

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



TRABAJO DE GRADO:

**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES MENORES DE 20 AÑOS DE EDAD
SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LAS
UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR SAN MIGUEL; LAS CHARCAS,
SAN BUENAVENTURA; Y EL SITIO PUERTO EL TRIUNFO, USULUTÁN AÑO 2016.**

**PRESENTADO POR:
OSCAR ALEJANDRO DÍAZ CRUZ
JOSÉ ELEUTERIO GRANDE MARTÍNEZ
HÉCTOR ANTONIO LLORT AYALA**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

**DOCENTE DIRECTOR:
DR. WILFREDO PÉREZ ROSALES**

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, DICIEMBRE DE 2016

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES INTERINAS

**MAESTRO JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN
RECTOR INTERINO**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS
VICE-RECTOR ACADÉMICO INTERINO**

**INGENIERO CARLOS ARMANDO VILLALTA
VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO**

**DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA.
SECRETARIA GENERAL INTERINA**

**LICENCIADA BEATRIZ MELÉNDEZ
FISCAL GENERAL INTERINA**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTÉZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO GENERAL**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN DE LA
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

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

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN DE
DOCTORADO EN MEDICINA**

ASESORES

**DOCTOR WILFREDO PÉREZ ROSALES
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESORA METODOLÓGICA**

**INGENIERO NELSON DUKE
ASESOR ESTADÍSTICO**

TRIBUNAL CALIFICADOR

**DOCTOR ERIK ANTONIO RODRÍGUEZ TURCIOS
PRESIDENTE**

**DOCTORA XENIA AIMEE GARCÍA ORTÍZ
SECRETARIA**

**DOCTOR WILFREDO PÉREZ ROSALES
VOCAL**

Oscar Alejandro Díaz Cruz Carné: DC08002

José Eleuterio Grande Martínez Carné: GM03066

Héctor Antonio Llord Ayala Carné: LA04013

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES MENORES DE 20 AÑOS DE EDAD SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR SAN MIGUEL; LAS CHARCAS, SAN BUENAVENTURA; Y EL SITIO PUERTO EL TRIUNFO, USULUTÁN AÑO 2016.

Este trabajo de investigación fue revisado **evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Dra. Xenia Aimee García Ortíz

Tribunal Calificador

Dr. Erik Antonio Rodríguez Turcios

Tribunal Calificador

Dr. Wilfredo Pérez Rosales

Docente Asesor

Mtra. Elba Margarita Berrios Castillo

Coordinadora General de Procesos de Graduación

Vo.Bo.Dr. Francisco Antonio Guevara Garay

Jefe del Departamento

San Miguel, El Salvador, Centro América, diciembre 2016

TABLA DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁG.
LISTA DE TABLAS.....	VII
LISTA DE GRÁFICOS	IX
LISTA DE ANEXOS	XI
RESUMEN.....	XII
1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
4. MARCO REFERENCIAL	7
5. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	31
6. DISEÑO METODOLÓGICO	34
7. RESULTADOS	38
8. DISCUSIÓN.....	63
9. CONCLUSIONES.....	65
10. RECOMENDACIONES	66
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

LISTA DE TABLAS**PÁG.**

TABLA1: DISTRIBUCIÓN DE MADRES MENORES DE 20 AÑOS POR UNIDAD DE SALUD.	35
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LAS MADRES ENTREVISTADAS.	38
TABLA 3: NIVEL DE ESCOLARIDAD DE MADRES ENTREVISTADAS.	40
TABLA 4: OCUPACIÓN DE LAS MADRES ENTREVISTADAS.....	41
TABLA 5: NÚMERO DE HIJOS QUE TIENEN LAS MADRES ENTREVISTADAS	42
TABLA 6: CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE EXISTENCIA DE LEYES QUE APOYAN LA LACTANCIA MATERNA.....	43
TABLA 7: TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE RECIBE EL NIÑO	44
TABLA 8: ¿CUANTO TIEMPO CREE USTED QUE DURAN LOS BENEFICIOS QUE TIENE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL NIÑO?	45
TABLA 9: ¿SABE USTED SI LA LACTANCIA MATERNA AYUDA A PREVENIR LA OBESIDAD EN NIÑOS?.....	46
TABLA 10: ¿SABE USTED QUE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PREVIENE LA MUERTE REPENTINA SIN CAUSA EN LOS NIÑOS?.....	47
TABLA 11: ¿A QUIÉN BENEFICIA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?.....	48
TABLA 12: ¿CUANTO TIEMPO ES RECOMENDABLE DAR SÓLO LECHE MATERNA AL NIÑO?.....	49
TABLA 13:LA LACTANCIA MATERNA PROTEGE A SU HIJO CONTRA ENFERMEDADES ALÉRGICAS.	50
TABLA 14: ¿SABE QUE LA LACTANCIA MATERNA DISMINUYE EL RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES CUANDO EL NIÑO CREZCA?.....	51
TABLA 15: ¿TIENE CONOCIMIENTO SOBRE LA RELACIÓN QUE HAY ENTRE BRINDAR LACTANCIA MATERNA Y DISMINUCIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDADES DE OÍDO Y GARGANTA EN EL NIÑO?.....	52
TABLA 16: ¿SABE USTED QUE LA LACTANCIA MATERNA PROTEGE AL NIÑO DE PADECER LEUCEMIA INFANTIL?.....	53
TABLA 17: ¿HA RECIBIDO CHARLAS INFORMATIVAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?	54

TABLA 18: PERSONAL QUE HA IMPARTIDO CHARLAS A MADRES	55
TABLA 19: ¿SABIA QUE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DISMINUYE EL RIESGO DE HEMORRAGIA DESPUÉS DEL PARTO?.....	56
TABLA 20: ¿SABE QUE LA LACTANCIA MATERNA EVITA EL DESARROLLO DE OSTEOPOROSIS?.....	57
TABLA 21: LA LACTANCIA MATERNA FORTALECE EL VÍNCULO MADRE HIJO	58
TABLA 22: TIENE EL CONOCIMIENTO QUE SIRVE COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	59
TABLA 23: RESUMEN DE PRUEBA DE HIPÓTESIS.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

PÁG.

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN POR EDADES MADRES DE LAS MADRES ENTREVISTADAS.....	39
GRÁFICO 2: NIVEL DE ESCOLARIDAD DE MADRES ENTREVISTADAS.....	40
GRÁFICO 3: OCUPACIÓN DE MADRES ENTREVISTADAS.....	41
GRÁFICO 4: NÚMERO DE HIJOS QUE TIENEN LAS MADRES ENTREVISTADAS.....	42
GRÁFICO 5: CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE EXISTENCIA DE LEYES QUE APOYAN LA LACTANCIA MATERNA.....	43
GRÁFICO 6: TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE RECIBE EL NIÑO.....	44
GRÁFICO 7: ¿CUANTO TIEMPO CREE USTED QUE DURAN LOS BENEFICIOS QUE TIENE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL NIÑO?.....	45
GRÁFICO 8: ¿SABE USTED QUE LA LACTANCIA MATERNA AYUDA A PREVENIR LA OBESIDAD EN NIÑOS?.....	46
GRÁFICO 9: ¿SABE USTED QUE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PREVIENE LA MUERTE REPENTINA SIN CAUSA EN LOS NIÑOS?.....	47
GRÁFICO 10: ¿A QUIÉN BENEFICIA MÁS LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?.....	48
GRÁFICO 11: ¿CUÁNTO TIEMPO ES RECOMENDABLE DAR SOLO LECHE MATERNA AL NIÑO?.....	49
GRÁFICO 12: LA LACTANCIA MATERNA PROTEGE A SU HIJO CONTRA ENFERMEDADES ALÉRGICAS.....	50
GRÁFICO 13: ¿SABE QUE LA LACTANCIA MATERNA DISMINUYE EL RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES CUANDO EL NIÑO CREZCA?.....	51
GRÁFICO 14: ¿TIENE CONOCIMIENTO SOBRE LA RELACIÓN QUE HAY ENTRE BRINDAR LACTANCIA MATERNA Y DISMINUCIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDADES DE OÍDO Y GARGANTA EN EL NIÑO?.....	52
GRÁFICO 15 ¿SABE USTED QUE LA LACTANCIA MATERNA PROTEGE AL NIÑO DE PADECER LEUCEMIA INFANTIL?.....	53
GRÁFICO 16: ¿HA RECIBIDO CHARLAS INFORMATIVAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?.....	54
GRÁFICO 17: PERSONAL QUE HA IMPARTIDO CHARLAS A MADRES.....	55

GRÁFICO 18: ¿SABIA QUE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DISMINUYE EL RIESGO DE HEMORRAGIA DESPUÉS DEL PARTO?.....	56
GRÁFICO 19: ¿SABE QUE LA LACTANCIA MATERNA EVITA EL DESARROLLO DE OSTEOPOROSIS?.....	57
GRÁFICO 20: LA LACTANCIA MATERNA FORTALECE EL VÍNCULO MADRE HIJO..	58
GRÁFICO 21: TIENE EL CONOCIMIENTO QUE SIRVE COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	59

LISTA DE ANEXOS

PÁG.

ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....70

ANEXO 2: PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....71

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....72

ANEXO 4: CÉDULA DE ENTREVISTA.....73

ANEXO 5: ABREVIATURAS Y SIGLAS77

ANEXO 6: GLOSARIO.....78

RESUMEN

La presente investigación tiene el **objetivo** de determinar el conocimiento que tienen las madres menores de 20 años sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva en las unidades comunitarias de salud familiar San Miguel; Las Charcas, San Buenaventura y El Sitio, Puerto El Triunfo, Usulután. **Metodología:** el estudio tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal. Para la obtención de la muestra de la población, se seleccionaron 128 madres menores de 20 años, siendo una muestra no probabilística por conveniencia. Se realizó la técnica de recolección de datos utilizando la cédula de entrevista. Los datos obtenidos fueron procesados y analizados con el programa estadístico SPSS versión 23.0. **Resultados:** Con los datos obtenidos de la investigación se representaron los datos en tablas y gráficas para el análisis e interpretación de los resultados. Se realizaron pruebas binomiales para la prueba de hipótesis en donde se obtuvieron resultado que indicaron que las madres no conocen los beneficios de la lactancia materna exclusiva. **Conclusiones:** se concluyó que las madres menores de 20 años no conocían la mayoría de beneficios de la lactancia materna exclusiva. Solo tenían conocimiento de los siguientes beneficios: la influencia del fortalecimiento del vínculo madre-hijo con un 83.6%, la protección de la lactancia contra enfermedades alérgicas con un 68.8%, que la lactancia materna previene contra infecciones de oído y garganta con un 59.4%, que se utiliza como método de planificación familiar con un 59.4% y el 44.5% desconoce que la lactancia protege contra la hemorragia postparto. Los beneficios que no conocen las madres entrevistadas fueron: el 93.8% de las madres encuestadas desconocen que la lactancia materna protege contra osteoporosis en las madres, el 93.7% de madres desconoce que la lactancia protege al niños a desarrollar leucemia, el 89.8% de las madres desconoce que la lactancia materna previene la muerte súbita del lactante, el 87.5% de las madres desconoce que la lactancia previene el desarrollo de diabetes mellitus en el niño y el 81.3% de las madres desconoce la protección de la lactancia contra la obesidad en el niño.

Palabras clave: Conocimiento, lactancia materna exclusiva, beneficios.

1. INTRODUCCIÓN

La lactancia ha sido una práctica de alimentación pura y natural, y es el alimento más importante durante los primeros seis meses de vida. Es conocido desde hace tiempo que la lactancia aporta beneficios tanto al recién nacido, como a la madre, familia y sociedad en general. Se pueden mencionar numerables beneficios que conlleva alimentar al recién nacido, tanto en sus primeros meses como en su vida futura. Entre los más importantes se encuentran la protección inmunológica contra muchos patógenos que puede perdurar más de dos años, así como también la disminución de la probabilidad de padecer cáncer, diabetes, entre otras; además, en la madre disminuye el riesgo de desarrollar cáncer de mama, contribuye a la rápida involución del útero en el puerperio e interviene en el espaciamiento de los embarazos. Por otra parte, también fortalece la relación afectiva entre la madre y el hijo. La promoción y el apoyo a la alimentación natural del recién nacido y lactante con el amamantamiento ha mejorado en los últimos años en muchas partes del mundo, gracias a los programas implantados en los lugares donde se atiende a la madre y al recién nacido. La mayoría de las madres en El Salvador, deciden amamantar a sus niños cuando dan a luz, sin embargo, esta cifra comienza a disminuir a las pocas semanas del nacimiento del bebé, lo que supone la pérdida de beneficios saludables muy importantes tanto para la madre como para el recién nacido, ya que, la alimentación al seno materno, ofrece al lactante un óptimo inicio en la vida.

Investigar los niveles de conocimiento, científicos y empíricos de las personas con respecto a los beneficios de lactancia materna exclusiva, es fundamental para identificar más claramente sus características y así comprender mejor el conocimiento de los beneficios de la población. Estos aspectos son indispensables para elaborar estrategias que logren un impacto significativo en la mantención de la lactancia materna exclusiva. La investigación se realizó con la finalidad de investigar cuales son los beneficios que las madres menores de veinte años conocen sobre la lactancia materna exclusiva y cuál es el que más conocen, ya que, en este grupo de edad, muchas madres se inician en la lactancia por primera vez.

Los resultados de este estudio, servirán para aportar a las autoridades sanitarias información significativa y real sobre el grado de conocimiento que tienen las madres sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva para sus hijos y para ellas mismas, para que por medio de ello,

generar en él nuevas estrategias educativas que posibiliten reforzar, modificar o integrar conocimiento a las madres, y que beneficien a la población infantil, a la familia, y a los establecimientos de salud .

Este trabajo de la investigación se ha estructurado de la siguiente manera: **Planteamiento del problema:** en donde se incluyen los antecedentes del problema de estudio junto con el enunciado. **Objetivos de la investigación:** este apartado incluye el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación. El objetivo general de la investigación es determinar el conocimiento que tienen las madres menores de 20 años sobre los beneficios de la lactancia exclusiva, así como investigar específicamente cual es el que más conocen y describir cuáles son los beneficios que no conocen. **Marco referencial:** incluye marco histórico, marco teórico y marco legal. En donde se desglosa la teoría obtenida de la búsqueda bibliográfica y hemerografica realizada por el grupo investigador que fundamenta el estudio. **Sistema de hipótesis:** contiene la hipótesis de trabajo y la hipótesis nula, junto con la operacionalización de variables. **Diseño metodológico:** La investigación se realizó en el presente año, en las madres que se encontraban brindando lactancia materna y que consultaron en las unidades comunitarias de salud familiar San Miguel; Las Charcas, San Buenaventura y El Sitio, Puerto El Triunfo, Usulután. Se describe el tipo de estudio que se realizó, la población que se tomó en cuenta, el procedimiento de la investigación, planificación y el proceso de recolección de datos para su posterior análisis. Además, se incluyen las consideraciones éticas. **Análisis e interpretación de resultados:** se incluye la prueba de hipótesis, las tablas y gráficos donde se representan los resultados obtenidos. **Discusión:** se responde el objetivo de la investigación, además, se da a conocer los resultados y comparaciones con otros estudios relacionados, además de las limitaciones del estudio. **Conclusiones:** en donde se incluyen las conclusiones en base a los resultados obtenidos y los objetivos planteados. **Recomendaciones:** se sugiere diferentes aspectos de continuidad y mejora según los resultados de la investigación. **Referencias bibliográficas:** donde se citan las fuentes utilizadas en la investigación. **Anexos:** incluye el cronograma de actividades programadas durante el desarrollo de la investigación, el presupuesto, el consentimiento informado, la cédula de entrevista, las siglas utilizadas y el glosario.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

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

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

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

Por otro lado, en China, por orden del Emperador Amarillo, se escribe un libro conocido como el Estatuto de la Medicina, el cual establece que la lactancia debía darse por lo menos dos años después del nacimiento o hasta que se diera un nuevo embarazo en esa mujer.

Se observa entonces como la lactancia, no solo interviene en la evolución del ser humano sino que, simultáneamente, pasa de ser un medio de subsistencia nutricional, pues era el único medio de alimentación para los lactantes, y un medio de subsistencia socioeconómica para las mujeres que se dedicaban a esta tarea.(1)

La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales, que ha permanecido como referente para los bebés humanos desde los orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX, tanto si se trata de leche de la propia madre o leche de otra madre, a cambio o no de algún tipo de compensación.

En El Salvador según estudio de la FESAL (Encuesta Nacional para la Salud Familiar) en los años de 1993 a 2008 prácticamente solo 3 de cada 10 niños menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva.

Entre FESAL-93 y FESAL-2008 se dio un incremento de 5.1 meses en la duración promedio de cualquier tipo de lactancia materna, pasando de 15.5 a 20.6 meses. En el primer quinquenio subió 2.2 meses, en el segundo 1.5 meses y en el tercero 1.4 meses. Esta tendencia de incrementos a lo largo del tiempo se debe en parte al aumento de lactancia exclusiva, que pasó de 0.8 en 1993 a 1.9 meses en 2008.

Del total de niños del estudio que se realizó en los años antes comprendidos 1993 a 2008; los menores de 6 meses, en promedio, el 31 por ciento recibió lactancia exclusiva (sólo pecho) y el 11 por ciento recibió lactancia predominante (pecho y agua u otros líquidos). El promedio de lactancia exclusiva desciende del 47 por ciento para las y los niños menores de 2 meses de edad al 34 por ciento para las y los niños con 2 a 3 meses y baja hasta el 13 por ciento entre los de 4 a 5 meses cumplidos.

En cifras redondeadas, el restante 57 por ciento está conformado por el 7 por ciento que no recibió ningún tipo de lactancia, el 31 por ciento que además de ser amamantado recibió otro tipo de leche y el 19 por ciento que además recibió atoles o purés. Según región de salud, el porcentaje de niños menores de 6 meses de edad que recibió lactancia materna exclusiva varía del 22.4 por ciento en la región Oriental al 49.1 por ciento en la Paracentral. (2)

La Ley de Lactancia Materna fue presentada en Sesión Plenaria el 26 de junio de 2013, dicha propuesta, emanada de la Comisión de Salud y Medio Ambiente, de acuerdo al Dictamen No. 37 Favorable que se refiere a los expedientes No. 323-9-2003 y 323-9-2003-2 que dan cuenta de las dos iniciativas de Ley presentadas por CALMA (Centro de Apoyo de Lactancia Materna). (3)

Así mismo, en cuanto a las leyes de la constitución. El artículo 211 del Código de Familia establece que: “El Padre y la madre deberán criar a sus hijos con esmero; proporcionándoles un hogar estable, alimentos adecuados y proveerlos de todo lo necesario para el desarrollo normal de su personalidad. El padre y la madre, estarán obligados a cuidar de sus hijos desde su concepción.”(4) Basándonos en las disposiciones de la Constitución y del Código de Familia en lo relativo a la salud, podemos determinar la importancia que tiene la alimentación y nutrición para poder sustentar y fortalecer este derecho, porque no se puede gozar de una buena salud si no se tiene una alimentación y nutrición adecuada, no solamente en el ámbito de las propiedades nutricionales necesarias sino también en el sentido que esta es acorde con la edad que posee el niño y niña, y desde ese punto de vista, la lactancia materna se adapta a las necesidades nutricionales requeridas.

Dentro de la historia sobre alcanzar una lactancia materna exclusiva, se han inaugurado nuevos proyectos como son los bancos de leche humana. En nuestro país, el proyecto es impulsado fuertemente en el 2011 por diversas instituciones, obteniéndose al finalizar el año un avance considerable en su implementación, y un reconocimiento de su importancia por parte de la población. Actualmente nuestro país cuenta con tres bancos de Leche Humana, uno en el Hospital Nacional de Maternidad, otro en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel y Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, que fueron inaugurados en el año 2012.(5)

Son muchos los mitos y realidades que se conocen o se desconocen sobre la lactancia materna exclusiva, que a través de la historia salvadoreña se han descubierto, por eso la aplicación de Leyes, programas como los 10 pasos para una mejor lactancia materna, creación de bancos de leche, charlas educativas para conocimiento de los beneficios de esta, e implementación de talleres como la semana nacional de la lactancia materna celebrada en agosto de cada año por el Ministerio de salud, con el propósito de dar a conocer y proyectar los beneficios de la lactancia materna exclusiva y que todas las madres tengan acceso a este conocimiento.

2.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el conocimiento que tienen las madres menores de 20 años de edad sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva en las unidades comunitarias de salud familiar San Miguel; Las Charcas, San Buenaventura y El Sitio, Puerto El Triunfo, Usulután?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo general:

Determinar el conocimiento que tienen las madres menores de 20 años sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva.

3.2. Objetivos específicos:

- 1- Describir cuáles son los beneficios que conocen las madres menores de 20 años sobre la lactancia materna exclusiva en las unidades comunitarias familiar en estudio.
- 2- Establecer cuál es el beneficio que más conocen las madres menores de 20 años sobre la lactancia materna exclusiva en las unidades comunitarias familiar en estudio.
- 3- Determinar cuáles son los beneficios que no conocen las madres menores de 20 años sobre la lactancia materna exclusiva en las unidades comunitarias familiar en estudio.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. MARCO HISTÓRICO

4.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA LACTANCIA MATERNA

4.1.1.1. NODRIZAS Y LACTANCIA MATERNA

En la antigüedad, las nodrizas o amas de cría tenían un papel muy bien definido en la lactancia, pues trabajaban para familias pudientes que tenían bebés cuyas madres no querían amamantar por el desgaste que suponía la lactancia. (6) El uso de una nodriza era una práctica común antes de la introducción del biberón y fórmula. El uso de nodrizas comenzó ya en 2000 a.C., se extendió hasta el siglo XX, a lo largo de este período de tiempo, el uso de nodrizas evolucionó a partir de una alternativa de necesidad a una alternativa de elección. Se convirtió en una profesión bien organizada con contratos y leyes destinadas a regular su práctica. A pesar de las objeciones durante la Edad Media y el Renacimiento, el uso de nodrizas continuó hasta que la alimentación a biberón se introdujo en el siglo XIX. A partir de la segunda guerra mundial, con la introducción de la leche en polvo y los suplementos de la lactancia, el papel de las nodrizas cae en detrimento, hasta su total desaparición en la década de los ochenta. (1)

4.1.1.2. ALIMENTACIÓN DE LACTANTES CON LECHE DE ANIMALES

La alimentación artificial de lactantes se conoce desde hace 2000 años a.C. A lo largo de la historia, se han encontrado referencias y recomendaciones sobre el tipo de leche que se tenía que administrar al lactante. A lo largo del siglo XVIII, las experiencias de alimentación artificial de lactantes en medio institucional fueron desastrosas, llegando casi al 100 por cien de mortalidad. Desde la antigüedad se conocía el fracaso de la alimentación con animales, que acababa en la mayoría de casos, con la muerte del lactante. Durante el siglo XIX todos los tratados médicos afirman la superioridad de la leche de mujer sobre la de cualquier otro animal.

A finales del siglo XIX, químicos y comerciantes como *Henri Nestlé*, entran en el campo de la alimentación infantil. Con una industria química cada vez más preparada, se empiezan a hacer los primeros preparados lácteos. Los avances obtenidos en las últimas décadas en la composición de leches para lactantes a partir de modificaciones de leche de vaca, han conseguido productos

químicamente similares a la leche materna, aunque desprovistos de las propiedades inmunitarias de la leche materna. (7)

4.1.1.3. DURACIÓN DEL TIEMPO DE LA LACTANCIA.

La lactancia en los seres humanos ha permanecido desde hace miles de años, y ha sido hasta hace aproximadamente 100 años, su duración se ha estabilizado entre los 18 meses y los 3 años de vida. La introducción de otros alimentos leche de cabra, de vaca o maíz, se ha hecho entre los 6 y 24 meses según culturas. En los judíos del siglo II a.C. no era rara una lactancia de tres años. En la Europa de los siglos VIII a X se refería una lactancia media de dos años y en la época feudal (Siglos XI a XIII) de 18 meses. En el sur de Francia, en el siglo IX las familias campesinas destetaban a los niños a los dos años y a las niñas al año. En Inglaterra, en los siglos XV y XVI los niños recibían exclusivamente leche hasta que salían los primeros cuatro dientes. En América del Norte, en el siglo XVII, los niños mamaban hasta los 12 o 18 meses de edad y en la Rusia Imperial de los siglos XVIII y XIX desde las primeras semanas ya se administraban otros alimentos y al año comían lo mismo que sus padres. Se puede saber que la duración media del amamantamiento en sociedades tradicionales en las que no se ha diseminado el uso de sucedáneos de leche de madre es de 3 a 4 años. En todas las sociedades, y en la mayoría de culturas, la lactancia se complementaba a menudo y pronto con papillas de pan y leche de animales o agua. El desarrollo de la dentición, la aparición de los primeros dientes en el segundo semestre y su erupción total a los dos años han sido un factor decisivo tanto en la introducción de alimentos distintos de la leche materna como el destete definitivo en muchas sociedades. (8)

4.1.1.4. LACTANCIA MATERNA EN EL SIGLO XX Y XXI

Durante el siglo XX se produce una consolidación y un reconocimiento social del niño. Existe una gran preocupación sobre la condición infantil y progresa la idea de que la niñez es un periodo de la vida que debe ser considerado como específicamente diferente. En el inicio del siglo XX, se produce un incremento de la lactancia materna. Algunas estadísticas reflejan que en 1910 amamantaban a sus hijos el 90% de las madres. Entre 1940 y 1950 solo amamantaban a sus hijos el 25% de las mujeres. En esos años se consideraba que la lactancia materna es una sobrecarga para la madre y no representaba ninguna ventaja ni para el niño ni para ella.

A partir de 1950 se produjo un resurgimiento y un interés científico por la leche humana y por la lactancia. En el año de 1970 se toma conciencia de la importancia de la lactancia materna, y vuelve a subir su práctica. A partir de la década de 1980, y coincidiendo con la aparición del VIH- sida, la nodriza desaparece totalmente, sobre todo en los países desarrollados, y la lactancia materna se sitúa en unas cifras muy bajas. Desde la década de 1990 la lactancia materna va en aumento y en la actualidad ya eligen esta práctica la mayoría de las madres para alimentar a su bebé. Sin embargo, la duración es muy corta ya que, a los 3 meses pasan a la alimentación de fórmula de una forma bastante generalizada. (6)

En el siglo XXI, se tiene la certeza de que la lactancia materna es el alimento más completo con el que pueden contar los recién nacidos y lactantes. Siendo también necesaria una sensibilización social que permita conocer las ventajas científicas demostradas de la lactancia, tanto para el bebé como para la madre. La lactancia materna sigue vigente, a pesar de todas sus transformaciones tanto en su concepción como en su uso; sigue manteniéndose con la mejor opción para cualquier tipo de lactante, de término o no, y no solo a nivel fisiológico, sino también a nivel psicológico y social. (1)

4.2. MARCO TEÓRICO

4.2.1. CONOCIMIENTO

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. (9)

4.2.2. TIPOS DE CONOCIMIENTO

Según la procedencia y características del objeto que se intenta conocer se puede hablar de conocimiento vulgar, racional o intelectual, práctico, artístico, religioso, técnico filosófico, científico, sin embargo, los diversos tipos de conocimientos relacionados, suelen estar seguidos, simultáneamente en otros muchos campos del saber.

4.2.2.1. Conocimiento vulgar

El conocimiento vulgar es la vía ordinaria que sigue el hombre para resolver sus problemas más elementales y primarios. Suele ser un conocimiento práctico, asentado en el pensar espontáneo y de sentido común, con el estimable valor de facilitar la sociabilidad y desarrollar la comunidad en los aspectos prácticos de la vida. El conocimiento vulgar no requiere ni exige gran capacidad teórica ni reflexiva, si bien resuelve problemas simples y dificultades de fácil alcance. Al no ser expresamente sistemático ni crítico, por estar basado en la autoridad o en la tradición, ninguna de sus partes afecta a todas las demás, ni existe voluntad consciente por considerarlo como cuerpo fundamentado y consistente de conocimientos.

4.2.2.2. Conocimiento filosófico

El conocimiento filosófico busca el porqué de los fenómenos y se basa fundamentalmente en la reflexión sistemática para descubrir y explicar. Se asemeja bastante al conocimiento científico, ya que, a la reflexión racional, añade un carácter sistemático y crítico, si bien se distinguen por el objeto de la investigación y por el método. Así, mientras el objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, traspasando la experiencia, el objeto de las ciencias está constituido por los datos próximos, inmediatos, perceptibles y sujetos a experimentación.

4.2.2.3. Conocimiento científico

El conocimiento científico es uno de los tipos y modos posibles del conocimiento humano. Por supuesto, no es el único capaz de ofrecer respuestas a nuestros muchos interrogantes; sin embargo, el más desarrollado y el de mayor utilidad en la evolución humana y social. El conocimiento científico queda caracterizado por el método que utiliza y, en consecuencia, puede definirse como todo conocimiento adquirido a través del método científico. El conocimiento científico se puede entender a través de las características que lo definen y a su vez, son las características que delimitan cierto conocimiento. (10)

4.2.3. LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es un tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre. La leche, justamente, es un alimento de características únicas que permite que

la madre transmita sus mecanismos de defensa al recién nacido, en donde el acto de amamantar logra fortalecer la relación madre-hijo. (11)

4.2.4. DESARROLLO Y ANATOMÍA DE LA MAMA

Las mamas comienzan a desarrollarse en la pubertad; este desarrollo está estimulado por los mismos estrógenos de los ciclos sexuales mensuales femeninos que despiertan el crecimiento de la glándula mamaria, además de favorecer en ella el depósito de grasas, que aumentan el volumen mamario. Asimismo, durante el embarazo se produce un crecimiento mucho mayor de las mamas y sólo entonces el tejido glandular queda preparado y desarrollado por completo para secretar leche. En términos anatómicos, cada glándula mamaria madura está formada por 15 a 25 lóbulos, los cuales se disponen en forma radial y se encuentran separados por diversas cantidades de grasa. Cada lóbulo consta de varios lobulillos, que a su vez están formados por numerosos alvéolos. Cada uno de éstos recibe un pequeño conducto que se une con otros hasta formar un conducto más grande para cada lóbulo. Los conductos galactóforos llegan hasta el pezón, donde forman pequeños orificios definidos. El epitelio secretor alveolar sintetiza los diversos componentes de la leche. (12)

4.2.5. ENDOCRINOLOGÍA DE LA LACTANCIA

Los mecanismos humorales y neurales de la lactancia son complejos. Participan las hormonas llamadas progesterona, estrógenos y lactógeno placentario, así como la prolactina, el cortisol y la insulina para estimular el crecimiento y el desarrollo del aparato secretor. Durante el parto, la concentración de progesterona y estrógenos disminuye de manera abrupta e intensa. Esta reducción elimina el efecto inhibitor de la progesterona sobre la producción de lactoalbúmina α . La elevación de la lactoalbúmina α estimula a la enzima lactosa sintasa para aumentar la lactosa de la leche. La ausencia de progesterona también posibilita que la prolactina actúe sin oposición y estimule la producción de lactoalbúmina α .

El estímulo repetitivo de la alimentación al seno materno regula, la intensidad y duración de la lactancia ulterior. La prolactina plasmática desciende después del parto hasta alcanzar la concentración anterior al embarazo, pero cada succión del recién nacido desencadena su elevación. La neurohipófisis secreta oxitocina de manera pulsátil. Esta sustancia estimula la

expresión de leche en la mama lactante al ocasionar la contracción de las células mioepiteliales en los alvéolos y los pequeños conductos galactóforos. La expulsión de leche, o *descenso*, es un reflejo que induce en particular la succión y estimula la liberación de oxitocina por la neurohipófisis. El reflejo puede activarse incluso por el llanto del recién nacido e inhibirse por un sobresalto o tensión emocional. (13)

4.2.6. COMPONENTES DE LA LECHE HUMANA

La leche humana es un líquido producido por la glándula mamaria, de gran complejidad biológica, constituido por nutrimentos, sustancias inmunológicas, hormonas, enzimas, factores de crecimiento, células inmunoprotectoras; que la hacen nutricional e inmunológicamente apta para que un niño sea alimentado con ella en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida. La leche materna sufre modificaciones de los elementos que la integran en diferentes etapas:

4.2.6.1. Precalostro

Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa, ya que un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactasa.

4.2.6. 2. Calostro

Se secreta cinco a siete días después del parto, aunque en las mujeres multíparas puede presentarse al momento del nacimiento del bebé. Tiene una consistencia pegajosa y es de color amarillento por la presencia de β -carotenos. Su volumen puede variar de 2 a 20 mL/día en los tres primeros días; a medida que el bebé succiona, aumenta hasta 580 mL/día hacia el sexto día. Esta cantidad es suficiente para cubrir las necesidades del recién nacido por lo que no es necesario complementar con fórmulas lácteas. Tiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos Bifidus, sodio y zinc. En concentraciones menores se encuentran las grasas, la lactosa y las vitaminas hidrosolubles. El calostro protege

contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido por absorción intestinal de inmunoglobulinas

4.2.6. 3. Leche de transición

Su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 mL/día hacia el día 15 postparto. Su color blanco se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio.

4.2.6. 4. Leche madura

Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero puede llegar hasta 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple. Tiene un perfil estable de sus diferentes componentes:

Agua. Representa el 87% del total de sus componentes y cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, aún en circunstancias extremas de calor, por lo que no se requieren líquidos suplementarios.

Osmolaridad. La carga renal de solutos en la leche humana es de 287 a 293 mOsm, cifra mucho menor si se compara con la de fórmulas infantiles de leche entera de vaca (350 mOsm). Su importancia estriba en que, a mayor carga renal de solutos, mayor será el requerimiento de líquidos claros que deben darse al bebé.

Energía. Aporta 670 a 700 kcal/L en su mayoría a través de los hidratos de carbono y las grasas.

Hidratos de Carbono. Aportan energía al sistema nervioso central. La lactosa es el principal hidrato de carbono que contiene; favorece el desarrollo de la flora intestinal por las bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante; mejora la absorción de calcio y mantiene estable la Osmolaridad de la leche porque conserva bajas concentraciones de sodio y potasio.

Grasas. La leche humana aporta ácidos grasos de cadena larga cuyos precursores son el ácido linolénico y el ácido linoléico. Se conocen como ácidos grasos indispensables ya que no pueden ser sintetizados de novo por el ser humano y deben provenir de la dieta de la madre.

Proteínas. El tipo de proteínas que contiene la leche humana, la hacen única para la especie humana, ya que son de mejor biodisponibilidad gracias a la presencia de enzimas digestivas como la amilasa. Las proteínas de la leche humana se dividen en dos grupos: Las proteínas del suero, de las cuales la α -lactoalbúmina es la más abundante. Su importancia estriba en que actúa como cofactor en la biosíntesis de lactosa. La trascendencia protectora de la leche materna a nivel de mucosas como la boca, la nariz y el oído del lactante se debe a la inmunoglobulina A secretora que liga antígenos específicos en el tubo digestivo porque resiste la digestión debido a su estabilidad por un pH bajo.

Vitaminas. En la leche madura las vitaminas hidrosolubles tienen una concentración óptima; la niacina y la vitamina C son las más abundantes. De las liposolubles, la leche de mujer contiene mayores concentraciones de β -caroteno y la vitamina E. A pesar de no tener niveles óptimos de vitamina D los bebés alimentados con leche materna no padecen raquitismo, ya que sí poseen un sulfato de esa vitamina, adquirida por vía transplacentaria que tiene actividad durante los primeros tres meses.

Minerales. Destaca el hierro, cuyas concentraciones se reducen a lo largo de la lactancia hasta mantenerse estable a los seis meses. La relación calcio/fósforo de la leche materna es de 1.2 a 2; esto es útil en la absorción hasta de 75% del calcio, de esto depende la formación del tejido óseo en la infancia.

Oligoelementos. Contiene zinc, flúor y magnesio. (14)

4.2.7. TIPOS DE LACTANCIA

4.2.7. 1. Lactancia materna exclusiva

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, minerales o medicamentos. (15)

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan: (16)

- que la lactancia se inicie en la primera hora de vida.
- que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua.

- que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche.
- que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

4.2.7.1.1. Factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses.

En el periodo comprendido entre los 4 y los 6 meses de edad, el factor que más influye en el abandono es la duración del periodo de baja por maternidad. Las madres con baja por maternidad de 4 a 6 meses de duración tienen mayor riesgo de abandonar la lactancia materna exclusiva que las madres no trabajadoras.

Las razones asociadas a las madres sobre el abandono de la lactancia materna exclusiva en la fase temprana son problemas de lactancia, escasa ganancia de peso e hipogalactia (la percepción de no tener leche suficiente, que se estima que solo en el 5% de los casos se corresponde con la realidad). Otros factores que influyen en la etapa temprana son la intención previa durante el embarazo de dar lactancia materna exclusiva, la paridad, la comarca de residencia y la clase social. En la etapa tardía influye el tiempo de baja por maternidad. (17)

4.2.7.2. Lactancia materna predominante.

Esta definición de lactancia materna contempla la leche materna como fuente predominante de alimento para el bebé que, además, puede ingerir agua, zumos de frutas, tisanas, jarabes o complementos vitamínicos. Tanto la OMS como otras organizaciones, recomiendan vivamente que, por lo menos hasta que el bebé cumpla medio año, la leche materna sea su fuente única de alimentación, ya que contiene todos los nutrientes y vitaminas que el pequeño puede necesitar. Es a partir de los seis meses cuando la lactancia predominante entraría en juego, incluyendo en la rutina alimentaria del pequeño otros líquidos de origen distinto al lácteo. No obstante, la leche materna debe seguir siendo el principal componente de la dieta del bebé. Desde el punto de vista nutricional e inmunológico es el alimento más completo y, además, la leche materna es más económica. (18)

4.2.8. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche humana es el alimento ideal para el recién nacido y proporciona nutrientes específicos para la edad, así como factores inmunitarios y sustancias antibacterianas. La leche también

contiene factores que actúan como señales biológicas para promover el crecimiento y la diferenciación celulares. Los beneficios del amamantamiento son de largo plazo tanto para la madre como para el recién nacido. Por ejemplo, las mujeres que han amamantado tienen menor riesgo de padecer cáncer mamario y sus hijos desarrollan mayor inteligencia como adultos, independientemente de una gran variedad de factores que pueden contribuir a ello. El amamantamiento se vincula con una menor retención de peso posparto. (13)

4.2.8.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA PARA EL NIÑO

4.2.8.1.1. Beneficios inmunitarios de la lactancia.

La leche humana proporciona prácticamente muchas sustancias que benefician el sistema inmunitario del bebé. El sistema inmunitario del recién nacido es menor al del adulto en el 1%. La leche materna debe ser considerada como “la primera vacuna” que recibe el niño, ya que lo protege contra numerosas infecciones a las que está expuesto durante el primer año de vida. (12). La presencia de inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima y células linfocíticas vivas en la leche materna produce una protección local y general contra las infecciones. La leche materna, como órgano vivo, trasplanta en el niño la experiencia inmunológica de su madre adulta.

La leche materna aporta al niño inmunoglobulina G e Inmunoglobina M y especialmente, Inmunoglobina A secretora (SIgA), que es el anticuerpo dominante y que se sintetiza en la glándula mamaria. El niño recibe 0,5 g diarios de SIgA por la leche materna, la cual es resistente a la destrucción por enzimas proteolíticas y se une a bacterias, virus y antígenos, constituyendo un tipo de defensa local muy importante. En la fracción SIgA de la leche humana se han descrito anticuerpos contra muchas bacterias y virus. Conviene destacar que SIgA protege contra E. coli, Salmonella, B. Pertussis y virus Polio. La síntesis de anticuerpos en la glándula mamaria se realiza con información proporcionada por el tubo digestivo de la madre, a través del llamado círculo enteromamario, por migración de linfoblastos. La leche materna proporciona, además, mecanismos de defensa inespecíficos y células vivas que llevan información inmunológica de la madre adulta a su hijo: linfocitos T y B que colonizan los órganos hematopoyéticos del lactante.

La fracción de la leche rica en anticuerpos tiene receptores análogos y se une a bacterias, impidiendo que éstas ingresen a las células faríngeas. Probablemente ésta es una de las explicaciones de la menor incidencia de infecciones respiratorias en niños amamantados. En resumen, la leche materna contiene los siguientes factores de defensa: anticuerpos, receptores análogos, lactoferrina, lisozima y leucocitos, que están representados por macrófagos, granulocitos y linfocitos T y B, cuyo rol biológico es desconocido. La leche materna brinda protección pasiva y acelera la maduración, mediante los moduladores de crecimiento. (19)

4.2.8.1.2. Disminuye riesgo de enfermedades alérgicas e inmunes.

Las evidencias sugieren que la lactancia exclusivamente materna, al menos durante los primeros seis meses de vida, retarda la aparición del asma, la rinitis alérgica, la dermatitis atópica y la alergia alimentaria. En teoría, la leche materna es responsable de la maduración de la barrera constituida por la mucosa intestinal para reducir la translocación de antígenos de las proteínas y por tanto, disminuir la estimulación inmunitaria. La leche materna disminuye el riesgo de desarrollar enfermedad celiaca, tiene efectos preventivos para la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, la esclerosis múltiple y la artritis reumatoide. (14)

4.2.8.1.3. Contribuye a formación de flora intestinal

La leche materna de una madre es compatible con la respuesta inmune en el recién nacido, ya que ayudan a los intestinos del bebé a que se convierta en un hogar sano para una mezcla de especies bacterianas. La leche materna contiene una diversidad de oligosacáridos no digerible que funcionan como prebióticos y estimulan de forma preferente la proliferación de bifidobacterias y lactobacilos, bacterias importantes promotoras de la salud, las cuales causan fermentación de oligosacáridos a ácidos grasos de cadena corta. Los bebés que se amamantan durante el primer mes de vida registran un aumento en las bacterias promotoras de la salud.

En cuanto a los bebés alimentados con leche materna vs. los alimentados con fórmula presentan diferencias en grandes familias de bacterias y más diversidad en las especies individuales. Las bacterias que son estimuladas por el amamantamiento generan más genes protectores biológica e inmunológicamente en el huésped que la alimentación por fórmula. La importancia de la nutrición con leche materna durante la lactancia es crítica para la colonización temprana del

intestino neonatal y por ende para el desarrollo de la función inmunoprotectora de la mucosa intestinal. (20)

4.2.8.1.4. La lactancia disminuye riesgo de otitis media

El acto de la lactancia materna permite importantes interacciones bacterianas y hormonales entre la madre y el bebé, principalmente en órganos como la boca, lengua, garganta y trompas de Eustaquio. La falta de lactancia materna y menos patrones intensivos de la lactancia materna se asocian con un mayor riesgo de otitis media aguda, una de las infecciones más comunes en la infancia. Una revisión de estudios epidemiológicos indica que la introducción de la fórmula infantil en los primeros 6 meses de vida se asocia con una mayor incidencia de otitis media aguda en la primera infancia. (21)

4.2.8.1.5. Disminuye riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante

El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) se define como la muerte súbita de un lactante de menos de un año, cuya causa permanece inexplicada después de una minuciosa investigación del caso que incluya autopsia completa, examen del lugar de fallecimiento y revisión de la historia clínica. Se ha demostrado en numerosos estudios de casos y controles y meta análisis que la lactancia materna es un factor protector del SMSL. La lactancia materna debe prolongarse al menos hasta los seis meses de edad, ya que la gran mayoría de muertes súbitas ocurren en este periodo. (22)

Un estudio, publicado en julio de 2011 en la revista *Pediatrics*, concluyó que la lactancia materna, cualquiera que fuera su duración, protege contra el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). El efecto protector de la lactancia es más fuerte en lactancias exclusivas, es decir, cuando no existe suplementación con fórmulas lácteas. El estudio sugiere también que es el hecho de amamantar, en sí, el que protege del SMSL, y que no es meramente un marcador de otros factores protectores. Por ende, los investigadores recomiendan que las madres amamenten a sus hijos como forma potencial de reducir el riesgo de SMSL. La asociación entre dar el pecho y la reducción del riesgo de SMSL es considerable y se demostró a lo largo de 18 estudios analizados. La explicación biológica de los hallazgos es que los niños amamantados despiertan

más fácilmente del sueño activo que los niños alimentados con fórmulas lácteas a los 2 o 3 meses de edad, siendo el mayor pico de ocurrencia de SMSL entre los 2 y 4 meses de edad. (23)

4.2.8.1.6. Disminuye el riesgo de desarrollo de Diabetes Mellitus.

La diabetes mellitus es un trastorno crónico del metabolismo de hidratos de carbono como resultado de una producción inadecuada de insulina (Tipo 1) o un uso inadecuado de la insulina (tipo 2). La destrucción autoinmune de las células beta del páncreas que resulta en una deficiencia absoluta de insulina suele ser la causa de la diabetes mellitus tipo 1. La Diabetes mellitus tipo 2 generalmente es causada por resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia compensatoria. (24) La leche materna es capaz de tener un impacto positivo sobre la salud mediante la prevención de la manifestación de enfermedades como Diabetes Mellitus.

La lactancia materna durante un corto período de tiempo o su ausencia puede ser un factor de riesgo importante para la Diabetes Mellitus Tipo 1. La lactancia materna exclusiva hasta, al menos cuatro meses después del nacimiento disminuye la probabilidad de adquirir DM1, en comparación cuando hay exposición temprana a la leche de vaca. En la Diabetes Mellitus tipo1, la destrucción autoinmune de las células pancreáticas beta se transmite genéticamente. Sin embargo, parece que no todos los individuos que tienen el gen desarrollan la enfermedad. Este hecho sugiere la existencia de factores ambientales que pueden controlar su manifestación. La destrucción de las células beta se produce, en promedio, durante los diez años, coincidiendo con el pico de incidencia la enfermedad, que se produce entre las edades de 10-14 años.

Se cree que la protección de la lactancia materna contra DM2 se asocia con sus constituyentes bioquímicos y su composición nutricional diferenciada. Algunas sustancias bioactivas pueden promover el equilibrio de la energía mediante la reducción de la deposición de grasa y favoreciendo las respuestas metabólicas deseables. Además, la leche materna contiene cantidades adecuadas de ácidos grasos poliinsaturados para asegurar un adecuado número de receptores de insulina en el cerebro del niño, necesarios para mantener el metabolismo de la glucemia normal. Los beneficios de la lactancia materna se han atribuido a sustancias bioactivas, que promueven la maduración del sistema inmune, reducir la resistencia a la insulina, y prevenir el aumento de peso excesivo durante la niñez. (25)

4.2.8.1.7. Disminuye riesgo de obesidad

Un estudio europeo IDEFICS reveló que la lactancia materna exclusiva entre los 4 y 6 primeros meses de vida podría proteger contra el sobrepeso en la infancia. El estudio señala que la composición de la leche materna puede cambiar de acuerdo con el período de lactancia y las necesidades del niño, lo que la diferencia de la leche de fórmula especial. Además, algunas hormonas como la insulina son segregadas de diferente forma durante la lactancia materna con respecto a la lactancia artificial. Otra posibilidad es que la leche materna puede modular la función del intestino y con ello la absorción y utilización de los nutrientes. Por otro lado, la diferente concentración de insulina plasmática en niños con lactancia artificial podría estimular el depósito de lípidos y el desarrollo más temprano de sus adipocitos. (26)

Las vías precisas subyacentes del potencial efecto protector de la lactancia materna en el sobrepeso y la obesidad siguen siendo desconocidas, pero se han propuesto varios mecanismos plausibles. Las proteínas y la ingesta total de energía, así como la cantidad de energía metabolizada, son superiores en los niños alimentados con fórmula en relación con leche materna, lo que lleva a un aumento de peso corporal durante el período neonatal y los datos sugieren que el aumento de peso en los primeros años de vida se asocia positivamente con el desarrollo de la obesidad durante la infancia.

Las diferencias en la liberación de insulina y otras hormonas pancreáticas y del intestino también se han observado entre los lactantes alimentados con fórmula con leche materna y, con la alimentación con fórmula que conduce a mayores niveles plasmáticos de insulina que a su vez estimulan la deposición de grasa y el desarrollo temprano de los adipocitos, las células que almacenan grasa. La leche materna contiene en sí las hormonas y otros factores biológicos implicados en la regulación de la ingesta de alimentos y el balance energético que puede ayudar a los procesos fisiológicos a largo plazo responsables del mantenimiento del equilibrio de energía. La lactancia modera el impacto de los procesos fisiológicos que promueven el aumento de peso durante la infancia y ayuda al individuo a tener un riesgo menor para el sobrepeso y la obesidad en el futuro. (27)

4.2.8.1.8. Lactancia disminuye riesgo de leucemia en niños

Un análisis de 15 estudios por separado encontró que dar lactancia, aunque sea por menor tiempo, disminuye en un 11% el riesgo de sufrir dicha enfermedad, en comparación con aquellos niños a los que se les negó ese derecho, encontrándose que la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida o más se asocia con menos riesgo de padecer leucemia. La evidencia científica indica, que existen en la leche materna sustancias como anticuerpos, lactoferrina, hormonas, oligosacáridos, y células madre que le dan un efecto protector contra el cáncer infantil. (28)

4.2.8.2. BENEFICIOS PARA LA MADRE

La lactancia materna también contribuye a la salud de la madre inmediatamente después del parto, ya que ayuda a reducir el riesgo de hemorragia posparto. A corto plazo, la lactancia materna retrasa el retorno a la fertilidad y a largo plazo reduce la diabetes tipo 2 y el cáncer de mama, de útero y de ovario. Los estudios también han descubierto vínculos entre el cese temprano de la lactancia materna y la depresión posparto en las madres. (29)

4.2.8.2.1. Disminuye hemorragia postparto

Una de las preocupaciones, especialmente en las primeras horas después del parto, es el riesgo de sangrado que tienen las puérperas. Un sangrado agudo, que puede significar una inestabilidad. Hay muchas medidas para evitar este sangrado postparto, el masaje uterino, utilizar oxitocina, etc. Pero hay otra serie de medidas que se pueden llevar a cabo y una de ellas es la lactancia materna. (30)

4.2.8.2.2. Regula el peso de la madre

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

Los estudios muestran que las madres con lactancia materna queman más calorías, presentando una mayor y más rápida recuperación del peso anterior al embarazo. La pérdida de peso es paulatina, más evidente en los 3 primeros meses, y se localiza principalmente a nivel de caderas y cintura. La pérdida de peso se produce porque se altera el metabolismo lipídico de la madre. Durante el embarazo se acumulan grasas a nivel periférico y en el momento de la lactancia ocurre una movilización de esas grasas. Disminuye la síntesis de grasa a nivel periférico y aumenta la formación de lípidos para la leche. (30)

4.2.8.2.3. Periodo más largo de amenorrea

La amenorrea fisiológica es un periodo que sigue al parto en la mujer lactante y se produce porque al succionarse el pezón y al aumentar la producción de prolactina se inhibe el eje hipotálamo-hipófisis, reduce la liberación de gonadotropina y disminuye el pico LH y por tanto, no se produce ovulación. (30)

4.2.8.2.4. Menor riesgo de osteoporosis

Como beneficios a largo plazo se encuentra el metabolismo del calcio, todo ello dirigido a aumentar los niveles de calcemia y con ello favorecer el paso del calcio a la leche. Proviene de las reservas de la madre, de sus depósitos óseos, con lo cual sería lógico pensar que las madres con lactancia materna, por esa movilización del calcio, presentasen mayores riesgos de osteoporosis, pero esto no ocurre así, sino todo lo contrario. Hay una disminución del riesgo de osteoporosis y esto es porque a la vez que se produce un aumento del metabolismo existe un aumento de la absorción del calcio, con lo que, a largo plazo produce una disminución de probabilidades de fracturas de caderas y de columna espinal en mujeres postmenopáusicas. (30)

4.2.8.2.5. Menor riesgo de cáncer de mama

La lactancia materna es un factor protector bien definido contra el cáncer de mama. Existen dos hipótesis para explicar dicho efecto: la maduración mamaria que tiene lugar durante la lactancia; y el retraso que genera la lactancia en la recuperación de los ciclos menstruales tras el embarazo. (31). Está comprobado que en las madres que dan lactancia materna, al menos durante 12 meses, hay una disminución del riesgo de cáncer de mama premenopáusico de hasta un 4,3%. En los

países subdesarrollados la incidencia del cáncer de mama es muy baja. Esto se cree que es debido, por un lado, a la alta paridad (5, 6 ó 7 hijos), y, por otro lado, al mantenimiento de la lactancia materna durante largos periodos de tiempo. Muchas veces es el único medio que tienen las madres de alimentar a sus hijos, con lo que se prolonga el efecto protector. En cambio, en los países industrializados, en los que muchas veces los periodos de lactancia materna van sólo de 2 a 4 meses, porque en muchas ocasiones la madre se tiene que incorporar al trabajo; se ha visto que las tasas de cáncer son mayores.

Hay menor riesgo de cáncer debido a la menor exposición a estrógenos que hay en el periodo de lactancia. Esta menor exposición a estrógenos en el tejido mamario ayuda a disminuir el riesgo de cáncer de mama. También, podríamos hablar de la inhibición del eje hipotálamo-hipófisis que produce una demora en la aparición de la ovulación, y por ello un menor nivel de estrógenos que actúan a nivel mamario y por tanto menor riesgo de cáncer. También se habla de una disminución de carcinógenos solubles en grasas y otros contaminantes en las mujeres lactantes. (30)

4.2.8.2.6. Menor riesgo de cáncer de ovario

Otro beneficio a largo plazo que proporciona la lactancia es la disminución de cáncer de ovarios. En condiciones normales, se puede considerar que las dos teorías que pueden explicar la patogénesis de cáncer de ovarios son las repetidas ovulaciones: la ovulación en sí, supone un trauma para el ovario y a la consiguiente reparación. Estas continuas lesiones y reparaciones son las que pueden hacer que, en la proliferación de las células haya una mutación y aumente el riesgo de malignefacción. Con la lactancia materna se observa que, por un lado, disminuirá el cáncer de ovarios porque se inhibe esa ovulación: hay disminución de las gonadotropinas, disminución del pico LH y por lo tanto son periodos de amenorrea. Y por otro que la succión y el aumento de prolactina disminuyen los niveles de gonadotropinas, con lo que se podría decir que es un efecto combinado. (30)

4.2.8.2.7. Beneficios emocionales

Otro aspecto importante son las ventajas psicológicas. la experiencia de amamantar, le permite a la madre compartir con el hijo momentos de placer y bienestar, el efecto de la oxitocina disminuye el estrés y, por tanto, hay menor riesgo de depresión postparto. Aumenta la autoestima materna y mejora o intensifica el vínculo madre-hijo, los bebés lloran menos y

posiblemente se desarrollan más rápido cuando permanecen cerca de su madre y son amamantados inmediatamente después de nacer. (30)

4.2.8.3. Beneficios económicos de la lactancia

La lactancia permite un importante ahorro de recursos a nivel familiar y de la sociedad, tanto en alimentos como en costo de las enfermedades que se evitan con el amamantar. Los productos sustitutos de la leche materna son caros y en ocasiones deben ser importados, lo que genera un gasto importante de divisas. Las familias de muy bajos recursos alimentan a sus niños con mezclas diluidas de poco valor nutritivo que no contribuyen a un crecimiento y desarrollo adecuados. Aportarle nutrientes adicionales a la madre que amamanta resulta más barato que comprar productos sustitutos de la leche materna. Favorecer la lactancia significa, además, ahorro de recursos para los servicios de salud por concepto de fórmulas, biberones y personal. La menor incidencia de enfermedades del lactante determina menor gasto de recursos en hospitalización, medicamentos y atención profesional. (32)

4.2.8.4. Beneficios de la lactancia para la sociedad

- La lactancia ahorra costos de atención médica debido a que los costos totales de la atención médica a nivel nacional son menores para los lactantes que se alimentan sólo con leche materna que para los lactantes que nunca recibieron leche materna, ya que los lactantes amamantados por lo general necesitan menos visitas al consultorio médico, prescripciones y hospitalizaciones por enfermedad.
- La lactancia contribuye a tener una fuerza laboral más productiva porque las madres que amamantan se ausentan menos del trabajo y sus bebés se enferman con menos frecuencia. Los costos médicos para el empleador también son menores y la productividad del empleado es mayor.
- La lactancia es mejor para nuestro medio ambiente porque se producen menos basura y desechos plásticos en comparación con la basura que producen los recipientes de la leche de fórmula y los accesorios para biberones. (33)

4.2.9. TÉCNICA DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de la expulsión activa y una extracción activa por parte del bebé. El niño, para realizar una succión efectiva de pecho, necesita crear una tetina con éste. Esta tetina se forma aproximadamente, con un tercio del pezón y dos tercios de la areola de la mama. Durante la succión la lengua ejerce un papel fundamental, siendo sus movimientos en forma de ondas peristálticas de delante hacia atrás, los que ejercen la función de ordeñar los senos lactíferos, lugar donde se almacena la leche que se ha producido.

4.2.9.1. Posiciones para amamantar

No existe una sola postura para dar de mamar. Es posible utilizar cualquier postura siempre que el niño este bien agarrado al pecho y madre e hijo estén cómodos. En la práctica se utilizan, habitualmente, dos posturas y alguna variante. Madre y bebé deben estar cómodos y muy juntos, preferiblemente con todo el cuerpo del bebé en contacto con el de la madre. El agarre se facilita colocando al bebé girando hacia la madre, con su cabeza y cuerpo en línea recta, sin tener el cuello torcido, más extendido que flexionado, con la cara mirando hacia el pecho y la nariz frente al pezón.

Sentada. Es la más habitual. Conviene utilizar una silla o un sofá cómodo y no excesivamente mullido, que permita a la madre apoyar firmemente la espalda e incorporarse ligeramente para que el pecho caiga hacia adelante y no quede plano. En ésta posición es conveniente que la madre mantenga la espalda recta y las rodillas ligeramente elevadas, con la cabeza del niño apoyada en su antebrazo, no en el hueco del codo. Una vez que el bebé está bien colocado, la madre puede estimular al bebé para que abra la boca rozando sus labios con el pezón y a continuación, una vez que su boca está bien abierta, desplazar al bebé suavemente hacia el pecho. Hay que evitar acercar al bebé empujando su cabeza con la mano, ya que de forma refleja la llevará hacia detrás apartándose del pecho.

Acostada o de lado. Es la postura de elección si la madre se encuentra cansada o dolorida tras el parto o en la toma nocturna. La madre se acuesta de lado, lo más cómoda posible, apoyado su cabeza en una o varias almohadas y mantenimiento elevado el brazo que queda por debajo; con el

otro sujeta al bebé al que coloca en frente, también de lado, de manera que su cabeza quede a la altura del pecho.

Invertida o de pelota de rugby. Esta posición es recomendable para las mujeres que han dado a luz por cesárea, ya que el peso del bebé no descansa en el abdomen. Es también una buena posición cuando los pechos son muy grandes y para amamantar a gemelos, niños prematuros y con bajo peso al nacer. La cabeza del bebé descansa en una de las manos de la madre y el resto del cuerpo a lo largo del mismo antebrazo.

4.2.9.2. Posición y agarre del bebe al pecho

Cuando el agarre es adecuado, el labio inferior queda muy por debajo del pezón y buena parte de la areola dentro de su boca que está muy abierta. Casi siempre es posible observar que queda más areola visible por encima del labio superior del bebé que por debajo de su labio inferior. De esta forma se asegura que el pecho se mantenga bien dentro de la boca del bebé y que los movimientos de succión y ordeño sean eficaces (8)

4.2.9.3. Signos de buena posición y agarre del pecho (8)

Posición correcta del bebe al pecho

- Cabeza y cuerpo en línea recta.
- La cara mira hacia el pecho, la nariz frente al pezón.
- Madre y bebe juntos.
- Apoyo a las nalgas, no solo la cabeza y el cuerpo

Signos de buen agarre

- El mentón toca el pecho.
- La boca está muy abierta.
- Labios evertidos (hacia afuera).
- Mejillas redondas o a planadas contra el pecho.
- Más areola visible por encima de la boca.

4.2.10. DIEZ PASOS PARA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

Los diez pasos para una feliz lactancia natural han sido elaborados por la OMS y el UNICEF para asegurar que los servicios de maternidad ofrezcan a todos los niños un buen punto de partida y faciliten a las madres el apoyo necesario para dar el pecho. Hoy en día, esta lista de comprobación ya se está utilizando en los hospitales de más de 150 países. Los diez pasos que

deben seguir los establecimientos de salud para promover una buena lactancia consisten en:
(34)

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar a los niños alimentados al pecho, chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

4.2.11. DESTETE FORZOSO VRS DESTETE NATURAL.

HASTA CUÁNDO ALIMENTAR AL BEBÉ CON LECHE MATERNA

La mayor parte de los lactantes reducen gradualmente el volumen y la frecuencia de sus tomas entre los 6 y 12 meses de edad, una vez se acostumbran a alimentos sólidos y a beber líquidos por una botella o taza. A medida que demandan menos leche, la producción de la madre disminuye de manera progresiva sin las molestias propias de la congestión mamaria. El destete puede realizarse cuando la madre y el niño lo deseen, sustituyendo a lactancia materna, primero de forma parcial y después total. Finalmente, la leche materna es sustituida por formulas artificiales, generalmente a lo largo de varios días, consiguiendo posteriormente el destete completo. (35)

4.2.11.1. Destete natural

El “Destete natural” es cuando se suspende la alimentación al seno materno, de una forma gradual, con mucho amor y en el tiempo óptimo de 2 años o más, en la mayoría de las veces por espontaneidad del niño o la niña, en otras, por decisión de la madre. (3)

4.2.11.2. Destete forzoso

A pesar de que la Estrategia para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, de OPS y UNICEF, y la normativa del Ministerio de Salud de nuestro país recomiendan que el amamantamiento debe ser hasta 2 años o más, en algunas ocasiones las madres deciden suspender la lactancia materna antes de que se cumpla esta recomendación, e incluso tempranamente antes de los 6 meses, privando a los niños y niñas de los múltiples beneficios para su salud, nutrición e incluso a su función de bienestar y apoyo emocional. A esta actividad se le denomina “Destete forzoso”. (3)

4.2.12. CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

Siempre que la producción de la leche materna sea suficiente, que la dieta de la madre resulte adecuada y no esté infectada por el HIV, no existen inconvenientes para dar el pecho a los niños a término sanos. A la leche pueden pasar alérgeno frente a los cuales el niño esté sensibilizado, pero raramente será una razón suficiente para interrumpir la lactancia materna.

Existen también ciertas contraindicaciones de la lactancia materna que atañen a la madre. 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. Cuando el lactante no resulta afectado, puede vaciarse el pecho de la madre si su enfermedad lo permite y darle la leche por una botella o taza. No deben dar pecho las madres con septicemia, tuberculosis activa, fiebre tifoidea, cáncer de mama o paludismo. El consumo de drogas y la neurosis o psicosis graves también suponen contraindicaciones de la lactancia materna. (35)

4.3. MARCO LEGAL

4.3.1. LEY DE LA LACTANCIA MATERNA

La Ley de Lactancia Materna fue presentada en Sesión Plenaria el 26 de junio de 2013, dicha propuesta, emanada de la Comisión de Salud y Medio Ambiente, de acuerdo al Dictamen No. 37 Favorable que se refiere a los expedientes No. 323-9-2003 y 323-9-2003-2 que dan cuenta de las dos iniciativas de Ley presentadas por CALMA, la primera que ingreso en la sesión plenaria de fecha 4 de septiembre del año 2003 y la segunda, el 30 de agosto de 2012.

El dictamen menciona que el análisis de ambos expedientes inició en septiembre de 2012, solicitándose a la Gerencia de Operaciones Legislativas, por medio de la Unidad de Análisis, un estudio sobre legislación comparada en materia de lactancia materna a nivel centroamericano y en los países del triángulo norte, a fin de conocer los avances en esa materia; como resultado se crea un equipo integrado por los asesores de los diferentes grupos parlamentarios, representados en la Comisión de Salud, que realizan un estudio técnico de los proyectos, a fin de presentar una propuesta socializada para su discusión, lo cual se realiza el 3 de diciembre de ese año. El dictamen hace un recorrido por todo el proceso a partir de esa fecha, incluyendo discusiones y consultas realizadas, hasta llegar al proyecto de decreto No. 404: Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna. Luego de más de 20 años de trabajar por su aprobación, la Ley fue aprobada ese día con 71 votos a favor de 84 Diputadas y Diputados, en una histórica jornada para las instituciones que trabajaron por alcanzar su aprobación. (3)

4.3.2. DATOS DE LA LEY

- Consta de 66 artículos, divididos en siete títulos y estos en catorce capítulos que establecen las responsabilidades de quienes prestan servicios de salud, tanto públicos como privados, para que garanticen la lactancia materna mediante la promoción de medidas que alienten a la práctica, exclusiva durante los primeros seis meses y prolongada hasta los dos años de edad. Salvo los artículos 19 y 23 que sufrieron cierta modificación, el resto del cuerpo de ley se mantuvo tal como lo presentó dicha comisión.

- Manda a que los prestadores de servicios de salud promuevan prácticas como el apego precoz, alojamiento conjunto, brindar consejería y apoyo en lactancia materna, evitando prácticas que desalienten el amamantamiento.
- Establece que las instituciones públicas y privadas ofrecerán la facilidad para que las madres empleadas puedan amamantar o recolectar su leche, mediante la interrupción de la jornada laboral de hasta una hora diaria; asimismo los patronos deberán habilitar espacios para que las madres recolecten y conserven la leche materna. Los Ministerios de Trabajo y Previsión Social y de Salud supervisarán el cumplimiento de estas disposiciones en los lugares de trabajo.
- Contempla que el Ministerio de Educación debe incorporar en la currícula, contenidos sobre lactancia materna, desde la educación inicial hasta la educación superior.
- Regula las situaciones especiales, respetando, en el marco de los derechos, la libre decisión de la madre y considerando la alimentación a través de bancos de leche humana o con sucedáneos, basados en la guía técnica autorizada por el Ministerio de Salud que contemple todos los aspectos que impidan o contraindiquen la lactancia materna, así como los determinantes maternos, neonatales y socioeconómicos.
- Prohíbe la publicidad de sucedáneos que desaliente la práctica de la lactancia materna, así como establecer, directa o indirectamente, contacto con mujeres embarazadas o madres de lactantes con el objetivo de promocionar los sucedáneos, entre otros.

La normativa permitirá reducir la mortalidad infantil por medio del incremento de los indicadores de lactancia materna, bajo la rectoría del Ministerio de Salud quien será el encargado de hacerla cumplir, acompañado por la Comisión Nacional de Lactancia Materna CONALAM y la instancia técnica de apoyo.

La Ley fue sancionada por el Presidente de la República el 9 de agosto del año 2013 y publicada en el Diario Oficial el 12 de agosto de 2013 y entro en vigencia a partir del 20 de agosto del mismo año. (3)

5. SISTEMA DE HIPÓTESIS

5.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hi: Las madres menores de 20 años de edad conocen la mayoría de beneficios sobre la lactancia materna exclusiva en unidades comunitarias de salud familiar San Miguel; Las Charcas, San Buenaventura y El Sitio, Puerto El Triunfo, Usulután, año 2016.

5.2. HIPÓTESIS NULA

Ho: Las madres menores de 20 años no conocen la mayoría de los beneficios de la lactancia materna exclusiva en unidades comunitarias de salud familiar San Miguel; Las Charcas, San Buenaventura y El Sitio, Puerto El Triunfo, Usulután, año 2016.

Unidad de análisis: Madres menores de 20 años de edad.

Variable: Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva.

5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS Y VARIABLE

HIPÓTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Hi: Las madres menores de 20 años de edad conocen la mayoría de beneficios sobre la lactancia materna exclusiva.	Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva	Conjunto de información que tiene la madre de manera empírica y científica sobre los beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva.	Características sociodemográficas	Edad Escolaridad Estado civil Ocupación Número de hijos
			Beneficios de la lactancia materna en el niño	Disminuye riesgo de enfermedades alérgicas. Disminuye riesgo de otitis media e infecciones de garganta. Menor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. Disminuye riesgo de desarrollar diabetes. Disminuye riesgo de

			Beneficios de la lactancia materna en la madre.	obesidad. Protege contra leucemia. Disminuye hemorragia posparto. Periodo más largo de amenorrea y método de planificación familiar. Menor riesgo de osteoporosis.
--	--	--	---	--

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio Cuantitativo

Porque en la investigación se midió el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre los beneficios la lactancia materna cuando es exclusiva.

Según el análisis y el alcance de los resultados:

Descriptivo:

Porque se determinó la situación actual del conocimiento expresado por las madres menores de 20 años de edad sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva en las unidades de salud de estudio.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de información el estudio se caracterizó por ser:

Prospectivo: Porque se recolectó y registró información a medida progresó el tiempo, mediante una cédula de entrevista sobre el conocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva que brinda al niño y a la madre.

Según el período o secuencia del estudio:

Transversal: Porque se recolectó datos para describir la variable sobre el conocimiento de los beneficios de la lactancia materna en un solo momento, en un tiempo específico.

6.2. UNIVERSO O POBLACION

La población está formada por 128 madres menores de 20 años que se distribuyen en la siguiente tabla:

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE MADRES MENORES DE 20 AÑOS POR UNIDAD DE SALUD.

UCSF	TOTAL DE MADRES MENORES DE 20 AÑOS
UCSF Las Charcas	20
ECOSF El Sitio, Puerto El Triunfo	32
UCSF San Miguel	76
TOTAL	128

6.3. MUESTRA

Debido a que la población es pequeña, no se tomó muestra y se trabajó con el 100% de la población, es decir, el total de madres menores de 20 años pertenecientes a las unidades de salud familiar en estudio.

6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

6.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres menores de 20 años.
- Madres que brinden lactancia materna.
- Que consulten y sean del área geográfica de la unidad comunitaria de salud en estudio.
- Que asistan con sus hijos a los controles infantiles periódicamente.
- Que colaboren voluntariamente con la investigación mediante consentimiento informado.

6.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres que no pueden responder a la cedula de entrevista por algún problema en su estado de salud.
- Madres que no brindan lactancia materna por alguna contraindicación médica.
- Madres que fueron una población móvil, que no pertenezcan al área geográfica de la unidad familiar de salud en estudio.

6.5. TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico: Es no probabilístico porque los individuos de la población no fueron seleccionados al azar; tienen características específicas por ejemplo son madres de 20 años y que brindan lactancia materna.

Por conveniencia: Los sujetos de estudio fueron seleccionados por la accesibilidad, proximidad y por los criterios de inclusión.

6.6. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Documental bibliográfico: se realizó búsqueda de información en libros y diccionarios relacionados con el área de medicina.

Documental hemerografica: se hizo revisión de páginas web, artículos electrónicos y estudios previos.

De campo: se utilizó la cedula de entrevista para recolectar información para el estudio.

6.7. INSTRUMENTOS

Se utilizó la cedula de entrevista como instrumento para recolección de información donde se incluyen 22 preguntas abiertas y cerradas para medir el conocimiento de las madres sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva. (Ver anexo 4).

6.8. PROCEDIMIENTO

6.8.1. PLANIFICACIÓN

En el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina y la Comisión Coordinadora del Proceso de Graduación, para establecer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, asignando a cada grupo un docente asesor, con el cual durante asesorías se seleccionó el tema a investigar y el lugar en que se llevó a cabo la investigación. A continuación se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo presentándose de forma escrita para lo cual se realizaron correcciones señaladas por asesores y coordinadora del proceso de graduación. Posteriormente se realizó la búsqueda de información teórica para construir el marco referencial y se elaboró el protocolo de investigación. Luego se realizó la ejecución de la investigación en los meses de julio

y agosto, se recolectaron los datos para el análisis e interpretación de los mismos por medio de graficas y tablas. Por ultimo se realizo la discusión, conclusiones y recomendaciones.

6.8.2. EJECUCIÓN

La ejecución del trabajo de investigación se llevó a cabo a través de la cédula de entrevista en las unidades comunitarias de salud familiar en estudio previa validación del instrumento; para la recolección de datos que se realizó durante el periodo de 1 de Julio al 31 de agosto 2016.

6.8.2.1. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se realizó la validación del instrumento el día 17 de mayo de 2016, donde se pasó una encuesta a 9 madres que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión para el estudio, en las unidades comunitarias de estudio, para comprobar si se comprendían las preguntas o modificar el contenido de dicho instrumento.

6.8.2.2. RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó durante los meses antes descritos en donde cada investigador por medio de una cédula de entrevista encuestó a los sujetos en estudio detallados de la siguiente forma; en la Unidad familiar de salud de San Miguel se entrevistó a 76 mujeres, en Las Charcas a 20 mujeres, y en El Sitio Jiquilisco a 32 mujeres. En total se pasaron 128 encuestas, previo consentimiento informado.

6.9. PLAN DE ANÁLISIS

Al finalizar la recolección de datos, se procedió a realizar la tabulación de los resultados con sus respectivas graficas; analizando e interpretando cada una de ellas de resultados. El procesamiento de resultados se realizó con el programa estadístico SPSS versión 23.0. Es un programa estadístico informático que se utiliza para trabajar con base de datos y realizar análisis de éstos.

6.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se consideró la privacidad de las personas encuestadas, siendo orientadas previamente sobre el tipo de información que se tratara de obtener de ellas, autorizados por un consentimiento informado, y que los datos obtenidos serán confidenciales (ver anexo 3).

7. RESULTADOS

7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se analizaron en total 128 encuestas que se realizaron a madres menores de 20 años sobre el conocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva. El rango de edades de las madres fue desde 14 hasta 20 años de edad.

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LAS MADRES ENTREVISTADAS.

Edad de la madre	Frecuencia	Porcentaje
14	1	.8
15	10	7.8
16	14	10.9
17	21	16.4
18	23	18.0
19	26	20.3
20	33	25.8
Total	128	100.0

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a madres menores de 20 Años de edad

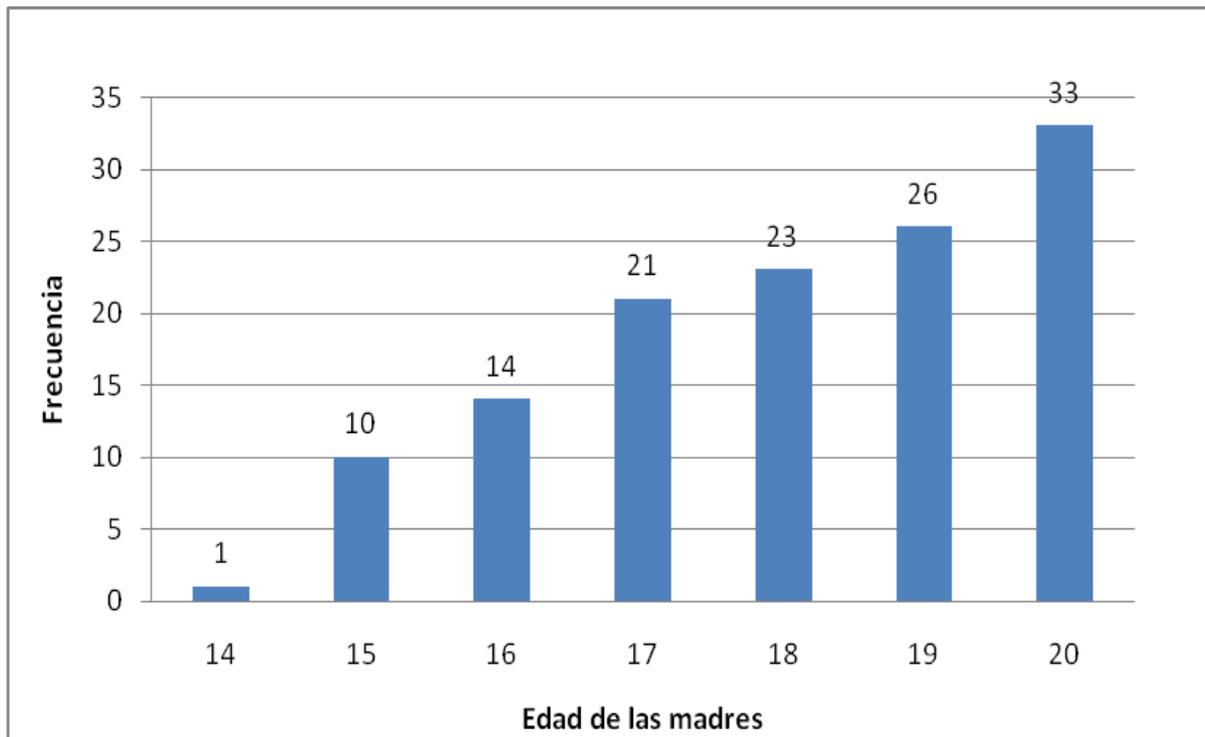
ANÁLISIS:

En la tabla 2 se muestran las edades de las madres en estudio en rangos de edades menores de 20 años; encontrándose 33 madres de 20 años que equivalen al 25.8%, 26 madres de 19 años que corresponde el 20.3%, 23 madres de 18 años equivalen al 18%, 21 madres de 17 años equivalen a 16.4%, catorce madres de 16 años que representan al 10.9%, diez madres de 15 años que equivale al 7.8%, una madre de 14 años que equivale al 0.8% de la población.

INTERPRETACIÓN:

Al interpretar los datos, se puede observar que la mayoría de las madres entrevistadas se encuentran entre las edades de 18, 19 y 20 años, que fueron propicias para desarrollar la investigación y el control de resultados, para valorar sus conocimientos a tan corta edad.

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN POR EDADES MADRES DE LAS MADRES ENTREVISTADAS.



FUENTE: TABLA 2

TABLA 3: NIVEL DE ESCOLARIDAD DE MADRES ENTREVISTADAS.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	4	3.1
Primaria	20	15.6
Secundaria	93	72.7
Universitario	11	8.6
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 Años de edad.

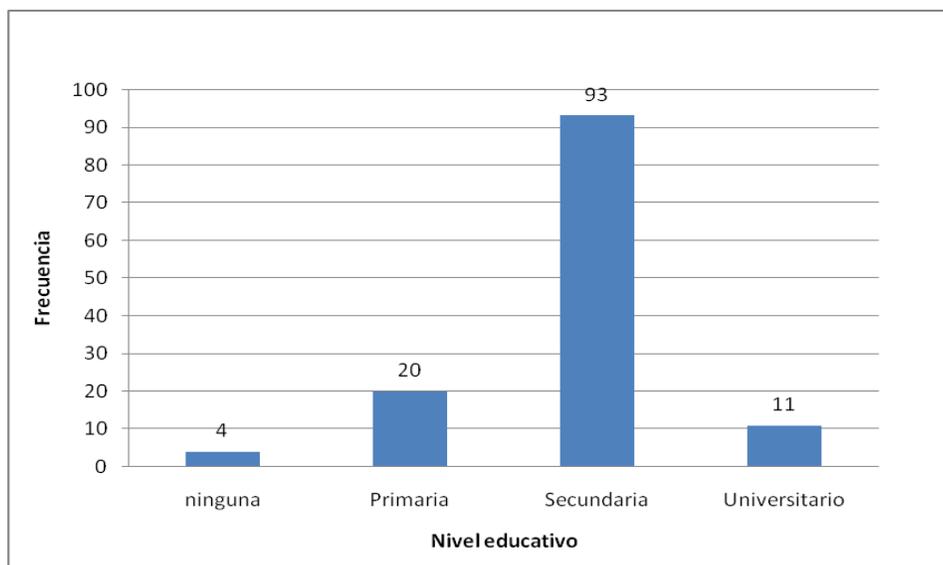
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se observa las madres que cursaron hasta secundaria (de séptimo grado a bachillerato) se encuentran 93 que corresponde al 72.7%, 20 madres que han cursado hasta primaria, es decir de primero a sexto grado, representando el 15.6%. 11 madres que han alcanzado estudios universitarios, con un porcentaje de 8.6% y cuatro madres no recibieron estudios formales que corresponde al 3.1%.

INTERPRETACIÓN:

Con relación al nivel de estudio que poseen las madres entrevistadas, se puede afirmar que la mayoría han logrado estudios a nivel de secundaria, distribuidas mayormente a los grados correspondientes de séptimo octavo y noveno grado, y en una menor cantidad quienes han cursado bachillerato, que también es incluido en educación secundaria. Solo 4 madres no poseían ningún nivel de estudio, por lo que la mayoría de madres lograban comprender las preguntas de la cedula de entrevista.

GRÁFICO 2: NIVEL DE ESCOLARIDAD DE MADRES ENTREVISTADAS



FUENTE: tabla 3

TABLA 4: OCUPACIÓN DE LAS MADRES ENTREVISTADAS

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Comerciante	6	4.7
Estudiante	22	17.2
Oficios Domésticos	99	77.3
Otros	1	0.8
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

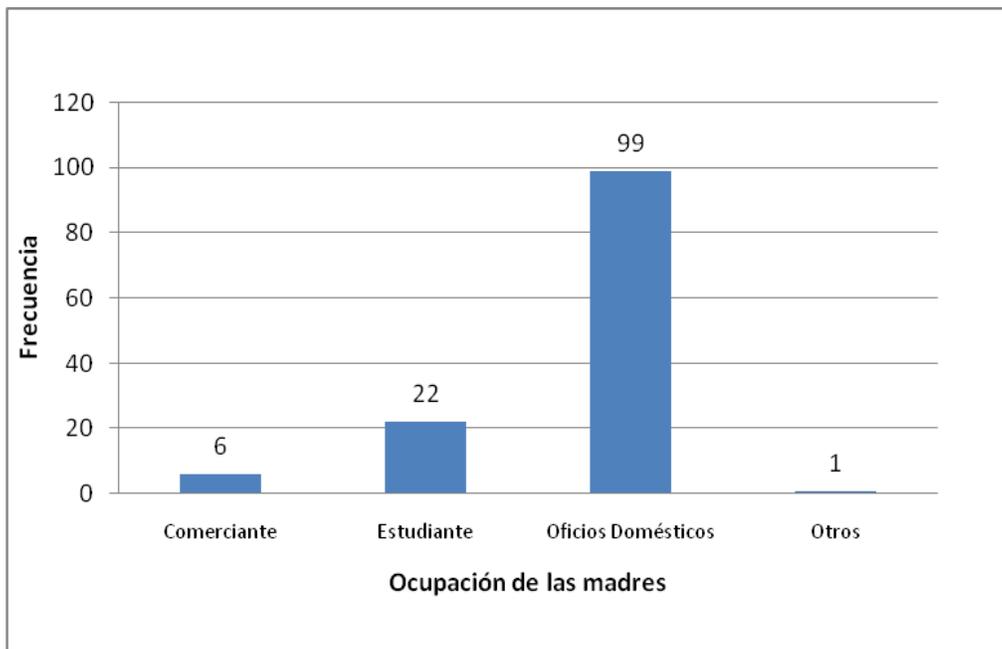
ANÁLISIS:

En la tabla 4 se muestra la ocupación de las madres entrevistadas, en donde el 77.3% de madres realizan oficios domésticos, el 17.2% son estudiantes, el 4.7% corresponde a madres comerciantes, y el 0.8% a otros.

INTERPRETACIÓN

La mayoría de madres entrevistadas no poseían un trabajo fijo, eran comerciantes o se dedicaban a oficios domésticos, muy pocas eran estudiantes. Se observa que hay una relación con el último grado de estudio y su ocupación, ya que muchas madres no continuaron sus estudios, y se han dedicado a tareas del hogar y el cuidado de sus hijos. Al encontrarse la madre en el hogar hay más posibilidades que logre brindar una lactancia adecuada, aunque no conozcan todos los beneficios que posee.

GRAFICO 3: OCUPACIÓN DE MADRES ENTREVISTADAS



FUENTE: Tabla 4

TABLA 5: NÚMERO DE HIJOS QUE TIENEN LAS MADRES ENTREVISTADAS

N° de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1	93	72.7
2	30	23.4
3	4	3.1
4	1	.8
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

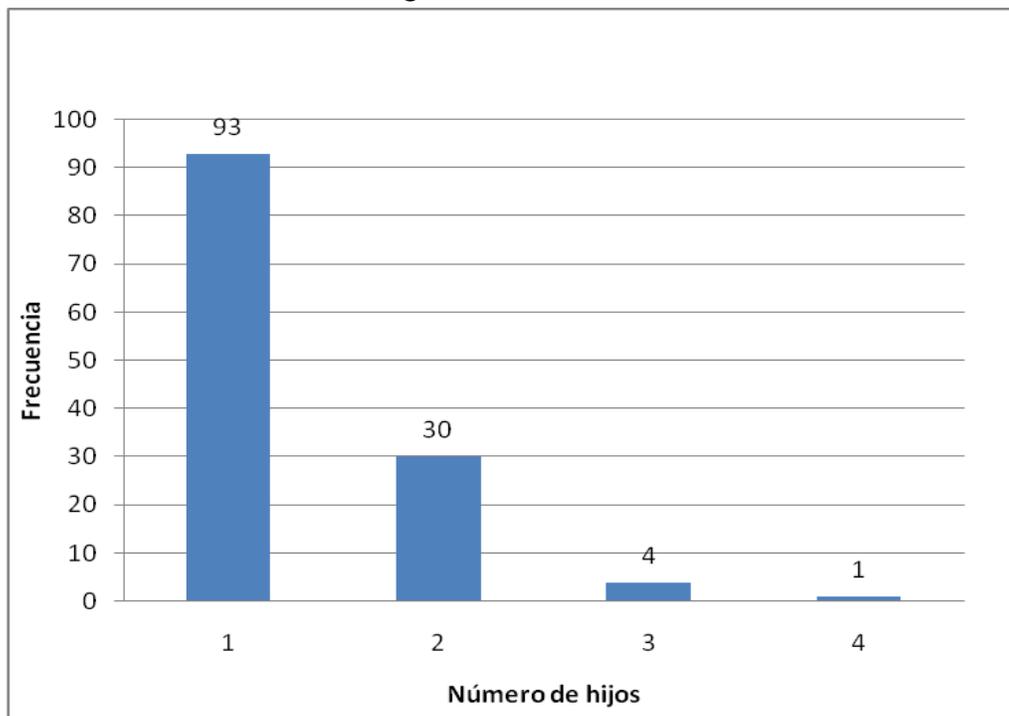
ANÁLISIS:

En la tabla 5 se muestra los resultados de la cantidad de hijos que tienen las madres encuestadas; se puede observar que 93 madres tienen 1 hijo correspondiendo al 72.7%, 30 madres tienen 2 hijos que equivale al 23.4%, 4 madres tienen 3 hijos que corresponde al 3.1% y una madre tiene 4 hijos equivalente al 0.8%.

INTERPRETACIÓN:

Se puede interpretar en la tabla 5 que la mayoría de las madres menores de 20 años tienen solamente un hijo, lo que sugiere que las madres tienen poca experiencia y conocimiento sobre los beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva.

GRÁFICO 4: NÚMERO DE HIJOS QUE TIENEN LAS MADRES ENTREVISTADAS



FUENTE: Tabla 5

TABLA 6: CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE EXISTENCIA DE LEYES QUE APOYAN LA LACTANCIA MATERNA.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	35.9
No	82	64.1
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

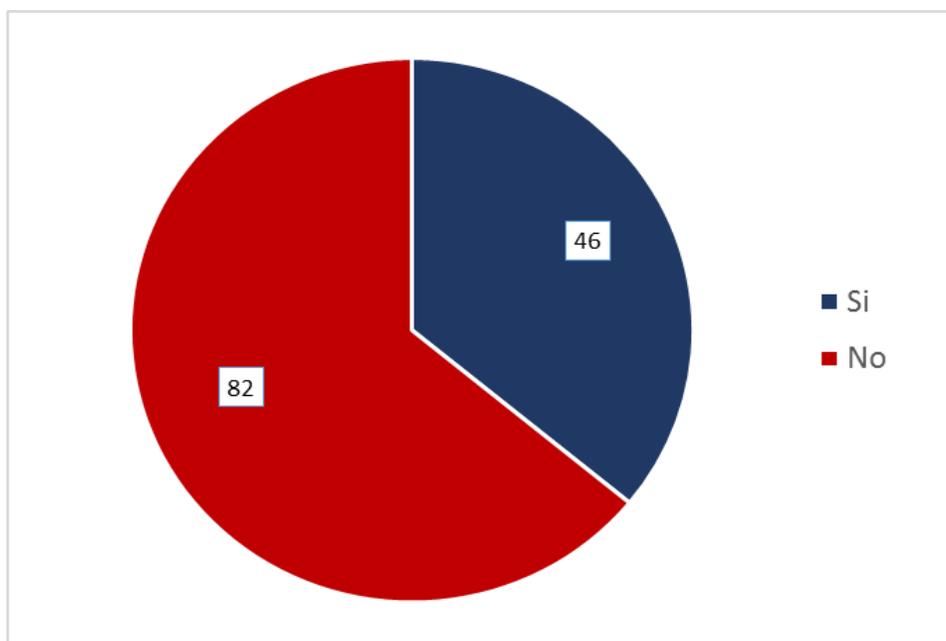
ANÁLISIS:

En la tabla número 6 muestra el conocimiento sobre la ley de la lactancia materna en donde el 100% de la población en estudio son 128 madres encuestadas, el 64.1% respondieron que no tienen conocimiento equivalente a 82 madres. El 35.9% tienen conocimientos sobre dicha ley correspondiente a 46 madres.

INTERPRETACIÓN:

Al interpretar la tabla refleja que la mayoría de la población en estudio no tiene conocimiento sobre leyes que promueven lactancia materna. El decreto No. 404: Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna. Establece que las instituciones públicas y privadas ofrecerán la facilidad para que las madres empleadas puedan amamantar o recolectar su leche.

GRÁFICO 5: CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE EXISTENCIA DE LEYES QUE APOYAN LA LACTANCIA MATERNA



FUENTE: Tabla 6

TABLA 7: TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE RECIBE EL NIÑO

Tipo de alimentación	Frecuencia	Porcentaje
Lactancia Materna Complementaria	13	10.2
Lactancia Materna Exclusiva	107	83.6
Lactancia Parcial	5	3.9
Sin Lactancia	2	1.6
Sin respuesta	1	.8
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

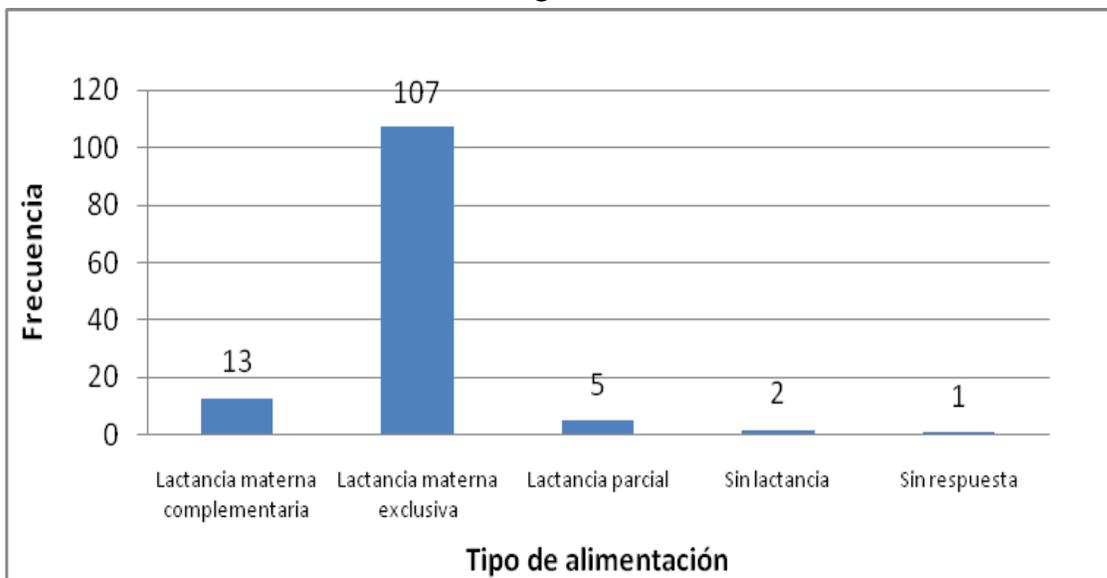
ANÁLISIS:

En la tabla 7 da a conocer el tipo de alimentación que recibe el niño; 107 madres que dan lactancia materna exclusiva que equivale al 83.6%, 13 madres que brindan lactancia materna complementaria que equivale al 10.2%, cinco madres que brindan lactancia parcial que corresponde al 3.9%, dos madres que no brindan lactancia que equivale al 1.6% una madre que no respondió que corresponde al 0.8%.

INTERPRETACIÓN:

Se interpreta en los resultados de la tabla 7 que más del 80% de la población encuestada, estaban brindando lactancia materna exclusiva a sus hijos. Se deduce de los datos anteriores que las madres menores de 20 años tienen conciencia de lo importante que es brindar lactancia materna exclusiva, ya sea por conocimiento del mismo o por costumbre.

GRÁFICO 6: TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE RECIBE EL NIÑO



FUENTE: Tabla 7

TABLA 8: ¿CUANTO TIEMPO CREE USTED QUE DURAN LOS BENEFICIOS QUE TIENE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL NIÑO?

Beneficios de la lactancia	Frecuencia	Porcentaje
Beneficios solo a corto plazo	42	32.8
Beneficios solo a largo plazo	50	39.1
Beneficios a corto y largo plazo	33	25.8
No posee beneficios	3	2.3
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

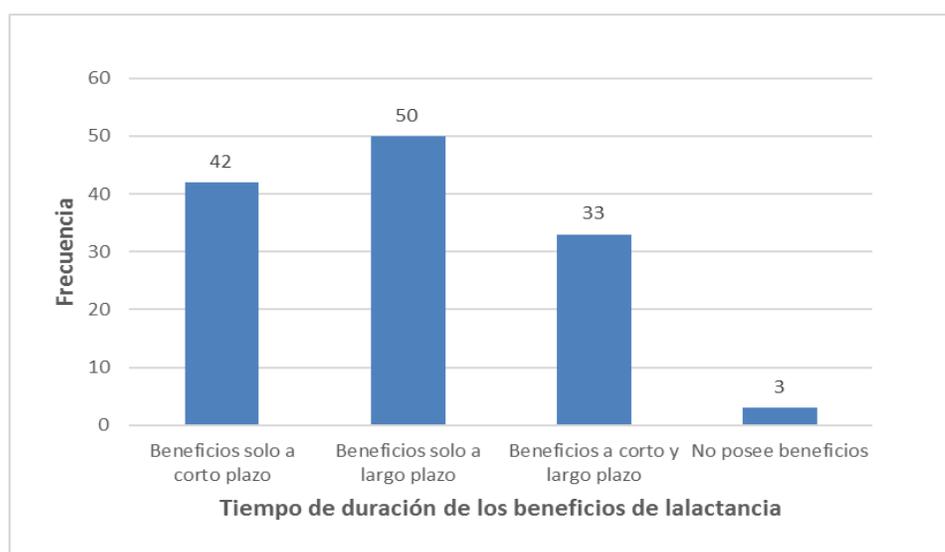
ANÁLISIS:

En la tabla 8 muestra los resultados de los beneficios de lactancia materna, con 50 madres que creen que los beneficios son a largo plazo que corresponde al 39.1%; 42 madres que piensan que los beneficios son a corto plazo que equivale al 32.8%; 33 madres que piensan que los beneficios son a corto y largo plazo que equivale al 25.8%; y 3 madres piensan que no hay beneficios en brindar lactancia materna exclusiva que corresponde al 2.3% de la población total.

INTERPRETACIÓN:

La duración de los beneficios de la lactancia materna exclusiva es de corto y largo plazo, en los resultados anteriores solo el 25% de las madres entrevistadas contestó de forma correcta, y el resto de las madres contestó que la lactancia proporciona sólo beneficios a corto plazo o a largo plazo. Por lo tanto, no conocen este beneficio porque solo una cuarta parte de la población lo conoce.

GRÁFICO 7: ¿CUANTO TIEMPO CREE USTED QUE DURAN LOS BENEFICIOS QUE TIENE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL NIÑO?



FUENTE: Tabla 8

TABLA 9: ¿SABE USTED SI LA LACTANCIA MATERNA AYUDA A PREVENIR LA OBESIDAD EN NIÑOS?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	18.8
No	104	81.3
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

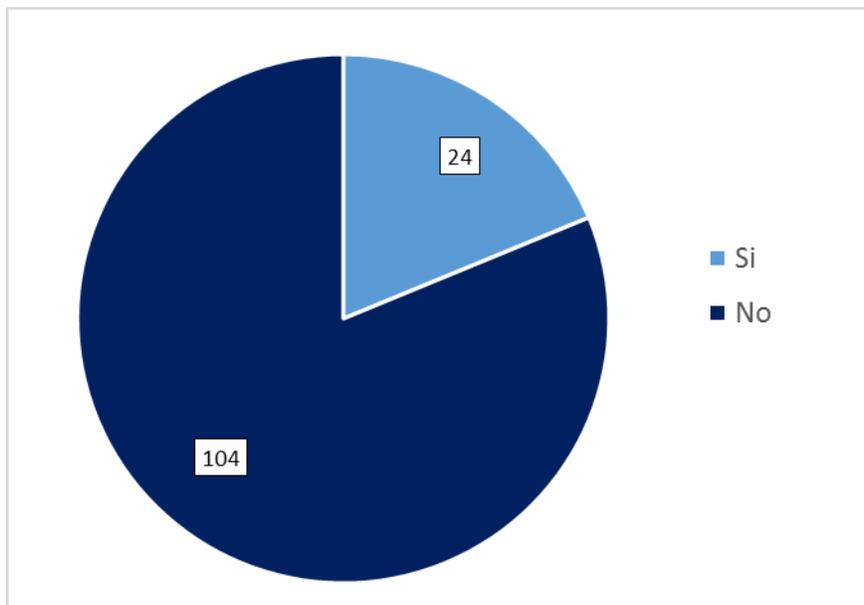
ANÁLISIS:

En la tabla 9 se observa que 104 madres, equivale al 81.3% de la población contestó que no previene la obesidad y 24 madres representando el 18.8% de la población contestó que si previene la obesidad.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla anterior se refleja que la mayoría de la población encuestada no tiene conocimiento que la lactancia materna exclusiva previene la obesidad en los niños. La literatura menciona que la composición de la leche materna puede cambiar de acuerdo con el período de lactancia y las necesidades del niño, lo que la diferencia de la leche de fórmula especial.

GRÁFICO 8: ¿SABE USTED QUE LA LACTANCIA MATERNA AYUDA A PREVENIR LA OBESIDAD EN NIÑOS?



FUENTE: Tabla 9

TABLA 10: ¿SABE USTED QUE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PREVIENE LA MUERTE REPENTINA SIN CAUSA EN LOS NIÑOS?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	10.2
No	115	89.8
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

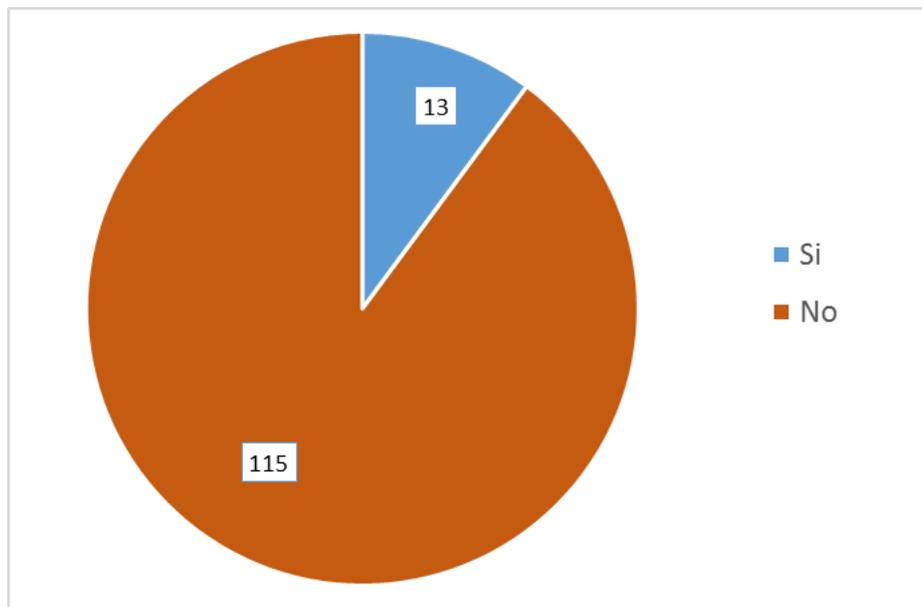
ANÁLISIS:

En la tabla anterior, 115 madres que equivale al 89.8% contestaron que no y 13 madres que corresponde al 10.2% contestaron que si tiene conocimiento.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 12 se interpreta que la mayoría de la población de madres menores de 20 años no tiene conocimiento que la lactancia materna exclusiva previene la muerte repentina. La literatura indica que los niños amamantados despiertan más fácilmente del sueño activo que los niños alimentados con fórmulas lácteas a los 2 o 3 meses de edad, siendo el mayor pico de ocurrencia de SMSL entre los 2 y 4 meses de edad.

GRÁFICO 9: ¿SABE USTED QUE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PREVIENE LA MUERTE REPENTINA SIN CAUSA EN LOS NIÑOS?



FUENTE: Tabla 10

TABLA 11: ¿A QUIÉN BENEFICIA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Solo al niño	92	71.9
A la madre y al niño	35	27.3
A ninguno de los dos	1	.8
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

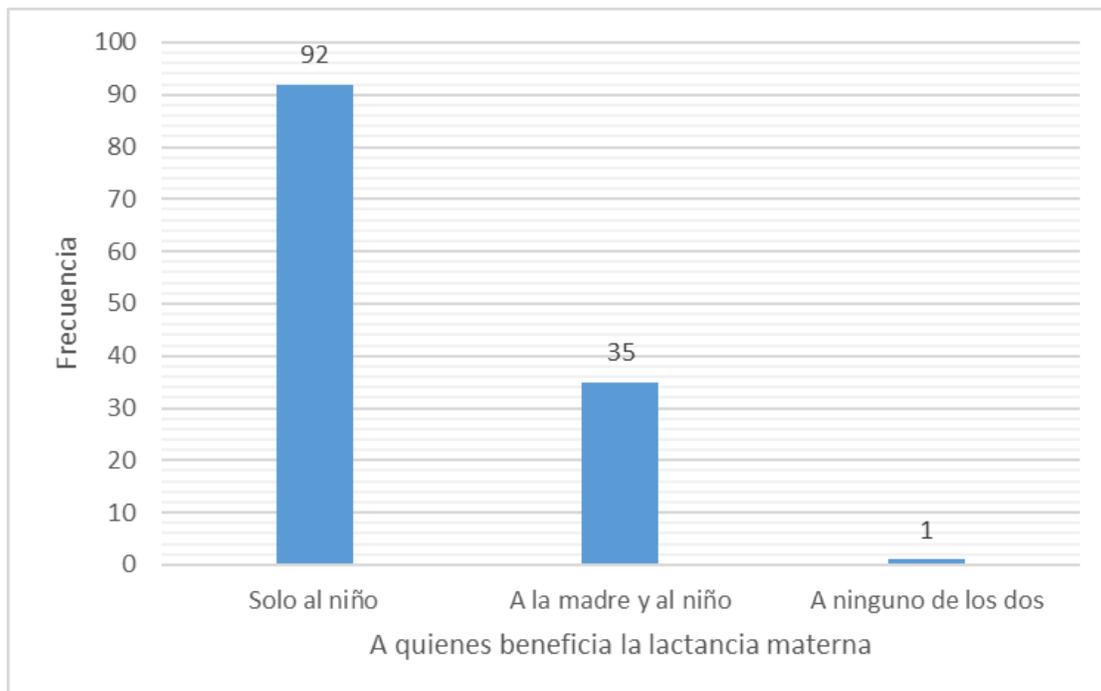
ANÁLISIS:

En la tabla 11 se observa que 92 madres que equivale al 71.9% opinan que beneficia solo al niño; 35 madres que equivale al 27.3% que beneficia a la madre y al niño; y una madre el 0.8% que no beneficia a ninguno.

INTERPRETACIÓN:

Según la literatura la lactancia materna exclusiva brinda beneficios a la madre y al niño. Según los resultados de la tabla anterior la mayoría de las madres piensan que la lactancia materna exclusiva beneficia solo al niño.

GRÁFICO 10: ¿A QUIÉN BENEFICIA MÁS LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?



FUENTE: Tabla 11

TABLA 12: ¿CUANTO TIEMPO ES RECOMENDABLE DAR SÓLO LECHE MATERNA AL NIÑO?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Tres meses	2	1.6
Cinco meses	7	5.5
Seis meses	103	80.5
Ocho meses	16	12.5
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

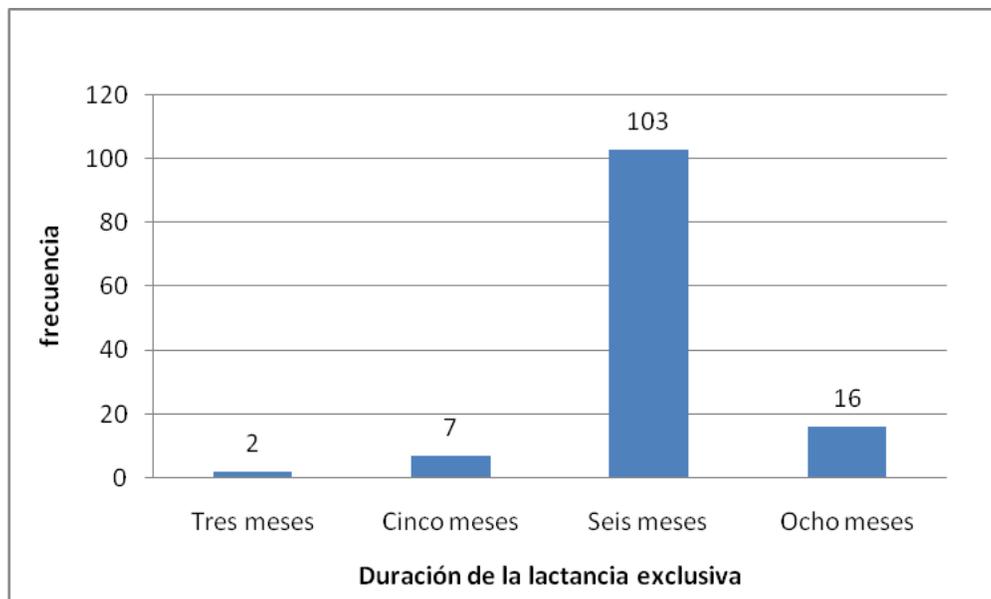
ANÁLISIS:

En la tabla 12 se observa los resultados de cuánto tiempo en meses debe de brindar solo lactancia materna al niño en la cual. 103 madres respondieron seis meses que equivale al 80.5%, 16 madres que ocho meses que corresponde al 12.5%. 7 madres respondieron cinco meses que corresponde al 5.5% y 2 madres piensan que tres meses que equivale al 1.6%.

INTERPRETACIÓN:

En los resultados de la tabla 12 se interpreta que la mayoría de la población de madres menores de 20 años respondió que es recomendable brindar solamente lactancia materna por seis meses siendo está la respuesta correcta. Según la literatura es recomendable brindar al niño solo lactancia materna por seis meses.

GRÁFICO 11: ¿CUÁNTO TIEMPO ES RECOMENDABLE DAR SOLO LECHE MATERNA AL NIÑO?



FUENTE: Tabla 12

TABLA 13: LA LACTANCIA MATERNA PROTEGE A SU HIJO CONTRA ENFERMEDADES ALÉRGICAS.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	88	68.8
No	40	31.2
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

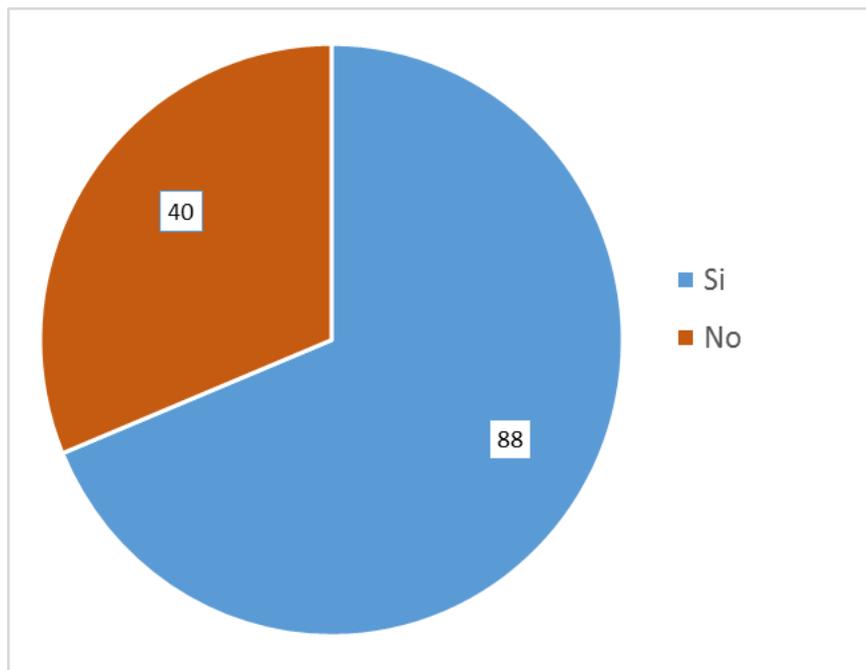
ANÁLISIS:

En la tabla 13, es sobre la interrogante del conocimiento que la lactancia materna protege contra enfermedades alérgicas en donde: 88 madres respondieron que si equivale al 68.8%. Y 40 madres respondieron que no que corresponde al 31.2%.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 13 se interpreta que la mayoría de la población encuestada tienen el conocimiento que la lactancia materna exclusiva protege al niño contra enfermedades alérgica. La bibliografía indica que la lactancia exclusivamente materna, al menos durante los primeros seis meses de vida, retarda la aparición del asma, la rinitis alérgica, la dermatitis atópica y la alergia alimentaria.

GRÁFICO 12: LA LACTANCIA MATERNA PROTEGE A SU HIJO CONTRA ENFERMEDADES ALÉRGICAS.



FUENTE: Tabla 13

TABLA 14: ¿SABE QUE LA LACTANCIA MATERNA DISMINUYE EL RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES CUANDO EL NIÑO CREZCA?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	12.5
No	112	87.5
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

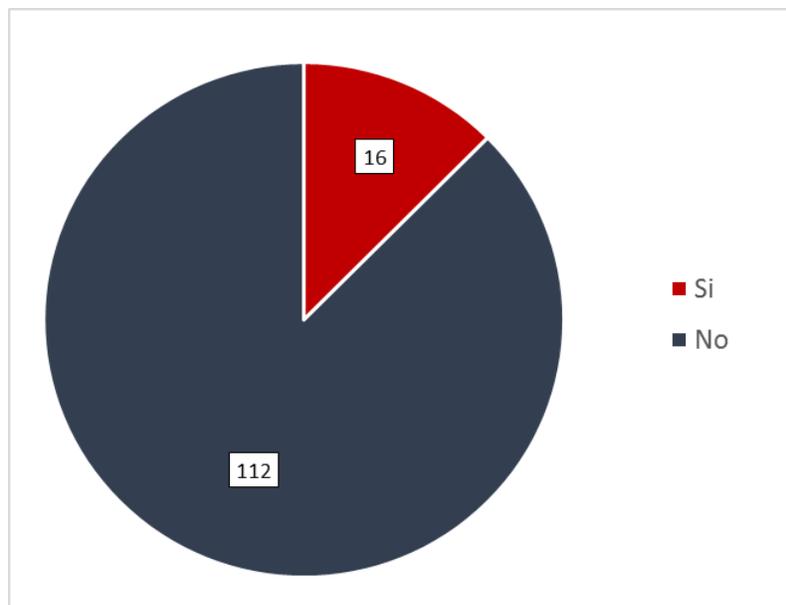
ANÁLISIS

La tabla 14 muestra la respuesta sobre conocimiento en relación a brindar lactancia materna y el desarrollo de diabetes mellitus, en donde 87.5% no tenía conocimiento sobre este beneficio y 12.5 % de las entrevistadas respondió que sí tenía conocimiento.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las madres menores de 20 años no tienen el conocimiento que la lactancia materna exclusiva disminuye el riesgo de desarrollar diabetes en el niño cuando crezca. Según la literatura la leche materna contiene cantidades adecuadas de ácidos grasos poliinsaturados para asegurar un adecuado número de receptores de insulina en el cerebro del niño, necesarios para mantener el metabolismo de la glucemia normal.

GRÁFICO 13: ¿SABE QUE LA LACTANCIA MATERNA DISMINUYE EL RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES CUANDO EL NIÑO CREZCA?



FUENTE: Tabla 14

TABLA 15: ¿TIENE CONOCIMIENTO SOBRE LA RELACIÓN QUE HAY ENTRE BRINDAR LACTANCIA MATERNA Y DISMINUCIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDADES DE OÍDO Y GARGANTA EN EL NIÑO?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	76	59.4
No	52	40.6
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

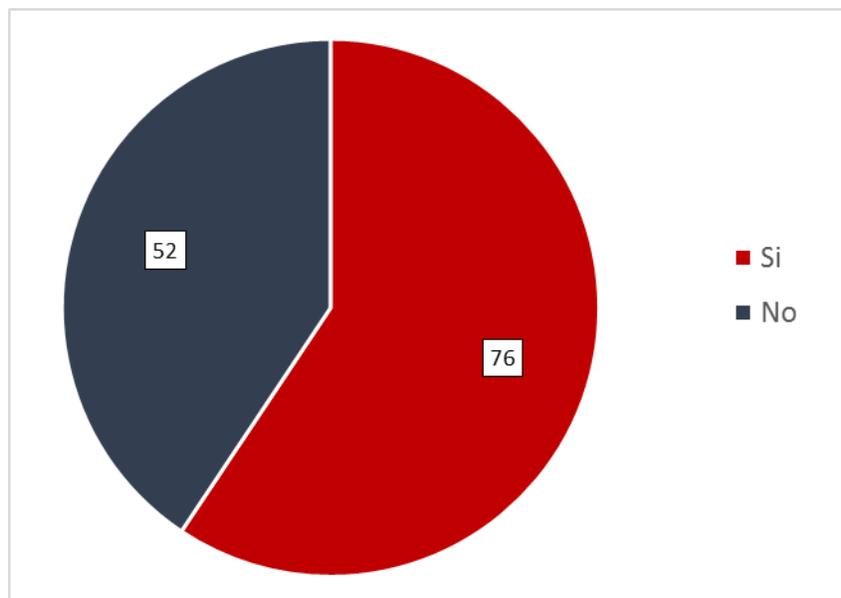
ANÁLISIS:

La tabla 15 muestra los resultados al indagar sobre la lactancia y la protección de enfermedades de oído y garganta. 76 madres respondieron afirmativamente, y representa el 59.4%, 52 madres contestaron negativamente, con un 40.6% del total.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de madres menores de 20 años conocen el beneficio que al brindar lactancia materna exclusiva disminuye el riesgo de enfermedades de oído y garganta en el niño. La bibliografía refiere que la introducción de la fórmula infantil en los primeros 6 meses de vida se asocia con una mayor incidencia de otitis media aguda en la primera infancia.

GRÁFICO 14: ¿TIENE CONOCIMIENTO SOBRE LA RELACIÓN QUE HAY ENTRE BRINDAR LACTANCIA MATERNA Y DISMINUCIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDADES DE OÍDO Y GARGANTA EN EL NIÑO?



FUENTE: Tabla 15

TABLA 16: ¿SABE USTED QUE LA LACTANCIA MATERNA PROTEGE AL NIÑO DE PADECER LEUCEMIA INFANTIL?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	6.3
No	120	93.7
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

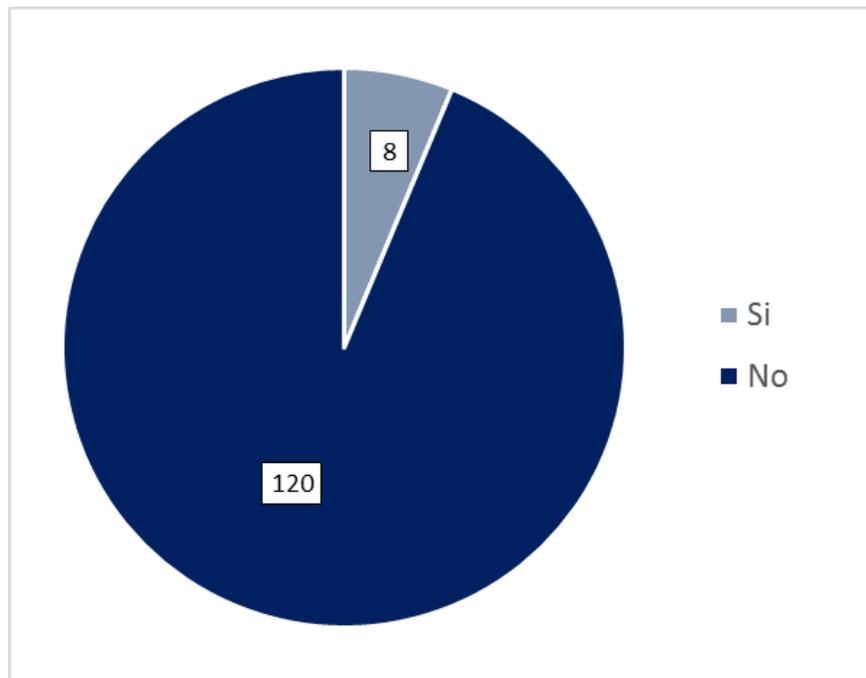
ANÁLISIS:

Sobre el beneficio de la lactancia materna y prevención de leucemia infantil, 93.7% respondió negativamente, solo 8 madres respondieron afirmativamente correspondiendo a un 6.3%.

INTERPRETACIÓN:

Según el resultado de la tabla anterior la mayoría de las madres no conocen el beneficio de la lactancia materna exclusiva en relación con proteger al niño de padecer leucemia. La literatura refiere que la leche materna contiene sustancias como anticuerpos, lactoferrina, hormonas, oligosacáridos, y células madre que le dan un efecto protector contra el cáncer infantil.

GRÁFICO 15 ¿SABE USTED QUE LA LACTANCIA MATERNA PROTEGE AL NIÑO DE PADECER LEUCEMIA INFANTIL?



FUENTE: Tabla 16

TABLA 17: ¿HA RECIBIDO CHARLAS INFORMATIVAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	110	85.9
No	18	14.1
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

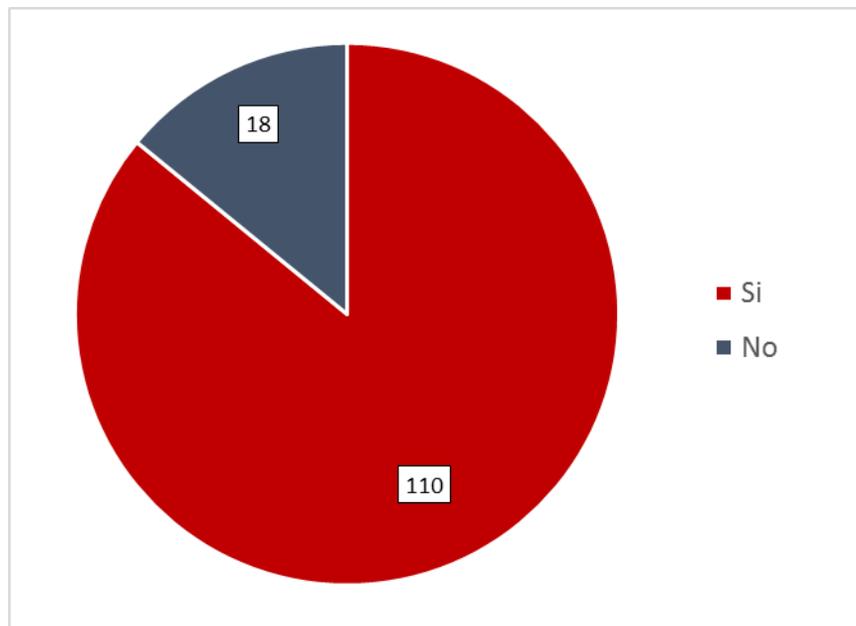
ANÁLISIS:

La tabla 17 muestra que el 85.9% de las madres han recibido charlas informativas sobre la lactancia materna. 18 madres, que representan el 14.1% respondió que no habían recibido información.

INTERPRETACIÓN:

Un buen porcentaje de madres habían recibido información a través de charlas en las unidades de salud sobre la lactancia materna, impartida por personal de salud, por lo que ya poseían conocimientos sobre algunos de los beneficios que proporciona la lactancia materna.

GRÁFICO 16: ¿HA RECIBIDO CHARLAS INFORMATIVAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?



FUENTE: Tabla 17

TABLA 18: PERSONAL QUE HA IMPARTIDO CHARLAS A MADRES

Personal que ha impartido charla	Frecuencia	Porcentaje
Enfermera	45	35.2
Médico	32	25.0
Médico y Enfermera	2	1.6
Promotor de Salud y Enfermera	8	6.3
Promotor de Salud	23	18.0
No recibieron charla	18	14.1
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

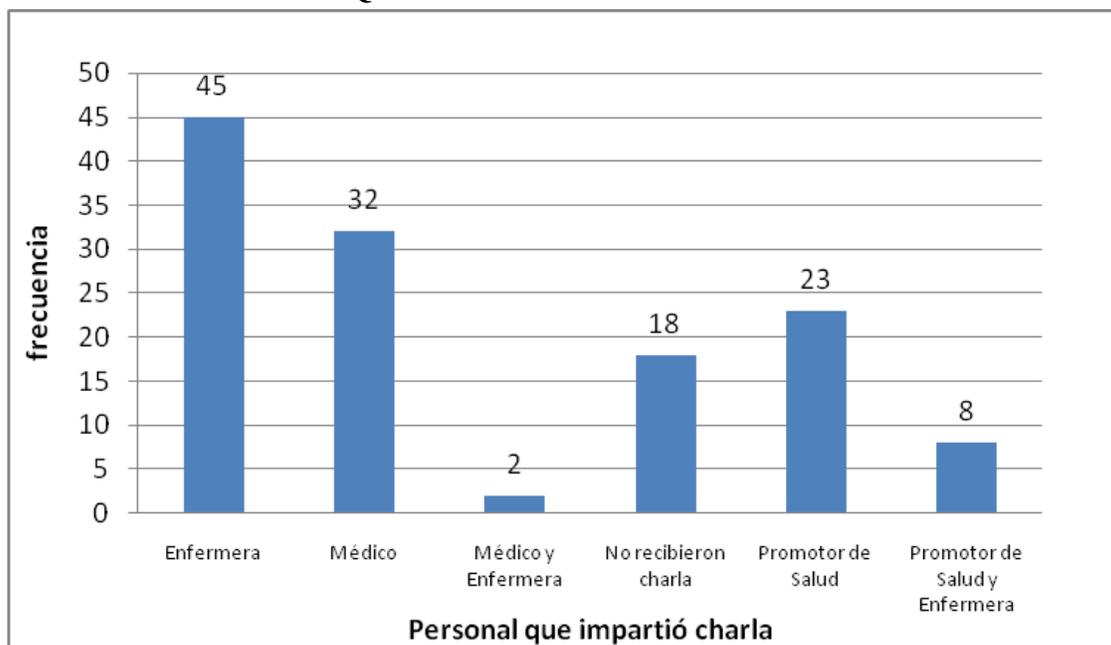
ANÁLISIS:

Las madres recibieron charlas por enfermeras en un 35.2%, por parte de médico en un 25%, y por promotor de salud en un 18 %.

INTERPRETACIÓN:

La información sobre lactancia materna ha sido impartida principalmente por personal de enfermería y por médico. En un menor porcentaje por promotor de salud.

GRÁFICO 17: PERSONAL QUE HA IMPARTIDO CHARLAS A MADRES



FUENTE: Tabla 18

TABLA 19: ¿SABIA QUE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DISMINUYE EL RIESGO DE HEMORRAGIA DESPUÉS DEL PARTO?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	71	55.5
No	57	44.5
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

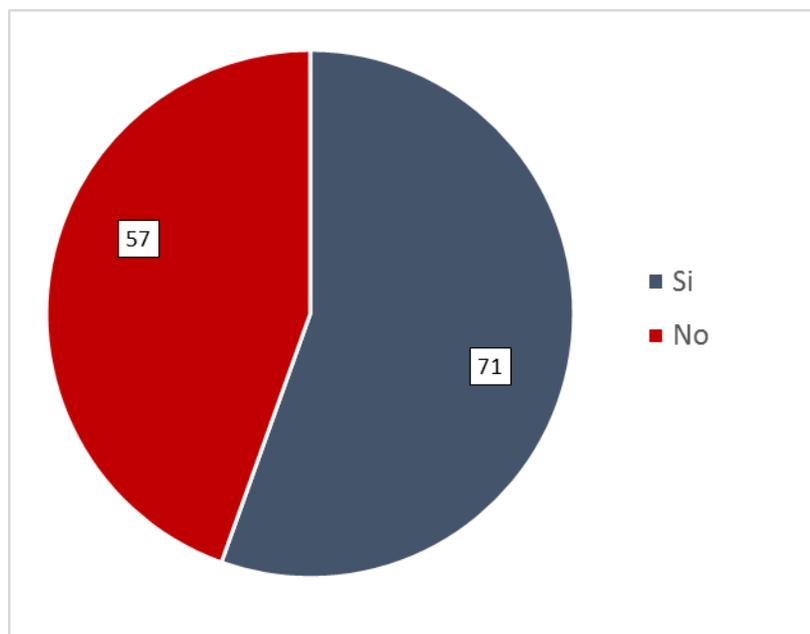
ANÁLISIS:

Sobre el conocimiento de la lactancia y su disminución de hemorragia postparto 71 madres respondieron afirmativamente, que representa el 55.5%, y 57 madres respondieron que no, que corresponde al 44.5%.

INTERPRETACIÓN:

Posterior al parto, hay riesgos de presentar sangrado abundante o hemorragia post parto, pero si se brinda lactancia posterior a él, hay menos riesgos de presentar dicha complicación. Según los resultados obtenidos, más de la mitad de las madres entrevistadas tenían conocimiento de este beneficio, pero se encontraron también muchas madres que desconocen este importante beneficio.

GRÁFICO 18: ¿SABIA QUE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DISMINUYE EL RIESGO DE HEMORRAGIA DESPUÉS DEL PARTO?



FUENTE: Tabla 19

TABLA 20: ¿SABE QUE LA LACTANCIA MATERNA EVITA EL DESARROLLO DE OSTEOPOROSIS?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	6.3
No	120	93.7
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

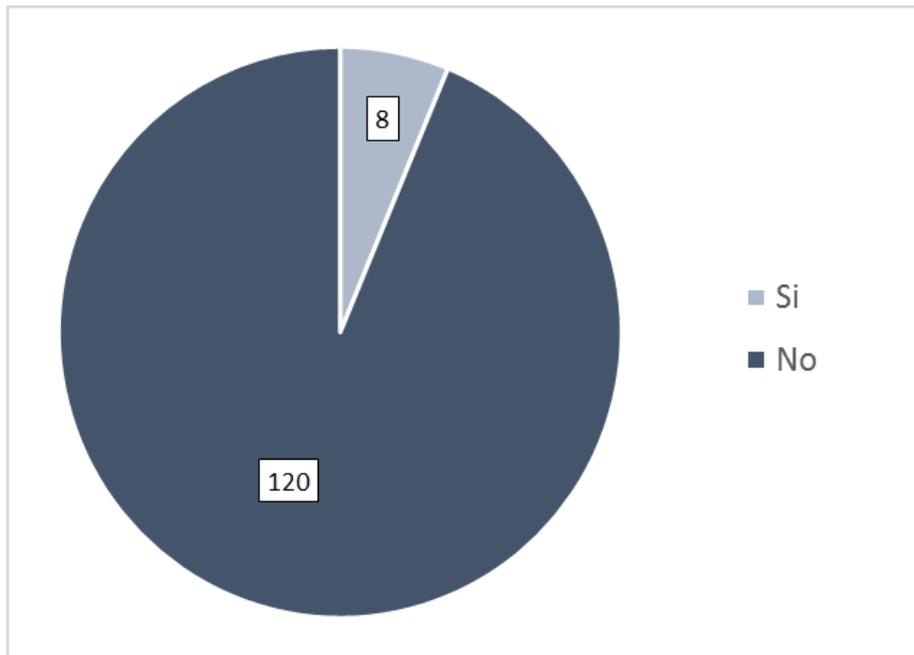
ANÁLISIS:

Los resultados obtenidos al indagar el conocimiento que tienen las madres sobre la protección que brinda la lactancia contra la osteoporosis, 120 madres respondieron no tener conocimiento de dicho beneficio, que representa el 93.7% y 8 madres respondieron que si tenían conocimientos, que corresponde al 6.3% del total de madres.

INTERPRETACIÓN:

La tabla anterior muestra que la mayoría de madres menores de 20 años no tienen el conocimiento que al brindar lactancia materna evita el desarrollo de osteoporosis en las mujeres. La literatura refiere que proporciona un beneficio a largo plazo. Se produce un aumento del metabolismo por lo tanto existe un aumento de la absorción del calcio.

GRÁFICO 19: ¿SABE QUE LA LACTANCIA MATERNA EVITA EL DESARROLLO DE OSTEOPOROSIS?



FUENTE: Tabla 20

TABLA 21: LA LACTANCIA MATERNA FORTALECE EL VÍNCULO MADRE HIJO

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Si	107	83.6
No	21	16.4
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

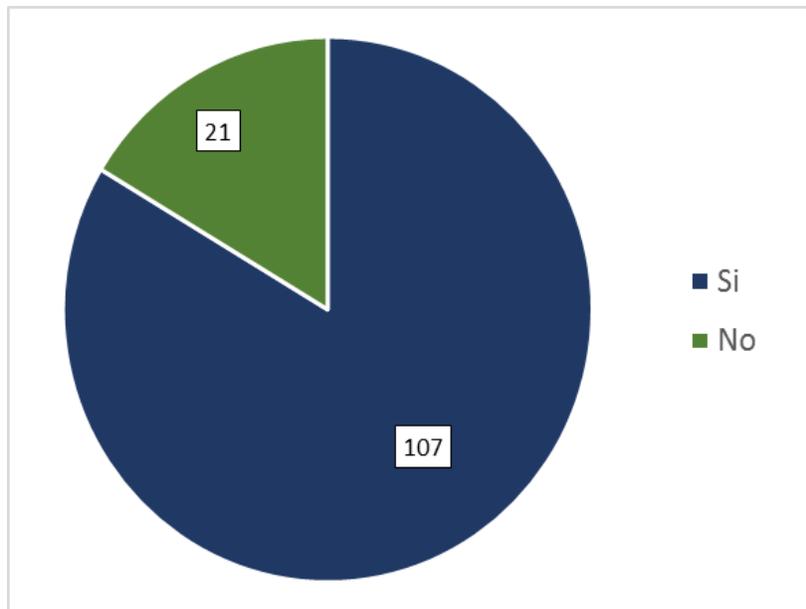
ANÁLISIS:

En la tabla 21 muestra el conocimiento que tienen las madres sobre el vínculo madre hijo que otorga la lactancia materna exclusiva. En donde 107 madres respondieron sí que equivale al 83.6%. Y 21 madres respondieron no, que corresponde al 16.4%.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 21 se interpreta que la mayoría de las madres menores de 20 años encuestadas tiene el conocimiento que la lactancia materna exclusiva si fortalece el vínculo madre hijo. La literatura refiere que la lactancia materna exclusiva aumenta la autoestima de las mujeres y mejora o intensifica el vínculo madre-hijo, los bebés lloran menos y posiblemente se desarrollan más rápido cuando permanecen cerca de su madre y son amamantados inmediatamente después de nacer.

GRÁFICO 20: LA LACTANCIA MATERNA FORTALECE EL VÍNCULO MADRE HIJO



FUENTE: Tabla 21

TABLA 22: TIENE EL CONOCIMIENTO QUE SIRVE COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Si	76	59.4
No	52	40.6
Total	128	100.0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a madres menores de 20 años de edad.

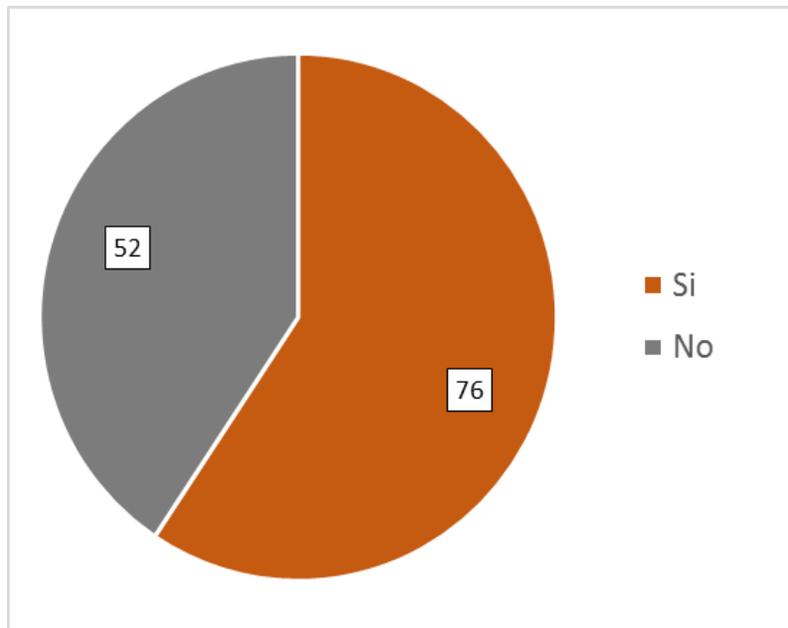
ANÁLISIS:

En la tabla 22 la interrogante trata del conocimiento que tienen las madres sobre la lactancia materna exclusiva que sirve como planificación familiar, en donde 76 madres respondieron que si, equivale al 59.4%. y 52 mujeres respondieron que no, que corresponde al 40.6%.

INTERPRETACIÓN:

Se interpreta en la tabla 22 que la mayoría de la población de madres menores de 20 años tienen el conocimiento que la lactancia materna exclusiva sirve como método de planificación familiar. La bibliografía refiere que al succionarse el pezón y al aumentar la producción de prolactina se inhibe el eje hipotálamo-hipófisis, reduce la liberación de gonadotropina y disminuye el pico LH y por tanto, no se produce ovulación.

GRAFICO 21: TIENE EL CONOCIMIENTO QUE SIRVE COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



FUENTE: Tabla 22

7.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

RESUMEN DE PRUEBA DE HIPÓTESIS.

Se realizaron pruebas binomiales a los resultados obtenidos que hacían referencia a los beneficios de la lactancia materna exclusiva para comprobar la hipótesis, utilizando el programa informático SPSS 23.0 con un nivel de significancia de 0.05.

Prueba binomial consiste en dar un resultado a la interrogante en donde la probabilidad de respuesta es del 50% , se utiliza en preguntas cerradas, por ejemplo que la respuesta sea, si o no.

Aclarando que el programa plantea una hipótesis a cada pregunta, para dar una respuesta a la hipótesis general del trabajo.

TABLA 23: RESUMEN DE PRUEBA DE HIPÓTESIS.

	Hipótesis	Test	Significancia	Decisión
1	Las categorías definidas por: ¿Sabe usted que las lactancia materna exclusiva previene la obesidad del niño?= No y Si se producen con las probabilidades de 0,5 y 0,5.	Prueba binomial de una muestra	.000	Rechazar la hipótesis nula.
2	Las categorías definidas por: ¿Sabe usted si la lactancia materna exclusiva previene la muerte repentina sin causa en los niños? = No y Si se producen con las probabilidades de 0,5 y 0,5.	Prueba binomial de una muestra	.000	Rechazar la hipótesis nula.
3	Las categorías definidas por: ¿Sabe usted que la lactancia materna protege a su hijo contra enfermedades alérgicas? = No y Si se producen con las probabilidades de 0,5 y 0,5.	Prueba binomial de una muestra	.000	Rechazar la hipótesis nula.
4	Las categorías definidas por: ¿Sabía usted que la lactancia materna disminuye el riesgo de padecer diabetes cuando el niño esté mayor? = No y Si se producen con las probabilidades de 0,5 y 0,5.	Prueba binomial de una muestra	.000	Rechazar la hipótesis nula.

5	Las categorías definidas por: ¿conoce que la lactancia materna disminuye el riesgo de padecer infecciones en los oídos y en la garganta? = No y Si se producen con las probabilidades de 0,5 y 0,5.	Prueba binomial de una muestra	0.042	Rechazar la hipótesis nula.
6	Las categorías definidas por: ¿Sabe usted que la lactancia materna protege al niño de padecer leucemia infantil? = No y Si se producen con las probabilidades de 0,5 y 0,5.	Prueba binomial de una muestra	0.000	Rechazar la hipótesis nula.
7	Las categorías definidas por: ¿Sabía que la lactancia materna exclusiva disminuye el riesgo de hemorragia después del parto? = No y Si se producen con las probabilidades de 0,5 y 0,5.	Prueba binomial de una muestra	0.251	Retener la hipótesis.
8	Las categorías definidas por ¿Sabe que la lactancia materna evita el desarrollo de osteoporosis?= No y Si se producen con las probabilidades de 0,5 y 0,5.	Prueba binomial de una muestra	0.000	Rechazar la hipótesis nula.
9	Las categorías definidas por ¿Sabe que la lactancia materna fortalece el vínculo madre hijo?= No y Si se producen con las probabilidades de 0,5 y 0,5.	Prueba binomial de una muestra	0.000	Rechazar la hipótesis nula.
10	Las características definidas por ¿Tiene conocimiento que la lactancia sirve como método de planificación familiar? = No y Si se producen con las probabilidades de 0,5 y 0,5.	Prueba binomial de una muestra	0.042	Rechazar la hipótesis nula.

Al realizar las pruebas binomiales en el programa estadístico SPSS 23.0 en los resultados de las preguntas realizadas a las madres que incluían los beneficios de la lactancia, para comprobarlos estadísticamente con un nivel de significancia del 0.05, se obtienen los siguientes resultados:

En 10 pruebas de conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna, en 4 interrogantes el programa rechaza la hipótesis planteada de forma individual que si tienen conocimiento, y en 5 preguntas el programa rechaza la hipótesis de forma individual que no tienen conocimiento. Y en una pregunta el programa retiene la hipótesis planteada de forma individual en donde se cataloga que no tiene conocimiento por prueba no paramétrica binomial.

La hipótesis de trabajo se enuncia: **Hi:** Las madres menores de 20 años de edad conocen la mayoría de beneficios sobre la lactancia materna exclusiva en unidades comunitarias de salud familiar San Miguel; Las Charcas, San Buenaventura; y El sitio, Puerto el Triunfo Usulután, año 2016. Se rechaza dicha hipótesis y se acepta la hipótesis nula: **Ho:** Las madres menores de 20 años no conocen la mayoría de los beneficios de la lactancia materna exclusiva en unidades comunitarias de salud familiar San Miguel; Las Charcas, San Buenaventura; y El sitio, Puerto el Triunfo Usulután, año 2016.

8. DISCUSIÓN

En el presente estudio se investigó el conocimiento que tienen las madres menores de 20 años de edad sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, en las unidades de salud comunitaria familiar San Miguel; Las Charcas San Buenaventura; El Sitio Puerto El Triunfo Usulután. Para lo cual se tomó en cuenta a toda madre menor de 20 años que se encontraba brindando lactancia, y tienen a sus hijos en control infantil regular en las unidades antes mencionadas. El 100% de la población tiene una edad igual o menor a 20 años que fueron idóneas para la investigación por su inexperiencia sobre el conocimiento de la lactancia materna exclusiva; respondiendo al objetivo general de esta investigación se ha determinado que las madres menores de 20 años de edad no tienen conocimientos básicos sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva.

Se realizaron un total de 21 preguntas en la cedula de encuesta, dentro de las cuales 10 interrogantes se realizaron para valorar el conocimiento que tiene la población en estudio, para comprobar este conocimiento se realizaron pruebas no paramétricas binomiales de los resultados a través del programa estadístico SPSS 23.0 en donde el programa planteo una hipótesis a cada pregunta y mediante la prueba binomial rechaza o retiene la hipótesis, dando como resultado los siguientes datos:

Las madres menores de 20 años resultaron tener conocimientos en 4 pruebas: la administración de lactancia materna exclusiva previene contra enfermedades alérgicas; brindar lactancia materna exclusiva disminuye el riesgo de enfermedades de oído y garganta en el niño; la lactancia materna exclusiva ayuda al vínculo madre e hijo, y, la lactancia materna exclusiva es un método de planificación familiar.

Las madres en estudio resultaron no tener conocimientos en 6 pruebas: la administración de lactancia materna exclusiva ayuda a prevenir la obesidad en niños; disminuye el riesgo de muerte repentina en niños; protege contra osteoporosis a las madres; disminuye la posibilidad de desarrollar diabetes mellitus; previene la leucemia en niños; disminuye el riesgo de hemorragia después del parto.

Se comprueba que, por los datos obtenidos en esta investigación, las madres menores de 20 años de edad no tienen conocimientos sobre los beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva.

Se realizó un estudio en la Universidad Católica de Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo Perú, en el año 2013 por las licenciadas en enfermería Delgado y Nombera en donde se da conocer que el 58% de madres que oscilan entre edades de 15 a 19 años si tienen conocimiento sobre los beneficios y ventajas que brinda la lactancia materna exclusiva. El nivel de conocimientos que presentan las madres adolescentes referente a los beneficios y ventajas que posee la lactancia materna, 53.2% conocen los beneficios, a diferencia que 37.1% no tiene claro cuáles son los beneficios que brindan a la madre y a su hijo. Se puede observar el estudio antes mencionado en Perú, con resultados opuesto o contradictorio en comparación a la investigación realizada en diferentes unidades de salud familiar en la zona oriental de El Salvador.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra: El tiempo limitado con el que se contó para realizar las encuestas, ya que al mismo tiempo se tiene que atender la consulta médica por la alta demanda de pacientes. Por ejemplo, en la unidad de salud de San Miguel. Otra limitación fue la falta de apoyo por parte de los jefes inmediatos para realizar la investigación de la unidad de salud familiar comunitaria San Miguel. Una limitación más fue la selección de la muestra ya que se tuvo que escoger a madres menores de 20 años.

Las implicaciones de esta investigación para un futuro sirven para elaborar nuevas investigaciones sobre conocimiento de las madres de la lactancia materna exclusiva, y si la promoción de leyes charlas educativas panfletos rótulos anuncios televisivos sirve como ente educador. Y si es factible invertir más sobre la promoción de la lactancia materna exclusiva.

9. CONCLUSIONES

1. En base a los resultados obtenidos, se comprueba y se rechaza la hipótesis de trabajo, demostrando que las madres menores de 20 años no conocían la mayoría de beneficios de la lactancia materna exclusiva, por lo tanto se acepta la hipótesis nula del trabajo consistiendo en que las madres menores de 20 años no conocen la mayoría de los beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva. Así como se comprobó en la discusión del presente trabajo; se puso a prueba el conocimiento de las madres por medio de 10 preguntas en las cuales solo en 4 interrogantes demostraron conocer los beneficios y en el resto de preguntas desconocían los beneficios de la lactancia materna exclusiva.
2. Los resultados mostraron que los beneficios que conocen las madres entrevistadas fueron: la protección de la lactancia materna contra enfermedades alérgicas con un 68.8%, la lactancia materna previene contra infecciones de oído y garganta con un 59.4%, la influencia que ejerce la lactancia materna en el fortalecimiento del vínculo madre-hijo con un 83.6%, y como método de planificación familiar con un 59.4%.
3. En cuanto al beneficio que más conocen las madres entrevistadas y que muestran los resultados, ha sido en el fortalecimiento del vínculo madre-hijo, en donde el 83.6 % de las madres respondió afirmativamente conocer dicho beneficio.
4. Los beneficios que brinda la lactancia y que no conocen las madres entrevistadas han sido: el 93.8% de las madres encuestadas desconocen que la lactancia materna protege contra osteoporosis, el 93.7% de madres desconoce que la lactancia protege a los niños de desarrollar leucemia, el 89.8% de las madres desconoce que la lactancia materna previene la muerte súbita del lactante, el 87.5% de las madres desconoce que la lactancia materna previene el desarrollo de diabetes mellitus en el niño, la lactancia materna previene la obesidad en el niño en donde el 81.3% de las madres desconoce este beneficio. Con relación de la lactancia materna exclusiva disminuye la hemorragia después del parto el 44.5% desconoce este beneficio y el 55.5 % lo conoce, pero al implementar estadísticamente la prueba binomial en el programa SPSS 23.0 retiene la hipótesis planteada de forma individual, no se acepta como conocimiento, ya que hay probabilidad que al repetir la prueba la población encuestada responda lo contrario.

10. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

1. Creación de nuevos métodos de información; como anuncios televisivos sobre las ventajas y beneficios tanto de la madre como del niño al brindar lactancia materna exclusiva.
2. Fortalecer los programas de educación escrito, digital, y charlas informativas; en cuanto a los beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva tanto para la madre como al niño.
3. Implementar charlas educativas por lo menos una vez la semana en las distintas unidades de salud familiar.
4. Incorporar educadores capacitados para una mayor difusión de los conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva

Al personal de salud:

1. Crear oportunidades y tener flexibilidad para con los grupos de investigación ofreciéndole las herramientas necesarias para el estudio de investigaciones futuras.
2. Cumplir con los programas de educación hacia la población sobre la lactancia materna exclusiva.
3. Hacer énfasis en los beneficios que se encontraron en la investigación que las madres no conocen.

A las madres de familia:

1. Involucrarse y poner atención a las charlas informativas y educativas sobre los beneficios y ventajas que brindar lactancia materna exclusiva.
2. Que asistan periódicamente a los controles infantiles en sus respectivas unidades de salud familiar.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Gamboa E. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. [Internet]. 2008[citado 4 de mayo de 2016] ;(15) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745761.pdf>
2. Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2008- Informe resumido. Asoc Demográfica Salvador [Internet]. 2009; 45. Disponible en : <http://redalyc.uaemex.mx./src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=54013301\nhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Encuesta+Nacional+de+Salud+Familiar+FESAL+2008#0>
3. CALMA Ley de Protección y Apoyo a la Lactancia Materna [Internet] El Salvador; [citado 16 de abril de 2016] Disponible en: <http://www.calma.org.sv/investigaciones/investigacionesyleyes.php?id=26>
4. Melorose J, Perroy R, Careas S. No Title No Title. Statew Agric L Use Baseline 2015. 2015;1.
5. CALMA Bancos de Leche Humana [Internet] El Salvador; [citado 16 de abril de 2016] Disponible en: <http://www.calma.org.sv/servicios/queofrecemos.php?id=33>
6. Aguilar MJ, Lactancia Materna [internet]. España: Elsevier; 2005 [citado 5 de mayo 2016] Disponible en: https://books.google.com.sv/books?id=Zi6a9oXZYksC&printsec=frontcover&dq=historia+de+lactancia+materna&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwityIbk_vDNAhWMFR4KHRNBB1IQ6AEIGjAA#v=onepage&q=historia%20de%20lactancia%20mat
7. UNIVERSIA Aspectos históricos de la lactancia materna [Internet].España: agosto 2005. [Citado: 03 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://noticias.universia.es/vidauniversitaria/noticia/2005/08/17/667103/aspectos-historicos-lactancia-materna.html>
8. Maldonado, J. A. Gómez, A. Hernández, M. T. Lasarte, J. J. Lozano, M. J. Pallás, C. R. [Internet] Manual de Lactancia Materna De la Teoría a la Práctica. España: Editorial Médica Panamericana; (2009). [citado:4 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://books.google.com.sv/books?isbn=8498355885>
9. Definición. De Definición de conocimiento. [Internet] [Citado: 24 de abril de 2016] Disponible en: <http://definicion.de/conocimiento/>
10. Nieto SY, Rodríguez M. J. Investigación y evaluación Educativa en la Sociedad del Conocimiento [Internet]. España: Ediciones Universidad de Salamanca; 2009. [Citado: 4 de mayo de 2016].Disponible en: https://books.google.com.sv/books?id=0OmjkbteDG8C&pg=PA82&dq=tipos+de+conocimiento&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=tipos%20de%20conocimiento&f=false
11. Definición. DE. Definición de lactancia materna. [Internet] [Citado: 24 de abril de 2016] Disponible en: <http://definicion.de/lactancia-materna>
12. Guyton, AC, Hall JE. Tratado de Fisiología Medica [bibliografía] 11ª ed. España: Elsevier;2008.
13. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Haut JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetricia [bibliografía] 23ª ed. México D. F.: McGraw-Hill Interamericana; 2011.

14. Garcia R. Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediatr Mex* [Internet]. 2011 [Citado: 24 de abril de 2016]; 32(4):223-230. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm114f.pdf>
15. Di N N. La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de textodirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010. 85-88
18. Organización Mundial de la Salud. Nutrición: Lactancia materna exclusiva [Internet]. Mayo 2016. [Citado: 11 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
17. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Marina LS, Dorronsoro M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit*. 2014;29(1):4–9.
18. Joven Bebé. La Lactancia predominante. [Internet]. Septiembre 2016. [Citado: 9 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.jovenbebe.com/lactancia/tipos-lactancia/predominante/>
19. Juárez García, G. Lactancia Materna. Ventajas Generales y Nutricionales para el niño Menor de un año [Internet]. Fecha de acceso: 7 de mayo 2016. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/lactmater.html>
20. Walker WA. La colonización intestinal inicial en el lactante humano y la homeostasis inmune. *Ann Nutr Metab*, 2013; 63(2)8-15
21. Abrahams SW, Labbok MH. Breastfeeding and otitis media: A review of recent Evidence. *Current Allergy and Asthma Reports*. [Internet] Dic 2011 [citado: 7 de mayo 2016]; 11(6):508-512. Disponible en: <https://uncch.pure.elsevier.com/en/publications/breastfeeding-and-otitis-meddia-a-review-of-recent-evidence>, DOI: 10.1007/s11882-011-0218-3
22. Sánchez Ruiz-Cabello, J. Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante. En *Recomendaciones PrevInfad / PAPPS* [internet]. Actualizado enero de 2016. [Citado 4 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/muertesubita.htm>
23. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* [Internet]. 2011;128(1):103–10. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/1/103.abstract>
24. Stevens EE, Patrick TE, Pickler R. A History of Infant Feeding. *J Perinat Educ* [internet et] primavera 2009 [citado 7 de mayo 2016;] 18(2): 32–39. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2684040/pdf/jpe-18-032.pdf> DOI: 10.1624/105812409X426314
25. Patrícia Feliciano Pereira, Rita de Cássia G. Alfenas, Raquel Maria A. Araújo. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence *J Pediatr* [Internet]. Octubre 2013 [Citado 07 de mayo 2016]; 90(1):7-15. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n1/0021-7557-jped-90-01-00007.pdf>
26. Lactancia materna y prevención del sobrepeso y la obesidad. [Internet]. España: Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación; agosto 2012 [Citado 9 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.nutricion.org/noticias/noticia.asp?id=42>
27. WHO Exclusive breastfeeding to reduce the risk of childhood overweight and obesity [Internet]. World Health Organization septiembre 2014 [citado 9 de mayo 2016]. Disponible en: <http://>

www.who.int/elena/titles/bbc/breastfeeding_childhood_obesity/en/#

28. Diario Libre: Lactancia y Leucemia infantil [internet]. República Dominicana: Omnimedia Grupo Multimedios; junio 2015 [Citado 12 may 2016]. Disponible en: <http://www.diariolibre.com/revista/lactancia-y-leucemia-infantil-EQDL1185001>
29. Unicef Lactancia Materna [internet] 2016 [Citado 10 may 2016] Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
30. NATALBEN Lactancia. Beneficios para la madre [internet]. España: Grupo INTALFARCO; 2016 [Citado 10 may 2016]. Disponible en: http://www.natalbenlactancia.com/beneficios_madre
31. Cortes J, Pérez García JM, Muñoz E. Comprender el cáncer de Mama [internet] España: Editorial Amat, 2013. [Citado 9 may 2016]. Disponible en: https://books.google.com.sv/books?id=IuIPvrXLX_AC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
32. UNICEF Beneficios de la Lactancia Para el Público [Internet]. 2005 [citado 11 mayo 2016]Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20Beneficios%20de%20la%20lactancia%20Para%20el%20publico%20nov%2005.pdf>
33. Womenshealth.gov/español La Lactancia Materna [internet]. Estados Unidos: Oficina para la Salud de la Mujer; octubre 2007 [citado 11 may 2016]. Disponible en:<http://www.womenshealth.gov/espanol/la-lactancia/beneficios-de-la-lactancia/>
34. OMS Centro de prensa: La lactancia materna elemento clave para reducir la mortalidad Infantil [Internet]. 2010 [citado 5 may 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding_20100730/es/
35. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson tratado de Pediatría [bibliografía]. 17ª ed. España: Elsevier; 2004.

ANEXO 2: PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
PERSONAL			
estudiantes egresados de Medicina en servicio social	3	00.00	00.00
EQUIPO Y SUMINISTROS INFORMÁTICOS			
Computadoras	3		
MATERIALES Y SUMINISTROS DE OFICINA			
Resmas de papel bond T/carta	5	3.00	15.00
Folders	30	0.15	4.50
Fastener	25	0.10	2.50
Anillados	15	2.00	30.00
Fotocopias (Bibliografías)	200	0.03	60.00
Fotocopias Encuestas	150	0.03	4.50
Impresiones	800	0.05	40.00
Tinta de Color	1	32.0	32.00
Tinta Negra	2	22.0	44.00
Lapiceros	30	0.15	4.50
Lápices de carbón	35	0.15	5.25
Internet	10 meses	45.00	450.00
Borradores de goma	3	0.25	0.75
CD	1	1.00	1.00
Material audiovisual	1	100	100
SUBTOTAL			794.00
10% de imprevistos			79.40
TOTAL			\$873.40

La investigación será financiada por el grupo investigador

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ de _____ años de edad, he sido elegida para participar en la investigación llamada: Conocimiento que tienen las madres menores de 20 años de edad sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva en unidades comunitarias de salud familiar San Miguel, Las Charcas San Buenaventura y El Sitio, Puerto el Triunfo año 2016. 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 4

CEDULA DE ENTREVISTA



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

OBJETIVO: Recopilar información sobre Conocimiento que tienen las madres menores de 20 años de edad sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva en las unidades comunitarias de salud familiar San Miguel; Las Charcas, San Buenaventura y El Sitio Puerto el Triunfo, Usulután año 2016.

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1. Edad de la madre: _____

2. Alfabetización

A) no sabe leer ni escribir

B) sabe leer y escribir

C) solo sabe leer.

3. ¿Cuál es su último grado de estudio? _____

4. Estado familiar

a) soltera

b) casada

c) acompañada

d) separada

5. ¿Cuál es su ocupación? _____

6. Número de hijos

- a) Uno
- b) Dos
- c) Tres
- d) Cuatro

7. ¿Tiene conocimiento sobre las leyes que ayudan a promover la lactancia materna en nuestro país?

Sí No

II. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

a) **Beneficios para el niño**

8. ¿Qué tipo de alimentación recibe el niño?

9. ¿Qué tipos de beneficios posee la lactancia materna exclusiva?

- a) Beneficios solo a corto plazo
- b) Beneficios solo a largo plazo
- c) Beneficios a corto y a largo plazo.
- d) No posee beneficios.

10. ¿Sabe usted si la lactancia materna exclusiva previene la obesidad en el niño?

Si No

11. ¿Sabe usted si la lactancia materna exclusiva previene la muerte repentina sin causa en los niños?

Si No

12. A quien considera que beneficia más la lactancia materna?

- a) Solo al niño
- b) Solo a la madre
- c) A la madre y al niño
- d) A ninguno de los dos.

13. ¿Cuánto tiempo cree que es recomendable brindar solo leche materna al niño?

- a) Tres meses
- b) Cinco meses
- c) seis meses.
- d) Ocho meses

14. ¿Sabe usted que la lactancia materna protege a su hijo contra enfermedades alérgicas?

Si No

15. ¿Sabía que la lactancia materna disminuye el riesgo de padecer diabetes en el niño cuando crezca?

Si No

16. ¿Tiene conocimiento sobre la relación que hay entre brindar lactancia materna y disminución riesgo de enfermedades de oído y garganta?

Si No

17. ¿Sabe usted que la lactancia materna protege al niño de padecer leucemia infantil?

Sí No

b) Beneficios para la madre

18. ¿Ha recibido charlas informativas sobre lactancia materna exclusiva?

Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿quién ha impartido esa información?

19. ¿Sabía que la lactancia materna exclusiva disminuye el riesgo de hemorragia después del parto?

Si No

20. ¿Sabe que la lactancia materna evita el desarrollo de osteoporosis?

Sí No

21. ¿Sabe que la lactancia materna fortalece el vínculo madre hijo?

Si No

22. ¿Tiene el conocimiento que sirve como método de planificación familiar?

Sí No

ANEXO 5

ABREVIATURAS Y SIGLAS

Ac: Anticuerpo

AC: antes de Cristo.

Ags: Antígeno

BLH: Banco de Leche Hospitalario.

CALMA: Centro de Apoyo de Lactancia Materna.

DHA: ácido docosahexaenoico.

DM2: diabetes mellitus tipo 2.

FESAL: Encuesta Nacional para la Salud Familiar.

Ig: inmunoglobulina.

Kcal: kilo calorías

LH: hormona luteinizante.

LME: lactancia materna exclusiva.

MINSAL: Ministerio de Salud de El Salvador.

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización panamericana de la salud.

SMSL: Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

ANEXO 6

GLOSARIO

Amenorrea: Ausencia de la menstruación.

Alimentación complementaria: Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.

Alojamiento conjunto: Es la permanencia de la madre junto a su bebé en la misma habitación durante los días que permanezcan en el Establecimiento de Salud.

Beneficio: Mejora que experimenta una persona o una cosa gracias a algo que se le hace o se le da.

Calostro: Se secreta cinco a siete días después del parto, aunque en las mujeres multíparas puede presentarse al momento del nacimiento del bebé. Tiene una consistencia pegajosa y es de color amarillento por la presencia de β -carotenos. Su volumen puede variar de 2 a 20 mL/día en los tres primeros días; a medida que el bebé succiona, aumenta hasta 580 mL/día hacia el sexto día.

Conducto galactóforo (conducto mamario): es uno de los numerosos conductos que transportan leche desde los lóbulos mamarios al pezón.

Conocimiento: es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección

Conocimiento vulgar: El conocimiento vulgar es la vía ordinaria que sigue el hombre para resolver sus problemas más elementales y primarios.

Conocimiento filosófico: El conocimiento filosófico busca el porqué de los fenómenos y se basa fundamentalmente en la reflexión sistemática para descubrir y explicar.

Conocimiento científico: todo conocimiento adquirido a través del método científico.

Destete: se conoce al fin de la lactancia en los mamíferos. En humanos, el destete comienza con la introducción de los alimentos complementarios (manteniendo la lactancia materna) y finaliza cuando estos reemplazaron por completo la leche materna.

Estrógenos: Los estrógenos son hormonas sexuales esteroideas de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales.

La lactancia materna: es un tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre.

Lactancia Materna Exclusiva: Es alimentar al infante solo con pecho materno hasta los seis meses de edad, sin la necesidad de introducir líquidos, ni comida sólida al infante debido a que a esta edad del menor la leche materna contiene todos los macro y micro nutrientes necesarios para el organismo del menor.

Leche de transición: Su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 mL/día hacia el día 15 postparto. Su color blanco se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio.

Leche madura: Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero puede llegar hasta 1,200 mL/día

Linfocitos: Un linfocito es una célula linfática, que es un tipo de leucocito comprendido dentro de los agranulocitos. Son los leucocitos de menor tamaño, y representan aproximadamente el 30% del total en la sangre periférica

Lípido: son un conjunto de moléculas orgánicas compuestas principalmente por carbono e hidrógeno y en menor medida oxígeno, aunque también pueden contener fósforo, azufre y nitrógeno.

Nodriza: Mujer encargada de amamantar a un niño ajeno.

Mito: Historia imaginaria que altera las verdaderas cualidades de una persona o de una cosa y les da más valor del que tienen en realidad.

Osmolaridad: Concentración de las partículas osmóticamente activas contenidas en una disolución, expresada en osmoles o en miliosmoles por litro de disolvente.

Ovulación: Desprendimiento natural de un óvulo maduro del ovario que, después de atravesar la trompa de Falopio, pasa al útero y puede ser fecundado.

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

fuerza de las contracciones en el parto, controlar la hemorragia posparto y estimular la subida de la leche.

Precaloostro: Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo.

Progesterona: Hormona sexual que segrega el ovario femenino y la placenta, y que tiene la función de preparar el útero para la recepción del huevo fecundado.

Prolactina: Hormona que estimula la secreción de la leche a través de una acción directa sobre la glándula mamaria.

Proteínas: Las proteínas son moléculas formadas por cadenas lineales de aminoácidos. El término proteína proviene de la palabra francesa proteína y ésta del griego πρωτεῖος, que significa 'prominente, de primera calidad.

Pubertad: Período de la vida de la persona en el que se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se alcanza la capacidad de reproducción; constituye la primera fase de la adolescencia y el paso de la infancia a la edad adulta.

Quinquenio: período de cinco años.