



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



Tesis de grado previo a la obtención del título de Licenciatura de Enfermería.

TEMA:

**LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y SU RELACIÓN CON
EL DESTETE PRECOZ EN MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD
DE ANGLA DEL CANTÓN OTAVALO, PARA EL PERÍODO
ENERO A JULIO DEL 2012**

AUTORA:

NARVÁEZ MEJÍA ANDREA SORAYA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. DARÍO SALGADO

IBARRA - ECUADOR

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

En calidad de Director de tesis titulada: **"LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y SU RELACIÓN CON EL DESTETE PRECOZ EN MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD DE ANGLA DEL CANTÓN OTAVALO, PARA EL PERIODO ENERO A JULIO DEL 2012"** de autoría de NARVÁEZ MEJÍA ANDREA SORAYA. Certifico que ha sido revisada y se autoriza su publicación.

En la ciudad de Ibarra a los 03 días del mes de Febrero de 2014.



Dr. Darío Salgado

Director de Tesis



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	0401413372		
APELLIDOS Y NOMBRES:	NARVÁEZ MEJÍA ANDREA SORAYA		
DIRECCIÓN:	BOLÍVAR Y PEDRO MONCAYO		
EMAIL:	sonamejia@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2908-610	TELÉFONO MÓVIL:	0988235901

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y SU RELACIÓN CON EL DESTETE PRECOZ EN MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD DE ANGLA DEL CANTÓN OTAVALO, PARA EL PERÍODO ENERO A JULIO DEL 2012”
AUTOR (ES):	ANDREA SORAYA NARVÁEZ MEJÍA
FECHA: AAAAMMDD	2013/01/08
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	LICENCIADA EN ENFERMERÍA
ASESOR /DIRECTOR:	DR. DARÍO SALGADO

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Andrea Soraya Narváez Mejía con cédula de identidad Nro. 0401413372 en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 03 días del mes de Febrero de 2014

La autora:

Firma: 

Nombre: Andrea Soraya Narváez Mejía

C.I: 0401413372

Aceptación: 

Mgs. Ximena Vallejos

Encargada de la Biblioteca



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Andrea Soraya Narváez Mejía con cédula de identidad Nro. 0401413372, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: **LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y SU RELACIÓN CON EL DESTETE PRECOZ EN MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD DE ANGLA DEL CANTÓN OTAVALO, PARA EL PERÍODO ENERO A JULIO DEL 2012** que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciada en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 03 días del mes de febrero de 2014.

La autora:

Firma:

Nombre: Andrea Soraya Narváez Mejía

C.I: 0401413372

DEDICATORIA

Este trabajo está dirigido a mi familia; en especial a mi madre; Silvany Mejía quien es la mujer más bella que jamás conociste. Todo lo que soy, se lo debo a ella que con sus sacrificios logro mantener mi espíritu estudiantil excelso, me enseñó que en la vida es necesario el sacrificio, y que solo en base a él se obtienen virtudes y logros. Es por eso que a ella atribuyo todos mis éxitos y mis anhelos en esta vida gracias por la enseñanza moral, intelectual y física que recibí de ti.

Andrea Narváez Mejía

AGRADECIMIENTO

A Lic. María Inés Garzón, quien con su experiencia, y su alta capacidad humana, investigativa, y técnica supo guiar mi ímpetu con gran destreza y sabiduría. La Universidad Técnica del Norte, quien bajo su sombra formo mi carácter estudiantil, mi valor, y amor por mi profesión

Andrea Narváez Mejía

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Justificación	6
1.4 Objetivos de la investigación	7
1.4.1 Objetivo general	7
1.4.2 Objetivos específicos	7
1.5 Preguntas de investigación	8
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes de la investigación	9
2.2 Fundamentación teórica	10
2.2.1 Concepto de lactancia materna	10
2.2.2 beneficios de la lactancia materna	11
2.2.3 Promoción de la lactancia materna	13
2.2.4 La realidad de la lactancia materna	13
2.2.5 Deteste precoz	16
2.2.6 Componentes de la leche materna	18
2.2.6.1 el calostro	18
2.2.6.2 Leche de transición	20
2.2.6.3 Leche madura	20
2.2.6.3.1 Composición de la leche humana madura	21
2.2.6.3.2 Hidratos de carbono	23
2.2.6.3.3 Las grasas	24
2.2.6.3.4 Vitaminas	26
2.2.6.3.5 Minerales	27
2.2.7 Otras sustancias	30
2.3 Cualidades inmunológicas de la leche materna	30
2.3.1 Componentes humorales	31

2.3.2 Componentes celulares	32
2.4 Las causas más frecuentes de infecciones	32
2.4.1 Enfermedades gastrointestinales frecuentes en la infancia	33
2.4.1.1 Diarrea	33
2.4.1.2 Vómito	34
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	35
3.1 Tipo de estudio	35
3.2 Diseño	35
3.3 Población o universo	35
3.4 Procedimientos o técnicas para recolección de datos	36
3.5 Instrumentos de recopilación de datos	36
3.6 Procesamiento y análisis de resultados	37
3.7 Variables	38
3.7.1 Operacionalización de variables	39
3.8 Definición de términos	42
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	45
4.1 Análisis e interpretación de encuesta	45
CAPÍTULO V.	61
5.1 Conclusiones	61
5.2 Recomendaciones	63
BIBLIOGRAFÍA	64
LINCOGRAFÍA	66
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y Gráfico 1. Grupo de edad de madres	45
Tabla y Gráfico 2. Nivel de escolaridad	47
Tabla y Gráfico 3. Ocupación	48
Tabla y Gráfico 4. Responsable al cuidado del niño	49
Tabla y Gráfico 5. Tiempo de dedicación al cuidado del niño	50
Tabla y Gráfico 6. Tiempo de amamantamiento del niño	51
Tabla y Gráfico 7. Edad de destete	52
Tabla y Gráfico 8. Edad de introducción de alimentos	53
Tabla y Gráfico 9. Episodios de diarrea y vómito	54
Tabla y Gráfico 10. Frecuencia de diarrea y vómito	55
Tabla y Gráfico 11. Causas de diarrea y vómito	56
Tabla y Gráfico 12. Medidas terapéuticas frente a diarrea y vómito	57
Tabla y Gráfico 13. Atención del niño enfermo	58
Tabla y Gráfico 14. Criterios e importancia de la lactancia materna	59

RESUMEN

La leche materna ha contribuido a garantizar la supervivencia de los seres humanos, en este contexto numerosos estudios afirman que no sólo contiene los nutrientes necesarios para asegurar el crecimiento y desarrollo de los/as niños/as en los primeros meses de vida, también es un alimento estéril con variados compuestos inmunoquímicos que les ofrecen protección, ya que contiene células encargadas de eliminar agentes antimicrobianos sin necesidad de recurrir al uso de antibióticos, además factores antiinflamatorios, factores específicos, antibacterianos, antivíricos, antiprotozoarios y conjuntamente poseen inmunoglobulina IgA y E, que por su naturaleza interactiva es capaz de inhibir la adherencia de bacterias. En la Comunidad de Angla del Cantón Otavalo en la Provincia de Imbabura, en el periodo de enero a julio del 2011, las enfermedades gastrointestinales como diarrea y vómito se han establecido como una de las primeras causas de morbimortalidad infantil en el Ecuador, esta fue una de las principales concurrencias de visitas al sub centro de Salud de San Pablo de Lago, el cual es más cercano a esta comunidad. De tal modo que observando las fichas hospitalarias del programa desnutrición cero, historias clínicas, entrevistas directas y las encuestas aplicadas. Los mismos resultados aducen que las causas para el abandono de lactancia materna, existen factores los más sobresalientes son trabajos de tiempo completo y a horarios rotativos, estudiantes de nivel superior que viajan todos los días hacia la ciudad de Ibarra, dedicando el tiempo mínimo al cuidado y alimentación de sus hijos. Por otro lado el desconocimiento de como guardar la leche materna y tener un pequeño banco de leche en sus hogares y que los niños(as) no pierdan esta alimentación, contribuyo a que existieran estas estadísticas tan altas de episodios de diarrea y vómito.

PALABRAS CLAVES

Destete precoz, lactancia materna, gastrointestinal, morbimortalidad, inmunoglobulina, agentes antimicrobianos.

ABSTRACT

Breast milk has helped ensure the survival of human beings, in this context, many studies claim that not only contains the necessary nutrients to ensure growth and development / as children / as in the first months of life, is also a sterile food varied immunochemical compounds that offer protection as it contains cells that remove antimicrobial agents without resorting to the use of antibiotics, and anti-inflammatory factors, specific factors, antibacterial, antiviral, antiprotozoal and jointly own and IGA immunoglobulin e, which interactive nature is capable of inhibiting the adhesion of bacteria. in the Angla community in canton Otavalo Imbabura province, in the period January to July 2011, Gastrointestinal diseases such as diarrhea and vomiting have been established as one of the leading causes of childhood morbidity and mortality in Ecuador, this was a occurrence of major visits health sub center of lake San Pablo, which is closer to this community. so that observing the hospital records of the zero malnutrition program, medical records, direct interviews and surveys conducted. these results argue that the reasons for the abandonment of breastfeeding, the most outstanding factors there are full-time work rotating schedules, senior students who commute to the city of Ibarra, spending minimum time and care feeding their children. moreover ignorance of how to keep the milk flow and have a small milk bank in their homes and children (as) not lose this power, contributed to these statistics exist as high of episodes of diarrhea and vomiting.

KEYWORDS

Early weaning, breastfeeding, gastrointestinal, morbidity, immunoglobulin, antimicrobial agents.

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador la lactancia materna es una práctica generalizada, ya que se inicia en el 56.7 por ciento de los recién nacidos. Existe poca variación en esta práctica según las características presentadas en: La lactancia exclusiva, recomendada durante los primeros seis meses de vida, sólo es recibida por el 11.7 por ciento en los de 0 a 3 tres meses, lo que representa una disminución desde el 13.3 por ciento con respecto al 2002 según el MSP en el Ecuador. Las manifestaciones digestivas en los niños son una causa frecuente de consulta en la práctica diaria; se estima que constituyen del 2 al 4% de la consulta pediátrica. Los síntomas pueden ser atribuidos a causas orgánicas o funcionales, siendo estas últimas las más frecuentes; de hecho, en menos del 10% de los casos se identifica una causa orgánica como origen de la sintomatología gastrointestinal. En Bangladesh se llevó a cabo un estudio que demuestra contundentemente el efecto de los agentes y nutrientes que posee la leche materna. En este contexto de gran pobreza se demostró que los niños destetados entre los 18 y los 36 meses de edad doblaban su riesgo de muerte a causa de enfermedades diarreicas. Este efecto se atribuyó principalmente a los factores inmunizadores de la leche materna, aunque la nutrición también pudo tener un papel importante. Está claro que en los países desarrollados el destete no es una cuestión de vida o muerte, pero continuar la lactancia puede significar visitar menos al médico.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Según la OMS en el 2010, cada tres minutos se produce una muerte de niños debido a un mal estado nutricional en relación con lactancia materna en Latinoamérica. Esto es totalmente inaceptable dado que el conocimiento disponible permite reducir esa tasa de modo muy significativo, con medidas de costo relativamente bajo. “Ginebra WHO en el año de 1989 en el boletín de notas para la UNICEF y la OMS publicó que decenas de miles de vidas de recién nacidos y niños menores de 1 año podrían salvar su vida , y disminuir la tasa de morbimortalidad de los infantes contemplados en los objetivos del desarrollo del milenio”.

Gonzales Méndez aduce que la leche materna es tan antigua como la humanidad. Durante años ha sido el único recurso para la alimentación de los lactantes y aquellos que se han visto privados de ella han estado condenados a desaparecer. “La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie. Como sistema para alimentar al niño en los primeros meses de vida, la leche materna ha probado su eficacia a lo largo de las generaciones y ha sido por ella que la humanidad ha subsistido”. (González & Pileta, 2006) “*Las investigaciones confirman que la leche materna que se produce en el segundo año es muy similar a la del primer año, aun después de dos años o más, la leche materna continúa siendo una fuente valiosa de proteínas, grasas, calcio y vitaminas*”(Jelliffe y Jelliffe 1978).

“Uno de los beneficios es la inmunidad frente a las enfermedades. Conforme el niño crece, al mamar menos a menudo los agentes inmunizantes de la leche materna se concentran, así que los niños mayores siguen recibiendo estos agentes” (Goldman et al. 1983).

En Bangladesh se llevó a cabo un estudio que demuestra contundentemente el efecto de estos agentes. En este contexto de gran pobreza se demostró que los niños destetados entre los 18 y los 36 meses de edad doblaban su riesgo de muerte a causa de enfermedades diarreicas. Este efecto se atribuyó principalmente a los factores inmunizadores de la leche materna, aunque la nutrición también pudo tener un papel importante. Está claro que en los países desarrollados el destete no es una cuestión de vida o muerte, pero continuar la lactancia puede significar visitar menos al médico. ***“Un tercer beneficio es el de evitar las alergias. Hay mucha documentación que demuestra que, cuanto más tarde se introduzca la leche de vaca y otros agentes alérgenos en la dieta del niño, menor será la posibilidad de reacciones alérgicas” (Savilahti 1987).*** En el Ecuador la lactancia materna es una práctica generalizada, ya que se inicia en el 56.7 por ciento de los recién nacidos. Existe poca variación en esta práctica según las características presentadas en: La lactancia exclusiva, recomendada durante los primeros seis meses de vida, sólo es recibida por el 11.7 por ciento en los de 0 a 3 tres meses, lo que representa una disminución desde el 13.3 por ciento con respecto al 2002 según el MSP en el Ecuador. Aún entre los niños menores de 2 meses, apenas un 20.2 por ciento lactan exclusivamente. A causa de esta tendencia, la alimentación complementaria se inicia a edades muy tempranas para la gran mayoría de los niños. En los primeros cuatro meses, más de la mitad de los niños reciben leche diferente a la leche materna. (UNICEF, 2009)

En 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendó un listado de indicadores para evaluar la adecuación de las prácticas de la

lactancia materna en una población. En el Ecuador, sólo el 39.6 por ciento de los niños menores de seis meses reciben lactancia exclusiva. Esta es más frecuente en el área rural (53.9%), para los de madres del quintil más bajo (50.7%) y para los niños(as) de madres que no trabajan (39%). El porcentaje que reciben lactancia exclusiva es mucho mayor en la Sierra que en la Costa (52.9% contra 25.4%) y más del doble para niños(as) de madres indígenas que para niños(as) de madres mestizas (71.6% contra 34.5%).

La complementación alimentaria a la lactancia ocurre más temprano que lo recomendado. La lactancia materna predominante es la que conlleva el consumo de agua u otros líquidos (excluyendo otras leches). El 18.4 por ciento de los niños(as) menores de seis meses de edad recibe lactancia predominante. Al acumular estos porcentajes con los de la lactancia exclusiva, se puede mencionar que el 58.0 por ciento de los menores de seis meses de edad reciben lactancia completa. El resto no está siendo lactado o recibe otros alimentos no recomendados para los niños(as) en esas edades.

Es recomendado que a los seis meses de edad todos los niños(as) inicien la complementación alimentaria, el 12.8, el 76.5 por ciento de los niños(as) de seis a nueve meses recibe la alimentación recomendada, notablemente la etnia indígena alcanza en este indicador el 91.7 por ciento.

La OMS recomienda que, de ser posible, la lactancia continúe al menos hasta que el niño(a) cumpla dos años de edad. Las tasas de lactancia continuada de 12 a 15 meses y de 20 a 23 meses, reflejan la medida en que las madres se adhieren a esta recomendación. (ENDEMAIN). Además de ser un peligro para los niños lactantes el destete precoz, también se ha encontrado como un indicador poco inherente a las enfermedades gastrointestinales ya que es el tercer indicador que causante de la morbilidad de los niños para el año 2010 en Ecuador.

Las enfermedades gastrointestinales diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 1,5 millones de niños cada año. (WHO, 2009)

Las enfermedades gastrointestinales en menores de un año se originan por el abandono precoz de la lactancia materna, casi siempre está asociado al desconocimiento de sus propiedades y ventajas para la salud del lactante, que son más propensos a enfermar por el déficit inmunológico propio de la edad y la convergencia a enfermedades gastrointestinales y un mayor número de factores de riesgos. En la provincia de Imbabura no obstante se ha encontrado que la mayor afluencia de los pacientes de consulta externa que asisten al Hospital San Luis De Otavalo es por enfermedades respiratorias y enfermedades gastrointestinales es vital recalcar que en la comunidad de Angla la mayor parte de mujeres son madres trabajadoras, esto hace que los niños pasen mayor parte del tiempo con terceros es el caso de vecinos, abuelos, o guarderías donde la introducción de alimentos es a destiempo o a su vez se utilizan más que la leche materna implementación de líquidos , coladas, jugos , sopas, y frutas que complementan la alimentación del lactante siendo está totalmente contradictoria a lo que el MSP plantea en su PROGRAMA DE DESNUTRION CERO donde el Gobierno Nacional del Ecuador replantea la ley de maternidad gratuita que contempla que los niños deben ser alimentados durante los primeros 6 meses de vida con leche materna exclusiva y de allí al año de edad complementaremos la lactancia con alimentos sólidos. En la Comunidad de Angla existen alrededor de 50 niños y niñas que se encuentran en la etapa de lactancia, la concurrencia al Sub Centro de San Pablo es frecuente para los niños menores de un año, los cuales son llevados por sus madres, abuelos, tíos, hermanos con problemas gastrointestinales en especial con diarreas de tipo bacteriana.

Un bebé amamantado está más protegido contra diarreas, otitis, infecciones respiratorias, alergias, meningitis, enfermedad atípica, eccema, asma, diabetes, infecciones urinarias, linfoma, Crohn, mal oclusión dentaria y obesidad, entre otras enfermedades, ***“La leche materna aporta IgA y es un factor de desarrollo del sistema inmune. El destete temprano, asociado a preparación inadecuada de mamaderas, contribuye con infecciones intestinales bacterianas recurrentes lo cual puede derivar en desnutrición, la que a su vez facilita nuevas infecciones”*** (Talesnik, 2002). Cuando el niño recibe alimentos diferentes a la leche materna antes de que su organismo esté preparado para asimilarlos, puede provocar trastornos digestivos, alergias, intolerancia a los alimentos y también diarrea infecciosa. Igualmente, el retraso de la incorporación de alimentos diferentes a la leche en la dieta del bebé, provoca desnutrición, porque la leche materna no basta para satisfacer los requerimientos para un crecimiento adecuado.

Es muy importante comprender que el destete es un proceso de adaptación del bebé, no sólo en el aspecto nutricional, sino también en lo emocional y en lo social. Constituye un paso fundamental en la conquista de la independencia con relación a su madre y también en su integración al medio que lo rodea. Debe realizarse en forma lenta y cuidadosa y evitar cambios bruscos que puedan atentar contra su bienestar físico y emocional. (BABYSITIO, 2010)

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación que existe entre destete precoz y la presencia de enfermedades gastrointestinales en niños menores de un año en La Comunidad de Angla del Cantón Otavalo, durante el período Enero a Julio del 2012?

1.3. Justificación

La investigación por la gran afluencia de los niños menores de un año que acuden con enfermedades gastrointestinales en especialmente con diarrea bacteriana producida por la introducción de alimentos antes de que su organismo esté preparado para asimilarlos, provoca trastornos digestivos, alergias, intolerancia a los alimentos. En el Cantón Otavalo las cifras para el año del 2011 publicados en SISVAN son realmente alarmantes ya que en el área rural 53.9 % reciben lactancia materna exclusiva de madres que no trabajan , mientras el quintil más bajo 46.1% para los niños que no tienen una lactancia materna exclusiva y con madres que trabajan. Realizar la presente investigación pretende evitar las enfermedades gastrointestinales las cuales se relacionan con destete precoz y que pueden ser prevenibles con adecuado manejo de la lactancia materna y la introducción de alimentos a los niños menores de 1 año en la Comunidad de Angla, dando a conocer a las madres de niños menores de 1 año y a toda la comunidad a cerca de las enfermedades gastrointestinales más prevalentes a consecuencia del destete precoz, y la gran importancia de la lactancia materna durante el primer año de vida de los niños. El profesional de Enfermería, contribuye a el fortalecimiento y la orientación es por eso que los beneficiario directos serán los niños(as) menores de 2 años de la comunidad de Angla e ya que incluye a un universo amplio hablamos de niños y madres pilares fundamentales para la sociedad.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Analizar la relación entre el destete precoz, y las enfermedades gastrointestinales en niños menores de un año en la Comunidad de Angla del Cantón Otavalo durante, Enero a Julio del 2012.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el número de niños menores de 1 año existentes en la Comunidad de Angla.
- Determinar la presencia de enfermedades gastrointestinales en niños menores de 1 año existentes en la Comunidad de Angla.
- Verificar la edad en la que fueron destetados los niños menores de 1 año, y cuantos sufrieron episodios de enfermedades gastrointestinales y con qué frecuencia.
- Elaborar y socializar una guía educativa encaminada a preservación de la lactancia materna en niños menores de 2 años y al mantenimiento de enfermedades gastrointestinales.

1.5. Preguntas de investigación

1. ¿Cuántos niños menores de 1 año existen en la Comunidad de Angla?
2. ¿Qué tipo de enfermedades gastrointestinales se han presentado en los niños menores de 1 año en la Comunidad de Angla?
3. ¿A qué edad fueron destetados los niños menores de 1 año, cuál es la frecuencia de los trastornos gastrointestinales y cuántos niños lo sufrieron?
4. ¿La guía educativa para prevención de enfermedades gastrointestinales y el mantenimiento de la lactancia materna será posible socializar en las madres de niños menores de 1 año en la Comunidad de Angla?

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Al revisar la bibliografía referente a la lactancia materna y el destete precoz la prevalencia de enfermedades de Enfermedades Gastrointestinales se encontró que en el Hospital General Docente "Armando Enrique Cardoso", en 164 niños divididos en 2 grupos. El A se constituyó por 88 niños quienes habían recibido leche materna por más de 4 meses y el grupo B, por 76 pacientes quienes recibieron lactancia materna por menos de 4 meses. El objetivo fue conocer la influencia de la lactancia materna exclusiva en el estado de salud al cumplir el año de edad. Al concluir el estudio se halló que el promedio de infecciones respiratorias, episodios diarreicos y de infecciones urinarias fue de 4,0, 1,4 y 0,9 por pacientes en el grupo A y de 6,0, 3,0 y 1,6 en el grupo B. También se encontró que el 78,4 % de los niños del grupo A arribó al primer año con un estado nutricional entre 25 y 90 P y sólo 53,3 % del grupo B alcanzó el primer año con este rango nutricional. La cifra de hemoglobina en los que alcanzaron el año de edad superó los 100 g/L, en el 80,7 % de los niños del grupo A y en el grupo B el 52,6 % se mantuvo por debajo de 100 g/L.

La enfermedad infecciosa intestinal (EII) de acuerdo con estudios efectuados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en la Región de las Américas, más de una de cada tres muertes de niños de esta edad son ocasionadas por estas enfermedades, fundamentalmente infecciosas y trastornos nutricionales. Alrededor de 12 millones de niños menores de cinco años mueren por enfermedades susceptibles de prevención, sobre todo en países

subdesarrollados, de ellas 6,6 millones (55%) fallecen por causas relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición. Del total de defunciones en menores de cinco años, 2,2 millones (19%) se deben a enfermedades infecciosas intestinales, principalmente por deshidratación y de ellas, alrededor de 600000 tienen asociado algún grado de desnutrición.

2.2. Fundamentación teórica

2.2.1. Concepto de lactancia materna.

De acuerdo con la OMS, la Lactancia Materna Exclusiva es el tipo de alimentación en la cual se ofrece exclusivamente pecho materno para alimentar a los/as niños/as sin agregar ningún otro tipo de alimento. Al nacer, la LME es una práctica mayoritaria en el mundo, común en países en desarrollo y de bajos ingresos; sin embargo, los porcentajes de amamantados/as en la primera hora, lactados en forma exclusiva al sexto mes y la duración mediana de la lactancia materna, son menores que lo recomendado.

La lactancia óptima es una de las formas más efectivas de asegurar la supervivencia infantil en los países en desarrollo. La OMS y la UNICEF han establecido tres directrices para la lactancia óptima. (Argentina, 2004)

Comenzar a amamantar a el/la recién nacido/a lo más pronto posible.

- Amamantar en forma exclusiva (sin dar ningún otro alimento o líquido) hasta que el/la niño/a tenga 6 meses de edad.

- A partir de los 6 meses de edad, amamantar con alimentación complementaria (dando alimentos apropiados para la edad además de la leche materna) hasta los 2 años de edad o más.

2.2.2. Beneficios de la lactancia materna.

Numerosos estudios realizados en los últimos años, demuestran las ventajas de la lactancia materna tanto para la salud de el/la lactante (menos otitis, neumonías, diarreas, meningitis, alergias, etc.) como para la salud de la madre (reducción del riesgo de cáncer de mama, de ovario, osteoporosis, fractura de cadera, etc.), además de los aspectos psicosociales y económico que se asocian a este proceso. (Blásquez, 2000). La evidencia observacional ha demostrado que estos beneficios se presentan a corto y largo plazo, los tempranos incluyen por ejemplo mortalidad reducida en recién nacidos/as prematuros/as y posteriormente menor morbilidad producida por infecciones gastrointestinales, respiratorias, urinarias y del oído medio, y menos enfermedades atópicas.

Con respecto a los beneficios que otorga la lactancia materna a los/as niños/as, la nutrición óptima es uno de ellos, ya que la leche materna además de aportarles toda el agua necesaria para sus funciones fisiológicas les entrega proteínas, energía y micronutrientes de alta calidad, que los/as recién nacidos/as son capaces de absorber con facilidad y utilizar eficazmente, permitiéndoles un adecuado crecimiento y desarrollo durante los primeros cuatro a cinco meses de vida; es así como estudios demuestran que niños/as alimentados con leche materna logran al año de vida un óptimo estado nutricional.

La leche materna es un fluido cambiante que se adapta a las necesidades de el/la recién nacido/a, su composición va a depender de la

edad gestacional, del momento de la mamada y de la fase de la lactancia, es así como el calostro tiene cualidades especiales que lo hacen importante para el/la lactante dado su efecto en el desarrollo, la digestión e inmunidad, y por su parte la leche materna ha demostrado seguir siendo una fuente de energía y nutrientes de gran calidad, incluso después de los dos años, siendo capaz de proporcionar hasta un tercio de la energía y proteínas que necesita un/a niño/a durante el segundo año de vida.

La leche materna ha contribuido a garantizar la supervivencia de los seres humanos, en este contexto numerosos estudios afirman que no sólo contiene los nutrientes necesarios para asegurar el crecimiento y desarrollo de los/as niños/as en los primeros meses de vida, sino que también es un alimento estéril con variados compuestos inmunoquímicos que les ofrecen protección, ya que contiene células encargadas de eliminar agentes antimicrobianos sin necesidad de recurrir al uso de antibióticos, además factores antiinflamatorios y factores específicos, antibacterianos, antivíricos y antiprotozoarios y conjuntamente posee inmunoglobulina IgA, y E secretora, que por su naturaleza interactiva es capaz de inhibir la adherencia de bacterias. Éste es un beneficio fundamental para los/as niños/as, ya que su sistema inmunitario durante los primeros meses de vida no está completamente desarrollado, así la leche materna potencia su inmunidad generando efectos positivos para su salud que se prolongan incluso años después del destete. Considerando estas propiedades existen diversos estudios que han demostrado que los/as niños/as alimentados con LME presentan menor incidencia de otitis media aguda, infecciones respiratorias y gastrointestinales cuando se comparan con niños/as alimentados de otra forma. En relación a la otitis media, en Suecia se observó que los/as niños/as alimentados/as con lactancia materna tenían menos otitis que los/as alimentados/as con lactancia artificial, por ejemplo, entre 1 y 3 meses de edad, el 6% de los/as niños/as que ya habían sido destetados/as, tenían otitis media frente a sólo un 1% de los/as amamantados/as.

2.2.3. Promoción de la lactancia materna

La promoción de la lactancia natural comprende un amplio espectro de programas y actividades en variados ámbitos educativos, comunitarios, gubernamentales y no gubernamentales. Una actividad investigativa necesaria es establecer el grado de conocimientos que las madres puedan tener respecto a la lactancia natural. La lactancia materna ofrece reconocidos y bien documentados beneficios para la salud de la madre y el/la niño/a, por lo cual es considerada clave en la salud pública y la promoción parece ser la estrategia más adecuada para lograr la adhesión a ésta. Teniendo presente que existen tres momentos claves para lograr una lactancia natural exitosa, el primero, desde antes de la gestación hasta previo al parto, el segundo, inmediatamente después del parto (momento más crítico en el establecimiento de la lactancia natural), y el tercero, el período postparto; los profesionales de la salud y las instituciones del sector son un factor decisivo para conseguir que las madres entiendan a la lactancia materna como un proceso natural, necesario y adecuado para los/as niños/as, y la mantengan en forma exclusiva por 6 meses y en forma complementaria hasta los 2 años de vida de su hijo/a.

2.2.4. La realidad de la lactancia materna

El abandono progresivo de la LM como forma de alimentar a los niños va a tener en el futuro, consecuencias muy importantes para la salud de los niños actuales, quizás más importantes aún para las generaciones futuras ya que la leche materna aporta IgA y es un factor de desarrollo del sistema inmune. El destete temprano, asociado a preparación inadecuada de mamaderas, con infecciones intestinales bacterianas recurrentes puede derivar en desnutrición, la que a su vez facilita nuevas infecciones.

Numerosos son los factores asociados a un mayor riesgo de enfermar e incluso de morir por enfermedades diarreicas agudas, entre ellos vale citar la higiene personal deficiente, la desnutrición proteico energética, la ausencia o prácticas inapropiadas de lactancia materna, el peso bajo al nacimiento, esquema de vacunación incompleto, falta de capacitación de la madre para la higiene familiar, madres adolescentes, contaminación fecal del agua y de alimentos, deficiencia de vitamina A, uso inadecuado de antibióticos, mala técnica alimentaria, intolerancia a disacáridos, alergia a las proteínas de la leche y otros padecimientos.

Según la OMS la lactancia materna es el mejor comienzo en la relación madre-hijo, cubre las necesidades afectivas, nutritivas e inmunológicas del infante, al igual que ejerce un factor de protección para ciertas enfermedades en la madre-hijo.

Para que todos estos beneficios sean dados, la OMS recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y con complementaria hasta los dos años de edad del infante. Nadie duda de las bondades de la lactancia materna en los primeros seis meses de vida y después, sin embargo para algunos la necesidad de esta práctica deja existir conforme el niño o la niña cruzan la barrera de los 6 a los 12 meses, intervalo de edad, cuando la madre empieza a pensar en el destete por diferentes circunstancias de conocimientos, creencias o por reinicio de la jornada laboral.

Por este camino, relacionado con reducción de la duración del amamantamiento, se puede afectar negativamente la salud de los infantes, independiente del factor socioeconómico de la familia, porque entre los estratos poblacionales con mayores recursos económicos, mejores condiciones higiénicas, accesos a alimentos de alta calidad y a servicios

médicos, se ha visto que también el destete es aún más prematuro y así mismo se incrementan las infecciones respiratoria y gastrointestinales.

La promoción de la lactancia materna en las culturas modernas y el rescate como alimentación ideal para los niños, juega un rol fundamental en la percepción de las madres, de que el amamantamiento es un acto que proporciona oportunidades de respuestas inmediatas y satisfactorias a las necesidades del niño en todas sus dimensiones (física-inmunológica, afectiva, intelectual, crecimiento-desarrollo, seguridad y protección específica), y aún más cuando se refuerza con factores psicológicos de la madre, autoestima, vínculo afectivo, contacto corporal, costumbres sociales, apoyo de la pareja y apoyo de la familia.

Entonces se puede decir que el periodo de lactancia es la continuidad del nexo entre la alimentación intrauterina a través de la placenta, la alimentación infantil a través del seno materno, y la alimentación del adulto dada por todo recurso de desarrollo socioeconómico humano; es decir la práctica de la lactancia es la estrategia más cercana que favorece el desarrollo del niño a través de la vida. Así mismo favorece el desarrollo orgánico de todo su ser, un ejemplo se da con el sistema digestivo del recién nacido que es inmaduro y gradualmente la leche materna favorece su maduración biofisiológica, hasta prepararlo para poder digerir y absorber los alimentos de la infancia y la vida adulta.

Pero el nexo de la lactancia materna no se debe interrumpir abruptamente, sino de debe realizar de forma paulatina, para que los beneficios de la leche materna sean recibidos en relación con las necesidad biológicas del niño, como fuente esencial de los primeros nutrientes durante sus primeros meses de vida. Así la sustitución es progresiva y la inclusión de otras fuentes no es abrupta y obligada. De esta manera los alimentos sólidos o complementarios llegan al niño, con buen grado de aceptación por él,

dando continuidad al seno materno. Pero cuando el amamantamiento se suspende el niño se convierte en lactante omnívoro, a este proceso se le conoce como destete y representa uno de los eventos dietéticos cruciales en la vida del niño.

2.2.5. Destete precoz

Se considera como el momento que los mamíferos dejan de dar de mamar a su hijo. Tanto OMS como UNICEF hablan de una lactancia exclusiva hasta los 6 meses y un destete que vaya más acá de los 6 meses de edad de la vida del bebé. Sobre todo cuando el pecho materno empieza a tener una importancia más significativa para él niño(a), ya que se convierte en un objeto que sosiega y calma. El destete repentino y prematuramente al niño le quita la oportunidad de ser dotado de una experiencia emocional altamente satisfactoria, alivia las angustias significativas tanto inmediatamente como a largo plazo, como medio de consuelo, placer, y comunicación para la madre e hijo, el llanto, angustia en la enfermedad, y la inquietud, cuando existe destete precoz las personas en este caso las madres no consideran a la lactancia materna, como la fuente emocional y afectiva y solo se la observa como una fuente de leche.

El destete se debe realizar de forma gradual, sería ideal que finalizara en el tercer año de vida del niño, pero todo depende de diferentes circunstancias y decisiones maternas, es decir, así como, puede iniciarse precozmente (antes de los seis meses), puede prolongarse hasta el segundo año y finalizar al tercer año de vida. Durante este proceso, no solo, se suspende el amamantamiento, sino que se rompen algunos lazos afectivos entre madre e hijo, lazos que se forjaron antes del nacimiento y reforzaron durante el amamantamiento. Por tal motivo el destete no se debe tomar “tan a la ligera”, porque al unísono del amamantamiento, el niño crea una

relación afectiva muy fuerte con su madre y así mismo, al igual que el destete progresivo se debe preparar al niño para nuevas relaciones afectivas con otros seres del mundo que lo rodea. Este proceso de destete conduce a que el niño deje de ser el “feto exógeno” como se lo ha llamado, unido a sus madre por su seno (dependiendo totalmente de esté para sobrevivir), y con el destete, comienza el niño a intentar saciar la curiosidad y el deseo innato de independenciam. Los horizontes del pequeño se amplíen, gatea y camina y empieza a explorar el mundo nuevo el cual aprende a conocer, reconocer, apreciar y habituarse a los alimentos sólidos.

El primer año de vida es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y por tanto las demandas nutricionales son mayores. El niño durante el primer año multiplica por tres su peso e incrementa el 50% de su talla. Paralelamente con ello los órganos van madurando a gran velocidad. El cerebro multiplica por tres su tamaño durante la infancia y alcanza el 90% del tamaño adulto a los dos años. En la última década se acumulan pruebas que apoyan que la nutrición de los niños durante los primeros meses de la vida tiene consecuencias metabólicas en el desarrollo en la infancia tardía y la adolescencia y se relaciona con la aparición de enfermedades en la vida adulta. (Galbe, 2004)

La práctica materna del destete precoz o la decisión de no amamantar a su hijo es un problema ancestral, no siempre influido por razones médicas. En resumen la LM es un hábito alimentario que desde la antigüedad está íntimamente unido al niño durante los primeros años de su vida. Sin ella difícilmente la especie humana puede superar los primeros meses de la vida, y sus consecuencias serán la morbilidad y mortalidad infantil. Los niños fallecían por procesos infecciosos, fundamentalmente IRA, EDA y por trastornos hidroelectrolíticos, generalmente secundarios a la preparación incorrecta de los biberones. A la vista de estos hechos, en los países "más desarrollados" a finales de los años 70, se comenzaron a realizar

importantes campañas de promoción de la LM que no tardaron en dar sus frutos. En estos países se consiguieron destacados incrementos de la LM; pero en los más deprimidos, que eran los más afectados por este nuevo hábito alimentario continuaban muriendo muchos niños por el abandono injustificado de la LM. (Jiménez, Curbelo, & Peñalver, 2005)

2.2.6. Componentes de la leche materna

La leche humana ofrece al niño el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la óptima fuente de lácteos durante los primeros dos años, al ser complementada con otros alimentos. Cada leche tiene características propias que la diferencian significativamente de otras leches de mamíferos y la hacen adecuada a la cría de la especie. Del punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el único período en que un solo alimento es la única fuente de nutrición, y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos (Picciano, 2001). Es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla. Se distinguen: la leche de pre término, el calostro, la leche de transición y la leche madura.

2.2.6.1. El calostro

El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y

luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto. El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado.

En el calostro la concentración promedio de Ig A y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de 2-3 g de IgA y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido:

- Facilita la eliminación del meconio
- Facilita la reproducción del lactobacilo bífidio en el volumen intestinal del recién nacido
- Los antioxidantes y las quinonas son necesarios para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos
- El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión, deglución, y respiración.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño

- Los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

El calostro, como la leche que lo sucede, actúa como moderador del desarrollo del recién nacido. Aún si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo, su leche pasará por una etapa calostro antes y después del nuevo nacimiento.

2.2.6.2. Leche de transición

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto. Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche (Neville, 1989). Los cambios de composición y volumen son muy significativos entre mujeres y dentro de una misma mujer, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

2.2.6.3. Leche madura

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia.

Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento. Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación producen una leche de composición diferente durante un tiempo prolongado. La leche de pre término contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que en un recién nacido de muy bajo peso, menos de 1.500 g, la leche de pre término no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo y ocasionalmente de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos. El ideal es hacerlo con preparados que vienen listos y que se denominan "fortificadores de leche materna" (Schandler, 1989).

El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal/100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un niño, producirá un volumen suficiente (de 700 a 900 ml) para cada uno de ellos.

2.2.6.3.1. Composición de la leche humana madura

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas.

Agua.- La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.

Proteínas.- Entre los mamíferos, la leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml). Sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño. La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero.

La caseína está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio. Las proteínas del suero son entre otras: alfa lactoalbúmina (de alto valor biológico para el niño), seroalbúmina, beta lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas y prostaglandinas. Las inmunoglobulinas de la leche materna son diferentes a las del plasma, tanto en calidad como en concentración. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna.

La IgG es la más importante del plasma y se encuentra en una cantidad 5 veces mayor que la IgA. La proporción de inmunoglobulinas en la leche se modifica progresivamente hasta llegar al nivel que se mantendrá en la leche madura, más o menos a los 14 días postparto. El calostro tiene 1740 mg/100 ml de IgA contra 43 mg/100 ml de IgG. La leche madura tiene 100 mg/100 ml de IgA contra 4 mg/100 ml de IgG. (Lawrence 1989). La IgA protege tanto a la glándula mamaria como a las mucosas del lactante en el período en que la secreción de IgA en el niño es insuficiente. La lactoferrina además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferodependientes, contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño. La lisozima constituye un factor antimicrobiano no específico. Tiene efecto bacteriolítico contra entero bacterias y bacterias Gram positivas. Contribuye a la mantención de la flora

intestinal del lactante y además tiene propiedades anti-inflamatorias. Ocho de los veinte aminoácidos presentes en la leche son esenciales y provienen del plasma de la madre. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales.

La taurina es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es necesario para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina. La cistina es otro aminoácido que está combinado con la metionina en una proporción de 2 a 1, específica para la leche humana.

2.2.6.3.2. Hidratos de carbono

El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa.

La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7 g/dl (cerca de 200mM). La lactosa parece ser un nutriente específico para el primer año de vida, ya que la enzima lactasa que la metaboliza sólo se encuentra en los mamíferos infantes mientras se alimentan con leche materna. De ahí que la mayoría de las personas presentan intolerancia a la lactosa después de la infancia. En los europeos y otras poblaciones persiste la enzima lactasa en los adultos, debido aparentemente a una adaptación metabólica. La lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central.

La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus

bifidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos. El crecimiento del lactobacillus es promovido por el factor bífido, un carbohidrato complejo con contenido de nitrógeno, que no está presente en los derivados de leche de vaca.

De ahí que los suplementos alimentarios dados en los primeros días de vida interfieren con este mecanismo protector. Además de la lactosa, en la leche humana se han identificado más de 50 oligosacáridos de diferente estructura, muchos de los cuales contienen nitrógeno. Constituyen el 1,2% de la leche madura (comparado con el 0,1% en la leche de vaca). Los componentes de estos azúcares complejos incluyen glucosa, galactosa, fructosa, n acetil glucosamina y ácido sasiálico y representan una porción significativa del nitrógeno no proteico de la leche humana.

2.2.6.3.3. Las grasas

La grasa es el componente más variable de la leche humana. Las concentraciones de grasa aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto. De ahí en adelante siguen siendo relativamente estables, pero con bastantes variaciones interindividuales tanto en el contenido total de grasa, como en la composición de los ácidos grasos. Hay fluctuaciones diurnas, que son dependientes de la frecuencia de las mamadas. También hay una importante variación dentro de una misma mamada, siendo la leche del final de la mamada, 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Se cree que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de prematuros, ya que la leche del final tiene más calorías.

La grasa de la leche humana es secretada en glóbulos microscópicos, de 1-10 μm . La membrana globular, que recubre los lípidos no polares, como los triglicéridos y el colesterol, está compuesta de fosfolípidos complejos. La composición de los ácidos grasos de la leche humana es relativamente estable, con un 42% de ácidos grasos saturados y 57% de poliinsaturados (Guthrie et al. 1974). Los ácidos grasos araquidónico (C 20:4) y docosahexaenoico (C 22:6) participan en la formación de la sustancia gris y en la mielinización de las fibras nerviosas. Se forman a partir de los ácidos linoleico (C 18:2) y linolénico (C 18:3) respectivamente. Estos últimos se obtienen de la dieta de la madre. El contenido de ellos es alrededor de 4 veces mayor en la leche humana (0,4 g/100 ml) que en la de vaca (0,1 g/100 ml). A pesar de que los ácidos linoleico y linolénico se ven afectados por la dieta de la madre y por la composición de su grasa corporal, toda leche humana es rica en estos ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga. La mayoría de las fórmulas contienen muy pocos o no los contienen, aunque a partir de 1989 algunos fabricantes los agregaron. La síntesis de las prostaglandinas depende de la disponibilidad de éstos ácidos grasos esenciales. Estas se encuentran distribuidas ampliamente en el tracto gastrointestinal del niño y contribuyen en forma importante en los mecanismos generales de defensa. La leche humana puede contener cantidades significativas de prostaglandinas que las fórmulas no contienen.

Después del nacimiento, el principal aporte de energía en el niño lo constituyen las grasas. La leche materna proporciona el 50% de las calorías en forma de grasa. El niño consume esta dieta alta en grasa en un período en que están inmaduras tanto la secreción de lipasa pancreática como la conjugación de las sales biliares. Esta inmadurez se compensa por las lipasas linguales y gástricas y además por una lipasa no específica de la leche materna que se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares. Esta característica metabólica de que un sustrato y su enzima estén

en el mismo líquido, no se encuentra más que en la leche humana y en la de los gorilas.

En la leche fresca esta lipasa estimulada por las sales biliares contribuye a la digestión del 30 al 40% de los triglicéridos en un período de 2 horas, situación particularmente importante en la alimentación de los niños prematuros, cuyas sales biliares y producción de lipasa pancreática están aún más deprimidas. Esta lipasa se destruye por el calor, por lo que es importante usar la leche materna fresca. La leche humana es rica en colesterol. Aún no se sabe la importancia que esto puede tener para el metabolismo en el adulto; tampoco se sabe si la presencia o no de colesterol en los sustitutos es una ventaja para los niños alimentados artificialmente.

Cada día hay más evidencias que los factores dietéticos de la infancia están involucrados en el desarrollo posterior de la enfermedad cardiovascular

2.2.6.3.4. Vitaminas

La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre. Vitaminas liposolubles La absorción de vitaminas liposolubles en el lactante está relacionada con la variabilidad de la concentración de la grasa en la leche materna.

Vitamina A.- La concentración de vitamina A en la leche materna es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura.

Vitamina K.- La concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se

establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal. Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento

Vitamina E.- El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E.

Vitamina D.- El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml

Vitamina B12.- En la leche humana es muy baja, pero su biodisponibilidad aumenta por la presencia de un factor específico de transferencia. Las concentraciones de niacina, ácido fólico y ácido ascórbico, son generalmente más altas que en la leche de los mamíferos rumiantes. Las usuarias de anticonceptivos orales por largo plazo pueden presentar niveles bajos de vitamina B6 en su leche. Aunque las madres no presentan signos, la insuficiencia de estas vitaminas en la leche puede tener consecuencias adversas para el niño. De ahí que es necesario que la madre las consuma diariamente en su dieta.

2.2.6.3.5. Minerales

La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna. Los mecanismos compensatorios,

como una disminución en la excreción urinaria del calcio comienzan a actuar, y sólo en casos extremos se alterarán significativamente las reservas de los tejidos propios de la madre. En el caso del flúor no hay evidencia de transferencia de flúor desde el plasma a la leche materna y al parecer es la mama la que inhibe este pasaje, encontrándose en la leche sólo en niveles traza.

Las concentraciones de minerales en la leche humana son más bajas que en cualquiera de los sustitutos y están mejor adaptados a los requerimientos nutricionales y capacidades metabólicas del lactante.

Calcio - Fósforo.- La relación calcio-fósforo en la leche humana es de 2:1. La leche de vaca tiene una mayor proporción de fósforo, lo que explica la hipocalcemia neonatal, común en los lactantes alimentados artificialmente. La disponibilidad en la leche de vaca disminuye también por la formación de jabones de calcio insolubles en el intestino, los cuales pueden causar obstrucción intestinal.

Hierro.- La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de interacciones complejas entre los componentes de la leche y el organismo del niño: la mayor acidez del tracto gastrointestinal, la presencia de niveles apropiados de zinc y cobre, el factor de transferencia de lactoferrina, que impide que el hierro esté disponible para las bacterias intestinales, liberándolo sólo cuando los receptores específicos se unen a la transferrina, son factores importantes para aumentar la absorción del hierro. El hierro de la leche humana se absorbe en un 70%, el de la leche de vaca un 30% y en los sustitutos sólo el 10%. En los niños amamantados exclusivamente con leche materna en los primeros 6-8 meses de vida, la anemia por deficiencia de hierro es poco frecuente. Los niños amamantados por madres bien nutridas tienen suficiente hierro en sus depósitos hepáticos como para cubrir sus necesidades durante buena parte del primer año de

vida. Estudios recientes han demostrado que la introducción temprana de otros alimentos en la dieta del niño amamantado altera esta absorción.

También se ha demostrado que el hierro suplementario puede causar problemas al saturar la lactoferrina. Al disminuir su efecto bacteriostático promueve el crecimiento de gérmenes patógenos que pueden dañar y causar un sangrado suficiente en el intestino (detectado microscópicamente) como para producir una anemia por falta de hierro. Por otra parte, la adición de hierro no hemínico puede reducir la absorción de cobre y zinc.

La suplementación con hierro por lo tanto, tiene indicaciones específicas en caso de prematurez o pérdida de sangre neonatal, aunque no está exenta de riesgos.

También se recomienda suplementar a los lactantes entre los 6 meses y 1 año ya que su alimentación con fitatos no permite un aporte adecuado de hierro.

Zinc.- El zinc es esencial para la estructura de las enzimas y su funcionamiento y para el crecimiento y la inmunidad celular. Las cantidades de zinc en la leche humana son pequeñas pero suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre. La leche materna es terapéutica en caso de acrodermatitis enteropática, una enfermedad producida por deficiencia de zinc, que ocasionalmente ocurre en los niños alimentados con fórmula.

2.2.7. Otras sustancias

Estudios recientes comprueban que la leche materna, además de ser una fuente nutritiva, ejerce un control sutil del metabolismo, desde la división celular hasta la conducta del niño, desde el desarrollo de las mamas y el mantenimiento de su función, hasta la protección inmunológica de las mismas. Hormonas Una lista completa de las hormonas de la leche incluiría a las ya mencionadas: ocitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas y otras como: GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que los de la sangre materna y la TRA (hormona de liberación de la tirotropina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno.

La liberación de hormonas puede estar influenciada por componentes de la leche como las betacaseomorfinas humanas, péptidos opioides que pueden afectar el sistema nervioso

2.3. Cualidades inmunológicas de la leche materna

La leche materna es de gran complejidad biológica. Además de proteger activamente es inmunomoduladora, es decir, no sólo transfiere una protección contra infecciones y alergias específicas, sino que también estimula el desarrollo del propio sistema inmune del lactante. Contiene además muchos componentes antiinflamatorios cuyo mecanismo de acción aún no se conoce. La protección se observa mejor durante la vida temprana y continúa en proporción a la frecuencia y duración de la lactancia materna.

El calostro y la leche madura tienen componentes anti infecciosos tanto humorales como celulares.

2.3.1. Componentes humorales

Son las inmunoglobulinas IgA, IgM, IgG, lisozima y otras enzimas, lactoferrina, factor bífido, interferón, gangliósidos, prostaglandinas y otras sustancias inmuno reguladoras. La mayor parte de la IgA es producida por el mecanismo bronco-entero-mamario como reacción a los gérmenes con los que la madre ha tenido contacto. En el tejido linfático adyacente al tubo digestivo y a la mucosa respiratoria materna se generan linfocitos que luego migran a la glándula mamaria aportando a la leche células inmunológicamente activas que secretan inmunoglobulinas específicas (IgA, IgA secretora) para proteger al niño de los gérmenes que lo rodean. La IgA también es producida en la glándula mamaria. La IgA es resistente a las enzimas proteolíticas y al pH bajo. Hasta el 88% de la IgA ingerida puede ser recuperada en las heces del lactante (Brandtzaeg, 1979). Se cree que los anticuerpos de la IgA aglutinan a las toxinas, a las bacterias y a los antígenos macromoleculares, impidiendo de ese modo su acceso al epitelio. La protección que el niño recibe a través de la leche materna es considerable. Calculada por Kg de peso corporal, el niño amamantado en forma exclusiva recibe 0,5 g de IgA por día. En las 4-6 primeras semanas de vida el niño obtiene la IgA de la leche materna. La leche humana también estimula la producción de la propia IgA en las células plasmáticas sub epiteliales del tracto intestinal del niño.

2.3.2. Componentes Celulares

Los leucocitos están en una concentración similar a la que se encuentran en la sangre periférica, pero con predominancia de macrófagos en vez de neutrófilos. De la actividad de los elementos celulares de la leche se sabe todavía muy poco. Los macrófagos son los que están en mayor cantidad (80%), le siguen los linfocitos y luego los granulocitos neutrófilos. El mecanismo de acción es la fagocitosis y la secreción de algunas sustancias inmunológicas con cierta especificidad contra los gérmenes que la madre ha tenido contact. Los macrófagos contienen a su vez IgA, lisozima y lactoferrina. La concentración de todos estos elementos es mayor en el calostro que en la leche madura, pero se compensa por el mayor volumen de leche, de manera que la cantidad total se mantiene relativamente constante durante toda la lactancia. Ciclo bronco-entero-mamario mecanismo de inmunidad que permite la producción de anticuerpos específicos, principalmente IgA.

2.4. Las causas más frecuentes de infecciones

Recurrentes son:

- Desarrollo inmune normal en niños menores de 2 años
- Ausencia de lactancia materna
- Biopsicosociales: destete temprano, diarrea recurrente, desnutrición

2.4.1. Enfermedades gastrointestinales frecuentes en la infancia

Una de las causas más frecuentes para las enfermedades gastrointestinales son las bacterias, y virus. Las diarreas y los vómitos con mucha frecuencia son precedidas por vómitos, y en general cualquier infección puede provocar el síntoma, sobre todo en los niños pequeños. Así, pueden ser ocasionados por infecciones respiratorias, de vías urinarias, del sistema nervioso o digestivo.

2.4.1.1. Diarrea

La diarrea —del griego antiguo *διάρροια* (*diárrhoia*), es decir, *διά* (*dia*) «a través» y *ῥέω* (*rhein*) «corriente o flujo»— es una alteración de las heces en cuanto a volumen, fluidez o frecuencia en comparación con las condiciones fisiológicas,¹ lo cual conlleva una baja absorción de líquidos y nutrientes, y puede estar acompañada de dolor, fiebre, náuseas, vómito, debilidad o pérdida del apetito. Además de la gran pérdida de agua que suponen las evacuaciones diarreicas, los pacientes, por lo general niños, pierden cantidades peligrosas de sales importantes, electrolitos y otros nutrientes. De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diarrea es una de las principales causas de muerte en los países del Tercer Mundo, íntimamente asociada a la deshidratación. Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para el niño(a), de heces sueltas o líquidas. La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- La diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera;
- La diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disintérica
- La diarrea persistente, que dura 14 días o más.

2.4.1.2. Vómito

El vómito se define como la expulsión forzada por la boca del contenido gástrico, es muy común que los niños presenten vómitos por diferentes causas, y es importante diferenciar el vómito de la regurgitación. En esta última situación no existe esfuerzo, generalmente son pequeñas cantidades lo que se elimina, y es una manifestación común y normal en el lactante pequeño. Cuando el niño vomita, se presenta generalmente el llamado reflejo vagal, lo que hace que el niño se ponga pálido, sudoroso y con la piel fría por algunos minutos, provocando desde luego el temor de los padres.

Son muchas las causas que provocan el vómito, y como la mayoría de los problemas en medicina, para poder dar el tratamiento más adecuado a un síntoma, es fundamental establecer un diagnóstico apropiado

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

El presente estudio es: de tipo analítico, descriptivo, propositivo y de corte transversal; porque establece rangos de datos contables donde se describe cada una de las enfermedades gastrointestinales y su relación con el destete precoz, el cual nos permiten establecer datos que se los analizara para dar una solución en un determinado tiempo.

3.2. Diseño

Este es cualitativo y cuantitativo ya que recogerá y analizará datos objetivos, medibles y cuantificables sobre las variables, por ende centrándose en los datos susceptibles de cuantificar; es transversal, ya que recolecta los datos en un momento único y su propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

3.3. Población o universo

La población de la investigación estuvo conformado por las madres que tienen niños menores de 2 años que habitan en la comunidad de Angla del Cantón de Otavalo. Esto con la finalidad de identificar las enfermedades gastrointestinales más comunes y su relación con el destete precoz, donde se analizaran e investigaran a 18 niños y 32 niñas menores de un año de edad.

3.4. Procedimientos o técnicas para recolección de datos

Las técnicas que se utilizaron en la investigación serán las siguientes:

Entrevistas.- Esta técnica se aplicó a las madres que tengan hijos menores de un año de edad, a fin de obtener información sobre todos los aspectos relacionados con la investigación.

Encuestas.- Se aplicó a las madres que tengan hijos menores de un año de edad, con el objeto de obtener información sobre los aspectos relacionados con la investigación.

Análisis documental.- Se utilizó esta técnica para analizar las normas, información bibliográfica y otros aspectos relacionados con la investigación.

3.5. Instrumentos de recopilación de datos.

Los instrumentos que se utilizó en la investigación, estaban relacionados con las técnicas antes mencionadas, del siguiente modo:

TECNICA	INSTRUMENTO
ENTREVISTA	GUIA DE ENTREVISTA
ENCUESTA	CUESTIONARIO
ANALISIS DOCUMENTAL	GUIA DE ANALISIS DOCUMENTAL

El instrumento que se utilizó para recolectar la totalidad de datos serán el cuestionario, ya que como instrumento básico de observación en la encuesta, permitirá de una manera sencilla obtener información sobre una amplia gama de aspectos o problemas definidos, mediante la formulación de preguntas basadas en las variables del estudio, además éste fue masivamente aplicado a comunidades y otros grupos sociales.

Los instrumentos que fueron aplicados mediante entrevista directa a cada una de las madres para recopilar información acerca de esta investigación. Se utilizaron preguntas cerradas (si/no), y algunas preguntas abiertas. Para verificar la claridad de las preguntas, se realizó una prueba piloto en 2 oportunidades, con una población similar a la del estudio, en una primera instancia en la Comunidad de Araque y luego en la Comunidad de Pijal.

3.6. Procesamiento y análisis de resultados

Para el análisis de la información

Se utilizó la estadística descriptiva en donde se reflejó los resultados de acuerdo a cada una de las variables, se realizaron tablas con las frecuencias y porcentajes y para la representación gráfica que se lo hizo a través de pasteles que detallaran los porcentajes encontrados.

Para el procesamiento de datos se los hizo a través de paquetes informativos de Excel, Word, que nos permitieron el descubrir el texto y graficar los resultados.

3.7 Variables

Definición de variables

Variables dependientes

1. **Enfermedades gastrointestinales:** se les llama enfermedad gastrointestinal, a todas aquellas enfermedades que dañan el sistema digestivo

Variables independientes

1. **Número de niños:** Cantidad de personas que abarcan desde el nacimiento hasta cumplir los 12 años de edad o alcanzar la emancipación
2. **Género:** Se pretende determinar la existencia o no de similitudes y/o diferencias referentes a las actitudes y conocimientos de los y las adolescentes con respecto a la lactancia materna según esta variable. Es importante conocer cómo la identidad de género de cada adolescente socializada en la familia, la escuela y el colegio, las relaciones de padres, etc. influencia las actitudes y las funciones que se espera asuman hombres y mujeres, y de manera particular con respecto a la lactancia natural.
3. **Edad:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
4. **Frecuencia con que acude SCS:** es una magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de la concurrencia al Sub Centro de Salud San Pablo Del Lago.

3.7.1 Operacionalización de las variables de estudio

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
Enfermedades gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> • Se les llama enfermedad gastrointestinal, a todas aquellas enfermedades que dañan el sistema digestivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Diarreas bacterianas • Diarreas virulentas 	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrea • Disentería • Deshidratación 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2
Número de niños	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de personas que abarcan desde el nacimiento hasta cumplir los 12 años de edad o alcanzar la emancipación 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 año a 12 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Niños • Niñas 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2
Género	<ul style="list-style-type: none"> • Características 	<ul style="list-style-type: none"> • Roles, normas y 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel asumido por el 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 – 2

	<p>sociales que tanto hombres como mujeres han internalizado a través del proceso de socialización, el cual consiste en la forma en que los seres humanos aprenden a comportarse en comunidad.</p>	<p>valores, que los y las adolescentes consideran que son para las mujeres y/o para los hombres.</p>	<p>o la adolescente en la alimentación de sus futuros hijos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento Social de las mujeres y los hombres acerca de la Lactancia. • Creencias y mitos sobre la lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Masculino • 2 Femenino
Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 año de edad contemplado en la ley de maternidad gratuita 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 6 meses • 7 a 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2

Frecuencia con que acude SCS.	<ul style="list-style-type: none"> • Es una magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de la concurrencia al Sub Centro de Salud San Pablo Del Lago. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultima cita medica 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 en el mes • 2 a 4 en el mes • 3 a 6 en el mes 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3
--------------------------------------	---	--	---	---

3.8 Definición de términos

1. **Desnutrición:** Acción y efecto de desnutrirse
2. **Destetar:** Hacer que deje de mamar el niño o las crías de los animales, procurando su nutrición por otros medios.
3. **Destete:** Acción y efecto de destetar o destetarse.
4. **EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda
5. **Exógeno:** De origen externo
6. **Fisiológico:** Pertenece o relativo a la fisiología.
7. **Infeción:** Acción y efecto de infectar o infectarse.
8. **Inmunoglobulina:** Globulina plasmática que actúa como anticuerpo.
9. **Instintivo:** Que es obra, efecto o resultado del instinto, y no del juicio o de la reflexión
10. **Intelectual:** Pertenece o relativo al entendimiento.
11. **IRA:** Infecciones Respiratorias agudas
12. **LME:** Leche Materna Exclusiva.
13. **Morbilidad:** Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.
14. **Mortalidad:** Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.
15. **OMS:** Organización Mundial de la Salud
16. **Placenta:** Órgano intermediario durante la gestación entre la madre y el feto, que se adhiere a la superficie interior del útero y del que nace el cordón umbilical.
17. **Precoz:** Dicho de un fruto: Temprano, prematuro. Dicho de un proceso: Que aparece antes de lo habitual.
18. **Prolactina (LTH):** Hormona polipeptídica secretada por el lóbulo anterior de la hipófisis que estimula la secreción de leche y el desarrollo de las mamas durante el embarazo.
19. **Sistema Inmunológico:** también llamado sistema inmune, es el sistema corporal cuya función primordial consiste en destruir los

agentes patógenos que encuentra. La responsabilidad del sistema inmunológico es enorme y debe presentar una gran diversidad, con objeto de reaccionar de forma adecuada con los miles de antígenos, patógenos potenciales diferentes, que pueden invadir el cuerpo.

20. UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de resultados

1.- Distribución de resultados según grupo de edad de madres de niños menores de 2 años de la Comunidad de Angla del cantón Otavalo en el año 2011

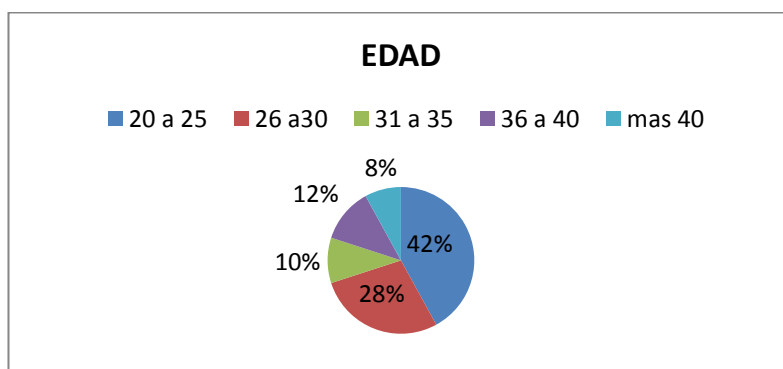
Tabla N° 1

EDAD	FRECUENCIA	%
20 a 25	21	42%
26 a30	14	28%
31 a 35	5	10%
36 a 40	6	12%
mas 40	4	8%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 1



Análisis

En la gráfica se muestra claramente que de las 50 madres con niños menores de 2 años de la Comunidad de Angla que fueron el objeto de estudio; el 42% se encuentran en edades comprendidas de 20 a 25 años siendo el grupo mayoritario, así también se ubican con el 28% las madres con edades de 26 a 30 años de edad, con el 12% encontramos a madres que se encuentran entre los 36 a 40 años, con el 10% encontramos a madres con edades de 31 a 35 años y en el final de la tabla se encuentran a madres con edades comprendidas de 20 a 25 años edad.

2.- Distribución de resultados según nivel de escolaridad

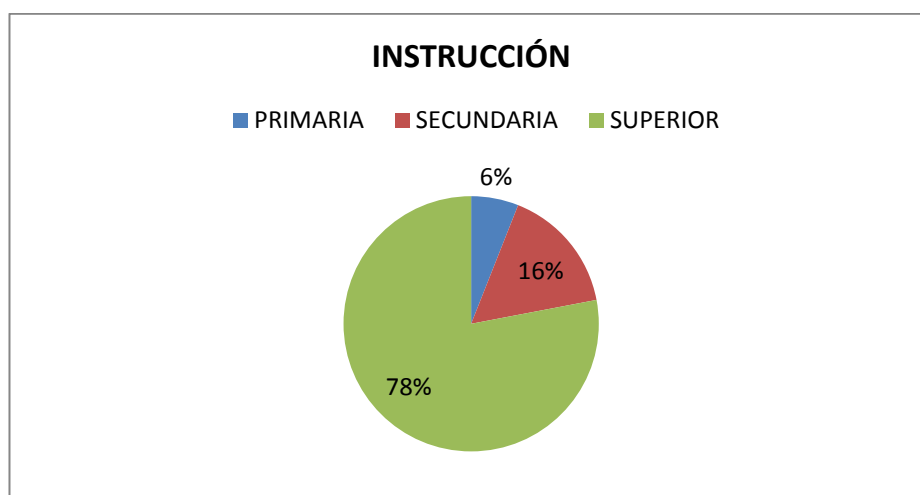
Tabla 2

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	3	6%
SECUNDARIA	8	16%
SUPERIOR	39	78%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 2



Análisis

De las 50 madres de niños menores de dos años que fueron el objeto de estudio la gráfica nos muestra con gran ventaja que el grupo mayoritario de ellas poseen estudios superiores es así que se respalda con el 78%, luego un número no muy reducido de madres que han logrado obtener sus estudios secundarios con el 16%, y en el final de la gráfica encontramos al 6% a madres que han logrado alcanzar la instrucción primaria.

3.- Distribución de resultados según tipo de ocupación

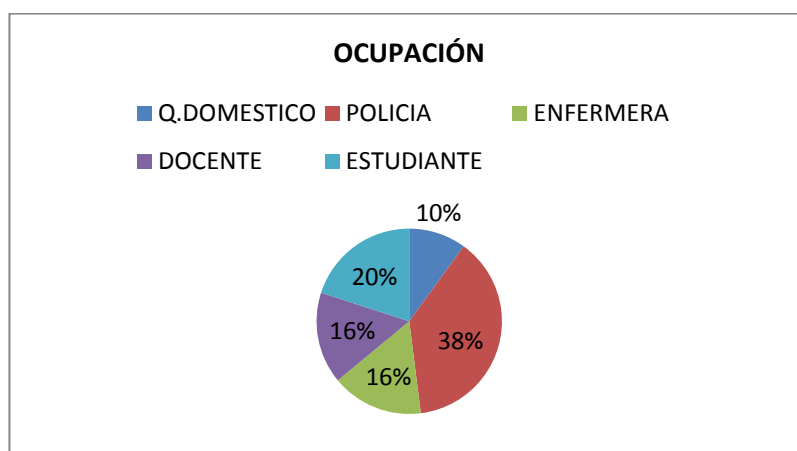
Tabla 3.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
Q.DOMESTICO	5	10%
POLICIA	19	38%
ENFERMERA	8	16%
DOCENTE	8	16%
ESTUDIANTE	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 3



Análisis

En esta grafica demuestra que la mayor parte de madres de esta Comunidad se dedican al servicio público ya que son de profesión mujeres policías con el 38%, con el 20 % estudiantes, docentes con el 16%, enfermeras con otro 16%, y al final un 10% que se dedican a los quehaceres domésticos.

4.- Distribución de resultados según la responsabilidad de cuidado del niño

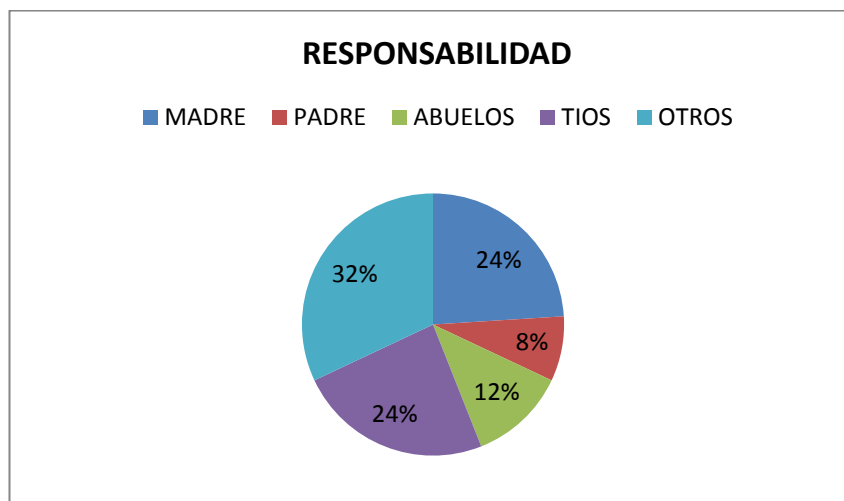
Tabla 4

RESPONSABLE	FRECUENCIA	%
MADRE	12	24%
PADRE	4	8%
ABUELOS	6	12%
TIOS	12	24%
OTROS	16	32%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 4



Análisis

En la gráfica se muestra que la mayor parte de objeto de estudio está bajo el cuidado de otros que se encuentra respaldado con el 32%, seguidos por un 24 % que se encuentran bajo el cuidado de las madres, otro 24% que se encuentran bajo el cuidado de tío, seguido por un 12% de los abuelos y al final de la gráfica un escaso porcentaje de 8 % que se encuentran bajo el cuidado de los padres

5.- Distribución de resultados según tiempo de dedicación al cuidado de su hijo

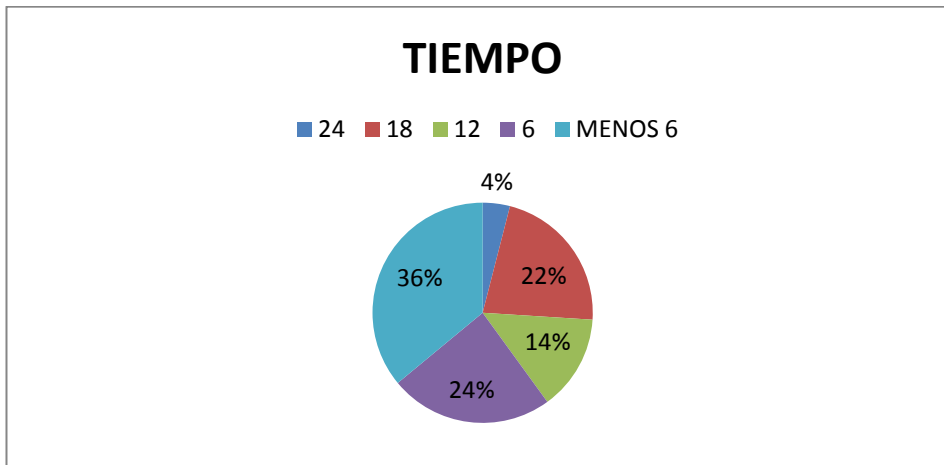
Tabla 5

HORAS	FRECUENCIA	%
24	2	4%
18	11	22%
12	7	14%
6	12	24%
MENOS 6	18	36%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 5



Análisis

La mayor parte de la población en estudio le dedica menos de 6 horas diarias al cuidado de su hijo se respalda con el 36%, seguido por el 24% de madres que le dedican 6 horas diarias, con el 22% madres que le dedican 18 horas diarias a su hijo y 14% le dedican 12 horas diarias y con el 4% madres que le dedican a su niño las 24 horas del día por pasar con ellos en casa.

6.- Distribución de resultados según el tiempo de amamantamiento del niño

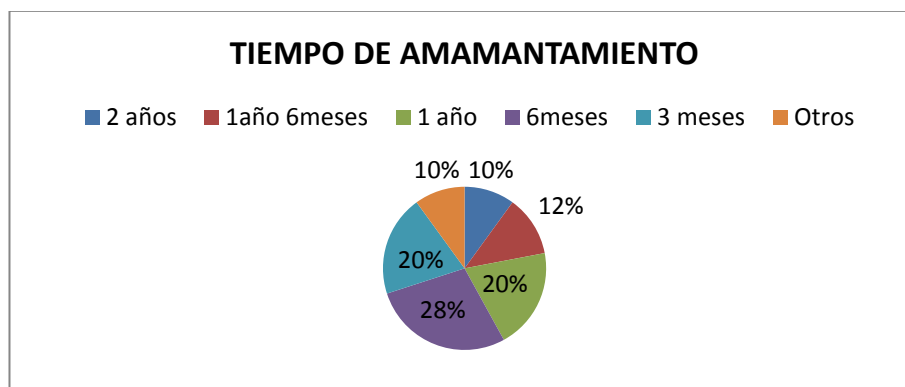
Tabla 6

EDAD	FRECUENCIA	%
2 años	5	10%
1 año 6 meses	6	12%
1 año	10	20%
6 meses	14	28%
3 meses	10	20%
Otros	5	10%
Total	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 6



Análisis

La grafica demostró claramente que de las 50 madres el 28% de ellas dieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad de los niños, seguido por el 20% de madres que dieron lactancia exclusiva hasta los 12 meses, con un 20% a madres que dieron lactancia exclusiva hasta los tempranos tres meses de vida, con el 10 % a madres que dieron lactancia exclusiva a sus niños hasta el 1 año con 6 meses y otro 10 % con madres que dieron lactancia materna menos de los 3 meses de edad.

7.- Distribución de resultados según edad de destete del niño/a

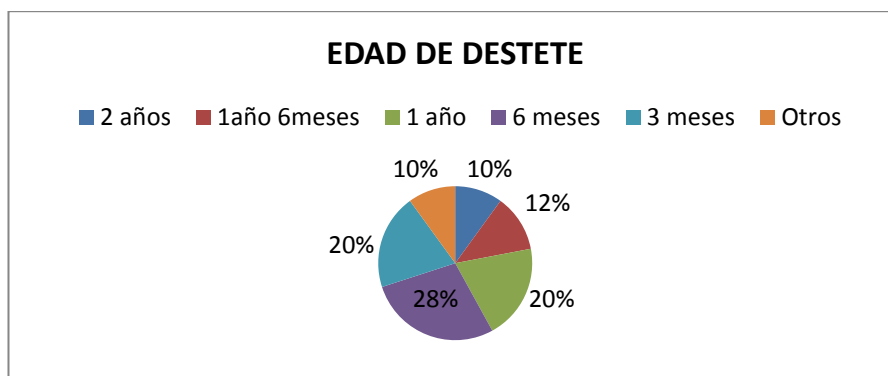
Tabla 7

EDAD	FRECUENCIA	%
2 años	5	10%
1 año 6 meses	6	12%
1 año	10	20%
6 meses	14	28%
3 meses	10	20%
Otros	5	10%
Total	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 7



Análisis

Se demostró claramente que de las 50 madres el 28% de ellas decidieron quitar el seno materno a los 6 meses de edad del niño, seguido por el 20% de madres que decidieron quitar el seno a los 12 meses, con un 20% a madres que decidieron quitar el seno a los 3 meses de vida, con el 10% a madres que decidieron quitarle el seno a el 1 año con 6 meses y otro 10% con madres que decidieron quitarle el seno antes de los tres meses de edad.

8.- Distribución de resultados según edad de introducción de la alimentación complementaria su niño(a)

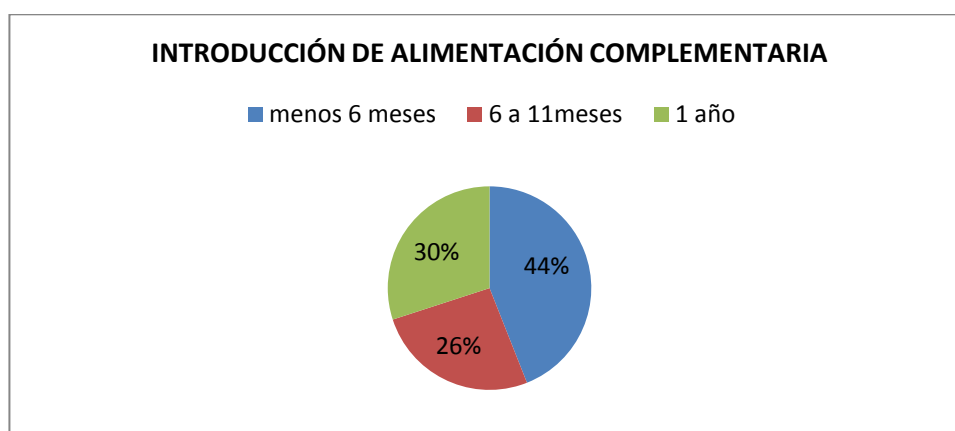
Tabla 8

EDAD	FRECUENCIA	%
menos 6 meses	22	44%
6 a 11meses	13	26%
1 año	15	30%
Total	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 8



Análisis

De las 50 madres estudiadas el 44% de ellas decidieron iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses, seguido por 30% de madres que decidieron iniciar la alimentación complementaria al 1 año de edad, y con el 28% de madres que decidieron iniciar con la alimentación completaría desde los 6 meses de edad de los niños.

9.- Distribución de resultados según la presencia de episodios de diarrea y vómito en su hijo/a

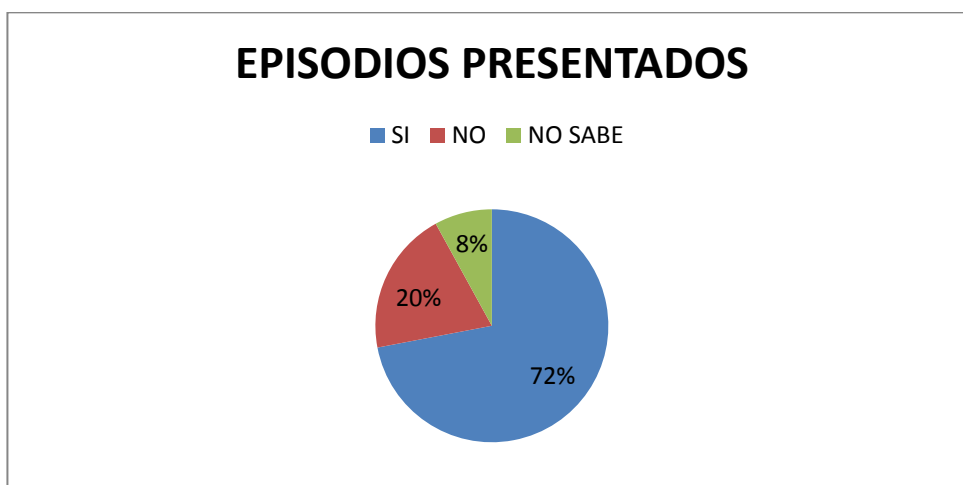
Tabla 9

CRITERIO	FRECUENCIA	%
SI	36	72%
NO	10	20%
NO SABE	4	8%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 9



Análisis

De las 50 madres que fueron el objeto de estudio el 72% de ellas han observado en sus hijos episodios de diarrea y vómito, seguida por un 20% de madres que no han observado ningún episodio de diarrea y vómito y un 8% que no sabe si ha presentado episodios de vómito y diarrea.

10.- Distribución de resultados según frecuencia de diarrea y vómito en la vida de su hijo/a

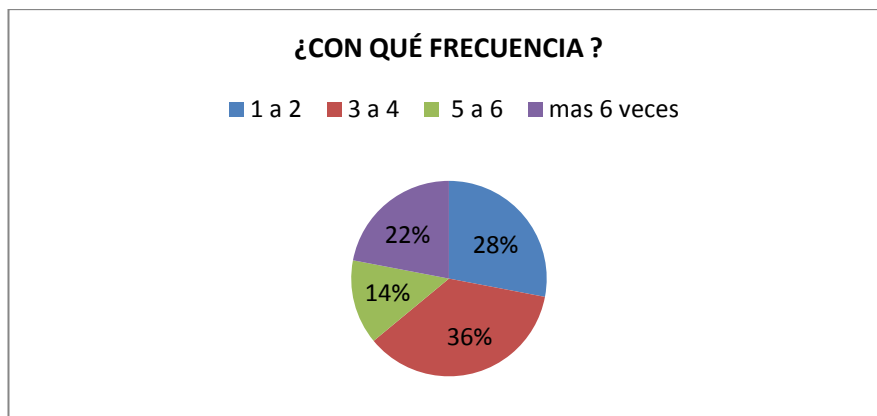
Tabla 10

INTERVALOS	FRECUENCIA	%
1 a 2	14	28%
3 a 4	18	36%
5 a 6	7	14%
mas 6 veces	11	22%
Total	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 10



Análisis

De las madres tomadas como objeto de la investigación han manifestado en un 36% que sus hijos han presentado en el tiempo que llevan de vida entre 3 a 4 episodios de diarrea y vómito, seguidas por un 28% que manifestó que sus hijos han presentado entre 1 a 2 episodios de diarrea y vómito, un 22% de madres que manifestaron que sus hijos han presentado por de 6 veces episodios de diarrea y vómito, y al final de la gráfica encontramos con 14% madres que manifestaron que sus niños han presentado de 5 a 6 episodios de diarrea y vómito en el tiempo que llevan de vida.

11.- Distribución de resultados según causas de presencia de diarrea y vómito en la vida de su hijo/a

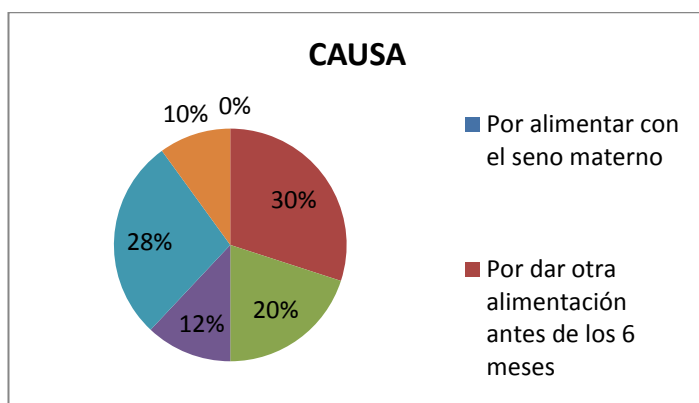
Tabla 11

CAUSA	FRECUENCIA	%
Por alimentar con el seno materno	0	0%
Por dar otra alimentación antes de los 6 meses	15	30%
Ausencia de agua potable	10	20%
Presencia de animales domésticos	6	12%
Enfermedades de la calle	14	28%
Mala Higiene	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 11



Análisis

Según los datos obtenidos, las madres han manifestado que la razón principal para que sus hijos presenten episodios de diarrea y vómito es con un 30%, dar a sus hijos otra alimentación antes de los 6 meses de edad, seguidas por un 28% de madres que opinaron que sus hijos presentaron episodios de diarrea y vómito por haber adquirido enfermedades de la calle, un 20% opinaron que se debe a que en las partes más altas no encontramos agua potable, un 12% opino que era por la presencia en los domicilios de animales domésticos, y un 10% por mala higiene al momento de amantar a sus niños, y al final de la gráfica con el 0% a que se deba al dar al niño leche materna.

12.- Distribución de resultados según medidas terapéuticas frente a episodios de diarrea y vómito presentados por su hijo/a

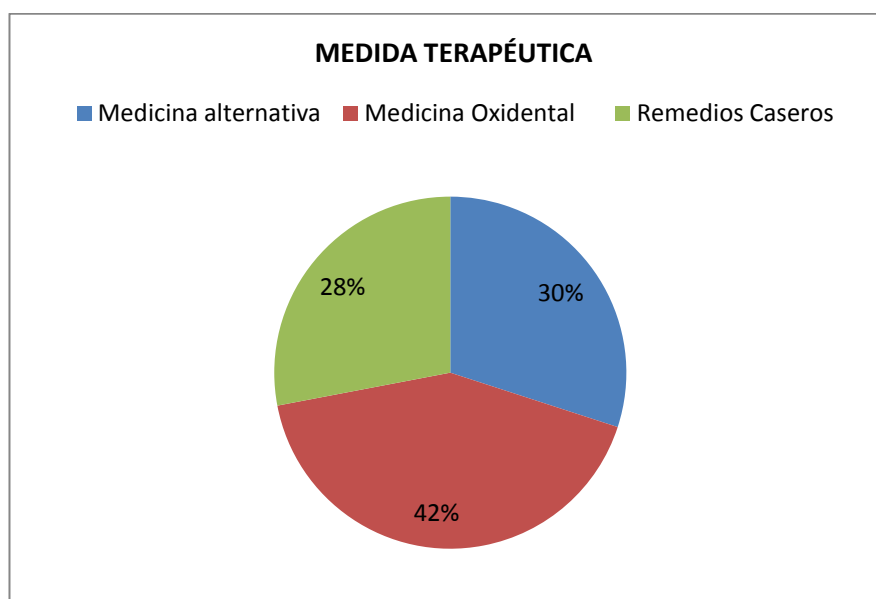
Tabla 12

MEDIDA	FRECUENCIA	%
Medicina alternativa	15	30%
Medicina Occidental	21	42%
Remedios Caseros	14	28%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 12



Análisis

De las 50 madres con hijos menores de 2 años de edad, tomadas como objeto de estudio el 42% de ellas toman como medida terapéutica la medicina occidental, seguida por el 30% que acuden a la medicina alternativa, y con un 28% que deciden optar como medida terapéutica los remedios caseros.

13.- Distribución de resultados según lugar de atención cuándo su niño/a enferma

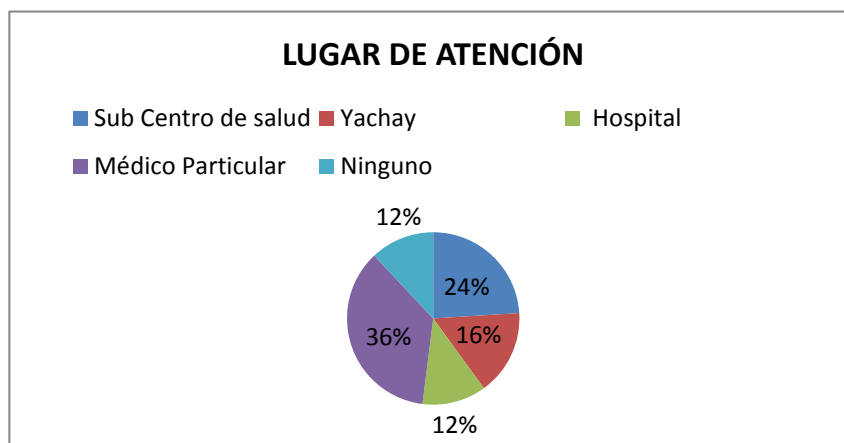
Tabla 13

LUGAR	FRECUENCIA	%
Sub Centro de salud	12	24%
Yachay	8	16%
Hospital	6	12%
Médico Particular	18	36%
Ninguno	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 13



Análisis

De las 50 madres con niños menores de 2 años, el 36% de ellas acudieron a un médico particular cuando sus hijos enferman, con un 24% al Sub Centro de Salud de San Pablo del Lago, el 16% acudieron al Yachay, con un 12% acudieron al Hospital San Luis de Otavalo, y con un 12% restante que no llevaron a sus hijos a ningún tipo de centro de salud.

14.- Distribución de resultados según criterios e importancia de la lactancia materna

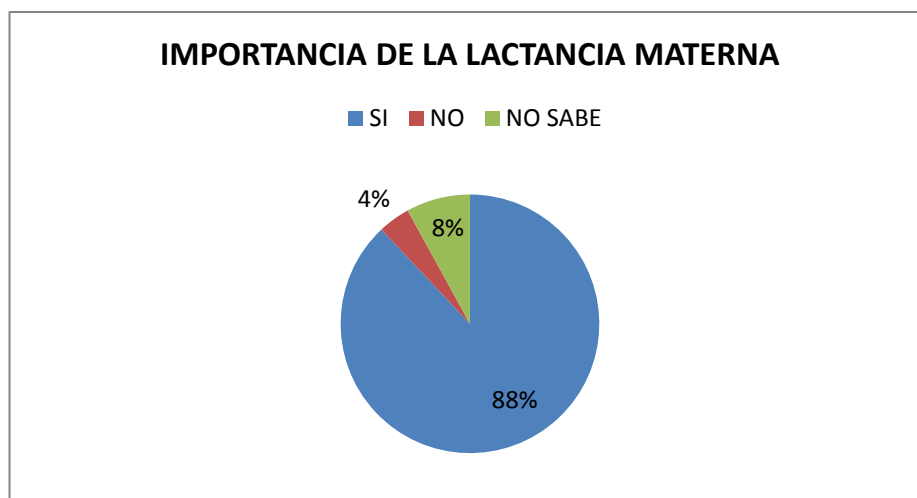
Tabla 14

OPINIÓN	FRECUENCIA	%
SI	44	88%
NO	2	4%
NO SABE	4	8%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuestas realizadas en La Comunidad de Angla de la Provincia de Imbabura

Elaborado: A. Narváez

Gráfico 14



Análisis

De las 50 madres de hijos menores de 2 años de edad tomadas como objeto de la investigación, el 88% de ellas opinó que la lactancia materna es importante tanto para ellas como para su hijo, de ellas el 8% dijo no saber cuáles eran los beneficios de la lactancia materna para ellas y por ende para sus hijos, y con un 4 % de mujeres que no creen que dar de lactar tenga algún beneficio para ellas como para sus hijos.

CAPÍTULO V

5.1. Conclusiones

- Definitivamente la leche materna es un alimento esencial para la vida, la salud y desarrollo del niño, para la madre de igual manera es una manera de transmitir vínculos afectivos los cuales aran de este momento algo inigualable para la vida de los dos fortaleciendo los lazos de afectividad de la madre y el hijo.
- Según la investigación realizada sobre el destete precoz observamos que existe un elevado número de madres que no finalizan la primera etapa de lactancia ya que el tiempo que le dedican a sus hijos es muy poco, por lo cual la leche tiende a secarse, impidiendo la alimentación adecuada del lactante durante los primeros seis meses de vida.
- También conseguimos darnos cuenta de que entre las madres encuestadas el campo laboral abarca casi tiempos completos, es decir la mayor parte del tiempo los niños/as permanecen al cuidado de u tercero, es por este mismo campo de trabajo y superación de la mujer en la sociedad que ha obligado a la misma a destetar a sus hijos antes de los tres primeros meses de edad.
- Según los resultados obtenidos a través de encuestas y entrevistas directas conseguimos entender que los niños que han presentado episodios de diarrea y vómito a repetitivas ocasiones coinciden con que fueron destetados antes de los tres primeros meses de vida.

- Los resultados de esta investigación implican también que las investigaciones realizadas anteriormente con relación a los beneficios de la lactancia materna están demostrados que en mi investigación con la deficiencia de la inmunoglobulina E, que es la encargada de transmitir y generar en si el sistema inmunológico.
- Las madres con estudios superiores se encuentran trabajando la mayor parte del día al igual que las madres que estudian siendo esta el mayor porcentaje no que no hace posible que en la zona exista un adecuado proceso y terminación de lactancia materna exclusiva y la introducción de la alimentación complementaria

5.2. Recomendaciones

- Elevar y perfeccionar los medios de información sobre la importancia y ventajas de la lactancia materna.
- Realizar charlas continuas sobre lactancia materna para así educar y reforzar conocimientos de las madres y mantener al niño sano y poder cubrir las necesidades nutricionales durante su crecimiento.
- Informar y dar charlas educativas y de capacitación a cerca de como se puede obtener asesoría de como mantener la leche materna en refrigeración y evitar que las madres abandonen la lactancia
- Implementación de una guía educativa sobre lactancia materna para fortalecer los conocimientos en las madres que asisten a los controles del niño sano de esta manera disminuirá la morbilidad en los niños y mejorara el desarrollo, crecimiento y protección contra enfermedades infecciosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. AAP, Work Group on Breastfeeding. Lactancia materna y utilización de la leche humana. Pediatrics (ed. Esp) del año de 1997; Pág. 44:442 Cap. 7.
2. Álvarez Uribe MC, González Zapata L. Prácticas alimentarias en las familias del área rural de Medellín- Colombia. ALAN 2002;5 2(1):Pág.55-62.
3. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Manual de Nutrición en Pediatría. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, del año 1994.
4. FONSECA, M.; D. GONZÁLEZ; M. URBINO; B. ALMAGUER. 2004. Effectiveness of educational models on maternal nursing in pregnant of the Pedro DíazCoello. 2003.Holguín. Correo Científ. Méd. de Holguín. 8 (4). (Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no84/n84ori1.htm>. Consultado el: 11 de 09 de 2005)
5. MUÑOZ, H. 2001. Lactancia natural. Neonatología. Edición servicio neonatología hospital clínico universidad de Chile. pp.100-107. (Disponible en: <http://www.redclinica.cl/html/archivos/14.pdf>. Consultado el: 08 de 12 de 2005)
6. BLÁZQUEZ, M. 2000. Ventajas de la Lactancia Materna. Rev. Med. Naturista. (1):44-49.(Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Ventajas%20de%20la%20lactancia%20materna.pdf. Consultado el: 19 de 10 de 2005)
7. MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN, DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL. Argentina. 2004. Centro de salud amigo de la madre y el niño; Lineamientos para su implementación. (Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/p>

df/CSAMyN%20final%20se%20imprimie1.pdf. Consultado el: 05 de 12 de 2005)

8. Araújo Pereira V. El crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. RevPanam Salud Pública. 2005; 110(4):311-8.
9. Ballabriga A, Carrascosa A. Alimentación complementaria y período de destete. En: Nutrición en la infancia y la adolescencia. 1ª ed. Ed. Ergon; Madrid, del año 1998.
10. Becar Varela, Carlos. Del año 1995. Lactancia Feliz. Grupo editorial Planeta. Argentina.
11. Edgar Mohs Villalta. “Mesa redonda: El pediatra ante la lactancia materna” en Lactancia Materna. Un problema médico social. William Vargas G. et al. (San José: Centro de Docencia e Investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social, del año 1980).
12. Fundación Lacmat. Del año 1999. Curso bianual de Capacitación a distancia en Lactancia Materna. Argentina.
13. Lawrence, Ruth. Del año 1995. *La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica*. Cuarta edición en español. Ediciones Mosby. Argentina.
14. Mercado, Alejandra. Del año 1999. Lactancia Materna. Guía de trabajos prácticos de la Cátedra de Atención Primaria de la Salud de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue. Argentina.
15. Revistas sobre lactancia materna de varios autores

LINCOGRAFÍA

1. Edgar Mohs Villalta. “Mesa redonda: El pediatra ante la lactancia materna” en Lactancia Materna. Un problema médico social. William Vargas G. et al. (San José: Centro de Docencia e Investigación de la

- Caja Costarricense de Seguro Social, del año 1980).
<http://www.monografias.com/trabajos81/comunidad-otavalo/comunidad-otavalo2.shtml#gentea>
2. MODULO DE ADMINISTRACION PM – DOMINGO, del año 2004 del 10 de Agosto 00:00. “EL DESTETE” <http://admin.cyberferia.com/nota/el-destete?page=24>
 3. OTAVALO. GOV. EC. JUNTA PARROQUIAL. “INFORMATIVO. SOBRE PARROQUIAS DEL CANTN OTAVALO”. Extraído - 19 – Mayo – 2011. <http://www.otavalo.gov.ec/pagina.php?vamenu=111>
 4. OTAVALO.GOV.EC. COMUNIDAD DE OTAVALO. “TRADICIONES. SOBRE ORGANIZACIÓN SOCIAL”. Extraído – 19 – Mayo – 2011.
 5. Galbe JS. Atención orientada al desarrollo (aod) y supervisión del desarrollo psicomotor (Sdps). Medynet.com. [periódica en línea] 2004. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/Previnfad/psicomotor.htm>. Acceso el 13 de Mayo del 2009.
 6. Jiménez R, Curbelo JL, Peñalver R. Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante. Colombia Médica. [periódica en línea] 2005; 36(4): Supl. 3. Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/9052/1/rc05074.pdf>. Acceso el 5 de Enero del 2010.
 7. Dra. ILDA NELLY PUENTE RIZES., (Mayo 2004). MONOGRAFÍA.com S.A.”Lactancia materna. Problemas sociológicos”. <http://www.monografias.com/trabajos34/lactancia-materna/lactancia-materna.shtml>
 8. DIARIO LA HORA MIERCOLES - 4 - Agosto – 2010. SECCION VIDA Y SALUD. Artículo “LECHE MATERNA, EL ALIMENTO MAS NUTRITIVO”
http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1100997499/Leche_materna,_el_alimento_m%C3%A1s_nutritivo.html

9. TESIS ELVIRA ROSAS. Extraído 19 – Mayo – 2011. “Abandono Materno: como fenómeno social que influye en el deterioro de la salud físico, psíquico y emocional del individuo”
www.odontologiabiologica.net/biblioteca/TESIS%20ELVIRA.doc

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Argentina, M. d. (2004). *Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil*. Recuperado el 25 de 09 de 2012, de
<http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/CSAMyN>
- BABYSITIO. (2010). *Lactancia. El destete*. Recuperado el 05 de 08 de 2013, de www.babysitio.com/bebe/lactancia_destete.php
- Blásquez, M. (2000). *Revista Médica Naturista*. Recuperado el 11 de 10 de 2013, de
http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Ventajas%20de%20la%20lactancia
- ENDEMAIN. (s.f.). *Lactancia materna y nutrición. Indicadores de la OMS*. Obtenido de
www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/12_lactnutricion.pdf
- Galbe, J. (2004). *Atención Orientada al desarrollo (AOD) y supervisión del desarrollo psicomotor (SDPS)*. Recuperado el 13 de 05 de 2009, de MEDYNET.COM:
<http://www.medynet.com/usuarios/Previnfad/psicomotor.htm>
- Gonzáles, I., & Pileta, B. (09 de 2006). *Lactancia Materna*. Recuperado el 11 de 12 de 2013, de www.bvs.sld.cun/
- Jiménez, R., Curbelo, J., & Peñalver, R. (2005). *Colombia médica*. Recuperado el 30 de 01 de 2010, de Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante:
<https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/9052/1/rc05074.pdf>.

Talesnik, E. (2002). *Lactancia*.

UNICEF. (2009). *Estado Mundial de la Infancia 2009*. Recuperado el 20 de 12 de 2013, de <http://rdominicana.nutrinet.org/nmiestadisticas>

WHO. (08 de 2009). Recuperado el 3 de 10 de 2013, de Enfermedades Diarreicas: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/index.html

ANEXO 1
OFICIO ENVIADO AL PRESIDENTE DEL CABILDO

San Miguel de Ibarra 03 de Marzo del 2012

Sr.

José Antonio Guamán

PRESIDENTE DEL CABILDO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD DE ANGLA

En su domicilio:

Permítanos extender nuestro más afectuoso y cordial saludo, a la vez deseándole éxitos en las funciones que usted precede.

El motivo de nuestro presente es con la finalidad de solicitarle a usted como un líder comunitario responsable, permitimos realizar un estudio investigativo, el cual involucrara trabajo de campo, entrevistas, y encuestas dentro de la comunidad, esto contribuirá con la finalización de nuestra formación académica para la obtención del título de licenciatura en enfermería; el mismo que será realizado en esta comunidad en el periodo de enero a julio del 2012, siendo el tema de el mismo LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y SU RELACIÓN CON EL DESTETE PRECOZ EN MENORES DE UN AÑO DE LA COMUNIDAD DE ANGLA DEL CANTÓN OTAVALO.

Seguras de contar con su consentimiento, y la aceptación adecuada a nuestra petición extendemos nuestros agradecimientos sin antes deseándole éxitos.

Atentamente:

Andrea Narváez


Doris Anrango

Planteamiento de la Justificación												
Elaboración de Objetivos y Preguntas de Investigación												
Elaboración del Anteproyecto de Tesis (Capítulo II) Marco Teórico y referencias bibliográficas												
Elaboración de croquis y presupuesto Recursos Humanos, Materiales, Presupuesto y cronograma												
Entrega de anteproyecto de tesis												
Resolución del Honorable Consejo Académico												
Selección de la Información												
Reunión con líder comunitario de Angla												
Realización de Variables e Indicadores y Elaboración de: El glosario												
Elaboración (Capítulo III) Metodología												

ANEXO 3.

APROBACIÓN DE ENCUESTA PILOTO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA



INFORMACIÓN GENERAL

La presente encuesta tiene la finalidad recoger información referente a la lactancia materna y su relación con el apareamiento de las enfermedades gastrointestinales en niños menores a dos años en la Comunidad de Angla.

DATOS GENERALES:

Edad: 24 años Estado civil: Soltera
Ocupación: Maestra Escolaridad: Superior

CONTESTE CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA Y EN
PREGUNTAS ABIERTAS RESPONDA CON TODA
SINCERIDAD YA QUE ESTE ES UN DOCUMENTO
CONFIDENCIAL DE ESTUDIO INVESTIGATIVO.

- 1.- El cuidado de su hijo menor de 1 año esta bajo la responsabilidad de:
Madre: () Padre: () Abuelo(a): () Tíos(as): () Otros: ()
- 2.-El tiempo que usted dedica al cuidado de su hijo es de:
24h: () 12h: () 6h: () -6h: ()
- 3.- Durante que tiempo de vida dio a su hijo lactancia exclusiva:
2 años: () 1 año 6 meses: () 1 año: () 6 meses: () Otros: () Escriba cual:.....
- 4.- Cuanto tiempo de vida tenía su niño(a), cuando decidió quitarle el seno
-6 mese: () 6 a 11 meses: () 1 año 1 año 6 meses: () 2 años: () Otra: ()
Escriba cuál: ()
- 5.- A qué tiempo de edad usted empezó a dar alimentación complementaria a su niño(a):
- 6 meses: () 6 a 11 meses: () 1 año: ()
- 6.- Sabe usted cual es la etapa exactamente de la vida de su hijo para empezar con la alimentación complementaria.
Si: () No: ()
- 7.- Sabe usted con que alimentos usted debe empezar la alimentación complementaria:
Si: () No: ()

- 8.- Según su criterio y observación su niño ha presentado episodios de diarrea o vómito durante el tiempo de vida.
Si: () No: ()
- 9.- Cuántas veces ha tenido episodios de diarrea o vómito en el tiempo de vida de su niño(a):
1 a 2: () 3 a 4: () 5 a: () + 6 veces: ()
- 10.- Por qué cree usted que su hijo enfermo con diarrea:
Por alimentar con el seno materno: () Por dar otra alimentación antes de los 6 meses: ()
Ausencia de agua potable: () Presencia de animales domésticos: () Enfermedades de la calle: () Mala Higiene: ()
- 11.- Que medida terapéutica tomo usted cuando su hijo enfermo con diarrea o vómito:
Medicina alternativa: () Medicina Oxidental: () Remedios Caseros: ()
- 12.- Cuándo su niño enferma a donde acude usted:
Sub Centro de salud: () Yachay: () Hospital: () Médico Particular: () Ninguno: ()
Porque:
.....
.....
.....
- 13.- Considera usted que la lactancia materna es importante para usted como para su niño (a):
Si: () No: ()
Porqué:
.....
.....
.....

ANEXO 4. FOTOGRAFÍAS

Aplicación de encuesta piloto en la comunidad EL PIJAL



Fuente: Fotografías realizadas en la Comunidad de Pijal

Elaborado: Andrea Narváez

Aplicación de la encuesta de la comunidad DE ANGLA



Fuente: Fotografías realizadas en la Comunidad de Angla

Elaborado: Andrea Narváez

Aplicación de la encuesta de la comunidad DE ANGLA



Fuente: Fotografías realizadas en la Comunidad de Angla

Elaborado: Andrea Narváez

ANEXO 5

GUÍA EDUCATIVA FRENTE AL DESTETE PRECOZ

GUÍA EDUCATIVA
FRENTE AL DESTETE PRECOZ

FAMILIAS QUE TIENEN NIÑOS
MENORES DE UN AÑO



AUTORA:

NARVÁEZ MEJÍA ANDREA SORAYA. IRE
EL ANGLA, OTAVALO, ECUADOR

2012



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
LACTANCIA MATERNA.....	4
CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.....	4
VENTAJAS PARA EL NIÑO/A.....	5
VENTAJAS PARA LA MADRE.....	5
VENTAJAS PARA LA FAMILIA.....	6
COMO OBTENER SU LECHE.....	7
COMO CONSERVAR LA LECHE MATERNA.....	9
LO PRIMERO: ELEGIR BIEN EL RECIPIENTE.....	9
CUÁNDO DEJAR EN LA NEVERA Y CUÁNDO CONGELAR.....	9
RECOMENDACIONES.....	11
CONCLUSIONES.....	12



INTRODUCCIÓN

Esta guía educativa y preventiva tiene como objetivo informar a las madres de familia que acuden al Sub Centro de Salud de San Pablo de Lago, a las madres con niños en edad de lactancia.

Para de esta manera fortalecer los conocimientos y prácticas de lactancia que se adoptan hoy en día para las madres trabajadoras y para aquellas que no pueden estar la mayor parte del tiempo con sus hijos, dedicarse al cuidado de ellos, a tiempo completo.

En esta guía educativa se describe todo sobre la lactancia materna, y lo más importante como sus hijos pueden recibirla aun sin estar bajo la presencia de su madre, para que no pierdan las maravillosas ventajas y propiedades de la leche humana



LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales, que ha permanecido como referente para los bebés humanos desde los orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX.

¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA?

Si todos los niños y niñas fueran alimentados exclusivamente con lactancia desde el nacimiento, sería posible salvar cada año aproximadamente 1.5 millones de vidas. Y esas vidas no sólo se salvarían, sino que mejoraría sus condiciones actuales, debido a que la leche materna es el alimento perfecto para el niño durante los primeros seis meses de vida en forma exclusiva y hasta los dos años en forma complementaria.

CONTRAINDICACIONES

- **SIDA**
En los países desarrollados se la considera una contraindicación verdadera
- **HERPES SIMPLE**
En recién nacidos de menos de 15 días puede producir una infección potencialmente mortal. Durante el primer mes la presencia de



lesiones de herpes simple en el pezón contraindica la lactancia de ese lado hasta su curación. Las personas con herpes labial tampoco deben besar a estos bebés. Después del mes de vida del bebé la lactancia puede continuar.

- **GALACTOSEMIA**

Grave enfermedad congénita por déficit de la enzima galactosa-1-fosfato uridil transferasa en el hígado.

VENTAJAS PARA EL NIÑO/A

- El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo porcentaje contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido, ya que contribuye para la primera eliminación meconial.
- La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo.
- La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.

VENTAJAS PARA LA MADRE

- Disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna.
- Disminuye el riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.
- La lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.



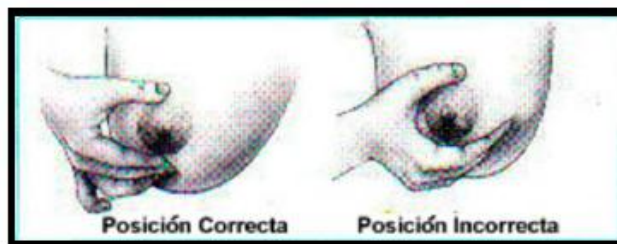
VENTAJAS PARA LA FAMILIA

- Disminuye el riesgo de enfermedad de los niños y las niñas.
- Se ahorra dinero al no comprar otras leches, teteros chupos y combustible.
- La lactancia materna integra la familia, promueve el amor y genera cultura.



COMO OBTENER SU LECHE

1. Colocar el pulgar (encima del pezón) y los dos primeros dedos (debajo del pezón) a aproximadamente 4 cm del pezón, aunque no necesariamente en los bordes exteriores de la aréola. Usar esta medida como guía, dado que los senos y aréolas varían de tamaño de una mujer a otra. Asegurarse de que la mano forme la letra "C" y las yemas de los dedos estén a las 6 y a las 12 en punto, en línea con el pezón. Que los dedos queden colocados de modo que las reservas de leche yazcan debajo de ellos.



2. Empujar directamente contra la pared del pecho.
 - Evitar separar los dedos.
 - Para senos grandes, primero levantar y luego empujar contra la pared del pecho





3. Apretar hacia adelante con el pulgar y los demás dedos al mismo tiempo. Este movimiento de apretar comprime y vacía las reservas de leche sin dañar el tejido sensible de los senos. Que la posición del pulgar y las uñas en el apretón final quede según se muestra en la ilustración.

4. Repetir rítmicamente para drenar completamente las reservas.

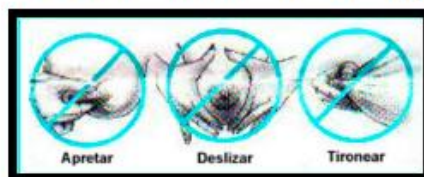
- Colocar, empujar, apretar.
- Colocar, empujar, apretar.



5. Rotar el pulgar y los dedos para eliminar otras reservas, usando las dos manos en cada pecho.

Evitar estos movimientos

1. No apretar los senos, puede causar moretones.
2. Deslizar las manos por los senos puede causar molestias en la piel.
3. Evitar tironear del pezón, puede ocasionar daños a los tejidos.





COMO CONSERVAR LA LECHE MATERNA

Hay mujeres que se sienten obligadas a dejar la lactancia cuando vuelven a trabajar porque les parece incompatible, pero la realidad es otra. ¿Cómo hacerlo?

LO PRIMERO: ELEGIR BIEN EL RECIPIENTE

En la farmacia venden bolsas especiales para guardar la leche, eso sí, si la vamos a congelar en este formato, conviene meterlas dentro de un biberón para evitar rupturas. Los botes para muestras de orina son una alternativa más barata, vienen perfectamente esterilizados e indican la medida. Lo ideal siempre es separar la leche en pequeñas cantidades (unos 50 cc), así no desperdiciaremos nada. A pesar de que la leche recién extraída puede mantenerse a temperatura ambiente durante unas horas (un día aproximadamente si la temperatura es inferior a 15°C, apenas 6 horas si la temperatura supera los 25°C), siempre es más recomendable guardarla en la nevera. El frío preserva todas sus cualidades, se recomienda 0-4° aguanta 6 días, evitando dejarla en las baldas de la puerta, ya que ahí la temperatura es menos constante.

CUÁNDO DEJAR EN LA NEVERA Y CUÁNDO CONGELAR

Si la idea es ir guardando leche para poder disponer de ella más adelante, por ejemplo, al reincorporarse al trabajo, habrá que congelar. Con esto conseguiremos organizarnos sin tener que renunciar a la lactancia, intercalando las tomas que se puedan dar (la de la mañana y la noche,



normalmente) con las del horario laboral, en las que dejaremos la leche para que la persona encargada de cuidar a nuestro bebé le prepare el biberón.

PARA DESCONGELAR LA LECHE

Seguiremos el mismo proceso que con cualquier otro alimento, aunque si es una urgencia podremos hacerlo colocando el recipiente debajo del chorro de agua templada, o a su vez colocamos en un recipiente con agua caliente y colocamos en dentro el biberón para que se descongele,(a baño maría) El biberón simplemente tendremos que agitarlo, no es necesario calentarlo.

La leche materna en el congelador aguanta 4 meses, por lo que es muy importante escribir siempre la fecha en cada recipiente e ir sacando siempre del más antiguo al más nuevo. Pero tenga en cuenta que si el congelador es de los antiguos, aquellos integrados dentro de la nevera, sólo aguanta 2 semanas.



RECOMENDACIONES

- Son pocas las situaciones que obligan a las madres a brindar una alimentación artificial a su bebé. Hay patologías donde el uso de fórmulas o sucedáneos de la leche materna está justificado y en esas circunstancias es el mejor o único alimento posible.
- Realizar un pequeño banco de leche en casa, y luego amantar a su nene con esta leche realizando en procedimiento para su utilización adecuada, y que su bebe, ni usted pierdan los beneficios y ventajas de la lactancia materna.



CONCLUSIONES

- La más importante conclusión que podemos realizar, es que la mejor forma de alimentación para los chicos es la lactancia materna; por proveer los mejores nutrientes y los medios de defensa necesarios para protegerlos de futuras infecciones.
- Hemos visto que los beneficios de la lactancia materna son incontables, no sólo para los chicos sino también para la madre y la familia por su costo nulo en contrapartida con el alto valor económico que tiene la alimentación artificial.



AUTORA

NARVAEZ MEJIA ANDREA SORAYA IRE

DISEÑO

NARVAEZ MEJIA ANDREA SORAYA IRE

FOTOGRAFÍAS

NARVAEZ MEJIA ANDREA SORAYA IRE

EL ANGLA, OTAVALO, IMBABURA

ECUADOR

2012

