



UNIVERSIDAD UCINF
LABOR CONSTANTIAE TRIUMPHARE

UNIVERSIDAD UCINF

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PORCENTAJE DE MUJERES QUE RECUPERA EL PESO
PRECONCEPCIONAL, AL SEXTO MES POSPARTO,
PERTENECIENTES AL CESFAM RECREO DE LA COMUNA DE
SAN MIGUEL**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

AUTORES

ANA CABELLO PINCHEIRA
EMILIA CERÓN SALAS
SEBASTIÁN CORTÉS VENEGAS
SHERLEY ROMERO MANRÍQUEZ

PROFESOR GUÍA: SANDRA VILLEGAS ANDRADE.

Santiago, Enero 2012.

"La gratitud, como ciertas flores, no se da en la altura y mejor reverdece en la tierra buena de los humildes." - José Martí.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos agradecer a nuestras familias, por inculcarnos siempre una actitud luchadora y entregarnos fortaleza para no decaer en los momentos difíciles, por formarnos como personas ambiciosas de conocimientos y por el apoyo incondicional que nos brindaron durante esta larga, pero tan enriquecedora etapa de estudio.

Queremos recordar también a aquellas personas que de algún modo participaron en nuestra formación, con quienes nos unimos en el camino, nuestros compañeros, hoy colegas con quienes tenemos la convicción que el esfuerzo y sacrificio entregan un sentimiento de plenitud mucho mayor al concretar un logro.

Finalmente agradecemos a los profesionales del Centro de Salud Familiar Recreo, quienes permitieron concretar esta investigación y muy especialmente los trabajadores del Servicio de Orientación Médica y Estadística, quienes nos brindaron todo el apoyo necesario, siempre con la mejor disposición para colaborarnos.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar el porcentaje de mujeres que recupera el peso preconcepcional al sexto mes posparto relacionando éste con nivel educacional y tipo de alimentación entregada a su hijo. Este estudio cuantitativo de tipo descriptivo, transversal, exposfacto, recopiló datos de enero a septiembre del año 2011 en el Centro de Salud Familiar Recreo de la comuna de San Miguel. Contó con una muestra de 43 mujeres de un universo de 162. Los datos fueron recopilados a través de la ficha de salud del niño y de la madre. Para la tabulación y análisis estadístico se utilizó el software Microsoft Excel 2007. Se trabajó en la estadística descriptiva con porcentajes y proporciones, tras lo cual los resultados fueron que del total de mujeres del estudio un 34,88% recupera el peso preconcepcional al sexto mes posparto, sin discriminación de variables. Cuando se enfrenta la variable nivel educacional con la recuperación de peso preconcepcional se presenta que un 86,66% que logra la recuperación satisfactoria posee un nivel educacional medio y un 13,33% nivel educacional alto. En cuanto a la relación de las variables recuperación del peso preconcepcional de la mujer y tipo de alimentación que entregó a su hijo hasta el sexto mes de vida, un 53,33% recuperó el peso entregando lactancia materna exclusiva; un 33,33% de los casos lo hizo entregando lactancia mixta y finalmente un 13,33% de las mujeres que consiguió recuperar el peso preconcepcional entregó lactancia artificial a sus hijos durante los primeros seis meses de vida.

Palabras clave: Recuperación del peso preconcepcional, nivel educacional, lactancia materna exclusiva, lactancia artificial, alimentación mixta del lactante.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1.Antecedentes del problema.	2
1.2.Justificación del Problema	3
1.3.Objetivo general.	3
1.4.Objetivos específicos.	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.3.Obesidad en la población chilena.	5
2.4.Nivel educacional (NE).	7
2.5.Sobrepeso y obesidad materna.	8
2.6.Incremento de peso fisiológico de la mujer gestante.	9
2.7.Complicaciones perinatales a causa de malnutrición por exceso.	10
2.8.Centro de Salud Familiar (CESFAM).	11
2.9.Programa de atención de la embarazada.	12
2.10.Control del sexto mes posparto.	13
2.11.Lactancia materna.	13
2.11.1.Contraindicaciones de la Lactancia Materna.	15
2.12.Situación actual de lactancia materna.	16

2.13.Fórmulas lácteas infantiles.	17
2.14.Avances en políticas públicas.	19
3. MARCO METODOLÓGICO	21
3.1. Diseño de investigación.	21
3.2.Tipo de estudio.	21
3.3.Sujetos en estudio.	21
3.4.Población y muestra.	22
3.5.Criterios de inclusión y exclusión	22
3.5.1.Criterios de inclusión.	22
3.5.2.Criterios de exclusión.	22
3.6.Variable.	23
3.7.Procedimientos de recolección de datos	24
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	26
5. DISCUSIÓN Y SUGERENCIAS	32
6. CONCLUSIONES	36
7. BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	44

1. INTRODUCCIÓN

La población femenina en Chile alcanza, según el Censo del año 2002, un 50,7% del total de individuos, presentándose en este grupo una mayor prevalencia de obesidad, reflejada por un 11,5% más que en los hombres según la última Encuesta Nacional de Salud (ENS). (ENS, 2009-2010). Esta situación aumenta las posibilidades del género femenino a desarrollar una adultez y tercera edad con menor calidad de vida, por cuanto se potencia el riesgo cardiovascular y otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). (INE, 2003; MINSAL, 2009-2010).

Durante el ciclo vital la mujer vivencia el embarazo y período de lactancia, ambas situaciones que generan vulnerabilidad nutricional. La etapa de embarazo requiere una importante alza de peso, debido a la actividad anabólica que se realiza, y que varía dependiendo del estado nutricional inicial de las gestantes. (MINSAL, 2008).

Por otra parte, las mujeres que amamantan, en adelante nodrizas, poseen requerimientos nutricionales mayores, incluso a los estimados durante la etapa de gestación, aunque parte de ellos se obtienen de los depósitos nutricionales acumulados durante el embarazo, lo que contribuye a la pérdida de grasa corporal y en consecuencia favorece la recuperación del peso preconcepcional. (CONALMA, 2010).

El estado nutricional de sobrepeso u obesidad que presente la mujeres previo al embarazo, es un factor de riesgo tanto para la madre como para el hijo, sin embargo es una realidad que la malnutrición por exceso en etapas previas al embarazo en Chile posee cifras significativamente elevadas. En el año 2007 la prevalencia de obesidad en embarazadas es de un 54,5%. (MINSAL, 2008). Sin duda el peso preconcepcional condiciona el estado nutricional final del embarazo,

por lo que la prevalencia antes mencionada se correlaciona con las cifras entregadas en el año 2009 por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud (MINSAL) que indica una prevalencia de un 33,4% de mujeres con sobrepeso y un 22,3% con obesidad, esto luego del sexto mes posparto. (MINSAL, 2010).

La obesidad tiene un origen multicausal, entre los factores ambientales se encuentran el nivel socioeconómico (NSE) y educacional (NE), respecto del primer factor se ha demostrado que aquellas personas, principalmente mujeres, que clasifiquen en NSE bajo poseen una tendencia ascendente a la obesidad, reflejando un problema de desigualdad social complejo. (Pedraza, 2009). La educación, por su parte, también se ha relacionado con malnutrición por exceso. En las últimas ENS se presenta una relación entre bajo NE con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. (MINSAL, 2003; MINSAL 2009-2010).

1.1. Antecedentes del problema.

En conocimiento de los riesgos que conlleva la obesidad, la alta prevalencia que existe de ésta en mujeres que se encuentran en período posparto y de los beneficios que entrega la lactancia materna exclusiva (LME) para el binomio madre e hijo, el Estado ha implementado una serie de estrategias para fomentar la LME como mínimo hasta el sexto mes de vida de los niños, situación que ha revertido los bajos índices reflejados en las estadísticas del año 1993, donde apenas se alcanzaba el 16% de LME a nivel nacional, mientras que en el año 2006 esta cifra aumentó considerablemente, llegando a un 49%, pero siendo aún menos de lo esperado. (MINSAL, 2011).

Los servicios de atención primaria de salud (APS), cuentan con registros del estado nutricional de las mujeres en el período de embarazo y al sexto mes posparto, pero se desconoce la cantidad de mujeres que recuperan el peso

preconcepcional en relación a su nivel educacional y los distintitos tipos de alimentación que pueda entregar a su hijo. Bajo esta premisa surge la siguiente interrogante *¿Cuál es el porcentaje de mujeres que recupera el peso preconcepcional al sexto mes posparto, en relación al nivel educacional y tipo de alimentación que entregó a su hijo hasta el sexto mes de vida, pertenecientes al Centro de Salud Familiar Recreo de la comuna de San Miguel, durante el período de enero a septiembre del año 2011?*

1.2. Justificación del Problema

Comparar estados nutricionales al momento preconcepcional y posparto es de gran ayuda para mantener registros y estadísticas, que permiten generar acciones a nivel ministerial tendientes a contrarrestar las posibles desviaciones de la normalidad. Sin embargo y sin cuestionar los múltiples beneficios que conlleva la entrega de LME como mínimo hasta el sexto mes de vida de los niños, existen pocos antecedentes sobre la efectividad de ésta y la relación que pueda existir con el nivel educacional de la madre, ambas variables que pueden influir en la recuperación de peso preconcepcional.

1.3. Objetivo general.

Determinar el porcentaje de mujeres que recupera el peso preconcepcional al sexto mes posparto, en relación al nivel educacional y tipo de alimentación que entregó a su hijo hasta el sexto mes de vida, pertenecientes al Centro de Salud Familiar Recreo de la comuna de San Miguel, durante el período de enero a septiembre del año 2011.

1.4. Objetivos específicos.

- Recopilar información sobre el nivel educacional de las madres al momento de la gestación.
- Recopilar antecedentes sobre el tipo de alimentación entregada a los niños hasta el sexto mes de vida.
- Categorizar a las mujeres de acuerdo al nivel de estudios y tipo de alimentación entregada a sus hijos.
- Determinar el porcentaje de mujeres que recupera el peso preconcepcional al sexto mes posparto.
- Relacionar la variable independiente de nivel educacional con recuperación de peso preconcepcional.
- Relacionar la variable independiente de tipo de alimentación con la recuperación de peso preconcepcional.

2. MARCO TEÓRICO

2.3. Obesidad en la población chilena.

El sobrepeso y la obesidad se definen, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (OMS, 2011).

Durante los últimos 20 años Latinoamérica se ha visto sometida a cambios económicos, demográficos y medioambientales, se han modificado los modelos de complejión corporal, dietéticos y de actividad física. Los altos niveles de desnutrición, dietas poco energéticas y la intensa actividad física han sido reemplazados por índices elevados de obesidad, proceso de “transición nutricional” que no ha sido diferente en Chile. (World Food Programme, 2007).

En el año 2009, el MINSAL realizó por segunda vez la ENS, con el propósito de recopilar información actual sobre la situación de salud de los chilenos. El estudio fue transversal, con muestra aleatoria, con representatividad nacional, regional y por zona rural/urbana. La población objetivo fue adultos de edad mayor o igual a 15 años y se entrevistaron a 5434 personas. Se estudiaron 13 condiciones, previamente ya evaluadas en el año 2003, dentro de las cuales se encontraba el estado nutricional. (ENS, 2009-2010).

Para determinar el estado nutricional, se evaluó el IMC, del cual los puntos de corte se señalan en el anexo N°1.

Los resultados arrojados por la ENS revelaron que existe una prevalencia de un 66,7% de “obesidad”, cifra que supera en seis puntos porcentuales el mismo dato arrojado en el año 2003 y que está compuesto por un 39,3% de sobrepeso, 25,1% de obesidad y un 2,3% de obesidad mórbida. (MINSAL, 2009-2010).

La obesidad, como resultado de un balance energético positivo, posee múltiples factores que contribuyen en su génesis. La etapa de embarazo y posparto, en mujeres, forma parte de un hito importante e induce la ganancia de peso. Se estima que por cada embarazo se acumulen 4 kilos de grasa, lo que favorece el desarrollo de la obesidad. (Baltasar, 2001).

Las mujeres alcanzan una prevalencia de malnutrición por exceso de 67,64%, lo que se desglosa en 33,6% de sobrepeso, 30,7% de obesidad y 3,34% de obesidad mórbida, esto según la última ENS 2009-2010, situación que aumenta la vulnerabilidad de este grupo tras elevar el riesgo de sufrir morbimortalidad.

Según el *"Nurses Health Study"*, estudio de cohorte que comenzó el año 1976 en Boston, con una participación de 122.000 mujeres de entre 30 a 55 años, seguidas durante 16 años, se encontró una correlación directa entre peso y mortalidad, dado principalmente por la relación de obesidad y aumento de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, cáncer, artrosis y aumento del riesgo quirúrgico. (Royo & Moreno, 2009).

El Estado en respuesta a las alarmantes estadísticas nacionales, en el año 2004, implementa la "Estrategia de intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades no transmisibles EINCIV", donde el objetivo general es intervenir precozmente en la población infantil y mujeres embarazadas, idealmente desde la etapa preconcepcional, con la promoción de alimentación sana y actividad física periódica, a través de los controles de salud; haciendo énfasis en la población con mayor riesgo de desarrollar obesidad y ECNT, según la evidencia disponible. Dentro de los objetivos específicos se encuentran vigilar el estado nutricional y el incremento de peso durante el embarazo, vigilar el estado nutricional de las mujeres en edad fértil, controlar la recuperación del peso preconcepcional en la mujer al sexto mes posparto y promover la LME hasta el sexto mes de vida. (MINSAL, 2010).

Como se indicó en párrafos anteriores la obesidad tiene un origen multifactorial, que incluye factores biológicos, psicológicos y socioeconómico, en éste último marco clasifica el nivel educacional, el cual se relaciona con la obesidad en población femenina, presentándose la relación que a menor nivel educacional mayor riesgo de padecer obesidad, no así en la población masculina donde la situación es inversa. (Zurro & Pérez, 2003).

2.4. Nivel educacional (NE).

La educación es un proceso multidireccional que tiene como objetivo formar, potenciar y desarrollar aptitudes propias del ser humano, ya que todas las personas nacen en iguales condiciones, pero las diferencias las hace la educación. (Katz, 2009; Feroso, 1985).

El NE se define como el avance educativo que tiene una persona, el que se refiere a la cantidad de años efectivos en que se ha recibido instrucción, lo cual influye de manera directa en como ese individuo interactúa con el medio que le rodea y como es capaz de insertarse socialmente. (Katz, 2009; Feroso, 1985).

En Chile se determinó que personas de estrato social bajo, con menor nivel de estudios, presenten mayor carga de morbilidad y factores de riesgo cardiovascular. (ENS, 2009-2010).

Dentro de la ENS del año 2009-2010, al igual que en el año 2003, se determinó el NE de la madre del entrevistado, como un antecedente del ambiente socioeconómico y educacional en el cual se realizó la gestación. Se utilizó una pregunta que registró: a) último curso y tipo de estudios aprobados; y b), número total de años de estudio. Para los distintos análisis epidemiológicos esta variable se categorizó según los siguientes grupos:

- Nivel educacional bajo (NE Bajo) : menos de 8 años de estudios.
- Nivel educacional medio (NE Medio) : entre 8 y 12 años de estudios.
- Nivel educacional alto (NE Alto) : más de 12 años de estudios.

Los resultados indican que el 21% de la población femenina entrevistada, posee un NE bajo. Posterior a este análisis se relacionó que a bajo NE mayor prevalencia de hipertensión, altos niveles de colesterol total, triglicéridos y LDL, entre otros. (MINSAL, 2010).

En el anexo N°2 se muestra la tabla que indica la distribución muestral de la ENS 2009-2010, expandida según nivel educacional.

2.5. Sobrepeso y obesidad materna.

En Chile, durante la última década se ha producido un importante cambio en la situación nutricional de la población, con un rápido aumento en la prevalencia de obesidad, en todos los grupos estudiados. El cambio ha sido especialmente significativo en mujeres embarazadas donde la prevalencia de obesidad ha aumentado de 13 a 32% en sólo 15 años. (Atalah & Castro, 2004).

Las proporciones de embarazadas con malnutrición por exceso del sistema público de salud ha aumentado considerablemente, en la actualidad la prevalencia nacional de sobrepeso en embarazadas es de 32% junto con un 21% de obesidad, mientras que al sexto mes posparto el estado nutricional de sobrepeso aumenta a un 33,4% y la obesidad a un 22,3%, según el DEIS del MINSAL en el año 2009.

El incremento de la obesidad se presenta en gran parte del mundo y se ha descrito como una epidemia moderna. Un ejemplo de lo ocurrido en

embarazadas se ha reportado con datos de 53.080 mujeres de Birmingham, Estados Unidos de América (EUA), en que la proporción con IMC >29 en el primer control prenatal aumentó desde 16,3% en 1980 a 36,4% en el año 1999. La proporción de mujeres obesas se duplicó, en forma semejante a lo observado en Chile. A pesar de que el punto de corte para el diagnóstico de obesidad al comienzo del embarazo en la curva Rosso & Mardones (1987) es algo más bajo, IMC >26.7, es evidente que las cifras de obesidad diagnosticadas con un criterio más estricto en EUA (IMC >29) son mucho mayores que en Chile (Mardones S., 2003).

Actualmente en nuestro país se utilizan gráficas que relacionan el IMC (peso/talla²) con las semanas de gestación. Un estudio prospectivo realizado entre septiembre de 1996 y mayo de 1997 en 883 madres y sus recién nacidos, mostró su utilidad como predictor de riesgo de los problemas por déficit y exceso (Atalah y Cols., 1997).

2.6. Incremento de peso fisiológico de la mujer gestante.

El incremento de peso es uno de los primeros cambios fisiológicos que sucede durante el embarazo, sin embargo, en las adolescentes hay una menor capacidad de adaptarse a los rangos de normalidad, dado que estas se encuentran aún en etapa de desarrollo físico. (Rodríguez & Magro, 2008).

Consecuentemente es importante el incremento de peso para procesos anabólicos que ocurren durante este período como la formación de tejidos grasos y síntesis de proteínas los que actuarán como depósitos de energía que el feto utilizará principalmente durante el tercer trimestre del embarazo, además, proporcionará energía extra en el parto y el período de lactancia. (Gilbert & Hamond, 2008).

El incremento de peso fisiológico en la gestante, se compone de una parte materna y una fetal como complemento. En el anexo N°3 se muestra la distribución de aumento de peso en el embarazo.

2.7. Complicaciones perinatales a causa de malnutrición por exceso.

El embarazo es uno de los períodos de mayor vulnerabilidad nutricional. El déficit de peso materno o de diversos nutrientes como por ejemplo Calcio, ácidos grasos omega-3, Hierro, Cinc, ácido fólico, entre otros, influyen en forma significativa en la evolución del embarazo, parto y recién nacido. Ello ha motivado diversas estrategias de intervención en la embarazada para reducir el riesgo asociado a un déficit nutricional, incluyendo consejería nutricional, suplementos de nutrientes y programas de distribución de alimentos fortificados. (Atalah & Castro, 2004).

En los últimos años, la preocupación se ha centrado en la obesidad materna. Numerosos estudios han demostrado un aumento significativo del riesgo a padecer diversas patologías del embarazo, tales como, diabetes gestacional, preeclampsia, eclampsia, entre otras, además de asociarse a un mayor número de cesáreas y mortalidad perinatal vinculada a un exceso de peso materno. (Watkins, 2003; Tamez & Silva, 2008).

En un estudio, realizado en Atlanta (EUA) entre 1993 y 1997, de tipo poblacional de casos y controles sobre diversos defectos congénitos importantes asociados a obesidad y sobrepeso pregestacional, en el cual se relacionaron y compararon los resultados con estudios anteriores, se confirmó la asociación entre espina bífida y obesidad pregestacional, previamente establecida y se encontró una asociación de defectos del corazón, anomalías múltiples y onfalocele, defecto congénito en el que la pared abdominal anterior está desprovista de revestimiento musculoaponeurótico y cutáneo de extensión variable, donde las vísceras abdominales se hernian en el centro por el cordón umbilical. También se

encontró una asociación entre los defectos del corazón y anomalías múltiples con el sobrepeso pregestacional. (Watkins, 2003; Tamez & Silva, 2008)

En forma pionera Tilton y cols., (1989) demostraron que la obesidad materna moderada se asociaba con un mayor riesgo de hipertensión, cesárea, infecciones posparto y de recién nacidos macrosómicos.

En un estudio reciente de Atalah y cols., (2004), titulado "Obesidad materna y riesgo reproductivo", llama la atención la alta frecuencia de partos asistidos, mayoritariamente cesáreas y la tasa de mortalidad fetal tardía. Las características nutricionales de las madres, en estudio, determinaron una fracción significativa del riesgo de las patologías estudiadas, con un riesgo creciente a medida que los indicadores antropométricos aumentaban ($p < 0,001$). La asociación fue más fuerte con hipertensión, ya que una masa grasa materna inicial $\geq 35\%$ determinó un riesgo 7,8 veces mayor, explicando el 43% del riesgo atribuible poblacional de esta patología. Riesgos asociados a la obesidad materna superiores a 3 se observaron también para macrosomía fetal, parto asistido, diabetes gestacional y mortalidad fetal tardía. En la incidencia de cada una de las condiciones estudiadas intervienen además otros factores como paridad, talla y edad materna, tabaquismo, edad gestacional, reafirmando la multicausalidad de todas ellas. (Atalah & Castro, 2004).

En este contexto, se hace de gran relevancia la promoción e intervención en estilos de vida saludable, a través de la educación para la salud, que contribuyan a contrarrestar las cifras escandalosas de sedentarismo, sobrepeso y obesidad que vive actualmente el país. Para ello, los Centros de Salud Familiar (CESFAM) son el eje principal del sistema público de salud en Chile.

2.8. Centro de Salud Familiar (CESFAM).

La atención primaria de salud, contribuye a identificar y prevenir la complicación de enfermedades en los distintos grupos de la población, lo cual permite la

optimización de los recursos del sistema público, ya que disminuyen los costos por derivación al nivel secundario (Centros de Referencia de Salud CRS) o terciario de salud (hospitales). (Lopetegui, 2008).

La asistencia primaria enmarca una serie de acciones de salud pública de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud. El propósito de los CESFAM es la prevención de enfermedades, mejorar la salud y acercar los establecimientos de atención a las personas logrando un vínculo familiar entre pacientes y profesionales de la salud, incorporando el factor social, es por ello que se han creado programas de atención de salud para cada etapa del ciclo vital. (Lopetegui, 2008).

2.9. Programa de atención de la embarazada.

El programa de control de la embarazada se realiza en los CES (consultorios) y CESFAM, está dirigido a las mujeres gestantes beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) e inscritas en el centro de salud correspondiente, este control es gratuito para las beneficiarias. (MINSAL).

Las actividades de APS en relación al embarazo y lactancia materna están contempladas en el programa Chile Crece Contigo, el que es un sistema de protección integral a la infancia, con la misión de apoyar y proteger integralmente a los niños y a sus familias desde la gestación hasta los 4 años de edad a través de acciones, servicios de carácter universal y apoyos especiales para los más vulnerables. Dentro de los criterios de dicho programa se encarga de promover y fortalecer la lactancia materna, con la supervisión de profesionales de la salud que entregan información, apoyo en caso necesario, detección de riesgos y coordinación con centros de salud. (MINSAL).

Diversas actividades se contemplan en la etapa de gestación y lactancia algunas de ellas son:

- Sesiones Educativas realizadas por profesionales de la salud promoviendo el desarrollo psicoafectivo del feto y preparación para el parto y posparto. Además de consulta de morbilidad en APS, consulta social y salud buco dental.
- Atención en consejería nutricional individual y grupal durante la gestación y lactancia, acceso al Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). Dependiendo del estado nutricional de la gestante.
- Promoción, fomento de LME hasta el sexto mes posparto, entrega de alimentación complementaria. (MINSAL, 2008).

2.10. Control del sexto mes posparto.

Este punto está enfocado al binomio madre e hijo, cuyo objetivo es instar a la madre a recuperar el peso preconcepcional en el menor tiempo posible y de esta forma realizar precozmente la intervención nutricional en la mujer. (Pizarro, 2007).

Consecuentemente y conforme al programa de la mujer llevado a cabo el año 2007, se incorporó la consejería nutricional como una actividad de apoyo, cuyos controles están enfocados al tercer y sexto mes posparto, los que corresponden a una actividad más del "Control del Niño Sano" con el propósito de fomentar la LME que es una de las metas de los centros de APS. (Pizarro, 2007).

2.11. Lactancia materna.

Las mujeres luego del parto presentan un descenso en los niveles de estrógeno y progesterona e incrementan la secreción de prolactina, hormona, con la que se

establece la etapa de producción de leche. El estímulo de producción y secreción de leche materna es la succión. (Erick, 2008).

Otra hormona importante es la oxitocina, encargada de la eyección de leche materna. La oxitocina responde a estímulos visuales, táctiles, olfatorios y auditivos, para su secreción y ésta se ve inhibida por el dolor, cansancio, ansiedad, estrés emocional y físico de las madres. (Erick, 2008).

La leche materna es indudablemente el alimento a elección para el lactante, esto debido a su composición nutricional y generación de apego entre madre e hijo. La meta es mantener la lactancia materna adecuadamente complementada con sólidos, hasta el año y como mínimo hasta el sexto mes de vida de los niños. (Fernández, 2006; Ayela, 2009).

La composición nutricional de la leche materna se destaca por contener una proteína de fácil digestión, como lo es la lactoalbúmina; lactosa como principal fuente de hidratos de carbono; sales biliares que estimulan la enzima lipasa, que contribuye en la hidrólisis de ácidos grasos; mayor cantidad de vitamina D, E y minerales como el Cinc, Calcio, Fósforo y Flúor; que la leche de vaca. La concentración de Sodio y Potasio, es menor en la leche materna, lo que contribuye en disminuir la carga renal de soluto ajustándose a la función renal del recién nacido. (Fernández, 2006; Ayela, 2009).

El período de lactancia, supone una enorme exigencia nutricional para la madre. Muchos autores indican que el requerimiento energético durante el amamantamiento está determinado por la cantidad de leche producida y estado nutricional de la madre. (Fernández, 2006; Ayela, 2009).

Respecto del volumen de leche producida, que tiene directa relación con la frecuencia, duración e intensidad de la succión del lactante, durante los primeros seis meses posparto, los autores indican que existe un intervalo de entre 550 a 1200 mililitros por día, para lo cual se estima que el gasto energético para

producir 100 mililitros de leche es de aproximadamente de 85 Calorías. (Fernández, 2006; Ayela, 2009).

El costo energético para producir leche es de alrededor de 700 Kcal por día en el primer semestre y 500 Kcal por día en el segundo semestre. Alrededor de 200 calorías por día provienen de la reserva grasa y las otras de la dieta. (Casado).

Por lo cual durante esta etapa, se recomiendan entre 330 y 500 Kcal., extras en el día, en mujeres con estado nutricional normal, quienes pueden llegar a perder 0,5 Kg., de peso semanal, lo que favorece la recuperación del peso preconcepcional. En tanto, las mujeres que se encuentren con sobrepeso u obesidad, poseen mayor cantidad de reservas grasas, por lo cual no requiere el mismo aporte extraordinario de Calorías, ya que la acumulación excesiva de grasa proporciona entre 100 a 150 Kcal. /día, que sirven de soporte durante los primeros meses de lactancia. (Fernández, 2006; Ayela, 2009).

Respecto de los requerimientos de macro y micronutrientes, en el período de amamantamiento, se detallan en el anexo N°4.

2.11.1. Contraindicaciones de la Lactancia Materna.

La lactancia materna es el tipo de alimentación que se recomienda para lactantes como mínimo los primeros seis meses de vida, sin embargo existen situaciones en la salud de la madre en las que se contraindica esta práctica, es el caso de infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), infección tuberculosa activa no tratada, uso de fármacos o drogas u otras sustancias químicas, tratamiento oncológico en curso y casos específicos donde el médico tratante lo indique.

Por otra parte la galactosemia clásica y algunos otros errores congénitos del metabolismo también son patologías que afectan al lactante y que condicionan la entrega de lactancia materna. (MINSAL, 2005).

2.12. Situación actual de lactancia materna.

A nivel nacional se han producido cambios con respecto a la LME, en la década de los 70 en nuestro país, el porcentaje de los niños que la recibía era inferior al 5%, estos antecedentes hicieron que el MINSAL se adhiriera al Programa de Fomento mundial de la Lactancia Materna del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) denominado "Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño" a partir del año 1992. Dado lo anterior existen 37 hospitales que pertenecen al sistema público y 2 al sistema privado que fomentan la LME a través de esta iniciativa desde el control prenatal. (González & Cols., 1983).

Diversos son los beneficios que presenta la LME, tanto para el niño como para la madre y su entorno. La OMS toma en cuenta todos estos aspectos y la recomienda como una alimentación óptima durante los primeros seis meses de vida y complementada con alimentos sólidos a partir de esta edad y durante los dos primeros años. (OMS, 2002; OMS, 2003).

A nivel ministerial se establecieron metas sanitarias para obtener en el año 2000, un 80% de LME al cuarto mes de vida del niño a través de nuevas campañas de fomento y difusión para llegar a dar cumplimiento a esta meta, pero los esfuerzos no han sido suficientes ya que las estadísticas realizadas en el año 2006 demuestran los bajos índices en donde se alcanzó tan sólo un 49% de LME en el sector público (Ossandón & Cols., 2000; MINSAL, 2011).

2.13. Fórmulas lácteas infantiles.

Las fórmulas lácteas o sucedáneos de leche materna son definidos como todo alimento comercializado o de otro modo presentado como substitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin. Se utilizan para alimentar a aquellos lactantes que no pueden ser amamantados de forma natural, cuyos requerimientos son especiales o de mujeres que no quieren amamantar. (CONALMA, 2005).

En Chile las fórmulas lácteas están reguladas por el Reglamento Sanitario de los Alimentos (RSA) y de forma internacional lo hace el Codex Alimentarius. Actualmente en muchos países industrializados, el mercado de las fórmulas lácteas es creciente y las consecuencias más serias del cambio de lactancia materna a la mamadera se observan en las familias pobres de África, Asia y América Latina. (Soc. Venezolana de Puericultura y Pediatría, 2009).

En el Artículo N°493 del RSA se define fórmulas para lactantes como aquellos productos que satisfacen los requerimientos nutricionales de los mismos, cuando la alimentación con leche materna no es posible o es insuficiente. (MINSAL, 2010).

Instituciones como la "Comisión Nacional de Lactancia Materna" (CONALMA) que tiene como principal objetivo proteger la lactancia materna, organismos internacionales como OMS y UNICEF poseen estrategias específicas que se concretan en la salud materna e infantil, haciendo énfasis en la importancia de la lactancia materna en el desarrollo, crecimiento del niño, beneficios para el binomio madre-hijo y para las sociedades. (Rodondo del Río, 2005).

En 1950 y 1960, un pequeño grupo de médicos, pediatras y nutricionistas que trabajaban en países en desarrollo, llamaron la atención sobre los peligros de la lactancia artificial y censuraron el papel de la industria en la disminución de la lactancia. Una década después la población se levantó contra la activa promoción

de fórmulas infantiles mediante publicidad, suministros gratuitos y otras tácticas “agresivas de venta”, ocurriendo lo inesperado, los profesionales del área de salud se pusieron de lado de los fabricantes. Experiencia que llevó a algunas instituciones a tratar de normar dichos temas. (Rodondo del Río, 2005).

En 1979, la OMS y UNICEF, reunidos con representantes de la industria, organizaciones no gubernamentales (ONG) y delegados de algunos países discutieron posibles regulaciones para el control de la promoción de sucedáneos de la leche materna. Finalmente, y luego de varias reuniones que se llevaron a cabo, el 21 de mayo de 1981, en la Asamblea Mundial de la Salud, se estableció el Código Internacional para la Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna. Código en donde uno de los artículos más importantes es: “No se debe hacer publicidad u otra forma de promoción de productos para el público en general dentro del ámbito de este Código”. (Rodondo del Río, 2005).

El uso de muestras ha declinado pero no se ha detenido. Aunque la propaganda para el público ha cesado, los fabricantes continúan la publicidad dirigida a los profesionales de la salud; y las compañías promueven cada vez más al público el uso de productos manufacturados para el destete y su consumo por lactantes. En muchos países los fabricantes suministran todavía fórmulas gratuitas a los hospitales y estos a su vez las entregan a las madres, conducta que le da a la madre la impresión de apoyo médico a la alimentación con fórmula. (Redondo del Río, 2005).

La actitud de los profesionales de la salud respecto a la lactancia ha mejorado en las últimas dos décadas. Sin embargo, hay todavía gran ignorancia, y como resultado, la profesión médica y de la salud son a menudo un factor negativo de la lactancia, por lo que resulta primordial educar a los futuros profesionales, en este tema. (Redondo del Río, 2005).

2.14. Avances en políticas públicas.

En el año 2007 se realizó una evaluación económica sobre la prolongación del posnatal, de 12 a 24 semanas, con lo que se afirmó, una vez más, los beneficios de la LME para el binomio madre e hijo, además de corroborar el ahorro de recursos económicos para el núcleo familiar, empleadores y sociedad. (Aedo I.)

Se presentaron resultados obtenidos en la tercera Encuesta Nacional de Lactancia MINSAL-UNICEF, realizada el año 2001, basado en 10.671 encuestas provenientes de una muestra significativa de los distintos Servicios de Salud, que revelan que la prevalencia de lactancia materna disminuye según la edad en meses del niño, siendo esta alrededor de un 98% durante el primer mes de vida, de un 91% al tercer mes de vida y de un 80% en el sexto mes de vida. Sin embargo, la prevalencia de LME es sustancialmente menor ya que los porcentajes son 83%, 60% y de 26% respectivamente para los mismos períodos contemplados anteriormente. (Aedo I.)

Por otro lado, la prevalencia de la LME entre las mujeres que trabajan y las que no lo hacen, presenta importantes diferencias entre el segundo y sexto mes, tal como se muestra en el anexo N°5.

Uno de los objetivos de la APS es fomentar la LME mínimo hasta el sexto mes de vida de los niños, lo que en la actualidad se puede llevar a cabo producto de la extensión del posnatal a 24 semanas integras, para todas las madres trabajadoras. Esta normativa es aplicada a todas las mujeres que se encuentren con pre y posnatal incluyendo aquellas madres que han terminado el período de beneficio y cuyos hijos sean menores de 24 semanas. (Aedo I.).

La nueva Ley de Posnatal N°20.545, fue publicada el 17 de Octubre del 2011 en el Diario Oficial, modificando las normas sobre protección a la maternidad e incorporando el permiso posnatal parental, favoreciendo el desarrollo de niños e indirectamente la salud de madres, quienes a través de la lactancia podrán optar

a una mejor calidad de vida, tras disminuir el porcentaje de grasa corporal, prevenir cáncer de mama y ovario y menor riesgo de padecer depresión posparto. (BCN, 2011; González-Merlo & González, 2006).

Este estudio es de tipo cuantitativo, ya que se trata de un estudio de tipo cuantitativo y se pretende medir la efectividad de la intervención. Fuente: Los Caballeros & Heredia, 2019.

3.2. Metodología

El estudio de tipo cuantitativo es una investigación que se realiza en un momento único, mediante el uso de instrumentos estandarizados que miden y describen y explican los fenómenos de la realidad y se basan en el uso de un lenguaje matemático. Fuente: Los Caballeros & Heredia, 2019.

3.3. Tipo de muestra

Los sujetos de este estudio son mujeres de 18 años, que participaron con el estudio de tipo cuantitativo con el fin de medir los niveles de estrés y ansiedad en el año 2019 y compararlos con los niveles del año anterior (2018) y durante los dos meses de intervención más de tres procedimientos de diagnóstico de los niveles de estrés y ansiedad. Fuente: Los Caballeros & Heredia, 2019.

El estudio fue de tipo cuantitativo y se basó en el uso de instrumentos estandarizados para medir los niveles de estrés y ansiedad en el año 2018 y durante los dos meses de intervención (2019).

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de investigación.

Este estudio es de tipo cuantitativo, ya que recoge y analiza datos medibles y cuantificables, sobre las variables. (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006).

3.2. Tipo de estudio.

Es de diseño transversal, ya que recolecta datos en un momento único, exposfacto por cuanto se analiza un hecho que ya ha sucedido, y descriptivo, dado que analiza cómo se presenta y manifiesta un fenómeno. (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006).

3.3. Sujetos en estudio.

Los sujetos en estudio son mujeres mayores de 18 años, que cumplieron con el control del sexto mes posparto entre los meses de enero y septiembre del año 2011 y que poseían antecedentes del peso preconcepcional y control del niño sano al sexto mes de vida, pertenecientes a cualquiera de los cuatro sectores del CESFAM Recreo de la comuna de San Miguel.

El universo fue de 162 mujeres que corresponden a la totalidad de puérperas registradas en el libro de ingreso entre los meses de julio de 2010 y marzo del 2011.

3.4. Población y muestra.

La población en estudio estuvo constituida por 52 mujeres, mayores de 18 años, de las cuales sólo 43 formaron parte de la muestra dado que cumplieron con el control del sexto mes posparto entre los meses de enero y septiembre del año 2011, poseían antecedentes del peso preconcepcional y control del niño sano al sexto mes de vida. La muestra no fue aleatoria ni probabilística.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión.

Mujeres mayores de 18 años al momento de la gestación, cuyos datos antropométricos y generales se encontraran disponibles en el Centro de Salud Familiar y que hayan asistido al control del sexto mes posparto.

3.5.2. Criterios de exclusión.

- Gestantes menores de 18 años.
- Mujeres que no registran antecedentes de peso habitual(*) o preconcepcional.
- Mujeres que no registran el peso del control al sexto mes posparto.
- Mujeres que no cuenten con el registro de nivel educacional.
- Niños que no cuenten con el tipo de alimentación recibida al sexto mes de vida.

() Dentro del análisis de datos se considera apto el peso habitual y preconcepcional para realizar la comparación con el del sexto mes posparto.*

Los motivos considerados para excluir a 9 mujeres de la población, que no formaron parte de la muestra, se debe a que 8 de ellas se trasladaron a otro consultorio y una no contaba con los datos debido al extravío de la ficha.

3.6. Variables.

- **Variable independiente 1.**

Nivel educacional de las madres: se define como la cantidad de años de estudios que cursa o ha cursado la mujer en la educación formal y se clasifica de la siguiente manera:

Nivel educacional	Número de años cursados
Bajo	Menos de 8 años de estudio.
Medio	Entre 8 y 12 años de estudio.
Alto	Más de 12 años de estudios.

- **Variable Independiente 2.**

Tipo de alimentación: corresponde al tipo de alimentación que entrega la madre a su hijo hasta el sexto mes de vida y se clasifica de la siguiente forma:

Tipo de alimentación	Definición
L.M.E. (Lactancia Materna Exclusiva)	Corresponde a la alimentación basada solamente en el pecho materno excluyendo la entrega de agua, infusiones y fórmulas lácteas artificiales.
L.Mix. (Lactancia Mixta)	Es el tipo de alimentación que se basa en el aporte de leche materna complementada con la entrega de fórmulas lácteas artificiales.
L.A. (Lactancia Artificial)	Es la alimentación basada sólo en el aporte de fórmulas lácteas artificiales.

- **Variable dependiente.**

Recuperación de peso preconcepcional: para estos efectos se define como la capacidad de la mujer para perder el peso ganado durante el embarazo en un período de seis meses posterior al parto. Se considerará satisfactoria una recuperación de peso igual o mayor al 100%, estimándose que cuanto más se acerque una mujer al peso preconcepcional mayor será el porcentaje de evaluación. A continuación se presenta la tabla con el criterio de cumplimiento.

Criterio de cumplimiento	Definición
Recuperación de peso satisfactoria	Mujeres cuya proporción del peso al sexto mes posparto con el peso preconcepcional, genere un indicador que sea igual o mayor al 100%.
No recuperación del peso	Mujeres cuya proporción del peso al sexto mes posparto con el peso preconcepcional, genere un indicador igual o menor al 99,9%.

3.7. Procedimientos de recolección de datos

La recolección de datos corresponde a toda la población femenina perteneciente al CESFAM Recreo, cuyos partos hayan acontecido entre los meses de julio del año 2010 y marzo del año 2011.

Las fuentes de información fueron el libro de ingreso de puérperas del año 2010-2011, desde donde se recolectó primeramente la muestra, delimitada por fecha del control del sexto mes posparto, luego se procedió a recoger los datos de las fichas maternas, fichas del niño y finalmente de las fichas del adulto.

La fuente de información fue de tipo primaria e indirecta, ya que los datos recopilados fueron tomados directamente de las mujeres objeto de estudio y

registrados en su oportunidad por una persona, profesional de la salud, distinto a los investigadores.

Los datos de interés que se recolectaron fueron de tres tipos:

• Antecedentes generales	Nombre y apellidos de las mujeres, número de cédula de identidad y color del sector al que pertenecen dentro del CESFAM.
• Antecedentes maternos	Edad, peso preconcepcional o habitual, peso al sexto mes posparto, nivel de estudios y fecha del parto.
• Antecedentes del niño	Fecha de nacimiento y tipo de alimentación recibida hasta sexto mes de vida.

Fue necesario ingresar al Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) del CESFAM, para realizar el enlace de datos entre la ficha del niño y la ficha de la madre.

Se creó una planilla para la recolección de datos, con el fin de optimizar tiempo y conservar el orden en el registro. Formato para recolección de datos, que se detalla en el anexo N°6.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se utilizó el software Microsoft Excel 2007 para Windows tanto para la tabulación de los datos como para el análisis de los resultados. Dentro de las herramientas estadísticas descriptivas a utilizar se incluyen porcentajes y proporciones.

Es importante destacar que el análisis de datos referente a la recuperación de peso no relaciona el estado nutricional preconcepcional ni posparto, sino que se genera en base al descenso ponderal luego de seis meses posteriores al parto.

Tabla N°6. Características de las madres e hijos del CESFAM Recreo, que asistieron al control del sexto mes posparto entre los meses de enero – septiembre de 2011, según nivel de recuperación de peso, nivel educacional y tipo de alimentación del lactante.

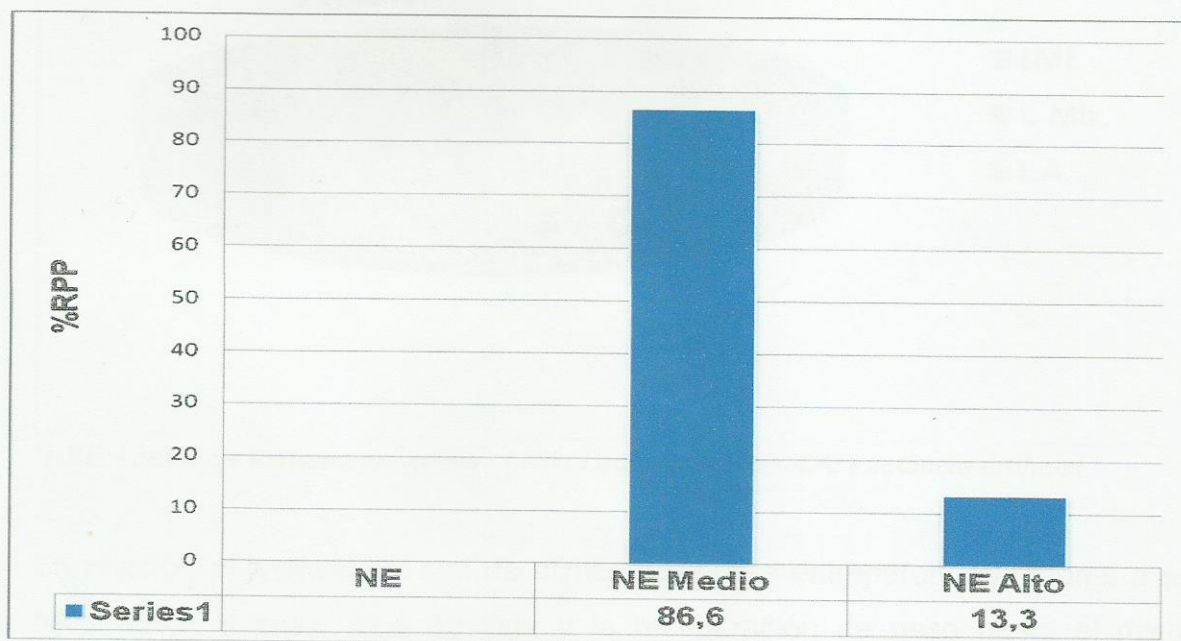
Variable	Categoría	(n)	(%)
Recuperación de peso	Recuperación de peso Satisfactoria (\geq a 100%)	43	34,88%
Nivel Educacional (NE)	NE Bajo		2,32%
	NE Medio		83,72%
	NE Alto		13,95%
Tipo de alimentación	LME		46,51%
	Lactancia Mixta		44,18%
	Lactancia Artificial	9,30%	

* Para estos efectos se considera recuperación de peso satisfactoria, aquellas mujeres que logran recuperar el peso preconcepcional en un 100% y más.

De los resultados obtenidos en el estudio y características de la muestra, que se detallan en el tabla N°6, destacan los siguientes datos: un 34,88% de las mujeres recupera el peso preconcepcional al sexto mes posparto, esto sin considerar el tipo de alimentación que se ha entregado a su hijo durante este período; la

mayoría de las mujeres, representadas por un 83,72%, poseen un nivel educacional medio y un 46,51% de las mujeres entregaron LME hasta el sexto mes de vida de sus hijos. Otra característica, que no fue objeto de estudio, es la media de edad cuyo resultado fue de 27,2 años.

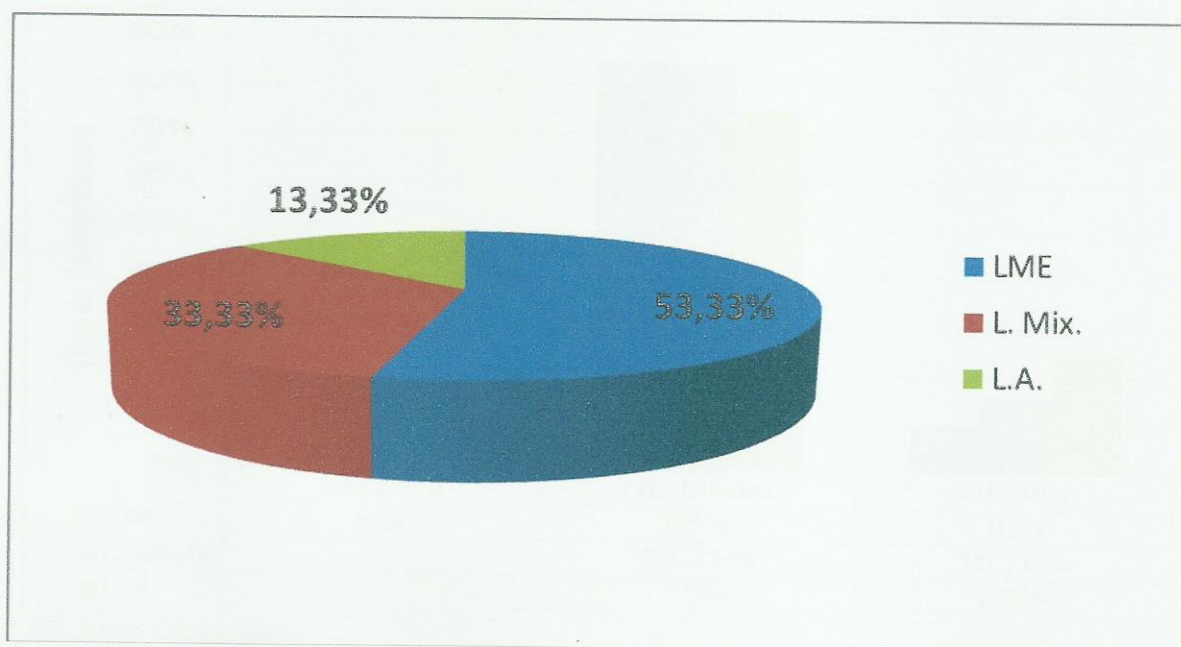
Gráfico N°1. Relación NE de la madre al momento de la gestación con RPP.



*RPP: Recuperación de peso preconcepcional.

Al analizar la variable de NE de las madres al momento de la gestación con recuperación de peso de las mismas se observa que un 86,66% de mujeres que recuperó el peso preconcepcional satisfactoriamente posee un NE medio y un 13,33% posee NE alto. Cabe destacar que el único caso de la muestra que presenta NE bajo, no recuperó el peso preconcepcional. (Gráfico N°1).

Gráfico N°2. Relación del tipo de alimentación entregada a los niños durante el primer semestre de vida con RPP.

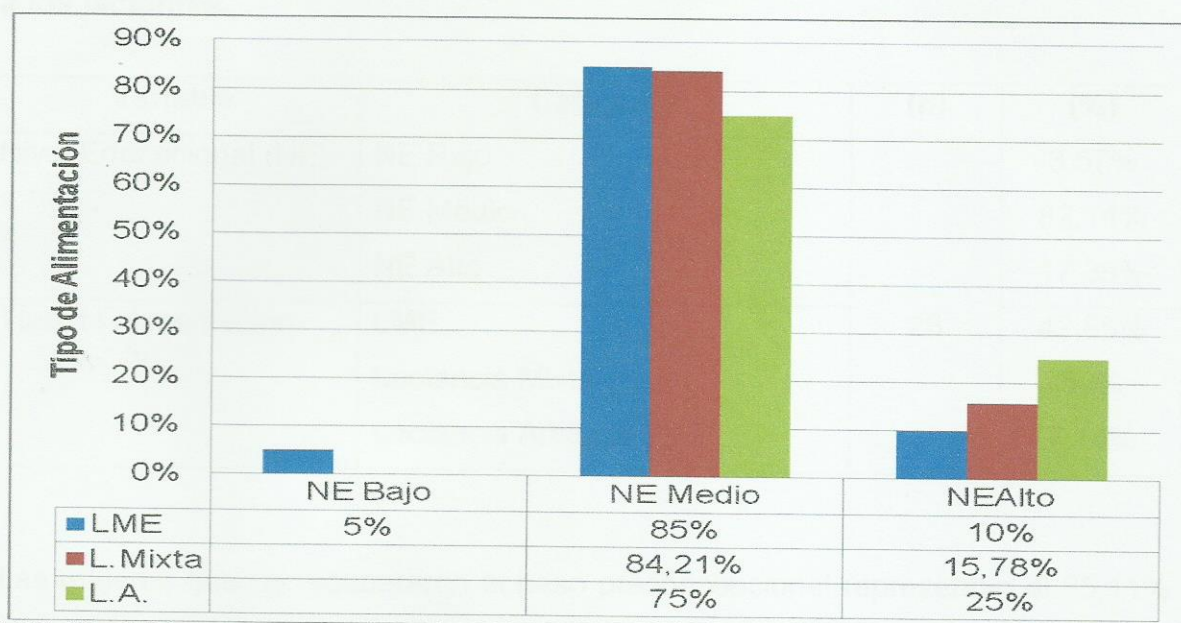


**LME: Lactancia materna exclusiva - LMix: Lactancia mixta -LA: Lactancia artificial*

En relación al análisis del tipo de alimentación que entregaron las madres a sus hijos hasta el sexto mes de vida y la recuperación de peso hasta el mismo período, los resultados obtenidos indican que un 53,33% de las mujeres que recuperó el peso preconcepcional entregaron LME hasta el sexto mes de vida de sus hijos; un 33,33% de los casos que recuperaron el peso entregaron lactancia mixta y finalmente un 13,33% de las mujeres que consiguió recuperar el peso preconcepcional entregó lactancia artificial a sus hijos durante los primeros seis meses de vida. (Gráfico N°2).

Con respecto a la relación de las variables NE de las madres y tipo de alimentación entregada a los niños hasta el sexto mes de vida, se ve reflejada que la LME tiene una mayor tendencia, reflejada por un 85%, en mujeres que poseen NE medio, un 10% en mujeres con NE alto y sólo uno de los casos que entregó este tipo de alimentación cuenta con NE básico.

Gráfico N°3. Relación entre NE de la madre al momento de la gestación y tipo de alimentación entregada a los niños durante el primer semestre de vida.



* NE: Nivel Educatonal.

Por otra parte las mujeres que entregaron lactancia mixta a sus hijos, los primeros seis meses de vida, en un 84,21% y 15,78% presentaron niveles educacionales medio y alto, respectivamente. El número de casos que presentó lactancia artificial en relación al total de la muestra es de 9,3% de los cuales un 75% cuenta con NE medio y un 25% con NE alto. (Gráfico N°3)

Tabla N°7. Características de las madres que NO alcanzaron la recuperación de peso satisfactoria (\geq a 100%), según NE y tipo de alimentación entregada a los lactantes.

Variable	Categoría	(n)	(%)
Nivel Educativo (NE)	NE Bajo	28	3,57%
	NE Medio		82,14%
	NE Alto		17,39%
Tipo de alimentación	LME		42,85%
	Lactancia Mixta		50%
	Lactancia Artificial		7,14%

Las mujeres que no recuperaron el peso preconcepcional representan el 65,11% del total de la muestra y sus características se indican en la tabla N°7, desde donde se extraen los siguientes resultados: un 82,14% de las mujeres que no lograron recuperar el peso corresponden al NE medio y un 17,39% pertenecen al NE alto. Por otra parte el tipo de alimentación que estas entregaron en su mayoría, representada por un 50%, corresponde a lactancia mixta.

Tabla N°8. "Rango de RPP correspondiente a la población que no logra la baja satisfactoria de peso".

Rango de % RPP	Frecuencia	
	n=28	(%)
70 – 80	1	3,57%
80,1 – 90	8	28,57%
90,1 – 99,9	19	67,85%

Respecto de la población que no logró recuperar el peso preconcepcional, ésta presenta una tendencia de pérdida de peso que se encuentra dentro del rango 90,1 y 99,9%, cuya población asciende a un 67,85% (Tabla N°8). En relación al tipo de alimentación que estas entregaron se visualiza que un 42,11% entregó LME a sus hijos en los primeros seis meses de vida.

5. DISCUSIÓN Y SUGERENCIAS

Durante el análisis de datos el estudio revela que la recuperación del peso preconcepcional tienen semejanza con lo indicado en la investigación de Kramer y Kakuma (2001), de la OMS, donde se desprende que la duración óptima de LME es de al menos 6 meses, ya que la mayoría de las nodrizas que entregó este tipo de alimentación a sus hijos, recuperó el peso preconcepcional, por lo que el fomento de ésta, tiene asidero para ser utilizado como herramienta de persuasión en la consulta nutricional, considerando un discreto pero efectivo beneficio para las madres, sin embargo las cifras nacionales respecto de ésta práctica, hasta mínimo el sexto mes posparto, escapan de lo esperado. (MINSAL, 2011).

En el año 2009 el DEIS del MINSAL informó la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población femenina, esto luego del sexto mes posparto, la que sumada alcanza un 55,7% (MINSAL, 2010). Situación alarmante y que se puede relacionar con la baja prevalencia nacional de LME hasta el sexto mes posparto la que en el año 2006 llegó a tan sólo un 49%, lo que comparado con el objetivo sanitario propuesto para el año 2000 resulta estar en 31 puntos porcentuales bajo lo esperado. (Atalah, 2006).

En referencia al párrafo anterior, la prevalencia de obesidad, no es diferente al momento de generarse el embarazo, lo que hace más difícil establecer un estado nutricional dentro de la normalidad finalizado este período, aún cuando la madre entregue LME hasta el sexto mes de vida a su hijo, por cuanto existirá un exceso de peso ya acumulado desde la etapa preconcepcional.

En Chile desde el año 2004, con el propósito de disminuir la prevalencia de obesidad en la población general, se ha implementado la estrategia de intervención nutricional preventiva durante el ciclo vital. En este ámbito los centros de APS han generado diferentes estructuras y esquemas de trabajo para dar cumplimiento con la intervención nutricional en niños, mujeres de edad fértil, etapa preconcepcional, embarazo y posparto, las últimas dos etapas enfocadas a vigilar

el estado nutricional, incremento y recuperación de peso, respectivamente. Resultando paradójico creer en el cumplimiento los objetivos propuestos en la estrategia de intervención, ya que el sistema público de salud no posee a la fecha un plan de trabajo que permita "retener" a la población luego de finalizado el control sano, lo que deja entrever parte del problema, ya que mientras los menores de seis años poseen un seguimiento y tratamiento para corregir el estado nutricional alterado, los escolares y adolescentes que no posean malnutrición verán descontinuada la intervención nutricional, producto de que no existiría riesgo de obesidad. De esta forma queda abierta la posibilidad para que niños y especialmente niñas que se encontraron en estado nutricional normal al término del control sano (esto es cumplidos los seis años), pudieran haber cambiado sus hábitos alimentarios y/o de actividad física, por consecuencia haber ganado peso hasta desviarse de las curvas de normalidad, hecho que se valoraría por el profesional de salud sólo al momento de reingresar esta persona a la APS por una derivación de otro profesional, consulta espontánea o para control de la embarazada, como ocurre en la mayoría de los casos.

En virtud de lo antes expuesto resultaría prudente la creación de políticas públicas y reevaluación de los esquemas de trabajo, de manera que se genere la necesidad en la población por asistir a los centros de APS en etapas posteriores al término del control sano, dándose una secuencia en los controles hasta los 18 años de edad y de esta forma tratar de corregir estados de malnutrición y reforzar los hábitos de quienes aún mantienen la normalidad del estado nutricional. Claramente éste sistema de trabajo demanda una gran inversión económica, pero que quizás al compararlo con los gastos generados en tratamiento y rehabilitación, producto de las diferentes enfermedades que potencia la obesidad, resultaría ser una inversión que disminuiría el gasto económico per cápita en el tiempo.

Las políticas públicas están enfocadas en su mayoría a corregir y tratar enfermedades, si bien se invierte en promoción de salud para los diferentes grupos etáreos, es necesario que los centros de APS trabajen con la población

sana, generando un empoderamiento de aquellos individuos con su salud. Es una apuesta que sin duda puede marcar la diferencia en la futura prevalencia de obesidad.

Por otra parte es interesante mencionar que durante la primera fase de investigación, especialmente en el momento de recoger los datos, se presentó de forma no aislada el hecho de baja asistencia a los controles del niño sano en especial a partir del cuarto mes de vida, lo que resulta interesante analizar, ya que coincide con el abandono de la LME y que de manera indirecta podría influir en la no recuperación del peso preconcepcional.

Existen normas ministeriales que entregan las directrices para la planificación de los controles, sin embargo en los distintos CESFAM se generan modificaciones, dado las diferentes necesidades y recurso humano de profesionales, para dar cumplimiento a las metas propuestas por la autoridad ministerial o comunal. Es así como CESFAM Recreo posee una estructura de trabajo en donde antes del décimo día de nacido el menor debe asistir al establecimiento de salud a control y en ese momento se aprovechará de realizar una consulta de planificación familiar, que definirá el método anticonceptivo (MAC) a utilizar, sistema que de alguna forma repercutirá en la asistencia a los siguientes controles de la mujer, pues aquellas que mantengan un control de natalidad mediante sistema de anticonceptivos orales e inyectable deberán asistir cada tres meses, a una consulta con el profesional para la próxima entrega del MAC, hecho que facilitará el registro de peso y posterior verificación de éste al sexto mes posparto. No obstante las mujeres que posean como MAC el dispositivo intrauterino (DIU) deberán controlarse cada un año, por lo que se da un factor de espaciamiento entre controles que impide una derivación oportuna a la consulta nutricional, aún cuando el niño asista al control sano, estas mujeres, sin diferenciar el sistema anticonceptivo que posean, no cumplen con la visita ginecológica ya que no existe una relación directa, o que ellas consideren directa que afecte la salud de su hijo. (Pamela Lara, matrona del sector sur CESFAM Recreo, 2011).

Esta situación entrega la respuesta al por qué la alta pérdida de datos que no pudieron ser parte de la investigación, sólo por no contar con los registros de peso al sexto mes posparto.

Ante la realidad del CESFAM Recreo, se sugiere una modificación en la estructura de trabajo consistente en realizar el registro del peso al mismo tiempo que se realiza el control sano del niño, al sexto mes, en pos de detectar a aquellas mujeres que no recobren el peso preconcepcional y poder derivar oportunamente al profesional nutricionista, disminuyendo la prevalencia de obesidad en la población. En relación a la sugerencia de cambio resulta importante considerar que el Estado ha implementado nuevas políticas, las que podrían incentivar la responsabilidad de los padres tanto en la salud como en la educación de sus hijos, para lo cual entrega un bono semestral por cumplimiento de asistencia al control del niño sano y escolar, lo que conlleva a un beneficio colectivo a favor de la familia y además, en el caso del CESFAM, ayuda a cumplir las metas, lo que se traduce en recursos.

Finalmente las situaciones descritas ofrecen la posibilidad de plantearse las siguientes interrogantes que podrían ser abordadas en estudios posteriores: *¿Por qué las madres abandonan la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses posparto? y ¿Qué las lleva a alimentar a sus hijos lactantes con fórmulas artificiales?, ¿Qué factores son los que condicionan la baja adherencia al control sano de sus hijos? o el sistema de salud pública en el que están insertas ¿no cumple con las expectativas de la madre?*

6. CONCLUSIONES

Al analizar los resultados se logró la determinación del porcentaje de mujeres que recuperaron el peso preconcepcional en relación a las dos variables estudiadas. Por una parte tras revisar la variable tipo de alimentación entregada a los niños hasta los seis meses de vida, los resultados fueron coincidentes con la realidad nacional, es decir las bajas cifras de LME hasta finalizado éste periodo, relacionadas con una disminución de peso que no llega al cien por ciento, evidencia que la mayor parte de las mujeres, objeto de este estudio, que no recuperaron el peso preconcepcional de forma satisfactoria, entregaron lactancia mixta a sus hijos. Cabe destacar que del total de mujeres que no recuperaron el peso preconcepcional, el 67.85% se acercó considerablemente a la meta, reflejada entre el rango de 90.1 y 99.9% de recuperación de peso. La mitad de estas mujeres alimentaron a sus hijos con lactancia mixta, situación a la que se le podría atribuir el hecho de no cumplir con la pérdida de peso total, sin embargo existen otros factores, como por ejemplo la edad de la madre o paridad, que pueden influenciar este fenómeno.

Es así como se concluyó que el tipo de alimentación que mayor influencia tuvo en la recuperación de peso fue la LME, ya que más de la mitad de las mujeres (53.33%) que la entregaron como mínimo hasta el sexto mes de vida a sus hijos lograron cumplir la meta, llegando al peso inicial del embarazo, por lo que se puede reafirmar que el gasto energético generado para producir y entregar lactancia materna, permite a las madres perder el peso que ha resultado acumulado del período posparto. Sin perjuicio de lo anterior sería interesante confirmar, mediante métodos antropométricos o de bioimpedanciometría, que el peso perdido corresponda efectivamente a masa grasa. La literatura indica que en un período de 30 días se utilizan 17.850 Kcal., aproximadamente, tras la entrega de 700 ml., diarios de leche materna, de lo cual 200 Kcal., provendrían diariamente de las reservas grasas, lo que en un mes se proyecta en 6.000 Kcal.,

y en seis meses justifica la pérdida de cuatro kilos de masa grasa. (Fernández, 2006; Ayela, 2009). Referente a la lactancia mixta, ésta se presentó en un 33.33% de las mujeres que recuperaron el peso satisfactoriamente, por lo que queda planteada la interrogante sobre cuáles fueron los factores que llevaron a este porcentaje, no menor de mujeres, a recuperar satisfactoriamente el peso preconcepcional, aún entregando este tipo de alimentación, que vería disminuido el gasto energético producto de la menor producción y eyección de leche.

Se espera que la prevalencia de LME mejore en un futuro próximo dado la implementación de la nueva Ley N°20.545, que prolonga el periodo de posnatal, permitiendo dar continuidad a esta práctica que beneficia de forma transversal a mujeres, niños y la sociedad en general. Sin duda que este tipo de alimentación se ve afectada por factores de cambio cultural y por la creciente industria de fórmulas lácteas, quienes ante la apreciación legal y moral se ajustan a lo establecido, pero basta con estar inserto dentro de clínicas de maternidad, centros de salud o simplemente eventos de orden académicos, para vivenciar las estrategias de promoción que poseen estas empresas con los futuros o ya profesionales de salud, quienes podrían ser sus grandes enemigos, pero que producto de las distintas tácticas mercantiles, muchas veces terminan fomentando esta inadecuada práctica.

A pesar del tamaño de la muestra, la investigación podría marcar una tendencia a nivel comunal, ya que el consolidado de púerperas del sector metropolitano sur consigna que durante el periodo de enero a octubre del año 2011 en la comuna de San Miguel se han atendido en el control del sexto mes posparto 278 mujeres, de las cuales 43 participaron de este estudio, el que representa al 15,5% de la población femenina atendida.

Tras valorar los resultados de la variable nivel educacional de las madres se concluye que el nivel medio resulta predominante para los diferentes tipos de alimentación, lo que en este caso no resulta ser un factor determinante para la

elección de la alternativa alimentaria que la madre entrega a su hijo, ya que las cifras de mujeres con nivel educacional medio que entregaron LME, con las que proporcionaron otro tipo de alimentación son prácticamente las mismas, entendiéndose que pueden existir otros factores determinantes en la selección alimentaria, sin embargo cabe destacar que debido a las características propias de la población objeto de este estudio el nivel educacional predominante es el nivel medio, por lo que surge la idea que el resultado de la relación entre las variables antes mencionadas podría ser diferente y más enriquecedor si se realizara el mismo estudio en dos poblaciones con semejanza a la realidad nacional.

Finalmente, esta investigación puede ser utilizada como una herramienta primaria para marcar las directrices de estudios en los que se incluya una visión de tipo cualitativa y donde se analicen las diferentes motivaciones o situaciones que llevan a las madres a limitar la entrega de lactancia materna; experimentar con nuevos sistemas de trabajo en APS donde se dirija la consejería nutricional a las personas con malnutrición y también a la población con estado nutricional normal, lo que podría tener una influencia positiva sobre el estado nutricional con que se presenta la mujer al momento de la concepción.

7. BIBLIOGRAFÍA

- AEDO I., C. (s.f.). *UNICEF*. Recuperado el 15 de 10 de 2011, de <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod05/Mod%205%20Evaluacion%20econ.pdf>
- ATALAH, E. C. (2004). *Obesidad Materna y Riesgo Reproductivo*. *Revista Médica Chilena*, 132, 923-930.
- ATALAH, E. (2006). *Medwave*. *Situación actual de la lactancia en Chile*. Santiago: Medwave.
- AYELA, M. (2009). *Lactancia Materna*. Alicante, España: Club Universitario.
- BALTASAR, A. (2001). *Obesidad y Cirugía, Cómo dejar de ser obeso*. España: Arán.
- BCN . (2011). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Recuperado el 12 de 11 de 2011, de <http://www.bcn.cl/guias/ley-postnatal>
- CASADO, M. E. (s.f.). *Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2011, de *Nutrición de la mujer en postparto*: http://www.icmer.org/documentos/lactancia/nutricion_de_mujer_en_postparto.pdf
- CONALMA. (2005). *Efectividad del Programa de Lactancia Materna*. Resultados de encuestas nacionales 1993-2000, Santiago.
- ERICK, M. (2008). *Nutrición durante la gestación y la lactancia materna*. En S. E.-S. L. Kathleen Mahan, *Krause Dietoterapia* (12° ed., pág. 186). Ellsevier Masson.
- FERMOSO, P. (1985). *Teoría de la Educación, Una interpretación Antropológica* (Vol. Capitulo 8). Barcelona: Ceac S.A.

- FERNÁNDEZ, J. A. (2006). Métodos, bases científicas y aplicaciones, 2° Edición,. En *Nutrición y Salud Pública* (Vol. Capítulo 30, pág. 84). Barcelona: Elsevier Masson.
- GILBERT, E., Hamond, J. (2003). Manual de Embarazo y Parto de Alto Riesgo. España: Elsevier (Mosby).
- GLEICHER, N. (2000). Aspectos Generales de la Condición Médica en el Embarazo. En *Tratamiento de las Complicaciones Clínicas del Embarazo* (pág. 29). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- GONZÁLEZ, E. H. (1983). Evaluación Preliminar del Impacto del Programa de fomento de la lactancia materna. *Revista Chilena de Pediatría* , 54, 36-40.
- GONZÁLEZ, J. (2006). Puerperio y Lactancia. En J. L. J. González-Merlo, *Obstetricia* (pág. 354). España: Elsevier Masson.
- HERNÁNDEZ S., Fernández-Collado, C. Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ta. ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana.
- INE. (Marzo de 2003). *Instituto Nacional de Estadística de Chile, Índice Temático, Censos de Población y Vivienda, Síntesis de Resultados*. Recuperado el 16 de Mayo de 2011, de <http://www.ine.cl/cd2002/sintesisiscensal.pdf>
- KRAMER & Kakuma. (2001). *Duración óptima de la lactancia materna exclusiva*. Cochrane Collaboration.
- LOPETEGUI, M. (2008). *Centro de Salud Familiar Dr. Marcelo Lopetegui A.* Recuperado el 11 de 07 de 2011, de <http://www.lopetegui.cl/cesfam/mision.html>
- MARDONES, F. (2003). Evolución de la Antropometría materna y del peso de nacimiento en Chile, 1987-2000. *Revista Chilena de Nutrición* , 30 (2), 122-131.

- MARTÍN Zurro, A., & Cano Pérez, J. (2003). *Atención Primaria; Concepto, organización y práctica clínica; V Edición*, (Vol. I). Madrid: Elsevier.
- MINSAL. (2005). Alimentación de la madre en la lactancia. En D. d. Departamento de Nutrición y Ciclo Vital, *Guía de Alimentación del Niño(a) menor de 2 años. Guía de alimentación hasta la adolescencia*. (pág. 16).
- MINSAL. (s.f.). *Chile Crece Contigo, Protección Intergral a la Infancia*. Recuperado el 11 de 07 de 2011, de <http://www.crececontigo.gob.cl/>
- MINSAL. (2010). De las Fórmulas para lactantes. En D. Jurídico, *Reglamento Sanitario de Los Alimentos* (Vols. Título I, Párrafo III, pág. 160). Santiago.
- MINSAL. (2009-2010). *Encuesta Nacional de Salud 2009*. Recuperado el 15 de Mayo de 2011, de <http://www.encuestasalud.cl/>
- MINSAL. (2010). *Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital para la Prevención de Obesidad y otras Enfermedades No Transmisibles EINCV*. Santiago: Subsecretaria de Redes Asistenciales/ División de Atención Primaria/ Departamento de Coordinación de Programas Unidad de Alimentos y Nutrición en Redes.
- MINSAL. (2008). *Manual de Atención Personalizada en el Ciclo Productivo, Programa Chile Crece Contigo*. Santiago, Chile.
- MINSAL. (2008). *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Departamento Ciclo Vital, División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaria de Salud Pública Gobierno de Chile*.
- MINSAL. (2010). *MINSAL*. Recuperado el 12 de 07 de 2011, de Norma de Programas Alimentarios: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/93ac93874415cad0e04001011f012383.pdf>

- MINSAL, CONALMA. (2010). *Lactancia Materna, contenidos técnicos*. Santiago: Juez García, J.; Niño Moya, R., Ortega Weason, R., Mena Nannig, P., González Opazo, M.
- MINSAL, EGO-Chile. (2011). *EGO Estrategia Global contra la Obesidad (EGO-Chile), Avances en el Ámbito de Salud*. Recuperado el 30 de Octubre de 2011, de http://www.ego-chile.cl/paginas/ego_avances.htm
- MINSAL, Revista de Salud Pública. (2008). Cifras de Hoy en Salud Pública, Estrategia de intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas. *Revista Chilena de Salud Pública*, XII, 110-119.
- OSSANDÓN, M. J. I. (2000). Fomento de la Lactancia Materna, programa iniciativa Hospital amigo del niño y la madre en Hospital Barros Luco Trudeau. *Revista Chilena de Pediatría*, 71 (2).
- OAKERSHOTT, M. (2009). *La Voz del Aprendizaje Liberal*. España: Katz.
- OMS. (2003). *Aplicación de la estrategia global, Alimentación del lactante y niño*. Ginebra.
- OMS. (2002). *La alimentación complementaria, Informe de consulta mundial*. Ginebra.
- OMS. (Marzo de 2011). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 2011 de Noviembre de 05, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- PEDRAZA, D. F. (2009). Marco conceptual párrafo su análisis en latinoamérica. *Obesidad y Pobreza*, 18, 103-117.
- PIZARRO, T. (2007). Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital para la prevencion de Obesidad y Otras enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Chilena de Pediatría [Online]*, 78 (1).

- POSADA, A. e. (1997). *El Niño Sano*. Editorial de la Universidad de Antioquia.
- REDONDO del Río, M. A. (2005). Historia de la Alimentación Infantil. En *Alimentación y la nutrición a través de la Historia* (pág. 394). Barcelona: Ronda de Sant Pere.
- RODRIGUEZ, V., E. S. (2008). *Bases de la Alimentación Humana*. España: Netbiblo.
- ROYO Bordonada, M., & Moreno, J. (2009). *Método Epidemiológico*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto San Carlos III, Ministerio de Ciencias e Innovación.
- SILVA, R. T. (2008). Trastornos Digestivos. En *Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal* (pág. 188). Buenos Aires: Panamericana.
- SOCIEDAD Venezolana de Puericultura y Pediatría. (2009). *Nutrición Pediátrica*. Caracas: Ed. Médica Panamericana.
- TRAHMS, C. (2008). *Krause Dietoterapia*, (12° ed., Vols. Capítulo 6, parte 2). Elsevier Masson.
- VARGAS Bonilla, A. (2008). Lactancia materna y sus beneficios. *Revista de Enfermería Actual en Costa Rica* (15), 2-3.
- WATKINS, M. (2003). La obesidad materna y el riesgo de defectos de nacimiento. *Pediatría* , 1152-1158.
- WORLD Food Programme, P. M. (2007). *Hambre y Salud: Serie de Informes doble el Habre en el mundo 2007*. (r. Earthscan, Ed.) Obtenido de http://books.google.cl/books?id=KhT-VCIZXz0C&pg=PA85&dq=obesidad+chile+y+mundo&hl=es&ei=tNi1ToTQEMK9tweBntnKAw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=obesidad%20chile%20y%20mundo&f=false

ANEXOS

ANEXO N°1.

Tabla N°1. "Puntos de corte para IMC"

Puntos de IMC	Estado nutricional
<18.5 Kg/m ²	Enflaquecido
18.5 a 24.9 Kg/m ²	Normal
25 a 29.9 Kg/m ²	Sobrepeso
30 a 34.9 Kg/m ²	Obesidad tipo I
35 a 39.9 Kg/m ²	Obesidad tipo II
>40 Kg/m ²	Obesidad tipo III o mórbida

Índice de masa corporal de Lambert Adolphe Jacques Quetelet, Bélgica, 1835. Revista Colombiana de Cirugía, Cirugía Bariátrica,

ANEXO N°2.

Tabla N°2. Distribución de la muestra expandida según nivel educacional ENS 2009-2010.

NEDU	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Bajo	1.083.127	43	1.415.220	57	2.498.347	19
Medio	3.742.015	50	3.729.768	50	7.471.783	57
Alto	1.587.085	50	1.593.425	50	3.180.510	24
TOTAL	6.412.227	49	6.738.413	51	13.150.640	100

Fuente: ENS 2009 – 2010.

ANEXO N°3.

Tabla N°3. Distribución de aumento de peso en el embarazo.

Tejido	20 semanas Kg.	40 semanas Kg.
Feto	0,300	3,400
Placenta	0,170	0,600
Líquido amniótico	0,320	1
Útero	0,320	1
Mamas	0,180	0,500
Sangre	0,600	1,500
Líquido intersticial	0,030	1,680
Depósitos de grasa	2,050	3,345
Total	3,970	13,025

Fuente: Gleicher, 2000. FT: Modificado de Hytten FE. Chamberlain G. *Clinical Physiology in Obstetrics*. Oxford Inland Blackwell; 1981:221.

ANEXO N°4.

Tabla N°4. Ingesta recomendada de energía, proteínas y micronutrientes en mujeres de 19 a 30 años y en lactancia, Instituto de Medicina 1997-2001 y FAO / OMS 2000.

Nutrientes	Mujeres de 19 a 30 años	Nodrizas 19 a 30 años	Aumento %
Proteínas	50	71	42
Vitamina A (µgr RE)	7001	300	85
Vitamina D (µgr)	5	5	-
Vitamina E (mg)	15	19	27
Vitamina C (mg)	75	120	60
Tiamina (mg)	1,1	1,4	27
Riboflavina (mg)	1,1	1,6	45
Vitamina B6(mg)	1,3	2	54
Vitamina B12(ug)	2,4	2,8	17
Folato (ug)	400	500	25
Calcio (mg)	1000	1000	-
Hierro (mg)*	189	-	50
Zinc (mg)	8	12	50
Yodo (ug)	150	290	93

Fuente: Guía de Alimentación del Niño (a) Menor de 2 años Guías de alimentación hasta la adolescencia 2005. (MINSAL, 2005)

*Recomendación basada en pérdidas basales, considerando amenorrea por 6 meses y perdidas en leche materna.



ANEXO N°5

Tabla N°5. Prevalencia de LME en mujeres trabajadoras y mujeres que no trabajan.

Edad en meses	Madres que trabajan	Madres que no trabajan
1	80.3%	83.6%
2	59.9%	76.3%
3	58.9%	69.2%
4	47.2%	62.9%
5	28.5%	56.6%
6	19.1%	43.7%

Fuente: Elaboración propia basada en UNICEF (2001).



ANEXO N°6

Planilla de recolección de datos.

DATOS CONSULTORIO RECREO AÑO 2011				
Fecha recolección: _____				
Sector				
N° Carpeta Familiar		N° Ficha maternal		
N° de Ficha adulto				
Fecha ingreso (gestación)				
Semanas de gestación al 1er. Control				
Nombre mujer				
Rut				
Edad				
Talla				
Peso habitual (preconcepcional)				
Peso Actual (al 1° control)				
Nivel de estudios	Básico		Medio	Superior
Ocupación				
Estado civil				
Tipo de alimentación al 6to mes posparto	LME		L Mixta	LA
Fecha de parto				
N° de hijos				