

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POST GRADOS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

TEMA:

“FACTORES SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS ASOCIADOS A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN MENORES DE SEIS MESES DE EDAD, DEL ÁREA DE RESPONSABILIDAD DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SANTA LUCÍA, DE ENERO A JUNIO DE 2012”.

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTADO POR:
SALINAS ESCOBAR, KARLA ALEJANDRA
AQUINO AGUIRRE, WILLARD ANTONIO**

**DOCENTE DIRECTOR:
DR. JUAN HÉCTOR JUBIS ESTRADA**

**NOVIEMBRE DE 2015
SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA.**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES CENTRALES

AÑO 2015

LCDO. JOSÉ LUIS ARQUETA ANTILLÓN

RECTOR INTERINO

ING. CARLOS ARMANDO VILLALTA

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LCDA. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LCDA. NORA BEATRIZ MELÉNDEZ

FISCAL GENERAL INTERINA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES

ING. JORGE WILLIAM ORTÍZ SÁNCHEZ

DECANO INTERINO

LCDO. DAVID ALFONSO MATA ALDANA

SECRETARIO INTERINO DE LA FACULTAD

ING. SORAYA LISSETTE BARRERA

DIRECTORA INTERINA ESCUELA DE POSTGRADO

AGRADECIMIENTOS

A DR. JUAN HÉCTOR JUBIS ESTRADA, DOCENTE DIRECTOR:

Nuestro mas sincero agradecimiento por habernos acompañado en el desarrollo de este trabajo de grado, por su paciencia y por compartir sus conocimientos con nosotros.

Por el invaluable e incondicional apoyo, sin el cual no hubiera sido posible el logro de esta meta.

Gracias por ser nuestro maestro y fundamentalmente, nuestro especial amigo.

Que Dios todo poderoso derrame muchas bendiciones en su vida.

AGRADECIMIENTOS KARLA

A DIOS NUESTRO SEÑOR: por regalarme la vida y la oportunidad de superarme, por permitirme alcanzar una meta más. Gracias por tu infinito amor y bondad.

A MI DULCE MADRE, VIRGEN MARÍA: por darme la fortaleza necesaria en los momentos difíciles y por tu protección en cada día de mi vida.

A MIS QUERIDOS PADRES: por su amor y apoyo incondicional, por inspirarme y acompañarme en mis decisiones. Es un privilegio ser su hija.

A MI QUERIDO HERMANO FERNANDO: por ser la luz de mis ojos, mi inspiración, mi orgullo y mi sol. Gracias por existir.

A MARIO, MI GRAN AMOR: por tu ejemplo de perseverancia y superación, por tu paciencia y apoyo en la realización de este sueño.

AGRADECIMIENTOS WILLARD

A TI MI DIOS PADRE, HIJO Y ESPIRITU SANTO: por tu poder, perdón, misericordia y amor al regalarme por gracia una nueva vida en el espíritu, llena de dones y frutos espirituales para afrontar los desafíos de este mundo y salir victorioso en las batallas espirituales y materiales.

A TI VIRGEN MARIA BAJO LA ADVOCACION DE ROSA MISTICA: por enseñarme con tu ejemplo de oración, sacrificio y penitencia a ser mejor hijo, hermano, amigo y compañero de trabajo, aspirando ser testimonio de tu hijo Jesús.

A MI QUERIDA MADRE ADELA: por tu ejemplo de fortaleza, entrega y deseos de vivir que me hacen seguir adelante.

A MI QUERIDO PADRE CARLOS: que en paz descansa tu alma, tú que siempre serás mi ejemplo de perseverancia y de lucha pese a las adversidades.

A MIS HERMANOS EN CRISTO: que siempre me han apoyado en oración intercediendo por mis necesidades.

A MI GRAN AMIGO FELIPE: por su lealtad y apoyo incondicional ante cualquier necesidad y por su paciencia al brindarme asesoría técnica en esta investigación.

CONTENIDO

CAPITULO I	1
1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA PROBLEMÁTICA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. OBJETIVOS	4
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	4
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
1.3. JUSTIFICACION	5
CAPITULO II	6
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA LACTANCIA MATERNA	6
2.1.1. De la prehistoria al cristianismo	6
2.1.2. Del siglo I al siglo XVII	8
2.1.3. Del siglo XVIII a la actualidad	10
2.2. ALGUNOS EVENTOS OCURRIDOS EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS DEL SIGLO XX ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA	10
2.3. LA LACTANCIA MATERNA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE	13
2.3.1. Consideraciones generales	13
2.3.2. Situación de la lactancia materna en la región	15
2.4. SITUACION DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL SALVADOR	18
2.4.1. Antecedentes	18
2.4.2. Aspectos demográficos	22
2.4.3. Perfil epidemiológico	22
2.4.4. Mortalidad	23
2.4.5. Situación de la lactancia materna	23
2.5. CARACTERISTICAS LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SANTA LUCIA	24
2.5.1. Información general	24
2.5.2. Jurisdicción	25
2.5.3. Servicios que presta	25
2.5.4. Descripción de la infraestructura	25

2.5.5. Diagnostico local	26
2.6. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA MAMA	37
2.7. IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.....	39
2.7.1. Composición de la leche materna	39
2.7.2. Beneficios de la lactancia materna.....	42
2.8. CONDICIONANTES DE LA LACTANCIA MATERNA	43
2.8.1. Condicionantes Macro Sociales	44
2.8.2. Condicionantes económicos	45
2.8.3. Condicionantes Culturales	46
2.8.4. Otras condicionantes Macro sociales y Económicas	47
2.8.5. Condicionantes individuales	48
2.9. COSTOS DE LA LACTANCIA	51
2.9.1. Costos Psico Afectivos	51
2.9.2. Costos de salud	51
2.9.3. De oportunidad	51
2.10. MOTIVACIÓN PARA LACTAR	51
2.10.1. Autocuidado.....	51
2.10.2. Auto Gestión	52
CAPITULO III	53
3. HIPOTESIS	53
CAPITULO IV	54
4. DISEÑO METODOLOGICO	54
4.1. Tipo de estudio	54
4.2. Población y muestra.....	54
4.2.1. Criterios de Inclusión:	54
4.2.2. Criterios de exclusión:	55
4.3. UNIDADES DE ANÁLISIS	55
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	55
4.4.1. Técnicas	55
4.4.2. Instrumentos.....	56
4.5. PROCEDIMIENTOS	56
4.6. PLAN DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:	57

CAPITULO V	58
5. PRESENTACION DE RESULTADOS	58
5.1. HIPÓTESIS 1: SI LAS MADRES LACTANTES TIENEN MAYOR NIVEL DE EDUCACIÓN, ENTONCES SE BRINDARA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.	58
5.1.1. Resultados descriptivos:	58
5.1.2. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrada:	59
5.1.3. Análisis de los resultados:	61
5.2. HIPÓTESIS N° 2: SI LAS MADRES LACTANTES PROVIENEN DE UN ÁREA URBANA, ENTONCES OFRECERÁ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.	62
5.2.1. Resultados descriptivos:	62
5.2.2. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrada:	63
5.2.3. Análisis de los resultados:	64
5.3. HIPÓTESIS N° 3: SI LAS MADRES LACTANTES SE VEN INFLUENCIADAS POR LOS MITOS Y CREENCIAS, ENTONCES SE CUMPLIRÁ LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.	66
5.3.1. Resultados descriptivos (Primera prueba de hipótesis):	66
5.3.2. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrada (Primera prueba de hipótesis):	67
5.3.3. Análisis de resultados (Primera prueba de hipótesis):	69
5.3.4. Resultados descriptivos (Segunda prueba de hipótesis):	70
5.3.5. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrada (Segunda prueba de Hipótesis):	71
5.3.6. Análisis de los Resultados:	73
5.4. HIPÓTESIS N° 4: SI LAS MADRES LACTANTES SON DE BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS, ENTONCES PRACTICARÁN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.	74
5.4.1. Resultados descriptivos:	74
5.4.2. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrada:	75
5.4.3. Análisis de resultados:	77
5.5. HIPÓTESIS N° 5: SI EL PERSONAL DE SALUD DESARROLLA LABOR EDUCATIVA EN LAS MADRES LACTANTES, ENTONCES SE BRINDARA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.	78
5.5.1. Resultados descriptivos:	78
5.5.2. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrada:	79
5.5.3. Análisis de resultados:	81

5.6. HIPÓTESIS N° 6: SI LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PROMUEVEN LACTANCIA MATERNA, ENTONCES SE BRINDARÁ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.	82
5.6.1. Resultados descriptivos:	82
5.6.2. Análisis de los resultados:	84
5.7. HIPÓTESIS N° 7: SI EL PERSONAL DE SALUD APLICA LA LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA, ENTONCES SE OBTENDRÁ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.	86
5.7.1. Resultados descriptivos:	86
5.7.2. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrado:	88
5.7.3. Análisis de Resultados.....	89
CAPITULO VI	90
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
6.1. CONCLUSIONES.....	90
6.2. RECOMENDACIONES.....	91
BIBLIOGRAFIA.....	92
ANEXOS	94

CAPITULO I

1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA PROBLEMÁTICA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La práctica de la Lactancia Materna es tan antigua como la humanidad misma, en la actualidad se conocen todos los beneficios que tiene, ventajas y propiedades tanto para el niño como para la madre¹.

Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América Latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia materna, aunque las prácticas varían de una cultura a otra. En los últimos años, ha crecido el interés en la lactancia materna, principalmente en Europa y en menor proporción en Norteamérica, pero en muchos países del sur, continúa el uso de biberones².

A pesar de las deficiencias existentes en la información disponible, se estima que en la región de Latinoamérica y El Caribe solamente alrededor de 40% de los niños y niñas reciben lactancia materna exclusiva durante 6 meses. Al realizar el análisis por grupos de países se constata que solamente 24% de los lactantes en El Salvador, 25% en Panamá y 31% en Nicaragua son amamantados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. Estos bajos índices indican un abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva³.

En El Salvador, la lactancia exclusiva, aumentó de 0.8 meses en 1993 a 1.9 meses en 2008, en resumen, del total de niños menores de 6 meses, en promedio, el 31% recibió lactancia exclusiva, el 11% recibió lactancia predominante; El promedio de lactancia

¹ Calvo Quirós, Cindy. "Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento", Marzo 2008.

²Michael C. Latham, "Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo", FAO, 2002.

³Unicef "Retomando el tema de la lactancia materna en la región de América latina y el Caribe- un compromiso de Unicef", Pagina 2.

exclusiva desciende del 47% para los niños y niñas menores de 2 meses al 34% para los niños y niñas de 2 a 3 meses y luego baja hasta el 13% entre los 4 a 5 meses cumplidos⁴

En El Salvador, la tendencia de Lactancia exclusiva va al alza, pero en el periodo de 1981 a 2008 solo ha aumentado en un 21%. El Salvador no ha ratificado un acuerdo internacional que establece alargar el tiempo de licencia por maternidad. El 26 de Junio de 2013 fue aprobada la ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, la cual está vigente y es un logro que fortalecerá la práctica de la lactancia materna en todos los niveles, pero dependerá del Ministerio de Salud vigilar y ejecutar su cumplimiento.

La práctica de la Lactancia Materna en el país es generalizada, ya que un 96% de las madres amamantan a sus hijos al nacer, sin embargo solamente un 31.4%, les da Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida. En cuanto a la duración promedio de la Lactancia Exclusiva, OMS y UNICEF recomiendan que sea de 180 días y en el país las madres solo dan 57 días en promedio. Como meta de país se aspira a que el 50% o más de las madres puedan brindar lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuada hasta los dos años o más. Pero ¿qué impulsa a las madres a utilizar sustitutos de leche para amamantar a sus hijos? Según la III evaluación del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en El Salvador, las madres dijeron que hacían uso de fórmulas infantiles por recomendación de un médico, familiar, amigo, experiencias previas, decisión propia, publicidad y porque el niño no se llenaba con la leche materna⁵.

Retomando los datos más actualizados posibles, se evidencia en la Región de Salud Occidental, en el periodo de Julio a Diciembre de 2012, 1867 niños y niñas lactaron de forma exclusiva en los primeros 6 meses de vida, tomando en cuenta que la población proyectada para dicho periodo fue de 13,134 niños y niñas menores de 6 meses, se obtuvo un porcentaje regional de 14.2% de lactancia materna exclusiva. Específicamente

⁴Fesal, 2008.

⁵Ministerio de Salud, Marzo de 2013

la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucia registra para el mismo periodo, 21 niños y niñas que lactaron de forma exclusiva, siendo la población proyectada para dicho período 224 niños y niñas menores de 6 meses, se obtuvo un porcentaje de 9.4% de lactancia materna exclusiva⁶.

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. Algunos autores señalan que la mayoría de las madres inicia la lactancia natural, aunque diversos factores sociales, económicos y culturales han influido para que se produzca una caída en el porcentaje de madres que lactan a sus hijos por el tiempo recomendado⁷

Fundamentados en lo anterior surgen las siguientes interrogantes:

¿Están asociados los factores sociales, culturales y económicos con la Practica de la Lactancia Materna en menores de 6 meses de edad, del área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucía?

¿Está influenciada la práctica de la lactancia materna por los servicios de salud brindados por el personal de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucia?

¿Tienen predominio los medios de comunicación con la práctica de la lactancia materna en nuestro país?

¿Existe conocimiento y cumplimiento de la ley de lactancia materna por el personal de salud involucrado en la atención de las mujeres lactantes?

⁶Fuente: Simmow (Sistema de Morbilidad y Mortalidad del Minsal), 2012. Censo Digestyc 2007.

⁷Ilabaca y Atalah, 2002.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores sociales, culturales y económicos asociados a la Práctica de la Lactancia Materna en menores de seis meses de edad en el área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucía en el periodo de Enero a Junio del 2012.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar los factores sociales, culturales y económicos asociados a la práctica de la lactancia materna.

Identificar el predominio de las actividades educativas brindadas por el personal de salud en la práctica de la lactancia materna.

Evaluar la influencia de los medios de comunicación en la práctica de la lactancia materna en la población en estudio.

Verificar el cumplimiento de la ley de lactancia materna por el personal de salud en la práctica en menores de seis meses.

1.3. JUSTIFICACION

El poder determinar los factores sociales, culturales y económicos asociados a la práctica de la lactancia materna en menores de seis meses de edad del área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucía en el período de Julio a Diciembre de 2012, es de gran importancia ya que la lactancia materna es un componente de las áreas: Atención Integral de Niños y Niñas menores de 5 años (AIEPI), Unidades de Salud Amigas de la Niñez y de las Madres (USANYM), Atención Integral en Nutrición (AIN), entre otros, implementados en todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención y que generan producción dentro de los programas Materno Infantil y de Promoción de la Salud, en los cuales se ha evidenciado bajas coberturas como Región Occidente y como UCSF Santa Lucía durante el 2012, además es necesario determinar si estas bajas coberturas se ven influenciadas por los servicios de salud brindados en el establecimiento de salud propuesto para este estudio.

Dicha investigación podría presentarse a autoridades de salud de la Región Occidental, ISSS, Organismos no gubernamentales, empresa privada, personal voluntario, entre otros, con el objetivo de compartir la experiencia y evidenciar los aspectos positivos que conllevan a una lactancia materna exitosa, logrando cambiar esquemas o mitos en el personal de salud, logrando demostrar científicamente los hallazgos que encontremos.

Los principales beneficiarios en primer lugar son los usuarios de la UCSF Santa Lucía, tanto niños y niñas lactantes como madres en periodo de lactancia, ya que se pretende identificar cuales factores sociales, culturales y económicos inciden en la práctica de la lactancia materna en menores de 6 meses, tanto como las debilidades y fortalezas de la labor educativa del personal de salud de dicho establecimiento que propicien o no la práctica de la lactancia materna, y que además se beneficien con nuevos conocimientos, fomentar la labor investigativa para el sistema de salud del departamento de Santa Ana y Región Occidental, para compartir con ellos el estudio realizado y que puedan convertirse en iniciativas a tomar en cuenta en el diseño de políticas de salud que contemplen aspectos nuevos, modificaciones de la legislación actual y con ello fortalecer la lactancia materna exclusiva.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA LACTANCIA MATERNA⁸

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.

2.1.1. De la prehistoria al cristianismo

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

⁸Hernández Gamboa, Eduardo. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. Rev. Enf. Actual en Costa Rica (En línea) 2008.

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, desgaste y dilatación de los pechos. En Esparta, la esposa del rey estaba obligada a amamantar a su hijo mayor. El segundo hijo del rey Temistes 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 negada 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 brinde a 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.

2.1.2. Del siglo I al siglo XVII

Las nodrizas han figurado como una parte fundamental de la historia, quienes recibían un salario durante el tiempo que permanecían dando el pecho, así como alojamiento y pensión completa. También se acostumbraba que las nodrizas se llevaran a los niños

para alimentarlos en sus casas, sin embargo, la mortalidad infantil aumentaba cuando esto se hacía, por lo tanto, aunque las nodrizas “vivían” de la lactancia, ésta actividad estaba relacionada con una alta mortalidad infantil, la mayoría de las veces debido a la asfixia o a infecciones de las que no estaban exentos los infantes.

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 periodo de lactancia, incremento el número de niños que había que cuidar y alimentar. Nuevamente son los Romanos quienes empiezan a dictar las pautas, no solo con respecto de la legislación y perfil de las mujeres encargadas de amamantar los niños y niñas, sino que además empiezan a documentar enfermedades que se contagian a través de la lactancia materna, y las medidas higiénicas aplicadas no solo a las nodrizas sino también a todos los instrumentos que utilizaban para alimentar al bebe. Se fija el tiempo por ley para alimentar a los lactantes (3 años) y la contratación de las nodrizas. Se fija en periodos (de 10 a 20 años), aparecen de igual modo las primeras exclusiones, pues las mujeres enfermas (básicamente las contagiadas de sífilis), básicamente las musulmanas y las judías; no podían ejercer como nodrizas de cristianos. En el renacimiento, y más 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. Aunado a la introducción de la alimentación artificial y a la aparición del VIH, empieza la desaparición de las nodrizas y la disminución de la desnutrición y de la mortalidad infantil.

2.1.3. Del siglo XVIII a la actualidad

A partir de la segunda guerra mundial, con la introducción de la leche en polvo y los suplementos de la lactancia, el papel de las nodrizas cae en detrimento, hasta su total desaparición en la década de los ochentas en que coincide con la aparición del virus de inmunodeficiencia humana, pues es a partir de este momento que se toma una certera conciencia, que a través de la leche se pueden transmitir enfermedades que a largo plazo serian mortales para él bebe.

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.

2.2. ALGUNOS EVENTOS OCURRIDOS EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS DEL SIGLO XX ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA⁹

1979: Reunión OMS – UNICEF sobre prácticas de alimentación infantil. Se crea la necesidad de un código que reglamente la comercialización de sucedáneos de la leche materna.

1981: La AMS (Asamblea Mundial de la Salud) adopta el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche materna.

1989: Declaración conjunta OMS-UNICEF de la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Natural y los diez pasos hacia una feliz lactancia natural.

1. Disponer de una política.
2. Capacitar a todo el personal.
3. Capacitar a las gestantes sobre la lactancia materna.
4. Iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Enseñar a las madres técnicas y cómo mantener la lactancia.
6. Dar a los recién nacidos leche materna en forma exclusiva.

⁹Determinantes comportamentales y ambientales relacionados ala práctica de la lactancia materna, Ayala-Oliva, 2010. Tesis de grado, Universidad de El Salvador.

7. Facilitar el alojamiento conjunto.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños biberones y chupones.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo.

1990: Declaración de Innocenti. Los hospitales amigos de los niños se acreditan al cumplir los diez pasos para una lactancia feliz.

1992: Conferencia internacional de nutrición y Plan de Acción de Nutrición. Roma.

WABA, UNICEF, RED IBFAN entre otros, promueven la primera semana mundial de la lactancia materna del 1 al 7 de agosto. Tema: Hospitales amigos de los Niños.

1996-2005: Plan nacional de alimentación y nutrición. Departamento Nacional de Planeación, Consejería para la Política Social. Documento CONPES 2847 – 1996

1998-2008 Plan decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna. Ministerio de Salud, ICBF, UNICEF.

1999 Resolución 412 que establece las normas y guías de atención. [5]

La leche materna es el mejor y único alimento para el niño y la niña desde el nacimiento hasta los seis meses y continúa siendo importante hasta los dos años, acompañada de una adecuada introducción de alimentos, por lo tanto, el riesgo de morir es mayor en los niños y las niñas alimentados con biberón, y esto se hizo evidente porque muchas leches artificiales tradicionales producían una sobre carga de aminoácidos, que algunos lactantes son incapaces de metabolizar.

Publicaciones realizadas en el siglo pasado y a principios del presente, demuestran la asociación entre las frecuencias de infecciones graves y la alimentación con el biberón, hasta la fecha, se ha comprobado que la leche materna disminuye la incidencia de enfermedades respiratorias y del tracto intestinal entre otras; por lo tanto, gobiernos, ONG's y muchas organizaciones a nivel mundial han realizado acciones encaminadas a la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.

Los misterios y tabúes sobre el calostro se remontan al despertar de la civilización, la mayoría de los pueblos primitivos dejaban pasar varios días antes de poner al niño al pecho con detallados horarios y rituales de cada tribu.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) fue una de las principales instituciones que luchó en beneficio de la lactancia materna desde 1919. Logrando establecer una norma de licencia de 84 días en concepto de maternidad, teniendo el gozo del 75% de su salario; además un tiempo de la jornada laboral para lactar a su hijo.

Durante más de una década ha habido gran actividad en todo el mundo tendiente a rescatar la lactancia. Al iniciarse la presente década, gracias al liderazgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), los jefes de Estado de muchos países del mundo entendieron el problema y sus alcances, y se comprometieron a cambiar esta situación. Como resultado de su participación en la cumbre mundial de Jefes de Estado a favor de la Infancia, celebrada en New York.

En 1989, en declaración conjunta; la Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) definieron diez pasos de la lactancia materna exitosa, los que posteriormente forman la base de la iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños.

En 1992, estos hospitales fueron acreditados, y ahora cuentan con su albergue para las madres, proporcionándoles sus 3 tiempos de alimentación, área de descanso y para que realice sus cuidados higiénicos, las madres gozan de este beneficio durante el niño está ingresado. Así mismo, se estableció un monitoreo para la lactancia materna denominado MADLAC (Monitoreo de Apoyo Directo de la Lactancia Materna) el cual evalúa trimestralmente el mantenimiento del cumplimiento de los 10 pasos.

La semana mundial de la lactancia materna es el movimiento social más extendido en defensa de la lactancia materna. Se celebra en 120 países, del 1 al 7 de agosto, aniversario de la Declaración de Innocenti, firmada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en agosto de 1990 sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna.

En El Salvador desde 1993, el Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA), celebra la Semana de la Lactancia Materna del 1 al 5 de agosto, donde se desarrollan eventos científicos relacionados con los avances de la lactancia materna, lo que permite promocionar dicha práctica.

Durante mucho tiempo se consideró que la lactancia materna humana era un tópico impreciso e inespecífico que no justificaba su estudio clínico y científico para analizar preguntas sobre nutrición infantil. Mientras tanto, en el presente siglo se ha avanzado mucho en identificar los requerimientos nutrimentales de un recién nacido en crecimiento y desarrollo y, asimismo, se han realizado grandes inversiones en talento, tiempo y dinero para desarrollar un sustituto ideal de la leche materna.

2.3. LA LACTANCIA MATERNA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

2.3.1. Consideraciones generales

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida protege a los recién nacidos y lactantes contra la enfermedad, reduce el riesgo de mortalidad y alienta el desarrollo sano del niño¹⁰. Su promoción es la intervención más efectiva para prevenir la mortalidad infantil y tiene muchos otros beneficios a corto y largo plazo, tanto para la salud de la madre como para el niño¹¹.

Los beneficios para los bebés en estos primeros meses de vida son ampliamente conocidos y comprobados, constituye un factor decisivo en la sobrevivencia infantil de niños y niñas en hogares en situación de pobreza y condiciones precarias de saneamiento básico, que se manifiesta en las elevadas tasas de mortalidad infantil. Más de dos tercios de estas muertes están relacionadas con prácticas inadecuadas de alimentación durante los primeros meses de vida, adicionalmente, los sobrevivientes están condenados a padecer una primera infancia desnutrida y enferma, limitándose de esta forma su desarrollo y comprometiéndose su futuro potencial de ciudadanos productivos.

Estudios realizados por OMS en Brasil, Estados Unidos, Ghana, India Noruega y Omán confirman que los niños nacidos en cualquier parte del mundo y que disfrutan de un

¹⁰UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009.

¹¹OPS/OMS. Alcanzando los objetivos del Milenio 2008.

óptimo comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos, es decir, que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años depende más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos¹².

Los niños y las niñas pequeños que viven en situaciones de vulnerabilidad en los países de la región de América Latina y el Caribe sufren de malnutrición en diversas formas. La magnitud y severidad del problema está estrechamente relacionada con la inequidad y la exclusión social de grupos específicos destacándose los pueblos indígenas, grupos afro descendientes y campesinos.

Esta situación se ha visto aún más agravada por la crisis de alimentos lo que ha llevado a los países a impulsar una amplia gama de programas para aliviar la situación de pobreza extrema e inseguridad alimentaria, que incluyen la atención materno-infantil con enfoque en la promoción de la lactancia materna y complementación alimentaria a mujeres embarazadas y en período de lactancia, así como a niños y niñas lactantes y preescolares.

Los datos actuales ponen en evidencia la necesidad de retomar el tema de la lactancia materna con la prioridad que requiere y re-posicionarla con el compromiso de los gobiernos y de los principales actores relacionados con el tema con el apoyo de las organizaciones internacionales lideradas por la UNICEF.

Según la Academia Americana de Pediatría, en 1995 la lactancia materna exclusiva en los Estados Unidos de Norteamérica al 6° mes era de 21%, en México el Consejo Nacional de Población reporto en 1997 una tasa de lactancia materna exclusiva de 33.6% (Delgado 2006).

¹²OMS. Patrón Internacional de Crecimiento Infantil 2006.

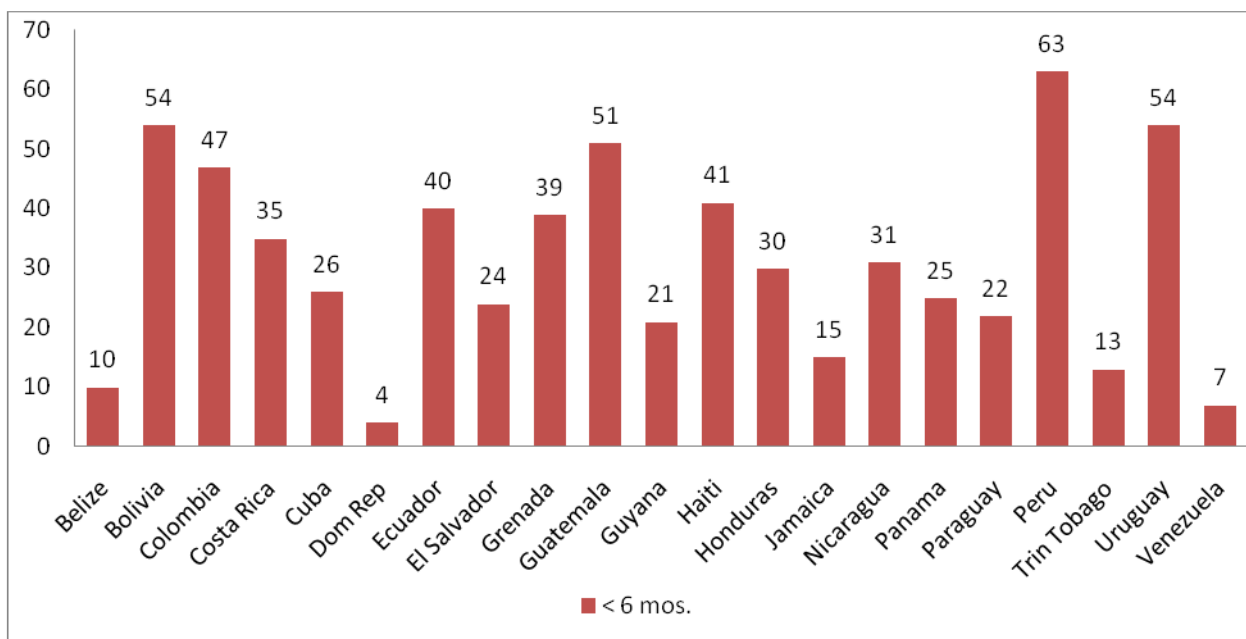
Según datos reportados por 94 países la OMS, estima que la tasa de lactantes entre 0 y 4 meses que son amamantados en forma exclusiva con leche materna es el 36%(Hill, Kirkwood y Karen Edmon 2005:1).

Alrededor del 90% de las mujeres en países en desarrollo amamantan a sus hijos después del parto. En Asia y África el porcentaje es un poco mayor (90%) que en América Latina y el Caribe (85%) y la lactancia natural dura más o menos el 70% en los niños asiáticos y africanos de seis meses de edad que todavía se alimentan al pecho. En cambio en América Latina y el Caribe la lactancia dura de 2 a 5 meses en promedio, y un solo un 35 a 60% sigue recibiendo lactancia a los seis meses de edad. (Gutiérrez, Sanabria, Ramos y Col 2004).

2.3.2. Situación de la lactancia materna en la región

Como se observa en la gráfica, en nuestros países, principalmente en los países Andinos y Centroamericanos, la disparidad que conlleva a una mayor severidad del problema nutricional y la mortalidad de los bebés y de los niños y niñas pequeños, principalmente en áreas rurales, se oculta en los promedios nacionales.

TABLA N° 2.3.2.1
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS SEIS MESES DE EDAD POR
PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE¹³



A pesar de las deficiencias existentes en la información disponible, se estima que en la Región de Latinoamérica y El Caribe solamente alrededor de 40% de los niños y niñas reciben leche materna exclusiva durante 6 meses¹⁴. No se puede deducir de los cuadros estadísticos la tendencia, aunque hay evidencias que en varios países está declinando. Al realizar el análisis por grupos de países se constata que solamente 24% de los lactantes en El Salvador, 25% en Panamá y 31% en Nicaragua son amamantados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. Estos bajos índices indican un abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva. Ecuador está en una situación intermedia, con 40 % seguidos de Bolivia con 54% y Chile con 63%.

¹³UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009.

¹⁴UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2008.

Es evidente que hay necesidad de tomar acciones concretas y retomar el tema con prioridad, sin embargo, no se trata solamente de reenfocar los programas de comunicación dirigidos a la audiencia objetivo y profesionales involucrados, los gobiernos tienen que crear las condiciones que hacen posible la lactancia materna en un mundo cada vez más globalizado.

La importancia de los entornos favorables a los niños ha sido señalada como un factor clave por la OPS. "Esto significa que los hospitales deben permitir a las madres acceso inmediato y sin limitaciones a sus recién nacidos y, en las comunidades, contar con expertos que puedan asesorar a las madres. También significa crear y mantener entornos laborales que sean favorables a la lactancia materna". Un ejemplo concreto lo ha dado el Brasil al aprobar una ley nacional que establece seis meses para el permiso por maternidad, tomando el liderazgo en la promoción de las condiciones que hacen posible la lactancia materna.

2.4. SITUACION DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL SALVADOR¹⁵

2.4.1. Antecedentes

La lactancia materna es un proceso único que proporciona la alimentación ideal para el lactante y que contribuye a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, establece un vínculo afectivo entre la madre y su hijo y proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y a las naciones. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconoce que la lactancia materna es la intervención más eficaz para prevenir la mortalidad infantil y, por consiguiente, para cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) relativo a la sobrevivencia infantil. Es también importante para el cumplimiento del ODM relacionado con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre. La lactancia materna en la primera hora de vida es particularmente importante para prevenir la mortalidad neonatal, que representa una proporción cada vez más grande de la mortalidad infantil general en la región de las Américas.

La Declaración de Innocenti sobre lactancia materna, adoptada por todos los participantes en la reunión de la OMS/UNICEF celebrada en 1990, establece que “todos los gobiernos deberán desarrollar políticas nacionales sobre lactancia materna” y exhorta a las autoridades nacionales a integrarlas con sus políticas generales de salud y desarrollo.

En El Salvador se han desarrollado diferentes intervenciones de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna desde diferentes instancias del Estado, organizaciones no gubernamentales e iniciativas privadas que han contribuido a la salud y nutrición infantil.

Durante los años setenta el Ministerio de Salud incorporó la promoción de la lactancia materna como parte de la educación en salud a la mujer embarazada y en periodo de lactancia, así como en las recomendaciones de la alimentación infantil.

¹⁵Política Nacional de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, Minsal 2011.

En 1990 con el propósito de impulsar acciones para la promoción y protección y apoyo a la lactancia materna en el país, se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna, con la participación de instituciones de salud, universidades, asociaciones de profesionales, sociedad civil y agencias internacionales, entre otros.

A partir de 1992 el Ministerio de Salud inicia la implementación la iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños (IHAN); en ese mismo año se celebra la semana nacional de la lactancia materna con el nombre de la iniciativa como lema.

En 1993 a través de un esfuerzo intersectorial se oficializa la Declaración “Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna” y se elaboran las Normas de Lactancia Materna a nivel nacional.

En 1999 se realiza la primera evaluación para determinar el grado de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM); en 2002 y en 2010, la segunda y tercera respectivamente; los resultados de las tres evaluaciones indican que en El Salvador existen violaciones al cumplimiento del Código.

A partir del año 2000, el Ministerio de Salud implementa una serie de estrategias que favorecen la promoción de la práctica de la lactancia materna, entre estas, el Paquete Madre Bebé, la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a nivel clínico y comunitario y la Atención Integral en Nutrición Comunitaria (AIN-C).

En 28 de Agosto de 2003 la sociedad civil presenta a la Asamblea Legislativa un anteproyecto de Ley de Apoyo, Promoción y Protección de la Lactancia Materna, la cual no fue aprobada.

En el año 2006 se da inicio a la certificación de las Unidades de Salud como “Amigas de la Niñez y las Madres” –USANYM-, con lo cual se fortalece la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud. Actividad que continúa en proceso a la fecha.

En 2009, el Ministerio de Salud implementa la Política Nacional de Salud la cual establece en la estrategia doce sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional, la importancia del

fomento de la lactancia materna y las prácticas de alimentación saludables, como elementos claves para el logro de un adecuado nivel de salud y nutrición.

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho de todos los niños y niñas al disfrute del más alto nivel posible de salud y establece que los Estados parte deben asegurar que todos los sectores de la sociedad y en particular padres, madres, niños y niñas conozcan los principios básicos de la salud, nutrición y las ventajas de la lactancia materna. El Salvador para cumplir con los compromisos adquiridos en dicha Convención, emitió en 2009 la Ley de Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia (LEPINA), en la cual se reconoce el derecho a la Lactancia Materna de todos los niños y niñas.

En 2010 el Ministerio de Salud oficializó el Acuerdo Ministerial No. 306 el cual establece que toda mujer trabajadora del MINSAL que se encuentre en periodo de lactancia, tiene derecho a gozar de una hora de permiso para amamantar a su hijo o hija hasta los nueve meses de edad.

En 2011 fue oficializada la Política Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional que en su línea estratégica tres establece que se deben promover prácticas adecuadas de lactancia materna y la necesidad de formular un marco normativo para su promoción, protección y apoyo. Además, que se debe promover el cumplimiento de la legislación laboral, para el goce de los derechos de la mujer en período de embarazo y lactancia.

El 26 de Junio del año 2013, fue aprobada la ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, en el decreto N°404, la cual fue publicada en el Diario Oficial 145 el día 12 de Agosto del mismo año, en el tomo 400.

En su Art. 1. La presente ley tiene por objeto establecer las medidas necesarias para promover, proteger y mantener la lactancia materna exclusiva, hasta los seis meses y lactancia prolongada hasta los dos años de edad, asegurando sus beneficios y aporte indispensable para la nutrición, crecimiento y desarrollo integral del lactante.

Además en el Art. 5 establecen las atribuciones del Ministerio, siendo estas son las siguientes:

a) Cumplir y hacer cumplir la presente ley.

- b) Emitir el registro sanitario de los sucedáneos de la leche materna y denegarlo, cuando se incumpla con los estándares establecidos.
- c) Realizar la vigilancia y monitoreo de la calidad e inocuidad de las fórmulas.
- d) Elaborar planes nacionales de promoción, protección y apoyo, con enfoque intersectorial y participación social, relativos a la lactancia materna.
- e) Verificar que los proveedores de servicios de salud, se encuentren capacitados para promover en las madres y población en general, la lactancia materna y prácticas óptimas de alimentación para el lactante.
- f) Asegurar que los proveedores de servicios de salud, informen, orienten y asesoren a las familias y a la comunidad en general para lograr la práctica adecuada de la lactancia materna.
- g) Conocer y resolver de las infracciones y sanciones, de conformidad con el procedimiento establecido en la presente ley.
- h) Las demás que sean establecidas por el Código de Salud y otras disposiciones relacionadas.

Como parte de los derechos de las mujeres embarazadas, el Art. 14. Manifiesta que todas las personas, y especialmente las embarazadas y madres en período de lactancia, tienen derecho a recibir información oportuna, veraz y comprensible sobre los beneficios de la lactancia materna, las técnicas para el amamantamiento, posibles dificultades y soluciones en su implementación.

Además el Art. 15. El Ministerio asegurará que todo el personal de los establecimientos de salud, públicos y privados, responsable de la atención de las madres y del lactante, cuente con la información y educación en lactancia materna como alimentación natural. En apoyo siempre a la mujer embarazada se aprobó una hora diaria durante la jornada laboral, esto según el art. 35 que dice así:

Art. 35 Toda mujer trabajadora durante los primeros seis meses, post parto, mientras amamante a su hija o hijo, o mientras recolecte su leche, tendrá derecho, con ese fin, a una interrupción en la jornada laboral de una hora diaria; esta interrupción podrá ser fraccionada en dos pausas o las veces que hayan acordado las partes.

Las interrupciones en la jornada laboral no podrán ser utilizadas en la hora de almuerzo y serán contadas como hora efectiva de trabajo y remunerada como tal.

Los patronos tienen la obligación de velar por el cumplimiento de esta disposición y este derecho no podrá ser compensado ni sustituido por ningún otro, caso contrario será sancionado según lo establecido en la presente ley.

Los patronos tienen la obligación de establecer un espacio higiénico, dentro del centro de trabajo, para que las madres puedan extraerse y conservar la leche materna.

Además, el Art. 36. Manifiesta que el Órgano Ejecutivo, a través de los Ministerios de Trabajo y Previsión Social y el de Salud, debe realizar auditorías permanentes en los lugares de trabajo sobre el cumplimiento de estas disposiciones, en caso que haya incumplimiento por parte de los patronos, estos serán sancionados con multas de acuerdo al régimen sancionatorio establecido en la presente ley.

El Art. 37 manifiesta que los centros educativos y las universidades legalmente establecidas deben cumplir con lo dispuesto en el artículo 35 de esta ley, con el objeto que las madres estudiantes puedan extraerse y conservar la leche materna.

2.4.2. Aspectos demográficos

Según el censo de 2007, la población total de El Salvador fue de 5, 744,113, concentrando al 62.7% en la zona urbana. Las mujeres representan el 55.8% de la población total. Para ese año, 1, 545,709 mujeres, es decir, alrededor de 51% del total de mujeres, tenían entre 15 y 49 años de edad.

2.4.3. Perfil epidemiológico

El perfil epidemiológico del país se describe como un perfil de transición en el cual coexisten enfermedades infecciosas con enfermedades crónico-degenerativas y lesiones por causa externa, estas últimas derivadas de los altos índices de violencia, lo que repercute en los presupuestos institucionales debido al alto costo que implica su atención.

2.4.4. Mortalidad

La tasa de mortalidad del niño menor de cinco años ha descendido 12 puntos a nivel nacional, desde 1998 a 2008, desde 31 hasta 19 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil descendió 9 puntos a nivel nacional en el mismo periodo, alcanzando el valor de 16 por mil nacidos vivos, en gran medida debido a la reducción de la letalidad de enfermedades como la neumonía, la diarrea y el dengue. La tasa de mortalidad perinatal de El Salvador es de 19 por mil embarazos viables y los mortinatos representan el 63% de dicha estimación. La tasa de mortalidad neonatal temprana representa poco más de tres cuartas partes de la tasa de mortalidad neonatal. Según FESAL-98, se observa una reducción de 7 muertes por mil en el período perinatal, pero hay una mayor proporción de mortinatos en FESAL 2008, en comparación con FESAL-98 y FESAL-2002/03. El descenso en la mortalidad perinatal se debe principalmente a la reducción de la mortalidad neonatal temprana.

La mortalidad neonatal todavía sigue siendo el mayor componente de la mortalidad infantil (56 %), y el 86 % de ella ocurre en la primera semana de vida (mortalidad neonatal temprana).

2.4.5. Situación de la lactancia materna

En El Salvador, los indicadores de Lactancia Materna no han tenido una evolución significativa, según lo muestran los datos de los estudios realizados a nivel nacional desde 1981. En el 2008 los datos de la encuesta FESAL muestran que solamente el 31.4% de la niñez menor de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva, con una duración promedio de 1.9 meses (57 días), lo que no alcanza la recomendación de OMS/UNICEF de brindar este tipo de lactancia durante los primeros 6 meses de vida (180 días).

Otros datos de la encuesta FESAL 2008 también reflejan que en El Salvador la lactancia materna es una práctica generalizada, dado que el 96.1 por ciento de las niñas y niños nacidos vivos recibió lactancia materna en alguna oportunidad.

Del total de niñas y niños que nacieron vivos en los últimos 5 años, el 3.9 por ciento nunca recibió leche materna. Los porcentajes más altos en esta condición se observan en el área urbana (4.3 por ciento) y en el departamento de Ahuachapán (5.8 por ciento), seguido por los SIBASI Norte y Centro de San Salvador (5.4 y 5.1 por ciento, respectivamente). Los departamentos de Sonsonate y La Libertad muestran los porcentajes más bajos con menos del 3 por ciento de niños y niñas que nunca recibieron leche materna. Entre las madres que reportaron recibir orientación sobre lactancia materna, el 26.1 por ciento mencionó que fue antes, durante y después del parto, y el 23.1 que fue antes y después del parto. En FESAL-2002/03 solamente el 14.1 por ciento reportó que la recibió antes y después del parto. Independiente de donde tuvo su control prenatal o el lugar de atención del parto, más de la mitad recibió orientación por parte de una enfermera, llegando al 75 por ciento en establecimientos del MSPAS y del ISSS. Se observa que del total de niños(as) amamantados(as), el 32.8 por ciento recibió la leche materna antes que transcurriera la primera hora después del nacimiento y otro 36.3 por ciento la recibió entre una y 23 horas después.

2.5. CARACTERISTICAS LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SANTA LUCIA

2.5.1. Información general

Nombre del establecimiento: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucia.

Ubicación: Barrio San Antonio, Colonia Los Cedros, Calle Principal, Santa Ana.

Teléfonos:(503)2440-4125

Nivel de complejidad: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia, perteneciente a micro red Santa Ana, (RIISS SANTA ANA).

2.5.2. Jurisdicción

Municipio de Santa Ana, departamento de Santa Ana.

2.5.3. Servicios que presta

Atención de medicina general y de especialidad (Pediatría y Gineco-obstetricia), control materno-infantil, atención preventiva y curativa al adolescente, al adulto hombre, al adulto mayor, inmunizaciones, nebulizaciones, citologías, curaciones, inyecciones, rehidratación oral, pequeña cirugía, servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva, educación en salud, odontología, programa escolar, atención de emergencias, Psicología, Saneamiento básico y atención al medio ambiente.

2.5.4. Descripción de la infraestructura

La construcción es del sistema mixto, con techo de lámina de asbesto y encielado; pisos de ladrillo. El edificio es de una sola planta, se encuentra en buen estado, no tiene daños en su infraestructura. El área construida es de 25 mts. De largo por 9 de ancho teniendo en total 225 mts².

Las áreas con las que cuenta actualmente se describen a continuación:

- Dirección.
- 4 consultorios generales.
- 1 consultorio de IRAS con su respectiva sala de espera.
- 1 Consultorio de odontología.
- 1 Consultorio Ginecología y Obstetricia.
- 1 Consultorio Materno-Infantil.
- Consultorio de Psicología.
- Oficina de enfermería.
- Área de curaciones, inyecciones.

- Área de inhalo terapia.
- Área de vacunación.
- Área de Rehidratación Oral.
- Área de TAES.
- Archivo.
- Farmacia. Bodega de Medicamentos, Insumos médicos y no médicos.
- Farmacia de Fosalud.
- Servicios sanitarios del personal (6).
- Servicios sanitarios de los pacientes (4).
- Sala de espera, preparación de pacientes, estación de enfermería.
- Área de saneamiento ambiental.
- Bodega externa.
- Galera salón de reuniones.
- Caseta para Dipsel de Puriagua.
- Caseta de Bioinfecciosos.
- Caseta para desechos comunes.

2.5.5. Diagnostico local

2.5.5.1. Aspectos físico – geográficos:

- Generalidades:

Limites cardinales: El área de responsabilidad de la UCSF Santa Lucía se delimita al norte con Colonia Las Victorias y Colonia Buena Vista, al sur con Colonia España y parte del Barrio San Antonio, al oriente con el resto del

barrio San Antonio (Colonia Brasilia y Ferrocarril), al poniente con parte del Cantón El Ranchador y Colonia La Reina (San Sebastián Salitrillo).

Extensión territorial: 82 Km².

Densidad poblacional: 365 hab/Km²

Altitud: 722 metros sobre el nivel del mar.

Latitud: 13h, 58´, 57.92´´ NORTE, 89h, 34´, 44.00´´ ORIENTE

Zonas de riesgo geográfico: El terreno mismo donde está ubicada la Unidad de Salud Santa Lucia es un sitio de riesgo geográfico, ya que el terreno esta circundado por 2 quebradas subterráneas con bóveda de protección artesanal, la cual necesita limpieza periódica, de lo contrario puede existir obstrucción por lluvias copiosas y generar inundación del establecimiento como en ocasiones anteriores.

Otras zonas de riesgo son todas las comunidades ubicadas en las faldas del cerro Santa Lucia, donde se ubican el Caserío El Mirador, La Finquita, colonia Buena vista, Las Marías, El Cactus, Los Cedros (donde está ubicada la Unidad de Salud), Lotificación Lucila y Piletas, las cuales tienen riesgo por deslizamiento de tierra.

El cantón Montelargo, tiene riesgo social debido a que es un asentamiento precario vulnerable a la orilla de la ex línea férrea a un costado de la carretera hacia Chalchuapa, donde existen familias de extrema pobreza, escasez de servicios básicos principalmente agua potable ya que se abastecen de pipas de agua no segura, además de ser un lugar propicio para la violencia debido a las condiciones de pobreza.

Existe una zona de alto crecimiento urbano popular, como lo es Ciudad Paraíso I, II, Paraíso Sur y Altos del Paraíso, las cuales han generado una recarga sanitaria en la salud ambiental del establecimiento, lo que propicia enfermedades como el Dengue y Diarreicas, además de predisponer

accidentes de tránsito debido a la multitud que se moviliza hacia esos lugares.

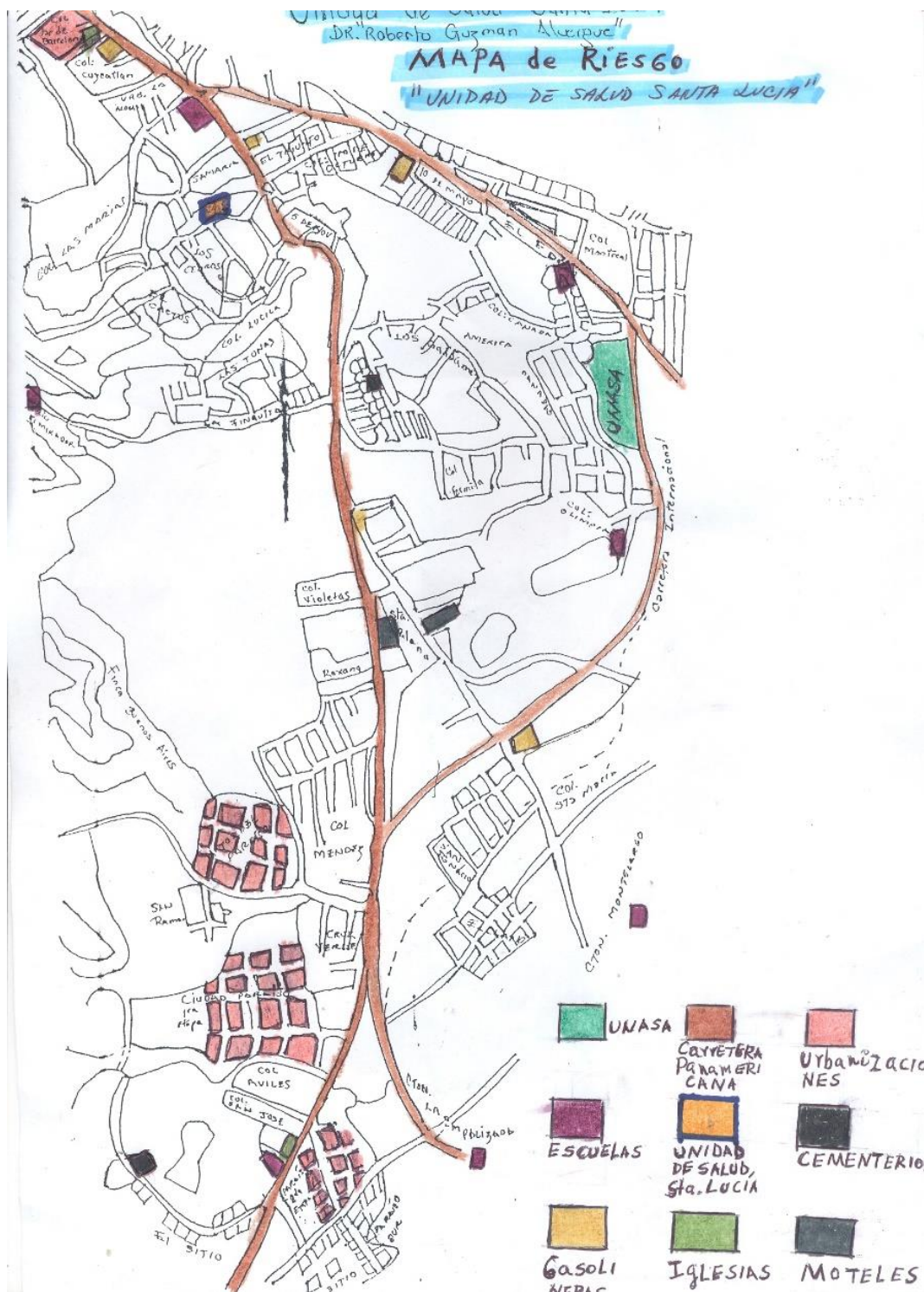
Rutas de acceso: El área de responsabilidad de la UCSF Santa Lucía, está circundada por la Carretera Internacional CA-2, que inicia en el centro de la ciudad de Santa Ana.

- Distancia aproximada del establecimiento a las diferentes comunidades:

Localidad	Distancia	Tiempo	
		A pie	Vehículo
El Portezuelo	7 km	1 hora	0.30 minutos
Comecayo	2.5 km	0.30 minutos	0.15 minutos
Monte Largo	6 km	0.45 minutos	0.20 minutos
La Empalizada	6 km	0.45 minutos	0.20 minutos

Fuente: PESL UCSFI Santa Lucía 2010.

2.5.5.2. Área Geográfica UCSFI Santa Lucía:



Fuente: PESL UCSFI Santa Lucía 2010

- Hidrografía: Contamos con una quebrada seca en el Cantón El Portezuelo, que pasa por debajo de la unidad de salud y que viene desde la Colonia 10 de Mayo, en época de verano se mantiene seca, pero en invierno se llena de agua y es la que nos puede generar riesgo de inundación lenta en la zona.
- Clima: Contamos con un Clima Tropical.
- Fuentes de agua:

Las comunidades que pertenecen al AGI de la unidad de salud de Santa Lucía se abastecen de agua por los siguientes medios:

Pozos artesanales (abastecen a tres comunidades, Empalizada, San Ramón, Monte Largo).

Pozos perforados (abastecen 6 comunidades: las palmeras, Monte Real, El Edén, Canadá, Las Américas, Panades).

Camiones con Pipas (Cantón Monte Largo, Las Piletas, Las Tunas, La Finquita).

Tuberías de Agua Potable: La Unidad de Salud se abastece diariamente con agua potable proveniente de ANDA y en ocasiones cuando hay cortes del suministro, por medio de cisterna propia.
- Precipitación Pluvial anual: De 1300 a 1500 cc por año (en el invierno). Según ministerio de agricultura y ganadería.

2.5.5.3. Aspectos socio – económicos.

- Tasa de alfabetización: 6.6%

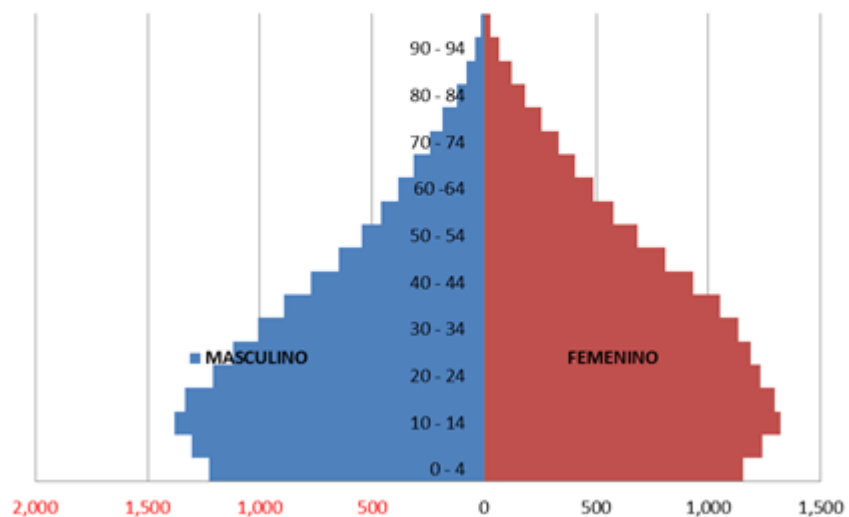
► Distribución poblacional por grupos etáreos y sexo:

POBLACIÓN TOTAL	TOTAL GENERAL			AREA URBANA			AREA RURAL		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	27774	13272	14502	24385	11582	12803	3389	1690	1699
0 A 4 AÑOS	2381	1227	1154	1967	1013	954	414	214	200
0 AÑOS	447	230	217	358	185	173	89	45	44
1 AÑO	478	247	231	376	194	182	102	53	49
2 AÑOS	404	210	194	332	172	160	72	38	34
3 AÑOS	495	256	239	420	216	204	75	40	35
4 AÑOS	557	284	273	481	246	235	76	38	38
5 A 9 AÑOS	2544	1303	1241	2110	1078	1032	434	225	209
10 A 14 AÑOS	2703	1381	1322	2263	1155	1108	440	226	214
15 A 19 AÑOS	2630	1333	1297	2270	1146	1124	360	187	173
20 A 24 AÑOS	2440	1207	1233	2177	1080	1097	263	127	136
25 A 29 AÑOS	2308	1117	1191	2062	998	1064	246	119	127
30 A 34 AÑOS	2141	1008	1133	1928	909	1019	213	99	114
35 A 39 AÑOS	1944	891	1053	1757	808	949	187	83	104
40 A 44 AÑOS	1708	774	934	1545	696	849	163	78	85
45 A 49 AÑOS	1460	650	810	1321	586	735	139	64	75
50 A 54 AÑOS	1228	545	683	1113	490	623	115	55	60
55 A 59 AÑOS	1034	459	575	932	407	525	102	52	50
60 A 64 AÑOS	868	381	487	778	336	442	90	45	45
65 A 69 AÑOS	717	313	404	643	273	370	74	40	34
70 A 74 AÑOS	574	243	331	516	215	301	58	28	30
75 A 79 AÑOS	441	187	254	396	162	234	45	25	20
80 A 84 AÑOS	305	123	182	282	112	170	23	11	12
85 A 89 AÑOS	198	77	121	182	69	113	16	8	8
90 A 94 AÑOS	107	39	68	103	36	67	4	3	1
95 Y MAS	43	14	29	40	13	27	3	1	2

Fuente: Población Censo Digestyc 2007 proyectada 2012.

➤ Pirámide Poblacional:

Pirámide Poblacional UCSFI Santa Lucia, Población Censo Digestyc 2007, Proyectada 2012.



Fuente: Población Censo Digestyc 2007 proyectada 2012.

➤ Proporción de hombres y mujeres:

Hombres: 13272

Mujeres: 14502

Proporción. 1:1.09

➤ Proporción de población urbana y rural:

Urbana: 24385

Rural: 3389

Proporción: 7.19:1

2.5.5.4. Estadísticas vitales 2012, UCSFI Santa Lucía:

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	PORCENTAJE
Razón de fecundidad	242	8973	2.69%
Esperanza de vida			71.2 años (dato municipal).
Tasa de natalidad	242	27773	8.71 X 1000 habitantes
Tasa de mortalidad general	126	27773	4.53 X 1000 habitantes
Tasa de mortalidad infantil	3	242	12.39 X 1000 nacidos vivos.
Tasa de morbilidad neonatal	2	242	8.26 x 1000 nacidos vivos
Tasa de letalidad por diarreas en los menores de cinco años	0	260	0
Tasa de letalidad por neumonías en los menores de cinco años	0	123	0
Razón de mortalidad materna	0	242	0
Mortalidad de adultos mayores por diabetes mellitus	2	3253	6.14 x 10000 adultos mayores
Tasa de incidencia por el dengue clásico	0	150	0
Tasa de incidencia por dengue hemorrágico	0	0	0
Tasa de mortalidad general	126	27,774	45.36 X 10000 habitantes

Fuente: Evaluación POA Enero a Diciembre 2012.

2.5.5.5. Perfil Epidemiológico

► Primeras 10 causas de mortalidad Enero a Diciembre 2012:

Diagnostico	Casos	Porcentaje
Enfermedad indeterminada	20	15.87%
Trauma craneoencefálico	12	9.52%
Infarto agudo de miocardio	9	7.14%
Insuficiencia renal crónica	6	4.76%
Enfermedad digestiva no especificada	5	3.96%
Neumonía	4	3.17%
Bronconeumonía	4	3.17%
Shock Séptico	4	3.17%
Politraumatismo Severo	4	3.17%
EPOC	4	3.17%
Otras causas	54	42.86%

Total	126	100%
-------	-----	------

Fuente: SIMMOW.

- Diez primeras causas de Morbilidad por Sexo, Enero a Diciembre 2012:

Grupo de Causas	Consultas masculina	Consultas femenina	Total Consultas
Faringitis aguda, no especificada	2,162	3,306	5,468
Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores	1,361	1,928	3,289
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	1,180	1,578	2,758
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	294	1,587	1,881
Vaginitis aguda	0	1,481	1,481
Observación por sospecha de otras enfermedades y afecciones	348	1,035	1,383
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	312	449	761
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	262	421	683
Gastritis, no especificada	94	434	528
Dermatitis, no especificada	188	302	490
Demás causas	5,294	11,194	16,488
Totales	11,495	23,715	35,210

Fuente: SIMMOW.

2.5.5.6. Programas preventivos durante el año 2012

- Coberturas de programas preventivos:

N°	Programa	Porcentaje
1	Inscripciones infantiles (niños y niñas menores de 1 año) para control del crecimiento y desarrollo	97%
2	Controles subsecuentes del crecimiento y desarrollo a niños y niñas menores de 1 año	75%
3	Controles subsecuentes del crecimiento y desarrollo a niños y niñas de 1 año	58%
4	Controles subsecuentes del crecimiento y desarrollo a niños y niñas de 2 a 4 años.	41%
5	Controles subsecuentes del crecimiento y desarrollo a niños y niñas de 5 a 9 años.	19%
6	Consultas odontológicas de primera vez en menores de 5 años	42%
7	Inscripción al programa de Planificación Familiar	78%
8	Controles subsecuentes del programa Planificación Familiar	121%
9	Toma de citologías cérvico vaginales	170%
10	Inscripciones prenatales	86%
11	Controles subsecuentes de embarazadas	98%
12	Consultas odontológicas de primera vez a embarazadas.	106%

13	Vacunación con Toxoide Tetánico Diftérico	86%
14	Pruebas serológicas para VIH para detección activa de casos de VIH en embarazadas	43%
15	Controles a púerperas	42%
16	Inscripciones de adolescentes	23%
17	Controles subsecuentes a adolescentes	5%
18	Vacunación con Toxoide Tetánico diftérico en adolescentes	16%

Fuente: Evaluación POA Enero a Diciembre 2012.

► Coberturas de Inmunizaciones:

N°	Vacuna	Porcentaje
1	Cobertura de BCG en Recién Nacidos	100%
2	Cobertura de Antipolio 3ra. dosis en menores de 1 año	95%
3	Cobertura de Pentavalente 3ra. dosis en menores de 1 año	95%
4	Cobertura de SPR en niños(as) de 1 año	74%

Fuente: Evaluación POA Enero a Diciembre 2012.

► Coberturas de Vacunación Canino-Felina:

N°	Vacuna	Porcentaje
1	Cobertura de vacunación canina	100 %
2	Cobertura de vacunación felina	100 %

Fuente: Evaluación POA Enero a Diciembre 2012.

► Aspectos sanitarios:

N°	Aspectos sanitarios	Porcentaje
1	Cobertura de abastecimiento de agua adecuada para consumo humano:	95%
2	Cobertura de disposición de excretas (Viviendas con letrina):	99.2%
3	Cobertura de recolección y disposición final de desechos sólidos:	
	Recolección	88%
	Disposición final	86%
4	Catastro de establecimiento de alimentos:	42%
5	Cementerios:	2%
6	Porcentaje de viviendas con energía eléctrica:	98%
7	Numero de Iglesias	25%
8	Número de Centros Escolares	11%
9	Número de expendios de aguardiente	3%
10	Numero de canchas deportivas	5%

Fuente: Evaluación POA Enero a Diciembre 2012.

2.5.5.7. Recursos humanos:

➤ Recursos humanos contratados por MINSAL:

RECURSOS HUMANOS	NÚMERO DE RECURSOS	HORAS DE CONTRATACIÓN
Director	1	8 horas
Médicos Generales	4	24 horas
Médicos especialistas	3	8 horas
Enfermeras	1	8 horas
Enfermera auxiliar	4	32 horas
Licda. En Enfermería	2	16 horas
Psicóloga	1	8 horas
Odontología	2	16 horas
Estadísticos	1	8 horas
Administrativos	6	48 horas
Especialista en alimentos	1	8 horas
Inspector de Salud Ambiental	1	8 horas
Inspector Antidengue	1	8 horas
TOTAL	27	200 horas

Fuente: PESL UCSFI Santa Lucia 2010.

➤ Recursos humanos contratados por FOSALUD:

FOSALUD	CANTIDAD DE RECURSOS
Médicos	3
Ordenanzas	3
Encargados de archivo	3
Encargados de farmacia	3
Enfermeras graduadas	3
Vigilantes nocturnos	2
TOTAL	17

Fuente: PESL UCSFI Santa Lucia 2010.

2.6. ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA MAMA¹⁶

Estudiar la estructura y el funcionamiento de las glándulas mamarias, además de añadir un nuevo motivo para admirar la naturaleza, permite comprender el sentido de las normas que ayudan a hacer posible la lactancia materna.

Las glándulas mamarias están formadas por multitud de racimos constituidos por pequeños sacos llamados alvéolos mamarios, cuyas paredes se hallan tapizadas por las células encargadas de la producción de leche (Ver Figura 1). Desde ellos, la leche es conducida a través de unos conductos que van confluyendo hasta llegar a la altura de la areola, en donde, antes de abrirse en la punta del pezón, se ensanchan formando una especie de remansos, llamados senos galactóforos, en los que se almacena una pequeña cantidad de leche, lista para ser exprimida y succionada por el niño. Aunque los alvéolos mamarios productores de leche ya están funcionando desde el quinto mes de la gestación, es el parto lo que desencadena su plena activación. Al expulsarse la placenta, cae el elevado nivel de estrógenos propio del embarazo y cesa el freno que estas hormonas ejercían sobre la acción de la prolactina. Esta hormona producida por la hipófisis, estimula entonces los alvéolos mamarios; y es la principal responsable de la subida de leche que tendrá lugar entre dos y cuatro días después.

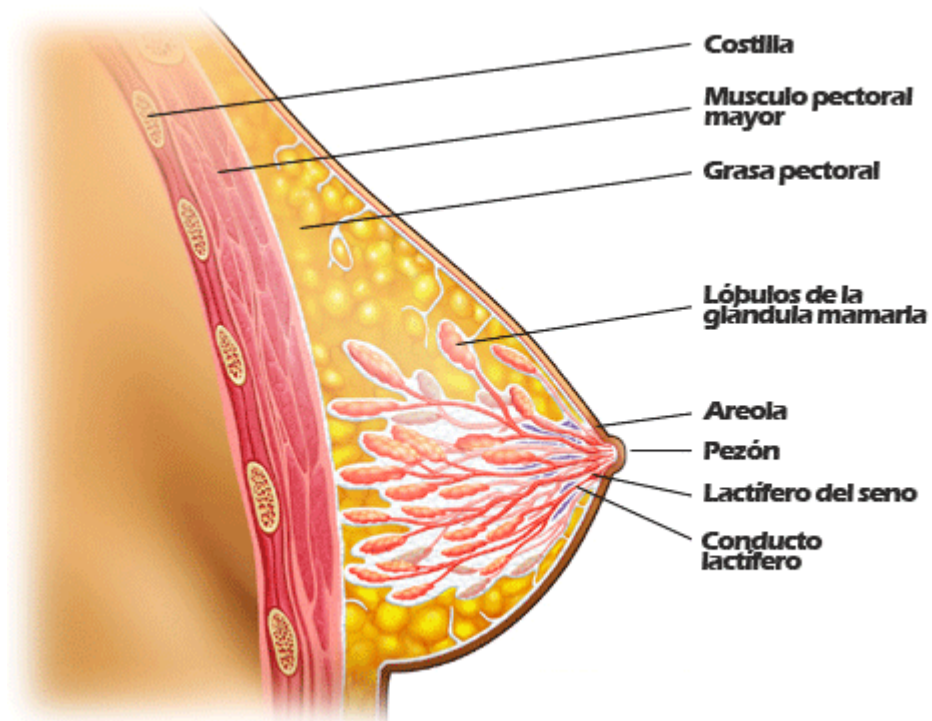
Para que el pecho siga funcionando más allá de ese primer impulso, es preciso que se mantengan altos niveles de prolactina, lo cual se consigue en parte debido a que la succión del pezón produce un reflejo que induce a la hipófisis a liberar dicha hormona, pero sobre todo gracias al vaciado completo y frecuente del pecho.

Por más que la prolactina estimule los alvéolos mamarios, es preciso que la leche producida por ellos en la profundidad de las glándulas mamarias llegue cerca de la superficie para que el bebé sea capaz de sacarla, y ello se logra por la acción de otra hormona, la oxitocina, liberada también por la hipófisis y también en respuesta refleja a la estimulación del pezón, que contrae los alvéolos mamarios y obliga a la leche a salir a

¹⁶Historia y composición de lactancia materna. 2006. http://orbita.starmedia.com/~lactancia_materna.html

través de los conductos y llegar hasta los senos galactóforos, lo que se conoce como reflejo de eyección.

Figura N° 2.6.



La oxitocina provoca también una beneficiosa aunque molesta contracción del útero, siendo la responsable de los característicos "entuetos" que se presentan al inicio de la lactancia.

Para poder obtener esa leche, es decir, para una succión eficaz, el bebé no sólo ha de chupar, sino que debe a la vez exprimir los senos galactóforos presionándolos rítmicamente con su lengua, y de ahí la necesidad de que no coja el pezón por la punta sino que se lo introduzca profundamente en la boca y que pueda cubrir con ella la mayor superficie posible de la areola.

El vaciado del pecho no sólo estimula la glándula mamaria al provocar la liberación de prolactina, sino también porque la leche contiene una sustancia que frena su propia producción y cuanto más completamente sea eliminada con un buen vaciado de la mama, más leche se elaborará. La succión y la prolactina son importantes al principio de la lactancia, pero a partir de las dos semanas, influye más el vaciado frecuente y completo de los pechos.

De este modo, la producción de leche, desencadenada por el parto, pero mantenida por la succión y sobre todo por el vaciado, se podría prolongar indefinidamente, ajustando siempre la oferta a la demanda, pues cuanto más a menudo y completamente se vacíe los pechos, mayor será la cantidad de leche que producirán.

Finalmente, las conexiones que existen entre la hipófisis y la sustancia gris de la corteza cerebral explican la influencia de los factores psicológicos sobre la glándula mamaria. Al ver u oír al bebé reclamando alimento, la hipófisis de la madre puede reaccionar segregando oxitocina y, en sentido contrario, la ansiedad y el cansancio inhiben la liberación de prolactina. De ahí que la emoción del encuentro con el hijo recién nacido y el placer del contacto físico piel a piel contribuyan al éxito de la lactancia materna.

2.7. IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA¹⁷

2.7.1. Composición de la leche materna

La leche no es simplemente un líquido, se la considera un tejido vivo. Contiene células provenientes de la sangre materna: linfocitos T y B, macrófagos, mastocitos y células epiteliales en concentración aproximada de 4.000 mm³. Son responsables de las respuestas inmunológicas y anti infecciosas mediadas por células, de la síntesis de lactoferrina, lisozina, complemento y prostaglandinas. Almacenan y liberan IgA e interferón.

¹⁷Determinantes comportamentales y ambientales relacionados a la práctica de la lactancia materna, Ayala-Oliva, 2010. Tesis de grado, Universidad de El Salvador.

Las células no son destruidas en el tracto gastrointestinal del bebé y conservan toda su capacidad fagocítica. La concentración celular es mayor en el calostro y decrece a los 4 o 5 días. En el bebé recién nacido son las células y las inmunoglobulinas maternas las responsables de protegerlo de la sobre estimulación antigénica.

La leche humana contiene proteínas, azúcares, grasas, minerales, vitaminas, hormonas y enzimas, se encuentran en la concentración ideal para el óptimo crecimiento del bebé y en la exacta proporción entre los componentes, lo que implica menor sobrecarga renal y cardíaca (situación diferente si se lo alimenta con otras leches).

Proteínas: Muchas propiedades particulares de la leche humana se deben a sus proteínas. Los aminoácidos que las componen son característicos de la leche humana. La taurina cuya función es conjugar ácidos biliares, interviene en el sistema nervioso central y actúa como modulador del crecimiento y estabilizador de las membranas.

Se clasifican en: proteínas del suero (60%) y caseína (40%). La caseína, forma un coágulo más blando y digerible y su concentración es menor que en la leche bovina. Es considerada una pro hormona con acción inmuno modulador. Libera un componente que participa en la creación del Lactobacilos Bífidos, de importancia para la formación de la flora intestinal. La proteína mayoritaria del suero lácteo es la Alfa lactalbúmina, de alto valor nutritivo, con componentes adecuados a los requerimientos del neonato.

La Lactoferrina, proteína que compite con las bacterias por el hierro que ellas necesitan determina una acción bacteriostática, especialmente contra la Escherichia coli. Se encuentra en menor concentración en madres desnutridas.

Las Inmunoglobulinas son las responsables principales de la inmunidad humoral. Están presentes los 30 componentes identificados hasta el momento, 18 de ellos se hallan asociados a proteínas séricas humanas, el resto está exclusivamente en la leche. En el calostro, las IgA e IgM tienen concentraciones muy altas que caen a los 4 o 5 días. No ocurre lo mismo con la IgG.

Existe un eslabón entero mamario: el antígeno entra en contacto con el intestino, sensibiliza el sistema linfático local, los linfocitos se vierten a la circulación enteromamario

hasta la glándula mamaria donde comienzan a formar anticuerpos (inmunoglobulinas). Un proceso similar ocurre con los antígenos respiratorios. El neonato inmunológicamente inmaduro al tomar calostro recibe inmunidad contra antígenos ambientales a los que está expuesto. Se han descubierto hasta el momento anticuerpos específicos contra: Escherichia coli, Vibrio Cholerae, Salmonella tiphymurium, Shiguella, Estreptococos grupo B, Neumococos, Kebsiella Pneumoniae,

Haemophilus Influenzae, Rotavirus, Virus sincicial respiratorio, Virus de polio y de rubéola.

La leche humana es el único alimento que provee enzimas para ser digerido, y posee actividad inhibitoria para las mismas. Tal es el caso de la lipasa dependiente de las sales biliares, importante por el alto grado de absorción de grasas que realiza el neonato.

Hidratos de carbono: De los hidratos de carbono la lactosa es predominante. Disacárido cuya única fuente es la leche, es sintetizado en la glándula mamaria. Su función principal es energética. Posee propiedades específicas: poder osmótico (transporte de agua); favorece el crecimiento de la flora acidófila junto al factor bífidio.

Grasas: Constituyen el 50% de las calorías totales que recibe el bebé. Se le atribuyen funciones inmunológicas e intervienen en la formación de la mielina. El perfil de ácidos grasos es constante para cada especie. Su composición varía con la dieta. Existen ácidos grasos saturados (45%) e insaturados (55%). Los poliinsaturados son importantes para la estabilidad de las membranas y la síntesis de prostaglandinas. Recientemente se han adicionado a fórmulas lácteas para recién nacidos y prematuros.

Vitaminas: Un neonato a término, hijo de madre bien nutrida tiene reservas de vitaminas. La concentración de vitaminas liposolubles en la leche depende de la dieta materna, no así las hidrosolubles.

Minerales: La relación calcio - hierro de 2:1, es la adecuada para el neonato humano. El aporte de sodio, cloro y potasio es menor que en otras leches. El calcio, magnesio, cobre, hierro y zinc son de alta indisponibilidad.

Propiedades antialérgicas: La proteína de la leche humana es específica de modo que no es alérgica. En cambio dentro de los 18 días de tomar leche de vaca el niño comienza a desarrollar anticuerpos y puede producir un cuadro clínico que puede ser severo.

Protección contra enfermedad crónica: Estudios epidemiológicos brindan información que sugiere que el amamantamiento por 4 o más meses provee protección inmunológica contra enfermedades que comienzan en la infancia: como la enfermedad de Crohn, diabetes juvenil insulino dependiente, ciertos tipos de leucemia y linfomas.

2.7.2. Beneficios de la lactancia materna

El consumo de leche materna produce beneficios para el recién nacido y su madre y adicionalmente, por sus connotaciones psicológicas, no se ha obtenido sustituto que la iguale.

En el bebé:

- El acto de amamantar crea y mejora la relación madre-hijo.
- Tiene también otros no-nutrientes como factores de crecimiento cerebral.
- La digestión de la leche materna es más fácil y eficiente. La grasa de la leche materna incluye una lipasa, enzima que ayuda a digerir la leche.
- Transmite inmunidad pasiva.
- Provee al bebé de alimento por sus primeros 6 meses de vida.
- Disminuye la gravedad de las alergias.
- Disminuye el riesgo de infecciones respiratorias, digestivas, de las vías aéreas superiores y de otitis.
- Disminuye considerablemente el riesgo de muerte súbita.
- Disminuye el riesgo de obesidad.
- Disminuye el riesgo de diabetes de tipo 1 y 2, de linfoma, hipercolesterolemia y de asma del futuro adulto.

- Tiene la proporción ideal de nutrientes.

En la madre:

- Evita hemorragias después del parto.
- Reduce las posibilidades de adquirir cáncer de mama y de ovario.
- Mejora la mineralización ósea.
- La prolactina le ayuda a conciliar rápidamente el sueño.
- Ayuda a perder peso.

Aspectos prácticos:

- La leche materna está relativamente siempre disponible para el bebé.
- La leche materna está siempre a 37°C.
- La cantidad de leche producida se adapta a las necesidades del bebé.

2.8. CONDICIONANTES DE LA LACTANCIA MATERNA¹⁸¹⁹

Existen distintos factores por los cuales una mujer decide no proporcionarle leche materna a su hijo recién nacido, diversos estudios sugieren que estos factores condicionantes son tan diversos y personales como cada mujer, y a su vez están influenciados por las vivencias y percepciones que han ido adquiriendo estas a lo largo de toda su vida.

¹⁸“El rechazo de la práctica de la Lactancia Materna en el Hospital General de Zona No. 36 Instituto Mexicano del Seguro Social, Coatzacoalcos, Veracruz, México”, Cortez, Cruz, Martínez, Quiroz, Tesis para optar al Título de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad Veracruzana, 1996.

¹⁹Calvo Quirós, Cindy. “Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento”, Marzo 2008.

2.8.1. Condicionantes Macro Sociales

El nivel socioeconómico es uno de los factores condicionantes de la lactancia materna, de este podemos mencionar algunos factores como: la estructura familiar, los ingresos económicos en la mujer trabajadora, así como también la influencia que ejerce el medio en el que se desenvuelve cotidianamente.

El conflicto que existe entre maternidad y trabajo pone de manifiesto la importancia social de la lactancia materna. Las mujeres que dan pecho, tienen derecho a trabajar y las mujeres que trabajan tienen derecho a dar pecho. La lactancia materna requiere una definición de trabajo que respete la crianza y la simbiosis madre criatura como hechos indispensables para el desarrollo del ser humano²⁰.

Aun hoy en día, a muchas madres trabajadoras se les presentan distintos obstáculos para hacer valer sus derechos en cuanto a la licencia para amantar, ya que de una u otra forma se les mina el espacio que poseen, 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; se debe de tomar también en cuenta que muchas de estas mujeres son trabajadoras informales las cuales no cuentan ni si quiera con algún tipo de respaldo por el tipo de trabajo u oficio que realizan.

Según varios autores, el descenso de la frecuencia y la duración de la lactancia al seno materno se debe a dos grandes causas: una ha sido la promoción (apoyada por los medios masivos de comunicación) de la lactancia artificial, basada en la utilización del biberón y las leches industrializadas; y la segunda causa ha sido la integración de las mujeres al mercado de trabajo remunerado, lo que les impide, poco tiempo después del parto, mantenerse cerca de sus hijos para amamantarlos correctamente²¹.

Además, es notable la disminución creciente de la lactancia materna en países en desarrollo, tanto en áreas urbanas como en las rurales. Los factores que se han asociado

²⁰ Blázquez, 2004.

²¹ Vandale-Toney, Rivera et al; 1997.

con su abandono son diversos y difieren de acuerdo con el sitio de residencia y las características culturales y socioeconómicas. La lactancia con frecuencia también declina, cuando las mujeres de zonas rurales, se van a las áreas urbanas donde las practicas modernas pueden reemplazar las tradicionales o estar bajo la influencia de la urbanización, es aquí donde muchas pierden parte de su cultura y creencias ya que se dejan seducir por las facilidades que se presentan en la zona urbana y el tipo de vida que se vive en ella. También la migración a las metrópolis, puede afectar de manera positiva o negativa la alimentación al seno materno; de manera positiva, porque se supone que las mujeres al trasladarse a la ciudad deberían obtener una mejor atención y un mayor acceso a los servicios de salud, con lo cual definitivamente la lactancia materna se beneficia; pero también la migración puede ser obstáculo ya que las mujeres no se trasladan directamente a la ciudad, sino que lo hacen a asentamientos marginales ubicados en las afueras de las metrópolis, en estos cinturones de pobreza las futuras madres deben de afrontar situaciones difíciles en donde muchas veces no alcanzan ni tan siquiera a satisfacer las necesidades básicas y donde no cuentan con un seguro social por lo que su acceso a los servicios de salud se ve limitado, a pesar que las leyes que protegen a la gestante.

2.8.2. Condicionantes económicos

Es dentro de éste Macro Dependencia económica que Países Capitalistas a través de sus compañías Industrializadoras de alimentos infantiles, presentan procesos de producción que resultan elevados, excedente para el Mercado Interno Nacional.

Esta situación de los países desarrollados, se agravó con el descenso de su fecundidad y obligó a la expansión de sus actividades comerciales hacia mercados externos, compuestos en su mayoría por Países subdesarrollados.

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

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 en la economía familiar.

2.8.3. Condicionantes Culturales

Al igual que los factores socioeconómicos, la cultura juega un papel importante en el amamantamiento, esto porque las mujeres se ven influenciadas por las prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven. En algunas culturas se consideraba 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 la Italia de los años 20 se creía que una buena madre era aquella mujer que tenía una gran cantidad de leche en sus senos y amamantaba hasta edades avanzadas a sus hijos. Una mujer que no tenía leche era considerada un fracaso como esposa y como madre, debido al argumento que son las mujeres las únicas con capacidad de amamantar²².

El proveer lactancia materna a los niños ha sido un problema recurrente y cada época y cultura han tenido sus propios condicionantes. El código de Hammurabi, contenía regulaciones sobre la práctica de lactancia, así como durante los siglos XVIII la alimentación era brindada por las nodrizas ya que las madres de esa época deseaban mantener su belleza²³.

Aun 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 deteriora la apariencia de las mamas. También a muchas les da vergüenza amamantar a sus hijos en público mientras que

²²Castilla, 2005.

²³Delgado, Arroyo y cols, 2006.

otras pueden considerar que es más elegante la alimentación con el biberón y que este es un símbolo de estatus social.

La cultura del biberón sustituyó a la de la Lactancia Materna en los años siguientes a la Segunda Guerra Mundial, con una velocidad tal, que apenas a tres Generaciones, el amamantamiento se ha convertido más en la excepción que en la regla de la alimentación Infantil.

2.8.4. Otras condicionantes Macro sociales y Económicas

2.8.4.1. Políticas y acciones de salud

Dadas las condiciones sanitarias y económicas de los Países Subdesarrollados y la comercialización de fórmulas lácteas, para la infancia, se cerró un círculo vicioso de Infección, desnutrición y muerte para la población infantil.

El grupo de salud por su parte desarrolló una sofisticada tecnificación de las fórmulas lácteas, y desentendió la capacitación en la Lactancia al Seno Materno, al grado de que prácticamente desapareció de los programas académicos de Médicos y Enfermeras.

Continuando con otros factores que influyen en el amamantamiento, tenemos a los que son propios del Sistema de Salud.

Algunos autores sugieren que, el contacto con el personal de salud durante la atención prenatal y post parto 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.

La decisión de amantar está fuertemente influenciada por la información acerca de la alimentación infantil que reciben las madres y por el apoyo físico y social proporcionado durante el embarazo parto y puerperio. Las actitudes familiares, médicas y culturales, las condiciones económicas, presiones comerciales y las políticas y normas, nacionales e

internacionales, pueden favorecer o desincentivar la lactancia²⁴. La educación prenatal, los aspectos hospitalarios relacionados con el parto y puerperio precoz, el acceso a la atención primaria y el seguimiento a través de sus consultas y por último la asistencia a talleres y de grupos de apoyo a la lactancia, son aspectos importantes a tomar en cuenta para la promoción y el fomento de lactancia al seno materno²⁵.

El sistema de salud juega un factor importante, dado que se supone que es aquí en donde se va a educar y concienciar a la madre sobre la importancia de brindar el seno a sus hijos, además, 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 puede afectar de manera positiva la decisión de una madre para amamantar a su bebe.

2.8.5. Condicionantes individuales

2.8.5.1. Perfil psicológico

Un aspecto plenamente identificado con la Lactancia al seno Materno, es el corresponde ente al papel que juegan ciertos rasgos psicológicos de la Madre. Las mujeres cuya autoestima los ha de percibirse como incapaces para amamantar, no buscan información, ni desarrolla intentos en favor de su práctica.

De igual forma, las mujeres con mayor control externo de sus actos, aun cuando desean amamantar a sus hijos, se dejan influenciar fácilmente por las observaciones de amigos, medios publicitarios y personal de salud, para adoptar la Lactancia Artificial,

2.8.5.2. Riesgo reproductivo

²⁴Ilabaca y Atalah.2002.

²⁵Navarro, 2003.

Otro grupo de factores son los relacionados con el Riesgo Reproductivo, en el cual las mujeres que cursan con algunas patologías fácilmente se condicionan para no lactar, en virtud de que en muchas ocasiones se sobre valora el desgaste materno del amamantamiento, o bien, se argumenta que los medicamentos se excretan en la leche y que el curso de la enfermedad puede agravarse o transmitir al niño.

Sin embargo hoy en día con los avances de la medicina preventiva curativa y con los riesgos por el uso del biberón, se consideran muy raras las contraindicaciones de la Lactancia Materna.

2.8.5.3. Trabajo

Otro aspecto personal que ha Influído en el amamantamiento, es el trabajo Materno, aducido por las mujeres para no brindar Lactancia Natural, Sin embargo, existen muchas mujeres trabajadoras que utilizan estrategias para asegurar el amamantamiento; emplean nodrizas, demandan sus prestaciones laborales para dar amamantamiento, recolectan la leche materna o se apoyan en familiares y amigos para acercar al lactante al lugar del trabajo,

Es por ello que se dice que ante una mujer decidida a lactar resultan superables aquellos argumentos.

2.8.5.4. Escolaridad

La implementación de la lactancia materna es también 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 hijos²⁶. Así mismo 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, lo que está relacionado con una

²⁶González 2002.

mejor información y comprensión de las ventajas de este tipo de alimentación. Por otro lado, la escolaridad materna tiene una asociación negativa con la Lactancia, más por las vías indirectas de la modernidad, el contacto con profesionales de la salud, el trabajo y la comodidad, que por la propia educación resulte adversa a la Lactancia.

Se puede decir que las mujeres de mayor escolaridad desearon la declinación de la Lactancia y son ellas mismas las que pugnan por su regreso, por sus percepciones hacia la lactancia.

2.8.5.5. Potencialidad

La principal percepción que es necesario reconocer en la mujer, es la relacionada con su potencialidad para lactar. Es decir, la evaluación subjetiva que la mujer hace de sus características biológicas y sociales para poder lactar o a su hijo.

2.8.5.6. Valores

Un segundo aspecto perceptual que se considera en la motivación para brindar alimentación al Seno Materno, es el relacionado con los valores que la mujer asigna a los aspectos naturales o ecológicos, a las tradiciones y al papel femenino en la crianza de los hijos, y que de ello depende en mucho la posibilidad de amamantar.

2.8.5.7. Actitudes

Estas son medidas a través de sus componentes cognitivo, afectivo y conductual, resultan motivacionales para la Lactancia. La razón de él lo estriba en que los conocimientos acerca de la Lactancia tienden a ser considerantes con los sentimientos desarrollados en favor de la y con las conductas asociadas al amamantamiento.

2.8.5.8. Intenciones

Finalmente las intenciones de lactar son factores Individuales que perciben la conducta del amamantamiento, en virtud de que Implican un proceso racional que considera la conducta como factible. Además la manifestación explícita del deseo de lactar, constituye

un factor motivacional importante, *que* a manera de auto reforzamiento influye en el proceso de toma de decisiones.

2.9. COSTOS DE LA LACTANCIA

Los costos de la Lactancia Materna son los dos aquellos gastos económicos, psicológicos y sociales que se tienen que erogar por la mujer o su familia a fin de a mamantear correctamente a su hijo.

2.9.1. Costos Psico Afectivos

Son obstáculos afectivos que la mujer tiene que vencer para lograr el amamantamiento.

Dentro de lo está la vergüenza de solicitar Información sobre Lactancia; permitir la exploración de los senos, o vencer el pudor de amamantar a su hijo en público.

2.9.2. Costos de salud

Los costos de Salud, Incluyen las percepciones de la mujer acerca de que la Lactancia que de afectar su nutrición, favorecer la enfermedad o alterar su mentalidad.

2.9.3. De oportunidad

Los costos de oportunidad, corresponden al dinero que pudiera ganar la Madre, si el tiempo que invierte en la Lactancia, lo empleara en alguna actividad laboral remunerada.

2.10. MOTIVACIÓN PARA LACTAR

2.10.1. Auto cuidado

La motivación Materna para amamantar está dada por las actividades emprendidas en favor de la alimentación al Seno Materno. La primera de ellas corresponde al AUTO CUIDADO del amamantamiento y representa todas aquellas actividades relacionadas con la auto detección de factores de riesgo para lactar artificialmente y el proceso de toma de decisiones para lograr la Lactancia.

2.10.2. Auto Gestión

Se refiere a la serie de acciones encaminadas a proporcionar un correcto amamantamiento. En ellas se Incluyen: la búsqueda de información, la demanda asistencial para un estado de salud óptimo; el mejoramiento de la dieta; la realización de cuidados preventivos en los senos; el ejercicio de las mamas para desarrollar el pezón y el aprendizaje de la técnica correcta del amamantamiento.

CAPTILUDO III

3. HIPOTESIS

- Si las madres lactantes tienen mayor nivel de educación, entonces se brindará lactancia materna exclusiva.
- Si las madres lactantes provienen del área urbana, entonces ofrecerá lactancia materna exclusiva.
- Si las madres lactantes se ven influenciadas por los mitos y creencias entonces se cumplirá la lactancia materna exclusiva.
- Si las madres lactantes son de bajos recursos económicos, entonces practicarán lactancia materna exclusiva.
- Si el personal de salud desarrolla labor educativa en las madres lactantes entonces se brindará lactancia materna exclusiva.
- Si los medios de comunicación promueven la lactancia materna entonces se brindará lactancia materna exclusiva.
- Si el personal de salud cumple la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia materna, entonces se obtendrá lactancia materna exclusiva.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El diseño del presente estudio se determina como Analítico, Retrospectivo, Cuantitativo, ya que pretende dar respuesta a nuestras preguntas de investigación, comprobar las hipótesis propuestas, mediante la recopilación de datos cualificables y cuantificables de los niñas y niños nacidos en el periodo de Enero a Junio de 2012.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de la investigación estaría constituida por 121 niños nacidos vivos en el periodo comprendido del 1° de Enero al 30 de Junio de 2012, del área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucia, tomando en consideración que en el periodo de Julio a Diciembre de 2012, estarían cumpliendo seis meses de edad, logrando determinar el comportamiento de la lactancia materna en ellos. Los 121 niños nacidos vivos se han obtenido del registro de la Alcaldía Municipal respectiva que corresponden al primer semestre del año 2012. Esta muestra se redujo a 98 niños y niñas debido a algunos criterios de exclusión.

Se debe tomar en consideración que la población elegida podría estar asistiendo a control a otros establecimientos de salud de la red de servicios de salud, debido a que en el Municipio de Santa Ana, existen varios de estos conformando dicha red, que si bien tienen una población adscrita definida, el usuario tiene libertad para asistir a cualquiera de estos.

4.2.1. Criterios de Inclusión:

- El niño o niña menor de seis meses haya nacido en el periodo comprendido entre 1° de Enero al 30 de Junio de 2012.

- La madre del niño o niña menor de seis meses resida en el área de responsabilidad de la UCSF Santa Lucia.
- El niño o niña menor de seis meses asista a sus controles infantiles a la UCSF Santa Lucia.
- Personal de salud de la UCSF Santa Lucia que brinda atenciones directas a niños y niñas de la población objetivo.

4.2.2. Criterios de exclusión:

- Migración o cambio de domicilio.
- Dirección inexacta o datos personales erróneos.
- Falta de disposición de la madre a acceder al presente estudio.
- Muerte infantil.
- Que este en control en otros establecimientos de la red.

4.3. UNIDADES DE ANÁLISIS

Los niños y niñas que alcanzan seis meses de edad en el periodo comprendido entre 1° de Junio al 31 de Diciembre de 2012, que pertenecen al área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucia.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.4.1. Técnicas

La técnica que se utilizó en ésta investigación fue la entrevista fundamentada en un instrumento con una serie de preguntas de una encuesta estructurada con preguntas cerradas y categorizadas dirigida a las madres de los niños y niñas menores de seis meses de edad que pertenecen al área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Santa Lucia. De igual forma se utilizó un instrumento dirigido al personal de salud, la cual fue una encuesta.

4.4.2. Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue la guía de entrevista estructurada, la cual constaba de preguntas cerradas y categorizadas con enfoque Cuantitativo, dirigida a las madres de niños y niñas menores de seis meses de edad que pertenecen al área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucía.

También se utilizó un instrumento dirigido al personal de salud que brinda directamente atención materna e infantil, con el que se pretende explorar los conocimientos sobre la lactancia materna, legislación y aplicación de ellos en las atenciones antes mencionadas, la cual será una encuesta.

4.5. PROCEDIMIENTOS

Posterior a la elección del tema e haber identificado la importancia de dicha investigación, habiendo revisado la información existente y consultado a entidades inherentes al tema, se procede a Coordinar con el Médico director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucía, con el objetivo de solicitarle el apoyo para llevar a cabo dicha investigación en su establecimiento, a la vez de comunicarle la importancia que acarrea dicha temática.

Una vez elaborado el instrumento de la entrevista dirigida a madres de la población objetivo, se realizó una prueba de validación con una población que reunía las características necesarias de la población que se estudiara, lo cual servirá para realizar las correcciones pertinentes, para luego recoger los datos con la población objetivo. Dicha prueba se efectuó con un 5% de la muestra elegida.

El procedimiento que se realizará en el momento de recopilación de la información, consistió en que los investigadores entrevistamos a las madres de los niños y niñas menores de seis meses de edad del área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucía.

La entrevista se realizó de forma personal citando a las madres de dichos niños y niñas identificados a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucía, a quienes previamente se les explicó el objetivo de dicha entrevista, de aceptarla, se procedió a realizar la entrevista para recolectar la información.

Posteriormente se entrevisto al personal de salud que brinda las atenciones materno infantiles de forma directa, propiciando la confianza y el sigilo para que el entrevistado exprese de forma cómoda y veraz la información solicitada.

4.6. PLAN DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

La información recolectada se tabulo utilizando el programa Excel, cuyos resultados se presentaron mediante tablas y gráficos con su respectiva interpretación.

El análisis de la información recolectada se realizo por medio de un sistema estadístico de cruces de variables, con el objetivo de comprobar las hipótesis propuestas mediante la técnica del Chi Cuadrado.

CAPITULO V

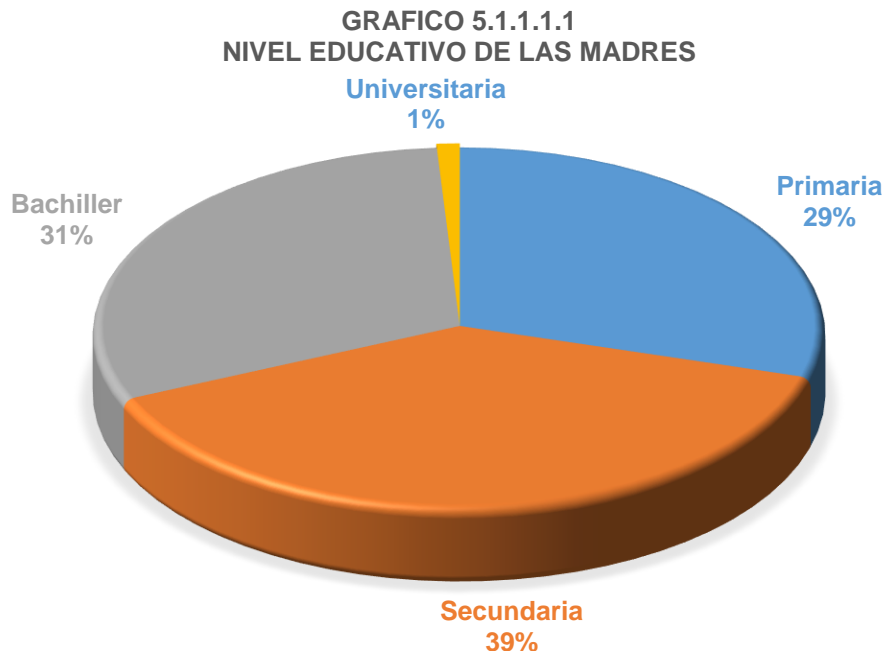
5. PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se presentan datos relacionados al desarrollo de las hipótesis:

5.1.HIPÓTESIS 1: SI LAS MADRES LACTANTES TIENEN MAYOR NIVEL DE EDUCACIÓN, ENTONCES SE BRINDARA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

5.1.1. Resultados descriptivos:

En relación con el enunciado anterior, se puede describir de acuerdo al Grafico N° 5.1.1.1. el nivel educativo de las madres lactantes que fueron estudiadas corresponde en su mayoría con un 39% a la Educación Secundaria, con un 31% a la educación Bachillerato y un 1% al nivel Universitario, los cuales de forma agrupada representan un 71% de las madres con un nivel educativo aceptable que supera la media nacional según la encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2012, en la cual la escolaridad nacional promedio ronda los 6.4 grados, 6.8 grados para el sexo masculino y 5.3 grados para el sexo femenino.



Fuente: Encuesta de Madres Lactantes.

GRAFICO 5.1.1.2.
OCUPACION DE LAS MADRES ENCUESTADAS



Fuente: Encuesta de Madres Lactantes.

En relación al Grafico 5.1.1.2. Se observa que un 90% de las madres encuestadas son amas de casa, situación que hace pensar que la gran mayoría se dedica al cuidado de sus niños y niñas.

5.1.2. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrada:

Al realizar el cruce de las variables del nivel educativo y que si brindan o no lactancia materna exclusiva tenemos:

Hipótesis Nula (H₀): Si las madres lactantes tienen mayor nivel de educación, entonces se brindara lactancia materna exclusiva.

Hipótesis Alternativa (H_A): Si Las madres lactantes que tienen menor nivel educativo, entonces se brindaran lactancia materna exclusiva.

Variable Independiente: Madres lactantes con mayor nivel de educación.

Variable Dependiente: Brindar lactancia materna exclusiva.

Tabla N° 5.1.2.1.

Tabla de Contingencia

NIVEL EDUCATIVO	NO EXCLUSIVO	EXCLUSIVO	TOTAL
Primaria	15	14	29
Secundaria	20	18	38
Bachillerato	11	19	30
Universitario	0	1	1
TOTAL	46	52	98

Tabla 5.1.2.2.

Tabla de Valor Observado

OBSERVADO	NO EXCLUSIVO	EXCLUSIVO	TOTAL
Primaria	15	14	29
Secundaria	20	18	38
Bachillerato	11	19	30
Universitario	0	1	1
TOTAL	46	52	98
	0.46938776	0.53061224	1

Tabla 5.1.2.3.

Tabla Valor Esperado

ESPERADO	NO EXCLUSIVO	EXCLUSIVO	TOTAL
Primaria	13.6122449	15.3877551	29
Secundaria	17.8367347	20.1632653	38
Bachillerato	14.0816327	15.9183673	30
Universitario	0.46938776	0.53061224	1
TOTAL	46	52	98

Tabla 5.1.2.4.

Tabla de cálculos de Chi Cuadrado

CALCULO CHI	NO EXCLUSIVO	EXCLUSIVO	CHI CUADRADO
Primaria	0.14148028	0.12515563	
Secundaria	0.26236398	0.23209122	
Bachillerato	0.67438628	0.59657248	2.91666525
Universitario	0.46938776	0.41522763	
TOTAL	1.5476183	1.36904695	

Resultados

Para un grado de libertad de: $4 - 1 = 3$

Con Nivel de significancia de $\alpha = 0.05$

Se aprueba la H_0 , ya que $x^2p \ll x^2t$, donde $x^2p = 2.91$ y $x^2 = 7.81$

5.1.3. Análisis de los resultados:

Al aprobar la Hipótesis Nula (H_0), se considera que las madres que tienen mayor nivel educativo brindan lactancia materna exclusiva.

La población observada tiene un nivel educativo superior a la media nacional lo cual podría facilitar las actividades de educación en salud y que las madres sean más receptivas a los mensajes educativos y que los pongan en práctica.

Si relacionamos lo anterior con el Grafico 5.1.1.2. En el que se evidencia que el 90% de las madres son Amas de Casa, concluimos que la mayor parte de ellas tienen una escolaridad alta, pero que al momento se encuentran desempeñando funciones en el hogar aunque su nivel educativo les permita aplicar a empleos formales.

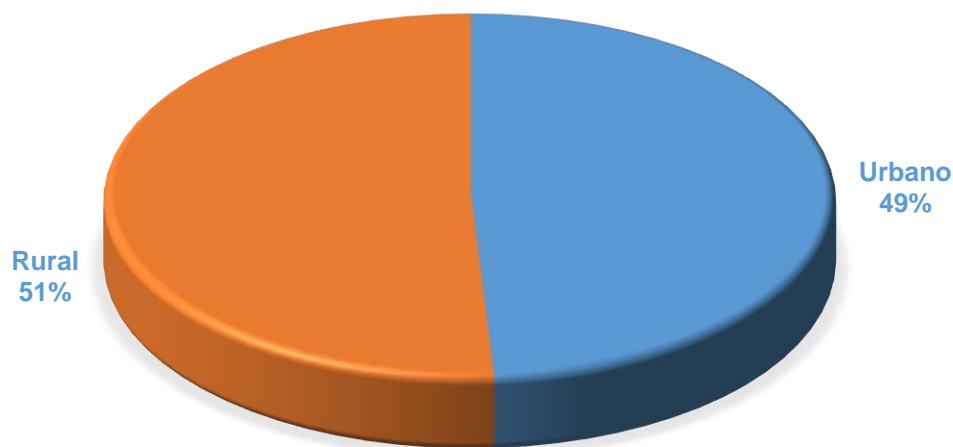
5.2. HIPÓTESIS N° 2: SI LAS MADRES LACTANTES PROVIENEN DE UN ÁREA URBANA, ENTONCES OFRECERÁ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

5.2.1. Resultados descriptivos:

Para la construcción de esta hipótesis se tomó en cuenta el tipo de población que normalmente asiste a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucía, que proviene de áreas aledañas consideradas urbanas y rurales, esta última incrementada por área rural de establecimientos vecinos que por accesibilidad utilizan los servicios de salud del establecimiento en estudio.

En el Grafico N° 5.2.1.1., se observa un comportamiento similar en el origen de las madres lactantes encuestadas, quienes provienen en un 49% del área urbana y en un 51% del área rural.

GRAFICO 5.2.1.1
PROCEDENCIA DE LAS MADRES Y SUS NIÑOS/AS



Fuente: Encuesta de Madres Lactantes.

5.2.2. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrada:

Hipótesis Nula (H₀): Si las madres lactantes provienen de un área urbana, entonces ofrecerán lactancia materna exclusiva.

Hipótesis Alternativa (H_A): Si las madres lactantes provienen del área rural, entonces ofrecerán lactancia materna exclusiva.

Variable Independiente: Madre lactante que proviene del área urbana.

Variable Dependiente: Ofrecen lactancia materna exclusiva.

Tabla N° 5.2.2.1.

Tabla contingencia

AREA	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
Rural	22	28	50
Urbano	24	24	48
TOTAL	46	52	98

Tabla N° 5.2.2.2.

Tabla de Valor Observado

OBSERVADO	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
Rural	22	28	50
Urbano	24	24	48
TOTAL	46	52	98
	0.469387755	0.53061224	1

Tabla N° 5.2.2.3.

Tabla de Valor Esperado

ESPERADO	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
Rural	23.46938776	26.5306122	50
Urbano	22.53061224	25.4693878	48
TOTAL	46	52	98

Tabla N° 5.2.2.4.

Tabla Calculo del Chi Cuadrado

CALCULO CHI	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	CHI CUADRADO
Rural	0.091996451	0.08138148	
Urbano	0.095829636	0.08477237	
TOTAL	0.187826087	0.16615385	0.35397993

Resultados

Para un grado de libertad de: $2 - 1 = 1$

Con Nivel de significancia de $\alpha = 0.05$

Se aprueba la Hipótesis H_0 , ya que $x^2p \ll x^2t$, donde $x^2p = 0.354$ y $x^2 = 3.8415$

5.2.3. Análisis de los resultados:

Al aprobar la Hipótesis Nula (H_0), se considera que la madre que proviene del área urbana brinda lactancia materna exclusiva; esta afirmación se fundamenta en el método estadístico.

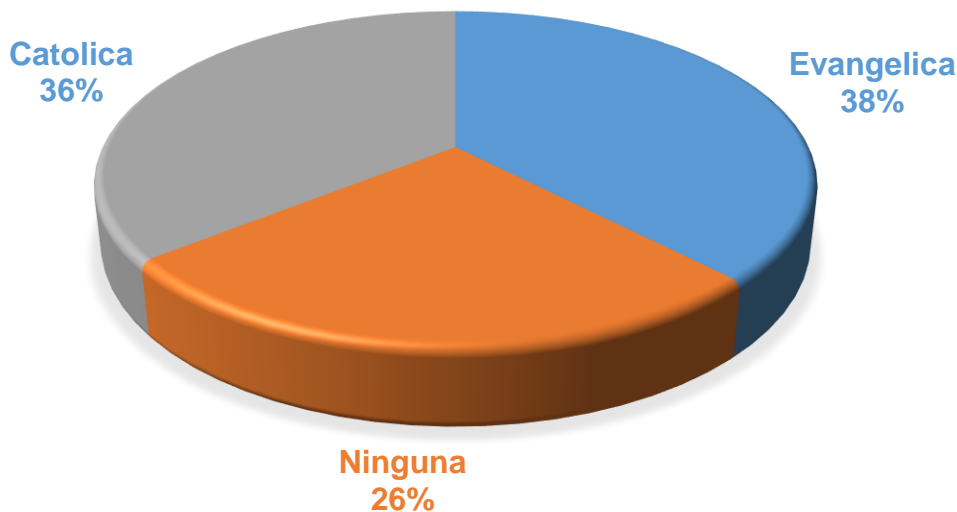
Sin embargo las madres que provienen del área rural también brindan lactancia materna exclusiva, considerando que fueron más madres lactantes del área rural las encuestadas.

5.3. HIPÓTESIS N° 3: SI LAS MADRES LACTANTES SE VEN INFLUENCIADAS POR LOS MITOS Y CREENCIAS, ENTONCES SE CUMPLIRÁ LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

5.3.1. Resultados descriptivos (Primera prueba de hipótesis):

Hemos considerado necesario investigar por medio de la encuesta dirigida a madres lactantes, el tipo de creencia religiosa que profesan. El Grafico N° 5.3.1.1. Describe que un 38% profesan la religión Evangélica, un 36% la religión Católica y un 26% ninguna religión, siendo un 74% las madres que se identifican con alguna religión, en contraste con un 26% que refieren no profesar ninguna.

GRAFICO N° 5.3.1.1
RELIGION DE LAS MADRES



Fuente: Encuesta de Madres Lactantes

Hemos tomado en cuenta este preámbulo para determinar si esas madres lactantes pertenecientes al 74% se ven influenciadas para lactar de forma exclusiva.

5.3.2. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrada (Primera prueba de hipótesis):

Hipótesis Nula (H₀): Si las madres lactantes se ven influenciadas por los mitos y creencias, entonces se cumplirá la lactancia materna exclusiva.

Hipótesis Alternativa (H_A): Si las madres lactantes se ven influenciadas por los mitos y creencias, entonces no se cumplirá lactancia materna exclusiva.

Variable Independiente: Madre lactante influenciada por mitos y creencias para cumplir lactancia materna exclusiva.

Variable Dependiente: Madre que brinda lactancia materna exclusiva.

Tabla N° 5.3.2.1.

Tabla de contingencia

VARIABLES	NO EXCLUSIVO	EXCLUSIVO	TOTAL
Creencias Religiosas	33	39	72
Ninguna	13	13	26
TOTAL	46	52	98

Tabla N° 5.3.2.2.

Tabla de Valor observado

OBSERVADO	NO EXCLUSIVO	EXCLUSIVO	TOTAL
Creencias religiosas	33	39	72
Ninguna	13	13	26
TOTAL	46	52	98
	0.46938776	0.53061224	

Tabla N° 5.3.2.3.

Tabla de valor esperado

ESPERADO	NO EXCLUSIVO	EXCLUSIVO	TOTAL
Creencias religiosas	33.7959183	38.2040817	72
Ninguna	12.2040816	13.7959184	26
TOTAL	46	52	98

Tabla N° 5.3.2.4.

Tabla de cálculo de valor de Chi Cuadrado

CALCULO DE CHI	NO EXCLUSIVO	EXCLUSIVO	CHI CUADRADO
Creencias religiosas	0.01874445	0.01658162	
Ninguna	0.05190772	0.04591837	
TOTAL	0.07065217	0.06249999	0.13315216

Resultados:

Para un grado de libertad de: $2 - 1 = 1$

Con Nivel de significancia de $\alpha = 0.05$

Se aprueba la H_0 , ya que $x^2p \ll x^2t$, donde $x^2p = 0.13315216$ y $x^2t = 3.841$.

5.3.3. Análisis de resultados (Primera prueba de hipótesis):

Se aprueba Hipótesis Nula (H_0): Si las madres lactantes se ven influenciadas por Mitos y Creencias, entonces se cumplirá lactancia materna. Al aprobar esta hipótesis nula concluimos que las madres asociadas a una creencia religiosa, brindan lactancia materna; esto relacionado con el fomento de valores, vínculos afectivos y sentimentales arraigados en la relación de familia.

5.3.4. Resultados descriptivos (Segunda prueba de hipótesis):

En el Grafico N° 5.3.4.1 se evidencia el comportamiento de algunas creencias que inciden en la práctica de la lactancia materna, por ejemplo: comer ciertos alimentos con un 54.08%, usar remedios caseros para que baje la leche con un 8.16%. Un 34.69% que no practican creencias en torno a la lactancia materna. Cabe recalcar que las creencias descritas lejos de disminuir la mencionada práctica, se fomentan para incrementar la producción de leche humana y beneficiar a las madres y sus niños.



Fuente: Encuesta de Madres Lactantes.

5.3.5. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrada (Segunda prueba de Hipótesis):

Hipótesis Nula (H_0): Si las madres lactantes se ven influenciadas por los mitos y creencias, entonces se cumplirá la lactancia materna exclusiva

Hipótesis Alternativa (H_A): Si las madres lactantes se ven influenciadas por los mitos y creencias, entonces no se cumplirá lactancia materna exclusiva.

Variable Independiente: Madre lactante influenciada por mitos y creencias.

Variable Dependiente: Madre que cumple lactancia materna exclusiva.

Tabla N° 5.3.5.1.

Tabla de contingencia

VARIABLES	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
a) Que su compañero de vida le prepare los pechos antes del parto.	1	0	1
b) Comer solo ciertos alimentos.	22	31	53
c) Usar remedios caseros para que baje la leche.	2	6	8
d) Calentar los pechos.	0	1	1
e) No bañarse y asearse durante los primeros 8 días después del parto.	1	0	1
f) No se practican creencias.	20	14	34
TOTAL	46	52	98

Tabla N° 5.3.5.2.**Tabla de Valor observado**

VALOR OBSERVADO	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
a) Que su compañero de vida le prepare los pechos antes del parto.	1	0	1
b) Comer solo ciertos alimentos.	22	31	53
c) Usar remedios caseros para que baje la leche.	2	6	8
d) Calentar los pechos.	0	1	1
e) No bañarse y asearse durante los primeros 8 días después del parto.	1	0	1
f) No se practican creencias.	20	14	34
TOTAL	46	52	98
	0.46938776	0.53061224	1

Tabla N° 5.3.5.3.**Tabla de valor esperado**

VALOR ESPERADO	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
a) Que su compañero de vida le prepare los pechos antes del parto.	0.46938776	0.53061224	1
b) Comer solo ciertos alimentos.	24.877551	28.122449	53
c) Usar remedios caseros para que baje la leche.	3.75510204	4.24489796	8
d) Calentar los pechos.	0.46938776	0.53061224	1
e) No bañarse y asearse durante los primeros 8 días después del parto.	0.46938776	0.53061224	1
f) No se practican creencias.	15.9591837	18.0408163	34
TOTAL	46	52	98

Tabla N° 5.3.5.4.

Tabla de cálculo de valor de Chi Cuadrado

CALCULO DE CHI	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
a) Que su compañero de vida le prepare los pechos antes del parto.	0.59982254	0.53061224	1.13043478
b) Comer solo ciertos alimentos.	0.33284224	0.29443737	0.62727961
c) Usar remedios caseros para que baje la leche.	0.82031943	0.72566719	1.54598662
d) Calentar los pechos.	0.46938776	0.41522763	0.88461538
e) No bañarse y asearse durante los primeros 8 días después del parto.	0.59982254	0.53061224	1.13043478
f) No se practican creencias.	1.02312229	0.90506972	1.92819201
TOTAL	3.8453168	3.4016264	7.2469432

Resultados

Para un grado de libertad de: $6 - 1 = 5$

Con Nivel de significancia de $\alpha = 0.05$

Se aprueba la H_0 , ya que $x^2p \ll x^2t$, donde $x^2p = 7.2469432$ y $x^2t = 11.070$

5.3.6. Análisis de los Resultados:

Se aprueba Hipótesis Nula (H_0): Si las madres lactantes se ven influenciadas por Mitos y Creencias, entonces se cumplirá lactancia materna exclusiva, esto asociado a que independientemente de cuál de ellos esté mayormente arraigado, el objetivo principal de ellos es beneficiar la práctica de la lactancia materna exclusiva.

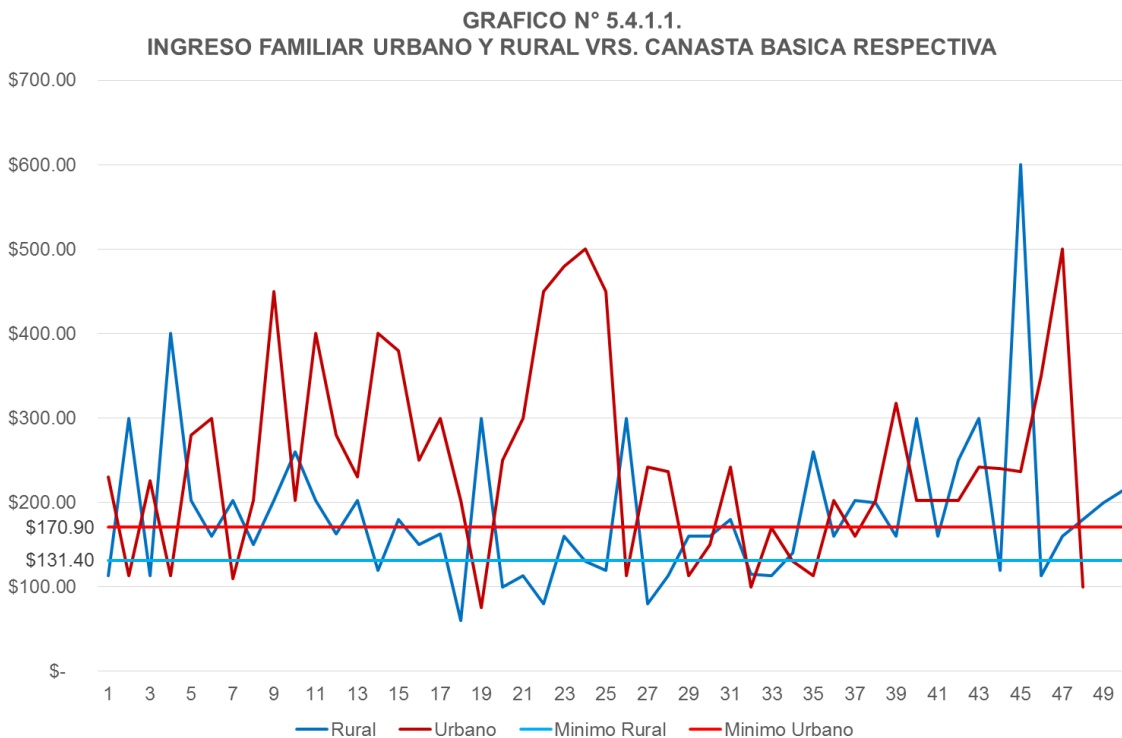
5.

5.4.HIPÓTESIS N° 4: SI LAS MADRES LACTANTES CUENTAN CON RECURSOS ECONÓMICOS, ENTONCES PRACTICARÁN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

5.4.1. Resultados descriptivos:

En relación al Grafico N° 5.4.1.1. Se evidencia en color azul el ingreso familiar rural y en color celeste el precio mínimo de la canasta básica rural (\$131.40), por lo que se comprueba que la mayoría de las madres encuestadas cuentan con ingresos familiares mayores que la canasta básica rural.

Se evidencia en color marrón el ingreso familiar urbano y en color rojo el precio mínimo de la canasta básica rural (\$170.90), por lo que se comprueba que la mayoría de las madres encuestadas cuentan con ingresos familiares mayores que la canasta básica urbana.



Fuente: Encuesta de Madres Lactantes.

5.4.2. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrada:

Hipótesis Nula (H_0): Si las madres lactantes cuentan con recursos económicos, entonces practicarán lactancia materna exclusiva.

Hipótesis Alternativa (H_A): Si las madres lactantes no cuentan con recursos económicos, entonces practicarán lactancia materna exclusiva.

Tabla N° 5.4.2.1.

Tabla de contingencia

VARIABLES	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
< Canasta Básica	13	14	27
> Canasta Básica	33	38	71
TOTAL	46	52	98

Tabla N° 5.4.2.2.

Tabla de valor observado

OBSERVADO	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
< Canasta Básica	13	14	27
> Canasta Básica	33	38	71
TOTAL	46	52	98
	0.469387755	0.53061224	1

Tabla N° 5.4.2.3.

Tabla valor esperado

ESPERADO	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
< Canasta Básica	12.67346939	14.3265306	27
> Canasta Básica	33.32653061	37.6734694	71
TOTAL	46	52	98

Tabla N° 5.4.2.4.

Tabla de Chi Cuadrado

CALCULO DE CHI	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	CHI CUADRADO
< Canasta Básica	0.008413027	0.00744229	0.02188481
> Canasta Básica	0.00319932	0.00283017	
TOTAL	0.011612347	0.01027246	

Resultados

Para un grado de libertad de: $2 - 1 = 1$

Con Nivel de significancia de $\alpha = 0.05$

Se aprueba la H_0 , ya que $x^2p \ll x^2t$, donde $x^2p = 0.021884$ y $x^2t = 3.841$

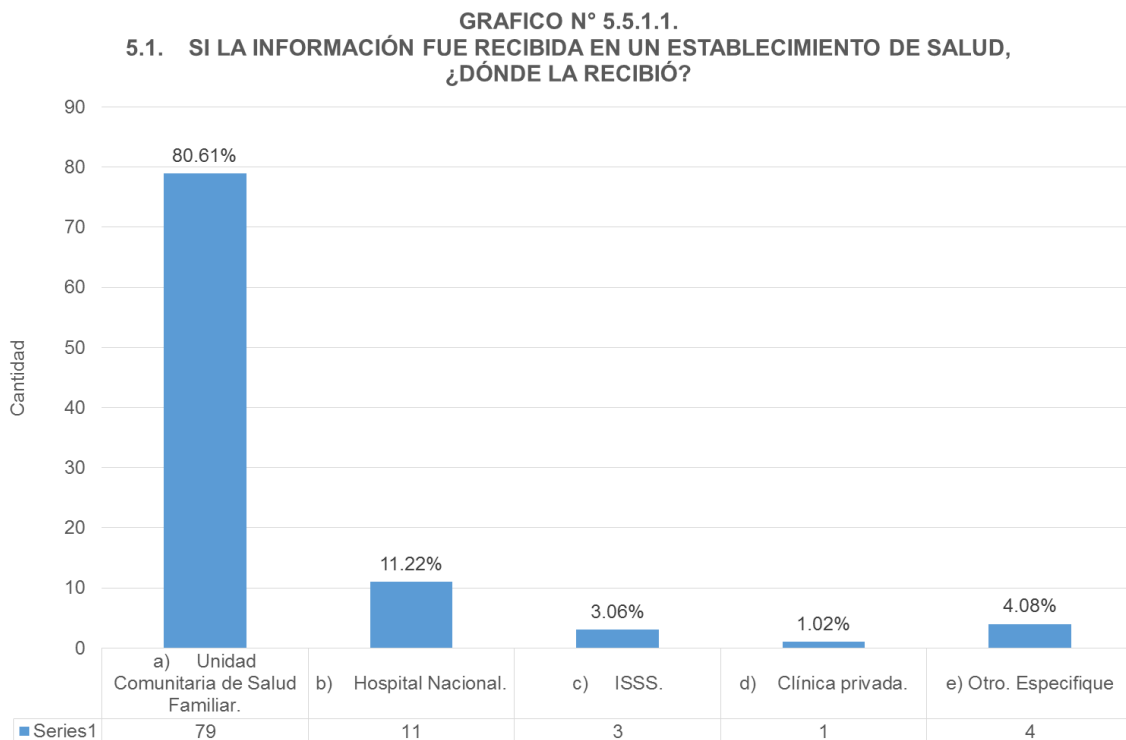
5.4.3. Análisis de resultados:

Se aprueba la Hipótesis Nula (H_0): Si las madres lactantes cuentan con recursos económicos, practicarán lactancia materna exclusiva; Según los datos observados existen otros factores culturales, educativos y económicos que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva, por ejemplo, la mayoría de las madres son Amas de Casa y dependen del ingreso familiar para su subsistencia, el cual supera el valor de la Canasta Básica Alimentaria para su respectiva área de procedencia, en consecuencia brindan lactancia materna.

5.5.HIPÓTESIS N° 5: SI EL PERSONAL DE SALUD DESARROLLA LABOR EDUCATIVA EN LAS MADRES LACTANTES, ENTONCES SE BRINDARA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

5.5.1. Resultados descriptivos:

En el Grafico N° 5.5.1.1. Deja en evidencia que la labor educativa efectuada por el personal de salud es mayor que la que realizan en otros establecimientos del sistema. Vale mencionar que existe relación que las madres encuestadas son Amas de Casa y que por ende solo tienen acceso al sistema público de salud ya que dependen del ingreso familiar; por lo tanto, es congruente esperar que escuchen el mensaje educativo a través del personal de salud del MINSAL.



Fuente: Encuesta de Madres Lactantes.

5.5.2. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrada:

Hipótesis Nula (H_0): Si el personal de salud desarrolla labor educativa en las madres lactantes, entonces se brindara lactancia materna exclusiva.

Hipótesis Alternativa (H_A): Si el personal de salud realiza labor educativa en las madres lactantes, entonces se brindara lactancia materna exclusiva.

Tabla N° 5.5.2.1.

Tabla de contingencia

VARIABLES	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
a) Unidad Comunitaria de Salud Familiar.	35	44	79
b) Hospital Nacional.	6	5	11
c) ISSS.	1	2	3
d) Clínica privada.	1	0	1
e) Otro. Especifique	3	1	4
TOTAL	46	52	98

Tabla N° 5.5.2.2.

Tabla de valor observado

OBSERVADO	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
a) Unidad Comunitaria de Salud Familiar.	35	44	79
b) Hospital Nacional.	6	5	11
c) ISSS.	1	2	3
d) Clínica privada.	1	0	1
e) Otro. Especifique	3	1	4
TOTAL	46	52	98
	0.46938776	0.53061224	1

Tabla N° 5.5.2.3.

Tabla de valor esperado

	ESPERADO	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
a) Unidad Comunitaria de Salud Familiar.		37.0816327	41.9183673	79
b) Hospital Nacional.		5.16326531	5.83673469	11
c) ISSS.		1.40816327	1.59183673	3
d) Clínica privada.		0.46938776	0.53061224	1
e) Otro. Especifique		1.87755102	2.12244898	4
	TOTAL	46	52	98

Tabla N° 5.5.2.4.

Tabla de cálculo de Chi Cuadrado

	CALCULO DE CHI	NO EXCLUSIVA	EXCLUSIVA	TOTAL
a) Unidad Comunitaria de Salud Familiar.		0.11685555	0.10337222	
b) Hospital Nacional.		0.13559732	0.11995148	
c) ISSS.		0.11830819	0.10465725	
d) Clínica privada.		0.59982254	0.53061224	
e) Otro. Especifique		0.67102928	0.59360283	
	TOTAL	1.64161288	1.45219601	3.09380889

Resultados

Para un grado de libertad de: $5 - 1 = 4$

Con Nivel de significancia de $\alpha = 0.05$

Se aprueba la H_0 , ya que $x^2p \ll x^2t$, donde $x^2p = 3.09380889$ y $x^2t = 9.488$

5.5.3. Análisis de resultados:

Se aprueba la Hipótesis Nula: Si el personal de salud desarrolla labor educativa en las madres lactantes, entonces se brindará lactancia materna exclusiva.

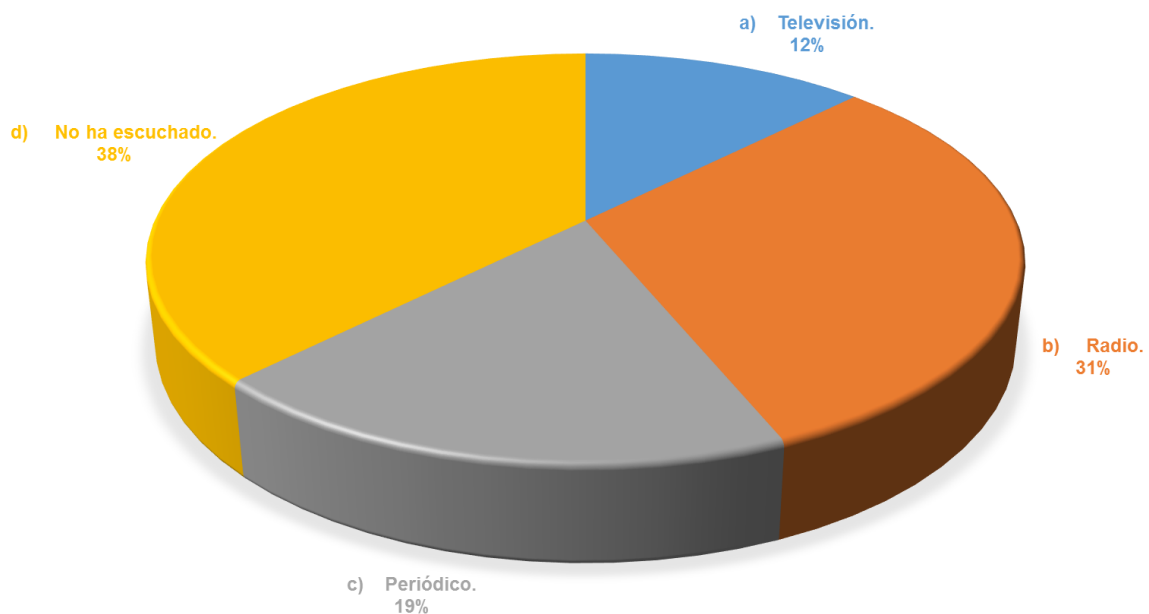
Dicha aprobación comprueba la Hipótesis de Investigación la cual determina el grado de importancia que tiene la labor educativa por parte del personal de salud con el hecho que las madres lactantes brinden lactancia materna exclusiva.

5.6.HIPÓTESIS N° 6: SI LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PROMUEVEN LACTANCIA MATERNA, ENTONCES SE BRINDARÁ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

5.6.1. Resultados descriptivos:

El Grafico 5.6.1.1.Describe la influencia encontrada de los medios de comunicación en la práctica de la lactancia materna en las madres, siendo de 12% para la Televisión, 31% para la radio, 19% para el periódico y 38% que no han escuchado.

GRAFICO N° 5.6.1.1.
4.1. ¿DÓNDE HA ESCUCHADO HABLAR SOBRE LACTANCIA MATERNA?

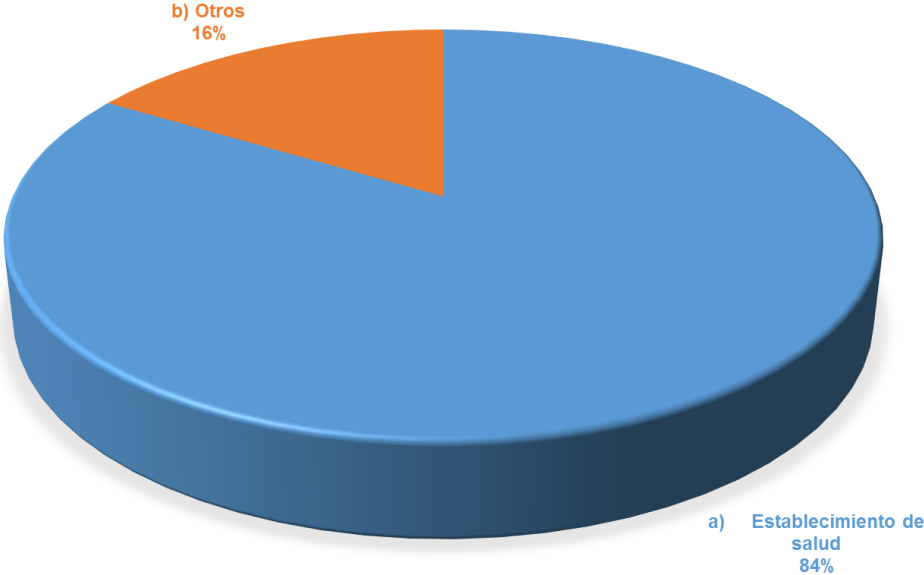


Fuente: Encuesta de Madres Lactantes.

En el Grafico 5.6.1.2. Se describe la importancia de la labor educativa realizada por el establecimiento de salud con un 84% a predominio del resto de medios descritos.

Fuente: Encuesta de Madres Lactantes.

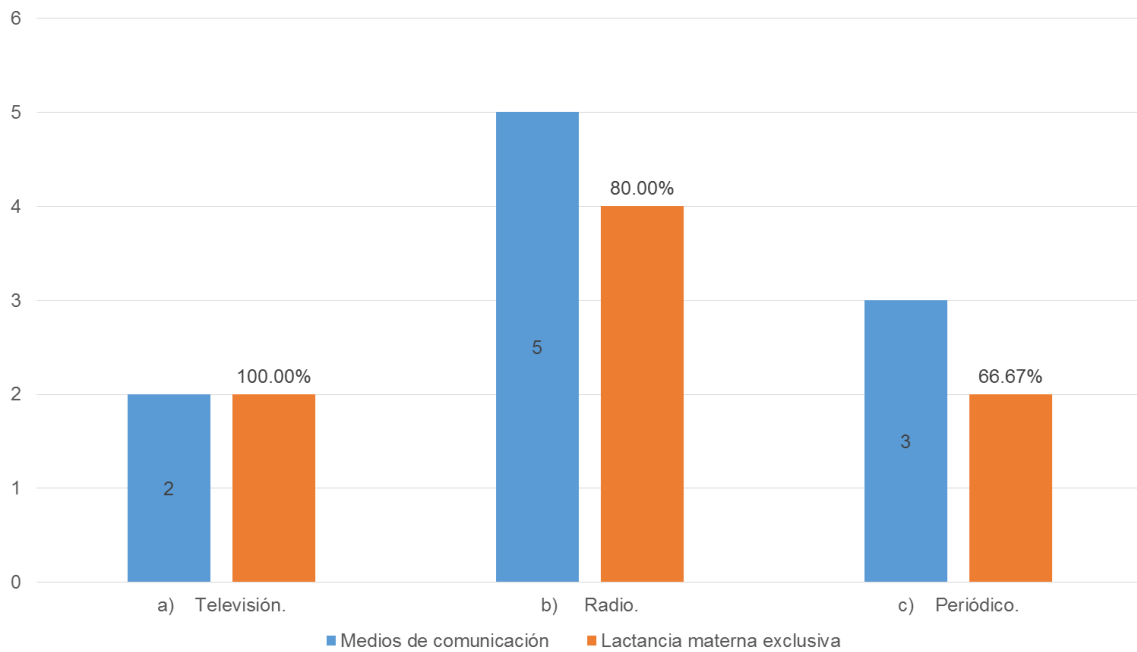
GRAFICO N° 5.6.1.2.
4.1. ¿DÓNDE HA ESCUCHADO HABLAR SOBRE LACTANCIA MATERNA?



En el Grafico 5.6.1.3. Se observa que de 10 madres que recibieron información sobre lactancia materna mediante medios de comunicación, 8 de ellas refieren haber sido influenciadas para practicar lactancia materna exclusiva.

Fuente: Encuesta de Madres Lactantes.

**GRAFICO N°5.6.1.3.
MADRES QUE ESCUCHARON SOBRE LACTANCIA EN MEDIOS DE COMUNICACION
Y QUE BRINDARON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**

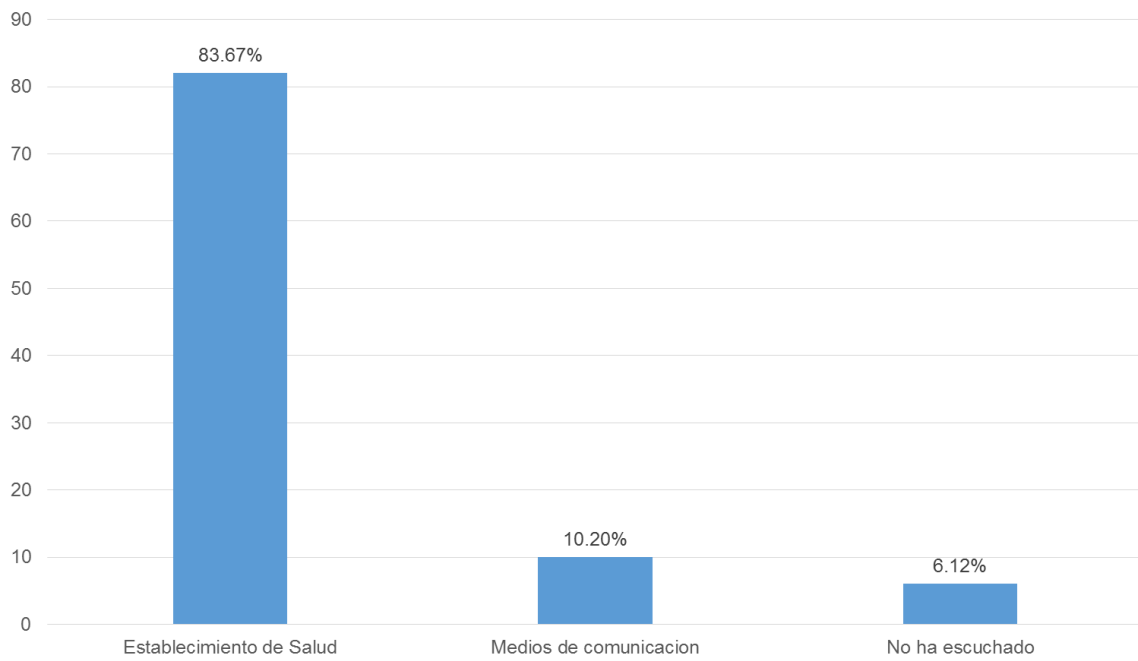


5.6.2. Análisis de los resultados:

Se obtuvo un número reducido de mujeres que refirieron haber escuchado hablar sobre lactancia materna a través de los medios de comunicación por lo que no utilizamos un método estadístico para comprobar nuestra hipótesis; en tal sentido se han descrito los datos en forma proporcional.

Al comparar los diferentes medios de manera global a través de los cuales se brinda información sobre Lactancia Materna, el 10.2% corresponde a las madres lactantes que refirieron haber recibido la información sobre lactancia materna a través de los diferentes medios de comunicación. El 83.67% de madres lactantes refirieron haber recibido dicha información en el establecimiento de salud y un 6.12% refieren no haber escuchado alguna información al respecto.

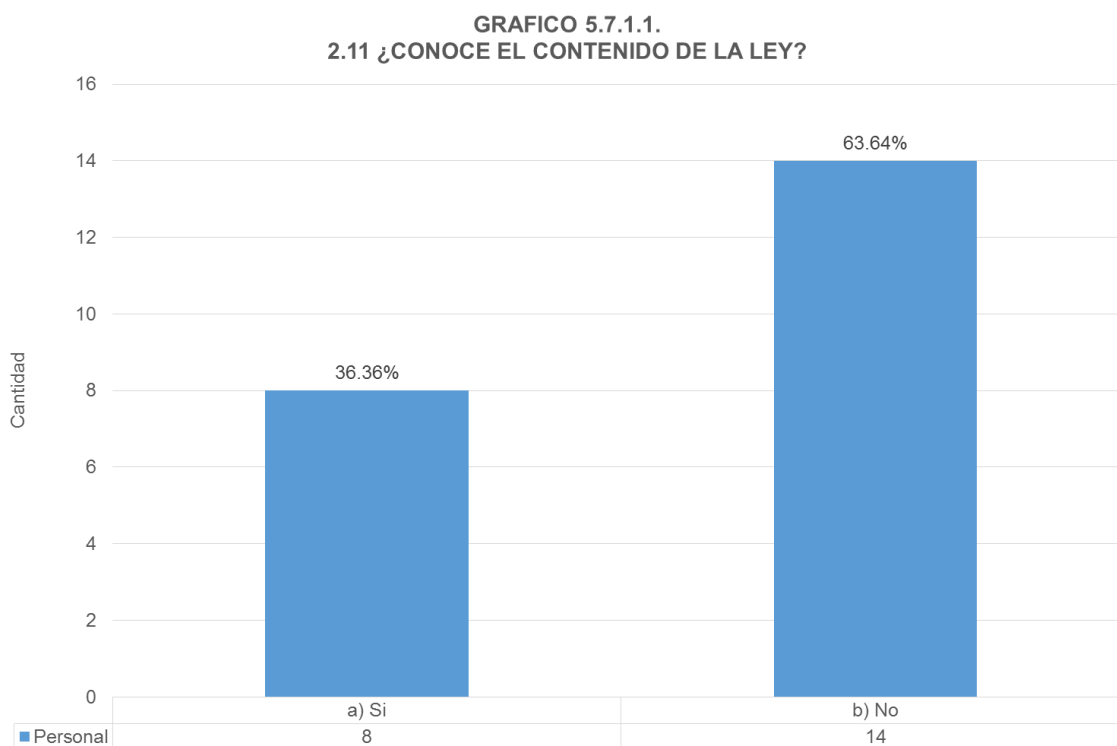
**GRAFICO N° 5.6.2.1.
MEDIOS A TRAVES DE LOS CUALES SE BRINDA INFORMACION SOBRE
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**



Fuente: Encuesta de Madres Lactantes.

5.7.HIPÓTESIS N° 7: SI EL PERSONAL DE SALUD APLICA LA LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA, ENTONCES SE OBTENDRÁ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

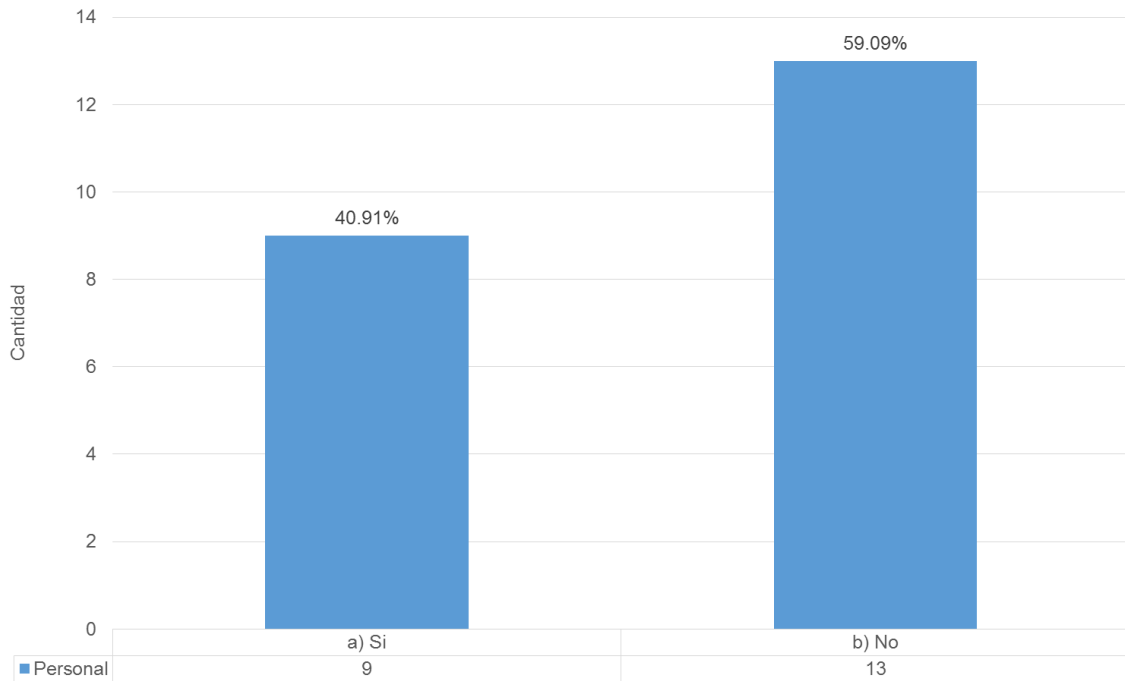
5.7.1. Resultados descriptivos:



Fuente: Encuesta de Madres Lactantes.

Con respecto al Grafico N° 5.7.1.1. Se demuestra que un 63.64% no conoce el contenido de la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna, contra un 36.36% que afirma que la conoce.

GRAFICO 5.7.1.2.
2.14 ¿APLICA LA LEY DE LA LACTANCIA MATERNA EN SU TRABAJO DIARIO?



Fuente: Encuesta de Madres Lactantes.

Con respecto al Grafico N° 5.7.1.2. Se demuestra que un 59.09% no aplica la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna, contra un 40.91% que afirma que la aplica en el ejercicio de su trabajo.

5.7.2. Comprobación de hipótesis por método de Chi Cuadrado:

Hipótesis Nula (H₀): Si el personal de salud aplica la ley de Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna, entonces se obtendrá lactancia materna exclusiva.

Hipótesis Alternativa (H_A): Si el personal de salud aplica la ley de Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna, entonces no se obtendrá lactancia materna exclusiva.

Variable Independiente: Personal de salud que aplique la ley.

Variable Dependiente: Personal de salud que conozca la ley.

Tabla N° 5.7.2.1.

Tabla de contingencia

VARIABLES	APLICA LA LEY	NO APLICA LA LEY	TOTAL
Conoce el contenido de la ley	8	0	8
No conoce el contenido de la ley	1	13	14
TOTAL	9	13	22

Tabla N° 5.7.2.2.

Tabla de valor observado

OBSERVADO	APLICA LA LEY	NO APLICA LA LEY	TOTAL
Conoce el contenido de la ley	8	0	8
No conoce el contenido de la ley	1	13	14
TOTAL	9	13	22
	0.40909091	0.59090909	1

Tabla N° 5.7.2.3.

Tabla de valor esperado

ESPERADO	APLICA LA LEY	NO APLICA LA LEY	TOTAL
Conoce el contenido de la ley	3.27272727	4.72727273	8
No conoce el contenido de la ley	5.72727273	8.27272727	14
TOTAL	9	13	22

Tabla N° 5.7.2.4.

Tabla de cálculo de Chi Cuadrado

CALCULO DE CHI	APLICA LA LEY	NO APLICA LA LEY	TOTAL
Conoce el contenido de la ley	6.82828283	4.72727273	
No conoce el contenido de la ley	3.9018759	2.7012987	
TOTAL	10.7301587	7.42857143	18.1587302

Resultados

Para un grado de libertad de: $2 - 1 = 1$

Con Nivel de significancia de $\alpha = 0.05$

Se rechaza la H_0 , ya que $x^2p \gg x^2t$, donde $x^2p = 18.1587302$ y $x^2t = 3.841$

5.7.3. Análisis de Resultados

Se rechaza la Hipótesis Nula (H_0): Si el personal de salud aplica la ley de Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna, entonces se obtendrá lactancia materna exclusiva.

En este sentido se afirma que la mayor parte del personal de salud no conoce la ley y su contenido, por lo tanto no la puede aplicar. Sin embargo, el personal de salud desarrolla actividades de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna que genera que la mayor parte de madres encuestadas practiquen lactancia materna exclusiva.

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Las madres con mayor nivel de escolaridad brindan lactancia materna exclusiva ya que como resultado del aprendizaje existe mayor receptividad a los mensajes educativos.

Las madres del área urbana brindan lactancia materna exclusiva con un margen estrecho de diferencia con las del área rural, por lo tanto el área de procedencia no determina la práctica.

Los mitos, creencias y prácticas religiosas inciden favorablemente para que las madres brinden lactancia materna exclusiva.

Las madres que cuentan con recursos económicos arriba de la canasta básica de su área de procedencia respectiva brindan lactancia materna exclusiva.

La labor educativa por parte del personal de salud en los establecimientos es fundamental para que las madres se concienticen y brinden lactancia materna exclusiva.

La socialización de los mensajes sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva brindados a través de los diferentes medios de comunicación influye en la práctica de la misma.

El personal de salud no conoce la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, lo cual no les permite su aplicación en su trabajo diario; por lo tanto se pierde la oportunidad de incrementar la práctica de la lactancia materna.

6.2. RECOMENDACIONES

Al ministerio de salud:

Socializar la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna al 100% del Personal de Salud.

Al personal de salud:

Dar cumplimiento a la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna.

A mujeres en etapa reproductiva:

Ser receptivas a los mensajes educativos recibidos por parte del personal de salud y a través de medios de comunicación en favor del fomento de la lactancia materna exclusiva.

A los medios de Comunicación en General:

Generar espacios educativos en favor de la co responsabilidad con el estado con el objetivo de fomentar estilos de vida saludables en la población salvadoreña.

A otras instituciones del estado,

Al Ministerio de Educación:

Apostar al incremento de la escolaridad promedio para se garantice un mejor nivel educativo en la población y de esta forma incidir en el desarrollo de la persona de forma integral.

Al Ejecutivo:

Crear condiciones favorables para el desarrollo social, económico y cultural de la población para contribuir a mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

- Zacarías Ortez Eladio, “Así se investiga”, Modulo 6: Pasos para hacer una investigación, 2000 (Clásicos Roxsil).
- Michael C. Latham, “Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo”, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Roma, 2002, Capitulo 7, Paginas 67-90. <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/W0073S00.HTM>.
- Blair R. Clifford y Richard A. Taylor, Bioestadística, Pearson Educación, México, 2008, Capitulo 4, Introducción a los métodos de inferencia de una muestra, Capitulo 7, Métodos de Muestras Múltiples.

ARTICULOS DE INVESTIGACION

- Calvo Quirós, Cindy. “Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento”, Marzo 2008.
- Unicef “*Retomando el tema de la lactancia materna en la región de América latina y el Caribe- un compromiso de Unicef*”, Pagina 2.
- Fesal, 2008.
- Ana Josefa Blanco Noyola, Directora Ejecutiva de Calma (Centro de Apoyo a la Lactancia Materna), 28 de marzo de 2012.
- Ilabaca y Atalah, 2002.
- Hernández Gamboa, Eduardo. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. Rev. Enf. Actual en Costa Rica (En línea) 2008. <http://www.google.com.gt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&ved=0CEQQFjAE&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2745761.pdf&ei=MjHGUiPAu2A2QXD6lC4CA&usg=AFQjCNHY3tlAGQc5Z-WhE8HhHCA7KwZI-Q>

- Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples 2012.

PAGINAS WEB

- Ministerio de Salud, Marzo de 2011.
- <http://www.google.com.gt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fri.ues.edu.sv%2F149%2F&ei=7CvGUIO8MLCE2QX8pIDgCw&usg=AFQjCNFN1qNtL2xabqnKJnn6TjV6giUwTA&cad=rja>
- <http://ri.ues.edu.sv/149/3/10136043.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 1
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POSTGRADOS
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

GUIA PARA ENTREVISTA ESTRUCTURADA DIRIGIDA A MADRES LACTANTES

Tema de investigación: "Factores sociales, culturales y económicos asociados a la práctica de la lactancia materna en menores de seis meses de edad, del área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucía, de enero a junio de 2012".

Objetivo: Recolectar información que permita determinar los factores asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva en la muestra estimada del presente estudio.

Indicaciones: Registre las respuestas que brinda la persona entrevistada de la manera más exacta posible. Explique que los datos serán manejados de manera estrictamente confidencial.

1. DATOS GENERALES:

Fecha: _____

N° Expediente del menor: _____

Nombre de la madre entrevistada: _____ Edad: __ G __ P __ P __ A __ V __ Estado civil: Casada __ Madre Soltera __ Divorciada __ Viuda __ Acompañada __ Separada __

Edad actual del/la niño/a: _____ Fue prematuro Si __ No __ Sexo del niño/a: M __ F __

Domicilio: _____

Zona de procedencia: Rural ____ Urbana ____

Religión: evangélica ____ católica ____ otra _____ (especificar)

Nivel educativo: Primaria ____ Secundaria ____ Bachiller ____ Técnico ____ Universitario ____

Ocupación: estudiante ____ ama de casa ____ empleada ____ comerciante ____

Desempleada ____

Tipo de empleo: Empleo público ____ Empleo privado ____ Trabajo informal ____

Categoría de empleo: Trabajadores agropecuarios ____ Comercio y Servicio ____ Industria ____ Maquila textil y confección ____

Ingresos económicos: Ninguno ____ \$113.70 ____ \$202.80 ____ \$237.00 ____ \$242.40 ____ Otra cantidad \$ ____ Ingreso familiar: \$ ____

2. CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA:

2.1. ¿Qué entiende por Lactancia Materna exclusiva?

- a) Darle pecho hasta los 6 meses.
 - b) Darle pecho y otra leche u otros alimentos hasta los 6 meses.
 - c) Darle pecho y otra leche u otros alimentos hasta los 2 años.
 - d) No sabe.
- 2.2. ¿Cuál de los siguientes beneficios de la lactancia materna para el niño le motivo a practicarla?
- a) Mas nutrientes y defensas para el niño.
 - b) Más natural y apropiada para el niño.
 - c) Fortalece el crecimiento y desarrollo.
 - d) Mejora el vínculo afectivo.
 - e) Todos los anteriores.
 - f) Ninguno le motivo.
- 2.3. ¿Cuál de los siguientes beneficios que la lactancia materna tiene en la madre le motivó a practicarla?
- a) Es un método de planificación familiar.
 - b) Previene el Cáncer de Mama y de Ovarios.
 - c) Es más fácil, práctico y económico.
 - d) Recupera el peso de la madre.
 - e) Todos los anteriores.
 - f) Ninguno me motivo.
- 2.4. ¿Sabe usted que se puede “planificar” dando lactancia materna exclusiva?
- a) Sí.
 - b) No.
- 2.5. ¿Qué método de planificación familiar utilizó después del nacimiento del niño?
- a) Pastillas.
 - b) Inyecciones.
 - c) DIU.
 - d) Preservativo.
 - e) Esterilización.
 - f) Método de lactancia Materna
 - g) Otro. Especifique: _____
- 2.6. ¿Sabe usted que es el calostro?
- a) La primera leche que sale y es necesaria para el niño.
 - b) La leche amarilla que se debe evitar dar al niño.
 - c) La materia que sale y que no tiene nutrientes para el niño.
 - d) No sabe.

- 2.7. ¿Hasta qué edad considera que se debe dar lactancia materna a los niños?
- a) Menos de 6 meses.
 - b) 6 meses a 1 año.
 - c) 1 a 2 años.
 - d) Mayor de 2 años.
- 2.8. ¿Cuáles cree que sean las consecuencias de la lactancia materna en las madres lactantes?
- a) Enfermedades de la sangre.
 - b) Que baje peso la madre.
 - c) Desmejoramiento de la apariencia física.
 - d) Que se le caiga el pelo.
 - e) Problemas dentales.
 - f) Todas las anteriores.
 - g) Ninguna.
- 2.9. ¿Cuáles son las creencias que en su familia se practican en torno a la lactancia materna?
- a) Que su compañero de vida le prepare los pechos antes del parto.
 - b) Comer solo ciertos alimentos.
 - c) Usar remedios caseros para que baje la leche.
 - d) Calentar los pechos.
 - e) No bañarse y asearse durante los primeros 8 días después del parto.
 - f) No se practican creencias.

3. PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

- 3.1. ¿Le brindó lactancia materna a su último hijo?
- a) Si
 - b) No
- 3.2. Si su respuesta es Si ¿Hasta qué edad del niño le brindó lactancia materna?
- a) Menor de 6 meses
 - b) 6 meses a 1 año
 - c) 1 a 2 años.
 - d) Mayor de 2 años.
- 3.3. ¿Cuál de los siguientes factores predominó en su decisión?
- a) Sus beneficios.
 - b) Costumbres familiares.
 - c) Creencias.
 - d) Convicción propia.

- e) La educación recibida del personal de salud.
- 3.4. Si no brindó lactancia materna, ¿Cuál fue la causa?
- a) Tuvo que volver al trabajo.
 - b) Por alguna enfermedad.
 - c) Porque se le seco la leche.
 - d) Porque se arruinarían sus pechos.
- 3.5. ¿A qué edad del niño agregó un alimento distinto a la leche materna?
- a) Menor 2 meses.
 - b) 3 meses.
 - c) 4 meses.
 - d) 5 meses.
 - e) 6 meses o más.
- 3.6. ¿Qué alimentos utilizó aparte de lactancia materna antes de los 6 meses de edad?
- a) Agua.
 - b) Otra leche.
 - c) Atoles (Incaparina, maíz, arroz, otro).
 - d) Purés.
 - e) Otra comida.
 - f) Ninguno.
- 3.7. ¿Cree usted que al darle solo lactancia materna a su niño/a en los primeros seis meses es suficiente para que se llene y nutra?
- a) Sí.
 - b) No.
- 3.8. ¿Cuántas veces al día le da pecho a su bebé?
- a) No le da.
 - b) Menos de 10 veces al día.
 - c) 10 veces al día o más.
- 3.9. ¿Qué aspectos personales pudieron interferir en la práctica de la lactancia materna exclusiva?
- a) Su relación de pareja.
 - b) Quehaceres del hogar.
 - c) Trabajo.
 - d) Su salud.
 - e) Ninguno.
- 3.10. ¿Qué aspectos de su trabajo pudieron intervenir en la práctica de la lactancia materna exclusiva?
- a) El horario.

- b) La distancia.
- c) El tipo de trabajo.
- d) Ninguno.

4. INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA LACTANCIA MATERNA

4.1. ¿Dónde ha escuchado hablar sobre lactancia materna?

- a) Establecimiento de Salud.
- b) Televisión.
- c) Radio.
- d) Periódico.
- e) No ha escuchado.

4.2. ¿Cuál fue la información recibida a través de los medios de comunicación?

- a) Beneficios de la Lactancia Materna.
- b) Composición de la leche.
- c) Técnicas de amamantamiento.
- d) Divulgación de la ley de promoción y apoyo de la lactancia materna.
- e) No sabe.

4.3. ¿La información recibida a través de los medios de comunicación, le motivo a brindar lactancia materna?

- a) Sí.
- b) No.

5. PREDOMINIO DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS POR PERSONAL DE SALUD

5.1. Si la información fue recibida en un establecimiento de salud, ¿Dónde la recibió?

- a) Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
- b) Hospital Nacional.
- c) ISSS.
- d) Clínica privada.
- e) Otro. Especifique: _____

5.2. ¿De quién recibió la información sobre lactancia materna?

- a) Médico.
- b) Enfermera.
- c) Educadora.
- d) Trabajo Social.
- e) Promotor de Salud.
- f) Personal administrativo.

- 5.3. ¿En qué momento le hablaron sobre la lactancia materna?
- a) Inscripción prenatal.
 - b) Control prenatal.
 - c) Inscripción infantil.
 - d) Control infantil.
 - e) Otro. Especifique: _____

- 5.4. ¿La información recibida del personal de salud, le motivo a brindar lactancia materna?
- a) Sí.
 - b) No
 - c) No aplica

6. CONOCIMIENTO DE LA LEY DE LA LACTANCIA MATERNA

- 6.1. ¿Conoce usted que existe una ley de protección a la Lactancia Materna en El Salvador?
- a) Sí.
 - b) No.

- 6.2. ¿Dónde conoció la ley de lactancia materna?
- a) Medios de comunicación.
 - b) Establecimientos de salud.
 - c) Trabajo.
 - d) Grupos organizados.
 - e) Otros. Especifique: _____

- 6.3. ¿Qué beneficios conoce sobre la ley de lactancia materna?
- a) Dan 1 hora para amamantar al niño.
 - b) Regula la venta de otras leches.
 - c) El derecho de recibir información.
 - d) Ninguno.

- 6.4. ¿Conoce usted que en su trabajo tiene derecho a 1 hora al día durante los primeros 6 meses de nacido su niño para brindarle lactancia materna?
- a) Sí.
 - b) No.

- 6.5. ¿Ha gozado de este beneficio?
- a) Sí.
 - b) No.

- 6.6. ¿Considera usted que la existencia de la ley ha contribuido en fomentar la lactancia materna en El Salvador?
- a) Sí.

- b) No
- c) No sabe

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POSTGRADOS
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

GUÍA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD

“Factores sociales, culturales y económicos asociados a la práctica de la lactancia materna en menores de seis meses de edad, del área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Lucía, de enero a junio de 2012”.

Objetivo: Recolectar información que permita identificar el predominio de las actividades educativas brindadas por el personal de salud en la práctica de la lactancia materna.

Indicaciones: Registre las respuestas que brinda la persona entrevistada de la manera más exacta posible. Explique que los datos serán manejados de manera estrictamente confidencial.

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Fecha _____

Nombre del Recurso _____ Edad _____

Sexo: M ___ F ___ Disciplina _____ Años de Trabajo en la Institución _____

Área de trabajo _____

2. CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE LA LEY DE LACTANCIA MATERNA Y SU APLICACIÓN

2.1. ¿Conoce usted la ley de la lactancia materna?

- a) Sí.
- b) No.

2.2. ¿Quién se la dio a conocer? _____

2.3. ¿Cuándo fue la última vez que recibió una capacitación? _____

2.4. ¿Dónde recibió por última vez la capacitación? _____

2.5. ¿Cuántas capacitaciones ha recibido en torno al tema? _____

2.6. ¿Existe al menos un plan de Educación Continua en su establecimiento que contenga la temática de lactancia materna?

- a) Sí.
- b) No.
- c) No sabe.

2.7. ¿Qué disciplina es la encargada de desarrollar dicho plan?

- a) Médico.

- b) Enfermera.
 - c) No sabe.
- 2.8. ¿Existe monitoreo de dicho Plan de Educación continua?
- a) Sí.
 - b) No.
 - c) No sabe.
- 2.9. Si su respuesta es Sí, ¿Quién realiza dicho monitoreo?
- a) Director.
 - b) Jefatura de Enfermería.
 - c) No sabe.
- 2.10. ¿Conoce usted hace cuanto fue aprobada la ley de lactancia materna?
- _____
- 2.11. ¿Conoce usted el contenido de la ley?
- a) Si.
 - b) No.
- 2.12. Cómo personal de salud, ¿Qué responsabilidades tiene en el cumplimiento de la ley de lactancia materna en cuanto a la promoción y apoyo?
- a) _____
 - b) _____
 - c) _____
- 2.13. Cómo personal de salud, ¿Qué responsabilidades tiene en el cumplimiento de la ley de lactancia materna en cuanto a la protección?
- a) _____
 - b) _____
 - c) _____
- 2.14. ¿Aplica la ley de lactancia materna en su trabajo diario?
- a) Sí.
 - b) No.
- 2.15. Si su respuesta es Sí, enumere actividades que ha desarrollado en su puesto de trabajo para garantizar el cumplimiento de la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna:
- a) _____
 - b) _____

c) _____

2.16. ¿Enumere Lineamientos de atención del MINSAL que contribuyan a la aplicación de la ley de lactancia materna?

a) _____

b) _____

c) _____

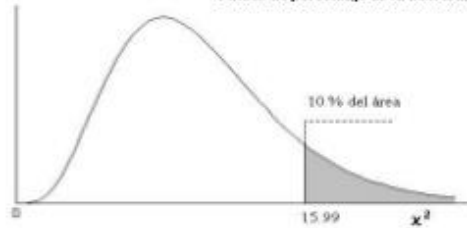
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 3

TABLA DE CHI CUADRADO

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN χ^2

Puntos de porcentaje de la distribución χ^2



Ejemplo:

Para $\phi = 10$ grados de libertad

$$P[\chi^2 > 15.99] = 0.10$$

ϕ / α	0.995	0.99	0.975	0.95	0.9	0.75	0.5	0.25	0.1	0.05	0.025	0.01	0.005	Z_{α}
1	3.93E-05	1.57E-04	9.82E-04	3.93E-03	1.58E-02	0.102	0.455	1.323	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88	1
2	1.00E-02	2.01E-02	5.06E-02	0.103	0.211	0.575	1.386	2.77	4.61	5.99	7.38	9.21	10.60	2
3	7.17E-02	0.115	0.216	0.352	0.584	1.213	2.37	4.11	6.25	7.81	9.35	11.34	12.84	3
4	0.207	0.297	0.484	0.711	1.064	1.923	3.36	5.39	7.78	9.49	11.14	13.28	14.86	4
5	0.412	0.554	0.831	1.145	1.610	2.67	4.35	6.63	9.24	11.07	12.83	15.09	16.75	5
6	0.676	0.872	1.237	1.635	2.20	3.45	5.35	7.84	10.64	12.59	14.45	16.81	18.55	6
7	0.989	1.239	1.690	2.17	2.83	4.25	6.35	9.04	12.02	14.07	16.01	18.48	20.3	7
8	1.344	1.647	2.18	2.73	3.49	5.07	7.34	10.22	13.36	15.51	17.53	20.1	22.0	8
9	1.735	2.09	2.70	3.33	4.17	5.90	8.34	11.39	14.68	16.92	19.02	21.7	23.6	9
10	2.16	2.56	3.25	3.94	4.87	6.74	9.34	12.55	15.99	18.31	20.5	23.2	25.2	10
11	2.60	3.05	3.82	4.57	5.58	7.58	10.34	13.70	17.28	19.68	21.9	24.7	26.8	11
12	3.07	3.57	4.40	5.23	6.30	8.44	11.34	14.85	18.55	21.0	23.3	26.2	28.3	12
13	3.57	4.11	5.01	5.89	7.04	9.30	12.34	15.98	19.81	22.4	24.7	27.7	29.8	13
14	4.07	4.66	5.63	6.57	7.79	10.17	13.34	17.12	21.1	23.7	26.1	29.1	31.3	14
15	4.60	5.23	6.26	7.26	8.55	11.04	14.34	18.25	22.3	25.0	27.5	30.6	32.8	15
16	5.14	5.81	6.91	7.96	9.31	11.91	15.34	19.37	23.5	26.3	28.8	32.0	34.3	16
17	5.70	6.41	7.56	8.67	10.09	12.79	16.34	20.5	24.8	27.6	30.2	33.4	35.7	17
18	6.26	7.01	8.23	9.39	10.86	13.68	17.34	21.6	26.0	28.9	31.5	34.8	37.2	18
19	6.84	7.63	8.91	10.12	11.65	14.56	18.34	22.7	27.2	30.1	32.9	36.2	38.6	19
20	7.43	8.26	9.59	10.85	12.44	15.45	19.34	23.8	28.4	31.4	34.2	37.6	40.0	20
21	8.03	8.90	10.28	11.59	13.24	16.34	20.3	24.9	29.6	32.7	35.5	38.9	41.4	21
22	8.64	9.54	10.98	12.34	14.04	17.24	21.3	26.0	30.8	33.9	36.8	40.3	42.8	22
23	9.26	10.20	11.69	13.09	14.85	18.14	22.3	27.1	32.0	35.2	38.1	41.6	44.2	23
24	9.89	10.86	12.40	13.85	15.66	19.04	23.3	28.2	33.2	36.4	39.4	43.0	45.6	24
25	10.52	11.52	13.12	14.61	16.47	19.94	24.3	29.3	34.4	37.7	40.6	44.3	46.9	25
26	11.16	12.20	13.84	15.38	17.29	20.8	25.3	30.4	35.6	38.9	41.9	45.6	48.3	26
27	11.81	12.88	14.57	16.15	18.11	21.7	26.3	31.5	36.7	40.1	43.2	47.0	49.6	27
28	12.46	13.56	15.31	16.93	18.94	22.7	27.3	32.6	37.9	41.3	44.5	48.3	51.0	28
29	13.12	14.26	16.05	17.71	19.77	23.6	28.3	33.7	39.1	42.6	45.7	49.6	52.3	29
30	13.79	14.95	16.79	18.49	20.6	24.5	29.3	34.8	40.3	43.8	47.0	50.9	53.7	30
40	20.7	22.2	24.4	26.5	29.1	33.7	39.3	45.6	51.8	55.8	59.3	63.7	66.8	40
50	28.0	29.7	32.4	34.8	37.7	42.9	49.3	56.3	63.2	67.5	71.4	76.2	79.5	50
60	35.5	37.5	40.5	43.2	46.5	52.3	59.3	67.0	74.4	79.1	83.3	88.4	92.0	60
70	43.3	45.4	48.8	51.7	55.3	61.7	69.3	77.6	85.5	90.5	95.0	100.4	104.2	70
80	51.2	53.5	57.2	60.4	64.3	71.1	79.3	88.1	96.6	101.9	106.6	112.3	116.3	80
90	59.2	61.8	65.6	69.1	73.3	80.6	89.3	98.6	107.6	113.1	118.1	124.1	128.3	90
100	67.3	70.1	74.2	77.9	82.4	90.1	99.3	109.1	118.5	124.3	129.6	135.8	140.2	100
Z_{α}	-2.58	-2.33	-1.96	-1.64	-1.28	-0.674	0.000	0.674	1.282	1.645	1.96	2.33	2.58	Z_{α}

Para $\phi > 100$ tómesse $\chi^2 = \chi^2_1(Z_{\alpha} + \sqrt{2\phi - 1})^2$. Z_{α} es la desviación normal estandarizada correspondiente al nivel de significancia y se muestra en la parte superior de la tabla.