

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL**



**SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADAS
EN SALUD MATERNO INFANTIL DENOMINADO:**

**“FACTORES SOCIO-CULTURALES Y ECONOMICOS QUE INFLUYEN EN LA
PRÁCTICA DEL DESTETE PRECOZ EN LOS/AS NIÑOS/AS MENORES DE 5
AÑOS, ESTUDIO REALIZADO EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD
FAMILIAR DE CIUDAD DELGADO, EN EL PERIODO DE MARZO A
NOVIEMBRE DE 2015”**

PRESENTADO POR:

BACHILLER KAREN GABRIELA ALVARADO VENTURA

BACHILLER RUTH NOEMI VILLALTA PÉREZ

DIRECTORA DE SEMINARIO DE GRADUACION:

LICENCIADA CLAUDIA ELÍCIDA ALVARADO JOVEL

CIUDAD UNIVERSITARIA, FEBRERO 2016

AUTORIDADES

Rector Interino:

Licenciado Luis Argueta Antillón.

Vicerrector Administrativo:

Ingeniero Carlos Villalta.

Decana de la Facultad de Medicina:

Doctora Maritza Bonilla de García.

Vicedecana de la Facultad de Medicina:

Licenciada Nora de Abrego de Amado.

Directora de la Escuela de Tecnología Médica:

Licenciada Dálide Ramos de Linares.

Directora de la Carrera en Salud Materno Infantil:

Licenciada Socorro de Jesús Mancía.

AGRADECIMIENTOS

Karen Gabriela Alvarado:

Quiero agradecer a Dios y a la Virgen por brindarme la vida, la sabiduría que me ha guiado para tomar las decisiones que han marcado mi camino profesional, además de la fortaleza para cursar mi carrera y llevar a cabo mi proceso de tesis.

Gracias a mis padres que han sido mi apoyo tanto económico como emocional en cada momento de mi vida, su amor incondicional, sus consejos han sido determinantes para lograr este objetivo de vida.

Agradezco a mis hermanos: Salvador, Jennifer y Mariela que han sido un pilar importante durante todo este tiempo brindándome su apoyo y su cariño.

Gracias a mis abuelos, por siempre estar pendientes de mí, por todas sus oraciones que elevan periódicamente para que el Todopoderoso facilite mi vida.

Gracias a todos los demás miembros de mi familia porque me han apoyado y han hecho lo posible para que este proceso sea una experiencia que marque mi vida.

Gracias a mi compañera de tesis, Noemí; porque nuestra relación no se limita al ámbito profesional sino que se ha convertido en una amiga, que ha sido un apoyo incondicional y fundamental para poder llevar a cabo todo este proceso, quien ha trabajado arduamente para alcanzar este logro.

Gracias a nuestra asesora de tesis, Licda. Elicida Alvarado por siempre creer en nosotras, por el apoyo que nos ha brindado, por cada consejo, por cada asesoría que marco el camino de este proceso, porque sin ella, esta investigación no podría haber sido realizada, inmensas gracias.

Ruth Noemí Villalta Pérez:

Agradezco primordialmente a Dios y a la Virgen María Auxiliadora por darme la sabiduría y discernimiento en todo el proceso académico.

A mis padres por el apoyo económico y emocional en mis estudios por todos los sacrificios que han hecho para que sea una profesional.

A mi hermana y hermano por brindarme ese ánimo para seguir adelante en mis estudios.

Agradezco a mis amigas: Tania Maribel, Isis López, Madeline Martínez y especialmente a Yasmin Rodríguez por darme su amistad y apoyo emocional y ayuda económica que siempre me brindo cuando más lo necesitaba.

Al Ciber Copy Evolution por la excelente atención al momento de prestar sus servicios de impresiones y fotocopias.

A mis hermanos de comunidad por llevarme siempre en sus oraciones. A mis tíos Moisés David Pérez y María Consuelo de Pérez por su apoyo económico que en algún momento de la carrera me ofrecieron.

A la Sra. Zoila Porras por pagar cuotas de mensualidad de la universidad. A la Dra. Patricia de Villeda por regalarme mi primer estetoscopio y tensiómetro.

A Gabriela Alvarado amiga y compañera de tesis por su sincera amistad, y su esfuerzo en la elaboración y ejecución de esta tesis.

Finalmente a Licda. Elícida Alvarado por disponer de su tiempo para darnos las asesorías respectivas para realizar la presente tesis.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	iii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Situación problemática.....	5
1.2 Enunciado del problema.....	8
1.3 Justificación.....	9
1.4 Objetivos.....	12
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	13
2.1 Practicas de alimentación del lactante y del niño pequeño.....	14
2.2 La leche humana.....	15
2.3 Beneficios de la lactancia materna.....	19
2.4 Técnica de la extracción de leche humana.....	24
2.5 Técnicas adecuadas para la alimentación al pecho.....	26
2.6 Mitos y realidades sobre la lactancia materna.....	28
2.7 Alimentación complementaria desde los 6 meses de edad.....	30
2.8 El destete.....	31
2.9 Causas del destete.....	32
2.10 Prácticas de destete.....	35
2.11 Factor económico.....	36
2.12 Marco Legal Internacional.....	38
2.13 Marco Legal Nacional.....	39
2.14 Marco Conceptual.....	44
CAPITULO III: Operacionalización de Variables.....	46
3.1 Esquema de Variables.....	47
CAPITULO IV: Diseño Metodológico.....	55
4.1 Diseño metodológico.....	56

CAPITULO V: Resultados.....	60
5.1 Resultados.....	61
CAPITULO VI: Análisis de Resultados.....	89
6.1 Análisis de Resultados.....	90
CAPITULO VII: Conclusiones y Recomendaciones.....	100
7.1 Conclusiones.....	101
7.2 Recomendaciones.....	102
CRONOGRAMA.....	103
PRESUPUESTO.....	106
BIBLIOGRAFIA.....	107
ANEXOS	

INTRODUCCION

El informe final describe los resultados obtenidos durante el desarrollo del estudio, sobre los “Factores Socio-culturales y Económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años, estudio realizado en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Ciudad Delgado, en el periodo de marzo a noviembre de 2015.”

Se pretende que la información recolectada esté al acceso del personal de salud y sobre todo se utilice para futuras intervenciones o estudios acerca de esta problemática que beneficiara a la población materno infantil.

Se evidencia con esta investigación que las causas socioculturales influyen directamente en la práctica del destete precoz haciendo que la madre interrumpa la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses y la lactancia materna complementaria antes de los dos años y sea llevada a cabo de una forma inadecuada, además se demuestra que las madres tienen poco conocimiento sobre varios aspectos de la lactancia materna y debido a ello realizan prácticas erróneas al momento del proceso del destete en sus hijos/as utilizando sustancias tóxicas que ponen en riesgo la salud de los/as niños/as.

Las principales recomendaciones del estudio son: brindar talleres de lactancia materna así como también consejería acerca del destete, elaboración de material educativo y promover la extracción manual de la leche humana como herramienta para mantener la lactancia materna.

El presente documento está estructurado de la siguiente manera:

En el capítulo I se presenta la Situación Problemática que refleja algunos datos estadísticos sobre lactancia materna y factores que influyen en el destete precoz, también se muestra el Enunciado del Problema, además se describe la Justificación donde se detalla por qué se realizó dicha investigación; y como último apartado, se muestran los objetivos generales y específicos que se plantearon para dicha investigación.

En capítulo II corresponde a el Marco Teórico que es el que fundamenta toda la investigación y hace una descripción de los Factores Socio-culturales y Económicos que influyen en este proceso, así como también los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el niño/a, componentes de la leche, técnica de extracción y conservación de la leche humana; además se presenta el Marco Conceptual que como su nombre lo dice engloba algunos conceptos que se consideraron importantes para esta investigación y para finalizar esta capítulo se plantea el Marco Legal que es la fundamentación de todas las leyes referentes a la lactancia materna.

En el capítulo III se detalla la operacionalización de variables que se utilizó para poder formular los instrumentos que se utilizarán para recolección de datos.

En el capítulo IV corresponde al Diseño Metodológico en donde se describe el tipo de investigación, el tipo de estudio, así como también el universo, población y muestra; también el tipo de muestreo y los criterios de inclusión y exclusión que se tomaron en cuenta para escoger a la población que se va a estudiar.

El capítulo V muestra los resultados que se obtuvieron por medio del guía de entrevista, presentado en tablas de distribución de frecuencias.

En el capítulo VI se describe el Análisis de Resultados contrastando con la fundamentación teórica.

Y en el capítulo VII corresponde a las conclusiones que las investigadoras llegaron a partir de los resultados que arrojó la investigación, así mismo se presenta las recomendaciones que se detallan para esta problemática.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La lactancia materna brinda beneficios a corto y a largo plazo, tanto al niño y la niña como a la madre, incluyendo la protección del niño y la niña frente a una variedad de problemas agudos y crónicos. La importancia de las desventajas a largo plazo de no recibir lactancia materna es cada vez más reconocida. Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la carga de enfermedades entre los/as niños/as menores de 5 años.¹

Según El Banco de datos Mundial sobre el lactante y Alimentación del Niño Pequeño de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ² el 34.8% de lactantes a nivel mundial reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; del porcentaje restante la mayoría de ellos recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses. Los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros.

Los primeros dos años de vida brindan una ventana de oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas, mediante una alimentación óptima. Teniendo en cuenta datos confiables sobre la eficacia de las intervenciones, se estima que el logro de la cobertura universal de una lactancia materna óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los/as niños/as menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los/as menores de cinco años.

¹ Organización Mundial para la Salud, Organización Panamericana para la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C. 2010.

² Organización Mundial de la Salud. Banco de Datos Mundial sobre el lactante y alimentación del niño/a. 2009.

Es por ello que la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), recomienda brindar lactancia materna de forma exclusiva hasta los 6 meses de vida y de forma complementaria después de dicho periodo hasta los 2 años o más, referente a esto se considera que destete precoz es el abandono de la lactancia materna antes de los seis meses de forma exclusiva y antes de los 2 años de forma complementaria.

Sin embargo las cifras a nivel mundial indican que las madres no amamantan hasta dicha edad y se ve muy marcado el destete precoz y como consecuencia, reacciona con rabia, angustia y llanto. Otras veces, la expresión emocional se encuentra inhibida y aparentemente no se produce ninguna reacción, aunque el destete en sí le provoque al/la bebé alguna forma de estrés emocional.

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

Otros datos de la encuesta FESAL 2008 también reflejan que en El Salvador la lactancia materna es una práctica generalizada, dado que el 96.1% de las/os niñas y niños nacidos vivos recibió lactancia materna en alguna oportunidad. Del total de niñas y niños que nacieron vivos en los últimos 5 años, el 3.9% nunca recibió leche materna. 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. Los porcentajes más altos en esta condición se observan en el área urbana (4.3%) y en el departamento de Ahuachapán (5.8%), seguido por los SIBASI Norte y Centro de San Salvador (5.4% y 5.1%, respectivamente). Los departamentos de Sonsonate y La Libertad muestran los porcentajes más bajos con menos del 3% de niños y niñas que nunca recibieron leche materna. Según

región de salud, el porcentaje de niños/as menores de seis meses de edad que recibió lactancia materna exclusiva varía del 22.4 % en la región oriental al 49.1% en la paracentral. Entre las madres que reportaron recibir orientación sobre lactancia materna, el 26.1% mencionó que fue antes, durante y después del parto, y el 23.1% que fue Antes y después del parto. En la encuesta FESAL-2002/03 únicamente el 14.1% de las madres reportó que recibió orientación antes y después del parto. Independiente de donde tuvo su control prenatal o el lugar de atención del parto, más de la mitad recibió orientación por parte de una enfermera, llegando al 75% en establecimientos del Ministerio de Salud y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.³

El destete precoz en niños y niñas se lleva a cabo por diversos factores tanto económicos, sociales y culturales que lleva a las madres a realizar esta práctica ya sea de forma adecuada o inadecuada y que afecta tanto la salud física de los niños y niñas como psicológica por el estrés emocional que les pueda causar una separación brusca e inadecuada de la lactancia materna y los beneficios que esta le brinda.

El factor económico afecta directamente a las madres que deben incorporarse a su trabajo o estudio debido al largo tiempo que pasa fuera de casa, como consecuencia disminuye las tomas de leche materna que brinda a su bebé y esto reduce la producción de la misma y optan por utilizar algún tipo de sucedáneo de la leche materna, que a la larga va desplazar la lactancia y provocar un destete precoz. Los factores socio-culturales que más están marcados en el destete precoz son los conocimientos que estas madres poseen acerca de la lactancia, así como nuevos embarazos, críticas por amamantar a un niño o niña demasiado grande o simplemente la madre ya no desea darle; entre otros. Es por ello que las prácticas de destete se ven influenciadas por las costumbres o los conocimientos previos que una madre haya podido adquirir y muchas veces son inadecuadas poniendo en riesgo la salud de los niños y niñas al utilizar sustancias tóxicas en sus mamas para que se produzca el rechazo por parte de sus hijos e hijas.

³ Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL. 2008

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años, que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Ciudad Delgado, en el periodo de marzo a noviembre de 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es un proceso único para él o la infante, porque le proporciona la alimentación ideal y los nutrientes necesarios de acuerdo a la edad y los requerimientos de crecimiento y desarrollo saludable, reduce la incidencia y gravedad de enfermedades infecciosas, disminuye la morbimortalidad infantil, proporciona al/la niño/a mayor resistencia a todo tipo de enfermedad y rara vez causa problemas alérgicos. Además la madre y su hijo/a obtienen gratificación emocional, establecen mayor vínculo afectivo, proporciona beneficios sociales y económicos a la familia; en contraste, reducir la duración del amamantamiento es algo que puede afectar significativamente la salud de los/as niños/as, independientemente del nivel socioeconómico de la familia. Debido a esto, la OMS recomienda que se alimente al/la infante exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida y la lactancia natural se prolongue hasta los dos años con alimentación complementaria.

Se ha visto que los niños y las niñas no alimentados con leche materna, muestran mayor incidencia de infecciones, así como diferencias significativas en el desarrollo cognoscitivo y de la visión.

Psicológicamente va más allá de la retirada del pecho, supone el primer momento de la separación de la madre, es la primera frustración que va a tener el/la niño/a, la cual no se debe tanto, al cambio de alimentación, sino más bien a la modificación de las relaciones afectivas de la madre. La práctica del destete en países en vía de desarrollo está dado por la cultura o por circunstancias sociales que puedan facilitarla o hacer que se lleve de forma traumática para la madre y el/la hijo/a. Para la realización de este proceso del destete, la madre puede contar con algunos conocimientos dados por la familia o por profesionales de salud, por experiencias previas dadas con otros hijos/as o según la actitud que tome ella hacia la importancia de la lactancia materna.

El destete abrupto dado por alguna causa que origina que la madre deje de forma inesperada el amamantamiento, ocasiona alteraciones emocionales a los/as hijos/as.

Culturalmente las madres para llevar a cabo el destete, utilizan estrategias que puedan suplantar el seno como es el uso del biberón con leches “maternizadas”, introducción temprana de alimentos y el uso de chupones. En algunos lugares es costumbre, para el retiro del amamantamiento, el uso de plantas amargas, o inclusive sustancias toxicas que puede provocar daño a la salud del/la niño/a.

Las madres que se deben reincorporar a su trabajo o retomar sus estudios académicos el factor económico influye directamente para que ellas lleven a cabo el destete precoz, teniendo en cuenta que deben cumplir largas jornadas laborales que impide estar demasiado tiempo dentro de casa; las madres no brindan lactancia materna durante el día y tampoco se extraen de forma manual la leche humana a consecuencia de esto disminuye la producción de la misma lo que conlleva a introducir algún tipo de sucedáneo de la leche materna y realizar el destete precoz.

Por lo consiguiente se vio el interés por parte de las egresadas de la Licenciatura en Salud Materno Infantil hacer la tesis de grado sobre el tema: Los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años.

La investigación se realizó en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Ciudad Delgado, ya que en este establecimiento de salud asisten muchas madres que han practicado el destete en sus hijos/as, y que llevan a consulta a sus niños y niñas por diferentes motivos, lo que facilito el acceso a la población que se estudió. Por lo tanto, al hacer la tesis de grado se dejó evidencia de cuáles son los factores que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años. Además, los resultados de dicha investigación, serán importantes ya que servirán como fuente de información para futuras investigaciones o intervenciones en promoción y educación que se quieran realizar con respecto a la

problemática. Así mismo la realización de esta investigación será de gran utilidad para la UCSF Ciudad Delgado, ya que tendrá datos descriptivos sobre los Factores Socio-culturales y Económicos que influyen en la práctica del destete precoz y así elaborar posibles estrategias ante dicha problemática. A las investigadoras y otros profesionales de la salud les beneficiara para ampliar sus conocimientos sobre este tema.

1.4 OBJETIVOS

General

Analizar los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años estudio realizado en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Ciudad Delgado en el periodo de marzo a noviembre de 2015.

Específicos

- Determinar los grupos de edades en los cuales se realiza con más frecuencia el destete precoz.
- Enlistar las prácticas realizadas por las madres para llevar a cabo el destete.
- Identificar los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz.

CAPITULO II

MARCO

TEORICO

MARCO TEÓRICO

2.1 PRÁCTICAS RECOMENDADAS PARA LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

Con respecto a las prácticas de alimentación que deben tener los/as niños/as la OMS y el UNICEF⁴ brindan recomendaciones para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la Estrategia Mundial son:

2.1.1 Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días).

Esta significa que el/la lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos.

2.1.2 Iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.

Es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etéreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 24 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años.

2.1.3 Clasificación de la lactancia materna

A nivel nacional la lactancia materna es clasificada de la siguiente forma para poder incluir ese dato en la gráfica de crecimiento y desarrollo⁵:

⁴ Organización Mundial para la Salud, Organización Panamericana para la Salud. Op. Cit.

- **Lactancia materna exclusiva:** Si la niña o niño es alimentado exclusivamente con leche materna sin ingerir ningún tipo de líquidos o alimentos.
- **Lactancia materna predominante:** Si a la niña o niño se le da lactancia materna más agua u otros líquidos, no incluyendo leche artificial.
- **Lactancia materna complementaria:** Si la niña o niño recibe lactancia materna, pero se le está proporcionando otro tipo de alimento, como atoles, purés o sucedáneo de leche materna, incluyendo también agua.
- **Sin lactancia:** Si a la niña o niño no se le proporciona lactancia materna.

2.2 LA LECHE HUMANA

La leche humana ofrece al/la niño/a el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la óptima fuente de lácteos durante los primeros dos años, al ser complementada con otros alimentos. Es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del/la niño/a a medida que éste crece y se desarrolla.

2.2.1 Fases de leche humana

Se distinguen: la leche de pre-término, el calostro, la leche de transición y la leche madura⁶.

- **Leche pre-termino:** La leche de pre-término contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en un recién nacido de muy bajo peso, menos de 1.500 g, la leche de pre-término no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo y ocasionalmente de proteínas.

⁵ Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la evaluación del estado nutricional en el ciclo de vida y desarrollo en la niñez y adolescencia. 2013.

⁶ C Shellhorn, V Valdés. Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995.

- **El calostro:** propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto.

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido:

- Facilita la eliminación del meconio.
 - Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
 - Los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- **La leche de transición** es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.
 - **La leche materna madura** tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia.

Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del/la niño/a. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro

al reducirse el vaciamiento. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900ml/día durante los 6 primeros meses postparto (Lawrence, 1989) y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75Kcal/100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un/a niño/a, producirá un volumen suficiente (de 700 a 900 ml) para cada uno de ellos/as.

2.2.2 Componentes de la leche humana

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bio-activos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes⁷.

- **Grasas:** La leche humana contiene aproximadamente 3.5 g de grasa por 100ml de leche; esta cantidad representa aproximadamente la mitad del contenido energético de la leche.

La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos poli-insaturados de cadena larga (ácido docosahexanoico o ADH y ácido araquidónico o AA) que no se encuentran presentes en otras leches. Estos ácidos grasos son importantes para el desarrollo neurológico del/a niño/a. El ADH y el AA son añadidos en algunas variedades de leches artificiales comerciales, pero esto no les confiere ninguna ventaja sobre la leche materna y no son tan eficaces como los que se encuentran en la leche materna.

- **Hidratos de carbono:** El principal hidrato de carbono de la leche materna es la lactosa, que es un disacárido. La leche materna contiene aproximadamente 7 g de lactosa por 100 ml; esta cantidad es más elevada que en la mayoría de otras leches y es otra fuente importante de energía. Otro tipo de hidratos de

⁷ Organización Mundial para la Salud, Organización Panamericana para la Salud. Op. Cit.

carbono, presentes en la leche materna, son los oligosacáridos, que brindan una importante protección contra la infección.

- **Proteínas:** La proteína de la leche materna humana difiere tanto en la cantidad como en la calidad de la encontrada en la leche animal; contiene un equilibrio de aminoácidos que la hacen mucho más adecuada para el lactante. La concentración de proteína en la leche materna (0.9 g por 100 ml) es menor que en la leche animal.

La leche materna contiene una menor cantidad de la proteína llamada caseína, la cual tiene una estructura molecular diferente. La caseína de la leche materna forma cuajos que son más fáciles de digerir que los que se forman con otras leches. En relación a las proteínas solubles del suero, la leche humana contiene mayor cantidad de alfa-lactoalbúmina; la leche de vaca contiene beta-lactoglobulina, la cual se encuentra ausente en la leche humana. La beta-lactoglobulina puede provocar intolerancia en los lactantes.

- **Vitaminas y minerales:** Normalmente, la leche materna contiene suficientes vitaminas para el/la lactante, a no ser que la madre sea deficiente. El hierro y el zinc están presentes en relativa baja concentración, pero su biodisponibilidad y absorción es elevada. Si los reservorios de hierro de la madre son adecuados, los lactantes que nacen a término tienen una reserva de hierro que permite satisfacer sus necesidades; solamente los lactantes que nacen prematuramente pueden necesitar suplementos antes de los 6 meses de edad.
- **Factores anti-infecciosos:** La leche materna contiene muchos factores que ayudan a proteger al lactante de la infección incluyendo:
 - ✓ Inmunoglobulinas, principalmente la inmunoglobulina A secretoria (IgAs), la cual recubre la mucosa intestinal y evita que las bacterias penetren a las células;
 - ✓ Glóbulos blancos, que destruyen microorganismos

- ✓ Proteínas del suero (lisozima y lactoferrina) que destruyen bacterias, virus y hongos;
- ✓ Oligosacáridos, que evitan que las bacterias se adhieran a la superficie de las mucosas.

La protección brindada por estos factores es de un valor inigualable para el/la lactante. Primero, la protección ocurre sin provocar los efectos de la inflamación, como ser la fiebre, la cual puede ser peligrosa para un/a lactante pequeño/a. Segundo, la IgAs contiene anticuerpos producidos por el cuerpo de la madre contra sus propias bacterias intestinales y contra las infecciones que ella ha padecido. De esta manera, estos anticuerpos protegen particularmente al/la lactante contra las bacterias que puedan existir en el medio ambiente donde se encuentra.

- **Otros factores bioactivos:** La lipasa estimulada por las sales biliares facilita la digestión completa de la grasa, una vez que la leche ha alcanzado el intestino delgado. La grasa de las leches artificiales es digerida de manera menos completa. El factor epidérmico del crecimiento estimula la maduración de las células de la mucosa del intestino del lactante, de manera que tienen una mejor capacidad para digerir y absorber nutrientes, y son más resistentes a la infección o a la sensibilización hacia proteínas extrañas. Se ha sugerido que existen otros factores de crecimiento presentes en la leche humana que promueven el desarrollo y la maduración de los nervios y de la retina.

2.3 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna brinda beneficios a corto y a largo plazo, tanto al/la niño/a como a la madre, incluyendo la protección del/la niño/a frente a una variedad de problemas agudos y crónicos. La importancia de las desventajas a largo plazo de no recibir lactancia materna son cada vez más reconocidas.

2.3.1 Beneficios de la lactancia materna para la madre

- **Beneficios a corto plazo**

a) Menor hemorragia post-parto y mayor rapidez de contracción uterina.

Se sabe que el momento ideal para empezar con la lactancia son las dos primeras horas postparto, y en este momento, al producirse la succión del pezón se produce una serie de vías adherentes que activan el eje hipotálamo/hipófisis y a nivel de la neurohipófisis se libera oxitocina. Esta oxitocina actúa sobre los receptores de la oxitocina que hay a nivel del útero provocando una contracción. Esta contracción lo que hace es cerrar todos los capilares rotos que quedan después del alumbramiento y con ello disminuye el sangrado postparto.

Hay que tener en cuenta que en las siguientes tomas sigue existiendo una serie de descargas de oxitocina, que son las que producen una serie de contracciones comúnmente conocidas como “entueros”, que ayudan a una rápida recuperación del tono y del tamaño uterino⁸.

b) Prevención de la anemia

La disminución de este sangrado previene que se acentúe, en muchas ocasiones, la anemia fisiológica que experimentan las madres, especialmente en los últimos meses de embarazo.

Durante la lactancia, en el sistema de inhibición del eje hipotálamo-hipófisis-ovario no se produce liberación o hay una disminución del nivel de gonadotropinas, con lo cual no hay pico ovulatorio y no hay ovulación, por lo tanto son periodos en los que la madre está en amenorrea (ausencia de menstruación) y por consiguiente se produce una disminución del sangrado, con lo que se previene anemia.

• Beneficios a medio plazo

a) Recuperación más rápida de peso y silueta

Cuando la madre está lactando se necesitan hasta 600 Kcal. Extras para llevar a cabo la formación de leche, además de proteínas y otras series de aportes. Lo que se ha comprobado es que, durante la parte final del embarazo especialmente, la madre tiende a acumular reservas y éstas son las que van a utilizar para la formación de leche. Los estudios muestran que las madres con lactancia materna

⁸ Natalbe lactancia.com[Internet]. Madrid. [Actualizado 2014; citado abril de 2015] Disponible en: http://www.natalbenlactancia.com/beneficios_madre.

quemar más calorías, presentando una mayor y más rápida recuperación del peso anterior al embarazo. La pérdida de peso es paulatina, más evidente en los 3 primeros meses, y se localiza principalmente a nivel de caderas y cintura.

b) Periodo más largo de amenorrea

La amenorrea fisiológica es un periodo que sigue al parto en la mujer lactante y se produce porque al succionarse el pezón y al aumentar la producción de prolactina se inhibe el eje hipotálamo-hipófisis, reduce la liberación de gonadotropina y disminuye el pico LH y por tanto, no se produce ovulación.

- **Beneficios a largo plazo**

a) Menor riesgo de osteoporosis, fracturas de caderas y columna espinal

Como beneficios a largo plazo se encuentra el metabolismo del calcio, todo ello dirigido a aumentar los niveles de calcemia y con ello favorecer el paso del calcio a la leche.

Este calcio proviene de las reservas de la madre, de sus depósitos óseos. Hay una disminución del riesgo de osteoporosis y esto es porque a la vez que se produce un aumento del metabolismo existe un aumento de la absorción del calcio, con lo que, a largo plazo produce una disminución de probabilidades de fracturas de caderas y de columna espinal en mujeres postmenopáusicas.

b) Menor riesgo de cáncer de mama

Otros de los beneficios a largo plazo es la reducción del cáncer de mama. Está comprobado que en las madres que dan lactancia materna al menos durante 12 meses, hay una disminución del riesgo de cáncer de mama premenopáusico de hasta un 4,3%.

En los países subdesarrollados la incidencia del cáncer de mama es muy baja. Esto se cree que es debido, por un lado, a la alta paridad (5, 6 o 7 hijos/as), y por otro lado, al mantenimiento de la lactancia materna durante largos periodos de tiempo. Muchas veces es el único medio que tienen las madres de alimentar a sus hijos/as, con lo que se prolonga el efecto protector.

A continuación se describe teorías sobre la relación que tiene la lactancia materna con presentar en menor proporción cáncer de mama:

Una es la menor exposición a estrógenos que hay en el periodo de lactancia. Esta menor exposición a estrógenos en el tejido mamario ayuda a disminuir el riesgo de cáncer de mama.

En segundo lugar, la inhibición del eje hipotálamo-hipófisis que produce una demora en la aparición de la ovulación, y por ello un menor nivel de estrógenos que actúan a nivel mamario y por tanto menor riesgo de cáncer. También se habla de una Disminución solubles en grasas y otros contaminantes en las mujeres lactantes. Y una pérdida de radicales libres con la leche.

c) Menor riesgo de cáncer de ovario

Otro beneficio a largo plazo que proporciona la lactancia es la disminución de cáncer de ovarios. En condiciones normales, se puede considerar que las dos teorías que pueden explicar la patogénesis de cáncer de ovarios son las repetidas ovulaciones: la ovulación en sí, supone un trauma para el ovario y a la consiguiente reparación. Estas continuas lesiones y reparaciones son las que pueden hacer que, en la proliferación de las células haya una mutación y aumente el riesgo de malignefacción.

Con la lactancia materna se observa que, por un lado, disminuirá el cáncer de ovarios porque se inhibe esa ovulación: hay disminución de las gonadotropinas, disminución del pico LH y por lo tanto son periodos de amenorrea. Y por otro que la succión y el aumento de prolactina disminuyen los niveles de gonadotropinas, con lo que se podría decir que es un efecto combinado.

d) El ahorro económico

También hay otros factores en los que influye, como es el económico.

Se considera que los bebés lactantes enferman menos con el consiguiente ahorro en consultas, medicación, estancias hospitalarias y un menor absentismo laboral de los padres.

e) Los beneficios emocionales

Otro aspecto importante son las ventajas psicológicas. Se supone que la lactancia materna es agradable, el efecto de la oxitocina disminuirá el estrés y por tanto, hay menor riesgo de depresión postparto. Aumenta la autoestima materna y mejora o intensifica el vínculo madre-hijo/a: La madre, si da leche, tranquiliza o consuela al niño/a y se siente protectora.

2.3.2 Beneficios de la lactancia materna para el niño/a

- La leche es el elemento más nutritivo para un/a bebé, contiene calostro, el cual es un alimento que contiene alto valor nutritivo y le proporciona anticuerpos necesarios para que el bebé esté protegido de ciertas infecciones y enfermedades futuras.
- La anemia por carencia de hierro es rara entre los/as niños/as nacidos a término y alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses.
- Los/as niños/as alimentados a pecho presentan menos casos de diarrea, otitis, infecciones gastrointestinales e infecciones de las vías respiratorias.
- Favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, mejorando la capacidad intelectual y la agudeza visual, protege al/a niño/a de posibles alergias.
- La succión contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal, ayudando al crecimiento de dientes sanos.
- El contacto de la piel del/la bebé con la de su madre le va a aportar muchos beneficios ya que el tacto es el sistema sensorial que está más maduro en los primeros meses de vida.
- La lactancia hace que se mantenga la unión entre madre-hijo/a que se crea durante el embarazo, contribuyendo al equilibrio emocional y afectivo del niño/a⁹.

⁹ Blázquez, M. Ventajas de la Lactancia Materna. Rev. Med. Naturista (2000)

2.4 TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN DE LECHE HUMANA

La leche materna se puede extraer con varios fines, incluyendo los siguientes:

- Para prevenir o aliviar el endurecimiento de los pechos.
- Para aumentar la producción y dar su propia leche extraída al niño cuando no sube bien de peso.
- Para almacenar la leche cuando estén separados la madre y su hijo.

Para garantizar que la leche humana ordeñada cruda conserve sus componentes y se extraiga de una forma higiénica existe una técnica adecuada la cual se describe a continuación:¹⁰

- a) Realizar lavado de manos, uñas y antebrazo con agua y jabón, evitando al máximo cualquier riesgo de contaminar la leche.
- b) Secar las manos con toalla de papel o toallas re-usables limpias.
- c) Realizar masaje circular desde la base de las mamas hacia el pezón con las yemas de los dedos.
- d) Colocar el pulgar e índice en forma de letra “C” en el límite circular de la areola.
- e) Empujar el pecho haciendo presión hacia atrás en dirección a las costillas.
- f) Apretar suavemente un dedo contra el otro, repitiendo el movimiento varias veces hasta que la leche comience a salir, exprimiendo todos los depósitos de leche que se encuentren bajo la areola en ambos lados.
- g) Extraer la leche y eliminar las primeras gotas de cada mama.
- h) Repetir el movimiento en forma rítmica, rotado la posición de los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas.

¹⁰ Equipo de profesionales de la Clínica de Lactancia de la Universidad Católica. Extracción de leche materna cuando la madre trabaja separada de su niño. Perú. 1998.

i) Alternar la extracción de cada mama cada cinco minutos o cuando el flujo de leche disminuya. Repetir el masaje y el ciclo tantas veces sea necesario.

j) La cantidad de leche que se obtenga en cada extracción puede variar, sin que esto represente alguna alteración fisiológica de la lactancia.

k) Después de la extracción se debe aplicar una pequeña cantidad de leche sobre los pezones y dejar que sequen al aire.

Para proceder a una nueva recolección, se debe utilizar un frasco de vidrio previamente esterilizado en el domicilio, manteniéndolo quince minutos en agua Hervida y enfriado a la temperatura ambiental, previa a su uso. Las diferentes recolecciones de un día pueden ser almacenadas en un mismo envase y guardadas en el interior del congelador. Cada frasco debe ser rotulado con: fecha (día, mes y año) de la primera extracción de leche.

2.4.1 Conservación y administración de la leche materna extraída.

La conservación de la leche humana es fundamental para que la madre pueda garantizar una lactancia materna óptima, porque permite disponer de leche materna en el caso de separarse temporalmente del/a bebé, evita la congestión mamaria y además facilita la extracción en el hogar, en el trabajo o en el jardín infantil. La leche materna extraída se puede conservar a temperatura ambiente, refrigerada o congelada y solo se requiere quitarle el frío para suministrarla al bebé en taza o vaso, nunca en biberón.

Conservar la leche extraída respetando el tiempo de duración de acuerdo al sistema que se dispone: ¹¹

Métodos de conservación y duración

- Temperatura ambiente: Menor a 2 horas
- Refrigerador en el primer nivel: Hasta 12 horas.
- Congelador: Hasta 15 días.

¹¹ Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la implementación de los Bancos de Leche Humana. Año 2013.

Para que se le brinde de forma adecuada la leche extraída a los/as niños/as se debe seguir lo siguiente¹²:

- Preferir siempre darle leche fresca no congelada dejando la congelada para emergencias.
- Utilizar primero la leche con fecha más antigua, siempre respetando el tiempo de duración.
- Si no se dispone de leche fresca, y se tiene leche congelada, se debe descongelar lentamente, idealmente, cambiándola del congelador al refrigerador la noche anterior. Si se necesita leche en forma inmediata, se debe Colocar el Frasco o bolsa con leche congelada, en un recipiente con agua tibia, nunca caliente.
- Evitar descongelar o entibiar la leche materna en microondas.
- Se pone a tibar la leche antes de dársela al/la niño/a. Para ello se debe agitar suavemente el frasco en un recipiente con agua caliente, nunca hirviendo, ya que el calor excesivo destruye enzimas y proteínas.
- Recordar que es habitual que la grasa de la leche extraída se separe dándole un aspecto de “leche cortada”. Al agitarla suavemente recuperará su apariencia normal.
- Los remanentes de leche de cada alimentación pueden ser reutilizados sólo durante el mismo día.
- La leche una vez descongelada debe ser usada dentro de las próximas 24 horas.

2.5 TÉCNICAS ADECUADAS PARA BRINDAR LACTANCIA MATERNA

Para que una lactancia materna sea exitosa es necesario conocer y practicar un agarre y una posición correcta ya sea por parte de la madre como la del/a hijo/a como lo describe a continuación¹³:

¹² Equipo de profesionales de la Clínica de Lactancia de la Universidad Católica. Op. Cit.

¹³ Dina Mohamed, Silvia Alcolea Flores. Guía para una lactancia materna feliz. Alcalá, Madrid; 2010.

2.5.1 Agarre correcto:

- Labios doblados hacia fuera, el inferior queda doblado hacia fuera, la barbilla contra el pecho materno.
- Que se vea más areola por encima de la boca que por debajo.
- La nariz apoya ligeramente sobre el pecho, la barbilla presión en el pecho.
- El niño mueve su mandíbula y su oreja, succiona y traga con pausas, además podemos oír cuando traga.
- La lengua está debajo del pecho.
- El pecho se ve redondeado mientras mama el/a niño/a.
- El/a niño/a suelta el pecho espontáneamente.

2.5.2 Posición correcta del/a niño/a:

- Poner al/a niño/a al pecho cuando esté tranquilo y no esperar a que esté llorando de hambre, es difícil prenderlo así al pecho.
- Debe tomar el pecho de frente, sin torcer la cara.
- Nunca debe mamar sólo el pezón.
- Debe colocarse frente al pecho con su labio superior a la altura del pezón, y evitar que el/a niño/a esté demasiado alto; esto le obliga a flexionar el cuello.
- Si el/a niño/a está algo más bajo y pegado a su madre, la cabeza y cuello quedarán extendidos y la nariz libre.
- Si necesita sujetar el pecho porque es demasiado grande, hágalo poniendo la mano en forma de C, con el pulgar encima y los demás dedos por debajo.

2.5.3 Posición correcta de la madre:

- Si la madre está sentada la espalda debe estar recta y apoyada en un respaldo recto, no recostada hacia atrás, los pies apoyados en el suelo y las rodillas ligeramente más altas que el regazo, puede ayudarse con un reposapiés.
- El pecho debe estar delante del/a niño/a, no encima, y en posición sentada la cabeza del/a bebé reposa sobre el antebrazo de la madre, no en el pliegue del codo ni en la muñeca.

- Tanto si ella está sentada como acostada, el/la niño/a debe estar cerca del cuerpo de la madre, barriga con barriga, todo el cuerpo mirando al de la madre, no sólo la cabeza, además el pecho debe estar delante del/a niño/a nunca encima.
- Puede colocar al/la niño/a sobre una almohada al menos las primeras semanas, facilita la posición. En el caso de que se haya practicado una cesárea, la posición de rugby puede ser de gran ayuda ya que evita presiones sobre la herida.

Con respecto a la duración es muy importante tener en cuenta que un niño o niña puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una sesión de lactancia o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 o 20 días de vida, es conveniente que el niño o niña haga al menos unas 8 tomas en 24 horas. Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la/lo acompañan limiten la duración de cada toma, el niño o niña es el único que sabe cuándo ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la mamada; lo ideal es que la toma dure hasta que sea el niño quien suelte espontáneamente el pecho.

2.6 MITOS Y REALIDADES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

Pocos temas científicos tienen tantos mitos los cuales son un conjunto de creencias erróneas creadas en torno a la lactancia materna y se encuentran presentes tanto en la población en general como dentro del mismo personal de la salud. Mitos que muchas veces llevan a terminar el proceso de la alimentación al pecho y en otras ocasiones preocupan enormemente a las madres. Los cuales son¹⁴:

Mitos	Realidades
Sobre la madre:	El tamaño de los pechos no influye en

¹⁴ Susana Cano S. UNICEF. Diversidad Cultural y Lactancia Materna Mitos y Realidades. Barcelona. 2011

- Las mujeres con pecho pequeño no pueden amamantar.
- No todas las mujeres producen leche de buena calidad.
- No todas las mujeres producen leche suficiente para satisfacer el/a bebé.
- La mujer que lacta no puede tener relaciones sexuales porque la leche se daña.

Sobre la calidad de la leche:

- El calostro (la leche que la madre produce en los primeros tres días después del parto) debería ser desechado porque es sucio y antihigiénico.
- El calostro es amarillo porque ha permanecido mucho tiempo en el pecho y por eso está podrido.
- El/la bebé no debería succionar hasta que salga la leche blanca.

Sobre el niño o la niña:

- Se debe dejar de amamantar cuando el niño o la niña aprenda a caminar.
- Los/as bebés necesitan beber aguas aromáticas, té y coladas para fortalecer el estómago, o si están enfermos y tienen diarrea.

la lactancia.

Todas las mujeres producen leche de buena calidad y en cantidad suficiente porque la lactancia es un proceso regido por la ley de la oferta y de la demanda.

Las relaciones sexuales no dañan la leche.

El calostro no se debe desechar porque contiene muchos nutrientes y factores de defensa que fortalecen el sistema inmunológico del/la bebé. Es como una vacuna.

Es amarillo porque está rico en beta carotenos (una sustancia que previene muchas enfermedades). Además contiene proteínas, vitaminas y es altamente nutritivo.

La lactancia debe iniciar en la primera media hora después del parto. La madre no debe esperar a que baje la leche blanca para dar de amamantar.

La leche está compuesta en un 90% de agua, por lo tanto los/as bebés no necesitan líquidos adicionales. La mejor manera de fortalecer el/la bebé es dándole leche materna todas las veces que la pida. Si la diarrea es severa, consulte el médico.

2.7 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DESDE LOS 6 MESES DE EDAD

A partir de los 6 meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder lo aportado por la leche materna; entonces, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para llenar las brechas de energía y de nutrientes. Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado. En muchos países, el período de la alimentación complementaria, de los 6 a los 23 meses, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas¹⁵.

Incluso después de la introducción de los alimentos complementarios, la lactancia materna continúa siendo una fuente crítica de nutrientes para el/la niño/a pequeño.

La leche materna aporta el 50% de las necesidades de energía del lactante hasta el año de edad, y hasta un tercio durante el segundo año de vida. La leche materna continúa aportando nutrientes de mayor calidad que los aportados por los alimentos complementarios y, también, aporta factores protectores. Por lo tanto, se recomienda que la lactancia materna a demanda continúe hasta los 2 años de edad o más.

Los alimentos complementarios requieren ser nutricionalmente seguros y administrados de manera apropiada, para que cubran las necesidades de energía y de nutrientes del/la niño/a pequeño/a. Sin embargo, la alimentación complementaria frecuentemente adolece de muchos problemas; por ejemplo, si los alimentos están muy diluidos, no se alimenta al/la niño/a con la frecuencia necesaria o las raciones son muy pequeñas, o reemplazan a la leche materna siendo de menor calidad. Tanto los alimentos como las prácticas de alimentación influyen sobre la calidad de la alimentación complementaria y las madres y las familias necesitan apoyo para aplicar buenas prácticas de alimentación complementaria.

¹⁵ Organización Mundial para la Salud, Organización Panamericana para la Salud. Op. Cit.

2.8 EL DESTETE

El destete es el momento en que el/la bebé abandona el seno materno, sea por iniciativa propia o de la madre, es decir, destetar significa literalmente quitar el seno materno¹⁶.

Existen diversos tipos de destete los cuales son:

- **Destete abrupto:** Sin preparación ni aviso previo, puede ser difícil para la madre:
 - ✓ A nivel psicológico: hay un cambio hormonal súbito que a menudo se relaciona con depresión.
 - ✓ A nivel físico: Mastitis, congestión mamaria.
 - ✓ Puede ser traumático para el/ hijo/a.

- **Destete planeado:** Es decidido por la madre, gradualmente va eliminando una toma cada pocos días. En lugar de la lactancia ofrece distractores, alimento y mucho cariño.

- **Destete parcial:** La madre elimina la mayoría de las sesiones de lactancia (las que son más difíciles para la madre). Pero deja una o dos tomas que son las más necesarias para el/la hijo/a (ej.: antes de dormir).

- **Destete natural:** Hasta que el/la niño/a supere la necesidad y la madre reconoce lo importante que es para el/la niño/a la lactancia materna o siente que es más fácil esperar a que el/la niño/a se destete por sí mismo. La madre puede intervenir guiando y apoyando en su transición.

- **Destete precoz:** Es el abandono de la lactancia materna antes de los seis meses de forma exclusiva y antes de los 2 años de forma complementaria.

¹⁶ María Elena Romero Roy, José Francisco Jimeno Salgado. El destete natural Medicina Naturista. 2006, N° 10.

2.9 CAUSAS DEL DESTETE

Para llevar a cabo el destete pueden haber muchas causas relacionadas tanto de la madre como del/la bebé las cuales se describirán a continuación:

2.9.1 CAUSAS DEBIDAS AL/LA NIÑO/A

Realmente, es muy raro que un/a niño/a se desteta sólo antes del año de edad, pues hasta ese momento la lactancia materna es lo fundamental para su desarrollo a todos los niveles, es alimentación, vínculo y placer oral. Sin embargo, Existen causas que pueden provocar un rechazo del/la bebé al pecho o incluso un destete precoz¹⁷.

Existen casos de enfermedad o incapacidad del/la bebé que pueden dar lugar a que rechace el pecho o lo abandone.

- **Un/una bebe hospitalizado:** Al nacer o al poco tiempo de hacerlo va a tener menos probabilidades de ser amamantado: por un lado, se le separa de su hábitat y su nido (en palabras de Nils Bergman), ofreciéndosele la alimentación por vía nasal o por medio de biberones; y por otro la madre, al no tener al/la bebé consigo, debe hacer un sobre-esfuerzo para mantener la producción de leche extrayéndosela manualmente, sea con un sacaleches o sea con sus propias manos, lo cual nunca es tan efectivo como la mamada directa. En este tipo de casos, la hospitalización conjunta, la permisión de entrada en las Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología (UCIN) las 24 horas al día y el método madre canguro, son la solución más efectiva para que madre y bebé puedan vivir de la forma más normal posible este tipo de situaciones de por si dolorosas y difíciles de asumir.

Es importante resaltar el caso de los/as gemelos/as y trillizos/as, que ya de por si tienen mucho mayor riesgo de no ser amamantados que los/as bebés únicos. Debido al desconocimiento generalizado de que las madres tienen leche para alimentar a tantos bebés como gesta y pare, así como a motivos

¹⁷ Multilacta [internet]. Madrid. 2007 [Actualizado 12 de abril de 2012; citado Abril de 2015] Disponible en: <http://blog.multilacta.org/2012/04/el-destete-i.html>.

prácticos (falta de tiempo y apoyos, presencia de otros/as hijos/as) se une la circunstancia de que los/as bebés de partos múltiples son más propensos a ser prematuros y a quedar hospitalizados, la mayoría de las veces porque sus partos no llegan o no se dejan llegar a término.

El problema se multiplica cuando uno de los/as bebés es dado de alta pero el otro permanece en el hospital, teniendo la madre la difícil obligación de “repartirse” entre ambos, además de recuperarse de una cesárea y de extraerse leche con Suficiente frecuencia como para alimentar a los dos bebés y mantener la producción.

Las consecuencias de todo esto son: separación materno infantil y/o entre hermanos/as; agotamiento materno; mayor ansiedad y stress materno-infantil; dificultades en la succión; pérdida de confianza y seguridad materna y presión del entorno familiar, comunitario o sanitario.

- **La retrognatia y la anquiloglosia:** Es decir, el mentón retraído y la lengua o frenillo corto. A pesar de la relativa frecuencia y de la facilidad del tratamiento, son muchos los frenillos que pasan desapercibidos para el personal médico, y muchas las lactancias frustradas por este motivo.

Este problema provoca una dificultad en la funcionalidad y la efectividad de la tetada, pues el/la bebé compensa la falta de movilidad de su lengua con movimientos compensatorios de presión con las encías que provocan dolor y grietas en la madre, pudiendo llegar incluso a provocar mastitis en la mama. Además tiene una gran dificultad para mantenerse prendido del pecho, no puede abrir bien la boca y no es capaz de llegar a saciarse, no porque la leche no esté ahí, sino porque él no puede sacarla, lo que le provoca un sentimiento muy fuerte de frustración que no es capaz de manejar.

- **La galactosemia:** Es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad de utilizar el azúcar simple galactosa, lo cual provoca una acumulación de éste dentro del organismo, produciendo lesiones en el hígado y el sistema nervioso central. En este caso por tanto, el/la bebé debe ser destetado lo antes posible, alimentándosele con una leche de fórmula especial.

- **Enfermedad de orina en jarabe de arce:** Se necesita una leche artificial especial libre de leucina, isoleucina y valina.
- **Lactantes con fenilcetonuria:** Se requiere una leche artificial especial libre de fenilalanina (se permite algo de lactancia materna, con monitorización cuidadosa).

2.9.2 Causas debidas a la madre

- Infección por VIH, debido al riesgo de la transmisión vertical al brindar lactancia materna.
- Enfermedad grave que impide que la madre pueda cuidar a su lactante, por ejemplo septicemia.
- Herpes simplex Tipo I (HSV-1): Se debe evitar contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del lactante hasta que toda lesión activa se haya resuelto.
- Medicación materna:
 - ✓ los medicamentos psicoterapéuticos sedantes, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones, pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles
 - ✓ Es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131 debido a que están disponibles opciones más seguras – la madre puede reiniciar la lactancia pasados dos meses de haber recibido esta sustancia.
 - ✓ El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidona), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el lactante amamantado y deberían ser evitados.
 - ✓ La quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia.
- Nuevo embarazo mientras se brinda la lactancia materna.
- Incorporación al trabajo después de la licencia de maternidad.

2.10 PRÁCTICAS DE DESTETE

La práctica de destete se ve influenciada por las costumbres culturales que cada familia suele tener. Dentro de este proceso, también se sugiere suplantar el biberón por la taza de pico. Esto incluso para que no se dañen las piezas dentarias, el paladar y las encías.

Según un estudio realizado en la Universidad Pontificia Javeriana de Bogotá, sobre Prácticas de destete más de la mitad de las madres entrevistadas utilizaron sustancias aplicadas como por ejemplo: Ají, sábila, sal y vapor de eucalipto para frotar; y referían que fueron muy efectivas en su proceso de destete y que si tuvieran otro/a hijo/a también implementarían esas prácticas, porque ha sido tradición familiar y han sido muy efectivas todo el tiempo.

Según el estudio otras madres ingirieron sustancias para que la leche no siguiera produciéndose como: ajenojo y los anovulatorios orales. Sin embargo otras madres optaron por dar elementos distractores como reemplazo del seno materno entre ellos: biberón, chupón y golosinas pero en primer lugar siempre el biberón.

Para destetar al/la niño/a de una forma gradual, lo mejor suele ser reemplazar una toma cada vez con una papilla, vaso, según su edad y grado de desarrollo. Suele ser recomendable sustituir una toma de mañana o del mediodía ya que se suprimen más fácilmente. Cuando se ha adaptado a la sustitución de una toma, se sustituye una segunda toma, normalmente no consecutiva¹⁸.

El proceso se repite hasta que sólo se mantienen las mamadas de la mañana y de la noche, que finalmente se abandonan gradualmente. Las mamadas de la mañana y de la noche pueden mantenerse durante varios meses, y muchos niños y niñas toman el pecho después del segundo año, sobre todo en esos momentos. Las madres que quieren destetar parcialmente de forma precoz, a los tres meses, pueden seguir dando el pecho por la mañana y por la noche. Esto resulta especialmente adecuado para la madre que trabaja. La mamá puede dar el pecho a su bebé antes de irse y al regresar y seguir amamantando los fines de semana.

¹⁸ Froehlich E. Artículo: "Algunas ideas sobre el destete". League International. Nº 125. Sp. Revised 1977. Translated 1978.

2.11 FACTOR ECONOMICO

2.11.1 LA CANASTA BASICA ALIMENTARIA

La canasta básica de alimentos (CBA) es un instrumento de uso eminentemente económico, elaborado y usado por más de 20 años, en la subregión centroamericana como referencia en el establecimiento de la línea de pobreza.

Esta se conceptualiza como el mínimo alimentario para una familia u hogar de referencia; este mínimo es considerado como un conjunto de alimentos básicos, en cantidades apropiadas y suficientes para satisfacer por lo menos las necesidades energéticas y proteínicas de la familia u hogar de referencia.

Para definirla es necesario establecer una lista de alimentos en cantidades tales que satisfagan un mínimo nutricional aceptable para la familia/hogar de referencia. Con respecto a eso hay dos aspectos sobre los cuales se define la CBA:

- La determinación del mínimo nutricional aceptable para la familia/hogar de referencia.
- La selección de los alimentos y de sus cantidades para llenar el mínimo nutricional.

Las aplicaciones de la CBA son:

- Definición de la línea de pobreza
- Cálculo de la renta mínima- subsistencia
- Revisión del salario mínimo
- Vigilancia de los precios de alimentos básicos
- Cálculo de necesidades alimentarias

En la mayoría de estas aplicaciones de la CBA se utiliza más bien su costo periódico que las cantidades de los alimentos que lo conforman¹⁹.

En El Salvador según la DIGESTYC el costo de la CBA para el año 2013-2014 fue el siguiente: Área **Urbana**: \$175-\$193 y el **Área rural**: \$126-\$138

¹⁹ Menchu T, Osegueda O. La canasta básica de alimentos en Centro America. Guatemala.2002.

2.11.2 Empleo

La participación de las mujeres en el mercado de trabajo o por rama de actividad económica presenta significativas diferencias respecto a los hombres. Persiste la tendencia que las mujeres encuentran oportunidades laborales en el sector terciario y el sector informal de la economía, en contraste con los hombres que se ocupan predominantemente dentro del sector formal de la industria y la agricultura²⁰. La Población Económicamente Activa (PEA) que es definida como la parte de la PET que realiza alguna actividad económica y ofrece su fuerza de trabajo al mercado laboral. La PEA ha tenido un incremento del año 2010 al 2011 de 0.6% para mujeres y de 3.6% para los hombres. Al comparar la PEA por sexo, durante el año 2010 se evidencia una diferencia en la participación entre mujeres y hombres del 17.4%; esta misma situación se observó durante el año 2011, período en el que se registró un incremento en la brecha de participación del 18.8%. Lo que significa que se mantiene la tendencia de una mayor participación de los hombres como Población Económicamente Activa.

La tasa de subempleo, es un importante indicador para analizar la situación de empleo en el país, dado que muestra la proporción de mujeres y hombres que, pese a estar ocupados, no alcanzan a completar el tiempo de la jornada laboral o perciben un salario por debajo del mínimo legalmente establecido. La tasa de subempleo urbana llegó al 30.7 en 2012, mostrando una clara disminución con respecto al 2011, sin embargo, persiste una alta tasa de subempleo invisible en las mujeres, lo cual indica que trabajan más de 40 horas a la semana y sus ingresos son menores al salario mínimo.

En cuanto a la segregación ocupacional por sexo existen dos modalidades básicas: la horizontal y vertical. La primera se produce cuando mujeres y hombres participan en diferentes ocupaciones y donde refleja una mayor concentración de las mujeres en actividades domésticas y la segunda ocurre cuando los hombres trabajan en la parte más alta, quiere decir en niveles jerárquicos y directivos y las mujeres en la más baja.

²⁰ ISDEMU. Informe de la situación y condición de las Mujeres Salvadoreñas 2011 – 2012- Análisis a partir de la PNM. San Salvador, ISDEMU 2013

2.12 MARCO LEGAL INTERNACIONAL

2.11.1 Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

El objetivo del presente Código es contribuir a proporcionar a los/as lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna fue adoptado por la 34a. Asamblea Mundial de la Salud en 1981, como “un requerimiento mínimo” para proteger la salud, que debería ser implementado íntegramente. El código no es obligatorio, sino un compromiso ético que los gobiernos deben implementar y legislar para regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna²¹.

2.11.2 Convención sobre los Derechos del/la Niño/a

En la Convención sobre los Derechos del/ Niño/a celebrada en la Organización de las Naciones Unidas en 1989 y ratificada por el país, los Estados parte reconocen el derecho del/a niño/a a disfrutar del más alto nivel posible de salud y asegurar las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil. Asimismo establece asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los/as niños/as, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los/as niños/as, las ventajas de la lactancia materna²².

2.11.3 Declaración de Innocenti

La Declaración de Innocenti que se realizó en Florencia, Italia en 1990, reconoce que la lactancia materna es un proceso único; asimismo establece como meta global la lactancia materna exclusiva para todos los/as niños/as durante los primeros seis meses de vida, promueve la eliminación de todos los obstáculos a la lactancia materna, establece que todos los gobiernos deben desarrollar políticas

²¹ OMS, UNICEF. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.1981.
www.unicef.org/.../Codigo_Intl_Comercializacion_Sucedaneos_Leche_

²² : UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño.1989.

nacionales sobre lactancia materna y establece como una de sus metas lograr que el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna fuera puesto en práctica por todos los países antes de 1995²³.

2.11.4 Cumbre Mundial de la Infancia

En 1990, durante la Cumbre Mundial de la Infancia, los gobiernos de los países participantes se comprometieron a desarrollar políticas para respaldar el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, terminar con las donaciones de sucedáneos de la leche materna en todos los servicios y hospitales de maternidad e intensificar los esfuerzos para lograr incrementar la incidencia y prevalencia de la lactancia materna²⁴.

2.11.5 Conferencia Internacional de Nutrición

La Conferencia Internacional de Nutrición celebrada en Roma en el año 1992 definió como una de las principales estrategias para disminuir el hambre y la Desnutrición, el fomento de la lactancia materna y concluyó que una de las acciones para lograr mayores índices de lactancia en el mundo es la implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna²⁵.

2.12 MARCO LEGAL NACIONAL

2.12.1 Constitución de la República de El Salvador

De acuerdo a la constitución de la republica considera que El Salvador es signatario de la Convención sobre los Derechos del/la Niño/a y está comprometido a asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los/as niños/as, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de estos;

²³ Declaración de innocenti. Sobre la Protección, promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, Florencia, Italia. 1 de Agosto de 1990. http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html

²⁴ UNICEF. Sesión Especial en favor de la Infancia de las Naciones Unidas. 1990.

²⁵ World Declaration and Plan of Action for Nutri- tion. FAO/WHO, Conferencia Internacional de Nutrición, Roma; diciembre de 1992.

las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental, así como la garantía de que tengan acceso a la educación pertinente, entre otros²⁶.

Artículo 34: Reconoce el derecho que toda niña, niño y adolescente tienen a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, para lo cual tendrá la protección del Estado, estableciendo además, que la Ley determinará los deberes del Estado y creará las instituciones para la protección de la maternidad y de la infancia.

El Artículo 42: establece que la mujer trabajadora tendrá derecho a un descanso remunerado antes y después del parto y a la conservación del empleo. Asimismo que las leyes regularán la obligación de los patronos de instalar y mantener salas cunas y lugares de custodia para los niños de los trabajadores.

Artículo 65: Reconoce que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

2.12.2 Código de Trabajo

CAPITULO II: Prestaciones por Maternidad

Artículo 309: El patrono está obligado a dar a la trabajadora embarazada, en concepto de descanso por maternidad, doce semanas de licencia, seis de las cuales se tomarán obligatoriamente después del parto; y además, a pagarle anticipadamente una prestación equivalente al setenta y cinco por ciento del salario básico durante dicha licencia²⁷.

Artículo 310: Para que la trabajadora goce de la licencia establecida en el artículo anterior, será suficiente presentar al patrono una constancia médica expedida en papel simple, en la que se determine el estado de embarazo de la trabajadora, indicando la fecha probable del parto.

²⁶ Constitución de la Republica de El Salvador. Publicado en el Diario Oficial N° 234, Tomo N°281, 16 de diciembre de 1986.

²⁷ Código de Trabajo. Publicado en el Diario Oficial N° 12, Tomo N°402, 21 de enero de 2014.

Artículo 312: Si transcurrido el período de licencia por maternidad, la trabajadora comprobare con certificación médica que no se encuentra en condiciones de volver al trabajo, continuará suspendido el contrato, si una trabajadora lacta a su hijo, tendrá derecho con este fin, a una interrupción del trabajo de hasta una hora diaria. A su pedido esta interrupción se podrá fraccionar en dos pausas de treinta minutos cada una

2.12.3 Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia

La ley de protección integral de la niñez y adolescencia considera que las niñas, niños y adolescentes, nacen e inician su vida como seres completamente dependientes y sujetos plenos de derechos, constituyéndose como el sector más vulnerable de la sociedad, ya que el cambio de ésta, así como las medidas Legislativas que el Estado toma, tienen mayores repercusiones en ellos que sobre cualquier otro grupo de la sociedad, en razón de lo cual se vuelve conveniente emitir una Ley que los proteja de manera integral, ya que es obligación del Estado, brindar la seguridad y certeza jurídica que toda niña, niño y adolescente necesita para su pleno desarrollo.

Capítulo II Salud, Seguridad Social y Medio Ambiente

Artículo 25.- Obligaciones del Sistema Nacional de Salud Corresponde al Estado, a través del Sistema Nacional de Salud:

d) Promocionar y fomentar la lactancia materna exclusiva, al menos en los primeros seis meses de vida, en los centros públicos y privados de salud.

Artículo 28.- Derecho a la lactancia materna

Es obligación del Estado, el padre, la madre, los representantes, los responsables, los empleadores, así como las organizaciones privadas de salud:

a) Informar e informarse de las ventajas de la lactancia materna, así como de los efectos de su sustitución por sucedáneos de la leche materna.

b) Proporcionar a los lactantes una nutrición segura, controlada y suficiente promoviendo la lactancia natural, utilizando de manera informada y adecuada los sucedáneos de la leche materna.

c) Proveer en la medida de lo posible de leche materna al/la lactante al menos hasta los seis meses de edad.

d) Informar e informarse sobre el riesgo de transmisión de enfermedades a través de la lactancia materna, ofreciendo alternativas de sucedáneos de la misma en el caso que ésta no sea posible.

e) Capacitar e informar al personal de salud, a las madres, los padres y a las comunidades en materia de alimentación de lactantes.

f) Implementar mecanismos que faciliten en la jornada laboral la lactancia materna, así como generar los espacios para que la madre empleada o trabajadora pueda amamantar al niño o niña durante los primeros seis meses de vida.

El Estado deberá promover las condiciones adecuadas para la lactancia materna de los hijos de las mujeres sometidas a privación de libertad.

2.12.4 Política Nacional de Salud 2009 – 2014

La política nacional de salud garantiza el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un sistema nacional de salud que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción; prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro; incluyendo la creación y mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutividad y con acceso equitativos a servicios de calidad para todas las personas. Entre las políticas de gobierno, la Política Nacional de Salud 2009 – 2014, en las recomendaciones de la estrategia

Seguridad Alimentaria y Nutricional, establece el desarrollo de una estrategia de comunicación masiva y grupal sobre la práctica de la lactancia materna²⁸.

2.12.5 Política de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconoce que la lactancia materna Es la intervención más eficaz para prevenir la mortalidad infantil y por consiguiente, para cumplir el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) relativo a la sobrevivencia infantil; asimismo la lactancia materna es trascendental en el cumplimiento del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, relacionado con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre²⁹.

Estrategias y líneas de acción

Objetivo 1 Fortalecer el marco legal y normativo para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en El Salvador.

Estrategia 1 Elaboración y actualización de instrumentos legales y normativos para la protección de la práctica de la lactancia materna a través de un proceso participativo.

Objetivo 2 Asegurar la promoción de la lactancia materna para la población salvadoreña, teniendo en cuenta las diferentes condiciones sociales, culturales y medio ambientales.

Estrategia 2 Crear y desarrollar herramientas innovadoras e inclusivas de información, educación y comunicación sobre lactancia materna a nivel nacional, con enfoque de derecho, género y participación social.

Objetivo 3 Fortalecer los mecanismos de apoyo a la lactancia materna a nivel comunitario, laboral y en la prestación de los servicios de salud con participación intersectorial.

²⁸ Política nacional de salud 2009 – 2014. Publicado en el Diario Oficial N°33, Tomo N°386,miércoles 17 de febrero de 2010

²⁹ Política de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Ministerio de Salud de El Salvador. Primera edición. agosto de 2011.

Estrategia 3 Propiciar las condiciones necesarias para asegurar la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y prolongada hasta los dos años y más.

Objetivo 4 Generar condiciones que faciliten la lactancia materna en situaciones especiales y a grupos vulnerables.

Estrategia 4 Velar por el ejercicio del derecho de lactancia materna en aquellas situaciones especiales que limitan su práctica.

2.13 MARCO CONCEPTUAL

Sucedáneos de la leche materna: Todo alimento, bebidas, preparaciones para bebé y biberones que sustituyen de forma parcial o completa la lactancia materna o que interfieren en el proceso adecuado de la misma.

Destete natural: Es cuando el/a niño/a determina el momento en que ha superado su necesidad de ser amamantado y ya no busca el seno materno.

Prácticas de destete: Son las acciones cuidados o procedimientos que realiza la madre para finalizar de forma permanente el amamantamiento del niño o la niña.

Destete abrupto o forzoso: Es cuando la madre decide de un día para otro llevar a cabo este proceso.

Calostro: Es la primera fase por la que pasa la leche humana la cual se produce en las semanas previas al parto o en las horas o días posteriores al mismo el cual contiene muchas propiedades anti-infecciosas.

Lactancia materna exclusiva: Es cuando se brinda solo leche materna como único alimento al lactante y la lactante, durante los primeros 6 meses de vida, sin incluir ningún tipo de leche de fórmula, alimento o agua.

Alimentación complementaria: Es el proceso en el cual se incluyen los alimentos como complemento de la lactancia materna a fin de satisfacer las necesidades nutricionales del niño y la niña, a partir de los 6 meses hasta después de los 2 años.

Lactancia materna complementaria: Es si la niña o niño recibe lactancia materna, pero se le está proporcionando otro tipo de alimento, como atoles, purés o sucedáneo de leche materna, incluyendo también agua.

Destete precoz: Es el abandono de la lactancia materna antes de los seis meses de forma exclusiva y antes de los 2 años de forma complementaria.

Lactante: Es todo niño o niña que recibe lactancia materna.

Leche materna: Tejido vivo y cambiante de consistencia líquida secretada por la glándula mamaria de la mujer, que cumple con la finalidad de servir de alimento para los niños y las niñas.

Madre en período de lactancia: Es la mujer que está alimentando a su bebé con la leche de sus senos.

Lactancia materna predominante: Es si a la niña o niño se le da lactancia materna más agua u otros líquidos, NO incluyendo leche artificial.

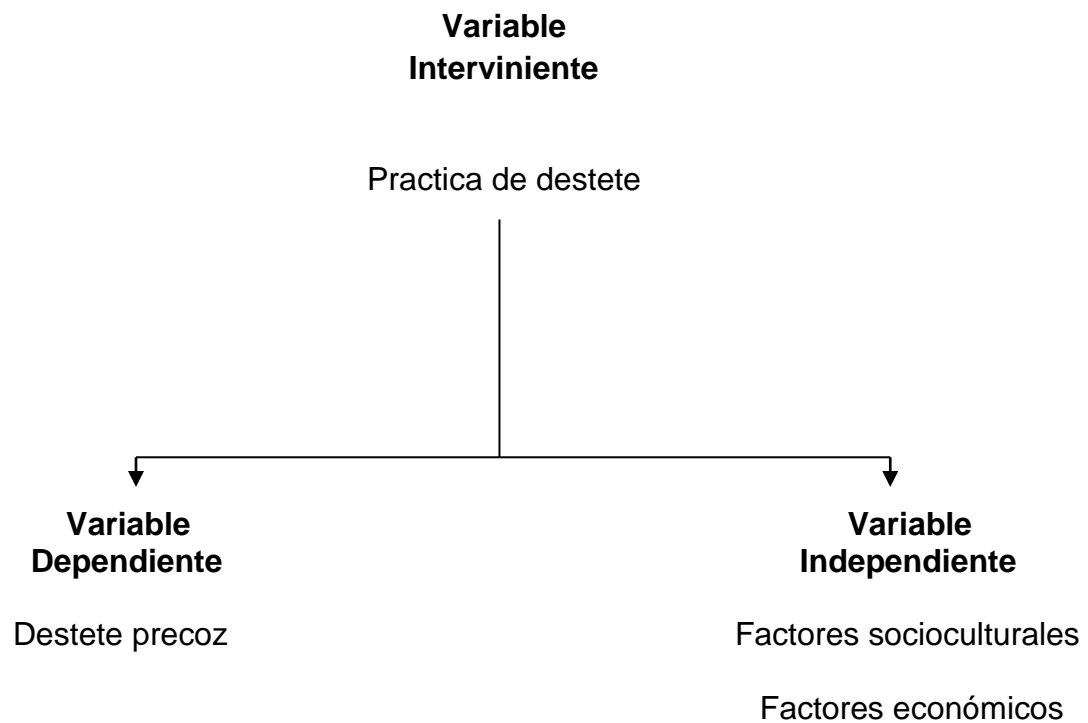
Destete planeado o paulatino: La madre planifica como llevara a cabo el destete y suspende de forma paulatina las sesiones de lactancia materna, utilizando distractores como apoyo para este proceso.

CAPITULO III

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1 ESQUEMA DE VARIABLES

Factores socioculturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años, estudio realizado en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Ciudad Delgado, en el periodo de marzo a noviembre del 2015.



Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador
Factores socioculturales	Los factores socioculturales permiten conocer los rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos humanos y asentamientos poblacionales dentro de un mismo espacio geográfico y social.	Los factores socioculturales son condiciones que reportan esencialidades de los comportamientos humanos como: la religión, mitos y creencias, conocimientos, tipo de familia y educación, estado civil.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estado civil ✓ Educación ✓ Tipo de familia ✓ Religión ✓ Conocimientos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Casada ✓ Soltera ✓ Unión estable ✓ Educación formal ✓ Educación no formal ✓ Nuclear ✓ Extensa ✓ Monoparental ✓ Católica ✓ Evangélico ✓ Testigo de Jehová ✓ Iglesia de los santos de los últimos días ✓ Adventista ✓ Judaísmo ✓ Islam ✓ Taoísmo ✓ Tiempo de lactancia. ✓ Etapas de la leche humana ✓ Componentes de la leche materna.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador
				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conservación de la leche humana. ✓ Posiciones correctas para Amamantar. ✓ Signos de buen agarre y posición del/la lactante. ✓ Signos de buena posición de la madre. ✓ Beneficios de la lactancia materna para la madre ✓ Beneficios de la lactancia materna para el niño\la ✓ Técnica de extracción de la leche materna. ✓ Soluciones adecuadas para los problemas al dar de amamantar. ✓ Edad adecuada

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mitos y creencias 	<p>del destete</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Las mujeres con pecho pequeño no pueden amamantar. ✓ No todas las mujeres producen leche de buena calidad. ✓ No todas las mujeres producen leche suficiente para satisfacer a la bebe. ✓ La mujer que lacta no puede tener relaciones sexuales porque la leche se daña.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador
				<ul style="list-style-type: none"> ✓ El calostro debe de ser desechado porque es sucio y antihigiénico. ✓ El/la niño/a no debe de succionar hasta que no salga la leche blanca. ✓ Las madres que dan de mamar se les van a arruinar los pechos. ✓ Una vez que se interrumpe la lactancia no se puede volver amamantar. ✓ Se debe de dejar de amamantar al/la niño/a cuando empieza a caminar.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador
Factor económico	Se refiere a los medios que se necesita para aumentar la riqueza, analizando leyes que regulan el empleo.	Son actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente humanas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ocupación ✓ Ingresos económicos ✓ Administración del dinero dentro del hogar. ✓ Adquisición de sucedáneos de la leche. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajo formal ✓ Trabajo informal ✓ Trabajo no remunerado. ✓ Horas de trabajo por día. ✓ Según canasta básica del área donde habita. ✓ Madre ✓ Pareja ✓ Ambos ✓ Otro miembro de la familia. ✓ Tipos de sucedáneos ✓ Costo de sucedáneos por mes.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador
Prácticas de destete	Son las acciones, cuidados o procedimientos que realiza la madre para finalizar el amamantamiento del o la infante.	Son las intervenciones que desarrolla la madre para la interrupción permanente de la lactancia materna.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tiempo de lactancia materna ✓ Tipo de lactancia ✓ Ablactación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menos de los primeros seis meses de vida. ✓ De seis meses a menor de un año de vida. ✓ De un año de vida a un año tres meses. ✓ De año tres meses de vida a un año seis meses ✓ De año seis meses de vida a dos años ✓ De dos años de vida a más. ✓ Exclusiva ✓ Complementaria ✓ Predominante ✓ Sin lactancia ✓ Edad ✓ Tipos de alimentos que inicia ablactación

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador
				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sustancias utilizadas para el destete. ✓ Objetos de distracción de la lactancia materna
Destete precoz.	El destete precoz se produce antes de los dos años, cuando siendo la lactancia materna satisfactoria para el/la bebé, ocurre una interrupción en el amamantamiento sin que esté apto para asumirlo.	Es el abandono de la lactancia materna antes de los seis meses de forma exclusiva y antes de los 2 años de forma complementaria.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipo de destete ✓ Causas del destete 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Destete abrupto ✓ Destete planeado ✓ Destete parcial ✓ Destete natural ✓ Biológicas por la madre. ✓ Biológicas por el hijo/a.

CAPITULO IV

DISEÑO

METODOLOGICO

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

1. Según el periodo o secuencia del estudio.

Transversal: Porque se estudió las variables en un periodo de tiempo determinado.

2. Según el análisis o alcances de resultados.

Descriptivo: Porque determina las características de las variables a estudiar, sin pretender modificar el fenómeno o sus variables.

3. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos.

Retrospectivo: porque las investigadoras indagaron sobre hechos ocurridos en el pasado.

4.1.3 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA:

Universo: Madres que asisten con sus hijos/as menores de 5 años a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Ciudad Delgado.

Población: Niños y niñas menores de 5 años inscritas en el programa de crecimiento y desarrollo, que según datos del Departamento de Estadística y Documentos Médicos (ESDOMED) de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar son: 1759 niños y niñas.

4.1.4 MUESTREO

Para el presente estudio el equipo investigador selecciono el muestreo deliberado o convencional el cual consistió en: tomar un segmento o fracción de la población por su cómoda accesibilidad.

El tamaño de la muestra fue obtenido por la fórmula de poblaciones conocidas, que se detalla a continuación:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

Donde:

N: tamaño de la muestra

Z: nivel de confianza requerida para generalizar

E: proporción poblacional de que ocurre en el fenómeno

Q: Proporción poblacional de que no ocurra el fenómeno.

Grado de confianza: 90%

Error muestra máximo: 10%

Para la presente investigación se manejarán las restricciones establecidas a continuación:

E: 0.10

P: 0.5

Q: 0.5

Z: 1.96

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) 1759}{(1759-1) (0.10)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (439.75)}{17.58 + 0.9604}$$

$$n = \frac{1,689.3436}{18.5404}$$

$$n = 91.11 \approx 91$$

Tamaño de la muestra: 91

4.1.5 Criterios de inclusión

1. Madres que asistieron con sus hijos/as menores de 5 años a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) de Ciudad Delgado.
2. Que sus hijos/as hayan sido destetados antes de los 6 meses de manera exclusiva o de los 2 años de manera complementaria.
3. Que las madres hayan brindado lactancia materna.
4. Independientemente del lugar de procedencia.
5. Independientemente de su ocupación.
6. Madres que deseen participar.

4.1.6 Criterios de exclusión

1. Madres que no asisten con sus hijos/as menores de 5 años a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Ciudad Delgado.
2. Que la persona que acompañe no sea la madre.
3. Niños/as que hayan sido destetados de forma complementaria después de los 2 años.
4. Que no deseen participar.

4.1.7 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

METODO: hipotético deductivo, este método obliga al científico a combinar la reflexión racional o momento racional (la formación de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (la observación y la verificación).

INSTRUMENTO Y TECNICA:

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada debido a que incluye preguntas cerradas y abiertas y como instrumento la guía de entrevista en la que retomara: datos generales, objetivos, indicaciones para el llenado correcto de las preguntas de cada factor a investigar. La guía de entrevista se estructuró con un total de 33 preguntas de ellas 29 preguntas cerradas dentro

de las cuales iban incluidas 7 listas de cotejo y 4 abiertas. Las entrevistadoras fueron las responsables de registrar la información en el instrumento a través de la entrevista que se realizó a las madres que cumplen con los criterios de inclusión.

4.1.8 PRUEBA PILOTO

Para la validación del instrumento se aplicó al 10% de la población que cumplen con los requisitos del estudio, lo cual fue 9 sujetos de estudio. Fue realizada en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Marcos. Al finalizar se le realizaron cambios al instrumento en cuanto a redacción y se eliminaron 3 preguntas por ser repetitivas en el apartado de prácticas de destete precoz.

4.1.9 PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS

Se realizaron las coordinaciones necesarias con la dirección la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Ciudad Delgado seleccionada para el estudio. Además el grupo investigador fue responsable de asistir de lunes a viernes de 8:00 am a 12:00 md, en el mes de agosto a septiembre para la recolección de los datos, del total de instrumentos una investigadora realizó 46 entrevistas y la otra 45, para completar la muestra establecida.

4.1.10 TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

Luego de la recolección de datos se tabularon por medio de la técnica de palote, y se procesaron por medio de los paquetes de software de Excel y Word, para ser presentados en tablas de distribución de frecuencia.

4.1.11 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Después de procesar los datos, las integrantes del grupo de investigación se reunieron para el análisis correspondiente de la información, esto con el fin de comparar los resultados obtenidos en dicha investigación con la información sustentada en el marco teórico que fundamenta dicha investigación y finalmente se elaboraron las conclusiones y recomendaciones necesarias de la problemática investigada.

Además al finalizar se realizó la defensa de la tesis de grado ante el jurado calificador.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 RESULTADOS.

1. DATOS GENERALES

Tabla N°1 Edad de las madres participantes en el estudio.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
16 a 19 años	11	12%
20 a 23 años	21	23%
24 a 27 años	16	18%
28 a 31 años	15	16%
32 a 35 años	15	16%
36 a 39 años	6	7%
40 años a mas	7	8%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla anterior muestra que el 23% de las madres entrevistadas están entre las edades de 20 a 23 años, el 18% de 24 a 27 años, el 16% tienen de 28 a 31 años y de 32 a 35 años, de 16 a 19 años representan el 12%, el 8% corresponden a las madres que tienen de 40 años a más y el 7% de 36 a 39 años.

Tabla N°2 Edad actual del/a niño/a.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 1 año	5	5.5%
De 1 año a 1 año 11 meses	11	12.1%
De 2 años a 2 años 11 meses	21	23.1%
De 3 años a 3 años 11 meses	26	28.6%
De 4 años a 4 años 11 meses	13	14.3%
5 años	15	16.4%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla indica las edades de los/as hijos/as de las madres participantes, el 28.6% de los/as niños/as tienen de 3 años a 3 años 11 meses, seguido de 2 años a 2 años 11 meses con un 23.1%, el 16.4% tienen 5 años, el 14.3% se encuentran en las edades de 4 años a 4 años 11 meses, el 12.1% corresponde a las edades de 1 año a 1 año 11 meses y el 5.5% son menores de 1 año.

Tabla N°3 Sexo de los/as niños/as.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	47	51.6%
Femenino	44	48.4%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla anterior muestra el sexo de los/as niños/as por lo que el 51.6% corresponde al sexo masculino y el 48.4% es femenino.

Tabla N°4 Área de procedencia de las madres entrevistadas.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	90	99%
Rural	1	1%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: El área de procedencia de las madres entrevistadas el 99% residen en el área urbana y el 1% proviene del área rural.

2. FACTORES SOCIALES

Tabla N°5 Estado civil de las madres participantes.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Unión estable	46	50.5%
Casada	32	35.2%
Soltera	13	14.3%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla anterior muestra que el 50.5% de las madres entrevistadas su estado civil es unión estable, el 35.2% son casadas y el 14.3% son madres solteras.

Tabla N° 6 Tipo de familia.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	55	60.4%
Extensa	29	31.9%
Monoparental	7	7.7%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla muestra que el 60.4% de las madres pertenecen a la familia nuclear, el 31.9% tienen familia extensa y el 7.7% es familia monoparental.

3. FACTORES CULTURALES

Tabla N°7 Nivel académico de las madres.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	1.1%
Primaria	4	4.4%
Secundaria	31	34.1%
Bachillerato	47	51.6%
Universitario	8	8.8%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla indica el nivel académico de las madres participantes en este estudio por lo que el 51.6% de ellas han cursado hasta el bachillerato, el 34.1% solo estudiaron nivel secundario, el 8.8% alcanzaron un grado universitario, el 4.4% de las madres tuvieron un grado en el nivel de primaria y el 1.1% pertenece a madres analfabetas.

Tabla N° 8 Pertenencia a un credo religioso.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	62	68.1%
No	29	31.9%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: El 68.1% de las madres si profesan alguna religión y el 31.9% de ellas no pertenece a alguna religión.

Tabla N° 8.1 Tipos de religión que profesan las madres.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Evangélica	39	63%
Católica	21	34%
Adventista	1	1.5%
Iglesia de los Santos de los últimos días	1	1.5%
Total	62	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla anterior muestra el tipo de religión que las madres profesan el 63% de ellas son cristianas evangélicas, el 34% son católicas y el 1.5% son adventistas y también pertenecen a la Iglesia de los Santos de los últimos días.

3.1 CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

Tabla N° 9 Existencia de diversos tipos de leche materna.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	21.9%
No	71	78.1%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla muestra el conocimiento que tienen las madres sobre la existencia de diversos tipos de leche materna, el 78.1% de ellas respondieron que no conocen, y el 21.9% afirmaron que si conocen los tipos de leche materna.

Tabla N° 9.1 Tipos de lactancia materna que conoce la madre.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Exclusiva	20	71.4%
Complementaria	3	10.8%
Predominante	5	17.8%
Total	28	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar los tipos de lactancia materna que conocen las madres entrevistadas, el 71.4% conocen la lactancia materna exclusiva que es dar solo pecho materno a sus hijos/as hasta los 6 meses, el 17.8% corresponde a la lactancia materna predominante que es cuando se le da leche materna a los/as niños/as más agua u otros líquidos y que no incluye la leche de fórmula y el 10.8% de las madres

conoce la lactancia materna complementaria, cuando el/a niño/a recibe lactancia materna pero se le proporciona algún tipo de alimento e incluso algún sucedáneo de la leche.

Tabla N° 10 Existencia de diversas fases de la leche humana.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	26.3%
No	67	73.7%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Al indagar a las madres sobre las fases de la leche humana el 73.7% de las madres no conocen las fases de la leche humana y el 26.3% si conoce alguna de las fases.

Tabla N° 10.1 Fases de la leche humana que conoce la madre.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Calostro	24	100%
Transición	0	0%
Madura	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: El 26% de las madres que respondieron que si conocían las fases de la leche humana el 100% de ellas solo conoce el calostro.

Tabla N°10.2 Días de duración calostro que conoce la madre.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
1 día	2	8%
2 días	2	8%
3 días	5	20%
5 días	5	20%
7 días	2	8%
8 días	1	4%
15 días	6	24%
1 a 2 meses	1	4%
6 meses	1	4%
Total	25	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla anterior muestra los días de duración del calostro la mayoría de las madres manifestaban que tiene una duración de 15 días con un 24%, el 20%

dura de 3 a 5 días, el 8% dura 1,2 y 7 días; y el 4% de las madres expresaban que tiene una duración de 8 días, de 1 a 2 meses y 6 meses.

Tabla N° 11 Tiempo que conoce la madre que debe durar cada toma para brindar lactancia materna.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	51	56.1%
No	40	43.9%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Al indagar a las madres sobre el tiempo que debe durar cada toma para brindar lactancia materna se evidencia que el 56.1% de ellas afirmaron que si conocen el tiempo, y el 43.9% respondieron no conocer cuánto tiempo tiene que durar cada toma.

Tabla N° 11.1 Periodo de tiempo que debe durar cada toma para brindar lactancia materna.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
5 minutos	1	1.9%
10 minutos	5	9.9%
15 minutos	20	39.2%
20 minutos	6	11.8%
30 minutos	18	35.3%
45 minutos	1	1.9%
Total	51	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En la tabla anterior muestra el periodo de tiempo que debe durar cada toma al momento de amamantar, por lo que las madres que respondieron que si conocen dicho tiempo; el 39.2% de ellas manifestaban que dura 15 minutos, el 35.3% son 30 minutos, el 11.8% tiene que durar 20 minutos, el 9.9% corresponde a 10 minutos y el 1.9% opinaban que dura 5 minutos y 45 minutos.

Tabla N° 12 Existencia de diversos componentes de la leche humana.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	26.3%
No	67	73.7%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Al indagar con las madres sobre si conocían los componentes de la leche humana se puede mostrar que el 73.7% de las madres responde que no saben los componentes de la leche materna y el 26.3% afirmó que si los conocen.

Tabla N° 12.1 Componentes de la leche humana que conoce la madre.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Vitaminas	17	42%
Minerales	6	15%
Calcio	5	13%
Agua	3	8%
Proteínas	2	5%
Sangre de la madre	2	5%
carbohidratos	1	2%
Potasio	1	2%
Hierro	1	2%
Lactosa	1	2%
Defensas	1	2%
Nutrientes	1	2%
Total	41	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla muestra los diversos componentes de la leche humana, el 42% corresponde a vitaminas que es el componente que más conocen las madres, seguido de un 15% minerales, el 13% calcio, el 8% agua, el 5% proteínas y sangre de la madre, y el 2% carbohidratos, potasio, hierro, lactosa, defensas y nutrientes.

Tabla N°13 Técnica de extracción manual de la leche materna.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	64.8%
No	32	35.2%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Al explorar el conocimiento de las madres sobre la técnica de extracción manual de la leche materna, el 64.8% de ellas respondieron que si conocen la técnica; y el 35.2% no reconocen dicha técnica.

Tabla N°13.1 Pasos de la extracción manual de la leche materna que conoce la madre.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Realizar lavado de manos, uñas y antebrazo con agua y jabón evitando cualquier riesgo de contaminar la leche.	18	21%
Realizar masaje circular desde la base de las mamas hacia el pezón con las yemas de los dedos.	20	23%
Colocar el pulgar e índice en forma de C en el límite circular de la areola.	8	9%
Empujar el pecho haciendo presión hacia atrás en dirección a las costillas.	5	6%
Apretar suavemente la mama un dedo contra el otro, repitiendo el movimiento varias veces hasta que la leche comience a salir.	31	36%
Extraer la leche y eliminar las primeras gotas de cada mama.	1	1%
Se debe utilizar un frasco de vidrio previamente esterilizado, manteniéndolo 15 minutos en agua hervida y enfriado a temperatura ambiente, previo a su uso.	4	4%
Total	87	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: De las madres que respondieron que si conocen los pasos de la extracción manual de la leche materna, se puede decir que el 100% desconocen la técnica completa, los pasos que más mencionaron son: con un 36% apretar suavemente la mama un dedo contra el otro, repitiendo el movimiento varias veces hasta que la leche comience a salir; en segunda proporción corresponde el 23%

opinan que se debe realizar masaje circular desde la base de las mamas hacia el pezón con las yemas de los dedos, el 21% manifiestan que se tiene que realizar lavado de manos, uñas y antebrazo con agua y jabón evitando cualquier riesgo de contaminar la leche, el 9% hay que colocar el pulgar e índice en forma de C en el límite circular de la areola, el 6% se debe empujar el pecho haciendo presión hacia atrás en dirección a las costillas, el 4% mencionaba que se tiene que utilizar un frasco de vidrio previamente esterilizado, manteniéndolo 15 minutos en agua hervida y enfriado a temperatura ambiente, previo a su uso y el 1% de las madres respondieron que se debe extraer la leche y eliminar las primeras gotas de cada mama.

Tabla N° 14 Tiempos de conservación de la leche humana.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	28.6%
No	65	71.4%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla anterior corresponde al conocimiento que tienen las madres sobre los tiempos de conservación de la leche humana lo que indica que el 71.4% de ellas desconocen acerca de la conservación de la leche en los diferentes ambientes y el 28.6% afirmaron que si conocen.

Tabla N° 14.1 Periodo de tiempo de conservación de la leche materna que conoce la madre.

Temperatura ambiente			Refrigeración			Congelación		
Tiempo	Frecuencia	Porcentaje	Tiempo	Frecuencia	Porcentaje	Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 2 horas	4	21.1%	Menor de 12 horas	8	33.3%	Menor de 15 días	6	40%
Mayor de 2 horas	15	78.9%	12 horas	3	12.5%	15 días	0	0%
			Mayor de 12 horas	13	54.2%	Mayor de 15 días	9	60%
Total	19	100%	Total	24	100%	Total	15	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Al explorar el conocimiento de las madres acerca de los tiempos de conservación de la leche materna, la tabla anterior muestra que a temperatura

ambiente puede tener una duración mayor de 2 horas según las madres entrevistadas que corresponde a un 78.9%, y el 21.1% respondieron que puede durar menos de 2 horas. En cuanto a la conservación de la leche humana en refrigeración la mayoría de las madres respondieron que puede durar más de 12 horas con un 54.2%, menos de 12 horas con un 33.3% y 12 horas con un 12.5%. Y en congelación la leche materna puede durar según la mayoría de las madres más de 15 días con un 60%, menos de 15 días el 40%.

Tabla N°15 Posición correcta de la madre para amamantar.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	61	67.1%
No	30	32.9%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Se cuestionó a las madres participantes si conocían la posición correcta de la madre para amamantar, como lo señala la tabla anterior el 67.1% de ellas si conocen las posiciones para amamantar a sus hijo/as y el 33% no sabe sobre las posiciones.

Tabla N°15.1 Posiciones correctas que la madre conoce para amamantar.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
La madre sentada, acostada o parada.	60	65.2%
Madre debe estar relajada y cómoda	21	22.9%
Si da de mamar sentada la espalda debe tener soporte y estar recta.	8	8.7%
Acercarse al/a niño/a al pecho y no inclinarse hacia él.	3	3.2%
Total	92	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Al indagar a las madres sobre las posiciones que deben adoptar ellas para amamantar la que más conocen es: la madre sentada, acostada o parada con un 65.2%, seguido de la madre debe estar relajada y cómoda, el 22.9% si da de mamar sentada la espalda debe tener soporte y estar recta y el 8.7% acercarse al/a niño/a al pecho y no inclinarse hacia él.

Tabla N°16 Posición que debe tener el/a niño/a al momento de amamantar.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	54.5%
No	41	45.5%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En la tabla anterior se evidencia que el 54.5% de la madres participantes si conocen la posición que debe de tener el/a niño/a para amamantarse y el 45.5% no conocen las posiciones.

Tabla N°16.1 Posiciones del/a niño/ que conoce la madre al momento de amamantar.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Poner al/a niño/a al pecho cuando esté tranquilo/a y no esperar a que este llorando de hambre.	6	9.2%
Debe tomar el pecho de frente, sin torcer la cara.	12	18.5%
Nunca debe chupar solo el pezón.	4	6.2%
Debe colocarse frente al pecho con su labio superior a la altura del pezón, y evitar que el/a niño/a este demasiado alto; esto obliga a flexionar el cuello.	23	35.4%
Si el/a niño/a esta algo más bajo y pegado a su madre, la cabeza y cuello quedaran extendidos y la nariz libre.	17	26.1%
Si necesita sujetar el pecho porque es demasiado grande, hágalo poniéndolo en forma de C, con el pulgar encima y los demás dedos por debajo.	3	4.6%
Total	65	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Al explorar el conocimiento que tienen las madres sobre las posiciones que el niño/a debe de adoptar al momento de la lactancia, la posición que las madres mencionaron con mayor frecuencia es colocarse frente al pecho con su labio superior a la altura del pezón, y evitar que el/a niño/a este demasiado alto; esto obliga a flexionar el cuello que corresponde al 35.4%, seguido de si el/a niño/a esta algo más bajo y pegado a su madre, la cabeza y cuello quedaran extendidos y la nariz libre con un 26.1%, el 18.5% corresponde a tomar el pecho de frente, sin torcer la cara, el 9.2% manifestaban que es poner al/a niño/a al pecho cuando esté tranquilo/a

y no esperar a que este llorando de hambre, el 6.2% nunca debe chupar solo el pezón y el 4.6% si necesita sujetar el pecho porque es demasiado grande, hágalo poniéndolo en forma de C, con el pulgar encima y los demás dedos por debajo.

Tabla N°17 Agarre correcto del/a niño/a al momento de amamantar.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	21.9%
No	71	78.1%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla anterior evidencia la deficiencia de conocimiento sobre el agarre correcto del/a niño/a para amamantarse ya que el 78.1% de las madres entrevistadas no conocen el agarre correcto del/a niño/ para amamantarse y el 21.9% si conocen como debe de ser el agarre.

Tabla N°17.1 Signos del agarre correcto del/a niño/a que conoce la madre al momento de amamantar.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Labios doblados hacia afuera, el inferior queda doblado hacia afuera, la barbilla contra el pecho materno.	10	40%
Que se vea más areola por encima de la boca que por debajo.	8	32%
La nariz apoya ligeramente sobre el pecho, la barbilla presiona el pecho.	1	4%
El/a niño/a mueve su mandíbula y su oreja, succiona y traga con pausas.	3	12%
La lengua esta debajo del pecho.	2	8%
El pecho se ve redondeado mientras mama el/a niño/a.	1	4%
Total	25	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla anterior corresponde a los signos del agarre correcto del/a niño/a para amamantar por lo que al preguntarle a las madres el signo que más conocen ellas es: labios doblados hacia afuera, el inferior queda doblado hacia afuera, la barbilla contra el pecho materno con un 40%, en segundo lugar respondieron que se vea más areola por encima de la boca que por debajo con un 32%, luego el 12% opinaban que el/a niño/a mueve su mandíbula y su oreja, succiona y traga con

pausas, el 8% la lengua esta debajo del pecho y el 4% manifestaron que la nariz apoya ligeramente sobre el pecho, la barbilla presiona el pecho y el pecho se ve redondeado mientras mama el/a niño/a.

Tabla N° 18 Beneficios de la lactancia materna para el/a niños/as.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	81	89.1%
No	10	10.9%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar que las madres participantes el 89.1% si conocen los beneficios de la lactancia materna para los/as niños/as y el 10.9% no conocen sobre los beneficios.

Tabla N° 18.1 Beneficios de la lactancia materna para los/as niños/as que conoce la madre.

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Le proporciona anticuerpos necesarios para que el/a bebe este protegido de ciertas infecciones y enfermedades futuras.	81	69%
Los/as niños/as alimentados con pecho presentan menos casos de diarrea, otitis, infecciones gastrointestinales e infecciones de las vías respiratorias.	18	15%
Favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, mejorando la capacidad intelectual y la agudeza visual, protege de alergias.	14	12%
La succión contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal, ayudando al crecimiento de dientes sanos.	1	1%
El contacto de la piel del bebe con la de su madre le va aportar muchos beneficios ya que el tacto es el sistema sensorial que está más maduro en los primeros meses de vida.	1	1%
La lactancia hace que se mantenga la unión entre madre e hijo/a que se crea durante el embarazo, contribuyendo al equilibrio emocional y afectivo del/a niño/a.	2	2%
Total	117	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En la tabla anterior se evidencia los beneficios que brinda la lactancia materna para los/as niños/as y los que más conocen las madres son: con el 69%

mencionaron que les proporciona anticuerpos necesarios para que el/a bebe este protegido de ciertas infecciones y enfermedades futuras, seguido con un 15% presentan menos casos de diarrea, otitis, infecciones gastrointestinales e infecciones de las vías respiratorias, el 12% favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, mejorando la capacidad intelectual y la agudeza visual, protege de alergias, el 2% la lactancia hace que se mantenga la unión entre madre e hijo/a que se crea durante el embarazo, contribuyendo al equilibrio emocional y afectivo del/a niño/a y con menor proporción el 2% hace referencia a que contribuye al equilibrio emocional y afectivo del/a niño/a.

Tabla N° 19 Beneficios de la lactancia materna para la madre.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	52	57.1%
No	39	42.9%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Al explorar los conocimientos que tienen las madres sobre los beneficios que les brinda la lactancia el 57.1% afirmaron que si conocen y el 42.9% respondieron que no los conocen.

Tabla N° 19.1 Beneficios de la lactancia materna para la madre que conoce la entrevistada.

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Menor hemorragia post parto y mayor rapidez de contracción uterina	4	5.9%
Recuperación más rápida de peso y silueta	18	26.9%
Periodo más largo de amenorrea.	8	12.1%
Menor riesgo de cáncer de mama.	20	29.9%
Menor riesgo de cáncer de ovario.	2	2.9%
Ahorro económico.	13	19.4%
Beneficio emocional	2	2.9%
Total	67	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En la tabla anterior muestra los beneficios que proporciona la lactancia para las madres por lo que el beneficio que más mencionaron ellas son: con

el 29.9% menor riesgo de cáncer de mama, luego el 26.9% respondieron recuperación más rápida de peso y silueta, el 19.4% ahorro económico, el 12.1% periodo más largo de amenorrea, 5.9% menor hemorragia post parto y mayor rapidez de contracción uterina y el 2.9% menor riesgo de cáncer de ovario y beneficio emocional.

Tabla N° 20 Significado de destete.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
SI	20	22%
NO	71	78%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Como se observa en la tabla anterior del total de madres entrevistadas solo el 22% respondieron que si conocen que es el destete el resto menciona no conocer por completo dicho significado.

Tabla N° 20.1 Significado de la palabra destete que conoce la madre.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Cuando ya no le da pecho al/la bebé	20	100%
Total	20	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En la tabla anterior se muestra que del 20% anterior de madres que si mencionaron que conocían que es destete el 100% de ellas menciona que es cuando ya no se le da pecho al/la bebé.

Tabla N° 21 Edad adecuada para el destete.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
SI	78	85.7%
NO	13	14.3%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla nos muestra que el 85.7% de las madres entrevistadas refieren conocer a que edad se debe de llevar a cabo el destete y solo el 14.3% lo menciono desconocerlo.

Tabla N° 21.1 Edad adecuada que conoce la madre para el destete.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
6 meses	4	5.1%
1 año	10	12.8%
1 año y medio	3	3.9%
2 años	55	70.5%
3 años	6	7.7%
Total	78	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: De las madres que indicaron conocer la edad adecuada para el destete el 70.5% menciono que era a los 2 años la edad adecuada y el menor porcentaje fue de las que menciono que al año y medio con 3.9% seguido en un 5.1% las que mencionaron que a los 6 meses.

Tabla N° 22 Significado de sucedáneo de la leche materna.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
SI	3	3.3%
NO	88	96.7%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla nos muestra que solo el 3.30% de las madres entrevistadas indicaron conocer que es un sucedáneo de la leche materna lo cual deja que la gran mayoría lo desconoce.

Tabla N° 22.1 Definición de la palabra sucedáneo de la leche materna que conoce la madre.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Las leches de fórmulas	3	100%
Total	3	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla nos muestra que de las madres que dijeron que conocían que eran los sucedáneos de la leche materna el 100% menciono que eran las leches de formula lo cual deja de lado muchos otros productos que también abarca esta definición.

3.2 MITOS Y CREENCIAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA.

Tabla N° 23 Mitos y creencias sobre la lactancia materna de las entrevistadas.

Indicador	Verdadero		Falso		No sabe		Total
	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	
Mujeres con pecho pequeño no pueden amamantar	7	7.7%	82	90.1 %	2	2.2%	100%
No todas las mujeres producen leche de buena calidad	25	27.4 %	59	64.9 %	7	7.7%	100%
No todas las mujeres producen suficiente leche	57	62.6 %	33	36.3 %	1	1.1%	100%
Mujer que lacta no debe tener relaciones sexuales porque la leche se daña	4	4.4%	74	81.3 %	13	14.3 %	100%
El calostro debe ser desechado por sucio y antihigiénico	7	7.7%	80	87.9 %	4	4.4%	100%
El/la niño/a no debe succionar hasta que la leche salga blanca	16	17.6 %	71	78%	4	4.4%	100%
Las madres que dan de amamantar se les arruinan los pechos	19	20.9 %	71	78%	1	1.1%	100%
Una vez que se interrumpe la lactancia no se puede volver amamantar	36	39.6 %	40	43.9 %	15	16.5 %	100%
Se debe dejar de amamantar al/la niño/a cuando comienza a caminar	12	13.2 %	77	84.6 %	2	2.2%	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla anterior muestra el resultado de las diferentes respuestas que dieron las madres entrevistadas sobre algunos mitos que se les preguntaron, el mito que más prevalece es el de que no todas las madres producen leche suficiente con un 62.6% que mencionaron que era verdadero, seguido del que hace mención a que las madres que interrumpen la lactancia no pueden volver a amamantar con un

39.6% y en menor porcentaje con el 4% esta las mujer que lacta no debe tener relaciones sexo-coitales porque se les arruina la leche con un 4%.

4. FACTOR ECONOMICO.

Tabla N°24 Ocupación de las madres.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	72	79%
Vendedora	5	6%
Estudiante	4	5%
Tortillera	2	2%
Enfermera	1	1%
Panadera	1	1%
Artesana	1	1%
Domestica	1	1%
Secretaria	1	1%
Costurera	1	1%
Niñera	1	1%
Cajera de supermercado	1	1%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Entre las ocupaciones que las madres desempeñan están con un 79% son amas de casa, el 6% son vendedoras, el 5% corresponde a madres estudiantes, el 2% se dedican a la tortillería y el 1% son enfermeras, panadera, artesana, domestica, secretaria, costurera, niñera y cajera de supermercado.

Tabla N° 25 Tipo de trabajo que poseen las entrevistadas.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Formal	6	6.6%
Informal	17	18.7%
No remunerado	68	74.7%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Del total de las madres entrevistadas se puede ver que la mayoría de ellas poseen un trabajo no remunerado como amas de casa que se refleja en un 74.7% y en menor porcentaje se encuentran las que cuentan con trabajo formal los cuales son enfermera, secretaria, cajera de supermercado y panadera con un 6.6%.

Tabla N° 26 Horas de trabajo realizadas fuera de casa.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
2 horas	1	4.3%
3 horas	2	8.7%
4 horas	2	8.7%
5 horas	2	8.7%
6 horas	2	8.7%
8 horas	8	35%
9 horas	2	8.7%
10 horas	1	4.3%
11 horas	1	4.3%
17 horas	1	4.3%
24 horas	1	4.3%
Total	23	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Del total de madres que poseen un trabajo tanto formal como informal la gran mayoría con un 35% realiza 8 horas de trabajo fuera de la casa y con mínimo porcentaje se encuentra 24, 2, 11, 10 y 17 horas con un 4.3%.

Tabla N° 27 Horas de trabajo realizadas dentro de la casa.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
2 horas	6	6.6%
3 horas	5	5.5%
4 horas	6	6.6%
5 horas	9	9.9%
6 horas	11	12.1%
7 horas	2	2.2%
8 horas	23	25.2%
9 horas	2	2.2%
10 horas	10	11%
12 horas	10	11%
15 horas	1	1.1%
16 horas	2	2.2%
17 horas	1	1.1%
18 horas	3	3.3%
Total	23	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En la tabla anterior podemos observar que la mayoría de las madres entrevistadas realizan 8 horas de trabajo en casa seguida de 6 horas con 12.1%

contando que algunas de ellas son madres que ya han realizado aparte de las horas en casa horas fuera de ella, en menor porcentaje con 1.1% se encuentran 17 y 15 horas.

Tabla N° 28 Numero de Canasta básica que cubren con el ingreso familiar mensual.

Indicador	Área urbana		Área rural	
	Fa	F%	Fa	F%
Menos de una canasta básica	24	26.4%	1	1.1%
Una canasta básica	36	39.5%	-	-
Dos canasta básica	13	14.3%	-	-
Más de dos canasta básica	9	9.9%	-	-
No sabe	8	8.8%	-	-
Total	90	98.9%	1	1.1%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La canasta básica urbana se encuentra entre los \$ 175 a \$193 y rural entre \$122 a \$139, en la tabla anterior se puede ver que la mayoría de mujeres entrevistadas tiene ingresos de una canasta básica urbana o menos de una con un 39.5% y 26.4% respectivamente y con menor porcentaje se encuentra las que desconocen de cuanto es el ingreso económico en su familia con un 8.8% y el 1.1% posee menos de una canasta básica del área rural.

Tabla N° 29 Persona que administra los recursos en el hogar.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	23	25.3%
Ambos	46	50.5%
Madre entrevistada	19	20.9%
Otro	3	3.3%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En la tabla anterior se puede observar que la mayoría de recursos son administrados por ambos tanto la madre como el padre con un 50.5%, seguido con un 25.3% que son manejados solo por la pareja de la entrevistada y en menor porcentaje se encuentra administrado por otra persona las cuales mencionaron que eran tía y papa de las madres con un 3.3%

Tabla N° 30 Adquisición de sucedáneos de la leche materna.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
SI	34	37.4%
NO	57	62.6%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Se puede observar en la tabla que del total de madres entrevistadas el 37.4% de ellas compran algún tipo de sucedáneo de la leche materna lo cual es un porcentaje bastante significativo.

Tabla N° 31 Tipo de sucedáneo de la leche materna que adquieren.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Fórmulas lácteas	30	39.5%
Cereales	16	21.1%
Preparaciones para bebé	9	11.8%
Alimentos procesados	9	11.8%
Biberones	11	14.5%
Otros	1	1.3%
Atol	1	-
Total	77	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla nos muestra que lo que compran en mayor cantidad son las leches de formula con un 39.5% seguidas de los cereales para bebés con un 21.1% y en menor medida se encuentran los ateles con 1.3%.

Tabla N° 32 Cantidad de dinero invertido mensualmente en sucedáneos de la leche materna.

Cantidad de dinero	Fórmulas lácteas		Cereales		Preparaciones para bebés		Alimentos procesados		Biberones		otros	
	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%
\$5-15	8	26.7%	11	68.7%	6	75%	7	87.5%	6	85.7%	4	100%
\$20-40	13	43.3%	5	31.3%	2	25%	1	12.5%	1	12.5%	-	-
\$45-60	2	6.7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
\$65-90	2	6.7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
\$100-150	5	16.6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	30	100%	16	100%	8	100%	8	100%	7	100%	4	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Como se puede observar se muestra la cantidad de dinero que invierten las madres que adquieren sucedáneos de la leche materna, en el cual la mayoría lo que compra son fórmulas lácteas e invierten cantidad elevadas de dinero hasta 100 a 150 dólares mensuales, y en los otros productos también hay gastos significativos mensualmente de 20 a 40 dólares.

5. PRACTICAS DEL DESTETE PRECOZ.

Tabla N° 33 Edad hasta la cual se brindó lactancia materna exclusiva.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
1 mes	1	1.2%
2 meses	4	4.6%
3 meses	11	12.8%
4 meses	4	4.6%
5 meses	3	3.5%
6 meses	60	69.8%
7 meses	1	1.2%
8 meses	2	2.3%
Total	86	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En la tabla podemos ver a qué edad finalizo la lactancia materna exclusiva en los/as niños/as de las madres entrevistadas, la gran mayoría con un 69.8% lo llevo a cabo hasta los 6 meses sin embargo hay un porcentaje de 26.7%

que fue llevado a cabo hasta antes del tiempo adecuado ya que se realizó a 1, 2, 3, 4, y 5 meses.

Tabla N° 33.1 Edad a la cual se implementó lactancia complementaria.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Recién Nacido	1	1.1%
1 mes	1	1.1%
3 meses	8	8.8%
4 meses	4	4.4%
5 meses	4	4.4%
6 meses	63	69.2%
7 meses	1	1.1%
8 meses	7	7.7%
1 año	2	2.2%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La edad adecuada para la ablactación es a los 6 meses y para introducir cualquier otro tipo de leche de formula o sucedáneo de la misma sin embargo la tabla anterior muestra la edad a la que se implementó este tipo de lactancia es con un 19.8% antes de la edad a adecuada las cuales fueron: Recién Nacido, 1, 3, 4 y 5 meses; con un mayor porcentaje del 69.2% se encuentran las que fueron a los 6 meses.

Tabla N° 33.2 Edad a la cual se implementó lactancia predominante.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
1 mes	2	16.7%
2 meses	3	25%
3 meses	3	25%
4 meses	2	16.7%
6 meses	2	16.7%
Total	12	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En la tabla podemos ver a qué edad se implementó la lactancia predominante en la cual se les brinda algún tipo de líquido o agua aparte de la lactancia materna, en la mayoría fue menor de 6m lo cual no es adecuado y solo el 16.7% lo realizo a los 6 meses.

Tabla N° 34 Tipo de alimentos con el que inicio la ablactación.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Puré de frutas y verduras	84	41.4%
Sopas	26	12.8%
Frijoles	14	6.9%
Pan y café	2	1.0%
Cereal	20	9.9%
Lácteos	9	4.4%
Colados para bebés	17	8.4%
Huevo	6	2.9%
Plátano	8	3.9%
Pollo	5	2.5%
Jugos naturales	11	5.4%
Hígado	1	0.5%
Total	203	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla nos muestra los alimentos con los que las madres iniciaron la ablactación de sus hijos/as y como se observa el mayor porcentaje lo hizo con purés de frutas y verduras lo cual es lo adecuado y en menor porcentaje está el huevo con 2.9%, hígado con 0.5% pan y café con 1% que con alimentos no adecuados para esta etapa.

Tabla N° 34.1 Tipo de leche utilizada durante la ablactación.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Bebelac	4	18.2%
Infamil	1	4.5%
Australian entera	2	9.1%
Similac	3	13.6%
Nutrilon	2	9.1%
NAN	2	9.1%
Nido crecimiento	5	22.8%
Nestogeno	2	9.1%
Nido entera	1	4.5%
Total	22	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Las leches que usaron las mamás durante la ablactación nos muestran que muchas no utilizaron las ideales ya que brindaron una leche entera con un 36.4% y los niños/as no estaban preparados para poder ingerirla, sin embargo el demás porcentaje si introdujo una leche de fórmula idónea.

Tabla N° 35 Edad a la que se llevó a cabo el destete.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 6 meses	9	9.9%
De 6m a menor de 1 año	13	14.3%
De 1 año a 1 año 6m	23	25.3%
De 1 año 6m a menor de 2 años	46	50.5%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En la tabla se puede ver que la mayoría de las madres destetaron a sus hijos/as entre el año 6 meses y antes de los 2 años, pero sin embargo hay un porcentaje significativo del 9.9% que desteto antes de los 6 meses.

Tabla N° 36 Tipo de destete que se llevó a cabo.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Abrupto	47	51.6%
Planeado	29	31.9%
Parcial	6	6.6%
Natural	9	9.9%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla anterior nos muestra que la mayoría de las madres realizo un destete abrupto el cual fue de un momento a otro en el cual se quitó el pecho por completo con un 51.6% y solo el 9.9% fue de forma natural que el niño/a lo dejo.

Tabla N° 37 Practicas con las que se destetaron a los/as niños/as.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Reducir las mamadas	24	21.9%
Colocar café sobre la mama	9	8.2%
Colocar mostaza sobre la mama	8	7.3%
Colocar sábila sobre la mama	3	2.7%
Colocar mayonesa sobre la mama	2	1.8%
Colocar pasta de dientes sobre la mama	3	2.7%
Colocar chile sobre la mama	1	0.9%
Colocar pimienta sobre la mama	1	0.9%
Colocar pintura de dedo sobre la mama	1	0.9%
Colocar sal sobre la mama	1	0.9%
Colocar limón sobre la mama	1	0.9%
Pintar el pezón con esmalte	1	0.9%
Darle más comida	10	9.1%
Evitar al niño/a	1	0.9%
Darle pacha	41	37.3%
Ponerlo/a a jugar	1	0.9%
Darle la leche en taza	2	1.8%
Total	110	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla muestra las acciones que llevan a cabo las madres para destetar a sus hijos/as y en mayor porcentaje con 37.3% la acción que más realizan es la introducción de la pacha, seguido con un 21.9% las que reducen las mamadas y en menor porcentaje están las que se aplican diversas sustancias sobre la mama o el pezón para que el niño/a deje el pecho. .

Tabla N° 38 Origen del destete.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Madre	71	78%
Hijo/a	20	22%
Total	91	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: Se preguntó debido a quien se originó el destete y en mayor porcentaje se observa que la causa es debida a la madre con un 78% y con un 22% el/la hijo/a.

Tabla N° 39 Causa del destete relacionada a la madre

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Causas biológicas		34.6%
Nuevo embarazo	21	26.9%
Infección materna	4	5.1%
Uso de ACO	2	2.6%
Causas socio-culturales		50%
No le bajaba suficiente leche	9	11.4%
Bajó demasiado de peso	4	5.1%
Pensaba que el niño ya estaba grande	6	7.7%
No quería darle	2	2.6%
Madre recluida	1	1.3%
Se fue de viaje	2	2.6%
Quería darle más comida	1	1.3%
Pensó que era suficiente	1	1.3%
Le comenzó a dar más pacha	2	2.6%
Se le iba a arruinar los dientes	1	1.3%
Enfermedad del hermano	1	1.3%
Mordía los pechos	2	2.6%
El/la niño/a no quería comer	4	5.1%
Medico dijo que estaba grande	3	3.8%
Causas económicas		15.4%
Estudio de la madre	2	2.6%
Reincorporación al trabajo	10	12.8%
Total	78	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: En la tabla anterior se puede ver el resultado de las causas por parte de la madre que llevaron a un destete precoz, las cuales están divididas por factores y en mayor porcentaje están con 50% las causas socio-culturales, sin embargo la causa

que tiene el mayor porcentaje esta un nuevo embarazo que corresponde al factor biológico con un 28%.

Tabla N° 39.1 Causas del destete relacionadas al/la hijo/a

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Causa biológica		100%
Niño/a ingresado/a	1	7.7%
Destete natural por parte del niño	12	92.3%
Total	13	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años que asisten a la UCSF Ciudad Delgado en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

Interpretación: La tabla muestra las respuestas que dieron las madres sobre las causas relacionadas con los/as hijos/as al momento del destete el 100% de ellas son de origen biológico, la que más destaca es porque ellos/as dejaron de mamar lo cual es un destete natural con un 92.3% y en menor porcentaje con un 7.7% está un niño que estuvo ingresado.

CAPITULO VI

ANALISIS DE

RESULTADOS

6.1 ANALISIS DE RESULTADOS.

Por medio de la recolección y posteriormente el procesamiento de datos de la investigación sobre “Factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los/as niños/as menores de 5 años, estudio realizado en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Ciudad Delgado, en el periodo de marzo a noviembre de 2015”. Se contó con una muestra de 91 madres de las que asistieron a este centro de salud, por lo tanto el grupo ejecutor llegó al siguiente análisis:

La edad de las madres participantes se encuentran en una edad reproductiva adecuada ya que la mayoría de ellas está ubicada arriba de los 20 años lo que nos indica que no son madres adolescentes y que son aptas para poder tener a sus hijos/as porque están biológicamente más preparadas; con respecto a las edades actuales de los/as niños/as todos son menores de cinco años así como está contemplado en los criterios de inclusión y todos han sido destetados antes de los dos años de edad.

El área de procedencia de las unidades de análisis casi en su totalidad es urbana se puede decir que el residir en dicha zona es un beneficio ya que le facilita el acceso a los servicios básicos y tan solo una de ellas vive en el área rural, el estado civil de ellas corresponde en más de la mitad a la unión estable, la tercera parte son casadas y la décima parte solteras; en cuanto a su ocupación más de tres cuartas partes son amas de casa, menos de la décima parte son comerciantes o vendedoras y estudiantes; lo que nos muestra que la mayoría de ellas realizan trabajo no remunerado y debido a su estado civil se sostienen con el salario que su pareja gana y las estudiantes con lo que su familia les provee lo que las puede limitar en cuanto al ingreso económico y afectar las practicas alimenticias que puedan tener sus hijos/as.

El nivel académico se vincula de alguna forma con las prácticas y conocimientos que puedan tener y desarrollar las madres con sus hijos/as en el tema de la lactancia materna, sin embargo un poco más de la mitad de las entrevistadas

posee un nivel de bachillerato y aun así desconocen mucho sobre lactancia, un tercio de ellas curso hasta secundaria, y menos de la décima parte cursó o cursa una carrera universitaria, llevo hasta primaria y es analfabeta. El nivel académico que ellas poseen también puede estar relacionado a su ocupación ya que la gran mayoría son amas de casa; si bien es cierto en el estudio gran parte de las madres son bachilleres pero actualmente las exigencias laborales piden un nivel académico superior, por lo tanto no acceden a un trabajo de mejor calidad y remunerado.

Factores socioculturales

Los factores socioculturales son de suma importancia porque pueden influir de forma positiva o negativa en las prácticas y conocimientos que tengan las madres.

Con lo anterior la familia es un importante agente socializador que debe generar un ambiente que garantice condiciones adecuadas para un buen desarrollo y crecimientos de los/as niños/as, hay diversos tipos de familia; la mayoría de las participantes poseen una familia nuclear y una tercera parte pertenece a una familia extensa y menos de la quinta parte son monoparentales. El hecho de que la mayoría de las madres provienen de una familia nuclear no garantiza el involucramiento de la pareja en los aspectos de la lactancia materna debido a que ellos generan el aporte económico y culturalmente se desligan del trabajo reproductivo.

En los factores socioculturales es importante analizar los conocimientos que poseen las madres acerca de diversos temas de la lactancia materna ya que esto puede ser un indicador ideal para identificar las razones por las que se tienen prácticas adecuadas o inadecuadas.

Entre los conocimientos explorados en el estudio están: los tipos de lactancia materna, de los cuales se puede decir que las madres desconocen cuáles son debido a que la mayoría conoce solamente la lactancia materna exclusiva; es la que se brinda desde el nacimiento hasta los seis meses sin incluir ningún tipo de líquido, leche de formula o alimentos, y menos de la quinta parte la predominante

y la décima parte la complementaria; las fases por las que pasa la lactancia materna es otro tema que las madres también desconocen menos de un tercio conoce algún tipo y de estos la mayoría solo mencionaron el calostro y ninguna sabia el tiempo exacto de duración el cual va en los primeros 3 a 4 días, menos de la décima parte de ellas dijeron que era de 1-2 meses y 6 meses que son periodos muy prolongados y la gran mayoría menciona 15 días, entonces las madres no identifican estos períodos los cuales pueden ser de suma importancia ya que según el tipo de leche los componentes van variando para suplir las necesidades de los/as niños/as; atribuyéndole que el calostro ayuda a: facilitar la eliminación del meconio, y ayuda a prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

El tiempo que se debe brindar la lactancia materna exclusiva es un aspecto que las madres si conocen, casi la totalidad mencionó que eran 6 meses, lo cual es el tiempo adecuado sin embargo menos de la décima parte dijo que al año, 4 meses y 3 años los cuales son periodos erróneos y que pueden llevar a las madres a que tengan practicas inadecuadas porque pueden comenzar la ablactación antes de los 6 meses o en caso contrario después de los 6 meses cuando los requerimientos de los/as niños/as son mayores que los que brinda solo la lactancia y los puede predisponer a una alimentación inadecuada.

Sobre los componentes que contiene la leche materna es un tema que las madres desconocen ya que un poco más de la cuarta parte hizo referencia a que contenía vitaminas dato que es correcto pero no identifican más allá del termino general ya que no indican ninguna en específico ni las funciones que estas pueden llevar a cabo, entre otros componentes que mencionaron están minerales, calcio, carbohidratos, potasio, hierro y lactosa; como se puede evidenciar identifican varios componentes pero de forma general esto puede influir de forma negativa porque ellas pueden considerar que: la lactancia materna no cumple la función de hidratar porque no contiene suficiente cantidad de agua o que no posee todos los nutrientes y que existe otra opción como las leches de fórmula que pueden ser mejores y llevarlas a brindar este tipo de líquidos aunque no sean adecuados simplemente por el desconocimiento de los componentes de la leche humana.

La técnica de extracción manual de la leche humana es una buena herramienta para mantener la lactancia materna cuando se tienen que reincorporar al trabajo o el estudio, sin embargo aunque muchas madres indicaron si conocer esta técnica ninguna de ellas puedo describir la técnica completa con cada uno de los pasos solo algunos entre ellos están: debe apretar la mama con las yemas de los dedos y empujar hacia adentro rítmicamente. y repetirlo hasta sacarse la leche, seguido de realizar masaje circular en las mamas antes de la extracción, luego realizar el lavado de mano, uñas y antebrazo con agua y jabón y por ultimo almacenar en un frasco de vidrio esterilizado, pasos tan importantes como dónde y de qué forma se conserva la leche que son esenciales para evitar la contaminación y poder brindar una leche adecuada al/la niño/a son los que desconocen las madres por ello este es un tema que tiene demasiada carencia de conocimiento y es una herramienta vital para mantener la lactancia materna que no se está aprovechando de forma adecuada ya que no se brindan los conocimientos adecuados.

Los tiempos de conservación también son importantes al momento de la extracción de la leche y las madres también lo desconocen, fueron pocas las que dieron respuestas correctas ya que menos de la décima parte menciona que en temperatura ambiente es de 45 minutos y una hora, datos que entran dentro del rango adecuado que es menor de 2 horas, en refrigeración la duración es de hasta 12 horas y un poco más de la décima parte de las madres dio esa respuesta, en congelación la duración es hasta 15 días y ninguna dio la respuesta adecuada sin embargo muchas dieron tiempos erróneos los cuales fueron 1 mes, 6 meses y 3 meses; el riesgo de que las madres que lleven a cabo la extracción de la leche y la conserven de forma adecuada y que no se brinde una leche adecuada a estos niños/as es grande ya que no solo se desconoce la técnica si no también el tiempo adecuado para conservarla.

La posición para amamantar es de suma importancia ya que esto ayuda a que el/la bebe se alimente mejor y la madre este cómoda y así evitar problemas en las mamas, demasiados cólicos en los/as bebés entre otros, sin embargo las unidades de análisis desconocen este tema, cuando se les pide detallarla no

mencionan los signos y pasos en su totalidad ya que solo indican uno o dos parámetros a tomar en cuenta los que indicaron en mayor proporción fueron con respecto a la posición del/la bebé, que se debe colocar al/la niño/a de frente al pecho, con su labio superior a la altura del pezón y que el/la niño/a no este demasiado alto; referente a la posición correcta de la madre que debe estar sentada, acostada o parada, seguido de que debe estar relajada y cómoda y que deben acercar el/la niño/a al pecho y no inclinarse; con respecto al agarre correcto del pecho, que los labios deben estar doblados hacia afuera y el inferior evertido, seguido de que debe verse más la areola de arriba que de abajo; con estos datos se puede determinar cómo se menciona al inicio que desconocen enormemente este tema y esto afecta al momento de dar de amamantar ya que el/la niño/a su niño/a no se alimenta adecuadamente y ellas piensan que no producen suficiente leche o les lastiman los pechos y disminuyen las tomas y de esa forma limitan de este alimento a sus hijos/as.

El brindar lactancia materna tiene beneficios tanto para la madre como para el/la niño/a sin embargo las madres no identifican todos los beneficios que esta brinda. Entre los beneficios que ellas logran identificar están: que proveen anticuerpos necesarios para que esté protegido de infecciones y enfermedades, seguido de padece menos de enfermedades gastrointestinales y de vías respiratorias y que ayuda a la unión madre hijo, son muy pocos a los que hacen referencia la mayoría y dejan de lado beneficios como favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, que contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal y de dientes sanos, entre otros.

Con respecto a los beneficios para las madres los que más mencionaron son: que ayuda a disminuir el riesgo de cáncer de mama, que ayuda a recuperar la figura, que disminuye el gasto económico y que ayuda a que el útero se contraiga y disminuya el sangrado y de igual forma no identifican beneficios como: mejor estabilidad emocional, menor riesgo de cáncer de ovario, menor riesgo de osteoporosis, fracturas de cadera y columna, prevención de la anemia, entre otros; la proporción indico conocer acerca de los beneficios fue grande en ambas sin

embargo hay muchas al pedir que los detallan se muestra que los desconocen en su totalidad y algunas solo conocen uno o dos de todos ellos, esto influye de gran medida en la práctica que ellas tengan con sus hijos/as ya que si conocen que el brindar lactancia les trae múltiples beneficios a ambos ellas mantuvieran posiblemente la lactancia por el tiempo adecuado que se debe brindar sin embargo no es así debido a la falta de conocimiento acerca de este tema y su importancia y esto repercute en la salud de los/as niños/as.

El destete es el dejar de brindar lactancia materna de forma definitiva antes de los seis meses de forma exclusiva y antes de los dos años de manera complementaria. y menos de la tercera parte conoce que es el destete ya que hace referencia al concepto anterior.

Además la mayoría de las madres entrevistadas si conocen la edad adecuada para llevar a cabo el destete de la lactancia complementaria, expresando que se tiene que realizar a los 2 años. Se puede decir que una gran proporción de las participantes si saben la edad aconsejable para llevar a cabo el destete de la lactancia complementaria, tal y como lo establece la Academia Americana de Pediatría (AAP) en su nueva declaración de 1997 y la OMS recomiendan unos tiempos mínimos de duración de la lactancia materna a partir de los dos años.

Uno de los factores socioculturales que influye sobre todo la lactancia materna son los mitos y creencias que se tienen en este tema, con este estudio se evidencia que un poco más de la mitad de la población en estudio mencionan que “No todas las mujeres producen suficiente leche”, una quinta parte aseveran “Una vez que se interrumpe la lactancia no se puede volver amamantar”, un poco menos de la mitad manifiestan que “Las madres que dan de amamantar se les arruinan los pechos”, una cuarta parte de ellas creen que “No todas las mujeres producen leche de buena calidad”, quiere decir que la población de madres entrevistadas aún creen en estos mitos, los aspectos culturales basados más en la tradición oral que en el conocimiento científico tienen una fuerte influencia en ellas y puede afectar en una lactancia materna exitosa en los primeros 6 meses de vida del/a niño/a.

Factor económico

En cuanto al tipo de trabajo que poseen las madres la mayoría de ellas tienen un trabajo no remunerado ya que son amas de casa, y en menor proporción tienen un trabajo informal es decir que se dedican a ser comerciantes o tienen negocio propio. Por lo tanto la mayoría de ellas tienen que depender de su pareja, o ya sea de otro miembro de su familia. Sin embargo las horas de trabajo que realizan fuera de la casa aquellas madres que poseen un trabajo formal o informal, un poco menos de la mitad de ellas labora 8 horas, y la décima parte trabaja 3, 4,5 y 6 horas. Además de las madres que tienen un trabajo no remunerado y las que si poseen un ingreso económico también realizan horas de trabajo dentro de casa como es el oficio doméstico, alimentar y atender a su hijos/as y su pareja.

También se investigó el número de canastas básicas que hacer referencia a la sumatoria del costo de las mismas en base a lo que cubren con el ingreso familiar mensual tomando en cuenta que el valor de la canasta básica en el área urbana es de \$175 a \$193 por lo que un poco menos de la mitad de las madres alcanzan a cubrir una canasta básica, una cuarta parte de la unidades de análisis cubre menos de una canasta básica, y casi una décima parte cubre más de dos canastas básicas, esto nos muestra que la mayoría de las familias sobreviven con un ingreso económico mínimo teniendo en cuenta que se tienen que solventar muchas necesidades como la alimentación, pago de servicios básicos, vestuario, etc. Este ingreso económico podemos decir que es administrado ya sea por la madre entrevistada y su pareja en la mitad de los casos. Es paradójico que con un ingreso económico mínimo como se muestra anteriormente que solo apenas cubre una canasta básica las madres y su pareja opten por comprar algún tipo de sucedáneo de la leche materna ya que la lactancia materna ofrece un ahorro económico a los bolsillos de las familias.

Además se indago sobre si la madre compra algún sucedáneo de la leche materna por lo que un poco más de la mitad de ellas manifestaba que no compraba. Un poco más de la mitad de la población en estudio compran algún tipo de sucedáneo y el que la más adquieren son las fórmulas lácteas. Esto nos muestra que a pesar

que hay un Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en el que promueve y apoya la lactancia materna y además regula ya sea la venta, distribución y promoción de dicho sucedáneos las madres y padres de familia siempre adquieren estos tipos de sucedáneos sabiendo que la lactancia materna exclusiva es alimento primordial para las/os niñas/os y que es lo único que le aportará anticuerpos y así evitar que se enfermen en los primeros años de vida. El adquirir mensualmente un sucedáneo de la leche materna genera un gasto económico considerable, ya que un poco menos de la mitad de las madres que compran fórmulas lácteas y gasta de \$20 a \$40 y una cuarta parte de la población invierte de \$100 a \$150.

Prácticas del destete precoz

Con respecto a los tiempos que duro cada tipo de lactancia se obtuvo que un poco más de la mitad de las madres llevaron a cabo la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y una décima parte fue hasta los 3 meses; quiere decir que la mayoría de las madres entrevistadas si pusieron en práctica en sus hijos e hijas la lactancia materna exclusiva tal y como lo señala la OMS y UNICEF en que lactancia materna exclusiva tiene que ser durante los primeros 6 meses de vida (180 días). En relación con lo anterior la mayoría de las madres brindaron lactancia materna complementaria a partir de los 6 meses, y una mínima proporción lo hizo a partir desde los 3 meses y 8 meses. Pero el estudio evidencia que aun así hubo inicios tempranos de la lactancia materna complementaria siendo una décima parte que se llevó a cabo antes del tiempo establecido, lo que pone en riesgo la salud de los niños y niñas ya que su organismo no está preparado para poder recibir alimentos o líquidos antes de los 6 meses por que no se encuentra totalmente maduro, lo que puede provocar reacciones alérgicas, intolerancia al alimento brindado, entre otros.

Por lo tanto las participantes en su mayoría si inicio una alimentación complementaria a partir de los 6 meses que es el tiempo de vida en que el/a niño/a necesitara más energía y nutrientes por lo que ya no bastara solo con el pecho sino que con alimentos. Al explorar sobre la lactancia materna

predominante una décima parte de la población lo realizaron antes de los 6 meses y según la edad que se introdujo, una cuarta parte de las madres lo hicieron a los 2 y 3 meses. Sumado a lo anterior hay que recordar que la lactancia materna predominante se introduce agua y al mismo tiempo el pecho materno, esto puede deberse a que las madres consideran que sus hijos/as necesitan agua, y según bases científicas la leche materna contiene el agua suficiente para hidratar a los/as lactantes. Los tipos de alimentos que se debe iniciar en la ablactación, de las madres entrevistadas un poco menos de la mitad manifestaron que lo hicieron con puré de frutas y verduras, una décima parte lo realizó con sopas, cereal, alimentos procesados (Gerber) y una mínima proporción frijoles molidos y huevo. Podemos decir que la mayoría de las madres hicieron una buena ablactación. Es importante que el inicio de la ablactación tiene que ser gradual y con alimentos seguros por eso se recomienda con alimentos de consistencia blanda sobre todo verduras y frutas verificando que el niño/a no presente una reacción alérgica, también es importante que las proteínas no se introduzcan a los 6 meses sino hasta los 8 meses así como lo recomienda los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de niñas y niños menores de 5 años. Sin embargo una mínima proporción introdujeron leche entera, utilizando nido crecimiento; el consumir leche entera provoca enfermedades gastrointestinales, infecciones en las vías respiratorias que pueden ser recurrentes. Se indagó la edad en que la madre llevó a cabo el destete por lo que la mitad fue de 1 año 6 meses y antes de los 2 años, una cuarta parte de 1 año a 1 año 6 meses y una décima parte fueron de 6 meses a menor de 1 año y fue menor de 6 meses.

Se puede evidenciar que el cien por ciento de las madres realizó el destete de lactancia complementaria antes de que su hijo/a cumpliera los dos años de edad. Como la teoría lo establece el destete puede llevarse a cabo desde los 2 años, pero aun así es preocupante ya que casi una décima parte de madres destetaron a sus hijos/as antes de los 6 meses siendo este periodo esencial que el/a niño/a solo debe ser alimentado con leche materna, esto genera una violación de derechos para la población infantil tal como lo contempla la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.

El tipo de destete que la madre implemento para su hijo/a la mitad de la población fue destete abrupto, y menos de la mitad fue planeado, y una décima parte fue natural y parcial. El destete abrupto es el que más optan las madres y es el menos indicado para este proceso ya que es sin preparación ni previo aviso y puede afectar emocionalmente al/a niño/a. La forma en que destetaron las madres es decir las prácticas que desarrollaron, una cuarta parte fue reducir el número de mamadas, un poco menos de la mitad introdujeron pachas, una décima parte dieron más comida, colocaron café en los pezones, aplicaron mostaza en los pezones, y una quinta parte colocaron sábila en pezones, pasta de dientes; aplicaron mayonesa en los pechos y una mínima proporción colocaron chile, pimienta, pintura de dedo, sal, limón y esmalte de uña.

En cuanto al origen del destete, al explorar con las mamás entrevistadas se evidencia que tres cuartas partes fueron debido a la madre y una cuarta parte es por el hijo/a. Las causas del destete relacionada a la madre se pueden mencionar que la mitad son causas socioculturales ya que con una décima parte es porque a la madre no le bajaba suficiente leche o pensaba que el/a niño/a estaba suficiente grande; en menor proporción las madres manifestaban que quería darle más comida o porque se le iban arruinar los dientes. Se puede decir que las causas socioculturales con respecto a la práctica del destete se realizan por falta de información sobre la lactancia materna así como también la influencia de mitos y creencias que se tiene sobre este tema. Un poco más de la cuarta parte el destete es llevado a cabo por factores biológicos indicando la madre que es por un nuevo embarazo. Y en cuanto a las causas económicas que corresponde a una décima parte es debido por la reincorporación al trabajo. En cuanto a las causas del destete relacionado al/a hijo/a él cien por ciento es por causa biológica siendo el destete natural por parte del/a niño/a.

CAPITULO

VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos durante el estudio se lograron el cumplimiento de los objetivos, por ello el grupo investigador llegó a las siguientes conclusiones:

- Según la investigación se evidencia que el cien por ciento de las unidades de análisis realizó el destete a sus hijos/as antes de los dos años y el rango de edad que más predominó en este proceso fue de un año seis meses.
- Las prácticas utilizadas de mayor a menor frecuencia por las madres para que su hijo/a sea destetado son: introducción de biberón, disminuir la frecuencia de mamadas, aumentar la frecuencia de comida, aplicación de sustancias naturales en los pezones como: café, mostaza, sábila, chile, pimienta, mayonesa; aplicación de sustancias químicas en pezones: pasta de diente, pintura de dedo y esmalte de uña.
- Entre los factores socioculturales que influyen en la práctica del destete se encuentran: la falta de información que tienen las madres sobre la lactancia materna ya que en el estudio muestra que ellas poseen poco conocimiento, además los mitos y creencias que se tienen sobre la lactancia materna ya que estos fueron los que más predominaron en las causas de destetes relacionados con las madres.
- Basado en las dimensiones abordadas en el factor económico, se determinó que influye directamente en la práctica del destete precoz exclusivamente a las madres que se reincorporan al trabajo o retoman sus actividades académicas.

7.2 RECOMENDACIONES

Como investigadoras según los resultados y las conclusiones a las que se llegaron se brindan las siguientes recomendaciones:

- Brindar talleres y círculos de testimonio de madres sobre la lactancia materna y mitos alrededor de la misma por parte de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar a las madres gestantes para que puedan obtener los conocimientos adecuados para cuando tengan a su hijo/a.
- Proporcionar a las madres la consejería adecuada sobre la edad adecuada del destete.
- Elaborar material educativo como guías, láminas y metodologías adecuadas que ayuden a las madres y sean de apoyo para el personal de salud y que puedan brindar la información adecuada sobre destete.
- Realizar entregas educativas con las madres de control infantil sobre las prácticas recomendadas para llevar a cabo el destete para que no sea un proceso traumático ni para la madre ni para el/la niño/a.
- Que el personal de salud se encargue de captar a madres que deben reincorporar a su trabajo o estudio para que puedan mostrar la técnica adecuada de extracción manual de la leche humana ordeñada cruda y su conservación, promoviendo la creación de bancos de leche en casa como herramienta para que no afecte en la continuidad de la lactancia y no se deba destetar antes del tiempo adecuado a los/as niños/as.

CRONOGRAMA

	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	1 s e m	2 s e m	3 s e m	4 s e m	1 s e m	2 s e m	3 s e m	4 s e m	1 s e m	2 s e m	3 s e m	4 s e m	1 s e m	2 s e m	3 s e m	4 s e m	1 s e m	2 s e m	3 s e m	4 s e m	1 s e m	2 s e m	3 s e m	4 s e m	1 s e m	2 s e m	3 s e m	4 s e m	1 s e m	2 s e m	3 s e m	4 s e m				
Asesoría de primer borrador con docente asesora.	X	X	X	X																																
Asesoría de segundo borrador con docente asesora.					X	X	X	X																												
Asesoría de tercer borrador con docente asesora.									X	X	X	X																								
Última asesoría del protocolo final.													X	X	X	X																				
Remitir protocolo calificado por la docente asesora a coordinación general de procesos de																																				

PRESUPUESTO

CATEGORIA DEL GASTO	TOTAL
Rubro A	
Personal (sueldos y beneficio)	\$6.00 por hora
Total	\$ 1056.00
Rubro B	
Asistencia técnica	\$10.00 por hora
Viajes del personal	\$5.00 por persona.
Total	\$550.00
Rubro C	
Equipos y otros activos	
Equipos de computadora y software Computadora hp	\$300.00
Total	\$300.00
Rubro D	
Publicaciones (impresión y diseño)	\$250.00
Documentación (redacción y revisión)	\$200.00
Total	\$450.00
Rubro E	
Materiales y suministros	\$ 230.00
Total	\$ 230.00
Rubro F	
Tiempo del personal para la recolección y procesamiento de datos:	
Desarrollo de recolección de datos	\$250.00
Desarrollo de procesamiento de datos.	\$250.00
Análisis de datos	\$250.00
Fotocopias o replicación de instrumentos	\$200.00
Total	\$950.00
Rubro G	
Imprevistos	10%
Costos totales:	\$3546.00

BIBLIOGRAFIA

- Organización Mundial para la Salud, Organización Panamericana para la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C. 2010.
- Organización Mundial de la Salud. Banco de Datos Mundial sobre el lactante y alimentación del niño/a. 2009.
- Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL. 2008
- Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la evaluación del estado nutricional en el ciclo de vida y desarrollo en la niñez y adolescencia. 2013.
- C Shellhorn, V Valdés. Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995
- Natalbe lactancia.com[Internet]. Madrid. [Actualizado 2014; citado abril de 2015] Disponible en: http://www.natalbenlactancia.com/beneficios_madre.
- Blázquez, M. Ventajas de la Lactancia Materna. Rev. Med. Naturista. 2000
- Equipo de profesionales de la Clínica de Lactancia de la Universidad Católica. Extracción de leche materna cuando la madre trabaja separada de su niño. Perú. 1998.

- Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la implementación de los Bancos de Leche Humana. Año 2013.
- Dina Mohamed, Silvia Alcolea Flores. Guía para una lactancia materna feliz. Alcalá, Madrid; 2010 Susana Cano Serrano. UNICEF.
- Cano Serrano S. Diversidad Cultural y Lactancia Materna Mitos y Realidades. Barcelona. 2011.
- María Elena Romero Roy, José Francisco Jimeno Salgado. El destete natural Medicina Naturista. 2006, N° 10.
- Multilacta [internet]. Madrid. 2007 [Actualizado 12 de abril de 2012; citado Abril de 2015] Disponible en: <http://blog.multilacta.org/2012/04/el-destete-i.html>.
- Froehlich E. Artículo: "Algunas ideas sobre el destete". League International. N° 125. Sp. Revised 1977. Translated 1978.
- Menchu T, Osegueda O. La canasta básica de alimentos en Centro América. Guatemala.2002
- OMS, UNICEF. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.1981. www.unicef.org/.../Codigo Intl Comercializacion Sucedaneos Leche
- UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño.1989.

- Declaración de innocenti. Sobre la Protección, promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, Florencia, Italia. 1 de Agosto de 1990. http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html
- UNICEF. Sesión Especial en favor de la Infancia de las Naciones Unidas. 1990.
- World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Conferencia Internacional de Nutrición, Roma; diciembre de 1992.
- Constitución de la Republica de El Salvador. Publicado en el Diario Oficial N° 234, Tomo N°281, 16 de diciembre de 1986.
- Código de Trabajo. Publicado en el Diario Oficial N° 12, Tomo N°402, 21 de enero de 2014.
- Política nacional de salud 2009 – 2014. Publicado en el Diario Oficial N°33, Tomo N°386,miércoles 17 de febrero de 2010
- Política de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Ministerio de Salud de El Salvador. Primera edición. agosto de 2011.

ANEXOS



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnología Médica
Licenciatura en Salud Materno Infantil



Objetivo: Recolectar los datos que ayuden a identificar los factores socio-culturales y económicos que influyen en la práctica del destete precoz en los\as niños\as menores de 5 años, estudio a realizar en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de ciudad delgado, en el periodo de marzo a noviembre de 2015.

Fecha: _____ **Hora:** _____ **N° de instrumento:** _____

Nombre de la entrevistadora: _____

Indicaciones: A continuación se le presenta una serie de preguntas, las cuales deberá responder marcando la casilla, la entrevistadora debe realizar el llenado completo de todas las interrogantes que posee el instrumento. Escriba con bolígrafo azul y letra legible.

I. DATOS GENERALES

Edad de la participante. _____
 Lugar de procedencia: urbano _____ rural _____
 Ocupación _____ Estado civil: _____
 Nivel académico: Primaria _____ Secundaria _____ Bachillerato _____ Universidad _____
 Ninguno _____ Alfabeta _____ Analfabeta _____

FACTORES SOCIO-CULTURALES

- 1) ¿Tipo de familia al que pertenece?
 - Nuclear _____
 - Extensa _____
 - Monoparental _____

- 2) ¿Profesa alguna religión?
 SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

CONOCIMIENTOS

- 3) ¿Conoce los tipos de lactancia materna?
 SI _____ NO _____
 ¿Cuáles conoce?
 - Exclusiva _____
 - Complementaria _____
 - Predominante _____
 - Sin lactancia _____

4) ¿Conoce las fases de la leche humana?

SI _____ NO _____

¿Cuáles?

Tipo	conoce	Días de duración
Calostro		
Transición		
Leche madura		

5) ¿Conoce cuánto tiempo debe brindarle solo leche materna a su hijo/a?

SI _____ NO _____ ¿Cuánto? _____

6) ¿Conoce cuánto tiempo debe durar cada toma que brinda a su hijo/a?

SI _____ NO _____ ¿Cuánto? _____

7) ¿Conoce los componentes que tiene la leche humana?

SI _____ NO _____

¿Cuáles?

8) ¿Usted sabe cuál es la técnica de extracción de la leche humana?

SI _____ NO _____

¿Qué conoce?

Pasos	Pasos que conoce
Realizar lavado de manos, uñas y antebrazo con agua y jabón, evitando al máximo cualquier riesgo de contaminar la leche	
Secar las manos con toalla de papel o toallas re-usables limpias	
Realizar masaje circular desde la base de las mamas hacia el pezón con las yemas de los dedos	
Colocar el pulgar e índice en forma de letra "C" en el límite circular de la areola.	
Empujar el pecho haciendo presión hacia atrás en dirección a las costillas.	
Apretar suavemente la mama un dedo contra el otro, repitiendo el movimiento varias veces hasta que la leche comience a salir, exprimiendo todos los depósitos de leche que se encuentren bajo la areola en ambos lados.	
Extraer la leche y eliminar las primeras gotas de cada mama.	
Repetir el movimiento en forma rítmica, rotado la posición de los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas	
Alternar la extracción de cada mama cada cinco minutos o cuando el flujo de leche disminuya. Repetir el masaje y el ciclo tantas veces sea necesario.	
Después de la extracción se debe aplicar una pequeña cantidad de leche sobre los pezones y dejar que sequen al aire.	
Se debe utilizar un frasco de vidrio previamente esterilizado en el	

domicilio, manteniéndolo quince minutos en agua hervida y enfriado a la temperatura ambiental, previa a su uso	
Cada frasco debe ser rotulado con: fecha (día, mes y año) de la primera extracción de leche.	

- 9) ¿Usted conoce los tiempos de conservación de la leche humana ordeñada cruda en diferentes situaciones?

SI ____ NO ____

¿Cuánto?

Ambiente	Tiempo de duración
Temperatura ambiente	
Refrigeración	
Congelación	

- 10) ¿Conoce los signos de buena posición que debe tener la madre?

SI ____ NO ____

¿Cuáles?

Signos	Signos que conoce
La madre sentada, acostada o parada.	
Madre debe estar relajada y cómoda.	
Si da de mamar sentada la espalda debe tener soporte y estar recta.	
Acercarse al niño/a al pecho y no inclinarse hacia él/ella.	

- 11) ¿Conoce cuál es la posición que debe de tener el/la niño/a al momento de amamantar?

SI ____ NO ____

¿Cuál es?

Pasos	Pasos que conoce
Poner al niño al pecho cuando esté tranquilo y no esperar a que esté llorando de hambre, es difícil prenderlo así al pecho.	
Debe tomar el pecho de frente, sin torcer la cara.	
Nunca debe chupar sólo el pezón.	
Debe colocarse frente al pecho con su labio superior a la altura del pezón, y evitar que el niño esté demasiado alto; esto le obliga a flexionar el cuello.	
Si el niño está algo más bajo y pegado a su madre, la cabeza y cuello quedarán extendidos y la nariz libre.	
Si necesita sujetar el pecho porque es demasiado grande, hágalo poniendo la mano en forma de C, con el pulgar encima y los demás dedos por debajo	

- 12) ¿Conoce cuáles son los signos del buen agarre del/la niño/a al momento de amamantar?

SI ____ NO ____

¿Cuál es?

Pasos	Pasos que conoce
Labios doblados hacia fuera, el inferior queda doblado hacia fuera, la barbilla contra el pecho materno.	
Que se vea más areola por encima de la boca que por debajo.	
La nariz apoya ligeramente sobre el pecho, la barbilla presiona el pecho.	
El niño mueve su mandíbula y su oreja, succiona y traga con pausas, además podemos oír cuando traga.	
La lengua está debajo del pecho.	
El pecho se ve redondeado mientras mama el niño.	
El niño suelta el pecho espontáneamente	

13) ¿Conoce los beneficios de la lactancia materna para el/la niño/a?

SI _____ NO _____

¿Cuáles conoce?

Beneficios	Beneficios que conoce
Le proporciona anticuerpos necesarios para que el bebé esté protegido de ciertas infecciones y enfermedades futuras.	
La anemia por carencia de hierro es rara entre los/las niños/las nacidos a término y alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses.	
Los/las niños/las alimentados a pecho presentan menos casos de diarrea, otitis, infecciones gastrointestinales e infecciones de las vías respiratorias.	
Favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, mejorando la capacidad intelectual y la agudeza visual, protege a la niña de posibles alergias	
La succión contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal, ayudando al crecimiento de dientes sanos.	
El contacto de la piel del bebé con la de su madre le va a aportar muchos beneficios ya que el tacto es el sistema sensorial que está más maduro en los primeros meses de vida.	
La lactancia hace que se mantenga la unión entre madre-hijo que se crea durante el embarazo, contribuyendo al equilibrio emocional y afectivo del niño	

Otros:

14) ¿Conoce los beneficios que brinda la lactancia materna para la madre?

SI _____ NO _____

¿Cuáles conoce?

Beneficios	Beneficios que conoce
Menor hemorragia post-parto y mayor rapidez de contracción uterina	
Prevención de la anemia	
Recuperación más rápida de peso y silueta	
Periodo más largo de amenorrea	
Menor riesgo de osteoporosis, fracturas de caderas y columna espinal	
Menor riesgo de cáncer de mama	
Menor riesgo de cáncer de ovario	
El ahorro económico	
Los beneficios emocionales	

Otros:

15) ¿Sabe usted que es el destete?

16) ¿Conoce cuál es la edad adecuada para el destete?

SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

MITOS Y CREENCIAS

17) Marque la casilla correspondiente según la respuesta obtenida.

Mito	Verdadero	Falso	No sabe
Las mujeres con pecho pequeño no pueden amamantar			
No todas las mujeres producen leche de buena calidad			
No todas las mujeres producen leche suficiente para satisfacer al/a bebe.			
La mujer que lacta no puede tener relaciones sexo-coitales porque la leche se daña.			
El calostro debe de ser desechado porque es sucio y antihigiénico			
El/la niño/a no debe de succionar hasta que no salga la leche blanca.			
Las madres dan de mamar se les van a arruinar los pechos.			
Una vez que se interrumpe la lactancia no se puede volver amamantar			
Se debe de dejar de amamantar al/a niño/a cuando empieza a caminar.			

FACTOR ECONÓMICO

18) Tipo de trabajo que posee:

- Formal_____
- Informal_____
- Trabajo no remunerado_____

19) ¿Cuántas horas de trabajo realiza fuera de la casa?

20) ¿Cuántas horas de trabajo realiza dentro de la casa?

21) ¿Su ingreso económico familiar cuantas canastas básicas cubre?

Llenar según el área a la que pertenezca

Valores: área urbana \$175 a \$193, área rural \$122 a \$139		
Canastas que cubre el salario	Área urbana	Área rural
Menos de una		
Una		
Dos		
Más de dos		

22) ¿Quién administra los recursos económicos en el hogar?

- Pareja_____
- Ambos_____
- Madre_____
- Otro miembro de la familia_____ Especifique_____

23) ¿Sabe que es un sucedáneo de la leche?

SI_____ NO_____

¿Qué es?

24) ¿Compran algún tipo de sucedáneo de la leche?

SI_____ NO_____

25) ¿Qué tipo de sucedáneo compran?

- Fórmulas lácteas_____
- Cereales_____
- Preparaciones para bebés(comidas)_____
- Alimentos procesados_____
- Biberones_____
- Otros_____

26) ¿Cuál es la cantidad de dinero que invierten mensualmente en sucedáneos de la lactancia materna?

- Fórmulas lácteas_____
- Cereales_____
- Preparaciones para bebés(comidas)_____
- Alimentos procesados_____
- Biberones_____

Otros_____

PRACTICA DE DESTETE PRECOZ

27) Llene el cuadro según la edad a la que se llevó a cabo cada tipo de lactancia.

Tipo de lactancia	Edad
Exclusiva	
Complementaria	
Predominante	

28) ¿Con qué tipos de alimentos inicio la ablactación?

29) ¿A qué edad llevo a cabo el destete con su hijo/a?

- Menor de seis meses_____
- De seis meses a un año_____
- De un año a un año seis meses_____
- De un año seis meses a dos años_____
- De dos años a mas____

30) ¿Qué tipo de destete realizó?

- Abrupto_____
- Planeado_____
- Parcial_____
- Natural_____

31) Describa el proceso de destete que llevo a cabo:

32) ¿Relacionado a quien fue la causa del destete?

Madre____ Hijo\va____

33) ¿Cuál fue la causa que provoco el destete?
