

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



INFORME FINAL DE INVESTIGACION:

**FACTORES ECONÓMICOS Y SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA
ABLACTACIÓN TEMPRANA DE LA POBLACIÓN INFANTIL MENOR DE SEIS
MESES DE EDAD USUARIA DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD
FAMILIAR BÁSICAS EL QUEBRACHO Y SAN ISIDRO, USULUTÁN E INTERMEDIA
CANTÓN EL NIÑO, SAN MIGUEL, AÑO 2017**

PRESENTADO POR:

**IRVIN ELISEO CASTILLO GONZÁLEZ
VANESSA DEL CARMEN CORTEZ RIVAS
ERICK XAVIER GUTIÉRREZ MEJÍA**

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DR. HORACIO GARCIA ZARCO

DICIEMBRE DE 2017

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

**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 JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**LICENCIADO EDWIN JEOVANNY TREJOS CABRERA
ADMINISTRADOR ACADÉMICO**

**LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

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

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACION DE LA
CARRERA DE MEDICINA**

**MAESTRO JORGE FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS GRADUACIÓN DE LA
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.**

ASESORES

DOCTOR HORACIO GRACÍA ZARCO
DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ
ASESOR ESTADISTICO

TRIBUNAL CALIFICADOR

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELASQUEZ

PRESIDENTE

DOCTORA ANGELA RIVERA CHICAS

SECRETARIO

DOCTOR HORACIO GARCÍA ZARCO

VOCAL

DEDICATORIA

A MI ABUELA:

María Martha Castillo: Por ser mi madre adoptiva, por ser la base fundamental, mi escudo y mi inspiración para lograr mis metas, por su apoyo económico y emocional incondicionalmente y por estar conmigo en todos los momentos especiales de mi vida.

A MIS PADRES:

Eliseo Castillo: Por su apoyo económico y emocional, por ser mi padre y mi amigo, por estar conmigo. Elsy Gloria Castillo: Por traerme al mundo.

A MI HERMANA:

Kenia Kimberly Castillo: Por ser mi hermana, mi amiga, por darme su amor y cariño, por ser un apoyo importante en mi vida.

A Cristian Josué Flores Hernández:

Por ser mi colega, por darme su apoyo, por su amistad, por brindarme consejos en esos momentos difíciles y sobre todo por considerarme casi un hermano.

A MIS DEMÁS FAMILIARES:

Que confiaron en mí durante el transcurso de esta carrera, por su apoyo emocional, aquellos que han sido parte de mi vida y fortaleza en este difícil trayecto para convertirme en profesional.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

Por compartir conmigo, por darme su confianza.

Irvin Eliseo Castillo González

DEDICATORIA

A DIOS:

Por darme vida y fortaleza desde mi nacimiento, hasta el día de hoy.

A MI FAMILIA:

Por ser mí apoyo en cada etapa de mi vida.

A MI PAREJA:

Por tomar mi mano y ayudarme a continuar cuando siento que ya no puedo.

Vanessa del Carmen Cortéz Rivas

DEDICATORIA

A DIOS:

Por estar cada día a mi lado, por brindarme la fuerza suficiente en este largo camino aun en los momentos más difíciles, por bendecirme en cada una de las etapas de mi vida y sobre todo proteger en todo momento a mis seres queridos.

A MI FAMILIA:

A mis padres por siempre estar cuando los necesito, a ti mamá por siempre darme los mejores consejos, a ti papá por levantarte cada madrugada para ir a dejarme al hospital, a ambos por siempre apoyarme este logro no sería posible sin ustedes.

A mis hermanos por apoyarme en cada momento.

A MI NOVIA:

Por ser parte importante de esta investigación y principalmente de mi vida, Dios nos bendiga hoy y siempre. Gracias por estar siempre aquí.

A MIS DEMÁS FAMILIARES:

Que estuvieron pendientes de mí durante todo este camino, por su apoyo emocional e incondicional.

Erick Xavier Gutiérrez Mejía

TABLA DE CONTENIDO

PÁG

LISTA DE TABLAS.....	xi
LISTA DE GRÁFICAS	xii
LISTA DE ANEXOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Antecedentes del problema.....	2
1.2 Enunciado del problema.....	2
1.3 Justificación.....	2
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	3
3. MARCO REFERENCIAL.....	4
3.1 Marco político.....	4
3.2 Marco legal.....	5
3.3 Marco teórico.....	9
4. SISTEMA DE HIPOTESIS.....	23
5. DISEÑO METODOLOGICO.....	25
6. RESULTADOS.....	28
7. DISCUSIÓN.....	51
8. CONCLUSIONES.....	52
9. RECOMENDACIONES.....	53
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	54

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Población en estudio	25
Tabla 2. Recolección de datos	27
Tabla 3. Procedencia.....	28
Tabla 4. Rangos de edad.....	29
Tabla 5. Estado familiar.....	30
Tabla 6. Ingreso mensual.....	31
Tabla 7. Número de personas en la vivienda.....	32
Tabla 8. Ocupación.....	33
Tabla 9. Grado académico.....	34
Tabla 10. Grupo religioso.....	35
Tabla 11. Consejería prenatal.....	36
Tabla 12. Periodo de tiempo de lactancia.....	37
Tabla 13. Necesidad de formula.....	38
Tabla 14. Conocimiento de los beneficios.....	39
Tabla 15. Conocimiento de consecuencias.....	40
Tabla 16. Nuevo embarazo.....	41
Tabla 17. Discriminación en la vía pública.....	42
Tabla 18. Influencia familiar.....	43
Tabla 19. Alimentos principales.....	44
Tabla 20. Motivos de inicio de ablactación.....	45
Tabla 21. Porcentajes de ablactación.....	46
Tabla 22. Prueba del chi cuadrado de los factores económicos.....	47
Tabla 23. Prueba del chi cuadrado de los factores sociales.....	48
Tabla 24. Prueba del chi cuadrado de los factores culturales.....	48

LISTA DE GRÁFICAS

Tabla 1. Procedencia.....	28
Tabla 2. Rangos de edad.....	29
Tabla 3. Estado familiar.....	30
Tabla 4. Ingreso mensual.....	31
Tabla 5. Número de personas en la vivienda.....	32
Tabla 6. Ocupación.....	33
Tabla 7. Grado académico.....	34
Tabla 8. Grupo religioso.....	35
Tabla 9. Consejería prenatal.....	36
Tabla 10. Periodo de tiempo de lactancia.....	37
Tabla 11. Necesidad de formula.....	38
Tabla 12. Conocimiento de los beneficios.....	39
Tabla 14. Conocimiento de consecuencias.....	40
Tabla 15. Nuevo embarazo.....	41
Tabla 16. Discriminación en la vía pública.....	42
Tabla 17. Influencia familiar.....	43
Tabla 18. Alimentos principales.....	44
Tabla 19. Motivos de inicio de ablactación.....	45
Tabla 20. Porcentajes de ablactación.....	46

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.....	56
Anexo 2. Modelo de guía entrevista	57
Anexo 3. Cronograma de actividades.....	60
Anexo 4. Presupuesto y financiamiento.....	61
Anexo 5. Resultados esperados.....	62
Anexo 6. Riesgos y beneficios.....	62
Anexo 7. Consideraciones éticas.....	62
Anexo 8. Abreviaturas y siglas.....	63
Anexo 9. Glosario.....	64
Anexo 10. Tabla de distribución chi-cuadrado.....	66

RESUMEN

La ablactación es el proceso mediante el cual se introducen a la dieta del niño, progresivamente alimentos diferentes a la leche materna, hasta incorporarlo a la dieta familiar. El **Objetivo** de este estudio es conocer cuáles son los factores económicos, sociales y culturales que influyen en la ablactación temprana de niños menores de 6 meses que consultan en unidad de salud comunitaria familiar básica El Quebracho, unidad de salud comunitaria familiar básica San Isidro, Usulután y Unidad de salud comunitaria familiar intermedia Cantón El Niño, San Miguel año 2017. **Metodología:** el estudio es de tipo prospectivo de corte transversal y descriptivo, se estudió el 100% de la población que cumplió con los criterios de inclusión, los cuales son: madres de niños menores de seis meses, que consulten en las unidades de salud anteriormente mencionadas así mismo aquellas que asistan a los controles infantiles durante los acercamientos comunitarios. El instrumento utilizado fue un cuestionario de 20 preguntas cerradas diseñado para recolectar los datos necesarios y donde se establecieron las variables de interés, cada entrevista se efectuó en un periodo de tiempo de 10 a 15 minutos aproximadamente. Se seleccionaron 30 madres de la UCSFB El Quebracho, 35 madres de la UCSFB San Isidro, y 40 madres de la UCSFI Cantón El Niño. **Resultados obtenidos:** Tomando como base los datos obtenidos de la investigación se obtuvo que el 71.4 % de la población en estudio realizó ablactación temprana. **Conclusiones:** en base a los resultados del estudio se obtuvo que los factores económicos y sociales no influyen directamente en la ablactación temprana, y que los factores culturales tienen una incidencia directa en la misma, por lo cual la hipótesis aceptada es la hipótesis alterna; que afirma que los factores culturales influyen independientemente de los factores económico-sociales en la ablactación temprana.

PALABRAS CLAVES: Ablactación, factores económicos, factores socioculturales, niños menores de 6 meses.

INTRODUCCIÓN

El presente documento habla de la ablactación temprana o alimentación complementaria precoz de los niños menores de 6 meses así como los diversos factores que influyen en dicha práctica por parte de las madres a sus hijos.

El término ablactación temprana comprende un proceso que se inicia cuando se introduce cualquier tipo de alimento no lácteo, como complemento a la leche de mujer, o fórmula adaptada, como sustitución de ésta o ambas, dado diariamente de un modo regular y en cantidades significativas, recibiendo el niño una alimentación muy parecida a la del resto de la familia antes de la edad indicada.

La ablactación temprana es un tema muy particular ya que se ha dicho que está determinado por diferentes factores que conducen al abandono de la lactancia materna exclusiva sin coacción de la madre sobre su hijo.

La madre toma esta decisión imprudentemente, la cual debe ser analizada teniendo en cuenta la edad de su hijo y las normas de salud que se sugieren el mejor momento para hacerlo, de manera que no se altere el crecimiento y desarrollo del lactante.

Se considera que la mejor forma de plantear la ablactación es de forma lenta, gradual y progresiva después de los seis meses la cual es la edad propicia para su inicio. Por lo tanto la ablactación temprana es una práctica de elección personal materna.

La presente investigación tiene la finalidad de dar a conocer e identificar los factores tanto económicos y socioculturales. También sus consecuencias y complicaciones que se pueden presentar en los lactantes debido a esto y sus formas de prevenirlas.

El trabajo de investigación se desglosa en distintos apartados siendo el primero planteamiento del problema, donde se sitúa la ablactación temprana según su naturaleza en el contexto económico y sociocultural. Se ubica en el contexto internacional nacional y local. Así mismo se menciona el enunciado del problema de investigación. Como segundo apartado se menciona el objetivo general y específico de la investigación, el tercer apartado consta del marco teórico hablando de ablactación temprana, desde el punto de vista político, legal, anatómico, fisiológico complicaciones y los factores económicos y socioculturales.

El cuarto apartado corresponde al sistema de hipótesis el cual da respuesta al enunciado del problema, así como las unidades de análisis y variables. El quinto apartado expone el diseño metodológico que define claramente el tipo de investigación, la población objeto de estudio, criterios de inclusión y exclusión, así como la muestra e instrumento utilizado para la recolección de datos. El sexto apartado habla acerca de resultados obtenidos en la investigación mediante tablas, y gráficos. Y como últimos apartados se presentan la discusión, conclusiones, recomendaciones, referencia bibliográficas y anexos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Antecedentes del problema.

La ablactación es el proceso mediante el cual se introducen a la dieta del niño, de manera progresiva alimentos diferentes a la leche, hasta incorporarlo a la dieta familiar. De acuerdo con la OMS los alimentos complementarios son “aquellos alimentos sólidos o diferentes a la leche humana que se administran a los niños durante la lactancia o simultáneamente durante la alimentación al seno materno”.

Este concepto incluye el uso de tanto de sucedáneos de la leche humana (formulas), como alimentos sólidos. La lactancia materna es el fenómeno biocultural por excelencia; es decir, además de un proceso biológico, la lactancia es un comportamiento determinado por la cultura. La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como Lactancia materna exclusiva (LME) la alimentación del lactante con leche materna o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua. Se recomienda que la LME deba realizarse durante los primeros seis meses de vida, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los 2 años como mínimo.

La lactancia materna constituye un concepto complejo es decir, alimento, vínculo, contacto, estimulación, inmunidad; es en suma la respuesta inmediata a las necesidades del recién nacido, partiendo desde esta concepción podemos entender de mejor forma los efectos que sobre un niño puede producir la ablactación temprana, una lactancia inadecuada o ausente. En cuyo caso el primer año es el periodo de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y cuando este es más susceptible, por ello es importante proporcionar una alimentación adecuada con el objetivo de mantener una lactancia natural al menos hasta los 6 meses de edad. Diversas organizaciones como la OMS y la UNICEF han publicado recomendaciones para las madres, en síntesis la lactancia materna debe ser precoz: “inmediatamente después del parto” (si la madre está en condiciones); exclusiva: hasta la edad de 6 meses (sin agua, suplementos o chupetes); a libre demanda (sin horarios ni duración). Se señalan las ventajas que reporta la lactancia materna sobre el niño, sin embargo la ablactación en los primeros meses de vida es una práctica común en nuestro país que conlleva una serie de efectos indeseados, por lo que es necesario abordar esta problemática.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores económicos y socioculturales que influyen en la ablactación temprana de los niños y niñas menores de 6 meses que consultan en Unidad de Salud Comunitaria Familiar básica El Quebracho, Unidad de Salud Comunitaria Familiar básica San Isidro, Unidad de Salud Comunitaria Familiar Intermedia Cantón el niño en el año 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La ablactación es la introducción de alimentos diferentes a la leche materna a la edad de 6 meses, a este proceso se le ha dado un carácter únicamente biológico no teniendo en cuenta la influencia de los factores económicos y socioculturales relacionados a la

lactancia materna exclusiva. Es por esa razón la importancia de realizar un estudio y los resultados de esta investigación permitirán disponer de una visión más amplia del proceso de ablactación.

En El Salvador. Este tema ha sido escasamente estudiado desde la perspectiva de la Antropología Médica, Ciencias Sociales y Salud Pública, de ahí el interés de investigar los factores económicos, sociales, culturales y documentar las creencias y prácticas relacionadas a la ablactación temprana, en la población infantil menor de 6 meses en UCSF Cantón El Quebracho, UCSF Cantón San Isidro, Usulután y UCSFI: Cantón el Niño, San Miguel.

Por otra parte la salud infantil constituye un asunto prioritario dentro de la agenda nacional e internacional de acuerdo al programa de las Naciones Unidas sobre el desarrollo de los objetivos del milenio, específicamente en el objetivo número cuatro.

Este tema se vuelve relevante porque se encuentra en el tercer apartado, en las líneas de investigación prioritaria de la Universidad de El Salvador como es seguridad alimentaria y nutricional. Los resultados de esta investigación producirán un impacto significativo en la población en estudio con el fin de determinar la importancia que tienen los factores económicos, sociales y culturales que intervienen en el proceso ya anteriormente mencionado.

Finalmente el interés de investigar este tema es porque se espera aportar información al personal de salud y tomar cierto grado de intervención adecuada y disminuir los casos de ablactación temprana, también aportará conocimiento a los estudiantes de las carreras como: Doctorado en medicina, Licenciatura en enfermería, nutrición, educación para la salud, salud materno infantil, pues este conocimiento y particularmente su comprensión les facilitará el acercamiento con sus futuros pacientes y familiares.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1 Objetivo general

Identificar los factores económicos y socioculturales que influyen en la ablactación temprana de los niños menores de 6 meses que consultan en Unidad de salud comunitaria familiar básica El Quebracho, Unidad de salud comunitaria familiar básica San Isidro y Unidad de salud comunitaria familiar intermedia Cantón el Niño en el año 2017.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar los factores económicos que influyen en la ablactación temprana.
2. Indicar los factores socioculturales que influyen en la introducción precoz de alimentos.
3. Establecer cuál de las comunidades en estudio presenta mayores índices de ablactación temprana.

3. MARCO REFERENCIAL

La lactancia materna es el proceso único que proporciona la alimentación ideal para el lactante, que contribuye a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, establece el vínculo afectivo madre-hijo e hija, proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y a las naciones. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconoce que la lactancia materna es la intervención más eficaz para prevenir la mortalidad infantil y por consiguiente, para cumplir el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) relativo a la sobrevivencia infantil; asimismo la lactancia materna es trascendental en el cumplimiento del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, relacionado con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre.

El inicio de la lactancia materna durante la primera media hora de vida es particularmente importante para prevenir la mortalidad neonatal, la cual representa una proporción cada vez más grande de la mortalidad infantil general en la región de las Américas. La Declaración sobre lactancia materna, adoptada por todos los participantes en la reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) celebrada en 1990, establece que “todos los gobiernos deberán desarrollar políticas nacionales sobre lactancia materna” y exhorta a las autoridades nacionales a integrarlas con sus políticas generales de salud y desarrollo. (7)

3.1 MARCO POLÍTICO

3.1.1 Iniciativas nacionales

En El Salvador se han desarrollado diferentes intervenciones de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna desde diferentes instancias del Estado, organizaciones no gubernamentales e iniciativas privadas que han contribuido a la salud y nutrición infantil. Durante los años setenta el Ministerio de Salud incorporó la promoción de la lactancia materna como parte de la educación en salud a la mujer embarazada y en periodo de lactancia, así como en las recomendaciones de la alimentación infantil. En 1992 el Ministerio de Salud oficializó la Declaración “Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna” que se basa en los principios de la Declaración de Innocenti y constituye el marco de Política de Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna que impulsa acciones a favor de la misma. A partir de esta declaratoria el Ministerio de Salud comenzó la implementación de la iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) y se elaboraron las Normas Nacionales de Lactancia Materna. En 1999 se realiza la primera evaluación para determinar el grado de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM); en 2002 la segunda y en 2010 la tercera; los resultados de las tres evaluaciones indican que en El Salvador existen violaciones al cumplimiento del Código. (7)

A partir del año 2000, además de las intervenciones nutricionales ejecutadas por el Ministerio de Salud, se implementaron una serie de estrategias que favorecen la promoción de la práctica de la lactancia materna, entre estas el Paquete Madre Bebé, la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a nivel clínico y comunitario y la Atención Integral en Nutrición Comunitaria (AIN-C) El 28 de agosto de 2003 la sociedad civil presenta a la Asamblea Legislativa un anteproyecto de Ley de

Apoyo, Promoción y Protección de la Lactancia Materna, la cual no fue aprobada. En el año 2006 se da inicio a la certificación de las Unidades de Salud como “Amigas de la Niñez y las Madres” (USANYM), con lo cual se fortalece la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud, actividad que continúa en proceso a la fecha. En 2009, el Ministerio de Salud implementa la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza” la cual establece en la estrategia doce sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional, la importancia del fomento de la lactancia materna y las prácticas de alimentación saludables, como elementos claves para el logro de un adecuado nivel de salud y nutrición. El Salvador, para cumplir con los compromisos adquiridos en dicha Convención, emitió en 2009 la Ley de Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia (LEPINA), en la cual se reconoce el derecho a la Lactancia Materna de todos los niños y niñas. En 2010 el Ministerio de Salud oficializó el Acuerdo Ministerial No. 306 el cual establece que toda mujer trabajadora del MINSAL, que se encuentre en periodo de lactancia, tiene derecho a gozar de una hora de permiso para amamantar a su hijo o hija hasta los nueve meses de edad.

En 2011 fue oficializada la Política Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional que en su línea estratégica tres establece que se deben promover prácticas adecuadas de lactancia materna y la necesidad de formular un marco normativo para su promoción, protección y apoyo. Además, que se debe promover el cumplimiento de la legislación laboral, para el goce de los derechos de la mujer en períodos de embarazo y lactancia. Política de Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna B. Situación de salud Aspectos demográficos Según el censo de 2007, la población total de El Salvador fue de 5, 744,113 concentrando al 62.7% en la zona urbana. (7)

3.2 MARCO LEGAL

El Artículo 34, reconoce el derecho que toda niña, niño y adolescente tienen a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, para lo cual tendrá la protección del Estado, estableciendo además, que la Ley determinará los deberes del Estado y creará las instituciones para la protección de la maternidad y de la infancia. (7)

El Artículo 42, establece que la mujer trabajadora tendrá derecho a un descanso remunerado antes y después del parto y a la conservación del empleo. Asimismo que las leyes regularán la obligación de los patronos de instalar y mantener salas cunas y lugares de custodia para los niños de los trabajadores. (7)

El Artículo 28, reconoce que es obligación del Estado, el padre, la madre, los representantes, los responsables, los empleadores, así como las organizaciones privadas de salud: a) Informar e informarse de las ventajas de la lactancia materna, así como de su sustitución por sucedáneos de la leche materna; b) Proporcionar a los lactantes una nutrición segura, controlada y suficiente promoviendo la lactancia natural, utilizando de manera informada y adecuada los sucedáneos de la leche materna; c) Proveer en la medida de lo posible de leche materna al lactante al menos hasta los seis

meses de edad; d) Informar e informarse sobre el riesgo de transmisión de enfermedades a través de la lactancia materna, ofreciendo alternativas de sucedáneos de la misma en el caso que ésta no sea posible; e) Capacitar e informar al personal de salud a las 25 Política de Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna madres, a los padres y a las comunidades en materia de alimentación de lactantes; y, f) Implementar mecanismos que faciliten en la jornada laboral la lactancia materna, así como generar los espacios para que la madre empleada o trabajadora pueda amamantar al niño o niña durante los primeros seis de vida. g) El Estado deberá promover las condiciones adecuadas para la lactancia materna de los hijos de las mujeres sometidos a privación de libertad. (7)

La Iniciativa Unidades de Salud Amigas de la Niñez y las Madres (USANYM) es un nuevo modelo operacional del componente de lactancia materna y alimentación complementaria en las Unidades de Salud y comunidades. Es un conjunto de acciones dirigidas a fortalecer y extender las actividades de promoción, apoyo y protección de la lactancia materna y la nutrición materna infantil durante la gestación, período post-parto y el período de infancia y niñez temprana. La Iniciativa se desarrolla en el primer nivel de atención y así contribuye a incrementar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y promover una introducción adecuada de otros alimentos a esa edad, junto con lactancia materna prolongada hasta los 2 años o más. (4)

En El Salvador, la Iniciativa USANYM consta de Trece Pasos Básicos, los cuales se determinaron tomando en cuenta las áreas claves que deben ser abordadas desde el embarazo hasta los 24 meses de vida del niño(a) para garantizar el éxito en la práctica de la lactancia materna y la alimentación complementaria. La iniciativa es el proceso de implementación de estos Trece Pasos Básicos en las Unidades de Salud, los cuales aseguran una lactancia materna exitosa y una adecuada alimentación complementaria a partir de los 6 meses de vida del niño y la niña.

Así mismo busca fomentar en el personal del primer nivel de atención la importancia de los servicios de salud en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y en la atención nutricional a mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia. Define los procedimientos para garantizar a las madres la adecuada y oportuna información desde el periodo prenatal, a fin de que en su momento, amamanten sin ningún problema, estén convencidas de que la leche materna es el mejor y único alimento para su hijo desde el nacimiento hasta los 6 meses y que continúe siendo importante hasta los dos años acompañada de una adecuada introducción de los alimentos.

Después de un periodo de 6 meses de implementación exitosa y sostenible de esos Trece Pasos Básicos, el establecimiento de Salud es acreditado como Unidad de Salud Amiga de la Niñez y las madres. (4)

3.2.1 Componentes de la iniciativa “Unidades de salud amigas de la niñez y las madres”.

1. Atención Nutricional a la Mujer Gestante
 - a. Evaluación Nutricional de la madre y el bebé en base a la ganancia de peso según edad gestacional y altura uterina.
 - b. Recomendaciones nutricionales y de alimentación durante la gestación.
 - c. Administración de micronutrientes (hierro y ácido fólico)
2. Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses y la Lactancia Materna Prolongada hasta los dos años.
3. Atención Nutricional a la madre y el niño(a) en período de lactancia
4. Alimentación complementaria para el niño y niña a partir de los 6 meses (4)

3.2.2 13 pasos de la iniciativa Unidades de salud amigas de la niñez y las madres.

1. Existencia y sostenibilidad del comité multidisciplinario de apoyo a la lactancia materna y alimentación complementaria.

La Unidad de salud debe contar con un comité multidisciplinario de acuerdo con los recursos existentes y según la complejidad del establecimiento (médico, enfermera, nutricionista, odontólogos, inspector, promotor de salud, trabajador social, encargada de farmacia, secretaria, estudiantes). Se deberá elaborar un Plan de acción que contemple las actividades necesarias para la implementación de la Iniciativa. (4)

2. Aplicación de la normativa institucional sobre lactancia materna.

La Unidad de Salud deberá contar con normativas de Promoción, Protección y Apoyo de la lactancia materna, que contemplen los Trece Pasos Básicos de la Iniciativa, las normas deben de estar colocadas en lugares accesibles para el personal de salud. (4)

3. Brindar atención nutricional y consejería en alimentación y nutrición a todas las mujeres atendidas durante el control del embarazo y a las madres en periodo de lactancia.

El personal que da la atención prenatal deberá:

- ✓ Evaluar en cada control el estado nutricional de la madre (Ganancia de peso según edad gestacional) y el estado nutricional del bebé (altura uterina)
- ✓ Brindar a la mujer embarazada la información adecuada y oportuna en alimentación y nutrición, entre otros temas es importante dar consejería individualizada sobre:
 - ✓ Alimentación durante el embarazo y cómo mantener un consumo
 - ✓ Adecuado de nutrientes según la disponibilidad y acceso a alimentos.
 - ✓ Beneficios de la lactancia materna para el niño(a) y la madre.
 - ✓ Prácticas para una lactancia materna exitosa.
 - ✓ Demostración de las técnicas de lactancia materna (colocación, agarre, frecuencia y extracción de la leche materna)
 - ✓ Lactancia materna exclusiva y a libre demanda.

✓ El calostro y sus beneficios.

4. Promover la lactancia materna exclusiva a libre demanda hasta los seis meses, a partir del sexto mes iniciar la alimentación complementaria adecuada acompañada de lactancia materna que debe extenderse hasta los dos años o más.

El personal de salud a nivel local y comunitario (promotor, consejera voluntaria en nutrición, partera) debe de informar a las mujeres gestantes y madres lactantes sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y a libre demanda en los menores de 6 meses. Debe además, mostrar la técnica correcta de amamantamiento y dar solución a los problemas que la madre exprese tener y fomentar la práctica de continuar dando de mamar después de los 6 meses, iniciando a esta edad una adecuada alimentación complementaria. (4)

5. Mostrar y practicar con todas las madres en periodo de lactancia, la extracción, conservación y administración de la leche materna.

La Unidad deberá contar con un área en la cual enseñará de forma práctica la técnica de extracción de la leche materna. Esta práctica deberá ser enseñada a todas las madres lactantes en el control post parto o cualquier otra consulta de ella y / o de su niño(a) durante los controles. (4)

6. Promover en la embarazada que inicie la lactancia materna en la primera media hora de nacido y que el bebé permanezca junto a ella de día y de noche.

El personal de salud en los controles de embarazo, a través de la consejería, brindará a la madre, información correcta sobre la importancia de iniciar tempranamente la lactancia, durante la media hora después del parto (apego precoz) e informar sobre el calostro y su importancia. (4)

7. Promover la introducción adecuada de alimentos a partir de los 6 meses de edad.

El personal deberá informar a las madres en los controles de embarazo, sobre la importancia de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses, los riesgos de la introducción precoz de alimentos. (4)

8. No promover el uso de fórmulas, pachas o pepes.

Se deberá informar a las madres de las desventajas que tiene el uso de pachas, pepes y fórmulas; en la salud, desarrollo y crecimiento de los niños(as). (4)

9. No aceptar donaciones y/o propaganda de sucedáneos de la leche materna.

El personal no debe recibir donaciones de sucedáneos de la leche materna ni recibir incentivos financieros o materiales de parte de los distribuidores. (4)

10. Cumplimiento por parte del personal de la unidad de salud de las disposiciones establecidas en el código de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

Alcance: Aplicado a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna

Publicidad: No permite ninguna publicidad destinada al público.

Muestras: No se permiten muestras a las madres o a sus familias.

Sistemas de atención de salud: No se permite la promoción en los servicios de salud.

Agentes de salud: No pueden recibir regalos, ni muestras.

11. Contar con un espacio ambientado para brindar la consejería en lactancia materna, alimentación y nutrición.

La Unidad de Salud debe contar con un espacio agradable para la madre, para recibir la consejería en lactancia materna. Esta área debe tener los implementos necesarios para la consejería: tener depósitos para enseñar la extracción manual de leche, toalla y jabón para que las madres se laven las manos, silla cómoda para la madre, no debe tener escritorio para que no sea barrera entre la madre y la persona que dará la consejería. (4)

12. Que cada establecimiento de salud forme y mantenga activos los grupos de apoyo a la lactancia materna.

El personal deberá informar a las mujeres gestantes y madres lactantes sobre la existencia de los grupos de apoyo. Estos grupos pueden formarse con aquellas mujeres gestantes y / o madres lactantes, aprovechando la fecha del control. Los grupos de apoyo serán también los comités o clubes de gestantes adolescentes en donde se fortalezca la práctica de la lactancia materna. (4)

13. Promoción y monitoreo de la práctica de la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria adecuada a nivel comunitario.

El establecimiento deberá tener un grupo de apoyo a la Iniciativa USANYM el cual puede estar formado por el Promotor de Salud, la Partera, la Consejera Voluntaria en Nutrición (CVN) u otro líder si no cuentan con CVN. Los miembros del grupo de apoyo realizarán visitas a todas las puérperas, los primeros 3 días después del parto y de ser necesario hasta que la lactancia materna exclusiva esté establecida, para verificar y apoyar la lactancia materna exclusiva. (4)

3.3 MARCO TEÓRICO

La lactancia materna exclusiva se define como la alimentación del lactante con leche materna sin ningún suplemento sólido o líquido incluido el agua. El proceso por el cual se introducen nuevos alimentos diferentes a la leche materna se denomina ablactación el cual se realiza a la edad de 6 meses siendo temprana si se brindan otros alimentos antes de lo establecido, es necesario comprender el proceso de la lactancia materna desde su inicio hasta el momento de realizar la ablactación.

3.3.1 Anatomía y fisiología de las mamas

A) Anatomía de la mama

Presentes en ambos sexos, en el varón se mantienen rudimentarias. En la mujer pasan por diferentes estadios de desarrollo según la edad. Hasta antes de la pubertad están

poco desarrolladas; El máximo desarrollo llega con el embarazo y especialmente con la lactancia. Localizadas en la parte anterior del tórax, pueden extenderse por su cara lateral. La mayor parte de ellas está ocupada por tejido adiposo, del que dependen su forma y consistencia. Aumentan de volumen en el embarazo y lactancia por crecimiento del tejido glandular, cuya base se extiende desde la 2ª a la 6ª y desde el borde externo de esternón hasta la línea axilar media y su parte superoexterna llega hasta la axila. La mama está compuesta por tres tipos de tejidos: tejido glandular, de tipo nódulo-alveolar que produce leche, tejido conectivo, que conecta los lóbulos y tejido adiposo que ocupa los tejidos alveolares. Cada glándula consta de 15 a 20 lóbulos compuestos de lobulillos unidos entre sí por tejido conectivo, vasos y conductos epiteliales. Cada lobulillo está confluye a un conducto colector, el que a su vez se reúne con otros similares para formar los conductos interlobulares, que confluyen hacia un conducto único que drena el lóbulo llamado conducto galactóforo, las arterias que irrigan la mama provienen de las axilares, mamaria interna e intercostales, las venas confluyen a la vena axila y a la mamaria interna, formando extensa red venosa y plexo alrededor de areola y pezón. La inervación procede de las ramas cutáneas anterior y lateral de los nervios torácicos 4º, 5º y 6º que conducen fibras simpáticas a la mama, especialmente numerosas en pezón y areola, Las fibras simpáticas constituyen la vía aferente final de los mecanismos que controlan la secreción y descarga de la leche y un reflejo neurohormonal es responsable de la eyección láctea. (3)

B) Fisiología de la lactancia

Aunque los estrógenos y la progesterona son esenciales para el desarrollo físico de las mamas durante el embarazo también ejercen el efecto específico de inhibir la secreción de leche. Por otro lado la hormona prolactina estimula a la secreción de leche.

Esta hormona es secretada por la adenohipófisis de la madre y su concentración en sangre experimenta una elevación constante desde la 5ta semana del embarazo hasta el nacimiento. La leche se secreta de forma continua y se vierte en los alveolos mamarios pero no pasa con facilidad a través de estos hasta el sistema ductal y por lo tanto, el flujo por el pezón mamario no es continuo. Para que el niño la reciba la leche ha de ser expulsada desde los alveolos a los conductos galactóforos.

Este proceso se debe a un reflejo combinado, neurógeno y hormonal, en el que interviene una hormona de la hipófisis anterior llamada oxitócina. El mecanismo es el siguiente. Cuando el niño succiona por primera vez al principio casi no tiene nada de leche. En primer lugar, los impulsos sensitivos de la succión deben ser transmitidos por los nervios somáticos, desde los pezones hasta la medula espinal materna y luego al hipotálamo, donde se produce la señal nerviosa que induce la secreción de oxitócina, y al mismo tiempo que estimulan y provocan la secreción de prolactina, la oxitocina es transportada por la sangre hasta las mamas, hace que se contraigan las células mioepiteliales situadas alrededor de la pared externa de los alveolos, exprimiendo así la leche y produciendo su paso forzado a los conductos, donde alcanza una presión de 10 a 20 mmhg. (5)

3.3.2 Preparación de la futura madre que va a dar pecho.

La mayoría de las mujeres puede amamantar con éxito a sus hijos si se las anima y mantiene alejadas de cualquier comentario o experiencia relativos a malas experiencias al respecto. El médico interesado en ayudar a estas futuras madres deberá informales acerca de las ventajas de la lactancia materna durante el segundo trimestre del embarazo o en cualquier momento en que la madre considere esta cuestión. Muchas madres ambivalentes respecto a la lactancia materna son capaces de llevarla a cabo con éxito si se les ofrece seguridad o apoyo. La formación del personal de la maternidad y la adopción del Baby Friendly Hospital Initiative según recomendaciones de la OMS, son intervenciones que tienen éxito para estimular la lactancia materna. Los factores que favorecen una lactancia materna satisfactoria comprenden un buen estado de salud, un equilibrio entre ejercicio y reposo, ausencia de preocupaciones, tratamiento correcto y suficiente de cualquier enfermedad concurrente y nutrición adecuada. La retracción o la inversión de los pezones son problemáticas, aunque no representan una contraindicación para la lactancia materna. Los pezones retraídos se benefician, generalmente, de la aspiración de la mama con bomba a diario durante las últimas semanas de gestación y la inversión verdadera del pezón puede corregirse mediante el uso de sacaleches a partir del tercer mes de gestación. La lactancia materna carece de efectos negativos a nivel estético a largo plazo el aspecto de las mamas. (2)

3.3.4 Alimentación durante los primeros 6 meses de vida.

La alimentación debe comenzar tan pronto como sea posible tras el parto, lo que depende de la capacidad del neonato de tolerar la nutrición enteral. Esto no solo mantiene un metabolismo normal durante la transición de la vida fetal a la extrauterina, sino que también contribuye a crear un vínculo afectivo entre la madre y el lactante. El tiempo necesario para que se vacíe el estómago de un lactante oscila entre 1 y 4 horas o más dentro de un mismo día. Por consiguiente, el deseo de alimento del niño varía en los diferentes momentos del día. Lo ideal es que sea el niño, gracias a su razonable autorregulación, el que defina el horario de las tomas. La mayoría de los niños han establecido un horario conveniente y razonablemente regular al mes de vida.

Al final de la primera semana de vida, la mayor parte de los niños sanos ingieren 60-90ml/toma y requiere 6-9 tomas/24 horas. Algunos ingieren tanta cantidad en una toma que quedan satisfechos durante 4 horas, mientras que otros necesitan ser alimentados cada 2-3 horas. Aunque la mayor parte de los niños se despierta para realizar una toma en mitad de la noche hasta las 3-6 semanas de edad, algunos no la necesitan y otros continúan solicitándola después de este periodo. (2)

3.3.5 Ventajas de la lactancia materna.

La leche materna es el alimento natural de los recién nacidos a término durante sus primeros meses de vida. Siempre se encuentra disponible a la temperatura adecuada y no requiere tiempo para su preparación. Es fresca y carece de bacterias contaminantes, de ahí el reducido riesgo de molestias gastrointestinales. La lactancia materna se asocia con menos dificultades de alimentación relacionadas con alergias o intolerancia

a la leche de vaca. La leche materna contiene anticuerpos frente a bacterias y virus, incluidos concentraciones relativamente elevadas de IgA secretora que evita la adherencia de los microorganismos a la mucosa intestinal. También contiene sustancias que inhiben el crecimiento de muchos de los virus más habituales. Además de estas generalidades la lactancia materna tiene las siguientes ventajas.

A- Nutrición óptima: Ningún sustituto tiene igual aporte nutritivo en calidad, cantidad y proporciones de sus componentes con la misma biodisponibilidad para el crecimiento y desarrollo, con menor riesgo de desnutrición infantil. Previene la anemia y las micro hemorragias intestinales, observables con la leche vacuna, además de que no puede diluirse y es siempre fresca.

B- Protección de la salud del niño: Menor riesgo de mortalidad por infecciones y menor incidencia y severidad de ellas, especialmente la diarrea por mala higiene del biberón. Es menor la incidencia de: infecciones respiratorias, alergias, diabetes juvenil, linfomas.

C- Protección de la salud materna: Adecuada retracción uterina disminuyendo la metrorragia. Mejora eficiencia metabólica con óptima utilización de nutrientes. Menor riesgo de cáncer ovárico y mamario con largos amamantamientos.

D- Mejor relación madre-hijo: Satisfacción del rol de madre retroalimentando positivamente la relación madre-hijo, con mayor afecto y cariño. Favorecimiento del desarrollo psicosocial del niño por contacto piel a piel con su madre al mamar.

E- Espaciamiento de los embarazos: La amenorrea de la lactancia exclusiva ofrece protección más efectiva que cualquier anticonceptivo en el primer semestre de puerperio.

F- Ahorro de recursos: Al estado y a la familia al disminuir la compra de leche vacuna procesada y especialmente las fórmulas lácteas maternizadas, por lo general importados en los países en desarrollo. Aportar alimentación adecuada a la madre que lacta, para mejor producción de leche, es más económico que alimentar artificialmente al lactante. (2)

3.3.6 Cuidados de la mama y los pezones.

A) **Durante el embarazo:** las mamas se deben lavar solo con agua y jabón. Evitar el uso de cremas y lociones. Las glándulas de Montgomery producen lubricación necesaria. Si los pezones son muy sensibles, exponerlos al sol. Usar sostén que no apriete.

B) **Durante la lactancia:** evitar el uso de jabones, lociones o cremas. Colocar correctamente el niño con una buena posición y agarre, ya que esto garantizara que no haya dolor o grietas en el pezón. Para el cuidado de los pezones solo se requiere extraer unas gotas de leche después del amamantamiento y cubrir con esta el pezón y la areola, dejando secar al aire libre. (6)

3.3.7 Técnica de lactancia materna

La técnica correcta es la base de una lactancia exitosa. Para amamantar, la madre debe estar cómoda y recibir el apoyo de la familia. Se debe asegurar una técnica

correcta de amamantamiento y buen agarre. La madre debe estar sentada con la espalda recta, sus brazos apoyados en los brazos de la silla o en un cojín y las piernas ligeramente levantadas. Es importante que el ambiente del lugar donde se va a alimentar al lactante, sea agradable para ambos. Antes de comenzar a dar el seno la madre debe lavarse bien las manos. La posición correcta es la que resulte cómoda tanto para la madre como para el lactante. (6)

A) Los puntos básicos a evaluar en la posición son:

La cabeza y el cuerpo del niño bien erguidos

En dirección a su pecho, con la nariz del niño frente al pezón

Con el cuerpo del niño cerca del cuerpo de la madre (panza con panza)

Sostenido todo el cuerpo del niño no solamente el cuello y los hombros. (6)

B) Los puntos básicos para evaluar un buen agarre son:

Toca la mama con el mentón

Tiene la boca bien abierta

Tiene el labio inferior evertido

Se ve más la areola arriba de la boca por debajo de la misma. (6)

3.3.8 Aporte adecuado de la leche.

La duración y frecuencia del amamantamiento estará determinada por el niño, dejar que termine con el primer pecho, luego ofrecer el segundo. Existen variaciones de un niño a otro, habitualmente la frecuencia es mayor durante los primeros 2 a 7 días. Durante este periodo no se recomiendan intervalos mayores de 2 horas, la madre debe despertar al niño y ofrecerle el pecho si duerme mucho, o si la madre siente las mamas muy llenas. Una vez establecida la lactancia es común un patrón de 8 a 12 veces en 24 horas. Los amamantamientos nocturnos son importantes para asegurar la adecuada estimulación para la producción de leche y la supresión de la fertilidad. Si el niño está muy somnoliento, se debe desabrigar y alimentar en una posición más levantada. En general, no es necesario pesar al niño antes y después de cada toma para ver si el aporte lácteo es adecuado. La cantidad de leche que ingiere un lactante en cada toma varía entre 30 y 100 ml en 24 horas. Debe excluirse tres posibilidades antes de suponer que una madre no es capaz de producir una cantidad suficiente de leche: 1) errores en la técnica de lactancia, 2) factores maternos remediables, 3) trastornos físicos del niño que pueden interferir en la lactancia o ganancia de peso. (2)

3.3.9 Extracción de la leche materna.

La extracción manual de la leche materna es útil para aliviar la congestión de las mamas. Aunque los sacaleches eléctricos o a pilas son más cómodos y eficaces que la extracción manual, su coste suele ser prohibitivo para muchas madres. El bombeo puede incrementar la producción de leche y aliviar la irritación de los pezones, ya que no causa tanta irritación como la succión del niño. La leche materna puede guardarse

con total seguridad en el congelador o el frigorífico para, más adelante, poder alimentar con ella al lactante. (2)

3.3.10 Contraindicaciones de la lactancia materna.

Siempre que la producción de leche materna sea suficiente, tenga una dieta adecuada y no este infectada con VIH, no existe inconvenientes para dar el pecho materno a los niños a término sanos.

La infección materna aguda puede contraindicar la lactancia materna si el niño no sufre la misma infección; de otro modo no hay necesidad de interrumpir la lactancia a menos que la madre, su enfermedad o el niño lo necesiten.

No deben dar pecho las madres con septicemia, tuberculosis activa, fiebre tifoidea, cáncer de mama o paludismo. El consumo de drogas y las neurosis o psicosis graves también suponen contraindicaciones a la lactancia materna. Los lactantes con galactosemia tampoco deben ser alimentados al pecho y deben recibir una fórmula que no contenga lactosa. (2)

3.3.11 Alimentación según grupos etarios.

Alimentación del niño menor de 6 meses.

1. Ponerse el niño(a) al pecho inmediatamente después del parto.
2. Dar pecho desde que sale la primera leche (calostro)
3. Desde que nace hasta los 6 meses de edad, darle sólo leche materna, **sin ni siquiera agua**, la leche le quita la sed.
4. Darle a libre demanda, por lo menos 12 veces en 24 horas.
5. Dar el pecho hasta que se vacíe, porque la última leche es más rica en nutrientes.
6. Dar de los dos pechos cada vez. Después de dar de los dos pechos, la próxima mamada debe iniciar con el pecho con el que el bebé inició en la vez anterior.
7. Mostrar a la madre cómo sacarle el aire al bebé adecuadamente después de cada mamada.
8. Mostrar a la madre cómo extraerse y conservar la leche y cómo mantener la producción de leche.
9. Dar suplemento de vitamina A al niño(a) según la edad.
10. Dar suplemento de vitamina A y hierro con ácido fólico a la madre. (4)

Alimentación del niño de 6-8 meses.

1. Continuar dando el pecho, por lo menos 8 veces en 24 horas.
2. Iniciar introducción de otros alimentos en forma de puré espeso.
3. Agregar al puré 1 cucharadita de aceite o crema espesa.
4. Aumentar poco a poco la cantidad de comida y la variedad de alimentos hasta lograr que coma por lo menos, 3 cucharadas de comida espesa 3 veces al día (no dar sopas ralas). Si por alguna razón justificada ya no le da leche materna, dar comida 5 veces al día.

5. Cuando ya haya tolerado los alimentos descritos arriba, iniciar gradualmente mayor variedad de alimentos fuentes de vitamina A, vitamina C y hierro. La anemia y el retardo de crecimiento es un problema grave en este grupo de edad.
6. Dar alimentos ricos en **vitamina A**: Zanahoria, papaya, ayote, mamey, mango amarillo, hojas verdes (mora, chipilín, rábano, berro, espinaca) y azúcar con vitamina "A" (sin excesos). Puede introducir otras fuentes de vitamina A como huevo, queso, hígado u otros menudos. Para aumentar el valor nutritivo, puede mezclar estos alimentos con papa, frijoles u otro alimento que el niño(a) ya haya tolerado bien. Si el niño(a) acepta estos alimentos bien, continúe dándolos.
7. Dar alimentos ricos en **vitamina C**: mango, papaya, melón, guayaba y sandía. Si no hay disponibilidad de ninguna de las fuentes de vitamina C mencionadas, y usted considera que el riesgo de desnutrición es mayor que el riesgo de alergia, introducir pequeñas cantidades de otras fuentes como marañón, arrayán, tomate, piña, limón o naranja. Si no observa ninguna reacción alérgica y el niño(a) lo acepta bien, continúe dándolos.
8. Dar alimentos ricos en **hierro**: carne de res, pollo, pescado, huevo, hígado y otros menudos, frijoles, hojas verdes (mora, chipilín, rábano, espinaca, berro)
9. Preparar los alimentos con hierbas de olor (cilantro, perejil, apio u otros) en lugar de usar cubitos o consomés artificiales. No use demasiado azúcar.
10. No dar café, ni bebidas gaseosas u otros refrescos artificiales, ni golosinas, porque le quitan el hambre y no come otros alimentos que le nutren, además tienen muchos químicos que producen alergias y demasiada azúcar que daña los dientes.
11. Promover el consumo necesario de alimentos fortificados: Sal con yodo (casita azul en la bolsa), azúcar con vitamina A y harinas con hierro.
12. Dar suplementos de hierro y zinc. (4)

Alimentación del niño de 9-11 meses.

1. Continuar dando de mamar, por lo menos 6 veces en 24 horas.
2. Continuar dando los alimentos de la etapa anterior y aumentar gradualmente la comida hasta lograr que coma por lo menos 4 cucharadas soperas de comida llenas más un cuarto de tortilla o 1 pan en cada comida.
3. Aumente poco a poco la consistencia del puré hasta que el niño(a) pueda comer alimentos deshechos que tengan pedacitos de comida para que vaya aprendiendo a masticar.
4. Evite alimentos que lo puedan atragantar como zanahoria cruda, maní, dulces, semillas, uvas u otros.
5. Dar de comer 5 veces al día: 3 comidas formales y 2 refrigerios.
6. En cada refrigerio dar una fruta, un pan dulce u otro alimento que tengan en casa.
7. Dar al menos una comida frita al día.
8. Dar alimentos ricos en vitamina C: mango, papaya, melón, guayaba y sandía. Si no hay disponibilidad de ninguna de las fuentes de vitamina C mencionadas, y se considera mayor riesgo de desnutrición que de alergias introducir pequeñas cantidades de marañón, arrayán, tomate, piña, limón o naranja.
9. Dar alimentos ricos en hierro: carne de res, pollo, pescado, huevo, hígado y otros menudos, frijoles, hojas verdes (mora, chipilín, rábano, espinaca, berro)

10. Preparar alimentos con hierbas de olor (cilantro, perejil, apio u otros) en lugar de usar cubitos o consomés artificiales. No usar demasiada azúcar.
11. Consumo de alimentos fortificados: Sal con yodo, azúcar con vitamina A y harinas con hierro. (4)

Alimentación de niños de 1 -2 años.

1. Continuar dando pecho y mantener el consumo de los alimentos introducidos en las etapas anteriores adaptando su cantidad y consistencia a la edad del niño(a)
2. Incorporar a la comida familiar e ir aumentando la cantidad hasta lograr que coma por lo menos 1 taza en cada comida.
3. Dar de comer 5 veces al día: 3 comidas formales y 2 refrigerios.
4. Dar la comida en trozos pequeños y supervisar que mastique bien antes de tragar.
5. Dar por lo menos un alimento frito al día.
6. En cada refrigerio dar una cuarta parte de tortilla con una cucharada de la comida que tenga o un pan dulce o una fruta.
7. No dar café, ni bebidas gaseosas u otros refrescos artificiales, ni golosinas, porque le quitan el hambre y no come otros alimentos que le nutren, además tienen muchos químicos que producen alergias y demasiada azúcar que daña los dientes.
8. Dar todos los días alimentos ricos en **vitamina A:** queso, hígado u otros menudos, huevo, zanahoria, papaya, ayote, mamey, mango amarillo, hojas verdes (mora, chipilín, rábano, berro, espinaca) y azúcar con vitamina "A" (sin excesos)
9. Dar todos los días alimentos ricos en **vitamina C:** mango, papaya, melón, guayaba, arrayán, marañón, tomate, piña, limón y naranja.
10. Dar todos los días alimentos ricos en **hierro** como: carne de res, pollo, pescado, huevo, hígado y otros menudos, frijoles, hojas verdes (mora, chipilín, rábano, espinaca, berro) Continuar dando de mamar.
11. Promover el consumo necesario de alimentos fortificados: Sal con yodo (casita azul en la bolsa), azúcar con vitamina A y harinas con hierro. (4)

Alimentación de niños de 3-4 años.

1. Mantener el consumo de los alimentos introducidos en las etapas anteriores adaptando su cantidad y consistencia a la edad del niño (a) y a la dieta familiar.
2. Dar de comer 5 veces al día: 3 comidas formales y 2 refrigerios.
3. Aumentar la cantidad de comida según el niño o la niña quiera.
4. Dar por lo menos un alimento frito al día.
5. En cada refrigerio dar una media tortilla con una cucharada de la comida que tenga o un pan dulce o una fruta.
6. Dar todos los días alimentos ricos en **vitamina A:** queso, hígado u otros menudos, huevo, zanahoria, papaya, ayote, mamey, mango amarillo, hojas verdes (mora, chipilín, rábano, berro, espinaca) y azúcar con vitamina "A" (sin excesos).

7. Dar todos los días alimentos ricos en **vitamina C**: mango, papaya, melón, guayaba, tomate, piña, limón y naranja.
8. Dar todos los días alimentos ricos en **hierro** como: carne de res, pollo, pescado, huevo, hígado y otros menudos, frijoles, hojas verdes (mora, chipilín, rábano, espinaca, berro).
9. No dar café, ni bebidas gaseosas u otros refrescos artificiales, ni golosinas, porque tienen muchos químicos que producen alergias y demasiada azúcar que daña los dientes. (4)

3.3.12 Factores económicos, sociales y culturales que influyen en la ablactación temprana.

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

3.3.13 Factores económicos

Se conoce que el nivel económico es uno de los condicionantes de la lactancia materna y de la ablactación temprana, de este podemos mencionar algunos factores como la estructura familiar y el número de miembros de la familia, los ingresos en la mujer trabajadora y las condiciones laborales, así como también la influencia que ejerce el medio en que se desenvuelve cotidianamente.

En la actualidad son miles de mujeres las que se incorporan día a día a la actividad económica fuera de su hogar, muchas de estas mujeres trabajadoras no cuentan con facilidades en su trabajo para amamantar a sus hijos por diversas razones, así que si el sostén económico de la familia es la madre u otra persona de la familia que no es el padre hay un riesgo 2.4 veces mayor de introducción de fórmulas tempranas y disminución de lactancia materna exclusiva. (20)

a) Ingresos Económicos

La situación económica de una mujer puede ejercer efecto profundo en el bienestar físico y emocional. Un estudio que abarca causas determinantes, contextuales e individuales de la lactancia explica que la lactancia exclusiva está asociada positivamente con el status económico, y además ejemplifica que lactancia exclusiva fue identificada más predominantemente entre mujeres con mayor salario. Otro estudio efectuado identificó asociación entre la ablactación temprana y personas con condiciones de vida inferiores, esos hallazgos sustentan la idea de que los profesionales de la salud necesitan enfocar especialmente las mujeres de menor capacidad económica al crear y aplicar intervenciones. El conflicto que existe entre maternidad y trabajo pone de manifiesto la importancia social de la lactancia materna. Las mujeres que amamantan tienen derecho a trabajar y las que trabajan tienen derecho a amamantar. La lactancia materna requiere una definición de trabajo que respete la crianza y la simbiosis madre criatura como hechos indispensables para el ser humano. (20)

Una mejor condición económica también está relacionada con un mayor riesgo de ablactación temprana, esto quizá se deba a que cuentan con los recursos económicos necesarios para adquirir sucedáneos de leche materna. Se debe recordar que un beneficio de la lactancia materna exclusiva es el ahorro en la economía del hogar, por lo que una madre de bajos recursos no va a contar con los recursos para adquirir esas fórmulas lácteas ya que implican mayores costos.

El descenso de la frecuencia y la duración de lactancia al seno materno se debe a dos grandes causas: una ha sido la promoción (apoyada por los medios masivos de comunicación) de la lactancia artificial, basada en la utilización del biberón y las leches industrializadas; la segunda causa ha sido la integración de las mujeres al mercado de trabajo remunerado, lo que les impide poco tiempo después del parto, mantenerse cerca de sus hijos para amamantarlos correctamente. (21)

b) Estructura familiar

La estructura familiar, específicamente el número de miembros de la familia menor de 4 es un factor que influye en la ablactación temprana este unido a otros factores como un grado de escolaridad intermedio o superior, ingreso salarial promedio y conocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva aminoran el riesgo de introducción de fórmulas y alimentos tempranamente; En otros estudios el hecho de tener pocos hijos se relaciona con la falta de lactancia al seno materno en comparación con la categoría de 4 o más hijos cabe mencionar que esta práctica difiere mucho dependiendo la población en estudio dadas su diversidad tanto económica, social y cultural. (21)

3.3.14 Factores sociales

Los factores sociales son condicionantes de la lactancia materna y del uso de fórmulas e introducción de alimentos de forma temprana, de estos podemos mencionar algunos factores como edad de la madre, estado emocional, ocupación y condiciones laborales, grado de escolaridad incluyendo además el conocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, apoyo y funcionamiento familiar, así como también la influencia que ejercen los medios de comunicación en favor del marketing de los sucedáneos de la leche materna.

a) Edad Materna.

La mayoría de los autores coinciden en que durante los 20 a 34 años de edad es la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y está mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en las edades extremas de la vida. (11) Estudios recientes reportan que las madres que menos lactan fueron las de mayores de 35 años seguidas de las adolescentes. Existe general tendencia de no practicar la lactancia materna o practicarla por períodos cortos en las madres más jóvenes. La poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa de la adolescencia, muchas veces, determinan el abandono precoz de la misma en este período de la vida. A medida que avanza la edad, la mujer va tomando conciencia de su rol de madre y aumentan las posibilidades de prolongar la lactancia materna exclusiva. La lactancia materna en la adolescente es un aspecto que tiene vital importancia en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo. (12)

b) Estado emocional

Es importante durante el embarazo, parto, lactancia y en la crianza, en general, que exista una relación emocional entre madre e hijo. Los sentimientos y emociones son los que mejor van a guiar en ésta y en cualquier etapa de la vida, sin confusión alguna. El posparto es un momento en el cual muchas mujeres son vulnerables a la depresión. Los trastornos del ánimo pueden tener un efecto negativo sobre la forma en que las madres interactúan con sus bebés. La lactancia materna estimula la autoestima de la mujer, puesto que le demuestra que es capaz de proporcionar a su bebé alimento y salud.

Ningún factor es más importante que una situación mental feliz y relajada. Las preocupaciones y la tristeza son las formas más eficaces de disminuir o eliminar la secreción mamaria. El estado emocional puede influir en la lactancia de varias maneras, disminuyendo el flujo sanguíneo a las mamas y por consiguiente de la secreción láctea, reduciendo la cantidad de la succión lo que disminuye la estimulación de la secreción de leche, adoptando rituales de la lactancia como por ejemplo exceso en la limpieza de los pezones, lo que ocasiona grietas y dolor. También puede influir en la expulsión de la leche bloqueando el reflejo de "bajada de la leche" aun estando llenas las mismas. (16)

c) Ocupación

En la actualidad son miles de mujeres las que se incorporan día a día a la actividad económica fuera de su hogar, muchas de estas mujeres trabajadoras no cuentan con facilidades en su trabajo para amamantar a sus hijos por diversas razones, así que si el sostén económico de la familia es la madre u otra persona de la familia que no es el padre hay un riesgo 2.4 veces mayor de introducción de fórmulas tempranas y disminución de lactancia materna exclusiva. Aún hoy en día a muchas madres trabajadoras se les presentan diversos obstáculos para hacer valer sus derechos en cuanto a la licencia para amamantar, ya que de una forma u otra se les priva el espacio que poseen, dado que en sus lugares de trabajo se les niega este derecho y si estas lo hacen valer se ven expuestas a perder su empleo; se debe tomar en cuenta también que muchas de estas mujeres son trabajadoras informales las cuales no cuentan si quiera con algún tipo de prestaciones por el tipo de trabajo u oficio que realizan. (20)

d) Grado de escolaridad

Tanto la implementación de la lactancia materna exclusiva como su tiempo de duración son también influenciados por el grado de escolaridad que poseen las madres. Algunos estudios han demostrado que un nivel educativo superior es un predisponente positivo para la lactancia materna, esto porque las mujeres cuentan con mayores conocimientos y comprensión sobre los beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos, el grado de escolaridad y la utilización de la lactancia materna son directamente proporcionales por lo que es más duradera en madres de nivel universitario, lo que está relacionado con una mejor información y comprensión de las ventajas de este tipo de alimentación. El escaso conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva hasta de los 6 meses de vida, sus ventajas, como el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños, así como el desconocimiento de las técnicas de lactancia materna puede disminuir la duración de la lactancia materna e influir en la introducción de alimentos

complementarios de manera prematura , ya que aproximadamente el 40 % de las madres con conocimientos limitados abandonan la lactancia materna exclusiva después de los tres meses de edad del producto. Mucha atención se ha prestado al tema de otros alimentos para bebés, muy promovidos y publicitados en los países en desarrollo. En general, se introducen de modo gradual mientras se amamanta, frecuentemente comienza a los 4 meses y se continúa hasta el segundo año de vida y aún más. Los alimentos manufacturados para bebés se deben promover únicamente para quienes están en incapacidad o no están dispuestos a continuar amamantando antes de los 6 meses. (17)

e) Apoyo y funcionamiento Familiar.

Los padres o el personal de apoyo cumplen una función importante en la transmisión sobre la experiencia de la lactancia. Pueden alentar a la madre a amamantar cuando esté cansada o desanimada. Pueden expresar su amor, aprobación y apreciación por el trabajo de la madre y por el tiempo que le dedica a la lactancia. También pueden ser buenos oyentes y comprender las necesidades de la madre y del bebé de facilitar la lactancia en el hogar o cuando estén de viaje. Todo este apoyo le ayuda a la madre a sentirse bien consigo misma y orgullosa de estar brindándole lo mejor a su bebé. Además, muchas personas sienten calidez, amor y relajación tan sólo sentándose al lado de una madre y su bebé durante la lactancia. Los padres y el personal de apoyo pueden ayudar cuando la madre comience a destetar al bebé brindándole a la misma, contención emocional mediante el juego, los mimos, o dándole un biberón o una taza. (18)

Toda la familia puede organizarse y apoyar exitosamente la lactancia, asegurándose de que la madre reciba una adecuada nutrición y un adecuado descanso mientras amamanta. En las sociedades no occidentales, el período post parto está reconocido como un momento donde las madres son particularmente muy vulnerables. (17). Finalmente, cuando las mujeres tienen sobrecarga de trabajo, tanto pagado como no pagado, o cuando las mujeres reciben menos alimentación y descanso que otros miembros de la familia, la lactancia materna se hace difícil. Para apoyar a estas madres, todas las familias necesitan, de manera consciente, enfrentar estas desigualdades y asumir responsabilidades. (17) Los hombres juegan un importante papel en ayudar a cambiar estas condiciones y en cambiar sus propias actitudes hacia la lactancia materna y al trabajo que realizan las mujeres. Está claro que sólo las mujeres pueden amamantar, pero está más claro aún, que los hombres y parejas pueden ser igualmente responsables del cuidado infantil y de las tareas del hogar. (14)

3.3.15 Factores culturales

Al igual que los factores económicos y sociales la cultura juega un papel importante porque las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven. En algunas se consideraba buena madre a la que amamantaba a su hijo desde muy temprana edad. El código de Hammurabi contenía regulaciones sobre la práctica de la lactancia, así como durante los siglos XVIII la alimentación era brindada por las nodrizas, ya que las madres de esa época deseaban mantener su belleza, aun hoy en día la estética juega un papel importante en la decisión de brindar o

no lactancia al seno materno, esto por la explotación del cuerpo femenino como objeto sexual, por parte de los medios de comunicación. (22)

a) Mitos y creencias

El miedo a no producir suficiente leche es una preocupación constante de las madres de todas las épocas y lugares, ha sido el origen de consejos sin fundamento acerca de la lactancia y fomentan la ablactación temprana. Muchos de estos mitos siguen todavía siendo transmitidos de generación en generación, algunos de los cuales exponemos a continuación:

1 - No produzco suficiente leche: muchas mujeres dejan la lactancia porque creen que su cantidad de leche es insuficiente, pero esto es falso. El pecho produce la leche en función de las demandas del bebé, eso sí, siempre que se den las tomas adecuadas y el pequeño succione en la postura correcta. Además, no importa si tienes los senos grandes o pequeños, el tamaño del pecho no influye en la lactancia materna.

2 - Los pezones invertidos impiden la lactancia: esta afirmación es falsa, ya que por lo general los pezones van cambiando en las últimas fases del embarazo. Además, los bebés se agarran de gran parte de la areola, no solo del pezón. En todo caso, si existe dificultad para amamantar, las expertas aconsejan consultar a un especialista.

3 - Tomar medicamentos o estar resfriado o con gripe es incompatible con la lactancia: esto es falso. A través de la leche, el bebé recibe defensas que le protegen de este tipo de enfermedades. Eso sí, se recomienda tener buena higiene en las manos y usar una mascarilla para cubrir la nariz. Respecto a los fármacos, muchos pueden tomarse durante la lactancia, previa consulta con el médico.

4 - Beber más leche produce más leche: la cantidad de leche que produce la madre depende de lo que ingiera el bebé, no del consumo de leche u otros alimentos.

5 - Vuelvo a menstruar, no puedo seguir dando el pecho: la aparición el periodo no implica el fin de la lactancia.

6 - Un nuevo embarazo pone fin a la lactancia materna: este hecho es falso. Que la madre vuelva a quedarse embarazada no implica que tenga que dejar de darle el pecho al niño, incluso puede mantener la lactancia todo el embarazo y, posteriormente, alimentar a la vez a ambos hijos, priorizando al menor.

7 - Noto el pecho menos lleno, no produzco suficiente leche: la sensación de hinchazón de los senos puede disminuir con el tiempo, según las especialistas, pero esto no supone que la producción de leche se haya reducido, ya que depende del número y cantidad de las tomas.

8 - El estrés perjudica la lactancia: este mito es falso. La cantidad de leche depende del consumo del bebé, en concreto, del vaciado del seno.

9 - Las tomas son más frecuentes, el bebé se queda con hambre: el bebé puede consumir más leche en función de muchos aspectos que no tienen que ver con la falta de leche. Por ejemplo, en temporadas de calor o en periodos de crecimiento más acusados.

10 - Los bebés amamantados no duermen bien durante las noches: Que los bebés duerman solos toda la noche es una pretensión culturalmente aceptada, que en realidad difiere de las necesidades nutricionales y psicológicas de los niños. Los bebés crecen a un ritmo acelerado y, en la mayoría de ellos, el 25% de su consumo de leche

se produce durante la noche. Por otro lado, al ser inmaduros, los bebés tienen un sueño superficial, que es un mecanismo protector de su sueño. En la naturaleza todo tiene un sentido, y eso es lo mejor para los niños. A medida que el bebé crece, se irá adaptando a la vida y no necesitará despertarse tan a menudo. De todas formas, el bebé puede dormir cerca de su madre, así en el caso de que su hijo se despierte, podrá colocarlo/a junto a ella y darle de mamar acostada y volver a dormir una vez que el niño haya terminado.

11-La baja producción de leche se hereda: La producción de leche no tiene nada que ver con la suerte o la herencia, sino que tiene que ver con la frecuencia con la que se da de mamar al niño, y con la posición de éste al hacerlo. No obstante, sí es importante reconocer que la presencia de otra madre que no haya vivido una buena experiencia en el entorno de una pareja lactante puede influir en la confianza de la madre, disminuyéndola por culpa de comentarios desafortunados. Esto no ocurrirá si la madre está bien informada.

12- Dar pecho a demanda, genera niños dependientes y trastornos de pareja: El pecho a demanda es una necesidad de los bebés. El bebé debe tener una relación de dependencia con su madre, porque la cría humana es inmadura desde el punto de vista fisiológico y psicológico. Las necesidades del bebé son muy intensas al principio, pero van disminuyendo con el tiempo. Además, el trabajo en equipo que se realiza al cuidar de un recién nacido puede unir a una pareja conforme aprenden a ser padres juntos. (23)

b) Factores asociados al sistema de salud

Algunos autores sugieren que el contacto con el personal de salud durante la atención prenatal y post parto está asociado con la duración y frecuencia del amamantamiento, esto sin importar si el servicio de salud es público o privado. En algunos casos son los médicos los que recomiendan a las madres los regímenes de lactancia materna por alguna circunstancia.

La educación prenatal, los aspectos hospitalarios relacionados con el parto y el puerperio precoz, el acceso a la atención primaria y el seguimiento a través de sus consultas y por último la existencia de talleres y de grupos de apoyo son aspectos importantes por tomar en cuenta.

El sistema de salud juega un factor importante dado que se supone que es aquí en donde se va educar y concientizar sobre la importancia de brindar lactancia materna exclusiva a sus hijos, además que es este sector el que viene de una forma u otra a operacionalizar todas las políticas y normas creadas para disminuir la ablactación temprana. Sin embargo muchas veces por el sobrecargo de funciones y la cantidad de trabajo que poseen los funcionarios en el área de la salud impide que a las madres se les brinde una atención de calidad, omitiendo muchas veces información muy valiosa que puede afectar de manera positiva la decisión de una madre para amamantar a su bebé. (24)

4. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

4.1 Hipótesis de trabajo

HI: Los factores económicos, sociales y culturales influyen de forma conjunta en la ablactación temprana.

4.2 Hipótesis nula.

Ho: Los factores económicos, sociales y culturales no influyen de forma conjunta en la ablactación temprana.

4.3 Hipótesis alterna

Los factores culturales influyen de forma independiente a los factores económicos y sociales en la ablactación temprana.

4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
<p>HI: Los factores económicos y socioculturales influyen en la ablactación temprana.</p>	<p>VI: Factores económicos y socioculturales</p>	<p>-Factores económicos: Conjunto de actividades que incrementan la actividad productiva de bienes y servicios para satisfacer las necesidades humanas.</p> <p>-Factores sociales: Conjunto de elementos que determinan las actividades e interacción entre los individuos de una sociedad.</p> <p>-Factores culturales: Conjunto de creencias y pautas de conducta de un grupo social.</p>	<p>-Características demográficas</p> <p>-Factor Económico</p> <p>-Factor Social</p> <p>-Factor Cultural</p>	<p>-Edad</p> <p>-Procedencia</p> <p>-Estado Familiar</p> <p>-Ingresos económicos</p> <p>- Número de miembros de la familia.</p> <p>-Escolaridad</p> <p>-Ocupación</p> <p>-Religión</p> <p>-Creencias</p>
	<p>VD: Ablactación temprana.</p>	<p>Introducción de alimentos diferentes a la leche materna en niños menores de 6 meses de edad.</p>	<p>-Purés</p> <p>-Papillas</p> <p>-Líquidos</p>	<p>-Verduras</p> <p>-Frutas</p> <p>-Agua</p> <p>-Fórmulas Lácteas</p> <p>-Sopa</p> <p>-Atol</p> <p>-Jugos</p>

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 tipo de estudio.

5.1.1 Según el tiempo de ocurrencia de hechos y registros de la información.

Prospectivo: La información se recopiló a través de la entrevista a las madres durante los controles infantiles y a través del cuestionario.

5.1.2 Según el periodo y secuencia del estudio.

Transversal: Se estudiaron las variables en el periodo de tiempo asignado, haciendo un corte en el tiempo, en una única ocasión.

5.1.3 Según el análisis y alcance de los resultados.

Descriptivo: Estaba dirigido a determinar la situación actual de la ablactación temprana y cómo influye esto en el desarrollo de los lactantes.

Analítico: Se dirigió a verificar que factores influyen en la ablactación temprana.

5.2 Población.

De acuerdo al libro de atención al menor de 1 año de cada unidad de salud y aplicando los criterios de exclusión se tomó un total de 105 sujetos de estudio.

Tabla 1. Distribución de la población por cada UCSF.

Unidad comunitaria de salud familiar	población
Cantón El niño	40
San Isidro	35
El Quebracho	30
Total	105

Fuente: Libro de atención al menor de 1 año de cada UCSF.

5.3 TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico por conveniencia

Porque no todas las madres que llevan a sus hijos a control cumplen con los todos los criterios de inclusión y por ende no formaron parte del objeto de estudio de la investigación y por conveniencia porque las madres que no cumplían con dichos criterios no podrían aportar información adecuada a la investigación al momento de la recolectar los datos.

5.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

5.4.1 Criterios de inclusión.

1. Madre de niño/a menor de seis meses
2. Que consultaron en las unidades comunitarias de salud familiar de Cantón El niño, cantón San Isidro y cantón El Quebracho.
3. Se incluyeron además a las madres que asistieron a control infantil durante los acercamientos comunitarios.
4. Nacionalidad Salvadoreña.

5.4.2 Criterios de exclusión.

1. Madre de niño/a prematuro
2. Madres con contraindicaciones para la lactancia materna
3. Madres con discapacidad cognitiva moderada a grave.

5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

A. Técnicas documentales

Documental bibliográfica: ya que permitió encontrar suficiente información debido a que el tema tiene mucha amplitud y conocimiento generalizado a través de la revisión de libros especializados en el tema, revistas, artículos de internet, que promueven su conocimiento entre muchos otros. Mediante los cuales se logra conocer la anatomía de la mama, fisiología de la lactancia, técnicas para amamantar, así como otros aspectos de interés.

B. Técnicas de trabajo de campo.

Se realizó una entrevista que permitió la recolección de datos acerca de las variables en investigación lo cual dio lugar a que las personas tengan un concepto más amplio sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta la edad de 6 meses.

5.6 INSTRUMENTO.

Se utilizó un cuestionario de 20 preguntas, diseñado para recolectar los datos necesarios y que ayudaron a cumplir el objeto de investigación. Dicho instrumento se aplicó a la población de cada investigador que cumplían los criterios de inclusión, cada pregunta de tipo cerrado se diseñó para conocer los factores que intervienen en la ablactación temprana. (Anexo N° 2)

5.7 PROCEDIMIENTO

5.7.1 Planificación de la investigación.

Durante las últimas semanas de febrero el grupo se reunió con el asesor y la coordinadora de grupos para la selección de tema de investigación y enviar la propuesta a junta directiva.

Posterior a la selección del tema durante los meses de febrero y marzo se realizó la identificación de fuentes confiables, siendo estas libros, normativas de salud pública del

MINSAL. Esta investigación es prospectiva, transversal, descriptiva y analítica; porque en el periodo de julio a agosto se analizarán los factores que inciden en la ablactación temprana en niños menores de 6 meses.

5.7.2 Ejecución de la investigación.

A) Validación del instrumento.

Para validar el instrumento se realizó un total de cinco entrevistas en cada una de las unidades de salud haciendo un total de quince en el periodo del 01 al 15 de junio de 2017 y de esta manera se determinó que el instrumento es el adecuado para la medición de las variables.

B) Recolección de datos.

La recolección de datos se llevó a cabo en el periodo comprendido del 1 de julio al 30 de septiembre de 2017, de la siguiente manera.

Responsables	Semanas					Total
	3-14 Julio	17-28 Julio	31-18 Agosto	21-1 Agosto - Sep.	4-29 Septiembre	
Br. Irvin Eliseo Castillo	8	8	8	8	8	40
Br. Erick Xavier Gutiérrez	7	7	7	7	7	35
Br. Vanessa del Carmen Cortez.	6	6	6	6	6	30
Total	21	21	21	21	21	105

Cada entrevista inicio explicando a la madre del menor el motivo de la investigación por lo que firmaron un consentimiento informado, se procedió a realizar las preguntas según el instrumento de investigación, estableciendo el tiempo de duración por cada entrevista de 10 a 15 minutos aproximadamente.

5.8 PLAN DE ANALISIS

Con base al tipo de variables se realizó una entrevista incluyendo características demográficas, factores económicos, sociales y culturales asociados a la ablactación temprana, al finalizar la recolección de datos se realizó la tabulación en conjunto y se analizó para verificar la validez de las hipótesis.

6. RESULTADOS

6.1 Tabulación, análisis e interpretación de datos.

Caracterización

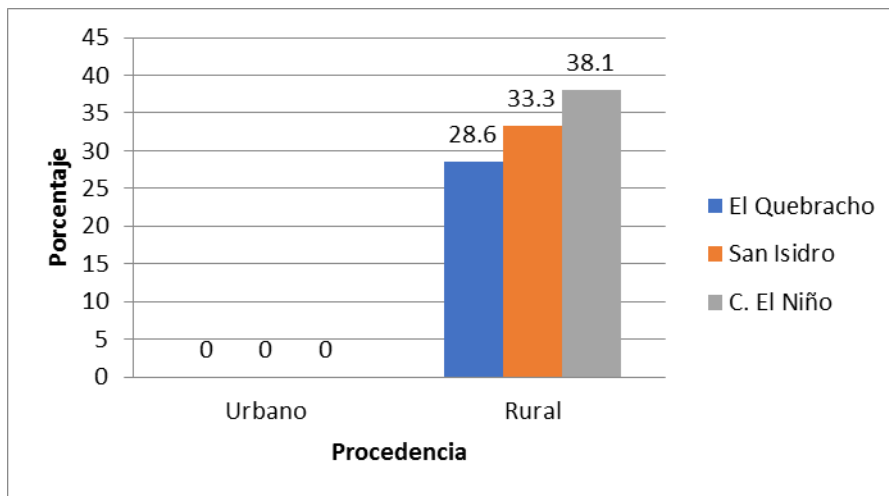
Tabla 1. Procedencia de las usuarias según unidad de salud.

Procedencia	UCSF							
	El Quebracho		San Isidro		C. El Niño		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Urbano	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Rural	30	28.6	35	33.3	40	38.1	105	100.0
Total	30	28.6	35	33.3	40	38.1	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: La tabla 1 contiene información sobre la procedencia de las madres que asistieron tanto a los centros de salud como a los acercamientos comunitarios a controles infantiles de niños menores de 6 meses; se encontró que el 100% de los usuarias son de procedencia rural lo cual corresponde a la ubicación de cada centro de salud.

Grafico 1: Procedencia de las usuarias según unidad de salud.



Fuente: Tabla 1

Interpretación: Se evidencia que las usuarias son de origen rural en su totalidad.

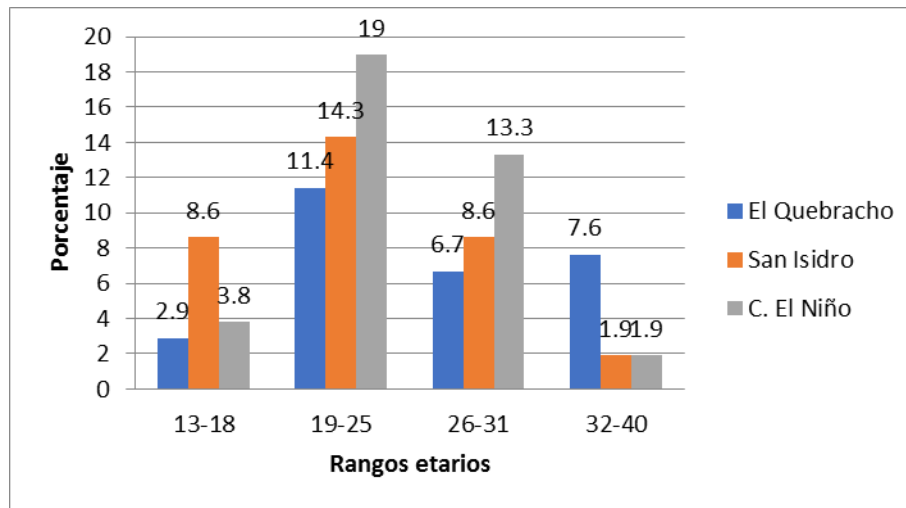
Tabla 2: Rangos de edad de las usuarias según unidad de salud

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Rangos de edad	UCSF							
	El Quebracho		San Isidro		C. El Niño		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
13-18	3	2.9	9	8.6	4	3.8	16	15.2
19-25	12	11.4	15	14.3	20	19.0	47	44.8
26-31	7	6.7	9	8.6	14	13.3	30	28.6
32-40	8	7.6	2	1.9	2	1.9	12	11.4
Total	30	28.6	35	33.3	40	38.1	105	100.0

Análisis: Se observa que la mayoría de las madres oscila entre los rangos de edad de 19 a 25 años y de 26 a 31 años teniendo un porcentaje total de 44.8 y 28.6 respectivamente, presentando una población similar, y así mismo en menor proporción se observa prevalencia de los rangos etarios de 32 a 40 años y de 13 a 18.

Grafico 2: Rangos etarios según unidad de salud.



Fuente: Tabla 2

Interpretación: La grafica refleja los datos referentes a la edad de las madres según cada una de unidades de salud participantes en el estudio, en donde se tiene que los rangos de edad desde 19 hasta 31 contienen la mayoría de ellas, periodos en los cuales según sugerencias del MINSAL se encuentran aptas para reproducir y por lo tanto poseen las mejores condiciones biológicas para dar lactancia materna, en cambio, las de 13 a 18 años poseen cierto grado de inmadurez y de forma similar las que se encuentran entre 32 y 40 años; estos dos últimos grupos de edad reflejan algún nivel de riesgo para la reproducción así como también para la alimentación adecuada

de los/as lactantes, esto indica que hay posibilidad de encontrar niños/as con ablactación temprana.

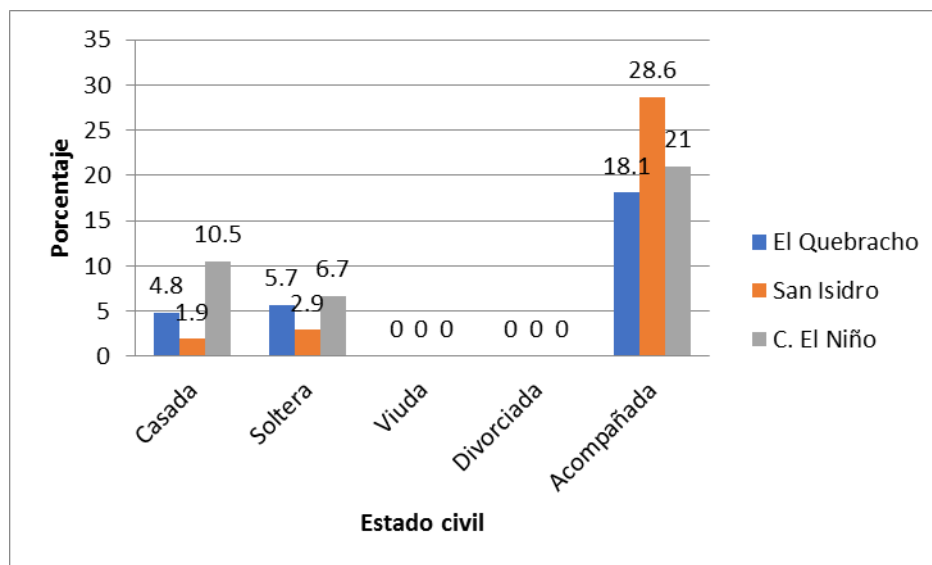
Tabla 3: Estado familiar de las usuarias según unidades de salud.

Estado familiar	UCSF							
	El Quebracho		San Isidro		C. El Niño		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Casada	5	4.8	2	1.9	11	10.5	18	17.1
Soltera	6	5.7	3	2.9	7	6.7	16	15.2
Viuda	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Divorciada	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Acompañada	19	18.1	30	28.6	22	21.0	71	67.6
Total	30	28.6	35	33.3	40	38.1	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: Se observa una mayor cantidad de madres en unión estable, con mayor porcentaje en san Isidro de un 28.6% seguida de cantón el niño en un 21.0% y por último el quebracho con un 18.1%, también se evidencia que existe un porcentaje total de 17.1 de madres casadas y 15.2% de madres solteras.

Grafico 3: Estado civil de las usuarias según unidad de salud.



Fuente: Tabla 3

Interpretación: en el grafico 3 se evidencia que en su mayoría las mujeres encuestadas están viviendo en unión estable, lo cual facilita a las madres para brindar lactancia materna exclusiva porque en teoría cuentan con el apoyo de su compañero de vida.

Factores económicos

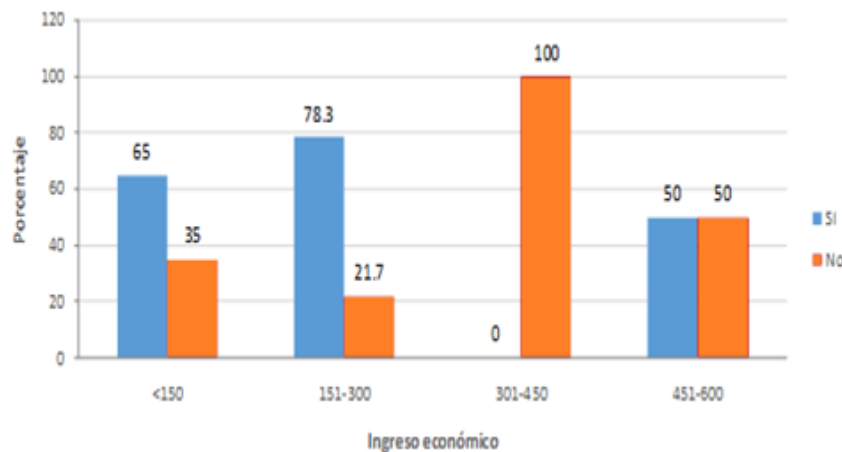
Tabla 4: Ablactación temprana según el ingreso mensual

Rango de ingresos	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
<150	26	65.0	14	35.0	40	100.0
151-300	47	78.3	13	21.7	60	100.0
301-450	0	0.0	1	100.0	1	100.0
451-600	2	50.0	2	50.0	4	100.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: según los datos contenidos en la tabla 4 se obtiene que el aumento de ingresos mensual en la familia no refleja un comportamiento definido sobre el hecho de que haya ablactación temprana o no, ya que el porcentaje se mantiene similar entre 50 y 78.3 en casos desde ingresos bajos hasta ingresos altos según se manifestó a la hora de recolectar los datos.

Grafico 4: Ablactación temprana según ingreso económico.



Fuente: Tabla 4

Interpretación: en el grafico 4 se tiene la descripción de presencia de ablactación temprana y no ablactación, donde no se observa la tendencia bien definida sobre el hecho que el ingreso económico familiar decida sobre implementar ablactación

temprana o no; por lo tanto no se considera un factor que de manera individual tenga impacto.

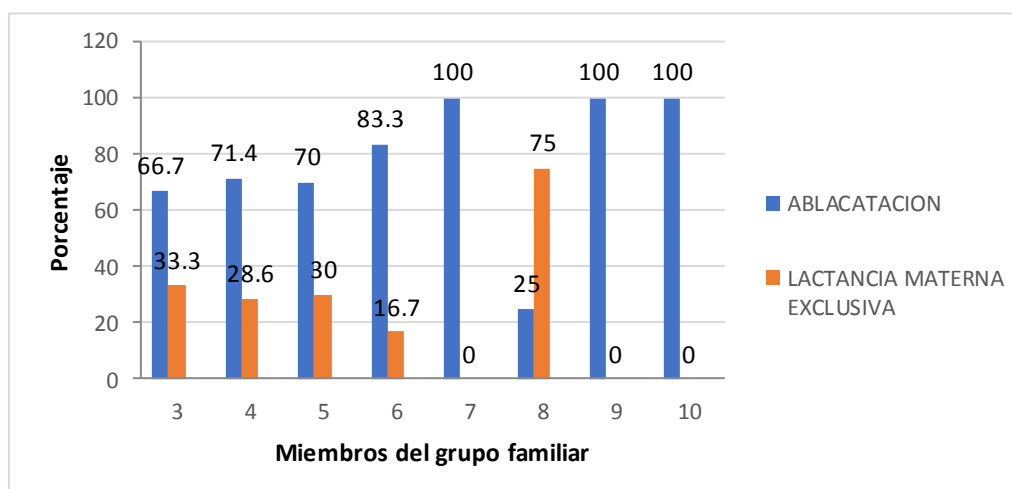
Tabla 5: Ablactación temprana según tamaño del grupo familiar

N° de personas en la vivienda	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
3	20	66.7	10	33.3	30	100.0
4	20	71.4	8	28.6	28	100.0
5	14	70.0	6	30.0	20	100.0
6	15	83.3	3	16.7	18	100.0
7	3	100.0	0	0.0	3	100.0
8	1	25.0	3	75.0	4	100.0
9	1	100.0	0	0.0	1	100.0
10	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: según los datos encontrados en la tabla 5 se evidencia que el aumento en el número de integrantes de la familia no se relaciona con un aumento significativo en la ablactación temprana, ya que el porcentaje se mantiene similar entre 60 y 100 en los casos desde los que tienen 3 hasta los que tienen 10 miembros en la familia (con excepción del grupo con 8 miembros, en el cual el porcentaje disminuye).

Grafico 5: ablactación temprana según número de integrantes del grupo familiar



Fuente: Tabla 5

Interpretación: La grafica 5 refleja los datos referentes al número de miembros que integran el grupo familiar de las madres participantes en la investigación, donde no se

observa que tenga un impacto directo en la decisión de la madre de iniciar la ablactación precoz o de dar lactancia materna exclusiva, aunque si influya en la distribución de los ingresos económicos familiares, por lo cual decimos que este factor económico tampoco tiene relación directa con este tipo de prácticas.

Factores Sociales

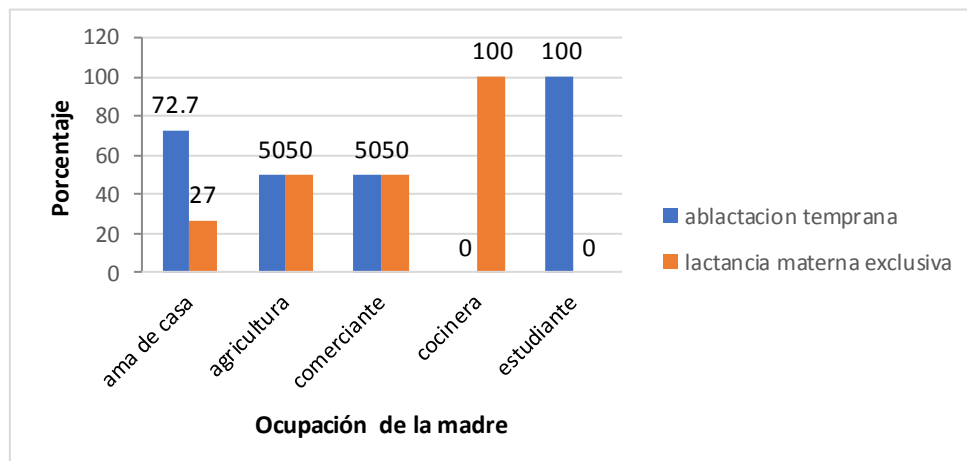
Tabla 6: Ablactación temprana según ocupación de la madre

Ocupación	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ama de casa	72	72.7	27	27.3	99	100.0
Agricultura	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Comerciante	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Cocinera	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Estudiante	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: Los datos evidenciados en la tabla 6 muestran que la ocupación tiene cierto grado de influencia en la ablactación temprana, ya que observamos que las estudiantes y amas de casa tienen mayor porcentaje en este tipo de prácticas (100 y 72.7 respectivamente) en comparación con aquellas madres que tienen otro tipo de ocupación (50%), lo cual contrasta con la teoría de que generalmente las madres que tienen que salir de casa a trabajar son las que practican en mayor número el inicio precoz del proceso de ablactación.

Gráfico 6: Ablactación temprana según ocupación de la madre.



Fuente: Tabla 6

Interpretación: La grafica 6 muestra los datos que respectan a la ocupación de las participantes en la investigación, se observa que aquellas madres estudiantes ab lactan en su totalidad antes de los 6 meses y que aquellas que son amas de casa tienen un alto porcentaje también en este tipo de prácticas, sin embargo vemos que en otro tipo de ocupación o empleo hay similitud entre el número de quienes dan lactancia materna exclusiva y las que inician la ab lactación tempranamente, concluyendo que la ocupación materna no es un factor que tenga impacto por si solo y para ser influyente debe estar asociado a otros factores.

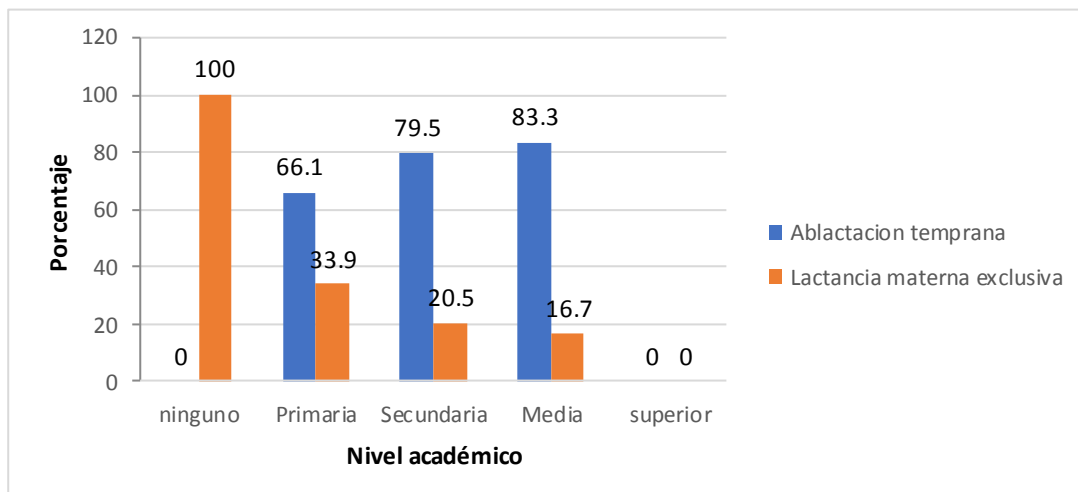
Tabla 7. Ablactación temprana según grado académico

Grado académico	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
ninguno	0	0.0	1	100.0	1	100.0
primaria	39	66.1	20	33.9	59	100.0
secundaria	31	79.5	8	20.5	39	100.0
media	5	83.3	1	16.7	6	100.0
superior	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: según los datos encontrados en la tabla 7 se evidencia que el aumento en el nivel académico de la madre se asocia a la ab lactación temprana (66.1 primaria, 79.5 secundaria y 83.3 educación media).

Grafico 7: Ablactación temprana según nivel académico



Fuente: Tabla 7

Interpretación: Los datos que se reflejan en el gráfico 7 muestran que el grado académico de la madre tiene influencia en la ab lactación temprana, ya que se observa

que el porcentaje de ablactación temprana aumenta en base a un grado académico mayor, es decir que aquellas que tienen menor preparación académica son las que brindan lactancia materna exclusiva predominantemente. Contrario a lo que la teoría establece sobre dicha relación.

Factores culturales

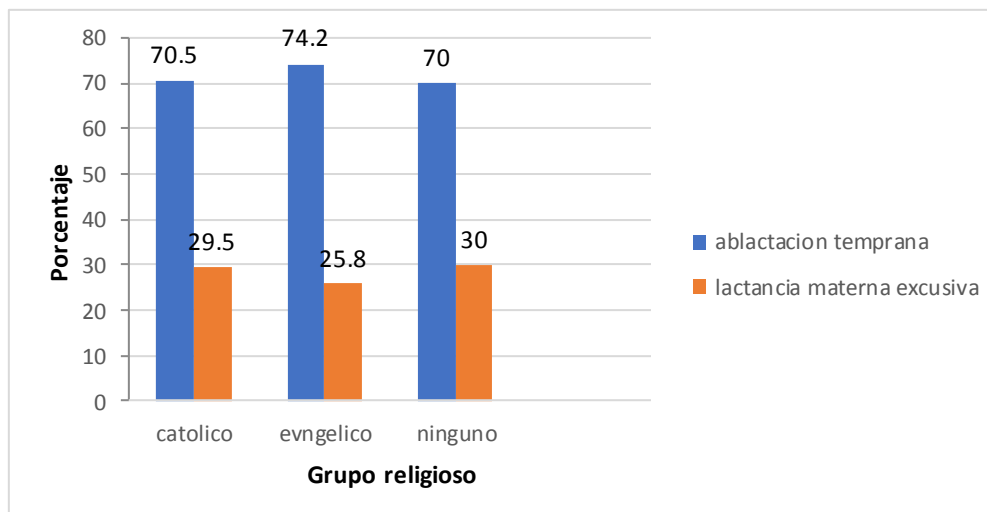
Tabla 8. Ablactación temprana según grupo religioso

Religión	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Católico	31	70.5	13	29.5	44	100.0
Evangélico	23	74.2	8	25.8	31	100.0
Ninguno	21	70.0	9	30.0	30	100.0
Otros	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: La tabla 8 contiene los porcentajes de ablactación temprana según el grupo religioso al que pertenece la madre, en base a esto se evidencia que no hay una tendencia clara que demuestre una relación directa ya que tanto en las que pertenecen a una religión como aquellas que no, hay un porcentaje elevado de ablactación (mayor del 70%). Por esta razón se concluye que la religión no es un factor que incide en estas prácticas

Gráfico 8: ablactación temprana según grupo religioso de pertenencia.



Fuente: Tabla 8

Interpretación: La grafica 8 muestra los datos que corresponden a la religión a la que pertenece la madre y su relación con las prácticas de ablactación temprana, la cual no está definido que exista ya que se observa que tanto en aquellas que pertenecen a distintos grupos religiosos como aquellas que no participan en ninguno, el porcentaje de mujeres que ablactan precozmente es bastante alto por lo cual no es un factor que favorezca o no significativamente estas prácticas.

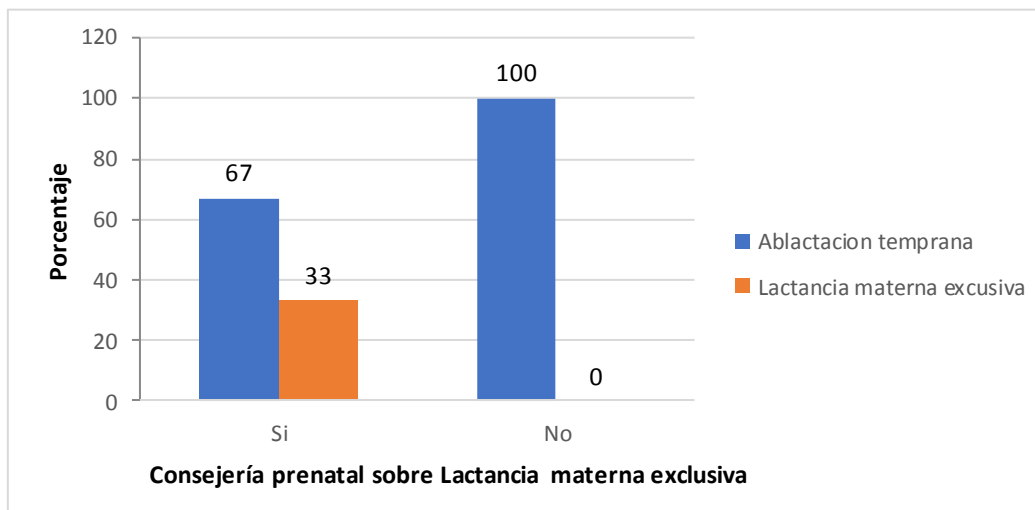
Tabla 9. Ablactación temprana según consejería prenatal

Recibió consejería	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	61	67.0	30	33.0	91	100.0
No	14	100.0	0	0.0	14	100.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 9 observamos la relación que existe entre el hecho de haber recibido o no la consejería prenatal sobre lactancia materna exclusiva, ya que aquellas que refieren que no se les brindó la consejería pertinente, ablactaron prematuramente a sus hijos en un 100%, mientras que aquellas que recibieron consejería decidieron brindar lactancia materna exclusiva en un 33%, lo cual es significativo porque reduce el porcentaje de estas prácticas.

Gráfico 9. Ablactación temprana en relación a la consejería prenatal.



Fuente: Tabla 9

Interpretación: En el gráfico 9 se evidencia el impacto que tiene la consejería prenatal sobre la disminución de la Ablactación precoz, siendo que en ausencia de consejería el total de las madres inician con la ablactación, pero cuando han recibido consejería este

porcentaje disminuye casi un tercio, por lo cual es un factor social que influye directamente en la decisión de las madres al momento de dar lactancia materna exclusiva o ab lactar de forma temprana.

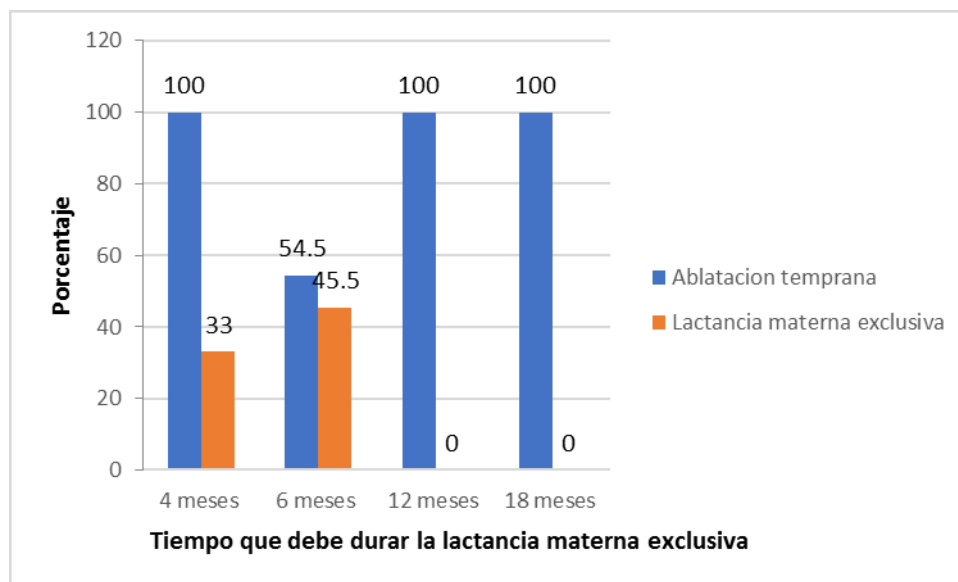
Tabla 10. Ablactación temprana según conocimiento de la duración del periodo de lactancia materna exclusiva

Periodo de tiempo para dar lactancia	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
4 meses	12	100.0	0	0.0	12	100.0
6 meses	36	54.5	30	45.5	66	100.0
12 meses	12	100.0	0	0.0	12	100.0
18 meses	15	100.0	0	0.0	15	100.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: según los datos obtenidos en la tabla 10 se evidencia que el conocer el periodo de tiempo que dura la lactancia materna exclusiva (66%) disminuye las prácticas de ablactación precoz en relación con las que no conocen la duración del mismo, las cuales el 100% realizaron ablactación temprana; Por lo tanto se establece como un factor cultural que incide de manera directa.

Gráfico 10: ablactación temprana según conocimiento de la duración del periodo de la lactancia materna.



Fuente: Tabla 10.

Interpretación: En el gráfico 10 se aprecia la relación que tiene el hecho de desconocer el período que debe durar la lactancia materna exclusiva con la decisión materna de

iniciar a ablactar a su bebé antes de los 6 meses de edad, lo cual se manifiesta porque aquellas que conocen el período tienen menos índice de estas prácticas que las demás, con lo cual se demuestra la importancia de informar a las futuras y presentes madres el período correcto de edad al que se debe iniciar la introducción de alimentos en los lactantes.

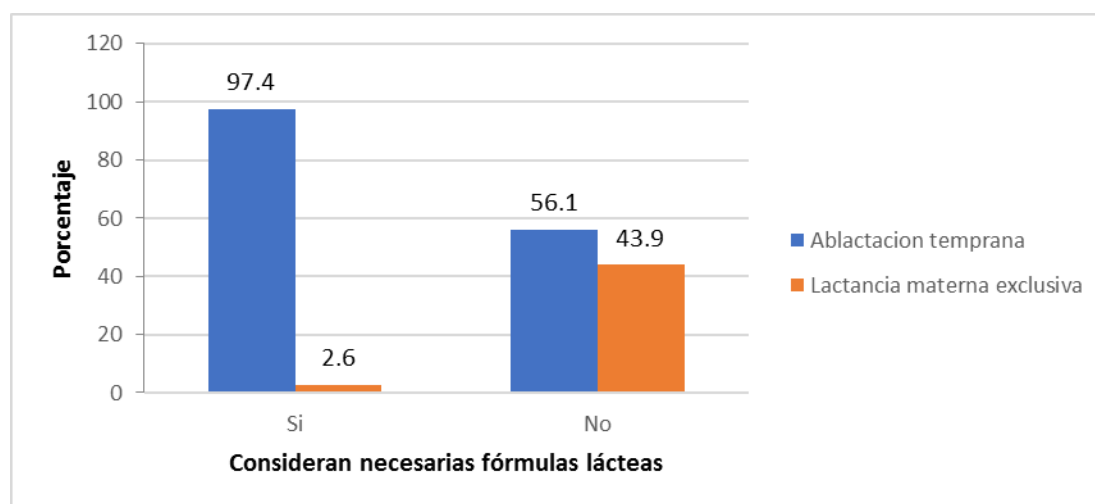
Tabla 11. Ablactación temprana en relación con la necesidad de fórmulas lácteas

Son necesarias las fórmulas lácteas?	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Si	38	97.4	1	2.6	39	100.0
No	37	56.1	29	43.9	66	100.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En los datos obtenidos de la tabla 14 se observa que la práctica de ablactación temprana se realiza mayormente por las madres que consideran que las fórmulas lácteas son necesarias para complementar la dieta de sus hijos (97.4%) caso contrario las que no las consideran necesarias en cuyo caso el porcentaje es menor (56.1%).

Gráfico 11: Ablactación temprana en relación a las madres que consideran o no necesarias las fórmulas lácteas.



Fuente: Tabla 11

Interpretación: El gráfico 11 refleja la relación directa en el hecho de que las madres consideren necesaria la fórmula láctea para complementar la nutrición de sus hijos y la decisión de iniciar ablactación tempranamente en ellos, lo cual nos confirma que es un

factor cultural que tiene incidencia en estas prácticas y la cual se puede reforzar y disminuir mediante la consejería impartida por el personal de salud.

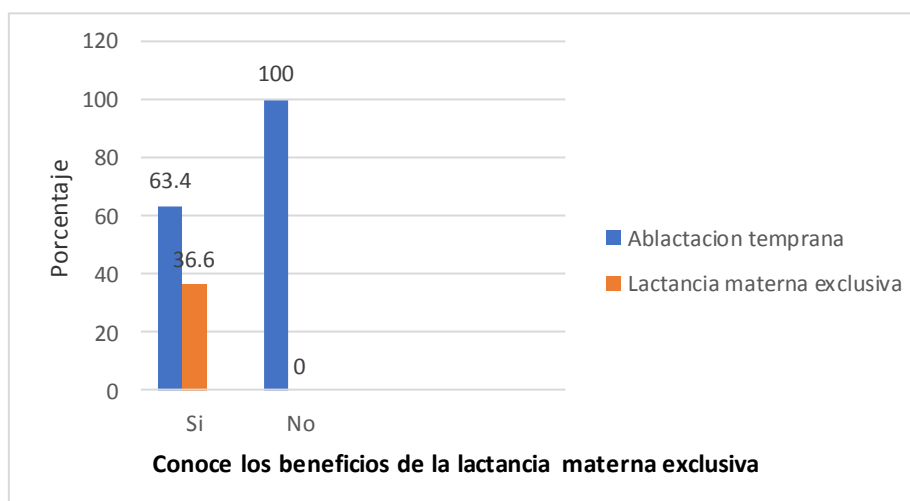
Tabla 12. Ablactación temprana en relación al conocimiento de los beneficio de la lactancia materna exclusiva

Conoce beneficios	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	52	63.4	30	36.6	82	100.0
No	23	100.0	0	0.0	23	100.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis: en los datos obtenidos en la tabla 12 se observa que conocer los beneficios de la lactancia materna exclusiva disminuye los niveles de ablactación temprana en un 36.6% ya que las madres que no conocen dichos beneficios inician la introducción de alimentos antes de 6 meses en su totalidad (100%), por lo cual se concluye que es de suma importancia realizar la correspondiente consejería a las madres acerca de los beneficios que tiene tanto para ellas como para sus hijos el hecho de brindar lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida.

Grafico 12. Ablactación temprana en relación al conocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva



Fuente: Tabla 12

Interpretación: En el gráfico 12 se observa que el conocimiento sobre los beneficios de una lactancia materna exclusiva influye en la disminución de ablactación temprana ya que las madres que manifiestan no conocer los beneficios deciden iniciar la introducción de alimentos antes que sus hijos cumplan los seis meses de vida por lo

cual se determina que es un factor cultural que tiene gran incidencia en el aumento o disminución de este tipo de prácticas.

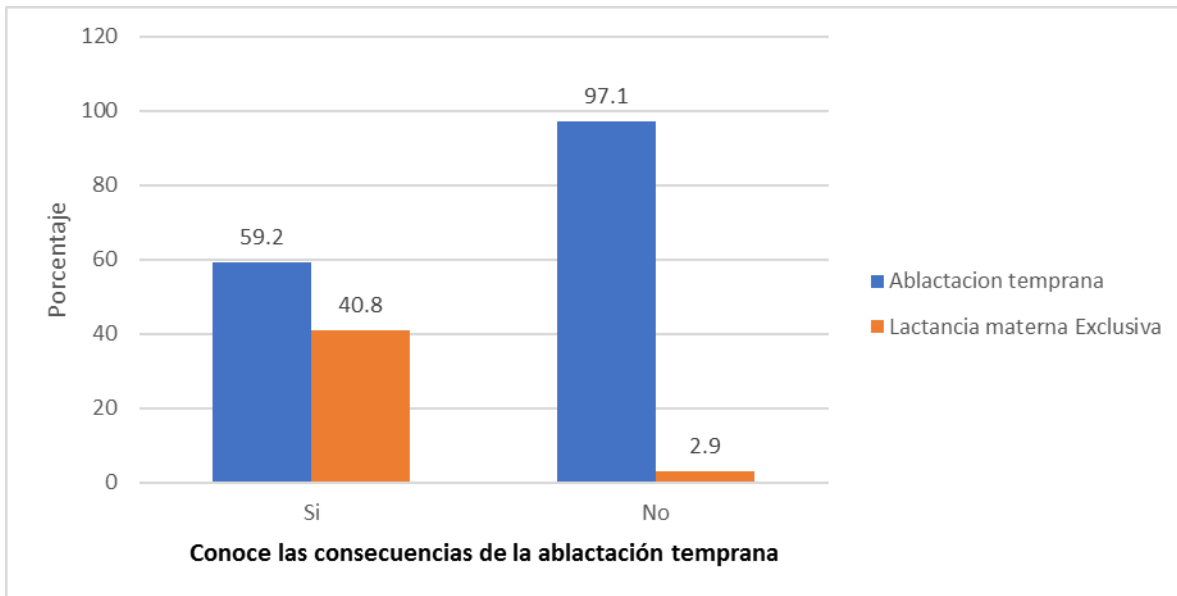
Tabla 13. Ablactación temprana según conocimiento de consecuencias.

Conoce consecuencias	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	42	59.2	29	40.8	71	100.0
No	33	97.1	1	2.9	34	100.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Análisis: En los datos obtenidos en la tabla 13 se observa que el desconocimiento de las consecuencias de la ablactación temprana es un factor que influye directamente en el ejercicio de esta práctica (97.1%) ya que las madres que conocen estas consecuencias presentan un porcentaje significativo de lactancia materna exclusiva de 40.8 % en comparación con las que las desconocen (2.9%).

Gráfico 13. Ablactación temprana en relación al conocimiento de las consecuencias de introducción precoz de alimentos.



Fuente: Tabla 13

Interpretación: En el gráfico 13 se evidencia que el hecho de desconocer sobre las consecuencias de la ablactación temprana aumenta las posibilidades de esta práctica en gran medida, por lo cual se afirma que es un factor cultural influyente en el cual el

personal de salud puede intervenir a través de acciones informativas en las madres de los lactantes.

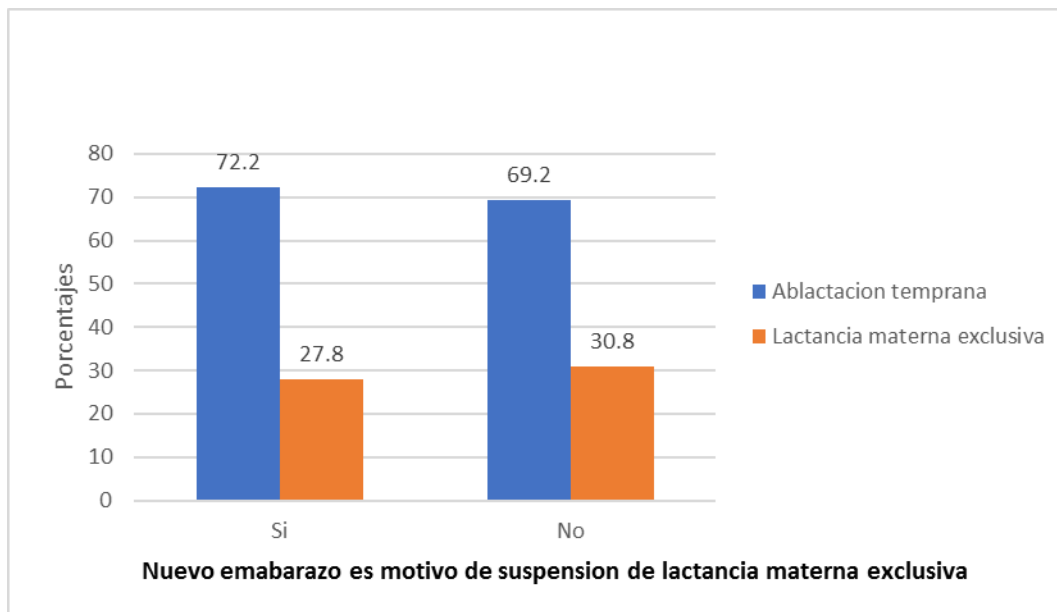
Tabla14. Ablactación temprana según nuevo embarazo como motivo para suspender lactancia materna exclusiva.

Un nuevo embarazo es razón para suspender lactancia materna	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	57	72.2	22	27.8	79	100.0
No	18	69.2	8	30.8	26	100.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 14 según los datos obtenidos no se observa una tendencia marcada entre las madres que creen que un nuevo embarazo es razón para suspender la lactancia materna exclusiva y las que no, ya que ambas practicas tiene expresan porcentajes similares 72.2% y 69.2% respectivamente, por lo cual no es considerado un factor incidente en la ablactación temprana.

Gráfico14: Ablactación temprana en relación a si considera que un nuevo embarazo es razón para suspender la lactancia materna.



Fuente: tabla 14

Interpretación: En el gráfico 14 se tiene la descripción de presencia de ablactación temprana y no ablactación donde no se observa una relación directa con el hecho que haya un nuevo embarazo antes que el lactante cumpla 6 meses de edad por lo tanto no se considera un factor cultural que tenga influencia o un gran impacto en esta práctica.

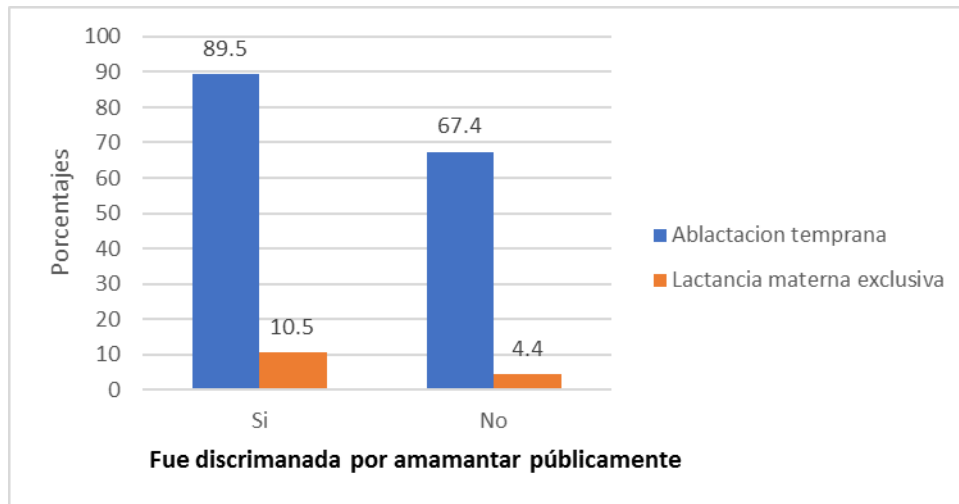
Tabla 15: ablactación temprana según discriminación a la madre en la vía pública

Se le discrimino por amamantar en vía publica	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	17	89.5	2	10.5	19	100.0
No	58	67.4	28	32.6	86	100.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 15 según los datos obtenidos se observa una tendencia mayor de iniciar la introducción de otros alimentos de manera precoz entre las madres que han sido discriminadas en la vía pública por amamantar y las que no, ya que de las primeras solo un 10.5% continuó con lactancia materna exclusiva y de aquellas que no fueron discriminadas un 32.6% continuaron brindando lactancia materna exclusiva.

Gráfico 15: Ablactación temprana en relación a si ha sido víctima de discriminación por amamantar en la vía pública.



Fuente: tabla 15

Interpretación: En el gráfico 15 se describe la presencia de ablactación temprana y lactancia materna exclusiva donde se observa la tendencia definida en el hecho que la madre haya sido discriminada en la vía pública aumenta la posibilidad de que inicie de manera precoz la introducción de otros alimentos al lactante, ya que las que no fueron discriminadas continuaron en mayor porcentaje dando lactancia materna exclusiva, por lo cual se considera un factor que tiene influencia en las decisión de introducir alimentos antes de los seis meses o no.

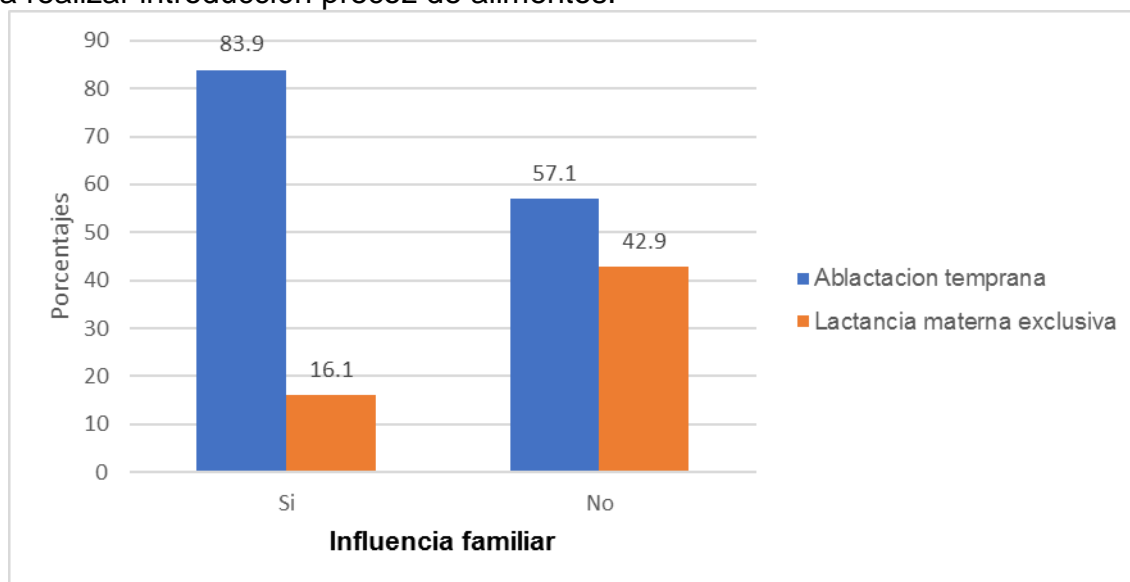
Tabla 16: ablactación temprana según influencia familiar

Influencia familiar	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	47	83.9	9	16.1	56	100.0
No	28	57.1	21	42.9	49	100.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 16 según los datos obtenidos se evidencia una tendencia predominante de iniciar la ablactación temprana en aquellas madres que han sido influenciadas por la familia (83.9%) que en aquellas cuyas familias las apoyaron para brindar lactancia materna exclusiva (57.1%).

Gráfico 16: Ablactación temprana en relación a la influencia que ejercen los familiares para realizar introducción precoz de alimentos.



Fuente: Tabla 16

Interpretación: En el gráfico 16 se describe la presencia de la influencia familiar sobre la madre como un factor determinante en la introducción de alimentos en los menores de seis meses en donde se observa que en aquellas cuyas familias no les influenciaron igualmente brindaron lactancia materna exclusiva en menor porcentaje debido a la consejería que se les brindó.

OTROS DATOS ANEXOS

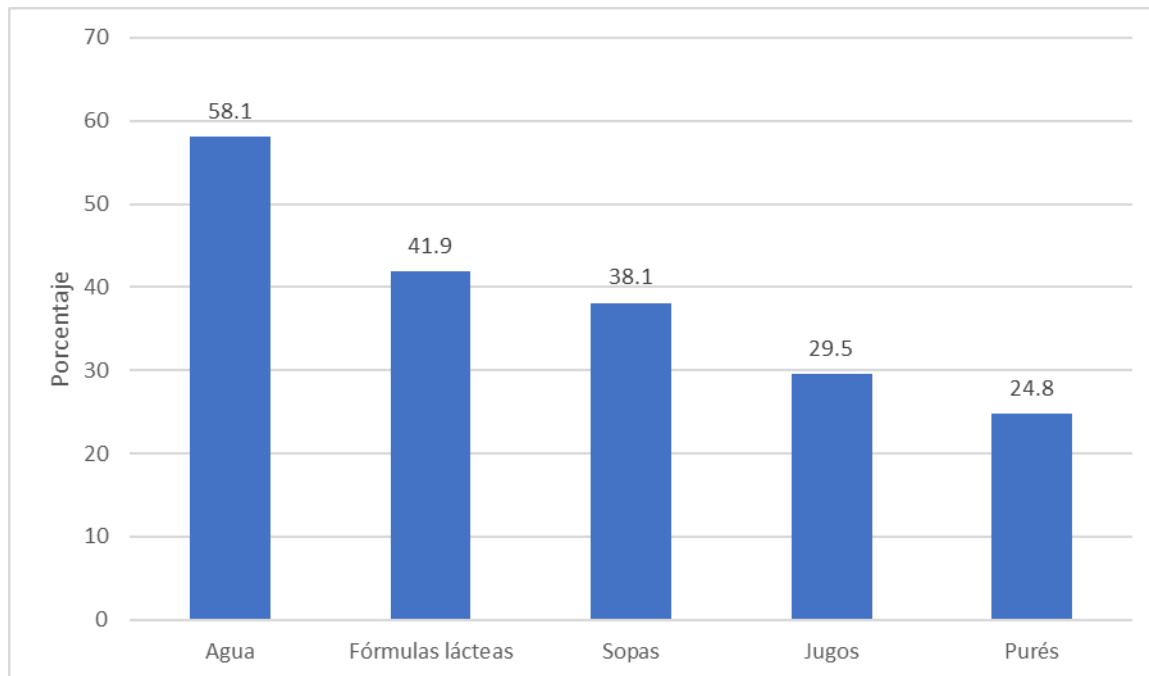
Tabla 17. Alimentos principales que se introdujeron de manera precoz

	Si		No		Total	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Agua	61	58.1	44	41.9	105	100.0
Sopa	40	38.1	65	61.9	105	100.0
Pures	26	24.8	79	75.2	105	100.0
Formula láctea	44	41.9	61	58.1	105	100.0
Jugos	31	29.5	74	70.5	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 17 se evidencian los alimentos predilectos de las madre que inician la ablactación temprana en sus hijos, entre los cuales el agua es el principal (58.1), seguido de las fórmulas lácteas (41.9), las sopas están en tercer lugar (38.1) seguido finalmente de los jugos (29.5) y en menor número se encuentran los purés (24.8).

Gráfico 17. Alimentos predilectos en la ablactación temprana.



Fuente: Tabla 17

Interpretación: El gráfico 17 muestra en orden descendente los alimentos que usaron las madres en la ablactación temprana de sus hijos, predominando el agua, y el alimento que menos dieron de forma precoz fueron los purés.

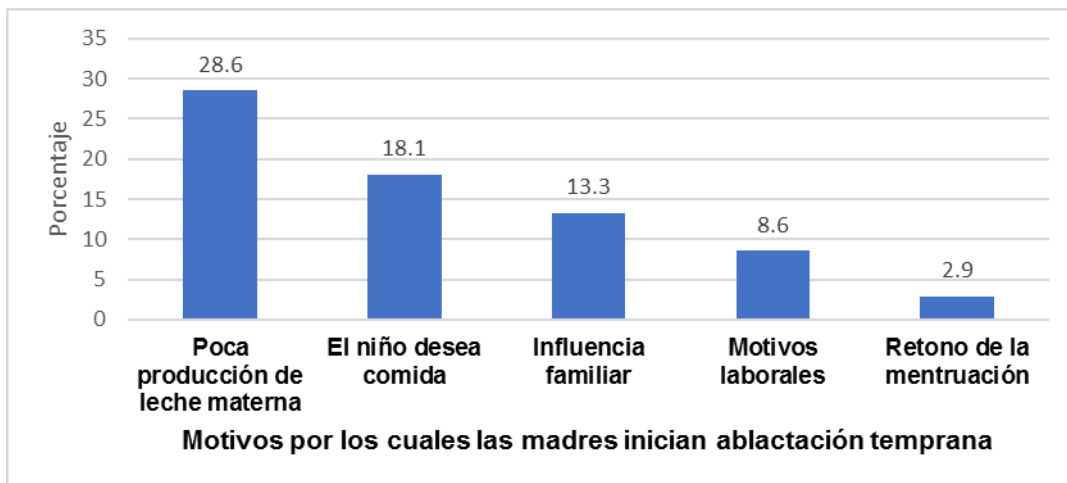
Tabla 18. Motivos por los cuales iniciaron ablactación temprana

	Si		No		22		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No produce suficiente leche	30	28.6	75	71.4	0	0.0	105	100.0
Influencia familiar	14	13.3	91	86.7	0	0.0	105	100.0
He vuelto a menstruar	3	2.9	102	97.1	0	0.0	105	100.0
Motivos labores	9	8.6	95	90.5	1	1.0	105	100.0
El niño tiene deseos	19	18.1	86	81.9	0	0.0	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 18 se observan los motivos por los que las madres introdujeron precozmente alimentos a sus hijos, donde la principal razón es una baja producción de leche materna (28.6%), seguido de la creencia que el niño tiene deseos de alimentos (18.1%), también la influencia familiar es uno de los principales factores influyentes (13.3%), en bajo porcentaje manifiestan que los motivos sean por causa del trabajo u ocupación (8.6) y muy pocas refieren que se debe al retorno normal de su período menstrual (2.9).

Gráfico 18: Incidencia de los motivos de ablactación temprana.



Fuente: Tabla 18

Interpretación: En el gráfico 18 se encuentran agrupadas de manera descendente las causas por las cuales las mujeres tomaron la decisión de introducir alimentos en la dieta de sus hijos menores de seis meses, la tres principales son causas en las que el ministerio de salud puede intervenir para mejorar, ya que es información que se incluye dentro de la consejería del personal de salud, y por lo cual hay que explicarles adecuadamente a las madres en los casos en que tengan poco producción de leche ya

que es la causa principal que ellas describen; así el hecho de creer que el niño o niña desea comida, y la influencia familiar son puntos que deben cambiarse a través de la consejería.

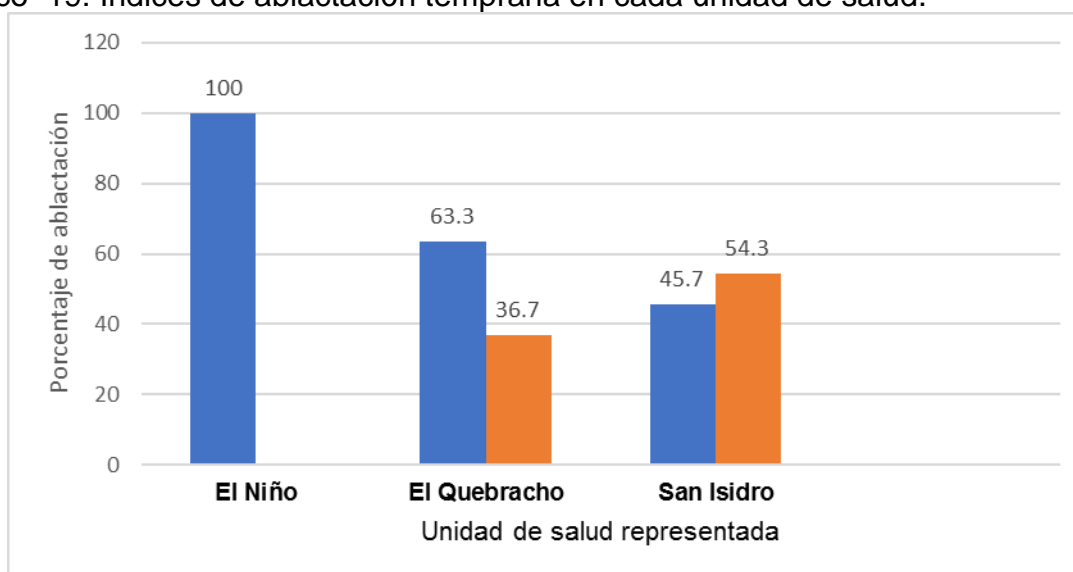
Tabla 19. Porcentajes de ablactación temprana en cada UCSF

UCSF	Ablactación temprana					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
El Quebracho	19	63.3	11	36.7	30	100.0
San Isidro	16	45.7	19	54.3	35	100.0
C. El Niño	40	100.0	0	0.0	40	100.0
Total	75	71.4	30	28.6	105	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Análisis: En la tabla 19 se reflejan los porcentajes de ablactación temprana en las diferentes unidades de salud, siendo la de Cantón El niño la principal con un porcentaje de 100, en segundo lugar está el cantón Quebracho con 63.3% y la que tiene menores índices es San Isidro con 45.7%, por lo cual concluimos que los factores incidentes se encuentran en mayor proporción en Cantón el niño.

Gráfico 19: Índices de ablactación temprana en cada unidad de salud.



Fuente: Tabla 19

Interpretación: En el gráfico 19 se evidencia que en las tres unidades de salud donde se realizó la investigación hay un alta prevalencia de madres que practican ablactación precoz en sus hijos, siendo más afectada la unidad de salud de cantón el niño, seguida de cantón El quebracho y en menor proporción la población de San Isidro, con lo cual se establece finalmente que en la medida que hay más ablactación tempranas, así mismo hay mayor presencia de los factores que impactan a favor de ella; por lo cual es donde el ministerio de salud debe tomar medidas para disminuir estas prácticas.

6.2 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:

1. Establecimiento de las hipótesis:

H_i: Los factores económicos y socioculturales influyen en la ablactación temprana.

H₀: Los factores económicos y socio-culturales no influyen en la ablactación temprana.

H_a: Los factores culturales influyen independientemente de los factores económicos y sociales en la ablactación temprana.

1. Determinación de los valores de decisión usando la tabla chi-cuadrado, χ^2_c , (Ver anexo 10) o basándose en el valor de significancia (Valor de probabilidad).

Los valores de χ^2_c : 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.

2. Obteniendo los valores calculados (Chi-calculado: χ^2_c) según aparece en los resultados presentados a continuación:

Para los factores económicos:

Factor	Ablactación temprana		Total	Valor chi-cuadrado	Grados de libertad	Significancia al 95%: (p)
	Si	No				
N° de personas en la vivienda	3	10	30	7.83	7	0.348
4	20	8	28			
5	14	6	20			
6	15	3	18			
7	3	0	3			
8	1	3	4			
9	1	0	1			
10	1	0	1			
Total	75	30	105			
Rango de <150	26	14	40			

ingresos	151-300	47	13	60			
	301-450	0	1	1			
	451-600	2	2	4			
Total		75	30	105			

Para los factores sociales:

Factor		Ablactación temprana		Total	Valor chi-cuadrado	Grados de libertad	Significancia al 95%: (p)
		Si	No				
Ocupación	Ama de casa	72	27	99	3.88	4	0.42
	Agricultura	1	1	2			
	Comerciante	1	1	2			
	Cocinera	0	1	1			
	Estudiante	1	0	1			
Total		75	30	105			
Grado Académico	ninguno	0	1	1	4.98	3	0.17
	primaria	39	20	59			
	secundaria	31	8	39			
	media	5	1	6			
Total		75	30	105			

Para los factores culturales:

Factor		Ablactación temprana		Total	Valor Chi-cuadrado	G. de libertad	Significancia al 95%: (p)
		Si	No				
Religión	Católico	31	13	44	0.16	2	0.92
	Evangélico	23	8	31			
	Ninguno	21	9	30			
Total		75	30	105			
Recibió consejería					6.46	1	0.01
	Si	61	30	91			
	No	14	0	14			
Total		75	30	105			

Conoce el periodo de tiempo que dura la lactancia materna exclusiva?						
4 meses	12	0	12			
6 meses	36	30	66	24.8	3	0.00
12 meses	12	0	12			
18 meses	15	0	15			
Total	75	30	105			
¿Considera que las fórmulas lácteas son necesarias?						
Si	39	1	39			
No	37	29	66	20.5	1	0.00
Total	75	30	105			
¿Conoce los beneficios de la lactancia materna exclusiva?						
Si	52	30	82			
No	23	0	23	11.7	1	0.00
Total	75	30	105			
¿Conoce las consecuencias de realizar ablactación temprana?						
Si	42	29	71			
No	33	1	34	16.1	1	0.00
Total	75	30	105			
¿Considera que un nuevo embarazo es razón para suspender la lactancia?						
Si	57	22	79			
No	18	8	26	0.08	1	0.78
Total	75	30	105			
¿Alguna ocasión se le discrimino por amamantar en la vía pública?						
Si	17	2	19	3.70	1	0.054
No	58	28	86			
Total	75	30	105			

¿En algún momento su familia le ha influenciado para la introducción precoz de alimentos?						
	47	9	56			
Si	28	21	49	9.18	1	0.00
No	75	30	105			
Total						

3. Reglas de decisión:

Factores menores a 0.05: > Influencia en la ablactación temprana.

Factores mayores a 0.05: < Influencia en la ablactación temprana.

4. Decisión estadística:

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

Para los factores económicos:

Dado que el valor de significancia para el factor: *número de personas en la vivienda y el ingreso económico en rangos*, es mayor a 0.05 esto indica que la ablactación que se da en este grupo de estudio no depende o no es generada de forma específica por ninguno de estos factores.

Para los factores sociales:

Dado que el valor de significancia para el factor: *la ocupación y el grado académico*, es mayor a 0.05, esto indica que la ablactación que se da en este grupo de estudio no depende o no es generada de forma específica por ninguno de estos factores.

Para los factores culturales:

Dado que el valor de significancia para el factor: *la religión, la presencia de un nuevo embarazo y el haber sido discriminada por amamantar fuera de la casa*, es mayor a 0.05 entonces estos no influyen en la ablactación temprana, pero si influyen los factores *recibir consejería, el saber cuánto tiempo se debe brindar lactancia materna de forma exclusiva, el hecho de pensar que las fórmulas lácteas son necesarias, el conocer los beneficios de la lactancia materna exclusiva, saber las consecuencias de realizar ablactación temprana y la influencia de la familia para que dé de forma precoz alimentos* para que se realice ablactación temprana en este grupo de estudio.

En **conclusión** El ser humano en cuanto a su comportamiento y toma de decisiones debe ser estudiado de manera holística, pero estadísticamente en este grupo de estudio los factores económicos y sociales no son influyentes al no estar asociados a los factores culturales, por lo cual se concluye que son los factores culturales los que determinan dar ablactación temprana en estas comunidades, en especial atención dependiendo de los porcentajes en que se da en cada Unidad de Salud que forma parte de este estudio por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.

7. DISCUSIÓN

Los porcentajes de prácticas de ablactación temprana fueron mayores considerablemente que los de lactancia materna exclusiva. El porcentaje de mujeres que no tenía conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva fue de aproximadamente un tercio de la población en estudio, sin embargo esto evidencia que personal de salud debe seguir trabajando para mejorar estos datos estadísticos a través de las consejerías y las sesiones educativas.

Recientemente no se han realizado suficientes estudios sobre los factores que influyen en la ablactación temprana, pero en un estudio de Vandaley-Tony realizado en 1997 se establece que son los factores socioeconómicos los que tienen un gran impacto en la decisión de las madres de introducir alimentos precozmente, mientras que otro estudio realizado en 2002 (Ilabaca y Atalah) expresa que los factores culturales en conjunto con los factores socioeconómicos son los que tienen verdadero peso en estas prácticas.

En los tres grupos abordados en este estudio se obtuvo un buen grupo de mujeres que practican ablactación en niños menores de 6 meses, en contraste con aquellas que brindan lactancia materna exclusiva; dentro de las cuales los factores que hicieron la diferencia principalmente fueron los de carácter cultural. Esto puede demostrar que en estas zonas rurales los factores socioeconómicos no son significativos en esta problemática como se describió en otros estudios entre ellos Vandaley-Tony (1997).

En cuanto a edad materna, los ingresos económicos y el tamaño del grupo familiar la población en estudio presenta características que no definen una posición de ventaja o desventaja para la ablactación temprana por lo cual no son factores concluyentes y que al momento no representan impacto por sí mismos en las decisiones maternas de brindar lactancia materna exclusiva o realizar introducción de otros alimento de forma temprana.

Los resultados descritos en este apartado difieren de lo que se esperaba basándonos en otros estudios, ya que independientemente del número de integrantes del grupo familiar hay una alto porcentaje de ablactación temprana, dejando de lado la teoría de que en hogares pequeños hay menores índices de ablactación. En cuanto a los ingresos económicos de la mayor parte de madres en estudio son bajos, pero en la minoría donde hay ingresos mayores se ven porcentajes similares de ablactación

temprana y por tanto no se demuestra específicamente ninguna de las dos teorías citadas en estudios anteriores, las cuales contrastan ya que una menciona que un mejor status social se relaciona con mayores índices de lactancia materna exclusiva (Menéndez 1991) y en otro estudio se afirma que un mayor ingreso económico está relacionado con ablactación temprana ya que es más fácil la adquisición de alimentos para bebé (Vandaley-Toney 1997), por tanto se concluye que los factores económicos observados en las mujeres en estudio sólo influyen si están asociados a otros factores, pero por sí mismo no tienen un impacto definido. En todo lo reflexionado anteriormente se concluye que la hipótesis nula manifestó que los factores culturales son los que predominan en la decisión de ablandar, “Las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven (Castilla 2005)” Los padres o el personal de apoyo cumplen una función importante en la transmisión sobre la experiencia de la lactancia. Se hace referencia además a que estos factores tienen que ver con el poco conocimiento de las madres sobre ablactación precoz y lactancia materna exclusiva por lo cual en las poblaciones estudiadas son estos los puntos que pueden y deben ser reforzados para cambiar a futuro estas estadísticas.

8. CONCLUSIONES.

Las conclusiones que se le pueden atribuir son las siguientes:

1. Se constató de acuerdo al estudio que los factores económicos ya sea estos: el ingreso mensual y el número de personas que viven el hogar por sí solo no generan un impacto significativo que propicie la interrupción de la lactancia materna exclusiva y por consiguiente el inicio de la ablactación temprana de la población en estudio, en el caso del ingreso mensual y el número de miembros en la familia se concluye que el 71% de las madres realizaron ablactación temprana independientemente de estos factores.
2. Con respecto a lo anterior también se determinó que los factores sociales tales como la ocupación y el grado de estudio no influyen directamente en la decisión de realizar introducción precoz de alimentos dado que al realizar la prueba de hipótesis tienen una significancia de 0.42 y 0.17 respectivamente.
3. Se estableció que los únicos factores que por sí solo generan una influencia directa en la ablactación temprana de los niños menores de 6 meses son los factores culturales, entre ellos, haber recibido consejería sobre lactancia materna antes del parto y durante el puerperio, el conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y su duración, la influencia familiar y los conocimientos sobre las consecuencias de la ablactación temprana teniendo todos ellos una significancia menor a 0.05 según análisis de hipótesis de Chi-cuadrado.
4. Además se llegó a la conclusión que la unidad que tenía mayor porcentaje de ablactación temprana es la UCSF Cantón el niño siendo del 38% de la población total.

5. Se identificó que los alimentos más usados en la ablactación temprana de la población en general se basan en agua, sopas, purés, fórmulas lácteas y jugos. Estos alimentos aportan en su mayoría carbohidratos a la dieta y aunque pueden llenar los requerimientos energéticos del niño, no muchas veces aportan todos los nutrientes necesarios para su desarrollo y pueden provocar alteraciones gastrointestinales y alergias en los lactantes.
6. El 36.1% de la población en estudio afirmó que es importante el uso de fórmulas lácteas realizando ablactación temprana en su totalidad.
7. La edad de introducción de alimentos diferentes a la leche materna en la mayoría de la población se dio antes de los 6 meses edad (71%).
8. Al final de la investigación concluimos en la validez de la hipótesis alterna que afirma que los factores culturales influyen de forma independiente a los factores económicos y sociales en la ablactación temprana.

9. RECOMENDACIONES.

1. Establecer programas más ambiciosos de capacitaciones sobre ablactación para que se promueva la importancia de las adecuadas prácticas de esta, tomando en cuenta las costumbres y tradiciones de la población, principalmente a las madres de niños menores de 6 meses.
2. Implementar charlas educativas en los establecimientos de salud a cerca de ablactación a los clubes de embarazadas y a la población en general.
3. Elaborar estrategias de concientización a futuras madres sobre la implementación adecuada de la ablactación.
4. Ahondar más sobre las prácticas y el conocimiento que tiene nuestra población sobre dicho tema a través de estudios científicos sobre el tema.
5. Asegurar que todo el personal de atención se encuentre capacitado para brindar consejería y realizar actividades en colaboración con los diferentes grupos sociales dentro de la comunidad en favor de dicha temática.
6. Que los médicos desarrollen una actitud de auto aprendizaje para adquirir un mayor conocimiento para poder aplicarlo a la población en estudio de manera eficaz.
7. Dar información actualizada acerca de la ablactación al equipo comunitario para que ellas promuevan buenas prácticas de la misma.
8. Que se les brinden a las madres de los lactantes las recomendaciones y consejería necesarias sobre ablactación temprana.
9. Concientizar a la población sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y las consecuencias de la ablactación temprana en sus hijos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Casanueva E., Kauffer-Horwitz M., Perez-Lizaur AB., Arroyo P. Nutrición en el primer año de vida en Nutriología Médica. Ed. Panamericana. 3 edición 2008.
2. NELSON tratado de pediatría 18ª edición, Vol. 1. Kliegman, Behrman, Jenson, Staton. Pp 215-218, parte V, alimentación de los lactantes y niños pequeños. Lactancia materna.
3. Gardner Grey, Orahilly, anatomía de la mama, 5ª Edición, México, Nueva editorial interamericana, 1989, p. 104-108.
4. Iniciativa “unidades de salud amigas de la niñez y las madres”, Ministerio de salud, El Salvador, 2005.
5. Tratado de fisiología medica, 12ª edición Elsevier saunders; John E. Hall, Ph.D., Arthur C. Guyton, M.D.; , 2011, p. 1039-1040
6. Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Periodo Preconcepcional, Parto, Puerperio y el Recién Nacido, Ministerio de salud, El Salvador, 2011.
7. Política de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, Ministerio de salud, El Salvador, 2011
8. United Nations Children's Fund. Facts for life: Why it is important to share and act on information about breastfeeding. 2002.
9. <http://www.ues.edu.sv/descargas/El%20Universitario%20PDF/universitario18.pdf> pagina 6.
10. Pilar Maritza Almaguer Sabina, Mercedes Fonseca Hernández, Luis Alberto Corona Martínez, Carmen Guerra Cabrera, Alberto Roteta Dorado, Esteban Sánchez Martínez Comportamiento de la lactancia materna exclusiva en niños de madres con y sin adiestramiento previo <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
11. Ilabaca J. M., Atalah E. S. Comparación de la prevalencia y porcentaje de acuerdo entre dos métodos de análisis de la lactancia materna. Rev Chil Pediatr 2002; 73 (6); 583-589.
12. <http://www.ciget.pinar.cu/Revista/No.20071/articuloslactanciamaterna1.pdf> (Masías Menéndez Z. La lactancia materna. Rev. Cubana Med Gen Integr. 1991; 6(1): 119-123).
13. Vecia López MG, González Pérez G. 1 Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara México. Bol of Sanit Panam. 1993: 115(2): 26-:32.
14. Lactancia materna y seguridad alimentaria www.wabaorg.my/resou.htm..2006
15. Valdés JD. al. Lactancia materna y madre adolescente. Rev. Cubana Pediatría 1990; 62(4): 560-565 Prevalencia y Duración de la Lactancia Materna Exclusiva
16. <http://www.ciget.pinar.cu/Revista/No.20071/articuloslactanciamaterna1.pdf> (Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. Rev. Chilena de Pediatría 2005; 76 (5); 530-535).
17. <http://www.ciget.pinar.cu/Revista/No.20071/articuloslactanciamaterna1.pdf> (González IM, Pileta BR. Lactancia Materna. Rev Cub Enfer, 2002; 18 (1): enero-abril.)

18. Arena AJ. La lactancia materna en la "Estrategia mundial para la alimentación del lactantes y del niño pequeño". Anales de Pediatría. 2003; 58 (3):208-10.
19. Factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/factores-que-influyen.pdf>
20. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745766.pdf> citado de Blázquez, María Jesús. Ecofeminismo y lactancia III congreso de lactancia materna, Santander octubre2014.
21. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745766.pdf> citado de Vandale, Susan; Rivera-P; Marta Kageyma. A survey of breast-feeding and other infant feeding practices in rural Mexico.
22. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745766.pdf> citado de Delgado. Aida; Arroyo, Leyla; Diaz, Myriam et al. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención.
23. <https://inatal.org/el-parto/lactancia/66-lactancia-materna-por-que/395-10-mitos-sobre-lactancia-materna.html>
24. Navarro, Manuel Duque, Maria Ximena y cols. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna por mujeres trabajadoras. Salud publica de Mexico/ vol. 45,no.4 julio-agosto 2003.

LISTA DE ANEXOS
ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ de _____ años de edad, he sido elegida para participar en la investigación llamada: **Factores económicos y socioculturales que influyen en la ablactación temprana de la población infantil menor de 6 meses de edad usuaria de las Unidades de Salud Comunitaria Familiar Básicas El Quebracho y San Isidro, Usulután e Intermedia Cantón el niño, San Miguel, año 2017.**

Se me ha explicado en qué consiste la investigación, entiendo el propósito de la misma por lo que acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma o huella dactilar de la madre participante:

Fecha: _____

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
ENCUESTA SOBRE ABLACTACION EN MENORES DE 6 MESES**

I. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

1. Procedencia: Urbana: _____ Rural: _____
2. Nacionalidad: _____
3. Edad: _____
4. Estado civil:
Casada: ____ Soltera: ____ Viuda: ____ Divorciada: ____ Unión Estable: ____

II. FACTORES ECONOMICOS

5. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado en su hogar?: _____
6. ¿Cuántas personas viven en su hogar?: _____

II. FACTORES SOCIALES

7. ¿Cuál es su ocupación u oficio?: _____
8. ¿Sabe leer y escribir?: Si _____ No _____
9. ¿Cuál es su último grado de estudio?: _____

III. FACTORES CULTURALES

10. ¿A qué grupo religioso pertenece?
 - a) Católico
 - b) Evangélico
 - c) Ninguno
 - d) Otros

11. ¿Cuáles alimentos ha incluido en la dieta de sus hijo/a menor de 6 meses además de la leche materna?
 - a) Agua _____
 - b) Sopas _____
 - c) Purés _____
 - d) Fórmulas lácteas _____
 - e) Jugos _____

12. ¿Recibió usted consejería sobre lactancia materna exclusiva?

- a) Si _____
- b) No _____

13. ¿Conoce el periodo de tiempo que debe durar la lactancia materna exclusiva?

- a) 4 meses _____
- b) 6 meses _____
- c) 12 meses _____
- d) 18 meses _____

14. ¿Considera usted que las leches en polvo (formulas) son necesarias para complementar la nutrición de los lactantes antes de los 6 meses?

- a) Si _____
- b) No _____

15. ¿Cuáles son los motivos por los que ha decidido incluir alimentos diferentes a la lactancia materna en la dieta de su bebe?

- a) No produce suficiente leche _____
- b) Influencia Familiar _____
- c) Ha vuelto a menstruar _____
- d) Motivos laborales _____
- e) El niño tiene deseos _____

16. ¿Conoce los beneficios de la lactancia materna exclusiva?

- a) Si _____
- b) No _____

17. ¿Conoce las consecuencias de una lactancia materna exclusiva inadecuada para su hijo en los primeros 6 meses de vida?

- a) Si: _____
- b) No: _____

18. ¿Considera usted que un nuevo embarazo es razón para suspender la lactancia materna?

- a) Si: _____
- b) No: _____

19. ¿En alguna ocasión se le discrimino por amamantar a su hijo en la vía pública?

a) Si: _____

b) No: _____

20. ¿En algún momento su familia le ha influenciado para la introducción precoz de alimentos?

a) Si: _____

b) No: _____

ANEXO 3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES SEMANAS	FEB 2017				MARZO 2017				ABRIL 2017				MAYO 2017				JUNIO 2017				JULIO 2017				AGOST 2017				SEPT 2017				OCT 2017				NOV 2017				DIC 2017			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1. Reuniones generales con la coordinación del proceso de graduación y asesorías.		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■				
2. Elaboración y presentación del perfil de investigación.			■	■																																								
3. Inscripción del proceso de graduación y aprobación del tema de investigación.			■																																									
4. Elaboración del protocolo de investigación.					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																												
5. Presentación escrita del protocolo de investigación.															■	■																												
6. Ejecución de la investigación																	■	■	■	■	■	■	■	■																				
7. Tabulación, análisis e interpretación de datos.																									■	■	■	■	■	■	■	■												
8. Discusión y prueba de hipótesis.																																	■	■	■	■								
9. Elaboración de conclusiones y recomendaciones.																																												
10. Redacción del informe final.																																					■	■	■	■				
11. Entrega del informe final.																																								■				
12. Exposición de resultados y defensa del informe final de investigación																																								■				

Anexo 4 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
RECURSOS HUMANOS			
3 Estudiantes en año social.			
COMBUSTIBLE			
Servicio de transporte.	22	\$ 10.00	\$220.00
MATERIALES Y SUMINISTRO DE OFICINA			
Resma papel bond T/carta	6	\$ 3.50	\$21.00
Lápices	6	\$ 0.08	\$0.48
Bolígrafos color azul	12	\$ 0.12	\$1.44
Bolígrafos color negro	12	\$ 0.12	\$1.44
Folder de papel T/carta	100	\$0.05	\$5.00
Caja de fastener.	2	\$1.33	\$2.66
Caja de clip	1	\$0.69	\$0.69
Engrapadora	1	\$6.73	\$6.73
Saca grapas	1	\$0.43	\$0.43
Anillados plastificado	6	\$3.00	\$18.00
Empastados	6	\$ 8.00	\$ 48.00
Fotocopias blanco y negro	1500	\$0.05	\$75.00
MATERIALES Y SUMINISTROS INFORMÁTICOS			
Tóner de Tinta color negro.	3	\$10.00	\$30.00
Internet.	Mensual	\$ 32.00	\$ 352.00
Memoria USB	3	\$8.00	\$24.00
CDs	6	\$0.50	\$3.00
EQUIPO			
Computadora de Escritorio	1	\$475.00	\$475.00
TOTAL.....			\$1284.87

Anexo 5 RESULTADOS ESPERADOS

-Producir un impacto significativo en la disminución de la ablactación temprana en la población que corresponde a las UCSF básicas de cantón El Quebracho y San Isidro, y la UCSF básica de cantón El niño, con la finalidad de prolongar la lactancia materna exclusiva por lo menos hasta los 6 meses de vida en los lactantes.

-Documentar creencias y tabúes en torno a la lactancia materna exclusiva, las cuales tienen un impacto en la introducción precoz de alimentos, de manera que sean tomados en cuenta por el personal de salud que brinda capacitaciones sobre lactancia materna exclusiva a embarazadas y puérperas.

-Aportar conocimientos que permitan disminuir la introducción de alimentos antes de los 6 meses de edad en los lactantes, práctica que aumenta el riesgo de enfermedades del tracto gastrointestinal, predispone a los menores a otras enfermedades (botulismo, anemia, alergias, etc.).

Anexo 6 RIESGOS Y BENEFICIOS

7.1 Riesgo: no existe riesgo alguno el instrumento se realizara dentro de las instalaciones de cada unidad comunitaria de salud familiar y durante los acercamientos comunitarios en un ambiente seguro.

7.2 Beneficios: se obtendrá información valiosa que puede ser utilizada para determinar los factores que inciden en la ablactación temprana y de esta manera promover las prácticas de la lactancia materna exclusiva hasta la edad de 6 meses.

Anexo 7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se explicara a cada persona entrevistada que en ningún momento se revelara nada acerca de su información personal a individuos extraños que no tienen ninguna asociación con la investigación y que dichos datos permitirán que se pueda dar una mejor orientación a madres con poco conocimiento sobre la ablactación temprana. (Anexo N° 1)

ANEXO 8.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

Ac: Anticuerpo

EDAS: Enfermedades Diarreicas Agudas

IgG: Inmunoglobulinas

IRAS: Infección Respiratorias Agudas

LM: Lactancia Materna

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

MINSAL: Ministerio da Salud y Asistencia Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral

SNC: Sistema Nervioso Central

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la infancia

LEPINA: Ley de protección Integral a la Niñez y la Adolescencia

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ODM: Objetivo de Desarrollo del Milenio

USANYM: Unidades de salud amigas de la niñez y las madres.

ANEXO 9.

GLOSARIO

Ablactación: Es un término que se utiliza para referirse al momento de la introducción de alimentos diferentes de leche materna.

Alimentación complementaria: es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

Anticuerpo: Los anticuerpos (también conocidos como inmunoglobulinas, abreviado Ig) son glicoproteínas del tipo gamma globulina. Pueden encontrarse en forma soluble en la sangre u otros fluidos corporales de los vertebrados, disponiendo de una forma idéntica que actúa como receptor en los linfocitos B y son empleados por el sistema inmunitario para identificar y neutralizar elementos extraños tales como bacterias, virus o parásitos.

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

Desnutrición: Es una enfermedad causada por una dieta inapropiada, hipocalórica e hipoproteica. También puede ser causa por mala absorción de nutrientes.

Diarrea: Es una alteración de las heces en cuanto al volumen, fluidez o frecuencia en comparación con las condiciones fisiológicas, lo cual conlleva una baja absorción de líquidos y nutrientes, y puede estar acompañada de dolor, fiebre, náuseas, vómito, debilidad o pérdida del apetito.

Factores culturales: el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época de un grupo social

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: Son aquellas actividades, deseos, expectativas, grados de inteligencia y educación de las personas de una determinada sociedad.

Glándula: Una glándula es un conjunto de células cuya función es sintetizar sustancia química, como hormonas para liberarlas, a menudo en la corriente sanguínea y en el interior de una cavidad corporal o su superficie exterior.

Lactancia Materna: La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno.

Lactancia materna exclusiva: significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución

de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos.

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 a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.

Oxitócina: La oxitócina es una hormona relacionada con los patrones sexuales y con la conducta maternal y paternal que actúa también como neurotransmisor en el cerebro.

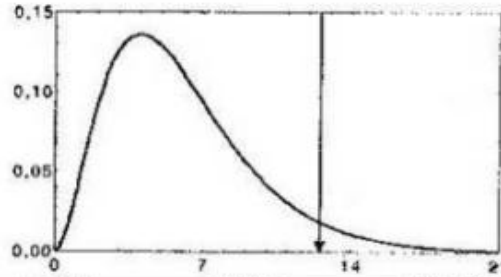
Postura: Es la relación de las posiciones de todas las articulaciones del cuerpo y se relacionan entre la situación de las extremidades con respecto al tronco y viceversa. La postura ideal se define como la que utiliza la mínima tensión y rigidez, y permite la máxima eficacia.

Progesterona: También conocida como P4 es una hormona esteroide C-21 involucrada en el ciclo menstrual femenino, embarazo (promueve la gestación) y embriogénesis de los humanos y otras especies.

Reflejo: El término reflejo se define como la respuesta automática e involuntaria que realiza un ser vivo ante la presencia de un determinado estímulo. La respuesta refleja implica generalmente un movimiento, aunque puede consistir también en la activación de la secreción de una glándula.

ANEXO 10

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	6.83	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	98.66	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