

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

INFORME FINAL:

DETERMINANTES COMPORTAMENTALES Y AMBIENTALES RELACIONADOS A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES DE EDAD USUARIAS DE LA UNIDAD DE SALUD UNICENTRO, MUNICIPIO DE SOYAPANGO, DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR. ABRIL - MAYO DE 2010.

AUTORAS:

BR. MARTHA ADELA AYALA RAMÍREZ

BR. KAREN LISSETTE OLIVA OLIVA

DOCENTE DIRECTOR:

LIC. GUILLERMO QUINTANILLA

**CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO DE 2010.
AUTORIDADES**

**RECTOR UNIVERSITARIO:
ING. RUFINO QUEZADA.**

**DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA:
DRA. FÁTIMA TRINIDAD VALLE DE ZÚNIGA.**

**DIRECTORA DE ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA:
LICDA. SOFÍA ALVARADO DE CABRERA.**

**DIRECTORA CARRERA EDUCACIÓN PARA LA SALUD:
LICDA. SANDRA ELIZABETH CUBÍAS DE CALDERÓN.**

SEMINARIO DE GRADUACIÓN APROVADO POR DOCENTE DIRECTOR:
LIC. JOSÉ GUILLERMO QUINTANILLA ALFARO.

ÍNDICE

CONTENIDO

PÁGINAS

CAPÍTULO I

Introducción i

- 1. Problema investigado 6
 - 1.1 Planteamiento del problema 6
 - 1.2 Enunciado del problema 8
 - 1.3 Justificación 9
 - 1.4 Objetivos 11

CAPÍTULO II

- 2. Marco teórico 12
 - 2.1 Antecedentes históricos de la Lactancia Materna 12
 - 2.2 Lactancia Materna 19
 - 2.3 Anatomía y fisiología de la mama 20
 - 2.4 Reflejos de la salida de la leche 23
 - 2.5 Composición de la leche materna 23
 - 2.6 Beneficios de la Lactancia Materna 26
 - 2.7 Secreción de la Leche Materna 28
 - 2.8 Técnicas de la Lactancia Materna 28
 - 2.9 Métodos alternativos de la extracción de leche 30
 - 2.10 Lactancia Artificial 30
 - 2.11 Lactancia inducida 32
 - 2.12 Alimentación Complementaria del y la lactante 32
 - 2.13 Desventajas del uso del biberón 33
 - 2.14 Comparación con otras leches 34
 - 2.15 Mitos de la Lactancia Materna 35

 - 2.16 Estadísticas de la Lactancia Materna en El Salvador
y estado Nutricional de la y el menor de 5 años 37
 - 2.17 Teoría del Aprendizaje Social 39
 - 2.18 Generalidades de la Unidad de Salud Unicentro 41
 - 2.19 Términos básicos 44

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico	48
3.1 Tipo de Estudio	48
3.2 Población y Muestra	48
3.3 Unidades de Análisis	48
3.4 Técnicas e instrumentos	48
3.5 Procedimientos	49
3.6 Plan de análisis y procesamiento de información	50
3.7 Operacionalización de variables	51
CAPÍTULO IV	
4. Presentación de los resultados	54
CAPÍTULO V	
5. Análisis de los resultados	94
CAPÍTULO VI	
6. Conclusiones	102
CAPÍTULO VII	
7. Recomendaciones	104
CAPÍTULO VIII	
8. Fuentes de información	106
Anexos.	
Anexo 1	
Anexo 2	
Anexo 3	

INTRODUCCIÓN

La leche materna es el alimento más importante durante los primeros 6 meses de vida ya que en esta van todos los nutrientes necesarios para el desarrollo del niño y la niña.

Cerca del 80% de las madres en El Salvador, deciden amamantar a sus niños/as cuando dan a luz, sin embargo, esta cifra comienza a disminuir a las pocas semanas del nacimiento del bebé, lo que supone la pérdida de beneficios saludables muy importantes tanto para la madre como para el o la recién nacido/a, ya que, la alimentación al pecho materno, ofrece a la o el lactante un óptimo inicio en la vida, el desarrollo psicofísico más adecuado y la mejor protección frente a sus problemas de salud.

El ritmo de vida de muchas mujeres, puede hacer que perciban la lactancia materna como una esclavitud y favorece el abandono precoz de la misma. No obstante, los expertos en lactancia materna coinciden en que no hay que considerar a la lactancia como una tarea de normas rígidas. Cada bebé es diferente y sólo él sabe cuándo y cuánto necesita mamar. Sin embargo, según destacan los expertos, las razones que explican tan alta tasa de abandono son diversas y, en la mayoría de los casos, injustificadas. Asimismo, también señalan que unas veces las causas provienen de la madre y otras del ambiente que la rodea.

El presente Informe Final lleva como título “Determinantes comportamentales y ambientales relacionados a la práctica de la lactancia materna no exclusiva en madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad usuarias de la Unidad de Salud Unicentro, Municipio de

Soyapango, Departamento de San Salvador. Abril - Mayo de 2010.”

En dicho documento se encuentra la presentación de los resultados obtenidos en la investigación, el análisis de los mismos, seguido de las conclusiones y recomendaciones del documento.

CAPITULO I

1 PROBLEMA

0. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según investigaciones previas, cerca del 90% de las mujeres embarazadas en El Salvador, al preguntarles si quieren amamantar responden que sí, al menos durante el periodo de baja maternal. Sin embargo, las cifras de lactancia materna en nuestro país no son nada alentadoras. Así, el 80% de las madres deciden amamantar a sus niños cuando dan a luz. Sin embargo, esta cifra disminuye hasta el 68% a las 6 semanas, al 52% a los tres meses y hasta 36% a los seis meses del parto[1].

La industria moderna ha logrado propiciar una cultura de alimentos prestigiosos, dentro de la cual se le asigna un valor mayor a algunos componentes de la dieta que otros, para cobrar más por ellos. Dentro de ésta tendencia se pretende hacer creer que la leche materna puede ser reemplazada o imitadas por otras lo cual, no ha sido comprobado científicamente.

Lo importante no es la cantidad absoluta de proteínas, grasas, o de vitaminas que tenga una leche u otra, sino la proporción en que ellas se encuentran en la leche. Dicha proporción debe ser equilibrada y debe responder a las necesidades que tengan los distintos órganos y funciones del cuerpo y esto solo lo brinda la lactancia materna exclusiva.

No se debe olvidar que por lo general, cada niño o niña solo recibe la leche de su propia mamá, la cual se ha adaptado completamente a su edad y a sus necesidades, y que las leches de vacas son leches ordeñadas de muchas vacas que están amamantando a terneros de distintas edades y son ordeñadas en distintos momentos del día.

La leche materna se encuentra siempre en perfectas condiciones higiénicas a las temperaturas ideales, y que el bebé la puede ingerir aún si la mamá está enferma, embarazada o menstruando se comprueba que la leche materna exclusiva es el mejor alimento en los primeros 6 meses de vida, de igual manera para la madre hay una serie de beneficios los cuales son: Prevención de hemorragias y anemias, Recuperación del peso normal, Ventajas económicas, Prevención del cáncer de mamas, Ventajas en el espaciamiento de nuevos embarazos así como Favorece el contacto físico y psicológico madre-hijo, entonces ¿porque algunas mujeres no dan lactancia materna exclusiva?

La lactancia materna exclusiva también se ve determinada por otros aspectos del ambiente entre los que están los culturales e institucionales.

Entre los aspectos culturales se encuentran las creencias, costumbres, mitos y tradiciones que las familias de las madres lactantes tienen y que pueden reforzar u obstaculizar en su decisión con relación a la práctica de la lactancia materna exclusiva.

De igual manera la lactancia materna exclusiva se ve afectada por el aspecto institucional con

relación a la poca creación, implementación, promoción y ejecución de políticas públicas saludables dirigidas a la lactancia materna exclusiva.

En El Salvador la lactancia materna exclusiva es una situación que pasa desapercibida por la mayoría de la población ya que no le ven la importancia que esta tiene para el debido crecimiento y desarrollo del niño y la niña. Del total de niños(as) menores de 6 meses, en promedio, el 31% recibió lactancia exclusiva (sólo pecho) y el 11 por ciento recibió lactancia predominante (pecho y agua u otros líquidos). El promedio de lactancia exclusiva desciende del 47 por ciento para las y los niños menores de 2 meses de edad al 34 por ciento para las y los niños con 2 a 3 meses y baja hasta el 13 por ciento entre los de 4 a 5 meses cumplidos.[2]

Dichos datos dejan en evidencia que la mayoría de las madres en periodo de lactancia no están dando lactancia materna exclusiva, y por lo tanto es un significativo número de niños y niñas no están siendo alimentados adecuadamente en sus primeros 6 meses de vida.

Esta situación ocurre en todas las clases sociales[3], pues las madres no perciben los beneficios que esta tiene para su salud y la de su bebe y en muchos casos esto sucede debido a la influencia de diferentes factores ya sean conductuales o ambientales.

En la Unidad de Salud Unicentro Soyapango durante el fin de semana se brindan aproximadamente 600 consultas de las cuales 9 de ellas corresponden a usuarias que llevan a sus niños/as menores de 6 meses de edad y de éstas, 6 no practican lactancia materna exclusiva. A partir de estos datos se pueden visualizar la magnitud del problema.

1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los determinantes comportamentales y ambientales relacionados a la práctica de la lactancia materna no exclusiva en madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad usuarias de la Unidad de Salud Unicentro, Municipio de Soyapango, Departamento de San Salvador. Abril - Mayo de 2010?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La investigación se realizó con la finalidad de describir la realidad salvadoreña en un segmento poblacional acerca de cuales son los determinantes que predisponen, facilitan o refuerzan la práctica de la lactancia materna no exclusiva ya que, en estudios realizados con anterioridad se ha descubierto que en los últimos cinco años prácticamente solo 3 de cada 10 niños/as menores de 6 meses recibieron Lactancia Materna Exclusiva. Observando que es una actitud bastante generalizada en El Salvador, afectando negativamente la salud y la calidad de vida tanto de los infantes como de las madres.

Debido a esta situación se decidió realizar este estudio con el objetivo de investigar los determinantes comportamentales y ambientales relacionados a la práctica de la lactancia materna no exclusiva en madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad usuarias de la Unidad de Salud Unicentro.

La decisión de haber realizado la investigación en dicha Unidad de salud, es porque a las unidades de salud de El Salvador asisten muchas mujeres que dan Lactancia materna no exclusiva, y que llevan a consulta a sus niños y niñas por diferentes motivos, lo que facilita el acceso a la población objetivo.

Por lo tanto, con la realización de esta investigación se dejó evidencia de cuales son los factores que están relacionados con la práctica de la lactancia materna no exclusiva.

Además, los resultados de esta investigación, son importantes ya que servirán como fuente de información para futuros lectores o futuras intervenciones en Promoción y Educación Para la Salud que se quieran realizar con respecto al tema.

Asimismo la realización de esta investigación servirá a la Unidad de Salud Unicentro, para que ésta tenga datos descriptivos sobre los determinantes que afectan en la práctica de la lactancia materna exclusiva en las usuarias de la localidad.

A las investigadoras y otros profesionales de la salud les servirá para ampliar sus conocimientos sobre esta problemática.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

- * Interpretar los determinantes comportamentales y ambientales relacionados a la práctica de la lactancia materna no exclusiva en madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad usuarias de la Unidad de Salud Unicentro, Municipio de Soyapango, Departamento de San Salvador. Abril - Mayo de 2010.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- * Identificar los determinantes predisponentes de la práctica de la lactancia materna no exclusiva; en madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad que los llevan a consulta a la Unidad de Salud Unicentro.
- * Identificar los determinantes reforzadores la práctica de la lactancia materna no exclusiva; en madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad que los llevan a consulta a la Unidad de Salud Unicentro.
- * Identificar los determinantes facilitadores de la práctica de la lactancia materna no exclusiva; en madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad que los llevan a consulta a la Unidad de Salud Unicentro.

CAPITULO II

2.0. MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA LACTANCIA MATERNA

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

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

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

El código de Hammurabi 1800 A.C. contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero (la alimentación al pecho se debía dar por un mínimo de 2 años hasta el desgaste y dilatación de los pechos. Incluso en el Talmud se definía que lactancia debía darse hasta los 3 años de vida y debía ser exclusivamente administrada por las madres, pero se excusaba a las madres que estaban gravemente enfermas; caso contrario son los Espartanos que restringían la alimentación y la protección a los infantes.

En Egipto, se consideraba un honor practicar la lactancia: las nodrizas eran elegidas por el faraón y gozaban de muchos privilegios al punto de obtener altos rangos en la corte del Rey. El abandono de los niños era castigado, al igual que en Babilonia, en donde además se regulaba la actividad sexual y otras actividades de la nodriza como sus comportamientos ante la sociedad, vestido, higiene y demás cuidados personales que ellas tenían. Si se encontraba en condición de nodriza se penalizaba si se daba un nuevo embarazo.

En Roma, a pesar de que se fomentaba la práctica de la lactancia, ésta era asociada al envejecimiento prematuro. En Esparta, la esposa del rey estaba obligada a amamantar a su hijo mayor. El segundo hijo del rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo porque su madre le había dado pecho, pues el hijo mayor había sido amamantado por una extraña y, por ende, le fue negada la posibilidad de heredar el trono.

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

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

Tomando en cuenta todo lo anterior, se puede rescatar el importante papel que ha cumplido la mujer y el poder que ha ejercido la misma en muchas culturas a través de la lactancia, sea que se dé en sus propios hijos o en hijos de otras, pues no sólo desarrolló un tipo de economía sino que se convirtió en un habitual medio de supervivencia. Además, también se le atribuye a los romanos la promulgación de las primeras leyes de protección al infante, en las que el tutelar

estaba a cargo de cada niño y de velar por su salud y su buena alimentación.

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

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

También aquí surge la figura de la nodriza, que era bastante solicitada por la clase alta, pues no sólo ellas podían acceder a una mejor situación social convirtiéndose en nodrizas sino que, además, la familia que la contrataba adquiría cierto prestigio en su comunidad, dado que era un lujo que no todos podían darse; tan buena posición lograban estas mujeres, que dejaban de considerarse esclavas, pues el nexo que nacía entre ellas y el niño era muy valorada en esta cultura, puesto que los infantes crecían más sanos y fuertes, características esenciales y necesarias en pueblos como el griego, en el que muchos de estos niños serían guerreros en un futuro. Al pasar de una época a otra, dicha consideración social también cambia, pues ya no se ve a las nodrizas como algo necesario para la alimentación de los lactantes, sino que se convierte en un símbolo de poder adquisitivo y de posición social, y de paso, estético, pues ya las mujeres de posición no se debían desgastar amamantando a sus hijos, sino que podían contratar a alguien más para que se “desgastara por ellas”. Este cambio de perspectiva es muy común a partir del siglo primero de nuestra era.

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

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

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

Ahora en el siglo XXI, se tiene la certeza de que la lactancia materna es el alimento más completo con el que pueden contar los recién nacidos y lactantes; no obstante, se hace necesaria una sensibilización social que permita conocer las ventajas científicas demostradas de la lactancia, tanto para el bebé como para la madre.[4]

2.1.1 ALGUNOS EVENTOS OCURRIDOS EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS DEL SIGLO XX ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA.

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

1981: La AMS adopta el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche materna.

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

1. Disponer de una política.
2. Capacitar a todo el personal.
3. Capacitar a las gestantes sobre la lactancia materna.
4. Iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Enseñar a las madres técnicas y cómo mantener la lactancia.
6. Dar a los recién nacidos leche materna en forma exclusiva.
7. Facilitar el alojamiento conjunto.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños biberones y chupones.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) fue una de las principales instituciones que luchó en beneficio de la lactancia materna desde 1919. Logrando establecer una norma de licencia de 84 días en concepto de maternidad, teniendo el gozo del 75% [6] de su salario; además un tiempo de la jornada laboral para lactar a su hijo.

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

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

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

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

En El Salvador desde 1993, el Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA), celebra la Semana de la Lactancia Materna del 1 al 5 de agosto, donde se desarrollan eventos científicos relacionados con los avances de la lactancia materna, lo que permite promocionar dicha práctica.[7]

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

leche materna.

2.2. LACTANCIA MATERNA

Es la alimentación con la leche de la madre. Es un alimento único que permite transmitir defensas de la madre al niño a la vez que fortalece el vínculo materno-filial. La OMS recomienda como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de nacido. Se mantendrá, introduciendo alimentación complementaria lenta y progresivamente desde los seis meses.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. Según la OMS, debería mantenerse la lactancia materna al menos en los dos primeros años de nacido, y continuarse a partir de esa edad, hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista un límite de tiempo. Se han descrito casos en los que se ha mantenido la lactancia hasta los nueve años. En algunos casos en que se ha dejado al niño probar otros alimentos cuando él lo decide, se han descrito lactancias exclusivas durante más de un año, sin que se hayan observado trastornos en la salud de la madre ni del lactante. De hecho, los últimos estudios sobre la leche materna demuestran que partir del año ésta se vuelve más rica en grasas y otros nutrientes, complementando así de modo óptimo la dieta cada vez más diversificada de los niños a partir de dicha edad.

2.3. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA MAMA

2.3.1. ANATOMIA

Las mamas son glándulas túbulo-alveolares de secreción externa, consideradas embriológicamente como glándulas sudoríparas modificadas en su estructura y función.

Cada glándula está formada por 15 a 20 lóbulos separados entre sí por tejido conectivo y adiposo. Los lóbulos se dividen en lobulillos y a su vez en pequeños racimos en forma redondeada cuya cara interior está tapizada de células secretoras en las cuales se produce leche materna.

La leche producida es conducida por túbulos y conductos hasta los senos lactíferos que son dilataciones de estos, localizados a la altura de la areola donde se deposita una pequeña cantidad de leche para ser extraída por la succión del niño. De ellos salen unos 15 a 25 conductos hacia el pezón.

En el centro de cada mama hay una zona circular que recibe el nombre de areola y contiene pequeños corpúsculos denominados Tubérculos de Montgomery, que durante la lactancia producen una secreción que lubrica la piel. En el centro de cada areola se halla el pezón formado por tejido eréctil que facilita la succión.

La mama está irrigada por las arterias mamarias internas y externas, recibe además vasos de algunas anastomosis de la arteria intercostal de la rama pectoral de la arteria cromiotorácica. Aunque posee las venas correspondientes, gran parte de la sangre venosa pasa inicialmente a venas superficiales de grueso calibre que se advierten a través de la piel formando la Red de Haller.

2.3.2. FISILOGIA

Para que la producción de la leche sea posible es necesario el desarrollo de la glándula mamaria a través de cuatro etapas:

- a) Mamogénesis o desarrollo mamario.
- b) Galactogénesis o iniciación de la secreción láctea.
- c) Lactogénesis o mantenimiento de la secreción.
- d) Eyección láctea o salida de la leche.

a) El desarrollo mamario o mamogénesis se ha dividido en tres etapas:

- * Embrionario
- * Puberal
- * Gravídico

Las glándulas mamarias empiezan a desarrollarse durante la sexta semana. En el feto, la mama se desarrolla en forma de esbozo por la acción de los estrógenos placentarios y de la suprarrenal. Solo están formados los conductos principales en el momento del nacimiento y las glándulas mamarias permanecen sin desarrollarse hasta la pubertad.

Al llegar a la pubertad la mama crece y se desarrolla paralelo a los demás cambios propios de esta etapa de la vida. El desarrollo ocurre por efecto de las hormonas Estrógenos y Progesterona secretadas en el ovario.

Los Estrógenos actúan preponderantemente estimulando los conductos lactíferos, mientras que la Progesterona produce crecimiento en los alvéolos.

Existe influencia de la hormona del crecimiento STH o Somatotrofina y de la hormona Prolactina secretada en la hipófisis anterior. La hormona Tiroxina proveniente de la Tiroides puede tener influencia en el desarrollo mamogénico. Durante la gestación la mama experimenta un considerable aumento de tamaño y ocurren cambios significativos. La proliferación gravídica se da por la influencia de Estrógenos y Progesterona de origen placentario, por factores hipofisarios y tiroideos semejantes a los que actuaban en la pubertad, pero en menor cantidad.

En esta etapa entra un nuevo elemento placentario de gran importancia llamado hormona Lactógeno-Placentario cuya acción consiste en estimular el crecimiento de la mama.

b) Galactogénesis o iniciación de la secreción láctea.

Durante el puerperio, convergen factores endocrinos que desencadenan la secreción láctea o lactogénesis, como consecuencia de la disminución de los niveles de Estrógenos, al presentar la salida de la placenta y la no inhibición de la función, que los altos niveles de estos venían haciendo sobre la acción de la prolactina secretada en el lóbulo anterior de la hipófisis. Aunque la prolactina es la promotora de la lactancia, existen hormonas coadyuvantes necesarias para que se establezca la secreción (STH o Somatotrofina, Corticoides y ACTH). Lo anterior muestra como al desaparecer la placenta e iniciarse la succión del seno comienza la Lactogénesis.

La eyección se produce a través del siguiente mecanismo: Alrededor de los alvéolos y conductos lactíferos existen fibras musculares que contraen y comprimen los alvéolos haciendo que la leche contenida en su interior pase al sistema de conductos. Estas fibras musculares son estimuladas y se contraen por la acción de la hormona Oxitocina liberada en el lóbulo posterior de la hipófisis. Para que se libere, es necesario que el niño succione la mama y se produzca un estímulo nervioso que genere un reflejo neuro-hormonal en la hipófisis posterior. De ésta manera, el niño en el acto de mamar desencadena dos reflejos simultáneos: Uno de mantenimiento de la secreción láctea o reflejo de lactopoyesis y otro de contracción de la musculatura lisa de los conductos o reflejo de

eyección.

c) Lactopoyesis o mantenimiento de la secreción.

El mantenimiento de la secreción depende de la prolactina, del estímulo de la succión y de las demás hormonas mencionadas.

Este mecanismo es parecido a la "Ley y Oferta y Demanda", es decir que entre más succione el niño (Demanda), habrá mayor producción de leche (Oferta) por parte de la madre.

d) Reflejos de salida de la leche.

El reflejo de salida de la leche es una parte necesaria y normal de la lactancia materna. Las hormonas (prolactina y oxitocina) controlan el reflejo y permiten que la leche producida en las glándulas mamarias sea liberada hacia los conductos galactóforos.

El dolor, el estrés y la ansiedad pueden interferir con el reflejo. Esto ocasionará la retención de leche dentro de las glándulas mamarias, lo cual puede causar dolor y ansiedad adicionales. El tratamiento comprende la relajación y una posición de amamantamiento cómoda.

La disminución de las distracciones durante el amamantamiento, los masajes suaves y la aplicación de calor a la mama también serán de utilidad. Los problemas prolongados se deben consultar con el médico.

2.4. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

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

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

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

Proteínas:

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

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

La Lactoferrina, proteína que compete con las bacterias por el hierro que ellas necesitan,

determina una acción bacteriostática, especialmente contra la *Escherichia coli*. Se encuentra en menor concentración en madres desnutridas.

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

Existe un eslabón entero mamario: el antígeno entra en contacto con el intestino, sensibiliza el sistema linfático local, los linfocitos se vierten a la circulación enteromamaria hasta la glándula mamaria donde comienzan a formar anticuerpos (inmunoglobulinas). Un proceso similar ocurre con los antígenos respiratorios. El neonato inmunológicamente inmaduro al tomar calostro recibe inmunidad contra antígenos ambientales a los que está expuesto. Se han descubierto hasta el momento anticuerpos específicos contra: *Escherichia coli*, *Vibrio Cholerae*, *Salmonella typhimurium*, *Shiguella*, *Streptococos grupo B*, *Neumococos*, *Kebsiella Pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae*, *Rotavirus*, *Virus sincicial respiratorio*, *Virus de polio* y *de rubéola*.

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

Hidratos de carbono:

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

Grasas:

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

Vitaminas

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

Minerales:

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

Propiedades antialérgicas

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

Protección contra enfermedad crónica

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

2.5. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

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

En el bebé

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

En la madre

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

Aspectos prácticos

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

2.6. SECRECIÓN DE LECHE MATERNA

Para que ocurra la secreción láctea el bebé debe estimular el pezón. Para producir este estímulo en las glándulas mamarias de la madre el bebé realiza un acto instintivo de succión que produce que la hipófisis anterior libere la hormona prolactina, desencadenando la secreción de la leche. Cuanta más cantidad de leche tome el bebé, mayor será la estimulación de la hipófisis anterior y por ende se producirá más PRL y más leche producirá la madre. Asimismo, la succión del pezón también estimula la neurohipófisis, liberando la hormona oxitocina. Su liberación da lugar al reflejo de eyección de la leche. Esto es debido a que la oxitocina estimula la contracción de los conductos galactóforos.

2.7. TÉCNICAS DE LA LACTANCIA MATERNA

El éxito de la lactancia materna exitosa depende en gran medida de cómo se practiquen las técnicas de amamantamiento y en los últimos meses de embarazo, es muy importante tener presente estas **técnicas** para asegurar una **lactancia materna placentera**.

A continuación se presentan las técnicas adecuadas que las madres deben de tomar en cuenta a la hora de dar lactancia a su bebé.

2.7.1. TÉCNICAS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

Durante el embarazo:

- * A partir del **6º mes**, el obstetra deberá indicar a la futura mamá como cuidar sus **pezones**. Estos deben ser higienizados con agua, no se debe utilizar jabón, ni alcohol, ya que de esa forma se protege la grasitud natural de los pezones, que actúa como una protección natural.
- * En caso de que los pezones sean **retráctiles** (es decir van hacia adentro), se debe estimularlos con dos dedos hasta que se tornen erectos.
- * Se debe practicar la extracción de leche durante **1 o 2 minutos, dos veces por día**. Para ello se toma el seno con ambas manos y se lo masajea desde arriba hacia abajo, varias veces para empujar la leche desde los conductos posteriores hasta los conductos anteriores, de esta forma se verá salir unas **gotitas de calostro**.

Al momento del nacimiento

- * Una vez nacido el bebé, es imprescindible el contacto inmediato entre madre e hijo. Se debe poner el bebé lo antes posible al pecho para que comience a chupetear, este tiempo estará determinado por el estado del bebé, de la mamá y lo que el médico crea más conveniente para ambos.
- * Durante los primeros días el bebé tomará **calostro**, luego comenzará a fluir la leche con abundancia.
- * El **bebé** y la **madre** deberán permanecer en la misma habitación por el lapso que se encuentren internados.
- * En cuanto a la **posición de amamantamiento**, es ideal que la madre se encuentre en una posición, en la cual pueda ver en forma directa al niño, ya que esto facilita la producción de leche y favorece la relación emocional.

- * En cuanto a los horarios para amantar existen diferentes opiniones, algunos médicos establecen un **diagrama de 3 a 3 ½ horas** y otros a **libre demanda**. Esto se irá ajustando a las necesidades del niño.
- * La duración de las lactadas irá incrementándose a medida que pasen los días, durante el **primer día lactará 5 minutos en cada pecho**, en el **segundo día 10 minutos**. Posteriormente cada tetada durará entre **10 a 15 minutos de cada seno**.

Estas son algunas **técnicas para una lactancia materna** exitosa, que te pueden orientar en el proceso del amamantamiento, proceso por el cual el vínculo madre e hijo es irremplazable, además de asegurarte que es la mejor alimentación que tu niño puede tener sobre todo en los primeros meses de vida. Recordar también que es necesario que durante los primeros meses de nacido, se debe amamantar al bebé cada dos horas, es decir, que debe darle doce veces al día y si el bebé está dormido y pasan las dos horas y no se ha alimentado, se debe despertar, pues puede deshidratarse y a largo plazo llegar a la desnutrición.

2.8. MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA LA EXTRACCIÓN DE LECHE

En algunos casos, la madre produce mayor cantidad de leche de la consumida por su hijo. Esto crea incomodidad en la mama y necesidad de extraerla. Esta situación se llama ingurgitación. La leche se puede extraer, bien de forma manual, con movimientos de "ordeño", o bien ayudándose con un aparato, llamado sacaleches, que imita la succión producida por el bebé. Esta leche extraída puede ser consumida más tarde o donarla.

Dada la importancia de la leche materna, es útil saber que se puede congelar o mantener en el refrigerador para posteriormente ofrecerlo al bebé mediante biberón, cucharilla, jeringa (sin aguja) o bien en un vasito cuando la madre está ausente. Para bebés pequeños, las mejores opciones son las que evitan el uso del biberón. De este modo se evita la confusión tetina-pezones, que puede provocar que el niño acabe rechazando el pecho de la madre, o modifique la posición de la boca al mamar, lo cual podría producir grietas y otras complicaciones. Sacar la leche sobrante es el método usado para donar leche materna de madres con sobreproducción. También es importante que la madre sepa que la leche materna a temperatura ambiente dura 8 horas, en la primera parrilla del refrigerador dura 3 días y en el freezer dura 3 meses.

2.9. LACTANCIA ARTIFICIAL

La práctica de la lactancia materna no exclusiva es la alimentación del lactante con leche artificial (preparados lácteos provenientes principalmente de la leche de vaca). La denominada "lactancia artificial" se inventó a finales del siglo XIX, aplicada a la alimentación de terneros y otros animales de granja, para dar salida a los excedentes de producción de leche de vaca, que era conservada en polvo y rehidratada posteriormente para su uso. Unos años después, por iniciativa de la empresa de Henri Nestlé, se inició su uso en humanos. Alcanzó su máxima popularidad en los años 1960. Posteriormente se ha disminuido su uso al demostrarse las desventajas de este tipo de alimentación respecto a la lactancia materna.

La leche artificial es mucho más difícil de digerir que la leche materna, el riñón del lactante no está preparado para asimilar la excesiva cantidad de proteínas que la leche artificial aporta, por lo que es necesario seguir cuidadosamente las instrucciones de dilución de los polvos, no es un producto estéril, que corre el riesgo de ser contaminado en mitad del proceso de fabricación.

No aporta las defensas naturales (inmunoglobulinas) de la madre, la leche artificial es un alimento altamente alergénico. El equilibrio de los nutrientes que componen la leche artificial no es como el materno, por lo que las curvas de crecimiento estaturoponderal son diferentes, lo que da lugar a errores de interpretación de las gráficas de crecimiento. Se reduce el contacto afectivo entre madre e hijo. No se trata de un producto natural, sino de un invento de los laboratorios con el que hacer negocio la leche artificial es un producto caro, que no tiene comparación con la leche materna (que además de ser el mejor alimento del lactante, es gratis).

La lactancia natural es lo mejor para un bebé ya que es lo más natural lo que su cuerpo está preparado para tomar. Su organismo aún inmaduro se apoya en este alimento para fortalecerse y su aparato digestivo está preparado para digerir la leche que sale de la madre. Aparte de esto hay madres que se ven obligadas por las circunstancias madre e hijo para poder establecer la lactancia natural. A pesar de las innumerables ventajas de la lactancia natural la madre que se siente obligada puede estar segura de que su hijo va a estar correctamente alimentado en la medida que un sustitutivo puede hacer.

Hoy en día la lactancia artificial y la lactancia natural deben ser a demanda lo que significa que no existen relojes y el niño es quien decide cuando quiere comer.

A parte de la leche artificial de fórmula que suelen usar el lactante existen otros tipos de leches especiales para bebés con alergias alimenticias en casos donde no se tolera las proteínas de la leche materna y la leche de vaca.

2.10. LACTANCIA INDUCIDA

La lactancia inducida es el proceso mediante el cual una madre que no ha dado a luz se estimula la producción de leche para poder amamantar. Esa galactopoyesis es el mantenimiento de la producción de leche; estadio que requiere de prolactina (PRL) y de oxitocina.[] De este modo una madre adoptiva va a poder amamantar con su propia leche al niño.

Sin embargo, la producción de leche puede ser "artificial" e intencionalmente inducida en la ausencia de embarazo en la mujer. A esto se le llama "lactancia inducida" si la mujer no ha amamantado antes, mientras que cuando una mujer que ha amamantado antes y empieza de nuevo se le llama "re-lactancia". Lo importante es la estimulación frecuente de la mama, esto puede hacerse manualmente. Esto puede hacerse periódicamente por la succión de los pezones (varias veces al día), masajeando y apretando los senos de la mujer con un extractor o con un sacaleches eléctrico. Recomiendan que se empiece a estimular unos 2 meses antes de que llegue el niño para tener tiempo a comenzar la producción de leche. También las madres deben tener en cuenta el aumento de calorías antes de que llegue el niño ya que una madre adoptiva no tiene por qué tener la reserva calórica propia de una madre que ha dado a luz.

2.11. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE

El concepto de *alimentación complementaria* es relativamente reciente. Se dice de aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad.

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo

de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En relación con la nutrición, porque los niños pueden mantener un aumento de peso normal, y tener al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesaria la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad. Como componente madurativo, porque desde los cuatro meses de edad el niño adquiere capacidades necesarias para asimilar una dieta más variada.

Alimento complementario.

Es cualquier nutriente líquido o sólido que se proporciona al niño pequeño al mismo tiempo que la lactancia materna. Los alimentos complementarios pueden dividirse en dos categorías: a) *transicionales* cuando están preparados expresamente para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño pequeño, b) *familiares*, así denominados a los que entran a formar parte de la dieta de la familia.

2.12. DESVENTAJAS DEL USO DEL BIBERON

Las razones son sencillas. La primera porque es más fácil que se contamine una mamadera que la leche del pecho.

La segunda, porque las bacterias que pueden almacenar los biberones o chupones crecen aceleradamente con el aumento de temperatura. Además, la inadecuada limpieza de los biberones hace que los niños que los usan estén más vulnerables a las infecciones.

Los fabricantes de leches de fórmula aún no han encontrado el modo de reproducir los componentes de la leche materna, por lo que la hace única, pero la leche de fórmula proporciona los nutrientes necesarios que un lactante necesita, la única diferencia es que carece de los anticuerpos y componentes que solo la leche de la madre contiene.

La leche de fórmula además es costosa y ello puede representar un inconveniente para algunas familias, tiene que ser comprada y preparada (a menos que use las leches listas para usar, que son más costosas aún) Esto implica tener que hacer viajes a la cocina a media noche y disponer de varios biberones, mamaderas y otros utensilios, además de la contaminación propia del preparado, que también representa un riesgo potencial, si no es adecuada.

Además, existen otras desventajas en cuanto al uso de biberones, entre las cuales están:

- * Preparación de la fórmula y tiempo de limpieza.
- * Costo de la fórmula y de los biberones.
- * Conflictos emocionales en la mamá respecto a la culpabilidad de no poder amamantar.
- * Temor de privar al bebé de la experiencia de la lactancia materna.
- * Sentimiento de privarse a sí misma de esta experiencia.

2.13. COMPARACIÓN CON OTRAS LECHES

Todas las especies de mamíferos producen leche. Pero su composición varía según los requerimientos de cada especie. La leche entera de la vaca no contiene (de forma natural) suficiente vitamina E, hierro ni ácidos grasos esenciales. Por otro lado, contiene excesivas cantidades de proteínas, sodio y potasio, que pueden dañar los riñones inmaduros del infante. Además, las proteínas y la grasa en la leche de la vaca entera resultan más difíciles de absorber

para un bebé que las de la leche materna. La leche condensada puede ser más fácil de digerir debido al tratamiento de la proteína, pero sigue sin ser nutricionalmente adecuada. Además se debe considerar que hay niños intolerantes a la lactosa o alérgicos a uno o varios constituyentes de la leche de vaca.

2.14. MITOS DE LA LACTANCIA MATERNA

El miedo a no producir suficiente leche, preocupación constante de las madres de todas las épocas y lugares, ha sido el origen de consejos sin fundamento para proteger la lactancia. Muchos de estos mitos siguen todavía circulando, tal y como recoge Manual de Lactancia Materna, algunos de los cuales exponemos a continuación:

- * **Hay que comer más para tener más leche:** La producción de leche aumenta el gasto de calorías, pero el organismo utiliza las reservas almacenadas durante el embarazo de forma que, incluso en países con malnutrición las madres fabrican leche suficiente. Dar el pecho es una forma natural de recuperar el peso previo al embarazo. Comer en exceso no mejora la producción; una dieta para reducir peso no la disminuye y la obesidad es perjudicial.
- * **Es necesario tomar leche para fabricar más y reponer las pérdidas de calcio:** La producción de leche no tiene nada que ver con la leche que se ingiere. En ninguna especie de mamíferos, las madres consumen leche de otra especie mientras amamantan. En cuanto al calcio, todas las madres pierden masa ósea durante la lactancia, pero la recuperan a los 6-12 meses de terminarla, incluso si consumen poco calcio. Tampoco se ha comprobado que los suplementos de calcio aumenten el calcio de la leche. Existen alimentos cuyo consumo aumenta la producción de leche. Algunos alimentos se recomiendan por su riqueza calórica, otros por su contenido en calcio y otros porque aumentan la necesidad de la madre de tomar líquidos: almendras, sardinas, arenques, avellanas, etc. Ninguno aumenta la producción de leche.
- * **Algunos alimentos están prohibidos porque producen cólicos o gases:** La lista de alimentos culpados de causar molestias al bebé es muy larga. Si las madres siguiesen esas recomendaciones tendrían muy complicado llevar una dieta variada. Así, basándose en la flatulencia que pueden provocar al consumirlas, se supuso que algunas frutas, legumbres, verduras o bebidas gaseosas, provocarían gases y consecuentemente cólicos en el niño o niña. Pero ningún alimento consumido por la madre provoca gas en la leche o en el niño o niña.

En cuanto a los cólicos, en casos muy concretos, el paso a través de la leche de fracciones proteicas de algún alimento como la leche de vaca o el huevo, pueden desencadenar reacciones de tipo alérgico que provoquen dolor abdominal, sobre todo, cuando hay antecedentes de alergia.

Si una madre comprueba repetidamente que su hijo o hija está incómodo/a con algún alimento de su dieta, debe eliminarlo. También puede estar indicada la eliminación de leche y huevo si los niños padecen dermatitis atópica o asma. Se debe evitar el consumo de alimentos que cambian el sabor o la composición de la leche. Ajos, cebollas, alcachofas y espárragos cambian el sabor de la leche pero no provocan rechazo del pecho e incluso

pueden favorecer la aceptación posterior de alimentación complementaria. Pero si una madre comprueba que un determinado sabor provoca rechazo, puede eliminarlo de su dieta de forma transitoria.

- * **Están prohibidos los tintes, colorantes y la depilación:** Un mito muy extendido es la prohibición de usar estos productos durante la lactancia, pero lo cierto es que, como su absorción a través de la piel es mínima, no pasan a la leche y, por tanto, no plantean problemas para los lactantes. La única precaución debe ser evitar el contacto con los niños o niñas, no aplicándolos en las mamas o en zonas que puedan contactar con la piel de éstos.
- * **La lactancia prolongada deforma los pechos:** En el aspecto del pecho influyen, sobre todo, la edad, los factores genéticos y la cantidad de grasa corporal. Se va deformando poco a poco con cada período de menstruación por los cambios hormonales del ciclo. El mayor cambio del pecho es responsabilidad del embarazo y de los primeros días posparto, pero no de una lactancia prolongada.
- * **Las mujeres con poco pecho fabrican menos leche:** Las diferencias en el tamaño de las mamas dependen más de la cantidad de grasa que del tejido glandular y no tiene relación con la producción de leche. Además, existen diferencias en la capacidad para almacenar leche que se compensan con la frecuencia de la mamada.
- * **Los disgustos se transmiten al bebé a través de la leche:** Es posible que los disgustos afecten de forma pasajera la producción de leche, y eso haga que el niño o niña pueda estar más irritable por el hecho de no quedar satisfecho o porque note menor afectividad partiendo del comportamiento de su madre, pero esto no quiere decir que en la leche materna se vehiculan sentimientos.

2.17. ESTADÍSTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL SALVADOR Y ESTADO NUTRICIONAL DE LA Y EL MENOR DE 5 AÑOS

La lactancia materna, que se reconoce en todo el mundo como un factor determinante de la sobrevivencia infantil, es una práctica generalizada en El Salvador, dado que el 96 % de las y los últimos niños nacidos vivos en los 5 años previos a la entrevista, recibió pecho materno en alguna oportunidad. El 69% de dichos(as) niños(as) empezó a lactar durante el primer día, incluyendo un 33% que empezó durante la primera hora postparto.

Prácticamente solo 3 de cada 10 niños(as) menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva.

Entre FESAL-93 y FESAL-2008 se dio un incremento de 5.1 meses en la duración promedio de cualquier tipo de lactancia materna, pasando de 15.5 a 20.6 meses. En el primer quinquenio subió 2.2 meses, en el segundo 1.5 meses y en el tercero 1.4 meses. Esta tendencia de incrementos a lo largo del tiempo se debe en parte al aumento de lactancia exclusiva, que pasó de 0.8 en 1993 a 1.9 meses en 2008.[8] La duración promedio de la lactancia completa subió a 3.1 meses en FESAL-2002/03, pero volvió a bajar al promedio de 2.8 meses encontrado en FESAL-93.

Del total de niños(as) menores de 6 meses, en promedio, el 31% recibió lactancia exclusiva (sólo

pecho) y el 11% recibió lactancia predominante (pecho y agua u otros líquidos). El promedio de lactancia exclusiva desciende del 47% para las y los niños menores de 2 meses de edad al 34% para las y los niños con 2 a 3 meses y baja hasta el 13% entre los de 4 a 5 meses cumplidos. En cifras redondeadas, el restante 57% está conformado por el 7% que no recibió ningún tipo de lactancia, el 31% que además de ser amamantado(a) recibió otro tipo de leche y el 19% que además recibió atoles o purés. Por lo tanto, puede afirmarse que en el país, los alimentos complementarios siguen introduciéndose a edades considerablemente menores a las recomendadas por la OMS y el MSPAS. Al acumular el porcentaje que recibió lactancia predominante (11%) con el de exclusiva (32%), se puede afirmar que menos de la mitad de los (las) niños(as) menores de 6 meses recibió lactancia completa, la proporción con lactancia completa es muy similar a la estimada en FESAL-98, con un cambio positivo a favor a la lactancia exclusiva (en lugar de la lactancia predominante), llegando casi al doble de la cifra que se estimó en FESAL-98. Según región de salud, el porcentaje de niños(as) menores de 6 meses de edad que recibió lactancia materna exclusiva varía del 22.4% en la región Oriental al 49.1% en la Paracentral. En el salvador, los alimentos complementarios se introducen a edades considerablemente menores a las recomendaciones por la OMS y el MSPAS.

2.16. TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO QUE SUSTENTA LA INVESTIGACIÓN: TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL.

La base teórica en la que se sustenta la investigación es la **Teoría de Aprendizaje Social (TAS)**. Esta teoría trata tanto de las dinámicas psicosociales que forman la base de conductas de salud, como los métodos de promover cambios de conducta. La versión cognitiva de la TAS enfatiza lo que piensa la gente, es decir, sus cogniciones, y su efecto de conducta. En la TAS, la conducta humana es explicada en términos de un modelo triádico, dinámico y mutuo, en donde conducta, factores personales, e influencias ambientales todos interactúan. La conducta de un individuo está únicamente determinada por estos factores. Entre los factores personales cruciales están las capacidades individuales para simbolizar los significados de conducta, para prevenir las consecuencias de ciertos patrones de conducta, para aprender por medio de observación de otros, para auto-determinar o auto-regular conducta, y para reflexionar y analizar experiencias. Estas ideas han sido especialmente valiosas en el diseño de programas efectivos de educación para la salud por tres razones. Primero, la teoría sintetiza comprensiones cognitivas, emocionales y comportamentales que anteriormente estaban aisladas en sí. Segundo, por los conceptos y procesos identificados por la TAS sugieren muchos, avenidas importantes para investigación conductual nueva en educación para la salud. Tercero, el uso de TAS da oportunidades para aplicar modelos teóricos desarrollados en otras áreas de la psicología a nuevas áreas de conducta de salud. Ya que la Teoría Aprendizaje Social consiste en atender a respuestas de otros, cuando se está motivado por un impulso adquirido. La persona también desarrolla un sentido de localización de control interna o externa. Aquellos con un locus of control internos son más inclinados a iniciar cambios en los mismos, mientras que los que están controlados externamente, más probablemente son influidos por otras personas.

Investigadores trabajando con la TAS han identificado procedimientos y técnicas que influyen las variables cognitivas veladas, así aumentando la probabilidad de cambio de conducta. Así programas de educación para la salud basados en TAS utilizan técnicas que enfatizan en los mediadores cognitivos de conducta. De esta manera, la teoría no solo explica como las personas adquieren y mantienen ciertos patrones de conducta, sino también presenta la base para estrategias de intervenciones y aprendizaje. Se ha decidido relacionar ésta teoría con la temática sobre la

lactancia materna ya que la investigación estudia los determinantes comportamentales y ambientales los cuales son constructos que forman parte de la Teoría del Aprendizaje Social y que influyen en la conducta en estudio de las madres.

2.16.1 CONSTRUCTOS DE LA TEORÍA.

AMBIENTE: Factores que son físicamente externos a la persona y que pueden afectar el comportamiento sin que la persona se de cuenta.

SITUACIÓN: Percepción de la persona del medio ambiente y que puede guiar y limitar el pensamiento y comportamiento de la misma.

CAPACIDAD COMPORTAMENTAL: Conocimiento y habilidad para ejecutar un comportamiento dado.

EXPECTACIONES: Resultados anticipadores de un comportamiento.

EXPECTATIVAS: Los valores que la persona pone en un resultado dado, incentivo.

AUTOCONTROL: Regulación personal de comportamiento dirigido a metas en ejecución.

APRENDIZAJE OBSERVACIONAL: Adquisición de comportamientos que ocurre por ver las acciones y resultados de comportamientos de otros.

REFUERZO: respuestas al comportamiento de una persona que incrementa o disminuye la probabilidad de que vuelva a ocurrir.

AUTOEFICACIA: La confianza de una persona para ejecutar un comportamiento en particular.

RESPUESTAS: Estrategias o tácticas que son usadas por una persona para tratar con estímulos emocionales.

DETERMINISMO RECÍPROCO: Una suposición fundamental del TAS es que el comportamiento es dinámico y depende de constructos ambientales y personales que influyen el uno al otro simultáneamente. La interacción continua entre una persona, el comportamiento, esa persona, y el medio ambiente en el cual se ejecuta el comportamiento es llamado determinismo recíproco.

2.17. GENERALIDADES DE LA UNIDAD DE SALUD UNICENTRO

2.17.1 INFORMACIÓN GENERAL

* **Nombre del establecimiento:** Unidad de Salud Unicentro

* **Nombre del director:** Dr. José Roberto Romero Marroquín.

* **Ubicación:** Col. San Fernando, Calle La Fuente, frente a Centro Comercial Unicentro, municipio Soyapango.

* **Teléfonos:** 2292-1629 / 2292-6978 / 2291-0002

* **Nivel de complejidad:** Primer Nivel, Básico.

* **Jurisdicción:** Municipio de Soyapango. Departamento de San Salvador.

2.17.2 SERVICIOS QUE PRESTA:

- * Control materno
- * Control infantil
- * Planificación familiar
- * Control post parto
- * Odontología
- * Consulta médica general
- * Nutrición
- * Curaciones
- * Inyecciones
- * Pequeña cirugía
- * Vacunaciones
- * Saneamiento ambiental
- * Atención Comunitaria por Promotores de Salud
- * Brigadas Médicas
- * Control de vectores
- * Programa VIH/SIDA
- * Programa Escuela Saludable
- * Programa de Violencia Intrafamiliar
- * Programa de Lactancia Materna
- * Programa de adolescentes
- * Programa del adulto mayor
- * Consulta Ginecológica
- * Servicio de Inhaloterapia
- * Citología
- * Atención Psicológica
- * Consulta Pediátrica

La Unidad de Salud Unicentro pertenece al SIBASI Oriente de la Dirección Regional Metropolitana de Salud.

2.17.3. RUTAS DE ACCESO

- * Las rutas de acceso para llegar a la unidad de salud Unicentro son: 19, 41A, 41B, 41C, 41D, 41E, 41F, 41G, 49 Y 7A (12).

2.19. TÉRMINOS BÁSICOS

▯**ANEMIA:** Es una enfermedad hemática que es debida a una alteración de la composición sanguínea y determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina (ver los parámetros estándares). Rara vez se registra en forma independiente una deficiencia de uno solo de estos factores. La anemia es una definición de laboratorio que entraña un recuento bajo de eritrocitos y un nivel de hemoglobina o hematocrito menor de lo normal.

ANTICUERPOS (INMUNOGLOBULINAS): Son glucoproteínas del tipo gamma globulina. Pueden encontrarse de forma soluble en la sangre o en otros fluidos corporales de los vertebrados, disponiendo de una forma idéntica que actúa como receptor de los linfocitos B y son empleados por el sistema inmunitario para identificar y neutralizar elementos extraños tales como bacterias, virus o parásitos.

AREOLA: Es una región circular de 15 a 25 mm de diámetro situada en la parte más prominente de la mama, de color más oscuro que la piel que la rodea. En su interior presenta unas prominencias (entre 12 y 20) llamadas tubérculos de Morgagni dispuestas de forma irregular. Son glándulas sebáceas y justo en el centro de las mismas suele haber un pelo de tamaño muy pequeño. El aspecto y el tamaño de la areola varían notablemente durante el embarazo.

CALOSTRO: Es un líquido segregado por las glándulas mamarias durante el embarazo y los primeros días después del parto, compuesto por inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas y carbohidratos en un líquido seroso y amarillo.

DETERMINANTES AMBIENTALES: Son factores que se dan en el ambiente físico y social, que pueden estar causalmente relacionados a la conducta, estos son externos al individuo y van más allá de su control personal. Para estas causas se utilizan los factores facilitadores y reforzadores.

DETERMINANTES COMPORTAMENTALES: Son aquellas conductas relacionadas a los problemas de salud. Son factores modificables y apropiados para una intervención en Educación para la salud. Para estas causas se utilizan los factores predisponentes.

ENZIMAS: son catalizadores muy potentes y eficaces, químicamente son proteínas. Como catalizadores, los enzimas actúan en pequeña cantidad y se recuperan indefinidamente. No llevan a cabo reacciones que sean energéticamente desfavorables, no modifican el sentido de los equilibrios químicos, sino que aceleran su consecución.

GALACTOSEMIA: Es una enfermedad genética que genera una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad de utilizar el azúcar simple galactosa, lo cual provoca una acumulación de ésta dentro del organismo, produciendo lesiones en el hígado y el sistema nervioso central.

HIPÓFISIS O GLÁNDULA PITUITARIA: Es la glándula que controla el resto de glándulas,

entre ellas la tiroides. Es una glándula compleja que se aloja en un espacio óseo llamado silla turca del hueso esfenoides, situada en la base del cráneo, en la fosa cerebral media, que conecta con el hipotálamo a través del tallo pituitario o tallo hipofisario. Tiene un peso aproximado de 0.5 gramos.

HIPOTÁLAMO: Es una glándula endocrina que forma parte del diencéfalo, y se sitúa por debajo del tálamo.^[1] Libera al menos nueve hormonas que actúan como inhibidoras o estimulantes en la secreción de otras hormonas en la hipófisis anterior, por lo que se puede decir que trabaja en conjunto con este. Suele considerarse el centro integrador del sistema nervioso vegetativo o autónomo, dentro del sistema nervioso periférico.

LACTANCIA MATERNA: Es el proceso mediante el cual una madre que no ha dado a luz se estimula la producción de leche para poder amamantar. Esa galactopoyesis es el mantenimiento de la producción de leche; estadio que requiere de prolactina (PRL) y de oxitocina.

LECHE MATERNA: Es el alimento natural producido por todos los mamíferos, cuyo propósito primordial es su uso para la alimentación o para amamantar al recién nacido. La leche materna se considera generalmente la mejor fuente de nutrición para los niños, ya que contiene nutrientes necesarios para su desarrollo, es limpia y genera el vínculo madre-hijo.

PEZÓN: Se levanta como una gruesa papila en el centro de la areola. Usualmente tiene el aspecto de un cilindro o cono, pero a veces presenta una depresión (pezón retraído). Las dimensiones del pezón son también variables aunque están relacionadas por regla general con el tamaño de la mama. Exteriormente, el pezón es irregular y rugoso debido a un gran número de papilas y surcos que cubren su superficie. En su extremo se observan 10 o 12 orificios que son las desembocaduras de otros tantos conductos galactóforos.

PROGESTERONA: Es una de las hormonas sexuales que se desarrollan en la pubertad y en la adolescencia en el sexo femenino, actúa principalmente durante la segunda parte del ciclo menstrual, parando los cambios endometriales que inducen los estrógenos y estimulando los cambios madurativos, preparando así al endometrio para la implantación del embrión. Estos efectos también ocurren en la mama. La progesterona también se encarga de engrosar y mantener sujeto al endometrio en el útero: al bajar sus niveles, el endometrio se cae, produciendo la menstruación. Es la hormona responsable del desarrollo de caracteres sexuales secundarios en una mujer, y sirve para mantener el embarazo.

VITAMINAS: Son compuestos heterogéneos imprescindibles para la vida, que al ingerirlas de forma equilibrada y en dosis esenciales puede ser trascendental para promover el correcto funcionamiento fisiológico. La gran mayoría de las vitaminas esenciales no pueden ser sintetizadas (elaboradas) por el organismo, por lo que éste no puede obtenerlos más que a través de la ingesta equilibrada de vitaminas contenida en los alimentos naturales. Las vitaminas son

nutrientes que junto a otros elementos nutricionales actúan como catalizadoras de todos los procesos fisiológicos (directa e indirectamente).

CAPÍTULO III

3.0. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO:

Según el periodo y la secuencia del estudio fue de tipo transversal, ya que se estudió dos variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Según el análisis y alcance de los resultados fue de tipo descriptivo, ya que determinó como estaba la situación de la variable que se estudió en la población.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

3.2.1. Población

La población de la investigación estuvo constituida por 48 madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad que no daban lactancia materna exclusiva y que eran usuarias de la Unidad de Salud Unicentro, y por razones de que la población fue pequeña se trabajó con la totalidad de la misma.

3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS:

Las madres de los niños y niñas menores de 6 meses de edad que los llevaban a consulta a la Unidad de Salud Unicentro Soyapango y que no dan lactancia materna exclusiva.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

3.4.1. Técnica:

La técnica que se utilizó en ésta investigación fue la entrevista, ya que las investigadoras realizaron una serie de preguntas a las madres de los niños y niñas menores de 6 meses de edad que asistían a consulta a la Unidad Salud Unicentro.

3.4.2. Instrumento:

El instrumento que se utilizó fue la guía de entrevista estructura la cual constó de preguntas abiertas y cerradas.

3.5. PROCEDIMIENTOS:

- * La primera coordinación que se realizó fue con el Dr. Gavidia quién labora en FOSALUD de la Unidad de Salud Unicentro Soyapango, el cual nos brindó información importante con respecto a la población meta.

- * Posteriormente se realizó la respectiva coordinación con el director de la Unidad de Salud Unicentro con el objetivo de hacer formal la entrada a la Unidad de Salud y realizar la investigación.

- * El grupo investigador con el instrumento elaborado realizó una prueba de validación con una población que reunía las características necesarias de la población que se estudió, lo cual sirvió para realizar las correcciones pertinentes, para luego recoger los datos con la población objetivo. Dicha prueba se pasó a 5 mujeres usuarias de la Unidad de Salud Guadalupe en el Municipio de Soyapango, el día 23 de abril de 2010.

- * El procedimiento que se realizó en el momento de recopilación de la información, fue que las investigadoras entrevistaron a las madres de los niños y niñas menores de 6 meses de edad usuarias de la Unidad de Salud Unicentro.

- * Las investigadoras se identificaron con las madres, luego se les explicó el objetivo de la entrevista, si ella aceptaba brindar su colaboración se procedía a realizar la entrevista para la recolección de la información.

3.6. PLAN DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN:

La información recolectada fue tabulada manualmente utilizando el programa Excel, la cual se presenta a través de tablas y gráficos con su respectiva interpretación.

El análisis de la información recolectada se hizo basada en los constructos de la Teoría del Aprendizaje Social realizándolo a través de porcentajes; lo cual facilitó el análisis y la presentación de los datos obtenidos.

3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES
Determinantes comportamental es y ambientales relacionados a la práctica de la lactancia materna no exclusiva.	<p>Determinantes comportamentales: Son aquellas conductas relacionadas a los problemas de salud. Son los factores modificables y apropiados para una intervención en salud Para estas causas se utilizan los factores predisponentes.</p> <p>Determinantes ambientales: Son factores que se dan en el ambiente físico y social, que pueden estar causalmente relacionados a la conducta. Éstos son externos al individuo y van más allá de su control personal. Para estas causas se utilizan los factores facilitadores y reforzadores.</p>	<p>Determinantes Comportamentale s</p>	<p>Determinantes demográficos</p> <p>Determinantes biológicos</p> <p>Determinantes predisponentes</p>	<p>Edad. Estado civil Ocupación. Salario. Zona de proc</p> <p>Estado nutri niños/as que lactancia ma exclusiva. Paridad de l</p> <p>Práctica de materna excl Conocimiento lactancia ma exclusiva. Actitud con lactancia ma exclusiva. Actitud con lactancia ma exclusiva. Creencias so práctica de materna excl</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES
		Determinantes Comportamentales	Determinantes predisponentes	Frecuencia de Introducción alimentación Percepción de respecto a la p lactancia mate Expectativas d respecto a la materna no exc Expectaciones c respecto a la materna no exc Situación de l respecto a la p lactancia mate Capacidad comp hacia las técn amamantamiento Autocontrol de respecto a la artificial del Aprendizaje ob la madre a cer lactancia mate Autoeficacia c para la lactan exclusiva.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES
		Determinantes ambientales	Determinantes Facilitadores	Accesibilidad información educación p madre sobre práctica de lactancia m exclusiva. Posibilidad económicas c para compra sucedáneos Condición l la madre.

|
|
|
|
|

|
|
|
|
|

|
|
|
|
|

|
|Determinantes
|reforzadores
|

|
|
|
|
|

|
|Norma social
|en cuanto a
|lactancia m
|exclusiva.
|Influencia
|cuanto a la
|materna exc

CAPÍTULO IV

4.0. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

TABLA # 1: EDAD DE LAS MADRES.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14-19	18	38.00%
20-25	16	33.00%
26-31	9	19.00%
32-36	4	8.00%
37-42	1	2.00%
Total	48	100.00%

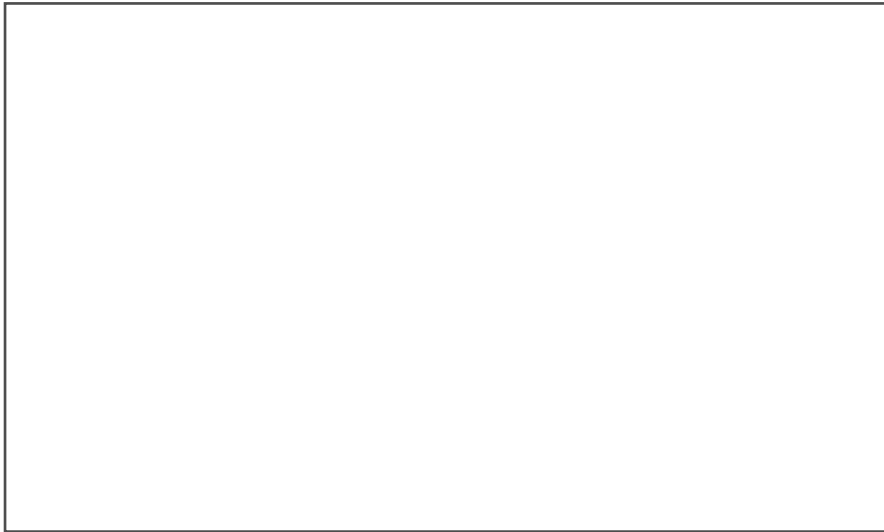
GRÁFICO # 1: EDAD DE LAS MADRES.

Según el grafico anterior, la edad de las madres oscila entre 14 y 39 años. El 38% corresponde al rango de edad de 14 a 19 años; el 33% a la edad de 20 a 25 años; el 19% a la edad de 26 a 31 años; el 8% a la edad de 32 a 36 años; y el 2% que corresponde a la edad de 37 a 42 años.

TABLA # 2: ESTADO CIVIL.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Acompañadas	29	60.00%
Solteras	11	23.00%
Casada	7	15.00%
Separada	1	2.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 2: ESTADO CIVIL.

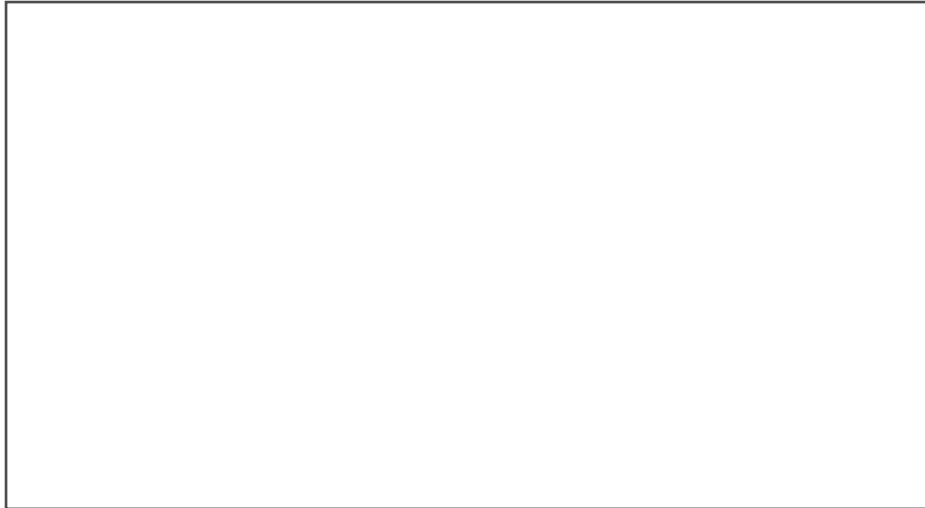


Los datos expresados en el gráfico anterior muestran el estado civil de las madres entrevistadas; en donde el 60% manifestó estar acompañadas; el 23% dijo ser madre soltera; el 15% está casada y el 2% está separada.

TABLA # 3: EDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4 meses	16	32.00%
2 mes	11	23.00%
5 meses	7	15.00%
3 meses	6	13.00%
6 meses	6	13.00%
Menor o igual a 1 mes	2	4.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 3: EDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.

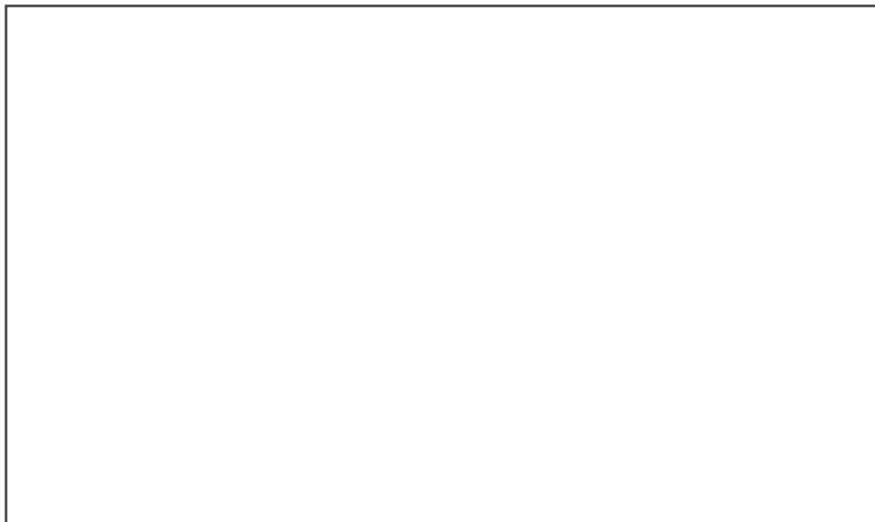


Los datos que el gráfico anterior muestra, corresponden a la edad de los niños y niñas. El 32% son niños/as de 4 meses; el 23% tiene la edad de 2 meses; el 15 % corresponde a la edad de 5 meses; en igual porcentaje están la edad de 3 y 6 meses con un 13%; finalmente con el 4% están la edad de menor o igual a un mes.

TABLA # 4: SEXO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	27	56.00%
Masculino	21	44.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 4: SEXO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.



De acuerdo a los datos que expone este gráfico, los cuales reflejan el sexo de los niños y niñas, hijos/as de las madres entrevistadas y que son menores de 6 meses; muestran que el 56% corresponde al sexo femenino y el 44% es del sexo masculino.

TABLA # 5: ZONA DE PROCEDENCIA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	41	85.00%
Rural	7	15.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 5: ZONA DE PROCEDENCIA.



Los datos que el gráfico muestra, se refieren a la zona de procedencia de las madres entrevistadas, donde el 85% respondió que vive en la zona urbana y 15% en la zona rural.

TABLA # 6: OCUPACION DE LA MADRE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	27	56.00%
Empleada formal	10	21.00%
Estudiante	8	17.00%
Negociante	3	6.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 6: OCUPACION DE LA MADRE.

Según los datos del gráfico antes visto, refleja la ocupación de las madres entrevistadas, y nos muestra que el 56% son amas de casa, el 21% son empleadas formales; el 17% son estudiantes y 6% son negociantes.

TABLA # 7: CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	32	67.00%
No	16	33.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 7: CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

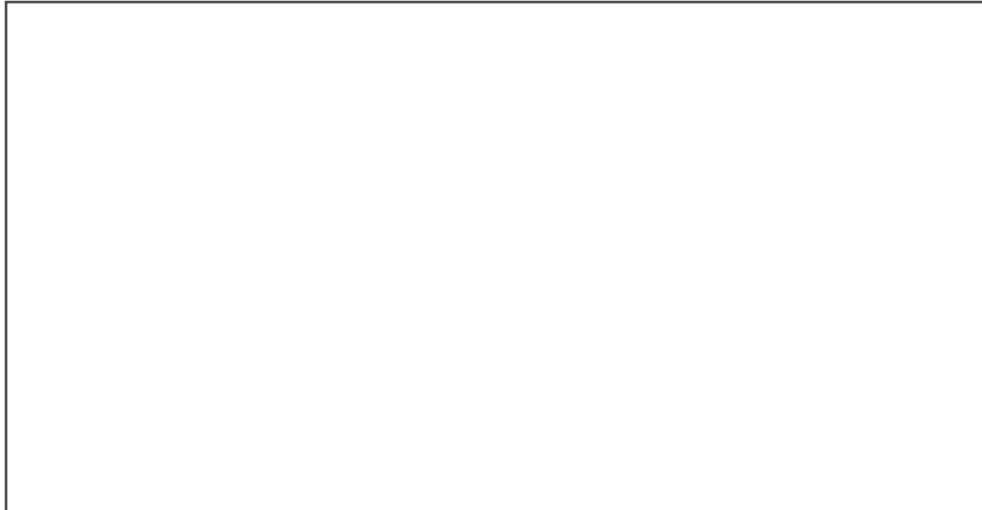


De acuerdo al gráfico anterior, el cual expresa el conocimiento de las madres entrevistadas con respecto a la lactancia materna exclusiva; el 67% afirmó conocer que es la lactancia materna exclusiva y el 33% dijo que no sabía que era.

TABLA # 8: CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA QUE TIENEN LAS MADRES ENTREVISTADAS.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alimentación solo de pecho hasta los 6 meses	26	82.00%
Alimentación de pecho mas leche de fórmula u otros alimentos hasta los 2 años	3	9.00%
Otros	3	9.00%
Total	32	100.00%

GRÁFICO # 8: CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA QUE TIENEN LAS MADRES ENTREVISTADAS.



De las madres que afirmaron conocer qué era la lactancia materna exclusiva, al preguntarles el concepto de ésta, el 82% dijo que era la alimentación solo de pecho hasta los 6 meses; un 9% respondió que era la alimentación de pecho mas leche de fórmula u otros alimentos hasta los dos años, así como el 9% respondió otros conceptos.

TABLA # 9: PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
No	48	100.00%	
Total	48	100.00%	

GRÁFICO # 9: PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

Este gráfico hace referencia a la práctica de la lactancia materna exclusiva por parte de las madres entrevistadas, de las cuales el 100% no la practica.

TABLA # 10: PROBLEMAS DE BAJO PESO EN EL NIÑO Y NIÑA

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	36	75.00%
Si	12	25.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 10: PROBLEMAS DE BAJO PESO EN EL NIÑO Y NIÑA.



Según los datos del grafico anterior, al preguntarles a las madres sobre problemas de bajo peso en su hijo/a; el 75% dijo que no había padecido y, el 25% respondió si había presentado. Cabe aclarar que esta respuesta se refiere a si alguna vez en la vida de el niño/a había presentado o está presentando ese problema, y no se refiere a si en ese momento lo está padeciendo.

TABLA # 11: PARIDAD DE LA MADRE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-----------	------------	------------

Un hijo	34	71.00%	
Dos hijos	8	17.00%	
Tres hijos	4	8.00%	
Cuatro hijos	2	4.00%	
Total	48	100.00%	

GRÁFICO # 11: PARIDAD DE LA MADRE.

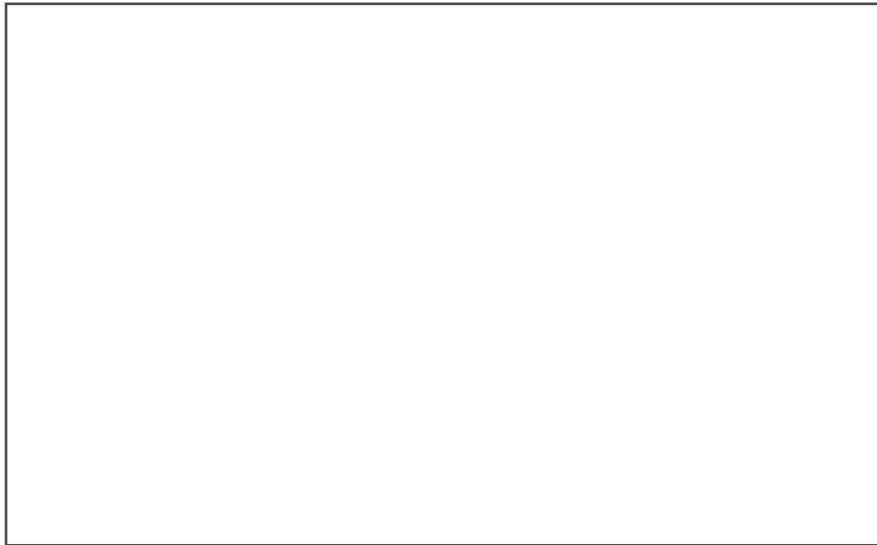


Con respecto a los datos del gráfico anterior, los cuales reflejan la paridad de la madre; el 71% dijo solo tener 1 hijo/a; el 17% ha tenido 2 hijos/as; el 8% 3 hijos/as y el 4% ha tenido 4 hijos/as.

TABLA # 11.1: PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN HIJOS/AS ANTERIORES.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
Si	10	71.00%	
No	4	29.00%	
Total	14	100.00%	

GRÁFICO # 11.1: PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN HIJOS/AS ANTERIORES.

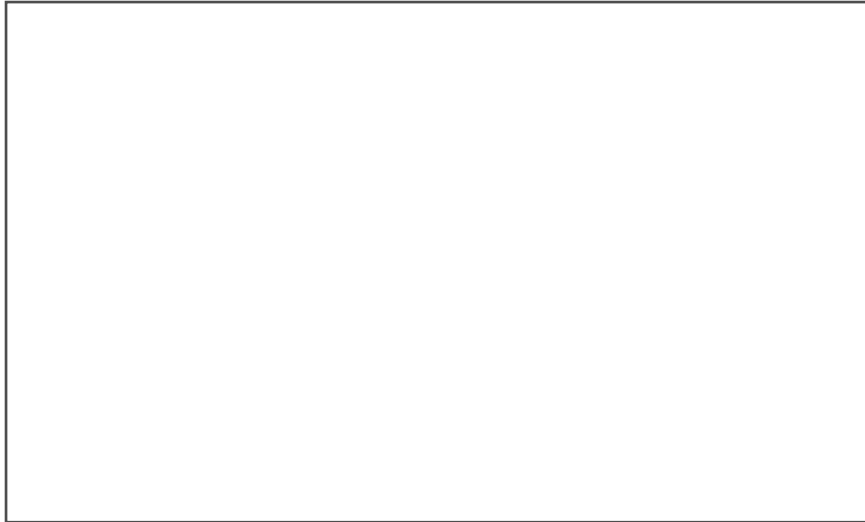


De las madres que tienen más de 1 hijo/a, el 71% dijo haberle dado lactancia materna a sus hijos/as anteriores y; un 29% dijo no haberle dado.

TABLA # 11.1.2: NÚMERO DE HIJOS/AS ANTERIORES ALIMENTADOS CON PECHO.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Un hijo/	4	40.00%
Dos hijos/as	4	40.00%
Tres hijos/as	2	20.00%
Total	10	100.00%

GRÁFICO # 11.1.2: NÚMERO DE HIJOS/AS ANTERIORES ALIMENTADOS CON PECHO.

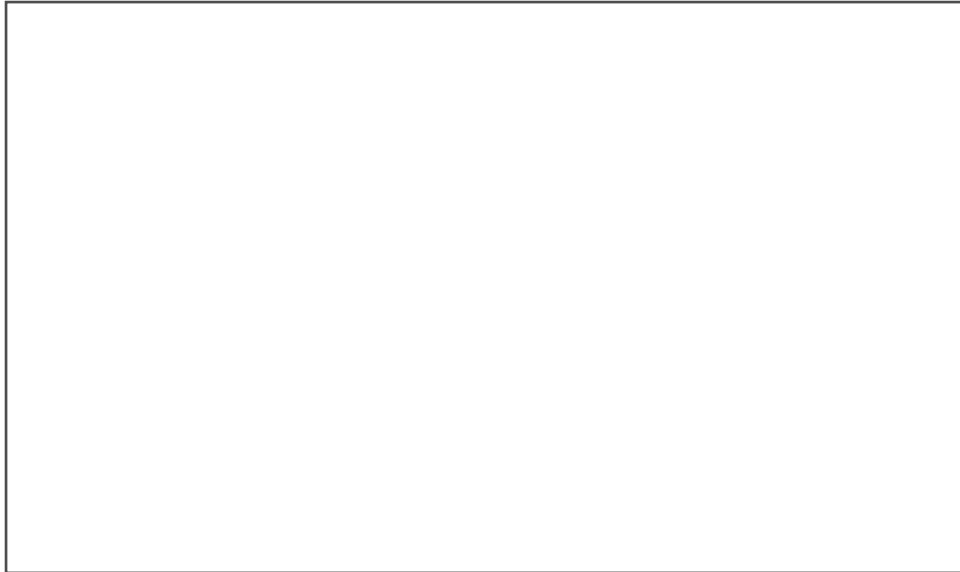


Este gráfico nos muestra que de las madres que dijeron tener mas de un hijo/a y que respondieron que si les habían dado lactancia materna a sus hijo/as anteriores. Un 40% le dio solamente a 1 hijo/a; el otro 40% le dio a dos hijos/as y un 20% le dio a 3.

TABLA # 11.1.3: RAZONES POR QUÉ LAS MADRES NO DIERON PECHO A SUS HIJOS/AS ANTERIORES.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No responde	3	75.00%
Porque estaba estudiando	1	25.00%
TOTAL	4	100.00%

GRÁFICO # 11.1.3: RAZONES POR QUÉ LAS MADRES NO DIERON PECHO A SUS HIJOS/AS ANTERIORES.



Con respecto a los datos del gráfico anterior, éstos dan a conocer que, de las madres que respondieron no haber dado pecho a sus hijos/as anteriores, el 75% no respondió el por qué no lo dio y; el 25% manifestó que era porque estaba estudiando en ese momento.

TABLA # 12: ACTITUD DE LA MADRE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA CON RESPECTO A LA SALUD DE SU HIJO/A.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
Muy importante	38	79.00%	
Importante	10	21.00%	
Total	48	100.00%	

GRÁFICO # 12: ACTITUD DE LA MADRE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA CON RESPECTO A LA SALUD DE SU HIJO/A.

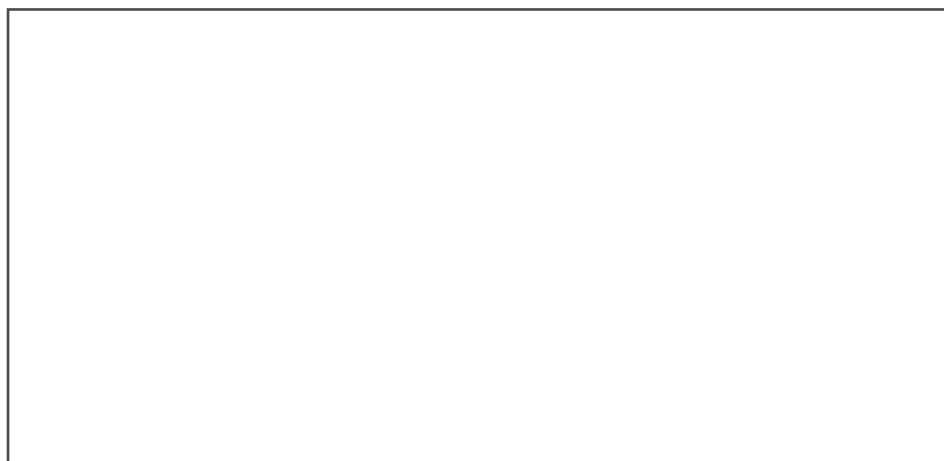


De acuerdo a los datos del gráfico anterior, el 79% de las madres entrevistadas respondió que la lactancia materna exclusiva es muy importante para la salud de su niño/a, y 21% dijo que era importante.

TABLA # 13: ACTITUD DE LA MADRE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA CON RESPECTO A LA SALUD DE SU HIJO/A.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Importante	22	46.00%
Poco importante	19	40.00%
Muy importante	4	8.00%
Nada importante	3	6.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 13: ACTITUD DE LA MADRE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA CON RESPECTO A LA SALUD DE SU HIJO/A.

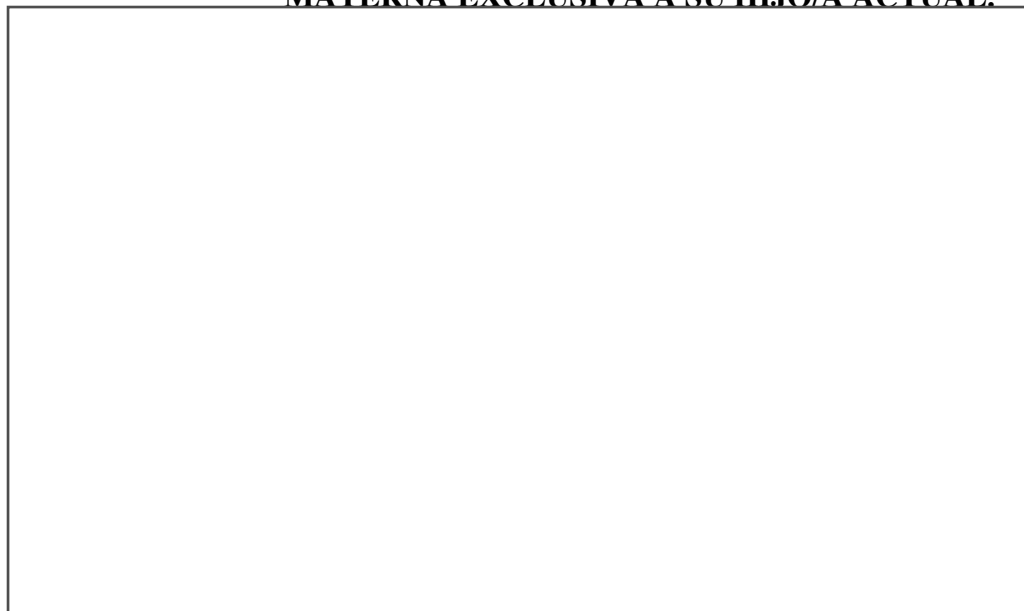


En el gráfico se refleja la actitud de la madre con respecto a la lactancia materna no exclusiva, el cual un 46% de las madres entrevistadas considera que es importante la lactancia materna no exclusiva para su bebe; 40% considera que es poco importante; 8% considera muy importante y finalmente 6% responde que es nada importante.

TABLA # 14: RAZONES DE LA MADRE POR LAS QUE NO DA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A SU HIJO/A ACTUAL.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Porque el niño/a no se llena	15	32.00%
Porque trabaja	8	18.00%
Porque no le salía suficiente leche	4	8.00%
Porque creía que necesitaba tomar agua	4	8.00%
Porque se enfermó la mamá o el bebé	3	6.00%
Porque estudia	3	6.00%
Porque el bebe no quiso agarrar el pecho	3	6.00%
Otros	3	6.00%
Porque sale a hacer mandados	2	4.00%
Alguien más le dijo que le diera	2	4.00%
Porque le dolían los pechos	1	2.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 14: RAZONES DE LA MADRE POR LAS QUE NO DA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A SU HIJO/A ACTUAL.



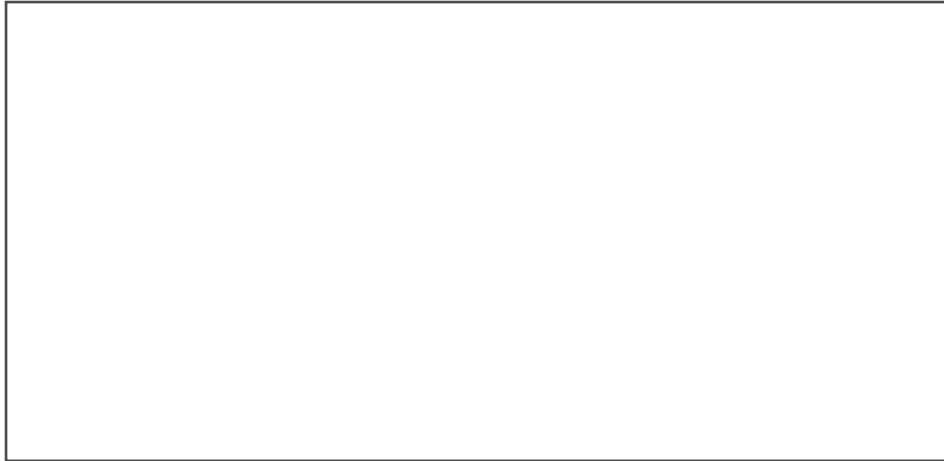
En el gráfico anterior se muestran las razones por las cuales las madres dicen no dar lactancia materna exclusiva a su hijo actual, de las cuales 32% corresponde a las que dijeron que era porque el niño/a no se llena; 18% manifestó que era porque trabajaba, 8% dijo que era porque no le salía suficiente leche; 8% respondió que creía que el niño/a necesitaba tomar agua; 6% dijo que era

porque el bebe no quiso agarrar el pecho; 6% manifestó que era porque la mamá o el bebe se enfermaron, y con un igual porcentaje, unas madres dijeron otras respuestas; 4% dijo que era porque salía a hacer mandados; así como también 4% dijo que alguien más le había dicho que le diera, y 2% dijo que porque le dolían los pechos.

TABLA # 15: PERCEPCIÓN DE LA MADRE CON RESPECTO A LA SATISFACCION DE LAS NECESIDADES ALIMENTARIAS DEL BEBE CON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	16	33.00%
No	16	33.00%
Seguramente si	10	21.00%
Seguramente no	6	13.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 15: PERCEPCIÓN DE LA MADRE CON RESPECTO A LA SATISFACCION DE LAS NECESIDADES ALIMENTARIAS DEL BEBE CON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.



Con respecto a la información del gráfico anterior, se muestra que 33% de las madres entrevistadas manifestaron decir que si es suficiente la lactancia materna exclusiva para satisfacer las necesidades alimentarias de su bebe; pero un igual porcentaje considera que no es suficiente; 21% respondió que seguramente si le satisface a su bebe; 13% dijo que seguramente no le satisface.

TABLA # 16: FRECUENCIA DE LA MAMADA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Igual o más de 12 veces al día	20	41.00%
8 veces al día	9	18.00%
5 veces al día	6	13.00%
3 veces al día	6	13.00%
No le da	6	13.00%
Menos de 3 veces al día	1	2.00%
Total	48	100.00%

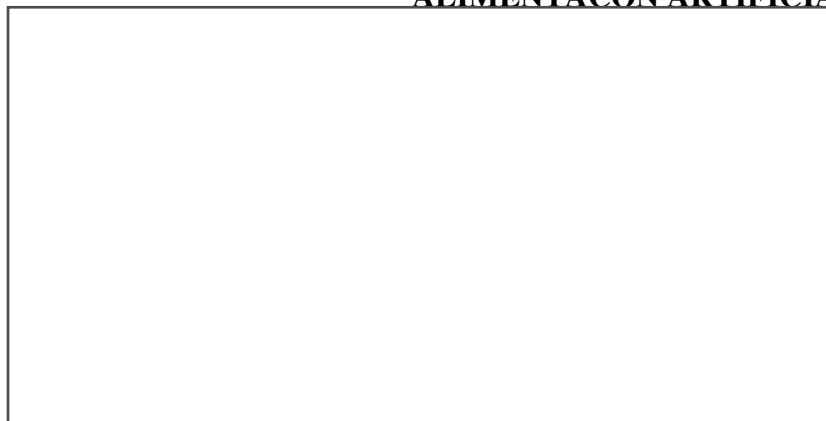
GRÁFICO # 16: FRECUENCIA DE LA MAMADA.

Al preguntarle a las madres entrevistadas sobre la frecuencia de la mamada, la gráfica anterior, da a conocer que 41% de éstas, le da igual o más de 12 veces al día pecho a su bebe, 18% dijo darle pecho 8 veces al día, 13% le da solo 5 veces al día, y también con 13% de las madres respondieron darle solo 3 veces al día y con igual porcentaje otras madres manifestaron no darle pecho en ninguna hora del día a su bebe; 2% manifestó que le daba pecho a su hijo/a menos de 3 veces al día.

TABLA # 17: EDAD DE LOS NIÑOS/AS CUANDO SE LES EMPEZÓ A DAR ALIMENTACION ARTIFICIAL.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de un mes	14	29.00%
1 mes	11	23.00%
2 meses	9	19.00%
4 meses	6	13.00%
3 meses	5	10.00%
5 meses	3	6.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 17: EDAD DE LOS NIÑOS/AS CUANDO SE LES EMPEZÓ A DAR ALIMENTACION ARTIFICIAL.

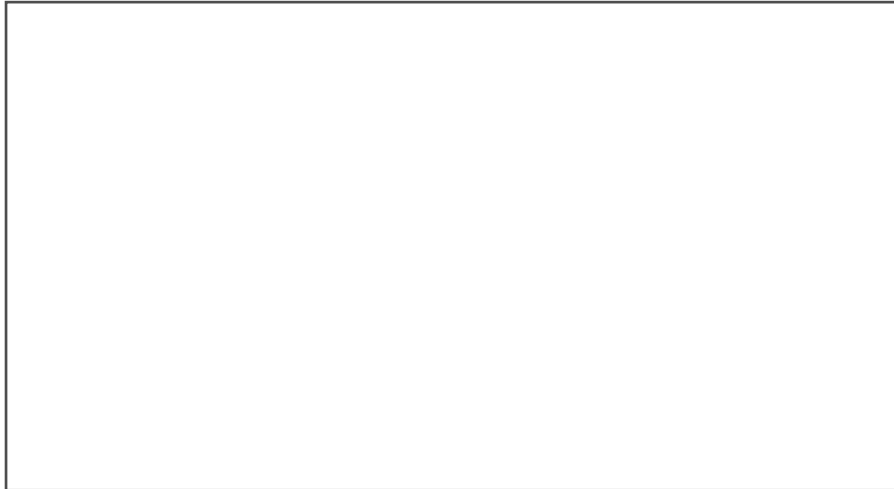


Según los datos que muestra el gráfico, al preguntarle a las madres entrevistadas a que edad le empezaron a dar otros alimentos a su bebe, el 29% dijo que había comenzado a darle otros alimentos cuando el bebe tenía menos de un mes de vida; el 23% respondió que había comenzado cuando el niño/a tenía un mes ; 19% manifestó que empezó cuando su bebe tenía 2 meses; 13% lo hizo cuando su hijo/a tenia 4 meses; 10% había empezado a darle otros alimentos cuando su bebe tenía 3 meses; y 6% manifestó hacerlo cuando éste tenía 5 meses de edad.

TABLA # 18: CANTIDAD DE VECES AL DIA QUE SE LE DA ALIMENTACION ARTIFICIAL AL BEBE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 3 veces al día	19	39.00%
3 veces al día	12	25.00%
8 veces al día	7	15.00%
5 veces al día	6	13.00%
Igual o más de 12 veces al día	4	8.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 18: CANTIDAD DE VECES AL DIA QUE SE LE DA ALIMENTACION ARTIFICIAL AL BEBE.

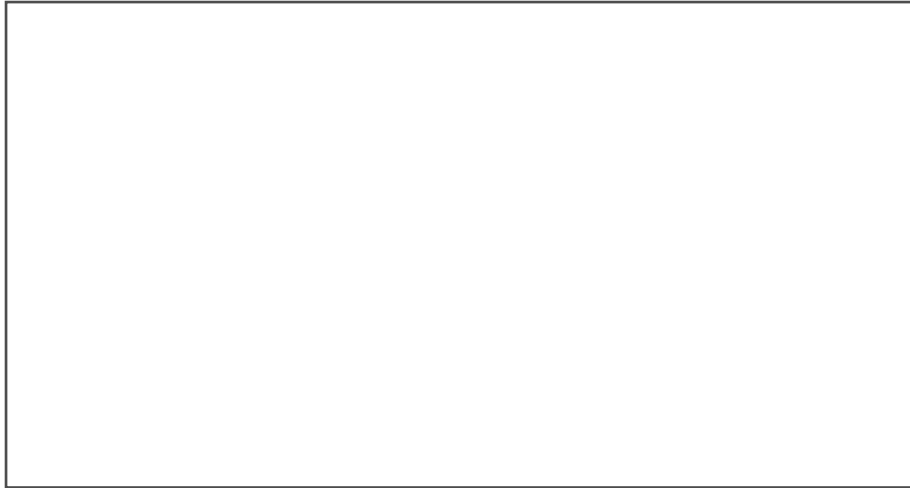


Los datos que muestra este gráfico, reflejan las respuestas que dieron las madres entrevistadas al preguntarle cuantas veces al día le daba alimentación artificial a su bebe, el 39% le daba menos de 3 veces al día; el 25% le daba solo 3 veces al día; el 15% le daba 8 veces al día; y 8% le daba igual o más de 12 veces al día.

TABLA # 19: PERCEPCION DE LA MADRE CON RESPECTO A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy importante	34	71.00%
Importante	14	29.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 19: PERCEPCION DE LA MADRE CON RESPECTO A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

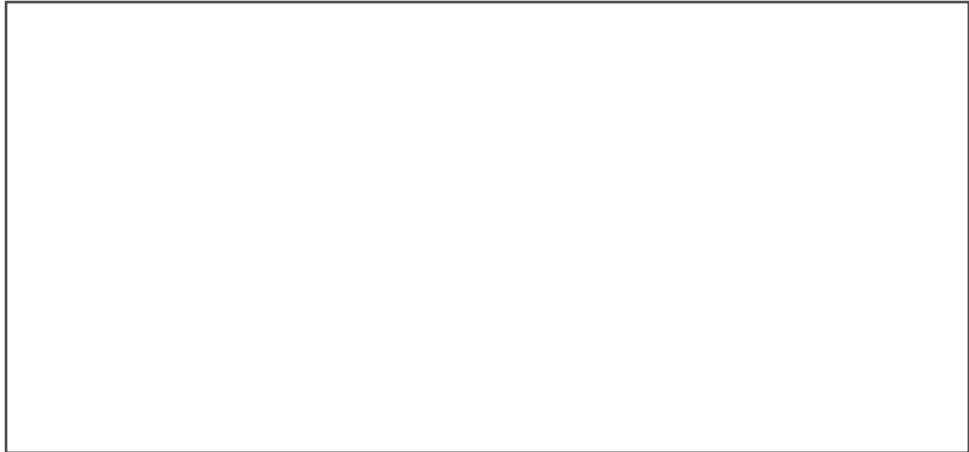


Con respecto a los datos del gráfico, al preguntarle a las madres entrevistadas, la percepción que ellas tienen con relación a la práctica de la lactancia materna exclusiva; 71% percibe que muy importante; y 29% respondió que es importante.

TABLA # 20: EXPECTATIVAS DE LA MADRE CON RESPECTO A COMO FAVORECE LA LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA A SU NIÑO/A.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	20	41.00%
Poco	19	40.00%
Muy poco	7	15.00%
NS/NR	1	2.00%
Muchísimo	1	2.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 20: EXPECTATIVAS DE LA MADRE CON RESPECTO A COMO FAVORECE LA LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA A SU NIÑO/A.

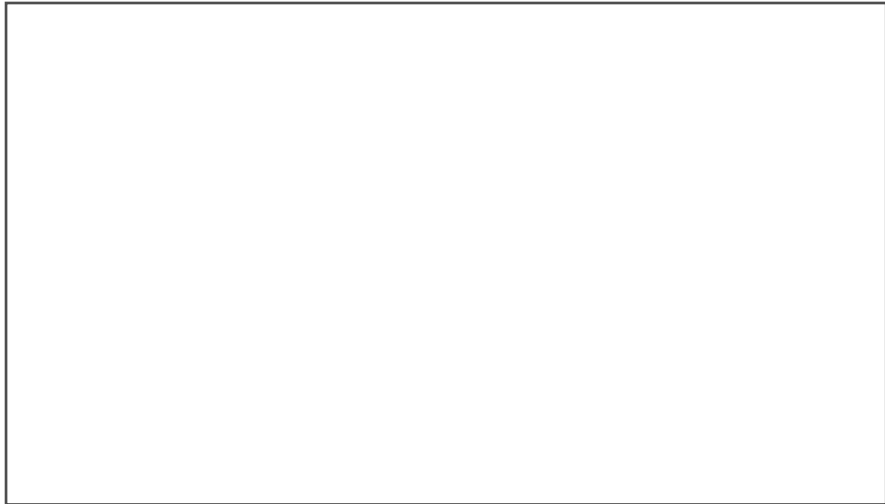


Según los datos que el gráfico anterior expresa, sobre las expectativas de la madre con respecto a en qué medida favorece la lactancia materna no exclusiva a su niño/a; 41% respondió que mucho; 40% respondió que favorece poco; 15% dijo que le favorece muy poco; 2% dijo que le favorece muchísimo y; con igual porcentaje, algunas madres no respondieron.

TABLA # 21: EXPECTACIONES DE LA MADRE CON RESPECTO A LA SALUD DE SU HIJO AL PRACTICAR LA LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Saludable	28	59.00%
Poco saludable	16	33.00%
Muy saludable	4	8.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 21: EXPECTACIONES DE LA MADRE CON RESPECTO A LA SALUD DE SU HIJO AL PRACTICAR LA LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA.



Los datos enunciados en este gráfico exponen las expectativas de la madre con respecto a la

salud de su hijo al practicar la lactancia materna no exclusiva, 59% respondió que es saludable la práctica de ésta; 33% respondió que es poco saludable y; 8% expresó que es muy saludable.

TABLA # 22: ASPECTOS DEL TRABAJO QUE INTERVIENEN PARA QUE LA MADRE NO PRACTIQUE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
El horario	4	34.00%
La distancia	4	33.00%
No le afecta ninguno	3	25.00%
El tipo de trabajo	1	8.00%
Total	12	100.00%

GRÁFICO # 22: ASPECTOS DEL TRABAJO QUE INTERVIENEN PARA QUE LA MADRE NO PRACTIQUE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

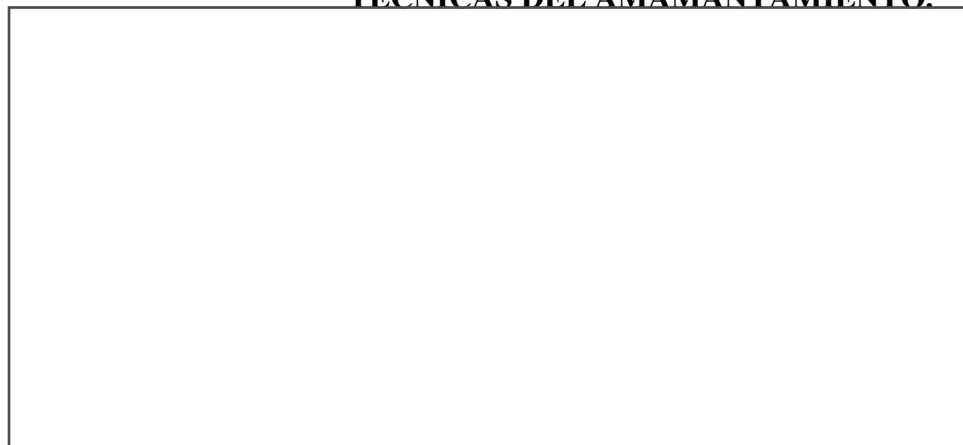
Los datos de este gráfico expresan los aspectos del trabajo de las madres entrevistadas que intervienen para que éstas no practicasen la lactancia materna exclusiva; 34% de las madres respondió que era el horario; 33% dijo que era la distancia; 25% manifestó que no le afectaba ninguno y; 8% dijo que era el tipo de trabajo que tenía el que le afectaba.

TABLA # 23: CAPACIDAD COMPORTAMENTAL CON RESPECTO A LAS TÉCNICAS DEL AMAMANTAMIENTO.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Me la acuesto y le ofrezco el pecho	13	31.00%
Se sienta, se agarra el pecho y al pasar el tiempo le ofrezco el otro pecho.	11	26.00%
Topo el estómago del bebe con el mío y me agarro el pecho para que no se ahogue.	8	19.00%
No conoce la técnica	8	19.00%

Le coloco bien el pecho al bebe	2	5.00%	
topando el estomago de el con el			
mío y me realizo masaje.			
Total	42	100.00%	

GRÁFICO # 23: CAPACIDAD COMPORTAMENTAL CON RESPECTO A LAS TÉCNICAS DEL AMAMANTAMIENTO.

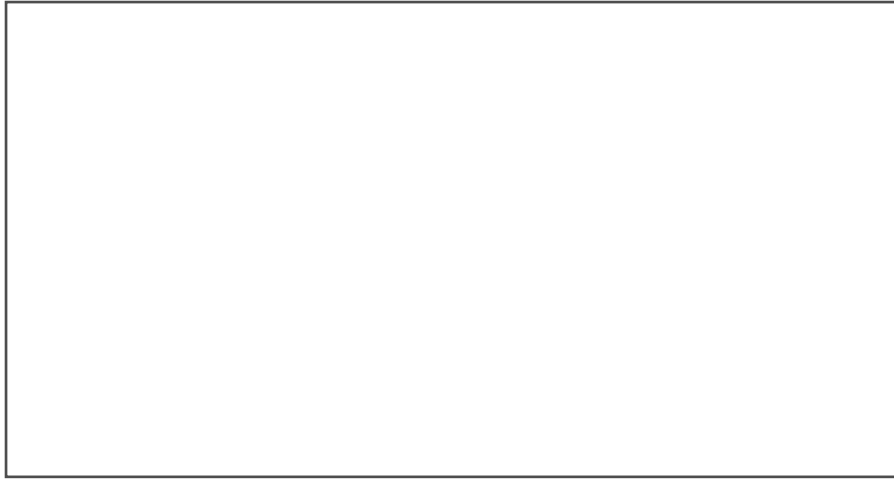


Al decirle a las madre que explicara la técnica de amamantamiento que utiliza para alimentar a su bebe, el gráfico muestra que 31% dice que se acuesta al bebe y le ofrece el pecho; 26% dice que se sienta se agarra el pecho y al pasar el tiempo le ofrece el otro pecho; 19% dijo no conocer la técnica; un igual porcentaje dijo que topa el estómago del bebe al de ella y se agarra el pecho para que no se ahogue y, 5% se coloca bien el pecho topando el estomago de él con el de ella y se realiza masaje.

TABLA # 24: DISPOSICIÓN DE LA MADRE PARA AMAMANTAR A SU BEBE CUANDO EL O ELLA LO DEMANDE A PESAR DE ESTAR OCUPADA EN SUS LABORES COTIDIANAS.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
Definitivamente si	22	52.00%	
Si	17	40.00%	
No	3	7.00%	
Total	42	100.00%	

GRÁFICO # 24: DISPOSICIÓN DE LA MADRE PARA AMAMANTAR A SU BEBE CUANDO EL O ELLA LO DEMANDE A PESAR DE ESTAR OCUPADA EN SUS LABORES COTIDIANAS.



De acuerdo a los datos que expone este gráfico, al preguntarle a la madre cual era su disposición para alimentar a su bebe cuando éste lo demandara aunque ella estuviera ocupada en sus labores diarias; 53% dijo que definitivamente si tiene disposición; 40% respondió que sí la tiene y; 7% respondió que no.

TABLA # 25: MOTIVACIÓN DE LA MADRE HACIA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A TRAVÉS DEL MODELAJE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	25	52.00%
No	23	48.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 25: MOTIVACIÓN DE LA MADRE HACIA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A TRAVÉS DEL MODELAJE.

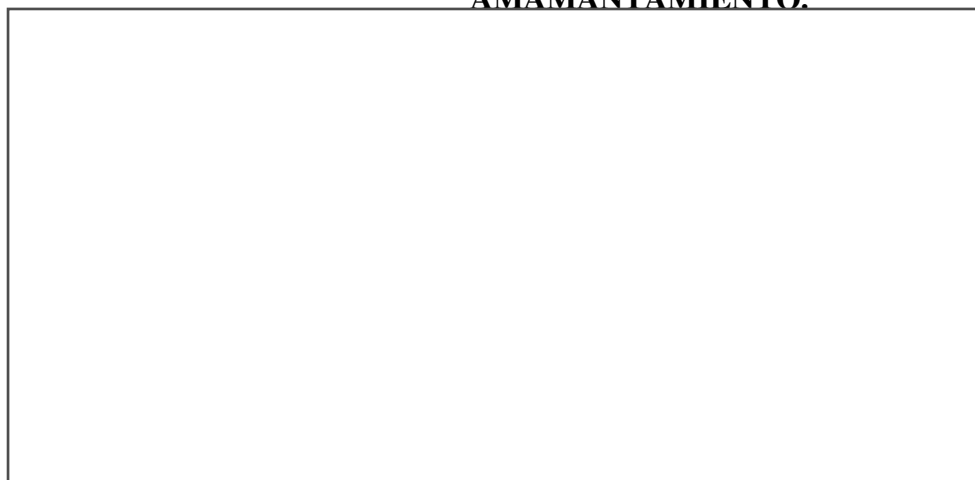


Este gráfico expresa el efecto del modelaje en la motivación de las madres entrevistadas para dar lactancia materna exclusiva, en donde 52% dijo que si le motiva y 48% dijo que no le motiva.

TABLA # 26: PERCEPCIÓN DEL GRADO DE DIFICULTAD PARA DAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA APLICANDO LAS TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fácil	29	61.00%
Difícil	11	23.00%
Muy fácil	5	10.00%
N/S o N/R	2	4.00%
Muy difícil	1	2.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 26: PERCEPCIÓN DEL GRADO DE DIFICULTAD PARA DAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA APLICANDO LAS TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO.



En relación a los datos que expone este gráfico, éste expresa la percepción del grado de dificultad que las madres entrevistadas tienen para dar lactancia materna exclusiva, aplicando las técnicas de amamantamiento; 61% encuentra fácil el dar lactancia materna; 23% lo encuentra difícil; 10% lo encuentra muy fácil; 4% no respondió y; 2% lo encuentra muy difícil.

TABLA # 27: ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	40	83.00%
No	8	16.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 27: ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA

EXCLUSIVA



Según el gráfico anterior, el cual expresa el acceso a la información sobre lactancia materna exclusiva que tienen las madres entrevistadas; 83% manifestó que si ha tenido acceso; y 17% dijo no haber tenido acceso a ésta.

TABLA # 27.1: LUGAR EN DONDE HA TENIDO ACCESO A INFORMACION SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
Unidad de salud	28	56.00%	
Hospital	10	20.00%	
Revista	3	6.00%	
Por medio de familiares y médico de familia	3	6.00%	
En el ISSS y escuela	2	4.00%	
Radio	2	4.00%	
Televisión, afiches y murales	2	4.00%	
Total	40	100.00%	

GRÁFICO # 27.1: LUGAR EN DONDE HA TENIDO ACCESO A INFORMACION SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

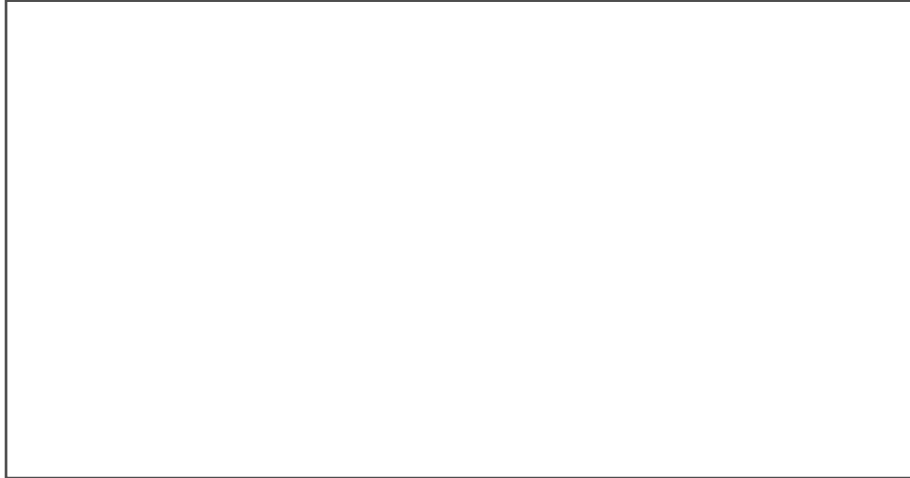


El gráfico demuestra que de las personas que respondieron que si habían tenido acceso a información sobre lactancia materna exclusiva; 56% dijo haber tenido acceso en la Unidad de salud; 20% en hospital; 6% había sido en revistas; un igual porcentaje había tenido acceso a través de familiares y médico de familia; 4% dijo haber tenido acceso en el ISSS y escuela de igual manera otro 4% dijo haber tenido acceso en radio; y otro igual porcentaje en televisión, afiches y murales.

TABLA # 28: MADRES QUE TIENEN TRABAJO ASALARIADO.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	36	75.00%
Si	12	25.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 28: MADRES QUE TIENEN TRABAJO ASALARIADO.



Según el gráfico anterior; al preguntarles a las madres si tienen un trabajo asalariado; el 75% de las mujeres entrevistadas no tienen un trabajo asalariado y 25% si lo tiene.

TABLA # 29: HORAS AL DIA EN QUE TRABAJA LA MADRE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8 Horas	8	67.00%
4 Horas	3	25.00%
Otros	1	8.00%
Total	12	100.00%

GRÁFICO # 29: HORAS AL DIA EN QUE TRABAJA LA MADRE.



En relación a las madres entrevistadas que dijeron tener un trabajo asalariado, este gráfico muestra el número de horas que éstas trabajan al día; en donde 67% trabaja 8 horas; 25% trabaja 4 horas; y 8% trabaja en otros horarios distintos a los anteriores.

TABLA # 29.1: MADRES QUE HACEN USO DE LA HORA A LA QUE TIENEN DERECHO EN SU TRABAJO PARA DAR LACTANCIA MATERNA A SUS HIJOS/AS.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	8	67.00%
Si	4	33.00%
Total	12	100.00%

GRÁFICO # 29.1: MADRES QUE HACEN USO DE LA HORA A LA QUE TIENEN DERECHO EN SU TRABAJO PARA DAR LACTANCIA MATERNA A SUS HIJOS/AS.



De acuerdo a los datos que expresa el grafico anterior de las madres que trabajan 67% no hace uso de la hora a la que tiene derecho en su trabajo para dar lactancia materna y 33% si hace uso de esta hora.

TABLA # 30: INGRESOS ECONOMICOS MENSUALES DE LAS MADRES.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De \$201.00 a \$400.00	5	42.00%
Menos de \$200.00	4	33.00%
De \$401.00 a \$600.00	3	25.00%
Total	12	100.00%

GRÁFICO # 30: INGRESOS ECONOMICOS MENSUALES DE LAS MADRES.



De las madres entrevistadas que dijeron que tenían un trabajo asalariado, el gráfico muestra los ingresos mensuales de éstas; proporcionando que 42% tiene un ingreso de \$201.00 a \$ 400.00; 33% tiene un ingreso de menos de \$200.00 y 25% tiene un ingreso de \$401.00 a \$ 600.00.

TABLA # 31: IMPORTANCIA DE LA OPINION DE LA MADRE DE LA ENTREVISTADA SOBRE LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy importante	21	44.00%
Importante	20	42.00%
Poco importante	4	8.00%
NS/NR	3	6.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 31: IMPORTANCIA DE LA OPINION DE LA MADRE DE LA ENTREVISTADA SOBRE LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

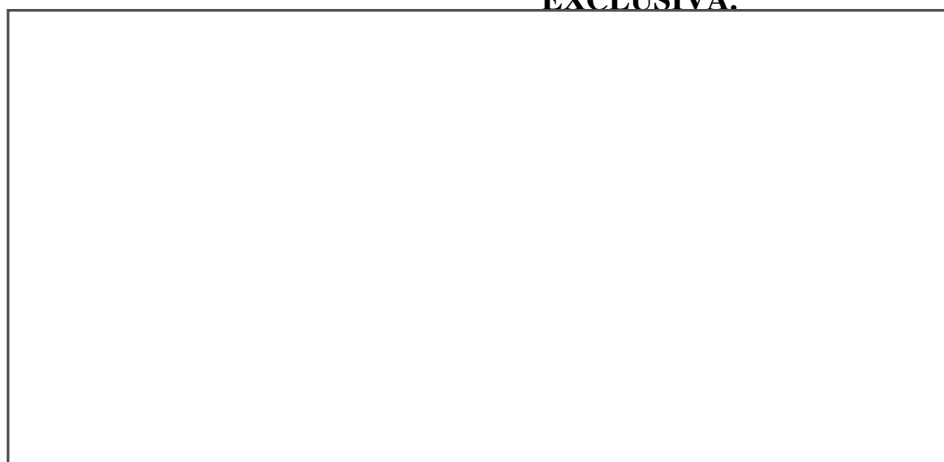


El grafico muestra, la importancia que le dan las entrevistadas a la opinión de sus madres con respecto a la práctica de la lactancia materna exclusiva; obteniendo que 44% piensa que es muy importante; 42% piensa que es importante; 8% piensa que es poco importante y finalmente 6% no responde.

TABLA # 32: IMPORTANCIA DE LA OPINION DE LA PAREJA O FAMILIA DE LA ENTREVISTADA SOBRE LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	23	47.00%
Si	11	23.00%
Definitivamente no	7	15.00%
Definitivamente si	6	13.00%
Ns/nr	1	2.00%
Total	48	100%

GRÁFICO # 32: IMPORTANCIA DE LA OPINION DE LA PAREJA O FAMILIA DE LA ENTREVISTADA SOBRE LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA.



La información que este gráfico presenta, corresponde a la importancia que le dan las entrevistadas a la opinión de la pareja o familia sobre la práctica de la lactancia materna no exclusiva; en donde 47% dijo no darle importancia; 23% respondió que si le da importancia; 15% dijo que definitivamente no era importante; 13% dijo que definitivamente si era importante y; finalmente 2% no responde.

TABLA # 33: PRESIÓN DE FAMILIARES PARA NO DAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	33	69.00%
Si	9	19.00%
Seguramente no	5	10.00%
NS/NR	1	2.00%
Total	48	100.00%

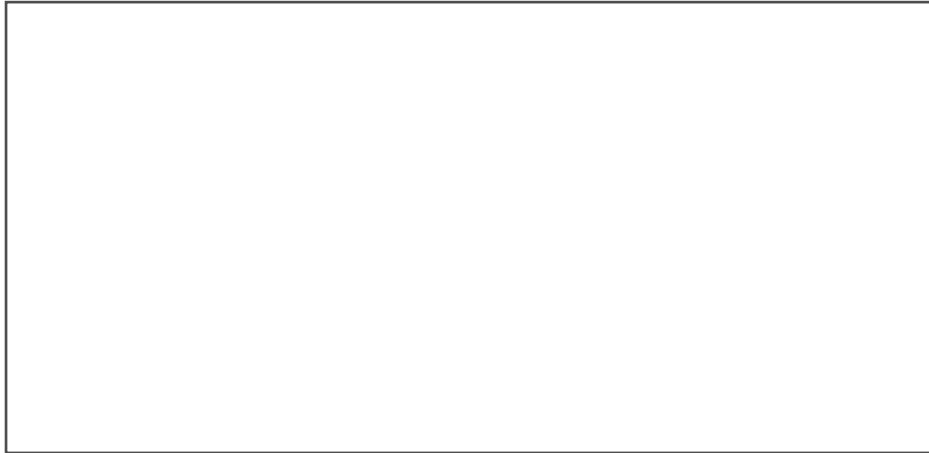
GRÁFICO # 33: PRESIÓN DE FAMILIARES PARA NO DAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

La información que este gráfico presenta corresponde a la presión que ejercen los familiares sobre las madres entrevistadas para no dar lactancia materna exclusiva; en el cual 69% dice no sentirse presionada; 19% dijo si sentirse presionada; 10% respondió que seguramente no se siente presionada y; 2% no responde.

TABLA # 34: PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN SU CÍRCULO FAMILIAR O DE AMIGO/AS.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	19	40.00%
No	15	31.00%
Seguramente si	8	17.00%
Seguramente no	5	10.00%
NS/NR	1	2.00%
Total	48	100.00%

GRÁFICO # 34: PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN SU CÍRCULO FAMILIAR O DE AMIGO/AS.



De acuerdo a los datos del gráfico anterior con relación a la práctica de la lactancia materna exclusiva en el círculo familiar o de amigos/as de la madre entrevistada; se obtiene que 40% dice que sí es común que la practiquen; 31% dijo que no es común; 17% respondió que seguramente sí es común; 10% dijo que seguramente no es común que se practique; y 2% que no sabe o no respondió.

CAPÍTULO V

5.0. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Dentro de la problemática de lactancia materna no exclusiva intervienen diferentes factores, de los cuales algunos lo hacen más que otros, esto dependerá de la realidad de cada una de las madres o del entorno que le rodea.

DETERMINANTES DEMOGRAFICOS

Considerando la edad como elemento fundamental para la madurez emocional y física que una mujer necesita para afrontar una circunstancia de maternidad, y relacionando esto con la lactancia materna no exclusiva, se observa en la investigación que, a menor edad de las madres, mayor probabilidad existe de que se practique la lactancia materna no exclusiva; ya que son más fáciles de influenciar, por el medio que las rodea y muchas veces por la falta de conocimiento sobre qué es lo correcto con respecto a la lactancia las hace ceder. También es evidente que el estado civil y la ocupación no desempeñan un papel importante a la hora de decidir si dar o no dar lactancia materna exclusiva, ya que la mayoría son mujeres acompañadas o casadas y su ocupación es ser ama de casa, y no están dando lactancia materna exclusiva.

La investigación muestra que un porcentaje alto de las madres son menores de 25 años, y por el hecho de ser madres jóvenes no ven el beneficio que su situación tiene y que deberían aprovechar para alimentar a su bebe con el recurso natural que ellas tienen, como es la leche materna; aunado a esto que también por el hecho de ser jóvenes y que en su mayoría solo tienen un hijo, el dar pecho por primera vez se les vuelve un tanto difícil aplicando adecuadamente las técnicas de amamantamiento y esto deja ver que a mayor porcentaje de madres jóvenes habrá menor practica

de lactancia materna exclusiva.

En la investigación se encontró que la mayoría de las madres entrevistadas proceden de la zona urbana lo cual genera un mayor acceso a leche artificial. Estas madres en su mayoría se encuentran acompañadas o casadas lo cual genera una posibilidad para comprar sucedáneos ya que su pareja es quien les proporciona el dinero necesario para hacerlo, de esta manera ellas no se esfuerzan con la práctica de la lactancia materna exclusiva ya que un porcentaje considerable encuentran dificultad en la práctica.

DETERMINANTES BIOLÓGICOS

Pareciera que por el hecho de no practicar la lactancia materna exclusiva, los niños /as presentarían problemas de bajo peso, pero en esta investigación se observa que no es así, ya que la mayoría no lo ha presentado, lo cual se debe a la cantidad de veces que les dan leche materna, que va de 8 a más de 12 veces al día, combinada con otros alimentos. Si estas veces fueran menos, probablemente se encontraría mayor porcentaje de niños con problemas de desnutrición, ya que la cantidad de leche materna que consumen les brinda defensas y vitaminas que sopesan los posibles efectos negativos que la alimentación artificial les podría causar, y esto les ayuda a mantenerse saludables con respecto al problema de desnutrición a pesar de no ser alimentado/a totalmente con leche materna exclusiva.

DETERMINANTES PREDISPONENTES

Muchas de las madres dijeron saber qué es la lactancia materna exclusiva, pero realmente al explorar sus conocimientos se descubrió que las madres no tienen un conocimiento acertado sobre ésta, a pesar de que un gran porcentaje de ellas tiene acceso a información por diferentes medios.

La actitud tiende a ser inconsistente ya que ellas afirman que la lactancia materna exclusiva es importante y sienten que es importante pero el componente comportamental no se lleva a la práctica. Esto deja entre ver que al parecer, les falta una concientización sobre el valor que tiene la práctica de la lactancia materna exclusiva tanto para el bebe como para ella.

Con respecto a la práctica de la lactancia materna no exclusiva, se logra visualizar también que la actitud es inconsistente ya que las opiniones están divididas en partes iguales en cuanto a si es importante o no dicha práctica. Lo que hace discernir que en la mitad de ellas no hay concordancia entre el componente cognitivo, afectivo y comportamental de sus actitudes ya que piensan y sienten que no es importante pero de igual manera realizan la práctica de la lactancia materna no exclusiva, lo cual en muchos casos se debe a que practicarla solventa en algún momento alguna situación que les impedía dar lactancia materna exclusiva a pesar de estar consciente de que ésta es mejor para la salud de su bebe.

Las creencias es otro de los constructos importantes de los factores predisponentes en estudio, en donde el porcentaje total de madres entrevistadas no practica la lactancia materna exclusiva, sin embargo la mitad de ellas creen que de hacerlo podrían satisfacer las necesidades alimentarias del bebe, lo que permite observar que la practica puede verse afectada por influencias externas que no favorecen esta creencia.

Esta misma situación se refleja en las expectativas de la madre pero con relación a la lactancia materna no exclusiva ya que también su valoración está dividida en cuanto a si favorece o no a su bebe, inclusive hay una ligera tendencia mayor a decir que no lo favorece.

Teniendo en cuenta que la expectativa es un resultado anticipatorio de un comportamiento, en las expectativas de las madres con respecto a la lactancia materna no exclusiva, estas son positivas, ya que un porcentaje considerable de ellas esperan que su bebe este saludable, aunque al preguntarles que si la lactancia materna exclusiva era importante para la salud de su bebe ellas también se mostraron a favor. Esto deja ver que para las madres en ambas alimentaciones esperan que su bebe este saludable.

Por lo tanto ante estos cinco constructos actitud, creencias, expectativas, expectativa y práctica se logra evidenciar una gran disonancia entre lo que piensan, sienten, valoran, esperan y practican.

Con respecto a la Frecuencia de la mamada un porcentaje de las madres mayor de la mitad están dando de mamar más de 8 veces al día, lo que deja en evidencia que la mayoría de ellas están en sus casas con sus bebes todo el día, pues un 56% de ellas son amas de casa, lo que permite pensar que estas madres no tienen necesidad real de darles otros alimentos a sus bebes, máxime a temprana edad, ya que los datos muestran que durante el día la practican 3 o menos veces al día, empezándoles a dar antes de los 2 meses y al preguntarles sus motivos, éstos resultaron ser factores predisponentes y factores ambientales los cuales influyen en gran medida a esta situación de precocidad de la alimentación artificial. Entre los predisponentes están algunas percepciones como: que le duelen los pechos, que no les sale la suficiente cantidad de leche y una creencia como: que no se llenan los bebes. Entre los ambientales están: el trabajo y el estudio. Estas afirmaciones son muy comunes entre las madres jóvenes por el hecho de la poca experiencia que ellas tienen.

Con relación a la percepción de la lactancia materna exclusiva el 100% de las mujeres la percibe positivamente aunque no la practica, lo que deja ver que les falta concientización para poder llevar esa percepción a la acción, así como el empoderamiento por parte de ellas para poder seguir sus percepciones y no dejarse llevar por otros factores externos a ella a no practicarla.

También es claro saber que para realizar con seguridad una acción hay que conocer cómo hacerla, en la investigación se encontró que las madres manejan leves rasgos de las técnicas de amamantamiento, ya que no lo lograron explicarlas correctamente al hacerles la pregunta en la entrevista, lo que deja en evidencia que se vuelve difícil para ellas que la práctica de la lactancia materna exclusiva sea exitosa, y ante esta dificultad muchas accedieron a la alimentación complementaria ya que les resultó más fácil que la otra, y no les pareció pertinente o importante resolver tal situación a favor de la lactancia materna exclusiva. Cabe mencionar que al preguntarles donde habían escuchado hablar de lactancia materna exclusiva, muchas respondieron que en la unidad de salud, en el momento de los controles infantiles de los niños/as; momento en el cual se debería haber aprovechado para enseñarles adecuadamente las técnicas de amamantamiento. Relacionando esto con la respuesta anterior se deja en evidencia que en la unidad de salud solo se les enseñaba generalidades de la lactancia materna exclusiva y no se enfatizaba en lograr la concientización de la práctica de ésta, y el desarrollo de habilidades para realizar la técnica de amamantamiento correctamente.

Sabiendo que el autocontrol es la regulación personal de comportamiento dirigido a metas de ejecución, y relacionando esto con la investigación; una cantidad significativa de las madres dijo tener disposición en darles pecho a su bebe cuando él o ella lo demanda a pesar de estar en sus labores cotidianas; pero como ellas practican la lactancia materna no exclusiva es evidente que la disposición no es del todo cierta ya todos estos bebes son alimentados artificialmente en ciertos momentos del día.

Teniendo en cuenta que el aprendizaje observacional es la adquisición de comportamientos que ocurre por ver las acciones y resultados de comportamientos de otros. Al relacionarlo con la investigación, se evidencia que este constructo no siempre, influye a que las madres practiquen la lactancia materna, ya que la mitad dijo que le motivaba al ver a otras personas y la otra mitad dijo que no, por lo cual se entiende que las madres no siempre son incentivadas por el modelaje, y esto dependerá en gran medida de la persona que sea la modelo, pues si para ella, esta persona es importante, valorará en gran medida su comportamiento para adquirirlo, y si es el caso contrario no lo valorará.

En relación a la posibilidad de que las madres practiquen la lactancia materna exclusiva o no, tiene mucho que ver la autoeficacia de ellas para ejecutar tal acción, relacionando esto con el grado de dificultad que las madres encuentran para dar la lactancia materna exclusiva; dos tercios respondieron que lo encuentran fácil o muy fácil, un tercio manifestó tener dificultad para realizarlo y al relacionarlo esto con las técnicas de amamantamiento en donde la mayoría no respondieron correctamente la técnica, se puede decir que ellas no la conocen bien pero para ellas esto no representa un grado de dificultad, a pesar de que en la práctica si se refleja ya que no manejar bien la técnica, representó un motivo para dejar de practicar la lactancia materna exclusiva.

DETERMINANTES FACILITADORES

Los determinantes facilitadores, son aquellos aspectos del ambiente que facilitan una acción, entre los que encontramos la accesibilidad, posibilidades económicas y condiciones laborales, los cuales no son comportamientos de las personas, pero influyen a practicar un determinado comportamiento.

Aplicando esto a la investigación se observa que las madres manifestaron en un alto porcentaje haber tenido acceso a información sobre lactancia materna exclusiva, entre los lugares de acceso sobresalen la unidad de salud y hospitales, si se supone que cuando una persona tiene acceso a información esto debería facilitarles a practicar un comportamiento deseado, en este caso no ocurre, lo cual probablemente sea por la forma como les llega la información y la poca facilidad de persuasión de los que transmiten dicha información.

Aparentemente con la información obtenida de la accesibilidad en la radio y televisión se observa que no se realiza mucha promoción a la lactancia materna exclusiva los cuales deberían aprovecharse pues estos tienen mucha cobertura en la zona urbana y rural y aun así no se aprovecha este recurso.

En relación con las Posibilidades económica de las madres para comprar sucedáneos; se observa que un 75% de las madres no tienen trabajo, lo que debería dificultar el acceder a dicha compra, pero de igual manera lo hacen por que cuentan con el apoyo de su pareja para poderlos comprar y

así resolver la creencia que tienen en pensar que su niño/a no se llena. En resumen no es que las madres cuenten con suficiente recurso económico para comprarlos, pero para ellas es una necesidad hacer esta compra para satisfacer las necesidades alimentarias del bebe.

Las madres que trabajan son pocas, ya que de las 48 que es la población total, solo 12 trabajan. Por lo tanto se observa que el trabajo no es un factor facilitador que afecte la lactancia materna exclusiva, máxime porque la mayoría de las madres comenzaron a alimentar a sus bebes antes de los 2 meses; y si ese hubiese sido el caso, le hubieran comenzado a dar alimentación artificial a los 3 meses cuando se supone que es el tiempo donde se les termina la licencia de trabajo. Por lo tanto esto evidencia que las madres desde el embarazo o en los primeros días de vida de su hijo o hija ya vienen predispuestas o influenciadas por otros factores para practicar la lactancia materna no exclusiva. Además, de las madres que trabajan solo un tercio hace uso de la hora a la que tienen derecho para alimentar a su bebe, ya que afirmaron no conocer que tenían este derecho y otras que por su tipo de trabajo no podían hacer uso de esta hora.

DETERMINANTES REFORZADORES

Los determinantes reforzadores son todas aquellas influencias provenientes de las personas cercanas a la entrevistada entre los que puede estar la pareja amigos y demás familiares.

Para las madres entrevistadas, la percepción de la opinión de sus madres a que ellas practiquen la lactancia materna exclusiva es importante o muy importante, pero esto no se refleja en su práctica ya que lo que le dicen las madres no lo toman en cuenta porque si así fuera su práctica sería diferente. También las madres entrevistadas se pueden ver influenciadas por otras personas de su entorno como lo es su pareja y demás familia, pero al investigarlo, un porcentaje considerable manifestó que la opinión de su pareja o familia no era importante para la práctica de la lactancia materna no exclusiva y solo un bajo porcentaje dijo que era importante. Con lo anterior se evidencia que para las madres los factores reforzadores no tiene gran peso, lo que más influye en ellas son los factores predisponentes y facilitadores.

En cuanto a si las madres se han sentido presionadas por algún familiar a practicar la lactancia materna no exclusiva, un 79% dijo que no se han sentido presionadas y solo un bajo porcentaje dijo lo contrario. Esto refleja una vez más que en la práctica de lactancia materna no exclusiva, la opinión de las personas no es considerada importante por las madres. Aunado a esto también que en su círculo familiar o de amigos dicen que es común que se practique la lactancia materna exclusiva lo que comprueba que la conducta de otras madres que tienen esta práctica, no les influye en la práctica de ellas.

CAPÍTULO VI

6.0. CONCLUSIONES

- * Los determinantes predisponentes son los que más influyen en la práctica de la lactancia materna no exclusiva ya que esto se ve reflejado en la mayoría de constructos que se investigaron como son los conocimientos, actitudes, expectativas, expectativas, autoeficacia, percepción, autocontrol, aprendizaje observacional, situación de la madre y sus creencias, estos tienen una gran disonancia entre sí, dando como resultado la práctica de la lactancia materna no exclusiva.
- * Las madres en su mayoría tienen conocimientos generales de la lactancia materna exclusiva, pero estos no son llevados a la práctica ya que no se ven reflejados en el tipo de alimentación que le dan a sus bebés.
- * La actitud es inconsistente en las madres entrevistadas, ya que ésta refleja disonancia entre lo que piensan sienten y practican con respecto a la forma de alimentar a su niño/a.
- * Los determinantes reforzadores que son los que tienen que ver con la influencia que se ejerce sobre la conducta de las personas, en este caso de las madres, estos se observan que no afectan en gran medida la decisión a dar lactancia materna no exclusiva.
- * Personas cercanas a la madre entrevistada como su mamá, la pajera y demás familiares, no inciden directamente en la decisión de éstas en cómo alimentar a su bebé.
- * Los determinantes facilitadores afectan de manera parcial en la práctica de la lactancia materna no exclusiva ya que determinantes como el trabajo no era causa por la cual dejaron de dar lactancia materna exclusiva sin embargo la accesibilidad a la información y cómo se daba esa información sí influyó en la decisión de dar lactancia materna no exclusiva.
- * A pesar que las madres no trabajan, cuentan con el apoyo económico necesario para comprar sucedáneos para alimentar artificialmente a su bebé.

CAPÍTULO VII

7.0. RECOMENDACIONES

Al Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social.

- * Que haga alianzas con ONG's y medios de comunicación para lograr una mayor divulgación de la lactancia materna exclusiva y así lograr una mayor cobertura a nivel nacional tanto en lo urbano como en lo rural.

- * Que genere mayor promoción a las políticas públicas con relación a la Lactancia Materna exclusiva, para lograr una mayor incidencia en la práctica de ésta, en todo el territorio nacional.

A la Unidad de Salud:

- * Que potencien la percepción positiva que existe en las madres con respecto a la lactancia materna exclusiva ya que es un buen principio para lograr la persuasión de estas a favor de la lactancia materna exclusiva.

- * Que garantice que a la madre se le dé la orientación adecuada a la hora que asisten a sus controles prenatales e infantiles, sobre todo explicando las técnicas de amamantamiento y de extracción de leche materna.

A los profesionales de Educación para la Salud:

- * Que se tenga mayor incidencia en el campo de la lactancia materna en los lugares donde tengan acceso y se realicen más intervenciones con respecto a la problemática.

- * Empoderarse de la temática de la lactancia materna exclusiva, para que en las consejerías se haga la diferencia en la atención a las usuarias, enfocándose en brindar una orientación con capacidad y calidad técnica, que hagan que las madres practiquen realmente la lactancia materna exclusiva.

A las mujeres:

- * Ya sea que se encuentren lactando o que tengan planificado tener hijos/as en el futuro, es importante que den a sus bebés el mejor alimento como es la lactancia materna exclusiva

y que se informen adecuadamente en cómo hacerlo, ya que ésta ayudará a su bebé a crecer muy saludablemente.

CAPÍTULO VIII

8.0. FUENTES DE INFORMACIÓN

BILIOGRAFICAS

- > Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social. Unidad Técnica de Desastres SIBASI Oriente. Plan de emergencia sanitario local unidad de salud de Unicentro. Agosto 2009.
- > Encuesta nacional de Salud Familiar 2008.
- > Pineda E. B. de Alvarado E. L. & de Canales F. H. Metodología de la Investigación (Manual para el Desarrollo de personal de Salud). Segunda Edición. Washington OPS. 1994.
- > Material de clase. Módulo XVII. Licenciatura en Educación para la Salud.

ELECTRONICAS

- > www.planetamama.com.ar/view_nota.php.
- > <http://www.unab.edu.sv/bvirtual/13736/capituloII.pdf>
- > <http://www.drscope.com/privados/pac/pediatria/pal2/lacmat.htm>
- > Lawrence Ruth A. Lactancia Materna, 4ª Edición, Mosby Editores, España 1993.
- > <http://radio.rpp.com.pe/nutricion/conozca-las-desventajas-del-uso-del-biberon-o-chupon/>
- > <http://www.guiadebebes.com/ventajas-y-desventajas-alimentacion-con-biberon/>
- > www.bebes.us/ninas/.../desventajas_del_biberon/
- > www.medigraphic.com/.../e.../em-un074g.htm
- > www.medigraphic.com/.../e.../em-un074g.htm
- > www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2745761&orden=0
- > <http://m.medlineplus.gov/mlp/main/rw/web/spanish/ency/article/002452.htm>

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Entrevista N° _____

GUÍA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Determinantes comportamentales y ambientales relacionados a la práctica de la lactancia materna

no exclusiva; en madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad, usuarias de la Unidad de Salud Unicentro, Municipio de Soyapango, Departamento de San Salvador, de marzo a abril de 2010.

Objetivo: Recolectar datos de primera mano que permitan explicar los determinantes comportamentales y ambientales relacionados a la práctica de la lactancia materna no exclusiva.

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

DATOS GENERALES:

Nombre de la entrevistadora: _____ **fecha** _____

Edad de la madre entrevistada: _____

Estado civil: Casada__Madre Soltera __Divorciada __Viuda __Acompañada __Separada __

Edad del/la niño/a: ____ **Sexo del niño/a** ____

Zona de procedencia: Rural _____ Urbana _____

Ocupación: estudiante____ ama de casa____ empleada____ negociante____
otros__especifique_____

CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

1. ¿Conoce usted que es la lactancia materna exclusiva?

Si__ No__

1.1 Si su respuesta es Si. ¿Qué es la Lactancia Materna Exclusiva?

a) Alimentación solo de pecho hasta los 6 meses__

b) Alimentación de pecho más leche de fórmula u otros alimentos hasta los 6 meses____

c) Alimentación de pecho más leche de fórmula u otros alimentos hasta los 2 años_____

PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

2. ¿Practica usted Lactancia materna exclusiva?

Si __ No__

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS/AS QUE NO RECIBEN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

3. ¿Ha tenido alguna vez su hijo/a problemas de bajo peso?

Si ___ No ___

PARIDAD DE LA MADRE

4. ¿Cuántos hijos/as ha tenido usted?

Nº _____

4.1 ¿Les ha dado pecho?

SI ___ NO___

4.2 ¿A cuantos?

Nº _____

4.3 Si su respuesta es No: explique porque:

ACTITUD CON RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

5. Considera que la Lactancia Materna Exclusiva es para la salud del niño/a:

Muy importante: ___

Importante: ___

N/S O N/R___

Poco Importante: ___

Nada importante: ___

6. Considera que la Lactancia Materna no Exclusiva es para la salud del niño/a:

Nada importante ___

Poco importante ___

NS/NR___

Importante ___

Muy importante ___

7. ¿Por qué no da lactancia materna exclusiva?

Porque trabaja: ____
Porque el niño/a no se llena: ____
Porque su pareja no la deja: ____
Porque se arruinaran sus pechos: ____
Porque le dolían los pechos: ____
No es buena para el niño/a ____
No es importante para usted el brindarla ____
Otros especifique: _____

CREENCIA SOBRE LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

8. Cree usted que al darle solo lactancia materna exclusiva a su niño/a es suficiente para satisfacer sus necesidades alimentarias.

Seguramente Si ____
Si ____
N/S o N/R ____
No ____
Seguramente No ____

FRECUENCIA DE LA MAMADA.

9. ¿Cuántas veces al día le da pecho a su bebé?

Más de 12 veces al día ____
12 veces al día ____
8 veces al día ____
5 veces al día ____
3 veces al día ____
Menos de tres veces al día ____
No le da ____

INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL.

10. ¿Que edad tenía su niño cuando empezó a darle alimentación artificial?

Días _____ Meses _____

10.1 ¿Cuántas veces al día le da alimentación artificial a su bebé?

Más de 12 veces al día ____
12 veces al día ____

- 8 veces al día ___
- 5 veces al día ___
- 3 veces al día ___
- Menos de tres veces al día ___

PERCEPCIÓN DE LA MADRE CON RESPECTO A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

11. Usted percibe que la lactancia materna exclusiva es:

- Muy importante ___
- Importante ___
- N/S o N/R ___
- Poco importante ___
- Nada importante ___

EXPECTATIVAS DE LA MADRE RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA.

12. ¿En que medida favorece la lactancia materna no exclusiva a su niño/a?

- Muy poco _____
- Poco _____
- N/S o N/R _____
- Mucho _____
- Muchísimo _____

EXPECTACIONES DE LA MADRE RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA.

12. ¿Cómo esperaría usted que este su niño/a con respecto a su salud al practicar la Lactancia Materna no exclusiva?

- No saludable ___
- Poco saludable ___
- N/S o N/R ___
- Saludable ___
- Muy saludables ___

SITUACIÓN DE LA MADRE CON RESPECTO A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

13. ¿Que aspectos de su trabajo intervienen para que usted no de lactancia materna exclusiva?

- El horario _____
- La distancia _____
- El tipo de trabajo _____
- Otros _____
- Especifique _____

CAPACIDAD COMPORTAMENTAL CON RESPECTO A LAS TÉCNICAS DEL AMAMANTAMIENTO.

14. Explique la técnica de amamantamiento que utiliza.

AUTOCONTROL DE LA MADRE CON RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL DEL NIÑO/A.

15. A pesar de que usted se encuentre ocupada en sus labores diarias, es capaz de amamantar a su hijo/a cuando el lo demande

Definitivamente si ___

Si ___

NS/NR ___

No ___

Definitivamente no ___

APRENDIZAJE OBSERVACIONAL DE LA MADRE A CERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

16. ¿Si usted ha observado a sus amigas dar lactancia materna exclusiva, le incentiva a darla también?

Si ___ No ___

AUTOEFICACIA DE LA MADRE PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

17. Para usted el dar lactancia materna exclusiva aplicando adecuadamente las técnicas de amamantamiento es:

Muy fácil ___

Fácil ___

NS/NR ___

Difícil ___

Muy difícil ___

ACCESIBILIDAD A INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA MADRE SOBRE LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

18. ¿Ha escuchado hablar sobre lactancia materna exclusiva?

Si ___ No ___

1. ¿En donde?

Unidad de salud ___

Televisión ___

Radio ___

Revista ___

Otros___ especifique _____

RECURSOS ECONÓMICOS DE LA MADRE.

19. ¿Tiene trabajo asalariado?

Si___ No ___

(Si responde que **no** pase a la pregunta 23).

CONDICIÓN LABORAL DE LA MADRE.

20. ¿Cuántas horas al día trabaja usted?

8 Horas___

4 Horas___

Por la noche___

Fines de semana___

Otros___ especifique_____

21. ¿Hace uso de la hora a la que tiene derecho en su trabajo para dar lactancia materna exclusiva a su bebé?

Si___ No___

22. ¿Sus ingresos económicos mensuales son?

Menos de \$200.00___

De \$201.00 a \$400.00___

De \$401.00 a \$600.00___

Más de \$601.00___

NORMA SOCIAL SUBJETIVA EN CUANTO A LA LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA.

23. Yo creo que la opinión de mi madre a que yo practique la lactancia materna exclusiva es:

Muy importante___
Importante___
NR/NR___
Poco importante___
Nada importante ___

INFLUENCIA SOCIAL EN CUANTO A LA PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA.

24. Para usted, ¿Es importante la opinión de su pareja o familia para no dar lactancia materna exclusiva?

Definitivamente no___
No___
NS/NR___
Si___
Definitivamente si___

25. ¿Se ha sentido presionada por algún familiar a no dar lactancia materna exclusiva?

Seguramente Si ___
Si ___
NS/NR ___
No ___
Seguramente no ___

26. ¿En su círculo familiar o de amigos es común que den lactancia materna exclusiva?

Seguramente Si ___
Si ___
NS/NR ___
No ___
Seguramente no ___

¡¡¡ GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!

ANEXO 2

MAPA DEL MUNICIPIO DE SOYAPANGO EN DONDE SE ENCUENTRA LA UNIDAD DE SALUD UNICENTRO.

CLAVE: El círculo rojo es la zona donde se encuentra la Unidad de Salud Unicentro.

ANEXO 3

SÍMBOLO INTERNACIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA.

ANEXO 4

FACHADA DE LA UNIDAD DE SALUD UNICENTRO.

**MURAL SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ENCONTRADO EN LA
UNIDAD DE SALUD UNICENTRO.**

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD DE UNICENTRO.

POBLACION OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.



[1] Encuesta nacional de salud familiar.2008.

[2] Encuesta nacional de salud familiar 2008

[3] Encuesta nacional de salud familiar 2008

[4] www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2745761&orden=0

[5] www.unicef.org.com/lactancia/historia.htm

[6] Libro Tercero: Previsión y Seguridad social .Titulo primero: Prestaciones inmediatas a cargo del patrón.Capitulo II Prestaciones por maternidad Mendoza Orantes, Ricardo. Código de Trabajo: Incluye tarifas de salarios mínimos vigentes, 66ª Edición, San Salvador: Editorial Jurídica Salvadoreña; 2009.

[7] Centro de Atención de La Lactancia Materna (CALMA)

[8] Encuesta Nacional de Salud Familiar. 2008



