

**CUIDADO NUTRICIONAL BRINDADO POR LAS MADRES DE NIÑOS Y
NIÑAS HASTA LOS DOS AÑOS DE EDAD COMUNA 2 DE POPAYAN**

2009 - 2010

**ANA MARIA GOMEZ CAJAS
YULI JANETH MARTINEZ BURBANO
YURY STEPHANY TUMBAJOY HERNÁNDEZ**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
POPAYAN
2010**

**CUIDADO NUTRICIONAL BRINDADO POR LAS MADRES DE NIÑOS Y
NIÑAS HASTA LOS DOS AÑOS DE EDAD COMUNA 2 DE POPAYAN**

2009 - 2010

**ANA MARIA GOMEZ CAJAS
YULI JANETH MARTINEZ BURBANO
YURY STEPHANY TUMBAJOY HERNÁNDEZ**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**ASESORA/ INVESTIGADORA PRINCIPAL
Mag. GLADYS AMANDA MERA
ENFERMERA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
POPAYAN
2010**

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

A cada una de las madres beneficiarias del programa FAMI de la comuna 2 de Popayán, aportaron su tiempo, sus conocimientos y el interés por mejorar en su rol de cuidadoras nutricionales.

Las 15 Madres FAMI de la Comuna 2 de Popayán, mujeres comprometidas con el bienestar de sus beneficiarias, demostraron su interés, una vez socializados los resultados los analizaron, discutieron y elaboraron su plan de compromisos.

Mg. María del Pilar Restrepo, Enfermera docente del programa de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, por su iniciativa en este tema, su apoyo incondicional y su convicción por la infancia.

Dra. Francine Salas de Bustamante, Directora del Centro Zonal de Popayán, defensora de la importancia de aunar esfuerzos a través de la investigación, apoyó no sólo la autorización de la misma sino además contribuyó con la reproducción de instrumentos de recolección de la información.

ICBF Nacional quienes confiaron en nuestro interés y compartieron información preliminar sobre el instrumento a aplicar en la encuesta nacional de situación nutricional –ENSIN-2010.

CONTENIDO

| | Pág |
|---|-----|
| INTRODUCCIÓN..... | 12 |
| 1. OBJETIVOS | 16 |
| 1.1 OBJETIVO GENERAL | 16 |
| 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 16 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 17 |
| 2.1 MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (MPS) PENDER..... | 18 |
| 2.2 FUENTES TEÓRICAS..... | 19 |
| 2.2 MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD ADPTADO PARA EL ESTUDIO..... | 20 |
| 2.4 CARACTERÍSTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES..... | 21 |
| 2.4.1 Conducta Previa Relacionada | 21 |
| 2.4.2 Factores Personales | 21 |
| 2.5 CONOCIMIENTOS Y AFECTOS ESPECÍFICOS DE LA CONDUCTA | 24 |
| 2.5.1 Percepción De Beneficios Lactancia Materna, Alimentación Complementaria | 24 |
| 2.5.2 Percepción De Barreras Lactancia Materna, Alimentación Complementaria | 26 |
| 5.2.3 Autoeficacia Percibida | 27 |
| 5.2.4 Afecto Relacionado Con La Lactancia Materna, Alimentación Complementaria | 28 |
| 2.2.5 Influencias Interpersonales | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2.6 Influencias Situacionales | pág 29 |
| 2.2.7 Conductas Promotoras De Salud | 30 |
| 3. METODOLOGIA..... | 33 |
| 3.1 POBLACIÓN | 33 |
| 3.2 MUESTRA | 33 |
| 3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN | 34 |
| 3.3.1 Criterios De Inclusión | 34 |
| 3.4 VARIABLES..... | 34 |
| 3.4.1 Tipo de alimentación | 34 |
| 3.4.2 Características y experiencias individuales: | 34 |
| 3.4.3 Conocimientos y Factores Afectivos | 34 |
| 3.5 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 35 |
| 3.5.1 Descripción del instrumento | 35 |
| 3.6 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS | 36 |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS..... | 36 |
| 4. ANALISIS DE RESULTADOS | 38 |
| 5. DISCUSIÓN..... | 70 |
| 6. CONCLUSIONES..... | 82 |
| 7. RECOMENDACIONES..... | 85 |
| 8. BIBLIOGRAFIA..... | 86 |
| ANEXOS | 92 |

LISTA DE TABLAS

| | Pág |
|---|-----|
| Tabla 1. Edad y estado civil de las madres vinculadas a los hogares FAMI, comuna 2 de Popayán | 39 |
| Tabla 1.1. Características de los niños y niñas hijos de madres beneficiarias de hogares FAMI..... | 40 |
| Tabla 1.2. Salario y estrato socioeconómico de las madres vinculadas a los hogares FAMI, comuna 2 de Popayán..... | 40 |
| Tabla 1.3. Características educativas y ocupacionales de las madres..... | 41 |
| Tabla 2. Experiencia previa en lactancia materna..... | 42 |
| Tabla 3. Factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales..... | 42 |
| Tabla 4. Tipo de alimentación brindada a los niños..... | 44 |
| Tabla 5. Lactancia materna exclusiva..... | 44 |
| Tabla 6. Conocimientos en lactancia materna exclusiva..... | 45 |
| Tabla 7. Conocimientos en lactancia materna mixta..... | 46 |
| Tabla 8. Conocimientos relacionados con alimentación complementaria..... | 47 |
| Tabla 9. Percepción de beneficios relacionados con LME..... | 47 |
| Tabla 10. Percepción de barreras relacionadas con LME..... | 48 |
| Tabla 11. Percepción de beneficios relacionadas con alimentación complementaria..... | 49 |
| Tabla 12. Percepción de barreras relacionados con alimentación complementaria..... | 51 |
| Tabla 13. Calidad e inocuidad relacionadas con alimentación complementaria..... | 51 |
| Tabla 14. Alimentos brindados por parte de las madres con mayor | |

| | |
|--|-----------|
| frecuencia en la última semana..... | 53 |
| Tabla 15. Autoeficacia percibida..... | 54 |
| Tabla 16. Afecto relacionado..... | 55 |
| Tabla 17. Influencias situacionales e interpersonales de las madres.. | 56 |

LISTA DE GRAFICOS

| | Pág |
|--|-----------|
| Gráfico 1. Distribución porcentual Conducta saludable de Lactancia Materna Exclusiva, Comuna 2, Popayán, año 2009-2010..... | 57 |
| Gráfico 2. Distribución porcentual Conducta saludable de Alimentación Complementaria, Comuna 2, Popayán, año 2009 - 2010..... | 58 |
| Gráfico 3. Distribución porcentual Edad Vs. conducta saludable LME de las madres encuestadas, comuna 2, Popayán, 2009-2010..... | 59 |
| Gráfico 4. Distribución porcentual de las madres encuestadas según edad Vs. conducta saludable AC. Comuna 2, Popayán, año 2009 - 2010..... | 60 |
| Gráfico 5. Distribución porcentual del nivel de escolaridad de las madres encuestadas Vs conducta saludable LME Comuna 2, Popayán, año 2009- 2010..... | 61 |
| Gráfico 6. Distribución porcentual ocupación Vs. conducta saludable LME de las madres encuestadas, Comuna 2, Popayán, año 2009-2010..... | 62 |
| Gráfico 7. Distribución porcentual de la ocupación de las madres encuestadas Vs conducta saludable AC. Comuna 2, Popayán, año 2009 - 2010..... | 63 |
| Gráfico 8. Distribución porcentual de los ingresos económicos familiares de las madres encuestadas Vs conducta saludable AC. Comuna 2, Popayán, año 2009 - 2010..... | 64 |
| Gráfico 9. Distribución porcentual de las madres encuestadas según experiencia en lactancia materna, Vs. conducta saludable Comuna 2, Popayán año 2009-2010.....2026..... | 65 |
| Gráfico 10. Distribución porcentual de conocimientos en lactancia materna, Vs. Conducta saludable LME, Comuna 2, Popayán, año 2009..... | 66 |

| | |
|---|-----------|
| Gráfico: 11. Distribución porcentual del conocimiento sobre AC Vs. Conducta saludable AC. De las madres encuestadas, Comuna 2, Popayán, año 2009 – 2010..... | 67 |
| Gráfico 12. Distribución porcentual responsabilidades a cargo Vs. Conducta saludable LME, Comuna 2, Popayán, año 2009 - 2010..... | 68 |

LISTA DE ANEXOS

| | Pág |
|---|-----------|
| ANEXO A: CARTA SOLICITUD PERMISO PARA LA INVESTIGACIÓN ICBF (Centro Zonal Popayán) | 92 |
| ANEXO B: CONSENTIMIENTO INFORMADO | 93 |
| ANEXO C: ENCUESTA “CUIDADO NUTRICIONAL” | 94 |

RESUMEN

La lactancia materna apropiada y los hábitos de alimentación complementaria son fundamentales para la nutrición, salud y supervivencia de los niños durante sus dos primeros años de vida.¹

Se planteó como objetivo Describir las prácticas alimentarias y factores que motivan un cuidado nutricional adecuado de las madres hacia sus niños y niñas menores de dos años de edad registrados en los hogares FAMI en la comuna 2 del municipio de con el diseño de una encuesta a las madres de los niños del hogar, durante los meses de Septiembre – Octubre de 2009.

Como conductas nutricionales saludables se evaluaron la Lactancia Materna Exclusiva (LME) y la conducta saludable Alimentación Complementaria (AC). Cada conducta fue definida y evaluada por las investigadoras.

Se obtuvo los siguientes resultados: La edad promedio de las madres fue de 25 años, el promedio de edad de los niños fue de 12,03 meses. La lactancia materna exclusiva que fue brindada por las madres tuvo una duración promedio de 4,85 meses, la conducta LME se encontró entre el 31% y el 52% de las madres. Existe asociación estadísticamente significativa entre LME y una edad superior a 25 años, experiencia previa de lactancia y quienes tienen más responsabilidades a su cargo.

A pesar de no haberse encontrado relación entre la conducta de alimentación complementaria con características socio demográficas de la madre como la edad, su ocupación, su estado civil entre otras, puede concluirse que quienes tienen ingresos familiares menores a 1 SMLV tienen menos posibilidades de mantener la conducta saludable.

Palabras clave: Lactancia materna, cuidado infantil, promoción de la salud, conducta salud, alimentación complementaria.

¹ BROWN, Kenneth. Research Centre Institute of Child Health. En Problemas de la alimentación complementaria: Lactancia materna y alimentación complementaria en niños de hasta 2 años. Nestlé Nutrición Workshop Series Pediatric Program Volume 60. España, 2008 pag 1.

INTRODUCCION

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Sin el cuidado y atención que este grupo requiere, tanto su supervivencia como su desarrollo psicosocial pueden verse afectados.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS)³ recomienda actualmente que “.....los lactantes deben ser alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. A continuación deben tomar alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y seguros conjuntamente con leche materna hasta los dos años o más de edad”.

En el país, aunque la práctica de lactancia materna exclusiva ha venido en aumento en 2005 todavía se privaba de ese beneficio a cerca del 53% de los menores de 6 meses. Según datos de PROFAMILIA en el 2005 registraba un promedio nacional de lactancia materna exclusiva de 2.1 meses siendo la recomendación 6 meses. La mayor duración correspondió a Bogotá (con una mediana de 3,6 meses). No obstante el reconocimiento acerca de que la leche materna ha sido el mejor y más completo alimento para los niños esta práctica tradicional ha sido influenciada por efectos de diferentes circunstancias y presiones que confrontan las madres en el mundo moderno, recurriéndose a otras leches como la animal y posteriormente, las leches industriales y los biberones. Es así como muchas madres usan entonces una alimentación mixta (leche humana mas leche artificial) desde la primera semana de vida, pasando por alto los innumerables y probados efectos benéficos de la lactancia natural para la madre, el hijo, la familia y la sociedad, a esta situación se le suma además el precoz inicio de la alimentación complementaria en circunstancias que desfavorecen el desarrollo infantil temprano.⁴

En cuanto a la recomendación de expertos sobre la continuidad de la lactancia materna en conjunto con la alimentación complementaria es una práctica que en nuestro país alcanza los 14.9 meses de edad del niño, cifra que todavía

² COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Colombia por la primera infancia. Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. Bogotá, Diciembre de 2006 pag.6

³ World Health Organization and UNICEF: Global Strategy for Infant and young Child Feeding. Geneva, World Health Organization, 2003.

⁴ MUÑOZ, María; RICO Gladys. Algunos factores socioculturales e institucionales que afectan la lactancia materna en niños menores de un año. Servicio de neonatos lactantes. Hospital universitario San José .Popayán 1994. [Tesis de Maestría]. Popayán: Universidad del Cauca – Universidad del Valle. Facultad Ciencias de la Salud; 1995. 84p.

dista de la recomendación de 24 meses. Así se demuestra que se están limitando los beneficios de la lactancia materna.⁵

A pesar del conocimiento de las consecuencias negativas conexas a la privación de hábitos alimentarios acordes a la edad de los menores, las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de desnutrición en los primeros dos años de vida. Situación que genera daños que pueden llegar a ser permanentes pero evitables en gran medida si se proporciona un apoyo básico a las madres y a los niños y niñas orientado por una política pública, que tome nota de las prácticas alimentarias en las familias.

Cabe retomar que el abandono de la lactancia materna y el prematuro inicio de la alimentación complementaria afectan no solo a la madre y al niño, sino también a la familia y la sociedad. En este sentido, en la madre se generan alteraciones físicas, fisiológicas y emocionales, el niño se ve afectado por enfermedades de tipo infeccioso como la diarrea aguda que constituye un gran problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo y es causa de importante morbimortalidad durante la infancia, especialmente por su relación con la desnutrición y los altos costos que implica para los sistemas de salud por su alta demanda de atenciones ambulatorias y hospitalizaciones,⁶ también afecta su crecimiento normal, desarrollo físico, cognitivo y afectivo. En la familia genera mayores gastos económicos, ausencias laborales, estrés y disfunción, además se incrementan los gastos hospitalarios y se disminuye la posibilidad de tener una sociedad sana tanto física como intelectual que aporte al progreso y desarrollo de las comunidades.⁷

Es importante mencionar además que el desestimulo a la lactancia materna y precoz inicio de la alimentación complementaria no ha tenido consecuencias muy notorias en los países desarrollados, justamente porque su población, además de su capacidad económica, esta educada para hacer uso adecuado de las formulas lácteas así como la correcta preparación y manipulación de los distintos alimentos. Por el gran volumen de clase media y baja de los países en vía de desarrollo, como el nuestro; estas prácticas han sido sin lugar a dudas el factor más importante de que la prevalencia de diarreas y de desnutrición se

⁵ Lactancia y Estado Nutricional. Encuesta Nacional de Demografía en Salud, Colombia 2005.

⁶ TREVIÑO, Ximena; GUIRALDES Ernesto; MENCHACA Gonzalo. Diarrea Aguda. Manual de Pediatría. Chile, 2005.

⁷ ROJAS RUIZ Ana Vilma. Lactancia Materna y Factores Sociales. Correo Científico Médico de Holguín, 2000

muestra imbatible;⁸ convirtiéndose en innegable el consenso existente en torno a la importancia del cuidado nutricional y la atención de los niños y las niñas en especial en la etapa de la primera infancia.⁹ Siendo así el patrón nutricional una de las funciones básicas a suplir en los primeros años de vida, éste debe reunir una serie de requisitos acordes a los requerimientos de esta etapa, es decir en la calidad, y cantidad requerida,¹⁰ a fin de reducir las tasas de morbi-mortalidad en la infancia.

En países como Brasil, Perú, Guatemala y Cuba la lactancia después del primer mes de vida disminuye en forma considerable. Estudios llevados a cabo por la Organización Mundial de la Salud, en nueve países del mundo, Colombia entre ellos, señalan la declinación de la lactancia materna especialmente en áreas urbanas, lo cual repercute en la nutrición infantil y en la mortalidad de la niñez¹¹.

Así la tendencia hacia la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses cada vez es menor, como consecuencia fundamentalmente de los cambios culturales, el nuevo rol de las mujeres como fuentes de ingreso en los hogares, las estrategias de comercialización de sucedáneos de la leche materna y los consejos, desacertados en gran parte, del personal de salud que aún desconoce las políticas nacionales e internacionales y recomiendan la introducción temprana de alimentos distintos a la leche materna.¹²

En los países desarrollados, salvo escasas excepciones, han ocurrido una serie de factores de diversa índole (sanitarias, culturales, sociales, etc.) que han hecho que el fracaso de la lactancia materna y la alimentación complementaria se puedan considerar las “nuevas enfermedades propias de los siglos XX y XXI;¹³ situación que podría sugerir que existen limitaciones en

⁸ MUÑOZ María., RICO Gladys, Op. Cit., p.15

⁹ Colombia por la primera infancia. Op cit p. 6

¹⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Documento Conpes social 113. Política Nacional De Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN).

¹¹ REY VARGAS, Humberto. El recién nacido latinoamericano. 1 ed. Cali: Impresora Feriva Ltda., 1986.p.92-100

¹² COLOMBIA .MINISTERIO DE SALUD, ICBF, UNICEF. Plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1998 – 2008.

¹³ ESTEVEZ GONZALEZ, et al. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Esp Pediatric 2002 p.144-150.

los programas de apoyo, protección y promoción a la lactancia materna y en los parámetros que se deben tomar en cuenta al momento de introducir la alimentación complementaria y por ende propone cualificar los métodos de formación a trabajadores de salud y personas responsables de apoyar a la madre, para que se adopten las reglas necesarias a fin de lograr una lactancia materna y alimentación complementaria felices y adecuadas, acorde con las características de sus poblaciones tanto en lo cultural como en lo económico.

Finalmente cabe señalar que para que una mamá amamante exitosamente, e inicie una alimentación complementaria satisfactoria teniendo en cuenta elementos de calidad e inocuidad, es necesario que se sienta segura de sí misma y convencida de su capacidad de realizar dicha labor. Para esto es importante que alguien de su comunidad le brinde asesoramiento o ayuda en técnicas de alimentación y le ofrezca apoyo emocional cuando lo necesite; asumiendo los aspectos que influyen directa e indirectamente en lo referente a la lactancia y alimentación que la madre proporciona a su pequeño.

La presente investigación se centró en población beneficiaria de los Hogares FAMI de la comuna dos del municipio de Popayán, que se perfila como Comuna saludable y protectora de la Infancia gracias a proyectos como el Modelo TIAS (Tres estrategias integradas, IAMI, AIEPI y SAN) entre otros, el cual es desarrollado actualmente por el grupo telesalud de la Universidad del Cauca. Así pues la inquietud por realizar este estudio surge dada la importancia como profesionales de la salud en favorecer la atención integral de la primera infancia contribuyendo de algún modo a la labor desempeñada por los hogares FAMI. Estos constituyen un programa de larga trayectoria establecido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF- dirigido prioritariamente a familias clasificadas en los niveles 1 y 2 de SISBEN, con mujeres gestantes, o con madres lactantes con hijos hasta los 2 años. Como apoyo a la primera infancia, el programa brinda la oportunidad de orientar permanentemente a las madres en aspectos de Autocuidado, entre ellos el cuidado nutricional.

Esta es una oportunidad para impulsar el desarrollo humano de niños y niñas a partir de la identificación de factores de cuidado cotidiano presentes en las madres beneficiarias de los Hogares FAMI. Desde allí se pueden sustentar orientaciones más pertinentes, que respondan a contextos culturales, así como también que fortalezcan los aspectos positivos que ya existan. Por tal motivo surge el interrogante ¿Qué prácticas alimentarias y factores motivan la alimentación de los niños y niñas vinculados a los hogares FAMI de la comuna dos del municipio de Popayán 2009 – 2010.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las prácticas alimentarias y factores que motivan un cuidado nutricional adecuado de las madres hacia sus niños y niñas menores de dos años de edad registrados en los hogares FAMI en la comuna 2 del municipio de Popayán.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características y experiencias de las madres biológicas relacionadas con la alimentación que brindan a sus niños y niñas menores de dos años de edad.
- Caracterizar la alimentación que brindan las madres de niños y niñas menores de dos años de edad registrados en los hogares FAMI en la comuna 2 del municipio de Popayán.
- Identificar posibles factores relacionados con lactancia exclusiva y alimentación complementaria.

2. MARCO TEORICO

La alimentación es esencial para todo ser humano, pero en el periodo de recién nacido y sobre todo en los primeros meses de vida tiene una relevancia especial, ofreciendo más diferencias en relación con la del adulto, y estando condicionada por el fenómeno biológico del crecimiento, desarrollo y maduración del nuevo ser. La nutrición del niño pequeño empieza con una buena alimentación de la madre durante el embarazo, luego recibiendo lactancia materna adecuada y por último una alimentación complementaria de buena calidad.¹⁴

La condición de dependencia absoluta de niños y niñas en sus primeros dos años de vida, hace que las oportunidades nutricionales en calidad, cantidad y condiciones afectivas acordes con el derecho a su máximo nivel de salud, esté sujeto a las conductas de sus madres o cuidadores.

El cuidado nutricional para el estudio se entiende como la opción o conducta de alimentación por el que opta la madre biológica y brinda a su niño o niña menor de dos años de edad. Dentro de estas conductas tiene la opción de elegir el tipo, la duración, la cantidad, la calidad y la frecuencia de la alimentación. Por tal razón la Promoción de la salud en el caso de la primera infancia, tiene aplicabilidad a partir de las acciones que se fomenten en madres y cuidadoras, de tal suerte que las prácticas nutricionales dirigidas a sus hijos e hijas, estén representadas por las acciones que brinda generalmente el profesional de enfermería como responsabilidad del personal de salud o de personal capacitados para dicho fin, siempre que estén dirigidos a estimular conductas saludables que les proporcionen las madres a sus pequeños.

En el caso del cuidado nutricional en los primeros años de vida la conducta de amamantamiento es una oportunidad de establecer una relación afectiva con el nuevo ser. Así la madre está sometida a sensaciones, presiones, experiencias, diversos factores que hacen que la decisión sobre la lactancia natural, duración e incorporación de otros nutrientes, sea producto del conocimiento que hayan recibido pero también de la influencia de otros muchos factores.

¹⁴ GONZALEZ, Francisco. Factores Psicológicos y Sociales en la lactancia materna: Estudio del Área Sanitaria Fuenlabrada-Leganés de Madrid. España: Universidad Complutense de Madrid, 2005. p 107.[en línea] < <http://site.ebrary.com/lib/biblioucaucasp/Doc>>[Citado el 15 de Julio de 2009]

Dentro de las características importantes de la promoción de la salud, se encuentra la noción del fomento del Autocuidado, incluso referido desde los años 80, la noción del Autocuidado se ligó como un componente de vital importancia que debía ser incorporado en las personas. Por lo tanto los términos de Promoción de la salud que involucra el Autocuidado como referente de identidad para el profesional de enfermería se ubican bajo fines similares. Para Pender, la Enfermera es el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. Es así como si la Promoción de la salud es un medio que contribuye al mejoramiento en las condiciones de salud de las personas, la promoción del Autocuidado entonces deberá estar sustentada de manera pertinente y coherente con el fin.

Entonces será pertinente si se busca reconocer a los sujetos objeto de la adopción de conductas saludables, reconocer en la población estudiada sus características, los recursos con que cuenta, es por ello que la revisión de teorías sobre el tema nos conduce a Modelos sustentados en Promoción de la salud como el de Nola Pender, el cual será desarrollado a continuación.

2.1 MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (MPS) PENDER, 1996 ¹⁵

Pender nació en 1941 en Lansing, Michigan, hija única de unos padres defensores de la educación de la mujer. Recibió su diploma de enfermería en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico-quirúrgica en un hospital de Michigan. En 1975 publicó "Un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva", que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En 1982 se publicó la primera edición del texto *Health Promotion in Nursing Practice*, "La promoción de la salud en la práctica de enfermería" que planteaba el concepto de la promoción de la salud óptima y la prevención de la enfermedad. Las bases que Pender poseía en enfermería, Desarrollo Humano, Psicología experimental y en educación, la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermera y el aprendizaje de la teoría como bases para el MPS.

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentando alcanzar un estado de salud; de distinta manera a los modelos orientados a la evitación que se basan en el miedo o la amenaza para la salud como motivación para la conducta sanitaria.

¹⁵ . TONEY Ann, ALLIGOOD Martha. Modelos y teorías en enfermería: El modelo de promoción de la salud. 5ed. Madrid 671pag. (625-635)

2.2 FUENTES TEÓRICAS

El modelo de promoción de la salud se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta), además del modelo de valoración de expectativas de la motivación humana planteado por Feather, que afirma que la conducta es racional y económica. De esta manera, la apuesta para las acciones educativas que hacen uso del Modelo es una mirada integrada entre los recursos individuales y los interpersonales.

El modelo de promoción de la salud tiene una construcción similar a la del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud. Los fundamentos de la Dra. Pender sobre el desarrollo humano, la psicología experimental y la educación contribuye también a estos fundamentos sobre psicología social y teoría del aprendizaje que plasma en su modelo de promoción.

El modelo se centra en diez categorías determinantes en la conducta de promoción de la salud que se muestran a continuación en el flujograma del modelo y se definen posteriormente.¹⁶

El MPS busca centrarse en la comprensión y el tratamiento de las variables que son más predictivos de determinados comportamientos de salud. La

¹⁶ TONEY Ann, ALLIGOOD Martha. Op. Cit., p. 633

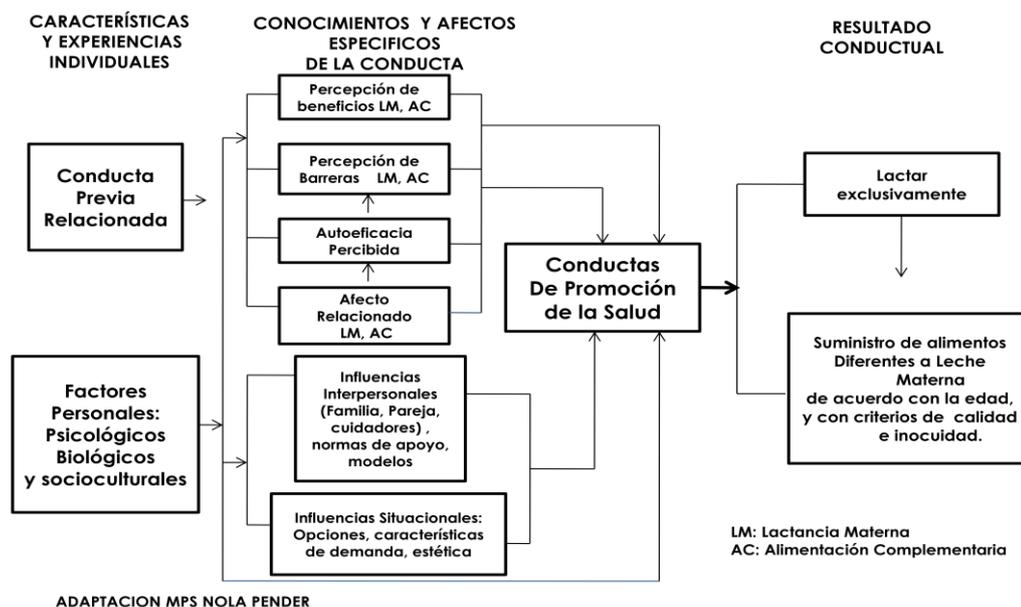
literatura revisada muestra que Nola Pender y su grupo de investigación han hecho uso del MPS y de los instrumentos desarrollados a partir de él en campos investigativos especialmente relacionados con la conducta de Actividad física y con población adolescente. Otros estudios en nuestro país, retoman algunos aspectos de su Modelo en el tema del Autocuidado en la Hipertensión.

Así mismo dicho Modelo ha servido de sustrato total o parcial de varios estudios en España y México por ejemplo en temas de consumo de alcohol o de la revisión de factores psicosociales para determinar cómo influyen en la adopción de un estilo de vida saludable.

Sin embargo al parecer no se dispone de antecedentes en el tema de prácticas de cuidado nutricional para la primera infancia. El MPS ofrece un paradigma que se toma como referente coherente de un conjunto de variables que recogen el plano personal (actitudinal y afectivo) de quien actúa como agente promotor de la conducta y que vincula además en lo interpersonal un conjunto de variables que inciden en su decisión conductual.¹⁷

El MPS de Pender, cuestionado por algunos se constituye para nuestro estudio en el referente que involucra mas allá de los conocimientos, otras variables de tipo motivacional que pueden estar relacionadas con la práctica de cuidado nutricional en las madres. Esta adaptación se hace entonces a continuación para referirnos a las conductas alimentarias en la primera infancia.

2.3 MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD ADPTADO PARA EL ESTUDIO



¹⁷ TONEY Ann, ALLIGOOD Martha. Op. Cit., p. 628

2.4 CARACTERÍSTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES

2.4.1 Conducta Previa Relacionada

Nola la considera como frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado, es decir como los efectos directos e indirectos de comprometerse con las conductas de promoción de la salud, de acuerdo a vivencias anteriores.

Respecto a la conducta nutricional se menciona en la literatura que las lactancias suelen ser más prolongadas en aquellas sociedades donde la lactancia materna es un hecho generalizado, donde el dar pecho a un niño mayor no es algo oculto. Por ejemplo, en la cultura Islámica el destete se rige por las enseñanzas del Corán que recomienda hacerlo a los dos años. También duran más las lactancias en aquellos casos en que hubo una experiencia satisfactoria previa de la lactancia, cuando la madre de la actual madre, la amamantó de forma prolongada y cuando existen alrededor de la madre sino una cultura de lactancia, si puntos fuertes o redes de apoyo tales como: la pareja, un pediatra o grupo de madres.¹⁸

Si no hubo una educación y preparación prenatal para la lactancia, al personal de salud le queda difícil en la brevedad de una consulta o atención, motivar a una madre o instruirla sobre motivos de llanto, necesidades nutricionales y afectivas del niño, riesgo del biberón, etc. Se dan casos contrarios en que las madres bien motivadas e instruidas desde el control prenatal, se sorprenden cuando pasan las horas después del parto y no le ponen al niño al seno, si no que le dan dextrosa en agua o formulas de leche llevando al destete primario.¹⁹

2.4.2 Factores Personales

Factores predictivos de cierta conducta dentro de los que encontramos:

- **Biológicos**

Incluyen variables como, edad, sexo, estado de menopausia, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad, equilibrio.

¹⁸ KENDALL – tackett. K.A; Sugarman, M .The Social Consequences of long term breakst Feeding. J Hum Lact 1995; (11) (3: 17a - 83)

¹⁹ PLATA RUEDA, Ernesto. Alimentación del niño para un adulto saludable. Cartagena, 1992. p

La nutrición es un proceso biológico en el que intervienen el ambiente del que forman parte los alimentos, el agente (los nutrientes) y el huésped (el organismo). Estos elementos integran un ecosistema que durante el primer semestre de la vida permite que el lactante disponga de los nutrientes precisos para cubrir sus requerimientos y asegurar un estado nutricional satisfactorio. Este le permitirá crecer, desarrollarse, tener un normal funcionamiento de sus órganos, disponer de energía y disfrutar de una buena salud.

La lactancia materna LM es parte del sistema reproductivo y tiene el mismo significado biológico que la gestación y el alumbramiento (Sánchez E, 1989), constituyendo, desde el punto de vista nutricional, una prolongación de la vida intrauterina.

La edad y la paridad forman parte del factor biológico de la madre, la edad materna influye en las prácticas de la lactancia materna exclusiva, mixta y alimentación complementaria por ejemplo las madres adolescentes según Evis, tienen más probabilidad de abandonar la lactancia materna por influencia de su grupo familiar. Esto probablemente se deba al desconocimiento por parte de la familia y de la madre adolescente sobre los beneficios de la lactancia materna así como lo relacionado con los alimentos que se añaden de acuerdo con la edad y necesidades del niño(a).²⁰

Por otra parte, las mujeres de mayor edad se tardan más en obtener una producción completa de leche,²¹ sin embargo con una buena orientación y apoyo esta madre pudiera superar este obstáculo sin necesidad de acudir a la administración de sucedáneos. Así mismo la paridad o el número de hijos pueden ser de gran ayuda dependiendo del éxito o fracaso durante el amamantamiento y las practicas alimentarias que se pudieron adoptar.

- **Psicológicos**

Aspectos en los que se tiene en cuenta la autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud. Los factores psicológicos también guardan relación para el éxito o fracaso de la práctica de la lactancia materna exclusiva ya que se dice que ningún factor es más importante que una situación feliz y relajada. Las preocupaciones y la

²⁰ EVIES, Aní. Nivel de Conocimiento del Grupo Familiar de las Adolescentes Embarazadas Sobre la Lactancia Materna Exclusiva. (1998), Trabajo Para Optar a Título de Magíster.

²¹ HELSING, E, SAVAGE, F.,Guía Práctica Para Una Buena Lactancia (Factores que inciden en la práctica de la lactancia materna), México, PA x México (1995), Cuarta edición.

tristeza son las formas más eficaces de disminuir o eliminar las secreciones mamarias.²² Sobre este tema se dice que los estados de ánimo negativos inhiben la secreción de oxitocina, primordial sustancia para la eyección de la leche es por eso que la madre debe conocer cómo influye el estado emocional en la producción y eyección de leche.

- **Socioculturales**

Aspectos entre los que encontramos la raza, etnia, aculturación, formación y estado socioeconómico.

Varios factores socioeconómicos y culturales influyen en el abandono de la lactancia, tales como la industrialización y urbanización de las poblaciones, la incorporación de la mujer al mercado laboral, la falta de acceso a guarderías para sus hijos, la cultura del biberón, la aparente insuficiencia o falta de producción de leche y/o el rechazo al seno materno; a esto se agregan las creencias sobre el postoperatorio de cesárea que demora el inicio de la lactancia y la asistencia del parto en instituciones que no la promueven y en casos separan al recién nacido de su madre.²³

Para la madre la lactancia es un comportamiento que necesita aprender. A través del tiempo, las niñas-mujeres aprendían sobre los cuidados de un bebé y la lactancia al observar a mujeres en su extenso grupo familiar. Con la urbanización, la falta de la familia extendida y el hecho de que por décadas la lactancia ha sido una entre varias opciones que tiene la mujer para alimentar a su hijo, la gran mayoría de madres y padres carecen de modelos a quien imitar. Por ello, la responsabilidad de promover la lactancia, como el esquema dietético óptimo para el lactante, recae sobre el equipo de salud.²⁴ La influencia social y cultural ejerce claramente un poderoso efecto sobre las elecciones de los alimentos en los humanos. El efecto de los factores sociales podría ser crucial en el entendimiento del desarrollo de las preferencias alimentarias y los constituyentes de los alimentos.

La teoría del aprendizaje propone que se aprende imitando modelos. Por lo tanto, los hábitos y estilos de alimentación de los padres, se transmitirían a los

²² BERHMAN, Harbin. Tratado de pediatría, (factores psicológicos). 3 ed. México: McGraw Hill interamericana, 1997.

²³ CARDENAS, María. Factores biopsicosociales de la madre que influyen en el abandono de lactancia materna exclusiva. [En línea] < [http:// www.PortalesMedicos.com](http://www.PortalesMedicos.com)> [Citado el 18 de Julio de 2009]

²⁴ VÁSQUEZ, Edgar, ROMERO Manuel. Esquemas de alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida. Parte I. Primeros dos años de vida. [En línea]< [http:// www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com)> [Citado el 18 de Julio de 2009]

hijos. Sin embargo, los resultados de los estudios que correlacionan las preferencias alimentarias de las madres con las de sus hijos, son heterogéneos.

En la medida que los niños(as) son pequeños dependen más estrechamente de las decisiones de su madre y padre, quienes determinan por ejemplo, qué alimentos son o no son apropiados para sus hijos. Así, un alimento permitido, según el criterio de la madre o padre, será más frecuentemente expuesto y llegará a formar parte de los hábitos alimentarios del niño(a). El juicio que tiene la familia, respecto de lo apropiado del alimento, ya sea en sus características nutricionales como en el volumen de consumo, guarda relación con la percepción que ella tenga del estado nutricional del niño(a).

La escolaridad o grado de instrucción de la madre es importante tomarlo en cuenta cuando se está educando a la madre sobre la lactancia y la alimentación complementaria; porque a mayor escolaridad tendrá mayor ventaja de entender las recomendaciones dadas sobre el tema por eso es que una de las estrategias básicas para motivar y lograr que las madres alimenten a sus hijos al pecho o brinden los alimentos adecuados de acuerdo con la edad y necesidades del menor es la educación. Las mujeres no amamantan por instinto; el amamantamiento es una destreza que se debe aprender.²⁵ De ahí que la orientación y educación que la madre reciba en el control prenatal, sala de parto, puerperio o consultas de niños sanos sobre la lactancia materna será determinante para el cuidado nutricional óptimo del menor.²⁶

2.5 CONOCIMIENTOS Y AFECTOS ESPECÍFICOS DE LA CONDUCTA

2.5.1 Percepción De Beneficios Lactancia Materna, Alimentación Complementaria

Según el MPS son los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

A través de los años han sido muchos los mitos en torno a la lactancia materna y la alimentación complementaria que debe ser ofrecida a niños y niñas en las primeras etapas de su vida, tales situaciones han condicionado la actitud y

²⁵ Guía práctica de lactancia materna. Educación Para La Lactancia Materna. Calamaco—Cojedes. (2001). En: Factores biopsicosociales de la madre que influyen en el abandono de lactancia materna exclusiva. Citado por: CARDENAS, María [En línea] < [http:// www.PortalesMedicos.com](http://www.PortalesMedicos.com) > [Citado el 18 de Julio de 2009]

²⁶ CARDENAS, Op. Cit., p.2

prácticas llevadas a cabo por las madres frente al cuidado nutricional que estas brindan a sus niños.

Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. Después del primer semestre, deberían recibir alimentos complementarios oportunos, adecuados e inoocuos, sin suspender la lactancia natural hasta los dos años de edad, asegurando satisfacer sus necesidades nutricionales y proporcionando energía, proteínas y micronutrientes suficientes.²⁷ Los niños amamantados tienen resultados más altos en el desarrollo cognitivo, inteligencia y desarrollo del lenguaje.

Los beneficios para la salud no se limitan solo a la infancia ni se dan únicamente en el contexto de los países en vías de desarrollo. Se ha comprobado que los ingredientes inmunológicos de la leche materna mantienen niveles altos a lo largo de los dos primeros años de lactancia lo cual es especialmente importante sabiendo que el sistema inmunológico del niño no es plenamente maduro hasta los seis años.²⁸

La lactancia materna exclusiva por seis meses proporciona varios beneficios al niño, uno de los principales es el efecto protector contra infecciones gastrointestinales,²⁹ además la lactancia natural contribuye a disminuir los costos en los cuidados de salud al mejorar las condiciones de los niños, dado que se asocia con disminución de la incidencia o severidad en amplio rango de enfermedades infecciosas.³⁰

Las ventajas de la alimentación al seno materno son más evidentes en los primeros 6 meses pero sus efectos se prolongan hasta los dos años de vida. La protección es mayor cuando se excluye definitivamente la alimentación en

²⁷ Organización Mundial de La Salud (OMS). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 55ª Asamblea mundial de la salud. Mayo 18 2002.

²⁸ GOLDMAN, AS; Goldblum, RM. Immunologic components in human milk during the second years of lactation. *Acta Paediatr Scand* 1983; 72(3): 461-62)

²⁹ OPS, OMS Alimentación y nutrición. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. P.11.[En Línea] Disponible en: <<http://www.paho.com>> [Citado el 17 de julio de 2009]

³⁰ SÁENZ LOZADA María, CAMACHO LINDO Ángela. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. En: *Rev. Salud pública* [En Línea] vol.9, No.4 Bogotá Oct./Dic., 2007. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400011> [Citado el 17 de julio de 2009]

biberón y disminuye ese beneficio al complementar con fórmulas o leche de vaca.³¹ En el caso de la madre, obtiene una rápida pérdida de peso y la amenorrea se prolonga previniendo un embarazo inmediato, protegiendo su estado nutricional,³² así como previene de diabetes tipo 2, cáncer de ovarios, cáncer de seno.³³

En cuanto a la **alimentación complementaria** esta es definida como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna; es así como sus beneficios son observables en situaciones que comprometen la edad del menor así como algunos aspectos en los que el tiempo y rol desempeñado por la madre la hacen necesaria.³⁴

2.5.2 Percepción De Barreras Lactancia Materna, Alimentación Complementaria

Definidas por N. Pender como los Bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada

Un prejuicio muy extendido es el de que el niño con una lactancia prolongada será dependiente de su madre o tiene un vínculo patológico con ella. Según la asociación Española de Pediatría “Los niños no llegan a ser más o menos independientes según el alimento que hayan tomado sino el modo en el que se les ha dado éste (condicional o incondicional). En realidad no depende del tipo de alimentación sino del estilo de crianza”.³⁵

³¹ SALDAÑA Nora. Alimentación en el primer año de vida.[en Línea] <<http://vidaconvaleores.com/vive2V/viewtopic.php?f=17&t=139>> [Citado el 17junio 2009]

³² DEWEY; J Nutr 2001. Citado por: Lutter C. en Organización Panamericana de la Salud. “Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memorias de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008 pag.36B (29): 148. Lima, Perú”. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf)

³³ CHUNG M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment 2007(153):1-186. Citado por: Lutter C. En Organización Panamericana de la Salud. “Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memorias de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008 pag.36B (30): 148. Lima, Perú”. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf)

³⁴ · OPS, OMS. Op. Cit.,p. 7

³⁵ Comité de lactancia materna Asociación Pediatra Española. [En línea] <[http:// www.aeped.es/lac-mat/rpmf18htm](http://www.aeped.es/lac-mat/rpmf18htm)> [Citado el 16 de julio de 2009]

En nuestro medio, el 80% de las madres que consultan para el destete, se ven empujadas por la presión social de una cultura que las critica por amamantar un a un bebe que ya habla o camina, “el estigma social” crece conforme aumenta la edad del niño. No es de extrañar que en nuestra sociedad solo un reducido grupo de madres continúen su lactancia pasado el año.³⁶

Son muchas las razones que las madres pueden aludir para el abandono de la lactancia materna, el inicio de la alimentación mixta y el precoz inicio de la alimentación complementaria, entre las razones más frecuentes están:

- “El niño se queda con hambre”
- “Hay que darles líquidos (agua o jugos) a los niños para quitarles la sed”
- “El niño llora demasiado en la noche”
- “Fueron los médicos o enfermeras quienes me aconsejaron que debía darles jugos al niño desde edad muy temprano”

- “Se me seco la leche”
- “El niño me rechazo el pecho y no quería mas”
- “Es bueno irlo acostumbrando para cuando no le pueda dar más seno”
- “Estoy recibiendo antibióticos”
- “Se me inflamaron e infectaron los senos”³⁷

5.2.3 Autoeficacia Percibida

De acuerdo con el MPS se define como: Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. Consiste en creer en las propias capacidades para organizar y ejecutar las acciones necesarias para manejar situaciones futuras.

La autoeficacia juega un papel vital en la forma que se opta para alimentar el niño puesto que si la madre considera que está capacitada para alimentar a su niño en las distintas etapas será mucho más fácil que enfrente adecuadamente y sea capaz de vencer las barreras que se le presentan al momento de tomar las decisiones con respecto a la alimentación de su hijo.

Cuando el hijo está enfermo la madre se siente útil al poderle amamantar, a menudo la lactancia es el único alimento tolerado en esta situación.

³⁶ KENDALL – tackett. K.A; Sugarman, M. Op. cit., p.17.

³⁷ OSORNO, Jairo. M.D .Hacia una feliz lactancia Materna. Texto práctico para Profesionales de la salud. Santa Fe de Bogotá: Presidencia de la república. Despacho de la primera Dama, Ministerio de Salud, UNICEF, ICBF, Agosto de 1992

5.2.4 Afecto Relacionado Con La Lactancia Materna, Alimentación Complementaria

Son los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. Influye en la autoeficacia percibida, esto significa que, cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo, mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco el aumento de los sentimientos de eficacia puede generar un mayor efecto positivo.

Ser cargados, acunados, acariciados, tocados, masajeados; cada una de estas cosas es alimento para los niños pequeños, tan indispensable, sino mas como vitaminas, sales minerales y proteínas.³⁸

Según un estudio publicado por la revista de medicina Naturista en el año 2006 acerca de la lactancia materna en el niño mayor, el pecho sigue ofreciendo una oportunidad de aprender a disfrutar del tacto y del contacto ya que los niños siguen necesitando de la cercanía de los padres y el pecho les proporciona amor de una manera muy especial. Muchas madres refieren que esta etapa es muy gratificante porque el niño puede ir expresando verbalmente lo que siente al ser amamantado. Además se evidenció que muchas madres encuentran que amamantar les hace estar mejor predispuestas hacia sus hijos, ser más pacientes, entender mejor sus necesidades y empatizar con ellos. Responder a la necesidad de apego a través de la lactancia materna y/o la alimentación complementaria ayuda a que el niño se sienta seguro, fomenta la autoestima y favorecerá la adaptación escolar, mayor ajuste social y menores desordenes de conducta.³⁹

Existe un reconocimiento creciente de que la alimentación complementaria óptima está relacionada no sólo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño. Ciertos estudios de comportamiento han revelado que el estilo de “dejar hacer” durante la alimentación predomina en algunas poblaciones, donde raramente se observa que el niño sea animado a comer y si se observa es sólo cuando los niños se rehúsan a comer o están enfermos.

Existe la hipótesis de que un estilo más activo de alimentación puede mejorar la ingesta nutricional. Sin embargo, hasta el momento, las pruebas sobre el

³⁸ · LEBOYER, F. Shantala. 1978 Citado por ROMERO, María; JIMENO, Francisco En La lactancia materna en el niño mayor. Revista de medicina Naturista, 2006;N 10: 646-652.

³⁹ ROMERO María, JIMENO Francisco. Lactancia materna en el niño mayor. Revista de Medicina Naturista, 2006;N 10: 646-652.

impacto de los comportamientos de alimentación en la ingesta dietética y salud infantil son escasas.⁴⁰

Existe la posibilidad de una interacción muy fuerte en el momento que se le da de comer al niño que no siempre es aprovechada por la madre. Aquí es muy importante el lenguaje, la paciencia que se tenga para darle de comer, en todo ello hay enseñanzas.⁴¹

2.2.5 Influencias Interpersonales

Según N. Pender son los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Incluyen normas, apoyo social y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Fuentes primarias de influencia interpersonales, son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

Es bien reconocido que las conductas que las personas adoptan en determinados momentos están estrechamente por las influencias que pueda ejercer el entorno, frente a las conductas y factores que motivan la optima alimentación del niño (a) durante sus dos primeros años de vida la pareja y en general la familia son un punto crucial. Un esposo dominante juega dos papeles contrarios frente a la toma de decisiones acertadas por parte de la madre en relación con el cuidado nutricional de su pequeño; uno de esos puntos está representado en un apoyo constante tanto moral como económico que contribuye a que la madre opte por seguir las recomendaciones mundiales en relación a la alimentación del lactante, así como que esta posea elementos que le permitan introducir de manera adecuada la alimentación complementaria. El otro punto se encamina en el papel de abandono y desinterés que conlleva a una desmotivación por parte de la madre, más aun si esta nota la afectación en su relación de pareja.

2.2.6 Influencias Situacionales

Definidas en el MPS como percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta

Una nutrición optima durante los primeros dos años de vida del niño involucra un sin número de aspectos que suelen verse influenciados por diversas

⁴⁰ (Engle y Zeitlin, 1996; Bentley y col, 1991; Bentley y col., 1992)

⁴¹ Organización Panamericana de la Salud. “Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memorias de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008 pag.41B (30): 148. Lima, Perú”.

situaciones; por ejemplo la inserción laboral de las madres antes de los seis meses de edad de sus hijos, o de índole cultural , las creencias sobre la necesidad de incorporación de líquidos vía oral desde temprana edad.

2.2.7 Conductas Promotoras De Salud

Resultado de la acción, dirigido a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Ejemplos: dieta sana, ejercicio físico regular, controlar estrés, descanso adecuado, crecimiento espiritual, construir relaciones positivas.

La lactancia materna y alimentación complementaria como conductas promotoras de la salud están orientadas a lograr una lactancia materna exclusiva que permita disfrutar a los actores involucrados en ella, de los innumerables beneficios ofrecidos por esta, así como dado el caso de requerir de la alimentación mixta se tome en esta los criterios de calidad e inocuidad, elementos incluidos dentro de la política de seguridad alimentaria y nutricional (PSAN).

En cuanto a la alimentación complementaria como conducta promotora de la salud, ésta debe ir encaminada a evitar su inicio precoz, así como a promocionar prácticas en las que se tome en cuenta la edad del menor, la proporción adecuada así como los elementos de calidad e inocuidad.

Sin duda son varias las opciones de alimentación de la madre para su hijo y es cuando ella decide abandonar la lactancia materna para introducir sucedáneos de la leche materna; estos sucedáneos son las formulas lácteas a base de leche de animales como la de vaca y vegetales como la de soya, papillas que se componen de mezclas de cereales o harinas con leche artificial, compotas o jugos hechos de frutas, o simplemente agua y de esta forman transgreden la buena nutrición que pudieran lograr dando lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad así lo afirma.⁴²

Podemos decir entonces que para que la lactancia materna se inicie y establezca debidamente, es preciso que durante el embarazo y el puerperio las madres cuenten con el apoyo activo, no sólo de sus familiares y la comunidad, sino también con la totalidad del sistema de salud, y que los que se ponen en contacto con las futuras y nuevas madres, estén interesados por promover la lactancia natural y sean capaces de facilitar la información oportuna y poseer un buen conocimiento de cómo se mantiene la lactancia, permitiendo que el niño, la madre, la familia y la sociedad puedan acceder a todos los beneficios demostrados de la leche materna. Además la alimentación complementaria

⁴² **BUSTOS**, María (2002), El núcleo Familiar y la Aceptación de la Lactancia Materna. Archivos Médicos de Familia. México

debe ser perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social sobre cómo alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción; alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos; si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer; minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente; recordar que los momentos de comer son períodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el contacto visual.

Es importante además ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos como lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos, guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación, utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos, utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños, y evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

Lo ideal es comenzar la alimentación complementaria con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. Además se debe aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños. Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría de niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos. A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia (teniendo en cuenta su necesidad de alimentos densos en nutrientes, Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten (es decir, alimentos cuya forma y/o consistencia implica el riesgo de que pudieran bloquear la tráquea, por ejemplo nueces, uvas, zanahorias crudas, etc.).

En cuanto a la frecuencia de alimentos y densidad energética se debe aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida. Para el niño amamantado promedio de 6 a 8 meses de edad, se debe proporcionar 2 a 3 comidas al día, de los 9 a 11 meses y 12 a 24 meses de edad el niño debe recibir 3-4 comidas al día además de meriendas nutritivas (como una fruta, un pedazo de pan o pan árabe con pasta de nueces) ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño. Las meriendas se definen como alimentos consumidos entre comidas, siendo generalmente alimentos que los niños consumen por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar. Si la densidad energética o la cantidad de alimentos en cada comida es baja, o el niño ya no es amamantado, es posible que se requiera de comidas más frecuentes.

Se debe brindar alimentos variados para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales. Debe consumirse carne, aves, pescado o huevos diariamente o, de no ser posible, lo más frecuentemente posible. Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario. Proveer dietas con un contenido

adecuado de grasa. Evitar la administración de bebidas o jugos con un bajo valor nutritivo, como té, café y sodas. Limitar la cantidad de jugo ofrecido para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos.

3. METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo; se hizo uso de técnicas como la encuesta dirigida para Describir las prácticas alimentarias y factores que motivan un cuidado nutricional adecuado de las madres hacia sus niños y niñas menores de dos años de edad registrados en los hogares FAMI en la comuna 2 del municipio de Popayán.

3.1 POBLACIÓN

Estuvo constituida por las 192 Madres de niños hasta los dos años, que integraban los 15 hogares FAMI de la comuna dos. Popayán 2009- 2010

3.2 MUESTRA

Se constituyó finalmente por 130 madres de niños menores de dos años, pertenecientes a los 15 hogares FAMI de dicha comuna.

Se entiende como madre a aquella persona que es madre biológica quien es la responsable de tomar las decisiones para el cuidado y atención domiciliaria de los niños menores de dos años que viven con ella, que están vinculados con los hogares FAMI de la comuna dos del municipio de Popayán; la selección de los participantes se hizo solicitando su participación voluntaria y después de lograr la aceptación y el compromiso se inició con el estudio.

Las razones por las cuales la muestra quedó en definitiva constituida por las 130 madres se debió al incumplimiento de algunos de los criterios de inclusión como el no ser la madre biológica del niño o niña y el no asistir regularmente al hogar. Otra de las razones para la reducción de las participantes fue la falta de disponibilidad de tiempo de las madres para asistir a las sesiones durante las que se realizó la encuesta.

Áreas De Estudio:

- Barrio Bella vista
- Barrio Bello horizonte
- Barrio El Uvo
- Barrio Santiago de Cali
- Barrio Primavera
- Barrio San Ignacio

- Vda. San Bernardino
- Las Guacas

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.3.1 Criterios De Inclusión

- Madre de niño o niña o hasta los dos años.
- Que asiste regularmente al hogar FAMI de la comuna dos del municipio de Popayán.
- Madre previo consentimiento informado exprese la voluntad de participar en la investigación.

3.4 VARIABLES

Se tienen en cuenta las siguientes variables con sus respectivos indicadores:

3.6.1 Tipo de alimentación:

Lactancia Materna Exclusiva: lactancia materna, conocimientos y duración.

Lactancia Mixta: Tipo de leche, conocimientos y edad de inicio.

Alimentación Complementaria: conocimientos, consumo, frecuencia, suficiencia, calidad e inocuidad

3.6.2 Características y experiencias individuales:

Conducta previa relacionada: Experiencia.

Factores personales: biológicos, psicológicos y socioculturales

3.6.3 Conocimientos Y Factores Afectivos

Percepción de Beneficios y Barreras de acción: Beneficios y barreras.

Autoeficacia percibida: Rol materno.

Afecto relacionado: Sentimientos y actitud.

Influencias: Situacionales e interpersonales

3.5 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 Descripción del instrumento

El instrumento de este estudio fue realizado directamente por las investigadoras, se tomó además algunos apartes que se adaptaron del formato que se aplicará para la Encuesta Nacional de demografía y salud 2010.⁴³ El formato contiene un código útil para la tabulación de los datos recolectados.

El diseño de la encuesta se desarrolló en base a tres ítems tomados del modelo de Promoción de la salud de Nola Pender adaptado para la investigación: El primer ítem contempla las características y experiencias individuales entre las cuales se encuentran variables de identificación como edad de la madre y el niño, estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos y estrato socioeconómico. Estas preguntas se hicieron con el fin de caracterizar la población que fue evaluada. En el segundo y tercer ítem de la encuesta se exploró aspectos concernientes con las prácticas y conocimientos relacionados con la lactancia materna; lactancia mixta y alimentación complementaria; utilizando una combinación de preguntas abiertas y de selección (Ver Anexo C).

3.7 REVISIÓN DE EXPERTOS

La evaluación del instrumento se realizó por parte de profesionales de la salud expertos tanto en investigación como salud materno infantil, con el fin de probar la confiabilidad y claridad del instrumento a aplicar en el estudio.

3.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fase 1: Revisión de información para elaboración del instrumento.

⁴³ Encuesta Nacional de demografía y salud 2010. [Correo electrónico]. Mensaje enviado a: Gladys Amanda Mera. 15 de julio de 2009. [Citado el 18 de Agosto de 2009.] Comunicación personal.

Fase 2: Elaboración del instrumento, revisión de expertos.

Fase 3: Gestión institucional y comunitaria.

Fase 4: Aplicación prueba piloto (Se realizó con quince madres tomadas de 3 hogares FAMI de la comuna seis, la cual cuenta con similares características poblacionales a las de la comuna 2 sobre la que se realizó finalmente el estudio. Se contó con el debido consentimiento informado de las madres de los menores de 2 años).

Fase 5: Concertación para la aplicación de la investigación.

Fase 6: Aplicación de la encuesta (fue auto - administrada y contó con el acompañamiento de al menos una de las investigadoras en cada una de las sesiones realizadas). La aplicación se llevó a cabo en cada hogar FAMI con las madres asistentes y que cumplieron con los criterios de inclusión. Esta fase de recolección se desarrolló a partir del 8 de septiembre hasta el 13 de octubre. Las encuestas fueron aplicadas dos veces por semana con una duración aproximada de una hora y treinta en la jornada de la tarde. La información fue recolectada durante una sesión por cada hogar.

3.7 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de los datos fue realizado mediante el paquete estadístico Epi-Info y el análisis estadístico se condujo con el programa SPSS versión 8,2.

La información fue digitada por duplicado y validada en el programa Epi Info v 6,04d. Se generaron los resultados en el programa SPSS v 8,2 para obtener estadísticas univariadas, en las que se presentan las variables continuas con sus medidas de tendencia central y sus correspondientes medidas de dispersión y las variables categóricas fueron presentadas como frecuencias.

Para la caracterización de la lactancia materna exclusiva como conducta saludable se tuvo en cuenta la edad del niño o niña, la duración de la práctica y conocimientos sobre la misma. Se concibió como conducta saludable si el tiempo que la madre declaró haber amamantado a su hijo desde el nacimiento, sin darle ningún otro tipo de alimento sólido o líquido fue de seis meses (en el resto de niños que no cumplen esa característica se estimó este tiempo en cero meses). Se realizaron preguntas control a fin de verificar tanto el tiempo como la inclusión o no de otros alimentos. Para el caso de la alimentación complementaria como conducta saludable su caracterización se hizo tomando la edad del niño o niña en la que se introdujo alimentos diferentes a la leche

materna, los conocimientos acerca de la misma y el manejo de criterios de calidad e inocuidad en la práctica.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

El estudio tuvo en cuenta los aspectos éticos referidos por la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud de la república de Colombia por el cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

En la elaboración de este estudio se tuvo en cuenta el principio de autonomía por lo que se construirán por escrito dos modelos de Consentimiento informado que fueron firmados el primero por a la coordinadora del centro zonal Popayán de madres FAMI y el segundo por las madres de los niños y las niñas participantes en el estudio. En ambos casos las investigadoras dieron una explicación detallada de los objetivos del estudio y la metodología a desarrollar, garantizando la confidencialidad de la información obtenida. Los resultados obtenidos serán discutidos y socializados con madres de los niños y las niñas vinculados con el estudio, verificando la correlación de la interpretación de las investigadoras con la fuente de los datos a través de un proceso de retroalimentación.

ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo con el cumplimiento de criterios definidos para el estudio, la muestra de mujeres encuestadas quedó finalmente constituida por 130 mujeres de las 192 beneficiarias de los 15 hogares FAMI de la comuna 2 de la ciudad de Popayán a quienes se aplicó el instrumento anteriormente mencionado.

La información fue procesada tanto en análisis univariado como bivariado cuyos resultados se ubican siguiendo los factores relacionados con la adopción de una conducta saludable, definidos según el Modelo de Nola Pender. Como conductas nutricionales saludables se evaluaron la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en todas las madres indagando la información con varias preguntas control, incluso en madres con niños menores de 6 meses de edad, a fin de determinar si se había ya incumplido con el criterio de suministro exclusivo de leche materna. Así mismo para las madres con niños y niñas mayores de 6 meses se evaluó la conducta saludable Alimentación Complementaria (AC).

Según los criterios para evaluar cada una de las conductas, la muestra varía así: 25 madres evaluadas tenían niños menores de 6 meses y las 105 restantes niños con una edad igual o mayor a 6 meses.

Para los respectivos cruces de factores con la conducta LME y AC se consideró aquellas madres con niños con una edad igual o mayor a seis meses(n=105)

La encuesta incluyó algunas preguntas con opciones de múltiple respuesta así como preguntas abiertas que se codificaron y fueron usadas para caracterizar los hallazgos.

1. CARACTERÍSTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES DE LA POBLACION

Del Modelo de Promoción de la Salud sobre las características y experiencias individuales que afectan las acciones de salud, se toman para el estudio las características sociodemográficas, los Factores Personales (factores biológicos y factores socioculturales y psicológicos) y la Conducta Previa relacionada o experiencia previa en el cuidado nutricional de los niños menores de dos años de edad.

1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Tabla 1. Edad y estado civil de las madres vinculadas a los hogares FAMI, comuna 2 de Popayán

| Variable (N=130) | n | % |
|-------------------------|----|----|
| Edad de la madre | | |
| 15 a 19 | 26 | 20 |
| 20 a 24 | 39 | 30 |
| 25 a 29 | 29 | 22 |
| 30 a 34 | 25 | 19 |
| 35 y más | 11 | 9 |
| Estado civil | | |
| Soltera | 31 | 24 |
| Unión libre | 72 | 55 |
| Casada | 22 | 17 |
| Viuda | 1 | 1 |
| Separada | 4 | 3 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

Las mujeres que participaron en el estudio fueron en su mayoría madres adultas jóvenes, pues el 30% (n= 39) de ellas al momento de diligenciar la encuesta tenían entre los 20 y 24 años de edad.

De acuerdo con la evidencia que determina la edad materna como un factor de riesgo preconcepcional para bajo peso al nacer y teniendo en cuenta que el grupo de estudio son madres con niños menores de dos años de edad, se encuentra que 20% de ellas están en el grupo entre 15 a 19 años de edad (26 mujeres). Además de estas, otras características de las encuestadas tales como estado civil, salario y estrato socio económico, también se condensan en la **Tabla 1** en ella se aprecia que un grupo importante de las mujeres que participaron en este estudio mantenían una unión estable con sus parejas (55% n=72), el 24% (n=31) de las mujeres permanecieron solteras, el 17% (n=22) de las mujeres se declararon como casadas, mientras el 3% (n=4) de ellas se habían separado de sus cónyuges y solo una de las mujeres de este estudio (1% n=1) se declaró viuda.

Tabla 1.1. Características de los niños y niñas hijos de madres beneficiarias de hogares FAMI

| Variable (N=130) | N | % |
|---------------------------|----|----|
| Edad del niño/niña | | |
| 00 a 06 | 30 | 23 |
| 07 a 12 | 43 | 33 |
| 13 a 18 | 33 | 25 |
| 19 a 24 | 24 | 19 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

Los hijos de las madres que hicieron parte de esta investigación están representados en edades entre los 7 días hasta los 24 meses. Se distribuyen así: menores de seis meses el 23% (n=30), entre los 7 a 12 meses de edad el 33% (n=43), seguido por el 25% (n=33) que representan los niños entre 13 a 18 meses, así como los niños con edades de 19 a 24 meses, que corresponden al 19% (24).

Tabla 1.2. Salario y estrato socioeconómico de las madres vinculadas a los hogares FAMI, comuna 2 de Popayán

| Variable (n=130) | n | % |
|-------------------------------|-----|----|
| Salario | | |
| Menos de 1 salario mínimo | 103 | 79 |
| Salario mínimo | 21 | 16 |
| Más de 1 salario mínimo | 6 | 5 |
| Estrato socioeconómico | | |
| Uno | 75 | 58 |
| Dos | 51 | 39 |
| Tres | 4 | 3 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

Con respecto al salario que se devengaba en los hogares de las mujeres que participaron en la presente investigación, es evidente que en la mayoría de ellos se contaban con un ingreso económico menor a 1 SMLV (79% n=103), en el 16% (n=21) de los hogares de las entrevistadas sus ingresos fueron iguales a 1 SMLV y solo 6 mujeres, es decir el 5% respondieron que sus hogares se sostenían con ingresos mayores a 1SMLV. En cuanto al estrato socioeconómico se encontró que la mayoría de las madres (58% n=75) pertenecían a estrato uno, el 39% (n= 51) de ellas a estrato dos y solo el 3% (n=4) de ellas a estrato tres.

Tabla 1.3. Características educativas y ocupacionales de las madres

| Variable (N=130) | n | % |
|------------------|---|---|
|------------------|---|---|

| Nivel educativo | | |
|------------------------|-----|----|
| Primaria incompleta | 27 | 21 |
| Secundaria incompleta | 37 | 28 |
| Primaria completa | 24 | 18 |
| Secundaria completa | 27 | 21 |
| Técnico | 11 | 9 |
| Universitarios | 4 | 3 |
| Ocupación | | |
| Ama de casa | 101 | 78 |
| Trabajo independiente | 14 | 11 |
| Vendedora | 6 | 5 |
| Empleada doméstica | 5 | 4 |
| Otra | 4 | 2 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

En relación con la escolaridad prima que el 28% (n=37) de las mujeres que participaron en esta investigación no lograron concluir sus estudios de básica secundaria o en algunos casos se encontraban cursándolos.

El 21% (n=27) de las madres contaban con el nivel académico de secundaria completo y en un porcentaje igual se encontraron quienes no finalizaron sus estudios de básica primaria.

Con respecto a las madres que cuentan con estudios universitarios, se observó que solo 4 de ellas se encontraban cursándolos, lo que corresponde al 3% (n=4) 11 madres se encontraban adelantando estudios técnicos tales como: técnico en auxiliar de enfermería, tecnólogo en sistemas entre otros (9% n=11).

Las madres encuestadas (N=130) en su mayoría (78% n=101) trabajaban como amas de casa, otras se dedicaban al trabajo independiente (11% n=14) y en porcentajes similares (4% n=5) se encontraron quienes laboraban como empleadas domésticas y madres que tenían otro tipo de ocupación como es el caso de algunas que se encontraban estudiando (2% n=4).

1.2 EXPERIENCIA EN EL CUIDADO NUTRICIONAL

Tabla 2. Experiencia previa en lactancia materna

| Variable (n=130) | n | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| ¿Ha lactado anteriormente? (n=71) | | |

| | | |
|---|----|----|
| Si | 66 | 93 |
| No | 5 | 7 |
| ¿Cómo califica esa experiencia? (n=66) | | |
| Buena | 63 | 96 |
| Regular | 3 | 4 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

Del total de madres con hijos previos a los del estudio (n= 71), el 93%(66) ha tendido la experiencia de lactancia materna, de ellas un gran porcentaje, (96%) calificaron a la experiencia anterior como buena y la calificación como regular se relacionó con inconvenientes como: problemas en la producción de leche y de salud como la mastitis entre otros.

1.2 FACTORES PERSONALES

Tabla 3. Factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales

| Variable (N=130) | n | % |
|---|-----|----|
| ¿Considera que usted se encuentra en buenas condiciones de salud para alimentar a su niño? | | |
| Si | 119 | 92 |
| No | 3 | 2 |
| No sabe | 8 | 6 |
| ¿Considera que su estado de ánimo influye al momento de alimentar a su hijo? | | |
| Si | 100 | 77 |
| No | 20 | 15 |
| No sabe | 10 | 8 |
| ¿Cree que es estresante alimentar a su hijo? | | |
| Siempre | 7 | 5 |
| Casi siempre | 8 | 6 |
| Nunca | 115 | 89 |

Continuación Tabla 3.

| Variable | n | % |
|---|----|----|
| ¿Existen situaciones de la vida diaria que afectan la alimentación de su hijo? | | |
| Si | 51 | 39 |
| No | 79 | 61 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

Sobre los factores personales biológicos y psicológicos se consideró variables como la percepción de aspectos emocionales o relacionales que influyen en el cuidado nutricional de los niños y niñas; al respecto se obtuvo que el 92% (n=119) de las mujeres encuestadas consideran que se encuentran en buenas condiciones de salud para alimentar a sus hijos y solo el 2% (n=3) de ellas no lo cree así, mientras el 6% (n=8) de las madres no lo sabe.

A pesar de las situaciones de la vida diaria que pueden afectar a este grupo de madres tales como problemas económicos (79% disponen de menos de un SMLV) y de situaciones de relaciones en pareja, existe buena predisposición afectiva y emocional en las madres. Sólo para el 11% de las madres califican que alimentación a sus hijos producen siempre o casi siempre estrés

Otras madres consideraron que no contaban con el tiempo suficiente para dedicarse a la alimentación de sus pequeños. A demás se evidenció que los problemas familiares/pareja también entorpecían la alimentación de los pequeños.

2. CONOCIMIENTOS Y FACTORES ESPECÍFICOS DE LA CONDUCTA.

A continuación se registran los resultados sobre la presencia de las conductas nutricionales así como las características de éstas prácticas, las que en el Modelo de Pender se corresponde con Conocimientos y Afectos específicos de la conducta (beneficios, barreras, auto eficacia percibida, apoyo e influencia social).

Para determinar la práctica de la conducta saludable de LME (igual a seis meses, sin adicionar ningún otro líquido o sólido), se cruzaron variables como duración de la LME, los conocimientos acertados acerca de esta conducta, así como la edad de los pequeños; de igual forma se realizaron cruces de variables como la edad de los niños (seis meses cumplidos en adelante).

Para determinar la AC como saludable, se realizaron cruces de variables como la edad de los niños, criterios de las madres sobre calidad e inocuidad y conocimientos acertados sobre AC.

Tabla 4. Tipo de alimentación brindada a los niños

| Variable | n | % |
|---|-----|----|
| ¿Brinda leche materna a su niño(a)? (N=130) | | |
| Si | 111 | 85 |
| No | 19 | 15 |
| ¿Ha adicionado algún otro alimento además de la leche materna? (n= 25) | | |
| Si | 11 | 44 |
| No | 14 | 56 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

En cuanto al tipo de alimentación ofrecido por las madres a los niños, fue evidente que el 85% (n=111) de las mujeres encuestadas lactaban a sus hijos y solo el 15% (n=19) de ellas no lo hacía; también se observó que el 44% (n=11) de las madres con niños con edad menor a seis meses(25niños), brindaban además de la leche materna, otro tipo de alimentos, entre los que se encontraban otras leches (de tarro ó vaca), líquidos y alimentos blandos mientras el 56% (n=16) de ellas aun no habían incorporado a la dieta de sus hijos otro tipo de alimento.

Tabla 5. Lactancia materna exclusiva

| Duración lactancia materna exclusiva | Estadístico N=130 |
|---|------------------------------|
| Media | 4,85 |
| Mediana | 6,00 |
| Varianza | 3,169 |
| Desv. Típ. | 1,780 |
| Mínimo | 0 |
| Máximo | 9 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

Al indagar a las 130 madres acerca del tiempo que llevaban alimentando o que alimentaron a sus hijos únicamente con leche materna; la mayoría de ellas respondieron 6 meses (mediana). Aunado a esto se encontró que la edad promedio de LME fue de 4,85 meses (media aritmética), valor que se encuentra por encima de la media nacional que es de 2.1 meses. **TABLA 5.**

2.2. CONOCIMIENTOS Y AFECTOS ESPECÍFICOS PARA CADA CONDUCTA NUTRICIONAL

Siguiendo el Modelo Nola Pender se considero dentro del componente Conocimientos y afectos específicos de la conducta saludable, varios factores entre ellos, los conocimientos relacionados con cada una de las conductas (LME, AC, lactancia mixta), autoeficacia percibida, la Percepción de Beneficios y Barreras afectos específicos para cada conducta y finalmente Influencias tanto situacionales como interpersonales.

Tabla 6. Conocimientos en lactancia materna exclusiva

| Variable | n | % |
|-----------------|----------|----------|
|-----------------|----------|----------|

| ¿Sabe usted que la lactancia materna exclusiva? (N=130) | | |
|---|-----|------|
| Si | 96 | 74 |
| No | 34 | 26 |
| Concepto sobre lactancia materna exclusiva (n=96) | | |
| Solo leche materna durante los primeros seis meses de vida | 80 | 83,3 |
| Confusión con alimentación complementaria | 2 | 2,1 |
| No tiene claro el concepto | 14 | 14,6 |
| ¿Hasta qué edad debería alimentar solamente con leche materna a su hijo(a)? (N= 130) | | |
| 2 a 5 Meses | 4 | 4 |
| 6 Meses | 117 | 90 |
| 7-24 Meses | 9 | 6 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

En lo que se refiere a los conocimientos que tenían las 130 madres, es claro que la mayoría (74% n= 96) afirmaban tener el concepto LME, mientras el 26% de ellas respondió que no tenía conocimientos sobre el tema; de las madres que consideraban saber que era la LME, un porcentaje importante (83,3% n=80) respondió con precisión, es decir tenían claro el concepto; el 2% de las encuestadas lo confundía con el concepto de alimentación complementaria (AC).

Para corroborar si en realidad las madres contaban con conocimientos claros acerca de la LME, se realizó una pregunta de control a las 130 madres, sobre la edad hasta la que debía ofrecerse únicamente leche materna a los niños; la mayoría de las madres (90% n=117) consideraban que está debía brindarse hasta los 6 meses. Sin embargo el 4% de madres plantearon que la LME debía brindarse hasta los 2 y los 5 meses.

Tabla 7. Conocimientos en lactancia materna mixta

| Variable | n | % |
|--|----|----|
| ¿Sabe que es la lactancia mixta? (N=130) | | |
| Si | 49 | 38 |
| No | 81 | 62 |
| ¿Qué es? (n=49) | | |
| Confusión con alimentación complementaria | 33 | 67 |
| Alimentar al niño con leche materna + leche de tarro | 16 | 33 |
| ¿Considera que es igual alimentar con leche materna que con leche artificial a su hijo? (N=130) | | |

| | | |
|---------|-----|----|
| Si | 5 | 4 |
| No | 120 | 92 |
| No sabe | 5 | 4 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010

Acerca del tipo de alimentación que podría ser ofrecido por las madres a los niños, se encontró que el 38% (n=49) de las madres respondió que tenían conocimientos acerca de la lactancia materna mixta, y un porcentaje importante de ellas (62% n=81) no lo conocían; también se encontró que del grupo de madres que consideraban tener conocimientos acerca de la LME, el 67% (n=33) de ellas confundían el concepto con la alimentación complementaria, mientras el 33% (n=16) poseía conocimientos claros acerca de la LMM. Fue evidente que las mujeres encuestadas, reconocen que alimentar a sus hijos con leche de tarro no es lo mismo que proporcionarles leche materna, ya que algunas consideran que la leche de tarro no les proporciona los nutrientes necesarios para el crecimiento de sus hijos entre otras razones.

Tabla 8. Conocimientos relacionados con alimentación complementaria

| Variable | N | % |
|--|----|----|
| ¿Sabe que es alimentación complementaria? (N=130) | | |
| Si | 49 | 38 |
| No | 81 | 62 |
| ¿Qué es? (n=49) | | |
| No tiene claro el concepto | 33 | 67 |
| Adicionar otros alimentos +Leche materna | 16 | 33 |
| 4 A 5 Meses | 5 | 4 |
| 6 Meses | 87 | 67 |
| 7 Meses | 11 | 8 |
| 8 a 12 Meses | 12 | 9 |
| No sabe | 15 | 12 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010

Respecto al conocimiento que tenían las 130 mujeres encuestadas sobre la alimentación complementaria, la mayoría (62%; n=81) no saben que es además, aquellas que afirmaron saber acerca del concepto AC. El 67%(n=33) no tiene claro el concepto y solo un 33% respondió de manera correcta pues afirmaron que consistía en adicionar otros alimentos además de la leche materna a su hijo. En cuanto a la edad a la cual se debía iniciar este tipo de

alimentación (A. complementaria), la gran mayoría de las madres respondieron que a los seis meses (67%; n=87).

Tabla 9. Percepción de beneficios relacionados con LME

| Variable | n | % |
|---|-----|----|
| ¿Considera que es buena productora de leche materna? (n=25) | | |
| Si | 20 | 80 |
| No | 5 | 20 |
| ¿La lactancia materna exclusiva tiene beneficios para su hijo? (N=130) | | |
| Si | 117 | 90 |
| No | 2 | 2 |
| Nosabe | 11 | 8 |
| ¿La lactancia materna exclusiva tiene beneficios para usted? (N=130) | | |
| Si | 77 | 59 |
| No | 11 | 9 |
| No sabe | 42 | 32 |

Continuación Tabla 9.

| Variable | n | % |
|--|-----|----|
| ¿Cree que el niño se alimenta bien si recibe únicamente leche materna hasta los seis meses de edad? (N=130) | | |
| Si | 119 | 91 |
| No | 6 | 5 |
| No sabe | 5 | 4 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

De las madres con hijos menores a seis meses, el 80% (n=20) consideraron que son buenas productoras de leche, frente a un 20% (n=5) que afirma lo contrario; por otro lado el 90% (n=117) de las 130 participantes del estudio manifestaron conocer las bondades de la leche materna para su hijo, pues ellas consideran que sirve para aumentar las defensas, prevenir enfermedades, promueve el crecimiento y desarrollo del niño, mientras que un pequeño porcentaje (10%) manifestaron que no tenía beneficios o simplemente no los conocen; cuando se indagó sobre los beneficios de la lactancia materna para la mujer, entre las respuestas se registró que el 59% (n=77) afirmó si tenía beneficios para ellas iniciando por que mejora el vínculo afectivo mama-hijo, permite ahorrar dinero, sirve como método de planificación, ayuda a prevenir enfermedades como el cáncer de mama y ayuda a perder el peso ganado durante el embarazo, sin embargo, el 32% (n=42) no sabe sobre ningún beneficio y solo el 9% (n=11) definitivamente cree que al amamantar no tiene beneficios para ellas.

El 91% (n=119) de las mujeres consideraron que alimentaban bien a su hijo si recibía únicamente leche materna hasta los seis meses de edad.

Tabla 10. Percepción de barreras relacionadas con LME

| Variable (N=130) | n | % |
|--|-----|----|
| ¿Cuál fue la razón por la que dejó de lactar a su hijo? | | |
| No aplica (aun lo lacta) | 111 | 85 |
| Poca producción de leche | 4 | 3 |
| Enfermedad | 4 | 3 |
| Ya no la necesita | 11 | 9 |
| ¿Se le ha presentado algún problema para amamantar? | | |
| Si | 19 | 15 |
| No | 111 | 85 |

Continuación Tabla 10.

| variable | n | % |
|--|-----|----|
| ¿Se siente incómoda al lactar a su hijo en público? (N=130) | | |
| Muchas veces | 4 | 3 |
| Algunas veces | 29 | 22 |
| Nunca | 97 | 75 |
| ¿Alguna vez se ha sentido criticada por amamantar? | | |
| Si | 17 | 13 |
| No | 113 | 87 |
| ¿De quién ha recibido estas críticas? | | |
| No aplica (No ha recibido críticas) | 114 | 87 |
| Gente de la calle | 11 | 9 |
| Esposo | 1 | 1 |
| Amigas | 4 | 3 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

Del grupo de madres que dejaron de lactar a sus hijos, el 9% (n=11) afirmó que lo hicieron por que el niño ya no la necesitaba, mientras que el 3% (n=4) presentaba alguna enfermedad o tenía poca producción de leche. El 15% (n=19) de las madres presentaron alguna dificultad para amamantar entre las más comunes están: pezones no aptos para la lactancia, problemas en la producción de leche, problemas en los pezones dolor, agrietamiento, infección otras afirman que el niño no recibió más. El 75% de las 130 mujeres encuestadas nunca se han sentido incómodas al lactar a su hijo en público, solo el 3% (n=4) afirma que muchas veces se han sentido incomodas; a demás

el 13% se ha sentido criticada por amamantar, especialmente por gente de la calle, su esposo o sus amigas.

Tabla 11. Percepción de beneficios relacionados con alimentación complementaria

| Variable | n | % |
|--|----|----|
| ¿Cree que la alimentación complementaria tiene beneficios para el niño(a)? (n=105) | | |
| Si | 76 | 72 |
| No Sabe | 29 | 28 |
| ¿Cree que brindar alimentación complementaria a su niño(a) tiene beneficios para usted? (n=105) | | |
| Si | 38 | 36 |
| No | 48 | 46 |
| No Sabe | 19 | 18 |

Continuación Tabla 11.

| Variable | n | % |
|---|-----|----|
| ¿Cree que es necesaria la leche materna para un niño mayor de seis meses de edad? (N= 130) | | |
| Si | 97 | 75 |
| No | 16 | 12 |
| No sabe | 17 | 13 |
| ¿Cree que su niño(a) necesita de alimentos diferentes a la leche materna antes de los seis meses? (N= 130) | | |
| Si | 24 | 18 |
| No | 106 | 82 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

Se encontró que el 72% (n=76, de 105) de las madres que hacen parte del estudio, creen que la alimentación complementaria tiene beneficios para el niño, ellas afirman que los nutren mas, permite su crecimiento y desarrollo y evita enfermedades, mientras que el 28% (n=29) restante afirma que no sabe; se encontró además que el 36% (n=38) de las mujeres cree que brindar alimentación complementaria a su niño tiene beneficios para ellas, porque permite mayor independencia, mayor disponibilidad de tiempo, posibilidad de delegar el cuidado, evita preparar comidas exclusivas y ayuda a la salud de la madre (recuperar peso) frente a un 18% (n=19) que no sabe o desconoce la existencia de beneficios.

El 75% (n=97) de las 130 madres creen que si es necesaria la leche materna para un niño mayor de seis meses de edad, mientras que el resto (13% n= 17) o no sabe o piensa lo contrario, el 82% (n=106) asumen que no necesita de

alimentos diferentes a la leche materna antes de los seis meses por que la leche tiene todo lo necesario o si se da le puede hacer daño, otras 14% no están de acuerdo con lo anterior, consideran que el niño queda con hambre o lo necesita para un mejor crecimiento, además el 97% de las madres piensa que su niño(a) si necesita de alimentos diferentes a la leche materna después de los seis meses por que permite su crecimiento y desarrollo, constituye un complemento debido a que el niño tiene mayores requerimientos por lo tanto la leche sola no es suficiente, del grupo de madres que consideran que no necesita alimentos (3%) cree que solo la leche ayuda a mantener la salud del pequeño.

Tabla 12. Percepción de barreras relacionadas con alimentación complementaria

| Variable | n | % |
|---|----|----|
| Considera que los alimentos que recibe el niño(a) son suficientes? (N=105) | | |
| Si | 76 | 72 |
| No | 29 | 28 |
| ¿Qué su niño(a) le reciba los alimentos generalmente es? (N=105) | | |
| Muy fácil | 38 | 36 |
| Fácil | 48 | 46 |
| Nada fácil | 19 | 18 |
| ¿Qué hace para que su niño(a) coma? (N=105) | | |
| Le juego/ le hablo | 20 | 19 |
| Le juego/ le hablo le insisto /le grito/ Lo obligo | 1 | 1 |
| Le insisto/le grito/lo obligo | 4 | 4 |
| No aplica (si el niño come bien) | 80 | 76 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010

En general el 72% (n=76, de las 105 madres con hijos en una edad igual o superior a seis meses) de las madres consideran que los alimentos que reciben los niños son suficientes, porque quedan llenos, el niño se ve saludable o la dieta que ofrecen es balanceada. Para el 46% (n=48) de las madres encargadas del cuidado nutricional de los niños les es Fácil que su niño le reciba los alimentos, seguido por el 36% (n=38) que consideran que es muy fácil, frente al 18% (n=19) para quienes es nada fácil que el niño reciba los alimentos, en estos casos las madres hacen uso de algunas estrategias entre las que se encuentran jugarles o hablarles (19% n=20), otras en cambio le insisten, le gritan o simplemente lo obligan.

Tabla 13. Calidad e inocuidad relacionadas con alimentación complementaria

| Variable (n=105) | n | % |
|---|----------|----------|
| ¿Qué tiene en cuenta para manipular y preparar los alimentos para su hijo? | | |
| Lavarse las manos | 70 | 67 |
| Lavar los alimentos | 22 | 20 |
| Lavar los utensilios | 2 | 2 |
| Buena cocción | 2 | 2 |
| Otras | 9 | 9 |

Continuación Tabla 13.

| Variable | n | % |
|--|----------|----------|
| ¿Las comidas que se preparan solo para el niño se preparan para? | | |
| Para todo el día | 19 | 18 |
| Cada vez que va a comer | 45 | 43 |
| Unas para el día, otras cada vez | 29 | 28 |
| No le preparan exclusivamente | 12 | 11 |
| ¿Cuántas veces al día come el niño (a) alimentos diferentes a la leche materna? | | |
| 0 A 2 Veces | 9 | 9 |
| 3 Veces | 26 | 25 |
| 4 Veces | 23 | 22 |
| 5 Veces | 26 | 25 |
| 6 A 10 Veces | 21 | 19 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

Las 105 madres encuestadas consideraron como prácticas importantes para manipular y preparar los alimentos para su hijo: lavarse las manos el 67% (n=70), el 20% (n=22) de ellas lavan los alimentos, el 2% (n=2) lavan los utensilios, se cercioran de una buena cocción, se aseguran del buen estado de los alimentos y verifican que no estén vencidos, El 43% (n=45) de las madres que administran A.C. preparan las comidas para sus pequeños cada vez que van a comer, el 28% (n=29) unas para el día, otras cada vez, seguidas por el 18% (n=19) que corresponden a las madres que preparan alimentos para todo el día, otras en cambio (11% n=12) no les preparan exclusivamente las comidas. La mayoría de las madres (25% n=26) brindan alimentos a sus hijos entre 3 a 5 veces al día, un 3% administra alimentos 10 veces al día, aunque el 2% solo brinda alimentos a sus hijos 1 o 2 veces en el día.

Tabla 14. Alimentos brindados por parte de las madres con mayor frecuencia en la última semana.

| Grupo alimenticio | 7 a 12 meses Frecuencia con que brindaba los alimentos | 13 a 24 meses Frecuencia con que brindaba los alimentos |
|---|---|---|
| Variable (n=105) | (n=48) | (n=57) |
| Cereales (frijol, arveja, garbanzo, arroz, pasta, pan) / tubérculos (plátano, yuca, papa) | 64 | 89 |
| Frutas, verduras hortalizas | 61 | 82 |
| Lácteos(leche de fórmula, leche en polvo o de vaca, queso, kumis, yogurt) | 42 | 67 |
| Carnes (res, pollo, pescado, vísceras) | 168 | 210 |
| Huevo | 13 | 46 |
| Aceites o grasas | 26 | 40 |
| Dulces | 29 | 41 |
| Bienestarina | 30 | 47 |
| Suplementos vitamínicos | 9 | 15 |
| Café | 11 | 15 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010"

Para reconocer la variabilidad y pertinencia con la que se suministran los alimentos de acuerdo con las edades de los niños entre los 7 a los 24 meses, se realizó un listado de alimentos de los cuales las madres debían seleccionar aquellos que hubiese suministrado en la última semana. La Tabla 14 muestra los resultados por cada ítem, que para los cuatro primeros corresponden a la agrupación de dos o más alimentos del mismo grupo.

Al realizar el análisis de los resultados, se hace la aclaración sobre la frecuencia ya que no coincide con el número de madres encuestadas (n=105) para este aspecto, esto se debe a que en el instrumento las madres podían seleccionar varias opciones como respuesta teniendo en cuenta los alimentos que brindaron a sus hijos(as) con mayor frecuencia 7 días previos a la aplicación de la encuesta, sin embargo se encontró que el alimento que fue administrado con mayor frecuencia a los niños que se encontraban en el rango de edad de los 7 a 12 meses (n=43), tal como se observa en la tabla, fue el pollo o gallina, carne y huevo este último solo se recomienda suministrar a los pequeños después del primer año de vida. En segundo lugar se encuentran los cereales o sus derivados como arroz, pasta pan, arepa y tubérculos tipo papa, yuca y plátano, en tercer lugar se encuentran las frutas en jugo o enteras;

además suministraban bienestarina, preparada en colada, los aceites o grasas aparecen en el quinto lugar de frecuencia, por último administraban dulces tipo golosinas, gaseosas o refrescos , también se encontró que en la última semana habían suministrado café, alimento poco nutritivo y no indicados para la edad de los niños. El tipo de alimentación de los niños entre los 13 a 24 meses de edad (n=57), difiere muy poco de los pequeños que se encuentran en rango anterior, las madres también administraban proteínas en forma de carnes como pollo o gallina, y en mayor frecuencia el huevo, en segundo lugar, ofrecían cereales y sus derivados como arroz, pasta pan, arepa y tubérculos tipo papa, yuca y plátano; mientras otro grupo administraba frutas en jugo o enteras; en tercer lugar se encontraron los lácteos tipo queso, kumis o yogurt, leche de vaca y de formula, fue evidente además que administraban bienestarina en colada, preparada teniendo en cuenta las indicaciones del empaque, aún cuando algunas le agregaban frutas como la guayaba. Sin dejar de lado en porcentajes menores las golosinas y dulces, alimentos de paquete, café o té de forma similar al grupo de niños de 7 a 12 meses, con la particularidad de que después del año las madres administran mas alimentos dulces.

Tabla 15. Autoeficacia percibida

| Variable (N=130) | n | % |
|--|----------|----------|
| ¿Cómo se califica en relación con el cuidado que brinda a su hijo? | | |
| Buena | 124 | 95 |
| Regular | 6 | 5 |
| ¿Considera que puede hacer algo para mejorar la forma en que alimenta a su hijo(a)? | | |
| Si | 71 | 55 |
| No | 7 | 5 |
| No necesita mejorarla | 52 | 40 |
| ¿Además de usted quien se encarga de la alimentación de su niño? | | |
| Solo usted | 79 | 61 |
| Otros | 51 | 39 |
| ¿Considera que los alimentos que elige para brindar al niño contienen los nutrientes que necesita? (105) | | |
| Siempre | 56 | 53,3 |
| Casi Siempre | 49 | 46,7 |
| ¿Cómo se califica usted misma en relación con la elección y preparación de los alimentos que da a su niño(a)? (105) | | |
| Buena | 93 | 88 |
| Regular | 12 | 12 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de

De las 130 mujeres encuestadas el 95% (n=124) se califican como buenas en relación con el cuidado que brindaban a sus hijos, debido a que permanecen pendientes de su cuidado y de brindar lo necesario a sus pequeños; por otro lado el grupo de mujeres que se consideran regulares (5% n=6) reconocen que les hace falta conocimientos y experiencia, para otras influye sus cambios en el estado de ánimo, la falta de tiempo que conlleva a delegar el cuidado de sus hijos a otras personas lo que no permiten que su desempeño sea el mejor, como ellas quisieran, aunque cabe destacar que ninguna de las madres se calificó como deficiente en relación con el cuidado que proporcionaba a sus hijos.

Al preguntarles sobre si consideraban que podían hacer algo para mejorar la forma en que alimentaban a sus hijos, el 55% (n=71) (que corresponden a la mayoría) coincidieron en afirmar que si podrían lograrlo, adquiriendo conocimientos adecuados, creando un buen hábito alimenticio, escogiendo mejor lo que se le brinda a sus pequeños, teniendo en cuenta buenos hábitos higiénicos y dedicando más tiempo para jugar sus hijos, el 40% (n=52) afirmó que no necesitan mejorarla, mientras que el 5% (n=7) responden que no necesitaban mejorar nada, cuando se indagó sobre quien se encarga de la alimentación de su niño, el 61% (n=79) de las madres participantes respondieron estar solas a cargo del cuidado nutricional de sus hijos, aunque el 39% (n=5) restante afirmaban que esta labor estaba a cargo de otras personas como la abuela materna, la tía, el papá o los hermanos del niño lo que evidencia que aunque la mayoría de las madres se dedican exclusivamente al pequeño, también existen madres que delegan el cuidado a personas cercanas para que lo hagan, ya sea por falta de tiempo o simplemente quieren hacer partícipes al resto de la familia.

De otra parte el 88% (n=93) de las mujeres se calificaron como buenas en relación con la elección y preparación de los alimentos para su niño, puesto que se preocupan por elegir lo mejor y tienen en cuenta la limpieza en la preparación de los alimentos para evitar enfermedades, del grupo de madres que se consideran como regulares que corresponde al 12% (n=12) afirman que en ocasiones la elección de los alimentos es poco adecuada, generalmente por falta de recursos económicos.

Tabla 16. Afecto relacionado

| Variable (N=130) | n | % |
|--|-----|------|
| ¿Qué hace mientras alimenta a su niño(a)? | | |
| Le hablo/acaricio/miro | 103 | 73,1 |
| Le juego | 8 | 6,2 |
| Otras | 10 | 7,7 |
| Nada | 17 | 13,1 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

Al indagar acerca de manifestaciones de afecto al momento de alimentar a los niños, el 73,3%(n=103)de las 130 madres encuestadas afirmo hablar, acariciar y/o mirar a sus pequeños, el 6,2% les juegan, el 7,7% mostrado como otras hace referencia a aquellas madres que respondieron ver televisión, escuchar música, realizar oficios domésticos. El 13,1no realizan ninguna manifestación de cariño a sus niños mientras los alimentan.

Tabla 17. Influencias situacionales e interpersonales de las madres

| Variable (N=130) | n | % |
|--|-----|----|
| ¿De quién ha recibido la información relacionada con LME y AC ? | | |
| Madre FAMI | 101 | 78 |
| Médico | 76 | 59 |
| Enfermera | 54 | 42 |
| ¿La lactancia materna afecta sus senos? | | |
| No sabe | 4 | 3 |
| Si los afecta pero no me preocupa | 62 | 48 |
| Si los afecta y me preocupa | 6 | 5 |
| No los afecta | 58 | 44 |
| ¿Considera que es agradable lactar a su hijo? | | |
| Siempre | 118 | 91 |
| Casi siempre | 11 | 8 |
| Casi nunca | 1 | 1 |

Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los dos años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010

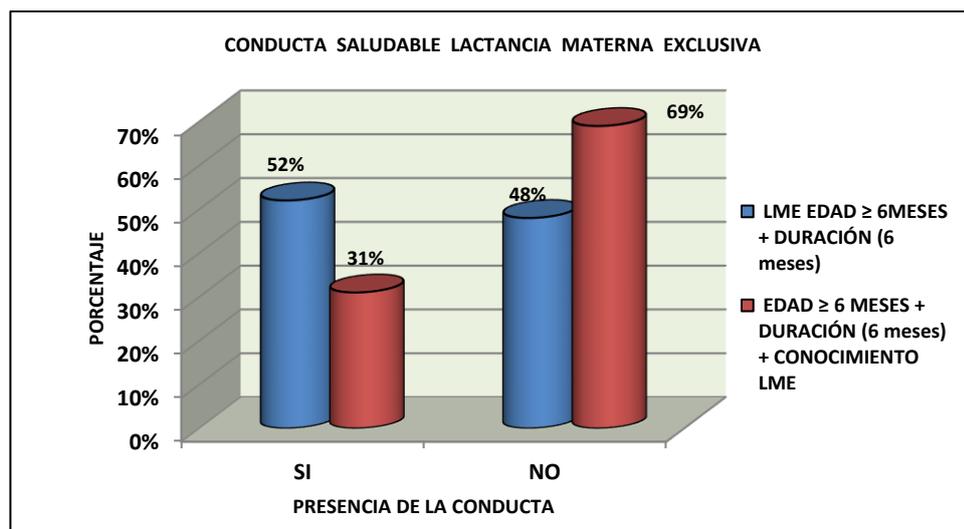
Con respecto a la persona que brindaba información sobre lactancia materna y alimentación complementaria en caso dudas, fue una pregunta para la cual las 130 madres encuestadas podían responder afirmativamente a más de una opción. De ellas el 78%(n=101) afirmaron que la recibían de las madre FAMI lo

que deja ver que el papel de estas personas es vital para mejorar las practicas de cuidado de las madres, del personal de salud recibieron información en el 59%(n=76) del médico y solo el 42%(n=54) de la enfermera, situación que revela que no se está cumpliendo con la función de difusión de información sobre conductas saludables, otras en cambio deciden consultar con la mamá, hermana, amiga, vecina u otras personas. Asociado con lo anterior se preguntó si creían que la lactancia materna afectaba sus senos, el 48% (n=62) coinciden en que si los afecta pero no les preocupa, el 44% (n=58) cree que no los afecta, solo el 5% (n=6) afirman que si los afecta y les preocupa; el 91% (n=118) de las madres encargadas del cuidado nutricional de sus pequeños considera que siempre es agradable lactar a su hijo, el 8% (n=11) casi siempre y en menor porcentaje (1%) (n=1) afirma que casi nunca.

FACTORES RELACIONADOS CON LACTANCIA EXCLUSIVA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Después de haber identificado factores relacionados y no relacionados con las dos conductas saludables mediante el análisis univariado y con el propósito de identificar los factores que se aproximen a explicar la adopción de conductas saludables en madres del estudio, se presenta a continuación un análisis bivariado de dichos factores frente a la presencia de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.

Gráfico 1. Distribución porcentual Conducta saludable de Lactancia Materna Exclusiva, Comuna 2, Popayán, año 2009-2010

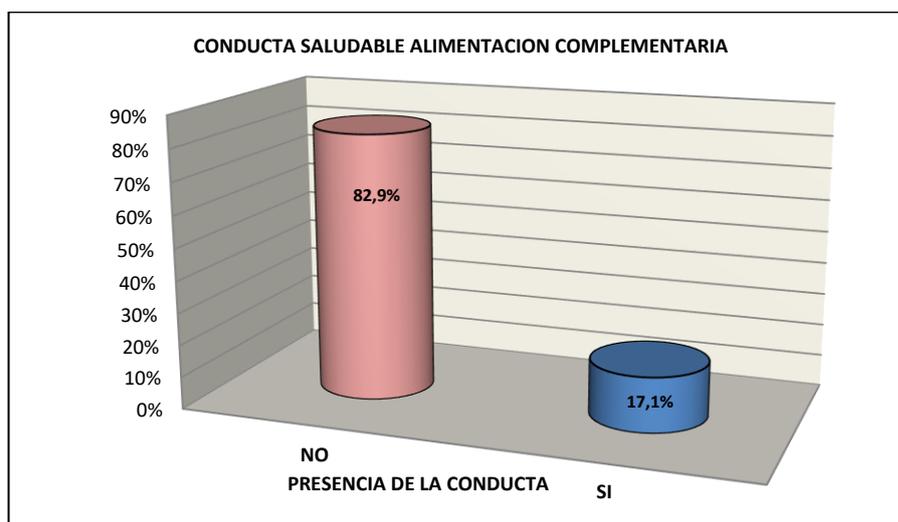


Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

En el estudio 105 niños (81%) cumplían con el principal criterio para evaluar la conducta, es decir su edad era igual o superior a 6 meses, de ellos (55 niños) habían recibido leche materna de manera exclusiva hasta los 6 meses (sin incluir ningún otro líquido o alimento) un 52%. Al agregar el último criterio considerado por las investigadoras para calificar la conducta de LME como saludable (conocimientos acertados de las madres acerca de la conducta saludable LME), se encontró que un 31% (33 niños) cumplían finalmente con la conducta.

Aunado a esto se encontró que la edad promedio de LME fue de 4,85 meses (media aritmética), valor que se encuentra por encima de la media nacional que es de 2.1 meses.

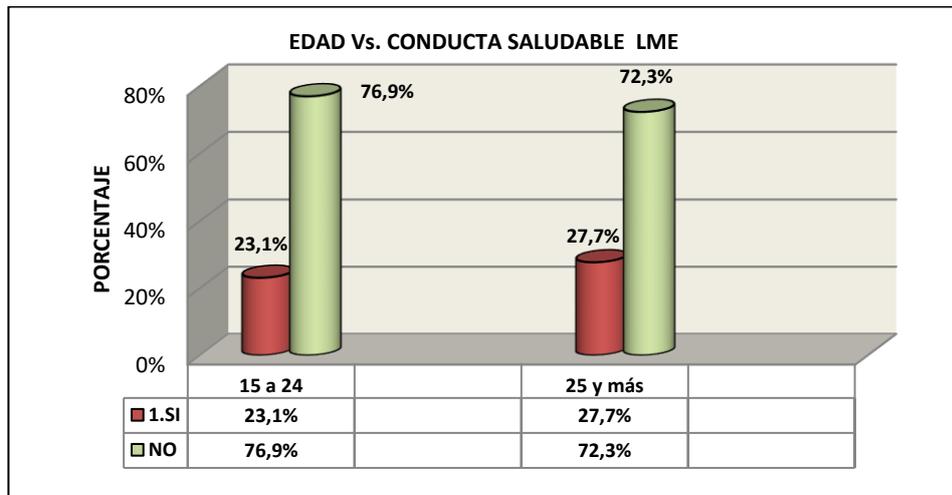
Gráfico 2. Distribución porcentual Conducta saludable de Alimentación Complementaria, Comuna 2, Popayán, año 2009-2010.



Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

Respecto a la práctica de la Alimentación Complementaria (AC) como conducta saludable, se encontró que el 82,9% de las madres encuestadas no presentan la conducta de AC, pues al brindar los alimentos no tenían en cuenta criterios como la edad de inicio, la calidad e inocuidad en la conservación y preparación de los alimentos, a pesar de que la mayoría de ellas tenían claro el concepto que definían como es adicionar otros alimentos además de leche materna. El 17,1% restante asumían la AC como conducta nutricional saludable pues ofrecían a sus pequeños AC de acuerdo con los criterios anteriormente mencionados. **Gráfico 2.**

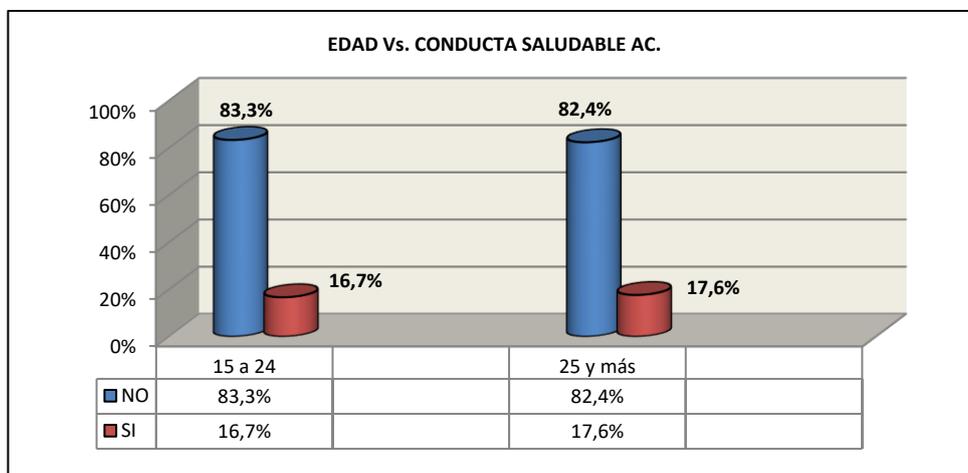
Gráfico 3. Distribución porcentual Edad Vs. conducta saludable LME de las madres encuestadas, comuna 2, Popayán, 2009-2010.



Fuente: “Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

Al relacionar la edad (la distribución de los dos rangos de edad se encuentran en igual porcentaje) con la conducta LME de se obtuvo que el comportamiento en el grupo de madres jóvenes 15 a 24 años de edad (n=65) es de 23.1% en cuanto a la adopción de la conducta saludable de LME y aquellas mujeres que contaban con edad superior a 25 años (n=65), presentaron mayor cumplimiento de la conducta, esto asociado a una experiencia previa de lactancia en la mayoría de las madres de este rango de edad, tal como queda evidenciado en el **gráfico 3**.

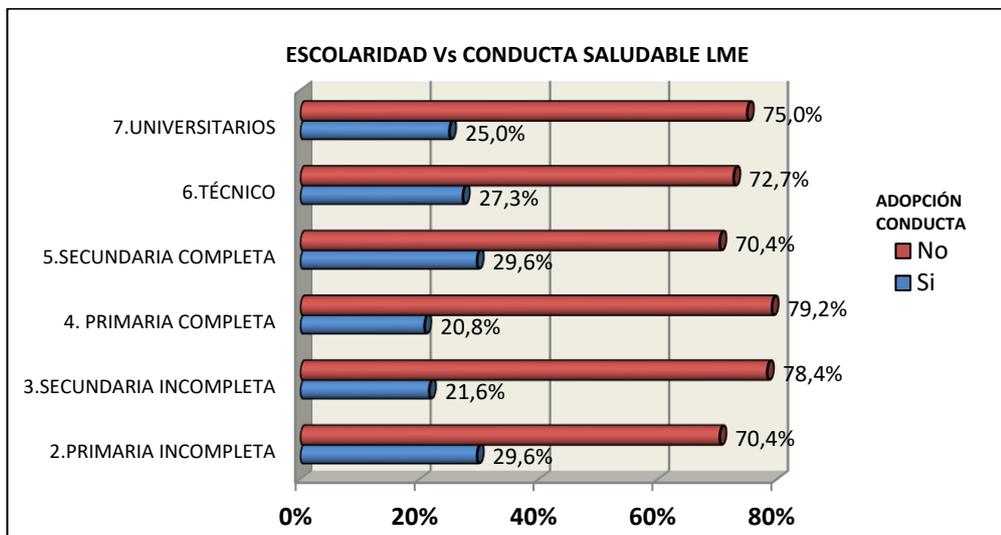
Gráfico 4. Distribución porcentual de las madres encuestadas según edad Vs. conducta saludable AC. Comuna 2, Popayán, año 2009-2010.



Fuente: “Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

En el gráfico 4. Se observa que de las 105 mujeres encuestadas, la mayoría se encuentran en el rango de edad de 15 a los 24 años (mujeres jóvenes), las madres de menor edad, presentan una conducta de alimentación complementaria en menor porcentaje que las madres que se encuentran entre los 25 años y más quienes presentan mejor adopción de la conducta de alimentación complementaria, situación que se asimila con la de lactancia materna exclusiva. (Chi- cuadrado de Pearson 0,0368).

Gráfico 5. Distribución porcentual del nivel de escolaridad de las madres encuestadas Vs conducta saludable LME Comuna 2, Popayán, año 2009-2010.

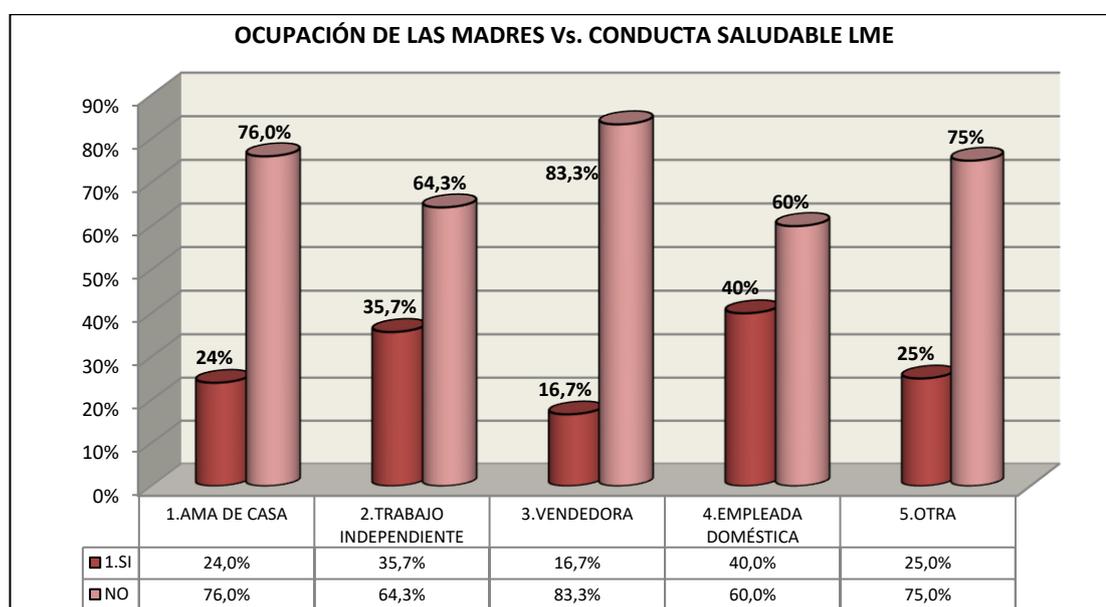


Fuente: “Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

Al establecer la relación entre escolaridad versus conducta saludable LME se encontró que las madres que cuentan con primaria incompleta y secundaria completa son quienes presentan mayor adopción de la conducta saludable (29,6%), sin embargo en mayor porcentaje se encuentran las madres que a pesar de contar con algún grado de escolaridad, no cumplen con los criterios establecidos para una conducta saludable lo que sugiere que la

escolaridad no guarda relación con la adopción de la conducta saludable, dichos resultados pueden apreciarse en el **gráfico 5**.

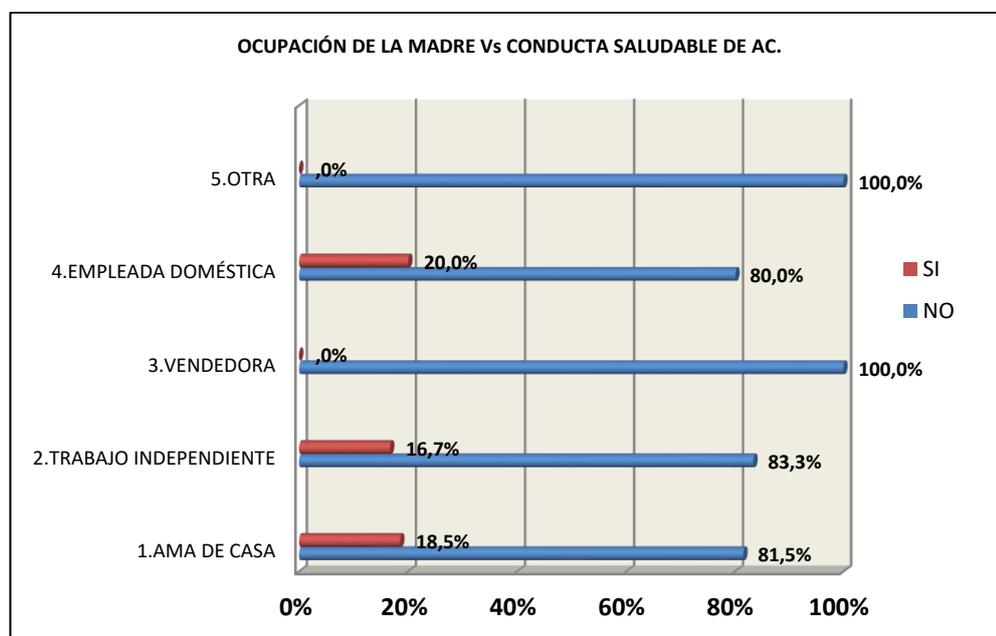
Gráfico 6. Distribución porcentual ocupación Vs. conducta saludable LME de las madres encuestadas, Comuna 2, Popayán, año 2009-2010



Fuente: “Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

El estudio buscó la existencia de alguna relación entre el tipo de Ocupación materna y la conducta de Lactancia materna exclusiva, en el que se encontró que son las mujeres que trabajan como empleadas domésticas, quienes presentan mayor adopción de la conducta saludable (40%) frente a las madres que tienen alguna ocupación, mientras las mujeres que tienen como ocupación ser amas de casa, de quienes se esperaba mayor cumplimiento de la conducta de LME al disponer de mayor tiempo para el cuidado nutricional de sus hijos, se constituyen en el grupo de madres con menor porcentaje de adopción de la conducta (24%). Ver Gráfico 6.

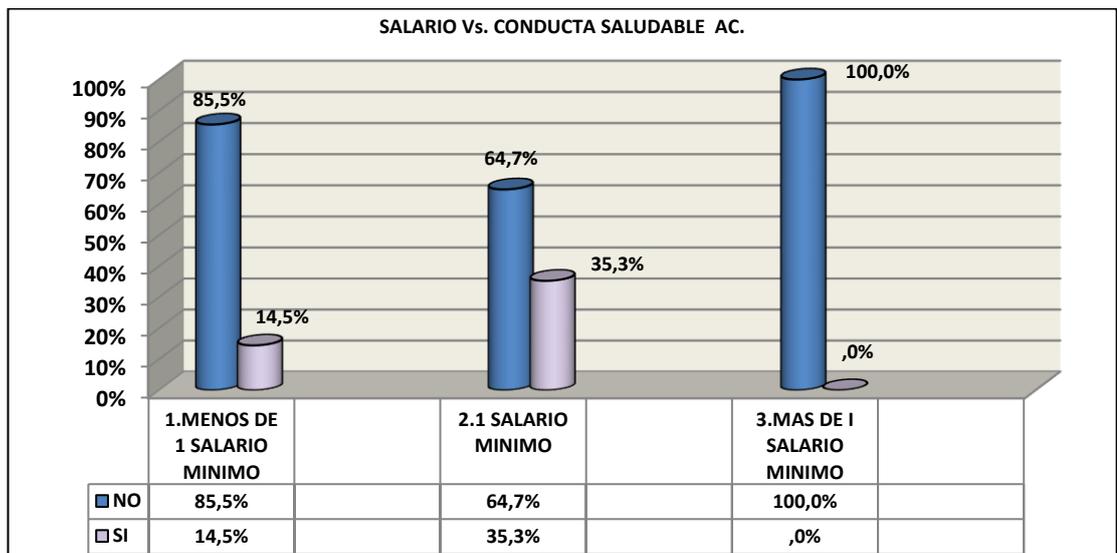
Gráfico 7. Distribución porcentual de la ocupación de las madres encuestadas Vs conducta saludable AC. Comuna 2, Popayán, año 2009-2010.



Fuente: “Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

Al establecer la relación entre ocupación versus conducta saludable AC, se observa que en porcentajes similares, (80% y 100%) las madres no presentaban la conducta saludable de alimentación complementaria, cabe destacar que aquellas madres que cuentan con alguna ocupación presentan mayor porcentaje de adopción de la conducta, que aquellas que manifiestan ser amas de casa, estos resultados son similares con los encontrados para lactancia materna exclusiva, como se muestra en el **gráfico 7**.

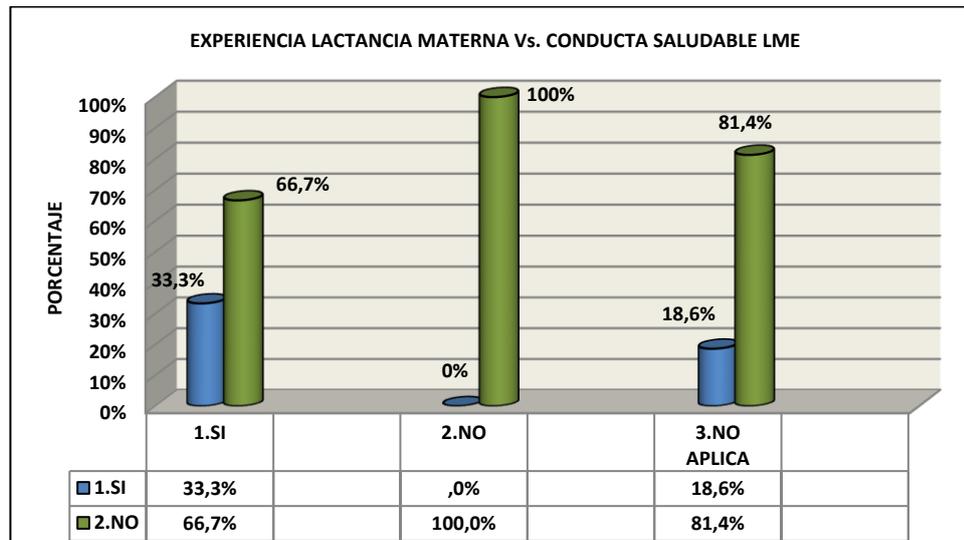
Gráfico 8. Distribución porcentual de los ingresos económicos familiares de las madres encuestadas Vs conducta saludable AC. Comuna 2, Popayán, año 2009-2010.



Fuente: “Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

Al establecer la relación entre salario y presencia de la conducta saludable de AC, se encontró que quienes contaban con menos de 1 SMLV en su mayoría (85,5%) no cumplían con la conducta saludable AC y solo el 14,5% si la cumplían; de las madres en cuyos hogares se devengaba 1SMLV, el 64,7% de ellas no practicaban la conducta saludable AC, mientras el 35,3% si la practicaban; por último se halló que el 100% de las madres que contaban con más de 1SMLV no mantenían la conducta saludable de A.C; dichos resultados presentan significancia estadística,(P= 0.06) **Gráfico 8.**

Gráfico 9. Distribución porcentual de las madres encuestadas según experiencia en lactancia materna, Vs. conducta saludable Comuna 2, Popayán año 2009-2010.

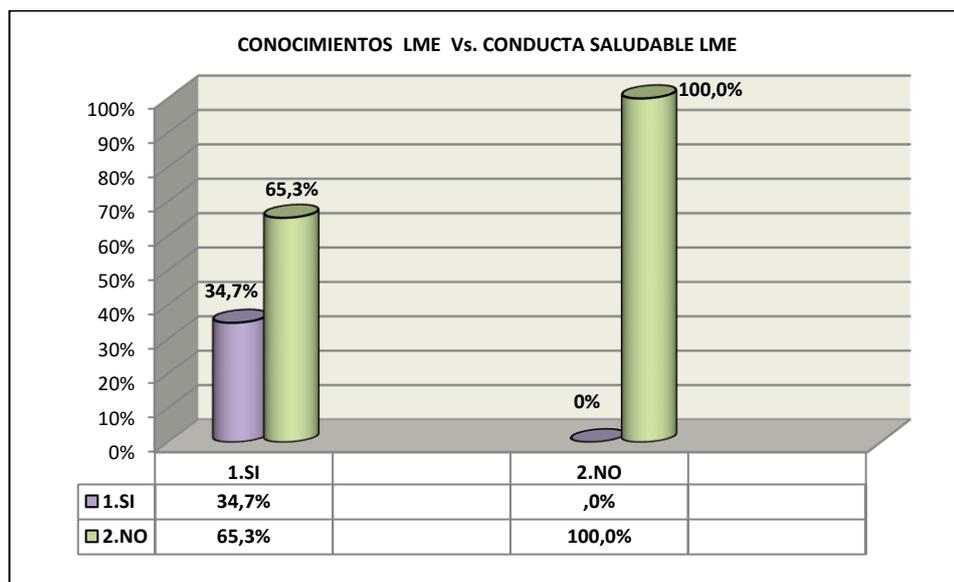


Fuente: "Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

La validación de la experiencia como factor que interfiere en la adopción de la conducta saludable fue observada para este estudio, encontrándose que de las 130 madres encuestadas 66 (51%) de ellas había tenido experiencia en lactancia con hijos previos a los del estudio. De este grupo, en el 33,3%(n=22) efectivamente cumplieron a cabalidad con el tiempo y con la exclusividad de suministrar únicamente leche materna a sus hijos. El 66,7% restante(n=44), si bien habían tenido una experiencia previa de lactancia, para el momento del estudio no cumplían con la adopción de la conducta.

Aquellas mujeres que se desempeñaban por primera vez como madres (59) y con hijos con edades iguales o superiores a los 6 meses, es decir madres sin experiencia previa de lactancia materna (definidas como no aplica) suministraron leche materna exclusivamente en el 18.6% de los casos, Grafico 9.

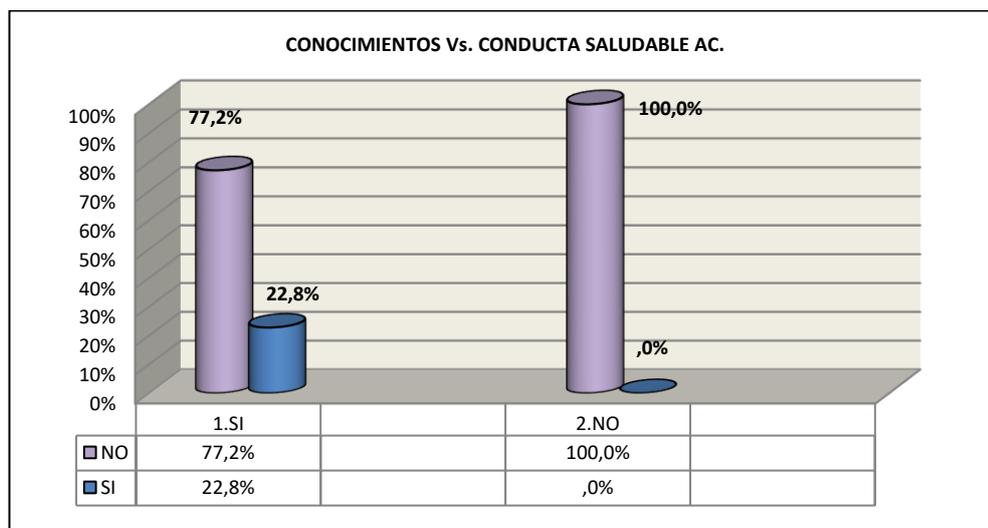
Gráfico 10. Distribución porcentual de conocimientos en lactancia materna, Vs. Conducta saludable LME, Comuna 2, Popayán, año 2009 – 2010.



Fuente: “Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

En el gráfico 10 se observa que de las 130 madres encuestadas, un porcentaje importante (65,3%) a pesar de contar con conocimientos claros acerca de la conducta no la practicaban, mientras el 34,7% de ellas si tenían claro el concepto de LME y aplicaban la conducta. Para aquellas madres que manifestaron no tener conocimientos acerca de LME, se invalida la posibilidad de clasificar positivamente la conducta, ya que tener conocimientos claros acerca de la misma es uno de los criterios considerados por las investigadoras para validarla.

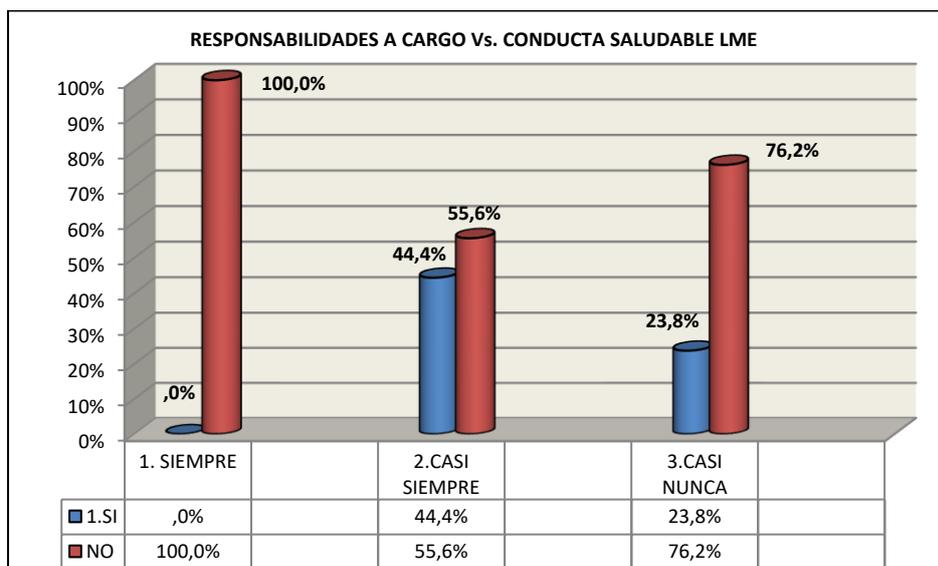
Gráfico: 11. Distribución porcentual del conocimiento sobre AC Vs. Conducta saludable AC. De las madres encuestadas, Comuna 2, Popayán, año 2009 – 2010.



Fuente: “Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

De las 130 madres encuestadas, la mayoría (77,2%) poseen conocimientos sobre A.C. a pesar de esto no presentaron la conducta saludable de AC, frente a un 22,8% que si adoptaron la conducta, quienes cumplen con los criterios establecidos para que esta práctica sea saludable. Por otro lado Las mujeres encuestadas que no saben que es la A.C como era de esperarse no cuentan con la conducta saludable, así se muestra en muestra en el **gráfico 11**.

Gráfico 12. Distribución porcentual responsabilidades a cargo Vs. Conducta saludable LME, Comuna 2, Popayán, año 2009 – 2010.



Fuente: “Cuidado Nutricional brindado por las madres de niños y niñas hasta los años de la Comuna 2 del municipio de Popayán 2009-2010.

El estudio buscó la existencia de alguna relación entre las responsabilidades maternas y la conducta saludable (LME), los resultados tal como se muestran en el **gráfico 12**, revelan que las madres que consideran tener siempre responsabilidades a cargo, no presentaron la conducta saludable, frente a las madres que respondieron que casi nunca tenían demasiadas responsabilidades, lo que sugiere que a pesar de contar con mayor disponibilidad de tiempo para el cuidado de sus hijos tampoco cumplían la conducta (76,2%), situación contraria a la hallada en las madres que afirmaron tener responsabilidades casi siempre, pues estas presentan un porcentaje significativo de cumplimiento (44%) con la conducta saludable.

5. DISCUSION

Este estudio se realizó en una población específica de madres de niños menores de dos años, beneficiarias de los hogares FAMI de la comuna dos de la Ciudad de Popayán, pertenecientes a los estratos 1 y 2 principalmente.

Los Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI (con cerca de 20 años desde su constitución tienen como misión la contribución en la protección y desarrollo individual y social de los niños de los estratos sociales pobres del país. Los FAMI a través de la modalidad grupo educativo comunitario orientan acciones con familias en desarrollo que involucra a mujeres gestantes, familias con madres lactantes y familias con niños y niñas hasta los dos años.

En este programa se busca promover entre otras prácticas, la lactancia materna y el adecuado inicio de la alimentación complementaria en los niños de las madres beneficiarias. Consecuentemente con las políticas nacionales que buscan enfatizar en el desarrollo de la primera infancia, se espera entonces que las usuarias de éste tipo de programas, hayan avanzado en la apropiación de conocimientos y capacidades para el cuidado nutricional para el óptimo desarrollo de sus infantes en los dos primeros años de vida.

La edad promedio de las madres que participaron en este estudio fue de 25 años encontrándose como edad mínima los 15 años y edad máximo de 43 años; se observó que el promedio de edad de los niños fue de 12,03 meses, hallándose como edad mínima 1 mes y un máximo de edad de 24 meses. En relación con la edad materna ésta considerada como un factor de riesgo preconcepcional para bajo peso a nacer, fue evidenciada en el estudio del Dr. Ortiz⁴⁴ para los grupos entre 15 y 19 años de edad consultantes en el Hospital Universitario del Valle. En el estudio realizado con madres beneficiarias de los FAMI de la Comuna 2, 26 mujeres eran ya madres de niños menores de dos años, éste grupo debería focalizarse como de mayor vulnerabilidad en relación con la presencia de bajo peso al momento de nacer, factor determinante del cuidado nutricional primario.

En relación con la conducta de lactancia materna exclusiva, podríamos pensar que nos encontramos frente a un proceso de recuperación de la cultura de la lactancia; pues se observa para el presente estudio una mayor frecuencia de

⁴⁴ORTIZ, Edgar Iván. Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo, según la medicina basada en la evidencia. En Revista Colombia Médica. Vol. 32 N° 4, 2001. Disponible en <<http://www.bioline.org.br/request?rc01031>> [Citado el septiembre 21 de 2009]

LM en los niños lactantes, respecto a publicaciones anteriores. Del grupo de madres cuyos hijos al momento del estudio se encontraban con una edad igual o superior a los 6 meses(n=105), consideradas como sujetos de evaluación de la conducta saludable LME, el 31%(n= 33) cumplieron con los criterios establecidos por las investigadoras para considerarlas como practicantes de dicha conducta. De otro lado el 21%(n=22) adicional suministraron leche materna sin agregar otro alimento durante seis meses aun cuando tenían dificultad para definir el concepto LME; lo cual conduce a determinar que un 52%(n=55) en total han beneficiado a sus niños con la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Valor que se ubica por encima de lo arrojado por la encuesta de demografía y salud realizada en el país en el 2005 que fue de(37%) y con respecto a una investigación realizada en ISS en la ciudad de Popayán cuyo porcentaje fue de (36,4 %).

Según la información recolectada, la lactancia materna exclusiva que fue brindada por las madres tuvo una duración promedio de 4,85 meses para los niños mayores de seis meses. Este dato bastante positivo, es superior al hallazgo del estudio realizado también en Popayán con madres afiliadas al ISS que muestra que las madres lactaban a sus hijos exclusivamente hasta antes de cumplir el cuarto mes de edad. Así mismo este resultado es superior a la media nacional que es de 2,1 meses. Encuesta nacional de demografía y salud 2005

Gracias a los datos obtenidos en el estudio se encontró relación entre el factor personal como es la edad de la madre, con la presencia de la conducta saludable, que para esta investigación se tomó a la lactancia materna exclusiva,(p=0,000) se evidenció que a mayor edad de la madre se presentaba la conducta, esto puede inferir que las mujeres de mayor edad tuvieron experiencias previas de lactancia, ya sea por hijos anteriores o por lo observado en sus hogares, mientras las madres más jóvenes en su mayoría primerizas se enfrentan a una experiencia nueva que para algunas no es tan sencilla de manejar, pese a que en una investigación realizada por médicos pediatras en madres de niños sanos de las provincias de Mendoza y San Juan en Argentina,⁴⁵ también se encontró, relación con este factor personal, llama la atención que en dicha investigación quienes presentaban la conducta saludable eran las madres más jóvenes.

Contrario a lo anterior se halla en un estudio publicado por la revista Colombiana de pediatría⁴⁶ en el que no se encontró relación alguna entre

⁴⁵GATICA Cristina, MÉNDEZ María. e investigadores participantes. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años, Sociedad Argentina de Pediatría 2009. [En línea]http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=[Citado el septiembre 21 de 2009]

⁴⁶DELGADO NOGUERA. Op. Cit, p.3

variables como la edad de la madre, ocupación y escolaridad con la presencia de la conducta saludable.

La educación materna es una de las variables que más se relaciona con el estado de salud de una población, comunidad o individuo; UNICEF considera que la alfabetización y la progresión en los niveles educativos, específicamente de la madre, se constituye en un factor importante para la salud en general y en particular del desarrollo infantil.

En la presente investigación, no se encontró relación ($p=0,996$) en cuanto al grado de escolaridad de la madre con la lactancia materna exclusiva, ya que la conducta se presentó tanto en madres con alto nivel de escolaridad como en madres con baja escolaridad en porcentajes similares (21%) estos hallazgos son coherentes con el estudio publicado por la revista colombiana de pediatría anteriormente mencionado, y difiere de lo evidenciado en estudios realizados en Argentina⁴⁷ en menores de dos años y en otro estudio realizado en Bogotá⁴⁸ Colombia que sugieren que a mayor educación de la madre había presencia de la conducta saludable.

Quizá para este estudio el hecho de que la totalidad de las madres pertenecen a los Hogares FAMI, resulte en una condición nivelatoria en cuanto a conocimientos saludables. Las madres FAMI responsables de este tipo de programas realizan orientación insistente a las madres sobre el cuidado nutricional para la infancia, independiente de la condición de escolaridad de sus usuarias, así mismo motivan la interacción con los niños y niñas independiente del tiempo real de dedicación de las madres al cuidado nutricional de sus pequeños e insisten en la estimulación afectiva en la crianza, el trabajo de las FAMI en la cotidianidad de las madres y en la aproximación hacia el abordaje como familia. La evidencia registra que las acciones que toman como contexto la familia (a través de visitas domiciliarias en programas estructurados especialmente para gestantes y familias con niños en sus primeros años de vida) son más exitosas en procura de la salud mental y calidad de vida.

Las madres del presente estudio adscritas al programa FAMI en una comuna de Popayán, mostraron mejores indicadores en cuanto a la lactancia materna: El 31% de las madres con hijos con edades igual o mayor a 6 meses habían suministrado LME tanto en duración como en exclusividad además del

⁴⁷GATICAOp. Cit, p.2

⁴⁸SAENZ-LOZADA, María L. and CAMACHO-LINDO, Ángela E. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. *Rev. salud pública*. [En línea]. Disponible: <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642007000400011&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0124-0064.

conocimiento preciso sobre la práctica. Otro 21% adicional también argumentaron haber suministrado LME (corroborado por exclusividad en preguntas de control) aun cuando fallaron en la precisión del concepto. Es decir en el estudio entre el 31% y el 52% de madres había o se encontraban en práctica de la conducta LME.

Se evidencia en este estudio que el pertenecer a un Hogar FAMI se constituye en un factor que puede contribuir a garantizar mayor oportunidad de lactancia materna exclusiva derecho fundamental en la primera infancia.

El trabajo de la madre fuera del hogar podría llevar a la mujer a disminuir el tiempo que dedica al cuidado y a la alimentación familiar, sin embargo en este estudio fue evidente que la ocupación de la madre no se ve relacionada con la lactancia materna exclusiva ($\chi^2=0.035$) ya que las madres amas de casa (76%) que permanecían con sus pequeños en su mayoría mantenían una conducta saludable y quienes tenían alguna ocupación (24%), si practicaban la lactancia materna exclusiva, sustenta lo hallado en el estudio realizado en ISS en la ciudad de Popayán, frente a este hallazgo se contempla entonces la necesidad de revisar factores socio demográficos como por ejemplo el que la mayoría (72%) de las mujeres que participaron en este estudio, tenían un compañero permanente, y como esto podría incidir sobre la adopción de las conductas saludables.

Teniendo en cuenta las variables de la investigación así como el modelo de Promoción de la Salud que contempla la conducta previa relacionada como un factor que influye en el mantenimiento de una conducta saludable se observó que a pesar de haber tenido la experiencia un gran porcentaje de las madres no se encontraban practicando la conducta, por lo tanto no existe relación entre la experiencia previa de la madre con la presencia de la conducta saludable, ($\chi^2=5.318$) ($p=0,00$) lo que sugiere la necesidad de acompañamiento cercano y permanente a las madres durante la gestación y los primeros dos años de vida.

Contrario a diversas investigaciones existentes como se evidencia en la realizada en Colombia⁴⁹ en poblaciones urbanas pobres de país, el presente estudio muestra que la lactancia materna exclusiva no está relacionada con los conocimientos que la madre posee acerca de esta conducta, ($\chi^2=16.294$ $p=0,000$) no obstante, pese a que las madres contaban con conocimientos adecuados acerca de la lactancia materna exclusiva, la mayoría (63,3%) de ellas no conservaban la conducta saludable, llama la atención entonces el hecho de que la lactancia materna exclusiva no sea practicada por las madres que conocen el concepto, por lo tanto el fomento de la lactancia debe

⁴⁹RODRIGUEZ GARCIA, Jesús; ACOSTA RAMIREZ, Naydú. Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. *Rev. salud pública*. [En línea] vol.10 N° 1, Febrero , 2008, Bogotá Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642008000100007&lng=en&nrm=iso. [Citado el 23 de Septiembre de 2009]

contemplarse de un modo interactivo para que pueda causar el impacto que se busca en las madres, así como la promoción de esta conducta, actividad esencial del profesional de enfermería para mantener y preservar este recurso materno y contribuir con la salud de los niños y bienestar de las madres.

Así mismo es claro que la mayoría de las madres reconocen los beneficios tanto para ellas como para sus hijos y la importancia de la práctica de la lactancia materna exclusiva situación contraria a lo hallado en el estudio realizado en una población pobre de áreas urbanas de Colombia⁵⁰, en el que solo el (42%) de las madres no perciben los beneficios de la lactancia materna tanto para ellas y solo el (4%) perciben los beneficios para sus hijos.

Es evidente que en la actualidad muchas madres han asumido además de la crianza de sus hijos, muchas otras responsabilidades lo que puede considerarse como un obstáculo en el cuidado nutricional de sus hijos, debido no solo a la sobrecarga de tareas sino también a la carga emocional que ello trae, sin embargo en el presente estudio se encontró que las madres que no consideran tener demasiadas responsabilidades no mantienen una conducta saludable frente a quienes si lo consideran, por lo tanto estas "responsabilidades" no tienen relación con que las madres encuestadas lactaran a sus hijos exclusivamente. ($\chi^2=5.971$ $p=0,51$).

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Sin el cuidado y atención que este grupo requiere, tanto su supervivencia como su desarrollo psicosocial pueden verse afectados, así entonces el abandono de la lactancia materna y el prematuro inicio de la alimentación complementaria constituyen un problema que afecta a la madre, al niño, la familia y la sociedad.⁵¹ De acuerdo con lo anterior mediante el estudio se encontró que la mayoría de las 130 madres encuestadas (77,2%) saben que es la alimentación complementaria, aunque no cumplen con los criterios necesarios para que esta práctica sea considerada saludable, además del conocimiento debe integrarse la calidad, inocuidad y la edad de inicio de la misma. ($p=0,007$); Así entonces las madres iniciaron la ablación de la LME a partir de los 4.85 meses, lo que lleva a la interrupción de LME dentro de los primeros meses de vida y pone en riesgo la salud y la vida de los niños, debido a la inmadurez de su sistema gastrointestinal y otros riesgos, Situación similar a la encontrada en el estudio realizado en el seguro social (ISS) de la ciudad de Popayán⁵², en el que el uso de la alimentación complementaria en los 4 primeros meses de vida puede considerarse alta y es preocupante, debido al reconocimiento de riesgos a corto y largo plazo del inicio temprano de la alimentación complementaria. Esta

⁵⁰Ibid., p. 72

⁵¹ MUÑOZMaría, RICO Gladys, Op.cit. p. 12

⁵²DELGADO NOGUERA, Op. Cit., p. 3

situación también se evidencia en otras investigaciones nacionales lo que deja ver que no se trata de un problema local, pues según la encuesta de demografía y salud 2005, el promedio de iniciación de alimentación complementaria, a nivel nacional es a partir de los 4.2 meses, lo que indica que según los resultados arrojados por la investigación que en la población a estudio se encuentra por encima de la media nacional.

Durante el estudio la mayoría de las madres participantes coincidieron en afirmar que la A.C debería iniciarse a los 6 meses de edad, sin embargo en la práctica la introducción de alimentos diferentes a la leche materna sucedió mucho antes como se mencionó anteriormente y el primer alimento con el que se inició fue con líquidos, como agua, jugo o caldo, seguidos en orden de frecuencia con alimentos blandos (semisólidos) como papilla, puré, compota, o sopa espesa, mientras los alimentos sólidos o secos fueron administrados meses más tarde; esta situación es similar al estudio realizado en Santander⁵³ donde el 27% de las participantes considera que la edad ideal de inicio de la ablactación es a los seis meses o más; un 89,6% considera que la alimentación complementaria debe iniciar con los jugos e igual proporción para las compotas, el 81,3% cree que deben ser los caldos, el 80,2% las sopas, el 77,1% las cremas de verduras, el 63,5% los purés, el 57,3% los cereales, el 56,3% el huevo, y el 44,8% las carnes.

Las madres encargadas del cuidado nutricional de los niños de 7 a 12 meses, administraron con mayor frecuencia alimentos como pollo o gallina seguido por huevo, alimento de acuerdo con las recomendaciones médicas y dietéticas no se debería brindar antes del primer año de edad, por peligro a presentar reacciones alérgicas, Estos hallazgos son similares a los encontrados en un estudio realizado en Caracas Venezuela⁵⁴ donde el pollo es la primera fuente proteica elegida y en segundo lugar la carne de res, estos alimentos conformaban la fuente de proteína animal mayormente utilizada en estos niños durante el primer año, probablemente por su menor costo en relación con las otras fuentes proteicas o por la creencia de que esta es una fuente de proteína animal más saludable; Esta situación es similar a la que se presentó en el grupo de niños entre 13 a 24 meses, en los que se había ofrecido proteínas como carne de pollo y res, seguido por huevos, se les ofrecía además alimentos de paquete, golosinas y gaseosas o café con igual frecuencia en los

⁵³GAMBOA Edna, LÓPEZ Nahyr, PRADA Gloria, GALLO Kelly. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander.

⁵⁴ZARZALEJO Zulema ,GARCÍA Magda , ALVAREZ María , MILLAN Andreina, Hábitos de alimentación en niños desnutridos menores de dos años en una comunidad urbano marginal, AnVenezNutr v.14 n.2 Caracas jul. 2001.

dos grupos de edad, estos alimentos no están recomendados y más aún si reemplazan a otros de mayor aporte nutritivo, situación que se puede asociar con el déficit económico con el que cuentan las familias de los niños, pues podría pensarse que sus ingresos no permiten que la alimentación de los pequeños sea la adecuada y no logren administrar una alimentación nutritiva, ni variada a sus niños.

La introducción de alimentos complementarios debe ser progresiva, comenzando a partir del sexto mes cuando el niño recibe lactancia materna exclusiva o al cuarto-quinto mes cuando la lactancia es mixta o artificial, con alimentos disponibles para la familia y aceptados culturalmente. El orden recomendado por grupo de alimentos es: verduras y tubérculos, posteriormente cereales, frutas variadas a excepción de cítricos, vegetales que no produzcan flatulencia, carnes de aves, res, pescado y cerdo dependiendo de la disponibilidad de otras fuentes proteicas, y las grasas⁵⁵.

Lo anterior permite suponer que la introducción de alimentos en los niños del estudio, antes del primer año como después, no es la apropiada de acuerdo a su edad y necesidades, aunado a esto la dieta que se les suministran no es variada; si bien, se sabe que cuando se ofrece diversidad de alimentos a los niños les proporcionará la energía que necesitan para crecer normalmente, jugar, aprender y explorar el mundo que les rodea, así pues la mejor manera de darle a un niño que está creciendo la nutrición que necesita es ofreciéndole una variedad de alimentos, que se encuentran dentro de los cinco grupos alimenticios diferentes, pues todos los grupos actúan juntos para dar la energía y los nutrientes necesarios para la salud y el crecimiento, ninguno de estos grupos es más importante que el otro.

De acuerdo con lo anterior, el estudio avanzó en la determinación de criterios para calificar la Conducta Alimentación Complementaria como saludable o no, sin embargo se reconoce que los criterios usados, si bien son válidos no son totalmente concluyentes. Con esta advertencia se puede asumir que se encontró que solo el 17% es decir 18 madres tienen la conducta saludable AC, mientras que el 82.9% que corresponde a la mayoría de las madres encuestadas, no presentan dicha conducta; panorama similar al estudio realizado en Chile⁵⁶, donde la mayoría de las madres encuestadas parecen no brindar una alimentación oportuna, adecuada e inocua, que sea ofrecida con técnica, frecuencia y consistencia que sean acordes con la edad en la que se encuentran los niños.

⁵⁵García M, Dini E. Alimentación en el lactante En: Nutrición en Pediatría. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímiano (CANIA). Caracas 1999. Cap 5: 107-118.

⁵⁶ Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. OMS, 2003. [Acceso: 16-10-09]. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/NUTRITION/gs_iycf.pdf.

Por otro lado los datos obtenidos en el estudio no muestran significancia estadística entre los factores personales como es el caso de la edad de la madre, que no se constituye como un determinante para la práctica de la AC saludable, pues tanto madres jóvenes como adultas no cumplen con una apropiada iniciación de A.C. ($p=0,894$) hallazgo que difiere al estudio realizado en Cali y Manizales⁵⁷, Sobre Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida, en la que se observó que las mujeres participantes del estudio en Cali, menores de 20 años tuvieron el doble de riesgo de incorporar alimentos inapropiadamente a la dieta del bebé, comparadas con las mujeres que superaban dicha edad, mientras que en Manizales se observó menor riesgo de iniciar alimentos inapropiadamente en las mujeres de 20-25 años.

La ocupación materna es una de los factores que al igual que la edad no tiene significancia estadística, ($p= 0,811$) la mayoría de las madres (76%) son amas de casa y no presentan la conducta saludable de alimentación complementaria, a pesar de que esta ocupación supone mayor disponibilidad de tiempo para el cuidado nutricional de los niños, comparadas con las que tienen alguna ocupación; situación contraria a la encontrada en un estudio realizado en Argentina⁵⁸ en el que se demuestra que el trabajo materno fuera del hogar podría llevar a la mujer a disminuir el tiempo dedicado a la alimentación familiar, cambiar su organización y facilitar la inclusión de prácticas no tradicionales a la alimentación.

Al realizar una asociación entre los ingresos económicos y la conducta saludable de AC muestra significancia estadística, ($p=0,067$), porque se encontró que la mayoría de las mujeres el (85,5%), con ingreso familiar inferior a 1 SMLV no presentaron la conducta saludable, estos hallazgos son afines con el estudio realizado en Antioquia en el 2006⁵⁹, donde se describe que la proporción de hogares en los que se realizó la investigación perciben ingresos per cápita/día menores a 1 USD, lo anterior podría relacionarse con la ausencia de la conducta saludable de alimentación complementaria, ya que las madres no cuentan con los recursos económicos necesarios para brindar a sus hijos alimentos que cubran sus requerimientos nutricionales y que sean acordes a la edad de los pequeños.

⁵⁷ Sandra Lorena Girón Vargas, Julio César Mateus Solarte, Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales, Santiago de Cali, Septiembre de 2009. disponible en: <http://201.234.78.173:8080/gruplac/jsp/visualiza>.

⁵⁸ Dra. Cristina I. Gatica, Dra. María C. Méndez de Feu e investigadores participantes, Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años, Sociedad Argentina de Pediatría 2009. disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S.

⁵⁹ Martha Cecilia Álvarez Uribe, Situación socioeconómica, desnutrición, anemia, deficiencia de hierro y parasitismo en niños que pertenecen al programa de Complementación Alimentaria alianza MANA-ICBF. Antioquia 2006.

Identificar los conocimientos y creencias que posee la población es importante para desarrollar estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil. Uno de los factores que contribuye al éxito de la lactancia materna es la información que la madre recibe sobre sus beneficios y técnicas, lo cual propicia la confianza y seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos.⁶⁰

Durante la encuesta las madres aseguraron que la persona de quien recibió información sobre lactancia materna y alimentación complementaria en caso de alguna duda, en un 78% venía de parte de las madres FAMI, lo que deja ver que el papel de estas personas es vital para mejorar las prácticas de cuidado de las madres, al del personal de salud, por que el 59% de madres respondió que recibía información del médico y solo el 42% de la enfermera, situación que revela que se requiere mayor difusión de información sobre conductas saludables, pues los estudios insisten en que la educación ofrecida en los programas de sector salud incide en la motivación de las madres hacia la LM desde la gestación y el inicio del amamantamiento⁶¹.

Del grupo de madres que dejaron de lactar a sus hijos, afirmaron que lo hicieron por que el niño ya no la necesitaba, otras afirman que el presentaba alguna enfermedad o tenía poca producción de leche, a demás entre los factores protectores de la LM, se encontró que la mayoría de las madres (75%) nunca se habían sentido incómodas al lactar a su hijo en público, demás el 48% que es mayor porcentaje coinciden en que lactar si los afecta sus senos, pero no les preocupa. Existieron madres que recibieron alguna crítica por amamantar que provenían de personas de la calle, de su esposo o sus amigas, aunado a lo anterior, el 91% de las madres encargadas del cuidado nutricional de sus pequeños considera que es agradable lactar a su hijo.

Una nutrición adecuada empieza con los alimentos que se compra en el supermercado y continúa en la casa, cuando se prepara y sirve las comidas. Al darle a su niño un comienzo sano con buenos hábitos alimenticios, contribuye a que goce de buena salud durante toda su vida.

Según lo anterior, el reconocimiento de prácticas higiénicas en la preparación de los alimentos de las madres que ya habían iniciado la AC para el presente estudio, está principalmente centrada en el lavado de manos (70%). Sin embargo otras recomendaciones como lavado de alimentos, tiempo de cocción, estado y vencimiento de alimentos aparecen sólo alrededor del 20% de los casos.

⁶⁰GAMBOA Edna, LÓPEZ Nahyr, PRADA Gloria, GALLO Kelly. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander.

⁶¹Ibid., p. 2

Aun cuando la mayoría de madres reconocen la fácil aceptabilidad de los alimentos por parte de sus niños, hay quienes hacen uso de algunas estrategias cuando esto no sucede, entre las que se encuentran jugarles o hablarles otras en cambio le insisten, le gritan o simplemente lo obligan. Las primeras experiencias nutricionales son fundamentales en la adquisición de hábitos en los niños, de allí la insistencia por hacer de la escena nutricional un espacio agradable, impregnado de amor y paciencia de los adultos.

Se encontró también que la gran mayoría de las madres que hacen parte del estudio, reconocen que la A.C. tiene beneficios para el niño y para ellas, pues afirman que los nutren, permite su crecimiento y desarrollo, logran mayor independencia, mayor disponibilidad de tiempo, posibilidad de delegar el cuidado y evita preparar comidas exclusivas.

En cuanto a los factores afectivos en las madres, se puede rescatar que de las encargadas del cuidado nutricional de sus niños, mientras lo alimentan también les hablan, los acarician, los miran, a pesar de que no presenta significancia estadística, ($p=0,174$) permite inferir que las madres dedican parte de su tiempo a la alimentación de sus niños conjugado con una alimentación perceptiva; otras en cambio (13%) no hacen nada mientras lo alimentan. Estudios afirman que durante el amamantamiento existen oportunidades de atención por parte de la madre, contacto directo y caricias.

La estimulación auditiva, táctil y vestibular que el contacto corporal y la atención de la madre le proporcionan en la situación de amamantamiento son importantes para otras áreas del desarrollo. Las capacidades auditivas del recién nacido le permiten una interacción social; al hablarle durante el amamantamiento, el niño atiende selectivamente y se orienta hacia la voz humana, particularmente si la voz tiene alta modulación de intensidad y tono. El niño adicionalmente demuestra una “sintonía interaccional”, donde sus movimientos aparentemente sin intención se coordinan con el ritmo de la voz humana que escucha a su alrededor⁶². Realidad que difiere del estudio realizado en Argentina⁶³ sobre Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años donde era preocupante observar que la TV estaba encendida a la hora de comer, desde el inicio de la alimentación complementaria, Sobre esta práctica la OMS⁶⁴ afirma que la alimentación perceptiva incluye minimizar los

⁶²GONZÁLEZ, Dolly Magnolia, La lactancia materna como ambiente facilitador del desarrollo del niño.

⁶³ Dra. Cristina I. Gatica, Dra. María C. Méndez de Feu e investigadores participantes, Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años, Sociedad Argentina de Pediatría 2009. disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S.

⁶⁴ Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. OMS, 2003. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/NUTRITION/gs_iycf.pdf. [Citado el 16 de Octubre de 2009].

distractores a la hora de comer (por ejemplo: TV) porque el niño pierde interés en la comida.

Gracias a la información obtenida en el estudio se puede inferir que existen unos factores asociados con la presencia de la conducta de LME como son: la edad de la madre, la experiencia previa, la percepción de beneficios para la madre como para el niño, del estado de ánimo al momento de alimentar al pequeño, situaciones de la vida diaria que afectan la alimentación entre las que se encuentran problemas económicos, familiares y de pareja seguidos por problemas de salud de la madre, del niño o falta de apetito y las responsabilidades a cargo. Con respecto a la alimentación se encontró que los factores relacionados se encuentran, el nivel de ingresos económicos, la percepción de beneficios para el niño y las responsabilidades a cargo. Factores que deben ser tenidos en cuenta por el profesional de salud para elaborar estrategias que sirvan para fomentar o reforzar la LME y la A.C. como conductas saludables.

Las conductas saludables de alimentación tales como la LME y la A.C. en niños menores de 2 años no son sólo prácticas instintivas, también son conductas adquiridas por la madre, por lo estas se ven influenciadas por experiencias previas, el medio familiar y social y la información que el personal de la salud trasmite a las mujeres principalmente durante el embarazo y los primeros 2 años de vida de sus hijos, porque estas son etapas, en las que las mujeres son muy receptivas a todo aquello que sea mejor para sus hijos, que permitirán tomar una decisión ponderada sobre el tipo de lactancia que realizará.

El rol de la enfermera va encaminado al fomento de conductas saludables para la prevención de enfermedades en la población, mediante la educación y la transmisión de información sobre prácticas de vida saludable, ya que son los niños, más vulnerables pues dependen del cuidado brindado por sus madres, por lo tanto son ellas quienes deben recibir información que contribuya, para el caso, al cuidado nutricional de sus pequeños, lo que permite que ellas asuman una conducta saludable y logren con ello prevenir la enfermedad en sus hijos; se tiene como objetivo entonces, favorecer conductas nutricionales saludables como la LME Y AC; por lo tanto es evidente que no es suficiente la información brindada por la enfermera durante el embarazo, sino que se hace necesario el acompañamiento continuo durante la primera infancia, mediante actividades educativas que logren impactar a las madres haciendo uso de técnicas didácticas (demostraciones, dinámicas y evaluaciones) que busquen fortalecer tanto sus conocimientos como sus prácticas, para garantizar que lo que la información transmitida será puesta en práctica en sus hogares con los pequeños, permitiendo mejorar los hábitos alimenticios y el estado nutricional de los niños.

Para la elaboración de las variables formuladas en el instrumento, se eligió el MPS de Nola Pender, ya que este contempla las características y experiencias individuales, conocimientos y aspectos específicos de la conducta, que finalmente se manifestaran en el resultado conductual; para el caso del cuidado nutricional de los niños menores de dos años, corresponden a las conductas de LME y AC.

Si bien es cierto que este modelo no ha sido usado anteriormente en comportamientos nutricionales para este tipo población, en el presente estudio, su evidente que factores personales individuales como la edad, los ingresos; experiencias individuales como la experiencia previa relacionada; los conocimientos y afectos específicos de la conducta como la percepción de beneficios tanto para la madre como para sus pequeños, se relacionan con la presencia de la conductas saludables.

Desde los fundamentos disciplinares en enfermería el uso de modelos permitió en esta investigación precisar el estudio; aun cuando para esta fase no fue el objeto la validación del modelo, si puede concluirse que permite una caracterización sobre el cuidado nutricional con variables piso-sociales y no sólo de conocimientos.

6. CONCLUSIONES

- La lactancia natural durante los primeros 2 años de vida, se considera práctica óptima de alimentación del lactante y el niño pequeño; en la investigación realizada se evidencio que la conducta saludable de Lactancia Materna Exclusiva se encuentra por encima de los hallazgos nacionales en cuanto a la duración, como en la proporción se refiere. Al parecer la participación de las madres en los Hogares de Bienestar FAMI contribuye a dicho objetivo.
- Al establecer la asociación entre las principales características sociodemográficas de las participantes se encontró que tienen mayor probabilidad de dar lactancia materna exclusiva a sus hijos, aquellas mujeres que presentaron una edad superior a 25 años, quienes han tenido una experiencia previa y quienes tienen más responsabilidades a su cargo.
- Es claro además que el conocimiento por sí sólo no se constituye como un factor predisponente para llevar a cabo la conducta saludable tanto

de lactancia materna exclusiva como de alimentación complementaria ya que un elevado porcentaje de madres con conocimientos acerca de estas no practicaban la conducta.

- A pesar de no haberse encontrado relación entre la conducta de alimentación complementaria con características socio demográficas de la madre como la edad, su ocupación, su estado civil entre otras, puede concluirse que quienes tienen ingresos familiares menores a 1 SMLV tienen menos posibilidades de mantener la conducta saludable.
- La edad de incorporación de alimentos diferentes a la leche materna es de 4.85 meses, edad que está por encima registrada a nivel Nacional, revelando una mejora en cuanto a la práctica de alimentación complementaria, pues ha habido un acercamiento a la edad en la que debe iniciarse esta práctica en los pequeños.
- El primer alimento introducido por las madres son líquidos tipo sopa o agua, siguiendo en orden de frecuencia alimentos semisólidos y finalmente alimentos sólidos, entre los alimentos que se brindan con mayor frecuencia a los niños entre los 7 a 13 meses se encuentra el pollo y carne, y en los de 14 a 24 meses frutas y huevo, en los dos rangos se administran golosinas, alimentos de paquete alimentos poco nutritivos de acuerdo con las necesidades energéticas de los pequeños.
- El 32% de los menores de seis meses reciben una alimentación mixta, en la que predomina el uso de sucedáneos como la leche de tarro. Esta es una práctica no deseada por las madres ya que estas reconocen en su mayoría los beneficios de la lactancia materna exclusiva.
- Las mujeres que participaron en el estudio reciben información acerca del cuidado nutricional de los pequeños principalmente por madres FAMI, por el médico y la enfermera, seguidas por familiares como madre y hermana. Estos conocimientos no son suficiente garantía en algunos casos para incorporar las conductas saludables.
- El presente estudio permite inferir que las madres cuentan con conocimientos claros sobre los beneficios que tienen las conductas saludables de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria tanto para sus hijos como para ellas, lo cual puede

tomarse como una oportunidad para incentivar a las madres a la práctica de dichas conductas.

- El reconocimiento de los beneficios de la leche materna no son solo de tipo biológico en las madres del estudio, sino también los emocionales, puede significar una mejor valoración en la interacción del niño con el mundo a su alrededor y una oportunidad para reforzar el vínculo madre – hijo.
- Las madres encargadas del cuidado nutricional consideran que es agradable lactar a su hijo, la mayoría de las madres nunca se habían sentido incomodas al lactar a su hijo en público, consideraban que lactar si afecta sus senos, pero no les preocupaba, y mientras alimentan a sus niños les hablan, los acarician, los miran.
- El uso de modelos en enfermería permitió en este ejercicio precisar el estudio aun cuando para esta fase no fue el objeto la validación del modelo, si pueden concluirse que permite una caracterización sobre el cuidado nutricional con variables piso-sociales y no sólo de conocimientos.

7. RECOMENDACIONES

- Dado que el estudio mostró algún efecto protector pero no suficiente el de pertenecer a los Hogares FAMI, es importante que la labor de cuidado enfermero se mantenga de manera consciente en escenarios como el control prenatal para promover la lactancia materna exclusiva, ya que desde allí se hace posible educar e informar a las embarazadas sobre todo lo concerniente a la lactancia materna y de igual manera se pueden identificar factores que incidan en el abandono precoz de la misma, haciendo referencia se dice que, es necesario identificar factores que obstaculicen la lactancia materna, educar sobre los beneficios de la lactancia para la madre y el niño, enseñar sobre técnicas y preparación de los pezones, ilustrar la técnica de amamantamiento, técnica de extracción de leche y posterior utilización y dar a conocer a la madre que trabaja sus derechos legales.
- En aras de implementar estrategias de intervención para mitigar la problemática encontrada, es importante comenzar por concientizar al profesional de enfermería sobre los momentos cruciales en que la madre requiere de apoyo específico para garantizar una buena lactancia, es allí donde es válida su intervención, recordando siempre que las mujeres no amamantan por instinto; el amamantamiento es una destreza que se debe aprender, de ahí que la orientación y educación que la madre reciba en el control prenatal, sala de parto, puerperio o consultas de niños sanos sobre la lactancia materna será determinante para el amamantamiento exclusivo.

- En las acciones que adelantan ICBF con sus programas continuar incentivando y formando a las madres FAMI sobre modelos pedagógicos que incrementen el nivel de conciencia y no sólo los conocimientos en las madres beneficiarias. El seguimiento a las madres gestantes por primera vez es una estrategia que debe continuarse, pues la primera experiencia en lactancia parece determinar la continuidad en su uso.
- Continuar con la socialización de los resultados obtenidos en esta investigación en diferentes escenarios con miras a aportar en la revisión o el fortalecimiento de programas y políticas en procura de desarrollo y la protección de la primera infancia. Entre ellos en el afianzamiento de estrategias como las TIAS (Tres estrategias integradas, IAMI; AIEPI Y SAN) actualmente en desarrollo en la Comuna 2 de Popayán en apoyo con UNICEF_Universidad del Cauca.

8. BIBLIOGRAFIA

BERHMAN, Harbin. Tratado de pediatría, (factores psicológicos). 3 ed. México: McGraw Hill interamericana, 1997.

BROWN, Kenneth. Research Centre Institute of Child Health. En Problemas de la alimentación complementaria: Lactancia materna y alimentación complementaria en niños de hasta 2 años. Nestlé Nutrición Workshop Series Pediatric Program Volume 60. España, 2008 pag 1.

CARDENAS, María. Factores biopsicosociales de la madre que influyen en el abandono de lactancia materna exclusiva. [En línea] < <http://www.PortalesMedicos.com>> [Citado el 18 de Julio de 2009].

CHUNG M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment 2007(153):1-186. Citado por: Lutter C. En Organización Panamericana de la Salud. "Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memorias de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008 pag.36B (30): 148. Lima, Perú". Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf).

COLOMBIA .MINISTERIO DE SALUD, ICBF, UNICEF. Plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1998 – 2008.

----- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Colombia por la primera infancia. Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. Bogotá, Diciembre de 2006 pag.6

----- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Documento Conpes social 113. Política Nacional De Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN). Comité de lactancia materna Asociación Pediatra Española. [En línea] <<http://www.aeped.es/lac-mat/rpmf18htm>> [Citado el 16 de julio de 2009].

DELGADO NOGUERA, Mario, HEBELWEISS, Eduardo, ORELLANA Juan José, RÍOS CASTELLANOS Eddy. Lactancia En Niños Menores De 6 Meses En El Instituto De Seguros Sociales (ISS) De Popayán, Colombia. [En línea] <<http://www.encolombia.com/.../pediatria35400lactancia.htm>> [Citado el septiembre 21 de 2009].

DEWEY; J Nutr 2001. Citado por: Lutter C. en Organización Panamericana de la Salud. "Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memorias de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008 pag.36B (29): 148. Lima, Perú". Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf).

Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. [Correo electrónico]. Mensaje enviado a: Gladys Amanda Mera. 15 de julio de 2009. [Citado el 18 de Agosto de 2009.] Comunicación personal.

ESTEVEZ GONZALEZ, et al. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Esp Pediatric 2002 p.144-150.

Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. OMS, 2003. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/NUTRITION/gs_iycf.pdf. [Citado el 16 de Octubre de 2009].

EVIES, Ani. Nivel de Conocimiento del Grupo Familiar de las Adolescentes Embarazadas Sobre la Lactancia Materna Exclusiva. (1998), Trabajo Para Optar a Título de Magíster.

GAMBOA Edna, LÓPEZ Nahyr, PRADA Gloria, GALLO Kelly. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander.

GARCIA M, Dini E. Alimentación en el lactante En: Nutrición en Pediatría. Centro de Atención Nutricional Infantil Antimano (CANIA). Caracas 1999. Cap 5: 107-118.

GATICA Cristina, MÉNDEZ María. e investigadores participantes. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años, Sociedad Argentina de Pediatría

2009. [En línea] http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=
[Citado el septiembre 21 de 2009].

GATICA, Cristina, MÉNDEZ María C. e investigadores participantes, Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años, Sociedad Argentina de Pediatría 2009.disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S. [Citado el 14 de Octubre de 2009].

GIRÓN VARGAS, Sandra Lorena, MATEUS SOLARTE Julio César, Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales, Santiago de Cali, Septiembre de 2009.disponible en:
<http://201.234.78.173:8080/gruplac/jsp/visualiza>."

GOLDMAN, AS; Goldblum, RM. Immunologic components in human milk during the second years of lactation. Acta Paediatr Scand 1983; 72(3: 461-62)
GONZÁLEZ, Dolly Magnolia, La lactancia materna como ambiente facilitador del desarrollo del niño. en: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_9.pdf>. [Citado el 12 de Octubre de 2009].

GONZALEZ, Francisco. Factores Psicológicos y Sociales en la lactancia materna: Estudio del Área Sanitaria Fuenlabrada-Leganés de Madrid. España: Universidad Complutense de Madrid, 2005. p 107.[en línea] <<http://site.ebrary.com/lib/biblioucaucasp/Doc>>[Citado el 15 de Julio de 2009].

Guía práctica de lactancia materna. Educación Para La Lactancia Materna. Calamaco—Cojedes. (2001).En: Factores biopsicosociales de la madre que influyen en el abandono de lactancia materna exclusiva. Citado por: CARDENAS, María[En línea] < [http// www.PortalesMedicos.com](http://www.PortalesMedicos.com)> [Citado el 18 de Julio de 2009].

HELSING, E, SAVAGE, F,.Guía Práctica Para Una Buena Lactancia (Factores que inciden en la práctica de la lactancia materna), México, PA x México (1995), Cuarta edición.

KENDALL – tackett. K.A; Sugarman, M .The Social Consequences of long term breakst Feeding. J Hum Lact 1995; (11) (3: 17a - 83)
Lactancia y Estado Nutricional. Encuesta Nacional de Demografía en Salud, Colombia 2005.
LEBOYER, F. Shantala. 1978 Citado por ROMERO, María; JIMENO, Francisco En La lactancia materna en el niño mayor. Revista de medicina Naturista, 2006;N 10: 646-652.

MUÑOZ, María; RICO Gladys. Algunos factores socioculturales e institucionales que afectan la lactancia materna en niños menores de un año. Servicio de neonatos lactantes. Hospital universitario San José .Popayán 1994. [Tesis de Maestría]. Popayán: Universidad del Cauca – Universidad del Valle. Facultad Ciencias de la Salud; 1995. 84p.

OPS, OMS Alimentación y nutrición. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. P.11.[En Línea] Disponible en: <<http://www.paho.com>> [Citado el 17 de julio de 2009]

Organización Mundial de La Salud (OMS). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 55ª Asamblea mundial de la salud. Mayo 18 2002.

Organización Panamericana de la Salud. “Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memorias de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008 pag.41B (30): 148. Lima, Perú”.

ORTIZ, Edgar Iván. Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo, según la medicina basada en la evidencia. En Revista Colombia Médica.Vol. 32 N° 4, 2001.Disponible en< <http://www.bioline.org.br/request?rc01031>> [Citado el septiembre 21 de 2009]

OSORNO, Jairo. M.D .Hacia una feliz lactancia Materna. Texto práctico para Profesionales de la salud. Santa Fe de Bogotá: Presidencia de la república. Despacho de la primera Dama, Ministerio de Salud, UNICEF, ICBF, Agosto de 1992.

PLATA RUEDA, Ernesto. Alimentación del niño para un adulto saludable. Cartagena, 1992. p

REY VARGAS, Humberto. El recién nacido latinoamericano. 1 ed. Cali: Impresora Feriva Ltda., 1986.p.92-100.

RODRIGUEZ GARCIA, Jesús; ACOSTA RAMIREZ, Naydú. Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia.Rev. salud pública, [En línea] vol.10 N° 1, Febrero , 2008, Bogotá Disponible en <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642008000100007&lng=en&nrm=iso>.[Citado el 23 de Septiembre de 2009].

ROJAS RUIZ Ana Vilma. Lactancia Materna y Factores Sociales. Correo Científico Médico de Holguín, 2000.

ROMERO María, JIMENO Francisco. Lactancia materna en el niño mayor. Revista de Medicina Naturista, 2006;N 10: 646-652.

SÁENZ LOZADA María, CAMACHO LINDO Ángela. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. En:

Rev. Salud pública [En Línea] vol.9, No.4 Bogotá Oct./Dic., 2007. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400011> [Citado el 17 de julio de 2009].

SALDAÑA Nora. Alimentación en el primer año de vida.[en Línea] <<http://vidaconvalores.com/vive2V/viewtopic.php?f=17&t=139>> [Citado el 17 junio 2009].

TONEY Ann, ALLIGOOD Martha. Modelos y teorías en enfermería: El modelo de promoción de la salud. 5ed. Madrid 671pag. (625-635).

TREVIÑO, Ximena; GUIRALDES Ernesto; MENCHACA Gonzalo. Diarrea Aguda. Manual de Pediatría. Chile, 2005.

UNICEF. Alimentación del menor de 2 años [en línea]. Disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/nutri4_pg55-126.pdf> [Citado el 20 de Julio de 2010].

VÁSQUEZ, Edgar, ROMERO Manuel. Esquemas de alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida. Parte I. Primeros dos años de vida. [En línea]< [http// www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com)> [Citado el 18 de Julio de 2009].

World Health Organization and UNICEF: Global Strategy for Infant and young Chile Feeding. Geneva, World Health Organization, 2003.

ZARZALEJO Zulema ,GARCÍA Magda , ALVAREZ María , MILLAN Andreina, Hábitos de alimentación en niños desnutridos menores de dos años en una comunidad urbano marginal, An Venez Nutr v.14 n.2 Caracas jul. 2001.

ANEXOS



Popayán, Cauca Julio de 2009

Dra. FRANCINE

Coordinadora Centro Zonal Popayán

E. S. D.

Cordial Saludo

La Universidad del Cauca en su misión pretende la formación formal del ser humano, por tal motivo un grupo de estudiantes de séptimo semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud en el programa de enfermería está interesado en desarrollar su trabajo de grado con un estudio sobre los factores motivacionales del cuidado nutricional brindado por las madres de niños menores de dos años de los hogares FAMI de la comuna dos; por tal motivo solicitamos comedidamente su autorización para el desarrollo además de la facilitación de información que nos permita saber en qué hogares en otra comuna podríamos desarrollar la prueba piloto para el estudio. El estudio se desarrollara con la metodología de un estudio descriptivo, bajo el cual se aplicará un instrumento a las madres de los hogares de la mencionada comuna; con los resultados se pretende contribuir a mejorar la situación nutricional de los niños menores de dos años de la comuna dos suministrando pautas que optimicen los procesos educativos en las prácticas de las madres.

Seguros de su amable colaboración presentamos agradecimientos.

Atentamente,

Mg. Gladys Amanda Mera

Directora trabajo de Grado

Enid Esperanza Garzón

Coordinadora Departamento de Enfermería

Ana María Gómez

Estudiante

Yuli Janeth Martínez

Estudiante

Yury Tumbajoy

Estudiante

A la presente anexamos titulo del estudio, propósito y objetivos.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ Identificada con Cc. # _____ , que he sido seleccionada para participar del estudio “Factores motivacionales del cuidado nutricional brindado por las madres de los niños y niñas menores de dos años vinculadas a los hogares FAMI de la comuna dos del municipio de Popayán 2009”, después de haber sido informada, que se me han explicado los objetivos y procedimientos y que se han respondido todas las dudas resultantes sobre el estudio, de los beneficios que este tendrá para mí y mi niño o niña y que no tendrá efectos negativos para mí y/o mi niño o niña; y después de haber entendido lo que se me ha explicado, acepto participar en dicho estudio.

Se me ha informado la utilización que se tendrá de la información resultante del estudio, la cual acepto. Es de mi conocimiento que finalizado el estudio, las investigadoras traerán los resultados al hogar para ser presentados a la madre FAMI y demás madres asistentes al hogar. Es de mi conocimiento que si no deseo participar en el estudio no tengo que hacerlo o si después de haber empezado el estudio quiero retirarme puedo hacerlo y que si queremos guardar confidencialidad de la información, tenemos derecho a ello.

Las investigadoras han suministrado sus teléfonos para comunicarse con ellas en el momento que se considere necesario.

Habiendo recibido copia de este documento y de los objetivos e información del mismo, se firma en Popayán, a los ___ días del mes de _____.

MADRE Y/O CUIDADOR

INVESTIGADORA 1

INVESTIGADORA 2

INVESTIGADORA 3

TESTIGO 1

TESTIGO 2



ENCUESTA "CUIDADO NUTRICIONAL"



Libertad y Orden

FECHA: Día Mes Año

Código: _____

I. CARACTERISTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES

A. Edad de su niño(a) en meses

___ Meses

B. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

___ Años

C. ¿Cuál es su estado civil?

1. Soltera 2. Unión libre
 3. Casada 4. Viuda 5. Separada

D. Estudios realizados

1. Ninguno 3. Secundaria Incompleta
 2. Primaria incompleta 4. Primaria completa
 5. Secundaria completa
 6. Técnico 7. Universitarios

E. ¿Cuál es su ocupación?

1. Ama de casa 2. Trabajo independiente
 3. Vendedora 4. Empleada domestica
 5. Otra ___ ¿Cuál? _____

F. ¿Cuáles son sus Ingresos familiares?

1. Menos de 1 Salario Mínimo
 2. 1 Salario Mínimo
 3. Más de 1 Salario Mínimo

G. Estrato del barrio en el que vive

1. Uno 2. Dos
 3. Tres 4. Otro ___

H. ¿Cuál es su tipo de afiliación?

1. Contributivo 2. Subsidiado
 3. Pobre no asegurado 4. Desplazado

I. ¿Considera que ud. se encuentra en buenas condiciones de salud para alimentar a su niño (a)?

1. Si 2. No 3. No sabe

J. ¿Considera que su estado de ánimo influye al momento de alimentar a su niño (a)?

1. Si 2. No 3. No sabe

K. ¿Cree que es estresante alimentar a su niño (a)?

1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Nunca

L. ¿Existen situaciones de la vida diaria que afectan la alimentación de su niño (a)?

1. Si 2. No

¿Cuáles? _____

M. ¿Ha lactado anteriormente?

1. Si 2. No 3. No aplica (Marque esta opción si es su primer hijo)

N. ¿Cómo califica esa experiencia?

1. Buena 2. Regular 3. Mala

Por qué? _____



| II. TIPO DE ALIMENTACION | |
|---|--|
| LACTANCIA MATERNA | |
| LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA | LACTANCIA MATERNA MIXTA |
| <p>1. ¿Brinda leche materna a su niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>2. ¿Cuánto tiempo lleva <u>alimentando</u> o <u>alimentó</u> a su niño ÚNICAMENTE con leche materna? _____ Días (si no completo el mes) _____ Meses</p> <hr/> <p>3. ¿Ha adicionado algún otro alimento además de la leche materna Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____</p> <hr/> <p>4. ¿Sabe usted que es la lactancia materna exclusiva? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué es? _____</p> <hr/> <p>5. ¿Hasta qué edad debería alimentar solamente con <u>LECHE MATERNA</u> a su hijo? _____ Meses</p> <hr/> | <p>6. ¿Sabe que es la lactancia mixta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué es? _____</p> <hr/> <p>7. ¿Además de la leche materna le suministra usted otro tipo de leche a su niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____</p> <hr/> <p>8. ¿Cuántos días/meses tenía su hijo(a) cuando empezó a brindarle otro tipo de leche? _____ Días _____ Meses No Aplica <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>9. ¿Cómo califica esta experiencia? Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> ¿Por qué? _____</p> <hr/> <p>10. ¿Considera que es igual alimentar con Leche Materna que con Leche artificial al niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <hr/> |



ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

11. ¿Sabe que es la alimentación complementaria en su niño (a)?

1. Si [] 2. No []

¿Qué es? _____

12. ¿A partir de qué edad debe brindar la alimentación complementaria a su niño (a)?

___ Meses No sabe []

13. ¿Qué edad tenía su niño(a) cuando le recibió por primera vez líquidos como agua, jugo, caldo?

___ Meses

Aun no ha iniciado [] No sabe/ no recuerda []

14. ¿Qué edad tenía su niño(a) cuando le recibió por primera vez alimentos blandos (Semisólidos) como papilla, puré, compota, o sopa espesa?

___ Meses

Aun no ha iniciado [] No sabe/ no recuerda []

15. ¿Qué edad tenía su niño(a) cuando le recibió por primera vez seco y alimentos sólidos?

___ Meses

Aun no ha iniciado [] No sabe/ no recuerda []

16. De la siguiente lista de alimentos marque con una X los alimentos que con MAYOR FRECUENCIA le dió a su niño(a) los últimos siete días

LISTA DE ALIMENTOS

- 1. Leche de fórmula (Nan1, Nan2, S26) []
2. Leche en polvo o de vaca []
3. Queso, Kumis, yogurt []
4. Huevos []
5. Carne []
6. Pollo o gallina []
7. Atún o Sardinias []
8. Pescado []
9. Embutidos (salchichas, salchichón) []
10. Vísceras de res []
11. Menudencias de pollo []
12. Granos secos []
13. Cereales o derivados []
14. Tubérculos y plátanos []
15. Verduras cocidas o crudas []
16. Frutas []
17. Café o Te []
18. Gaseosas o Refrescos []
19. Alimentos de paquete []
20. Bienestarina []
21. Cualquier alimento frito []
22. Golosinas dulces []
23. Suplementos vitamínicos []

Si usted no le da bienestarina a su hijo no responda la siguiente pregunta.

17. ¿Cómo prepara la Bienestarina que ofrece a su niño(a)?



III. CONOCIMIENTOS Y FACTORES AFECTIVOS

18. ¿Cómo se califica ud misma en relación con el cuidado que le brinda a su niño(a)?

1 .Buena 2. Regular 3. Deficiente

¿Por qué? _____

19. ¿Considera que puede hacer algo para mejorar la forma en que alimenta a su hijo(a)?

Si No No necesita mejorarla

¿Qué podría hacer? _____

20. ¿Además de usted quien se encarga de la alimentación de su niño?

Solo usted

21. ¿Qué hace mientras alimenta a su hijo?

22. ¿Considera que ud. tiene demasiadas responsabilidades a su cargo y estas dificultan la labor de alimentar a su niño(a)?

Siempre Casi siempre Casi Nunca

En las opciones de respuesta de las preguntas 23 y 24 puede marcar más de una respuesta

23. ¿De quién ha recibido la información relacionada con lactancia materna y alimentación complementaria que debe brindar a su niño o niña?

- P. enfermería
- Médico
- Madre FAMI
- Hermana
- Amiga/Vecina
- Otro__ ¿Quién? _____

24. ¿Cuando tiene dudas sobre la alimentación de su hijo (a) a quien consulta?

- P. enfermería
- Médico
- Madre FAMI
- Hermana
- Amiga/Vecina
- Otro__ ¿Quién? _____



CONOCIMIENTOS Y FACTORES AFECTIVOS RELACIONADOS CON LA LACTANCIA MATERNA

25. ¿Considera que es buena productora de leche materna?

- 1. Si [] 2. No [] 3. No sabe []

26. ¿La lactancia materna exclusiva tiene beneficios para su hijo(a)?

- 1. Si [] 2.No [] No Sabe [] ¿Cuáles?

27. ¿La lactancia materna exclusiva tiene beneficios para Usted?

- 1. Si [] 2. No [] No Sabe [] ¿Cuáles?

28. ¿Cree que el niño se alimenta bien si recibe únicamente leche materna hasta los seis meses de edad?

- 1.Si [] 2.No [] 3.No sabe []

29. ¿Cuál fue la razón por la que dejo de lactar a su niño?

No aplica [] (Si aun esta lactando a su niño(a))

30. ¿Se le ha presentado algún problema para amamantar?

- 1.Si [] 2.No []

¿Cuál?

31. ¿Se siente incómoda al lactar a su hijo(a) en público?

- 1. Muchas veces [] 2. Algunas veces [] 3.Pocas veces []

32.¿Alguna vez se ha sentido criticada por amamantar?

- 1.Si [] 2.No []

33. ¿De quién ha recibido estas críticas?

34. ¿La lactancia materna afecta sus senos(los pone feos)?

- 1.No sabe []
2.Si los afecta pero no me preocupa []
3.Si los afecta y me preocupa []
4.No Los afecta []

35. ¿Considera que es agradable lactar a su niño (a)?

- 1.Siempre [] 2.Casi siempre [] 3.Casi nunca []



CONOCIMIENTOS Y FACTORES AFECTIVOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

36. ¿Qué tiene en cuenta para manipular y preparar los alimentos para su niño (a)?

37. ¿Las comidas que se hacen exclusivamente para el niño(a) se preparan para todo el día o cada vez que va a comer?

- 1. Para todo el día
- 2. Cada vez que va a comer
- 3. Unas para el día, otras cada vez
- 4. No le preparan exclusivamente

38. ¿Cuántas veces al día come el niño (a) alimentos diferentes a la leche materna?

_____ veces al día

39. Considera que los alimentos que recibe el niño(a) son suficientes?

- 1. Si
- 2. No

¿Por qué? _____

40. ¿Qué su niño(a) le reciba los alimentos generalmente es?

- Muy fácil
- Fácil
- Nada fácil

41. ¿Qué hace para que su niño(a) coma?

No aplica (si su niño come fácilmente)

42. ¿Cree que es necesaria la leche materna para un niño mayor de seis meses de edad?

- 1. Si
- 2. No
- 3. No sabe

43. Cree que su niño(a) necesita de alimentos diferentes a la leche materna antes de los seis meses?

- 1. Si
- 2. No

¿Por qué? _____



CONOCIMIENTOS Y FACTORES AFECTIVOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

44. ¿Cree que su niño(a) necesita de alimentos diferentes a la leche materna después de los seis meses?

1. Si 2. No

¿Por qué? _____

45. ¿Cree que la Alimentación Complementaria tiene beneficios Para el niño(a)?

1. Si 2. No 3. No Sabe

¿Cuáles? _____

46. ¿Cree que brindar Alimentación Complementaria a su niño(a) tiene beneficios para usted?

1. Si 2. No 3. No Sabe

¿Cuáles? _____

47. ¿Considera que los alimentos que elige para brindar al niño contienen los nutrientes que necesita?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Casi Nunca

48. ¿Cómo se califica ud misma en relación con la elección y preparación de los alimentos que da su niño (a)?

1 .Buena 2. Regular 3. Deficiente

¿Por qué? _____

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACION!!!