SOCIO-ECONOMIC LEVEL, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – ECUADOR.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Página
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	16
1.1 INTRODUCCIÓN	16
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.3 JUSTIFICACIÓN	20
CAPÍTULO II	22
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	22
2.1 Modalidades de alimentación	22
2.2 Importancia de la lactancia materna	23
2.3 Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna	24
2.4 Breve recuento del estado nutricional en la población lactante	26
2.5 Lactancia materna y estado nutricional.....	28
2.6 Lactancia materna en el Ecuador	30
CAPÍTULO III	32
3. OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo general.....	32
3.2 Objetivos específicos	32
CAPÍTULO IV	33
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	33
4.1 Tipo de estudio	33
4.2 Área de estudio.....	33
4.3 Universo y muestra:	33
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	34
4.5 Operacionalización de variables	34
4.5 Procedimientos, técnicas e instrumentos.....	38
4.5 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos	39
4.5 Plan de tabulación y análisis de datos	40
CAPÍTULO V	41
5. RESULTADOS.....	41
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	41



5.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS – FASE DESCRIPTIVA	41
5.3 ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS A MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN	47
5.4 ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL.....	50
5.5 MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL....	56
CAPÍTULO VI.....	57
6. DISCUSIÓN	57
CAPÍTULO VII.....	61
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
7.1 CONCLUSIONES	61
7.2 RECOMENDACIONES.....	62
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
9. ANEXOS	71



Yo María Angélica Guarango Guarango, autora de la tesis “MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN, FACTORES ASOCIADOS AL DESTETE PRECOZ Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0-6 MESES NACIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ECUADOR. 2014”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca 21 de junio del 2015

María Angélica Guarango Guarango

CI. 0106082118



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Katherine Maribel Peter Moreira, autora de la tesis “MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN, FACTORES ASOCIADOS AL DESTETE PRECOZ Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0-6 MESES NACIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ECUADOR. 2014”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca 21 de junio del 2015

Katherine Maribel Peter Moreira

CI. 0104017009



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Mario Esteban Villavicencio Quito, autor de la tesis “MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN, FACTORES ASOCIADOS AL DESTETE PRECOZ Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0-6 MESES NACIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ECUADOR. 2014”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca 21 de junio del 2015

Mario Esteban Villavicencio Quito

CI. 0104887492



Yo María Angélica Guarango Guarango, autora de la tesis “MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN, FACTORES ASOCIADOS AL DESTETE PRECOZ Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0-6 MESES NACIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ECUADOR. 2014”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca 21 de junio del 2015

María Angélica Guarango Guarango

CI. 0106082118



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Katherine Maribel Peter Moreira, autora de la tesis “MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN, FACTORES ASOCIADOS AL DESTETE PRECOZ Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0-6 MESES NACIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ECUADOR. 2014”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca 21 de junio del 2015

Katherine Maribel Peter Moreira

CI. 0104017009



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Mario Esteban Villavicencio Quito, autor de la tesis "MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN, FACTORES ASOCIADOS AL DESTETE PRECOZ Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0-6 MESES NACIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ECUADOR. 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca 21 de junio del 2015

Mario Esteban Villavicencio Quito

CI. 0104887492

DEDICATORIA

Gracias a dios por todo lo que me ha dado, por permitirme cumplir una de mis metas, por regalarme lo mejor que se puede tener en la vida que es mi familia y amigos. Mi dedicatoria va para mi mami y hermano, les dedico este proyecto porque han sido mi pilar fundamental, mi modelo a seguir; Mami, tu amor, dedicación, empuje rectitud, integridad y valores me han servido para ser una persona de bien, eres la motivación para superarme, y ser mejor cada día, gracias por creer en mí por apoyarme, y darme ejemplos dignos de superación y entrega, porque gracias a ti y a tu hermano, hoy puedo ver alcanzada una de mis meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional. Les amo mucho.

Gracias a mis dos compañeras de trabajo, Angélica Guarango y Mario Villavicencio. Para mí son los mejores compañeros y amigos que se pueden tener. El ambiente de trabajo creado es simplemente perfecto, y su visión, motivación y optimismo me han ayudado en momentos muy críticos de la Tesis. Les considero como dos de mis mejores amigos gracias por aguantarme, sé que soy difícil, les quiero chicos, gracias a mi amiga Mary por ayudarme y apoyarme, muchas gracias por todo.

Katherine Peter.

DEDICATORIA

“El éxito no se mide por los logros que tengamos en la vida, sino por lo que hemos tenido que superar para llegar en donde estamos”, han transcurrido 5 años de malas noches, exámenes, tareas para lograr la meta que me he planteado al decidir seguir esta profesión que requiere de mucha dedicación, esfuerzo, constancia y responsabilidad; esto lo he conseguido gracias a Dios, a mis padres y hermanos quienes me apoyaron, y fueron el pilar fundamental, mi motivación, para seguir adelante cada día

Además agradezco al Dr Jorge Parra, Dr. Arturo Quizphe, por su tiempo empleado, sus consejos brindados para la realización de nuestra tesis. De igual manera a mis compañeros Katherine y Mario quienes a pesar de todas las dificultades presentadas se cumplió con el objetivo y así dar un paso más en nuestras vidas.

“El precio del éxito es trabajo duro, dedicación al trabajo que estamos haciendo, y la determinación de que, hemos aplicado lo mejor de nosotros mismos a la tarea que tenemos entre manos”.- *Vince Lombardi*

Angélica Guarango

DEDICATORIA

Le agradezco a Dios por haberme guiado y acompañado a lo largo de mi carrera, por brindarme una vida llena de aprendizajes y la fortaleza para seguir en aquellos momentos de debilidad.

Les doy gracias a mi madre Mélida Quito, mi segunda madre mi tía Bella Calderón, a mis hermanos, mi abuelita y a todos mis tíos; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora y lograre estar, que este es uno de los primeros pasos que con su apoyo y la bendición de Dios lograre dar.

A mis amigos y amigas todos esos momentos que pasamos juntos y que serán un bello recuerdo que lo llevaré.

Mario Villavicencio.

AGRADECIMIENTO

Primero y como más importante, nos gustaría agradecer sinceramente a nuestro director y tutor de Tesis, Dr. Jorge Parra, por su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, orientaciones, la manera de trabajar, su persistencia, paciencia y motivación han sido fundamentales para nuestra formación académica. Él ha inculcado en nosotros un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podríamos tener una formación completa, le agradecemos mucho por la confianza depositada en nosotros ya que sin ella no hubiésemos logrado este trabajo de investigación.

También nos gustaría agradecer a los profesores de la facultad de ciencias médicas, por los consejos recibidos a lo largo de nuestros años de estudios que de una manera u otra han aportado su granito de arena a nuestra formación, mostrándonos paso a paso como enfrentarnos a la realidad de nuestra profesión, y en nuestra vida diaria, gracias.

Los Autores

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

En América los problemas de desnutrición afectan a la población infantil de manera especial a los lactantes y niños menores de 2 años (1); siendo los países en vías de desarrollo en los cuales esta tendencia aumenta, por lo que las modalidades de alimentación en los niños menores de 5 años es vital para evitar afectación en el estado nutricional (2).

Según la OMS son 5 tipos de alimentación para el lactante. La variable modalidad de alimentación surge al reagrupar los tipos de lactancia en tres categorías:

- a) Lactancia materna completa (LMC), categoría que se obtiene de la suma de frecuencias de lactancia materna exclusiva (LME) y lactancia materna predominante (LMPred).
- b) Lactancia Materna Parcial.
- c) La categoría Alimentación Artificial (AA) agrupa a los niños que tuvieron lactancia artificial y a los que no recibieron ningún tipo de leche sino otros alimentos.

La OMS y Unicef recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida. (3) La lactancia materna es un fenómeno biológico modificado por la cultura; es la nutrición óptima para el crecimiento y desarrollo de los niños; ofrece ventajas al niño y a la madre, en el niño favorece el crecimiento y desarrollo armónico del sistema nervioso central, sensorial, emocional, fomentando un mayor desarrollo intelectual y psicomotor, la leche materna aporta componentes inmunes al sistema inmunológico del niño, disminuyendo la aparición de patologías infecciosas, metabólicas, carenciales, gastrointestinales, odontológicas, muerte súbita, abandono y maltrato (4); estas afectaciones provocan mayor morbi-mortalidad infantil y limitan las capacidades

motoras, cognitivas y socio-emocionales de los niños/as, dificultan el aprendizaje y aumentan el abandono escolar, lo que en el futuro afecta el ingreso y el desempeño en el mercado laboral, perpetuándose de esta manera el hambre y la pobreza. La desnutrición constituye más de un tercio de las muertes totales en la niñez, y más del 10% de la carga global de enfermedades. De los factores nutricionales relacionados con la muerte infantil, la desnutrición crónica, la desnutrición aguda severa y el retardo del crecimiento intrauterino constituye los principales factores de riesgo. (5)

El desarrollo de la conducta alimentaria, de sus trastornos y del estado nutricional no puede ser entendido de forma aislada del entorno sociocultural y económico, ni enfrentarse de la misma forma en las distintas sociedades y culturas, pues existen grandes particularidades derivadas de uno de estos factores. Dado que el medio ambiente, los padres y los niños están en interacción recíproca y permanente, la alteración de una de las partes afecta a las otras. Entre los diferentes factores que pueden influir en las prácticas alimentarias se puede señalar: la herencia, tradición, el grado de desarrollo tecnológico, los medios de comunicación, nivel económico y la publicidad, los que indiscutiblemente juegan un papel muy importante en la formación o deformación de las prácticas alimentarias. El estrato socioeconómico al que pertenece el niño, es fundamental ya que cada estrato social establece modos diferentes de alimentación. Es así que los estratos bajos, inculcan desde pequeños la ingestión de alimentos baratos y saciadores, que se percibe como saludable, mientras que en los estratos altos, con frecuencia se enfatiza a la ingestión de alimentos que favorezcan una figura corporal más estilizada. (6)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día la lactancia exclusiva ya no es la única forma de alimentar a un niño/a, ya que debido a diversas circunstancias sociales, maternas y propias del niño se ha incluido otros alimentos a la dieta de los lactantes.

A través de esta investigación se pretende tener un enfoque claro y delimitado de las modalidades de alimentación en lactantes de 0-6 meses, y cómo se refleja esta situación en el crecimiento de los niños que nacieron en el HVCM.

Según datos actuales obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición hay disminución de la desnutrición crónica a lo largo de casi un cuarto de siglo al pasar de un 40.2% en 1986, a 25.3% en 2012, es decir una disminución absoluta de 15 puntos porcentuales en 26 años.

También da a conocer que en los primeros 5 meses de vida, el porcentaje de retardo en talla es bajo (9.5%). A los 6 meses este porcentaje aumenta dramáticamente (19.9%), con un pico en los 12-23 meses de edad (32.2%) a partir del cual comienza a descender. Con respecto al sobrepeso y a la obesidad, existe un alto riesgo de sobrepeso (nacional: 21.6%, en este grupo de edad).

El retardo en la talla muestra una fuerte tendencia a aumentar cuando menor es el nivel económico con 36.5% en el quintil uno (pobre) y 13.8 % en el quintil cinco (rico). Así mismo, disminuye mientras aumenta la educación de la madre (38.8% a 15.4%). (7)

En Cuenca la tercera ciudad más importante del Ecuador, con una población de 505.585 habitantes que representa un 70,9% de la población de la Provincia del Azuay, de los cuales el 9.7% (68.737) corresponden a menores de 4 años de edad según datos del último censo nacional del año 2010 realizado por el INEC, para esta población azuaya solo existe un hospital

regional, el HVCMel cual atiende el mayor número partos al año, en el área de maternidad y ginecología del Hospital se registró 5020 partos en el año 2013, con un promedio de 418 partos por mes. El número de nacidos vivos en el 2013 fue 5029, de estos 4389 tuvieron peso mayor a 2500 gramos, también se conoce que el número de personas del Azuay que no aporta a un seguro médico es de 17.442 personas de los cuales el 60.5% está representado por las mujeres azuayas.(8) En cuanto a pobreza Cuenca presenta una variación positiva, la pobreza urbana entre diciembre del 2012 - 2013 tiene una incidencia de 4.99%, y con respecto a la pobreza extrema su incidencia es de 0,83%, registrando el menor índice en comparación con las 5 ciudades más importantes del país. (9)

Conforme a nuestra percepción el HVCM acoge a la mayor parte de esta población, que correspondería al estrato social medio y bajo del cantón azuayo, que no posee seguro médico, especialmente de la población cuencana.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La asamblea número 54 de la OMS, celebrada en Ginebra del 14 al 22 de mayo del 2001, emitió una resolución que recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. En 1960, en Europa y América del Norte se produjo una disminución marcada de la lactancia materna; sin embargo, a partir de 1970, comienza un rescate de la alimentación natural. Una expresión de tal recuperación se produce en Finlandia y Suecia donde 90 % de las madres emplean este tipo de lactancia durante 5 meses como promedio; situación similar muestran países muy pobres como Bolivia y Haití, en los cuales 92 % de las madres amamantan a sus hijos hasta después del cuarto mes de vida. En contraste con los datos anteriores, resulta significativo que en un grupo de naciones con mejores condiciones económicas, tales como: Venezuela, Uruguay, Ecuador y Argentina, se aprecia una preocupante disminución de la prevalencia de la lactancia materna. (10)

En el estudio realizado en Cuba, se encuestó a 40 mujeres, atendidas en el consultorio desde enero del 2011 a enero del 2012, a fin de identificar los factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva, destaca que las madres que primero abandonaron la lactancia materna fueron las de 15-19 años (42,5%), nulíparas (32,5%), con nivel socioeconómico bajo (50,0%) y escolaridad primaria. (10)

La leche materna constituye indiscutiblemente el mejor alimento que la madre puede ofrecer al recién nacido durante los primeros seis meses de vida. Posteriormente, hasta los dos años o más, los lactantes pueden seguir con la lactancia materna complementada con otros alimentos nutritivos (11).

Este estudio se encuentra focalizado en conocer la realidad actual en cuanto a las modalidades de alimentación en los lactantes menores y la relación con su estado nutricional, que se ven reflejados en la talla y peso de los niños/as, las cuales serán registradas en las respectivas tablas y patrones de crecimiento. Además de conocer los factores que están asociados al destete precoz en



nuestro estudio, pues conocemos que la alimentación del niño/a se da en base a los conocimientos de las madres sobre los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas de alimentación. Ellas son quienes deciden cómo se alimentan los bebés.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Modalidades de alimentación

La alimentación de los infantes debe cumplir satisfactoriamente con los requerimientos de esta población en cada una de las etapas, con la finalidad de proporcionar el adecuado sustento para el crecimiento y el desarrollo (12); en este sentido caben las modalidades de alimentación que corresponden en la población de menores de 6 meses en la cual se centra nuestro estudio en:

2.1.1 Lactancia materna exclusiva: según la Organización Mundial de la Salud (13) esta modalidad corresponde con la administración al lactante de únicamente leche materna sin la administración de otros líquidos ni sólidos (tampoco agua), con la excepción de la administración de soluciones de rehidratación oral o vitaminas, minerales o medicamentos en forma de jarabes o gotas. Además esta misma fuente (13) cita que “los lactantes deben recibir lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. A partir de entonces, a fin de satisfacer la evolución de sus necesidades nutricionales, deben recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados e inocuos, al tiempo que siguen tomando el pecho hasta los dos años o más”

2.1.2 Lactancia materna parcial: incluye que a más de la lactancia materna, leche de origen no humano, aunque también puede incluir otro tipo de líquido (13,14).

2.1.3 Alimentación artificial: esta modalidad incluye el uso de lactancia materna pero también el uso de leche de otro origen generalmente se trata de formulaciones diseñadas para intentar sustituir la leche materna (15)

2.2 Importancia de la lactancia materna

La lactancia materna representa la mejor y porque no decir la única manera ideal de poder contribuir a los niños los nutrientes que requieren para un adecuado crecimiento y desarrollo, en la práctica todas las madres podrían amamantar siempre y cuando se halle disponible una adecuada información y el apoyo familiar además del sistema de salud; siendo recomendable de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad y pudiendo mantenerse hasta los 2 años o más (16).

Existe evidencia que la lactancia materna provee al niño/a beneficios importantes al igual que para la madre; como lo menciona Niño y colaboradores (17) una lactancia hasta el sexto mes de vida, favorece un adecuado crecimiento y desarrollo, impactando en causas evitables de morbi-mortalidad infantil, sin distinción de nivel socioeconómico o trabajo materno. Un mejor conocimiento de los beneficios de la LM, está asociado a inicio temprano y mayor duración de Lactancia materna (LM). La educación en salud, las intenciones prenatales, experiencias de amamantamiento y el apoyo a la madre, inciden en el inicio o suspensión temprana de la LM.

Rossato (18) resalta la importancia en la inmunidad, y cita que ofrece protección frente a distintos trastornos infecciosos, también en la menor frecuencia de enfermedades como el eczema atópico, mejor agudeza visual, menor riesgo de maltrato, ligero efecto protector contra la obesidad y el sobrepeso, disminución del riesgo de síndrome metabólico, niveles algo menores de tensión arterial y colesterol en sangre, aunque esto no se comprobó que se asocie a menor riesgo de enfermedad coronaria en la edad adulta. El mismo autor refiere que los niños que fueron amamantados son adultos más altos.

Roig (19) menciona que durante los primeros años de vida, la lactancia materna es la forma natural y más sana de alimentación, debido a las implicaciones para la salud de las madres, los lactantes y los niños pequeños, a corto y largo plazo. Además, la lactancia materna conlleva beneficios sociales

y económicos, tanto individuales como colectivos, por el ahorro del coste de la leche artificial, o por el descenso del absentismo laboral de los padres de niños amamantados y del coste del cuidado médico, atribuibles al menor riesgo de enfermedades infantiles.

A pesar de ser conocidos los beneficios de la lactancia materna existen situaciones en las cuales ésta se abandona, con los consiguientes riesgos para los niños.

2.3 Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna

En un estudio llevado a cabo por Ramírez (20) encontró que la edad materna influye en el tiempo de lactancia materna, es así como en la población de 15-19 años la frecuencia de abandono antes de los 6 meses fue de 9,2%; entre los 20-24 años de 18,4%, entre los 25-29 años del 10,2% y a mayores edades de la madre la frecuencia de abandono disminuía. En lo que hace referencia al nivel de instrucción el grupo más frecuente en abandonar la lactancia antes de los 6 meses fue las preuniversitarias con una frecuencia de 25,5%; según ocupación las madres estudiantes fueron las que más frecuentemente abandonaron la lactancia con un 20,4%; por último el motivo más frecuente de abandono fue que el niño no se llena y se requiere el uso de otras alternativas con el 58,1% seguido de la falta de leche con el 23,3%.

Rodríguez y Acosta (21) en un estudio en Colombia encontraron que las variables asociadas significativamente con el tiempo de lactancia exclusiva fueron: uso del biberón en el hospital, ocupación, estado conyugal y relación con el jefe de hogar de la madre. En el análisis multivariado se encontró que el "no uso de biberón en el hospital" fue el factor más asociado con una mayor duración del tiempo de lactancia materna exclusiva.

Sacristàn y colaboradores (22) mencionan que existen numerosos factores que influyen tanto en el inicio como en el mantenimiento de la lactancia materna. Entre los factores positivos, se encuentran la edad, la experiencia previa en

lactancia, el nivel de educación, haber tomado una decisión sólida previamente al parto, la educación materna sobre los beneficios de la lactancia materna y el ambiente favorable hospitalario y posteriormente en el entorno materno.

Entre los factores desfavorables se encuentran el tabaquismo, la incorporación de la madre al trabajo, las prácticas hospitalaria erróneas, el ofrecimiento precoz de biberones, el parto mediante cesárea, la enfermedad materna o neonatal, la prematuridad y el bajo peso al nacer (22).

Estévez y colaboradores (23) en un estudio en España mencionan que haber decidido con anterioridad al parto dar lactancia materna, haber recibido información sobre lactancia materna por parte de sanitarios durante la gestación, tener una mayor edad, ser universitaria, haber transcurrido poco tiempo desde el parto hasta la primera puesta al pecho, el no haber dado biberón los primeros días y el tener un parto eutócico son factores facilitadores para la continuidad de la lactancia materna. La decisión de interrumpir la lactancia materna es la mayoría de las veces de la propia mujer, y las causas están relacionadas con dificultades en la lactancia (poca leche, hambre del bebé) y con dificultades personales.

Oribe y colaboradores (24) encontraron que la lactancia materna exclusiva alcanzó un 84,8% al alta hospitalaria, el 53,7% a los 4 meses y el 15,4% a los 6 meses de vida. Las razones descritas por las madres sobre el abandono de la lactancia materna exclusiva asociadas a la fase temprana son problemas de lactancia, escasa ganancia de peso e hipogalactia. Otros factores que influyen en la etapa temprana son la intención previa durante el embarazo de dar lactancia materna exclusiva, la paridad, la comarca de residencia y la clase social. En la etapa tardía influye el tiempo de baja por maternidad.

Avalos (25) en un estudio en menores de 1 año encontró que la lactancia materna exclusiva se logró en un 55,7%; ocurriendo un destete precoz en el 44,3% de los casos y siendo el motivo más frecuente la hipogalactia materna; además menciona que a pesar de las intervenciones que se han llevado a cabo

por los estados para fomentar la lactancia materna aún se presentan casos de abandono de la lactancia.

Félix y colaboradores (26) en un estudio que incluyó 322 madres encontraron que la prevalencia de abandono fue de 61%: 53.4% decisión propia 8.1% enfermedades maternas, 2.8% mastopatía, 2.8% recomendación médica. El 44% con la percepción de dejar con hambre a su bebé, 42.3% de madres trabajadoras dejaron lactancia. Los factores de riesgo: percepción de que se queda con hambre OR 33, no apoyo de la pareja OR 3, enfermedad materna OR de 16.41 $p \leq 0.002$.

2.4 Breve recuento del estado nutricional en la población lactante

Una de las mayores preocupaciones en los primeros meses de vida es la adecuada alimentación de los niño/as; la lactancia materna como hemos revisado es un factor importante para tal fin; sin embargo se presentan alteraciones importantes (en diferente medida) de un adecuado estado nutricional; es así como se ha estimado que el impacto de la desnutrición infantil es un factor importante de riesgo de mortalidad infantil a nivel mundial y está relacionada con al menos el 10% de la carga global de enfermedad siendo los grupos socio económicos más desfavorecidos considerándolos un segmento de la población vulnerable (27).

Según la UNICEF (28) la desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición puede ser crónica, aguda y desnutrición según peso para la edad; su valoración se lleva a cabo mediante el uso de tablas y graficas estandarizadas por país, edad y sexo.

Por otro lado la obesidad y el sobrepeso infantil son definidos según la OMS (29) como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, siendo el índice de masa corporal (IMC) un indicador

simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

2.4.1 Factores que afectan el estado nutricional de los niños

Durán (30) en un estudio en México estableció que la ocupación es un factor que podría determinar el estado nutricional en niños, con los siguientes resultados: se seleccionaron 2 grupos H= madre en el Hogar y O= madre en otra ocupación; las frecuencias de bajo peso y Sp/Ob fueron significativamente mayores ($p < 0.05$) en los niños del grupo M (8.0 y 16.7%) que en O (6.1 y 12.1%) y H (5.0 y 8.3%). En comparación al grupo H, la frecuencia de emaciación fue mayor en M y O (~2.4%), mientras que la talla baja fue ligeramente menor en el grupo M (7.4%) pero mayor en el grupo (1.9%). Las desviaciones nutricionales eran mayores en número y diversidad para el grupo M en comparación al H por debajo de los 4 salarios mínimos mensuales.

Estrada y colaboradores (31) mencionan que existen diversos factores que conducen a la desnutrición infantil, entre ellos: los sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad y una escasa educación de las madres, también familias de bajos recursos económicos, que no pueden ofrecer una alimentación balanceada y rica en nutrientes necesarios para el desarrollo normal de los niños y niñas; igualmente la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación.

Pally y Mejía (32) en un estudio en Bolivia encontraron que los factores de riesgo para desnutrición grave fueron: la edad del paciente de 12 a 23 meses de edad (OR 6,73); edad de la madre menor a 18 años (OR 3,95); actividad laboral de la madre (OR 2,21); presencia de niños menores de 5 años en el núcleo familiar además del paciente (OR 2,6).

Morocho y Portilla (33) en un estudio llevado a cabo en el Centro de Salud de Pumapungo en Cuenca en el año 2012, encontraron que la desnutrición infantil fue mayor en la población de madres de entre 20-25 años con el 12,7%; en

madres casadas con el 22,34%; con un nivel de instrucción primaria completa con el 7,44%; con ingresos económicos menores a los 200 dólares con un 25,53% de desnutrición; y de manera global encontrando una 7,4% de desnutrición.

Guerrero (34) en Ambato en el año 2013 evaluó los determinantes del estado nutricional en 100 niños de Chibuleo encontrando un mayor porcentaje de desnutrición en el sexo femenino (54%) y al cruzar las variables etnia con el estado nutricional se determinó que existe una probabilidad de 2.8 veces que un niño indígena sea desnutrido, mientras que al considerar los factores como ocupación de la madre, nivel de escolaridad y estado civil no existió diferencia estadísticamente significativa pero que intervienen en el estado nutricional del niño en conjunto todos los factores socioculturales.

Rodríguez y colaboradores (35) en un estudio en Venezuela encontraron que la tasa de prevalencia de malnutrición fue de 47 %, y predominó la malnutrición por defecto con talla muy baja. Se demostró la relación del estado nutricional con variables demográficas y socioeconómicas y se describió el comportamiento de algunas de estas variables en los niños malnutridos por defecto. El aporte económico de los integrantes del núcleo familiar y los porcentajes de niños clasificados según su estado nutricional también presentó asociación. En los núcleos familiares en que menos del 25 % de los integrantes aportaban económicamente es donde con mayor frecuencia se produjo la malnutrición infantil.

2.5 Lactancia materna y estado nutricional

Hernández y Salinas (36) mencionan que los niños que no lactan presentan mayor riesgo de desnutrición, en una muestra de 507 niños la asociación no lactancia-desnutrición-infección es frecuente; por lo tanto se evidencia la gran importancia que posee la lactancia materna.

Becerra (37) encontró en su estudio que existe un mayor riesgo de padecer desnutrición en aquellos niños que recibieron lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida (siendo el riesgo unas 15,84 veces mayor a los niños que recibieron lactancia materna exclusiva). En relación con las otras variables se encontró que la desnutrición es más frecuente en el intervalo que comprende los 12 meses a los 24 meses de edad, en aquellos niños que no recibieron lactancia materna exclusiva. Así como también se corresponden a una edad materna de menos de 21 años. No se puede arribar a conclusiones con respecto a la relación desnutrición– alfabetización materna, porque los datos se consideran insuficientes o incompletos. La relación desnutrición – trabajo de la madre fuera del hogar puede dar lugar a diversas interpretaciones que requieren un análisis más específico.

La OMS (38) menciona que en los lugares de escasos recursos, donde habitualmente hay falta de condiciones de sanidad y agua potable, la lactancia materna puede salvar la vida de los recién nacidos; se ha demostrado con creces que los lactantes alimentados con leche materna tienen diferentes patrones de crecimiento con respecto a los lactantes alimentados con leche de fórmula, además la lactancia materna tiene beneficios positivos a largo plazo, incluida una posible protección contra la obesidad.

El mismo informe señala que los datos disponibles no fueron suficientes para descartar un aumento en el riesgo de deficiencias en el crecimiento de los neonatos que recibieron lactancia materna exclusiva durante seis meses. Los riesgos relativos agrupados para la desnutrición en términos de puntajes z antropométricos < -2 a los seis meses fueron 2.14 (0.74 a 6.24), 1.18 (0.56 a 2.50) y 1.38 (0.17 a 10.98) para el peso por edad, talla por edad y peso por talla, respectivamente. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cuidado debido al pequeño tamaño muestral de los estudios.

Alzate y colaboradores (39) mencionan que la leche materna contribuye a la disminución de la prevalencia e incidencia de desnutrición. La lactancia materna es la medida más efectiva y menos costosa para evitar desnutrición

durante los primeros meses de vida; en su estudio encontraron que la lactancia materna es un factor protector para desnutrición ($p=0,023$); demostrando el factor protector de la lactancia para la desnutrición.

Papp y Campos (40) mencionan que el riesgo de desnutrición infantil está relacionado con prácticas inadecuadas de lactancia materna, destete, incorporación de nuevos alimentos, hábitos y conductas alimentarias, especialmente durante el primer año de vida y en los resultados de su investigación encontraron que la duración de lactancia materna exclusiva fue menor de seis meses en el 55% de los casos. Fórmulas infantiles y leche entera de vaca fueron iniciados precozmente, siendo la dilución inadecuada. El destete se realizó antes de los 3 meses en 74,2%, por razones injustificadas, y 43,3% iniciaron la alimentación complementaria antes de los 3 meses. Sin embargo, la progresión fue adecuada y dirigida principalmente por las madres.

2.6 Lactancia materna en el Ecuador

A pesar de todas las acciones realizadas para proteger y promover la lactancia materna, en el país las prácticas de lactancia son insuficientes. De acuerdo al Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), del 2004, se establece que el 26,4% de recién nacidos ecuatorianos es amamantado dentro de la primera hora de vida; el 39,6% de menores de seis meses de edad es amamantado exclusivamente, y que en promedio los infantes reciben leche materna durante 15.3 meses. Es importante aclarar que estos indicadores presentan un menor cumplimiento en la zona urbana que en la zona rural. Se estima que la edad promedio de lactancia exclusiva en la zona urbana es de 1.7 meses, mientras que en la zona rural es de 3.6 meses. Tan solo 32% de las madres de la zona urbana dan de lactar a sus hijos por más de tres meses. (ENDEMAIN, 2004). En el informe de evaluación del estado de la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y de niño(as) pequeños, elaborado por el Ministerio de Salud y FUNBBASIC-IBFAN, Ecuador, 2008-2009, el país obtuvo una calificación de 65.6/150 (41).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2011-2013, el Ministerio de Salud Pública, y el Instituto Nacional de Estadística y Censos. Para el 2011-2013 la proporción de niños que accedieron a lactancia materna exclusiva es mayor en el área rural (58.9%), en comparación con los niños del área urbana (35.9%). el 70.5% de niños del área rural con edad de 12 a 15 meses continuaron con la lactancia materna, en el área urbana solo lo hizo el 52.9%. Es decir que cerca de la mitad de los niños dejaron la leche materna antes de lo recomendado (42).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar las modalidades de alimentación, factores de riesgo asociados al destete temprano y su relación con el estado nutricional en niños 0-6 meses nacidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar el efecto de los factores sociodemográficos y socioeconómicos de la madre sobre el estado nutricional de los niños/as.
- Identificar las modalidades de alimentación en niños 0-6 meses según sexo, edad, peso, talla.
- Determinar el estado nutricional e identificar los factores asociados al destete temprano.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio: El presente fue un estudio descriptivo de corte transversal.

4.2 Área de estudio: Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, con datos obtenidos que reposan en el departamento de estadística, del área de pediatría, los datos obtenidos de esta dependencia fueron usados para identificar los recién nacidos del HVCM en el periodo de estudio; en base a esta información se procedió a la valoración de los niños y madres en los Sub Centros de Salud del Cantón donde recibían atención los niños nacidos en el HVCM.

4.3 Universo y muestra: Se partió de un universo finito de 2195 binomios que comprenden madres- niños/as nacidos vivos con peso mayor a 2500 gramos en los 6 últimos meses previos al estudio, en el HVCM.

La muestra se calculó mediante la aplicación de la fórmula de Fisher para poblaciones finitas, la misma que es:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N=Total de la población (2195)

Z α^2 = 1.96² (corresponde a la seguridad del 95%)

p= proporción esperada (en este caso 10%= 0.1)

q= 1-p (en este caso 1-0.1=0.9)

d= precisión (en este caso deseamos un 3%=0.03)

De donde se obtuvo una muestra de 328 binomios.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

- Lactantes que fueron calificados por el servicio de pediatría como recién nacidos sanos a término (cuya edad estacional estaba comprendida entre la 37 y 41 semanas de gestación por examen físico de Capurro). cuyos pesos fueron considerados adecuados para su edad gestacional y sus madres.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Lactantes con cualquier tipo de patología, que recibieron tratamiento farmacológico.
- Puérperas con alguna patología y que recibieron tratamiento farmacológico.
- Puérperas con dependencia alcohólica o que fumaban.
- Puérperas que se encontraban ocasionalmente en esta ciudad, y que no residen en la ciudad de Cuenca.

4.5 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
MODALIDAD DE ALIMENTACIÓN	Forma o estilo de alimentación que llevan los lactantes hasta los seis meses de edad.	Tipo de alimentación <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna completa • Lactancia materna parcial • Alimentación artificial 	Características de la alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna completa • Lactancia materna parcial • Alimentación artificial
MEDIDA ANTROPOMÉTRICA EN NIÑOS (Técnica que se ocupa de medir las variaciones	Sexo División biológica del ser humano en dos grupos, basada en las	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	

PATRONES DE CRECIMIENTO OMS nacimiento a 6 meses)	en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo y una referencia sobre el estado nutricional del niño.	condiciones genéticas y biológicas Edad Número de días cumplidos a la fecha Talla/ Edad Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica Peso/ edad: Refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica.	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 1.15 meses • 1.16 a 2.15 meses • a 3.15 meses • a 4.15 meses • 4.16 a 5.15 meses • 5.16 a 6.16 meses • 45- 50cm • 51-55 • 56-60 • 61-65 • 66-70 • 71-75 • 2500-3500gr • 3600-4500gr • 4600-5500gr • 5600- 6500gr • 6.600 o mas 	Puntuación Z 1, <3z (Muy baja talla/peso) 2. entre <2z y > -3z (baja talla/peso) 3. entre <-1.5z y > -2z (alerta baja talla/peso) 4. entre >-1.5z y <+2z (adecuada talla) 5. > +2z (alta talla/peso)
FACTORES ASOCIADOS AL DESTETE PRECOZ	Situaciones que pueden aparecer de la encuestada estar asociadas a un destete precoz	Causas o motivos que la encuestada determina sobre el tema.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad del niño. • Enfermedad de la madre con utilización de fármacos excretados por la leche materna. • Enfermedad de la madre relacionada con la mama o el pezón. • Rechazo del niño al pecho. • No se llena, queda con hambre. 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Falta de leche • Voluntariedad de la madre. • Inicio de actividades laborales o estudiantiles. • Estéticos. • Ambiente familiar inadecuado. • Otros 	
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES	Conjunto de condiciones que describen el perfil socio demográfico de las madres	Edad Años cumplidos Mayores o iguales a 12 años	Número de años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • <18 años • 19 – 40 años • > 41 años
		Estado Civil Tipo de relación con la pareja	Verificación mediante cedula de identidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Divorciada • Viuda • Unión libre
		Escolaridad <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria • Secundaria • Superior. 	Años que ha cursado de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Básica incompleta • Básica completa • Media incompleta • Media completa • Universitaria incompleta • Universitaria completa.
		Ocupación Labor que desempeña todos los días del mes	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Ama de casa • Trabajadora formal. • Trabajadora informal 	Si NO
		Paridad Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos	Número de hijos.	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multipara

<p>ESTRATIFICACIÓN SOCIAL</p> <p>(Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico. INEC)</p>	<p>Conjunto de personas que pertenecen al mismo nivel social y que presentan cierta afinidad de costumbres, medios económicos, intereses, etc.</p>	<p>a) Características de la vivienda</p> <p>b) Acceso a la tecnología</p> <p>c) Posesión de bienes</p> <p>d) Hábitos de Consumo</p> <p>d) Nivel de Educación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de vivienda • Material de paredes y piso • Cantidad de baños con ducha • Tipo de servicio higiénico • Servicio de internet • Computadora de escritorio, portátil • Número de celulares • Servicio de teléfono convencional. • Cocina con horno • Refrigeradora • Lavadora • Equipo sonido • TV a color • Vehículos • Compra vestimenta en centro comerciales • Ha Usado internet en los últimos 6 meses • Utiliza correo electrónico que no es del trabajo. • Está registrado 	<p>A (alto) de 845,1 a 1000 p.</p> <p>B (medio alto) de 696,1 a 845</p> <p>C+ (medio típico) de 535,1 a 696.</p> <p>C- (medio bajo) de 316,1 a 535</p> <p>D (bajo) de 0 a 316 p</p>
--	--	--	---	---

		f) Actividad Económica del Hogar	en una red social <ul style="list-style-type: none"> • Leído algún libro completo en los últimos 3 meses (exceptuando libros de estudio) • Nivel de Instrucción del Jefe del Hogar • En el hogar alguien está cubierto por el Seguro • Tiene seguro de salud privado • Ocupación del jefe del hogar 	
--	--	----------------------------------	--	--

4.5 Procedimientos, técnicas e instrumentos

Una vez obtenida la muestra se procedió a la ubicación física de las madres y niños, que residen en la zona urbana de la ciudad de Cuenca, esto se logró mediante la obtención de la dirección de residencia y número telefónico de la madre que constaba en las fichas clínicas. Después del debido permiso y autorización se aplicó una encuesta dirigida a la madre en el Sub Centro de Salud donde acudía para los controles de salud del recién nacido, se recolectaron los datos a través de formularios que contenía las variables en estudio. En este caso se aplicó una encuesta que consta de 3 ítems:

1. Modalidad de alimentación y características sociodemográficos de la madre.

2. Valoración del nivel socio económico de la madre, aplicando la encuesta validada del INEC, “Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico” y factores asociados al destete precoz.
3. Medidas antropométricas del niño/a.

Para valorar la relación existente entre la modalidad alimentaria del niño y el estado nutricional del mismo. Los datos obtenidos fueron organizados en una base de datos en el programa SPSS versión 15, y se procedió al análisis utilizando distribuciones de frecuencia y porcentajes. Los resultados fueron presentados en tablas basales y gráficos con su respectivo análisis.

En lo que hace referencia a los instrumentos, se hizo uso de la encuesta que consta de 3 ítems ya especificados, para la toma de medidas antropométricas se utilizó: un tallímetro pediátrico o infantómetro para obtener la talla precisa del niño. Para el peso se usó una balanza romana calibrada, a la que se le adecuó un soporte para bebés el que fue fabricado con un material resistente, que brindara seguridad al niño cuando sea pesado. Los resultados obtenidos fueron inmediatamente registrados en la encuesta aplicada.

La valoración nutricional se llevó a cabo integrando los resultados obtenidos de tres fuentes, la historia clínica, encuesta aplicada a la madre y la toma de medidas antropométricas, las cuales se registraron en las debidas tablas de tabulación y curvas de crecimiento del MSP.

4.5 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos

Este estudio se realizó previa aprobación por parte del Consejo Directivo y la Comisión de Asesoría de Trabajos de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Se solicitó autorización para realizar el presente estudio al Dr. Marco Palacios, responsable del área Gestión de docencia e investigación del HVCM y a cada uno de los directores de los Sub Centros de Salud.

Después de la debida explicación acerca del estudio a realizarse, se entregó a las madres de familia que forman parte de la muestra, un formulario de consentimiento informado (anexo 1), y por medio de sus respectivas firmas indicaron la libertad de participar o no en el estudio en forma de binomios (madre – hijo).

La información recolectada durante la investigación, se resguardó con absoluta confidencialidad.

4.5 Plan de tabulación y análisis de datos

Para el plan de tabulación y análisis de datos en este estudio se utilizaron los siguientes elementos: Tablas con frecuencia y porcentaje, gráficos para destacar las variables que consideremos importantes. Estadística descriptiva: medidas de dispersión (desvió estándar). Para la medida de asociación se usó el valor de chi cuadrado y para cuantificar el tamaño del efecto se utilizó el indicador Odds ratio en todos los casos con un 95% de confianza.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Se evaluaron 328 binomios madre-hijo según lo establecido en la metodología del trabajo; esta población fue evaluada en los Centros y Sub Centros de Salud con el criterio de que se traten de niños/as nacidos en el HVCM de la Ciudad de Cuenca y haber poseído un peso adecuado al nacimiento; no hubo dificultades en la identificación de los casos tampoco en la recolección de la información y los resultados se presentan a continuación:

5.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS – FASE DESCRIPTIVA

5.2.1 Características demográficas de la madre

Tabla 1

Distribución de 328 madres de familia de niños menores de 6 meses según sus características demográficas, Cuenca 2014.

	Característica	n=328	%=100
Edad materna	<= 18 años	46	14,0
	19 - 40 años	280	85,4
	41 años y más	2	,6
Nivel de instrucción	Básica completa	84	25,6
	Básica incompleta	24	7,3
	Media completa	103	31,4
	Media incompleta	67	20,4
	Sin estudios	1	,3
	Universidad completa	17	5,2
Universidad incompleta	32	9,8	
Estado civil	Casada	129	39,3
	Divorciada	8	2,4
	Soltera	71	21,6
	Unión libre	120	36,6
Ocupación	Ama de casa	230	70,1
	Estudiante	51	15,5
	Trabajadora formal	26	7,9
	Trabajadora informal	21	6,4

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores.

Se evidenció una gran diferencia en lo que hace referencia en los grupos de edad, el mayor grupo fue el de 19-40 años con el 85,4% alcanzando una media en 25,23 años (Desviación estándar de 6,2 años); en lo que respecta a las demás variables se observa que el 31,4% de las madres poseen un nivel de instrucción media completa y mayormente casadas y amas de casa.

5.2.2 Paridad

Tabla 2

Distribución de 328 madres de familia de niños menores de 6 meses según características de paridad, Cuenca 2014.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	176	53,7
Primípara	152	46,3
Total	328	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

La mayoría de las madres participantes en el estudio (53,7%) fueron múltiparas.

5.2.3 Características de la alimentación

Tabla 3

Distribución de 328 madres de familia de niños menores de 6 meses según tipo de lactancia, Cuenca 2014.

Tipo de lactancia	Frecuencia	Porcentaje
Alimentación artificial	13	4,0
Lactancia materna completa	250	76,2
Lactancia materna parcial	65	19,8
Total	328	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Se determina que el 76,2% de la población recibió lactancia materna completa lo que representa la mayoría de la población, en tanto que el 23,8% es decir 78 madres no adoptaron esta estrategia.

5.2.4 Motivos para no adoptar la estrategia de lactancia materna completa

Tabla 4

Distribución de 77 madres de familia de niños menores de 6 meses que no recibieron lactancia materna completa según razones para la misma, Cuenca 2014.

Motivo	n=77	%=100
Enfermedad del niño/a	3	3,9
Enfermedad de la madre con utilización de fármacos excretados por la leche materna	1	1,3
Enfermedad de la madre relacionada con la mama o el pezón	2	2,6
Rechazo del niño al pecho	1	1,3
No se llena, queda con hambre	20	26,0
Falta de leche	32	41,6
Voluntariedad de la madre	1	1,3
Inicio de actividades	3	3,9
Laborales o estudiantiles	14	18,2
Estética	0	,0
Ambiente familiar inadecuado	0	,0
Otro motivo	0	,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Las razones para no acoger la estrategia de lactancia materna completa fueron diversas, la mayoría señaló a la “falta de leche” (41,6%) o bien a consideración de que “el niño se queda con hambre” que fue señalada por el 23%. Un grupo importante 18,2% relacionó el hecho con sus actividades estudiantiles o laborales.

5.2.5 Características antropométricas del niño/a

5.2.5.1 Edad y sexo del niño

Tabla 5

Distribución de 328 niños/as menores de 6 meses según edad y sexo, Cuenca 2014.

	Característica	n=328	%=100
Edad del niño/a	0 a 1.15 meses	159	48,5
	1.16 a 2.15 meses	36	11,0
	2.16 a 3.15 meses	40	12,2
	3.16 a 4.15 meses	38	11,6
	4.16 a 5.15 meses	38	11,6
	5.16 a 6.16 meses	17	5,2
Sexo	Femenino	133	40,5
	Masculino	195	59,5

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

El grupo mayoritario estuvo conformado por niñas y niños de 0 a 1,15 meses que representó el 48,5%. Prevalece el sexo masculino con 59,5%.

5.2.5.2 Valoración nutricional

Inicialmente se tomaron en consideración el 100% de niños/as con un peso adecuado para la edad; este análisis corresponde a la valoración posterior.

Tabla 6

Distribución de 328 niños/as menores de 6 meses según valoración nutricional, Cuenca 2014.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Emaciado	12	3,7
Normal	267	81,4
Obesidad	12	3,7
Severamente Emaciado	20	6,1
Sobrepeso	17	5,2
Total	328	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Tras la valoración se estableció que la alteración nutricional más frecuente fue la emaciación severa con el 6,1%; seguida del sobrepeso con el 5,2%; y la emaciación y la obesidad con el 3,7% cada uno.

5.2.5.3 Valoración del peso y talla

Tabla 7

Distribución de 328 niños/as menores de 6 meses según valoración del peso y talla, Cuenca 2014.

	Valoración	n=328	%=100
Talla/edad	Alta Talla para Edad	27	8,2
	Baja Talla	14	4,3
	Baja Talla Severa	28	8,5
	Normal	259	79,0
Peso/edad	Bajo Peso	17	5,2
	Bajo Peso Severo	18	5,5
	Normal	269	82,0
	Peso Elevado para Edad	24	7,3

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

En la mayoría de los casos el peso y la talla fueron adecuados para la edad de los niños; en la valoración de la talla existió un 8,5% de talla baja severa y en el peso un 5,5% presentó bajo peso severo.

5.2.6 Estratificación del nivel socioeconómico

Tabla 8

Distribución de 328 binomios (madre-hijo) según estratificación socioeconómica, Cuenca 2014.

Valoración	Frecuencia	Porcentaje
Estrato alto A	2	,6
Estrato bajo D	50	15,2
Estrato medio alto B	14	4,3
Estrato medio bajo C -	178	54,3
Estrato medio típico C +	84	25,6
Total	328	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

El estrato más frecuente fue el Medio bajo C – con el 54,3% de la población; la demás población presentó distintas estratificaciones que se pueden observar en la tabla 8.

5.3 ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS A MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN

Para la realización de las siguientes tablas se dicotomizó la variable Modalidades de alimentación

5.3.1 Modalidades de alimentación y características demográficas

Tabla 9

Análisis de las modalidades de alimentación según variables demográficas maternas.

Variable	Modalidad de alimentación				X ²	p
	Materna Completa		Otra			
	n	%	N	%		
Edad materna						
<= 18 años	32	69,6	14	30,4		
19 - 40 años	217	77,5	63	22,5	2,13	0,34
41 años y más	1	50	1	50		
Nivel de instrucción						
Básica completa	66	78,6	18	21,4		
Básica incompleta	22	91,7	2	8,3		
Media completa	78	75,7	25	24,3		
Media incompleta	50	74,6	17	25,4	6,06	0,416
Sin estudios	1	100	0	0		
Universidad completa	11	64,7	6	35,3		
Universidad incompleta	22	68,8	10	31,3		
Estado civil						
Casada	110	85,3	19	14,7		
Divorciada	6	75	2	25	15,44	0,001
Soltera	43	60,6	28	39,4		
Unión libre	91	75,8	29	24,2		
Ocupación						
Ama de casa	179	77,8	51	22,2		
Estudiante	33	64,7	18	35,3		
Trabajadora formal	22	84,6	4	15,4	5,06	0,167
Trabajadora informal	16	76,2	5	23,8		
Paridad						
Múltipara	136	77,3	40	22,7		
Primípara	114	75	38	25	0,23	0,63

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Analizando las variables demográficas y la paridad, observamos que únicamente el estado civil presentó diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) donde las mujeres casadas presentaron la mayor frecuencia de lactancia materna exclusiva con el 85,3% y las mujeres solteras únicamente el 60,6%; en las demás variables no se encontró significancia estadística.

5.3.2 Estratos socio económicos y modalidad de alimentación

Tabla 10

Análisis de las modalidades de alimentación según estrato socio económico.

Estrato Socio económico	Modalidad de alimentación				X ²	p
	Materna Completa		Otra			
	n	%	N	%		
Estrato alto A	0	0	2	100		
Estrato bajo D	44	88	6	12		
Estrato medio alto B	9	64,3	5	35,7	15,16	0,004
Estrato medio bajo C -	140	78,7	38	21,3		
Estrato medio típico C +	57	67,9	27	32,1		

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Se encontró que el estrato socio económico se asocia con el tipo de modalidad de alimentación recibida por los niños/as; lo más significativo fue encontrar que del 100% de mujeres pertenecientes a un estrato alto ninguna brinda alimentación completa materna a los hijos/as sin embargo se debe considerar este resultado con cuidado pues únicamente 2 casos presentaron este nivel socio económico; el estrato que más opta por otro tipo de alimentación (artificial o materna parcial) fue el estrato medio alto B con el 35,7%.

5.3.3 Factores de riesgo para la modalidad de alimentación

Se realizó la dicotomización de los factores de riesgo en base a la mayor presentación de éstos (Tabla 9 y 10) para la determinación de la influencia o no en la modalidad no adecuada de alimentación.

Tabla 11

Análisis de las modalidades de alimentación y sus factores asociados.

Variable	Modalidad de alimentación				OR (IC 95%)	P
	Parcial/Artificial		Materna Completa			
	n	%	n	%		
Edad materna						
<= 18 años	14	30,4	32	69,6	1,4 (0,7-2,9)	0,25
Otra edad	64	22,7	218	77,3		
Nivel de instrucción						
Universidad completa	6	35,3	11	64,7	1,8 (0,6-5)	0,19
Otro nivel	72	23,2	239	76,8		
Estado civil						
Soltera	28	39,4	43	60,6	2,6 (1,5-4,7)	0,00
Otro estado civil	50	19,5	207	80,5		
Ocupación						
Estudiante	18	35,3	33	64,7	1,9 (1-3,7)	0,03
Otra ocupación	60	21,7	217	78,3		
Paridad						
Primípara	38	25	114	75	1,1 (0,6-1,8)	0,23
Múltipara	40	22,7	136	77,3		
Estrato socio económico						
Estrato medio alto B	5	35,7	9	64,3	1,8 (0,5-5,6)	0,28
Otro estrato	73	22,7	241	77,3		

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Se puede observar que los factores que aumentan el riesgo de una alimentación artificial o materna parcial fueron el estado civil soltera y la ocupación estudiante ($p < 0,05$); en el caso de los demás factores evaluados no se halló significancia estadística.

5.4 ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL

5.4.1 Estado nutricional ya características maternas

Tabla 12

Análisis del estado nutricional de los niños/as según características maternas.

Variable*	Estado nutricional									
	Emaciado		Normal		Obesidad		Sever. Emaciado		Sobrepeso	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Edad materna										
<= 18 años	3	6,5	38	82,6	0	0	0	0	5	10
19 - 40 años	9	3,2	227	81,1	12	4,3	20	7,1	12	4,3
41 años y más	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0
Nivel de instrucción										
Básica completa	0	0	69	82,1	3	3,6	8	9,5	4	4,8
Básica incompleta	1	4,2	22	91,7	0	0	0	0	1	4,2
Media completa	7	6,8	82	79,6	3	2,9	4	3,9	7	6,8
Media incompleta	2	3	54	80,6	3	4,5	4	6	4	6
Sin estudios	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0
Universidad completa	0	0	12	70,6	2	11,8	3	17,6	0	0
Universidad incompleta	2	6,3	27	84,4	1	3,1	1	3,1	1	3,1
Estado civil										
Casada	5	3,9	106	82,2	5	3,9	9	7	4	3,1
Divorciada	0	0	7	87,5	0	0	0	0	1	12,5
Soltera	4	5,6	58	81,7	1	1,4	5	7	3	4,2
Unión libre	3	2,5	96	80	6	5	6	5	9	7,5
Ocupación										
Ama de casa	10	4,3	187	81,3	8	3,5	13	5,7	12	5,2
Estudiante	1	2	42	82,4	1	2	3	5,9	4	7,8
Trabajadora formal	0	0	20	76,9	3	11,5	2	7,7	1	3,8
Trabajadora informal	1	4,8	18	85,7	0	0	2	9,5	0	0
Paridad										
Múltipara	5	2,8	141	80,1	11	6,3	10	5,7	9	5,1
Primípara	7	4,6	126	82,9	1	0,7	10	6,6	8	5,3

*Ninguna de las variables presentó asociación estadísticamente significativa con el estado nutricional.

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Se puede observar la distribución de las distintas variables y su influencia en el estado nutricional de los niños/as; lo más llamativo en lo referente a la edad materna lo más llamativo fue que la mayor frecuencia de emaciación y

sobrepeso fue en las madres más jóvenes; en las madres con un nivel de instrucción media completa la emaciación fue de un 6,8%; la emaciación también fue mayor en las madres solteras, con ocupación trabajadora informal y primíparas.

5.4.2 Estratos socio económico y estado nutricional

Tabla 13

Análisis del estado nutricional según estrato socioeconómico.

Estrato	Estado nutricional									
	Emaciado		Normal		Obesidad		Sever. Emaciado		Sobrepeso	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estrato alto A	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0
Estrato bajo D	1	2	44	88	0	0	3	6	2	4
Estrato medio alto B	0	0	12	85,7	2	14,3	0	0	0	0
Estrato medio bajo C -	4	2,2	146	82	6	3,4	13	7,3	9	5,1
Estrato medio típico C +	7	8,3	65	77,4	4	4,8	2	2,4	6	7,1

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

El estrato económico se asoció con el estado nutricional (Chi cuadrado 49,29 y $p=0,00$); el mayor porcentaje de niños/as emaciados se presentó en el nivel medio típico C + con el 8,3%; en este grupo la frecuencia de sobrepeso también fue la más alta con el 7,1%.

5.4.3 Factores de riesgo para Emaciación

Se realizó la dicotomización de los factores de riesgo en base a la mayor presentación de éstos (Tabla 12 y 13) para la determinación de la influencia o no en el estado nutricional. Las comparaciones se llevan a cabo en base a la población con un estado nutricional normal.

Tabla 14

Análisis de los factores de riesgo de emaciación.

Variable	Estado nutricional				OR (IC 95%)	p
	Emaciado		Normal			
	n	%	n	%		
Edad materna						
<= 18 años	3	6,5	38	82,6	2 (0,5-7,7)	0,25
Otra edad	9	3,8	229	96,2		
Nivel de instrucción						
Media completa	7	6,8	82	79,6	3,1 (0,9-10,2)	0,04
Otro nivel de instrucción	5	2,6	185	97,4		
Estado civil						
Soltera	4	5,6	58	81,7	1,8 (0,5-6,1)	0,34
Otro estado civil	8	3,7	209	96,3		
Ocupación						
Trabajadora informal	1	4,8	18	85,7	1,2 (0,1-10,2)	0,83
Otra ocupación	11	4,2	249	95,8		
Paridad						
Primípara	7	4,6	126	82,9	1,5 (0,4-5)	0,44
Múltipara	5	3,4	141	96,6		
Estrato socioeconómico						
Estrato medio típico C +	7	8,3	65	77,4	4,3 (1,3-14,17)	0,008
Otro estrato	5	2,4	202	97,6		

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

.

Se puede observar que en la población de niños y niñas con madres que pertenecen a un estrato medio típico C + presentaron un 8,3% de emaciación; adicionalmente este estrato es un factor de riesgo para la emaciación según el valor de OR y p calculados; en los demás casos no se encontró significancia estadística en ninguno de los factores.

5.4.4 Factores de riesgo para obesidad

Se realizó la dicotomización de los factores de riesgo en base a la mayor presentación de éstos (Tabla 12 y 13) para la determinación de la influencia o no en el estado nutricional. Las comparaciones se llevan a cabo en base a la población con un estado nutricional normal.

Tabla 14

Análisis de los factores de riesgo de obesidad.

Variable	Estado nutricional				OR (IC 95%)	p
	Obesidad		Normal			
	n	%	n	%		
Edad materna						
19 - 40 años	12	4,3	227	81,1	NC	0,14
Otra edad	0	0	40	100		
Nivel de instrucción						
Universidad completa	2	11,8	12	70,6	4,2 (0,8-21,5)	0,058
Otro nivel	10	3,8	255	96,2		
Estado civil						
Casada	5	3,9	106	82,2	1 (0,3-3,5)	0,89
Otro estado	7	4,2	161	95,8		
Ocupación						
Trabajadora formal	3	11,5	20	76,9	4,2 (1-16,4)	0,03
Otra ocupación	9	3,5	247	96,5		
Paridad						
Múltipara	11	6,3	141	80,1	9,8 (1,2-77,2)	0,008
Primípara	1	0,7	126	82,9		
Estrato socio económico						
Estrato medio alto B	2	14,3	12	85,7	4,2 (0,8-21,5)	0,058
Otro	10	3,8	255	96,2		

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Se puede observar que el factor más determinante para la presentación de obesidad en esta población es la paridad seguido de la ocupación trabajadora formal; estos factores aumentan el riesgo de obesidad en esta población de niños/as; los demás factores no tuvieron significancia estadística.

5.4.5 Factores de riesgo para emaciación severa

Se realizó la dicotomización de los factores de riesgo en base a la mayor presentación de éstos (Tabla 12 y 13) para la determinación de la influencia o no en el estado nutricional. Las comparaciones se llevan a cabo en base a la población con un estado nutricional normal.

Tabla 15.

Análisis de los factores de riesgo de emaciación severa.

Variable	Estado nutricional				OR (IC 95%)	p
	Emaciación severa		Normal			
	n	%	n	%		
Edad materna						
19 - 40 años	20	7,1	227	81,1	NC	0,062
Otra edad	0	0	40	100		
Nivel de instrucción						
Universidad completa	3	17,6	12	70,6	3,7 (0,9-14,5)	0,04
Otro	17	6,3	255	93,8		
Estado civil						
Soltera	5	7	58	81,7	1,2 (0,4-3,4)	0,73
Otro	15	6,7	209	93,3		
Ocupación						
Trabajadora informal	2	9,5	18	85,7	1,5 (0,3-7,1)	0,58
Otra	18	6,7	249	93,3		
Paridad						
Primípara	10	6,6	126	82,9	1,1 (0,4-2,7)	0,8
Múltipara	10	5,7	141	80,1		
Estrato socio económico						
Estrato medio bajo C -	13	7,3	146	82	1,5 (0,5-3,9)	0,37
Otro	7	5,5	121	94,5		

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Los factores que se asociaron con la presentación de emaciación severa fueron el nivel de instrucción de la madre; siendo el único a considerar en esta población; los demás factores no fueron estadísticamente significativos.

5.4.6 Factores de riesgo para sobrepeso

Se realizó la dicotomización de los factores de riesgo en base a la mayor presentación de éstos (Tabla 12 y 13) para la determinación de la influencia o no en el estado nutricional. Las comparaciones se llevan a cabo en base a la población con un estado nutricional normal.

Tabla 16

Análisis de los factores de riesgo de sobrepeso.

Variable	Estado nutricional				OR (IC 95%)	P
	Sobrepeso		Normal			
	n	%	n	%		
Edad materna						
<= 18 años	5	10	38	82,6	2,5 (0,8-7,5)	0,09
Otra edad	12	5,0	229	95,0		
Nivel de instrucción						
Media completa	7	6,8	82	79,6	1,5 (0,5-4,2)	0,36
Otro	10	5,1	185	94,9		
Estado civil						
Divorciada	1	12,5	7	87,5	2,3 (0,2-20)	0,43
Otro	16	5,8	260	94,2		
Ocupación						
Estudiante	4	7,8	42	82,4	1,6 (0,5-5,3)	0,39
Otra	13	5,5	225	94,5		
Paridad						
Primípara	8	5,3	126	82,9	0,9 (0,3-2,65)	0,99
Múltipara	9	5,1	141	80,1		
Estrato socio económico						
Estrato medio típico C +	6	7,1	65	77,4	1,6 (0,6-4,7)	0,31
Otro	11	5,2	202	94,8		

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Se puede analizar que ningún factor de riesgo que hemos investigado fue estadísticamente significativo en esta población para la presentación de sobrepeso ($p > 0,05$).

5.5 Modalidades de alimentación y estado nutricional

Tabla 17

Análisis del impacto de las modalidades de alimentación en el estado nutricional en niños menores de 6 meses, Cuenca 2014.

Modalidad	Estado nutricional									
	Emaciado		Normal		Obesidad		Sever. Emaciado		Sobrepeso	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alimentación artificial	2	15,4	8	61,5	0	0	2	15,4	1	7,7
Materna completa	7	2,8	209	83,6	9	3,6	14	5,6	11	4,4
Materna parcial	3	4,6	50	76,9	3	4,6	4	6,2	5	7,7

Fuente= Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Guarango A, Peter K, Villavicencio M.

Se puede observar que las mayores alteraciones nutricionales se presentaron en la población que recibía alimentación artificial, en ésta población la prevalencia de pacientes emaciados fue del 15,4% y de pacientes severamente emaciados de 15,4%; el sobrepeso fue frecuente en la población sin alimentación completa materna, mientras que la obesidad en la población con alimentación materna parcial; las modalidades de alimentación no se asociaron con el estado nutricional ($X^2= 10,31$ $p=0,24$).

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

La lactancia materna como se ha revisado es un puntal de vital importancia en el desarrollo y crecimiento de los niños; no solo sirve para la nutrición sino que además provee un elevado número de beneficios para el binomio madre-hijo; sin embargo en la actualidad se evidencia una constante disminución de esta práctica. En base a esta observación empírica, se estudiaron las modalidades de alimentación en niños menores de 6 meses nacidos con un peso adecuado en el HVCM; estableciendo que la frecuencia de lactancia materna completa fue de un 76,2%; además la alimentación artificial se presentó en un 4% y la lactancia materna parcial en un 19,8%.

La frecuencia de abandono de la lactancia materna es variable, obviamente depende de la población que nos hallamos estudiando, en el año 2014 Gramal (43) en un estudio en la ciudad de Otavalo encontró en una población de niños de entre 3 a 5 años que el 100% recibió lactancia materna, siendo completa o exclusiva en el 60,1% de los casos; un valor poco menor al encontrado en nuestra población lo que refleja la adquisición de nuevos hábitos en nuestra población; en el estudio citado encontraron también que la lactancia mixta se hizo presente en el 39,9% un valor que representa un poco más que el doble de lo encontrado en nuestro estudio; esta población de niños de Otavalo se hallan con mayor abandono de la lactancia materna exclusiva, sin embargo reflejaría la realidad a nivel nacional.

Un estudio en la Ciudad de Guayaquil llevado a cabo por Torres y Guerrero (44) mostró que el 30% de la población de primigestas había abandonado la lactancia materna; un dato parecido al encontrado en nuestra población donde el 25% de las madres primíparas optaron por abandonar la lactancia materna exclusiva; dentro de las causas que acusaron las madres del estudio citado el trabajo fue el más frecuente a diferencia de nuestra población donde la falta de leche fue la principal causa de abandono de la lactancia exclusiva; estos

estudios corroboran que el abandono de la lactancia es elevado y las causas son variables.

En un estudio en la Ciudad de Cuenca, Muy y Zambrano (45) mencionan que del total de madres encuestadas el 63% brindaba lactancia materna exclusiva mientras que el 37% había abandonado esta práctica de manera exclusiva; en el 25% de los casos la media de tiempo que se practicó la lactancia materna exclusiva estaba entre los 0 a 4 meses; al igual que en los casos anteriores la frecuencia de abandono de la lactancia materna es elevada, estas autoras encontraron que la frecuencia de lactancia materna exclusiva se asocia con un mayor nivel de escolaridad; sin embargo en nuestra población el nivel instruccional no se asoció con las modalidades de alimentación ($p>0,05$).

Leguizamón y colaboradores (46) en Cuenca en el año 2013, encontraron que la escolaridad es un factor importante al momento de analizar la lactancia materna exclusiva; y en su estudio encontraron que al menos 1 de cada 3 madres poseen un nivel de escolaridad elevado lo que podría contribuir de manera positiva con la lactancia materna exclusiva; estas autoras también citan que el trabajo fuera de casa y la baja producción de leche son determinantes de una abandono de la lactancia; situaciones también evidenciadas en nuestra población.

Niño y colaboradores (17) en un estudio en Santiago de Chile determinaron que la lactancia exclusiva hasta los 6 meses se asoció con una lactancia previa exitosa (OR 5,4, 95% IC 2,2-13,2) sexo femenino del hijo (OR 5,5, IC 2,5-12,3), menor escolaridad materna (OR 5,4, IC 2,4-11,7) y sistema público de salud (OR 2,1, IC 1,0-4,5); al contrario de los estudios anteriores en esta población el menor nivel de instrucción de la madre condiciona mejores frecuencias de lactancia materna exclusiva.

El estudio señala además que el destete muchas veces está relacionado con percepciones maternas más que con datos objetivos. Variables socio-demográficas influyen en lactancia exitosa. Mayor educación en controles de

salud y clínicas de lactancia mejorarían esta situación; esta situación varía un poco en nuestra población pues la causa más frecuente fue la “falta de leche” seguida de situaciones en la cual el “niño/a queda con hambre” (situación que puede deberse a la primera causa); de esta manera cada población debido a su variabilidad propia presenta diferentes motivos de abandono de lactancia materna.

En nuestra población una de las variables que se asociaron con las modalidades de alimentación fue el estrato socio económico; se evidenció que la mayoría de madres del estrato alto preferían la alimentación artificial o lactancia parcial; el estrato medio alto B presentó un 35,7% de abandono de la lactancia materna; Caballero y colaboradores (10) mencionan que dentro de las causas de abandono de la lactancia materna exclusiva se encuentran los siguientes factores las madres de 15-19 años (42,5 %), nulíparas (32,5 %), con nivel socioeconómico bajo (50,0 %) y escolaridad primaria. Se demostró que las complicaciones durante el parto influyeron en el abandono de este tipo de lactancia; al respecto observamos que los niveles más bajos en lo referente al nivel socio económico presentan mayor preferencia por el abandono de la lactancia a diferencia de nuestra población donde los niveles medios o alto fueron los más frecuentes.

Pino y colaboradores (47) se encontró un 56,8% de destete precoz, siendo las razones más relevantes: hipogalactia (45,7%), indicación médica y enfermedad de la madre (15,2%), y motivos laborales (13%). La edad de las madres se correlacionó con el destete precoz ($p=0,046$); comparando con nuestra población encontramos similitudes en lo referente a las causas del destete precoz como la falta de leche entre las principales, en lo que hace referencia a la edad materna en nuestra población esta variable no es influyente en la decisión de destete aunque porcentualmente en la población de 18 años o menos el 30,4% presentaba alimentación artificial o lactancia parcial versus el 22,7% en la población de mayor edad.

Agüin y colaboradores (48) encontraron en el año 2011 que las principales causas de deserción de lactancia materna exclusiva fueron la decisión materna con el 58% y la sugerencia familiar con el 28% mientras que en la población con un nivel socio económico más bajo las causas fueron la decisión materna y la estética; como se puede observar las causas son variables y dependen del estrato socio económico; al igual que en nuestra población esta variable es influyente.

Joutteaux (49) en un estudio en el Hospital Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil encontró que la lactancia materna exclusiva fue aplicada por 129 madres (35%), de las cuales sus características más frecuentes fueron las siguientes: rango de edad: 20 - 24 años (23%), nivel escolaridad secundaria (59%), nacimiento por cesárea (59%), múltipara (58%), estado civil unión libre (52%) ingresos mensuales <500 dólares (78%). Se determinó que la principal causa de abandono de la Lactancia Materna Exclusiva es la Enfermedad del niño; esta causa en nuestra población no se presentó.

La modalidad de alimentación no se asocia estadísticamente con el estado nutricional ($X^2= 10,31$ $p=0,24$); sin embargo en la población con alimentación artificial presentaron las más altas frecuencias de emaciación (15,4%) y emaciación severa (15,4%) y sobrepeso (7,7%) poniendo en evidencia que este tipo de alteraciones nutricionales como consecuencia del destete precoz y la incorporación de fórmulas a la alimentación de los niños.

El estudio reveló datos muy interesantes en nuestra población, la frecuencia de destete precoz resulta elevada si consideramos que se debería poseer un 0%; las causas de este destete en la mayoría de los casos no son prevenibles (hipogalactia); al menos no de manera inmediata; el impacto de los factores de riesgo en la elección de la modalidad no fue importante con excepción de la variable estado civil ($p=0.001$); el estado nutricional más frecuente fue la emaciación y ésta se presentó más frecuentemente en los niños con alimentación artificial.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Tras la valoración de 328 madres y sus niños/as se encontró que la frecuencia de las modalidades de alimentación fueron: lactancia materna completa 76,2%; parcial 19,8% y alimentación artificial 4%; siendo la falta de leche el principal motivo de destete precoz.
- La valoración nutricional evidenció una frecuencia de emaciación del 3,7%; emaciación severa 6,1%; sobrepeso 5,2% y obesidad 3,7%.
- La valoración socio económica reveló que el 54,3% perteneció a un estrato Medio Bajo C -.
- La utilización de alimentación artificial y lactancia materna parcial fue mayor en madres con edades iguales o menores a los 18 años (30,4%); nivel de instrucción de universidad completa 35,3%; solteras 39,4%; estudiantes (35,3%); primíparas (25%) y pertenecientes al estrato socio económico medio alto B con el 35,7%.
- Analizando los factores de riesgo para el destete precoz únicamente resultaron estadísticamente significativos el estado civil soltera (OR= 2,6 IC 95% 1,5-4,7) y la ocupación estudiante (OR= 1,9 IC 95% 1-3,7).
- Dentro de los factores de riesgo para el estado nutricional fueron estadísticamente significativos, para obesidad: la ocupación trabajadora formal OR= 4,2 (IC 95% 1-16,4) y la multiparidad OR= 9,8 (IC 95% 1,2-77,2).
- La modalidad de alimentación no tiene efecto en el tipo de estado nutricional ($X^2= 10,31$ $p=0,24$).

7.2 RECOMENDACIONES

- La lactancia materna completa es la mejor opción para los niños/as menores de 6 meses (incluso hasta después de sobrepasada esta edad) por lo que este estudio provee datos locales y actualizados sobre la situación actual de las modalidades de alimentación se recomienda dar a conocer a la comunidad científica estos resultados de esta manera se estará abarcando un mayor área de impacto en la sociedad.
- Aunque pocos factores se asociaron con la modalidad de alimentación elegida por las madres es evidente que en la práctica la educación de la madre es uno de los determinantes más importantes; de esta manera se recomienda planificar medidas de intervención educativa incluso antes del periodo natal.
- Planificar nuevas investigaciones sobre esta temática pues es un tema que posee muchas aristas de abordaje.
- Fomentar desde el sector sanitario la lactancia materna mediante la creación y/o fortalecimiento de programas educativos destinados a la población general, en especial a la más joven que como hemos revisado presentó más dificultades en el destete precoz.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alimentación y nutrición; la salud en las américas, Edición de 2002, volumen I, pg 194; Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PUB/alimentaci%C3%B3n-y-nutrici%C3%B3n.pdf>
2. Arias V, Uquilas A. Modelo para la creación de centro de nutrición para niños y niñas de 6 meses a 14 años de edad, en la zona norte de Guayaquil. Tesis de Grado. Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/420/1/T-UCSG-POS-MGSS-6.pdf>
3. OMS. Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño. Bull, OMS, 2013, resolución WHA 65.6, la 65.ª, Pg. 10: Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_15-sp.pdf
4. Cárdenas M, Montes E, Varon M, et al. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300004>.
5. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo del Niño. Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño: Memoria de la Reunión Regional de los Países de Mesoamérica, Febrero 9-12, 2010. Managua, Nicaragua. Washington, D.C.: PAHO©2010. Disponible: http://www.unicef.org/lac/Reunion_Nutricion_1_21_2011.pdf
6. Gómez L Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación, Volumen 7 Número 4, Antioquia. Disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_7_vin_4/PrecopVol7N4_5.pdf
7. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT ECU 2011-2013, tomo 1, Quito, 2013. Disponible en:

file:///C:/Users/Usuario/Dropbox/tesis/tesis%20nueva%20lactancia/Publicacion%20ENSANUT%202011-2013%20tomo%201%20ecuador.pdf

8. INEC. Resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf>

9. INEC. Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones 2011. Disponible en: file:///C:/Users/MC/Downloads/anuario.pdf

10. Caballero V, Caballero I, Ruiz M, et al.. Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud. MEDISAN[revista en la Internet]. 2013 .17(3): 455-461. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300005&lng=es

11. Fernández I, Gonzáles C. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. Enfermería Global. Versión On-line ISSN 1695-6141 Enferm. glob. vol.12no.31 Murcia jul. 2013. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000300023&script=sci_arttext

12. Hodgson M, Urrejola P. Alimentación Infantil. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. [Publicación en la Internet]. [citado 2015 Marzo 23]; disponible:<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/aliminf.html>

13. Organización Mundial de la Salud. OMS. Lactancia materna exclusiva. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Ginebra-Suiza. 2015. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/

14. UNAM. Lactancia materna. Concepto. Ciudad de México - México. 2010. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=la+lactancia+materna+parcial+es+auq&ie=utf-8&oe=utf-8>

15. Berra S, Galván K, Sabulsky J, et al. Alimentación del recién nacido en el periodo de postparto inmediato. *RevSaúde Pública* 2002;36(6):661-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13519.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna. *Temas de Salud*. OMS 2015. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
17. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev. chil. pediatr.* vol.83no.2 Santiago abr. 2012. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062012000200007&script=sci_arttext
18. Rossato N. Lactancia materna e inmunidad. Nuevos aspectos. *Arch. argent. pediatr.* v.106n.5 Buenos Aires sep./oct. 2008. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752008000500001&script=sci_arttext
19. Roig A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. 2012. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis_Oliver.pdf
20. Ramírez M. Factores de riesgos asociados con el abandono de la lactancia materna. Policlínico José Manuel Ricardo García. Enero 2006-Diciembre 2009. Universidad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello Holguín. Trabajo de Grado. 2010. Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bibalex.org%2Fsupercourse%2FsupercoursePPT%2F39011-40001%2F39041.ppt&ei=SaoQVaz5Ju-wsATMmYD4BQ&usg=AFQjCNHbkQcLN0CbhLEsDW3GttmhNVwd3Q&bvm=bv.89184060,d.aWw>
21. Rodríguez J, Acosta N. Factores asociados a la lactancia materna en población pobre de áreas urbanas de Colombia. *Rev. salud pública.* 10 (1):71-84, 2008. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n1/v10n1a07>

22. Sacristàn M, Lozano J, Gil M, et al. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *RevPediatr Aten Primaria* v.13n.49 Madrid ene.-mar. 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000100004&script=sci_arttext
23. Estèvez D, Martell D, Medina R, et al. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Anales de Pediatría. AnPediatr.*2002;56:144-50 - Vol. 56 Núm.2DOI: 10.1016/S1695-4033(02)78944-3. Disponible en: <http://analesdepediatria.org/es/factores-relacionados-con-el-abandono/articulo-resumen/S1695403302789443/>
24. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria. GacSanit.*2015;29:4-9 - Vol. 29 Núm.1. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/prevalencia-factores-asociados-con-duracion/articulo/S0213911114002143/>
25. Avalos M. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Rev Cubana Med Gen Integrvol.*27no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300003
26. Félix J, Martínez E, Sotelo E. prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Investigación en nutrición. Pediatría de México* Vol. 13 Núm. 2 – 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2011/pm112b.pdf>
27. Arias M, Tarazona M, Lamus F, et al. Estado nutricional y determinantes sociales asociados en niños Arhuacos menores de 5 años de edad. *Rev. salud pública.* 15 (4): 565-576, 2013. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n4/v15n4a07.pdf>

28. UNICEF. Desnutrición infantil. República Dominicana. 2010. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm
29. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Centro de prensa. Nota descriptiva N 311. Enero de 2015. Ginebra-Suiza. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
30. Durán B. La ocupación de la madre como factor determinante del estado nutricional de niños menores de 7 años de Ciudad Juárez. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Departamento de Ciencias Básicas. 2009. Disponible en: <http://www.uacj.mx/ICB/redcib/Publicaciones/Tesis%20Licenciatura/Nutrici%C3%B3n/La%20ocupaci%C3%B3n%20de%20la%20madre%20como%20factor%20determinante%20del%20estado%20nutricio%20de%20ni%C3%B1os%20menores%20de%207%20a%C3%B1os%20de%20Ciudad%20Ju%C3%A1rez.pdf>
31. Estrada T, Leal D, Flores E. Factores que influyen en la desnutrición infantil. Revista Médica Electrónica de Portales Médicos. ISSN 1886-8924. 2008. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-desnutricion-infantil/>
32. Pally E, Mejía H. Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años. Artículo original. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría .Versión impresa ISSN 1024-0675. Rev. bol. ped. v.51n.2 La Paz 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752012000200002&script=sci_arttext
33. Morocho M, Portilla S. Factores de riesgo asociados a desnutrición en niños menores de cinco años que acuden con sus madres al Centro de Salud N 1. Cuenca, 2012. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. 2012. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4097/1/ENF152.pdf>
34. Guerrero G. Influencia de factores socioculturales en el estado nutricional de niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el Subcentro de Salud de Chibuleo de la Provincia de Tungurahua, durante el periodo Diciembre-Marzo

2013. Universidad Técnica de Ambato. Carrera de Medicina. 2014. Disponible en:

<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/7475/Guerrero%20Sol%C3%ADs%20Gabriela%20Elizabeth.pdf?sequence=1>

35. Rodríguez A, Álvarez L, García C, et al. Evaluación del estado nutricional en niños de la comunidad "Los Naranjos", Carabobo, Venezuela. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Versión ISSN 1561-3003. Rev Cubana HigEpidemiolvol.50no.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2012. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032012000300002&script=sci_arttext

36. Hernández M, Salinas P. Relación entre lactancia materna y estado nutricional. IAHULA. Mérida, Venezuela MedULA 2000; 9(1-4) : 9-13. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=36660&id_seccion=2437&id_ejemplar=3790&id_revista=147

37. Becerra M. Lactancia materna y desnutrición infantil en un Centro de Salud de la Ciudad de Rosario. Universidad Abierta Interamericana. Argentina 2005. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC065295.pdf>

38. Organización Mundial de la Salud. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Biblioteca de Salud Sexual y reproductiva de la OMS. 2008. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/

39. Alzate M, Arango C, Castaño J, et al. Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia 2009. Estudio de corte transversal. Universidad de Manizales. 2011. Disponible en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No1_Enero_Marzo_2011/v62n1a07.htm

40. Papp J, Campos I. Hábitos y conductas en la alimentación de lactantes menores hospitalizados por desnutrición grave. Archivos Venezolanos de

Puericultura y Pediatría. Versión impresa ISSN 0004-0649
ArchVenezPuerPedv.73n.2 Caracas jun. 2010. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06492010000200003&script=sci_arttext&tlng=en

41. Fuenmayor G. Vigilancia del cumplimiento del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna en Ecuador informe; Ministerio de Salud Pública- Coordinación Nacional de Nutrición, IBFAN, OMS-OPS; Quito-Ecuador 2012. Disponible en:
<http://www.uide.edu.ec/NOTICIAS/NUTRIOLOGIA/CODIGO-INTERNACIONAL-COMERCIALIZACION-SUCEDANEOS/CODIGO-INTERNACIONAL-COMERCIALIZACION-SUCEDANEOS.pdf>

42. Freire W, Ramirez J, Belmont P; et al. Resumen ejecutivo. Tomo 1. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013 Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito, Ecuador. Disponible en: <http://issuu.com/saludecuador/docs/ensanut>

43. Gramal E. Estudio de la relación entre la lactancia y presencia de maloclusiones en preescolares de 3-5 años de edad de la Parroquia Miguel Egas cabezas del Cantón Otavalo. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología. Unidad de Investigación, Titulación y Graduación. Quito-2014. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2795/1/T-UC-0015-58.pdf>

44. Torres M, Guerrero S. Principales factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia natural por la incorporación de la lactancia artificial en adolescentes primigestas en el Sub Centro de Salud No. 2 Área No 12. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. 2012. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3699/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>

45. Muy V, Zambrano L. Lactancia materna, experiencias de las mujeres, de la Parroquia Monay. Subcentro de Salud No 3 "Tomebamba" Provincia del Azuay. Cuenca 2009-2010. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas.

Escuela de Enfermería. 2010. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3559/1/ENF11.pdf>

46. Leguizamón J, López D, Mendia R. Factores que impiden la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Sub centro de Salud El Valle Cuenca 2013. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. 2013. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5546/1/TESIS.pdf>

47. Pino J, López M, Mendel A, et al. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. Revista chilena de nutrición. Versión On-line ISSN 0717-7518 Rev. chil. nutr. vol.40no.1 Santiago mar. 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182013000100008&script=sci_arttext

48. Agüin V, Alvarado A, Angulo O, et al. Causas de deserción de lactancia materna exclusiva en madres en niños menores de seis meses de edad. Arch Salud Sin Vol.5No.3p.66-70, 2011. Disponible en:
<http://132.248.9.34/hevila/ArchivosdesaludenSinaloa/2011/vol5/no3/2.pdf>

49. Joutteaux S. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva en el Hospital de niños Roberto Gilber Elizalde, Guayaquil – Ecuador. Periodo de Noviembre de 2013 a Abril de 2014. Disponible en:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/2151/1/T-UCSG-PRE-MED-228.pdf>

9. ANEXOS

ANEXO N°1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN, FACTORES ASOCIADOS AL DESTETE PRECOZ Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0-6 MESES NACIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ECUADOR. 2014.

Fecha.....

Nosotros Angélica Guarango, Katherine Peter, Mario Villavicencio, estudiantes de 10 Ciclo de la escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, integrantes del proyecto de tesis de pre-grado titulada: “MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN, FACTORES ASOCIADOS AL DESTETE PRECOZ Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0-6 MESES NACIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ECUADOR. 2014”; que consiste en realizar una investigación para conocer la influencia de la alimentación y factores asociados al destete precoz en el estado nutricional de los niños. Le solicitamos que participe en nuestro estudio, ya que es muy importante para alcanzar los objetivos propuestos. Su participación es totalmente voluntaria, su colaboración nos ayudara a aprender más sobre la relación de la modalidad de alimentación con el estado nutricional de los niños y a establecer las causas y factores asociados al destete temprano.

Por medio de su autorización aplicaremos una encuesta diseñada para la recolección de datos sobre el tema planeado, además se procederá a realizar la medición del peso y talla de su hijo. La información obtenida será destinada de manera exclusiva para fines de investigación, con estricta confidencialidad debido a que las únicas personas autorizadas para revisar sus respuestas son las que trabajan en el presente estudio. Si está de acuerdo con lo expresado anteriormente y desea formar parte de nuestro proyecto de investigación le solicitamos que firme a continuación:

.....
Firma del encuestado
colaboración

Gracias por su



**ANEXO Nº 2 ENCUESTA
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

ENCUESTA

La presente encuesta la realizamos como instrumento de investigación para nuestra tesis de grado para la adquisición de nuestro título de Médicos. El objetivo es Identificar las modalidades de alimentación, factores de riesgo asociados al destete temprano y su relación con el estado nutricional en niños 0-6 meses nacidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Toda la información obtenida es estrictamente confidencial y no serán por ningún motivo difundido y solo serán utilizados para fines de análisis de este estudio. Esta encuesta consta de 2 partes.

- 1) Encuesta dirigida a la madre del niño, la que posee 6 preguntas.
- 2) Datos antropométricos del niño. Con 4 ítems los que se obtendrá al obtener las medidas antropométricas del niño.

ENCUESTA DIRIGIDA

I. ENCUESTA DIRIGIDA A LA MADRE DEL NIÑO.

1) ¿Cuál es su edad? años

2) ¿Cuál es su nivel de Instrucción?:

- a) Básica incompleta
- b) Básica completa

- c) Media incompleta
- d) Media completa
- e) Universitaria incompleta

- f) Universitaria completa

3) Sin estudios

4) ¿Cuál es su Estado Civil?

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Viuda
- e) Unión libre

5) ¿Cuál es su ocupación?

6)

- a) Estudiante
- b) Ama de casa
- c) Trabajadora formal.
- d) Trabajadora informal

7) ¿Cuántos hijos ha tenido usted?

- a) Primípara b) múltipara

8) ¿Qué tipo de alimentación le da a su hijo?

- a) Lactancia materna completa
- b) Lactancia materna parcial
- c) Alimentación artificial

En caso que la alimentación del niño sea diferente a la lactancia materna contestar la siguiente pregunta:

¿Cuál fue el motivo por el que abandono la lactancia?

- a) Enfermedad del niño
- b) Enfermedad de la madre con utilización de fármacos excretados por la leche materna.
- c) Enfermedad de la madre relacionada con la mama o el pezón.
- d) Rechazo del niño al pecho.
- e) No se llena, queda con hambre.
- f) Falta de leche
- g) Voluntariedad de la madre.
- h) Inicio de actividades
- i) Laborales o estudiantiles.
- j) Estética.
- k) Ambiente familiar inadecuado
- l) Otros.....



DATOS ANTROPOMÉTRICOS DEL NIÑO.

1) **¿Cuál es la edad del niño?**

- 0 a 1.15 meses
- 1.16 a 2.15 meses
- 2.16 a 3.15 meses
- 3.16 a 4.15 meses
- 4.16 a 5.15 meses
- 5.16 a 6. 16 meses

2) **Sexo del niño**

3)

- a. Masculino
- b. Femenino

4) **Talla del niño:** al nacer:cm actual:.....cm

5) **Peso del niño:** al nacergr actual:gr

ANEXO Nº 3
ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA		Puntajes finales
1) ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo		59
Cuarto(s) en casa de inquilinato		59
Departamento en casa o edificio		59
Casa/Villa		59
Mediagua		40
Rancho		4
Choza/ Covacha/Otro		0
2) El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón		59
Ladrillo o bloque		55
Adobe/ Tapia		47
Caña revestida o bahareque/ Madera		17
Caña no revestida/ Otros materiales		0
3) El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante		48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón		46
Ladrillo o cemento		34
Tabla sin tratar		32
Tierra/ Caña/ Otros materiales		0
4) ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar		0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha		12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha		24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha		32
5) El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene		0
Letrina		15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada		18
Conectado a pozo ciego		18
Conectado a pozo séptico		22
Conectado a red pública de alcantarillado		38
ACCESO A TECNOLOGÍA		
1) ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No		0
Si		45



2) ¿Tiene computadora de escritorio?		
No		0
Si		35
3) ¿Tiene computadora portátil?		
No		0
Si		39
4) ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar		0
Tiene 1 celular		8
Tiene 2 celulares		22
Tiene 3 celulares		32
Tiene 4 ó más celulares		42
POSESIÓN DE BIENES		
1) ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No		0
Si		19
2) ¿Tiene cocina con horno?		
No		0
Si		29
3) ¿Tiene refrigeradora?		
No		0
Si		30
4) ¿Tiene lavadora?		
No		0
Si		18
5) ¿Tiene equipo de sonido?		
No		0
Si		18
6) ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar		0
Tiene 1 TV a color		9
Tiene 2 TV a color		23
Tiene 3 ó más TV a color		34
7) ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar		0
Tiene 1 vehículo exclusivo		6
Tiene 2 vehículo exclusivo		11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos		15

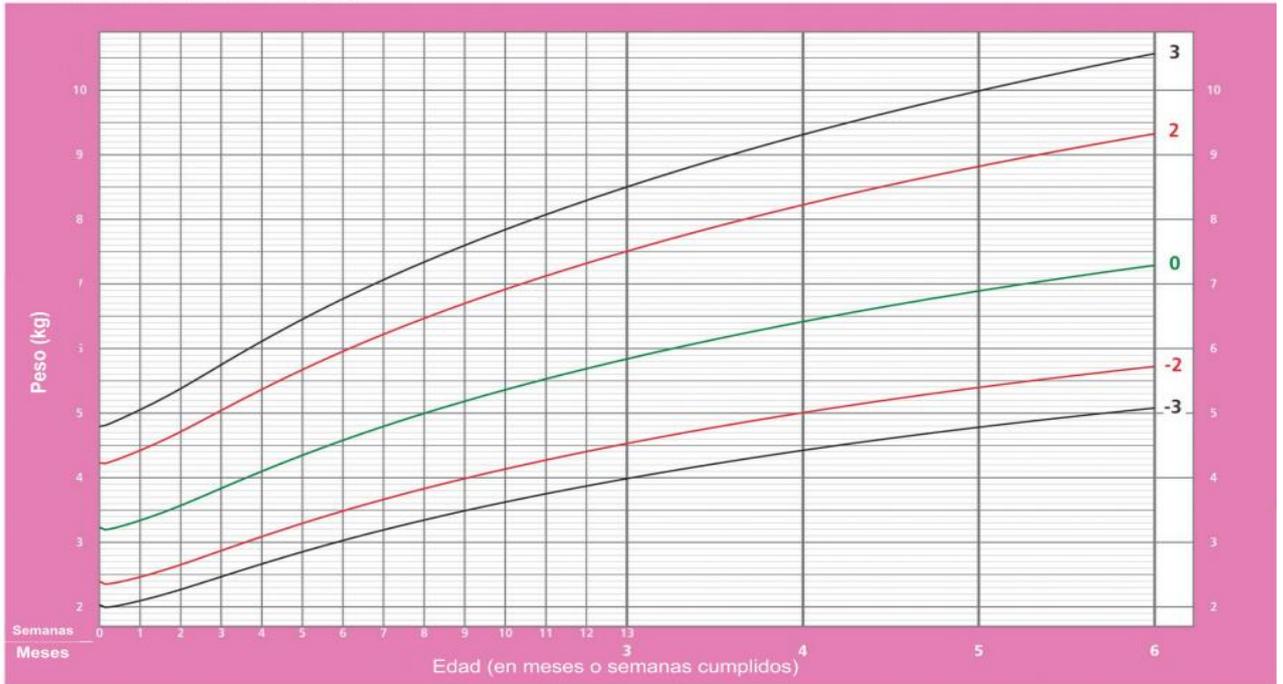
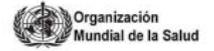
HÁBITOS DE CONSUMO		
1) ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No		0
Si		6
2) ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No		0
Si		26
3) ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No		0
Si		27
4) ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No		0
Si		28
5) Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No		0
Si		12
NIVEL DE EDUCACIÓN		
1) ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios		0
Primaria incompleta		21
Primaria completa		39
Secundaria incompleta		41
Secundaria completa		65
Hasta 3 años de educación superior		91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)		127
Post grado		171
ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL HOGAR		
1) ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No		0
Si		39
2) ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización,		

seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No		0
Si		55
3) ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas		76
Profesionales científicos e intelectuales		69
Técnicos y profesionales de nivel medio		46
Empleados de oficina		31
Trabajador de los servicios y comerciantes		18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros		17
Oficiales operarios y artesanos		17
Operadores de instalaciones y máquinas		17
Trabajadores no calificados		0
Fuerzas Armadas		54
Desocupados		14
Inactivos		17

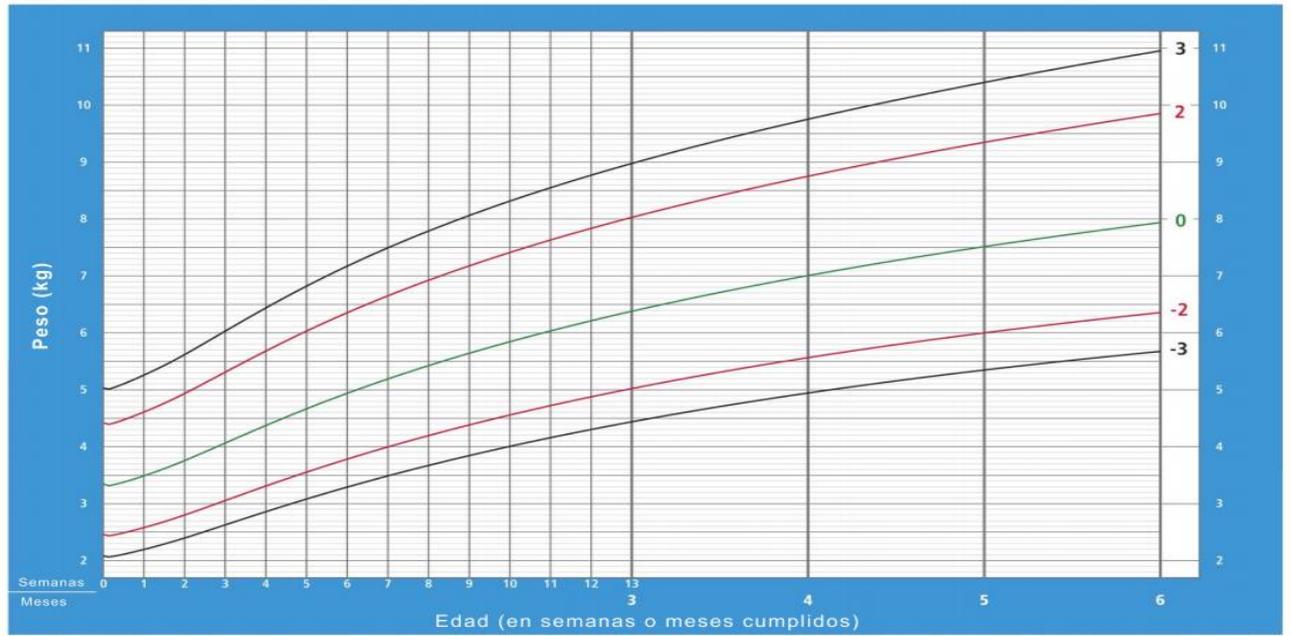
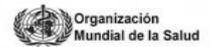
De acuerdo a la suma del puntaje final se indica a qué grupo pertenece cada hogar; teniendo así: estrato alto A (de 845,1 a 1000 puntos); estrato medio alto B (de 696,1 a 845 puntos); estrato medio típico C+ (de 535,1 a 696 puntos); estrato medio bajo C- (de 316,1 a 535 puntos); y estrato bajo D (de 0 a 316 puntos).

ANEXO N.- 4 PATRONES DE CRECIMIENTO OMS**PATRONES DE CRECIMIENTO OMS (PESO/EDAD NIÑAS 0-6 MESES)****Peso para la edad Niñas**

Puntuación Z (Nacimiento a 6 meses)

**PATRONES DE CRECIMIENTO OMS (PESO/EDAD NIÑOS 0-6 MESES)****Peso para la edad Niños**

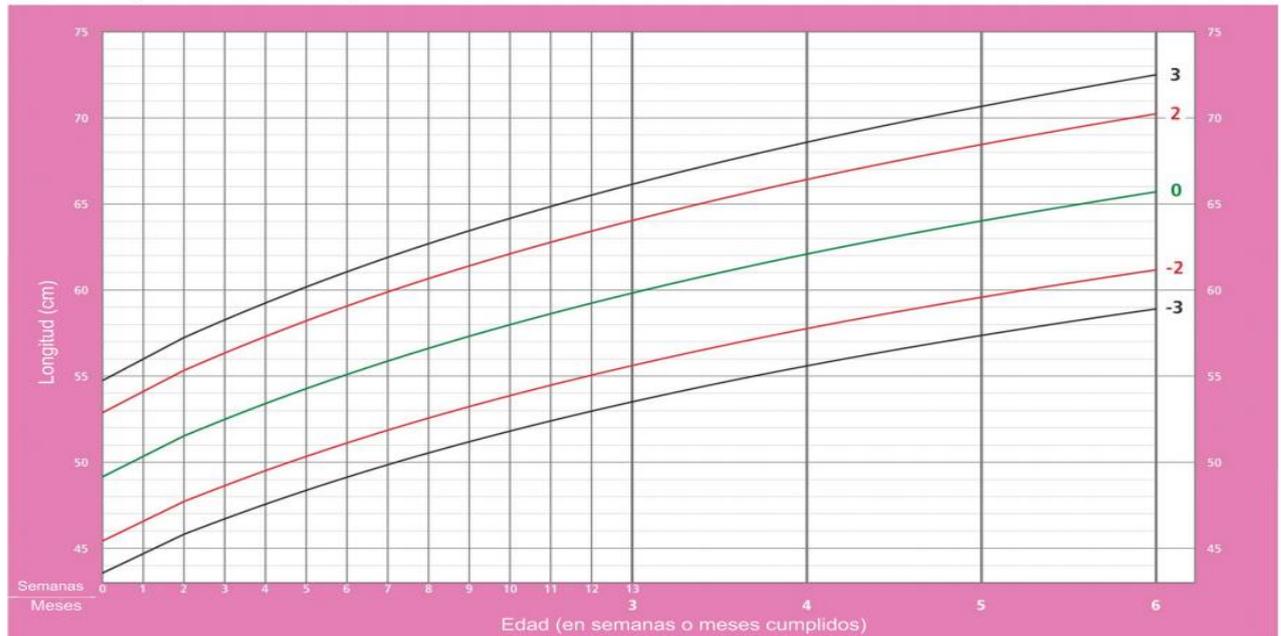
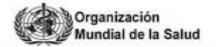
Puntuación Z (Nacimiento a 6 meses)



PATRONES DE CRECIMIENTO OMS (TALLA /EDAD NIÑAS 0-6 MESES)

Longitud para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 6 meses)



PATRONES DE CRECIMIENTO OMS (TALLA /EDAD NIÑOS 0-6 MESES)

Longitud para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 6 meses)

