

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL
ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN USUARIAS DE
LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA
CANTÓN EL NIÑO, SAN MIGUEL Y SANTA ROSA DE LIMA, LA UNIÓN, AÑO
2017.**

PRESENTADO POR:

HUMBERTO FUENTES CRUZ.

HERNÁN ARQUIMIDES VENTURA LAZO.

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA.

DOCENTE ASESOR:

DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO.

NOVIEMBRE DE 2017

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR

DOCTOR MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO
VICERRECTOR ACADEMICO

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RIOS BENITEZ
SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL

LICENCIADA CLAUDIA MARIA MELGAR DE ZAMBRANA
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACION**

**LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNANDEZ
SECRETARIO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ASESORES

DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA METODOLÓGICA

LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ

ASESOR ESTADISTICO.

TRIBUNAL CALIFICADOR

**DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA
PRESIDENTE**

**DOCTOR HENRRY GEOVANNI MATA LAZO
SECRETARIO**

DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO

VOCAL

Se dedica este trabajo:

A DIOS:

Por darme la vida y acompañarme todos los días dándome fuerzas, fe y esperanza en todo momento.

A MIS PADRES:

José Humberto Fuentes Lazo y Sonia del Carmen Cruz, por ser mis guías y ejemplos de vida, quienes han estado conmigo apoyándome, brindándome su apoyo incondicional y por enseñarme a ser una persona con valores.

A MI HERMANO:

Ing. Saúl Fuentes Cruz, por ser consejero y gran apoyo durante todos mis estudios y su apoyo me ha servido para alcanzar este triunfo.

A MIS MAESTROS DOCENTES:

Por su paciencia, esfuerzo y dedicación.

A MIS AMIGOS:

Salomón Guatemala, Eduardo Palucho, Darwin Pereira, Hernán Ventura, Pablo Ortiz, Andrés Orellana, por estar siempre apoyándome y motivándome a superarme y porque me demostraron que los amigos no solo son parte de un club, sino que pueden convertirse en familia, gracias.

Humberto Fuentes Cruz.

DEDICATORIA.

A DIOS:

Silencioso confidente, por brindarme la salud, paciencia y perseverancia requeridas para lograr mis objetivos.

A MI PADRE HERNÁN:

Soporte y fundamento inamovible en mi formación académica, como en la vida y mis valores por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo y dificultades.

A MI MADRE SILVIA:

Por sus consejos, por su motivación constante y por inculcar en mi espíritu esfuerzo y deseo de superación.

A MI HERMANA CINDY:

Cómplice y participe de mis triunfos y mis tropiezos, por su apoyo y su templanza en esos momentos de dificultad en los que fue un bálsamo.

A MIS DOCENTES Y FORMADORES:

Por su paciencia y dedicación para iluminar este largo camino recorrido y marcaron cada etapa de mi formación académica y personal.

A MI FAMILIA:

Por ser apoyo, motivación y consejo en todas aquellas situaciones que fácilmente pudieron causar obstáculos o fracasos en mi formación, siempre atentos a todas mis necesidades para el cumplimiento de mis metas.

A MIS AMIGOS:

Félix, Salomón, Eduardo, Darwin, Humberto, Pablo y Andrés. Pilares en la adversidad y partícipes en mis alegrías, pero sobre todo por ser esa familia que elegí y que volvería a elegir.

Tabla de contenido.	Pág.
Lista de tablas	Pág..... ix
Lista de gráficos	Pág. x
Lista de Figuras.	Pág. xi
Lista de Anexos.	Pág. ... xii
RESUMEN.....	xiii
1. INTRODUCCIÓN.....	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
2.1. Situación problemática.....	15
2.2. Enunciado del problema en estudio.....	16
3. OBJETIVOS.....	17
3.1. Objetivo General.....	17
3.2. Objetivos Específicos.....	17
4. MARCO TÉORICO.....	17
5. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	29
5.1. Hipótesis de trabajo.....	29
5.2. Hipótesis nula.....	29
5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	30
6. DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
6.1. Tipo de estudio.....	32
6.2. Población.....	32
6.3. Muestra.....	32
6.4. Criterios para establecer la muestra.....	32
6.5. Técnica de recolección de información.....	32
6.6. Instrumentos.....	33
6.7. Procedimiento.....	33
6.8. Plan de análisis.....	34
7. RESULTADOS.....	34
7.1. Tabulación, análisis e interpretación de datos.....	34
7.2. Prueba de hipótesis.....	63
8. DISCUSIÓN.....	68
9. CONCLUSIONES.....	69
10. RECOMENDACIONES.....	69
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS.....	71

Lista de tablas	Pág.
Tabla 1 Principales motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva	29
Tabla 2 Distribución de la población por cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar.	32
Tabla 3 Edad de las madres lactantes en estudio.	34
Tabla 4 Estado civil de la madre.	35
Tabla 5 Procedencia de la población en estudio.	36
Tabla 6 ¿Cuál ha sido su último grado de estudio?	38
Tabla 7 Ocupación.	39
Tabla 8 ¿Su trabajo es remunerado?.....	40
Tabla 9 Ingreso mensual aproximado por grupo familiar.	41
Tabla 10 Grupo religioso al que pertenece	42
Tabla 11 ¿Su compañero de vida le ha prohibido realizar algún trabajo?	43
Tabla 12 ¿Usted alguna vez recibió información sobre lactancia materna exclusiva?	44
Tabla 13 ¿Usted actualmente está brindando lactancia materna exclusiva?	45
Tabla 14 Causas de abandono de lactancia materna exclusiva.	46
Tabla 15 ¿Usted recibe apoyo emocional de su pareja o familia para continuar la lactancia materna exclusiva?	47
Tabla 16 ¿Usted ha empezado a dar otros alimentos o líquidos?.....	48
Tabla 17 ¿Al amamantar por largo tiempo se caen los pechos?.....	49
Tabla 18 ¿A través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad?	50
Tabla 19 ¿La primera leche materna puede ser dañina para los bebés?	51
Tabla 20 ¿Las agüitas de anís, manzanilla y canela previenen los cólicos en el bebé?	52
Tabla 21 ¿La cólera de la madre altera la leche del pecho?.....	53
Tabla 22 ¿La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian?	54
Tabla 23 ¿Es conveniente dar biberón antes de los 6 meses cuando hay poca leche?	56
Tabla 24 ¿Es doloroso amamantar?.....	57
Tabla 25 ¿Es posible amamantar si se tiene el pezón invertido?	58
Tabla 26 ¿Es la leche materna suficiente para amamantar al bebé los primeros 6 meses de vida?.....	59
Tabla 27 ¿La ingestión de líquidos aumenta la producción de leche materna?	60
Tabla 28 ¿La leche materna ahorra tiempo y dinero a la familia?	61
Tabla 29 Si tiene que ausentarse de casa ¿Debe extraerse manualmente su leche y conservarla en refrigeración?	62

Lista de gráficos	Pág.
Gráfico 1: Grupo etéreo.....	35
Gráfico 2: Estado Civil de la población en estudio.....	36
Gráfico 3: Procedencia.	37
Gráfico 4: Escolaridad alcanzada.....	38
Gráfico 5: Ocupación.	39
Gráfico 6: ¿Su trabajo es remunerado?	40
Gráfico 7: Ingreso mensual promedio aproximado	41
Gráfico 8: Grupo religioso al que pertenece.....	42
Gráfico 9: Prohibición laboral por parte de compañero de vida.....	43
Gráfico 10: Información sobre lactancia materna exclusiva.	44
Gráfico 11: Lactancia materna exclusiva	45
Gráfico 12: Causas de abandono de lactancia materna exclusiva.	47
Gráfico 13: Apoyo emocional de la pareja o grupo familiar.	48
Gráfico 14: Ablactación temprana.	49
Gráfico 15: ¿Al amamantar por largo tiempo se caen los pechos?.....	50
Gráfico 16: ¿A través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad al bebé?	51
Gráfico 17 ¿La primera leche materna puede ser dañina para el bebé?.....	52
Gráfico 18: Creencias sobre los efectos de las infusiones en los cólicos del lactante.	53
Gráfico 19: Influencia del estado emocional sobre la calidad la leche materna.....	54
Gráfico 20: Conveniencia de la fórmula artificial para las madres que estudian o trabajan. ..	55
Gráfico 21: Conveniencia de la ablactación temprana por escasa producción de leche.	56
Gráfico 22: ¿Es doloroso amamantar?	57
Gráfico 23: ¿Es posible amamantar con el pezón invertido?	58
Gráfico 24: ¿Es la leche materna suficiente para alimentar al bebé los primeros 6 meses de vida?	59
Gráfico 25: Conocimiento sobre la relación entre la ingesta de líquidos y la producción láctea.....	60
Gráfico 26: ¿La leche materna ahorra dinero y tiempo a la familia?.....	61
Gráfico 27: Conveniencia de conservar la leche materna en refrigeración.	62

Lista de Figuras.	Pág.
Figura 1: Fisiología de la Lactancia.	71
Figura 2: Signos de buen agarre.	72

Lista de Anexos.	Pág.
Anexo 1: Componentes de la leche materna.....	73
Anexo 2: Principales fórmulas lácteas y su composición.....	73
Anexo 3: Abreviaturas y siglas.....	74
Anexo 4: Tabla de la distribución de chi cuadrado.....	74
Anexo 5: Cuestionario a la población en estudio.....	76
Anexo 6: GLOSARIO.....	79

RESUMEN.

Introducción: El presente estudio titulado factores socioeconómicos y culturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en usuarias de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia cantón El Niño, San Miguel y unidad comunitaria de salud familiar intermedia Santa Rosa de Lima, La Unión, año 2017 en el cual se tuvo como **Objetivo** Determinar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en usuarias de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia cantón el niño y unidad comunitaria de salud familiar santa rosa de lima en el periodo de 2017. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, prospectivo y observacional. Se obtendrá información de 117 puérperas que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia cantón el niño y unidad comunitaria de salud familiar santa rosa de lima partos normales, donde las madres hayan iniciado la lactancia materna tras el parto. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario de 27 preguntas en el cual serán preguntas cerradas y semicerradas donde se investigaron condiciones demográficas, factores socioeconómicos y culturales. **Resultados obtenidos:** Se lograron identificar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva entre los cuáles los de mayor significancia estadística fueron: Apoyo emocional brindado por la pareja o grupo familiar y la información sobre lactancia materna recibida. **Conclusiones:** El 56.4% de las madres brindan lactancia exclusiva al momento del estudio, el ingreso mensual por grupo familiar no ejerce influencia estadísticamente significativa sobre la práctica o abandono de la lactancia materna exclusiva.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna, lactancia materna exclusiva, factores socioeconómicos y culturales, abandono, puérperas.

1. INTRODUCCIÓN.

En el contexto mundial diferentes organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reconocen y recomiendan la práctica de la lactancia materna (LM) como uno de los factores que más contribuyen con la salud y la alimentación de los niños, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años.

Desde inicios de los años 90 la promoción de la LM comienza con la Declaración Innocenti, que fue aprobada en la 45a Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se estableció el comienzo para el desarrollo e implementación de legislaciones tales como: el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la implementación de Los Diez Pasos Hacia Una Feliz Lactancia Natural, que luego fueron organizadas como la Iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia.

Las bajas frecuencias de LME están presentes en todo el mundo. Según la OMS, tan solo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida. Las proporciones de LME reportadas en la literatura son variadas y dependen de las características de cada país

La lactancia materna es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo de los niños.

La OMS define la lactancia materna exclusiva como la alimentación únicamente con seno materno sin líquidos suplementarios y alimentos sólidos. (1) La importancia de la lactancia materna exclusiva radica en que permite un crecimiento adecuado y previene enfermedades relacionadas con la dieta, además de permitir hábitos nutricionales óptimos. En las mujeres aumenta el periodo de amenorrea y facilita la recuperación de un peso saludable después del parto.

Diversos estudios han demostrado que la lactancia materna exclusiva protege al niño contra enfermedades respiratorias y gastrointestinales y favorece un desarrollo neurológico adecuado. Es conocida la relación de factores socioculturales y la lactancia materna exclusiva entre estos; el estatus económico, educación y ocupación materna, número de hijos, entre otros. Está documentado que estos factores afectan la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva.

Desde el año 2008 la Revista Médica “The Lancet” promueve “La ventana de oportunidades de los 1,000 días” instando a los diferentes países a colocar el tema de nutrición entre sus prioridades.

En nuestro país la práctica de la lactancia materna claramente se ha visto afectada por factores sociales, económicos, culturales y en forma particular comercialización de sucedáneos de leche materna lo que no ha permitido un aumento significativo en la duración promedio de la lactancia materna exclusiva en 15 años como podemos deducirlo de la encuesta nacional FESAL 2008.

Ante dicha situación pretendemos mediante este estudio conocer los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la práctica o abandono de la lactancia materna exclusiva con la finalidad de que los datos recabados constituyan un insumo para la formulación y aplicación de planes de intervención para la promoción y apoyo de las prácticas adecuadas de alimentación entre ellas la lactancia materna exclusiva.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

2.1. Situación problemática.

La OMS ha determinado que la desnutrición a nivel global está asociada con un 45% de las muertes que ocurre en la niñez. La lactancia materna no exclusiva durante los primeros 6 meses de vida se ha determinado como la causa de hasta el 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años. (1) (2)

En los países en desarrollo alrededor del 32% de los niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica y 10% presentan emaciación. Se estima que en países de Latinoamérica y El Caribe solamente el 40% de los niños reciben lactancia materna exclusiva. En un estudio realizado por la UNICEF en la región de Centroamérica se evidencio que solamente un 24% de los lactantes en El Salvador, 25% en Panamá y 31% en Nicaragua son amamantados exclusivamente con lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. (3)

En 1979 surge en El Salvador una iniciativa que da como resultado la creación del Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA).

Desde la década de los 80 en El Salvador se considera necesario implementar acciones para el fortalecimiento y apoyo de la lactancia materna debido a la tendencia decreciente que esta venia experimentando.

En nuestro país con los múltiples esfuerzos realizados se han mantenido porcentajes de tasa global de uso de lactancia materna en valores fluctuando entre el 95 y el 98% a datos de 2008, y la lactancia materna exclusiva ha tenido un incremento de 1.5%/año desde 1981 al año 2008.

En El Salvador la lactancia materna exclusiva es una situación que pasa desapercibida por la mayoría de la población ya que no le ven la importancia que esta tiene para el debido crecimiento y desarrollo del niño y la niña. Del total de niños(as) menores de 6 meses, en promedio, el 31% recibió lactancia exclusiva (solo pecho) y el 11 por ciento recibió lactancia predominante (pecho y agua u otros líquidos). El promedio de lactancia exclusiva desciende del 47 por ciento para las y los niños menores de 2 meses de edad al 34 por ciento para las y los niños con 2 a 3 meses y baja hasta el 13 por ciento entre los de 4 a 5 meses cumplidos. Cerca del 80% de las madres en El Salvador, deciden amamantar a sus niños/as cuando dan a luz, sin embargo, esta cifra comienza a disminuir a las pocas semanas del nacimiento del bebé, lo que supone la pérdida de beneficios saludables muy importantes tanto para la madre como para el o la recién nacido/a, ya que, la alimentación al pecho materno, ofrece a la o el lactante un óptimo inicio en la vida, el desarrollo psicofísico más adecuado y la mejor protección frente a sus problemas de salud. (4)

A nivel de la región oriental de El Salvador Se ha logrado asimismo la implementación de programas como la Iniciativa Madre Canguro, Hospital Amigo de los Niños, entre otros con el propósito de promover la lactancia materna exclusiva. (Centro de Apoyo de Lactancia Materna, 2013). A nivel local según datos del Sistema de morbilidad y estadísticas vitales (SIMMOW) en el año 2016 en la unidad comunitaria de salud familiar de Cantón El Niño se reportó que el 45% de lactantes menores de 6 meses estaban recibiendo lactancia materna exclusiva y un 55% lactancia materna complementaria, en la unidad comunitaria de salud familiar de Santa Rosa de Lima no hay datos estadísticos contributarios en el sistema de información.

2.2. Enunciado del problema en estudio.

¿Cuáles son los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el abandono de lactancia materna exclusiva en unidad comunitaria de salud familiar intermedia cantón El Niño y unidad comunitaria de salud familiar intermedia de santa rosa de lima en el periodo de enero 2017 a junio 2017?

Justificación.

De acuerdo a la información de la UNICEF, todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche humana hasta los 6 meses de edad, y luego en forma complementaria hasta los dos años de edad, en vista que se ha puesto en evidencia que el abandono de la lactancia materna exclusiva o la sustitución de la leche materna aumenta los riesgos de enfermedades gastrointestinales, infecciones respiratorias, problemas alérgicos, obesidad. Está comprobado que la lactancia materna disminuye los niveles de morbilidad y mortalidad, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro. Además, aporta múltiples beneficios tanto para el niño como para la madre, sin embargo, parece apreciarse que las madres no comprenden este beneficio ya que muchas madres no cumplen con el periodo mínimo recomendado. Actualmente existe la necesidad de promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, lo cual es la labor del personal de salud, de tal manera que se contribuya a optimizar la calidad de vida y el disfrute pleno del desarrollo humano incrementando o mejorando la calidad de vida del niño. Diversos estudios han demostrado que la lactancia materna exclusiva protege al niño contra enfermedades respiratorias y gastrointestinales y favorece un desarrollo neurológico adecuado. Es conocida la relación de factores socioculturales y la lactancia materna exclusiva entre estos; el estatus económico, educación y ocupación materna, número de hijos, entre otros. Está documentado que estos factores afectan la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva. En nuestro medio existe un porcentaje pequeño del cumplimiento de la práctica de la lactancia materna exclusiva, teniendo una de las menores tasas de cumplimiento dentro de los países centroamericanos esto puede deberse a múltiples factores entre los cuales se ha identificado: La condición social, el nivel de educación, la edad, las creencias, todo esto forma parte de tanto del perfil biológico, socioeconómico y cultural. Podemos aclarar que estos factores no solo dependen propiamente de la iniciativa materna, si no que influyen factores socioculturales. (3) Por este motivo en este estudio se propone identificar estos factores que se relacionan con el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva, así como el abandono de esta y proponer algunas recomendaciones para poder aumentar su prevalencia, beneficiando a la población de madres lactando y sus bebés, fomentando la educación y reforzando a través de esta la práctica de la lactancia materna exclusiva.

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo General.

Determinar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en usuarias de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia cantón El Niño y unidad comunitaria de salud familiar Santa Rosa de Lima en el periodo de enero a junio de 2017.

3.2. Objetivos Específicos.

- Identificar los factores socioeconómicos que influyen en la práctica y/o abandono de la lactancia materna exclusiva.
- Identificar los factores culturales (conocimientos y creencias) que influyen en la práctica y/o abandono de la lactancia materna exclusiva.
- Jerarquizar los factores identificados que influyen en la práctica y/o abandono de la lactancia materna exclusiva.

4. MARCO TÉORICO.

PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA.

Lactancia materna exclusiva: Es cuando el bebé recibe únicamente leche materna dentro de los primeros 6 meses de vida y no recibe ningún otro medicamento o bebida (excepto medicinas prescritas por el medico). Puede ser directamente de la madre al niño o extraída que se le puede dar a través de cuchara o taza.

Dentro de la lactancia materna no exclusiva encontramos las siguientes categorías:

Lactancia materna predominante: La principal fuente de nutrición del lactante ha sido la leche materna, sin embargo, el lactante ha sido alimentado con agua y bebidas a base de agua (Agua azucarada, infusiones, té); jugo de frutas; sales de rehidratación oral, medicamentos y suplementos de vitaminas y minerales; brebajes tradicionales. Con la excepción de jugos y agua azucarada, ningún otro liquido alimenticio es admitido bajo esta definición.

Lactancia materna completa: Incluye la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna predominante.

Lactancia materna: El bebé ha recibido lactancia materna (Directamente del seno materno o extraído manualmente)

Alimentación complementaria: Significa que el bebé ha recibido leche materna y alimentos sólidos o semisólidos.

Lactancia de biberón: El bebé ha recibido alimentos líquidos o semisólidos directamente de una botella o biberón.

A pesar de que la lactancia de biberón no es estrictamente una categoría de lactancia materna, se consideró esencial incluirlo en los indicadores debido a su impacto en la lactancia materna.

Anatomía de la glándula mamaria.

Las mamas se ubican sobre el músculo pectoral mayor y por lo general se extienden verticalmente desde el nivel de la segunda costilla, hasta la sexta o séptima. En sentido horizontal, se extiende desde el borde del hueso esternón hasta una línea media, imaginaria, de la axila. A nivel del extremo anterior más distal del tórax, a la altura del tercer espacio intercostal, la piel se especializa para formar la areola y el pezón.

Cada mama limita en su cara posterior con la aponeurosis o fascia del músculo pectoral y contiene abundante tejido graso allí donde no hay tejido glandular. La grasa y el tejido conectivo, junto con los ligamentos de Cooper (que unen la glándula a la piel) constituyen un verdadero ligamento que dan forma y la sostienen, permitiendo el deslizamiento normal del seno sobre los planos musculares subyacentes. La mama, además, contiene vasos arteriales, venosos y linfáticos, así como elementos nerviosos.

El cuadrante superior lateral (el más alejado del esternón) se extiende diagonalmente en dirección a la axila y se le conoce como la *cola de Spencer*. Una delgada capa de tejido mamario se extiende desde la clavícula por arriba, hasta la séptima u octava costilla por abajo y desde la línea media hasta el borde del músculo dorsal ancho.

La circulación sanguínea arterial de las mamas proviene de la arteria torácica interna (antes llamada *arteria mamaria interna*), que deriva de la arteria subclavia; de la arteria torácica lateral, de la arteria toracoacromial (ambas nacen de la arteria axilar) y de las arterias intercostales posteriores. El drenaje venoso de los senos es realizado principalmente por la vena axilar, aunque también pueden participar las venas torácica interna e intercostales. Tanto los hombres como las mujeres tienen una gran concentración de vasos sanguíneos y nervios en los pezones.

En ambos sexos, los pezones tienen capacidad eréctil como respuesta tanto a estímulos sexuales,⁶ como al frío. La inervación de las mamas es dada por estímulos de ramas anteriores y laterales de los nervios intercostales cuatro a seis, provenientes de los nervios espinales. El pezón es inervado por la distribución dermatómica del nervio torácico T4.

Fisiología de la lactancia materna.

Control hormonal de la producción láctea

Existen dos hormonas que afectan al pecho materno de manera directa: la prolactina y la oxitocina. Otras hormonas, como ser los estrógenos, están involucradas de manera indirecta en la lactancia. Cuando el lactante succiona el pecho materno, los impulsos sensoriales viajan del pezón hacia el cerebro. Como respuesta, el lóbulo anterior de la glándula pituitaria secreta prolactina y el lóbulo posterior secreta oxitocina. (Anexo no. 1)

Prolactina

La prolactina es necesaria para la secreción de la leche por parte de las células alveolares. El nivel de prolactina en la sangre se incrementa de manera acentuada durante el embarazo y estimula el crecimiento y desarrollo del tejido mamario como preparación para la producción láctea. Sin embargo, la leche no es secretada durante el embarazo, debido a que la progesterona y el estrógeno, las hormonas del embarazo, bloquean la acción de la prolactina. Después del parto, los niveles de progesterona y de estrógenos disminuyen rápidamente, por lo tanto, la prolactina deja de ser bloqueada; en consecuencia, se inicia la secreción de leche.

Cuando el lactante succiona, se incrementan los niveles sanguíneos de prolactina, lo cual estimula la producción de leche por los alvéolos. Los niveles de prolactina tienen un nivel máximo aproximadamente a los 30 minutos después del inicio de la mamada, de manera que su efecto más importante es producir leche para la siguiente mamada. Durante las primeras semanas, cuanto más el lactante succiona y estimula el pezón, más prolactina se produce y, por lo tanto, se produce más leche.

Este efecto es de particular importancia cuando se está estableciendo la lactancia. Si bien la prolactina sigue siendo necesaria para la producción de leche, después de algunas semanas no existe relación entre la cantidad de prolactina y la cantidad de leche producida. Sin embargo, si la madre interrumpe la lactancia materna, la secreción de leche también se detiene; entonces, la leche puede ‘secarse’.

Durante la noche se produce mayor cantidad de prolactina, de manera que la lactancia durante la noche es especialmente útil para mantener el aporte de leche.

Parece ser que la prolactina provoca que la madre se sienta relajada y somnolienta, por lo que es usual que descansa bien incluso si amamanta durante la noche.

La succión afecta la liberación de otras hormonas pituitarias, como ser la hormona liberadora de gonadotropina (HLGn), la hormona folículo estimulante y la hormona luteinizante, lo que provoca la supresión de la ovulación y de la menstruación. Por lo tanto, la lactancia materna frecuente puede ayudar a retrasar un nuevo embarazo.

La lactancia durante la noche es importante para asegurar este efecto.

Oxitocina

La oxitocina provoca que las células mioepiteliales que rodean los alvéolos se contraigan. Esto produce que la leche, que se encuentra almacenada en los alvéolos, fluya y llene los conductos. A veces, la leche es eyectada en finos chorros.

El reflejo de oxitocina es llamado también “reflejo de salida” o “reflejo de eyección” de la leche. La oxitocina se produce con mayor rapidez que la prolactina. Esto provoca que la leche que se

encuentra en el pecho fluya durante la toma actual, lo cual favorece que el lactante obtenga la leche con mayor facilidad.

La oxitocina inicia su acción cuando la madre tiene prevista una mamada y cuando el lactante está succionando. Este reflejo está condicionado por las sensaciones y sentimientos de la madre, como ser el tocar, oler o ver a su lactante, así como escuchar el llanto del lactante o tener pensamientos de amor hacia él o ella. Si la madre tiene un dolor intenso o está emocionalmente afectada, el reflejo de oxitocina puede inhibirse y la leche puede, repentinamente, dejar de fluir de manera adecuada. Si la madre recibe apoyo, recibe ayuda para sentirse cómoda y deja que el lactante continúe lactando, nuevamente se restablecerá el flujo de leche.

En la práctica, es importante comprender el reflejo de oxitocina debido a que explica el por qué es importante mantener juntos a la madre y a su lactante y porqué deben mantener el contacto piel a piel.

La oxitocina provoca que el útero de la madre se contraiga después del parto y favorece la reducción del sangrado. Durante los primeros días, las contracciones uterinas pueden provocar un dolor intenso.

Signos de un reflejo de la oxitocina activo

Las madres pueden advertir signos que reflejan que el reflejo de la oxitocina está activo:

- Una sensación de ‘cosquilleo’ en el pecho antes o durante la lactancia.
- La leche fluye de los pechos cuando la madre piensa en el lactante o le escucha llorar.
- La leche fluye del otro pecho cuando el lactante está succionando.
- La leche fluye del pecho a manera de chorros cuando se interrumpe la succión.
- Succiones lentas y profundas y deglución de leche, lo cual demuestra que la leche está fluyendo
- hacia la boca del lactante.
- Dolor o un leve sangrado uterino.
- Sed durante la mamada.

Si están presentes uno o más de estos signos, el reflejo de oxitocina está activo. Sin embargo, la ausencia de estos signos no significa, necesariamente, que el reflejo no está activo. A veces, los signos no son obvios y la madre puede no advertirlos.

Efectos fisiológicos de la oxitocina.

La oxitocina también posee importantes efectos fisiológicos y se sabe que, en los animales, afecta al comportamiento de la madre. En los humanos, la oxitocina induce un estado de calma y reduce el estrés. También puede favorecer sentimientos de afecto entre la madre y el niño y promover el vínculo afectivo entre ellos. Las formas placenteras de tocar al lactante estimulan la secreción de oxitocina y también de prolactina. El contacto piel a piel entre la madre y el lactante después del parto, favorece tanto la lactancia materna como el vínculo emocional.

Factor inhibidor de la lactancia por retroalimentación.

La producción láctea también es controlada por una sustancia denominada *factor inhibidor de la lactancia* o FIL (es un polipéptido), que actúa por *retroalimentación*; este factor está presente en la leche materna.

En ocasiones, uno de los pechos deja de producir leche mientras que el otro continúa haciéndolo, como en el caso de que el lactante succione solamente un pecho. Esto se debe a que el control local de la producción de leche es independiente en cada pecho. Si la leche no se extrae, el factor inhibidor se acumula y detiene la secreción por parte de las células secretoras, lo cual protege al pecho de los efectos dañinos de estar demasiado lleno de leche. Si la leche es extraída del pecho, también se extrae el factor inhibidor y la secreción de leche se reinicia. Si el lactante no puede succionar, la leche debe ser extraída.

El FIL permite que la cantidad de leche producida esté determinada por cuánta cantidad de leche toma el lactante y, por lo tanto, por cuánta leche necesita.

Este mecanismo es particularmente importante para la estrecha y continua regulación de la producción de leche, después que la lactancia se ha establecido. En esta fase, la prolactina es necesaria para que ocurra la producción de leche, pero no controla la cantidad de leche que se produce.

Cómo el lactante ‘agarra’ y succiona el pecho.

Para estimular y extraer la leche del pecho, y para asegurar una adecuada provisión y un buen flujo de leche, el lactante necesita de un *‘buen agarre*, de manera que pueda succionar de manera efectiva. Frecuentemente se presentan dificultades cuando el lactante no sostiene el pecho en su boca de manera apropiada y, por lo tanto, no puede succionar de manera efectiva.

Signos de buen y mal agarre al pecho materno.

Los cuatro signos de un buen agarre son: (Anexo no. 2)

- Se observa más areola por encima del labio superior del lactante que por debajo del labio inferior.
- La boca del lactante está muy abierta.
- El labio inferior del lactante está evertido (hacia fuera)
- El mentón del lactante está tocando o casi tocando el pecho.

Los signos de mal agarre son:

- Se observa más areola por debajo del labio inferior del lactante que por encima del labio superior – o las cantidades por encima y por debajo son similares.
- La boca del lactante no está muy abierta.
- El labio inferior del lactante apunta hacia adelante está invertido (hacia adentro).
- El mentón del lactante se encuentra separado del pecho materno.

Si cualquiera de estos signos se encuentra presente, o si la succión es dolorosa o incómoda, se requiere mejorar el agarre al pecho. Sin embargo, cuando el lactante está muy cerca del pecho, puede ser difícil observar qué es lo que ocurre con el labio inferior.

En ocasiones se puede observar mucha cantidad de areola por fuera de la boca del lactante, pero este signo, por sí mismo, no es confiable para definir que existe un mal agarre. Algunas mujeres tienen areolas muy grandes que no pueden ser totalmente introducidas en la boca del lactante. La cantidad similar de areola por encima y por debajo de la boca del lactante o la presencia de mayor cantidad de areola por debajo del labio inferior, son signos más confiables de mal agarre que la cantidad total de areola visible.

Succión efectiva.

Si el lactante tiene buen agarre al pecho materno, entonces podrá succionar de manera efectiva. Los signos de succión efectiva indican que la leche está fluyendo hacia la boca del lactante. El lactante realiza succiones lentas y profundas, seguidas por una deglución visible o audible, aproximadamente una vez por segundo. En ocasiones, el lactante realiza pausas durante algunos segundos, permitiendo que los conductos se llenen con leche nuevamente. Cuando el lactante reinicia la succión, puede succionar rápidamente unas cuantas veces, estimulando el flujo de leche y, luego, las succiones lentas y profundas se vuelven a iniciar. Las mejillas del lactante permanecen redondeadas durante la succión.

Hacia el final de la mamada, generalmente la succión se torna más lenta, con menos succiones profundas y pausas más prolongadas entre ellas. Este es el momento cuando el volumen de leche es menor, pero, como se trata de la leche del final, rica en grasa, es importante que la toma continúe. Una vez que el lactante se encuentra satisfecho, generalmente deja el pecho espontáneamente. Durante uno o dos segundos, puede verse que el pezón se encuentra estirado, pero rápidamente retorna a su forma de reposo.

Signos de succión inefectiva.

Es probable que un lactante con mal agarre al pecho, tenga succión inefectiva. El lactante succiona rápidamente todo el tiempo, sin deglutir, y las mejillas están contraídas, demostrando que la succión no logra que la leche fluya adecuadamente hacia su boca. Cuando el lactante deja de lactar, el pezón puede permanecer estirado y se lo ve aplastado por los lados, con una línea de presión que atraviesa la punta, mostrando que ha sido lastimado por una succión incorrecta.

Consecuencias de la succión inefectiva.

Cuando el lactante succiona de manera inefectiva, el paso de la leche de la madre al lactante es ineficiente, provocando que:

- El pecho se ingurgite o que pueda desarrollar obstrucción de los conductos lactíferos o mastitis, debido a que no se extrae suficiente cantidad de leche.
- La ingesta de leche, por parte del lactante, pueda ser insuficiente, causando un insuficiente aumento de peso.
- El lactante se retire del pecho como señal de frustración y rechace ser alimentado.
- El lactante esté hambriento y continúe succionando durante un largo período de tiempo o demande lactar con mucha frecuencia.
- Los pechos sean sobre estimulados por la demasiada succión, produciendo una sobreproducción de leche. (5)

Características nutricionales.

Composición:

La leche humana (LH) no es una simple colección de nutrientes sino un producto vivo de gran complejidad biológica, que varía de acuerdo al tiempo transcurrido después del parto (Anexo no. 3), activamente protectora e inmunomoduladora que estimula el desarrollo adecuado del lactante. La LH es un sistema que se estructura en tres fases: emulsión de glóbulos de grasa, suspensión micelas de caseína y solución de constituyentes hidrosolubles. Las principales variaciones en la composición de la leche humana afectan a una u otra de estas fracciones o fases. De hecho, el aumento del contenido energético de la leche al final de la toma, correctamente atribuido al incremento de la concentración de lípidos, es la consecuencia del predominio de la fracción emulsión en la fase del vaciamiento de la mama. Sin embargo, al inicio de la toma, el lactante recibe una leche compuesta fundamentalmente por componentes hidrosolubles, que van siendo progresivamente sustituidos por los constituyentes hidrosolubles y estos, a su vez, acaban por ceder el paso a los componentes liposolubles de la fracción emulsión. De esta forma, a lo largo de una toma completa, el lactante recibe un producto dinámico, variable, con características distintas y ajustadas al momento específico en que se encuentra. (Anexo no. 3)

Composición de la fracción emulsión

Constituye la fase lipídica de la leche humana en la que se encuentran los aceites, las grasas, los ácidos grasos libres, las vitaminas y demás componentes liposolubles. La grasa de la LH se encuentra en forma de glóbulos envueltos por una membrana fosfolipoproteica originada en la célula alveolar. Este hecho contribuye a: 1) Minimizar las interacciones indeseables que podrían ocurrir entre los componentes de la leche como, por ejemplo, la saponificación. 2) Maximizar los procesos de digestión y absorción de los nutrientes. 3) Permitir la coexistencia de grasa y lipasa. Los lípidos constituyen la principal fuente de energía de la leche y su aprovechamiento es posible gracias al suplemento extra de lipasa que el lactante recibe a través de la LH.

Colesterol: la fracción emulsión es rica en colesterol. Su presencia en la leche sugiere que la exposición precoz al colesterol desempeña un papel importante en el correcto desarrollo de los mecanismos del metabolismo de este lípido en la edad adulta.

Antioxidantes: la LH es rica en ácidos grasos insaturados, particularmente en poliinsaturados de cadena larga (LCP) fundamentales para el desarrollo del sistema nervioso central y la retina. Estos nutrientes al ser químicamente inestables se oxidan fácilmente perdiendo su función biológica. Los antioxidantes de la LH confieren estabilidad a estos compuestos protegiéndolos de los daños oxidativos desde la síntesis hasta su absorción.

Factores de protección: en la fracción emulsión se encuentran dos importantes agentes de defensa: los ácidos grasos de cadena corta y los ésteres, ambos con una importante actividad bactericida, destacando el factor antiestafilocócico de los ésteres.

Composición de la fracción suspensión

Sus principales componentes son las proteínas con función plástica –caseínas– y la práctica totalidad del calcio y fósforo. Su primordial y exclusiva función parece ser nutricional, proporcionando las necesidades de crecimiento estructural celular del lactante.

Composición de la fracción solución

Está constituida por las sustancias hidrosolubles como carbohidratos, proteínas, enzimas, hormonas y algunas vitaminas y minerales. Es lo que se considera el suero de la leche.

Agua: es el principal componente de esta fracción y cubre las necesidades del lactante si es amamantado exclusivamente y a demanda. Debido al equilibrio osmolar que se establece entre leche y sangre es imposible la sobrecarga renal de solutos en lactantes exclusivamente amamantados.

Proteínas del suero: son especialmente importantes por su actividad biológica: inmunoglobulinas, enzimas, algunas hormonas, factores de crecimiento y componentes antiinflamatorios.

Factores protectores: la fracción solución contiene la mayoría de los factores de protección presentes en la leche. Los principales son las inmunoglobulinas (IgA, IgG, IgM, IgD e IgE), la lactoferrina, el interferón, los factores del complemento C3 y C4, la lisozima, el factor bifido, el factor anticólera, el factor anti dengue y la lactoperoxidasa. La eficacia protectora de estos componentes guarda una relación directa con la frecuencia y duración del amamantamiento.

Carbohidratos: se presentan libres o combinados con aminoácidos y proteínas en una concentración aproximada del 7%. El 15% está compuesto por oligosacáridos, glucopéptidos, glucosa y galactosa y, el resto, es lactosa que constituye el carbohidrato predominante. Proporciona el 40% de la energía, aporta glucosa como fuente de energía y galactosa necesaria para la síntesis de galactopéptidos (fundamentales para el desarrollo del sistema nervioso central). La lactosa sirve de sustrato a la flora intestinal que produce importantes cantidades de ácido láctico reduciendo el pH intestinal. Entre los oligosacáridos nitrogenados de la LH cabe destacar el factor bifido, necesario para el crecimiento de la flora bifida o bifidógena que constituye la flora predominante de los niños lactados al pecho.

Minerales: Su concentración es suficiente para cubrir las necesidades del lactante. Además, su alta biodisponibilidad conlleva a un aprovechamiento máximo de su contenido, como ocurre con el hierro cuya fracción de absorción es del 70%. (6)

Efectos en el sistema Inmunitario.

La inmunoglobulina A secretora en la leche materna (producida por las mucosas) tiene importantes funciones antimicrobianas y de protección, es interesante el contenido del calostro de IgA específica contra E. coli, de tal manera que los lactantes reciben protección contra infecciones

gastrointestinales y son menos propensos a sufrir estas que los lactantes alimentados con biberón. (7)

Proporciona así mismo protección contra el rotavirus, reduce el riesgo de dermatitis atópica y de enfermedades caracterizadas por sibilancias durante la infancia.

Proporcionan además una importante carga de Linfocitos T y B, los linfocitos T son distintos a los de la sangre y se cree que estas células están relacionadas con el beneficio inmunitario que el lactante recibe por parte de la madre. (8)

Crecimiento del lactante alimentado con leche materna.

La velocidad de ganancia de peso del lactante alimentado con leche materna es diferente de la del lactante alimentado con leche artificial, y esta última se asocia a un riesgo incrementado del lactante de presentar sobrepeso durante la última fase de la lactancia. (9)

Beneficios de la lactancia materna para la madre.

- **Favorece la recuperación tras el parto:** amamantar reduce la cantidad de sangrado y promueve la contracción del útero favoreciendo su regreso a tamaño habitual, lo cual facilita el regreso a la normalidad tras el parto y previene la anemia. (5)
- **Facilita la pérdida de peso:** la lactancia tiene un costo de 500 calorías diarias que se emplean en el proceso de producción y oferta de leche materna, así las madres que amamantan a sus hijos pueden recuperar con facilidad el peso y la silueta tras el parto.
- **Previene el cáncer de mama:** la menor exposición a estrógenos que hay durante la lactancia así como la demora en la aparición de la ovulación que produce el amamantamiento, podrían ser responsables del menor riesgo de cáncer de mama así como de ovario que están fuertemente vinculados a las hormonas circulantes en el organismo además de otros factores asociados al estilo de vida. (10)
- **Disminuye el riesgo de sufrir osteoporosis:** durante la lactancia hay una gran movilización de depósitos óseos que aumenta los niveles de calcio en sangre necesarios para la producción de leche materna. Por ello, el calcio consumido se absorbe en mayor proporción y así, a largo plazo disminuye la probabilidad de sufrir osteoporosis.

Beneficios psicológicos: durante la lactancia se libera oxitocina en el organismo de la madre que tiene un efecto calmante al reducir la respuesta al estrés, esto hace que la mamá pueda adaptarse a su nueva vida con un bebé.

Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Se han evidenciado en diversos estudios realizados a nivel latinoamericano y España que son muchos los factores que tienen que ver con el abandono o fracaso de la lactancia materna exclusiva. Dentro de los cuales los factores socioeconómicos y culturales son los que se ven más relacionados con el abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Roig en 2012 en su estudio EL ABANDONO PREMATURO DE LA LACTANCIA MATERNA: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA, tipo descriptivo longitudinal con seguimiento de 6 meses a una muestra accidental de mujeres con lactantes sanos de la ciudad de Elda en Alicante España. Se

obtuvo información de 270 parejas madres/lactantes que iniciaron lactancia tras el parto. Las conclusiones fueron que los resultados sugieren la necesidad de aumentar el apoyo tras el alta, especialmente a las madre que ofrecen lactancia materna parcial; El éxito de la lactancia materna está muy vinculado a las existencia de experiencia anteriores positivas, por lo que para priorizar los recursos de apoyo profesional deberían tenerse en cuenta el grupo de madres sin experiencia o con una experiencia anterior negativa; la provisión de información adecuada puede ser un factor protector de la lactancia y debería ser accesible especialmente para madre con menor nivel de estudios o con un acceso más difícil a información necesaria.

Entre los factores socioeconómicos que se han identificado con esta problemática tenemos:

Influencia del padre y la familia.

La Asociación Española de Pediatría (2009), promulga que la familia es el núcleo de la sociedad. Cualquier idea, pensamiento o decisión que en esta se tome, influirá directamente en la madre lactante. Este es el contexto natural del cual se encuentra rodeada la madre y puede que, en este, tanto la familia de la madre como la del padre del bebé puedan influir positiva o negativamente en cuanto a las practicas que se deben de llevar a cabo durante la lactancia materna.

El padre, siendo una de las figuras principales, influirá en el momento de lactancia materna y lo hará de manera positiva dependiendo los conocimientos que este tenga con respecto a esta actividad.

Nivel Económico

Según la World Alliance for Breastfeeding Action –WABA- (2011), en cuanto a la economía la familiar la lactancia materna es la mejor opción para alimentar al bebé. Esta permitirá a la familia ahorrar tanto en tiempo como en dinero, a comparación de una fórmula láctea, o utilización de biberones. Según la WABA el costo promedio para poder alimentar a un bebé de seis meses, durante un mes es “el ingreso mensual per cápita promedio de un hogar de los países en vías de desarrollo”

Se tendrá no solamente ahorro en cuanto a la alimentación del bebé, sino que también en cuanto a gastos médicos, puesto que los bebes amamantados con leche materna tienden a tener menos enfermedades que los alimentados con fórmulas artificiales.

Madres Trabajadoras

En cuanto a la lactancia en madres trabajadoras, actualmente es algo muy normal, una gran cantidad de mujeres trabajan y es necesario que se adapten a este cambio. Durante este proceso podría existir miedo en las madres, pues se verán afectadas psicológicamente en cuanto al apego con sus hijos, así como en sus emociones pues en ciertos casos podrían sentir que no están brindándoles la mayor atención a sus hijos durante esta etapa.

En Guatemala, según el Código de Trabajo de la República de Guatemala, en el artículo 152 se expone que “Las trabajadoras tienen derecho a un máximo de doce semanas (84 días) como

licencia de maternidad. La duración general de la licencia de maternidad es de 30 días pre-parto y 54 días de licencia postnatal. La trabajadora puede permanecer ausente de su trabajo por un periodo más largo como resultado de una enfermedad causada por el embarazo o el parto y que sea confirmada por un certificado médico, siempre que el plazo no exceda de tres meses, a contar desde el momento en que la licencia fue tomada”.

Asimismo, “la licencia de maternidad debe ser pagada en su totalidad. Dos tercios del sueldo base está cubierto por la Seguridad Social y un tercio por el empleador. Si una trabajadora no está registrada en la Seguridad Social, el sueldo completo es pagado por el empleador” (Art.152 del Código de Trabajo y el art. 28 y 38 del Decreto 295).

Factores culturales.

Al igual que los factores socioeconómicos la cultura juega un papel importante en el amamantamiento esto porque las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en las que se desenvuelven.

Falta de conocimiento sobre Lactancia Materna

Madres primerizas

Las madres primerizas pueden llegar a tener falta de conocimientos sobre la práctica de la lactancia materna y la forma en como esta se debe de realizar, debido a que es una nueva experiencia para cada una de ellas. En algunos países, según Huggins (2010), existen diversos centros comunitarios en los cuales se ofrecen programas tanto para capacitar a las madres en esta etapa como para brindarles servicio en cuanto a ejercicios y actividades a realizar durante esta etapa.

Se expone también que una madre primeriza se puede sentir aislada, además de comprometida física y emocionalmente con su bebé, es por eso que es necesario que cuenten con la ayuda y compañía de la pareja y de la familia para llevar a cabo esta actividad. Además, se aconseja que tengan ayuda de un profesional en el área de la salud que las guíe durante este nuevo proceso.

Mitos y tabúes

La lactancia materna está sujeta a la influencia del medio en el que se desarrolla la madre y el hijo. Existen numerosos mitos y tabúes sobre esta práctica que se remontan desde el inicio de los tiempos. Se sabe, según Aguayo (2004), que en los pueblos primitivos no les permitían tomar el calostro a los niños puesto que pensaban que podía ser dañino para los mismos, asimismo les brindaban infusiones como purgantes, líquidos, etc., que no les aportaban ningún valor nutritivo.

También se menciona que, en la India, se recomendaba que les dieran miel y mantequilla a los niños en sus cuatro primeros días de vida, en vez de darles calostro, el cual desechaban. En Japón se les brindaban hierbas o raíces con propiedades curativas en estos primeros días.

Asimismo, existían otras creencias árabes como el darle azúcar con aceite al bebé tres días antes de mamar para purgarlo. También ya se empezaba a mencionar que el hecho de colocar al niño en

posición para mamar y experimentar esta práctica lo hacía establecer un apego con su madre, lo que actualmente está demostrado científicamente. A finales del siglo XIX se empieza a buscar, por parte de las nodrizas, un sustituto ideal de la leche materna y se comenzó a probar con opciones hechas a base de leche de vaca, azúcar y agua, en algunas ocasiones se les agregaba agua de cal. Con el paso del tiempo, en los países industrializados se comenzaron a fabricar las fórmulas lácteas para bebés, una alimentación más artificial.

Según UNICEF (2011), los mitos que se tienen en Latinoamérica sobre la lactancia materna son que las madres con pecho pequeño no pueden amamantar, así como que no todas las mujeres producen leche de buena calidad o suficiente para satisfacer al bebé. También se piensa que durante el periodo de lactancia no se pueden consumir ciertos alimentos o que si la madre está enojada o asustada no es recomendable que dé lactancia. Otros mitos relacionados a la madre y la lactancia son que, si la madre está embarazada de otro bebé debe dejar de amamantar, así como que si la mujer está en este periodo de lactancia no puede tener relaciones sexuales puesto que la leche se podría dañar.

Entre otros mitos comunes se piensa que una vez interrumpida la lactancia materna, ya no se puede volver a retomar. Existen mitos sobre la calidad de la leche, por ejemplo, el desechar el calostro puesto que es “sucio” y antihigiénico, o que el bebé comience a succionar hasta que la leche salga de color blanco. Otros mitos en cuanto a las necesidades del bebé incluyen el que se piense que los niños se deben amamantar por más tiempo que las niñas, si no estas serán más fértiles cuando sean adultas, o también existe el mito de que se deje de amamantar cuando el niño ya camine. Un mito común en Guatemala es que los bebés necesitan aguas aromáticas o té cuando están enfermos o tienen diarrea para fortalecer su estómago.

Influencia comercial: Fórmulas lácteas

Este puede ser uno de los factores más importantes de abandono de la lactancia materna exclusiva. En esta se puede mencionar tanto la alimentación mixta, como la alimentación artificial. Según la UNICEF (2013), la alimentación mixta se refiere a brindar otro tipo de líquidos o incluso alimentos a los bebés antes de los seis meses de edad. En cuanto a la alimentación artificial se refiere a brindar fórmulas de alimentación antes de los seis meses de edad.

Se sabe que muchas madres no siguen las recomendaciones de la OMS en cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva (de los cero a los seis meses) ni en cuanto a continuar la lactancia materna hasta los dos años. Esto conlleva a que inicien con la alimentación artificial, la cual además de su elevado costo, no provee al bebé de muchos beneficios que la leche materna sí le brinda.

La UNICEF (2013) plantea que “la fórmula no es un sustituto aceptable de la leche materna”. En esta se menciona que la leche artificial es un alimento nada más, mientras que la leche materna es un complejo que proveerá al bebé de protección contra enfermedades, enzimas, hormonas, etc. que lo beneficiarán a largo plazo.

La comercialización y la promoción de estas fórmulas es muy fuerte, es por tal razón que es necesario instruir a las madres para que sepan sobre los beneficios de la lactancia materna y los problemas que se podrían dar sino se brinda a su recién nacido. (11)

En un estudio realizado en el año 2013 en Medellín tenía como propósito la identificación de los motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva en esta ciudad. Entre los factores de abandono se menciona que, a menor edad de la madre, se da más abandono de la lactancia materna exclusiva, así como la percepción sobre una inadecuada producción de leche, rechazo por parte del lactante, poca intención de lactar, desconocimiento, problemas en la producción, estado de salud de la madre o del hijo, las actividades o labores de la madre y el inicio de la alimentación complementaria.

Motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva	Porcentaje (%)
Desconocimiento	2.6
El bebé la rechazó	13.2
Poca intención de la madre para lactar	8.6
Problemas con la producción del LM	45.9
Problemas de seno	9.6
Estado de salud de la madre o hijo(a)	10.6
Actividades u ocupaciones	16.2
Influencia de terceros	8.6
Alimentación complementaria	9.2
Otras	4.0

Tabla 1 Principales motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva

5. SISTEMA DE HIPÓTESIS

5.1. Hipótesis de trabajo.

H_i: Los factores socioeconómicos y culturales influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en usuarias de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia cantón El Niño, San Miguel y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Santa Rosa de Lima, La Unión.

5.2. Hipótesis nula.

H₀: Los factores socioeconómicos y culturales no influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en usuarias de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia cantón El Niño, San Miguel y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Santa Rosa de Lima, La Unión.

5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
<p>H_i: Los factores socioculturales y económicos influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en usuarias de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia cantón El Niño, San Miguel y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Santa Rosa de Lima, La Unión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Factores Abandono de la lactancia materna exclusiva. 	<p>Los factores, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren. Entre ellos: La pobreza, la violencia, el consumismo, la industrialización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medido a través de un cuestionario para identificar factores que influyen en la lactancia materna exclusiva siendo estos: sociales, económicos y culturales. Medido a través de un cuestionario donde se obtengan datos sobre la práctica o abandono de la lactancia materna exclusiva 	<ul style="list-style-type: none"> Sociales Económicos Culturales Lactancia materna exclusiva. Otros tipos de lactancia. 	<ul style="list-style-type: none"> Procedencia Escolaridad Estado familiar Ocupación Ingresos Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva Creencias Actitudes Inicio Practica Duración Edad de abandono Lactancia de biberón

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
<p>H₀: Los factores socioculturales y económicos no influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en usuarias de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia cantón El Niño, San Miguel y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Santa Rosa de Lima, La Unión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Factores Abandono de la lactancia materna exclusiva. 	<p>Los factores, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren. Entre ellos: La pobreza, la violencia, el consumismo, la industrialización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medido a través de un cuestionario para identificar factores que influyen en la lactancia materna exclusiva siendo estos: sociales, económicos y culturales. Medido a través de un cuestionario donde se obtengan datos sobre la práctica o abandono de la lactancia materna exclusiva 	<ul style="list-style-type: none"> Sociales Económicos Culturales Lactancia materna exclusiva. Otros tipos de lactancia. 	<ul style="list-style-type: none"> Procedencia Escolaridad Estado familiar Ocupación Ingresos Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva Creencias Actitudes Inicio Practica Duración Edad de abandono Lactancia de biberón

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Tipo de estudio.

El tipo de estudio es cuali-cuantitativo porque se realizó un análisis de datos mediante pruebas estadísticas y comprobación de hipótesis.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio se clasifica como: Prospectivo, porque se registró la información a medida que los hechos se presentaron.

Según el período y la secuencia del estudio se clasifica como: Transversal, pues el corte de tiempo determinado para el estudio de las variables de manera simultánea no influyo en la forma en que se da el fenómeno estudiado.

Según el análisis y alcance de los resultados este estudio es de tipo descriptivo porque se recolectarán datos puntuales como características de la población y factores asociados.

6.2. Población.

Unidad Comunitaria de Salud Familiar.	Población.
Santa Rosa de Lima, La Unión.	97
Cantón El Niño, San Miguel.	20
Población Total.	117

Tabla 2 Distribución de la población por cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

Fuente: SIMMOW

6.3. Muestra

No probabilístico por conveniencia.

6.4. Criterios para establecer la muestra.

Criterios de inclusión.

1. Mujer puérpera de 15 a 49 años de edad con producto vivo.
2. Que se presente a inscripción posparto en el período comprendido entre enero y mayo de 2017.
3. Que acepte participar en el estudio.

Criterios de exclusión.

1. Mujer que está brindando lactancia materna en niño mayor de 6 meses.

6.5. Técnica de recolección de información.

- Técnicas documentales

Documental bibliográfico: porque se permitió hacer una revisión de diferentes libros especializados en el tema donde se investigaron datos importantes sobre anatomía, la patología y como se desarrolla, los signos y síntomas que presenta los métodos diagnósticos del cual se elegirá uno para comprobar la enfermedad y el tratamiento que se les dio a los participantes.

- **Técnicas de trabajo de campo:**

Se realizó una encuesta para recolectar datos de interés para la investigación y se obtuvo información sobre el conocimiento de la población.

6.6. Instrumentos.

Se proporcionó un cuestionario el cual estaba formada de partes, la primera recolectó datos demográficos, la segunda indagó sobre los factores socioeconómicos y la tercera parte indagó sobre los factores culturales, el instrumento contaba con 27 preguntas tipo semicerradas y cerrada. (Anexo numero 7)

6.7. Procedimiento.

Planificación.

En la Facultad Multidisciplinaria Oriental en el Departamento de Medicina fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera Doctorado en Medicina y la coordinadora del proceso de graduación con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente asesor con el cual posteriormente en reunión se seleccionó el tema a investigar y el lugar en que se realizaría la investigación. Además se realizó la búsqueda de información sobre el tema a investigar y posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos presentados para su desarrollo y se presentó de forma escrita, al que se realizaron las correcciones pertinentes por asesor y coordinadora del proceso de graduación, y contando con asesoría metodológica se realizó el presente protocolo de investigación, una vez revisado y aprobado el protocolo de investigación, se procederá a la presentación del mismo a las autoridades de las respectivas unidades de salud donde se llevará a cabo la investigación y proceder de forma legal a la obtención de la información.

Ejecución.

La población estudiada fueron 117 usuarias, puérperas, en edad comprendida entre 15 a 49 años, quienes al momento del estudio se encuentren dentro de los 6 meses posparto en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias Cantón El Niño, San Miguel y Santa Rosa de Lima, La Unión.

Se proporcionó el respectivo cuestionario para su resolución por parte de las usuarias, lo cual se llevará a cabo en el período de julio a septiembre de 2017.

6.8. Plan de análisis.

De acuerdo a los objetivos propuestos y con base al tipo de variable, se proporcionó un cuestionario para su resolución donde se recolectaron características sociodemográficas y factores socioeconómicos y culturales asociados con el abandono de la lactancia materna exclusiva y se realizó un consolidado de los datos encontrados.

Se detectó por análisis cuantitativo como los factores culturales influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

7. RESULTADOS

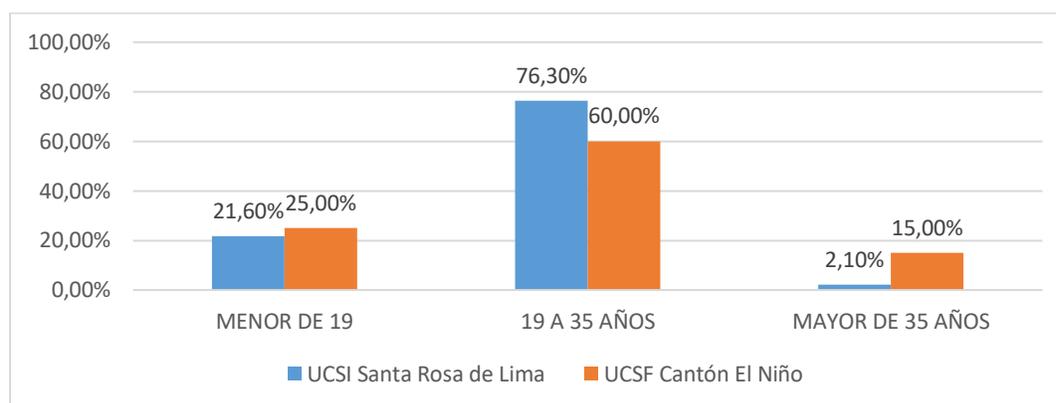
7.1. Tabulación, análisis e interpretación de datos.

Tabla 3 Edad de las madres lactantes en estudio.

Grupo etáreo	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Menor de 19 años	21	21,6	5	25,0	26	22,2
19 a 35 años	74	76,3	12	60,0	86	73,5
Mayor de 35 años	2	2,1	3	15,0	5	4,3
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 3 se refleja los grupos de edades, de las pacientes que participaron en el estudio, el grupo de edad que predomina en las mujeres que brindan lactancia materna en los establecimientos de salud donde se realizó el estudio es el grupo de 19 a 35 años de edad siendo un total del 76.3% en la UCSFI Santa Rosa de Lima y un 60% en la UCSFI El Niño, siendo los grupos de riesgo obstétrico, adolescentes y mayores de 35 años las que se encontraron en menor porcentaje en nuestro estudio, pacientes menor de 19 años fueron el 21.6% de las mujeres de la UCSFI Santa Rosa de Lima y un 25% de la UCSFI El Niño, por ultimo tenemos que un 2.10% de la población de la UCSFI Santa Rosa de Lima está dentro del grupo mayor de 35 años y un 15% de la población de puérperas de la UCSFI El Niño.

Gráfico 1: Edad de las madres lactantes en estudio.

Fuente: Tabla 3.

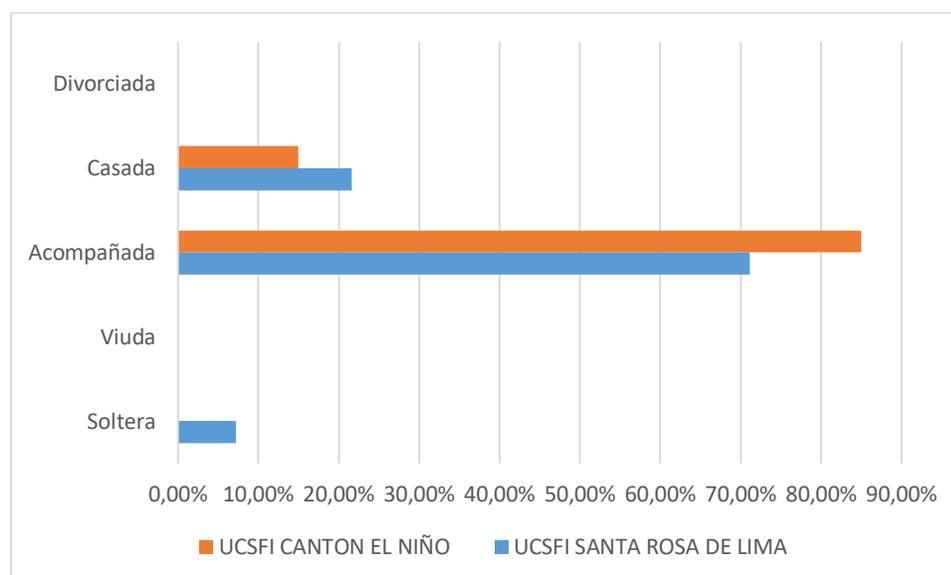
Interpretación: El gráfico 1 señala que en general las edades de las pacientes que participaron en el estudio están dentro del grupo de 19 a 35 años de edad, grupo de edad que según la literatura médica ante un embarazo tiene menor probabilidad de presentar un riesgo obstétrico, esto se observó en las dos unidades de salud que formaron parte del estudio. El siguiente grupo que predominó fue el grupo de adolescentes, lo cual refleja la tendencia de embarazo en adolescentes siendo un problema de la salud sexual reproductiva que tenemos en nuestro país.

Tabla 4 Estado civil de la madre.

Estado familiar	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec.	%	Frec.	% del N de la columna	Frec.	%
Soltera	7	7,2	0	,0	7	6,0
Viuda	0	,0	0	,0	0	,0
Acompañada	69	71,1	17	85,0	86	73,5
Casada	21	21,6	3	15,0	24	20,5
Divorciada	0	,0	0	,0	0	,0
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 4 hace referencia al estado civil de las pacientes que brindan lactancia materna en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño, El 73.5% de la población de estudio está acompañada, el 20.5% está casada y solamente un 6% esta soltera. No hubo datos de pacientes que su estado civil fuera viuda o divorciada. Los datos fueron similares dentro de las dos unidades en donde se realizó el estudio.

Gráfico 2: Estado Civil de la madre.

Fuente: Tabla 4.

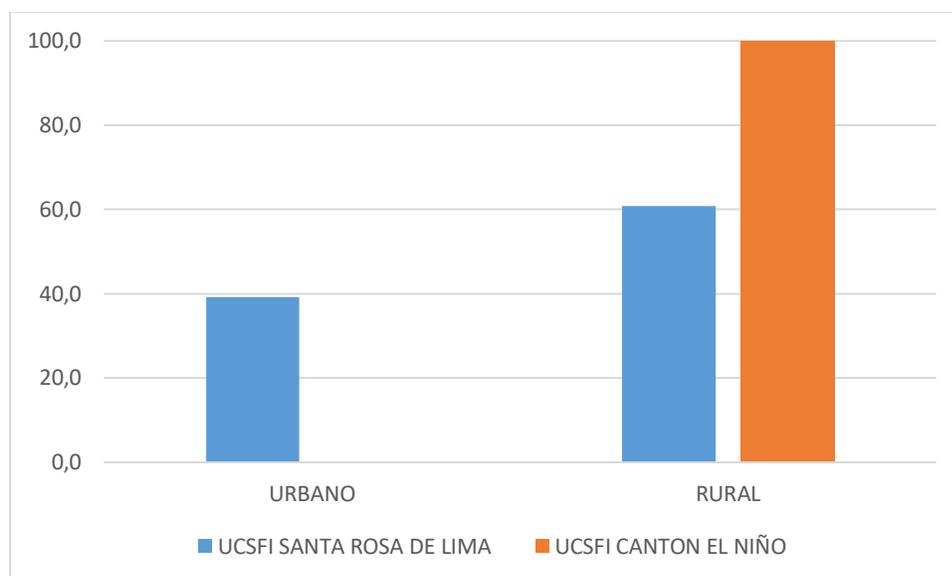
Interpretación: En la gráfica 2 se observa la distribución del estado familiar dentro de las pacientes que participaron dentro del estudio, las pacientes acompañadas forman la mayoría del estudio, seguido del grupo de las pacientes casadas y por último el grupo de las pacientes solteras, lo cual refleja que muchas mujeres mantienen una unión libre.

Tabla 5 Procedencia de la población en estudio.

Procedencia.	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec.	%	Frec.	% del N de la columna	Frec.	%
Urbano	38	39,2	0	,0	38	32,5
Rural	59	60,8	20	100,0	79	67,5
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 4 se refleja la procedencia de las pacientes del estudio, El 39.2% de la población de la UCSFI Santa Rosa de Lima es de procedencia urbana y un 60.8% rural, de la UCSFI El Niño el 100% de la población es de procedencia rural. Donde se observó que un total del 67.5% de todas las pacientes del estudio provienen del área rural, únicamente de la UCSFI Santa Rosa de Lima se reportaron pacientes de procedencia urbana.

Gráfico 3: Procedencia.

Fuente: Tabla 5.

Interpretación: El gráfico 3 refleja que la mayoría de pacientes que participaron del estudio provienen del área rural, solo en la UCSFI Santa Rosa de Lima se reportaron pacientes del área rural debido al área geográfica de cobertura de esta unidad de salud.

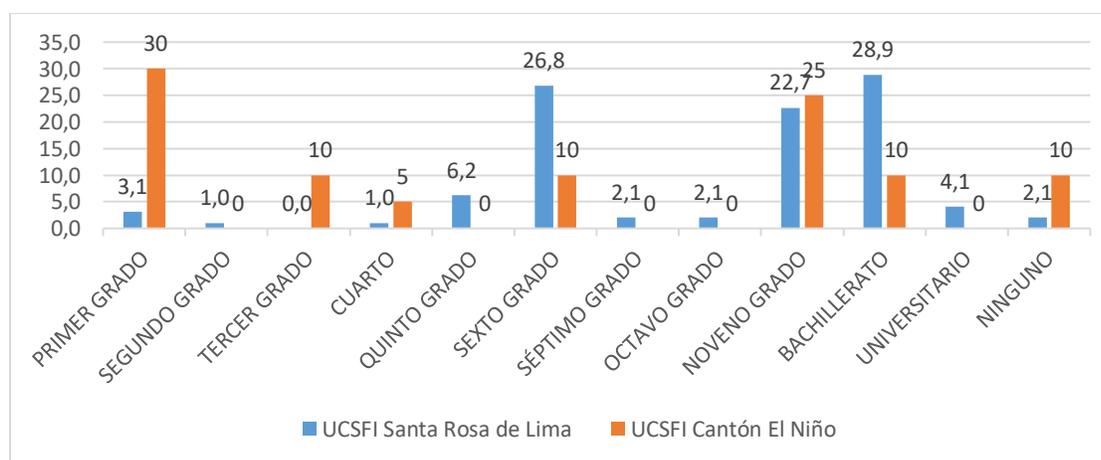
Tabla 6 ¿Cuál ha sido su último grado de estudio?

Último año lectivo estudiado	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	% del N de la columna	Frec	%
Primer grado	3	3,1	6	30,0	9	7,7
Segundo grado	1	1,0	0	,0	1	,9
Tercer grado	0	,0	2	10,0	2	1,7
Cuarto grado	1	1,0	1	5,0	2	1,7
Quinto grado	6	6,2	0	,0	6	5,1
Sexto grado	26	26,8	2	10,0	28	23,9
Séptimo grado	2	2,1	0	,0	2	1,7
Octavo grado	2	2,1	0	,0	2	1,7
Noveno grado	22	22,7	5	25,0	27	23,1
Bachillerato	28	28,9	2	10,0	30	25,6
Universitario	4	4,1	0	,0	4	3,4
Ninguno	2	2,1	2	10,0	4	3,4
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 6 se refleja el último grado de estudio de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño, El 25.6% de las pacientes afirmaron que su su ultimo grado de estudio fue hasta bachillerato, siendo el grupo predominante, seguido de pacientes que estudiaron hasta grados de educación básica, 23.9% hasta sexto grado y 23.1% hasta noveno grado. Agrupando los dos grupos de pacientes, las que estudiaron hasta sexto grado y las que estudiaron hasta noveno grado se observa que la educación básica es la predominante en las pacientes de este estudio.

Gráfico 4: Escolaridad alcanzada



Fuente: Cuestionario de este estudio.

Interpretación: En el gráfico 4 se visualiza que la mayoría de pacientes tienen un nivel de educación intermedia, que son pacientes que estudiaron hasta bachillerato, seguido de pacientes que culminaron estudios de educación primaria, aunque estos datos no reflejan totalmente que haya relación entre el nivel académico y su influencia en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

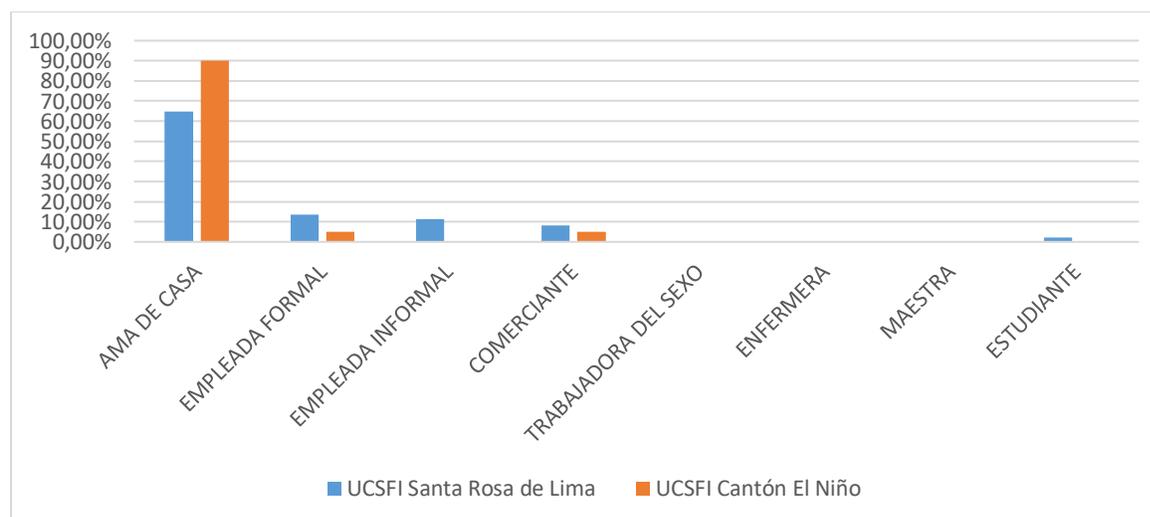
Tabla 7 Ocupación.

¿Cuál es su ocupación?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Ama de casa	63	64,9	18	90,0	81	69,2
Empleada formal	13	13,4	1	5,0	14	12,0
Empleada informal	11	11,3	0	,0	11	9,4
Comerciante	8	8,2	1	5,0	9	7,7
Trabajadora de sexo	0	,0	0	,0	0	,0
Enfermera	0	,0	0	,0	0	,0
Maestra	0	,0	0	,0	0	,0
Estudiante	2	2,1	0	,0	2	1,7
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 7 se refleja la ocupación de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño, El 69.2% de pacientes de las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño contestaron que su ocupación es ama de casa, el 12% son empleadas formales, 9.4% son empleadas informales, 7.7% son comerciantes y el 1.2% contestaron que son estudiantes. Esto se observó de manera similar en ambas unidades de salud donde se realizó el estudio.

Gráfico 5: Ocupación.



Fuente: Tabla 7.

Interpretación: En el gráfico 5 se observa que la ocupación predominante de las pacientes que brindan lactancia materna es ama de casa lo cual coincide con los datos que se observan más adelante donde la mayoría de las pacientes del estudio estaban brindando lactancia materna exclusiva.

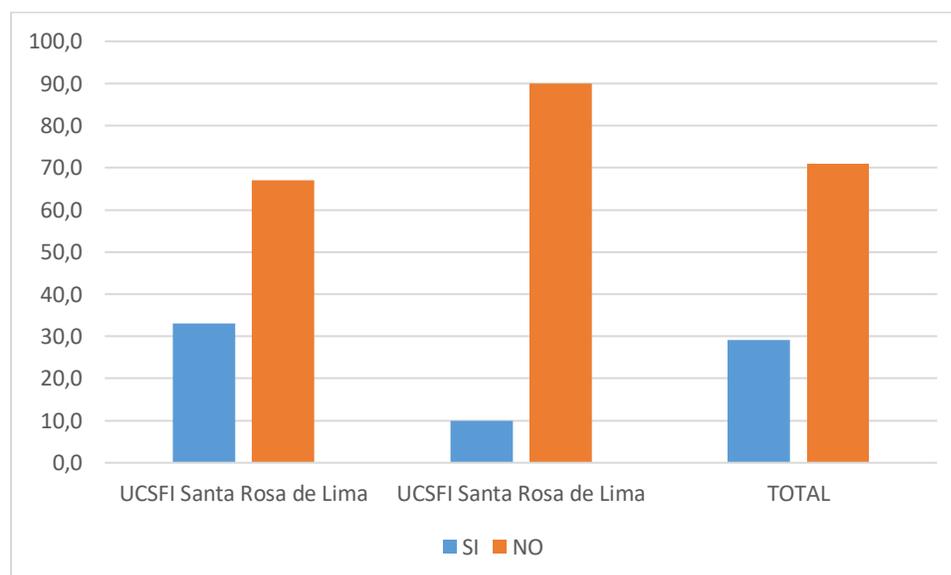
Tabla 8 ¿Su trabajo es remunerado?

¿Su trabajo es remunerado?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	32	33,0	2	10,0	34	29,1
No	65	67,0	18	90,0	83	70,9
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 8 se refleja si las pacientes reciben remuneración por su trabajo o no, El 29.1% de las pacientes de las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño que participaron en el estudio reciben remuneración por su trabajo y el 70.9% no reciben remuneración debido a que su ocupación es ama de casa. Esto puede explicarse por el hecho que la mayoría de las pacientes del estudio son de procedencia rural y se dedican a labores del hogar.

Gráfico 6: ¿Su trabajo es remunerado?



Fuente: Tabla 8

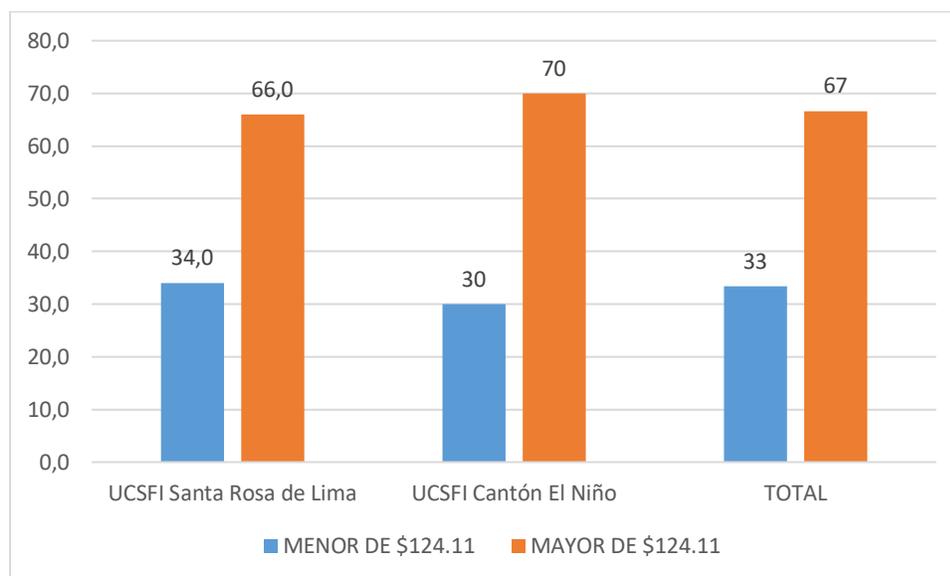
Interpretación: En el gráfico 6 se visualiza que la mayoría de nuestras pacientes no reciben remuneración por su ocupación, esto se debe a que las mujeres del área rural se ocupan de las labores del hogar y no reciben una remuneración por dicho trabajo.

Tabla 9 Ingreso mensual aproximado por grupo familiar.

Ingreso mensual aproximado	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Menor de \$124.11	33	34,0	6	30,0	39	33,3
Mayor de \$124.11	64	66,0	14	70,0	78	66,7
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 9 se refleja el ingreso mensual aproximado en base al salario mínimo del sector agrícola ya que es la principal fuente de ingreso en el área rural de donde es la mayoría de pacientes del estudio. El 67% de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño tienen un ingreso familiar aproximado mayor de \$124.11 y un 33.3% de las pacientes tienen un ingreso mensual aproximado menor de \$124.11.

Gráfico 7: Ingreso mensual promedio aproximado

Fuente: Tabla 9.

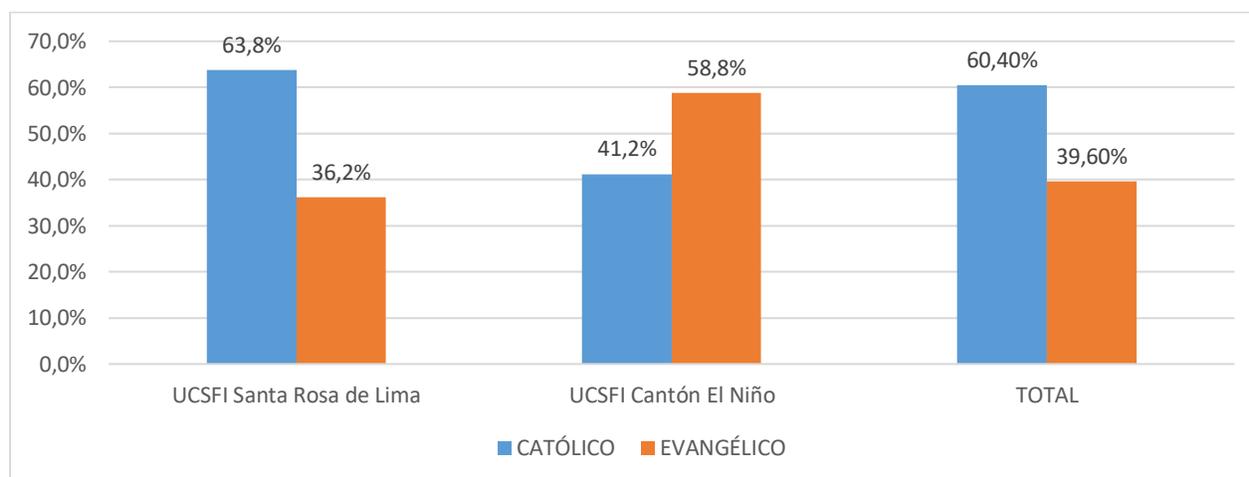
Interpretación: En el gráfico 7 se visualiza que el 67% de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño tienen un ingreso familiar aproximado mayor de \$124.11 y un 33.3% de las pacientes tienen un ingreso mensual aproximado menor de \$124.11, lo cual puede demostrar que la mayoría de las pacientes sus ingresos no provienen de la actividad agrícola la cual es la predominante dentro del área rural.

Tabla 10 Grupo religioso al que pertenece

Grupo religioso al que pertenece.	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Católico	60	63,8	7	41,2	67	60,4
Evangélico	34	36,2	10	58,8	44	39,6
Total	94	100,0	17	100,0	111	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 10 se refleja el grupo religioso al que pertenecen las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño, El 60.4% de pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño pertenecen al grupo católico y 39.6% pertenecen al grupo evangélico.

Gráfico 8: Grupo religioso al que pertenece.

Fuente: Tabla 10

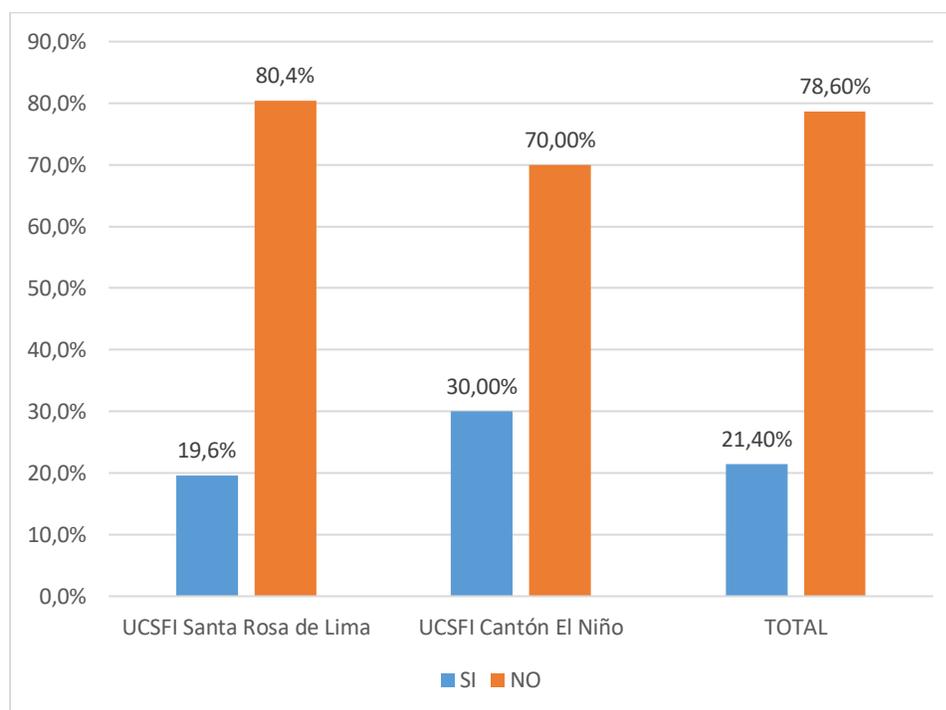
Interpretación: En el gráfico 8 se observa que la práctica religiosa predominante en la población estudiada es el catolicismo, un porcentaje menor son evangélicas, se investigaron únicamente estas dos prácticas religiosas debido a que son las más comunes en nuestra población y no hay estudios que demuestren que la religión influya en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Tabla 11 ¿Su compañero de vida le ha prohibido realizar algún trabajo?

¿Su compañero de vida le ha prohibido realizar algún trabajo?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	19	19,6	6	30,0	25	21,4
No	78	80,4	14	70,0	92	78,6
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 11 hace referencia a si el compañero de vida de la paciente que participo en el estudio le ha prohibido realizar algún trabajo, El 78.6% de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño afirmaron que no se les prohíbe trabajar por parte de su compañero de vida, el 21.4% afirmaron que su compañero de vida si les ha prohibido realizar cualquier tipo de trabajo, esto se observó en porcentajes similares en ambas unidades de salud donde se realizó el estudio.

Gráfico 9: Prohibición laboral por parte de compañero de vida.

Fuente: Tabla 11

Interpretación: En el gráfico 9 se puede observar que no existe prohibición por parte de las parejas de las pacientes para que ellas realicen algún trabajo, los datos que se obtuvieron fueron similares

en ambas unidades donde se realizó el estudio, esto nos indica que las parejas de las pacientes del estudio les dan libertad para que puedan desempeñar alguna otra labor si ellas lo desean.

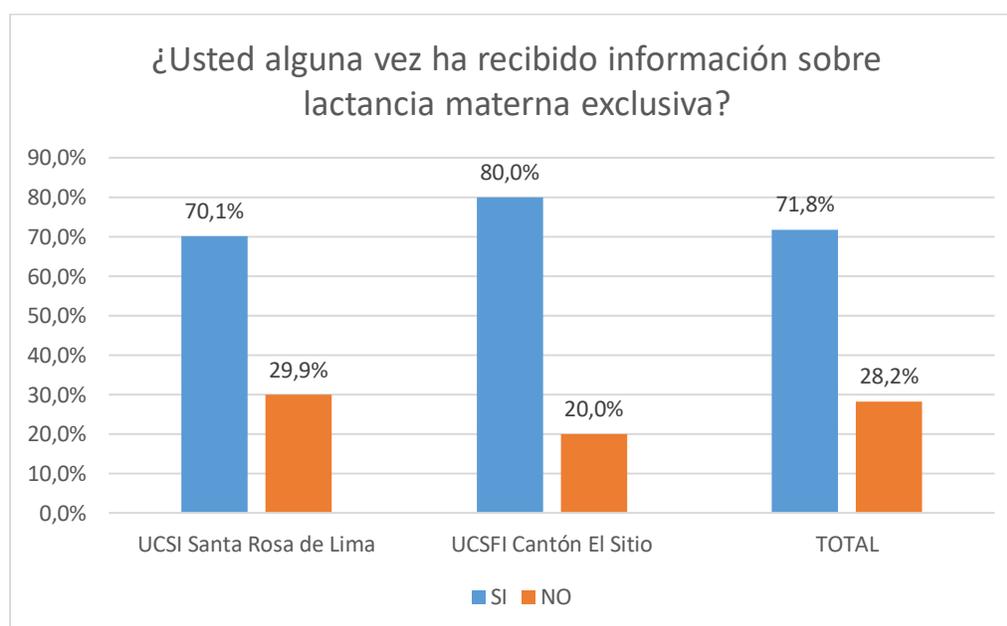
Tabla 12 ¿Usted alguna vez recibió información sobre lactancia materna exclusiva?

¿Usted alguna vez recibió información sobre lactancia materna exclusiva?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	68	70,1	16	80,0	84	71,8
No	29	29,9	4	20,0	33	28,2
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: La tabla 12 hace referencia a si las pacientes que están brindando lactancia materna en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño han recibido información sobre lactancia materna exclusiva, El 71.8% de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño tienen algún conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva y 28.2% de las pacientes no tienen conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva. Lo cual demuestra la amplia distribución del tema dentro de la población de mujeres en nuestro país.

Gráfico 10: Información sobre lactancia materna exclusiva.



Fuente: Tabla 12.

Interpretación: En el gráfico 10 se observa que a pesar de los esfuerzos que realizan las autoridades de salud sobre difundir el tema de lactancia materna dentro de la población aún hay

un porcentaje considerable de pacientes que no tienen conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva a lo que se debe realizar una difusión de este tema de una manera más intensiva a fin de que sea mayor la población que conozca sobre la lactancia materna exclusiva, sus beneficios y ventajas no solamente para la mujer que brinda la lactancia si no para el lactante.

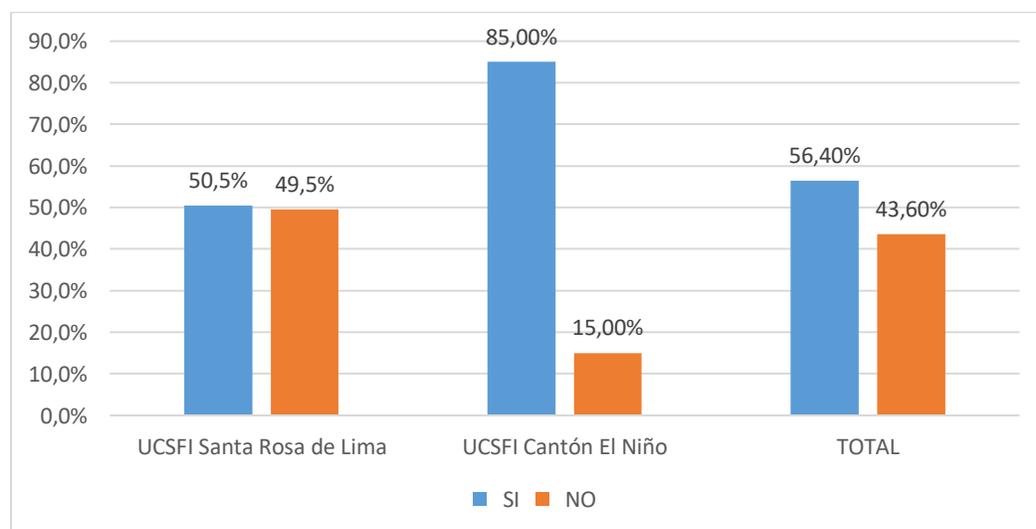
Tabla 13 ¿Usted actualmente está brindando lactancia materna exclusiva?

¿Usted actualmente está brindando lactancia materna exclusiva?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	49	50,5	17	85,0	66	56,4
No	48	49,5	3	15,0	51	43,6
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 13 se refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño sobre si están brindando lactancia materna exclusiva, 66 pacientes contestaron que si , 56.4 % del total de pacientes dio lactancia materna exclusiva, la mayoría de la UCSFI El Niño, donde el 100% de la población es del área rural, el 43.6% de las pacientes no dio lactancia materna exclusiva, donde el 49.6% de las pacientes de la UCSFI Santa Rosa de Lima no dio lactancia materna exclusiva. Esto refleja que en la unidad de salud de Santa Rosa de Lima donde hay un buen porcentaje de población rural hay un mayor abandono del periodo de lactancia materna exclusiva.

Gráfico 11: Lactancia materna exclusiva



Fuente: Tabla 13.

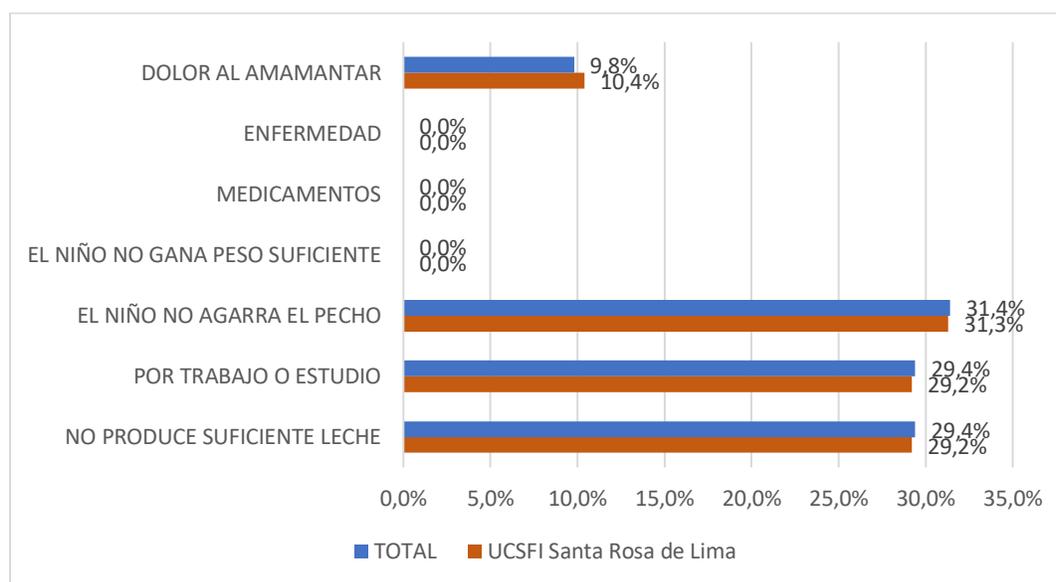
Interpretación: En el gráfico 11 se visualiza que a pesar que el porcentaje de pacientes que conocen sobre lactancia materna exclusiva es alto existe un 43.6% de pacientes que no estaban brindando lactancia materna exclusiva al momento del estudio, lo que demuestra que hay una alta tendencia de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva por parte de la población

Tabla 14 Causas de abandono de lactancia materna exclusiva.

Causas por las que se abandona la lactancia materna exclusiva.	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
No produce suficiente leche	14	29,2	1	33,3	15	29,4
Por trabajo o estudio	14	29,2	1	33,3	15	29,4
El niño no agarra pecho	15	31,3	1	33,3	16	31,4
El niño no gana peso suficiente	0	,0	0	,0	0	,0
Medicamentos	0	,0	0	,0	0	,0
Enfermedad	0	,0	0	,0	0	,0
Dolor al amamantar	5	10,4	0	,0	5	9,8
Total	48	100,0	3	100,0	51	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: La tabla 14 refleja las causas por las que se abandona la lactancia materna exclusiva donde Las causas principales por las que se dio el abandono de la lactancia materna exclusiva en las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño fueron porque el niño no agarra pecho en un 31.4%, porque no produce suficiente leche y por estudio o trabajo en un 29.4% para cada una de las causas, y un pequeño porcentaje del 9.8% refirió dolor al amamantar, esto puede deberse que aunque tienen conocimiento de la lactancia materna exclusiva no tienen el suficiente conocimiento sobre los beneficios, mitos y creencias que giran en torno a este tema.

Gráfico 12: Causas de abandono de lactancia materna exclusiva.

Fuente: Tabla 14.

Interpretación: En el gráfico 12 se visualiza que la mayoría de pacientes coincidieron en 3 causas de abandono principales que son; porque el niño no agarra pecho, por trabajo o estudio y porque no producen suficiente leche, lo cual lleva al abandono de la lactancia materna exclusiva de manera precoz y no al asesoramiento adecuado para mejorar estos problemas que se presentan durante la práctica de lactancia materna exclusiva.

Tabla 15 ¿Usted recibe apoyo emocional de su pareja o familia para continuar la lactancia materna exclusiva?

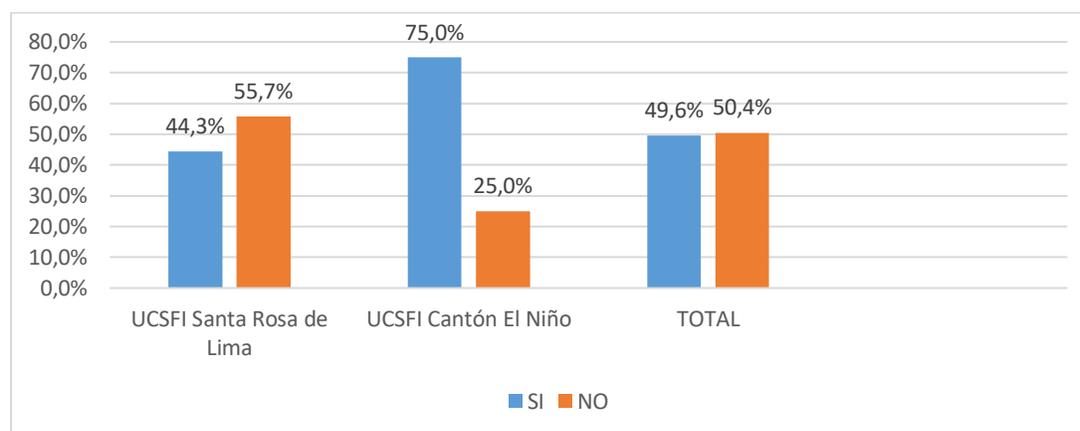
¿Usted recibe apoyo emocional de su pareja o familia para continuar la lactancia materna exclusiva?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	43	44,3	15	75,0	58	49,6
No	54	55,7	5	25,0	59	50,4
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 15 se refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño sobre el apoyo emocional de su pareja o familia para continuar con la lactancia materna exclusiva, Existe un mayor porcentaje (50.4%) de mujeres que expresan que no reciben apoyo de su familia o pareja para continuar con la lactancia materna

exclusiva, esto se observa más en las usuarias de la UCSFI Santa Rosa de Lima donde el 55.7% contestó que no recibe apoyo, a diferencia de las usuarias de la UCSFI El Niño donde un 75% contestó que sí existe apoyo por parte de su pareja o la familia. Estudios refieren que el apoyo emocional a la madre que está brindando lactancia materna es importante para que cumpla o abandone el periodo de la lactancia materna exclusiva, sobre todo el apoyo por parte de la pareja ya que tiene mucha influencia sobre esto.

Gráfico 13: Apoyo emocional de la pareja o grupo familiar.



Fuente: Tabla 15.

Interpretación: En el gráfico 13 se ve reflejado que en la población estudiada predominó la falta de apoyo emocional por parte de la familia y pareja, lo cual ayuda a comprender el gran porcentaje de abandono del periodo de lactancia materna exclusiva a pesar de tener el conocimiento sobre esta, ya que en estudios se ha demostrado que el apoyo emocional de la familia y de la pareja influyen en el cumplimiento de esta.

Tabla 16 ¿Usted ha empezado a dar otros alimentos o líquidos?

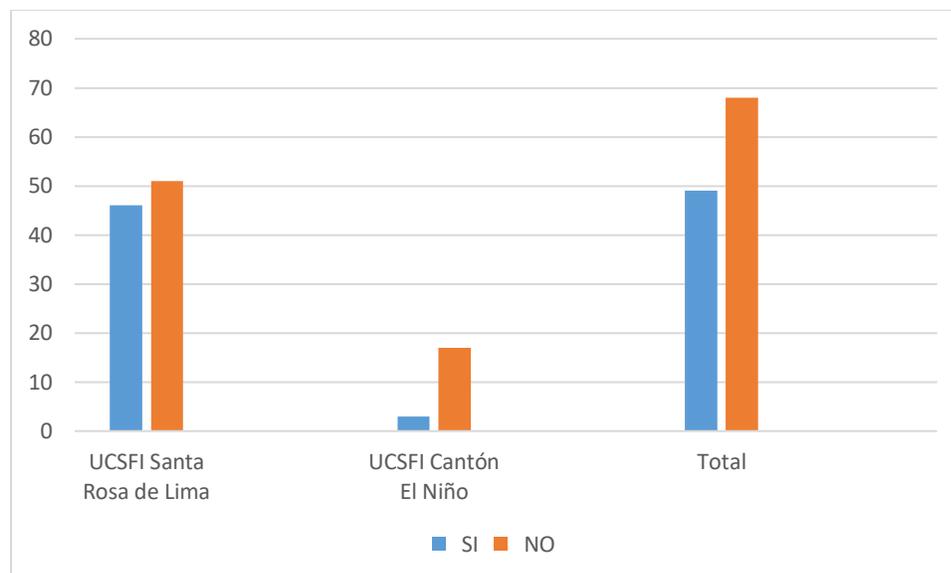
¿Usted ha empezado a dar otros alimentos líquidos?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	46	47,4	3	15,0	49	41,9
No	51	52,6	17	85,0	68	58,1
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 16 se refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño con respecto a la introducción de alimentos líquidos en el periodo de lactancia materna exclusiva, El 58% de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño respondieron que no habían iniciado la ablactación temprana y 41.9% respondieron que introdujeron algún alimento o líquido además de la lactancia

materna, 47.4% de las pacientes de UCSFI Santa Rosa de Lima había iniciado la ablactación temprana y el 15% de las pacientes de UCSFI El Niño respondieron también que habían iniciado la ablactación.

Gráfico 14: Ablactación temprana.



Fuente: Tabla 16

Interpretación: En el gráfico 14 se visualiza que los datos de la ablactación temprana y el abandono de la lactancia materna exclusiva coinciden, solo hay un pequeño porcentaje de 1.7% que habían iniciado a dar líquidos y continuaban con lactancia materna exclusiva, lo cual se explica de que estos líquidos eran medicamentos previamente indicados en alguna consulta médica, lo cual entra dentro de la definición de lactancia materna exclusiva.

Tabla 17 ¿Al amamantar por largo tiempo se caen los pechos?

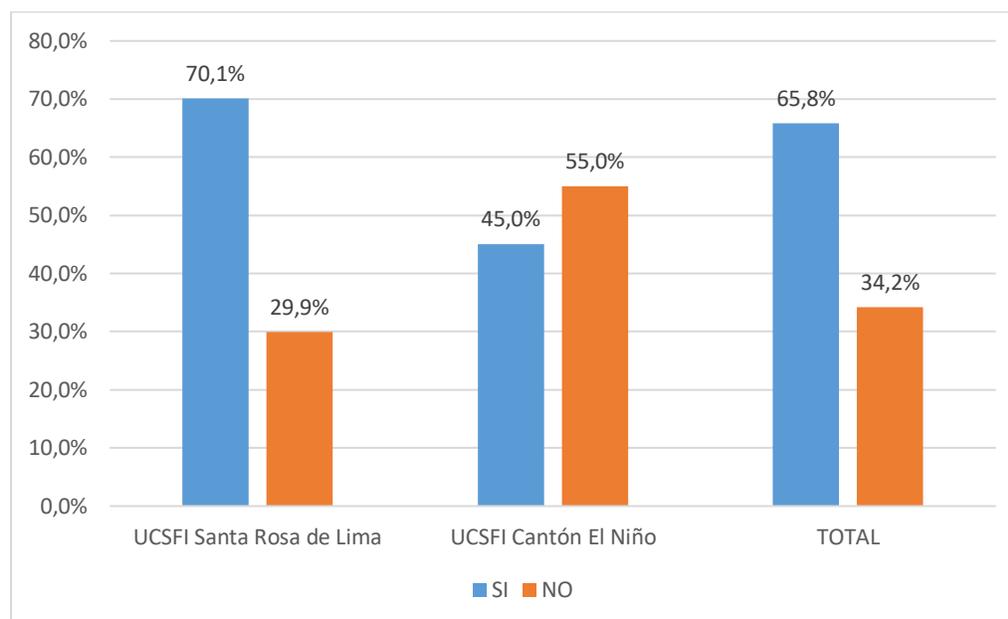
¿Al amamantar por largo tiempo se caen los pechos?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	68	70,1	9	45,0	77	65,8
No	29	29,9	11	55,0	40	34,2
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 17 hace referencia a la opinión de las pacientes en cuanto a que, si al amamantar por largo tiempo se caen los pechos, El 65.8% de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño respondieron que, si existe relación entre el amamantar por largo tiempo y la caída de los pechos, se observó que un 70.1% de pacientes de la UCSFI Santa Rosa de Lima contestó que si a esta pregunta a diferencia del 45% de pacientes de

la UCSFI El Niño. Esto refleja la concepción errónea sobre este tópico, ya que estudios demuestran que no es la práctica de la lactancia materna la que produce la caída de los senos si no el número de embarazos que la paciente tiene en el transcurso de su vida reproductiva.

Gráfico 15: ¿Al amamantar por largo tiempo se caen los pechos?



Fuente: Tabla 17.

Interpretación: El gráfico 15 se puede observar la creencia ampliamente difundida en la población estudiada sobre que el amamantar por largo tiempo produce caída de los pechos, lo cual demuestra que aun predominan muchos mitos en torno al tema de la lactancia materna debido a que cuando se habla de esto no se hace énfasis sobre los mitos y creencias de la lactancia materna.

Tabla 18 ¿A través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad?

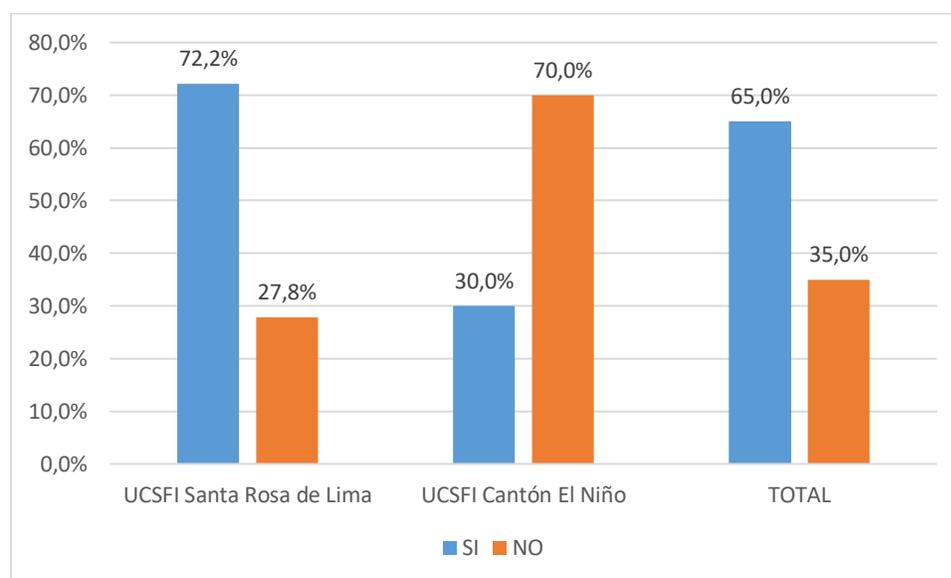
¿A través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	70	72,2	6	30,0	76	65,0
No	27	27,8	14	70,0	41	35,0
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 18 se refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño sobre si a través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad al bebe, el 65% de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI

Santa Rosa de Lima y El Niño respondieron que a través de la leche materna si puede transmitirse alguna enfermedad al bebe y el 35% respondió que no se puede transmitir enfermedades a través de la leche materna. Esto coincide con el porcentaje casi similar de pacientes que tienen conocimiento sobre la lactancia materna lo que demuestra que cuando se imparte información sobre lactancia materna exclusiva se habla sobre las enfermedades que pueden ser transmitidas a través de esta.

Gráfico 16: ¿A través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad al bebé?



Fuente: Tabla 18.

Interpretación: En el gráfico 16 se puede observar que existe el conocimiento en la población estudiada sobre que a través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad, lo cual indica que la labor educativa y de difusión sobre la lactancia materna exclusiva se realiza de una manera adecuada ya que tratan de incluir el tema de la transmisión de enfermedades a través de la lactancia materna.

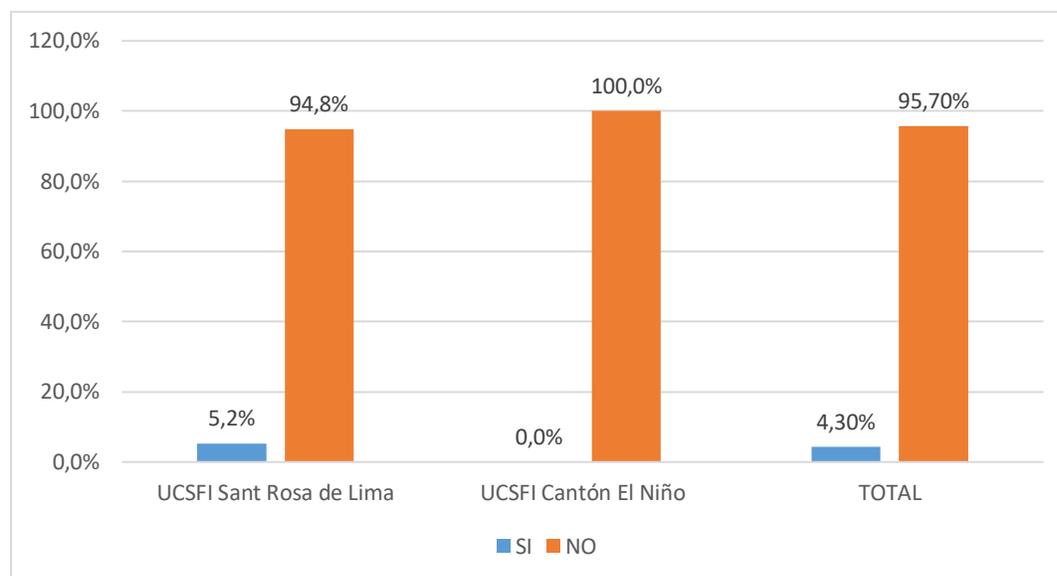
Tabla 19 ¿La primera leche materna puede ser dañina para los bebés?

¿La primera leche materna que es transparente puede ser dañina para los bebés?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	5	5,2	0	,0	5	4,3
No	92	94,8	20	100,0	112	95,7
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 19 se refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño, sobre si consideran que la primera leche materna que es transparente puede ser dañina para los bebés, El 95.7% de las pacientes tienen el conocimiento que la primera leche no les produce ningún daño a los bebés y solo el 4.3% contestaron que la primera leche si es dañina para los bebés. Esto refleja que las pacientes tienen el conocimiento que el calostro no solo es dañino si no que es beneficioso para el lactante.

Gráfico 17 ¿La primera leche materna puede ser dañina para el bebé?



Fuente: Tabla 19

Interpretación: En el gráfico 17, se visualiza que la mayoría de pacientes tienen un conocimiento sobre lo que es la primera leche materna y que no tiene ningún efecto dañino sobre los lactantes, solamente una minoría piensa que tiene algún efecto dañino sobre sus bebés. Lo cual es un reflejo sobre la adecuada consejería y educación que se tiene sobre las diferentes fases de la leche materna.

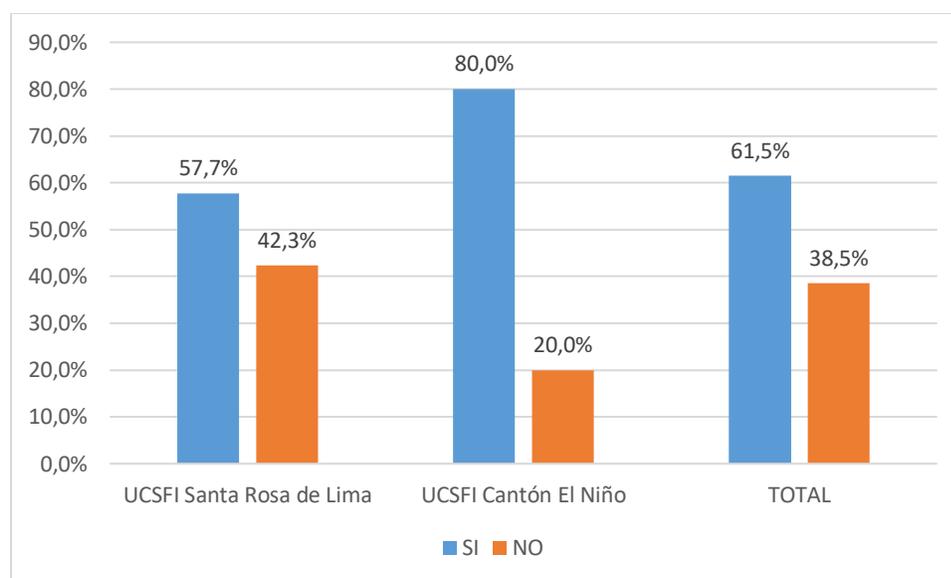
Tabla 20 ¿Las agüitas de anís, manzanilla y canela previenen los cólicos en el bebé?

¿Las agüitas de anís, manzanilla y canela previenen cólicos en el bebé?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	56	57,7	16	80,0	72	61,5
No	41	42,3	4	20,0	45	38,5
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 20 se refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño sobre las agüitas de anís, manzanilla y canela previenen los cólicos en el bebe, El 61.5 % de las pacientes refieren que las infusiones de anís, manzanillas y canela previenen los cólicos del lactante y un 38.5% respondieron que no previenen los cólicos del lactante. Lo cual refleja como las creencias sobre el uso infusiones en lactantes ayudan con problemas gastrointestinales

Gráfico 18: Creencias sobre los efectos de las infusiones en los cólicos del lactante.



Fuente: Tabla 20.

Interpretación: En el gráfico 18 hace referencia a la creencia que se tiene sobre el uso de diferentes infusiones para prevenir el cólico del lactante, un buen porcentaje de las mujeres que participaron piensan que si hay beneficio del uso de estas infusiones lo cual demuestra que es probable que su uso este muy presente en nuestra población, a pesar que diferentes estudios que mencionan que no se recomiendan el uso de estas infusiones en los problemas gastrointestinales ya que no se ha mostrado mejoría significativa y en ocasiones pueden haber complicaciones de tipo neurológico principalmente con el anís.

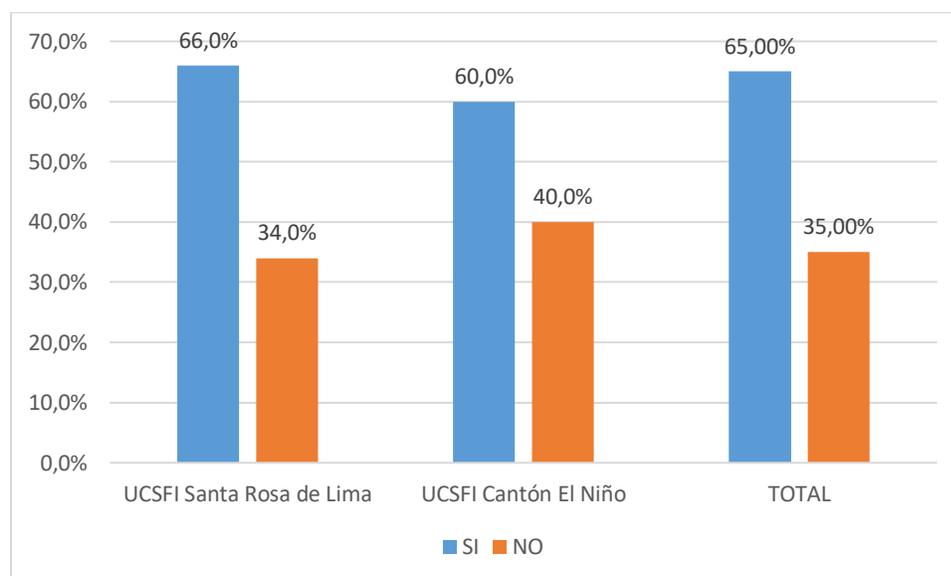
Tabla 21 ¿La cólera de la madre altera la leche del pecho?

¿La cólera de la madre altera la leche del pecho?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	64	66,0	12	60,0	76	65,0
No	33	34,0	8	40,0	41	35,0
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: La tabla 21 refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño sobre si la cólera de la madre altera la leche materna, Un 65% de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño creen que la cólera de la madre afecta la leche materna, 35% respondieron que la cólera no afecta la leche materna, se observó predominio de esta creencia en las pacientes de ambas unidades de salud.

Gráfico 19: Influencia del estado emocional sobre la calidad la leche materna.



Fuente: Tabla 21

Interpretación: En el gráfico 19 se visualiza que esta creencia se encuentra con igual distribución en la población de ambas unidades de salud donde se realizó el estudio, según un estudio de la UNICEF sobre mitos de la lactancia materna refieren que el estrés o miedo extremo disminuye la secreción de leche pero que es una respuesta temporal, no está demostrado que sea la calidad de la leche la que este disminuida ante una situación estresante.

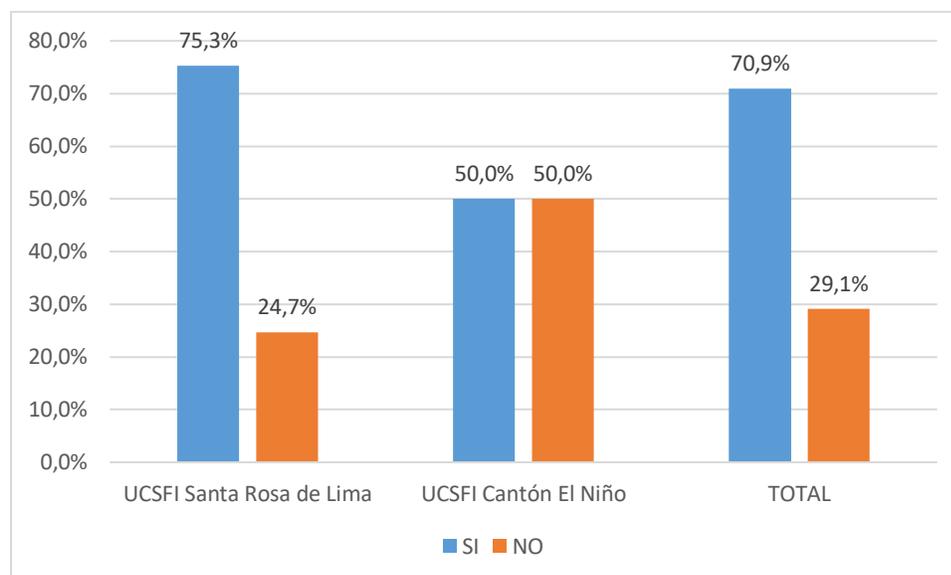
Tabla 22 ¿La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian?

¿La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	73	75,3	10	50,0	83	70,9
No	24	24,7	10	50,0	34	29,1
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: La tabla 22 refleja la opinión sobre si la leche artificial es la mejor opción para la madres que trabajan o estudian en las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño, El 70% de la población que participo en el estudio contesto que los sucedáneos de la leche materna son la mejor opción para aquellas madres que trabajan o estudian, 29.1% de las pacientes piensan que los sucedáneos de la leche materna no son la mejor opción para aquellas madres que trabajan o estudian. Se observa una fuerte creencia sobre que los sucedáneos de la leche materna pueden brindar los mismos beneficios que la lactancia materna exclusiva.

Gráfico 20: Conveniencia de la fórmula artificial para las madres que estudian o trabajan.



Fuente: Tabla 22.

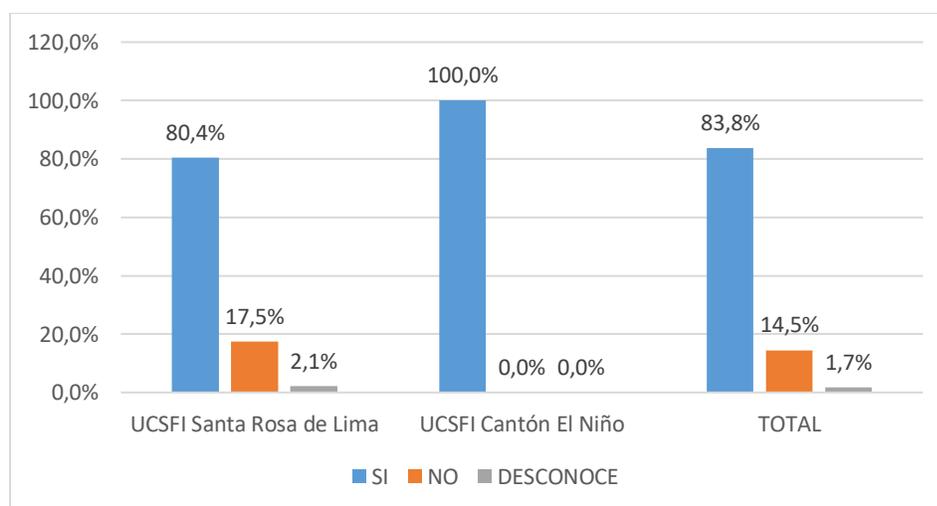
Interpretación: En el gráfico 20 se observa que 2/3 de la población piensa que el uso de sucedáneos es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian, esto se puede deber a la gran difusión del uso y beneficios de sucedáneos de la leche materna a pesar de existir una política sobre sucedáneos de la leche materna, cuando hay estudios que demuestran que extraerse manualmente la leche materna es una mejor opción debido a que ayuda con su economía y previene episodios de mastitis además de garantizar que el lactante reciba siempre lactancia materna exclusiva.

Tabla 23 ¿Es conveniente dar biberón antes de los 6 meses cuando hay poca leche?

¿Es conveniente dar el biberón al bebé antes de los 6 meses cuando hay poca leche?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	78	80,4	20	100,0	98	83,8
No	17	17,5	0	,0	17	14,5
Desconoce	2	2,1	0	,0	2	1,7
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: La tabla 23 refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño sobre la conveniencia de dar el biberón antes de los 6 meses cuando hay poca leche, 83.6% contestó que si es conveniente la lactancia de biberón al haber poca leche y un 14.5% contestó que no es conveniente iniciar este tipo de lactancia antes de los 6 meses de edad, se observó un porcentaje similar dentro de las dos unidades de salud, y esto está en relación con el uso de sucedáneos de leche materna, donde también una mayoría respondió que iniciar el uso de estos es una buena opción.

Gráfico 21: Conveniencia de la ablactación temprana por escasa producción de leche.

Fuente: Tabla 23

Interpretación: En el gráfico 21 se visualiza que La mayoría de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño piensan que es conveniente usar la lactancia de biberón antes de los 6 meses de edad si se produce un problema de escasa producción de leche materna. Esto puede deberse a una amplia difusión de los supuestos beneficios y ventaja sobre el uso de leche artificial, cuando muchas veces el problema de disminución en la producción de leche materna puede deberse a problemas con la técnica de amamantamiento. Además de que una higiene incorrecta del biberón puede producir infecciones gastrointestinales.

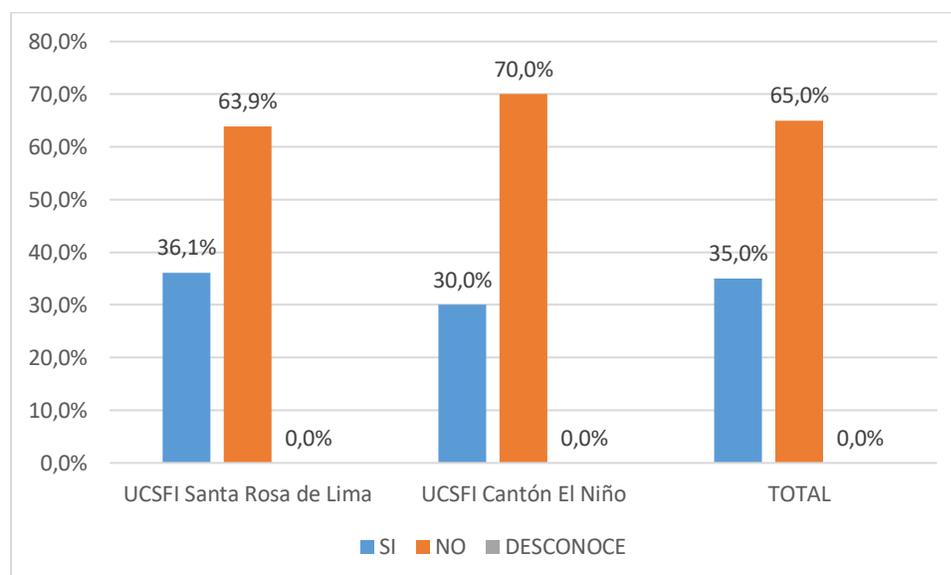
Tabla 24 ¿Es doloroso amamantar?

¿Es doloroso amamantar?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	35	36,1	6	30,0	41	35,0
No	62	63,9	14	70,0	76	65,0
Desconoce	0	,0	0	,0	0	,0
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: La tabla 24 refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño sobre si es doloroso amamantar, Un 65% de la población de estudio refiere que no es doloroso el amamantar, un 35% contestó que, si es doloroso el amamantar, esto último puede deberse a una técnica inadecuada o a malformaciones o variaciones anatómicas del pezón que producen dolor cuando las pacientes amamantan.

Gráfico 22: ¿Es doloroso amamantar?



Fuente: Tabla 24

Interpretación: En el gráfico 21 podemos observar que cerca 1/3 de las pacientes piensan que el amamantar produce dolor si se hace correctamente, cuando el amamantar no debe doler. La mayoría de las veces que esto ocurre se debe a mala colocación del bebé al pecho. Los primeros días los pezones pueden estar algo sensibles, pero, no debe ser doloroso. Lo ideal es que una paciente al presentar dolor busque asesoramiento sobre posiciones para colocar el bebé. Si el dolor continúa pudiera existir alguna condición en los pezones o, por ejemplo, frenillo en el bebé.

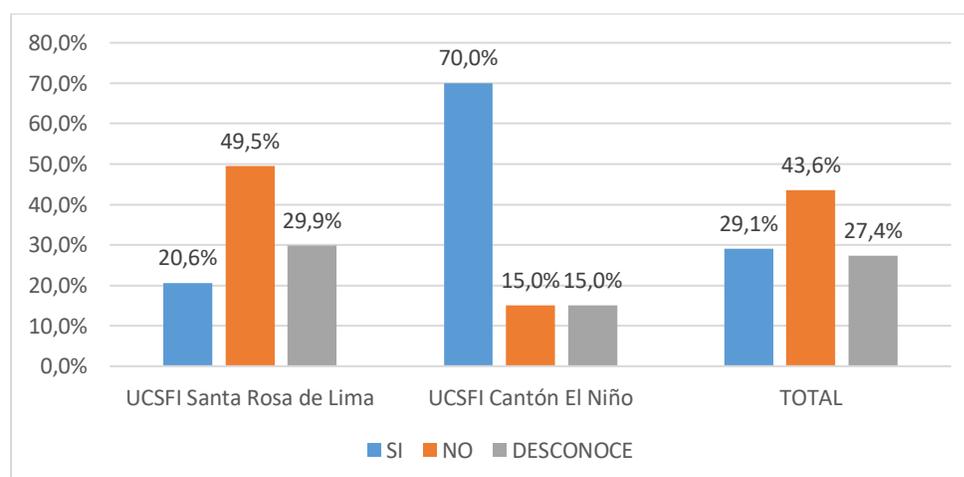
Tabla 25 ¿Es posible amamantar si se tiene el pezón invertido?

¿Es posible amamantar si se tiene el pezón invertido?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	20	20,6	14	70,0	34	29,1
No	48	49,5	3	15,0	51	43,6
Desconoce	29	29,9	3	15,0	32	27,4
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 25 se refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño sobre si es posible amamantar si se tiene el pezón invertido, un 43.6% de la población de estudio contestó que no es posible amamantar con el pezón invertido, 29.1% que si es posible. Se observó que en esta pregunta hay bastante desinformación sobre el tema de que si es posible amamantar cuando existe pezón invertido, debido a que un 27.4% respondieron que desconocían sobre lo que se les pregunto, este concepto sobre que no se puede amamantar con esta condición predominó sobre la población de la UCSFI El Niño.

Gráfico 23: ¿Es posible amamantar con el pezón invertido?



Fuente: Tabla 25.

Interpretación: En el gráfico 22 se visualiza que existe una buena proporción de mujeres que piensan que no es posible amamantar o que desconocen sobre lo que se preguntó, esto se debe a que este aspecto no se refuerza lo suficiente cuando se da consejería sobre lactancia materna, estudios demuestran que a menudo el problema es que estas mujeres llegan a la lactancia demasiado preparadas para el fracaso y además que este problema puede mejorar con diferentes intervenciones como grupos de ayuda y explicar sobre la técnica adecuada.

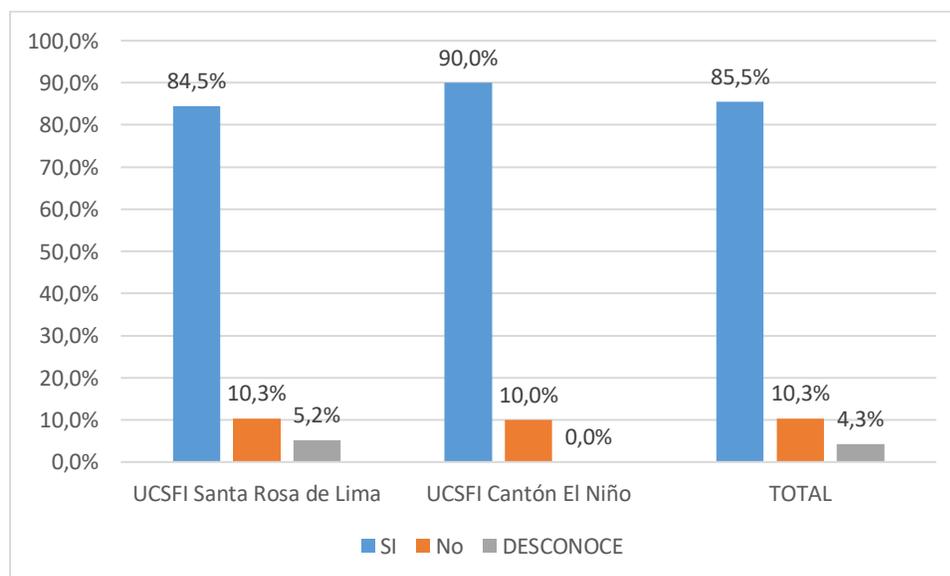
Tabla 26 ¿Es la leche materna suficiente para amamantar al bebé los primeros 6 meses de vida?

¿Es la leche materna suficiente para amamantar al bebé los primeros 6 meses de vida?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	82	84,5	18	90,0	100	85,5
No	10	10,3	2	10,0	12	10,3
Desconoce	5	5,2	0	,0	5	4,3
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: La tabla 27 refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño sobre si la leche materna es suficiente para alimentar al bebe los primeros 6 meses de vida, 100 pacientes respondieron que, si es suficiente, 12 pacientes respondieron que no es suficiente, 5 pacientes desconocen.

Gráfico 24: ¿Es la leche materna suficiente para alimentar al bebé los primeros 6 meses de vida?



Fuente: Tabla 26.

Interpretación: El gráfico 24 hace referencia a la opinión de las pacientes sobre si la leche materna es suficiente para el bebé los primeros 6 meses de vida, La mayoría de las pacientes respondieron que la leche materna es suficiente para alimentar a los lactantes durante los primeros 6 meses de vida, se observó que hay bastante información sobre los beneficios e importancia de la lactancia materna exclusiva. A pesar de que la gente sabe sobre esto siempre se observó una tendencia de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en un porcentaje considerable de la población en estudio.

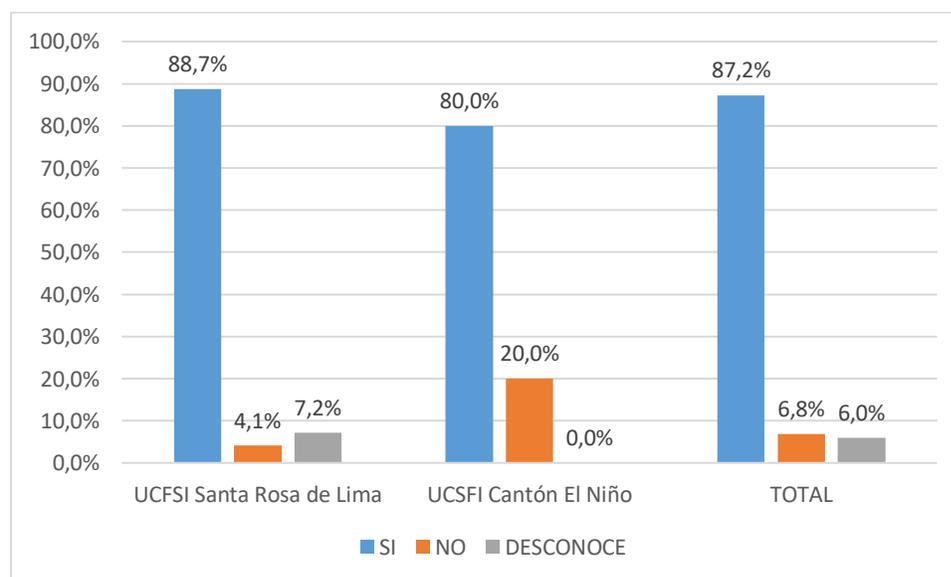
Tabla 27 ¿La ingestión de líquidos aumenta la producción de leche materna?

¿La ingestión de líquidos aumenta la producción de leche?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	86	88,7	16	80,0	102	87,2
No	4	4,1	4	20,0	8	6,8
Desconoce	7	7,2	0	,0	7	6,0
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 27 se refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño sobre si la ingestión de líquidos aumenta la producción de leche materna, 87.2% de las pacientes respondieron que, si existe relación sobre la ingesta de líquidos y un aumento de la producción de leche, se observó la distribución sobre esta creencia de manera similar en ambas unidades de salud.

Gráfico 25: Conocimiento sobre la relación entre la ingesta de líquidos y la producción láctea.



Fuente: Tabla 27.

Interpretación: La mayoría de pacientes afirmo que la ingesta de líquidos aumenta la producción de leche, esto se debe a una fuerte influencia de las creencias que se tienen en torno a la lactancia materna ya que no hay estudios que apoyen esta teoría.

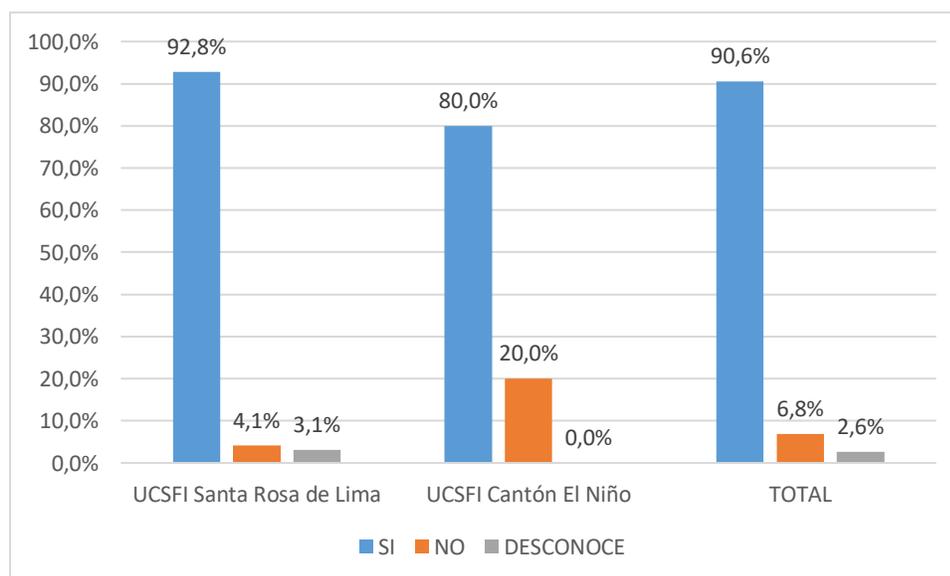
Tabla 28 ¿La leche materna ahorra tiempo y dinero a la familia?

¿La leche materna ahorra tiempo y dinero a la familia?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	90	92,8	16	80,0	106	90,6
No	4	4,1	4	20,0	8	6,8
Desconoce	3	3,1	0	,0	3	2,6
Total	97	100,0	20	100,0	117	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: La tabla 28 refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño sobre si la leche materna es una opción para ahorrar tiempo y dinero a la familia, Un 90.6% de las pacientes que participaron en el estudio consideran que la leche materna ahorra tiempo y dinero a la familia. Se observó que si se tiene la creencia correcta sobre esta interrogante ya que el ahorro de tiempo y dinero para la familia es una ventaja de la lactancia materna exclusiva.

Gráfico 26: ¿La leche materna ahorra dinero y tiempo a la familia?



Fuente: Tabla 28.

Interpretación: En el gráfico 26 se visualiza que la mayoría de las pacientes que participaron en el estudio tienen conocimiento sobre el beneficio de la leche materna en la economía de la familia,

a pesar de esto las pacientes tienen el concepto que es la mejor opción para aquellas personas que trabajan o estudian o incluso tienen algún problema con la técnica de amamantar.

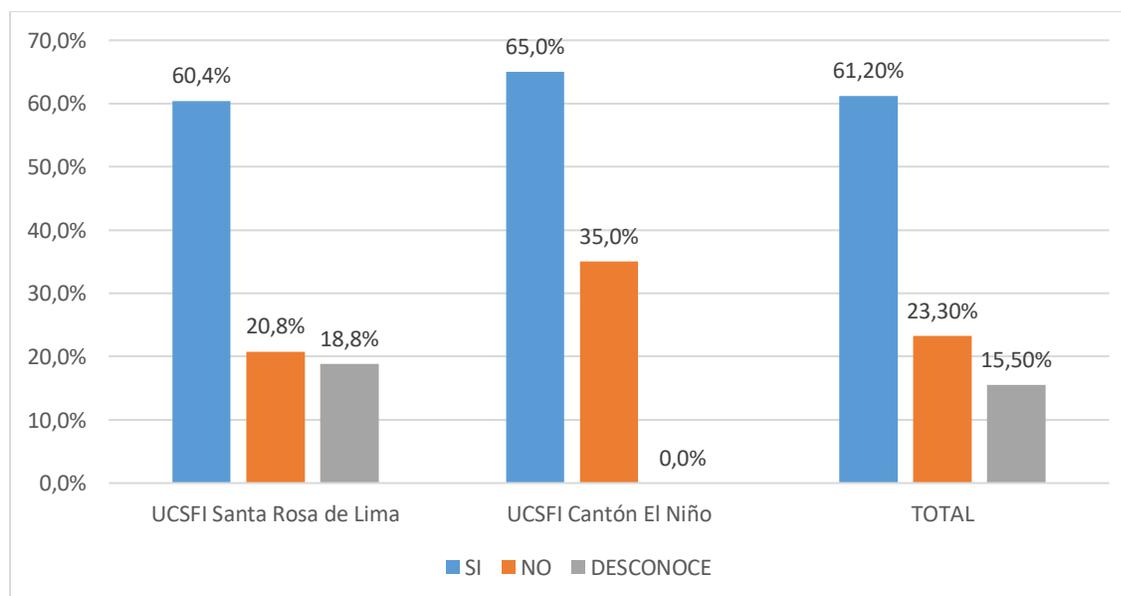
Tabla 29 Si tiene que ausentarse de casa ¿Debe extraerse manualmente su leche y conservarla en refrigeración?

Si tiene que ausentarse de casa ¿Debe extraerse manualmente su leche y conservarla en refrigeración?	Unidad Comunitaria de Salud Familiar.					
	UCSFI Santa Rosa de Lima		UCSFI Cantón El Niño		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	58	60,4	13	65,0	71	61,2
No	20	20,8	7	35,0	27	23,3
Desconoce	18	18,8	0	,0	18	15,5
Total	96	100,0	20	100,0	116	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: La tabla 29 refleja la opinión de las pacientes que participaron en el estudio en las UCSFI Santa Rosa de Lima y El Niño sobre si al ausentarse de casa deberían extraerse manualmente la leche y conservarla en la nevera, Un 61.2% de las pacientes que participaron en el estudio consideran que si se debe extraer la leche materna y conservarla bajo refrigeración cuando se ausentan de sus hogares, 23.3% contestó que no es necesario realizar esto al ausentarse, 15.5% desconoce sobre la interrogante.

Gráfico 27: Conveniencia de conservar la leche materna en refrigeración.



Fuente: Tabla 29.

Interpretación: Dentro de la población de estudio hay un porcentaje considerado de pacientes que tienen el conocimiento sobre esto, ya que realizar esta práctica garantiza que el lactante continúe recibiendo leche materna y también previene la congestión de las mamas de las pacientes que dan de lactar. Pero observamos que la influencia de este conocimiento no es muy prevalente dentro de la población de estudio ya que en la pregunta sobre si la leche artificial es la mejor opción la mayoría respondió que sí, omitiendo al conocimiento que tienen sobre la extracción manual y almacenamiento en refrigeración de la leche materna.

7.2. Prueba de hipótesis.

Para describir puntualmente la influencia de cada uno de los grupos de factores se utiliza el estadístico Chi-cuadrado para un 95% de confianza, a pesar de que el muestreo es no aleatorio (no se puede generalizar a otras poblaciones), para ello se realizan los siguientes pasos:

- **Establecimiento de las hipótesis:**

H_i : Los factores: ingreso económico, ocupación, el apoyo de la familia y del padre, falta de conocimiento, influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en usuarias de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia cantón El Niño, San Miguel y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Santa Rosa de Lima, La Unión.

H_0 : Los factores: ingreso económico, ocupación, el apoyo de la familia y del padre, falta de conocimiento, no influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en usuarias de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia cantón El Niño, San Miguel y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Santa Rosa de Lima, La Unión.

- Determinación de los valores de decisión usando la tabla chi-cuadrado, (Anexo #6) o basándonos en el valor de significancia (Valor de probabilidad).

Los valores de: varían de acuerdo a los grados de libertad de cada combinación de variables, pero basados en el 0.05.

Los valores p (de probabilidad), es mejor que se comparen con los obtenidos en las tablas siguientes por el SPSS.

- Obteniendo los valores calculados (Chi-calculado:) según aparece en los resultados presentados a continuación:

Para los factores sociales:

Factor	¿Usted está actualmente brindando lactancia materna exclusiva?		Total	Valor chi-cuadrado	Grados de libertad	Significancia al 0.05	
	Si	No	Si				
¿Cuál ha sido su último grado de estudio?	Primer grado	5	4	9	8,615	11	0,657
	Segundo grado	0	1	1			
	Tercer grado	1	1	2			
	Cuarto grado	2	0	2			
	Quinto grado	4	2	6			
	Sexto grado	17	11	28			
	Séptimo grado	2	0	2			
	Octavo grado	2	0	2			
	Noveno grado	15	12	27			
	Bachillerato	15	15	30			
	Universitario	1	3	4			
	Ninguno	2	2	4			
	Total	66	51	117			
Procedencia	Urbano	18	20	38	1,871	1	0,232
	Rural	48	31	79			
	Total	66	51	117			

¿Usted recibe apoyo emocional de su pareja o familia para continuar con la lactancia materna exclusiva?	Si		Total	Valor chi-cuadrado	Grados de libertad	Significancia al 0.05
	Si	No	Si			
	48	10	58	32,473	1	0,000
	18	41	59			
Total	66	51	117			

Ocupación	Si		Total	Valor chi-cuadrado	Grados de libertad	Significancia al 0.05
	Si	No	Si			
Ama de casa	52	29	81	8,341	4	0,080
Empleada formal	7	7	14			
Empleada informal	4	7	11			
Comerciante	2	7	9			
Estudiante	1	1	2			
Total	66	51	117			

Para los factores económicos:

Factor	¿Usted está actualmente brindando lactancia materna exclusiva?		Total	Valor de chi-cuadrado.	Grados de libertad.	Significancia
	Si	No				
Ingreso mensual de Menor de \$124.11	24	15	39	0,626	1	0,429
aproximado de Mayor de \$124.11	42	36	78			
Total	66	51	117			

Para los factores culturales:

Factor	¿Usted está actualmente brindando lactancia materna exclusiva?		Total	Valor chi cuadrado	Grados de libertad	Significancia
	Si	No				
¿Usted está actualmente brindando lactancia materna exclusiva? Si	55	29	84	9,955	1	0,002
No	11	22	33			
Total	66	51	117			

¿Es la leche materna suficiente para amamantar al bebé los primeros 6 meses de vida?	Si	58	42	100	2,817	2	0,245
	No	7	5	12			
	Desconoce	1	4	5			
	Total	66	51	117			
¿La primera leche materna que es transparente puede ser dañina para los bebés?	Si	2	3	5	0,572	1	0,449
	No	64	48	112			
	Total	66	51	117			

¿Las agüitas de anís, manzanilla y canela previenen los cólicos en el bebé?	Si	42	30	72	0,282	1	0,596
	No	24	21	45			
	Total	66	51	117			

¿La cólera de la madre altera la leche del pecho?	Si	39	37	76	2,289	1	0,0130
	No	27	14	41			
	Total	66	51	117			

¿Es doloroso amamantar?	Si	20	21	41	1,494	1	0,222
	No	46	30	76			
	Total	66	51	117			

- Reglas de decisión:

Si $\chi_c > \chi_t$ o el valor (p) < 0.05 , entonces se acepta H_i .

Si $\chi_c < \chi_t$ o el valor (p) > 0.05 , entonces se acepta H_0 .

- **Decisión estadística:**

Para cada uno de los grupos de factores estudiados anteriormente, se decide a continuación:

Para los factores sociales:

Dado que el valor de significancia para el factor: *apoyo emocional de la pareja*, es menor a 0.05 entonces se acepta H_i en este factor, y esto indica que la lactancia materna exclusiva que se da en este grupo de estudio es influenciada o depende de este factor.

Para los factores económicos:

Dado que el valor de significancia para el factor evaluado es mayor a 0.05 entonces se acepta H_0 , y esto indica que la lactancia materna exclusiva que se da en este grupo de estudio no depende de ninguno de este factor.

Para los factores culturales:

Dado que el valor de significancia para el factor: recibir información sobre lactancia y la cólera de la madre si influyen para que se dé lactancia materna exclusiva en este grupo de estudio.

En **conclusión**, son los factores sociales y culturales los que determinan dar lactancia materna exclusiva en estas comunidades, si al cual unimos el ingreso económico se genera más influencia.

8. DISCUSIÓN

En el presente estudio se presentan datos sobre el abandono prematuro de la lactancia materna, así como los factores socioeconómicos y culturales relacionados con el hecho en poblaciones de madres en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Santa Rosa de Lima y cantón El Niño.

Este estudio se basó en la recolección de datos socioeconómicos, culturales y económicos por medio de una encuesta y su posterior análisis para concluir lo descrito con anterioridad.

Se realiza una caracterización sociodemográfica, se indaga sobre prácticas, creencias y mitos de la población en estudio y así tenemos:

El 73.5% de las pacientes se encuentran en el rango de edad de 19 a 35 años que según literatura presentan el menor riesgo obstétrico posible, por lo que podemos considerar que la mayoría de la población estudiada se encuentra en la edad reproductiva óptima.

El 67.5% de la población en estudio habita en el área rural, en cuanto a su nivel educativo podemos destacar que el 35.6% de la población estudiada finalizó educación media, 23.9% finalizó educación primaria y un 23.1% de la población finalizó sus estudios con educación secundaria.

En cuanto a su ocupación el 69.2% de las madres se desempeñan como amas de casa, no siendo remuneradas por dicha ocupación.

El 73.5% de las mujeres en nuestro estudio se encuentran en unión libre.

El 60.4% de las mujeres en el presente estudio se identifican como católicas, y el 39,6% corresponden a evangélicas y de otras denominaciones religiosas.

En la caracterización se pudo observar algunos de los factores que pueden influir en el actual de nuestra población en cuanto a lactancia materna exclusiva.

Continuando con los factores sociales indagados se puede identificar el apoyo emocional que la madre recibe de su pareja o familia como uno de los más importantes al momento de practicar o abandonar la lactancia materna exclusiva, así como la ocupación de la madre.

En cuanto a los factores económicos se concluye que el ingreso mensual del grupo familiar no ejerce una influencia importante en la práctica o abandono de la lactancia materna exclusiva.

En cuanto a los factores culturales evaluados se concluye que la información recibida por parte de la madre sobre lactancia materna exclusiva sí ejerce una influencia en la práctica o abandono de esta y en la conciencia que las madres poseen del ahorro económico que les supone la lactancia materna exclusiva sobre la lactancia con fórmula u otro tipo de lactancia.

Se pudo observar concordancia en otros estudios a nivel internacional sobre el notable efecto que tiene el soporte emocional de la pareja en la práctica de la lactancia materna exclusiva

Entre las limitantes del presente estudio cabe señalar que no se puede determinar la cantidad de madres que abandonarán la lactancia materna exclusiva por alguno de los factores que nos competen, y que al momento del estudio aún no habían finalizado el período de 6 meses posparto que definen a la lactancia materna como exclusiva.

Se puede entonces inferir la importancia que tiene el fomento y la educación sobre lactancia materna exclusiva en el mantenimiento de esta y corroborar el rol fundamental que juega la familia como núcleo de la sociedad y particularmente la pareja o compañero de vida.

9. CONCLUSIONES

Que habiendo ejecutado el estudio donde se investigan los factores socioculturales y económicos que influyen en la lactancia materna exclusiva concluimos que:

- El 56.4% de la población de mujeres en el presente estudio brindan lactancia materna exclusiva.
- Las mayores causas por las cuáles las madres abandonan la lactancia materna exclusiva son porque el bebé no agarra pecho, razones de trabajo o estudio y por insuficiente producción de leche.
- De los factores sociales el que mayor influencia ejerce en la práctica o abandono de la lactancia materna exclusiva es el apoyo de la pareja y el grupo familiar.
- El factor económico ingreso mensual estimado en el grupo familiar no ejerce influencia sobre el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- Se Identificó que entre los factores culturales el que mayor influencia ejerce sobre la práctica o abandono de la lactancia materna exclusiva es la información sobre lactancia materna exclusiva recibida por la madre y en cuanto a sus creencias y costumbres identificamos aquella creencia de que el brindar lactancia materna exclusiva conlleva a flacidez mamaria ejerce también influencia significativa en el abandono prematuro de la lactancia materna exclusiva.

10. RECOMENDACIONES

- Fortalecer la consejería sobre lactancia materna exclusiva desde la atención preconcepcional, haciendo hincapié en los beneficios que esta posee tanto para la madre como para el bebé.
- En consonancia con la recomendación anterior brindar consejería sobre lactancia materna exclusiva a la pareja reforzando el conocimiento sobre la importancia del apoyo de éste para el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva.
- Brindar capacitación al personal de salud sobre la importancia de las consejerías sobre lactancia materna exclusiva que se le brinden a la mujer durante su puerperio.
- Búsqueda activa de factores que pueden afectar la práctica de lactancia materna exclusiva durante los controles puerperales.
- Al grupo familiar de las pacientes el involucramiento activo en fomento y apoyo de la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization, Division of Child Health and Development; 1991.
2. The Lancet. Breastfeeding: achieving the new normal. The Lancet. 2016 January 30; 387(10017).
3. Veneman AM. UNICEF. [Online]. [cited 2017 march 16. Available from: https://www.unicef.org/lac/lactancia_materna_tacro.pdf.
4. Ayala Ramírez MA, Oliva Oliva KL. [Online]. Available from: <http://ri.ues.edu.sv/149/3/10136043.pdf>.
5. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Primera ed. Washington, D.C.; 2010.
6. Ucrós Rodríguez S, Mejía Gaviria N. Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia. Segunda ed. Bogotá: Ed. Médica Panamericana; 2009.
7. Cravioto A, Tello A, Villafan H, Ruiz J, del Vedovo S, Neeser JR. Inhibition of Localized Adhesion of Enteropathogenic Escherichia coli to HEp-2 Cells by Immunoglobulin and Oligosaccharide Fractions of Human Colostrum and Breast Milk. The Journal Of Infectious Diseases. 1991 June 01; 163(6).
8. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetricia. Vigésimotercera ed.: McGraw Hill; 2009.
9. Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF, St. Geme III JW, Behrman RE. Nelson. Tratado de Pediatría. Decimonovena ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
10. Aguilar Cordero J, González Jiménez E, Álvarez Ferré J, Padilla López CA, Mur Villar N, García López PA, et al. Scientific Electronic Library Online. [Online].; 2010 [cited 2017 April 02. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000600010.
11. Castillo González DL. [Online]. [cited 2017 agosto 7. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/15/Castillo-Erika.pdf>.
12. Centro de Apoyo de Lactancia Materna. Situación de la lactancia materna en 22 municipios de El Salvador: estudio línea de base. San Salvador: Centro de Apoyo de Lactancia Materna; 2013. Report No.: 978-99961-915-1-0.
13. Brand E, Cothari K, Stark MA. The Journal Of Perinatal Education. [Online].; 2011 [cited 2017 march 16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3209743/>.
14. Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P, Estévez González MD. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. Anales de Pediatría. 2002; 56(2).

ANEXOS

Figura 1: Fisiología de la Lactancia.



Fuente: Aguado Maldonado J., Gómez Papi A., Hernández Aguilar M.T., Lasarte Velillas J.J., et al. Manual de lactancia materna, 2008; p. 63

Figura 2: Signos de buen agarre.



SIGNOS DE BUEN AGARRE



POSICION CORRECTA



POSICION INCORRECTA

- ✓ **Boca bien abierta.**
- ✓ **Mas areola por encima.**
- ✓ **Labio inferior evertido.**
- ✓ **Mentón toca el pecho.**

Anexo 1: Componentes de la leche materna.

Cuadro 12-1. Composición de la leche humana y bovina

Componente	Unidades/ 100 ml	Colostro	LECHE HUMANA		Leche bovina
			Transicional	Madura	
Agua	g	87.0	86.4	87.5	87.5
Carbohidratos	g	5.5	6.8	7.0	4.7
Grasa	g	2.9	3.5	4.0	3.8
Proteínas	g	4.1	1.6	0.9	3.3
Caseína	g	1.6	0.5	0.25	2.7
α Lactalbúmina	g	1.1	0.4	0.25	0.1
β Lactoglobulina	g	—	—	—	0.3
Nitrógeno no proteico	mg	91	48	50	28
Minerales					
Calcio	mg	39	40	31	120
Fósforo	mg	14	18	15	92
Potasio	mg	74	64	53	157
Sodio	mg	48	29	16	48
Hierro	mg	70	40	80	46
Vitaminas					
Vitamina A	μ g	151	88	54	30
Vitamina C	mg	5.9	5.5	4.4	1.7
Vitamina D	μ g	—	—	0.05	0.06
Vitamina K	μ g	—	—	3.4	17
Calórico	Kcal	57	66	70	58

Hambraeus 1977, Vorherr 1979 y Bianco 1981.

Anexo 2: Principales fórmulas lácteas y su composición.

Composición por 100 ml	Leche materna	NAN Pro 1	Similac 1	Enfamil 1	S 26 gold	Nutri- lon 1	Recomendación ESPGHAN 2005
% Dilución		13	13		13	15	
Medidas x ml		1 x 30	1 x 60	1 x 3	1x 30	1 X 30	
Energía	69	66	68	67	67	66	60 -70
Proteínas	1.3	1.5	1,4	1,4	1,4	1,5	1.1 - 2,1
H de Carbono	7.2	7.4	7,1	7	7,3	7,5	5,4 -9,8
Grasas totales	4.1	3,4	3,7	3,7	3,6	3,3	2,64 - 4,2
Acido linoleico	0,54	0,5	0,67	0,6	0,58	0,626	0,18 - 0,84
Acido a Linolénico	34,8	63,9	72	63	63,9	78	30 - NS
DHA	8,1	6,2	-	11,3	7,1	-	max 0,5 % grasas
AA	5,5	6,2	-	23	12	-	
Taurina	4,2	5,5	4,5	4,0	4,7	-	
Sodio	14	16,1	16	17,3	16	18	12 - 42
Potasio	58	61,9	71	73	65	61	36 - 112
Nucleótidos	3,7	3,1	7,2	2,6	2,6	-	
Calcio	34.0	41,3	52	52	42	56	30 - 98
Fósforo	14.0	20,6	28	30	24	28	15 - 63
Zinc	0,3	0,5	0,5	0,4	0,6	0,5	0,15-1,05
Hierro	0.1	0,8	1,2	1,2	0,8	0,8	0,18 - 0,91
OTROS	+/+	Prob			Lutei- na	Prebio- ticos	0,15 - 1,05

Anexo 3: Abreviaturas y siglas.

LA: Lactancia Artificial.

LMComp: Lactancia materna completa.

LME: Lactancia materna exclusiva.

LMParc: Lactancia materna parcial.

LMPred: Lactancia materna predominante.

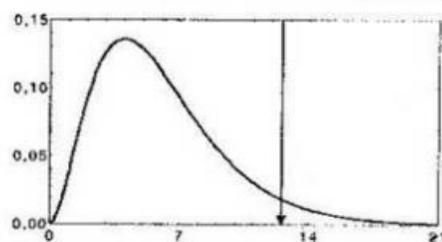
OMS: Organización Mundial de la Salud.

OR: Odds Ratio.

RN: Recién Nacido.

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

Anexo 4: Tabla de la distribución de chi cuadrado.

Tabla de la Distribución de Chi-cuadrado (χ^2). $P(\chi^2_{(10)} < 12,55) = 0,75$ 

gl	Valor-p							
	0.5	0.25	0.1	0.05	0.025	0.01	0.005	0.001
1	0.45	1.32	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88	10.83
2	1.39	2.77	4.61	5.99	7.38	9.21	10.60	13.82
3	2.37	4.11	6.25	7.81	9.35	11.34	12.84	16.27
4	3.36	5.39	7.78	9.49	11.14	13.28	14.86	18.47
5	4.35	6.63	9.24	11.07	12.83	15.09	16.75	20.52
6	5.35	7.84	10.64	12.59	14.45	16.81	18.55	22.46
7	6.35	9.04	12.02	14.07	16.01	18.48	20.28	24.32
8	7.34	10.22	13.36	15.51	17.53	20.09	21.95	26.12
9	8.34	11.39	14.68	16.92	19.02	21.67	23.59	27.88
10	9.34	12.55	15.99	18.31	20.48	23.21	25.19	29.59
11	10.34	13.70	17.28	19.68	21.92	24.72	26.76	31.26
12	11.34	14.85	18.55	21.03	23.34	26.22	28.30	32.91
13	12.34	15.98	19.81	22.36	24.74	27.69	29.82	34.53
14	13.34	17.12	21.06	23.68	26.12	29.14	31.32	36.12
15	14.34	18.25	22.31	25.00	27.49	30.58	32.80	37.70
16	15.34	19.37	23.54	26.30	28.85	32.00	34.27	39.25
17	16.34	20.49	24.77	27.59	30.19	33.41	35.72	40.79
18	17.34	21.60	25.99	28.87	31.53	34.81	37.16	42.31
19	18.34	22.72	27.20	30.14	32.85	36.19	38.58	43.82
20	19.34	23.83	28.41	31.41	34.17	37.57	40.00	45.31
21	20.34	24.93	29.62	32.67	35.48	38.93	41.40	46.80
22	21.34	26.04	30.81	33.92	36.78	40.29	42.80	48.27
23	22.34	27.14	32.01	35.17	38.08	41.64	44.18	49.73
24	23.34	28.24	33.20	36.42	39.36	42.98	45.56	51.18
25	24.34	29.34	34.38	37.65	40.65	44.31	46.93	52.62
26	25.34	30.43	35.56	38.89	41.92	45.64	48.29	54.05
27	26.34	31.53	36.74	40.11	43.19	46.96	49.64	55.48
28	27.34	32.62	37.92	41.34	44.46	48.28	50.99	56.89
29	28.34	33.71	39.09	42.56	45.72	49.59	52.34	58.30
30	29.34	34.80	40.26	43.77	46.98	50.89	53.67	59.70
40	39.34	45.62	51.81	55.76	59.34	63.69	66.77	73.40
50	49.33	56.33	63.17	67.50	71.42	76.15	79.49	86.66
60	59.33	66.98	74.40	79.08	83.30	88.38	91.95	99.61
70	69.33	77.58	85.53	90.53	95.02	100.43	104.21	112.32
80	79.33	88.13	96.58	101.88	106.63	112.33	116.32	124.84
90	89.33	98.65	107.57	113.15	118.14	124.12	128.30	137.21
100	99.33	109.14	118.50	124.34	129.56	135.81	140.17	149.45

Anexo 5: Cuestionario a la población en estudio.

CUESTIONARIO.

Universidad de El Salvador.

Facultad Multidisciplinaria Oriental.

Departamento de Medicina.



Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Numero: _____

Objetivos: Recopilar información sobre los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Indicaciones: A continuación se presenta un cuestionario de 36 preguntas, lea atentamente las preguntas y responda de manera sincera y según usted considere conveniente.

I. Características Demográficas.

8. Edad: _____

9. Estado Familiar:

Soltera	<input type="text"/>
Viuda	<input type="text"/>
Acompañada	<input type="text"/>
Casada	<input type="text"/>
Divorciada	<input type="text"/>
Otro	<input type="text"/>

10. Procedencia: Urbano: _____

Rural: _____

II. Factores socioeconómicos:

4. Sabe leer y escribir:

Si: _____

No: _____

5. Cuál ha sido su último grado de estudio: _____

6. Cuál es su ocupación: _____

7. Su trabajo es remunerado:

Si: _____

No: _____

8. Ingreso mensual aproximado:

Menor de \$124.11 : _____

Mayor de \$124.11: _____

III. Factores Culturales:

9. Grupo religioso al que pertenece:

Católico:

Evangélico:

Otros:

Especifique: _____

10. Su compañero de vida le ha prohibido realizar algún trabajo:

Si: _____

No: _____

11. ¿Usted alguna vez recibió información sobre lactancia materna exclusiva?

Si: _____

No: _____

12. ¿Usted actualmente está dando solo lactancia materna exclusiva?

Si: _____

No: _____

Si la respuesta es No ¿Por qué?

13. ¿Usted actualmente recibe apoyo emocional de la pareja y/o familiar para continuar la lactancia materna exclusiva?

Si: _____

No: _____

14. ¿Actualmente usted ha empezado a dar alimentos líquidos (jugos, otras leches o agüitas)?

Si: _____

No: _____

15. ¿Al amamantar por un largo periodo se caen los pechos?

Si: _____

No: _____

16. ¿A través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad al bebé?

Si: _____

No: _____

17. ¿La primera leche materna que es transparente puede ser dañina para los bebés?

Si: _____

No: _____

18. ¿Las agüitas de anís, manzanilla, entre otras infusiones, previenen el cólico y los gases al bebé?

Si: _____

No: _____

19. ¿La cólera de la madre altera la leche de pecho?

Si: _____

No: _____

20. ¿La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian?

Si: _____

No: _____

Creencias

Marque con una X en el recuadro que corresponda a su manera de pensar:

Usted cree que:	Sí	No	Desconoce
21. ¿Es conveniente dar el biberón al bebé antes de los seis meses, cuando hay poca leche?			
22. ¿Dar de lactar es doloroso?			
23. ¿Es posible dar lactancia materna si tiene el pezón invertido?			
24. ¿La leche materna es suficiente para alimentar al bebé durante los 6 primeros meses.?			
25. ¿La ingestión de líquidos aumenta la producción de leche?			
26. ¿La leche materna ahorra tiempo y dinero a la familia?			
27. ¿Si tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y conservarla en refrigeración?			

Anexo 6: GLOSARIO.

ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: otros alimentos sólidos o líquidos (con excepción de medicamentos) en la alimentación del lactante.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: Alimentos que complementan la Lactancia Materna Exclusiva.

ALOJAMIENTO CONJUNTO: Acción y efecto de mantener al recién nacido junto a la madre después del nacimiento.

ALUMBRAMIENTO: Expulsión o extracción de la placenta y de las membranas fetales después de la salida del neonato.

ANTIMETABOLITOS: Compuestos inactivos que tienden a reemplazar o interferir la acción de un metabolito esencial

BIBERÓN: Botella provista de un dispositivo de goma para la lactancia artificial.

CONDUCTO: Canal de paredes cerradas o tubular para vasos y nervios o secreciones principalmente.

CONGESTIÓN DEL SENO: Sobrecarga de la glándula mamaria, que se presenta con la bajada de la leche, debido a la gran cantidad de sangre circulante, a la acumulación de líquido en el tejido de soporte y de leche en el tejido glandular.

CONTACTO TEMPRANO: Inicio del vínculo afectivo madre-hijo durante la primera media hora de su nacimiento.

DESTETE: Paso de la Lactancia Materna Exclusiva a la complementación con otros alimentos. Suele iniciarse gradualmente a partir del sexto mes cuando el niño no puede continuar su crecimiento con una alimentación exclusivamente láctea.

EXTRACCIÓN MANUAL: Maniobras por medio de las cuales se activa el reflejo expulsor de la leche materna.

FACTOR DE CRECIMIENTO: Sustancias presentes en la leche materna, que ayuda al desarrollo de las células de revestimiento de las mucosas del cuerpo.

FACTORES CULTURALES: Se define como factores culturales al conjunto de condiciones o aspectos culturales presentes en el proceso de desarrollo cultural de los individuos, grupos, colectivos, comunidades, naciones, países, que influyen positiva o negativamente en el desarrollo cultural.

FACTORES ECONOMICOS: Los **factores económicos** son actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente humanas.

FACTORES SOCIALES: Los factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren. Entre ellos: La pobreza, la violencia, el consumismo, la industrialización

FISURAS: Defecto o solución de continuidad de la piel de la areola o del pezón causada por técnica inadecuada de succión.

FOTOTERAPIA: Tratamiento que utiliza las propiedades terapéuticas de la luz para la ictericia.

INFECCIÓN: Penetración de microorganismos patógenos al interior del tejido mamario.

INICIO PRECOZ: Amamantamiento o lactancia, que se realiza en la primera media hora después del nacimiento.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

LACTANCIA MATERNA COMPLETA: Incluye la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna predominante.

LACTOSA: Azúcar de la leche, disacárido cristalino que existe en la leche (4-7%). Por hidrólisis se desdobra en sus componentes galactosa y glucosa.

MALA TÉCNICA: Colocación incorrecta del niño al seno.

MALFORMACIÓN: Anomalía congénita de un órgano o región corporal por un trastorno de su desarrollo embrionario.

MOTIVACIÓN: Conjunto de razones positivas, que mueven a la acción para realizar un acto.

OXITOCINA: Hormona secretada por la hipófisis que tiene la propiedad de provocar contracciones uterinas y estimular la subida de la leche; también se prepara farmacológicamente para ser administrada por inyección intramuscular o intravenosa con el fin de inducir el parto, aumentar la fuerza de las contracciones en el parto, controlar la hemorragia posparto y estimular la subida de la leche.

PASTEURIZACIÓN: Calentamiento de la leche durante 15- 20 minutos, a 70 grados centígrados y enfriamiento rápido. Con ello se destruyen gérmenes patógenos sin que modifiquen las sustancias proteicas, como ocurre en la ebullición.

PERSONALIDAD: Repertorio habitual de conductas psicosociales que expresan en cada individuo la integración singular de sus características, cognoscitivas, afectivas y cognitivas, que son reconocidas por él mismo y por los demás como una individualidad autónoma y constantes.

PRENATAL: Período comprendido entre la concepción y el momento del parto.

PRODUCCIÓN DE LECHE: Proceso mediante el cual el organismo humano respondiendo a estímulos físicos (succión) y hormonales (oxitocina y prolactina) elabora leche que es la leche materna.

PUERPERIO: Período que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.

REFLEJO DE EYECCIÓN: Acción mediante la cual la leche es expulsada de la glándula mamaria, por acción de la hormona oxitocina, producida en la neurohipófisis y que se es sensible al estado anímico de la madre.