



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD.
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2009-2011.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

**“PRACTICA DE LACTANCIA MATERNA, EN LA UNIDAD COMUNITARIA SALUD
FAMILIAR SAN MIGUEL
FEBRERO - MARZO DE 2012.**

AUTOR:
JOSÉ AMÍLCAR AMAYA MEDINA.

TUTOR:
Dr.VICTOR MEJIA M.D. MSc.

El Salvador, Mayo 2012

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO Y MARIA SANTISIMA:

Con inmenso amor por darme la vida, sabiduría, inteligencia y paciencia para luchar y vencer los obstáculos que se presentaron y así culminar con éxito mi carrera.

A MI MADRE: Gracias por ser los mejores ejemplos para mi vida y por el amor incondicional que me dan y el apoyo incansable, que me incentiva a alcanzar mis metas, por estar en mis momentos de alegría y tristeza haciéndome fuerte cuando debo serlo para alcanzar mis objetivos.

A MI HERMANA: por su comprensión y cariño que me impulsa a seguir adelante y por ese amor incondicional hacia mí.

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso:

Por darme la vida y poner en mi corazón el deseo de superación, por la fortaleza y paciencia en los momentos difíciles.

A todos los Docentes del CIES:

Por la oportunidad de ampliar mis conocimientos, compartir experiencias y sus aportes para mi crecimiento profesional.

A mi tutor: Doctor Víctor Mejía

Por impartir sus conocimientos, tiempo y paciencia.

Dra. Elizabeth Bermúdez Anaya

Por sus aportes al desarrollo de esta investigación de la unidad comunitaria salud familiar especializada de San Miguel, y su apoyo por las capacitaciones de la lactancia materna.

A las madres del municipio de San Miguel.

Por su valiosa colaboración para la realización del trabajo de investigación.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo identificar los principales factores relacionados con la práctica de la lactancia materna en madres lactantes que consultaron en Unidad de Salud de San Miguel, a través de esto se conocieron las características biológicas, familiares, socio económicas, y culturales de las madres de niños menores de dos años, se caracterizo la práctica de la lactancia materna.

Es un estudio descriptivo y transversal, se consideró características biológicas y familiares, procedencia, edad, tipo de partos, número de partos; en cuanto a práctica de lactancia materna si brinda lactancia, número de veces, les ha brindado a todos sus hijos. En aspectos socio económico se explorara creencias y costumbres, ingresos mensuales, tipo de empleo, cuántos miembros trabajan. También se indago el nivel educativo y conocimientos acerca de conceptos básicos de lactancia materna. Se entrevistó a todas las madres lactantes, que consultan por morbilidad o control de niño sano en la unidad comunitaria en salud familiar especializada de San Miguel, se usaron criterios de inclusión y exclusión. La técnica que se utilizó en la entrevista, con un total de 27 preguntas. La mayoría verificaron parto vaginal, hospitalario, producto único; se evidencio que la mayoría poseen trabajo no remunerado, ya que son amas de casa y oficio doméstico, cuenta con el apoyo económico y emocional de su pareja, y en un menor porcentaje se encuentra casadas, perciben un ingreso menor de \$100 dólares mensuales.

La población de estudio son madres, que en la mayoría se encuentran en edad reproductiva y adolescente, su estado civil, es casado o acompañado, profesan religión católica o evangélica, el ingreso económico familiar es una canasta básica, y su nivel educativo es primario. Existe un escaso conocimiento de las madres acerca de la técnica correcta de lactancia materna exitosa y un desconocimiento acerca de las leyes que protegen la lactancia materna. Las instituciones educativas de San Miguel, deben promover un programa que incluya un componente de educación sobre los beneficios de la lactancia materna, a partir de tercer ciclo.

ÍNDICE

	Dedicatoria	
	Agradecimientos	
	Resumen	
I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	2
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
IV.	ANTECEDENTES.....	9
V.	OBJETIVOS.....	13
VI.	MARCO TEORICO.....	14
VII.	METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....	44
	1. Tipo de estudio.....	44
	2. Universo, población y muestra.....	44
	3. Criterios de inclusión y exclusión.....	45
	4. Método, técnicas e instrumentos.....	45
	5. Desarrollo del estudio.....	46
	6. Variables y su Operacionalización.....	47
	7. Plan de tabulación.....	47
VIII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	48
IX.	ANALISIS DE RESULTADOS.....	57
X.	CONCLUSIONES.....	64
XI.	RECOMENDACIONES.....	65
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	66
XIII.	ANEXOS.....	68

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día existe gran interés por la recuperación de la lactancia materna en la alimentación del lactante en todos los ámbitos, sociales, culturales y económicos.

La OMS y UNICEF recomiendan la recogida periódica de datos sobre lactancia que permita conocer la evolución de la misma, así como la efectividad de las diversas iniciativas de promoción y apoyo. Las recomendaciones internacionales abogan por la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada con otros alimentos hasta los 2 años.

La presente investigación tiene como objetivo identificar los factores principales que influyen en la práctica de la lactancia materna en la Unidad de Salud San Miguel, en el Departamento de San Miguel. Considero que la falta de conocimiento adecuado sobre la importancia y beneficios de la práctica de la lactancia materna, y las condiciones inapropiadas para la práctica de la lactancia materna exclusiva a llevado a que esta práctica se esté perdiendo poco a poco y que muchas de estas madres estén ofreciendo una lactancia complementaria, poniendo en riesgo el desarrollo y crecimiento de los niño/as; además en nuestro país hace falta el apoyo incondicional social a las madres trabajadoras, así como la difusión de mensajes alusivos al tema para que así puedan continuar la lactancia materna exclusiva debido a que cada día aumenta el porcentaje del sector femenino en el ámbito laboral.

Uno de los propósitos prácticos que se pretende realizar con esta investigación es contribuir a concientizar sobre la importancia de esta práctica y facilitar intervenciones futuras y adecuadas para el fomento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. Ante esta realidad es necesario promover la educación en lactancia materna en diferentes niveles educativos con la finalidad de evitar prácticas de conducta, que induzcan al uso de pajas u otros sustitutos en la alimentación del niño; la participación de la comunidad en acciones que promuevan y favorezcan la lactancia materna es necesaria, para que tanto la mujer como la familia tomen plena conciencia del valor de está, como practica natural e insustituible.

II. JUSTIFICACIÓN

En El Salvador la lactancia materna es una práctica que aunque se ha mantenido no es exclusiva ya que a edades no adecuadas se están introduciendo alimentos, esto trae consigo el aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades infecto contagiosas.

Según FESAL 2008, el 31.4 de niños de 0 a 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva. La duración de cualquier lactancia fue de 20.6 meses, la duración promedio de lactancia materna exclusiva fue de 1.9 meses. La tasa global de uso de la lactancia materna es del 96% a nivel nacional.

En el departamento de San Miguel no es la excepción pues aunque existe un conocimiento vago de lo que es la lactancia materna y sus benéficos son pocas las madres concientizadas y sensibilizadas acerca de dicha práctica. Además juegan un papel importante el personal de salud, la comunidad y la familia que influyen poderosamente para la conservación o eliminación de la lactancia materna.

Las madres debido al bajo nivel educativo y la poca información sobre los beneficios de la práctica de la lactancia materna dejan a un lado dicha práctica de la lactancia materna en el niño menor de dos años.

En la mayor parte de nuestra población se encuentran arraigadas creencias y costumbres que han venido transfiriendo de generación en generación, y que no favorecen la práctica de la lactancia materna en la Unidad de Salud en estudio ejemplo de ellas, se tiene que “no se le da la primera leche porque no se considera importante, pues se cree que daña la salud y no posee ningún beneficio para el recién nacido, además el recién nacido queda con hambre, y por eso llora por la noche, produce poca leche, no conocen las madres la técnica adecuadas para el agarre y posición para amamantar.

La mayoría de las madres entrevistadas dicen que les hace daño la leche después de llegar de trabajar por ser leche rezagada, se hace agua la leche, no le sustenta, y una minoría dijeron que les arruinan los pechos”.

Es evidente que la mayor parte de mujeres en las comunidades siguen estos patrones culturales poniendo en peligro la vida de los niños, aumentando en los recién nacidos la probabilidad de una mayor morbimortalidad debido a la introducción temprana de alimentos diferentes de la leche materna.

Por lo consiguiente entre los principales problemas de salud de este municipio encontramos que las primeras causas de morbilidad en menores de cinco años son: Las Enfermedades Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Amebiasis, Bronquitis Aguda, Neumonía, Desnutrición Leve, Dermatitis, Absceso, Sinusitis, Infección de Vías Urinarias.

Y en el sistema de información de la unidad comunitaria de salud familiar solo registra a 17 madres brindando lactancia exclusiva a las edades de 5 y 6 meses, en el 2012, lo que nos indica no solo un sub registro sino también que son muy pocas las que llegan hasta esas edades brindando lactancia exclusiva lo que puede generar en parte las principales causas de morbilidad, por ello se considera importante abordar este tema.

La lactancia materna es una de las principales intervenciones costo efectivas para prevenir la mortalidad neonatal e infantil y por consiguiente, para cumplir con el objetivo de desarrollo del milenio 4 relativo a la sobrevivencia infantil, que es la disminución de la mortalidad materna y el número 1, relacionado con la pobreza extrema y el hambre en nuestro municipio y país.

Todo lo antes mencionado me motiva a caracterizar la práctica de la lactancia materna en el municipio de San Miguel ya que esto favorecerá intervenciones futuras.

La mayor parte de los problemas durante la lactancia materna son debido a la mala información que se tiene de ésta; así como las creencias y costumbres, estos factores contribuyen al deterioro de dicha práctica aunado al componente económico de la mayor parte de los grupos poblacionales de escasos recursos.¹

La presente investigación será de utilidad para que la unidad comunitaria de salud familiar especializada de San Miguel, diseñe e implemente acciones en promover la práctica de la lactancia materna contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población.

A la vez servirá como insumo para los antecedentes de futuras investigaciones, que realicen instituciones públicas o privadas. También será importante que estos resultados estén disponibles para autoridades de gobierno municipal, líderes comunitarios y población en general para que en conjunto diseñen e implementen acciones que fomenten la durabilidad en el tiempo de la práctica de la lactancia materna exclusiva en la población.

¹ <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>> ISSN 1409-4568

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las prácticas que determinan la lactancia materna, en el municipio de San Miguel?

En el año de 1974 la 27ª Asamblea Mundial de la Salud, advirtió el descenso de la Lactancia Materna en muchos países del mundo y lo relacionó con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales de leche, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctoras.

En 1979 se realizó una reunión conjunta OMS/UNICEF sobre alimentación del lactante y del niño pequeño y finalmente el 21 de mayo de 1981 se aprobó el Código Internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna, desgraciadamente, la sola recomendación de la OMS o la regulación estatal no consiguieron modificar las tasas de lactancia materna en países con un producto interno bruto alto, detectándose que tanto la pérdida de la cultura social de la lactancia materna como los sistemas sanitarios y los propios profesionales de la salud, de modo inintencionado por su falta de preparación y conocimiento y la aplicación de rutinas erróneas en las salas de parto, maternidad y áreas de pediatría constituían el mayor freno a la lactancia materna en países desarrollados, aumentando el gasto sanitario y la morbimortalidad infantil.

En 1989 OMS/UNICEF realizan declaración conjunta sobre “Protección y promoción y apoyo de la lactancia materna. En 1990 en Florencia OMS/UNICEF “surge la Declaración de Innocenti, instando a los gobiernos a adoptar medidas para conseguir una “cultura de la lactancia materna”. 1991 comienza la Iniciativa Hospital Amigos de los Niños, acreditación que concede UNICEF a hospitales que tras ser evaluados cumplen una serie de requisitos, más del 75% de Lactancia Materna al alta en la maternidad y observar 10 pasos que gozan de evidencia científica, para promover en frecuencia y duración la lactancia materna.

En nuestro país como se evidencia en la encuesta FESAL 2008, los alimentos se introducen a edades tempranas que no son las recomendadas por la OMS, generando diferentes problemas digestivos a los lactantes menores, por lo que es muy importante instruir a nuestra población sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva la cual consiste en dar solo lactancia materna sin introducir alimentos líquidos ni sólidos.

La lactancia materna es una práctica que se está perdiendo por diferentes factores entre ellos los económicos, culturales, como también la no implementación de campañas educativas encaminadas a la práctica de la lactancia materna, la falta de conocimiento de las madres sobre la importancia de proporcionar leche materna, además no se conoce la técnica adecuada para dar lactancia, aunado a esto la pobreza en la que viven nuestras comunidades obliga a las madres a dejar los hijos para trabajar.

El ingreso creciente en el mercado laboral y el estrés de la vida urbana hacen difícil que una madre pueda amamantar, aunque está lo desee.

Según la constitución de la república, art 42 es obligación de los patronos instalar y mantener salas cunas y lugares de custodia para los niños de los trabajadores, en el art. 312 del código de trabajo establece la interrupción del trabajo de hasta una hora diaria.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), establece que el empleador no puede despedir a una mujer embarazada y que tiene derecho a varias interrupciones por día o a una reducción de tiempo de trabajo para la lactancia de su hijo. Aunque existen estas medidas no se cumplen a cabalidad. Solo en el ministerio de salud emitió este año un acuerdo ministerial para que a las empleadas que regresan de licencia de maternidad se les otorgue una hora diaria de su jornada laboral, a fin de continuar amamantando a su hijo/a.

En la mayor parte de nuestra población se encuentran arraigadas creencias y costumbres que han venido transfiriendo de generación en generación, y que no favorecen la práctica de la lactancia materna ejemplo de ellas, se tiene que “no se le da la primera leche porque no se considera importante, pues se cree que daña la salud y no posee ningún beneficio para el recién nacido, además el recién nacido queda con hambre, y por eso llora por la noche, produce poca leche, no le gusta, le hace daño la leche después de llegar de trabajar por ser leche rezagada, se hace agua la leche, no le sustenta, le hace daño la leche después de llegar de trabajar por ser leche rezagada, y se arruinan los pechos”.

Es evidente que la mayor parte de mujeres en las comunidades siguen estos patrones culturales poniendo en peligro la vida de los niños, aumentando en los recién nacidos la probabilidad de una mayor morbi mortalidad.

La lactancia materna es un de las principales intervenciones costo efectivas para prevenir la mortalidad neonatal e infantil y por consiguiente, para cumplir con el objetivo de desarrollo del milenio 4 relativo a la sobrevivencia infantil, también se ve relacionado el objetivo 5 que es la disminución de la mortalidad materna y el número 1 relacionado con la pobreza extrema y el hambre.

Según la constitución de la república: “La salud de los habitantes de la república constituye un bien público, el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento”²

Según FESAL 2008, el 31.4 de niños de 0 a 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva. La duración de cualquier lactancia fue de 20.6 meses, la duración promedio de lactancia materna exclusiva fue de 1.9 meses. La tasa global de uso de la lactancia materna es del 96% a nivel nacional³.

² Constitución de la república, San Salvador, 1991_ 1993, pág. 42

³ Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL 2008, ADS, pág. 31

Toda la información descrita permitirá caracterizar la práctica de la lactancia materna en el municipio de San Miguel, ya que esto favorecerá intervenciones futuras en el tema.

La técnica que se utilizó fue la entrevista, usando el cuestionario como instrumento, con un total de 27 preguntas.

IV. ANTECEDENTES

La leche materna ha sido durante toda la existencia del ser humano el único alimento que el recién nacido y el lactante pequeño podían recibir para sobrevivir. Así pues, desde la aparición del hombre en la tierra no se ha concebido otro tipo de alimento para la primera etapa de la vida humana. Por lo tanto, la lactancia materna como proceso biológico es una actividad cultural, que afectará a las mujeres dependiendo, entre otros factores, de sus creencias, clase social, etnia, Religión, donde viva y el acceso que haya tenido a la educación.

La historia de la lactancia materna es tan antigua como la historia de la humanidad y sus beneficios se han documentado por siglos; descubrimientos recientes en este tema, combinados con las tendencias mundiales actuales en relación con la lactancia han provocado un renovado Interés en esta práctica antigua. En toda Europa se han encontrado recipientes para alimentación con boquilla, en tumbas de niños, año 2000 A.C.

Las nodrizas son personajes importantes ya que amamantaban a los hijos de aquellas madres, por lo general de una clase social más alta, que no querían brindar lactancia materna por el desgaste que esta producía, lo cual con el tiempo, se fue convirtiendo en un trabajo remunerado.

El código de Hammurabi 1800 A.C. contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero (la alimentación al pecho se debía dar por un mínimo de 2 años hasta el desgaste y dilatación de los pechos)

Incluso en el Talmud se definía que lactancia debía darse hasta los 3 años de vida y debía ser exclusivamente administrada por las madres, pero se excusaba a las madres que estaban gravemente enfermas; caso contrario son los espartanos que restringían la alimentación y la protección a los infantes.

En Egipto, se consideraba un honor practicar la lactancia: las nodrizas eran elegidas por el faraón y gozaban de muchos privilegios al punto de obtener altos rangos en la corte del Rey.

El abandono de los niños era castigado, al igual que en Babilonia, en donde además se regulaba la actividad sexual y otras actividades de la nodriza como sus comportamientos ante la sociedad, vestido, higiene y demás cuidados personales que ellas tenían. Si se encontraba en condición de nodriza se penalizaba si se daba un nuevo embarazo.

En Roma, a pesar de que se fomentaba la práctica de la lactancia, ésta era asociada al envejecimiento prematuro.

En Esparta, la esposa del rey estaba obligada a amamantar a su hijo mayor, el segundo hijo del rey Temiste heredó el reino de Esparta sólo porque su madre le había dado pecho, pues el hijo mayor había sido amamantado por una extraña y, por ende, le fue negado la posibilidad de heredar el trono.

Es destacable que el pago por dichos servicios los recibía el marido de la nodriza, pues era él por quien salía “perjudicado” con el desgaste que sufría su esposa, de lo anterior se deduce que la lactancia no era sólo un medio para la supervivencia, sino un mecanismo para fortalecer el poder pues muchas veces la mujer (dejaba a sus propios hijos para convertirse en nodriza de otros (por presión del cónyuge, para aumentar los ingresos).

En el Papiro de Ebers, se detallan descripciones de los cuidados de los bebés, del amamantamiento e incluso de algunas posturas para dar de mamar. Por lo tanto, debido a todas las “desventajas” que tenía para la mujer el amamantar, era necesario que la candidata tuviera características especiales: apacibilidad, buena familia, cariñosas, jóvenes (entre 25 y 30 años) y con abundante cantidad de leche.

Tomando en cuenta todo lo anterior, se puede rescatar el importante papel que ha cumplido la mujer y el poder que ha ejercido la misma en muchas culturas a través de la lactancia, sea que se dé en sus propios hijos o en hijos de otras, pues no sólo desarrolló un tipo de economía sino que se convirtió en un habitual medio de supervivencia.

Además, también se le atribuye a los romanos la promulgación de las primeras leyes de protección al infante, en las que el tutelar estaba a cargo de cada niño y de velar por su salud y su buena alimentación.

Los griegos, en especial la figura de Sorano de Éfeso, considerado el padre de la puericultura, aseguraba que el destete debía realizarse pasados los dos o tres años de lactancia y que, junto con la dentición, constituía uno de los episodios más importantes y relevantes de la vida del niño.

Se observa entonces cómo la lactancia, no sólo interviene en la evolución del ser humano sino que, simultáneamente, pasa de ser un medio de subsistencia nutricional, pues era el único medio de alimentación para los lactantes, y un medio de subsistencia socioeconómica para las mujeres que se dedicaban a esta tarea.

También aquí surge la figura de la nodriza, que era bastante solicitada por la clase alta, pues no sólo ellas podían acceder a una mejor situación social convirtiéndose en nodrizas sino que, además, la familia que la contrataba adquiría cierto prestigio en su comunidad, dado que era un lujo que no todos podían darse; tan buena posición lograban estas mujeres, que dejaban de considerarse esclavas, pues el nexo que nacía entre ellas y el niño era muy valorada en esta cultura, puesto que los infantes crecían más sanos y fuertes, características esenciales y necesarias en pueblos como el griego, en el que muchos de estos niños serían guerreros en un futuro.

Al pasar de una época a otra, dicha consideración social también cambia, pues ya no se ve a las nodrizas como algo necesario para la alimentación de los lactantes, sino que se convierte en un símbolo de poder adquisitivo y de posición social, y de paso, estético, pues ya las mujeres de posición no se debían desgastar amamantando a sus hijos, sino que podían contratar a alguien más para que se “desgastara por ellas”. Este cambio de perspectiva es muy común a partir del siglo primero de nuestra era.

En el Renacimiento, y más durante los inicios de la Era Cristiana, se fomenta aún más el cuidado de los niños pues se les consideraba portadores de un alma inmortal, sin embargo, con el pasar de los siglos, por el aumento del período de lactancia, incrementó el número de niños que había que cuidar y alimentar. Específicamente en Italia, se siguió con esta actividad, pero más que una preocupación por el infante se debía a una cuestión de estatus social y del querer conservar la apariencia física que muchas veces se pierde con la maternidad.

Con el descubrimiento de América va desapareciendo el trabajo de las nodrizas, ya que, surgen muchas enfermedades infectocontagiosas que son transmitidas a los recién nacidos a través de la lactancia materna, por lo que toma más fuerza la idea de que la propia madre es quien debe amamantar a su hijo.

Además, también empieza a manejarse la concepción del vínculo entre madre e hijo, pues las nodrizas desarrollaban una relación muy estrecha con el bebé que amamantaban, con la presencia de la madre, dicha vinculación sería más fuerte y además sería parte de un proceso necesario para que la maternidad se diera de manera adecuada, sana y con el mejor desarrollo para ambos seres.

Ahora en el siglo XXI, se tiene la certeza de que la lactancia materna es el alimento más completo con el que pueden contar los recién nacidos y lactantes; no obstante, se hace necesaria una sensibilización social que permita conocer las ventajas científicas demostradas de la lactancia, tanto para el bebé como para la madre.

V. OBJETIVO GENERAL

Identificar las principales prácticas de la lactancia materna en madres lactantes de niños menores dos años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel, en Febrero – Marzo 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características biológicas y familiares de las madres lactantes.
2. Identificar características socio económicas de las madres.
3. Caracterizar la práctica de lactancia materna.

VI. MARCO TEORICO

CONTEXTO MUNDIAL

La prevalencia de la lactancia materna presenta diferencias en distintos lugares del mundo, históricamente se viene dando una continua declinación de su práctica, comenzando en áreas urbanas, seguidos por los habitantes de área rural, los cuales se han visto afectados por los cambios de origen cultural, y económico.

En España se ha perdido casi por completo la cultura de la lactancia materna, esta falta de cultura social sobre la lactancia materna hace que la madre no encuentre el apoyo familiar ni sanitario para adquirir suficiente seguridad y experiencia para instaurar una lactancia satisfactoria.

La central eléctrica de Brasil ELECTROBRAS, apoya la lactancia materna por medio de grupo de embarazadas, licencia de maternidad por seis meses, y salas de apoyo para el amamantamiento. También existe una red Iberoamericana y de África de Bancos de leche Humana integrada por 22 países iberoamericanos y África.

En los EEUU la reforma de salud ya es ley que se le debe proveer a toda empleada un tiempo razonable para extracción de leche en un lugar para hacerlo que sea privado y no tenga acceso al público a otros empleados.

En Puerto Rico la ley 427 del 2000 otorga a las madres trabajadoras para extracción de leche o amamantar una hora de permiso para amamantar con beneficio al empresario por su apoyo.

Actualmente la práctica de lactancia materna no coincide con las recomendaciones dadas por la OMS debido a que la lactancia materna excluida hasta los seis meses de edad es práctica común. Según la academia americana de pediatría, en 1995 la lactancia materna en los Estados Unidos de Norteamérica, al sexto mes era el 21%, en México, el consejo nacional de población reporto en 1997 una tasa de lactancia materna, exclusiva, en menores de cuatro meses de 33.6%.

En América Latina y el Caribe la lactancia dura de dos a cinco meses en promedio, y solo el 35 al 60% sigue recibiendo lactancia materna a los seis meses (GUTIÉRREZ, SANABRIA, RAMOS, COLS)

En Costa Rica según el fondo de la naciones unidas para la infancia (UNICEF) el porcentaje de niños menores de 6 meses que fueron alimentados por lactancia materna excluida de 1995 al 2005 fue 35%, y solo el 12% continuaron recibiendo lactancia materna hasta los 23 meses de edad, podemos apreciar como tasa de lactancia materna exclusiva se mantiene baja en distintas regiones a pesar de los apoyos de las organizaciones mundiales, respaldadas por la evidencia de las grandes ventajas que posee los lactantes, las madres, la economía entre muchas cosas más.

En Costa Rica al igual que muchos otros países mantiene una prevalencia baja de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, lo cual nos muestra un panorama desalentador, dado que se han creado políticas y leyes que tienen como objetivo el incentivar la lactancia materna ayudaría a reducir la mortalidad infantil.

Se debe recordar que en los años noventa la OMS y la UNICEF convocaron a los gobiernos y a las organizaciones internacionales para proteger, promover y apoyar la lactancia materna, esto con el fin de mejorar la nutrición y supervivencia del lactante, este es la llamada la acción, conocido como la declaración de Inocenti, condujo a que se tomara una serie de medidas positivas entre estas se establecieron los hospitales amigos para ayudar a fomentar las prácticas de lactancia óptimas.

Muchos países nombraron coordinadores nacionales para la lactancia y desarrollo político nacionales a este respecto, pese a estos esfuerzos la prevalencia de la lactancia materna continuara con cifras bajas, ya que muchas mujeres deciden no brindarle a su hijo alimentación al seno materno a pesar de sus innumerables cualidades y de todas las promociones que se han dado en diversas organizaciones.

La lactancia materna tiene que ser decisión de la madre que se ve influida de una serie de factores y no un acto que impongamos arbitrariamente a todas las mujeres.

Algunos autores señalan que las mayorías de las madres inician con lactancia natural.

Aun que diversos factores: económicos, sociales, culturales han influido para que se produzca una caída en el porcentaje de madres lactando a sus hijos en tiempo recomendado.

CONTEXTO NACIONAL

La lactancia materna, que se reconoce en todo el mundo como factor determinante de sobrevivencia infantil, es una práctica generalizada en El Salvador, dado que el 96% de las y los últimos niños nacidos vivos en los 5 años previos a la entrevista (FESAL 2008), recibió pecho materno en alguna oportunidad.

El 69% de dichos niños (as) empezó a lactar durante el primer día, incluyendo un 33% que empezó durante la primera hora post parto. Prácticamente solo 3 de cada 10 niños(as) menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva⁴.

La lactancia materna es un método de nutrición que contribuye eficazmente al desarrollo físico mental y social del niño ya que proporciona las sustancias nutritivas que el recién nacido necesita durante los primeros 6 meses de vida, por lo consiguiente. Ningún sustituto provee el aporte nutritivo de la leche humana, ya que la cantidad, calidad y proporción de sus componentes le confieren máxima biodisponibilidad permitiendo al niño que la recibe en forma exclusiva por seis meses un adecuado crecimiento y desarrollo.

“La leche materna puede ser una fuente importante de nutrientes, especialmente de proteínas, durante los dos primeros años de vida”

⁴ ENCUESTA DE SALUD FAMILIAR, FESAL 2008, PÁG. 31 A 344

Para que el proceso de amamantamiento se dé, el seno de la madre debe poseer las siguientes características: estar formado por varias clases de tejido como son el glandular o de secreción, el tejido de sostén o muscular y el tejido grasoso o de protección.

Las glándulas mamarias están inactivas poco antes del desarrollo de la pubertad: en este periodo es cuando las hormonas de la mujer crecen y llegan a su tamaño adulto, en el embarazo hay aumento en su tamaño y peso porque se están preparando para la lactancia produciendo cambios hormonales que hacen posible la lactancia materna actuando dos reflejos: uno de secreción, mediado por la prolactina que hace que la leche se produzca, el reflejo de eyección esta mediado por la oxitócica que hace que la leche salga, pero dependerá de la succión del niño y más que todo del estado emocional de la madre.

Fisiológicamente la producción de leche se da cuando el niño succiona los nervios receptores que se encuentran en la base del pezón produciendo un estímulo en la glándula pituitaria anterior que libera la prolactina actuando ésta a su vez en las células productoras de leche.

La primera secreción que se produce se llama calostro el cual se da muy tempranamente antes del descenso de la verdadera leche, es una concentración de anticuerpos, vitaminas y proteínas que protegen al recién nacido; la secreción de la leche madura comienza aproximadamente a la semana o 10 días. Esto dependerá de la frecuencia con que el niño sea puesto al seno materno.

La bajada de la leche resulta por la acción de las hormonas antes mencionadas las cuales actúan en las células musculares que rodean los alvéolos o espacios donde se encuentra la leche: éstos se contraen y exprimen la leche contenida permitiendo la expulsión de la leche a través de pequeños conductos hasta los senos lactíferos.

La mayor parte de los problemas durante la lactancia materna son debido a la mala información que se tiene de ésta; así como las creencias y costumbres, estos factores contribuyen al deterioro de dicha práctica aunado al componente económico de la mayor parte de los grupos poblacionales de escasos recursos.

Existen factores identificados por diferentes autores españoles que influyen negativa o positivamente sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia materna:

Factores desfavorecedores	Factores favorecedores
Mayor edad materna	Madre adolescente o riesgo social
Nivel de estudios materno	Trabajo materno
Decisión materna y confianza	regalos de la industria
Educación maternal	Practicar hospitalaria erróneas
Apoyo familiar	Embarazo no controlado
Multiparidad	
Control de embarazo en centro de salud	Hijos previos
Ausencia de factores de riesgo social	Recen nacido varón
Vivencia favorable del embarazo	Hospital grande
Practicar hospitalarias adecuadas	Biberones y chupetes
Hospital pequeño	Cesárea
Parto eutócico	Enfermedad materna o neonatal
	Prematuridad
	Bajo peso al nacimiento

En cuanto a conocimientos sobre lactancia materna de los profesionales sanitarios estudios en de autores españoles en los últimos diez años han analizado el grado de conocimiento sobre la lactancia materna del personal de salud, en los cuales se ha observado déficit de conocimientos teórico – prácticos, así como de la normativa internacional y nacional que la protege. Aún más grave el déficit de medidas institucionales para la protección y apoyo de la lactancia materna.

A pesar de la puesta en marcha de la iniciativa Hospitales Amigos de los Niños desde hace más de 10 años, en la actualidad existen muy pocos hospitales con el galardón de Hospitales Amigos de los Niños. Esta realidad no dista a la de nuestro país.

En cuanto a la política de promoción a la lactancia en los centros de atención Primaria, diversos estudios reflejan múltiples déficit en cuanto a medidas de promoción y protección de la lactancia y de observancia de los artículos de código de comercialización.

Por lo general los ingresos económicos de estas personas es el salario mínimo que va de \$208 dólares mensuales por ello las mujeres exceden sus horarios de trabajo para contribuir a los gastos del hogar.

Dejando de lado la práctica de lactancia materna, debido a que el tiempo que ésta tiene no lo puede aprovechar por el trabajo que desempeña como vendedora del mercado, vendedoras ambulantes, ayudantes de costura, etc. esto hace que no puedan lactar al niño; ya que lo dejan al cuidado de familiares o guarderías.

Según la encuesta de hogares de propósitos múltiples revela que a nivel nacional existe un 16.4% de analfabetismo en mujeres⁵, lo que juega un papel importante en la educación de la madres lactantes.

Agregado a ello las creencias y costumbres juegan un papel determinante en el pensar y actuar de las madres en donde muchas de ellas dejan de proporcionar seno materno al recién nacido e introducen otro tipo de alimento que puede perjudicar la salud de éste como pan francés miel de abeja, sopa de frijoles, agua de arroz.

Ignorando que al dar otros alimentos el aparato digestivo del niño no es capaz de digerirlos por ser muy complejos, ya que está apto solo para recibir leche materna.

⁵Encuesta hogares de propósitos múltiples, 2008, DIGESTYC.

Según la política Nacional de salud en la estrategia No.12 seguridad alimentaria y nutricional. En el ítem 2 desarrollo de una estrategia de comunicación masiva y grupal sobre la práctica de la lactancia materna, alimentación complementaria adecuada y una alimentación saludable y de bajo costo para la familia.⁶

En nuestro código de Salud menciona “la educación para la salud será acción básica de ministerio de salud que tendrá como propósito desarrolla hábitos, costumbres y actitudes de la comunidad en el campo de la salud.”⁷

La lactancia debe ser una decisión de la madre que se ve influenciada por una serie de factores y no un acto que impongamos arbitrariamente a toda mujer. Esta decisión se ve influenciada por factores sociales económicos y culturales.

La mayor parte de los problemas durante la lactancia materna son debido a la mala información que se tiene de ésta; así como las creencias y costumbres, estos factores contribuyen al deterioro de dicha práctica aunado al componente económico de la mayor parte de los grupos poblacionales de escasos recursos.

El nivel socioeconómico es uno de los condicionantes de la lactancia materna, de este podemos mencionar algunos factores como la estructura familiar, los ingresos en la mujer trabajadora y las condiciones laborales.

Aun hoy en día a muchas madres trabajadoras se les presentan distintos obstáculos para hacer valer sus derechos en cuanto a la licencia para amamantar, dado que en sus lugares de trabajo se les niega este derecho y si estas lo hacen valer se ven expuestas a perder el empleo. En nuestro país solo el Ministerio de salud, MINSAL, existe aprobado una hora para amantar pero esto no se cumple en todos los establecimientos.

Una mejor condición económica también está relacionada con un mayor riesgo de no proveer lactancia materna esto quizás se deba a que se cuentan con los recursos económicos necesarios para adquirir sucedáneos de la leche materna.

⁶ Política Nacional de Salud 2009_ 2014, diario oficial tomo 386, acuerdo no.126.

⁷ Código de salud, capítulo 2, sección 1, artículo 44.

Se debe recordar que un beneficio de la lactancia materna es el ahorro a la economía del hogar, por lo que una madre de bajos recursos económicos no va a contar con las facilidades para adquirir estas fórmulas lácteas ya que implica mayores costos y un golpe a la economía familiar.

La implementación de la lactancia también es influenciada por el grado de escolaridad que poseen las madres. Algunos estudios han demostrado que un nivel educativo superior es un predisponente positivo para la lactancia materna, esto porque las mujeres cuentan con mayores conocimientos y comprensión sobre los beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos.

Según la revista cubana de lactancia materna (Gonzales IM) dice que el grado de escolaridad materna y la utilización de la lactancia son directamente proporcionales, por lo que es más duradera en madres de nivel universitario.

La cultura también influencia en la lactancia materna, esto por cada persona tiene sus propias creencias y prácticas y las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven.

En algunas culturas se considera que una buena madre es la que amamanta a su hijo desde muy temprana edad esto porque según algunos la lactancia al pecho es una práctica naturalizada propia de cada mujer. En cada época y cultura la lactancia materna ha tenido sus propios condicionantes.

El código Hammurabi contenía regulaciones sobre la práctica de la lactancia, así como durante los siglos XVIII la alimentación era brindada por las nodrizas. Ya que las madres de esa época deseaban mantener su belleza.

Hoy en día la estética juega un papel importante en la decisión de brindar o no lactancia al seno materno, esto por la explotación del cuerpo femenino como objeto sexual, por parte de los medios de comunicación. Muchas mujeres no brindan lactancia a sus hijos ya que tienen la creencia de que esto les deteriora la apariencia de las mamas.

También a muchas les da vergüenza amamantar a sus hijos en público, otras consideran que es más elegante la alimentación con el biberón y que este es un símbolo de estatus social.

La lactancia con frecuencia también declina cuando las mujeres de zonas rurales se van a las áreas urbanas donde las prácticas modernas pueden remplazar las tradicionales o estar bajo la influencia de la urbanización.

Continuando con otros factores algunos autores sugieren que el contacto con el personal de salud durante la atención prenatal y el postparto está asociado con la duración y frecuencia del amamantamiento, esto sin importar si el servicio de salud es público o privado.

En algunos casos son los médicos los que recomiendan a las madres complementar los regímenes de lactancia materna por diversas situaciones.

El sistema de salud juega un factor importante dado que se supone que es aquí en donde se va a educar y concientizar a la madre sobre la importancia de brindar seno materno a sus hijos, además de que es este sector el que viene de una forma u otra a operacionalizar todas las políticas y normas creadas para el fomento de la lactancia.

Sin embargo, muchas veces por el sobrecargo de funciones y la cantidad de trabajo que poseen los funcionarios en el área de la salud impide que a las madres se les brinde una atención de calidad, omitiendo muchas veces información muy valiosa que pueden afectar de manera positiva la decisión de una madre para amamantar a su bebé.

Otro factor no menos importante a los ya mencionados anteriormente como influyentes en la decisión de dar lactancia materna, está relacionados con la psicología y la percepción de la madre con respecto a la producción de leche materna. En muchos estudios, sobre todo de países industrializados, se cita “Leche insuficiente” como la razón para terminar de manera precoz la lactancia o para iniciar una rápida suplementación con otros alimentos, en especial la fórmula láctea.

En cuanto a conocimientos sobre lactancia materna de los profesionales sanitarios estudios en de autores españoles en los últimos diez años han analizado el grado de conocimiento sobre la lactancia materna del personal de salud, en los cuales se ha observado déficit de conocimientos teórico – prácticos, así como de la normativa internacional y nacional que la protege.

Aún más grave el déficit de medidas institucionales para la protección y apoyo de la lactancia materna.

Se debe recordar que en los años noventa la OMS y la UNICEF convocaron a los gobiernos y a las organizaciones internacionales para proteger, promover y apoyar la lactancia, esto con fines de mejorar la nutrición y supervivencia del lactante.

Este llamado a la acción, conocido como la declaración Innocenti, condujo a que se tomara una serie de medidas positivas entre estas se establecieron los hospitales amigos de los Niños para ayudar a fomentar las prácticas de lactancia óptimas.

A pesar de la puesta en marcha de la iniciativa Hospitales Amigos de los Niños, desde hace más de 10 años, en la actualidad existen muy pocos hospitales con el galardón de Hospitales Amigos de los Niños. Esta realidad no dista a la de nuestro país.

En cuanto a la política de promoción a la lactancia en los centros de atención Primaria, diversos estudios reflejan múltiples déficit en cuanto a medidas de promoción y protección de la lactancia y de observancia de los artículos de código de comercialización.

En nuestro país por lo general los ingresos económicos de las personas es el salario mínimo que va de \$208 dólares mensuales por ello las mujeres exceden sus horarios de trabajo para contribuir a los gastos del hogar.

Dejando de lado la práctica de lactancia materna, debido a que el tiempo que ésta tiene no lo puede aprovechar por el trabajo que desempeña como vendedora del mercado, vendedoras ambulantes, ayudantes de costura, etc. esto hace que no puedan lactar al niño; ya que lo dejan al cuidado de familiares o guarderías.

Según la encuesta de hogares de propósitos múltiples revela que a nivel nacional existe un 16.4% de analfabetismo en mujeres (6), lo que juega un papel importante en la educación de la madres lactante

Agregado a ello las creencias y costumbres juegan un papel determinante en el pensar y actuar de las madres en donde muchas de ellas dejan de proporcionar seno materno al recién nacido e introducen otro tipo de alimento que puede perjudicar la salud de éste como pan francés miel de abeja, sopa de frijoles, agua de arroz. Ignorando que al dar otros alimentos el aparato digestivo del niño no es capaz de digerirlos por ser muy complejos, ya que está apto solo para recibir leche materna.

Según la política Nacional de salud en la estrategia No.12 seguridad alimentaria y nutricional. En el ítem 2 desarrollo de una estrategia de comunicación masiva y grupal sobre la práctica de la lactancia materna, alimentación complementaria adecuada y una alimentación saludable y de bajo costo para la familia. (7).

En nuestro código de Salud menciona “la educación para la salud será acción básica de ministerio de salud que tendrá como propósito desarrolla hábitos, costumbres y actitudes de la comunidad en el campo de la salud. (8).

En nuestro país según FESAL el 96% de los niños menores de cinco años recibió pecho materno en alguna oportunidad. El 69% de dichos niños empezó a lactar durante el primer día, incluyendo un 33% que empezó durante la primera hora post parto. (1)

Entre FESAL – 93 y FESAL- 2008 se dio un incremento de 5.1 meses en la duración promedio de cualquier tipo de lactancia materna, pasando de 15.5 a 20.6 meses.

En el primer quinquenio subió 2.2 meses, en el segundo 1.5 meses y en el tercero 1.4 meses. Esta tendencia de incrementos a lo largo del tiempo se debe en parte al aumento de lactancia exclusiva, que pasó de 0.8 en 1993 a 1.9 meses en 2008. (1)

Del total de niños(as) menores de 6 meses, en promedio, el 31% recibió lactancia exclusiva (solo pecho) y el 11% recibió lactancia predominante (pecho y agua u otros líquidos).

El promedio de lactancia exclusiva desciende del 47% para las y los niños menores de 2 meses de edad al 34% para las y los niños con 2 a 3 meses y baja hasta el 13% entre los de 4 a 5 meses cumplidos. En cifras redondeadas, el restante 57% está conformado por el 7% que no recibió ningún tipo de lactancia y el 31% que además de ser amamantado(a) recibió otro tipo de leche y el 19% que además recibió atoles o purés. Por lo tanto, puede afirmarse que en el país, los alimentos complementarios siguen introduciéndose a edades considerablemente menores a las recomendadas por la OMS y el MSPAS. (1).

En nuestro país como se evidencia en la encuesta FESAL 2008, los alimentos se introducen a edades tempranas que no son las recomendadas por la OMS, generando diferentes problemas digestivos a los lactantes menores, por lo que es muy importante instruir a nuestra población sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva la cual consiste en dar solo lactancia materna sin introducir alimentos líquidos ni sólidos. (1)

Además no se conoce la técnica adecuada para dar lactancia, aunado a esto la pobreza en la que viven nuestras comunidades obliga a las madres a dejar los hijos para trabajar. El ingreso creciente en el mercado laboral y el estrés de la vida urbana hacen difícil que una madre pueda amamantar, aunque está lo desee.

Generalidades de conocimiento y práctica. El proceso del conocimiento se inicia al entrar en contacto los órganos de los sentidos con el mundo exterior.

El conocimiento común, cotidiano también conocido como empírico, espontáneo, se obtiene básicamente por otra vía a través de la práctica que el hombre realiza diariamente. Lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia.

La adquisición del Conocimiento científico requiere, en cambio, la actividad conjunta de los órganos sensoriales y el pensamiento del sujeto cognoscente, apoyada en la reflexión teórica y guiada por una serie de principios y reglas con el fin de describir lo que el conocimiento empírico- espontáneo no puede captar.

El propósito de la ciencia, además de describir, poder explicar y predecir los fenómenos naturales y sociales con mayor y menor precisión, según las características de los objetos de estudio y la disponibilidad de recursos teóricos metodológicos y técnicos, a fin de tener mayor conocimiento común está fuertemente penetrado por el avance de la ciencia debido a los medios de comunicación.

Prácticas de Atención en Salud. Las prácticas de atención de la salud pueden tener un aspecto muy grande sobre la lactancia materna. Las prácticas inadecuadas interfieren con lactancia materna y contribuyen a diseminar la alimentación artificial. Las buenas prácticas apoyan la lactancia materna y hacen que sea más probable que las madres amamanten exitosamente y continúen haciéndolo durante un tiempo más largo.

Las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias son grandes obstáculos al desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza. Los esfuerzos de los gobiernos por acelerar el desarrollo económico a largo plazo fracasarán hasta que se hayan asegurado un crecimiento y un desarrollo infantiles óptimos, en especial a través de unas prácticas de alimentación apropiadas (9).

Las prácticas de alimentación apropiadas basadas en pruebas científicas son indispensables para alcanzar y mantener una nutrición y una salud adecuadas

Las madres y sus bebés forman una unidad biológica y social inseparable; la salud y la nutrición de un grupo no pueden separarse de la salud. (9).

Lactancia materna .La organización mundial para la salud la define como una forma de alimentar a los/as infantes en los primeros seis meses de vida o la introducción de otros alimentos y/o líquidos diferentes a la leche a partir de los primeros 6 meses de edad.

La lactancia eficaz es el estado en el cual la madre – hijo- familia muestra suficiente capacidad y satisfacción con el proceso de lactancia, una de las características que define a la lactancia es la habilidad de la madre de poner al niño/a al pecho, de forma que facilita una buena respuesta de fijación, succión y satisfacción del bebe al mamar.

La lactancia materna ineficaz se caracteriza por un proceso de lactancia materna insatisfactoria, por un suministro de leche inadecuada o subjetiva, ausencia de signos de liberación oxitócica o persistencia de irritación de los pezones después de la primera semana de vida del niño/a y la resistencia de la madre al dar de mamar al niño/a cuando sea necesario.

Anatomía de la mama: El esbozo de la glándula mamaria está contenida en los pliegos que se forman bajo la superficie ventral del embrión y que se extiende lateralmente desde el miembro superior hasta el inferior. La parte principal de esta línea desaparece poco después deformarse, persistiendo un pequeño segmento de la región torácica y que se introduce en el mesénquima subyacente, formando la glándula por completo.

Anatómicamente cada glándula mamaria madura, está compuesta de 15 a 20 lóbulos que se originan en los brotes secundario, los lóbulos se acomodan radialmente y se separan uno de los otros por cantidades variadas de grasa, cada lóbulo consiste en diversos lobulillos que a su vez están constituidos por grandes cantidades de alveolos, cada alveolo está provisto de un pequeño conducto que se une para formar un gran conducto único para cada alveolo.

La anatomía superficial de la mama nos permite observar el pezón, el cual es una prominencia situada a nivel del cuarto espacio intercostal, formado en su mayor parte por fibras musculares lisas dispuestas de manera circular y longitudinal, es un órgano eréctil y elástico que será estirado durante la lactancia por el niño/a.

El pezón está rodeado por un área de piel pigmentada denominada areola la cual se oscurece en la mujer embarazada, diseminada en esta se encuentran los Corpúsculos de Montgomery, cuya función es de producir sustancia antiinflamatoria que protegen el pezón.

Signos de una buena técnica de posición para amamantamiento: El cuello del recién nacido está derecho, el cuerpo del recién nacido está volteado hacia la madre y está próximo a la madre y todo el cuerpo del bebé recibe sostén.

Signos de una técnica correcta de agarre del recién nacido al seno materno son: el recién nacido toca el pecho con el mentón, tiene la boca bien abierta, tiene el labio inferior volteado hacia afuera y se ve más areola arriba de la boca que debajo de la misma.

Fisiología: la lactancia durante el embarazo; del hipotálamo llegan estímulos del cuerpo lúteo y producen un aumento de progesterona y lactógeno placentario, además de secreciones de hormona de crecimiento, insulina, tirosina, etc; todo para que se dé el desarrollo de la glándula mamaria, al final del embarazo producto de la expulsión de la placenta se da una disminución de progesterona y estrógeno a niveles casi nulos, con un aumento concomitante de la prolactina debido al descenso del FI (factor – inhibidor de prolactina) dando lugar a la liberación de prolactina la cual estimulará el tejido glandular de la mama produciendo la lactación.

Primera tetada (comienzo de la lactancia materna). En la primera hora después del nacimiento la madre está muy sensible y perceptiva sobre lo que ocurre en su hijo/a y él o ella está completamente alerta.

Este momento es importante para la interacción y se debe promover el contacto piel a piel, visual y auditivo para fortalecer el vínculo afectivo madre- hijo.

Durante este tiempo el niño/a puede ver, tiene preferencia visual y gira la cabeza a quien le habla pasada esta hora el niño/a cae en sueño de tres a cuatro horas, es por ello que este primer tiempo de vida parece ser el momento ideal para iniciar relaciones entre padres y el recién nacido. Esta primera tetada favorece la instalación de la lactancia materna, la expulsión de la placenta e involución del útero, evitando en lo general el uso de oxitócicos.

Características de la leche materna. Calostro: es la primera excreción de leche que se produce post parto hasta los cuatro o cinco días, es de color amarillo; es una leche muy concentrada por lo que a pesar de su escasez es suficiente para alimentar al recién nacido. Su color amarillo se debe a su alta densidad y al contenido de beta caroteno contiene mayor cantidad de minerales y vitaminas liposolubles, contiene más de 10proteínas que la leche de vaca, es rica en anticuerpo y otros factores anti infecciosos y facilita la expulsión del meconio

Leche de transición: Esta se produce a partir de los cuatro días pos parto, se produce en mayor cantidad que el calostro, es de color azulado, aumenta el contenido de lactosa y grasa, disminuye el contenido de proteínas inicio de su producción la madre puede sentir malestar como: fiebre, y síntomas locales como pesadez dolorosa, hinchazón, fenómenos llamados “subida de la leche”: Para el tercero o cuarto día pos parto se habla de la bajada de la leche: La prolactina produce una retroalimentación negativa y hay un bloqueo en la producción de estrógenos y progesterona, esto por un bloqueo a nivel de la adenohipofisis en la liberación de FSH – LH por ende no hay ovulación: en la mujer lactante, mientras los niveles de prolactina permanezcan elevados en las concentraciones necesarias para producir leche, los niveles de estrógenos permanecerán más bajos que las mujeres no lactantes esto hace que la prolactina tenga un efecto anticonceptivo.

En la mujer lactante el hipotálamo, bombardeado por niveles altos de prolactina no producirá la gonadotropina necesaria para que la hipófisis anterior produzca la hormona estimulante de los folículos y al no crecer este, el ovario no producirá los estrógenos en niveles requeridos para la liberación del óvulo.

La leche madura: se produce a partir de los diez días post parto; su cantidad es variable y está en mucha relación con la frecuencia de las tetadas, mientras más veces succione el/la niño/a mayor será su producción: Es una leche completa que contiene carbohidratos, proteínas (incluyendo anticuerpos), calcio, fósforo, hierro, elementos trazas (cobre, zinc, magnesio, selenio), vitaminas y otras sustancias que hacen de la leche humana el alimento completo que proporciona al recién nacido y al lactante una nutrición adecuada hasta los seis meses de edad sin ingerir otro tipo de alimento.

Diez pasos hacia una feliz lactancia materna.

Todos los servicios de maternidad y de atención a los /las recién nacidos / as deberán: (10)

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayuda a las madres a iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño/a y como mantener la lactancia materna incluso si han de separarse de sus hijo/a
6. No dar a los/las recién nacidos / as más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los/las niños/as durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna natural cada vez que se solicite.
9. No dar a los/las niño/a alimento al pecho, chupadores o chupones artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Ventajas de la lactancia materna para el niño

1. No necesita preparación previa
2. El niño decide cuándo y durante qué tiempo necesita lactar
3. Es de fácil digestión y absorción
4. Evita o retrasa la aparición de enfermedades alérgicas (asma, coriza, urticaria y cólicos)
5. Contiene los nutrientes necesarios para el niño/a.
6. Contiene sustancias que protegen y defienden al niño/a de las infecciones
7. Evita la constipación intestinal en el recién nacido
8. Los niño/as tienen mejor desarrollo en todas sus actividades y en edades posteriores.
9. Mejor desarrollo de músculos faciales.
10. Regula el mecanismo del apetito, evitando así la obesidad
11. Menor riesgo de enfermar y fallecer

Para la madre:

1. Iniciando los primeros 30 minutos pos parto, tendrá menos sangramiento y más rápida la expulsión de la placenta.
2. No tendrá mastitis ni abscesos de las mamas.
3. Tendrá menos posibilidades de embarazarse mientras este lactando exclusivamente.
4. Tendrá una mejor involución uterina
5. Se sentirá tranquila y satisfecha por proporcionar tanto beneficio a su hijo/a.
6. Tendrá menos riesgo de tener cáncer de mama y ovario dependiendo de la edad en que se encuentre la madre.
7. Tendrá tiempo de atender a su hijo/a y realizar el resto de sus actividades.
8. Es económica.

Barreras que impiden la práctica de lactancia materna

- Falta de confianza y vergüenza
- Pérdida de libertad
- Restricciones al estilo de vida
- Influencia de familiares y amigos
- Preocupación de la salud y la dieta
- Temor al dolor
- Temor a la deformación de los senos.

Nutrición de la mujer lactante requerimientos y recomendaciones nutricionales:

Se define como las cantidades de energía y de nutrientes biodisponibles en los alimentos que un individuo debe ingerir para satisfacer todas sus necesidades fisiológicas entienden por “biodisponibilidad” que se digieren, absorben y utilizan por el organismo. Los requerimientos nutricionales son valores fisiológicos individuales y se expresan en forma de promedio para grupos similares de población.

Recomendaciones: Estas son las cantidades de energía y nutrientes que deben contener los alimentos consumidos para satisfacer los requerimientos de casi todos los individuos de una población dada. Se basa en las cifras de requerimientos, corregidos por la biodisponibilidad, a las que se agrega la cantidad necesaria para cubrir la variabilidad individual, y en el caso de algunos nutrientes, se agrega, además, una cantidad adicional como margen de seguridad. Para la energía y muchos nutrientes, existen límites mínimos y máximos fuera de los cuales se afectan desfavorablemente el funcionamiento del organismo. (Bengos y Col, 1988)

Recomendaciones de energía y de nutrientes seleccionado energía

Las necesidades energéticas de una persona con la cantidad de energía alimentaría que esa persona debe ingerir para compensar su gasto energético, manteniendo un tamaño y una composición corporal, así como un grado de actividad física

compatibles con un estado duradero de buena salud y que además, le permita hacer la actividad físicas que le sea económicamente necesaria y socialmente deseable. En los niños/as y mujeres embarazadas o lactantes, las necesidades energéticas también influyen la energía requerida para la formación de tejidos o la secreción de leche a un ritmo compatible con la buena salud. (OMS, 1985)

Fuente de energía Todos los alimentos aportan energía a la dieta, en mayor o menor proporción Las estimaciones de requerimiento energéticos complementarios durante el primer semestre de lactancia materna tiene como base el supuesto de una secreción diaria aproximada de 800 859 ml de leche en los primeros seis meses de lactancia con un contenido energético de 0.70kcal/ml y una eficiencia de conversión de la energía alimentaría en energía láctea de 80%. Esto equivale a 700-720kcal /día además de los requerimientos para metabolismo basal y actividad física.

Para el caso de madres con estado nutricional adecuado y que hayan acumulado aproximadamente 4 Kg. durante el embarazo es, decir que cuentan con una reserva de 36,000 Kcal. Un promedio 200kcal /día por seis meses, las necesidades energéticas suplementarias seis primeros meses de lactancia serian en promedio unas 500 kcal/día (OMS, 1985)

Durante el segundo semestre de lactancia, se supone que las reservas energéticas de las madres lactantes ya se usaron, pero la producción de leche en este segundo semestre se redujo a un promedio de 600 Kcal. /día.

Por lo tanto, las recomendaciones de emergía extra son:

- De 500 Kcal. /día durante los primeros seis meses de lactancia.
- De 750 Kcal. /día si la madre no tuvo un incremento de peso es alrededor de 4 Kg.
- De 500 Kcal. /día durante el segundo semestre de lactancia.
- De 440 kcal / día en el segundo año de lactancia.

Preparación psicológica de la madre La actitud consciente hacia el amamantamiento guarda relación importante con su facultad de elaborar leche. Varias tendencias de la cultura centroamericana moderna aportan influencias sutiles que dificultan cada vez más a las mujeres aceptar y gozar el amamantamiento.

La educación, la enseñanza profesional, los empleos fuera del hogar y el ritmo de vida apresurado y muy organizado frecuentemente impiden que la mujer descanse y la hacen impaciente acerca de la insuficiencia e incertidumbre de la alimentación al pecho. El suministro de leche es impedido por las preocupaciones sobre la suficiencia de la secreción o por las necesidades de apresurarse a terminar el amamantamiento para poder pasar a realizar otras actividades.

Además algunas mujeres tienen clara aversión al amamantamiento, arraigada en actitudes equivocadas o remilgadas en relación con el sexo y el papel materno.

Estos conceptos resultan de la crianza de la mujer; no se modifican fácilmente y en general deben aceptarse como razones suficiente para abandonar el amamantamiento después de un ensayo preliminar.

Durante el periodo prenatal, quienes atienden y aconsejan a las madres pueden lograr mucho para criar una actitud provechosa hacia el amamantamiento.

Beneficios psicológicos de la lactancia materna a lactancia materna ayuda a la madre y a su bebe a formar una relación afectiva estrecha, la cual hace que las madres se sientan profundamente satisfechas emocionalmente. El contacto estrecho inmediatamente después del parto ayuda a que esta relación se desarrolle, a este proceso se le llama Vínculo Afectivo.

Los bebes lloran menos y posiblemente se desarrollen más rápido cuando permanecen cerca de sus madres y son amamantados inmediatamente al nacer. Algunos estudio sugieren que lactancia puede ayudar a un mejor desarrollo intelectual.

Bebes con bajo peso al nacer alimentados con leche materna durante las primeras semana de vida obtienen puntaje más alto en los exámenes de inteligencia hechos unos años más tarde, que los bebes con características similares alimentados artificialmente.

Peligros de la alimentación artificial

- Interfiere con el vínculo afectivo.
- Padecimiento más frecuente de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias.
- Desnutrición, deficiencia de vitamina A
- Mayor probabilidad de muerte
- Puede quedar embarazada más pronto.
- Más alergia intolerancia a la leche
- Sobrepeso.

Condiciones que pueden interferir con una lactancia materna exitosa

Para la que la lactancia materna sea exitosa se requiere buena condición relacionada con la salud de la madre y del niño/a que puedan en algún momento interferir con una lactancia materna exitosa. Además otras condiciones especiales que puedan interferir con un inicio temprano o un mantenimiento adecuado de la lactancia materna, así como sus implicaciones para la práctica.

Condiciones relacionadas con la salud del recién nacido Mantener una alimentación adecuada se considera un factor crítico mucho más relevante durante la infancia que durante otra época de la vida, debido a que los requerimientos nutricionales son mayores en el niño/a en relación a su crecimiento. Los primeros años de la vida se caracterizan por un crecimiento muy rápido, llegando a duplicarse el peso en el nacimiento hacia los cuatro meses de vida.

La energía y nutrientes son necesarios para mantener las funciones y actividades del organismo y para incrementar los depósitos en los tejidos.

Los requerimientos de energía y proteínas durante el primer mes son, por kilo, cerca de tres veces mayores que los del adulto.

La influencia de una nutrición adecuada durante los primeros meses de la vida, repercuten directamente en el crecimiento y desarrollo futuro. Además el niño/a es más sensible a situaciones anormales de nutrición y menos adaptable que en otras etapas de la vida a diferentes clases, formas, proporciones y cantidades de alimentos. (WHO, BULLETIN ,1983).

Está completamente demostrado que la lactancia materna por sí sola, es suficiente para llenar estos requerimientos de energía y proteínas durante los primeros 6 meses de la vida y para un crecimiento y desarrollo normal del niño/a. (UNICEF, 1989).

Sin embargo, existen situaciones de salud, poco frecuentes, en las cuales el niño/a no puede ser alimentado con leche humana y es necesario recurrir a otras fuentes de alimentación para poder mantener una nutrición adecuada.

Hay situación muy rara, las cuales no es posible alimentar al niño/a con leche humana ni con fórmulas infantiles, ya que por estar contraindicadas o por razones relacionadas con la salud de la madre o el niño/a.

Es necesario, por lo tanto, distinguir tres situaciones: la primera en la cual el niño/a no puede recibir leche humana ni fórmulas infantiles porque esto interferiría en su salud; la segunda en la cual el niño/a pueda recibir leche humana, no es capaz de hacerlo por diferentes situaciones o i impedimentos físicos, y por ultimo aquellas condiciones en las que únicamente deberá recibir leche humana.

Debe tenerse presente que las tres variantes son muy raras y la gran parte de recién nacidos pueden y deben ser alimentados con leche humana.

Condiciones relacionadas con la salud del niño/a mensajes claves

Enfermedad	Tratamiento
GALACTOSEMIA	Alimentación con formula especiales libres de lactosa desde el nacimiento
FENILCETONURIA	Alimentación con leche humana y formula libre de aminoácidos.
ENFERMEDAD DE LA ORINA EN JARABE DE MAPLE	Alimentación con leche humana y formula libre de aminoácidos.
DEFICIENCIA DE ALFA1 ANTITRIPSINA	Alimentación con leche humana
ACRODERMATITIS ENTEROEPATICAS	Alimentación con leche humana.

Condiciones relacionadas con la salud de la madre

Es importante por muchas razones, no solamente nutricionales sino inmunológicas, que la lactancia materna se continúe a pesar de algunos problemas de salud de la madre. La lactancia materna esta contra indicada únicamente en casos de enfermedad severa de la madre, tal como insuficiencia cardiaca, enfermedad renal, hepática o pulmonar grave.

En algunos casos de psicosis o depresión postnatal, en la que pueda estar en peligro la vida del recién nacido y sea necesaria la separación de la madre, iniciar la lactancia al pecho puede ser difícil, sin embargo, algunos sugieren que la madre y el niño/a no deben ser separados totalmente ya que las drogas que se utilizan en caso de depresión , no son incompatibles con la lactancia y si la madre desea darle el pecho a su bebe no hay razón para que no lo haga, pero debe bajo una adecuada supervisión.

La mayoría de enfermedades comunes en la madre, no son razón para que no puedan dar de mamar, sin embargo la posible transmisión de infecciones hacia el niño/a amerita algunas contraindicaciones importantes

Infecciones maternas producidas por bacterias:

La Tuberculosis

La tuberculosis activa debe ser investigada y tratada durante el embarazo, para eliminar el peligro de infectar al bebe después del nacimiento, por la misma razón, es necesario que los contactos se investiguen y traten adecuadamente. Cuando se descubre que una madre es bacteriológicamente positiva al final del embarazo, él bebe corre el riesgo de ser infectado también, no a través de su leche sino por el contacto directo, Bajo estas circunstancias la madre debe de ser tratada preferiblemente con un curso corto con tres drogas durante los dos meses de tratamiento (HOW, 1988). Para que se vuelva no infectante en un tiempo más corto; Al mismo su hijo/a debe recibir tratamiento profiláctico con isoniazida por 6 a 12 meses (10mg/Kg., diariamente) (Medical Setter. 1988). También se recomienda poner al bebe vacuna BCG (HOW, 1988) y continuar con la lactancia tapando las vías respiratorias de la madre al inicio, mientras se convierte en no infectante.

Infecciones virales:

Citomegalovirus: La infección intrauterina con Citomegalovirus (CMV) es causa de anomalías congénitas. La infección no es peligrosa para él bebe después del nacimiento, porque una elevada proporción de madres sanas tienen CMV en sus secreciones cervicales y el niño/a se infecta durante el parto pero no desarrolla ninguna patología (Reynold y Col, 1973) Al mismo tiempo se excreta por la madre a través de la leche o la saliva con el resultado inevitable de infectar a su hijo, pero sin ninguna consecuencia adversa (Pearay y Col, Stagno y Col ,1980). Descubrir CMV en una madre lactante no es razón para discontinuar la leche materna es una forma primaria de inmunización pasiva contra esta enfermedad viral.

Aunque los niños / as alimentados con fórmulas artificiales se infectan menos de CMV las consecuencias son más severas.

Virus del Herpes Simple

La infección del neonato con virus humano del herpes simple tipo 1 y 2 da como resultado una infección severa, que se adquiere durante el paso a través del canal del parto de una madre con lesiones genitales activas para herpes simple. La operación cesárea está indicada si la lesión es detectada a tiempo, o sea antes de iniciar el trabajo de parto (Boeh F Y Col, 1981).

Bajo estas circunstancias, la leche materna no es infectada por lo que no existe razón para no dar alimentación al pecho. Las infecciones herpéticas pueden presentarse en todas las partes del cuerpo, incluyendo los pechos.

Si la lesión herpética está presente en los pechos el contacto directo y la lactancia al pecho están contraindicados hasta que la lesión haya desaparecido y los cultivos sean negativos, aunque cuando sea un pecho el afectado, puede amamantarse del pecho sin lesión. Es importante mantener la extracción manual de la leche en ambos pechos para mantener la producción y al desaparecer las lesiones, iniciar la lactancia.

Virus de la Varicela

Algunos niños /as de madres que desarrollan varicela en los últimos 5 días antes del parto, están desprotegidos de la inmunización pasiva por los anticuerpos maternos transportados a través de la placenta, por lo que la lactancia materna debe ser rechazada hasta que la madre ya no sea contagiosa con varicela.

El niño /a debe recibir inmunización pasiva con inmunización específica de Varicela zoster después del nacimiento (Young, 1975) y establecer la lactancia a los ocho días. Mientras tanto, se debe mantener la extracción manual en ambos pechos para mantener la producción.

Virus del Sarampión

El sarampión es una enfermedad altamente transmisible entre los niños /as y es más severa durante la vida adulta y en el periodo neonatal. El sarampión puede ser prevenido por inmunización.

La enfermedad es contagiosa desde el apareamiento de las lesiones cutáneas. El sarampión peri natal puede ser adquirido vía transplacentaria adquirido después del parto a través del tracto respiratorio.

El sarampión adquirido en los primeros 10 días, debe ser considerado tras placentario y cuando ocurre después de los 14 días como exposición extrauterina.

Los anticuerpos aparecen en la leche dentro de las 48 horas y es posible que la enfermedad pueda ser mitigada por la presencia de IgA específicamente a través de la lactancia al pecho. Si el niño /a desarrolla la enfermedad:

Debe dársele a la madre inmediatamente para alimentarlo a pecho.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-1)

El virus ha sido demostrado en la leche humana, se aisló (Thiry y Col 1985) del sobranate de tres portadores de VIH-1 asintomático, pero los investigadores de VIH-1 asintomática, pero los investigadores no fueron capaces de aislar el virus de los linfocitos de la leche.

Posteriormente (Voll y Col ,1986) se reportó el aislamiento de VIH-1 de la porción celular de la leche y se observó vibriones VIH-1 dentro de los linfocitos y en la fracción libres de células de la leche por microscopia electrolítica (Bucen y Col, 1986).

A demás parte del genoma del VIH-1 ha sido detectado en células mono nucleares del calostro, obtenido de dos mujeres seropositivas sintomáticas y más recientemente se detectó DNA viral VIH-1 a través de reacción en cadena de polimerasas en 25 (73%) de muestras de 13 mujeres seronegativas (Ruff y Col 1991) .

La mayoría de recién nacidos que se alimentan de leche de mujeres VIH-1 seropositivas permanecen sin infectarse. Si el VIH -1 está presente en la leche de un alto porcentaje de mujeres seropositivas, factores presentes en la leche o en el niño/a disminuyen el riesgo de transmisión a través de la lactancia.

La leche humana contiene una cantidad de componentes que reduce la infección por VIH -1 ,incluyendo inmunoglobulinas , linfocitos ,lacto ferinas y lisosomas , además contienen actividad lípido dependiente no especifica dirigida primariamente contra el desarrollo viral y enzimas del estómago del niño /a que inducen la excreción de lípidos adicionales que contribuyen a la actividad antiviral .La leche humana contiene además , factores que inhiben la unión de glicoproteínas con CD4,(Ruff y Col ,1992)

Aunque la potencial transmisión del VIH-1 a través de la lactancia materna existe la trasmisión materna – infantil atribuible a la lactancia materna no ha sido bien establecido en países en desarrollo con una sola incidencia de mortalidad infantil, muchos niños /as mueren en el primer año de vida sin una determinación de su estado de infección por VIH -1 y en un pequeño incremento en el riesgo de transmisión a través de la leche materna puede afectar a una gran cantidad de ellos. Si el índice de transmisión materno infantil en niños / as alimentados con leche materna es el 30 % y con biberón de 25 % y si un millo de niños /as son alimentados cada año con leche de mujeres VIH -1 seropositivas entonces 50,000 niños /as nuevos pueden ser infectados a través de la lactancia.

Por otro lado el efecto protector de la lactancia materna en la supervivencia infantil y estado nutricional varía dependiendo del estado socioeconómico y de disponibilidad de efectuar medidas preventivas y terapéuticas, por lo tanto en países en desarrollo, donde la facilidad de alternativas no es disponible, la Organización de la Salud recomienda:

Que las mujeres amamanten a sus bebes independientemente de su estado serológico para VIH -1

Prevención de la transmisión materno infantil del VIH (TMI - VIH) magnitud del problema

Aproximadamente, una tercera parte de los /as lactantes cuyas madres están infectadas con el VIH se infectan con el virus.

De no ejecutarse acciones de prevención, esta infección podría ocurrir durante el embarazo, parto y la lactancia materna.

La transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (TMI) produce más del 90% de las infecciones de los niños/as menores de 15 años. El impacto es tan dramático que el incremento de los casos de SIDA en la infancia está empezando a poner en riesgo lo alcanzado en las últimas décadas en materia de supervivencia Infantil

Se estima que, desde el inicio de la pandemia, 5.1 millones de niños / as han sido infectados.

Más de 600,000 niños y niñas fueron infectados durante el año 2000.

Debido a la ausencia de medidas preventivas, aproximadamente el 35 % de los niños y niñas podrían ser infectados. Se estima que, de ese total, serán infectados el 7 % durante el embarazo, el 13 % durante el parto y el 15 % a través de la leche materna. La probabilidad de la transmisión del virus por medio de la leche materna aumenta en el caso de que se prolongue hasta los dos años de edad. Sin medidas preventivas, la tasa de transmisión materno infantil varía entre los países. Esta variación es de 13% a 32% entre los países industrializados y de 25% a 48% en las naciones en desarrollo.

VII. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

1. Tipo de Estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo y transversal.

- a) Descriptivo. Porque permite describir la situación actual de las variables: factores económicos, culturales, sociales y biológicos y caracterizar la práctica de lactancia materna.
- b) Transversal. se realizó un corte en el tiempo durante el mes de febrero y marzo de 2012.

2. Universo, Población y Muestra

a) Universo

Para el desarrollo de la investigación se tomó como universolas madres que dan lactancia materna a niños menores de 2 años que asistieron a control infantil o morbilidad durante fines de semana en la Unidad de Salud de San Miguel durante febrero-marzo del 2012.

b) Población

La población de madres lactantes a sus hijos menores de dos años que consultan en unidad de salud.

c) Muestra

Se incluyó a 31 mujeres que dan lactancia materna a sus hijos menores de 2 años que asistieron a la unidad de salud en febrero – marzo del presente año. Para esta investigación se utilizó muestreo no aleatorio, se aplicó la entrevista al total de mujeres lactantes que asisten en la última semana de febrero y la última semana de marzo.

3. Criterios de Inclusión y Exclusión

- Criterios de inclusión

- Madres actualmente lactando.
- Madres lactantes de 15 a 49 años.
- Madres que consultan en unidad de salud por control o morbilidad.

- Criterios de exclusión

- Madres lactantes con discapacidad mental.
- Madres lactantes con VIH y/o Tuberculosis.

4. Método, Técnicas e Instrumentos:

a) Método

En la investigación se utilizó el método lógico el cual permitió llevar una secuencia del proceso desde la planificación hasta la ejecución del estudio para explicar el factor socioeconómico, genético cultural que intervienen en la disminución de la práctica de lactancia materna.

c) Técnicas

La técnica que se utilizó para obtener la información directa del objeto de estudio fue la entrevista.

Entrevista

Se empleó esta técnica para establecer una relación interpersonal entre los sujetos de estudio para lograr respuesta a la problemática de investigación.

d) Instrumentos

El instrumento que se utilizara para la recopilación de los datos en la investigación es la guía de entrevista estructurada que consta de 27 preguntas, y tiene preguntas cerradas que incluyen alternativas de respuesta; así como preguntas abiertas que sirven como base para determinar cuáles factores intervinieren en la práctica de lactancia materna en madres de niños menores de dos años.

5. Desarrollo del Estudio

Para el desarrollo de la investigación se llevó a cabo las siguientes etapas.

a) Autorización

Para realizar esta investigación y tener accesibilidad a la información, se coordinó con el director de Unidad de Salud de San Miguel.

b) Tiempo

Esta investigación se realizó durante el período de 4 semanas de febrero - marzo de 2012.

c) Recursos

Un médico consultante en unidad de Salud

d) Validación de Instrumentos (prueba piloto)

Posterior a la elaboración del instrumento que será utilizado en la investigación, se dio validez a través de la realización de la prueba piloto con cinco madres que consulten en Unidad de Salud de San Miguel, que no formaran parte del estudio, luego se analizó el instrumento para unificar la confiabilidad y validez del mismo, realizando modificaciones, según necesidades detectadas en el instrumento.

e) Recolección de datos:

Posterior a la recolección de datos, se procedió a hacer un control de calidad de las respuestas para asegurar que la información sea lo más fiable posible, y que no queden pregunta sin responder.

6. Variables y Operacionalización (Ver Anexo 1)

7. Plan de Tabulación

El procesamiento y análisis de datos se realizó mediante el programa Epi- Info de los resultados obtenidos se presentaron los más relevantes por medio de tablas y gráficos, según los objetivos del estudio.

8. Análisis e Interpretación de Resultados

Bajo cada resultado se colocaron la interpretación y análisis de datos que condujo a responder a los objetivos específicos del estudio.

VIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8.1. Edad de las madres entrevistadas.

Muestra que el 45.2% (14) de las madres entrevistadas estaban en el grupos de 20 a 29 años, en segundo lugar con 38.7% (12) estuvieron entre el grupo de 10 a 19 años. En el grupo de 40 a 49 años no se obtuvo ninguna entrevista.

(Ver Anexo Tabla 1)

8. 2. Estado civil de las madres entrevistadas.

Muestra que el 38.7% (12) de las madres entrevistadas tiene un estado civil soltera, en segundo lugar con un 29.0% (9) son casadas, un 25.8%(8) son acompañadas, y un 6.5% (2) son viudas. (Ver Anexo Tabla 2)

8. 3. Procedencia de las madres entrevistadas.

Muestra que el 66.7%(20) de las madres entrevistadas proceden del área urbana, en menor porcentaje con un 33.3% (10) viven del área rural. (Ver Anexo Tabla 3)

8. 4. Característica del parto de las madres entrevistadas

Muestra que las 100% (31) de madres entrevistadas tuvieron partos hospitalarios. (Ver Anexo Tabla 4)

8. 5. Numero de recién nacidos según historia obstétrica de las madres entrevistadas.

Muestra que el 100%(31) de las madres entrevistadas el producto único fueron todos los partos, y tiene una mayor ventaja porque solo a él es de amamantar. (Ver Anexo Tabla 5)

8. 6. Grados de estudio de las madres entrevistadas.

Muestra que de 1 a 6 grados el 22.6%(7), 6^a 9 grado el 25.8%(8), Bachillerato el 25.8%(8), estudio superiores es de 9.7%(3), ninguno 16.1%(5). (Ver Anexo Tabla 6)

8. 7. Trabajan las madres entrevistadas.

Muestra que el 74.2%(23) de las madres entrevistadas trabajan, el 25.8%(25.8) no tiene trabajo. (Ver Anexo Tabla 7)

8. 8. Cuál es el número de miembros que trabajan en el grupo familiar de las madres entrevistadas

Muestra el número de miembros familiar que trabajan: de 1 a 2 el 29.0%(9), 2 a 3 el 38.7%(12), 3 a más 32.3%(32). (Ver Anexo Tabla 8)

8. 9. Que trabajo realizan las madres entrevistadas.

Muestra que las madres entrevistadas que trabajan como ama de casa u oficios domésticos son en 100%(31) de las entrevistadas. (Ver Anexo Tabla 9)

8. 10. Cuanto es el ingreso familiar de las madres entrevistadas.

Muestra que el ingreso familiar mensual de las entrevistadas de 100 dólares es de 12.9%(4), 100 a 200 es de 51.6%(16), 201 a 500 es de 32.3%(10), 501 1000 es de 3.2%(1). (Ver Anexo Tabla 10)

8. 11. Que es la lactancia materna exclusiva para las madres entrevistadas

Muestra el conocimiento sobre lo que es la lactancia materna exclusiva, las respuestas fueron: darle pacha el 6.5% (2), darle pecho solo una vez al día 12.9% (4) darle pecho a libre de manda 80.6%(25). (Ver Anexo Tabla 11)

8. 12. Alimentos que más consumen las madres entrevistadas.

Muestra los alimentos que consumían las madres encuestadas durante la lactancia materna. Se alimentaban con chocolate, tortilla, tostadas y queso 3.2%(1), café, gaseosa, golosina 0%(0), sopas 0%(0), verduras y frutas 0%(0), cereales y carne 0%, todas las anteriores 96%(30). (Ver Anexo 12)

8. 13. Los hábitos higiénicos cuales pone en prácticas las madres entrevistadas.

Muestra que habito higiénico tienen las entrevistadas se lavan las manos el 0%(0), se limpia el pezón 0%(0), usan brazier limpio 3.2%(1), todas las anteriores 96.7%(30). (Ver Anexo 13)

8. 14. Una de las razones para no dar lactancia materna es que se les arruina el busto a las madres entrevistadas

Muestra que un 6.4%(2) de las entrevistadas tiene la creencia que dar pecho al niño arruina el busto. Y el resto de madres 93.5%((29). (Ver Anexo 14)

8. 15. Que creencia tienen de la primera leche materna calostro las madres entrevistadas.

Muestra la creencia que tiene la entrevistada sobre la primera leche materna (calostro); un 25.8%(8) dicen que es buena, dañina el 64.5%(20), no saben 0%(0), otros 9.6%(3). (Ver Anexo 15)

8. 16. Consideran que producen suficiente leche las madres entrevistadas.

Muestra que las madres entrevistadas producen suficiente leche, si 61.3%(19), no 38.7%(12). (Ver Anexo Tabla 16)

8. 17. Que cree que contiene la leche materna según las madres entrevistadas.

Muestra que las madres entrevistadas creen que tiene agua es de 9.7%(3), vitamina 61.3%(19), grasa 0%(0), no conocen del tema es de 29.0%(89). (Ver Anexo Tabla 17)

8. 18. La lactancia materna tiene alguna ventaja en el niño según las madres entrevistadas.

Muestra que tiene ventajas la lactancia materna 77.4%(24), no tiene ventaja el 22.6% (7). (Ver Anexo Tabla 18)

8. 19. Porque la lactancia materna tiene alguna ventaja en el niño según las madres entrevistadas.

Muestra la opinión sobre los beneficios que recibe el niño alimentado con lactancia materna, entre estos tenemos que evitar la desnutrición 29%(9), ayuda en crecimiento y desarrollo 58%(58), no saben del tema el 12.9%(12.9). (Ver Anexo Tabla 19)

8. 20. Le dan seno materno a su niño las madres entrevistadas.

Muestra que un 74.2%(23) de las madres entrevistada si dan le dan seno materno, el resto no le da seno materno 25.8%(8). (Ver Anexo Tabla 20)

8. 21 Porque le da seno materno a su niño las madres entrevistadas

Muestra los motivos de por qué le dan seno materno entre las respuestas tenemos: me pide más 22.5%(7), para alimentarlo mejor 54.8%(17), porque no trabajo 22.5%(7). (Ver Anexo Tabla 21)

8. 22.Cuales son el beneficio de la lactancia materna según las madres entrevistadas.

Muestra los beneficio de la lactancia materna en las entrevistadas

Es económica 71%(22), protege de enfermedades diarreicas al niño/a 0%(0), previene un nuevo embarazo 3.2%(1), todas las anteriores 25.8%(31). (Ver Anexo Tabla 22)

8. 23. ¿Conoce lugares que brinden apoyo la lactancia materna?

Muestra que un 93.5%(29) de las madres encuestadas si conocen de lugares que brinden apoyo a la lactancia materna, un 6.5%(2) no. (Ver Anexo Tabla 23)

8.24. Cuáles son los lugares que conoce que apoyen a la lactancia materna las madres entrevistadas

Muestra que el 100%(31) de las madres encuestadas conocen que la unidad de salud brinda apoyo sobre lactancia materna. (Ver Anexo Tabla 24)

8. 25. Conoce acerca de las leyes que apoyan que la lactancia materna las madres entrevistadas

Muestra que solo un 6.5%(2) de las madres entrevistadas conocen acerca de las leyes que apoyan la lactancia materna. Y no conocen acerca de las leyes de la a lactancia materna 93.5%(29). (Ver Anexo Tabla 25).

8. 26. Conoce la técnica adecuada para el buen agarre y posición para amamantar.

Muestra que un 22.6%(7) de las madres entrevistada conocen la técnica adecuada para el buen agarre y posición para amamantar, y el 77.4%(24) no saben). (Ver Anexo Tabla 26).

8. 27. Explique la técnica adecuada para el buen agarre y posición para amamantar las madres entrevistadas.

Muestra que un 77.4%(24) de las entrevistadas no conoce la técnica adecuada para el buen agarre y posición para amamantar; un 12.9%(4) menciona que “en los brazos mío y el pecho en la boca de mi hijo, “se coloca el niño panza con panza que los labios queden hacia fuera y agarra el pezón en forma de C”, un 9.6%(3). (Ver Anexo Tabla 27).

8. 28. Porque medio se enteró sobre los beneficio de la lactancia materna

Muestra la forma en que las madres entrevistada se enteraron sobres los beneficios la lactancia materna, siendo en el 100%(31) a través de charlas impartida por el personal de salud.) (Ver Anexo Tabla 28).

8. 29. Quien del personal de salud le hablo de los beneficio de la lactancia materna
Muestra quien del personal de salud le hablo de los beneficio de las lactancia materna a las madres encuestadas, siendo el medico 74.2%, enfermera 12.9%, promotores 3.2%, otros 9.7% (Ver Anexo Tabla 29).
8. 30. Que cree sobre la lactancia materna exclusiva
Muestra la opinión de las madres entrevistada sobre lo que creen de la lactancia exclusiva, entre las respuestas tenemos: es el mejor alimento para el niño 61.3%(19), ayuda a prevenir enfermedades de los niños 29%(29), es algo innecesario 9.7%(3). (Ver Anexo Tabla 30).
8. 31. Cuál es la frecuencia que amamanta a su hijo las madres entrevistadas.
Muestra que amamanta a su hijo las madres entrevistada 2 veces al día 25.8%(8), 5 veces al día 9.7%(3), 10 a 12 al día 22.6%(7), cada vez que niño llora 41.9%(13). (Ver Anexo Tabla 31).
8. 32. Hasta que edad del niño cree que se debe de dar lactancia materna exclusiva
Muestra que el 90.3%(28) dieron respuestas incorrectas, un 3.2%(1) menciona que hasta a los 6 meses y un 6.4%(2) la respuesta fue no sé.
(Ver Anexo Tabla 32).

8. 33. Le dieron lactancia materna exclusiva a su hijo las madres entrevistadas.

Muestra las madres que un 54.8%(17) de las entrevistadas dieron lactancia materna exclusiva. Y el 45.2%(14) no le dieron lactancia materna exclusiva. (Ver Anexo Tabla 33).

8. 34. Hasta que edad le dio lactancia materno a su hijo las madres entrevistadas.

Muestra hasta qué edad le dio lactancia materna exclusiva las madres encuestada, obteniéndose las siguientes respuestas: de 0 a 2 meses 9.7%(3), 2 a 3 meses 29.0%(29), 3 a 4 meses 6.5%(6), 5 a 6 meses 54.8%(17). (Ver Anexo Tabla 34).

8. 35. Qué condiciones afecta para que se dé la lactancia materna

Muestra la opinión sobre las condiciones que afecta para dar lactancia materna, entre estas tenemos: trabajo fuera del hogar 80.6%(25), vergüenza y falta de confianza 0%, perdida de libertad 19.3%(6), no tener dinero 0%. (Ver Anexo Tabla 35).

8. 36. Que es la lactancia materna exclusiva

Muestra la opinión sobre lo que es la lactancia materna exclusiva tenemos: darle pacha 6.5%(2), darle pecho una vez al día 12.9%(4), darle pecho a libre de manda 80.6%(25).

(Ver Anexo Tabla 36).

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

9.1 Caracterización de la muestra

Fueron treinta y un madres con hijos menores de 2 años que consultaron en la Unidad comunitaria en salud familiar San Miguel en el periodo de febrero y marzo del 2012, se encontró que el grupo etario de las madres entrevistadas están entre las edades de 15 a 39 años en mayor porcentaje, lo que nos hace inferir que ellas han iniciado tempranamente su vida sexual activa, ya que según datos de la encuesta FESAL 2008, los resultados indican que un buen porcentaje de mujeres de 15 a 39 años que viven en unión conyugal consensual y soltera.

Además manifestaron que la mayoría verificaron parto vaginal, hospitalario, producto único. El tipo de parto puede influir en la práctica de la lactancia materna, debido a que en una cesárea, es más difícil promover el alojamiento conjunto que favorece la lactancia materna.

Asimismo se evidenció que la mayoría de las madres poseen trabajo no remunerado, ya que son amas de casa y oficio doméstico, cuenta con el apoyo económico y emocional de su pareja, y en un menor porcentaje se encuentra casadas, de no ser así su ingreso no alcanzaría a cubrir los gastos de la canasta básica ya que perciben un ingreso menor de \$100 dólares mensuales, por consiguiente estos hogares no alcanzan a cubrir en su totalidad la canasta básica, pero si les sirve para subsistir, situación que pone en riesgo el estado nutricional de la mujeres lactantes, y por ende su salud. Según el informe de la Dirección general de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) menciona que para el 2009 el costo de la canasta básica alimentaria para el área rural era de \$106.5, a diferencia de la canasta básica del área urbana que es de \$172.7.

El mayor porcentaje de las entrevistadas procede del área urbana y el resto de área rural. La procedencia es importante para la caracterización ya que según la encuesta FESAL 2008, refiere que la población rural es la que más brinda lactancia materna. Pero es importante corroborar si esto es igual en este municipio.

En cuanto a los hogares en su mayoría están constituidos de 3 a 4 personas, de las cuales solo dos trabajan.

En lo referente a la religión la mayoría profesan alguna religión entre las cuales se encontró: católica y evangélica; pese a lo anterior solo un mínimo porcentaje expreso que su estado civil es casada, situación que se vuelve contradictoria ya que uno de los fines de las religiones es promover el matrimonio entre sus fieles, caso contrario la pareja se encuentra cometiendo pecado y además actúan con doble moral ante la sociedad por lo que no es congruente con lo que predicán.

Lo anterior es una muestra y pone en evidencia que en El Salvador existe una cultura machista por lo que se corre el riesgo que estos hogares culminen en una separación siendo al final en la mayoría de los casos, la madre se convierte en jefa de hogar; según datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) en El Salvador hay 589,322 hogares dirigidos por mujeres (Jefas de hogar), las cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera para el área urbana el 66% y área rural es el 34% restante.

En general la muestra que se tomó presenta el típico cuadro de la mujer salvadoreña que realiza un doble rol el cual es reproductivo y laboral situación que vuelve estresante el estado de salud de ellas ya que trae consigo un desgaste tanto físico como mental y por consiguiente trae efectos negativos a la lactancia materna exclusiva.

9.2 Conocimiento y creencias sobre la lactancia materna.

Los resultados de la investigación muestra que las madres poseen un conocimiento importante destacar que un buen porcentaje de las entrevistadas tiene una escolaridad de primaria y hay quien no posee ningún grado de escolaridad.

Todo escaso sobre el concepto de lactancia materna exclusiva ya que se refieren a ella como el mejor alimento para los niños, también considera que es dar solo leche materna al recién nacido, según la Organización Mundial de Salud (OMS) define la lactancia materna como: una forma de alimentar a los infantes en los primeros seis meses de vida”.

También otro aspecto importante que se evaluó en cuanto al conocimiento que poseen las madres sobre los beneficios de la lactancia, la mayoría de las entrevistadas enfatizaron que la lactancia materna es económica y practica y que los niños casi no se enferman y crecen sanos ya que lo protege al niño de enfermedades diarreicas, omitiendo la gama de beneficios que existen, esto podría deberse a que en los establecimientos de salud se brindan charlas y algunas veces consejerías en el tema pero no en forma completa, según el Manual de consejería sobre lactancia materna de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere que hay una gama de beneficios entre los cuales están: para el niño/a; es fácil en su digestión y absorción, así como evita y retrasa la aparición de enfermedades alérgicas, también los niños/as tienen un mejor desarrollo en todas sus actividades en edades posteriores; entre las ventajas para la madre tenemos: reducción del sangramiento y expulsión de la placenta en los primeros treinta minutos posparto, menor riesgo de padecer de cáncer de mama y ovario dependiendo de la edad en que se encuentre la mujer lactante, así como también es económica y aumenta la autoestima.

Actualmente a pesar de las ventajas de la lactancia están más que documentadas y reconocidas científicamente, el grado de diseminación de este conocimiento no ha sido capaz de contrarrestar el retroceso de esta práctica, la cual se puede ver influenciada por ciertas creencias como: “ se arruinan los pechos, produzco poca leche y la primera leche (calostro) es dañina, a todas estas interrogantes en un mayor número respondió de una manera favorable pero siempre hay un porcentaje que desconoce el tema del calostro, algunas creen que se arruina el busto, y otras creen que el tamaño de los pechos va en relación con la producción de leche.

Además se indagó sobre el contenido de la leche materna a lo que la mayoría de las entrevistadas dijo que contiene vitaminas, dejando de lado otros componentes como agua, grasa, rica en anticuerpos y factores anti infecciosos.

Un buen porcentaje de las entrevistadas considera el trabajo fuera del hogar podría afectarles para brindar lactancia materna exclusiva, Esto puede deberse a que las madres reconocen la falta de apoyo social a las madres trabajadoras, a pesar que en algunas instituciones como el Ministerio de Salud (MINSAL), este Año se brinda a toda madre lactante una hora para que pueda amamantar a su hijo, esto no es factible en todos los establecimientos de salud, en otras instituciones nacionales aún no se cuenta con esta medida.

Esto a pesar que en el código de trabajo articulo No 6 dice: “Los centros de trabajo deben contar con lugares de custodia (guarderías) para los hijos/as de las trabajadoras, derecho a una interrupción de su jornada laboral de hasta una hora diaria con el fin de lactar a su hijo/a.

También se indagó sobre los lugares que brindan apoyo a la lactancia materna, se obtuvo que en su mayoría las entrevistadas mencionaron que solo la Unidad de Salud es el lugar, pues ahí se cumple con la normativa y la estrategia de la Iniciativa de Unidades de Salud y Hospitales amigos de los niños/as (USANYM) en la cual se hace referencia que todas la Unidades comunitarias de salud familiar y Hospitales amigos de los niños/as deben promover y fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva, a través de alojamiento conjunto en los casos de partos sin riesgo y brindar consejería sobre los beneficios de la lactancia a cada usuaria de los establecimientos y además en la visita que se realiza por el equipo comunitario de salud familiar también se refuerzan dichas consejerías a nivel familiar.

Todo lo anterior con el fin de aumentar dicha práctica y a la vez contribuirá a la disminución de la tasa de morbi – mortalidad infantil. Así mismo con respecto a las leyes que garanticen el ejercicio del derecho a la maternidad y la lactancia natural, se encontró que casi todas las madres encuestadas desconocen dichas leyes, las cuales se encuentra en los siguientes documentos: Constitución de la Republica de El Salvador, Código de trabajo, Código de Familia, Código de sucedáneos y la declaración de Innocenti.

Los anteriores documentos ha sido utilizados como herramientas para contribuir a la planificación y ejecución de programas materno infantil en beneficio de la lactancia materna exclusiva. De todo lo anterior inferimos que las madres entrevistadas tienen un conocimiento empírico que han ido adquiriendo y mejorando con algunas bases científicas a través de la asistencia a las unidades comunitarias en salud familiar donde ellas asisten, y donde el personal de salud imparte charlas educativas sobre la lactancia materna.

Todo esto se verifico ya que gran número de madres refirieron que se enteraron de los beneficios de la lactancia materna por charla impartida por personal de salud, del cual el médico y enfermera fue la que más le habló sobre el tema.

Todo lo anterior tuviese mayor importancia si la atención primaria en salud se iniciara en la etapa fértil de la mujer involucrando al hombre y así contribuir a disminuir la morbi– mortalidad materna, disminuir la pobreza y garantizar la seguridad alimentaria que son parte de los objetivos del milenio.

9.3 Práctica

La práctica se desarrolla con habilidades o destrezas a través del ejercicio de esta y el mejoramiento aplicando los conocimientos adquiridos con las actividades diarias, las prácticas de atención de la salud pueden tener un aspecto muy grande sobre la lactancia materna exclusiva.

Las prácticas inadecuadas interfieren con la lactancia materna exclusiva y contribuyen a diseminar la alimentación artificial, las buenas prácticas son aquellas que apoyan la lactancia materna exclusiva y hacen que las madres amamanten exitosamente y continúen haciéndolo durante un tiempo más largo.

La práctica juega un papel muy importante dentro de la vida de la población la cual ha venido siendo influenciada por costumbres y creencias que han ido aprendiendo en su entorno social y la práctica de la lactancia materna no es ajena a tal situación ya que en la investigación se evidencio que las madres poseen practicas inadecuadas como por ejemplo los alimentos que más consumen durante la lactancia es el chocolate, tortilla tostada y queso lo cual no garantiza una dieta balanceada a la madre y por lo tanto la producción de leche se ve disminuida en cuanto a calidad y cantidad, además entre los hábitos higiénicos que practica durante la lactancia están el lavado de manos pero la investigación no incluyo la observación de dicha práctica. Y aunque la mayoría brindo lactancia exclusiva en algún momento al recién nacido solo un pequeño porcentaje llego hasta los seis meses de edad que es la edad recomendada por la Organización Mundial de la Salud, esto se debió según madres entrevistadas a creencias como: “el niño me pedía al saborearse, así hablaría más rápido y para que todo le guste cuando crezca”.

También la influencia familiar juega un papel importante en la vida de entrevistadas.

Del total de entrevistadas solo un menor porcentaje no brindó lactancia materna en ningún momento pues según mencionaron no bajo leche; aunado a esto, las madres confunden el concepto de lactancia materna con el de lactancia materna exclusiva, debido que al preguntarle el rango de edad para dar lactancia materna exclusiva la mayoría hizo referencia que es de 0 a 2 años de edad.

También con respecto a la frecuencia del amamantamiento de su hijo/a lo realizan cada vez que este llora, inferimos que tal actitud podría deberse a que ellas asocian el llanto solo a la necesidad de alimentar al niño/a, situación que es incorrecta ya que el niño/a tiene que ser alimentado a libre demanda o sea las veces que sea necesario y no importando que se haya sido por el llanto del niño, el cual como se sabe fisiológicamente se debe a diversas causas.

Así como también al explicar la técnica del buen agarre y posición para amamantar es errónea debido a que no explicaron adecuadamente y confundían ambas técnicas en una sola, lo que no favorece la práctica de la lactancia materna e incide en la introducción a edades tempranas de alimentos como sucedáneos de la leche materna, atoles, agua u otros. Lo anterior no está alejado de la realidad nacional ya que según la Encuesta de Salud Familiar (FESAL 2008), se encontró que la introducción de los alimentos a edades tempranas que no son las recomendadas por la OMS, genera diferentes problemas digestivos a los lactantes menores.

X. CONCLUSIONES

Con base al estudio se concluye que:

1. Las 31 madres entrevistadas en el estudio la mayoría se encuentran en edad reproductiva y adolescente, su estado civil, en su mayoría casado o acompañado, profesan religión católica o evangélica, el ingreso económico familiar es una canasta básica, y su nivel educativo es primaria.
2. El salario de las 31 madres entrevistada se determina por el tipo de trabajo que realizan no teniendo un ingreso mensual satisfactorio para cubrir las necesidades mínimas de la canasta básica, por lo que la mujer se ve obligada a realizar actividades para ayudar a solventar los gastos económicos del grupo familiar, teniendo que suspender la lactancia materna en el niño/a.
3. La enfermera es la persona que más les brido a las madres entrevistada la consejería sobre lactancia materna en el establecimiento de salud. Sobre los beneficios de lactancia materna las encuestadas enfatizaron que ésta únicamente protege de enfermedades diarreicas al niño; así como el beneficio de que económicamente es más barata.
4. En cuanto a la práctica de lactancia materna exclusiva, la mayoría de las madres entrevistada no la realizan e introducen alimentos a edades no apropiadas para el niño; siendo las creencias y el trabajo un factor determinante para suspender la lactancia materna.

XI. RECOMENDACIONES

Al analizar los datos que se obtuvieron a través de esta investigación y con el fin de concientizar a las 31 madres entrevistadas para que conozcan y practiquen la lactancia materna, se hacen las siguientes recomendaciones:

A la Empresa Privada donde laboran las madres entrevistadas:

Que les permitana estas 31 madres en sus futuros partos que puedan amamantar a sus hijoslos primeros 6 meses de vida y darle incapacidad para completar la lactancia materna exclusiva o según la ley lo permita; así mismo que las instituciones privadas reciban capacitaciones por medio del Ministerio de Salud la importancia que es la lactancia materna.

Alas instituciones educativas de San Miguel:

Promover un programa que incluya un componente de educación sobre los beneficios de la práctica de la lactancia materna, a partir de tercer ciclo de educación.

A los trabajadores de Salud de la Unidad de Salud

- Buscar nuevas estrategias para incentivar a las 31 madres para que den lactancia materna y brindándoles consejería oportuna en los diferentes programas maternos a cerca de lactancia materna en la que se involucre a todo el personal del establecimiento desde los vigilantes, ayudante de servicio, archivista, secretaria, motorista, etc. así como de otros temas que contribuyan a la salud de la madre y el lactante.
- A los médicos de año social no recomendar formula mientras la madre está dando lactancia materna exclusiva.
- Mantener los clubes de madres en el establecimiento de salud utilizando diferentes estrategias y programas, con el fin de garantizar la asistencia y participación por medios de capacitaciones la importancia de la lactancia mate

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Código de Salud, República de El Salvador, capítulo II, sección uno artículo 43.
- Código internacional para la comercialización de sucedáneos de la leche materna.
- Constitución de la República de El salvador, 1983, diario oficial 234, tomo 281 sección cuarta, artículo 65.
- Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008 UNICEF. Asociación Demográfica Salvadoreña y comité interinstitucional, Febrero 2009, de 1 a 31 páginas.
- Encuesta hogares de propósitos múltiples, dirección general de estadísticas y censos, (DIGESTYC), junio 2009.
- HERNANDEZ SAMPIERI. Roberto. Metodología de la Investigación. 2ª.
- Edición, México, Mc. Graw -Hill, Editores, 1989, 504 páginas
- Informe de desarrollo de los objetivos del milenio, Naciones Unidas, Nueva York, 2010.

- Lactancia Materna Guía para profesionales, comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría, Barcelona, febrero 2004, de páginas 7 a 159.
- Manual de práctica y promoción de la lactancia natural en hospitales amigos de la madre y del niño, ministerio de salud y UNICEF_OMS 1993/2005, página 21.
- Política Nacional de Salud 2009 _ 2014, diario oficial No. 33, tomo 386, 17 de febrero del 2010, acuerdo No. 126, estrategia número 12.
- Consejería en Lactancia Materna, curso de capacitación, Basic II, OMS/ UNICEF 1993, página 1 al 10, 12, y 36.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS.

- CalvoQuirós, Cindy. Rev.Enfermería Actual en CostaRicaOctubre2008–Marzo2009,No.15 <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>> ISSN 1409-4568

ANEXOS

Operacionalización de Variables

SECCIONES INSTRUMENTO	VARIABLES	VALORES/CATEGORÍAS	FUENTE DE INFORMACIÓN
Datos personales y de salud	Edad		ENTREVISTA REALIZADA A MADRES
	# Partos	<ul style="list-style-type: none"> - Único - Gemelar - Trillizos o más 	
	Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalario - Domiciliar 	
	Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> - Urbano - Rural 	
Ingreso familiar	Miembros de la familia que trabajan	<ul style="list-style-type: none"> a. 1 a 2 b. 2 a 3 c. 3 a más 	
	Tipo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> a. Ama de casa b. Oficios domésticos c. Maquilera d. Sacar arena del río e. Otros 	
	Ingreso económico y familiar.	<ul style="list-style-type: none"> a. Menos de 100 dólares b. De 100 a 200 dólares c. De 201 a 500 dólares d. De 501 a 1,000 dólares e. Más de 1,000 dólares 	
Costumbres Y Creencias	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> a. Chocolate, tortilla tostada y queso b. Café, gaseosa, golosinas c. Sopas d. Verduras y frutas e. Cereales y carnes f. Todos los anteriores 	
	Hábitos higiénicos	<ul style="list-style-type: none"> a. Lavado de manos b. Se limpia el pezón c. Usa brasier limpio d. Todos los anteriores e. Otros 	

SECCIONES INSTRUMENTO	VARIABLES	VALORES/CATEGORÍAS	FUENTE DE INFORMACIÓN
	Contenido de la leche materna	<ul style="list-style-type: none"> a. Agua b. Grasa c. Vitaminas d. Otros e. No conoce del tema 	
Educación	Grado de escolaridad.	<ul style="list-style-type: none"> a) 1ª a 6ª grado b) 7ª a 9ª grado c) Bachillerato d) Estudios superiores e) No universitario Técnico f) Ninguno 	
Practica de lactancia materna	Da seno materno	<ul style="list-style-type: none"> Si No 	
	Beneficios de la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> a. Es económica y practica b. Protege de enfermedades diarreicas al niño/a c. Previene un nuevo embarazo d. Todas las anteriores e. Otros 	
	Frecuencia de amamantamiento	<ul style="list-style-type: none"> a) 2 veces al día b) 5 veces al día c) 10 a 12 veces al día d) Cada vez que el niño/a llora 	
	Tiempo que dura lactancia.	<ul style="list-style-type: none"> a) 0- 2 meses b) 2- 3 meses c) 3 a 4 meses d) 5 a 6 meses 	
Conocimiento	Fuente de información de beneficios de la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> a) Televisión b) Familiares c) Folleto d) Charla impartida por personal de salud. 	

Tablas de Resultados:

Tabla 1 Edad de las madres entrevistadas.

Edad de las madres	Frecuencia	Porcentaje
10 a 19 años	12	38.7%
20 a 29 años	14	45.2%
30 a 39 años	5	16.2%
40 a 49 años	0	0
Total	31	100%

Tabla 2 Estado Civil de las madres entrevistadas.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Acompañada	8	25.8%
Casada	9	29.0%
Soltera	12	38.7%
Viuda	2	6.5%
Total	31	100.0%

Tabla 3 Procedencia de las madres entrevistadas.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	10	33.3%
Urbano	20	66.7%
Total	30	100.0%

Tabla 4 Característica del parto de las madres entrevistadas

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Hospitalario	31	100%
Domiciliar	0	0%
Total	31	100%

Tabla 5 Numero de recién nacidos según historia obstétrica de las madres entrevistadas.

Numero de recién nacidos	Frecuencia	Porcentaje
Único	31	100%
Gemelar	0	0%
Trillizos o más	0	0%

Tabla 6 Escolaridad de las madres entrevistadas.

¿Que grado ha estudiado	Frecuencia	Porcentaje
a) 1 a 6 grado	7	22.6%
b) 6 a 9 grado	8	25.8%
c) Bachillerato	8	25.8%
d) Estudios superiores	3	9.7%
f) Ninguno	5	16.1%
Total	31	100.0%

Tabla 7 Trabajan las madres entrevistadas

Trabaja	Frecuencia	Porcentaje
No	8	25.8%
Si	23	74.2%
Total	31	100.0%

Tabla 8 Cuál es el número de miembros que trabajan en el grupo familiar de las madres entrevistadas

¿Cuál es el número de miembros del grupo familiar?	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2	9	29.0%
2 a 3	12	38.7%
3 a mas	10	32.3%
Total	31	100.0%

Tabla 9 Tipo de trabajo que realizan las madres entrevistadas

Tipo de trabajo	Frecuencia	porcentaje
Ama de casa/oficios domésticos	31	100.0%
maquilera	0	0%
Sacar arena del rio	0	0%
Total	31	100%

Tabla10 Ingreso Económico Mensual de las madres entrevistadas

Ingreso Económico Mensual	Frecuencia	Porcentaje
a) Menor de 100 dólares	4	12.9%
b) 100 a 200 dólares	16	51.6%
c) 201 a 500 dólares	10	32.3%
d) 501 a 1000 dólares	1	3.2%
Total	31	100.0%

Tabla 11 Que es la lactancia materna exclusiva para las madres entrevistadas

Lactancia Materna Exclusiva	Frecuencia	Porcentaje
a- darle pacha	2	6.5%
b- darle pecho una vez al día	4	12.9%
c- darle pecho a libre demanda	25	80.6%
Total	31	100.0%

Tabla 12 Alimentos que consumen las madres entrevistadas.

Alimentos que consume durante la lactancia	Frecuencia	Porcentaje
A) Chocolate, tortilla tostada y queso	1	3.2
B) Café, gaseosa, golosina.	0	0%
C) sopas	0	0%
D) Verduras y frutas	0	0%
E) Cereales y carne	0	0%
Total	31	100%

Tabla 13 Hábitos Higiénicos que ponen en práctica las madres entrevistadas

De los siguientes hábitos higiénicos, cuales pone en practicas usted	Frecuencia	Porcentaje
a) Lavado de mano	0	0%
b) Se limpia el pezón	0	0%
c) Usa brazier limpio	1	3.2%
d) Todas las anteriores	30	96.7 %
Total	31	100%

Tabla14 Una de las razones para no dar lactancia materna es que se les arruina el busto a las madres entrevistadas

Una de las razones de no dar lactancia materna es que se arruina el busto	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	6.4%
No	29	93.5%
Total	31	100%

Tabla 15 Que creencia tienen de la primera leche materna calostro las madres entrevistadas.

¿Creencia que tiene la madre de la primera leche?	Frecuencia	Porcentaje
Buena	8	25.8%
Dañina	20	64.5%
No sabe	0	0%
Otros	3	9.6%
Total	31	100%

Tabla 16 Consideran que producen suficiente leche las madres entrevistadas

¿Considera usted que produce suficiente leche?	Frecuencia	Porcentaje
No	12	38.7%
Si	19	61.3%
Total	31	100.0%

Tabla 17 Que cree que contiene la leche materna según las madres entrevistadas.

¿Qué cree usted que contiene la leche materna?	Frecuencia	Porcentaje
Agua	3	9.7%
Vitaminas	19	61.3%
Grasa	0	0%
No conoce del tema	9	29.0%
Total	31	100.0%

Tabla 18 La lactancia materna tiene alguna ventaja en el niño según las madres entrevistadas.

Para usted la lactancia materna tiene algunas ventajas en el niño y la madre	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	77.4%
No	7	22.6%
Total	31	100.0%

Tabla 19 Porque la lactancia materna tiene alguna ventaja en el niño según las madres entrevistadas.

Beneficios que recibe el niño alimentado con lactancia materna.	Frecuencia	Porcentaje
Protege de enfermedades	0%	0%
Evita la desnutrición	9%	29%
Ayuda en crecimiento y desarrollo	18%	58%
Otros	0%	0%
No sabe del tema	4%	12.9%
Total	31	100%

Tabla 20 Le dan lactancia materna a sus niños las madres entrevistadas

Le da seno materno a su niño	Frecuencia	Porcentaje
No	8	25.8%
Si	23	74.2%
Total	31	100.0%

Tabla 21 Porque le dan lactancia materna a sus niños las madres entrevistadas

¿Por qué da lactancia materna?	Frecuencia	Porcentaje
Me pide que le de	7	22.5%
Para alimentarlo mejor	17	54.8%
Porque trabajo	7	22.5%
Total	31	100%

Tabla 22 Cuales son los beneficios de la lactancia materna según las madres entrevistadas

¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna?	Frecuencia	porcentaje
Es económica y práctica	22	71.0%
Protege de enfermedades diarreicas al niño/a	0	0%
Previene un nuevo embarazo	1	3.2%
Todas las anteriores	8	25.8%
Total	31	100%

Tabla 23 Conoce lugares que brinden apoyo la lactancia materna

¿Conoce lugares que brinden apoyo la lactancia materna?	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	93.5%
No	2	6.5%
Total	31	100.0%

Tabla 24 Cuáles son los lugares que conoce que apoyen a la lactancia materna las madres entrevistadas

Cuales son los lugares de apoyo a la lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
UNIDAD DE SALUD	31	100.0%
Total	31	100.0%

Tabla 25 Conoce acerca de las leyes que apoyen la lactancia materna

¿Conoce acerca de las leyes que apoyen la lactancia materna?	Frecuencia	Porcentaje
No	29	93.5%
Si	2	6.5%
Total	31	100.0%

Tabla 26 Conoce la técnica adecuada para el buen agarre y posición para amamantar

¿Conoce la técnica adecuada para el buen agarre y posición para amamantar?	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	22.6%
No	24	77.4%
Total	31	100.0%

Tabla 27 Explique la técnica adecuada para el buen agarre y posición para amamantar las madres entrevistadas.

Explique	Frecuencia	Porcentaje
En los brazos mío y el pecho en la boca de mi hijo.	4	12.9%
No sabe	24	77.4%
Se coloca el niño panza con panza que los labios queden hacia fuera y agarrar el pezón en forma de C	3	9.6%
Total	31	100.0%

Tabla 28 ¿Por medio de qué se entero sobre los beneficios de la lactancia materna?

¿Por medio de qué se entero sobre los beneficios de la lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
Televisión	0	0%
Folleto	0	0%
Charla impartida por personal de salud	31	100%
Familiares	0	0%
Otros	0	0%
TOTAL	31	100%

Tabla 29 Quien del personal de salud le hablo de los beneficio de la lactancia materna

Quien le brindo información sobre beneficios de la lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
Medico	23	74.2%
Enfermera	4	12.9%
Promotor de salud	1	3.2%
Otros	3	9.7%
Total	31	100.0%

Tabla 30 Que cree sobre la lactancia materna exclusiva

Que cree sobre la lactancia materna exclusiva	Frecuencia	Porcentaje
Es el mejor alimento para los niños	19	61.3%
Ayuda a prevenir enfermedades de los niños	9	29.0%
Es algo innecesario	3	9.7%
Total	31	100.0%

Tabla 31 Cuál es la frecuencia que amamanta a su hijo las madres entrevistadas.

¿Cuál es la frecuencia con que amamanta a su hijo/a?	Frecuencia	Porcentaje
2 veces al día	8	25.8%
5 veces al día	3	9.7%
10 a 12 al día	7	22.6%
Cada vez que el niño llora	13	41.9%
Total	31	100.0%

Tabla 32 Hasta que edad del niño cree que se debe de dar lactancia materna exclusiva (meses)

Hasta que edad del niño cree que se debe de dar lactancia materna exclusiva (meses)	Frecuencia	Porcentaje
Incorrecta las respuesta	28	90.3%
Yo digo a los 6 meses	1	3.2%
No se	2	6.4%
Total	31	100.0%

Tabla 33 ¿Le dio lactancia exclusiva a su hijo/a?

¿Le dio lactancia exclusiva a su hijo/a?	Frecuencia	Porcentaje
No	14	45.2%
Si	17	54.8%
Total	31	100.0%

Tabla 34 ¿Hasta que edad le dio lactancia materna exclusiva a su hijo?

34. ¿Hasta que edad le dio lactancia materna exclusiva a su hijo?	Frecuencia	Porcentaje
De 0 a 2 meses	3	9.7%
De 2 meses a 3 meses	9	29.0%
De 3 a 4 mese	2	6.5%
De 5 a 6 meses	17	54.8%
Total	31	100.0%

Tabla 35 Qué condiciones afectan para que se dé lactancia materna las madres entrevistadas

¿Qué condiciones afectan para que se dé lactancia materna?	Frecuencia	Porcentaje
El trabajo fuera del hogar	25	80.6%
Vergüenza y falta de confianza	0	0%
Perdida de libertad	6	19.3%
Total	31	100%

Tabla 36 Que es lactancia materna exclusiva

Que es lactancia materna exclusiva	Frecuencia	Porcentaje
Darle pacha	2	6.5%
Darle pecho una vez al día	4	12.9%
Darle pecho las veces que quiera	25	80.6%
Total	31	100.0%



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD.
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2009-2010.
CIES – SAN MIGUEL, EL SALVADOR



Guía de entrevista sobre conocimientos acerca de lactancia materna

Numero _____

Indicación: Conteste correctamente las siguientes interrogantes

1. DATOS GENERALES:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Estado civil: _____

Religión: _____ Procedencia: Urbano () Rural ()

Características del Parto: Hospitalario () Domiciliar ()

Numero de recién nacidos: Único ___ Gemelar ___ trillizos o más ___

I. ECONÓMICO:

1. Trabaja la encuestada: si () No ()

2. Cuál es el número de miembros que trabajan en el grupo familiar.

a. 1 a 2 _____

b. 2 a 3 _____

c. 3 a más _____

3. Qué trabajo realiza la encuestada: (si no trabaja omitir)

a. Ama de casa _____

b. Oficios domésticos _____

c. Maquilera _____

d. Sacar arena del río _____

e. Otros _____

4. Cuanto es el ingreso familiar mensual (aproximado):

- a. Menos de 100 dólares
- b. De 100 a 200 dólares
- c. De 201 a 500 dólares
- d. De 501 a 1,000 dólares
- e. Más de 1,000 dólares

II. CONOCIMIENTO (subraye la opción)

5. ¿Grado que ha estudiado?

- a. 1ª a 6ª grado
- b. 7ª a 9ª grado
- c. Bachillerato
- d. Estudios superiores
- e. No universitario Técnico
- f. Ninguno

6. ¿Qué es la lactancia materna exclusiva?

R_____

7. ¿Alimentos que más consume durante la lactancia?

- a. Chocolate, tortilla tostada y queso
- b. Café, gaseosa, golosinas
- c. Sopas
- d. Verduras y frutas
- e. Cereales y carnes
- f. Todos los anteriores

8. ¿De los siguientes hábitos higiénicos cuáles pone en práctica usted?

- a. Lavado de manos
- b. Se limpia el pezón
- c. Usa brasier limpio
- d. Todos los anteriores
- e. Otros_____

9. Una de las razones para no dar seno materno es que se arruina el busto.

SI_____ No_____

10. Que creencias tiene usted de la primera leche materna (calostro)

11. Considera usted que produce suficiente leche.

SI_____ No_____

¿Porque?_____

12. Que cree usted que contiene la leche materna

- a. Agua
- b. Grasa
- c. Vitaminas
- d. Otros
- e. No conoce del tema

13. Para usted la lactancia materna tiene alguna ventaja en el niño y la Madre.

SI_____ No_____

¿Por qué?_____

14. Le da seno materno a su niño

SI_____ No_____

¿Por qué?_____

15. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna?

- a. Es económica y practica
- b. Protege de enfermedades diarreicas al niño/a
- c. Previene un nuevo embarazo
- d. Todas las anteriores

e. Otros _____

16. ¿Conoce lugares que brinden apoyo a la lactancia materna? Sí__ No__

¿Cuáles?_____

17. ¿Conoce acerca de las leyes que apoyan la lactancia materna? Sí__ No__

18. ¿Conoce la técnica adecuada para el buen agarre y posición para Amamantar?

Sí__ No__

Explique:

19. ¿Porque medio se enteró sobre los beneficios de la lactancia materna?

- a. televisión
- b. familiares
- c. folleto
- d. charla impartida por personal de salud.

20. ¿Si fue personal de Salud?

- a. Médico
- b. Enfermera
- c. Promotor de salud.
- d. Otros.

21. ¿Qué cree sobre la lactancia materna exclusiva?

- a) Que es el mejor alimento para los niños / as
- b) Ayuda a prevenir enfermedades en los niños / as
- c) Es algo innecesario

22. ¿Cuál es la frecuencia con que amamanta a su hijo/a?

- a. 2 veces al día
- b. 5 veces al día
- c. 10 a 12 veces al día

- d. Cada vez que el niño/a llora
23. ¿Hasta qué edad del niño cree que se debe de dar lactancia materna exclusiva?
24. ¿Le dio lactancia materna exclusiva a su hijo/a? SI ___ No__
25. ¿Hasta qué edad le dio lactancia materna exclusiva a su hijo/a?
- a. 0- 2 meses
 - b. 2- 3 meses
 - c. 3 a 4 meses
 - d. 5 a 6 meses
26. ¿Qué condiciones afectan para que se dé la lactancia materna?
- a) el trabajo fuera del hogar.
 - b) pérdida de libertad
 - c) vergüenza y falta de confianza.
 - d) no tener dinero.
27. ¿Qué es lactancia materna exclusiva?
- a) darle pacha
 - b) darle pecho una vez al día.
 - c) darle pecho a libre demanda