

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADUACIÓN

TEMA:

“FACTORES MATERNOS QUE CONDICIONAN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS MENORES DE 6 MESES DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA “EL TINTERAL” MUNICIPIO COATEPEQUE, SANTA ANA, EN EL PERIODO DE MARZO A AGOSTO DE 2016”

PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE DIRECTOR:
DR. RENÉ ALFONSO MUÑOZ BELTRAN

PRESENTADO POR:
GOMEZ ESCOBAR, EDWIN ROBERTO
MENENDEZ HERNANDEZ, FREDY EDGARDO
MIRANDA ISCOT, MIGUEL JOSÉ

OCTUBRE DE 2016

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES CENTRALES

LICENCIADO JOSE LUIS ARGUETA ANTILLON
RECTOR INTERINO

MSc ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICE-RECTOR ACADEMICO INTERINO

INGENIERO CARLOS ARMANDO VILLALTA
VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA
SECRETARIA GENERAL INTERINA

Mdh CLAUDIA MARIA MELGAR DE ZAMBRANA
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICENCIADA NORA BEATRIZ MELENDEZ
FISCAL GENERAL INTERINA

AUTORIDADES
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

INGENIERIO JORGE WILLIAM ORTIZ SANCHEZ
DECANO INTERINO

LICENCIADO JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA
VICE-DECANO INTERINO

LICENCIADO DAVID ALFONSO MATA ALDANA
SECRETARIO INTERINO DE LA FACULTAD

DOCTOR NELSON EMILIO MONTES REYES
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AGRADECIMIENTO

- A Dios todopoderoso, porque a lo largo de nuestra carrera nos iluminó con sabiduría y nos dio la fe y humanidad para servir a los demás con amor y de esta manera culminar nuestra primera meta
- A nuestros queridos padres, por brindarnos su apoyo incondicional y guiarnos por el camino correcto, por todos estos años de sacrificio y amor
- A nuestros compañeros y amigos, por apoyarnos, sobre todo por sus palabras de aliento.
- A nuestros maestros, por habernos transmitido disciplina, fortaleza y sabiduría.
- Al Doctor Rene Alfonso Muñoz, nuestro asesor, por su invaluable apoyo y consejos.

INDICE

| CONTENIDO | PÁGINA |
|--|--------|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1 Antecedentes del problema | 8- 9 |
| 1.1.1 Planteamiento del problema | 10 |
| 1.2 Justificación | 11 |
| 1.3 Objetivos | 12 |
| 1.4 Resultados esperados | 13 |
| CAPITULO II FUNDAMENTACION TEORICA | |
| 2.1 Marco teórico | 14 |
| 2.1.1 Historia de la importancia de la lactancia materna | 14 |
| 2.1.2 Ventajas de la lactancia materna natural | 15-16 |
| 2.1.3 Producción de la leche materna | 17-20 |

| | |
|---|-------|
| 2.1.4 Propiedades y valor de leche materna | 21-28 |
| 2.1.5 Diez pasos para una lactancia materna exitosa | 29-30 |
| 2.1.6 Problemas específicos de la lactancia materna | 31-40 |
| 2.1.7 Estrategias de apoyo a la lactancia materna | 41-50 |
| CAPITULO III TIPO Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION | |
| 3.1 Tipo de estudio | 51 |
| 3.2 Diseño de la investigación | 51-57 |
| CAPITULO IV RESULTADO Y ANALISIS DE RESULTADOS | |
| 4.1 Resultado y análisis de resultados | 58-69 |
| Conclusiones | 70 |
| Recomendaciones | 71 |
| Referencia bibliográficas | 72 |
| ANEXOS | |
| Anexo 1 Cronograma de investigación | 73 |
| Anexo 2 Presupuesto | 73 |
| Anexo 3 Instrumento de investigación | 74-75 |
| Anexo 4 Hojas volantes informativas y afiches | 76-77 |

INTRODUCCIÓN.

Desde que existe la humanidad, la leche materna ha constituido la principal fuente de alimentación para el niño pequeño. Conocida también como “sangre blanca” es denominada alimentación natural debido a que es la madre la que la produce. Siendo además el alimento por excelencia que provee al recién nacido de todos los micronutrientes, minerales e inmunoglobulinas necesarias para su desarrollo óptimo.

El uso y desuso de la lactancia materna, ha sido tema de contradicción desde épocas anteriores. Hasta el siglo XIX, la edad posible para el destete era entre el segundo y tercer año de vida, pero en el siglo XX y XXI, ha tenido gran disminución influenciado por la producción y elaboración de fórmulas infantiles y el desconocimiento de su importancia (1). Así mismo existe evidencia que la falta de educación sobre la lactancia materna provoca el destete precoz.

Todo esto ha hecho que en nuestros tiempos exista una tendencia mayor al destete precoz. Se hace necesario promover la importancia de la lactancia materna en la supervivencia, crecimiento y desarrollo infantil, así como también la salud y bienestar de la madre.

En este trabajo se desarrolla la investigación sobre los factores que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en lactantes menores de 6 meses de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar “El Tinteral” para plantear cuales son las necesidades que deben cubrirse y evitar el destete temprano.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Mantener durante seis meses una alimentación exclusiva con leche materna siempre había provocado dudas relacionadas con el crecimiento infantil sin embargo en la Reunión de Expertos se concluyó que en términos poblacionales no había alteraciones. En referencia a las necesidades nutricionales de los niños normales nacidos a término se observó que están cubiertas por la leche materna durante los primeros seis meses (2).

Antes de los 6 meses también puede haber limitación de otros nutrientes tales como el zinc y algunas vitaminas, sin embargo existe poca información para sustentar que esa deficiencia de zinc limite el crecimiento de los niños de manera alguna. Pasada la barrera de los seis meses es más difícil (que no imposible) que la lactancia cubra por sí sola las necesidades nutricionales de los bebés y por ello se recomienda complementarla con otra alimentación.

Echando una mirada a los países más desfavorecidos y en ambientes donde las condiciones de salubridad son pobres esperar hasta más allá de los seis meses puede ser beneficioso para los bebés ya que supone retrasar alimentación que podría exponer a los bebés a patógenos alimenticios. Sin embargo, los seis meses coinciden más o menos con la edad en que empiezan a explorar activamente su entorno por lo que están expuestos igualmente a microbios a través del suelo y de todos los objetos que se llevan a la boca.

Citamos algunos estudios sobre conocimiento de la educación sobre lactancia materna que nos sirven como antecedentes de base para nuestro estudio:

1. La Habana, Cuba: Se realizó un estudio retrospectivo sobre el conocimiento de la lactancia materna exclusiva en pacientes ingresados en el hogar

materno "La Palma", de un universo de 192 embarazadas del cual se tomó como muestra 120, en el período de enero de 1998 a enero de 1999. Se confeccionó un formulario para recoger datos individuales y generales del niño y la madre, que aparecen en la encuesta, como son lugar de residencia de la madre, conocimientos de las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la escolaridad, factores que influyen en destete precoz y período de lactancia materna exclusiva. Los resultados se expresaron en tablas por el método estadístico de porcentaje.(8)

2. Se realizó un estudio transversal y descriptivo, mediante la aplicación de una encuesta a 502 madres que acudieron a centros hospitalarios públicos y privados de Caracas y Maracaibo, entre julio y diciembre de 2007.(2)

Resultados: El 90,64% (n: 455) de las madres amamantaron a sus hijos; la mayoría tenía un promedio de 2 ó menos hijos y provenía de áreas urbanas. El grupo etario que prevaleció fue de 26-35 años. El 55,12% (n: 113) de los niños recibió lactancia materna por un período de 6 meses o más. Sólo el 5,93% (n: 27) inició la lactancia materna antes de la primera hora post-parto. El 81,4% (n: 409) de las madres conocía las ventajas de la lactancia materna, sin embargo, la mayoría de ellas conocía sólo los beneficios para el niño. El 55,18% (n: 277) de las madres tenía información sobre alguna forma de conservación de la leche materna una vez extraída.

3. El Salvador: Se realizó un estudio en el año 2010: "Lactancia Materna de las madres lactantes que asisten a control materno en la Unidad de Salud Barrios del SIBASI Centro, del departamento de San Salvador en el periodo abril- septiembre 2010"

El objetivo general de la investigación era interpretar los conocimientos en Lactancia Materna de las madres que asisten a control materno. Todos estos estudios nos orientan a la necesidad de reforzar los esfuerzos para evitar el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida.

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La lactancia materna óptima de los lactantes menores de dos años de edad tiene más repercusiones potenciales sobre la supervivencia de los niños que cualquier otra intervención preventiva, ya que puede evitar 1,4 millones de muertes de niños menores de cinco años en el mundo en desarrollo (4).

A nivel mundial se han realizado estudios que demuestran la importancia de la lactancia materna, la cual es responsabilidad del personal de salud proporcionar la educación necesaria a las mujeres embarazadas para que al nacimiento del bebé se inicie un proceso de alimentación y establecimiento de vínculo con su madre, esto para el éxito de la lactancia materna.

En los diagnósticos principales de morbilidad de pacientes menores de 6 meses de la UCSFI “El Tinteral” se ubica la desnutrición la cual se ha relacionado en un 47% a la pobre lactancia materna por lo que nos planteamos las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los factores educativos maternos que influyen en el abandono de la lactancia materna?
2. ¿Cómo afecta el nivel económico la incidencia en el abandono de la lactancia materna en menores de 6 meses de vida?
3. ¿Qué factores biológicos están relacionados con mayor frecuencia al abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva de niños menores de 6 meses?

1.2 JUSTIFICACIÓN.

Si bien las tasas de lactancia materna no disminuyen a nivel mundial, y muchos países han experimentado un aumento significativo en la última década, sólo el 38% de los niños de menos de seis meses de edad en el mundo en desarrollo reciben leche materna exclusivamente y sólo el 39% de los niños de 20 a 23 meses edad se benefician de la práctica de la lactancia materna (5).

La lactancia materna tiene una extraordinaria gama de beneficios. Tiene consecuencias profundas sobre la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantiles. La leche materna proporciona todos los nutrientes, vitaminas y minerales que un bebé necesita para el crecimiento durante los primeros seis meses de vida; el bebé no necesita ingerir ningún otro líquido o alimento. Además, la leche materna lleva los anticuerpos de la madre, que ayudan a combatir las enfermedades.

En la UCSFI “El Tinteral” se provee a las mujeres embarazadas la preparación en su plan de parto y la información necesario para saber que situaciones ameritan especial atención durante el embarazo, pero existen muchos factores que influyen en el cese de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, factores que se dejan plasmados en este trabajo para que futuros investigadores reaccionen antes las problemáticas propuestas.

1.3 OBJETIVOS.

Objetivos Generales.

1) Identificar los factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia exclusiva en los menores de 6 meses.

Objetivos Específicos.

- 1) Conocer los factores biológicos que contribuyen al cese de la lactancia materna en menores de 6 meses.
- 2) Identificar como el nivel de educación de la madre influye en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida.
- 3) Determinar si los factores económicos influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses.

1.4 RESULTADOS ESPERADOS.

Establecer un antecedente sobre cuáles son los factores maternos que se asocian al abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la UCSFI “El Tinteral” y que ya conociendo estos, se propongan medidas de educación dirigidos a estos factores para que de esta manera las madres de lactantes menores de 6 meses conozcan la importancia que tiene la lactancia materna

CAPITULO II FUNDAMENTACION TEORICA.

2.1 MARCO TEORICO.

2.1.1 HISTORIA DE LA IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA.

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos. Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América Latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra (4).

El famoso pediatra Paul Gyorgy dijo: «La leche de vaca es la mejor para los terneros y la leche humana es la mejor para los bebés humanos». Nadie puede negar lo cierta que es esa afirmación. Cada vez se reconoce más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de recibir leche materna es un incumplimiento de estos derechos; aunque en la mayoría de los países haya muchos bebés que no reciben leche materna o que reciben leche materna durante un período relativamente corto (8).

En los últimos años el interés en la lactancia ha crecido. Parte del motivo es la controversia tan publicitada de reemplazar la leche materna por biberones y la promoción activa de los sustitutos de la leche materna por parte de compañías multinacionales. El arte femenino de amamantar en los últimos años ha sido redescubierto en Europa y en menor proporción en América del Norte. Desgraciadamente, el uso de los biberones continúa en muchos países industrializados del sur. Las consecuencias más serias de este cambio del pecho al biberón se observan entre las familias pobres de África, Asia y América Latina.

2.1.2 VENTAJAS DE LA LACTANCIA NATURAL.

Durante los últimos 50 años, y especialmente en la última década, se han publicado extensos estudios que comparan la composición y beneficios relativos de la leche humana y de sus sustitutos. La mayor parte de la investigación reciente apoya las innumerables ventajas de la lactancia sobre otros métodos de alimentación infantil. Un amplio conjunto de investigaciones de nivel mundial, respalda la recomendación que los niños deben recibir sólo leche materna durante los primeros seis meses de vida. Ciertamente, en los países en desarrollo, donde los riesgos de la alimentación complementaria por lo general sobrepasan cualquier posible ventaja, es aconsejable exclusivamente la leche materna hasta los seis meses de edad (3).

Las ventajas de la lactancia respecto a la alimentación con biberón y los motivos por los que se recomienda tan ampliamente, se resumen a continuación:

- La lactancia es conveniente, el alimento tiene una disponibilidad fácil para el niño y no requiere preparación o equipo especial;
- La leche materna suministra un adecuado balance y una cantidad de nutrientes que son ideales para el niño lactante;
- El calostro y la leche materna tienen elementos anti infecciosos que ayudan a limitar las infecciones;
- La alimentación con biberón aumenta el riesgo de infecciones por contaminación con organismos patógenos en la leche, la fórmula láctea y el agua que se usa en la preparación, así como los biberones, chupetes y otros artículos utilizados para la alimentación del niño;
- La lactancia es más económica que la alimentación con biberón, que comprende los costos de la fórmula, o la leche de vaca, los biberones y los chupetes al igual que el combustible necesario para la esterilización;
- La lactancia prolonga la duración de la anovulación postparto y ayuda a las madres a espaciar los embarazos;

- La lactancia promueve un mayor vínculo y relación entre la madre y el niño;
- Aparentemente se observa un menor riesgo de alergias, obesidad y ciertos problemas de salud en niños amamantados con leche materna en comparación con los que se alimentan en forma artificial.

Existe ahora una evidencia decisiva sobre las ventajas de la lactancia natural para la salud, por ejemplo una menor morbilidad y mortalidad infantil, con respecto a los niños alimentados con biberón. Las ventajas favorecen en especial modo a las dos terceras partes de la población mundial que vive en la pobreza, aunque algunos estudios han demostrado tasas menores de diarrea y otras infecciones y menos hospitalizaciones en niños alimentados con leche materna de comunidades ricas. Se tiene también evidencia que las mujeres que lactan a sus niños presentan un riesgo menor de cáncer de pecho, y quizá de cáncer uterino, en comparación con las mujeres que no lo hacen (7).

2.1.3 PRODUCCION DE LA LECHE MATERNA.

La leche en los pechos se produce en un gran número de estructuras tipo bolsas denominadas los alvéolos y luego los canales lácteos la llevan al pezón. El pezón tiene nervios y es sensible al estímulo. Alrededor del pezón existe un área circular pigmentada que se denomina la areola, debajo de la cual se encuentran las glándulas que producen aceite para mantener sanos la superficie del pezón y la areola. La producción de leche es influenciada por hormonas, en particular la prolactina y la oxitocina, y por reflejos(7).

Mitos sobre la leche materna

Mito: La leche materna varía de una persona a otra. Existe una creencia ampliamente sostenida que la composición de la leche materna varía mucho. Esto no es así. La leche materna humana tiene una composición casi constante.

Mito: La leche en un pecho es distinta de la leche del otro pecho.

En contra de algunas creencias, la leche de ambos pechos tiene la misma composición.

Mito: La leche materna se fermenta en los pechos con el calor.

Cuando la leche materna se encuentra en los pechos está perfectamente a salvo.

Mito: La leche materna se puede dañar en los pechos.

Como no se fermenta en los pechos, la leche materna no se daña de ninguna otra manera.

La succión del pezón por el niño estimula la glándula pituitaria anterior en el cerebro para producir prolactina, que influye sobre los alvéolos para secretar leche. Este mecanismo algunas veces se denomina «reflejo de secreción de leche».

La succión también estimula a la glándula pituitaria posterior para liberar en la sangre la hormona oxitocina. Ésta se desplaza a los pechos y causa contracciones en los alvéolos y los canales para permitir la salida de la leche. Este efecto de la oxitocina con frecuencia se llama «reflejo de descarga». La oxitocina también tiene otra acción estimulante sobre el músculo uterino para que se contraiga inmediatamente después del parto. Estas contracciones uterinas sirven para reducir la hemorragia. También ayudan a devolver el tono muscular, eliminan el aspecto de embarazo y brindan de nuevo a la madre la forma que no había observado durante tanto tiempo.

TENDENCIAS DE ALIMENTACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS.

El porcentaje de madres que lactan a sus niños y la duración de la lactancia varía entre los países y dentro de ellos. Los científicos consideran que la lactancia exclusiva o casi exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, y luego mantenida durante varios meses mientras se introducen otros alimentos, brinda una óptima alimentación al niño. Este ideal, sin embargo, no existe en ningún país, en el Norte o en el Sur.

Casi todas las madres en las sociedades tradicionales, sobre todo en áreas campesinas en los países en desarrollo, todavía lactan a todos sus hijos durante un período prolongado. Pocas, sin embargo, practican exclusivamente la lactancia, y muchas no le suministran calostro a sus bebés.

En contraste, muchas madres en Europa y América del Norte no lactan a sus hijos. La tendencia a no amamantar fue más notoria en las décadas de 1950 y 1960, cuando menos del 15 por ciento de los bebés americanos de dos meses de edad eran amamantados (2). Durante aquellos años se informó una marcada declinación en la lactancia en algunos países de Asia y América Latina. A mediados de la década de 1990, hubo un modesto resurgimiento de la lactancia en los países industrializados del Norte, en particular entre las madres mejor educadas. En los países pobres de Asia, África y de América Latina, las tasas de

lactancia son con frecuencia menores en las áreas urbanas y más altas en las áreas rurales, donde las personas tienen menos educación.

Existen muchas razones para disminuir la lactancia o para el uso innecesario de sustitutos de la leche materna, y los motivos varían de país a país. La promoción activa por parte de los fabricantes de los sustitutos de leche materna es una causa. Las prácticas promocionales se han regulado ahora en muchos países, pero los fabricantes evitan los códigos de conducta aceptados y promueven sus productos, aunque tales prácticas puedan contribuir a la morbilidad infantil.

Las acciones por parte de la profesión médica también han contribuido a la reducción en la lactancia. En general, los sistemas de atención de salud en la mayoría de los países no han apoyado de modo adecuado la lactancia. Incluso, en muchos países en desarrollo los médicos y otros profesionales de la salud han tenido una participación negativa y han contribuido a reducir los niveles de lactancia. Esta situación está cambiando, pero muchos profesionales de la salud son todavía relativamente ignorantes sobre el tema.

La lactancia con frecuencia declina cuando las mujeres rurales se van a las áreas urbanas donde las prácticas modernas pueden reemplazar las tradicionales o estar bajo la influencia de la urbanización. Las mujeres que trabajan en fábricas y oficinas pueden llegar a creer que no pueden combinar su empleo con la lactancia, y las condiciones y leyes laborales pueden además dificultar que la mujer pueda tener un trabajo y alimentar a su bebé.

Los libros y revistas, así como los medios de comunicación (sobre todo la TV) y los fabricantes y anuncios de ropa para mujer, destacan los pechos. Como el pecho se puede llegar a considerar como un símbolo sexual dominante, las mujeres pueden entonces no desear amamantar a sus bebés en público, o pueden falsamente llegar a creer que la lactancia deteriorará la apariencia de los pechos. Asimismo, se puede desarrollar la creencia que es mejor y más elegante, alimentar al bebé con biberón. La lactancia se puede considerar como una

práctica primitiva, y la alimentación con biberón puede llegar a ser un símbolo de status social. Como resultado, en muchas áreas del mundo, la lactancia está en declinación a pesar de todos los esfuerzos recientes en su favor.

Las prácticas tradicionales de lactancia no coinciden con las demandas de las sociedades modernas donde las mujeres tienen que estar ausentes de sus hogares y de sus niños durante períodos prolongados, por lo general para trabajar. Aunque la legislación laboral en algunos países establece descansos para la lactancia por parte de sus trabajadoras, la distancia del hogar y los problemas de transporte hacen poco práctico que las madres aprovechen estos descansos. Por lo tanto, aunque puede ser posible que una madre lacte a su bebé cuando se encuentran juntos (generalmente en casa), cuando están separados, el bebé debe recibir alimentación por biberón con fórmula infantil. La madre podría además extraer su propia leche y dejarla para que alguien alimente en su ausencia al bebé con un biberón o una taza y una cuchara, pero en la práctica pocas mujeres lo hacen. Algunas consideran que sacar la leche con un extractor es incómodo (aunque es muy fácil una vez que se aprende la técnica) o desagradable y muy pocas se preocupan por almacenar la leche materna en forma segura.

Suministrar a los bebés sustitutos de leche materna en una edad temprana es peligroso incluso cuando la lactancia continúa. El reemplazo innecesario parcial y temprano de la leche materna con sustitutos de fórmulas o de biberones, introduce riesgos y algunas veces problemas serios para el niño, la madre y la familia.

2.1.4 PROPIEDADES Y VALOR DE LA LECHE MATERNA.

Inmediatamente después de dar a luz al bebé, la madre produce calostro por ambos pechos. En pocos días, la leche «llega» y aumenta en cantidad para suplir las necesidades del niño. La producción de leche de una madre está influenciada sobre todo por las exigencias de su bebé, cuya succión estimula la secreción de la leche. Mientras más succiona el bebé, mayor cantidad de leche producirá la madre. La cantidad con frecuencia aumenta de alrededor de 100 a 200 ml al tercer día del nacimiento a 400-500 ml en el momento en que el bebé tiene diez días de edad (4).

La producción puede continuar aumentando hasta 1 000 ó 1 200 ml por día. Un niño sano de cuatro meses de edad, de peso promedio y que crece normalmente, si se alimenta al pecho exclusivamente, recibirá de 700 a 850 ml de leche materna en un período de 24 horas. Al considerar que los bebés pueden comer tanto cuanto deseen, siempre tendrán suficiente leche. Esta es probablemente la única oportunidad en la vida en que una persona puede comer tanto cuanto desee y siempre que lo desee. La alimentación de acuerdo con la demanda - en cualquier momento, día o noche - es el método de lactancia que se practica tradicionalmente. Se logra mejor si la madre está feliz, relajada, confiada y libre para estar con su bebé todo el tiempo. En estas circunstancias, la madre y el niño forman lo que se ha denominado una unidad bivalente - una pareja especial (4).

Un litro de leche materna produce cerca de 750 kcal. La leche de vaca suministra más o menos tres veces más proteína y cuatro veces más calcio, pero tan sólo alrededor de 60 por ciento de los carbohidratos presentes en la leche materna humana.

Casi todos los estudios indican con claridad que los nutrientes que hay en la leche de una madre sana y bien nutrida, satisfacen todas las necesidades nutricionales del niño si consume suficiente leche. Aunque el contenido de hierro de la leche materna es bajo, es suficiente y bien absorbido lo que evita la anemia durante los

primeros cuatro a seis meses de vida. La leche de vaca tiene inclusive menor contenido de hierro y el bebé no lo absorbe muy bien, por lo tanto, los niños alimentados con leche de vaca quizá desarrollen anemia por carencia de hierro.

La leche materna varía poco entre personas y quizá en menor grado en varias partes del mundo. Además, es distinta al principio y al final de cada comida. La denominada primera leche es más diluida y contiene menos grasa, en comparación con la leche de la última parte de la comida, que es algo más espesa y de apariencia más blanca y con mayor densidad de energía debido a que contiene más grasa.

COMPARACIÓN DEL CONTENIDO DE NUTRIENTES DE LECHE HUMANA Y LECHE DE VACA EN 100 G (4)

| Tipo de leche | Energía (kcal.) | Carbohidrato (g) | Proteína (g) | Grasa (g) | Calcio (mg) | Hierro (mg) | Vitamina A (µg) | Folato (µg) | Vitamina C (mg) |
|------------------------|-----------------|------------------|--------------|-----------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|
| Leche humana | 70 | 7,0 | 1,03 | 4,6 | 30 | 0,02 | 48 | 5 | 5 |
| Leche de vaca (entera) | 61 | 5,4 | 3,3 | 3,3 | 119 | 0,05 | 31 | 5 | 1 |

De particular importancia es la presencia en el calostro y en la leche materna de factores anti infecciosa (que no se encuentran presentes en la fórmula para bebés). Estos incluyen:

- Algunos anticuerpos e inmunoglobulinas que actúan en el intestino del niño y atacan a los organismos que causan enfermedades, y evitan así una infección en el bebé;

- Células vivas, sobre todo glóbulos blancos, que pueden producir sustancias importantes como interferón (que pueden combatir los virus), inmunoglobulina A, lactoferrina y lisosomas;
- Otros factores, como el factor bífido que ayuda a ciertas bacterias amigas, como los lactobacilos, a crecer y proliferar en el intestino del niño, donde ayudan a garantizar un entorno ácido (por el ácido láctico) que es desfavorable para el crecimiento de organismos patógenos.

En términos simples, la leche materna contribuye a que el intestino del bebé sea un medio adverso y hostil para los organismos causantes de enfermedad. Las heces de un niño amamantado difieren en su aspecto de las de un niño que se alimenta con fórmula.

La ciencia y la industria se han unido para producir sustitutos de la leche humana con la intención de imitarla en términos de la cantidad de nutrientes que hay en la leche materna. Estos productos, que con frecuencia se denominan fórmulas infantiles, son la mejor alternativa de la leche materna para los bebés que no pueden ser amamantados. Todas las fórmulas para bebés se basan en leche de mamíferos, por lo general leche de vaca. Aunque las fórmulas infantiles pueden ser la mejor alternativa para la leche humana, no son lo mismo. Incluyen los nutrientes conocidos que el niño necesita, pero quizá no tiene los nutrientes que aún no han sido identificados; en este caso, no es posible saber qué le falta al niño que recibe biberón. En efecto, en algunos aspectos las fórmulas infantiles son tan distintas de la leche humana, que pueden ser no aptas y peor aún, peligrosas. Las leches manufacturadas no tienen las propiedades anti infecciosas y las células vivas que se encuentran en la leche humana. Los productos manufacturados pueden ocasionarle al niño problemas de salud que nunca serían causados por la leche humana (10).

La leche materna, particularmente debido a la inmunoglobulina que contiene, parece proteger a los bebés contra las alergias. En contraste, la leche no humana

y las proteínas de vaca presentes en los sustitutos de la leche materna, al igual que otras sustancias que contienen las fórmulas infantiles durante su fabricación, pueden provocar alergias. La consecuencia más grave en niños alimentados con fórmula es una mayor tasa de eczema, otras alergias, cólicos y el síndrome de muerte infantil repentina (SMIR), con respecto a niños que reciben leche materna.

Asimismo, además de todo lo anterior, los productos manufacturados son muy costosos.

CALOSTRO.

El calostro es el líquido amarillo o color paja que producen los pechos en los días posteriores al nacimiento del bebé. El calostro es altamente nutritivo y rico en propiedades anti infecciosas. Podría decirse que las células vivas, inmunoglobulinas y anticuerpos del calostro constituyen la primera inmunización para el niño.

En casi todas las sociedades, el calostro se considera distinto de la leche materna debido a su color y a su consistencia cremosa, pero no siempre se reconoce el enorme valor para el niño. En muchas partes del mundo las madres no lactan el calostro a sus bebés; esperan hasta que los pechos secreten la leche blanca. Algunas madres (y abuelas) creen que en los primeros días después del parto el niño recién nacido debe recibir otros líquidos o alimentos, por ejemplo, té en la India, jamus (pociones medicinales tradicionales) en Indonesia y agua con azúcar o glucosa en muchos hospitales occidentales. Estos alimentos no son necesarios y en realidad están contraindicados. El niño al nacer tiene una cantidad adecuada de agua y líquidos corporales y suficientes nutrientes, de manera que la única alimentación requerida es el calostro y luego la leche materna durante los primeros cuatro a seis meses de vida.

CONDUCCIÓN DE LA LACTANCIA.

Si es posible, la lactancia se debe iniciar unos minutos después del parto (o ciertamente dentro de un término de una hora). Esta succión temprana tiene ventajas fisiológicas debido a que eleva los niveles de la hormona oxitocina secretada en la sangre de la madre. Como se describió antes, la oxitocina estimula las contracciones uterinas que primero ayudan a expeler la placenta y en segundo lugar tienen una importante función en la reducción de la pérdida sanguínea⁽¹¹⁾.

Después del parto la madre y su bebé deben estar juntos en cama, en casa o en la sala del hospital. En el pasado se consideraba normal en los hospitales modernos llevar al bebé a una sala especial para los niños y a la madre a una sala de maternidad, pero esta práctica es altamente indeseable. Si la práctica habitual del hospital de «colocarlos juntos» no se realiza es necesario cambiar los procedimientos. Es absolutamente seguro para el bebé dormir en la misma cama con la madre. Hay muy pocas contraindicaciones (salvo grave enfermedad de la madre o del niño) para que puedan estar juntos en la habitación o el niño pueda ser amamantado.

En los días posteriores al parto y a medida que el bebé crece, la lactancia se debe realizar «cuando se demanda». Es decir, el bebé se debe alimentar cuando desee alimento y no, como se utilizaba en forma común en los países occidentales, en forma programada, es decir cada tres o cuatro horas. El poema épico «La canción de Lawino», del poeta ugandés Okot p'Bitek, elogia la lactancia de acuerdo con la demanda, en la enfermedad y en la salud, y satiriza la práctica principalmente occidental de la alimentación regulada, ahora ampliamente reconocida como dañina:

- Cuando el bebé llora déjalo chupar del pecho.
- No hay hora fija para la lactancia.

- Cuando el bebé llora puede estar enfermo: la primera medicina para un niño es el pecho.
- Dale la leche y dejará de llorar.

La alimentación de acuerdo con la demanda estimula el pezón y promueve la producción de leche y ayuda a evitar la congestión de los pechos.

La duración de la alimentación variará y en general no se debe limitar. Por lo general un bebé se alimenta de 8 a 12 minutos, pero algunos comen más rápido o más despacio, y ambos tipos casi siempre reciben una cantidad adecuada de leche. Algunas madres creen que la leche del pecho izquierdo es diferente de la del derecho, pero esto no es así; el niño se debe alimentar de ambos pechos, más o menos en forma igual.

En los primeros días de vida, los bebés casi siempre pierden peso, de manera que un bebé que nació con 3 kilos puede pesar 2,75 kg a los cinco días de edad. Una pérdida de hasta un 10 por ciento no es rara, pero alrededor de los siete a diez días el bebé debe recuperar o superar el peso con que nació.

Casi todos los expertos ahora están de acuerdo en que se debe amamantar al niño exclusivamente durante los primeros cuatro a seis meses. Un aumento adecuado de peso es la mejor forma de juzgar lo correcto de la dieta. No se necesita agua, jugos u otros líquidos para un bebé que recibe leche materna adecuada, inclusive en las áreas calientes, húmedas o áridas, de los trópicos; el bebé simplemente se alimentará con más frecuencia si tiene sed. Si el bebé tiene diarrea se debe continuar la lactancia, pero se pueden necesitar otros líquidos como soluciones de rehidratación oral o preparaciones locales.

La experiencia en los países de África oriental, Asia y América Latina, sugiere que casi todas las madres que viven en familias grandes y en sociedades tradicionales son muy exitosas, con frecuencia muy expertas lactantes, y no es común el fracaso en la lactancia (9). La vida en la familia tradicional es sin duda de gran

importancia para la lactante principiante. Otras mujeres de la familia le brindan el apoyo y comodidad - sobre todo si hay dificultades - por el contrario las madres en Europa y América del Norte tienen que buscar organizaciones como la Liga de la leche.

En las clínicas, se desperdicia el tiempo en lecciones sobre ideas de libros de texto occidentales con respecto a la lactancia, incluyendo la insistencia en los eructos, el tiempo de la alimentación o el lavado frecuente de los pezones. Este énfasis en normas y regulaciones en vez de relajación y placer, no es bueno para nadie en ninguna parte. Se ha sabido que tiene graves efectos psicológicos, y el resultado a menudo es el fracaso de la lactancia. La baja tasa de madres lactantes exitosas en América del Norte y Europa occidental es una indicación de lo inadecuado del estilo occidental de lactancia, excepto en Escandinavia.

La lactancia no debe ser un procedimiento complicado y difícil. Debe ser algo agradable para ambos, madre e hijo, y puede llegar a serlo si se dan las circunstancias correctas de seguridad, apoyo y aliento. En todas las sociedades algunas mujeres tienen problemas con la lactancia, pero muchos de esos problemas se pueden solucionar o disminuir. Es importante que las madres tengan un fácil acceso a una buena asesoría y apoyo. Muchos libros que tratan sobre la lactancia y problemas relacionados con ella, se encuentran disponibles, y se deben consultar.

Los problemas frecuentes de la lactancia incluyen:

- Pezones invertidos o cortos, o pezones que no parecen ser muy protráctiles;
- Pezones que son tan largos que interfieren con la alimentación, porque algunos bebés succionan únicamente el pezón y no la areola;
- Rechazo a la alimentación, que necesita ser verificado en caso de un bebé enfermo, o que tenga un problema en la boca, como paladar hendido;

- Inflamación de los pechos, que se puede deber a pezones agrietados, por mastitis o por abscesos que exigen antibióticos y un buen cuidado médico;
- La denominada insuficiencia de leche, que se trata a continuación;
- Goteo de los pechos, que aunque puede causar vergüenza y es generalmente limitada, se puede controlar si se extrae la leche y se usa un paño absorbente para evitar que se moje la ropa.

2.1.5 DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA.

La declaración conjunta OMS/UNICEF *Protección, promoción y apoyo de la lactancia: función especial de los servicios de maternidad* (OMS/UNICEF, 1989) estableció las prácticas siguientes que se denominan: «Diez pasos para una lactancia exitosa», las que se espera sean tomadas en cuenta por todos los hospitales y servicios de maternidad y cuidados del recién nacido, por ser considerados favorables para el bebé (12).

1. Tener una política escrita sobre la lactancia, que se comunique de rutina a todo el personal responsable del cuidado de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud en las técnicas necesarias para llevar a cabo esta política.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y sobre el manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar a amamantar a la media hora del nacimiento.
5. Mostrar a las madres cómo se amamanta y cómo se mantiene la lactación aunque estén separadas de sus niños.
6. No suministrar a los recién nacidos alimentos o bebidas diferentes a la leche materna, a menos que los indique el médico.
7. Practicar alojamiento conjunto - permitir que las madres y los niños permanezcan en la misma habitación - durante 24 horas al día.
8. Alentar a que se practique la lactancia de acuerdo con la demanda.
9. No suministrar tetas artificiales o chupetes (también llamados chupetes o tranquilizadores) a aquellos niños que se están amamantando.

10. Promover la conformación de grupos de apoyo a la lactancia y referirles a las madres cuando salgan del hospital o servicio de salud.

¿Qué se puede hacer? Primero, los gobiernos y la sociedad en general deben garantizar que como mínimo, los términos de la Convención de Protección de la Maternidad de la OIT, se cumplan y nunca se violen. Estos términos incluyen 12 semanas de licencia por maternidad con beneficios pagados o por lo menos 66 por ciento del sueldo anterior; dos reposos de 30 minutos para la lactancia durante cada día laboral; y prohibición del despido durante la licencia por maternidad. Otras acciones se pueden tomar con el fin de:

- Garantizar que cada país disponga de una legislación para proteger los derechos de las mujeres trabajadoras a amamantar y que estas leyes se cumplan;
- Aumento de la conciencia colectiva sobre los grandes beneficios no solamente para las niños, sino para la sociedad como un todo de combinar el trabajo y la lactancia;
- Tomar medidas concretas para establecer sitios agradables de trabajo tanto como sea posible, para la madre y el niño;
- Utilizar asociaciones de trabajadores, grupos y sindicatos para abogar e insistir en una serie de derechos relacionados con licencia de maternidad y lactancia;
- Alentar el establecimiento de instalaciones para el cuidado de los niños en el lugar de trabajo o cerca de éste, donde los niños estén en forma segura y las madres los puedan visitar para amamantarlos.

Iniciativas como la Alianza Mundial de Acción para la Lactancia (AMAL), han permitido la promoción de eventos como la Semana de la Lactancia Mundial (1993), haciendo hincapié en el tiempo, espacio y apoyo para lugares agradables de trabajo para la madre.

2.1.6 PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

FALLA TOTAL DE LA LACTANCIA.

Muy pocas madres - menos de 3 por ciento - experimentan una falla completa o casi completa de la lactancia. Si la madre tiene serias dificultades y busca ayuda porque realmente desea amamantar a su hijo, entonces pueden ser necesarios algunos métodos más drásticos (8). La madre puede necesitar hospitalización en una sala donde otras mujeres estén lactando con éxito. Se le debe examinar a ella y a su niño para verificar si hay algún motivo físico para la incapacidad de amamantar. La madre debe recibir suficientes líquidos, incluso leche. Estos son principalmente inducción psicológica enfocada a promover la lactancia. En algunas sociedades los alimentos o bebidas locales se consideran como lactógenos, o sea sustancias que estimulan la producción de leche materna. No existe daño alguno en utilizar estas sustancias. Un médico experimentado o un trabajador de la salud experto puede aconsejar una o dos drogas que a veces son efectivas para mejorar o estimular la producción de leche: el tranquilizante clorpromazina, 25 mg tres veces al día por vía oral, o la novedosa droga metoclopramida, 10 mg tres veces al día (4).

En general, la base importante para el tratamiento es ayudar a la madre a relajarse, apoyarla para que el niño succione del pecho y asegurarse que, aunque se confía en el pecho, el niño no esté perdiendo peso. El dilema es que mientras el niño succione más el pecho, mayor es el estímulo para la producción y el descenso de la leche; mientras más alimentos suplementarios se den, el niño tendrá menor deseo de succionar.

Si la lactancia sigue sin éxito en un niño de hasta tres meses de edad, la madre debe aprender a alimentarlo con fórmula o leche para bebé, ya sea con una taza y cuchara o un vaso apropiado. Una taza y cuchara son más fáciles de mantener limpias que una botella y un chupete. Se deben encontrar algunos medios para poder suministrar a la madre una fórmula adecuada para el niño, leche fresca o

leche en polvo con toda su crema si no puede comprarla, lo que puede suceder con frecuencia. El niño debe asistir a un servicio de salud con regularidad.

Este método de alimentación también se aplica al niño de una madre que fallece en el parto. Es entonces deseable hospitalizar al niño y a la mujer pariente que será responsable de alimentar al niño. Una alternativa es encontrar una pariente lactante o amiga para que actúe como nodriza y amamante al niño. Algunas veces una amiga o pariente puede estar dispuesta a hacerlo.

La imposibilidad de la lactancia o la muerte de la madre después que el niño tiene cuatro meses de edad exigen un régimen distinto. El niño se debe alimentar con una papilla delgada del alimento básico local, al que se le deben agregar cantidades adecuadas de leche o leche en polvo. Es ventajoso suministrar algo de grasa extra en la dieta del niño. Una cantidad relativamente pequeña de maní, sésamo, semilla de algodón, palma roja o cualquier otro aceite comestible causará una mejoría notoria en el consumo de energía del niño, sin agregar demasiado volumen a la dieta. Si no se tiene disponibilidad de leche o de leche en polvo, entonces se puede emplear cualquier alimento rico en proteína, como legumbres, huevos, carne molida, pescado o pollo.

PRODUCCIÓN INSUFICIENTE DE LECHE.

Mucho más común que la falla de la lactancia, es la creencia de una madre que ella no puede producir suficiente cantidad de leche para satisfacer a su bebé. Las madres en los países industrializados con frecuencia informan que no tienen bastante leche; quizá el bebé llora mucho o la madre opina que no crece en forma adecuada, o puede haber muchos otros motivos. En medicina esta condición se denomina «síndrome de leche insuficiente». Al comienzo, no es raro que sea una preocupación psicológica y no una condición seria, pero puede llevar con rapidez a un verdadero problema de producción de leche. Muy a menudo los médicos, enfermeras y amigos de la madre preocupada, le dan un consejo equivocado sobre su producción de leche.

En muchos estudios, sobre todo de países industrializados, se cita «leche insuficiente» como la razón más común de las madres para terminar de manera precoz la lactancia o para iniciar una rápida suplementación con otros alimentos, en especial fórmula láctea. Es muy fácil suponer que muchas mujeres son incapaces de producir leche en buena cantidad para alimentar a sus niños pequeños. La respuesta de un médico, cuando una madre se queja de no tener leche suficiente, es a menudo la de aconsejarle suplementar la leche materna con biberón. Este es el consejo equivocado que no se debe dar.

La succión del pecho estimula la liberación de prolactina. El mantenimiento de la lactancia depende de la adecuada estimulación del pezón por el niño que succiona. Es ahora indudable que la disminución de la producción de leche materna resulta de la poca estimulación del pezón. Por lo tanto, la causa de leche insuficiente puede ser que la alimentación alternativa reemplaza con frecuencia la lactancia en diferentes grados. En consecuencia, el consejo de suministrar o aumentar el suplemento casi siempre contribuye a reducir la producción de leche materna; la alimentación suplementaria con biberón se utiliza como una cura para la leche insuficiente, cuando en realidad es la causa.

El tratamiento más apropiado para el síndrome de leche insuficiente, en una madre que desea amamantar, es aconsejarle que trate de aumentar la producción de leche si pone al niño al pecho con más frecuencia, para aumentar así el estímulo de los pezones. El consejo médico común, de dar más comidas con biberón, probablemente empeora la situación, pues genera una ulterior disminución en la producción de leche y la eventual interrupción de la lactancia. Esto no es condenar la alimentación suplementaria, sobre todo después de los seis meses de edad, pero debe ser claro que su uso casi inevitablemente contribuirá a declinar la producción de leche.

El trabajo materno lejos de casa se cita a menudo como el motivo más importante para la declinación de la lactancia. Los estudios publicados, sin embargo, rara vez

citan el trabajo como un motivo serio para no iniciar la lactancia o para el destete precoz. Con claridad, el empleo fuera de casa por más de unas cuantas horas al día implica restricciones a la oportunidad de amamantar y da una razón para la alimentación suplementaria. Puede, por lo tanto, contribuir a la producción insuficiente de leche.

Las madres que trabajan pueden continuar alimentando al pecho con éxito y mantener buenos niveles de lactación. La estimulación del pezón por medio de una succión adecuada durante el tiempo que pasan con el niño es particularmente importante. Se requieren leyes laborales y condiciones de trabajo que reconozcan las necesidades especiales de las madres lactantes en la fuerza laboral. Si la lactancia se acepta por los gobiernos y empleadores como una práctica usual y necesaria, se harán arreglos para que la madre pueda tener a su bebé cerca de ella durante los primeros seis meses de vida.

Las prácticas promocionales pasadas y presentes por parte de los fabricantes de sucedáneos de la leche materna pueden ser un factor importante que contribuye al problema de la insuficiencia de leche. Las compañías encuentran que es ventajoso influir tanto al público como a la profesión médica para que consideren que la alimentación suplementaria con biberón es la respuesta a la leche insuficiente.

La forma mejor y más fácil de juzgar si un bebé recibe suficiente leche materna o no, cuando no se suministra otro tipo de alimentación, es pesarlo con regularidad. La ganancia normal o casi normal de peso suministra la mejor prueba de una producción adecuada de leche materna.

LA LACTANCIA Y EL SIDA.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es hoy un importante reto para la salud mundial. La infección con VIH a menudo continúa, algunos años después, con una enfermedad progresiva y eventualmente la inmunosupresión. El síndrome resultante, llamado síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se caracteriza por el desarrollo de diversas infecciones, frecuentemente con diarrea y neumonía, y de procesos malignos como el sarcoma de Kaposi que ocasiona al final la muerte. En muchos países en desarrollo, la infección por VIH es casi tan común en las mujeres como en los varones. Cada vez más un número de niños y niñas pequeños se infectan por sus madres. Los mecanismos exactos de transmisión de la madre al feto o al niño no se conocen. La transmisión puede ocurrir *in utero* por el paso del virus a través de la placenta; alrededor de la época del parto por la exposición a las secreciones vaginales, la ingesta de sangre materna o la transfusión maternofetal durante el trabajo de parto y en el parto; y en la infancia, por la ingesta del virus en la leche materna. En muchos países, se ha informado que la infección de VIH de los niños nacidos de madres VIH es entre un 25 y un 45 por ciento (7).

La evidencia sugiere que el VIH se puede transmitir de madres infectadas a sus bebés no infectados a través de la leche materna. Ha sido posible aislar el virus de la leche humana. Se considera que el frágil virus se puede destruir por el ácido gástrico y las enzimas intestinales del niño y que el estómago y el intestino de los niños son relativamente inmunes al virus. Esto quizá en gran parte es cierto, pero en general la mayoría de los niños alimentados al pecho por madres infectadas con VIH no se infectan a través de la leche materna. Ha sido difícil, sin embargo, determinar si un niño en particular se infectó antes del parto, en el parto o por medio de la lactancia. Esta duda se debe en parte al hecho que, tanto los niños infectados como los no infectados, adquieren pasivamente los anticuerpos del VIH de sus madres infectadas, pero la presencia de anticuerpos en las pruebas de VIH estándar no se pueden interpretar como que existe una infección activa.

Una mujer embarazada con carencia de vitamina A, tiene más probabilidad que otras de pasar al feto la infección del VIH. La transmisión de la madre al niño a través de la leche materna se considera ahora relativamente rara. Algunas diferencias aparentes en las tasas de transmisión en grupos de mujeres de diferentes países se pueden relacionar con el consumo de vitamina A y otros factores.

Una consulta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) fue clara en su recomendación, a pesar de la evidencia actual sobre transmisión del VIH a través de la leche materna (OMS/UNICEF, 1992) (12).

En los lugares donde las enfermedades infecciosas y la desnutrición son las principales causas de muerte infantil y la tasa de mortalidad infantil es alta, la lactancia debe ser la recomendación usual para las mujeres embarazadas, incluyendo aquellas infectadas con VIH. Esto se debe a que el riesgo para los bebés de infectarse con VIH a través de la leche materna es quizás menor que el riesgo de morir por otras causas si no se alimenta con leche materna.

Muchos niños en África, Asia y América Latina viven en ambientes donde predominan las infecciones gastrointestinales, la higiene es deficiente y el suministro de agua inseguro. En estas circunstancias, las numerosas ventajas de la lactancia sobrepasan el riesgo de la infección de SIDA para el niño a través de la leche materna de una madre VIH positiva. Tan sólo donde las causas comunes de morbilidad y mortalidad en la infancia no son las enfermedades infecciosas, la política de salud pública debe aconsejar el uso del biberón en reemplazo de la lactancia materna para reducir la posibilidad de transmisión del SIDA. Cuando sea factible, es importante que cada madre reciba consejo de un médico o trabajador de la salud capacitado y conozca los riesgos relativos de la lactancia o métodos alternativos de alimentación para el niño, en términos de enfermedad y

supervivencia. Este asesoramiento le permitirá a la madre tomar una decisión estando mejor informada.

PROBLEMAS DE ALIMENTAR CON BIBERÓN O SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA.

Un niño que no se amamanta, o inclusive el que no recibe lactancia exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, pierde muchas o todas las ventajas de la lactancia que se mencionaron antes. La alternativa más común a la lactancia natural es la alimentación con biberón, ya sea una fórmula infantil manufacturada o leche de vaca u otros líquidos. Es menos frecuente que un niño en los primeros cuatro a seis meses de vida, reciba alimentos sólidos en vez de leche materna. Algunas madres utilizan taza y cuchara en vez del biberón, para darle al bebé ya sea leche de vaca, fórmula para bebés o papilla. La alimentación con cuchara tiene algunas ventajas sobre la alimentación con biberón, pero es mucho menos satisfactoria que la lactancia.

INFECCIÓN.

Mientras que la leche materna es protectora, los métodos alternativos de alimentación infantil aumentan el riesgo de infección, debido sobre todo a que la contaminación lleva a un mayor consumo de organismos patógenos. La mala higiene, especialmente en la alimentación con biberón, es una causa importante de gastroenteritis y diarrea en la infancia. La fórmula para niños y la leche de vaca son un buen vehículo y medio de cultivo para organismos patógenos. Es muy difícil suministrar un alimento limpio y estéril, para alimentar a un niño con un biberón en las siguientes circunstancias:

- Cuando el agua que utiliza la familia se obtiene de un manantial o pozo contaminados con excrementos humanos (relativamente pocos hogares en los países en desarrollo tienen su propio suministro seguro de agua corriente);

- Cuando la higiene del hogar no es buena y el ambiente de la casa está contaminado con moscas y excrementos;
- Cuando no existe un refrigerador u otro espacio seguro para guardar la fórmula reconstituida o la leche de vaca;
- Si no existe una cocina, y cuando se necesita hervir el agua para esterilizar el biberón, alguien tiene que recoger combustible y prender el fuego;
- Cuando no hay utensilios apropiados para limpiar el biberón después de su uso y éste es de plástico deteriorado o es una botella de gaseosa prácticamente imposible de limpiar;
- Cuando la madre tiene relativamente pocos o ningún conocimiento sobre el papel de los gérmenes en la enfermedad.

MALNUTRICIÓN.

La alimentación artificial puede contribuir de dos maneras importantes a la malnutrición proteinoenergética (MPE), incluyendo el marasmo nutricional. Primero, como ya se mencionó, los niños alimentados con una fórmula láctea tienen más probabilidad de sufrir infecciones, incluyendo la diarrea, que contribuyen a deficiencias en el crecimiento y a la MPE en la infancia y en la edad preescolar. Segundo, las madres de familias pobres a menudo diluyen excesivamente la fórmula. Debido al alto costo de los sustitutos de leche materna, la familia compra muy poca cantidad y trata de estirarlos usando menos cantidad de fórmula en polvo, que la recomendada para cada comida. El niño quizá recibe el número correcto de comidas y el volumen de líquido recomendado, pero cada comida se encuentra tan diluida que puede ser muy bajo su contenido de energía y otros nutrientes para lograr el crecimiento óptimo. El resultado es: falta de crecimiento y tal vez desarrollo lento de marasmo nutricional

PROBLEMAS ECONÓMICOS.

Una desventaja muy importante de la alimentación con fórmulas lácteas es el costo para la familia y para la nación. La leche materna se produce en todos los

países, pero la fórmula láctea no. La fórmula láctea es un alimento muy costoso, y si los países la importan, tienen que gastar innecesariamente divisas externas. La elección de la lactancia materna en vez de la alimentación con biberón, por lo tanto, aporta una importante ventaja económica para las familias y para los países pobres.

La fórmula láctea es un producto mejor para un niño de un mes de edad que la leche de vaca fresca o la leche entera en polvo. La leche descremada en polvo y la leche condensada azucarada están contraindicadas. Sin embargo, la fórmula infantil es sumamente costosa en relación con los ingresos de las familias pobres de los países en desarrollo. En la India, indonesia y Kenya le costaría a una familia el 70 por ciento o más del salario promedio del trabajador para comprar cantidades adecuadas de la fórmula infantil para un bebé de cuatro meses de edad (3). La compra de una fórmula como sustituto de la leche materna desvía los escasos recursos monetarios de la familia y aumenta la pobreza.

Un bebé de tres a cuatro meses de edad necesita alrededor de 800 ml de leche por día o quizá 150 litros en los primeros seis a siete meses de vida. En los primeros cuatro meses de vida de un bebé de peso promedio necesitaría aproximadamente 22 kilos ó 44 latas de medio kilo de fórmula en polvo. Los trabajadores de la salud y quienes dan asesoría sobre alimentación infantil en cualquier país, deben ir a los almacenes locales, averiguar el precio de los sustitutos de leche materna disponibles en el lugar y estimar el costo que comportaría suministrar ese producto, en cantidades adecuadas para un período determinado, por ejemplo, de uno a seis meses. Esta información se debe publicar y poner a disposición de los funcionarios gubernamentales y de los padres, y utilizarse tanto como sea posible para ilustrar las implicaciones económicas en las madres pobres que no lactan.

Para muchos países que no fabrican fórmula infantil, la disminución de la lactancia natural significa un aumento en la importación de sustitutos manufacturados de

leche materna y todo lo necesario para la alimentación con biberón. Estas importaciones pueden llevar a un empeoramiento de los problemas de deuda externa que ya son graves para muchos países en desarrollo. Incluso donde la fórmula infantil se produce localmente, la fabricación con frecuencia la controla una compañía multinacional, y las utilidades se exportan. Por lo tanto, la preservación de la lactancia materna o la reducción de la alimentación artificial es de interés económico para la mayoría de los países en desarrollo. Los economistas y los políticos pueden estar más inclinados a apoyar programas para promover la lactancia materna cuando aprecien que dichas medidas ahorrarán divisas extranjeras. Las implicaciones económicas son casi siempre de mayor interés para ellos que los argumentos sobre las ventajas de la lactancia para la salud.

2.1.7 ESTRATEGIAS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA.

CONTROL DE LA PROMOCIÓN DE LA FÓRMULA LÁCTEA INFANTIL.

Dos son los factores principales que impiden la lactancia natural: primero, la promoción de los sucedáneos de la leche materna efectuados por los fabricantes, particularmente las compañías multinacionales; y segundo, la incapacidad del profesional de la salud de defender, proteger y apoyar la lactancia. En las décadas de 1950 y 1960, un pequeño grupo de médicos, pediatras y nutricionistas que trabajaban en países en desarrollo, llamaron la atención sobre los peligros de la alimentación con biberón y censuraron el papel de la industria en la disminución de la lactancia. En la década de 1970 el público se levantó contra la activa promoción de fórmulas infantiles mediante publicidad, suministros gratuitos y otras tácticas «agresivas de venta». Casi todos los médicos y trabajadores de la salud en países del Norte y del Sur ni siquiera apoyaban la creciente presión del público para detener las actividades promocionales de las compañías; lo peor consistió en que los médicos se pusieron al lado de los fabricantes, contra las críticas a las compañías.

En 1979, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF organizaron una reunión en Ginebra, Suiza, donde un grupo de expertos se reunió con representantes de la industria, organizaciones no gubernamentales (ONG) y delegados de países seleccionados para discutir posibles regulaciones dirigidas a controlar la promoción de sucedáneos de la leche materna. En esta conferencia los participantes tomaron la decisión de desarrollar un código de conducta y acordaron algunos de sus principios más importantes. Se hicieron luego varias reuniones para redactar el texto que debería contener el código (3). El 21 de mayo de 1981, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Código Internacional para la Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna. En 1994, el gobierno de los Estados Unidos finalmente decidió apoyarlo(3). El Código se aplica a la comercialización de sucedáneos de la leche materna, y su artículo más importante

dice: «No se debe hacer publicidad u otra forma de promoción de productos para el público en general dentro del ámbito de este Código». Otros detalles se refieren al suministro de muestras en los puntos de venta; contacto entre personal de comercialización y las madres; el uso de entidades de salud para promocionar la fórmula infantil; las etiquetas y la calidad de los productos.

El código fue un compromiso entre la industria y los que consideran que se debe prohibir toda promoción de la fórmula infantil, y en realidad representa un mínimo de requisitos. Sus principales cláusulas incluyen:

- No hacer publicidad en instituciones de salud;
- No distribuir muestras gratis;
- No promocionar en entidades de salud;
- No inducir o promoción no científica a los trabajadores de la salud;
- No distribuir muestras gratis o a bajo costo para las salas de maternidad y para los hospitales;
- Literatura con base en hechos y no orientada a la promoción;
- Etiquetas no promocionales que afirmen la superioridad de la lactancia y los peligros de la alimentación con biberón.

El código internacional no es obligatorio para los países en forma individual, pero invita a los gobiernos a que colaboren para que se cumplan sus principios y metas. Muchos países han aprobado leyes con base en el código. El uso de muestras ha declinado pero no se ha detenido. Muchos ministros de salud ahora apoyan la lactancia más que en el pasado. Sin embargo, con frecuencia se olvida que el código fue un acuerdo de compromiso, y que es el mínimo necesario para tratar una pequeña parte de un gran problema y que todos los códigos tienen sus vacíos.

Aunque la propaganda para el público ha cesado, los fabricantes continúan la publicidad dirigida a los profesionales de la salud; y las compañías promueven cada vez más al público el uso de productos manufacturados para el destete y su

consumo por bebés muy pequeños. En muchos países los fabricantes suministran todavía fórmulas gratuitas a los hospitales. A cambio de esto, los hospitales entregan fórmulas gratuitas, junto con opúsculos de la compañía a las nuevas madres al salir del hospital. Esta conducta le da a la madre la impresión de apoyo médico a la alimentación con fórmula.

La aprobación del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de algunas otras resoluciones que apoyan la lactancia natural, ha llevado a cierta complacencia y a la falsa creencia de que el problema se ha solucionado. Quienes trabajaron para lograr la aprobación del código sabían que éste podría a lo sumo solucionar una parte del problema, aunque el apoyo de acciones para tratar otras causas de la disminución de la lactancia es ahora más difícil de lograr. Existe ahora necesidad de fortalecer y ampliar el código, para que se aplique también a los alimentos procesados para el destete, al igual que a los sucedáneos de la leche materna y para evitar la publicidad a los profesionales de la salud y a la sociedad en general. Se requiere más apoyo para que las ONG comprometidas en el seguimiento del código y en su trabajo protejan, apoyen y promuevan la lactancia.

La actitud de los profesionales de la salud respecto a la lactancia ha mejorado en las últimas dos décadas. Sin embargo, hay todavía gran ignorancia, y como resultado, la profesión médica y de la salud es a menudo factor negativo de la lactancia. La primera necesidad entonces es educar a los futuros trabajadores de la salud sobre la lactancia y reeducar a los profesionales actuales. Se requiere mejorar la capacitación de los médicos, enfermeras, parteras y otros profesionales de la salud. En algunos países se realizan en la actualidad importantes esfuerzos en este campo, por medio de seminarios y cursos para educar a los trabajadores de la salud sobre prácticas adecuadas de alimentación infantil (6).

PROTECCIÓN, APOYO Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA NATURAL.

La estrategia de un país o de una comunidad para fortalecer a las mujeres y ayudar a las madres y a sus niños en relación con el derecho a la lactancia, debe incluir tres niveles o categorías de actividad (2):

- Protección de la lactancia a través de políticas, programas y actividades que protejan a las mujeres que están amamantando o planean hacerlo, contra las fuerzas que puede influir para que no lo hagan;
- Apoyo a la lactancia mediante actividades, formales e informales, que ayuden a las mujeres a tener confianza en su capacidad para amamantar, que es importante para las mujeres con deseos de amamantar pero que tienen temores o dudas al respecto, o para las que enfrentan condiciones que hacen que la lactancia parezca difícil;
- Promoción de la lactancia por medio de actividades diseñadas especialmente para influir a grupos de mujeres a amamantar a sus niños, cuando no se sientan inclinadas a hacerlo, o si no lo han hecho con sus bebés anteriores.

Aunque estos tres puntos de actividad son importantes, el esfuerzo relativo de cada una de ellos depende en particular de la situación de cada país. Por lo tanto, donde las prácticas tradicionales de lactancia son la norma pero las fórmulas infantiles comienzan a incursionar, las actividades de protección merecen una alta prioridad. Por el contrario, en un país donde la mayoría de las mujeres no lactan en absoluto, los principales esfuerzos deben realizarse con relación a la promoción. Para utilizar una analogía de salud, se puede decir que la protección y el apoyo son medidas preventivas, y la promoción es un enfoque curativo.

La protección de la lactancia se dirige a favorecer a las mujeres que normalmente amamantarían con éxito, contra las fuerzas que les pueden alterar esta práctica (3). Todas las acciones que previenen o reducen la promoción de los sucedáneos de la leche materna, los biberones para bebés y los chupetes tendrán este efecto.

Un código fuerte, que se aplique y vigile en forma adecuada, ayudará a proteger la lactancia. Es necesario reducir las diversas formas de promoción de las fórmulas lácteas, incluyendo la promoción dirigida a los profesionales de la salud; la distribución de muestras, calendarios y materiales promocionales; y visitas a los hospitales por parte de visitadores de los fabricantes. Pueden ser necesarias medidas legislativas para acabar con estas prácticas. En Papua Nueva Guinea se ha establecido que la fórmula infantil sólo se puede obtener mediante receta médica, como forma para proteger la lactancia. En algunos países se deben adoptar nuevas medidas para reducir la promoción de los alimentos procesados para el destete y productos como glucosa para alimentar a los niños.

Lo que se necesita para apoyar la lactancia en un país depende de los factores o los problemas que hacen más difícil la lactancia. En muchas áreas urbanas el empleo remunerado fuera de casa es uno de estos factores. Es indispensable tomar las acciones pertinentes para permitir que las mujeres puedan trabajar lejos del hogar y amamantar a sus hijos. Un segundo factor se relaciona con la morbilidad materna, incluyendo problemas de los pechos durante la lactancia. A menos que los trabajadores de la salud apoyen la lactancia, con frecuencia se encuentra que las madres innecesariamente recurren a sucedáneos de la leche materna cuando enfrentan esos problemas. Un tercer punto importante implica las prácticas de las entidades de salud. Los médicos deben entender que son muy pocas las condiciones de salud que contraindican definitivamente la lactancia. En muchos países industrializados o no, las agencias privadas de voluntarios y las ONG tienen funciones muy útiles en apoyo de la lactancia. La Liga de la leche y otros grupos de información sobre la lactancia han sido muy importantes (2).

La promoción de la lactancia incluye la motivación o la reeducación de las madres que de otra manera podrían no estar inclinadas a amamantar a sus bebés. En teoría, la promoción es la más difícil y ciertamente la más costosa de las tres opciones. En algunas sociedades, sin embargo, la promoción es esencial si se desea convertir la lactancia en el método preferido de alimentación infantil. El

enfoque usual comprende medios masivos y campañas de educación para hacer conocer las desventajas de la alimentación con biberón y las ventajas de la lactancia. Es importante conocer los factores que han llevado a una declinación de la lactancia en un área y entender cómo las mujeres consideran la lactancia y la alimentación con biberón. La falta de ese conocimiento ha sido causa del fallo de muchas campañas promocionales. Las técnicas de comercialización social, adecuadamente aplicadas, tienen mayor posibilidad de éxito. La promoción debe tratar no sólo los beneficios para la salud, sino además los beneficios económicos y las ventajas anticonceptivas de la lactancia. Con frecuencia, se requiere primero educar a los políticos sobre estos asuntos (2).

Es necesario una decidida voluntad política y habilidad para llevar a cabo nuevas políticas en cualquier plan dirigido a proteger, apoyar y promover la lactancia.

LA INICIATIVA DEL HOSPITAL AMIGO DEL BEBÉ (IHAB).

En 1992, UNICEF y la OMS lanzaron una iniciativa para ayudar a proteger, apoyar y promover la lactancia, mediante el enfoque de problemas en los hospitales, tales como prácticas que no apoyaban la lactancia (por ejemplo, separar a las madres de sus bebés) y otras que influían directamente en las madres para alimentar al niño con fórmulas lácteas (por ejemplo, presentación a las madres de paquetes gratuitos) (2). Los dos principales objetivos del IHAB fueron terminar la distribución de muestras gratuitas o de bajo costo de sucedáneos de leche materna; y garantizar que las prácticas de los hospitales apoyaran la lactancia (9).

La IHAB puede ser menos importante en países y comunidades donde la mayoría de los bebés nacen fuera del hospital. Puede también tener menor influencia en los hospitales de maternidad de las grandes ciudades en países en desarrollo, donde se da de alta a los bebés en un término de 24 a 36 horas después del parto.

LACTANCIA Y LEGISLACIÓN LABORAL.

Varios países facilitan a las mujeres trabajadoras la lactancia de sus niños, y algunos empleadores de mano de obra femenina apoyan la lactancia materna. Sin embargo, éstas son excepciones, cuando deberían ser la norma. La Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN) realizada por la FAO/OMS en Roma en 1992, reconoció «el derecho de los niños y las madres a la lactancia exclusiva». El Plan de Acción para la Nutrición adoptado por la Conferencia define que los gobiernos y otros deben «apoyar y alentar a las madres para que amamanten y cuiden adecuadamente a sus hijos, tanto si tienen un trabajo fijo como si trabajan ocasionalmente si realizan un trabajo no pagado. Los convenios y reglamentos de la OIT sobre este tema pueden ser utilizados como punto de partida...»

La Convención de Protección a la Maternidad adoptada por la OIT reconoce que las mujeres tienen derecho a licencia por maternidad y a amamantar a sus niños. Sin embargo, en muchos países hay serios obstáculos para que las madres puedan ejercer sus derechos a la lactancia. Entre los obstáculos principales se encuentran, licencia de maternidad muy corta o rechazo de la licencia de maternidad a las empleadas temporales o provisionales; despido del trabajo a quienes toman licencia de maternidad; falta de instalaciones para la atención de los niños las cuales deberían estar disponibles en los lugares donde gran número de mujeres están empleadas; falta de períodos de descanso para que las madres puedan amamantar a sus hijos durante una larga jornada de trabajo; y utilización de las madres trabajadoras como objetivo de las compañías fabricantes de sucedáneos para persuadirlas de alimentar a sus niños con la fórmula en vez de amamantarlos (3).

COMPROMISO INTERNACIONAL EN FAVOR DE LA LACTANCIA.

Los nueve años entre 1981 y 1990 fueron testigos de muchas acciones internacionales o promesas en apoyo de la lactancia. Éstas incluyen la adopción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos a la Leche Materna por la Asamblea Mundial de Salud, en mayo de 1981; la Declaración Innocenti sobre Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia, adoptada por la OMS/UNICEF en la reunión de responsables de políticas sobre Lactancia en la década de 1990: Una iniciativa Global, en Florencia, Italia, en 1990; y la Declaración Mundial de Nutrición y Plan de Acción para la Nutrición, aprobada por la CIN, en 1992 (11)

Mujer asiática con mellizos: el bebé a la izquierda es varón lactado, bien nutrido y saludable; el bebé a la derecha es niña, alimentada con biberón y gravemente desnutrida (falleció al día siguiente de ser tomada la foto)



Tres hermanos africanos: El bebé a la izquierda es amamantado y bien nutrido; los otros dos niños de tres y cinco años de edad se desnutrieron después de retirarles del pecho



Madre e hijo que comparten la habitación



Educación durante el embarazo



Promoción de la lactancia



CAPITULO III TIPO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

- Estudio sin intervención, cuantitativo, y de cohorte paralelo

Es un estudio sin intervención directa debido a que se obtuvo información confidencial por medio de entrevista y se analizaron los diversos factores que intervienen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres de lactantes menores de 6 meses.

Cuantitativo: Se detallan factores, ambiente, motivos y causas que influyen en el abandono de la lactancia materna y madres de lactantes menores de 6 meses y mediante la interpretación de resultados se conocieron los factores que tienen mayor influencia en este fenómeno.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Observacional: durante la investigación no se modificaron variables.

Retrospectivo: Se obtuvieron datos sobre la alimentación de los lactantes desde el nacimiento hasta los 6 meses y se corroboraron en expedientes.

Paralelo: Los pacientes en estudio se observaron una sola vez y los datos se obtuvieron a través de entrevistas en las que se analizaron y conocieron los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusivos en menores de 6 meses.

✓ **UNIVERSO.**

- Madres en el período de lactancia con hijos menores de 6 meses de la UCSFI “El Tinteral” durante el período de marzo a agosto 2016.
- Universo de 60 pacientes madres de lactantes menores de 6 meses que pertenezcan al área geográfica de influencia de la UCSFI “El Tinteral” Coatepeque, Santa Ana.
- El objeto de estudio para términos prácticos: unidad formada por la madre y el lactante menor de 6 meses.

✓ **MUESTRA.**

- Intencional o de conveniencia: se utilizó este método ya que la muestra fue de poca cantidad, y se utilizaron criterios de inclusión y exclusión para la elaboración de la misma. La muestra fue de 50 pacientes.
- Se obtuvo el universo del total de inscripciones de lactantes menores de 6 meses a controles de niño sano en los meses de enero a marzo de 2016 y luego se obtuvo la muestra significativa para el estudio.

✓ **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

| Criterios de Inclusión | Criterios de Exclusión |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Madres de pacientes lactantes menores de 6 meses. 2. Sexo: Femenino. 3. Área geográfica: Área Geográfica de influencia de la UCSFI “El Tinteral”, rural y urbana. 4. Madres de lactantes menores de 6 meses en el periodo de febrero a julio del año 2016. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes de otra área geográfica que no pertenezca a la al AGI de la UCSFI “El Tinteral”. 2. Madres de lactantes mayores de 6 meses. 3. Lactantes que no vivan con sus madres. |

✓ **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.**

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | FUENTE |
|---------------------|---|--|---|--|------------------------------------|
| Factores biológicos | Condiciones físicas que afectan la salud materna, dificultando o imposibilitando la lactancia materna | <ul style="list-style-type: none"> • Madre con infección VIH • Abscesos mamarios • Uso de antibióticos • Medicamentos contraindicados durante la lactancia materna • Madres con alguna discapacidad | <ul style="list-style-type: none"> • Infección VIH • Abscesos • Antibióticos • Medicamentos • Discapacidades | <ul style="list-style-type: none"> • Con infección • Sin infección • Con Absceso • Sin Absceso • Con Antibiótico • Sin Antibiótico • Con medicamentos • Sin medicamentos • Con discapacidad • Sin discapacidad | Cuestionario Preguntas cerradas |
| Educación materna | Nivel de educación de la madre en el período de la lactancia | <ul style="list-style-type: none"> • Madre con educación básica • Madre con educación media • Madre con educación superior | <ul style="list-style-type: none"> • Básica • Bachiller • Universitaria | <ul style="list-style-type: none"> • 1ero a 6to grado • Bachillerato completo • Nivel universitario | Cuestionario preguntas cerradas |

| | | | | | |
|---------------------|----------------------------------|--|--|---|---------------------------------|
| Factores económicos | Nivel socioeconómico de la madre | <ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico bajo • Nivel socioeconómico medio • Nivel socioeconómico alto | <ul style="list-style-type: none"> • Pobreza extrema • Pobreza • Salario mínimo • Mas del salario mínimo | <ul style="list-style-type: none"> • Con pobreza extrema o con pobreza • Trabajo fijo con salario mínimo • Trabajo fijo con mas del salario mínimo | Cuestionario preguntas cerradas |
|---------------------|----------------------------------|--|--|---|---------------------------------|

✓ **MATERIALES Y MÉTODOS.**

1. Encuesta: Cuestionario con 11 preguntas cerradas que se realizó con fechas establecidas en la UCSFI El Tinteral en equipo de trabajo (3 integrantes del grupo de investigación) en las siguientes fechas:

- 10 Y 24 de junio.

- 22 y 29 de julio.

- El instrumento se aplicó durante la visita de las madres a la UCSFI para control de niño sano y las que no asistieron se visitaron en su domicilio.
- El análisis de las preguntas se hizo pregunta a pregunta evaluando las circunstancias y condiciones especiales.

✓ **PLAN DE TABULACIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.**

- Los datos obtenidos mediante el instrumento de recolección se vaciaron dentro de una hoja de cálculo de Microsoft Excel.
- Elaboración de tablas con los datos de hojas de cálculo; y se crearon gráficas y cruce de datos utilizando el sistema informático de Microsoft Excel.

✓ **PROPUESTA CAPITULAR DE TESIS.**

- CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.
- CAPITULO II FUNDAMENTACIÓN TEORICA.
- CAPITULO III DISEÑO METODOLÓGICO.
- CAPITULO IV RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.
- CAPITULO V REFERENCIAS Y ANEXOS.

✓ **PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.**

- Codificación de variación en hoja Excel.

✓ **PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

- Tablas.
- Gráficos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

- a. Se solicitó participación voluntaria de la población en estudio en la investigación.
- b. Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida en la investigación.
- c. La información obtenida fue de uso exclusivo de los investigadores para su análisis.
- d. No se empleó ningún método o teoría investigativa que denigrara a la persona.

CAPITULO IV

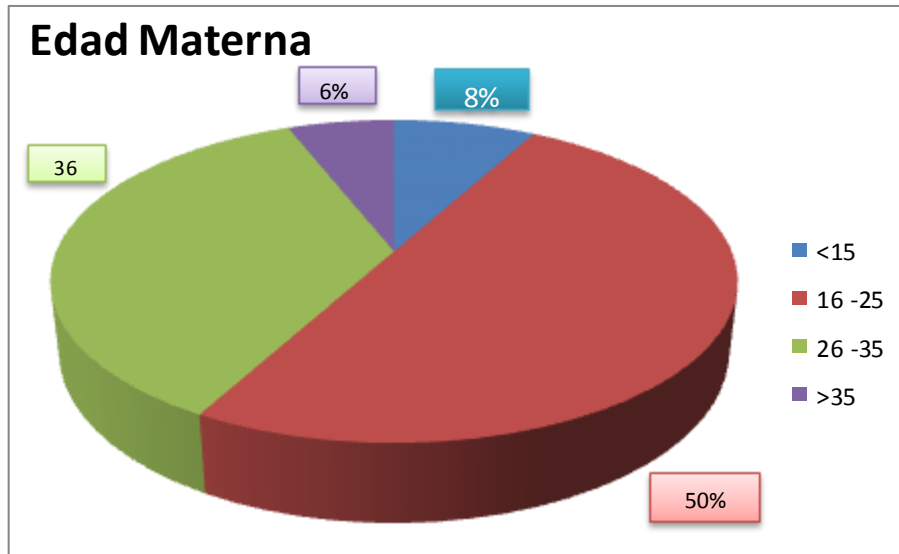
4.1 RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Luego de la tabulación, mediante el programa informático Microsoft Excel se realizó la siguiente serie de gráficas, en las cuales se plasma los resultados del estudio, haciendo cruce de datos para alguna de estas, como se muestra a continuación:

Dividimos nuestro análisis en tres partes detallando de esta manera los factores que intervienen en cada uno de nuestros objetivos específicos obtener resultados precisos y concretos para el análisis de los motivos del abandono de la lactancia materna exclusiva por parte de la madre de lactantes menores de 6 meses de edad en la UCSFI “El Tinteral”

PARTE I. DETERMINAR FACTORES BIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MENORES DE 6 MESES.

GRAFICA 1. EDAD MATERNA.

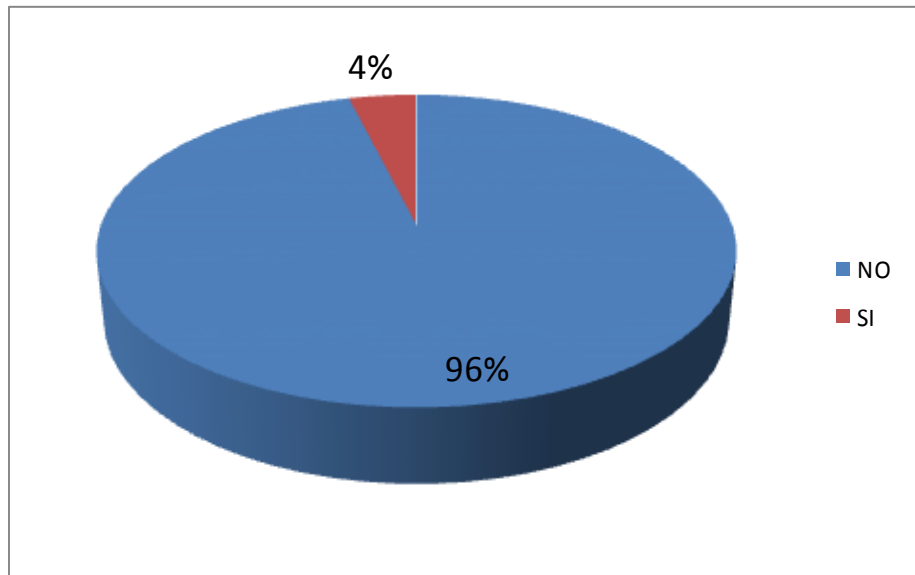


Fuente: Instrumento de investigación, Factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “El Tinteral”, Coatepeque.

INTERPRETACIÓN: Al clasificar la edad de los sujetos en estudio la mayor parte se encuentra en la edad de la adolescencia entre 16 y 18 años, representados en la gráfica en el segundo grupo de edad de 16 – 25 años, y los resultados por porcentajes son: de 50 pacientes de la muestra 4 son menores de 15 años (2%). En segundo grupo etáreo es de 16 – 25 años, y es en este el mayor porcentaje, con un total de 25 pacientes que representan el 50%. El tercer grupo de 26 a 35 años con un total de 18 pacientes representa (36%) y solo 3 pacientes se encontraban en la edad mayor de 35 años (6%).

ANÁLISIS: la mayoría de pacientes estudiados son adolescentes o adultos jóvenes, factor condicionante cultural para el destete precoz, ya que pueden estar influenciadas por madres, abuelas o vecinas.

GRAFICA 2. INFECCION O ENFERMEDAD MATERNA.

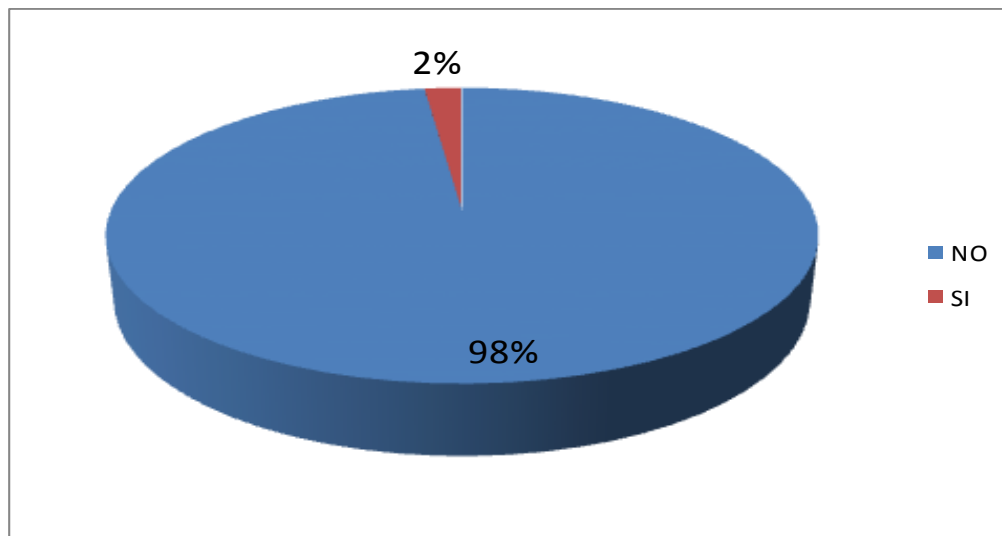


Fuente: Instrumento de investigación, Factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “El Tinteral”, Coatepeque.

INTERPRETACION: Se investigó sobre si las madres de los lactantes presentaban patologías que les impidiera lactar, y de la muestra de 50 pacientes se obtuvieron los siguientes resultados 1. Un total de 48 pacientes no presentaban ninguna enfermedad representando el 96% 2. Solo 2 pacientes respondieron que si y representa el 4% siendo las patologías: parasitismo intestinal y fiebre por Chikungunya.

ANÁLISIS: la mayoría de madres en estudio gozan de un perfecto estado de salud, y ninguna tiene enfermedades que sean contraindicación absoluta para la lactancia materna, lo que les permite brindar lactancia materna exclusiva.

GRAFICA 3. CONSUMO MATERNO DE MEDICAMENTOS.

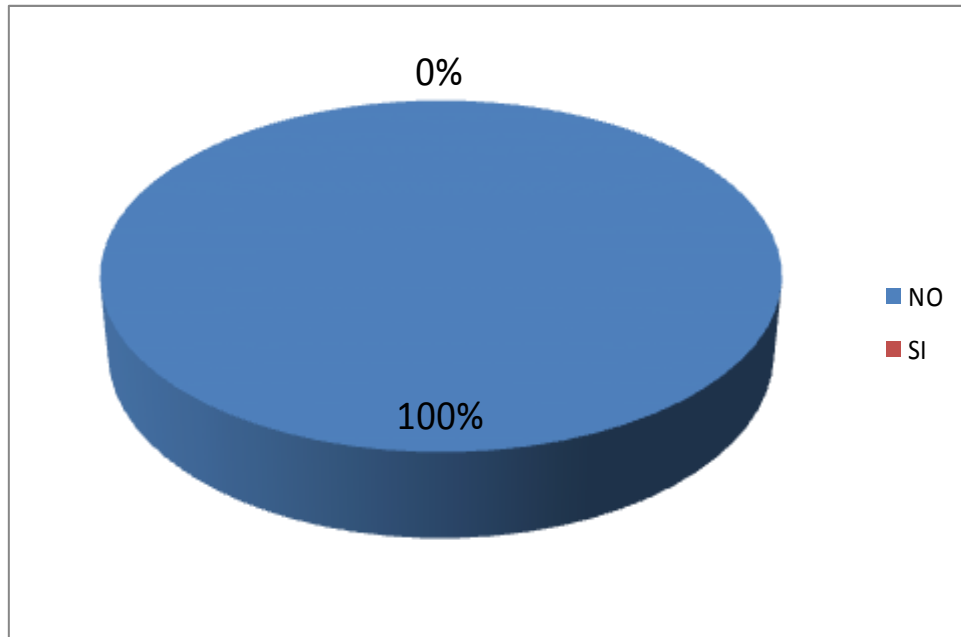


Fuente: Instrumento de investigación, Factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “El Tinteral”, Coatepeque.

INTERPRETACION: Se investigó sobre si las madres de los lactantes consumían algún tipo de medicamento que les impidiera lactar, y de la muestra de 50 pacientes se obtuvieron los siguientes resultados 1. . Un total de 48 pacientes no consumían ningún medicamento 2. Solo 2 pacientes respondieron que si y representa el 4% siendo los medicamentos metronidazol (1) AINES (1)

ANÁLISIS: En la gráfica anterior se evidencio que sólo 2 madres padecían algún tipo de patología y que estas no representaban contraindicaciones absolutas para la lactancia materna y aunque se explico que solo el metrodizol representa una contraindicación relativa, ambas ya habían suspendido la lactancia materna.

GRAFICA 4. DISCAPACIDADES MATERNAS.



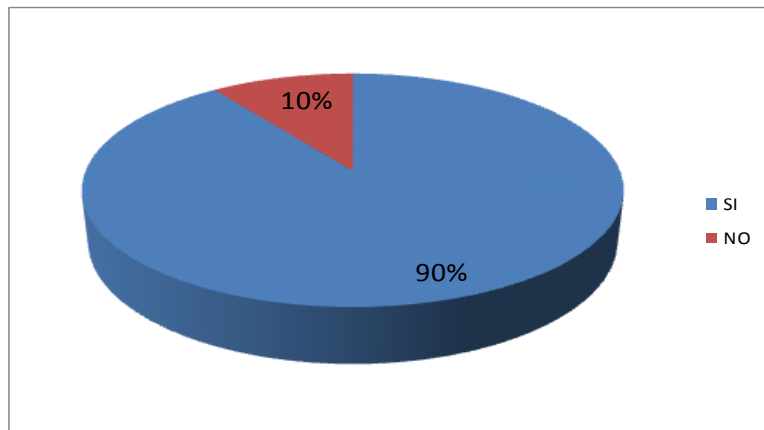
Fuente: Instrumento de investigación, Factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “El Tinteral”, Coatepeque.

INTERPRETACION: Al investigar sobre si las madres de los lactantes menores de 6 meses tenían alguna incapacidad física o trastorno psicológico que les impidiera lactar, se encontró que el 100% de la muestra de 50 pacientes están capacitadas física y mentalmente para dar lactancia materna exclusiva.

ANÁLISIS: Todas y cada una de las madres en estudio están físicamente capacitadas para la lactancia materna

II. PARTE. DETERMINAR FACTORES DE EDUCACION MATERNA QUE CONTRIBUYAN AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MENORES DE 6 MESES.

GRAFICA 5. MEJOR ALIMENTO PARA LOS MENORES DE 6 MESES.

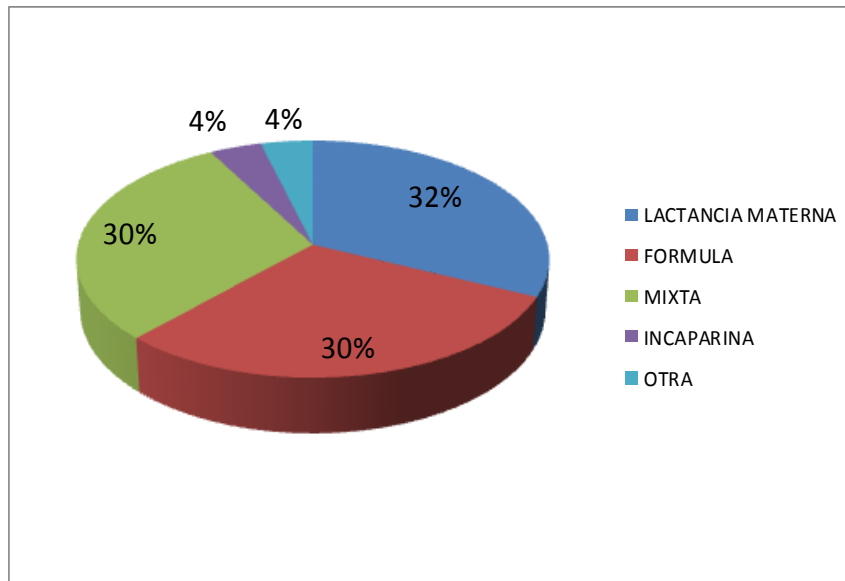


Fuente: Instrumento de investigación, Factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “El Tinteral”, Coatepeque.

INTERPRETACION Y ANALISIS: Se investigó si las madres de lactantes menores de 6 meses saben que la lactancia materna es el mejor alimento para sus bebés, y se obtuvieron los siguientes resultados 45 pacientes (90%) si saben que la lactancia materna es el mejor alimento y 5 pacientes (10%) no sabían que la lactancia materna lo es.

ANALISIS: La educación continua a las futuras madres sobre la importancia de la lactancia materna se ve reflejada en el dato obtenido que el 90% reconocen la lactancia materna como el mejor alimento, y aunque el 10% consideraban de mejor calidad otros alimentos (formulas) era evidente la influencia del factor cultural y familiar.

GRAFICA 6. CON QUE ALIMENTA A SU BEBE.

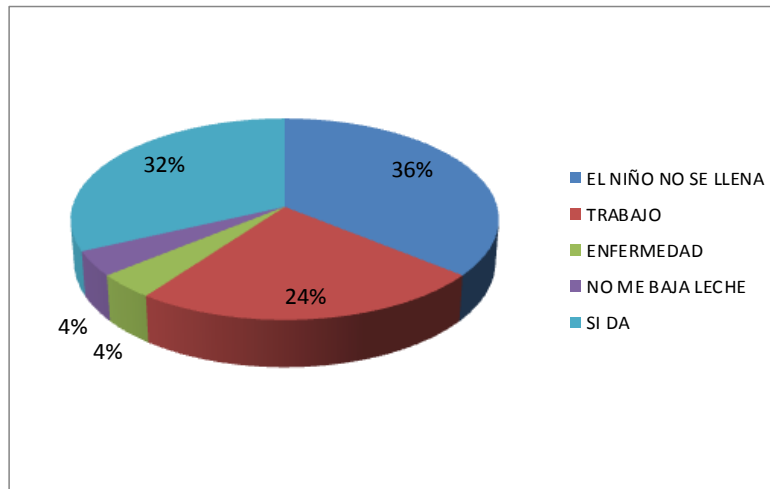


Fuente: Instrumento de investigación, Factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “El Tinteral”, Coatepeque.

INTERPRETACION: Se investigó sobre el tipo de alimentación que las madres dan a los lactantes menores de 6 meses y en la muestra de 50 pacientes se obtuvieron los siguientes resultados: 16 pacientes dan lactancia materna exclusiva (32%) 15 pacientes dan fórmulas comerciales (30%), 15 pacientes dan alimentación mixta (fórmula o incaparina) que complementan la lactancia materna (30%) 2 lactantes son alimentados exclusivamente con incaparina (4%) y finalmente 2 lactantes son alimentados con harina fortificada (4%)

ANALISIS: a pesar que el 90% de las pacientes en estudio saben que la lactancia materna es el mejor alimento, solamente el 32% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, y tanto las fórmulas comerciales como la incaparina y harina fortificada son de elección para completar la lactancia materna o para sustituirla.

GRAFICA 7. PORQUE NO DA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

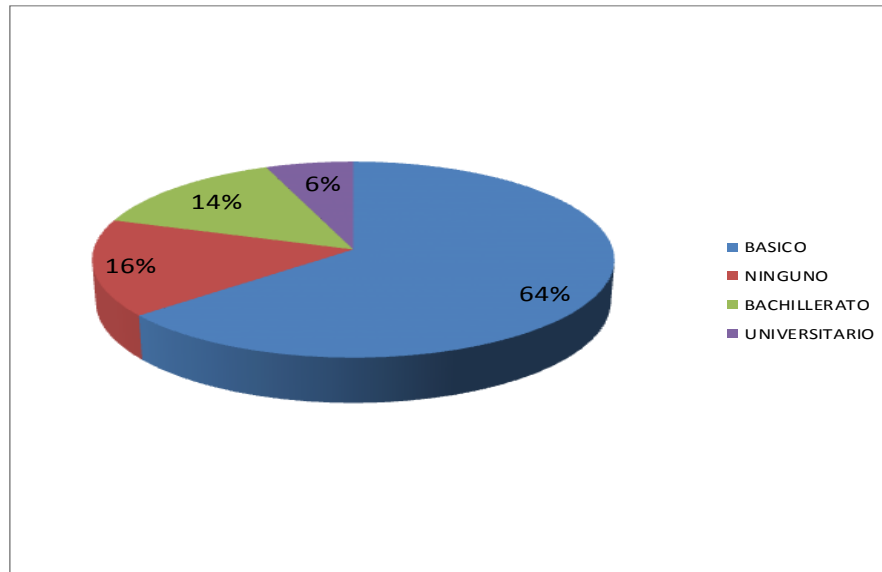


Fuente: Instrumento de investigación, Factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “El Tinteral”, Coatepeque.

INTERPRETACION: Se investigó sobre los motivos por los cuales no se da lactancia materna exclusiva a los lactantes menores de 6 meses y se obtuvieron los siguientes resultados: 18 pacientes dijeron que es porque “el niño no se llena” (36%) 12 pacientes tienen como limitante el trabajo (24%). 2 pacientes atribuyen la pobre producción de leche (4%) y finalmente 2 pacientes no dan lactancia materna por que presentan algún tipo de patologías (4%) las cuales ya fueron descritas en este estudio.

ANALISIS: Como ya se había obtenido el primer dato 16 pacientes si dan lactancia materna exclusiva (32%) y los restantes 32 pacientes que no reciben lactancia materna, los motivos a los que las madres de los lactantes atribuyen la falta de lactancia materna exclusiva no son contraindicaciones absolutas, considerando el factor educativo y sociocultural el factor determinante para el abandono de la misma.

GRAFICA 8. NIVEL DE ESCOLARIDAD.

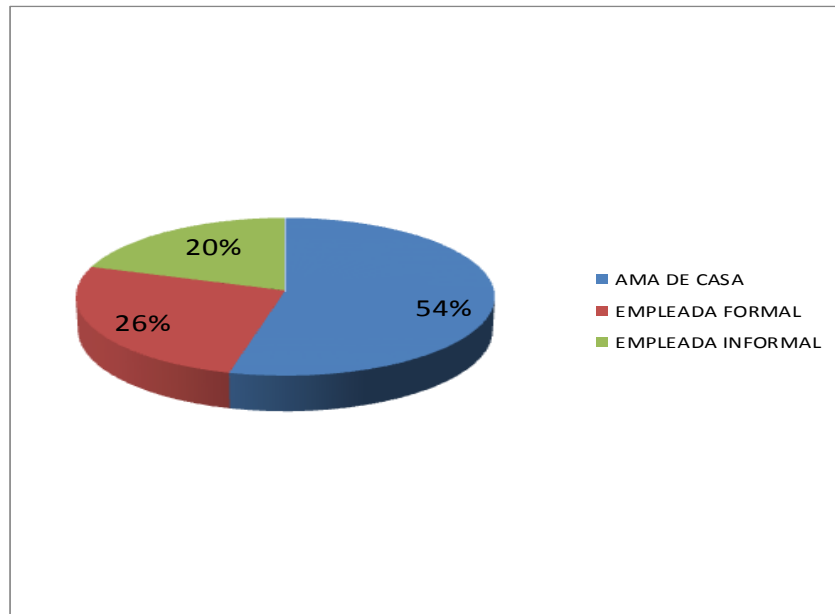


Fuente: Instrumento de investigación, Factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “El Tinteral”, Coatepeque.

INTERPRETACION : Se investigó sobre el nivel de educación de las madres de lactantes menores de 6 meses y se obtuvieron los siguientes datos: 8 pacientes no tenían educación escolar (16%) 32 encuestadas tienen educación básica (64%) 7 madres de lactantes finalizaron el bachillerato (14%) y solo 3 de ellas tenían educación superior (6%).

ANALISIS: El bajo nivel académico junto al factor sociocultural, contribuyen a que los sujetos en estudio no den la importancia debida a la educación sobre la lactancia materna, y se refleja en el hecho que el 80% de los pacientes tienen muy bajo nivel de educación o son analfabetas, dentro de este grupo se encuentran las pacientes que no dan lactancia materna exclusiva.

GRAFICA 9. OCUPACION LABORAL.

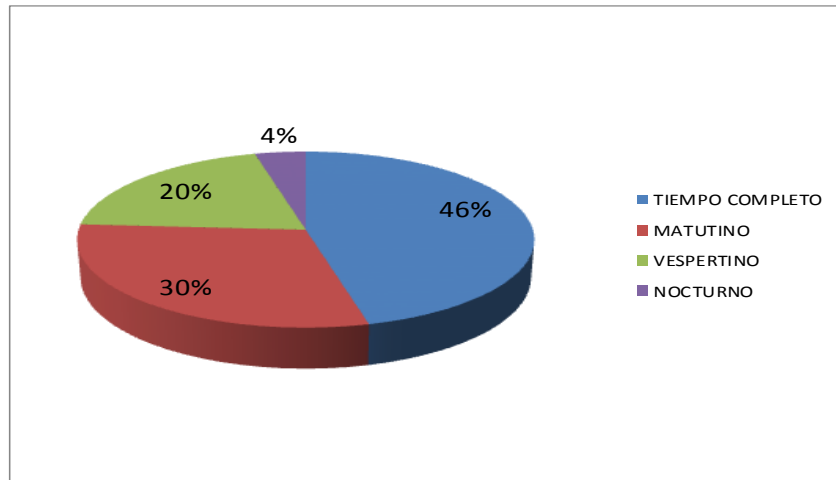


Fuente: Instrumento de investigación, Factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “El Tinteral”, Coatepeque.

INTERPRETACION: Se investigó sobre la ocupación laboral de los sujetos en estudio y se obtuvieron los siguientes datos 27 madres son amas de casa (54%) 13 tienen un empleo formal considerando entre ellos empleadas domésticas, operarias de maquilas y ventas (26%) y 10 poseen empleos informales (20%) ventas informales, y trabajos ocasionales.

ANALISIS: Mas de la mitad de los sujetos en estudio son amas de casa y permanecen con los lactantes las 24hrs del día, pero a pesar de esto no dan lactancia materna exclusiva debido a factores socioculturales y el resto de la muestra no poseen los medios para conservar la leche materna en refrigeración, o simplemente optaron por cambiar a fórmulas comerciales u otra forma de alimentación.

GRAFICA 10. HORARIO DE TRABAJO.

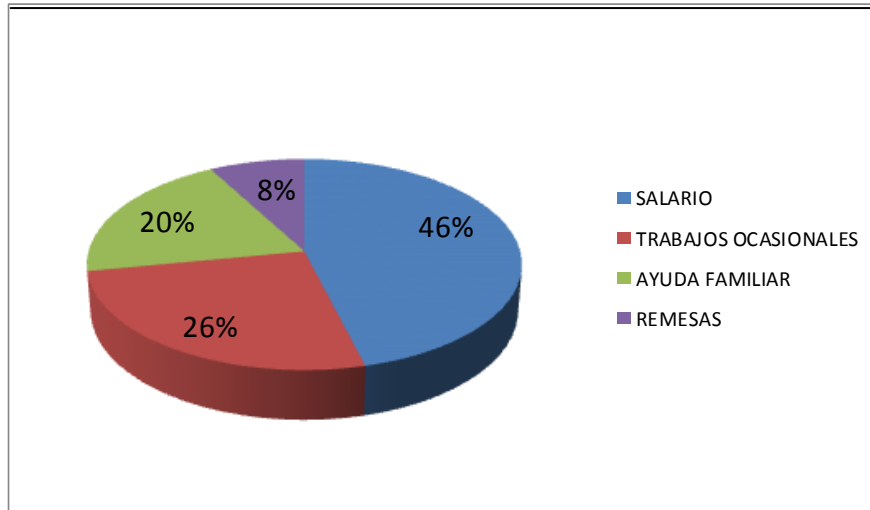


Fuente: Instrumento de investigación, Factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “El Tinteral”, Coatepeque.

INTERPRETACION: Luego de conocer el tipo de trabajo, indagamos sobre el horario del mismo y se obtuvieron los siguientes resultados: 23 trabajan a tiempo completo (46%) 15 madres de lactantes trabajan por la mañana (30%) 10 trabajan por la tarde (20%) y 2 por la noche (4%) que son dos enfermeras.

ANALISIS: Cerca de la mitad de la muestra dijeron “trabajar a tiempo completo” ya que la mayoría de amas de casa consideraban su trabajo con este horario, y aunque se les dejó claro que si era trabajo pero tenían la oportunidad de brindar lactancia materna exclusiva no todas cumplen esta alimentación para sus hijos.

GRAFICA 11. APOORTE ECONOMICO EN EL HOGAR.



Fuente: Instrumento de investigación, Factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “El Tinteral”, Coatepeque.

INTERPRETACION: Investigamos sobre el aporte económico en el hogar de las madres de lactantes menores de 6 meses y los resultados fueron los siguientes 23 tienen un salario que aportan a la casa (46%) 13 reciben pagos ocasionales (26%) 10 pacientes reciben ayuda familiar y esto representa el sostén de su hogar (20%) y 4 madres consideran las remesas familiares como el aporte de sostén económico de su hogar (8%)

ANALISIS: El nivel socioeconómico del mayor porcentaje de la muestra es bajo debido al tipo de aporte económico, y a pesar de esto las madres de los lactantes no reconocen que la lactancia materna es mucho más económica y prefieren fórmulas o harinas.

CONCLUSIONES

- El abandono de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses está condicionado en su mayoría a la falta de educación materna, y compromete a todos los trabajadores de salud a continuar el trabajo de enseñar a las mujeres en edad fértil que la lactancia materna exclusiva es y será siempre el mejor alimento para los niños menores de 6 meses
- Al cuantificar el número de pacientes que recibieron lactancia materna exclusiva pudimos darnos cuenta que el 68% de nuestra muestra no eran alimentados por este método a pesar de no existir factores biológicos o patológicos condicionantes, corroborando la necesidad de incrementar los esfuerzos sobre lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.
- A pesar de que 90% de las madres de lactantes menores de 6 meses reconocen la lactancia materna como el mejor alimento para su bebe, solo el 32% aporta lactancia materna exclusiva, y una parte de nuestra población no identifica los beneficios de la misma para los lactantes, esto a pesar que han recibido charlas de educación sobre lactancia materna.
- El 100% de las pacientes estudiadas refieren haber recibido educación sobre lactancia materna y sus beneficios, pero el 32% no dan lactancia materna exclusiva porque piensan que no es suficiente para satisfacer al lactante.
- Más de la mitad de los estudiados un 54% tienen como ocupación laboral ser ama de casa, lo que les permite cuidar de sus hijos y permanecer con ellos las 24 horas del día, pero a pesar de esto solamente el 32% daba lactancia materna exclusiva.

RECOMENDACIONES

A LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA “EL TINTERAL”:

1. Fomentar y Fortalecer los programas nacionales sobre lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida
2. Promover la educación continua a las madres de lactantes durante los primeros 6 meses de vida
3. Crear grupos de apoyo para solventar necesidades básicas en madres de lactantes menores de 6 meses para evitar el abandono de la lactancia materna exclusiva

A FUTUROS INVESTIGADORES

1. Se recomienda indagar sobre los estados nutricionales de las madres de lactantes menores de 6 meses y promover programas que mejoren el mismo.
2. Darle la importancia debida a la educación continua a madres de lactantes menores de 6 meses sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y sus beneficios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Valmaña Montaves I. Lactancia de tu bebé. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 1991;5, 16-20
- 2- Araya,Z.yBrenes,G.(2012).Educación prenatal: factores asociados al éxito de la lactancia materna. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 23, 1-14 Recuperado de: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/lactanciamaterna.pdf>> ISSN 1409-4568
- 3- Torres R, Toro P del, Selva Suárez L, Escobar L. Nutrición y Salud del niño. Pág. 28-30. Holguín 1992.
- 4- Nelson WE. Nutrición y su trastorno. En: Tratado de pediatría. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1989;t1:139-70 (Edición Revolucionaria).
- 5- Tuleda Coloma JM. Estimulación del feto, del recién nacido y del niño hasta los tres años de edad. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1996;29.
- 6- Cabrera Hernández A. Lactancia materna y estado de nutrición en un grupo de niños de 6 meses y sus madres. *Rev Cubana Aliment Nutr* 1991;5(2):92-7.
- 7- Lucas A, Morley R, Cole T, Lister G, Lesson Paine C. La leche materna y el posterior cociente de inteligencia en niños nacidos antes del término de la gestación. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1993;9(1):92-3.
- 8- Jordán J. La leche materna y el posterior cociente de inteligencia en niños nacidos antes del término de la gestación (Comentario al Artículo). *Rev Cubana Med Gen Integr* 1993;9(1):92-3.
- 9- Romer HC, Wasserman SS, Flores J, Pichichen ME, Losonsky GA. Rotavirus Especific breast milk antibody in two population and possible correlate of interface with Rhesus Rotavirus vaccine sero conversion. *J Infect Dis* 1992;165(5):826-30.
- 10-Riverón Corteguera R. Valor inmunológico de la leche materna. *Rev Cubana Pediatr* 1995;67(2):116-28.
- 11-Freed GL, Clark SJ, Soreson J, Lhor JA, Cefalu R, Curtis P. National assessment of physicians breast. Feeding knowledge, attitudes, training and experience. *JAMA* 1995;273(6):472-6.
- 12-Silvia LC, Boorza I, Amador M. Efecto del médico de la familia en la prevalencia y duración de la lactancia materna en áreas periféricas de Guadalajara, México, DF. *Bol Of Saint Panam* 1993;15(2):118-27.

ANEXOS
ANEXO 1. CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN

| ACTIVIDAD | MES | | | | | | | |
|---|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|
| | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre |
| Realizar y entregar protocolo de investigación | X | | | | | | | |
| | X | | | | | | | |
| Selección de pacientes, aplicación de cuestionarios y entrevistas | | X | X | X | | | | |
| | | | | | | | | |
| Entrega de panfletos y folletos informativos | | X | X | X | | | | |
| Análisis de resultados | | | | | X | X | X | X |
| | | | | | | | | |

ANEXO 2. PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

| Concepto del gasto | Importe | Fecha probable de aplicación |
|--|--------------|------------------------------|
| Impresiones, hojas, anillados (Gastos de librería) | \$60. 00 | Junio 2016 |
| Reuniones ordinarias y extraordinarias para elaboración de perfil | \$30 | Mayo – Junio 2016 |
| Entrega final de proyecto (gastos de librería, material utilizado durante el desarrollo de la investigación, defensa de tesis) | \$150 | Octubre 2016 |
| Total | \$240 | |

ANEXO 4. HOJAS VOLANTES INFORMATIVAS Y AFICHE

Beneficios de la Lactancia Materna

PARA EL BEBÉ:

- Ayuda a que crezca sano y fuerte.
- Previene enfermedades (desnutrición, diarreas, infecciones, alergias, caries dentales, obesidad).
- Mejora el desarrollo de la Inteligencia.
- Permite que el bebe se sienta más seguro y querido.

PARA LA MAMÁ:

- Favorece el vínculo con su bebé y previene la anemia.
- Ahorra dinero, tiempo y trabajo.
- Ayuda a recuperar su peso más rápido.
- Disminuye la aparición de cáncer de mama, ovario, hipertensión y osteoporosis.

1 **Alimentación al seno con la mano izquierda para "C"**
Coloque al bebé pegado con el pecho del seno a las cuatro horas para "C", teniendo en cuenta los siguientes signos: boca bien abierta, más ancho que profundo que con el dedo, labio inferior vuelto hacia fuera, nariz redondeada, mentón cerca al pecho. De esta forma el bebé podrá succionar correctamente.

2 **Amamantamiento en un acto**
El bebé debe succionar a demanda de leche no por hambre sino por succionar el seno. El seno debe volver a introducirse al pecho y retirarse en la terminación del acto del niño.

3 **Posición de posición**
Siempre acostarse al pecho con el brazo y la cabeza del bebé de su cuerpo, su pecho libre y relajado al pecho, recordando que el bebé debe succionar, no el seno al pecho. Apoyarse con almohadas y cojines. Esta posición es vital si se practican una cesárea o parto gemelar.

4 **Posición de posición de lactancia**
Acostarse de lado, apoya la cabeza y la espalda con almohadas, coloque el bebé de frente a su cuerpo y al pecho, suabado con su brazo lo más pegado posible al cuerpo.



EL PECHO DE MI MAMÁ ES EL SOL QUE SALE

©SANDRA

Que el nacimiento de tu bebé sea una vivencia placentera e inolvidable...

Beneficios de la Lactancia materna



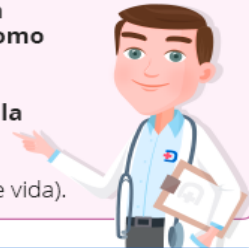
BENEFICIOS para el bebé:

- 1 **Nutrición ideal** para los recién nacidos.
- 2 Muy rica combinación de **vitaminas, proteínas y grasa** (todo lo necesario para crecer).
- 3 Más **fácil de digerir** que los productos alternativos.
- 4 Contiene anticuerpos que **ayudan a combatir virus y bacterias**.
- 5 **Reduce** el riesgo de **asma y alergias**.
- 6 Aquellos bebés que durante los primeros 6 meses lactan **únicamente** la leche materna, **tienen menos infecciones del oído, problemas respiratorios o episodios de diarrea**.



BENEFICIOS para la madre:

- 1 **Quema calorías extra**, por lo que se pierde más rápido el peso ganado durante el embarazo.
- 2 Libera la hormona **oxitocina**, la cual, luego del parto, **ayuda al útero a regresar a su tamaño original** y reduce el sangrado uterino.
- 3 **Podría disminuir el riesgo de cáncer de mama y ovario**, y de osteoporosis.
- 4 **La lactancia materna exclusiva funciona como un método natural** (aunque no totalmente seguro) **de control de la natalidad** (98% de protección durante los primeros seis meses de vida).



LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD RECOMIENDA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



DURANTE LOS PRIMEROS **6 MESES DE VIDA**



Luego deben introducirse alimentos sólidos, como purés de frutas y verduras, a modo de complemento de la lactancia materna durante dos años o más. **Los alimentos complementarios deben administrarse con cuchara o taza, y no con biberón.**



¡Recuerda que frente a cualquier duda lo más importante es consultar a tu médico de confianza!

Doktuz

ANEXO 5. HOJA DE CONSENTIMIENTO ETICO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOJA DE CONSENTIMIENTO ETICO

Como parte de la realización del trabajo de graduación de estudiantes de Doctorado en medicina denominado: **“Factores maternos que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia “EL TINTERAL” municipio de Coatepeque, Santa Ana, en el periodo de marzo a agosto de 2016”**

Solicitamos su participación en esta investigación, recordando que: su participación es voluntaria, confidencial, de uso exclusivo de los investigadores para el análisis del estudio y que no se emplean teorías investigativas que denigre a la persona.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13