

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



**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA QUE
TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS DE CERO A UN AÑO DE EDAD, QUE
ASISTEN A LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR “LA
PRESITA” Y “MILAGRO DE LA PAZ”, SAN MIGUEL, PERÍODO DE ABRIL
A MAYO DE 2013.**

PRESENTADO POR:

ROXANA VANESSA ANDRADE MORALES.

REBECA ELIZABETH AVILÉS CABALLERO.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO:

DOCTORADO EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DRA. PATRICIA ROXANA SAADE STECH.

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, JUNIO 2013.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO.
RECTOR

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO
VICERRECTORA ACADÉMICA

MAESTRA CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA
DEFENSORA DE LOS DERECHOS DE UNIVERSITARIOS

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA
SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA
FISCAL GENERAL

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ.
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTÉZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ

PACHECO

MIEMBRO DE LA COMISIÓN

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ

MIEMBRO DE LA COMISIÓN

ASESORES

**DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH
DOCENTE ASESOR**

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

**MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ
MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ
PACHECO
ASESORAS DE METODOLOGÍA**

JURADO CALIFICADOR

**DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ
JURADO CALIFICADOR**

**MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ
PACHECO
JURADO CALIFICADOR**

AGRADECIMIENTOS.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR: Por la calidad de sus enseñanzas y exigencias para hacernos mejores profesionales de este país y así poder ayudar a los que más lo necesitan.

A LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR “LA PRESITA” Y “MILAGRO DE LA PAZ” Y PERSONAL DE SALUD: Por brindarnos su confianza amistad y apoyo, por trabajar en equipo.

A LA POBLACIÓN EN ESTUDIO: Por su confianza y colaboración sin la cual no hubiese sido posible llevar a cabo la investigación.

A NUESTRA ASESORA DRA PATRICIA ROXANA SAADE STECH: Por guiarnos con paciencia y sabiduría, por su tiempo esfuerzo y dedicación para realizar nuestra investigación, por corregirnos y estar ahí cada momento y enseñarnos los profesionales que queremos ser.

A LAS MAESTRAS ELBA BERRÍOS, OLGA GIRÓN, SONIA MARTÍNEZ: Por su enseñanza, dedicación y esfuerzo en la realización de nuestro trabajo de investigación.

VANESSA ANDRADE Y REBECA AVILÉS

DEDICATORIA.

Agradezco a **DIOS TODOPODEROSO** por estar siempre a mi lado, motivándome a seguir adelante, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer, a la Virgen Santísima en su advocación de **REINA DE LA PAZ**, por interceder en mi caminar, al **DIVINO NIÑO JESÚS** por llenarme de bendiciones y amor, por llevarme de la mano ya que contigo todo lo podemos lograr.

A MIS PADRES por brindarme su apoyo incondicional, por ser las primeras personas en confiar en mí y estar seguros que cumpliría mis sueños, gracias por su amor y por hacerme una persona de bien gracias a su ejemplo, sus valores, ya que sin ellos no estaría aquí.

A MI HERMANO por ser parte importante en la lucha para cumplir mis metas, por estar siempre apoyándome y motivándome a seguir adelante.

A MIS ABUELOS parte fundamental de mi vida, apoyo y ayuda incondicional en todos los aspectos, gracias por su amor sus consejos, por enseñarme que todo se puede lograr con la fe puesta en Dios.

A MIS TÍOS por estar siempre pendientes de mí, y guiarme por el buen camino, por su amistad, por ayudarme en los momentos que más los he necesitado.

AGRADEZCO A TODOS MIS AMIGOS Y HERMANOS ESPIRITUALES en general por brindarme sus consejos y oraciones.

A MI AMIGA REBECA AVILÉS compañera de tesis por su apoyo, esfuerzo y dedicación en la realización de la tesis.

Y a todas las personas que encontré a lo largo de mi vida, que me apoyaron y de las cuales he aprendido. Gracias.

ROXANA VANESSA ANDRADE MORALES

DEDICATORIA

Agradezco **A DIOS TODOPODEROSO:** quien ha sido guía en este camino largo y difícil, y me ha brindado fortaleza para continuar y alcanzar cada meta que me he propuesto haciéndome ver los obstáculos como herramientas necesarias para crecer profesionalmente en cada ámbito de la vida.

A MIS PADRES: Por su apoyo incondicional, las palabras de cariño para continuar en este camino, por estar en cada momento de dificultad junto a mi por ser las personas que más amo y por sus sacrificios para que cumpla mis metas.

A MIS HERMANAS: Por estar a mi lado y brindarme todo su apoyo cuando más lo he necesitado y ser parte de mis sueños.

A MIS ABUELOS: Por estar presentes en el logro de mis sueños, y los que descansan con Dios porque sé que estarían orgullosos de ver realizadas mis metas.

AL RESTO DE MI FAMILIA: Por estar pendiente de mis sueños y formar parte de esta larga lucha.

A MI AMIGA Y COMPAÑERA VANESSA ANDRADE: Por su dedicación, sacrificio y esfuerzo en la realización de nuestro trabajo de investigación.

A TODAS LAS PERSONAS: que he encontrado a lo largo de mi carrera y han apoyado mis sueños de las cuales he aprendido muchísimo.

REBECA ELIZABETH AVILÉS CABALLERO

TABLA DE CONTENIDOS

	PAG
LISTA DE TABLA.....	x
LISTA DE TABLAS.....	xi
LISTA DE GRÁFICOS.....	xiii
LISTA DE ANEXOS.....	xv
RESUMEN.....	xvi
1. INTRODUCCIÓN.....	17
1.1 Antecedentes del problema.....	17
1.2 Enunciado del problema.....	22
1.3 Justificación del estudio.....	23
1.4 Objetivos de la Investigación.....	26
2. MARCO TEÓRICO.....	27
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	43
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	46
5. RESULTADOS.....	54
6. DISCUSIÓN.....	129
7. CONCLUSIONES.....	133
8. RECOMENDACIONES.....	135
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138

LISTADO DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1: Total de niños menores de un año por Unidad de Salud.....	47
Tabla 2: Distribución de las muestras en las Unidades Comunitarias.....	48
Tabla 3: Escala de medición del conocimiento.....	50
Tabla 4: Escala de medición de prácticas.....	51
Tabla 5: Datos generales de las madres que participaron en el estudio.....	55
Tabla 6: Datos generales de los niños que formaron parte del estudio.....	57
Tabla 7: Sabe que es dar de mamar.....	58
Tabla 8: Alimentación del bebé menor de 6 meses.....	59
Tabla 9: Duración de la lactancia materna.....	61
Tabla 10: Inicio de la lactancia materna.....	62
Tabla 11: Frecuencia de amamantar al niño.....	64
Tabla 12: Si su bebé duerme por más de 2 horas. Que haría?.....	65
Tabla 13: Si su bebé llora de hambre o de sed.....	67
Tabla 14: Madre trabajadora como alimentaria a su bebé.....	68
Tabla 15: Duración de la lactancia materna a temperatura ambiente.....	70
Tabla 16: Si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea. Que Haría?.....	72
Tabla 17: Contraindicación de la lactancia materna.....	73
Tabla 18: La lactancia materna se considera el mejor alimento para el niño.....	75
Tabla 19: Beneficio para el niño que toma pecho.....	76
Tabla 20: Beneficio de la leche materna.....	78
Tabla 21: Ventajas que tiene para la mujer dar de mamar.....	79
Tabla 22: El dar de mamar ayuda a la mujer en.....	81
Tabla 23: Beneficios de la leche materna para la familia.....	82
Tabla 24: Posición correcta para dar de mamar.....	84
Tabla 25: Como se debe colocar la boca de su bebe al dar de mamar.....	85
Tabla 26: Forma en que se coloca la mano al dar de mamar.....	87
Tabla 27: Sabe que es el calostro.....	88

Tabla 28: Que es el calostro.....	90
Tabla 29: Beneficios del calostro.....	92
Tabla 30: Duración de la lactancia materna exclusiva.....	93
Tabla 31: Extracción de la leche materna.....	95
Tabla 32: Técnica de extracción de la leche materna.....	96
Tabla 33: Formas de extraerse la leche materna.....	98
Tabla 34: Si se extrae la leche de sus pechos en que se la da.....	99
Tabla 35: Uso de sucedáneo de la leche materna.....	101
Tabla 36: Sucédáneo de la leche materna.....	102
Tabla 37: Sucédáneo escogido.....	103
Tabla 38: Que le agrega al sucedáneo escogido.....	105
Tabla 39: Motivo para elegir un sucedáneo.....	107
Tabla 40: Realiza limpieza de los pezones.....	109
Tabla 41: Con que realiza la limpieza de los pezones.....	110
Tabla 42: Lugar apropiado para dar de mamar.....	111
Tabla 43: Escala de medición del conocimiento.....	113
Tabla 44: Escala de medición de prácticas.....	114
Tabla 45: Comprobación del Conocimiento.....	116
Tabla 46: Conocimientos generales sobre lactancia materna que tienen las madres.....	117
Tabla 47: Conocimientos sobre los beneficios de lactancia materna.....	121
Tabla 48: Comprobación de práctica.....	123
Tabla 49: Práctica de alimentación infantil y lactancia materna.....	124

LISTADO DE GRÁFICAS

	PÁG.
Gráfico 1: Sabe que es dar de mamar.....	59
Gráfico 2: Alimentación del bebe menor de 6 meses.....	60
Gráfico 3: Duración de la lactancia materna.....	62
Gráfico 4: Inicio de la lactancia materna.....	63
Gráfico 5: Frecuencia de amamantar al niño.....	65
Gráfico 6: Si su bebe duerme por más de 2 horas.....	66
Gráfico 7: Si su bebe llora de hambre o de sed.....	68
Gráfico 8: Madre trabajadora como alimentaria su bebe.....	70
Gráfico 9: Duración de la lactancia materna a temperatura ambiente.....	71
Gráfico 10: Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea. Que haría.....	73
Gráfico 11: Contraindicación de la lactancia materna.....	74
Gráfico 12: La lactancia materna se considera el mejor alimento para el niño...	76
Gráfico 13: Beneficio para el niño que toma pecho.....	77
Gráfico 14: Beneficio de la leche materna.....	79
Gráfico 15: Ventajas que tiene para la mujer dar de mamar.....	80
Gráfico 16: El dar de mamar ayuda a la mujer en.....	82
Gráfico 17: Beneficio de la leche materna para la familia.....	83
Gráfico 18: Posición correcta para dar de mamar.....	85
Gráfico 19: Como se debe colocar la boca de su bebe al dar de mamar.....	86
Gráfico 20: Forma en que se coloca la mano al dar de mamar.....	88
Gráfico 21: Sabe que es el calostro.....	89
Gráfico 22: Que es el calostro.....	91
Gráfico 23: Beneficios del calostro.....	93
Gráfico 24: Duración de la lactancia materna exclusiva.....	94
Gráfico 25: Extracción de la leche materna.....	96
Gráfico 26: Técnica de extracción de la leche materna.....	97
Gráfico 27: Formas de extraerse la leche materna.....	99

Gráfico 28: Si se extrae la leche de sus pechos en que se las da.....	100
Gráfico 29: Uso de sucedáneo de la leche materna.....	101
Gráfico 30: Sucédáneos de la leche materna.....	103
Gráfico 31: Sucédáneo escogido.....	104
Gráfico 32: Que le agrega al sucedáneo escogido.....	106
Gráfico 33: Motivos para elegir un sucedáneo.....	109
Gráfico 34: Con que realiza la limpieza de los pezones.....	111
Gráfico 35: Lugar apropiado para dar de mamar.....	112

LISTADO DE ANEXOS

	PÁG
Anexo 1: Glosario.....	143
Anexo 2: Abreviatura y siglas.....	150
Anexo 3: Niños amamantados con leche materna según raza/grupo étnico...	151
Anexo 4: Tendencia de la duración promedio de la lactancia materna.....	152
Anexo 5: Tipo de alimentación que recibieron los bebés menores de 6 meses en El Salvador.....	153
Anexo 6: Tendencia de la prevalencia de lactancia completa en niños menores de 6 Meses en El Salvador.....	154
Anexo 7: Guía de entrevista.....	155
Anexo 8: Consentimiento informado.....	167
Anexo 9: Presupuesto y financiamiento.....	168
Anexo 10: Cronograma de actividades a desarrollar en el proceso de graduación.....	169

RESUMEN.

La lactancia materna es una estrategia prioritaria en la supervivencia infantil ya que disminuye las enfermedades prevalentes de la infancia. **El OBJETIVO** de este estudio fue: Investigar si son aceptables los conocimientos y prácticas de lactancia materna que tienen las madres de niños de cero a un año de edad que asisten a la UCSF “La Presita” y UCSF “Milagro de la Paz” en el período de abril a mayo de 2013. **METODOLOGÍA:** El estudio es de tipo prospectivo de corte transversal y descriptivo, se tomó una muestra de 309 madres en edad reproductiva que asistieron con sus hijos menores de 1 año al Control Integral de la Niñez, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, teniendo como unidad de información a las madres, el instrumento utilizado fue una cedula de entrevista de 45 preguntas con respuestas de múltiples opciones más 3 preguntas ilustradas y 2 preguntas abiertas, referentes a la variable de interés, se seleccionaron 161 madres de la UCSF “La Presita” y 148 madres de la UCSF “Milagro de la Paz”, se estableció una escala de medición para conocimientos y para prácticas tomando como aceptable un porcentaje $>70\%$ moderadamente aceptable 50% a $<70\%$, no aceptable $<50\%$. Se utilizó el programa SPSS versión 15.0 **RESULTADOS:** Tomando como base la información obtenida de la investigación realizada, se empleo el método estadístico de proporción por lo que se rechazó la hipótesis nula aceptando la hipótesis del trabajo de investigación la cual indica que las madres tienen Conocimientos Aceptables de Lactancia Materna en un 77% , Conocimiento Moderadamente aceptable 21.4% , Conocimiento No aceptable 1.6% , los resultados con respecto a los Conocimientos sobre los beneficios para el niño 85.11% , Beneficios para la madre 68.30% , Beneficios para la familia 85.11% , los resultados con respecto a las Prácticas Aceptables de Lactancia Materna en un 72.2% , Prácticas Moderadamente aceptables 26.2% , Practicas No aceptables 1.6% .

PALABRAS CLAVES: Lactancia Materna, Conocimientos, Prácticas, Beneficios, niños menores de un año de edad.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

La lactancia materna es el proceso único que proporciona la alimentación ideal para el lactante, que contribuye a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, establece el vínculo afectivo madre-hijo e hija, proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y a las naciones.(1)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconoce que la lactancia materna es la intervención más eficaz para prevenir la mortalidad infantil y por consiguiente, para cumplir el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (O1DM) relativo a la sobrevivencia infantil; asimismo la lactancia materna es trascendental en el cumplimiento del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, relacionado con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre. El inicio de la lactancia materna durante la primera media hora de vida es particularmente importante para prevenir la mortalidad neonatal, la cual representa un porcentaje cada vez más grande de muertes infantiles general en la región de las Américas. (2)

1.1.2 LACTANCIA MATERNA EN EL MUNDO

Mundialmente se reconoce que la lactancia materna es un determinante importante de la probabilidad de sobrevivencia de los niños, además de alimento propiamente dicho, es un medio de transmisión de anticuerpos que contribuyen al mecanismo de defensa inmunológica del niño. También, desde el punto de vista de la salud reproductiva, la práctica de la lactancia materna exclusiva, intensiva y frecuente, en la mayoría de los casos demora el retorno de la ovulación, reduciendo la probabilidad de espacios intergenésicos cortos, que constituyen uno de los principales factores asociados al riesgo reproductivo.(3) Apenas un 35% de los lactantes a nivel mundial reciben lactancia

materna exclusiva durante sus primeros cuatro meses de vida; la alimentación complementaria a menudo se inicia muy temprano o muy tarde, y los alimentos por lo general son nutritivamente inadecuados o inseguros.(4)

En reconocimiento a la Semana Mundial de la Lactancia Materna, los CDC destacan información sobre la lactancia materna recogida a través de la Encuesta Nacional de la Salud de los Niños(NSCH - en inglés).(5) En el 2007, se reportó que el 75.5% de los niños entre los 0 y los 5 años de edad fueron amamantados o alimentados con leche materna; esto representa un aumento frente al 72.3% de niños amamantados o que recibieron leche materna en el 2003. También se observaron aumentos en todos los grupos raciales o étnicos analizados, con el mayor aumento (5.1 puntos porcentuales) en los niños hispanos (77.3% en el 2003 a 82.4% en el 2007). El segundo aumento porcentual se presentó entre los niños negros no hispanos, de 51.4% en el 2003 a 55.5% en el 2007. Más del 76% de los niños blancos no hispanos (76.7%) fueron amamantados en el 2007, en comparación con el 74.9% en el 2003; los niños multirraciales mostraron un aumento del 72.6% (2003) al 74% (2007) y los niños clasificados como de Otras razas (incluidos los asiáticos, los nativos de las islas del Pacífico, los nativos de Hawái, los indoamericanos y los nativos de Alaska) reflejaron un aumento del 80.5% (en el 2003) al 82.2% (Anexo 3).

En Latinoamérica, hay más de 500,000 muertes anualmente en niños menores de 5 años como consecuencia de enfermedades infecciosas intestinales y el riesgo de morir asociado con la alimentación artificial se ha estimado en 14 veces mayor a la esperada en alimentación natural. La cultura del biberón haciéndola sinónimo de modernidad ha sido uno de los factores determinantes del abandono de la Lactancia Materna, aunado a prácticas hospitalarias erróneas como la separación del binomio posterior al nacimiento y la desinformación de los propios trabajadores de la salud, la publicidad masiva a favor de las leches artificiales y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, así como la incertidumbre de la propia mujer cuando está embarazada. (6)

1.1.3 LACTANCIA MATERNA EN EL SALVADOR.

En El Salvador se han desarrollado diferentes intervenciones de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna desde diferentes instancias del Estado, organizaciones no gubernamentales e iniciativas privadas que han contribuido a la salud y nutrición infantil. La Encuesta Familiar de la Salud (FESAL) del 2008 mostró 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. La duración promedio de la lactancia completa subió a 3.1 meses en FESAL-2002/03, pero volvió a bajar al promedio de 2.8 meses encontrado en FESAL-93 (Anexo 4) Del total de niños 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.(7) 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 (Anexo 5). Por lo tanto, puede afirmarse que en el país, los alimentos complementarios siguen introduciéndose a edades considerablemente menores a las recomendadas por la OMS y el MSPAS. Al acumular el porcentaje que recibió lactancia predominante (11 por ciento) con el de exclusiva (32 por ciento), se puede afirmar que menos de la mitad de los niños menores de 6 meses recibió lactancia completa. Como se muestra en (Anexo 6) la proporción con lactancia completa es muy similar a la estimada en FESAL-98, con un cambio positivo a favor a

la lactancia exclusiva (en lugar de la lactancia predominante), llegando casi al doble de la cifra que se estimó en FESAL-98.

Según región de salud, el porcentaje de niños 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. Otros datos de la encuesta FESAL 2008 también reflejan que en El Salvador la lactancia materna es una práctica generalizada, dado que el 96.1 por ciento de las niñas y niños nacidos vivos recibió lactancia materna en alguna oportunidad. Del total de niñas y niños que nacieron vivos en los últimos 5 años, el 3.9 por ciento nunca recibió leche. Los porcentajes más altos en esta condición se observan en el área urbana (4.3 por ciento) y en el departamento de Ahuachapán (5.8 por ciento), seguido por los SIBASI Norte y Centro de San Salvador (5.4 y 5.1 por ciento, respectivamente).

Los departamentos de Sonsonate y La Libertad muestran los porcentajes más bajos con menos del 3 por ciento de niños y niñas que nunca recibieron leche materna. Entre las madres que reportaron recibir orientación sobre lactancia materna, el 26.1 por ciento mencionó que fue antes, durante y después del parto, y el 23.1 que fue antes y después del parto. En la encuesta FESAL-2002/03 solamente el 14.1 por ciento de las madres reportó que recibió orientación antes y después del parto. Independiente de donde tuvo su control prenatal o el lugar de atención del parto, más de la mitad recibió orientación por parte de una enfermera, llegando al 75 por ciento en establecimientos del Ministerio de Salud y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. (8).

En 2009, el Ministerio de Salud implementa la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza” la cual establece en la estrategia doce sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional, la importancia del fomento de la lactancia materna y las prácticas de alimentación saludables, como elementos claves para el logro de un adecuado nivel de salud y nutrición. La Convención sobre los Derechos del Niño, emitió

en el 2009 la Ley de Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia (LEPINA), en la cual se reconoce el derecho a la Lactancia Materna de todos los niños y niñas.(9)

En 2010 el Ministerio de Salud oficializó el Acuerdo Ministerial No. 306 el cual establece que toda mujer trabajadora del MINSAL, que se encuentre en periodo de lactancia, tiene derecho a gozar de una hora de permiso para amamantar a su hijo o hija hasta los nueve meses de edad.

1.1.4 TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA

Trabajo de Investigación: Conocimientos actitudes y practicas sobre lactancia materna en madres lactantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Perú 2010 concluyeron que el 61.9% de las madres presentó buenos conocimientos; el 35.71%, conocimientos regulares y solo el 2%, conocimientos inadecuados. El 65.38% de las madres en edad reproductiva óptima presentan buenos conocimientos; el 60%, conocimientos regulares y el 2%, malos conocimientos .En cuanto a actitudes, el 57.14% tiene una actitud adecuada; el 38.09%, una actitud indiferente y el 4.76%, una actitud inadecuada. El 54.16% de las madres en edad reproductiva óptima presentan actitudes adecuadas; el 75%, una actitud indiferente y un sorprendente 100% presenta una actitud inadecuada. En lo referente a las prácticas sobre LM, el 71.42% presentó prácticas regulares; el 19.04%, buenas prácticas y el 9,52%, malas prácticas (10)

Ruiz L, Córdova A, realizó una investigación titulada: Nivel de conocimiento y práctica en lactancia Materna exclusiva en el Centro de Salud San Sebastián de Piura en Perú en el año 2010, trabajó con una muestra de 134 madres primíparas, concluyendo que el 52.99% de las madres tenían un nivel de conocimiento regular en lactancia materna exclusiva, el 10.44 % deficiente y el 36.57 % bueno. Mientras que el 56.72% tenían un nivel de práctica también regular en lactancia materna exclusiva. (11)

Así mismo también se hace referencia al Trabajo de investigación: Conocimientos y Practicas sobre Lactancia Materna exclusiva de madres primíparas, en el Hospital de Apoyo Nivel II- Sullana, 2011, la muestra 60 madres primíparas, la mitad de las madres primíparas del servicio de maternidad del Hospital de Apoyo II-Sullana presentan un nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva seguido de un porcentaje significativo de nivel bueno y un bajo porcentaje de nivel deficiente. La mayoría de las madres primíparas del servicio de maternidad del Hospital de Apoyo II-Sullana presentan un nivel de práctica inadecuada de lactancia materna exclusiva, y en menor porcentaje un nivel de práctica adecuada (12)

En El Salvador en el 2011 fue oficializada la Política Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional que en su línea estratégica tres establece que se deben promover prácticas adecuadas de lactancia materna y la necesidad de formular un marco normativo para su promoción, protección y apoyo. Además, que se debe promover el cumplimiento de la legislación laboral, para el goce de los derechos de la mujer en períodos de embarazo y lactancia. (13)

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

De lo antes descrito, se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Son aceptables los conocimientos y prácticas de lactancia materna que tienen las madres de niños de cero a un año de edad que acuden a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar “La Presita” y “Milagro de la Paz”, San Miguel, período de abril a mayo de 2013?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Según el Estado Mundial de la Infancia 2011 de UNICEF, de 136.7 millones de bebés que nacen anualmente en todo el mundo, solamente el 32.6% reciben lactancia materna exclusiva durante sus primeros seis meses de vida, existen al menos 40 países que no cuentan con una política efectiva de alimentación del lactante con presupuesto adecuado que permita su ejecución (14)

A pesar de los múltiples esfuerzos que el Ministerio de Salud ha venido realizando desde 1992 por aumentar la cobertura de los niños alimentados al seno materno, estos no han dado los frutos esperados; pues los indicadores de Lactancia Materna no han tenido una evolución significativa según muestran los datos de los estudios realizados a nivel nacional desde 1981.

En la encuesta familiar de salud 2008 (FESAL) se encontró que solamente el 31.4% de los menores de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva, con una duración promedio de 1.9 meses (57 días), lo que no alcanza la recomendación de OMS/UNICEF de brindar este tipo de alimento durante los 180 días que se recomienda. Otra de las situaciones que se presenta es la ablactación temprana (15)

Diversos estudios han descrito los beneficios psicológicos de la lactancia materna, sin duda el entorno y las características de las madres que amamantan contribuyen a ello. Parece indudable que la lactancia materna proporciona no sólo alimento sino consuelo, ternura, comunicación entre madre e hijo. Las habilidades motoras y el desarrollo temprano del lenguaje mejoran con el amamantamiento, correlacionándose con la duración de la lactancia.

El presente trabajo se realizará con el propósito de considerar un tema de mucho interés social y cultural debido que a través de los años se ha estado perdiendo la costumbre de lactar al bebe, por múltiples razones.

Determinar el conocimiento que poseen las madres lactantes es importante para desarrollar estrategias que contribuyan a una adecuada orientación en la salud y nutrición infantil. En vista que uno de los factores que contribuyen al éxito de la lactancia materna es la información que la madre recibe sobre sus beneficios y prácticas, la cual propicia la confianza y seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos.

La información tanto de los beneficios como de las prácticas adecuadas del amamantamiento, debería difundirse constantemente, a medida que cada generación de nuevas madres llegue a la edad de requerirla.

La importancia del presente trabajo de investigación radica en que los resultados contribuirán a incrementar la ciencia de la medicina y además el aporte para la profesión, mediante los resultados se permitirá determinar el conocimiento, práctica en estas madres, lo cual servirá de reflexión y contribuirá a reorientar la práctica preventivo - promocional para incrementar el nivel de conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva y por consecuencia el crecimiento y desarrollo del niño, teniendo como eje mejorar la calidad de vida.

La relevancia social del presente trabajo de investigación es por tratarse de madres de niños menores de un año de edad constituyen un grupo de mayor riesgo en el apareamiento de la morbimortalidad infantil, es preciso realizar este estudio para beneficiar e incrementar los conocimientos de las madres y la realización de prácticas adecuadas sobre lactancia materna contribuyendo a mejorar el bienestar, el crecimiento y el desarrollo óptimo de los niños, logrando así disminuir el número de consultas

médicas por morbilidades prevalentes en la infancia, en los establecimientos de salud de primer nivel de atención y a nivel hospitalaria.

Cada vez se reconoce más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de recibir leche materna es un incumplimiento de estos derechos; aunque en la mayoría de los países haya niños y niñas que no reciben leche materna o que reciben leche materna durante un período relativamente corto.

Los mitos y creencias en relación a Conocimientos y Prácticas de Lactancia Materna son varios, por lo que cada madre tiene sus propias consideraciones generándose una gran variedad de prácticas, algunas de ellas son beneficiosas para el niño y otras perjudiciales para la salud del lactante las cuales serán determinadas en el estudio.

La investigación tiene como finalidad mostrar una posible diferencia en relación al conocimiento y prácticas de la lactancia materna en las madres, los resultados pueden ser utilizados en un futuro para poder colaborar con propuestas educativas e intervenciones que promuevan la lactancia materna y el fortalecimiento de la misma.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

Investigar si son aceptables los conocimientos y prácticas de lactancia materna que tienen las madres de niños de cero a un año de edad que asisten a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar “La Presita” y “Milagro de la Paz”, San Miguel, período de abril a mayo de 2013.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Investigar los conocimientos generales que tienen las madres de los niños de cero a un año de edad acerca de lactancia materna.
- Determinar los conocimientos que tienen las madres acerca de los beneficios de la lactancia materna.
- Identificar cuáles son las prácticas de alimentación infantil y lactancia materna que poseen las madres en estudio.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA.

Los estudios tipo Conocimientos y Prácticas han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y nutrición. La mayoría de estudios internacionales, nacionales y locales, relacionados al tema, se han referido a las relaciones entre la interrupción precoz de la lactancia con ciertos factores socioeconómicos, culturales y sobre las causas de tal interrupción, tales como el retraso en el primer contacto, inicio de la ablactación o uso de biberón, insuficiencia de leche, prácticas inadecuadas y conocimientos inadecuados o nulos sobre lactancia materna.

Según Delgado Noguera y Orellana, la Wellstart, organización dedicada a la promoción de la salud familiar por medio de la lactancia materna, promueve cinco conductas óptimas de lactancia y sugiere investigar cada una de ellas según el propio contexto cultural, con el fin de conocer las prácticas locales, mejorarlas y estimularlas. Tales conductas son las siguientes: inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento; lactancia a libre demanda frecuente, incluyendo la alimentación nocturna; lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad; complementación de la lactancia materna con alimentos apropiados cuando el niño tenga alrededor de seis meses de edad; y continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de vida con un cese gradual, no abrupto, de ella. (16)

Existen tres momentos clave que facilitan la posibilidad de tener una lactancia natural exitosa. El primero, antes de la gestación y previo al parto, durante el cual se debe informar y preparar no solo a la mujer sino a su familia en conocimiento, actitud y habilidad acerca de cómo practicar la lactancia. El segundo ocurre inmediatamente después del parto, durante el cual, el bebé debe permanecer al lado de la madre con el fin

de iniciar oportunamente el amamantamiento y fortalecer la relación madre-hijo. El tercero es el período posparto, en el cual se debe motivar a la madre para que logre resolver dudas o temores, superar barreras y dificultades con la finalidad de mantener por seis meses la lactancia exclusiva y la complementaria adecuada hasta los dos años de vida del hijo.

2.2 DEFINICIONES DE CONOCIMIENTO.

Definición de Conocimiento: Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o 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 si solos, poseen un menor valor cualitativo.

Definición Operacional: Conjunto de nociones e ideas que tiene la madre lactante, sobre la lactancia materna.

TIPOS DE CONOCIMIENTOS:

Conocimiento Científico: Este es un pensamiento dinámico el cual utiliza métodos científicos, investigaciones, experimentación, para aproximarse a la realidad o dar solución a un determinado problema. Este utiliza modelos, métodos, procedimientos e información abstracta con el fin de determinar y explicar por qué suceden las cosas. Todos los resultados que se adquieren del conocimiento científico son fundamentados en la realidad y en las investigaciones.

Características del Conocimiento Científico:

- **Racional:** No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, si no que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, formulas, enunciados o conceptos.

- **Objetivo:** Los hechos se describen y se presentan cual es, independiente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa. A pesar de estar basado también en la experiencia, es verificable por otros y concuerda con la realidad del objeto tal cual es y no como se desearía que fuese.

Conocimiento Empírico:

Es el conocimiento que se da por casualidad de la vida, es decir, al azar, permitiendo a los seres humanos conducirse en su vida y las diferentes actividades que desarrollan, les permite salir de la rutina. Este conocimiento es propio de las personas sin información, pero que tienen conocimiento del mundo exterior, lo que les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos.

Características del Conocimiento Vulgar o Cotidiano:

- **Sensitivo:** Porque el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos.
- **Superficial:** No profundiza en el proceso de conocer y solo hace referencia a la simple observación sensorial.
- **Subjetivo:** La descripción y aplicación de los hechos depende de la persona quien los observe, por cuanto sus afirmaciones se sustenten en la realidad interna del que conoce y donde las opiniones, juicios, aptitudes y valores personales son los elementos que orienten su obtención o internacionalización.

2.3 PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA.

Definición Conceptual: Es toda aquella actividad realizada en el proceso de amamantar al bebe.

Definición Operacional: Actividades realizadas durante la lactancia materna, incluyendo el método de extracción, conservación y administración de la leche.(17)

PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA

En el momento de la lactancia el niño debe estar hambriento, seco, no tener sensación de frío ni de calor. Debe colocarse en una posición de semipedestación cómoda para evitar que vomite con el eructo. (18)

La madre también debe estar cómoda y tener libertad de movimientos. Es preferible una silla algo baja con reposabrazos, así como un reposapiés, bajo para descansar las piernas y elevar la rodilla del lado ipsolateral al pecho usado en ese momento. Debe sostenerse a él lactante cómodamente, sujetando su cabeza con un brazo de modo que la cara este cerca de la mama, mientras la otra mano sostiene el pecho, haciendo el pezón accesible a la boca del niño sin obstruir su respiración nasal. Los labios del lactante deben abarcar una superficie considerable tanto de la areola como el pezón.

Existen varios reflejos o patrones conductuales que favorecen la lactancia materna en el momento del nacimiento. Incluyen los reflejos hociqueo, succión, deglución y saciedad. El reflejo de hociqueo es el primero que entra en juego. Cuando el niño huele la leche mueve su cabeza intentando encontrar el origen del olor. Si la mejilla toca un objeto blando (por ejemplo la mama de la madre) el niño girara la cabeza abriendo la boca para atrapar el pezón (es decir, busca el pezón con la boca).(19)

2.4 DEFINICIÓN DE LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es el alimento con leche del seno materno.

La OMS y el UNICEF señalan asimismo que la lactancia “es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños” (20)

Se define por lactancia materna el hecho por el cual una madre alimenta a su hijo a través de la provisión de su propia leche materna que ha sido producida en el interior de su cuerpo y que contiene todas las vitaminas y nutrientes esenciales para que el bebé comience adecuadamente su proceso de desarrollo y crecimiento. La lactancia materna

es considerada por las organizaciones internacionales más importantes como uno de los primeros y más fundamentales derechos del ser humano.

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 permita que la madre transmita sus mecanismos de defensa al recién nacido, mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación madre-hijo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la lactancia materna debe de ser la alimentación exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de vida ya que, por sus propiedades, resulta indispensable para el desarrollo saludable. Una vez superada dicha etapa, la lactancia materna debe de mantenerse, junto a la introducción de alimentación complementaria en forma progresiva. (21)

2.5 ANATOMÍA DE LA MAMÁ FEMENINA.

La glándula mamaria se encuentra localizada entre la pared torácica anterior entre la 2ª y 6ª costilla. Esta consta de:

1. Estructura externa.

- ✓ Pezón
- ✓ Areola
- ✓ Glándulas o tubérculos de Montgomery

2. Estructuras internas.

- ✓ Tejido glandular.
 - Consta de 15 a 25 lóbulos mamarios
 - Los lóbulos constituidos por lobulillos a su vez formados por 10 a 100 alvéolos.
 - Conductos: Transportan la leche desde el sitios de producción (tejido glandular) hasta el sitio de almacenamiento (senos lactíferos).(22)

2.6 FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA.

Durante el embarazo hay un intenso desarrollo de los conductos, lóbulos y alvéolos bajo influencia de lactógeno placentario y esteroides sexuales, a su vez se libera mayor cantidad de prolactina que contribuye al desarrollo de las mamas.

El desarrollo es tan intenso que a las 5 a 8 semanas las mamas se agrandan visiblemente y se sienten más pesadas, la pigmentación se intensifica y las venas superficiales se dilatan.

Con el aumento de progesterona después de los 3 meses hay aumento progresivo de prolactina que estimula la actividad glandular llenando parcialmente los alvéolos con calostro. Después del nacimiento desaparece la inhibición placentaria de la síntesis de leche y los niveles maternos de progesterona en sangre declinan rápidamente, llenando las mamas de calostro en las primeras 30 horas postparto.

2.7 REFLEJOS MATERNOS EN LA LACTANCIA

- ✓ Reflejo de producción/secreción: Mediado por la prolactina y depende básicamente de la succión o extracción de leche.
- ✓ Reflejo de vaciamiento/eyección: Los impulsos nerviosos originados por la succión liberan oxitocina y permite la expulsión de leche hasta los conductos, pasa la leche a los conductos y senos lactíferos y luego es liberada por el estímulo del pezón, areola y otros estímulos sensoriales y psicológicos, lo cual causa contracción del miometrio (Involución y control de hemorragia postparto).

(23)

2.8 REFLEJOS DEL NIÑO EN LA LACTANCIA

- ✓ Reflejo de búsqueda: Este reflejo ayuda al niño a buscar el pezón.
- ✓ Reflejo de succión: Permite movimientos linguo-mandibulares.
- ✓ Reflejo de deglución: Permite el paso de la leche al estómago.
- ✓ Reflejo de extrusión: Consiste precisamente en que, cuando se introduce un alimento en la parte anterior de la boca, se expulsa al interior con la lengua.(24)

2.9 TIPOS DE LECHE MATERNA

- ✓ Calostro: Es la primera leche, comienza a elaborarse durante el último trimestre del embarazo, contiene mayor cantidad de Vitamina A, proteínas, sodio, Zinc, factor de crecimiento epidérmico, inmunoglobulinas y menos grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles.
- ✓ Leche transicional: Del 5-10 día postparto, tiene menos cantidad de inmunoglobulinas. Es una mezcla de calostro y leche madura, cerca del 6 y 8 días se produce aumento brusco de producción de leche. (600-700 ml/día).
- ✓ Leche madura: Se da desde el 10-15 días posparto. Tiene menor cantidad de proteínas y de inmunoglobulinas que el calostro, producción promedio de 600 – 900 ml/día, mayor cantidad de grasas y lactosa. Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3gr%) (25)

2.10 TIPOS DE ALIMENTACIÓN

En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios.

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

excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos

- **Lactancia materna predominante:** Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales)
- **Lactancia materna completa:** Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.
- **Alimentación complementaria:** es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.
- **Lactancia materna:** Alimentación por leche de madre
- **Lactancia de biberón:** Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.

En la literatura científica es posible encontrar también otros términos:

- **Lactancia de múltiples:** Lactancia por leche de madre a dos o más hijos de la misma edad
- **Lactancia diferida:** Lactancia por leche materna extraída
- **Lactancia directa:** Cuando el bebé se alimenta tomando la leche directamente del pecho
- **Lactancia en tándem:** Lactancia por leche de la propia madre a dos o más hijos de distinta edad
- **Lactancia inducida:** Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que haya mediado embarazo previo en la madre
- **Lactancia mercenaria:** Lactancia por leche de una madre distinta a la propia a cambio de algún tipo de remuneración

- **Lactancia mixta:** Forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana + leche no humana). La OMS recomienda que no se utilice este término en investigaciones científicas
- **Lactancia solidaria:** Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que medie ningún tipo de remuneración
- **Relactancia:** Lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia

DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EFICAZ SEGÚN LA UNICEF

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna 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 materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
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 lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupador o chupetes artificiales.

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Posturas maternas

La madre puede dar el pecho tumbada o sentada. Cualquiera que sea la postura que adopte la madre, lo más importante es que el niño quede con su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello. Debe introducir en su boca pezón y aréola, nunca sólo el pezón.

• **Posición del niño con la madre acostada:** madre e hijo se encuentran en decúbito lateral, frente a frente. La cara del niño debe estar enfrentada al pecho y el abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño se apoya en el antebrazo de la madre. Esta postura es útil por la noche o en las cesáreas.

• **Posiciones del niño con la madre sentada:**

- Posición tradicional o de cuna: el niño está recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta.
- Posición de cuna cruzada: la madre sujeta el pecho con la mano del mismo lado que amamanta, en posición de “U”. La otra mano sujeta la cabeza del niño por la espalda y la nuca. Esta postura necesita una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho. Esta postura permite deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiar de posición, por eso es útil cuando el niño tiene preferencia por un pecho.
- Posición de canasto o de fútbol americano: el niño se coloca por debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo del niño rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que

amamanta, sujetándole por la nuca. Es una postura muy útil en caso de cesárea o para amamantar a dos gemelos a la vez.

- Posición sentado: el niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o bien montando sobre el muslo de la madre. La madre sujeta el tronco del niño con el antebrazo del lado que amamanta. Esta postura es cómoda para mamas muy grandes, presencia de grietas, niños hipotónicos o reflejo de eyección.

2.11 EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

La extracción manual de la leche es útil para aliviar la congestión de las mamas. Aunque los sacaleches eléctricos o pilas son más cómodos o eficaces que la extracción manual, su coste puede ser prohibitivo para muchas madres. El bombeo puede incrementar la producción de leche y aliviar la irritación de los pezones ya que no causa tanta irritación como la succión del niño. La leche materna puede guardarse con total seguridad en el congelador o el frigorífico para más adelante, poder alimentar con ella al lactante.

Procedimiento:

- Elija un ambiente tranquilo y agradable. Su habilidad para relajarse facilitara la bajada de leche.
- Lavarse las manos con agua y con jabón antes de iniciar la extracción
- Si el seno está muy congestionado aplique compresas de agua fría si hay abundancia y caliente si hay mastitis por 5 o 10 minutos.
- Coloque la yema de los dedos en la parte superior del seno y realice un movimiento circular con los dedos en un mismo punto.
- Después de unos segundos proceda a otra área del seno.
- Forme una espiral alrededor del seno con el masaje hasta llegar a la areola. (El movimiento que se usa es similar al de auto examen de seno).

- Frote cuidadosamente el pecho desde la parte superior hacia el pezón, de manera que le produzca cosquilleo.
- Continúe este movimiento desde la base del seno al pezón y alrededor del mismo, lo que ayudara a relajar a la madre y estimulara la eyección de la leche.

Para extraer la leche:

- Coloque el pulgar y el dedo índice y medio aproximadamente 3 o 4 centímetros detrás del pezón. Utilice esta medida como guía pues no necesariamente es el borde de la areola, esta varía en tamaño de una mujer a otra.
- Coloque el pulgar encima y los otros dedos debajo del pezón formando una letra “c”.
- Los dedos deben ser colocados de manera que los depósitos de leche queden debajo de ellos.
- Evite sostener el pecho con la palma de la mano.
- Empuje los dedos hacia la caja torácica (costillas), evite separarlos si los senos son grandes, primero levántelos y luego empoje hacia adentro.
- Gire los dedos como imprimiendo la huellas digitales de una hoja de papel. El movimiento giratorio oprime y vacía los depósitos de leche sin maltratar los tejidos de los senos que son muy sensibles.
- Recomendar a la madre tener las uñas cortas.
- Repita rítmicamente el paso anterior para evacuar los senos lactíferos. Haga rotar la posición de los dedos para desocupar todos los depósitos de leche. Use primero una mano y luego la otra en cada seno.
- Recoja en un recipiente plástico y tápelo.

Se recomienda a la madre:

- Evitar hacer presión sobre el seno para no provocar hematomas ni lesionar los tejidos.
- Evite halar o presionar el pezón para no propiciar formación de grietas.

- Evite resbalar los dedos sobre el pecho pues puede causar irritación en la piel.

2.11.1 ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA

Una vez extraída la leche se almacenará en recipientes limpios, preferiblemente estériles. Es conveniente etiquetar el recipiente con la fecha y la hora en que se extrajo la leche. La leche materna puede congelarse en recipientes de plástico duro, de cristal o bolsas diseñadas a este efecto.

Puede almacenarse a temperatura ambiente, refrigerada y congelada. El tiempo de almacenamiento varía en función de la temperatura de conservación.

- Calostro: a temperatura ambiente 27-32° C, 8 horas.
- Leche Madura:
 - ✓ A 15° C, 24 horas.
 - ✓ A 19-22° C, 10 horas.
 - ✓ A 25° C, 4 a 8 horas.

Refrigerada entre 0 y 4° C, de 2 a 3 días.

2.12 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

Los estudios científicos han demostrado que la lactancia materna tiene beneficios tanto para el bebé como para su madre, e incluso también para la propia familia. A la hora de aconsejar a una mujer para que le dé el pecho a su hijo, hay que hacerle notar los beneficios que tiene la leche materna sobre las leches artificiales.

2.12.1 BENEFICIOS PARA EL RECIÉN NACIDO.

- La leche materna es el alimento natural que además de proporcionarle al bebé los nutrientes adecuados para un buen desarrollo, se adapta a su aparato digestivo.

- Los bebés alimentados con leche materna tienen menos riesgo de sufrir infecciones, como diarrea (el riesgo de muerte por esta causa disminuye 18 veces en los bebés), catarros, bronquiolitis, bronquitis o neumonía (disminuye 3 veces el riesgo de muerte por infecciones respiratorias); la otitis en bebés alimentados con este tipo de leche es menos frecuente.
- El sistema inmunológico del bebé completa su desarrollo al año después del nacimiento, por lo cual es importante la protección que le brinda la leche de la madre, retrasando la aparición de alergias, asma o enfermedades crónicas del intestino. Estudios científicos han demostrado que la leche materna disminuye los casos de enfermedades como la diabetes u obesidad.
- Previene las anomalías dentarias y maxilofaciales, ya que la succión del pezón no es igual a la de la tetina del biberón.
- Refuerza el vínculo afectivo entre la madre y el hijo. El vínculo que se establece durante el amamantamiento no sólo le da cariño al bebé, también le va creando sentimientos de seguridad que se traducirá a medida que crece en una mayor confianza en sí mismo.

2.12.2 BENEFICIOS PARA LA MADRE.

- La recuperación posparto es más rápida en aquellas mujeres que dan de mamar a sus hijos, porque la oxitocina, hormona que se produce en la glándula hipófisis como respuesta a la succión del pezón, contrae el útero por lo tanto disminuye la pérdida de sangre (loquios), y ésta dura menos días.
- Protege contra algunas enfermedades, por ejemplo contra el cáncer de mama. Los estudios científicos han demostrado que las mujeres que dan de mamar tienen menos riesgo de tener un cáncer de mama.
- Prolonga el período de infertilidad, ya que la ovulación aparece más tarde en las mujeres que le dan el pecho a sus hijos.

- Durante la lactancia la mujer consume más calorías, lo que le ayuda a recuperar su peso habitual más rápido.
- Las madres que amamantan a sus hijos tienen disminución del perímetro abdominal y esto es debido que con cada succión el útero se contrae.
- Desde el punto de vista psicológico la experiencia de amamantar es una vivencia que le permite a la madre compartir con el hijo momentos de placer y bienestar, haciendo que sea más intenso el vínculo afectivo con su bebé.(26)

2.12.3 BENEFICIOS PARA LA FAMILIA.

La lactancia materna repercute en la economía familiar, porque se gastará menos en consultas al pediatra y en medicamentos, además no se compra, no se prepara y es fácil de alimentar al bebe.

2.13 CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA.

- ✓ VIH/SIDA.
- ✓ Medicamentos.
- ✓ Radiaciones maternas.
- ✓ Tuberculosis activa sin medicación.
- ✓ Problemas psiquiátricos con tendencias criminales (27).

2.14 ALGUNAS RAZONES QUE ADUCEN LAS MUJERES PARA DEJAR DE AMAMANTAR.

“El niño se queda con hambre.” La respuesta para ellas es que si el amamantamiento es adecuado, el niño no queda con hambre. Sin embargo, si la madre tiene dudas hay que indicarles que el hambre es el mejor estímulo para que el niño mame y que la mamada es el mejor estímulo para que se produzca mas leche. En otras palabras, que la producción de leche obedece a la ley de oferta y a la demanda. (28)

“Hay que darles líquidos (agua o jugos) a los niños para quitarles la sed”. La respuesta para ellas es que la leche del comienzo de cada mamada está hecha para apagar la sed del niño y que, a medida que transcurre el tiempo de mamada, la leche va cambiando de composición y estará más concentrada. El agua que contiene la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades de líquidos de un lactante; por eso, no es necesario darles otros líquidos a los niños.

2.15 CREENCIAS Y PRÁCTICAS QUE OBSTACULIZAN LA PRODUCCIÓN Y LA EYECCIÓN DE LECHE.

“la leche baja sola”. Aunque los pechos y el cuerpo de la mamá se preparan durante todo el embarazo para producir leche cuando el niño nazca, esta no baja, o se demorara en hacerlo, si el niño no es puesto a mamar desde el momento del nacimiento.

“El niño que pide de mamar muy frecuentemente lo hace porque no está recibiendo suficiente alimentos; de ahí que se requiere darle alimentación complementaria”. El niño pide ser amamantado tantas veces como necesita, o desea. Como la leche materna, por ser las más adecuadas, se digiere mucho más rápidamente, el niño la pedirá con mayor frecuencia que si se le diera biberón. Al darle alimentación complementaria que no necesita, el niño no querrá chupar con la frecuencia requerida para que la producción de leche se mantenga en niveles óptimos.

“El niño que duerme mas es más saludable, porque el sueño alimenta”. El sueño no alimenta. La leche materna se digiere más rápidamente que la leche de vaca y que las leches artificiales. Por lo tanto, el niño se despertara a mamar de día y de noche con más frecuencia que el niño que recibe biberón.

Alimentación al Seno Materno: Después del parto las mamas empiezan a secretar calostro que es un líquido de color amarillo limón. Casi siempre puede extraerse del pezón hasta el segundo día del puerperio.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Hi: Los conocimientos y prácticas de lactancia materna que tienen las madres de niños de cero a un año de edad son aceptables.

3.2 HIPÓTESIS NULA

Ho: Los conocimientos y prácticas de lactancia materna que tienen las madres de niños de cero a un año de edad no son aceptables.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS.

Madres lactantes que están en edad reproductiva de 15 – 45 años que asisten al control infantil en las Unidades Comunitaria de Salud Familiar Milagro de la Paz, y La Presita las cuales serán distribuidas en tres grupos: Madres adolescentes (15-19), madres en edad reproductiva óptima (20-34), y madres añosas de (35-45).

3.4 VARIABLES.

Conocimientos y Prácticas de lactancia materna en madres de niños de cero a un año de edad.

3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
<p>H_i Los conocimientos y prácticas de lactancia materna que tienen las madres de niños de cero a un año de edad son aceptables.</p>	<p>V₁: Conocimientos sobre Lactancia Materna</p>	<p>Es el conjunto de nociones o ideas que se tiene sobre una materia</p>	<p>Mediante la aplicación de una cedula de entrevista</p>	<p>A. Conocimiento Generales.</p> <p>B. Conocimiento de los Beneficios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es dar de mamar? - Con qué se debe alimentar al menor de 6 meses. - Duración de la lactancia materna. - Inicio de la lactancia materna. - Frecuencia de la alimentación. - Extracción de la leche. - Almacenamiento de la leche. - Importancia de la lactancia materna. - Contraindicaciones de la lactancia materna. <p>NIÑO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutrientes - Menos Enfermedades - Mayor apego. - Previene Obesidad. <p>MADRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Previene cáncer de mama y ovario - Protege un nuevo embarazo. - Mejora relación madre-hijo. - Disminución del sangrado. - Disminuye el peso. <p>FAMILIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ahorra dinero. - Ahorra tiempo

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

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

Prospectiva ya que se registró la información al momento de la entrevista a las madres sobre el conocimiento y prácticas de lactancia materna.

Según el período o secuencia del estudio es:

Transversal, se estudiaron las variables: conocimiento y práctica sobre lactancia materna simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo, en una única oportunidad.

Según el análisis y el alcance de los resultados la investigación fue:

Descriptiva: Porque estuvo dirigida a determinar cómo es o como está la situación de las variables que se estudio en una población, ya que se examinó si son aceptables los conocimiento y la práctica que poseen las madres lactantes acerca de lactancia materna para caracterizarla de la mejor manera posible.

4.2 POBLACIÓN O UNIVERSO

Con una población de 1,578 niños menores de un año de edad. A continuación se describe la distribución geográfica

TABLA 1: Total de niños menores de un año por Unidad de Salud

Unidades Comunitarias	Población
UCSF Dr. Roberto Arango Carías “La Presita”	824
UCSF “Milagro de la Paz”	754
Total	1578

Fuentes: Programación Operativa Anual (POA).

Se infiere la cantidad de madres lactantes equivalente a la cantidad de niños menores de un año por lo tanto la población está representada por 1578 madres lactantes.

4.3 MUESTRA.

Para ello se aplicó la siguiente fórmula estadística:

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

Donde:

n= Muestra

Z= Valor resultante confiabilidad.

P= Probabilidad de ser elegido en el estudio.

Q= Probabilidad de no ser elegido en el estudio.

N= Tamaño de la población.

E= Error muestral.

Datos.

n=?

Z= 1.96

P= 0.5

Q= 0.5

N= 1578

E= 0.05

Sustituyendo.

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(1578)}{(1578 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

n= 309 madres lactantes de niños de cero a un año de edad.

Submuestra.

Submuestra de UCSF “La Presita” = n1

$$n1= 309 \frac{824}{1578}$$

n1= 161

Submuestra de UCSF “Milagro de la Paz” = n2

$$n2= 309 \frac{754}{1578}$$

n2= 148

TABLA 2: Distribución de las Muestras en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar

Unidades Comunitarias	Submuestra
UCSF Dr. Roberto Arango Carías“La Presita”	161
UCSF “Milagro de la Paz”	148
Total	309

Fuente: Datos obtenidos por el grupo de investigación

4.4 CRITERIOS PARA DETERMINAR LA MUESTRA

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Madres en edad reproductiva de 15- 45 años de edad.
- ✓ Madres lactantes con hijos menores de un año de edad.
- ✓ Madres lactantes que asisten al control infantil.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Madres que no desean participar en el estudio.
- ✓ Madres que tengan hijos con: Parálisis cerebral, paladar hendido, VIH sida, y madres con hijos adoptivos.

4.5 TIPO DE MUESTREO

Muestreo de tipo probabilístico, aleatorio simple ya que todas las unidades (niños-madres) tuvieron la misma probabilidad de ser incluidas en el estudio, para cada una de las unidades de salud. Se realizaron 148 encuestas en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar “Milagro de la Paz” y 161 en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar “La Presita” San Miguel.

Unidad de información: Madre Lactante.

Unidad de estudio: Madre Lactante.

4.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Documental Bibliográfica: Permitió obtener información de libros y diccionario especializados en el área de la medicina.

Documental Hemerográfica: A través de la cual se revisó la información de hemerotecas y sitios web.

De Trabajo de Campo: La entrevista que se realizó a las madres que están lactando.

4.7 INSTRUMENTO.

Una cédula de entrevista conformada por 45 preguntas de tipo de respuesta con múltiples opciones dentro de las cuales se encuentran 3 preguntas ilustradas y 2 pregunta abierta. (Ver anexo 7)

La cédula de entrevista estaba estructurada de la siguiente manera:

Datos de la Madre: Edad, estado familiar, alfabetización, escolaridad, paridad, ocupación y procedencia de la madre.

Datos relacionados con el lactante: Sexo, edad y estado nutricional.

Datos de conocimientos y prácticas con la lactancia materna.

Según los conocimientos y las prácticas que tienen las madres de los niños de cero a un año de edad se estableció una escala de medición tomando en cuenta el porcentaje de respuestas contestadas correctamente por las entrevistadas. Realizando 17 preguntas de tipo conocimiento y 18 preguntas de tipo prácticas.

Tabla No. 3 ESCALA DE MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO		RESPUESTAS CORRECTAS
Conocimiento Aceptable.	>Del 70%	12- 17
Conocimiento Moderadamente Aceptable.	Del 50 a < 70%	9-11
Conocimiento no Aceptable.	< Del 50%	≤8

Fuente: Construcción propia del grupo investigador.

Tabla No. 4 ESCALA DE MEDICIÓN DE PRÁCTICAS

MEDICIÓN DE PRÁCTICAS		RESPUESTAS CORRECTAS
Practicas Aceptable.	>Del 70%	13- 18
Practicas Moderadamente Aceptable.	Del 50 a < 70%	9- 12
Practicas no Aceptable.	< Del 50%	≤8

Fuente: Construcción propia del grupo investigador.

4.8 PROCEDIMIENTO

4.8.1 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, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente asesor con el cual en reunión se seleccionó el tema a investigar y el lugar en que se realizaría la investigación.

Posteriormente 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 asesoras y jurados y coordinadoras del proceso de graduación.

A continuación se realizó la elaboración del protocolo de investigación, contando con asesoría metodológica y de estadística.

4.8.2 EJECUCIÓN

La población estudiada fue de 309 madres de niños menores de 1 año de edad, distribuidos de la siguiente manera 148 de Unidad Comunitaria de Salud Familiar “ Milagro de la Paz” y 161 Unidad Comunitaria de Salud Familiar “ La Presita” San Miguel, lo anterior se llevó a cabo durante el periodo de abril – mayo de 2013

Se realizó una entrevista para valorar los criterios de elegibilidad; se procedió a lectura de entrevista para la recolección de datos utilizando como unidad de información y de estudio la madre.

4.8.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Previo a la Ejecución de la Investigación se realizó la validación el día 15 de abril de 2013 en Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel; en donde se paso el instrumento a 15 madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas para posteriormente modificarlas de acuerdo a los resultados.

4.8.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

La población estudiada fue de 309 madres lactantes distribuidas de la siguiente manera: 161 madres de UCSF La Presita, UCSF Milagro de la Paz, Departamento de San Miguel llevándose a cabo del 8 de marzo a 15 de mayo del 2013.

4.8.5 PLAN DE ANÁLISIS

Después de recolectada la información se procedió a la codificación de los datos en el programa SPSS en su versión 15.0, lo que permitió la elaboración de cuadros y gráficas para proceder al análisis y la interpretación de los resultados, para datos cuantitativos.

Mientras que las preguntas abiertas se elaboraron tablas para su análisis e interpretación y el porcentaje.

Con el mismo programa se realizó la prueba de hipótesis.

4.9. RIESGOS Y BENEFICIOS.

Riesgo: No hay riesgo directamente relacionado con la participación en esta investigación.

Beneficios: Los resultados que se generen pueden servir para realizar propuestas educativas e intervenciones adecuadas que promuevan, apoyen y fomenten la lactancia materna en el nivel de atención, así como en toda la red del Ministerio de Salud.

4.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Las personas que participaron en la investigación, se les hizo una entrevista, la cual fue llenada por los investigadores.

La participación de la población fue voluntaria y anónima; previamente se les explicó en qué consistía el estudio para que con su consentimiento sean entrevistadas. (Anexo 8)

5. RESULTADOS.

Los resultados se presentan en tres apartados:

El primero se refiere a los conocimientos que tienen las madres sobre la lactancia materna; esta se divide en 4 secciones:

- 5.1.1 Datos Generales de la Madre: Está sección contiene los datos con relación a la edad, estado familiar, alfabetización, escolaridad, paridad, ocupación, y procedencia de la madre.
- 5.1.2 Datos Generales del Niño: Esta sección contiene los datos de los niños en estudio: Edad, sexo y estado nutricional.
- 5.1.3 Conocimientos de las madres sobre lactancia materna.
- 5.1.4 Conocimientos que tienen las madres sobre los beneficios de la lactancia materna

El segundo apartado se refiere a las prácticas de alimentación infantil y lactancia materna que tienen las madres.

El tercer apartado está referido a la comprobación de las hipótesis de conocimientos y de prácticas sobre lactancia materna.

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA.

TABLA 5: DATOS GENERALES DE LAS MADRES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

VARIABLES	ALTERNATIVAS	UNIDAD DE SALUD			
		LA PRESITA		MILAGRO DE LA PAZ	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Edad	15-19 años	25	15.5%	41	27.7%
	20-35 años	124	77.0%	95	64.0%
	>35 años	12	7.5%	12	8.1%
Estado familiar	Casada	48	29.8%	36	24.3%
	Acompañada	87	54.0%	102	68.9%
	Soltera	26	16.1%	10	6.8%
Alfabetización	Sabe solo leer	0	.0%	6	4.1%
	Sabe leer y escribir	161	100%	136	91.9%
	No sabe leer ni escribir	0	.0%	6	4.1%
Escolaridad	Ninguna	0	.0%	12	8.1%
	Primaria	40	24.8%	67	45.3%
	Secundaria	77	47.8%	65	43.9%
	Superior	44	27.3%	4	2.7%
Paridad	Primípara	80	49.7%	55	37.2%
	Múltipara	79	49.1%	87	58.8%
	Gran Múltipara	2	1.2%	6	4.1%
Ocupación	Ama de Casa	113	70.2%	126	85.1%
	Empleada	12	7.5%	14	9.5%
	Independiente	12	7.5%	8	5.4%
	Estudiante	24	14.9%	0	.0%
Procedencia	Urbana	130	80.7%	124	83.8%
	Rural	31	19.3%	24	16.2%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

INTERPRETACIÓN:

Al observar los resultados de ambos lugares de investigación se puede ver que hay un predominio en el grupo etareó de las adolescentes de 15-19 años, seguido de las mujeres entre 20-35 años en la Unidad de Salud Milagro de la Paz mientras que el grupo sobresaliente de Unidad de Salud de La Presita son las madres entre 20-35 años, seguida de las madres adolescentes. En cuanto al estado familiar en ambas Unidades de Salud predomina el acompañamiento.

En ambas Unidades de Salud las madres saben leer y escribir teniendo un leve predominio la Unidad de Salud de La Presita ya que del total de madres entrevistadas de dicho centro de salud no hubo ninguna persona analfabeta mientras que en la Unidad de Salud Milagro de La Paz se encontró un mínimo número de personas que no cumplía con saber leer y escribir.

En cuanto a la escolaridad podemos visualizar que las personas que frecuentan la Unidad de Salud de La Presita tienen un mejor nivel educativo porque se visualiza un porcentaje de nivel superior lo cual influye para tomar mejores decisiones; mientras que en la Unidad de Salud Milagro de La Paz el porcentaje de personas con estudios superiores es mínimo probablemente por las condiciones socioeconómicas del medio donde viven que no les permite tener mejor acceso a la educación.

La mayoría de madres entrevistadas en la Unidad de Salud La Presita fueron primígestas mientras que en la Milagro de la Paz fueron las multíparas las que predominaron.

La mayoría de las madres entrevistadas son amas de casa teniendo mejores expectativas las que consultaron a la Unidad de Salud La Presita ya que se puede observar un leve predominio de las mujeres que tienen un negocio propio y las que se dedican a estudiar.

La procedencia de las madres entrevistadas en ambas Unidades de Salud son del área urbana y solo un pequeño porcentaje correspondió a las que viven en el área rural.

5.1.2 DATOS GENERALES DEL NIÑO.

Este apartado contiene los datos de los niños en estudio: edad, sexo y estado nutricional.

TABLA 6. DATOS GENERALES DE LOS NIÑOS QUE FORMARON PARTE DEL ESTUDIO.

DATOS GENERALES	CARACTERISTICAS	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR “LA PRESITA” Y “MILAGRO DE LA PAZ”	
		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	155	50.2%
	Femenino	154	49.8%
Rango de Edad	0-3 meses	67	21.7%
	4-6 meses	104	33.7%
	7-9 meses	84	27.2%
	10-12 meses	54	17.5%
Estado Nutricional	Normal	306	99.0%
	Desnutrido	3	1.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

En la tabla anterior se encuentran los datos de los niños que formaron parte del presente estudio: datos generales, características, frecuencia y porcentajes; con respecto al sexo del niño el 50.2% es masculino, el 49.8% es femenino. En cuanto al rango de edad del niño el 33.7% es de 4-6 meses, el 27.2% es de 7-9 meses, el 21.7% de 0-3 meses, el 17.5% de 10-12 meses. Con respecto al estado nutricional de los niños el 99.0% es normal, el 1.0% desnutrido.

INTERPRETACION:

Se evidencia que hay una mínima diferencia en el porcentaje de los niños menores de 6 meses el cual es 55.4%, en relación con los niños mayores de 6 meses con el 44.7%. En relación al sexo el porcentaje es similar en ambos tanto el femenino como el masculino, el estado nutricional es normal solo 1% de los niños en estudio presento desnutrición.

5.1.3. CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA

TABLA 7: SABE QUE ES DAR DE MAMAR.

Sabe que es dar de mamar.	Frecuencia	Porcentaje.
Si	307	99.4%
No	2	0.6%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

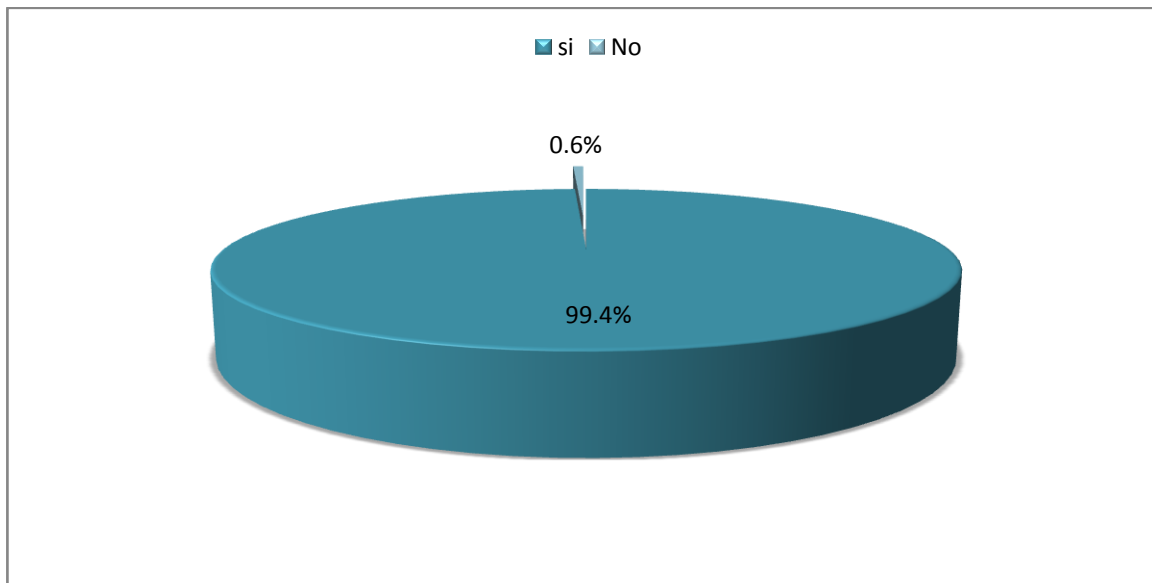
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 99.4% de las madres de niños menores de 1 año conocen que es dar de mamar, mientras que el 0.6% no tienen conocimiento de ello.

INTERPRETACIÓN:

Del total de las madres entrevistadas la mayoría está amamantando a su hijo, lo cual refleja que tienen conocimientos acerca de lactancia materna y que tiene un impacto positivo en la salud de ambos, ya que favorece un mejor crecimiento y desarrollo permitiendo tener un mejor sistema inmunológico, el cual mejora las defensas para evitar enfermedades respiratorias y diarreicas; así como también disminuir la desnutrición, en cuanto a la madre el amamantamiento disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovarios; así como también favorece el espaciamiento de los embarazos. Un pequeño número de madres manifestó no haber dado de mamar nunca a su hijo, lo cual puede predisponer a mayor riesgo de enfermedades.

GRÁFICO 1. SABE QUE ES DAR DE MAMAR.



Fuente: Tabla 7

TABLA 8. ALIMENTACIÓN DEL BEBE MENOR DE 6 MESES.

Alimentación del bebe menor de 6 meses	Frecuencia	Porcentaje
Solamente leche materna *	287	92.9%
Leche materna y leche de bote	14	4.5%
Leche materna y agua	8	2.6%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. *Respuesta Correcta.

ANÁLISIS:

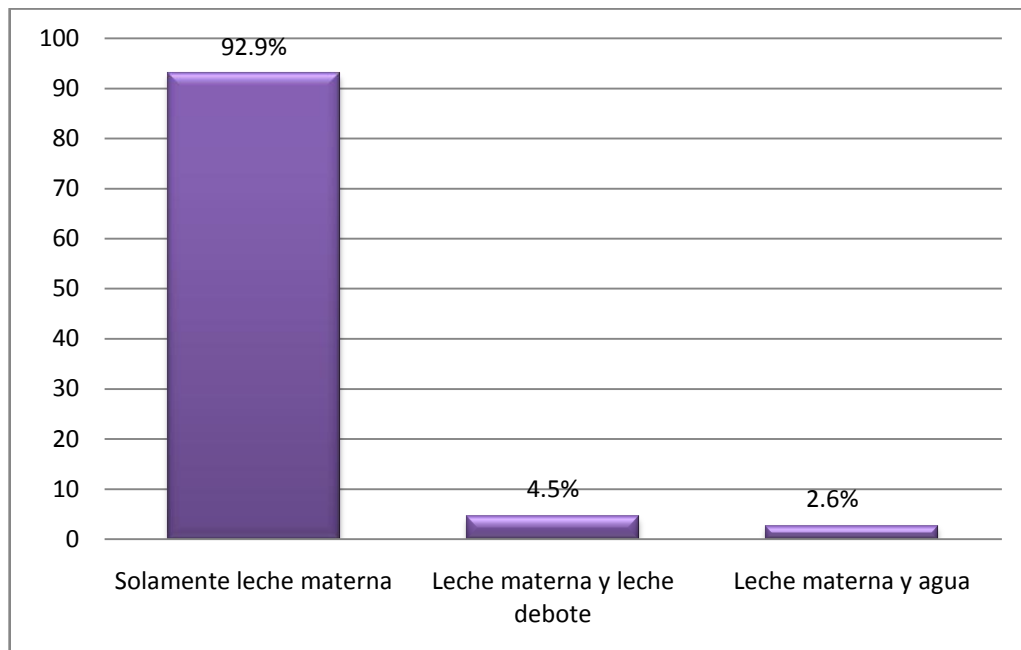
En la tabla anterior se muestra que el 92.9% de las madres entrevistadas alimentan exclusivamente al niño menor de 6 meses con leche materna, mientras que el 4.5%

utiliza lactancia materna complementándola con formula, y solo el 2.6% lo hace con lactancia materna predominante.

INTERPRETACIÓN:

Del total de madres entrevistadas la mayoría alimenta al niño menor de 6 meses solo con leche materna lo cual permite que el lactante tenga mejor crecimiento y desarrollo y menor predisposición a las enfermedades diarreicas y respiratorias, mientras que un menor porcentaje de madres utiliza además de la leche materna formulas las cuales pueden no ser adecuadas para la edad del niño y además puede predisponer a mayores episodios de infecciones del tracto gastrointestinal como cólicos, flatulencias, diarreas. También afectando la producción de leche materna dándole a la madre una falsa percepción de que su leche no es suficiente. Lo mismo sucede con aquellas madres que incluyen el agua dentro de la dieta del menor en forma prematura ocasionándole problemas para mantener estimulada la glándula mamaria.

GRÁFICO 2. ALIMENTACION DEL BEBE MENOR DE 6 MESES.



Fuente: Tabla 8

TABLA 9. DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.

Duración de Lactancia Materna	Frecuencia	Porcentaje
Hasta los 2 años *	183	59.22%
Hasta los 12 meses	112	36.25%
Hasta los 6 meses.	14	4.53%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. *Respuesta correcta

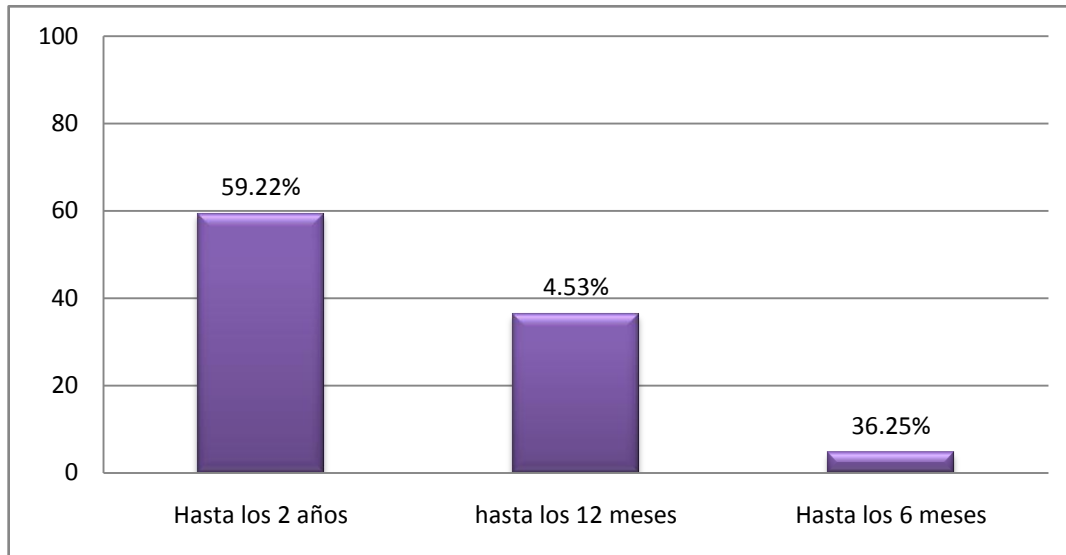
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 59.22% de las madres entrevistadas piensan dar de mamar al niño hasta los 2 años, mientras que el 36.25% hasta los 12 meses, y el 4.53% hasta los 6 meses.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que el mayor número de madres entrevistadas amamantarán a sus hijos hasta los 2 años de edad tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud ya que durante el segundo año de vida la cantidad de nutrientes que este valioso líquido aporta a la nutrición de los niños es considerable como complemento de su dieta. Un buen porcentaje de las madres solo alimentará a sus hijos en menos tiempo del recomendado lo cual evidencia una falta de conocimiento sobre el tiempo que se debe de amamantar a un infante.

GRÁFICO 3. DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Tabla 9

TABLA 10. INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA.

Inicio de Lactancia Materna	Frecuencia	Porcentaje
Inmediatamente después del parto *	259	83.8%
Cuando el bebe llora de hambre por primera vez	22	7.1%
A las 4 horas de nacido.	16	5.2%
A las 24 horas de nacido	12	3.9%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. *Respuesta correcta

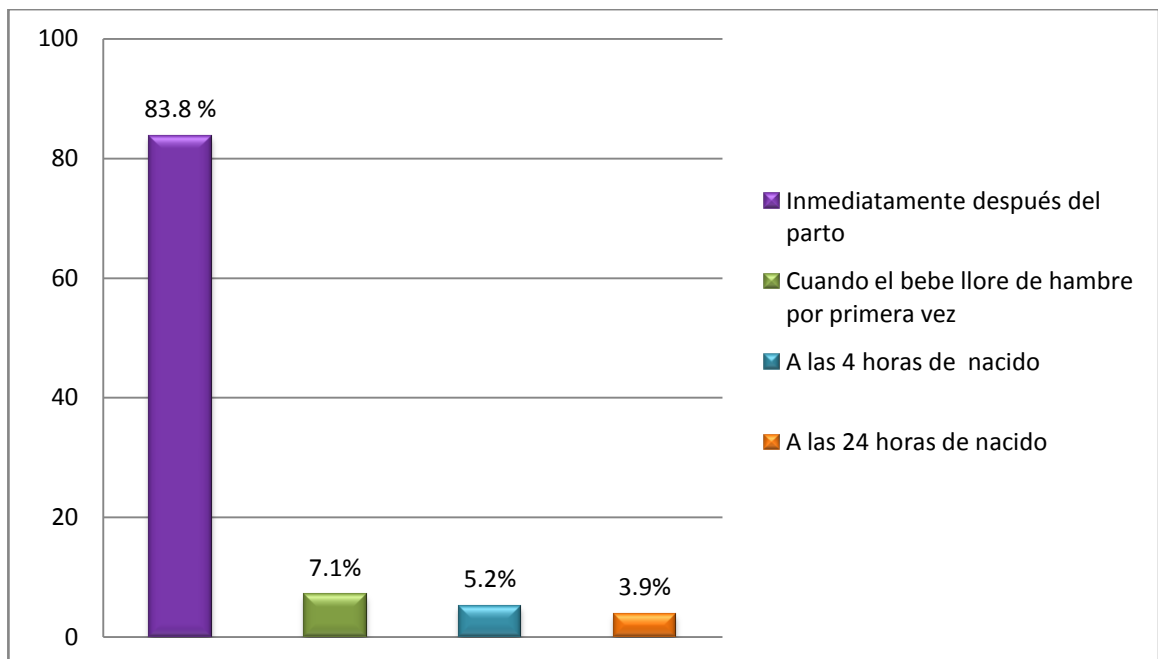
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 83.8% de las madres entrevistadas inicio la lactancia materna inmediatamente después del parto, mientras que el 5.2% a las 4 horas de nacido, el 3.9% a las 24 horas, y el 7.1% cuando el bebé llora de hambre por primera vez.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de madres amamantaron al niño inmediatamente al nacer lo cual está recomendado por la Organización Mundial de la Salud a través de la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños ya que esto favorece el vínculo madre – hijo así como la estimulación precoz de la glándula mamaria para aumentar la producción de leche y evitar el sangrado pos parto en la madre, llama la atención que un porcentaje de madres inició tardíamente el amamantamiento probablemente por no recibir ayuda posterior al parto, o por haber presentado alguna complicación durante este. Se evidencia también que cierto grupo de madres da de mamar por el llanto del bebé lo cual es erróneo ya que el niño puede llorar no solamente por hambre sino por múltiples causas (Cólicos, está sucio, se siente incomodo, tiene sueño, tiene frio, etc.)

GRÁFICO 4. INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA.



Fuente: Tabla 10

TABLA 11. FRECUENCIA DE AMAMANTAR AL NIÑO.

Frecuencia de amamantar al niño	Frecuencia	Porcentaje
Cada vez que el niño quiera *	178	57.60%
Cada 2 horas	129	41.75%
Cada 6 horas	2	0.65%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. *Respuesta correcta.

ANÁLISIS:

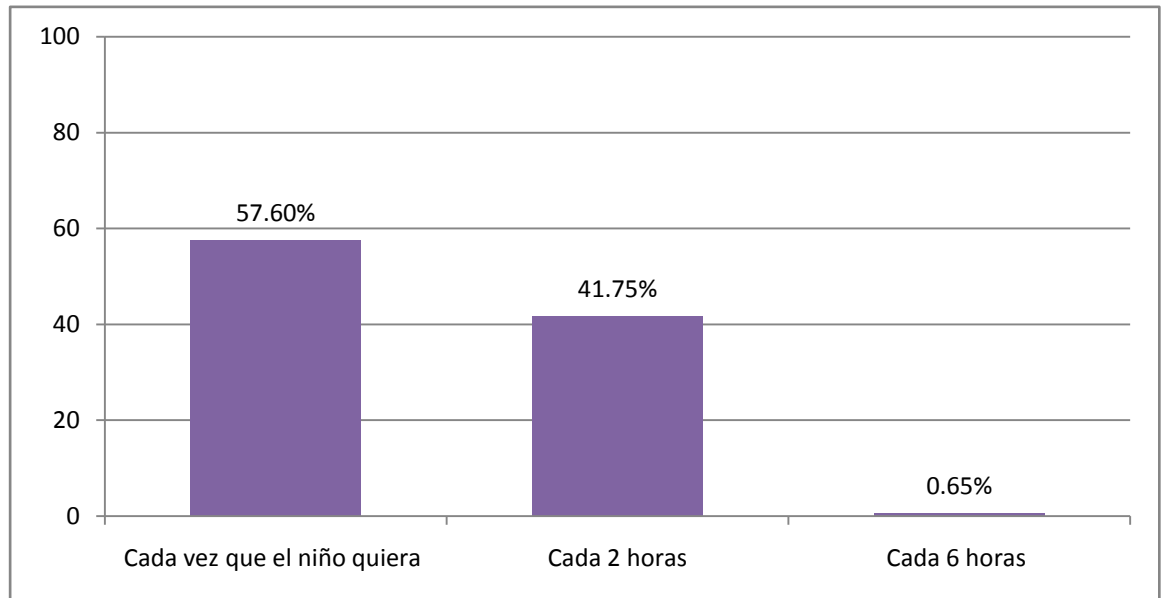
La tabla anterior demuestra que el 57.60% de las madres entrevistadas alimentan al bebé cada vez que el niño quiera, mientras que el 41.75% cada 2 horas, y el 0.65% cada 6 horas.

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que la mayoría de madres alimentan a sus hijos con leche materna a libre demanda lo cual favorece la estimulación y producción de la leche materna además de que se está cumpliendo con una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud dentro de la Iniciativa de Hospital Amigo de los Niños.

Se evidencia también que un buen número de madres restringen el número de mamadas a través de un horario lo cual es contraproducente para la alimentación adecuada del bebé.

GRÁFICO 5. FRECUENCIA DE AMAMANTAR AL NIÑO.



Fuente: Tabla 11.

TABLA 12. SI SU BEBÈ DUERME POR MÁS DE 2 HORAS, QUE HARÍA?

El bebe duerme por más de 2 horas	Frecuencia	Porcentaje
Lo despierto y le doy pecho *	231	74.8%
Dejo que siga durmiendo	54	17.5%
Solo lo despierto	18	5.8%
Lo despierto y le doy pacha	6	1.9%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. * Respuesta correcta.

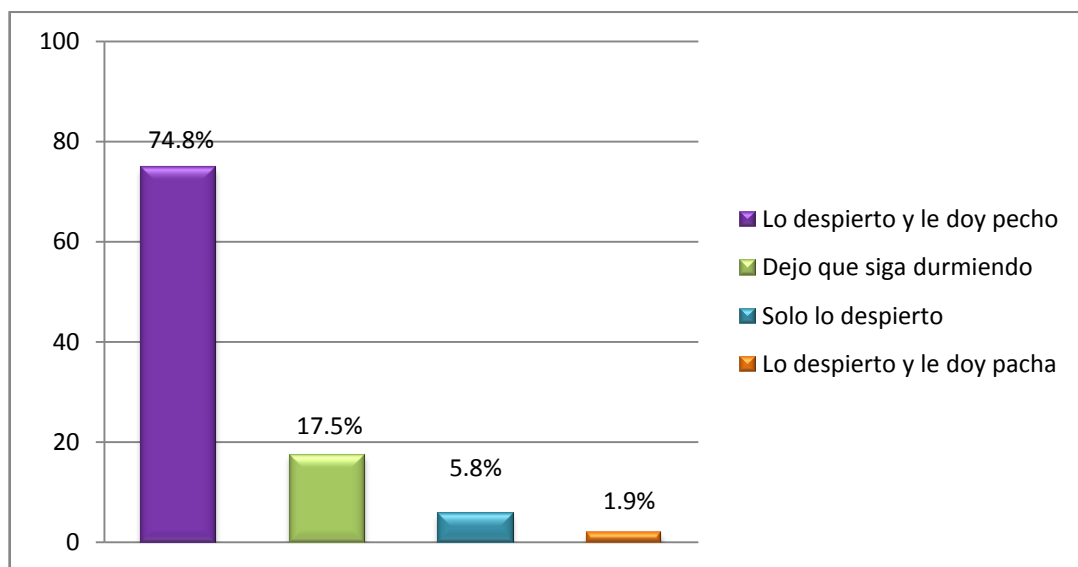
ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra que el 74.8% de madres entrevistadas despiertan y dan pecho al bebé si duerme por más de dos horas, mientras que el 17.5% dejan que siga durmiendo, y el 5.8% solo lo despiertan y el 1.9% lo despiertan y le dan pacha.

INTERPRETACIÓN:

Del total de madres entrevistadas la mayoría despiertan al bebé y le dan pecho cuando duerme por más de 2 horas esto evita que el niño pierda peso y que se mantenga con los niveles de glucosa y nutrientes necesarios. Sin embargo muchas de las madres dejan que su hijo continúe durmiendo lo cual desfavorece la estimulación de la glándula mamaria para la producción de leche. Se puede observar que un pequeño número de madres no alimentan a su hijo después de permanecer dormido por un largo período de tiempo lo que puede ocasionar en el niño hipo actividad, frialdad de los miembros, succión débil por la falta de ingesta de leche materna. Cabe resaltar que una minoría de las madres da alimentación con biberón lo que puede provocar abandono precoz de la lactancia materna puesto que el biberón ocasiona confusión en la succión del niño.

GRÁFICO 6. SI SU BEBÈ DUERME POR MÁS DE 2 HORAS.



Fuente: Tabla 12.

TABLA 13. SI SU BEBÉ LLORA DE HAMBRE O DE SED.

Si su bebé llora de hambre o de sed	Frecuencia	Porcentaje
Le daría solo pecho *	272	88.03%
Le daría leche materna mas aguita	31	10.03%
Le daría leche de bote	6	1.94%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población. * Respuesta correcta.

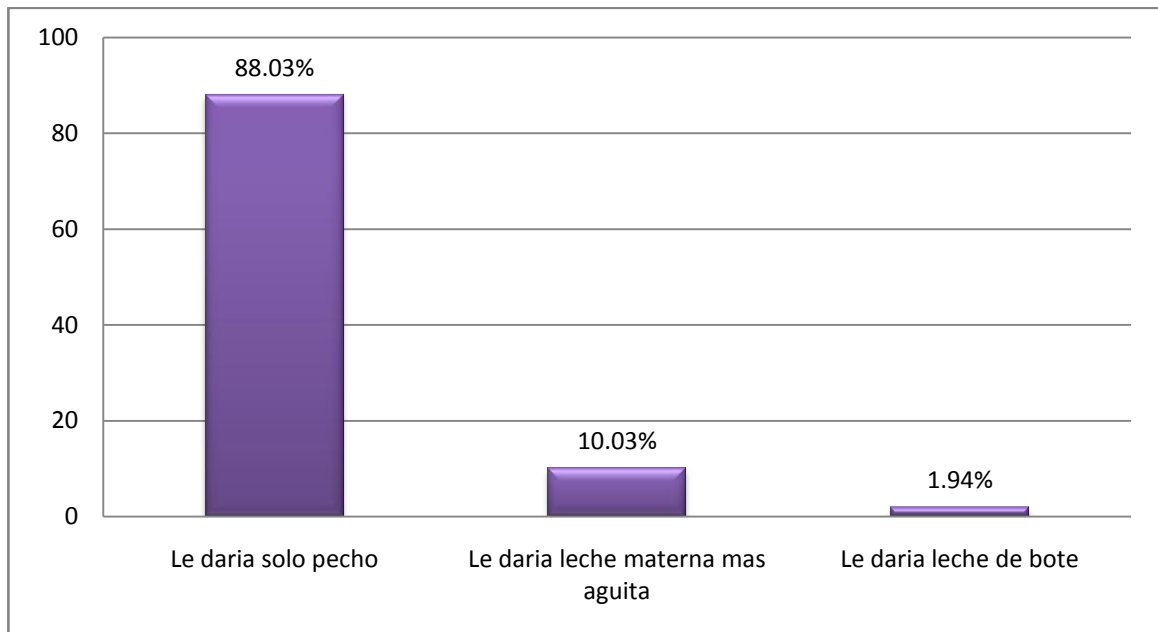
ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra que el 88.03% de las madres entrevistadas daría solo pecho al bebé cuando llora de hambre o de sed, mientras que el 10.03% le darían leche materna y agüitas, y el 1.94% le darían leche de bote.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla anterior se observa que la mayoría de madres da únicamente seno materno exclusivo, ya que este vital líquido contiene un 85% de agua lo cual le sirve para quitar la sed y al mismo tiempo calmar su hambre. Solamente la minoría de madres da agua o sucedáneos de la leche materna lo cual puede ser debido a la falta de conocimientos así como también a las creencias que estas tienen de que el niño necesita otros líquidos además de la leche materna para calmar su sed, para que no se enferme de los riñones, para que el niño hable más rápido o para que se vaya acostumbrando a tomar agua o fórmula cuando la madre salga de su casa.

GRÁFICO 7. SI SU BEBÉ LLORA DE HAMBRE O DE SED.



Fuente: Tabla 13.

TABLA 14. MADRE TRABAJADORA COMO ALIMENTARÍA SU BEBÉ.

Si trabaja como alimentaría su bebé	Frecuencia	Porcentaje
Tendría que dale leche materna extraída en el hogar o en el trabajo *	167	54%
Le daría pecho cuando este con mi bebe y leche de bote cuando me separe de el	122	39.5%
Tendría que darle leche de bote	20	6.5%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. * Respuesta correcta.

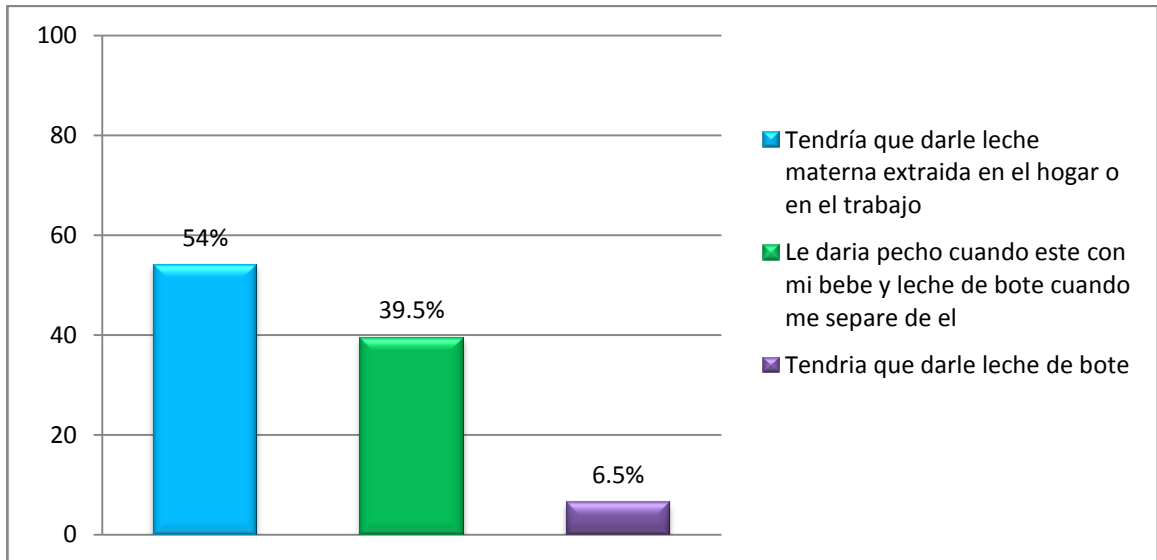
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se observa que el 54% de las madres opinó que si salen o tienen que trabajar fuera de su casa darían leche materna extraída en el hogar o en el trabajo para alimentar a su bebé, mientras que el 39.5% le darían pecho cuando este con el bebé y un sucedáneo de la leche materna cuando se separen de él, y solo el 6.5% mencionó que utilizaría un sucedáneo.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se observa que la intención que la mayoría de madres tiene de continuar alimentando a su hijo con lactancia materna aún cuando tenga que trabajar o estar fuera de su casa lo que ayuda a mantener la producción de leche y evidencia el conocimiento que la madre tiene acerca de la extracción y conservación de la leche materna facilitándole el ahorro de dinero y la preocupación de que su hijo pueda presentar una infección gastrointestinal por una mala preparación del sucedáneo. Sin embargo un buen porcentaje de las madres mencionó que no continuaría con la alimentación al seno materno lo que afectaría directamente al niño, la madre y su grupo familiar pues se incurre en más gastos a mayor predisposición de infecciones que pueden llevarlo a un ingreso hospitalario además, del riesgo de un nuevo embarazo en la madre, y de cáncer de mama en la mujer.

GRÁFICO 8. MADRE TRABAJADORA COMO ALIMENTARIA SU BEBÉ.



Fuente: Tabla 14.

TABLA 15. DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA A TEMPERATURA AMBIENTE

Duración de la leche materna a temperatura de ambiente	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	184	59.54%
Hasta 8 horas *	82	26.54%
Hasta 1 hora	43	13.92%
Total	309	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la poblaci3n en estudio. * Respuesta correcta.

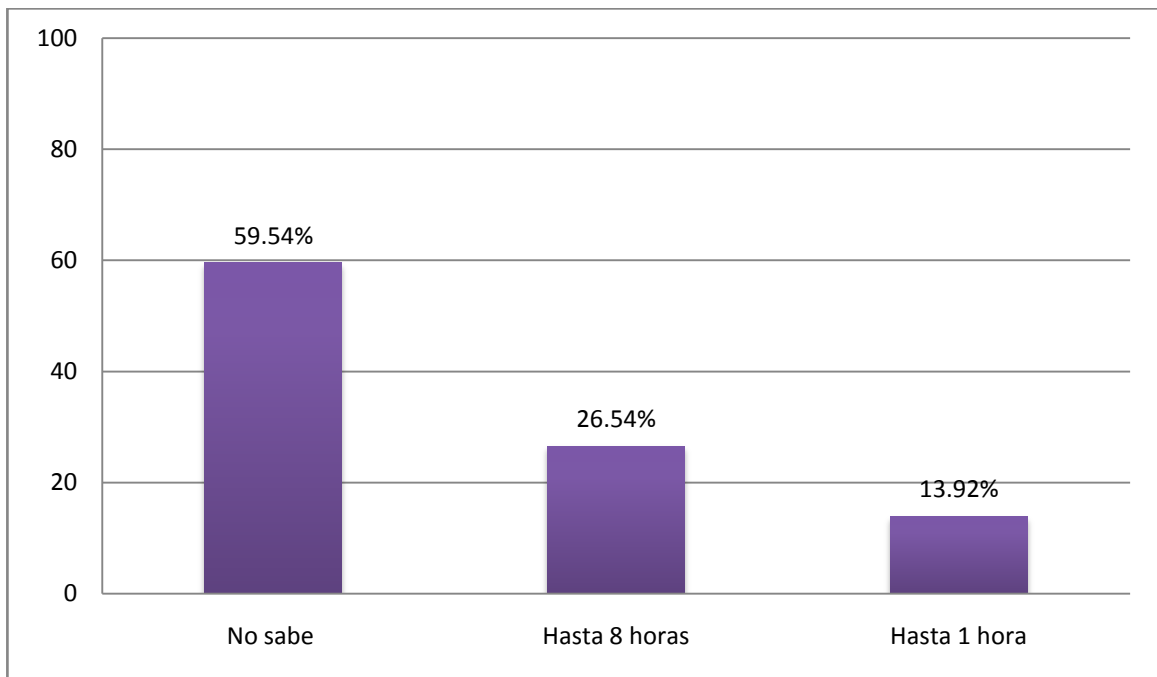
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se observa que el 59.54% de las madres no conocen la duraci3n de la leche materna guardada a temperatura ambiente, mientras que el 26.54% tiene un conocimiento correcto de que dura 8 horas, otro 13.92% cree que solo dura 1 hora.

INTREPRETACIÓN:

El mayor porcentaje de madres desconoce el tiempo que dura la leche materna a temperatura ambiente lo que dificulta la alimentación con este vital líquido cuando la madre no está en casa. Sin embargo un buen número de madres si conoce sobre como preservar la leche materna. Llama la atención que un porcentaje de madres encuestadas tiene un conocimiento errado acerca del tiempo de duración de la leche.

GRÁFICO 9. DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA A TEMPERATURA AMBIENTE.



Fuente: Tabla 15

TABLA 16. SI SU BEBÉ MENOR DE 6 MESES TUVIERA DIARREA. QUE HARÍA.

Si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea que haría	Frecuencia	Porcentaje
Le da pecho mas suero oral	134	43.4%
Le daría pecho con mayor frecuencia	175	56.6%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

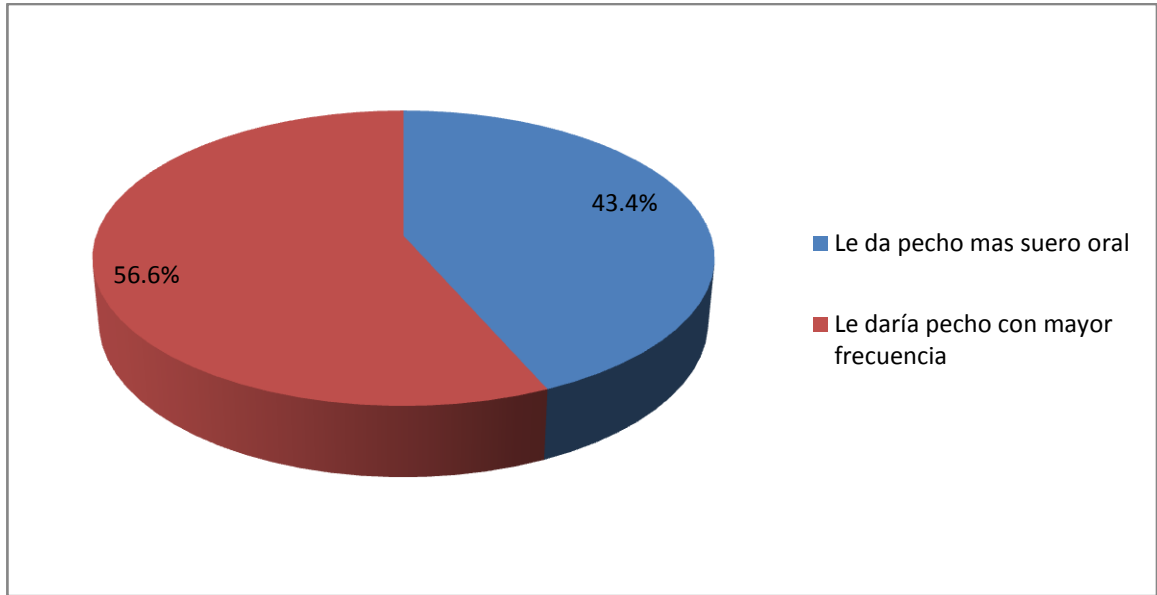
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se demuestra que el 56.6% de las madres dan pecho con mayor frecuencia a el bebé menor de 6 meses que tuviera diarrea, mientras que el 43.4% de la pecho más suero oral.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se puede observar que todas las madres tienen un buen conocimiento acerca de qué hacer cuando el bebé menor de 6 meses presenta diarrea tal como lo menciona la Organización Mundial de la Salud que es el de continuar amamantando al niño a pesar de su patología gastrointestinal. Se evidencia que más de la mitad de las madres amamantaría más frecuentemente lo cual evita que el niño se deshidrate ya que la leche materna contiene agua y minerales, también cabe recalcar que un buen número de madres daría además de pecho sales de rehidratación oral evitando con esto que su hijo llegue a deshidratarse.

GRÁFICO 10. SI SU BEBÉ MENOR DE 6 MESES TUVIERA DIARREA. QUE HARÍA.



Fuente: Tabla 16

TABLA 17. CONTRAINDICACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.

Contraindicación de Lactancia Materna	Frecuencia	Porcentaje
Madre con VIH/SIDA *	285	92.23%
Madre que se asusto	12	3.88%
Madre que tiene tos	10	3.24%
Madre que lavan mucha ropa	2	0.65%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. *Respuesta correcta.

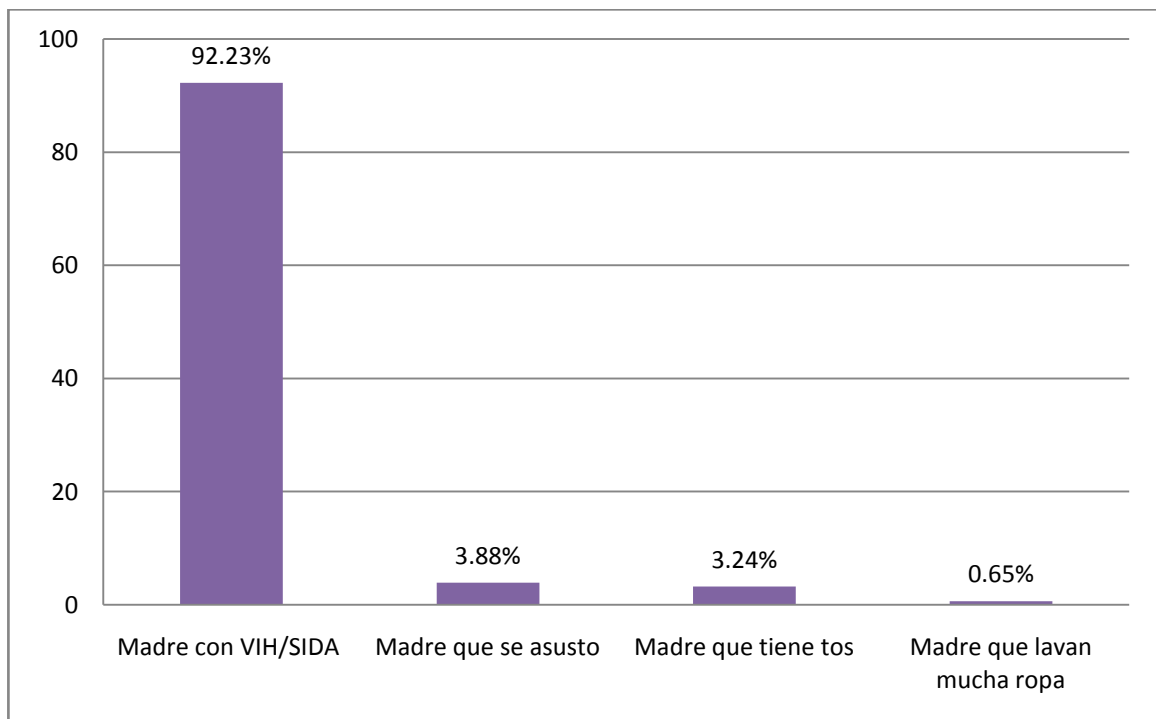
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 92.23% de las madres entrevistadas considera que las mamas que no deben de dar de mamar a su hijo son las que tienen VIH/SIDA, mientras que 3.88% son las madres que se asusto, y el 3.24% las madres que tienen tos, seguido de un 0.65% las madres que lavan mucha ropa.

INTERPRETACIÓN:

Al interpretar estos datos se observa que la mayoría de madres saben que una de las contraindicaciones de la lactancia materna es padecer de VIH SIDA, sin embargo llama la atención que aún siguen prevaleciendo creencias erróneas que influyen en la suspensión del amamantamiento como son las mostradas en la tabla anterior.

GRÁFICO 11. CONTRAINDICACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.



Fuente: Tabla 17.

5.1.4. CONOCIMIENTOS QUE TIENE LA MADRE SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

TABLA 18. LA LACTANCIA MATERNA SE CONSIDERA EL MEJOR ALIMENTO PARA EL NIÑO.

La lactancia materna se considera el mejor alimento para el niño	Frecuencia	Porcentaje
Le proporciona al bebe todos los nutrientes	72	23.30%
Es más fácil de digerir	2	0.65%
Tiene vitamina	14	4.53%
Todas las anteriores *	221	71.52%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población.

* Respuesta correcta.

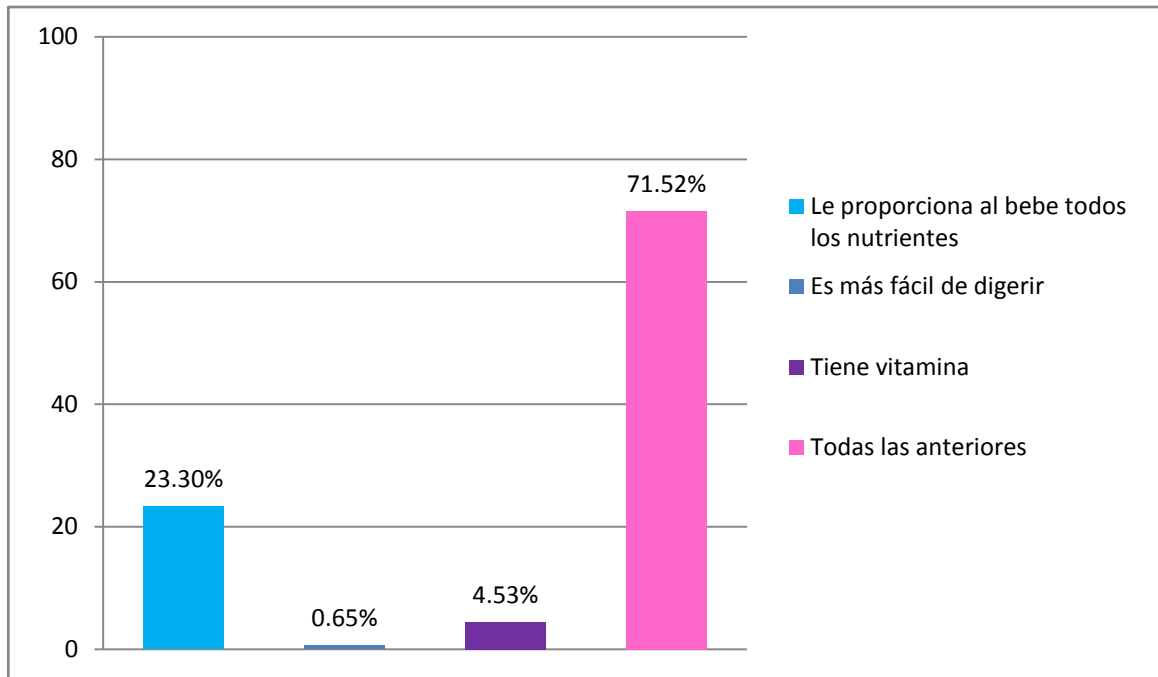
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se evidencia que el 71.52% de las madres consideran que la lactancia materna es el mejor alimento para el niño proporcionándole todos los nutrientes, vitaminas y a la vez es fácil de digerir, mientras que el 23.30% cree que le proporciona todos los nutrientes al bebé, y un 4.53% que tiene vitaminas, y el 0.65% considera que solo es fácil de digerir.

INTERPRETACIÓN:

Al interpretar estos resultados se observa que la mayoría de madres conoce todos los beneficios que la lactancia materna aporta para el bebé lo cual evidencia que la madre ha recibido buena información antes y durante el embarazo, mientras que un pequeño porcentaje considera que solo aporta uno de los beneficios mencionados.

GRÁFICO 12. LA LACTANCIA MATERNA SE CONSIDERA EL MEJOR ALIMENTO PARA EL NIÑO.



Fuente: Tabla 18

TABLA 19. BENEFICIO PARA EL NIÑO QUE TOMA PECHO.

Beneficio para el niño que toma pecho	Frecuencia	Porcentaje
Se enferma menos de diarrea	38	12.30%
Tiene menos riesgos de padecer alergias	6	1.94%
Se enferma menos de neumonía	2	0.65%
Todas las anteriores *	263	85.11%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población.

* Respuesta correcta

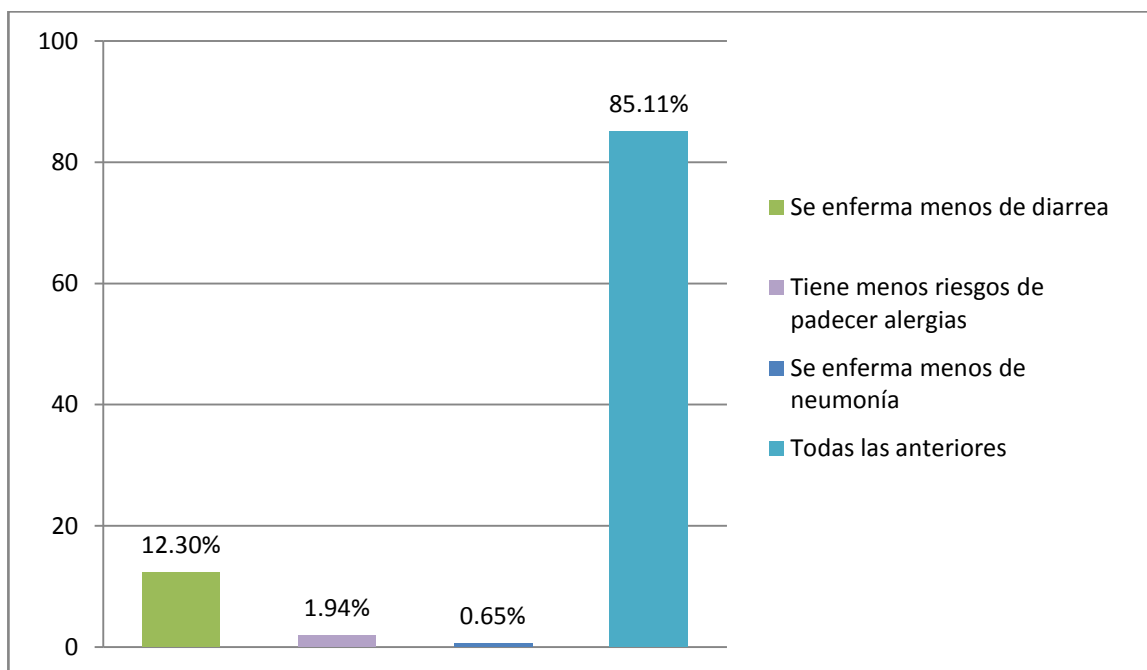
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se muestra que el 85.11% de las madres consideran que al alimentar al bebé con pecho le disminuye enfermedades como diarreas, alergias y neumonías, mientras que otro 12.30% cree que solo previenen que se enfermen de diarrea, y un 1.94% que tiene menos riesgo de padecer de alergias, y un 0.65% se enferma menos de neumonías.

INTERPRETACIÓN:

Se demuestra que la mayoría de las madres conocen los beneficios para que los niños se enfermen menos de diarreas, alergias y neumonías. Sin embargo en menor porcentaje las madres solamente mencionan conocer un beneficio para determinada patología lo que evidencia la falta de información y educación que esta tiene.

GRÁFICO 13. BENEFICIO PARA EL NIÑO QUE TOMA PECHO.



Fuente: Tabla 19

TABLA 20. BENEFICIO DE LA LECHE MATERNA PARA EL NIÑO.

Beneficio de la leche materna	Frecuencia	Porcentaje
Le da defensas al cuerpo	52	16.8%
Mejora la relación madre-hijo	4	1.3%
Todas las anteriores *	253	81.9%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. * Respuesta correcta.

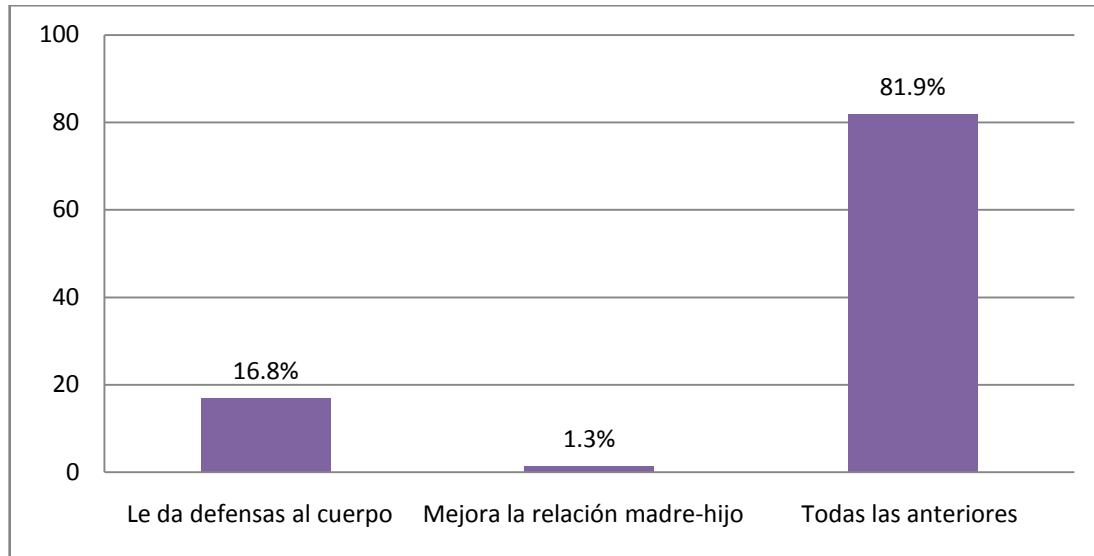
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 81.9% de las madres entrevistadas consideran que entre otros beneficios de la lactancia materna es dar defensas al cuerpo del niño, y mejora la relación madre – hijo, mientras que un 16.8% creen que solo da defensas al cuerpo, y el 1.3% que solo mejora la relación madre – hijo.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de madres considera que la leche materna es lo mejor para el niño, seguido de las madres que prefieren hacerlo para darle defensas al cuerpo del niño, solo una minoría considera que solo mejora la relación madre – hijo.

GRÁFICO 14. BENEFICIO DE LA LECHE MATERNA.



Fuente: Tabla 20

TABLA 21. VENTAJAS QUE TIENE PARA LA MUJER DAR DE MAMAR.

Ventajas que tiene para la mujer dar de mamar	Frecuencia	Porcentaje
Tiene menos riesgos de morir por hemorragia después del parto	20	6.5%
La recuperación del parto es más rápida	30	9.7%
El sangrado después del parto es menos	48	15.5
Todas las anteriores *	211	68.3%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. *Respuesta correcta.

ANÁLISIS:

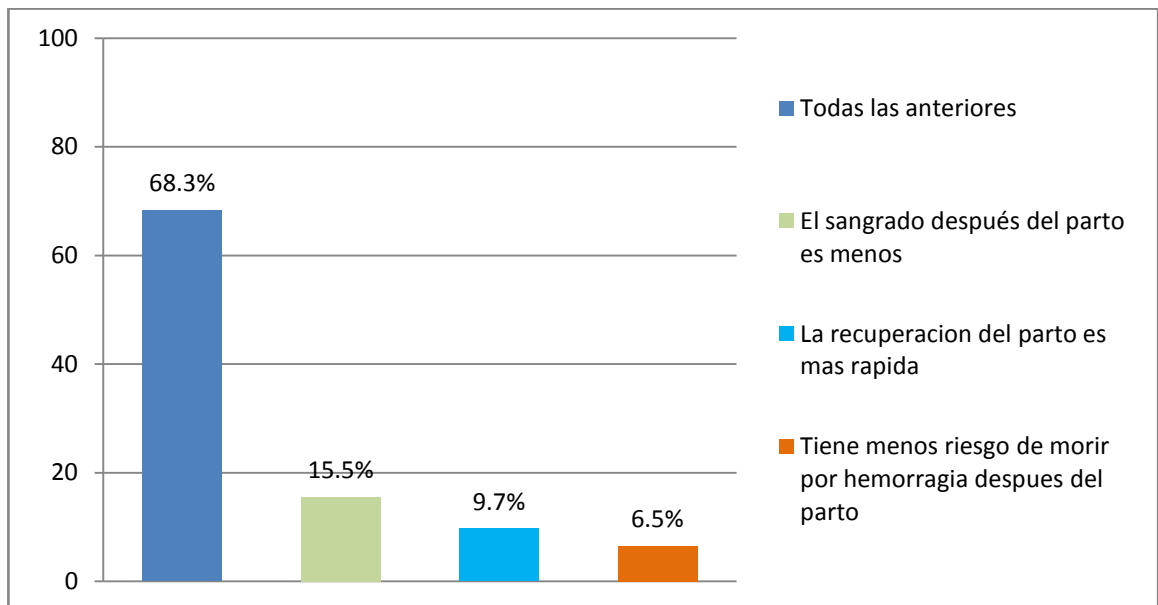
La tabla anterior muestra que el 68.3% de las madres entrevistadas consideran que la lactancia materna tiene ventajas para ellas en la cual disminuye el riesgo por hemorragia después del parto, se recupera más rápido después del parto, y reduce el sangrado

después del parto, mientras que un 15.5% considera que solo reduce el sangrado después del parto, y el 9.7% que la recuperación después del parto es más rápida, y un 6.5% tiene menos riesgo de morir por hemorragia después del parto.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de madres considera que la lactancia materna tiene muchos beneficios para ellas, lo cual disminuye las primeras causas de complicaciones después del parto, mientras que una minoría solo posee un conocimiento de todos los beneficios lo que puede ser debido a la poca información de lactancia materna.

GRÁFICO 15. VENTAJAS QUE TIENE PARA LA MUJER DAR DE MAMAR.



Fuente: Tabla 21

TABLA 22. EL DAR DE MAMAR AYUDA A LA MUJER EN.

El dar de mamar le ayuda a la mujer en	Frecuencia	Porcentaje
Tiene menos riesgo de padecer de cáncer de mama	50	16.18%
Protege de un nuevo embarazo	6	1.94%
Recupera más rápido el peso después del parto	6	1.94%
Mejora la relación madre-hijo	44	14.24%
Todas las anteriores *	203	65.70%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. * Respuesta correcta.

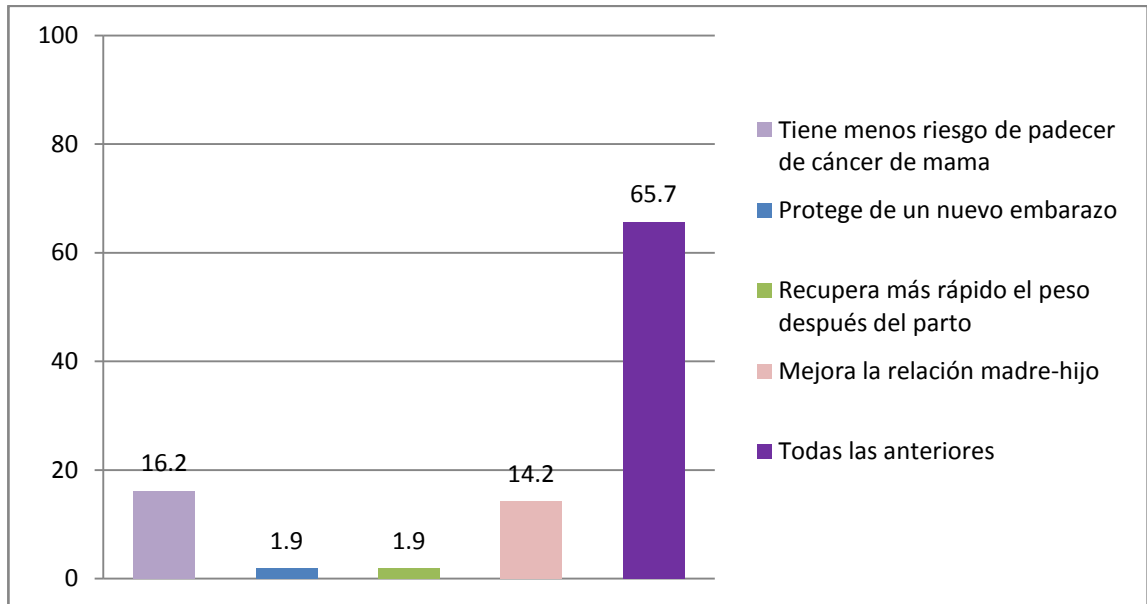
ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra que el 65.70% de las madres lactantes consideran que el dar de mamar tienen múltiples beneficios para la madre lactante, mientras que el 16.18% cree que solo tiene menos riesgo de padecer de cáncer de mama, el 14.24% cree que solo mejora la relación madre-hijo, y el 1.94% cree que protege de un nuevo embarazo y otro 1.94% recupera el peso más rápido después del parto.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de madres tienen un conocimiento aceptable de los múltiples beneficios que le aporta a ellas el dar de mamar, mientras que una minoría solo considera una de las variables como beneficios desaprovechando este recurso, pudiendo influir la falta la información de las madres.

GRÁFICO 16. EL DAR DE MAMAR AYUDA A LA MUJER EN.



Fuente: Tabla 22

TABLA 23. BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA PARA LA FAMILIA.

Beneficios de la leche materna para la familia	Frecuencia	Porcentaje
Se ahorra dinero	44	14.24%
No se necesita gastar energía ni agua	2	0.65%
Todas las anteriores *	263	85.11%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. * Respuesta correcta.

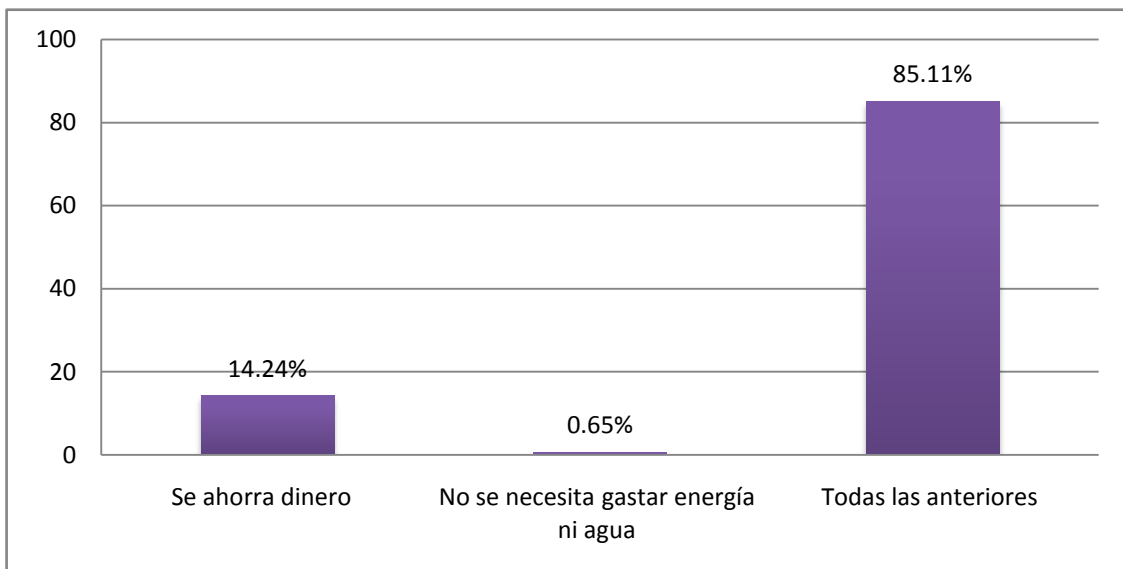
ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra que el 85.11% de las madres considera que dar de mamar beneficia a la familia en la economía y no gasta en recursos, un 14.24% refiere que solo se ahorra dinero, y un 0.65% no gasta en energía ni agua.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de madres considera que la leche materna beneficia a la familia ya que no genera ningún gasto económico ni de recursos lo cual puede ser aprovechado para suplir otras necesidades dentro del hogar, otras considera que solo se ahorra el dinero y un mínimo porcentaje considera que no gasta en energía ni agua.

GRÁFICO 17. BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA PARA LA FAMILIA



Fuente: Tabla 23

5.2 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS SOBRE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL Y LACTANCIA MATERNA QUE POSEEN LAS MADRES

TABLA 24. POSICIÓN CORRECTA PARA DAR DE MAMAR.

Posición correcta para dar de mamar	Frecuencia	Porcentaje
Correcta	240	77.7%
Incorrecta	69	22.3%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

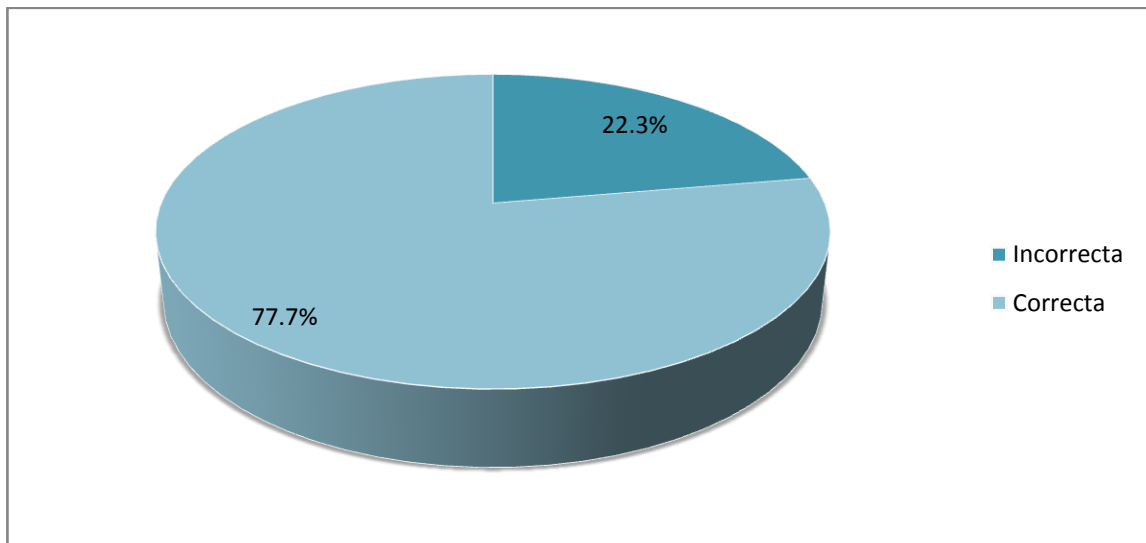
ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra que el 77.7% de las madres conocen la posición correcta al dar de mamar, mientras que el 22.3% no conoce la posición correcta al dar de mamar.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de madres conocen cual es la posición correcta para el amamantamiento sin embargo un porcentaje de las madres encuestadas desconoce dicha técnica lo cual favorece el abandono de la lactancia materna ya que al haber mala posición para dar de mamar se produce dolor y laceración en los pezones de la madre así como insatisfacción en el niño al no recibir leche materna.

GRÁFICO 18. POSICIÓN CORRECTA PARA DAR DE MAMAR.



Fuente: Tabla 20

TABLA 25. COMO SE DEBE COLOCAR LA BOCA DE SU BEBÉ AL DAR DE MAMAR.

Como se debe colocar la boca de su bebe al mamar	Frecuencia	Porcentaje
Incorrecta	271	87.7%
Correcta	38	12.3%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

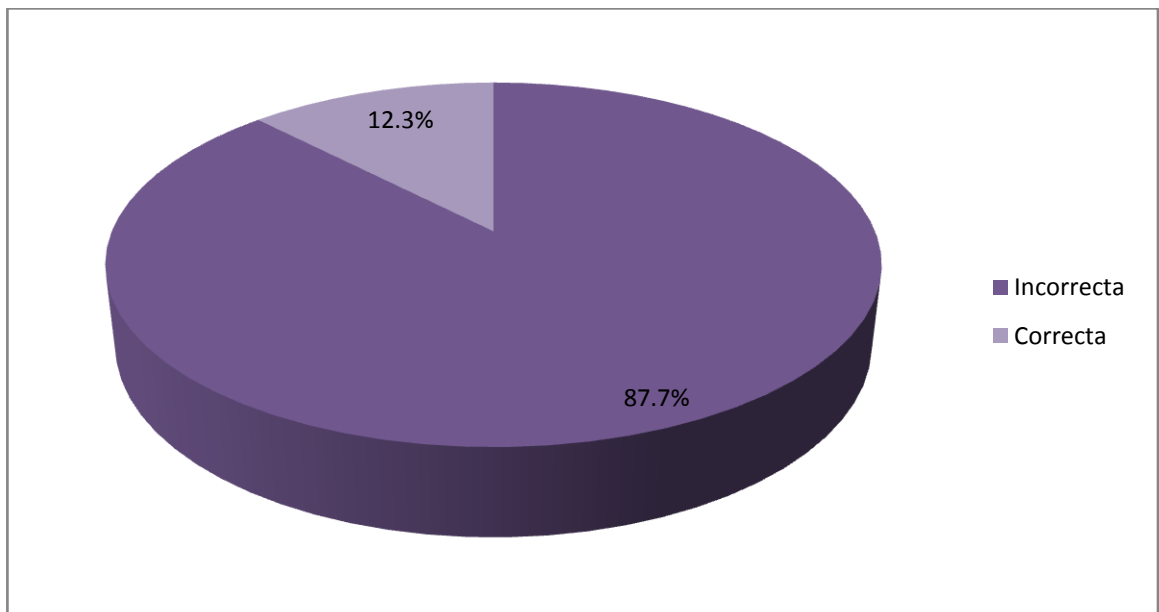
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 87.7% de las madres colocan inadecuadamente la boca de sus bebe al mamar, mientras que el 12.3% coloca adecuadamente la boca del niño al mamar.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de madres no tienen una buena técnica para colocar adecuadamente la boca del bebé al mamar lo cual está perjudicando ya que el niño no recibe la suficiente cantidad de leche materna puesto que al tener el niño dentro de su boca el pezón y la areola se estimula y se hace presión sobre la glándula mamaria para que se produzca y pueda ser extraída la leche materna a través de la succión evitando de esta manera el daño a los pezones de la madre.

GRÁFICO 19. COMO SE DEBE COLOCAR LA BOCA DE SU BEBE AL DAR DE MAMAR.



Fuente: Tabla 25

TABLA 26. FORMA EN QUE SE COLOCA LA MANO AL DAR DE MAMAR.

Forma en que se coloca la mano al dar de mamar	Frecuencia	Porcentaje
Correcta	237	76.7%
Incorrecta	72	23.3%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

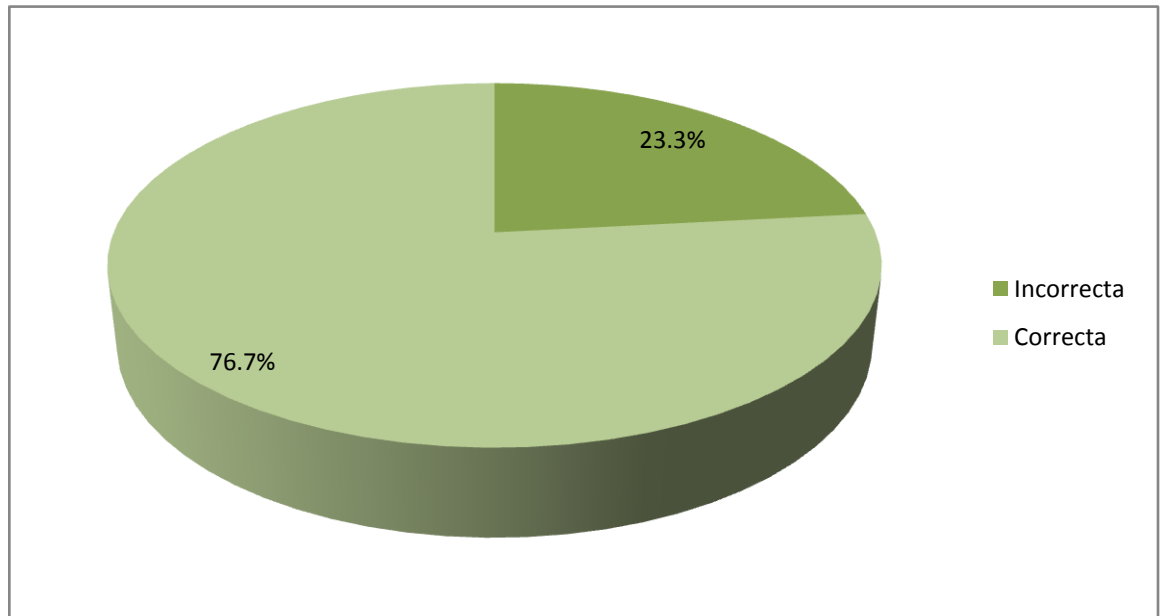
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que el 76.7% de las madres colocan su mano al dar de mamar de forma correctamente, mientras que el 23.3% colocan su mano de manera incorrecta.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de madres tienen buena práctica al colocar su mano al dar de mamar mejorando el vínculo madre e hijo, mientras que la minoría lo hace en forma de tijera lo que dificulta la eyección de la leche materna hacia la boca del niño creando una falsa percepción de la falta de esta.

GRÁFICO 20. FORMA EN QUE SE COLOCA LA MANO AL DAR DE MAMAR.



Fuente: Tabla 26

TABLA 27. SABE QUE ES EL CALOSTRO.

Sabe que es calostro	Frecuencia	Porcentaje
Si	116	37.5%
No	193	62.5%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista a la población en estudio.

ANÁLISIS

La tabla anterior muestra que de las madres entrevistadas el 62.5% no saben que es el calostro y el 37.5% si saben que es el calostro.

INTERPRETACION:

Del total de madres entrevistadas la mayoría no tienen conocimiento sobre que es el calostro esto puede ser debido a falta de información tanto en el control prenatal como en el control pos parto, y una minoría de madres si conocen sobre el calostro.

GRÁFICO 21. SABE QUE ES EL CALOSTRO.



Fuente: Tabla 27

TABLA 28. QUÉ ES EL CALOSTRO.

Qué es el calostro	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	193	62.45%
Es la primera leche que sale de color amarillo	42	13.59%
Primera leche que sale	32	10.35%
Es la primera leche que produce la madre	12	3.89%
Líquido amarillo que baja	10	3.24%
Es la primera leche que sale después del parto	8	2.59%
La primera leche que baja	6	1.94%
Primera agua clara	2	0.65%
Primera leche que sale los primeros 3 días	2	0.65%
Primera leche que ayuda a las defensas del cuerpo	2	0.65%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

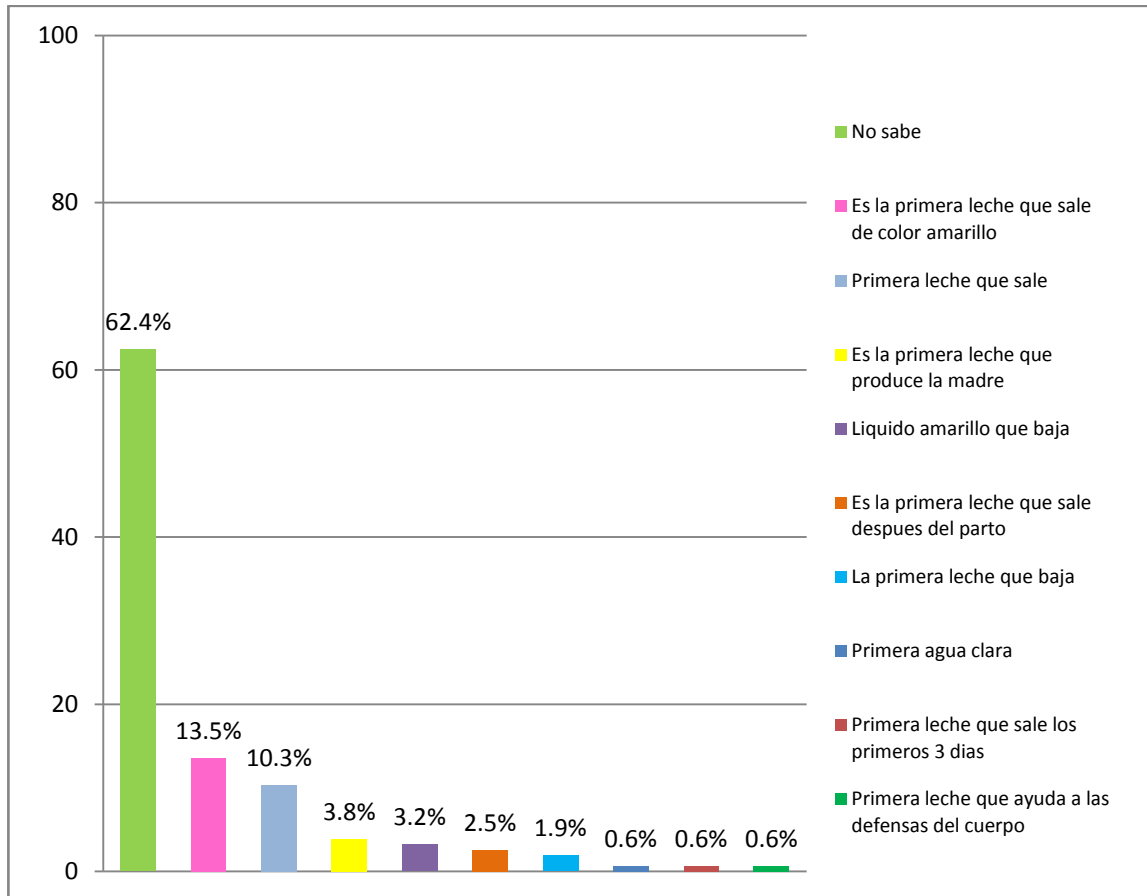
ANÁLISIS:

Tabla anterior demuestra que el 62.45% de las madres entrevistadas no sabe que es el calostro, mientras que el 13.59% considera que es la primera leche que sale de color amarillo, y el 10.35% que es la primera leche, el 3.89% es la primera leche que produce la madre, el 3.24% que un líquido amarillo que baja, y un 2.59% es la primera leche que sale después del parto, y un 1.94% es la primera leche que baja, seguido de un 0.65% que opinó que es la primera agua clara y un 0.65% primera leche que sale los primeros 3 días y un 0.65% primera leche que ayuda a las defensas del cuerpo.

INTERPRETACIÓN:

Más de la mitad de las madres encuestadas desconoce lo que es el calostro lo que es preocupante ya que muchas mujeres pueden desechar esa primera leche debido a las creencias que existen sobre esta primera secreción láctea.

GRÁFICO 22. QUE ES EL CALOSTRO.



Fuente: Tabla 28

TABLA 29. BENEFICIOS DEL CALOSTRO.

Beneficio del Calostro	Alternativa	F	%	Alternativa	F	%
El calostro sirve para limpiar el estomago del niño. *	Si	275	89%	No	34	11%
El calostro ayuda a que gane peso.	Si	261	84.5%	No	48	15.5%
El calostro previene que el niño se ponga amarillo *	Si	267	86.4%	No	42	13.6%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* Respuesta correcta.

ANÁLISIS:

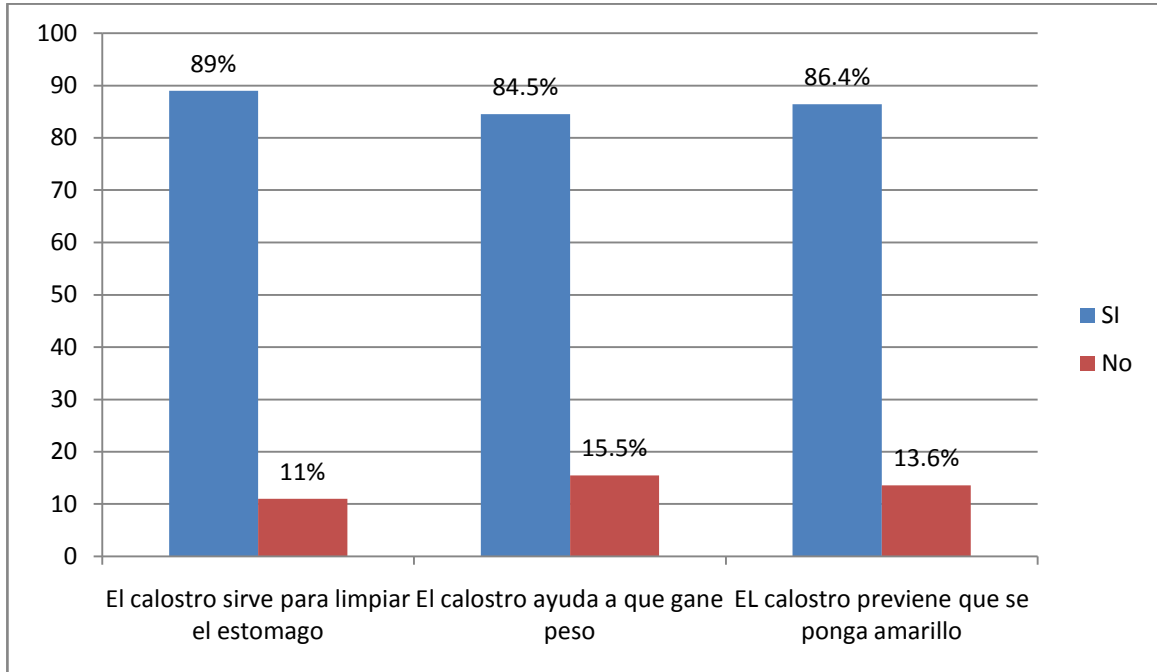
La tabla anterior muestra que más del 80% de las madres mencionaron un beneficio del calostro y solamente un 11% opina que no sirve para limpiar el estomago del niño, un 15% no ayuda a que el niño gane peso y el 13.6% que el calostro no previene que el niño se ponga amarillo.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayoría de madres conocen acerca de los beneficios del calostro para el niño ya que el calostro es la primera leche que sale del seno materno y tiene nutrientes, minerales y anticuerpos que le ayudaran al fortalecimiento del sistema inmunológico del recién nacido. Además facilita el pasaje de meconio contribuyendo de esta manera a prevenir la ictericia temprana.

Las madres que desconocen la importancia del calostro pueden desechar esta leche por considerarla sucia debido a su color amarillento lo cual desfavorece el amamantamiento temprano y facilita la introducción de sucedáneos de la leche materna.

GRÁFICO 23. BENEFICIOS DEL CALOSTRO.



Fuente: Tabla 29

TABLA 30. DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

Duración de la lactancia materna exclusiva	Frecuencia	Porcentaje
6 meses *	259	83.8%
5 meses	32	10.4%
4 meses	16	5.2%
2 meses	2	0.6%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio * Respuesta correcta.

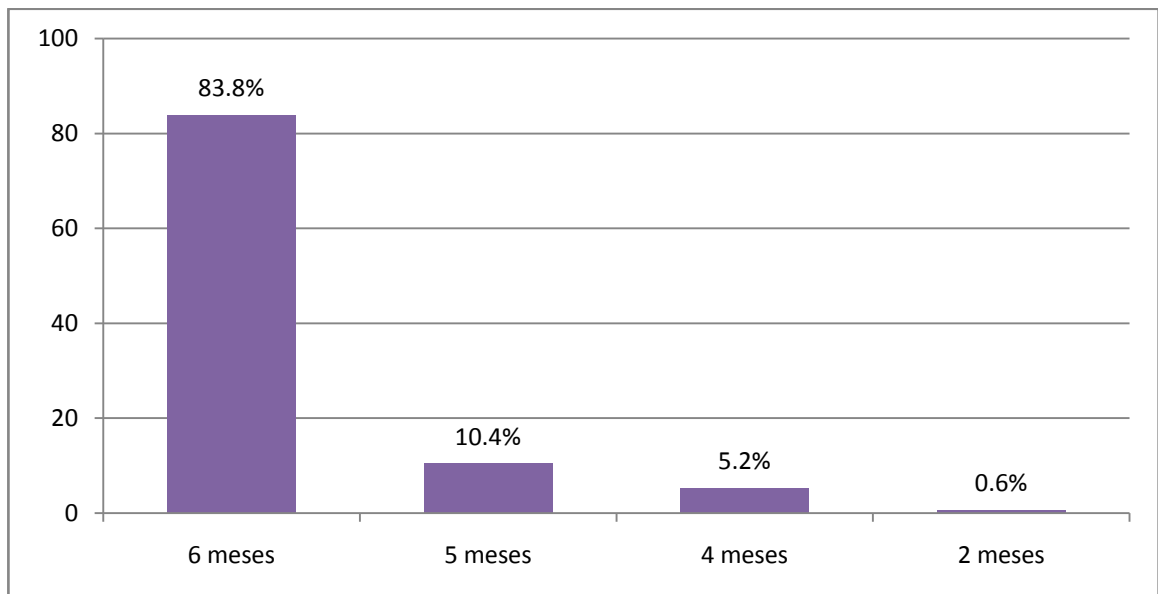
ANÁLISIS:

El 83.8% de las mujeres encuestadas respondió que dará lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, el 10.4% dará hasta los 5 meses, el 5.2% hasta los 4 meses y solo un 0.6% lo hará hasta los 2 meses de edad del niño.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se puede observar que la mayoría de madres entrevistadas mencionó que daría lactancia materna hasta los 6 meses en forma exclusiva lo cual es de mucho beneficio para el niño y su madre ya que la leche materna contiene todos los nutrientes necesarios para poder alimentar al lactante durante el primer semestre de vida. Se evidencia también que un menor porcentaje de madres refiera un tiempo corto para el amamantamiento predisponiendo de esta forma el uso temprano de sucedáneos de la leche materna así como también el aparecimiento de enfermedades: sobrepeso, obesidad o desnutrición en el infante y un menor espacio intergenesico entre un embarazo y otro.

GRÁFICO 24. DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.



Fuente: Tabla 30

TABLA 31. EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA.

Extracción de la leche materna	Frecuencia	Porcentaje
Si	195	63.1%
No	114	36.9%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. * Respuesta correcta

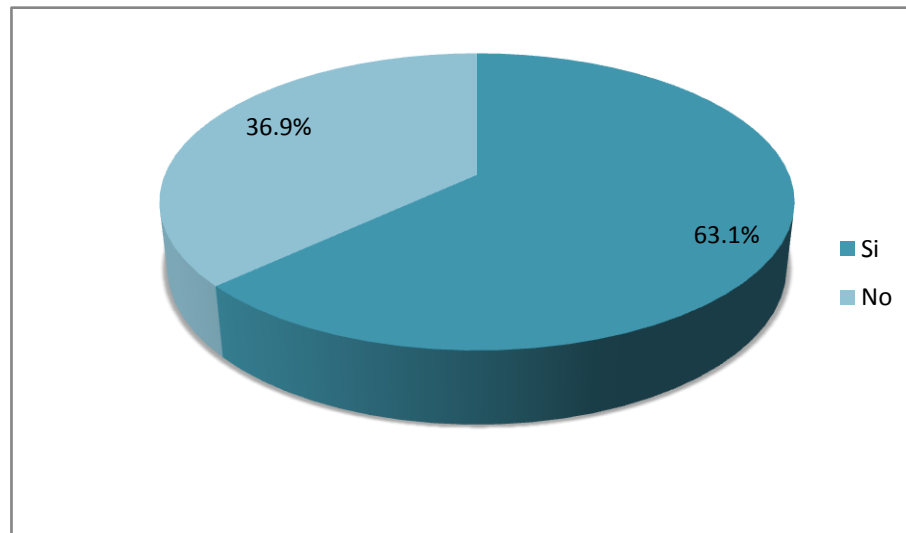
ANÁLISIS:

El 63.1% de las madres encuestadas mencionó que se ha extraído leche materna de sus pechos, mientras que un 36.9% no.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que la mayoría de madres se han extraído leche materna de sus senos lo cual ayuda a mantener estimulada la glándula mamaria para producir suficiente secreción láctea, además mantiene la disminución de estrógenos maternos evitando con esto la ovulación y previniendo de esta manera un nuevo embarazo mientras se cumpla con los 3 criterios para el Método de Lactancia materna amenorrea (MELA) que son: niño menor de 6 meses, amenorrea y lactancia materna a libre demanda. Llama la atención que un buen porcentaje de las madres nunca se ha extraído leche materna y probablemente se deba a la falta de conocimiento o práctica.

GRÁFICO 25: EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA



Fuente: Tabla 31

TABLA 32. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

Manera para sacarse la leche de los pechos	Frecuencia	Porcentaje
Darse un masaje alrededor del pecho	20	6.5%
Coloca la mano en C	24	7.8%
Colocar los dedos de manera que los depósitos de leche queden debajo de ellos	5	1.6%
Todas las anteriores *	260	84.1%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. * Respuesta correcta.

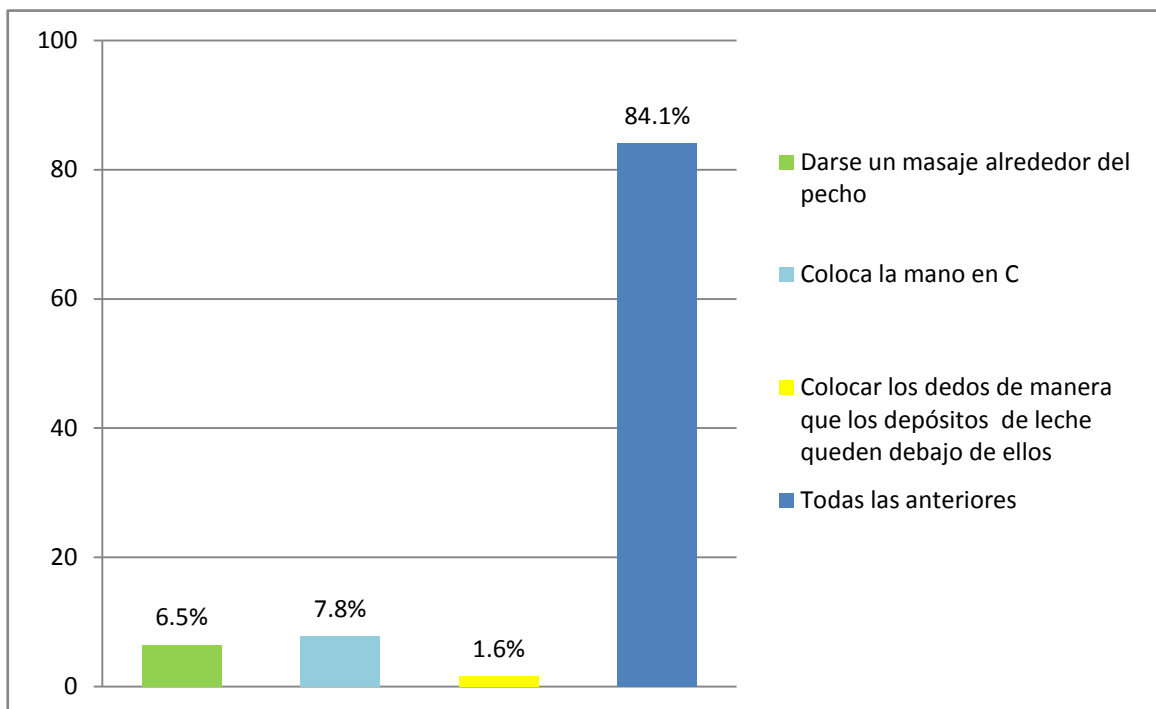
ANÁLISIS:

El 84.1% de las madres mencionó que conoce la técnica adecuada para extraerse la leche, mientras que el 7.8% solamente coloca la mano en forma adecuada en el pecho, un 6.5% de las madres menciona que hay que darse un masaje alrededor del pecho, y un 1.6% coloca los dedos de manera que los depósitos de leche queden debajo de ellos.

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar en la tabla anterior que la mayoría de mujeres que colaboraron en la investigación conoce la forma adecuada de como extraerse la leche materna evidenciando con esto que pueden mantener mucho más tiempo la lactancia materna aún si tienen que estar o trabajar fuera de casa manteniendo de esta manera la producción de leche materna. Cabe mencionar que una buena parte de las madres no conoce dicha técnica lo que lleva a una disminución en la producción de dicho alimento cuando hay falta de estimulación en la glándula mamaria lo que erróneamente puede dar la percepción de que la leche es insuficiente o de que no se tiene.

GRÁFICO 26. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA.



Fuente: Tabla 32

TABLA 33: FORMAS DE EXTRAERSE LA LECHE MATERNA

Otras formas de sacarse la leche.	Alternativa	F	%	Alternativa	F	%	Total.
Bomba de extracción manual.	Si	196	63.4%	No	113	36.6%	100%
Bomba de extracción eléctrica.	Si	68	22.0%	No	241	78.0%	100%
Pezonera.	Si	82	26.5%	No	227	73.5%	100%
Saca leche.	Si	138	44.7%	No	171	55.3%	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

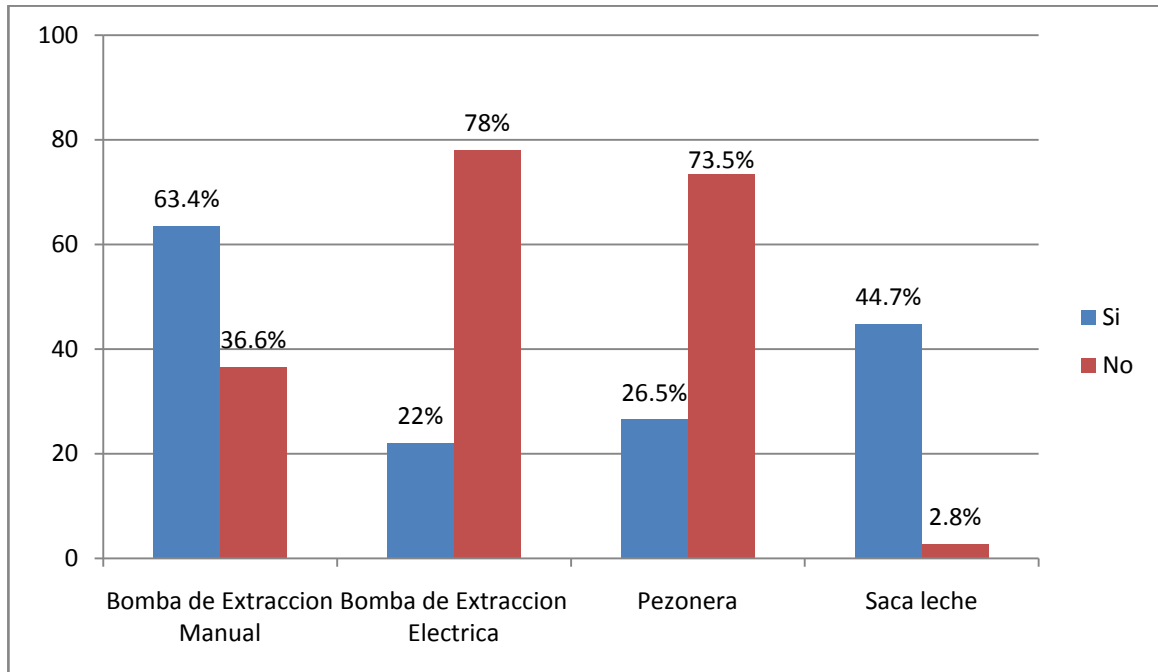
ANÁLISIS:

La presente tabla demuestra que el 63.4% de las madres entrevistadas conocen la bomba de extracción manual para sacarse la leche de sus pechos y un 36.6% no; mientras que el 44.7% conocen el saca leche y un 55.3% no; seguido del 26.5% que conoce la pezonera y un 73.5% no; y un 22% de las madres conoce la bomba de extracción eléctrica y un 78% no.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla anterior se observa que la mayor parte de las madres encuestadas conocen una forma de extraerse la leche materna siendo la más conocida la forma manual, seguida del uso de saca leche y de las pezoneras y en menor proporción la utilización de una bomba de extracción eléctrica. Esto evidencia la importancia para poder seguir manteniendo la producción de leche materna y evitar de esta manera el uso de sucedáneos ya que la mujer al estar fuera de casa por trabajo puede sacarse su leche. La falta de información y de conocimiento hace que una buena parte de las madres desconozca las diferentes formas que existen para extraerse la leche.

GRÁFICO 27: FORMAS DE EXTRAERSE LA LECHE MATERNA



Fuente: Tabla 33

TABLA 34. SI SE EXTRAER LA LECHE DE SUS PECHOS EN QUE SE LA DA.

Si se extrae la leche de sus pechos en que se la da	Frecuencia	Porcentaje
Pacha	202	65.38%
Vaso *	79	25.57%
Gotero *	20	6.47%
Cuchara *	8	2.58%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. * Respuesta correcta.

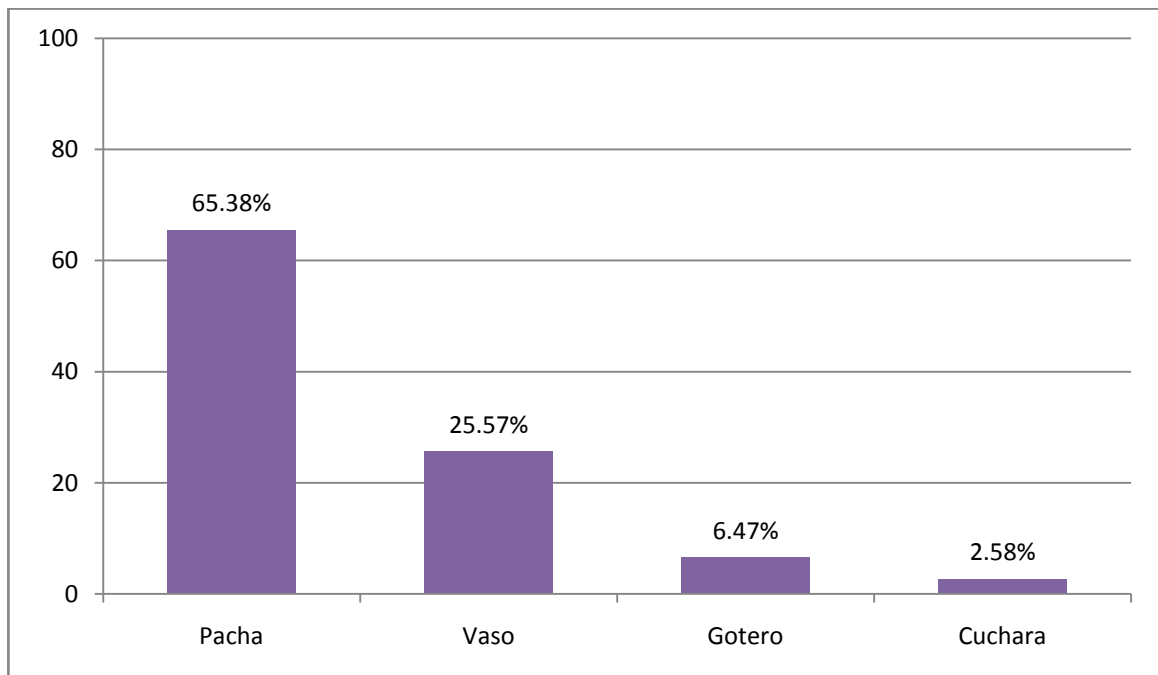
ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra que un 65.38% de las madres entrevistadas dan la leche materna extraída en pacha, mientras que un 25.57% la dan en vaso, seguido de un 6.47% que la da con gotero, finalizando con un 2.58% que la da con cuchara.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia en la tabla anterior que el uso del biberón prevalece en la mayoría de madres que alimentan a su hijo con leche materna extraída; esto puede ocasionar confusión de pezones, mala oclusión dental, problemas para la articulación de las palabras y el destete. Se puede observar también que un buen porcentaje de madres utiliza otro tipo de utensilios para alimentar a su bebé prevaleciendo entre estos el uso de vaso y en menor proporción la cuchara.

GRÁFICO 28. SI SE EXTRAE LA LECHE DE SUS PECHOS EN QUE SE LA DA.



Fuente: Tabla 34

TABLA 35. USO DE SUCEDÁNEO DE LA LECHE MATERNA.

Sucedáneos de la leche materna	Frecuencia	Porcentaje
No	189	61.2%
Si	120	38.8%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

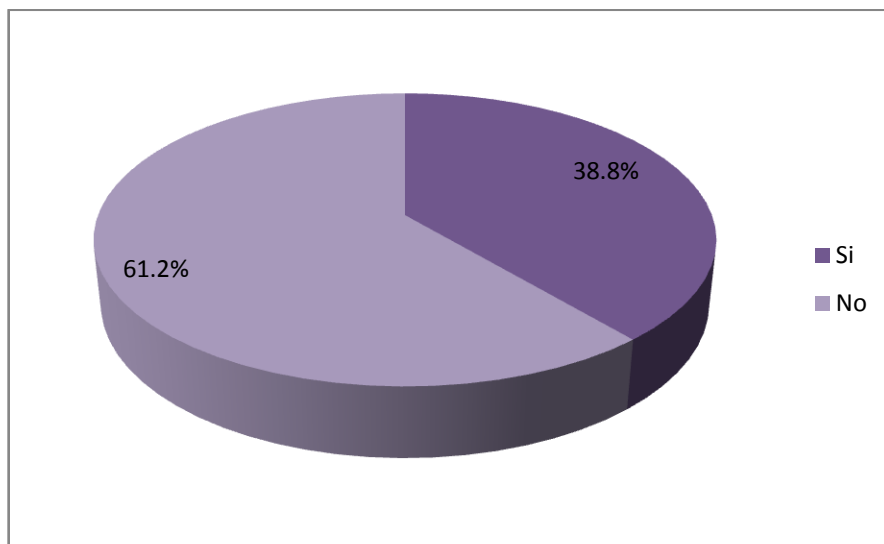
ANÁLISIS:

La tabla anterior muestra que un 61.2% de las madres entrevistadas no usan sucedáneos de la leche materna, mientras que el 38.8% si lo hace.

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que la mayoría de madres no ha utilizado sucedáneos de la leche materna lo cual es beneficioso para la salud del niño ya que se enferma menos al tener un sistema inmunológico más fortalecido. Cabe mencionar que una minoría de las madres si ha usado sucedáneos predisponiendo con esto ha tener mayor riesgo de infecciones.

GRÁFICO 29. USO SUCEDÁNEO DE LA LECHE MATERNA.



Fuente: Tabla 35

TABLA 36. SUCEDÁNEO DE LA LECHE MATERNA.

Que leche eligió	Frecuencia	Porcentaje
Leche de formula infantil	102	85%
Leche de bote entera	18	15%
Total	120	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

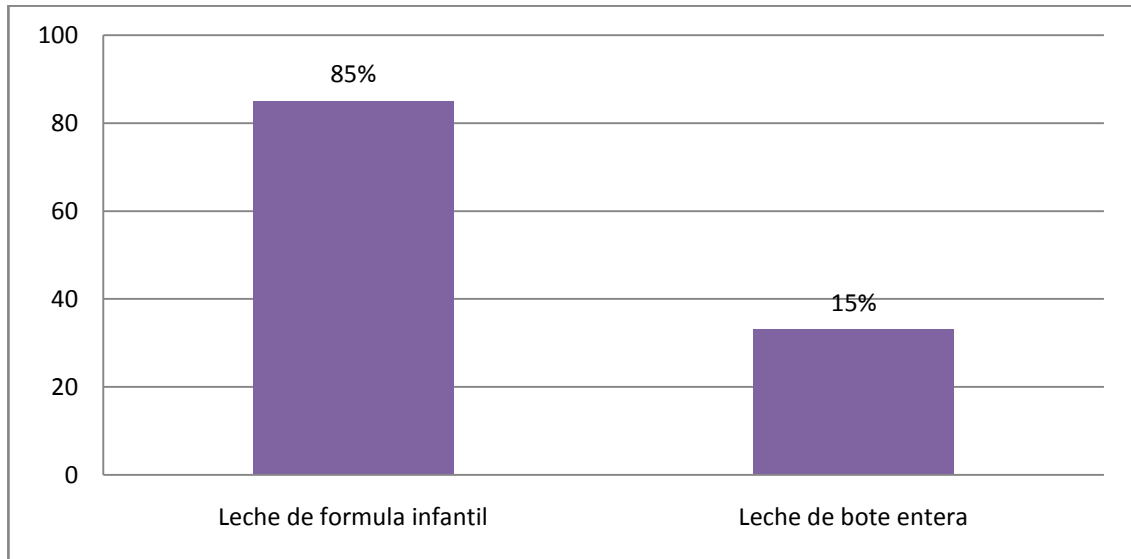
ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra del total de madres entrevistadas el 85% eligió leche de formula infantil para alimentar a su bebé, siendo un 15% las que alimentan a su bebé con leche de bote entera.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se evidencia que la mayoría de madres utiliza sucedáneos de la leche materna tanto formulas infantiles como formulas enteras siendo esto contraproducente para la salud del niño ya que el uso de estas provocan alergias, cólicos, infecciones, obesidad, mayor riesgo de diabetes y linfomas, etc.

GRÁFICO 30. SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA



Fuente: Tabla 36

TABLA 37. SUCEDÁNEO ESCOGIDO.

Cual leche le da	Frecuencia	Porcentaje
SIMILAC	34	28.3%
NAN	28	23.3%
NESTOGENO	20	16.7%
ENFAMIL	14	11.7%
NIDO	14	11.7%
BEBELAC	4	3.3%
AUSTRALIA	4	3.3%
NUTRILON	2	1.7%
Total	120	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

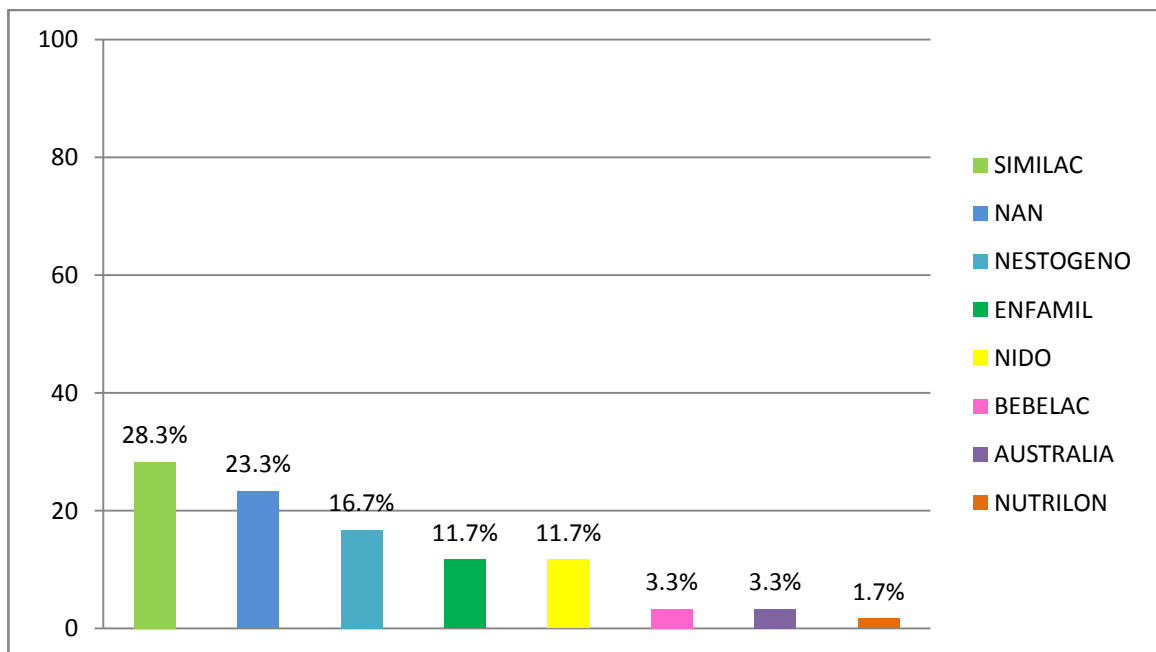
ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra que de todas las madres entrevistadas el 28.3% escogió como sucedáneo la leche SIMILAC, seguido de un 23.3% que utilizan la NAN, y un 16.7% la leche NESTOGENO, y un 11.7% ENFAMIL, y el 11.7% la leche NIDO, un 3.3% la BEBELAC, y otro 3.3% la AUSTRALIA, finalizando con un 1.7% la NUTRILON

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar en la presente tabla que la mayoría de madres que han utilizado sucedáneos de leche materna han usado una formula infantil y en menor proporción la leche entera.

GRÁFICO 31. SUCEDÁNEO ESCOGIDO



Fuente: Tabla 37

TABLA 38. QUÉ LE AGREGA AL SUCEDÁNEO ESCOGIDO

Le agrega algo a la leche.	Alternativa	F	%	Alternativa	F	%	Total
Le agrega Azúcar	Si	18	15%	No	102	85%	100.0%
Le agrega Canela	Si	18	15%	No	102	85%	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

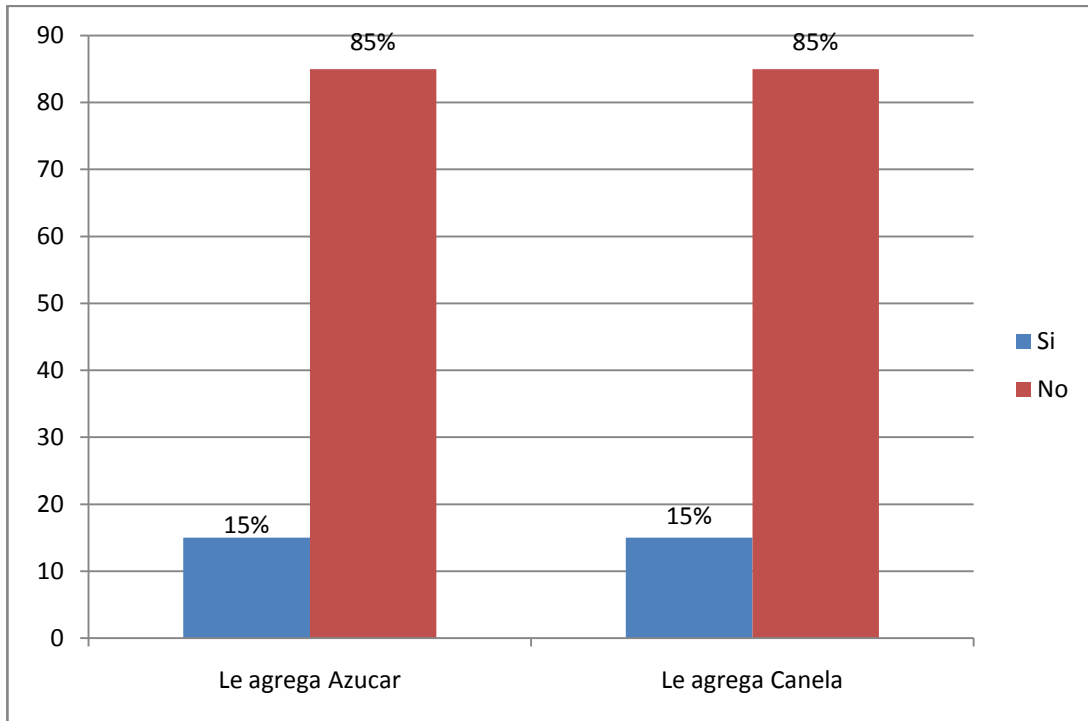
ANÁLISIS:

La tabla anterior nos demuestra que de todas las madres entrevistadas un 15% le agrega azúcar al sucedáneo escogido de la leche materna y un 85% no, mientras que un 15% le agrega canela a la leche del bebé, y un 85% no.

INTERPRETACIÓN:

Solo un pequeño porcentaje de madres que no amamantan a sus hijos con leche materna es el que utiliza azúcar, canela o ambos en la preparación de sucedáneos de la leche materna lo cual conlleva a riesgos de alergias, puesto que la canela es un potente alergénico, el azúcar es un medio de cultivo para microorganismos que pueden llegar a causar sepsis en el niño así como infecciones intestinales y cólicos en el lactante.

GRÁFICO 32: QUE LE AGREGA AL SUCCEDANEO ESCOGIDO



Fuente: Tabla 38

TABLA 39: MOTIVO PARA ELEGIR UN SUCEDÁNEO

Porque eligió esa leche	Alternativa	F	%	Alternativa	F	%	Total
Tiene más vitaminas	Si	82	68.3%	No	38	31.7%	100%
Se la recetaron	Si	90	75%	No	30	25%	100%
Para que no se le arruinen los pechos	Si	10	8.3%	No	110	91.7%	100%
Se despierta menos en la noche	Si	88	73.3%	No	32	26.7%	100%
Se llena más seguido y llora menos	Si	86	71.7%	No	34	28.3%	100%
Tiene que trabajar fuera de casa	Si	48	40%	No	72	60%	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

La tabla anterior evidencia que el motivo de las madres para elegir un sucedáneos de la leche materna es con un 29.1% recetada, y un 9.7% no; seguido de un 28.5% que el bebé se despierta menos en la noche y un 10.4% no; un 27.8% porque se llena más seguido y llora menos y un 11% no; posteriormente un 26.5% porque tiene más vitaminas y un 12.3% piensa que no; además un 15.5% tiene que trabajar fuera de casa y un 23.3% no; finalizando con un 3.2% que se le arruinan los pechos, y un 35.6% refiere que no.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se puede observar que la mayoría de madres que usan sucedáneos de la leche materna lo hicieron por prescripción médica probablemente petición de la

madre por desconocimiento de como aumentar la producción de la leche materna, por tener que trabajar fuera de casa, por enfermedad del niño o su madre.

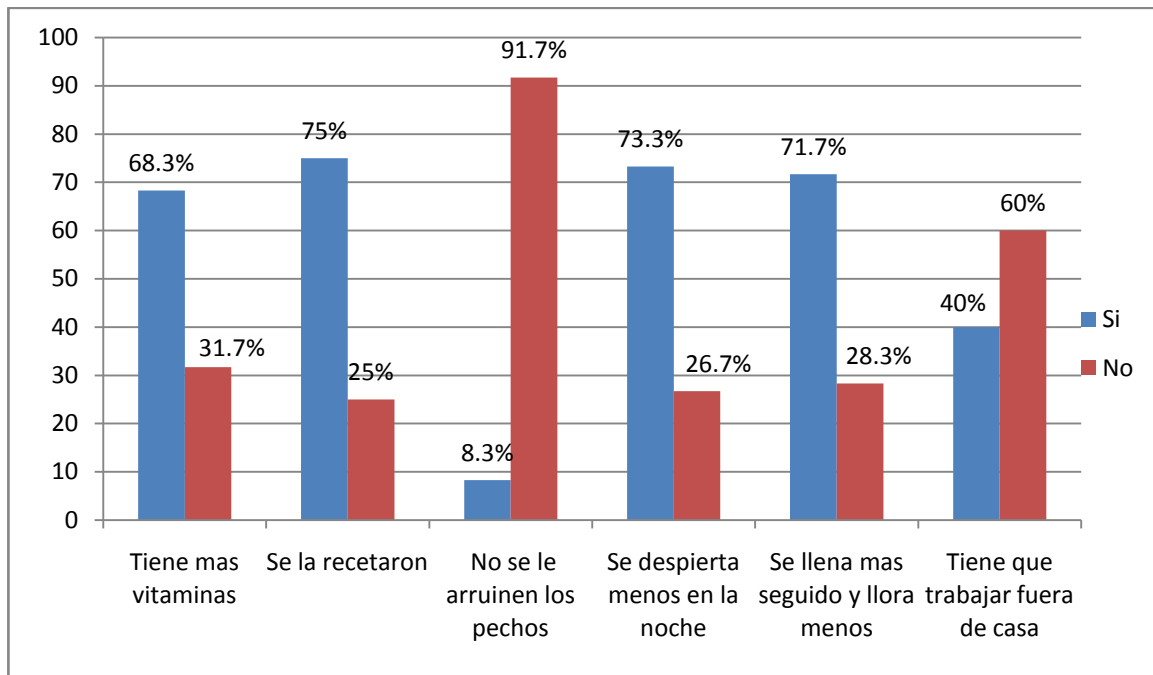
En segundo lugar se puede observar que la razón para dar un sucedáneo no es válida ya que el niño que toma formula duerme mucho más tiempo porque el coágulo de la leche está formado por caseína lo cual le induce a tener un sueño más profundo pero a la vez es de más lenta y difícil digestión y que puede conducir también a una muerte súbita del lactante.

Otro buen porcentaje de madres menciona que el niño no se llena y esto es debido a que el lactante solamente toma la leche de inicio de la mamada que en su mayoría está compuesta por agua y no toma la leche rica en grasa que la del final de la mamada, o también puede ser por tener mamadas muy cortas sin vaciar completamente el pecho.

Se puede mencionar también que otro porcentaje de madres desconoce la riqueza de vitaminas y minerales que contiene la leche materna en comparación con los sucedáneos y esto es debido a la propaganda comercial que se hace en los diferentes medios de comunicación así como también a la falta de consejería sobre leche materna antes, durante y después del parto.

Un porcentaje de las madres encuestas mencionó el uso de sucedáneos por motivos de trabajo evidenciando esto el desconocimiento sobre cómo mantener la lactancia materna aún cuando la madre este fuera de casa. En menor proporción aún sigue prevaleciendo como motivo para no dar lactancia materna el que los pechos se arruinan algo que va más con la estética de una mujer que con los beneficios que le aporta al bebé y a la misma madre y que con el paso del tiempo los senos perderán su firmeza.

GRÁFICO 33: MOTIVOS PARA ELEGIR UN SUCEDÁNEO



Fuente: Tabla 39

TABLA 40 REALIZA LIMPIEZA EN LOS PEZONES.

Realiza limpieza en los pezones	Frecuencia	Porcentaje
Si	309	100.0%
No	0	0.0%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

El 100% de las madres hace limpieza de pezón antes del amamantamiento.

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que todas las madres encuestadas manifiestan que realizan limpieza de sus pezones antes de dar de mamar a sus hijos para evitar contaminación con sudor, o lociones.

TABLA 41. CON QUÉ REALIZA LA LIMPIEZA DE LOS PEZONES.

Con qué realiza la limpieza de los pezones	Frecuencia	Porcentaje
Solo con agua *	113	36.6%
Con un paño húmedo *	106	34.3%
Solo agua con jabón	88	28.5%
Alcohol	2	0.6%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio. * Respuesta correcta.

ANÁLISIS:

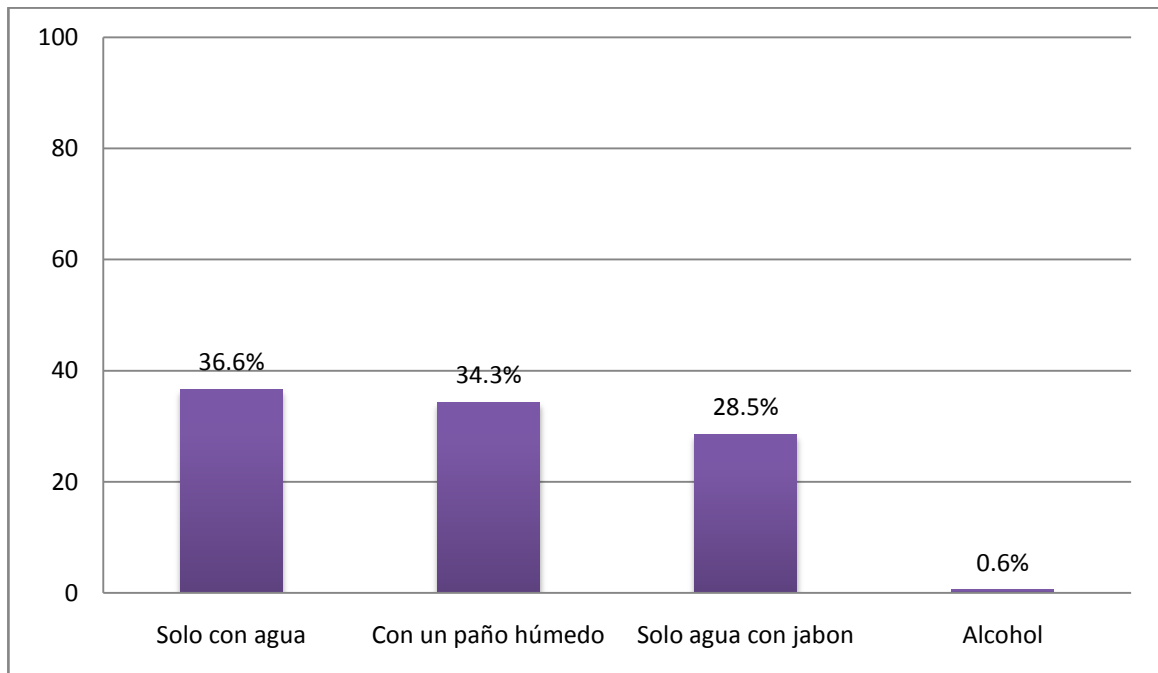
La tabla anterior demuestra que las madres realizan la limpieza de sus pezones antes de amamantar al niño con un 36.6% solo con agua, un 34.3% con un paño húmedo, y un 28.5% solo agua con jabón, finalizando con un 0.6% que lo hace con alcohol.

INTERPRETACIÓN:

La tabla muestra que la mayoría de mujeres realiza limpieza de su pezón solamente con agua lo cual no produce daños en el pezón a la vez que no le irrita la boca al bebé, vemos también que otro buen porcentaje de madres utiliza un paño húmedo para limpiarse su mama y pezón siendo esta técnica también adecuada para la limpieza. Podemos observar que un buen porcentaje de mujeres utiliza agua y jabón al momento de limpiarse su pecho para amamantar lo cual puede producir irritación del pezón. Solo una minoría de las madres menciona la limpieza del pezón con alcohol lo cual es inadecuado ya que produce irritación de la piel del pezón lo cual puede llevar a

laceración de este así como también cambio en el sabor de la leche, irritación de la boca del bebé, y absorción del alcohol a través de la mucosa bucal del niño.

GRÁFICO 34. CON QUÉ REALIZA LA LIMPIEZA DE LOS PEZONES.



Fuente: Tabla 41

TABLA 42. LUGAR APROPIADO PARA DAR DE MAMAR.

Lugar apropiado para dar de mamar	Frecuencia	Porcentaje
En donde el niño me lo pida	169	54.7%
En donde haya tranquilidad y reposo	90	29.1%
En mi casa	50	16.2%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

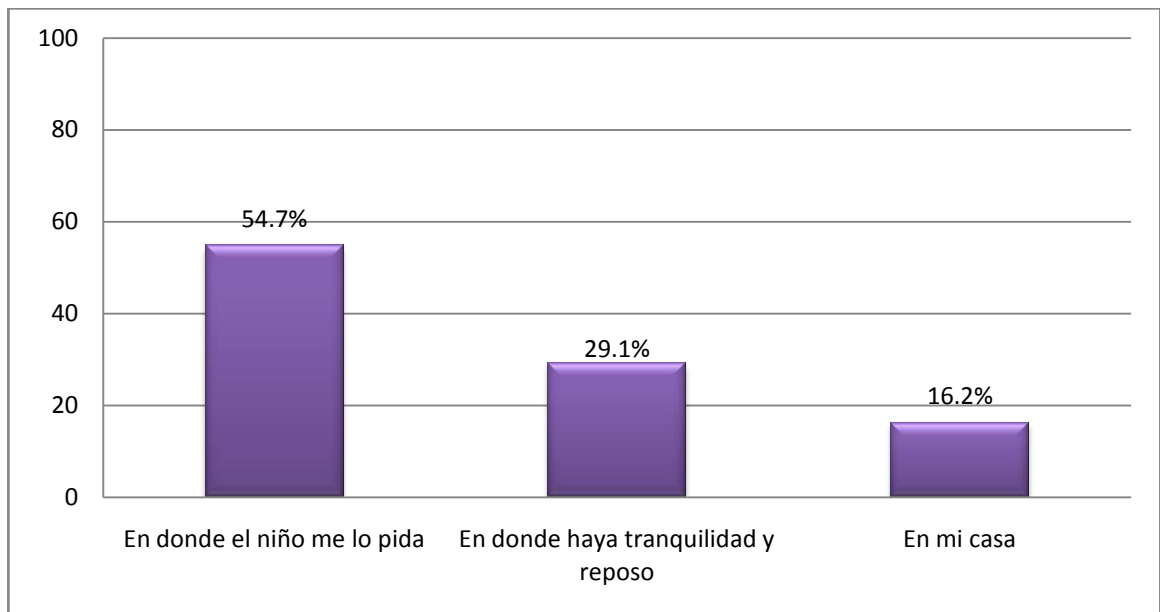
ANÁLISIS:

La tabla anterior demuestra que el lugar apropiado que las madres consideran para dar de mamar es con un 54.7% en donde el niño lo pida, mientras que un 29.1% en donde haya tranquilidad y reposo, seguido de un 16.2% que refieren que en la casa.

INTERPRETACIÓN:

Todas las madres entrevistadas mencionaron sentirse completamente satisfechas independientemente del lugar donde tuviesen que amamantar.

GRÁFICO 35. LUGAR APROPIADO PARA DAR DE MAMAR.



Fuente: Tabla 42

TABLA 43. ESCALA DE MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO.

Escala de medición del Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Mayor del 70%	238	77%
Del 50% a menor del 70%	66	21.4%
Menor del 50%	5	1.6%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS

La tabla anterior demuestra que el 77% de las madres entrevistadas tienen conocimientos aceptables de lactancia materna, mientras un 21.4% tienen conocimientos moderadamente aceptables y el 1.6% tienen conocimientos no aceptables.

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se detalla el porcentaje de valoración dado al número de respuestas acertadas por la madre y se puede observar que del total de madres encuestadas el 77% tiene conocimientos aceptables sobre lactancia materna lo cual es beneficioso ya que la madre conoce acerca de las múltiples ventajas que tiene el amamantamiento en la nutrición, crecimiento y desarrollo del infante, así como para ella y su familia, lo cual la lleva a tomar la mejor decisión de alimentar a su hijo al seno materno, esto significa también que fueron probablemente informadas durante su prenatal, el control del niño. Pudieron seguir una costumbre familiar o que cuentan con apoyo de su familia. Se observa que solo el 21.4% de las entrevistadas tienen conocimientos moderadamente aceptables sobre la lactancia materna, mientras que solo el 1.6% tiene conocimiento no aceptable sobre lactancia materna probablemente porque no recibieron consejería en lactancia materna en su control de embarazo; no tuvieron una ayuda con el amamantamiento en su postparto inmediato; no tienen un patrón de crianza en el que se incluye la lactancia materna como una forma de alimentación en su familia, falta de apoyo familiar, así como las actitudes culturales hacia los pechos como símbolos

sexuales y la confianza de la mujer en su propia capacidad de lactar puede influir en la actitud materna hacia la lactancia.

TABLA 44. ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS PRÁCTICAS.

Escala de medición de las practicas	Frecuencia	Porcentaje
Mayor del 70%	223	72.2%
Del 50% a menor del 70%	81	26.2%
Menor del 50%	5	1.6%
Total	309	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS

La tabla anterior muestra que el 72.2% de las madres entrevistadas tienen prácticas aceptables de lactancia materna, mientras que el 26.2% posee prácticas moderadamente aceptables, y solo el 1.6% tienen prácticas no aceptables

INTERPRETACIÓN

La tabla evidencia que del total de madres que se encuestaron la mayoría posee prácticas aceptables sobre lactancia materna lo que permite el amamantamiento exitoso y esto es debido a que recibieron ayuda al momento del nacimiento, mostrándole la posición para amamantar; así como permitiéndole el apego precoz y el alojamiento conjunto siempre y cuando el recién nacido o la madre no presenten complicaciones durante el nacimiento y que son factores que ayudan a aumentar la producción de leche materna así como a prolongar el tiempo del amamantamiento; también es importante mencionar que al tener la madre una técnica adecuada para dar pecho así como para extraer y conservar la leche materna será beneficioso pues la mujer no tendrá problemas con sus pezones ni patologías como mastitis, plétora o ingurgitación mamaria y por otro lado la madre al

estar fuera de casa puede continuar extrayéndose su leche para dejarla al niño y que este siga recibiendo los beneficios de la leche materna.

Un porcentaje menor de madres presentan técnicas que no son muy buenas para el amamantamiento lo que puede influir a que presenten problemas durante este o el abandono de la lactancia, sino se cuenta con el apoyo y ayuda necesaria para mejorarla.

Solo un pequeño porcentaje de madres tiene prácticas no aceptables y desconocimiento total de cómo mantener la producción de leche materna, de cómo extraerse la leche y conservarla, como limpiar los pezones, lo que redundo en el abandono de la lactancia materna y la introducción de un sucedáneo de la leche materna.

5.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

5.3.1 HIPÓTESIS RELACIONADA CON EL CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

\hat{p} = Valor del porcentaje mayor del 70% de conocimiento

$P = 0.5$

$Q = 1 - P = 1 - 0.5 = 0.5$

$n = 309$ valor de la muestra

TABLA 45. Comprobación de Conocimiento

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
> Del 70%	238	77.0	77.0	77.0
Del 50% a <del 70%	66	21.4	21.4	98.4
< Del 50%	5	1.6	1.6	100.0
Total	309	100.0	100.0	

El porcentaje de conocimiento mayor del 70% equivale al 77% o sea 0.77, por tanto el valor de $\hat{p} = 0.77$

$$Z_{obt} = \frac{\hat{p} - P}{\sqrt{\frac{PQ}{n}}}$$

$$Z_{obt} = \frac{0.77 - 0.50}{\sqrt{\frac{(0.5)(0.5)}{309}}}$$

$$Z_{obt} = \frac{0.27}{\sqrt{0.00080906148876}}$$

$$Z_{obt} = \frac{0.27}{0.028444006}$$

$$Z_{obt} = 9.49$$

El valor de Z crítico del 95% de confianza de una cola es de 1.645

Si $Z_{Crit} \geq Z_{Obt}$ se acepta la hipótesis nula

Si $Z_{Obt} > Z_{Crit}$ se rechaza la hipótesis nula

En este caso $9.49 > 1.645$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de trabajo que los conocimientos y prácticas de lactancia materna que tienen las madres de niños de cero a un año de edad son aceptables.

TABLA 46. CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE LACTANCIA MATERNA QUE TIENEN LAS MADRES.

CONOCIMIENTO	VALORACIÓN		TOTAL
	CORRECTO	INCORRECTO	
Que es dar de mamar	99.40%	0.60%	100%
Alimentación del menor de 6 meses	92.90%	7.10%	100%
Duración de Lactancia Materna	59.22%	40.78%	100%
Inicio de la Lactancia Materna	83.80	16.20%	100%
Frecuencia de la Mamada	57.60%	42.40%	100%
Bebé duerme por más de 2 horas	74.80%	25.20%	100%
Bebé llora de hambre o sed	88.03%	11.97%	100%
Si trabajara o estuviera fuera de casa	54.0%	46.0%	100%
Duración de Leche materna a temperatura ambiente	26.54%	73.46%	100%
Pecho con más frecuencia y suero	100%	0%	100%
Contraindicación de Lactancia Materna	92.23%	7.77%	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

INTERPRETACIÓN

Una madre con conocimientos sobre lactancia materna tiene la información necesaria para tomar una decisión con conocimiento pleno, así podemos observar en la presente tabla que la mayoría de las madres encuestadas tienen conocimientos aceptables sobre lactancia materna, pues un 99.4% respondió correctamente sobre que es el amamantamiento.

Al preguntarle a las madres sobre el tiempo para dar exclusivamente el pecho el 92.9% respondió acertadamente, mientras que el 7.10% consideran que puede darse por menos tiempo favoreciendo de esta forma la introducción temprana de otro tipo de líquido o sucedáneo de la leche materna y al mismo tiempo la aparición de patologías como diarreas, transgresiones alimentarias, vómitos, alergias, etc.

En cuanto al tiempo que debe de darle de mamar a un niño se tiene que solo el 59.22% conoce que se debe amamantar hasta los 2 años o más, tal como lo recuerda la OMS/UNICEF; esto puede ser debido a la falta de apoyo en el hogar. A la incorporación de la mujer a un trabajo y el desconocimiento de cómo mantener la lactancia materna aun cuando la madre este fuera de casa o a las presiones sociales.

Un 83.8% de las madres contesto adecuadamente sobre el conocimiento de iniciar la lactancia que fue inmediatamente después del nacimiento tal como la estipula la Iniciativa de Hospital Amigos de los Niños; ya que el contacto precoz con el niño tiene un importante papel en el mantenimiento de la conducta maternal en los mamíferos.

En relación a la frecuencia de la mamada solamente el 57.6% contesto correctamente y el 42.4% desconoce la importancia de la lactancia materna a libre demanda. El poner un horario para que el niño mame causa problemas en la lactancia y producción insuficiente de leche, lo que hace que las madres inicien la alimentación artificial.

El 74.8% de las madres contesto correctamente que tiene que despertar a su niño si este ha dormido más de 2 horas, esto con el objetivo de mantener la producción de leche materna y evitar también la ingurgitación mamaria. Las madres que respondieron equivocadamente fueron el 25.2% y este desconocimiento hace que las madres dejen dormir a su hijo por mucho tiempo ya que en muchos casos lo hacen por comodidad de la mujer para que descanse sobre todo durante la noche, favoreciendo de esta forma la depresión de estrógeno y propiciando el retorno de la menstruación y por consiguiente un nuevo embarazo.

La creencia errónea de que el llanto es producto del hambre o de sed es compartida por el 11.97% de las madres lo que hace que se introduzca otro tipo de líquido siendo esto contraproducente para la salud del lactante además de que evita que se estimule la glándula mamaria.

El 88.03% sabe que la leche materna de inicio de mamada le calma la ser al niño mientras que la del final el hambre.

La mayoría de las madres con un 54.0% contesto adecuadamente sobre lo que haría en caso de separarse temporalmente de su hijo debido al trabajo, y el éxito de esto radica en el conocimiento y el apoyo que la mujer pueda tener en su casa o en su lugar de trabajo para continuar brindando la lactancia materna. Cabe resaltar que el 46.0% de las madres por desconocimiento o falta de apoyo introduce sucedáneos de la leche materna creando con esto disminución paulativa de la secreción láctea y un abandono precoz del amamantamiento.

El 73.46% de las madres encuestadas desconoce el tiempo que dura la leche materna a temperatura ambiente dificultando con esto que la madre continúe dándole leche materna a su hijo cuando ella salga de casa.

Solo el 26.54% de las madres mencionaron correctamente.

El 100% de las madres dio una respuesta correcta al contestar que continuaría dando el pecho más frecuentemente a su hijo con diarrea, así como también acompañar la terapia de rehidratación oral tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud y las normas del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud del 2012. Esto con el objetivo de evitar la deshidratación ya que la leche materna tiene agua y electrolitos que ayudan a que el niño se recupere más rápidamente.

Las madres que respondieron adecuadamente sobre si conocen alguna contraindicación para dar de mamar fueron el 92.23% siendo en su mayoría las personas con VIH/SIDA y esto puede deberse por múltiples campañas propagandísticas sobre esta enfermedad lo que hace que las personas estén mejor informadas. La minoría de las madres que corresponden al 7.77% tienen conocimientos erróneos donde los mitos y creencia sobre la lactancia materna sigan prevaleciendo.

TABLA 47. CONOCIMIENTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA

BENEFICIOS	VALORACIÓN		TOTAL
	CORRECTA	INCORRECTA	
Mejor alimento para el niño	71.52%	28.48%	100%
Beneficio para el niño que toma pecho	85.11%	14.89%	100%
Beneficio de la lactancia materna	81.90%	18.10%	100%
Ventajas para la mujer que da de mamar	68.30%	31.70%	100%
Dar de mamar ayuda a la mujer en	65.70%	34.30%	100%
Beneficio para la familia	85.11%	14.89%	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

INTERPRETACIÓN

En cuanto a los beneficios que la lactancia aporta al niño se tiene que el 71.52% de las madres menciona que la leche materna es el mejor alimento para el niño, pues tiene todos los nutrientes necesarios para el buen crecimiento y desarrollo el 28.48% menciona otras ventajas como que es más fácil de digerir y tiene más vitaminas.

En Cuanto al beneficio para el niño que toma pecho se tiene que el 85.11% de las madres respondieron adecuadamente que la leche materna previene que el niño presente enfermedades diarreicas, tiene menor riesgo de padecer alergia, se enferma menos de

neumonía, mientras que un 14.89% respondieron que la leche materna solamente tiene un beneficio lo cual es erróneo y esto puede ser debido a la falta de información en los controles prenatales y en el control del niño sano.

Siguiendo con los beneficios de la lactancia materna para el niño se puede observar que el 81.90% de las madres tiene conocimientos correctos ya que mejora el vínculo madre – hijo y a la vez proporciona todas las defensas inmunológicas al niño, solo un pequeño número el 18.10% considera solo una de las ventajas lo cual es erróneo y puede desestimar el amamantamiento y favorecer la introducción de sucedáneos de la leche materna debido a la propaganda de estos productos.

En relación a las ventajas que tiene para la mujer el dar de mamar se tiene que el 68.30% de las madres encuestadas respondieron que en las ventajas se encuentra menos riesgo por morir de hemorragia después del parto, la recuperación del parto es más rápida, el sangrado después del parto es menos, mientras que el 31.70% respondieron que la leche materna solamente tiene una de las ventajas lo cual es preocupante ya que las madres deben conocer todas las ventajas.

Se puede observar que las madres consideran que el dar de mamar le ayuda a disminuir el riesgo de cáncer de mama y ovario, a la vez que protege de un nuevo embarazo si es dada de manera exclusiva en los primeros 6 meses de vida, así como también la madre recupera el peso después del parto y mejora el vínculo materno.

En cuanto a los beneficios para la familia las madres consideran que el beneficio es de tipo económico sin generar ningún gasto o servicio.

5.3.2 HIPÓTESIS RELACIONADAS CON LAS PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

\hat{p} = Valor del porcentaje mayor del 70% de prácticas

$P = 0.5$

$Q = 1 - P = 1 - 0.5 = 0.5$

$n = 309$ valor de la muestra

TABLA 48. Comprobación de Prácticas

VALOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
> Del 70%	223	72.2	72.2	72.2
Del 50% a < del 70%	81	26.2	26.2	98.4
< Del 50%	5	1.6	1.6	100.0
Total	309	100.0	100.0	

El porcentaje de conocimiento mayor del 70% equivale al 72.2% o sea 0.72, por tanto el valor de $\hat{p} = 0.72$

$$Z_{obt} = \frac{\hat{p} - P}{\sqrt{\frac{PQ}{n}}}$$

$$Z_{obt} = \frac{0.72 - 0.50}{\sqrt{\frac{(0.5)(0.5)}{309}}}$$

$$Z_{obt} = \frac{0.22}{\sqrt{0.00080906148876}}$$

$$Z_{obt} = \frac{0.22}{0.028444006}$$

$$\mathbf{Z_{obt} = 7.73}$$

El valor de Z crítico del 95% de confianza de una cola es de 1.645

Si $Z_{\text{Crit}} \geq Z_{\text{Obt}}$ se acepta la hipótesis nula

Si $Z_{\text{Obt}} > Z_{\text{Crit}}$ se rechaza la hipótesis nula

En este caso $7.73 > 1.645$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de trabajo que los conocimientos y prácticas de lactancia materna que tienen las madres de niños de cero a un año de edad son aceptables.

TABLA 49. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL Y LACTANCIA MATERNA

PRÁCTICAS	VALORACIÓN		TOTAL
	CORRECTA	INCORRECTA	
Posición Correcta	77.70%	23.30%	100%
Colocación de la boca al dar de mamar	12.30%	87.70%	100%
Colocación de la mano al dar de mamar	76.70%	23.30%	100%
Sabe que es calostro	37.50%	62.50%	100%
Que es Calostro	62.45%	37.55%	100%
Calostro sirve para limpiar el estomago	89.0%	11.0%	100%
Calostro ayuda a que gane peso	15.50%	84.50%	100%
Calostro previene que se ponga amarillo	86.40%	13.60	100%
Tiempo que dará solo pecho	83.80%	16.20%	100%
Extracción de leche materna	63.10%	36.90%	100%
Técnica de extracción de leche materna	84.10%	15.90%	100%
Formas de extraerse la leche materna	100%	0%	100%
Si se extrae la leche materna como se la da	34.62%	65.38%	100%

PRÁCTICAS	VALORACIÓN		TOTAL
	CORRECTA	INCORRECTA	
Uso de sucedáneo de leche materna	61.20%	38.80%	100%
Sucedáneo de leche materna	61.20%	38.80%	100%
Sucedáneo escogido	61.20%	38.80%	100%
Le agrega azúcar a la leche	85.0%	15.0%	100%
Le agrega canela a la leche	85.0%	15.0%	100%
Motivo para elegir un sucedáneo	61.20%	38.80%	100%
Realiza limpieza en los pezones	100%	0%	100%
Con que realiza la limpieza	70.90%	29.10%	100%
Lugar apropiado para dar de mamar	100%	0%	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se puede observar que solo el 77.70% de las madres conocen la posición correcta para dar de mamar lo que es un factor importante para mantener el amamantamiento, mientras que el 23.30% no conoce la forma para lactar al niño y esto influye negativamente en la producción de leche materna así como también causa problemas tanto en la succión del niño como en el pecho de la madre.

Sin embargo al preguntarles a las madres la forma de cómo colocarle la boca del niño sobre el pecho esta solo fue descrita correctamente por el 12.30% de las encuestadas, lo que es algo contraproducente para el amamantamiento ya que al no tener el niño dentro de su boca el pezón y la areola se produce laceraciones o agrietamientos en el pecho así como también puede dar la falsa sensación de no tener suficiente leche materna cuando el niño solamente succiona el pezón. El 87.70% de las madres no conoce.

La forma de colocar la mano cuando se está amamantando fue descrita correctamente por el 76.70% de las madres participantes en la investigación, lo que facilita que la leche fluya sin ningún obstáculo hacia la boca del niño; cabe resaltar que solo el 23.3%

respondió en forma inadecuada colocando la mano en forma de tijera o pinza haciendo presión sobre la areola y evitando que el niño mantenga dentro de su boca esa parte del seno, haciendo con esto que la leche materna no fluya adecuadamente causando malestar en el lactante al no satisfacer su apetito.

Al preguntarles a las madres que si sabe que es el calostro el 37.5% de ellas menciono que si mientras que el 62.5% que no, sin embargo al preguntarles a las personas que contestaron afirmativamente que fue el 37.5% mencionaron múltiples respuestas, predominado entre ellas con un 13.6% que es la primera leche que sale de color amarillo cuando se le preguntaron a las madres sobre los beneficios del calostro 89% de ellas respondió adecuadamente al mencionar que sirve para limpiar el estomago, puesto que es un liquido que contiene gran cantidad de inmunoglobulinas, y lactobacilos bifidus que ayudan a colonizar el intestino, para prevenir los episodios de diarrea; no necesitando de tomas, purgas o chupones para hacerlo. El 11% restante desconoce está propiedad del calostro.

Como se visualiza en la tabla el 84.50% de las entrevistadas contesto incorrectamente que el calostro le ayuda a ganar peso al niño mientras que el 15.50% contesto lo correcto que el calostro no ayuda a que el niño gane peso.

Otro de las múltiples ventajas que tiene el calostro es que ayuda a evacuar el meconio previniendo de esta forma la ictericia, y como se puede ver en la tabla solamente el 86.4% conoce esta propiedad del tipo de leche materna mientras que el 13.6% lo ignora. El 83.80% contesto correctamente al responder que amamantarían exclusivamente a su hijo durante los primeros 6 meses de vida, tal como lo pide la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños impulsada por la (OMS/UNICEF) ya que la leche materna es un alimento adecuado y equilibrante en nutrientes y agua y suficiente para proveerle lo necesario al crecimiento y desarrollo del lactante. El 16.2% piensa lactar menos tiempo, tal vez por la falta de apoyo en su casa o trabajo, por desconocimiento, o simplemente por dejarse llevar por la propaganda de los sucedáneos de la leche materna.

En cuanto a la extracción de la leche solo el 63.1% contestó que se había extraído la leche en comparación con el 36.9% que dijo que nunca ha tenido la oportunidad de haberlo hecho por no sabe la forma de hacerlo o simplemente no quiere.

Cuando se les preguntó a las madres que explicara la técnica para la extracción manual de la leche materna el 84.1% respondió correctamente mientras que 15.9% no; esto implica que al no poder realizar el procedimiento adecuado puede haber frustración en la madre sobre todo si tiene el deseo de continuar amamantando a su bebé aunque este fuera de casa o tenga que trabajar. También la producción de leche disminuye lo que hace que la madre utilice un sucedáneo de la leche materna con todo y los riesgos de patología que esto trae.

Se puede visualizar en la tabla que el 100% contestaron adecuadamente sobre otras formas de extraerse la leche materna predominando el uso de la bomba de extracción manual, seguido del saca leche, el uso de la pezonera, y con una minoría la bomba de extracción eléctrica.

La mayoría de madres que utiliza leche materna extraída y se la da en biberón fue de un 65.38% lo que es nocivo para el lactante ya que presentara confusión entre el pepe y el pezón de la madre lo que es causa frecuente de rechazo al pecho, así como presentar mala oclusión dental.

Otra de las formas que las madres mencionaron fue el uso de vaso el 25.6% seguido del uso de gotero en 6.5% y de la cuchara en un 2.6%.

Al preguntarse a las madres sobre el uso de sucedáneos de la leche materna el 38.8% respondió afirmativamente probablemente lo hicieron por falta de información acerca de como aumentar la producción de la leche materna por falta de apoyo y presión familiar. El 38.8% de las madres que utilizan sucedáneos de la leche materna lo hacen con formulas infantiles las cuales muchas veces son mal preparadas ocasionándole sobre

todo patologías gastrointestinales y desnutrición. El resto usa formulas enteras las cuales no están indicadas para lactantes menores por presentar concentración de minerales altas provocando un mayor trabajo renal, así como alteración gastrointestinales, obesidad, desnutrición, etc.

La fórmula infantil escogida mayoritariamente por las madre fue la SIMILAC con un 11%, la NAN con 9.1% mientras que la formula entera predominantemente utilizada fue la NIDO, se visualiza también en la tabla que el 15% de las madres que usaron un sucedáneos de la leche materna al prepararlo le agregaron azúcar o canela lo cual es perjudicial para la salud del infante puesto que hay afectación gastrointestinal, alergias o sepsis.

Los motivos que las madres tuvieron para elegir el sucedáneo no son verdaderas razones médicas sino que en su mayoría por mitos, creencias, desinformación o falta de apoyo para continuar con la lactancia materna sobre todo si la madre trabaja fuera de casa. Muchas las formulas son recetadas por personal de las farmacias o supermercados o por un profesional de la salud obligado por la presión de la madre.

El 100% de las madres interrogadas manifestó que realiza limpieza de sus pezones antes de amamantar en y 70.9% de las madres realiza la limpieza de los pezones en forma correcta ya sea con agua o limpiándoselos con un paño húmedo, mientras que el 29.1% hace incorrectamente utilizando agua y jabón y un mínimo porcentaje lo hace con alcohol lo cual produce laceración del pezón o mal sabor de la leche.

El 100% de las madres menciona que cualquier lugar es apropiado para dar de mamar favoreciendo con esto la lactancia a libre demanda.

6. DISCUSIÓN.

El trabajo de investigación trata sobre Conocimientos y Prácticas de Lactancia Materna que tienen las madres de niños de cero a un año de edad que asisten a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar “La Presita” y “Milagro de la Paz” San Miguel para lo cual se realizó una guía de entrevistas a las madres lactantes de los niños de las edades antes mencionadas para Investigar los Conocimientos y Prácticas que tienen las madres sobre Lactancia Materna, Identificando Conocimientos aceptables en un 77% y Prácticas aceptables en un 72.2%.

El 77% de las madres entrevistadas tienen conocimientos aceptables sobre la lactancia materna lo que permite fomentar el amamantamiento durante mucho más tiempo beneficiando al binomio madre-hijo y a la familia. Un buen comienzo para el amamantamiento se da inmediatamente después del parto donde el recién nacido en la primera media hora de vida establece estrechos vínculos con su madre lo que favorece la producción de leche materna y estimula a que el niño pueda mamar a libre demanda.

Las madres al estar mejor informadas toman decisiones adecuadas sobre la alimentación de su hijo, al no permitir la introducción de líquidos o alimentos antes de los 6 meses de edad lo que le permite disminuir la morbilidad infantil ya que evita los episodios tempranos de diarreas, infecciones respiratorias, desnutrición, obesidad, procesos alérgicos y en la vida adulta poder padecer de diabetes, o dislipidemias, etc. Así como también al estar enteradas las madres de las contraindicaciones para no amamantar dejaron de lado lo que son los mitos y creencia que perjudican esta práctica natural.

También las madres al conocer las ventajas para ellas y su familia tienen mejor calidad de vida por el ahorro que la lactancia materna produce en el hogar, así como también disminuye el riesgo de morbilidad en el posparto inmediato por una hemorragia, y disminuye el riesgo de presentar cáncer de mama y de salir embarazada nuevamente

mientras se esté amamantando exclusivamente y el niño tenga menos de 6 meses y no halla menstruado la madre.

La madre con buenos conocimientos sobre lactancia materna sabe que aún cuando tenga que salir de casa o trabaje fuera de ella puede continuar alimentando a su hijo con la leche materna extraída y conservada a temperatura ambiente, permitiendo la alimentación con seno materno hasta los 2 años de edad tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.

El 72.2% de las madres entrevistadas tienen prácticas aceptables sobre lactancia materna ya que las madres conocen la posición correcta para dar de mamar lo que es un factor importante para mantener el amamantamiento, La forma de colocar la mano cuando se está amamantando fue descrita correctamente por las madres participantes en la investigación, lo que facilita que la leche fluya sin ningún obstáculo hacia la boca del niño. Cabe resaltar que las madres amamantarían exclusivamente a su hijo durante los primeros 6 meses de vida.

La mayoría de madres que utiliza leche materna extraída y se la da en biberón lo que es nocivo para el lactante ya que presentara confusión entre el pepe y el pezón de la madre lo que es causa frecuentete de rechazo al pecho.

La mayoría de madres utiliza lactancia materna siendo un porcentaje menor los que utilizan sucedáneos. Los motivos que las madres tuvieron para elegir los sucedáneos no son verdaderas razones médicas sino que en su mayoría por mitos, creencias, desinformación o falta de apoyo para continuar con la lactancia materna sobre todo si la madre trabaja fuera de casa.

Las madres interrogadas manifestaron que realizan limpieza de sus pezones antes de amamantar y lo hacen de forma correcta ya sea con agua o limpiándoselos con un paño

húmedo también mencionaron que cualquier lugar es apropiado para dar de mamar favoreciendo con esto la lactancia a libre demanda.

Al comparar los resultados de este estudio con una investigación sobre: Conocimientos actitudes y practicas sobre lactancia materna en madres lactantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010 en Perú concluyeron que el 61.9% de las madres presentó buenos conocimientos; el 35.71%, conocimientos regulares y solo el 2%, conocimientos inadecuados. El 65.38% de las madres en edad reproductiva óptima presentan buenos conocimientos; el 60%, conocimientos regulares y el 2%, malos conocimientos .En cuanto a actitudes, el 57.14% tiene una actitud adecuada; el 38.09%, una actitud indiferente y el 4.76%, una actitud inadecuada. El 54.16% de las madres en edad reproductiva óptima presentan actitudes adecuadas; el 75%, una actitud indiferente y un sorprendente 100% presenta una actitud inadecuada. En lo referente a las prácticas sobre LM, el 71.42% presentó prácticas regulares; el 19.04%, buenas prácticas y el 9,52%, malas prácticas. En el presente estudio de investigación se obtuvo que el 77% de las madres entrevistadas tienen conocimientos aceptables, y el 21.4% moderadamente aceptables, y 1.6% no aceptables; en cuanto a las prácticas el 72.2% poseen prácticas aceptables, el 26.2 moderadamente aceptables y el 1.6 no aceptables. Se observa que el estudio en las Unidades de Salud La Presita y Milagro de la Paz los conocimientos que poseen las madres sobre lactancia materna son similares en relación con la de Perú, en cuanto a las prácticas que poseen las madres en el estudio de Perú tienen prácticas regulares.

Ruiz L, Córdova A, realizó una investigación titulada: Nivel de conocimiento y práctica en lactancia Materna exclusiva en el Centro de Salud San Sebastián de Piura en Perú en el año 2010, trabajó con una muestra de 134 madres primíparas, concluyendo que el 52.99% de las madres tenían un nivel de conocimiento regular en lactancia materna exclusiva, el 10.44 % deficiente y el 36.57 % bueno. Mientras que el 56.72% tenían un nivel de práctica también regularen lactancia materna exclusiva. En el presente estudio

de investigación se obtuvo que el 77% de las madres entrevistadas tienen conocimientos aceptables, y el 21.4% moderadamente aceptables, y 1.6% no aceptables; en cuanto a las prácticas el 72.2% poseen prácticas aceptables, el 26.2 moderadamente aceptables y el 1.6 no aceptables. En comparación con el presente estudio realizado en la Unidades La Presita y Milagro de la Paz prevalecen los conocimientos y prácticas aceptables, mientras que en el estudio del Centro de Salud San Sebastián los conocimientos y prácticas son de tipo regular.

Así mismo también se hace referencia al Trabajo de investigación: Conocimientos y Practicas sobre Lactancia Materna exclusiva de madres primíparas, en el Hospital de Apoyo Nivel II- Sullana, 2011, la muestra 60 madres primíparas, la mitad de las madres primíparas del servicio de maternidad del Hospital de Apoyo II-Sullana presentan un nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva seguido de un porcentaje significativo de nivel bueno y un bajo porcentaje de nivel deficiente. La mayoría de las madres primíparas del servicio de maternidad del Hospital de Apoyo II-Sullana presentan un nivel de práctica inadecuada de lactancia materna exclusiva, y en menor porcentaje un nivel de práctica adecuada. En relación con el estudio realizado en las Unidades de Salud La Presita y Milagro de la Paz los conocimientos y prácticas son de tipo aceptables, mientras que en el Hospital de Apoyo Nivel II-Sullana los conocimientos que poseen son regulares mientras que la mayoría de las madres poseen prácticas inadecuadas.

7. CONCLUSIONES

En base a lo anterior el grupo de investigación concluye:

- 1- Al realizar la prueba de hipótesis por medio del método estadístico de proporción se comprobó que los conocimientos y prácticas de lactancia materna que tienen las madres de los niños menores de un año de edad son aceptables para ambas Unidades de Salud; Se evidencia que del total de madres entrevistadas el 77% tiene conocimientos aceptables y el 72.2% posee prácticas aceptables lo que va beneficiar contribuyendo en la mejor nutrición para el bebé y disminuyendo el riesgo de patologías para la madre, solo una minoría posee conocimientos y prácticas moderadamente y no aceptables se puede tratar de aumentar el número de horas de prácticas educativas en las Unidades de Salud tanto para el personal, y médicos hacia las madres para que ellas conozcan más sobre lactancia materna.
- 2- En cuanto a los conocimientos generales que tienen las madres sobre la lactancia materna se observa que el 99.40% de madres saben que es dar de mamar; se encuentran similares porcentajes en cuanto a la duración 59.22%, frecuencia de la mamada 57.60%, alimentación del niño si la madre trabaja o tiene que salir 54%. Cabe resaltar que en que las madres tienen conocimientos incorrectos es en con un 73.46% es sobre la duración de la leche materna a temperatura ambiente y solo un mínimo porcentaje del 26.54% sabe lo correcto;
- 3- En relación al conocimiento sobre los beneficios del niño le proporciona todos los nutrientes, es más fácil de digerir, y tiene vitaminas en un 71.52%; se enferma menos de diarrea, neumonía, tiene menos riesgo de padecer alergias en un 85.11%, le da defensas al cuerpo y mejora la relación madre-hijo en un 81.90%; beneficios para la mujer el sangrado después del parto es menos, la recuperación

después del parto es más rápido, tienen menos riesgo de morir por hemorragia después del parto 68.30%; tiene menos riesgo de padecer cáncer de mama, mejora la relación madre e hijo, protege de un nuevo embarazo, recupera más rápido el peso después del parto 65.70%; beneficio para la familia se ahorra dinero, no se necesita gastar energía ni agua 85.11% se observa que la mayoría de las madres entrevistadas contesto correctamente, solo una minoría señala uno de todos los beneficios.

- 4- En cuanto al conocimiento sobre las prácticas de lactancia materna y alimentación infantil se evidencia que la mayoría posee buenas prácticas para alimentar al infante 72.2%; se observaron prácticas incorrectas en: la colocación de la boca del bebé al dar de mamar en un 87.70%, en el conocimiento del calostro en un 62.50%, en la idea errada de que el calostro ayuda a que gane peso el niño en un 84.50%, sigue prevaleciendo el uso del biberón en un 65.38%; cabe resaltar que solo un pequeño número de madres usan sucedáneos de leche materna 38.80% y de ellas el 15% introduce canela y azúcar a dicho sucedáneo. El 100% de las madres están realizando limpieza de los pezones pero de ellas solo el 70.90% la realiza correctamente y el 29.10% está usando jabón y alcohol.

8. RECOMENDACIONES.

En base a los resultados obtenidos y a pesar de todos los esfuerzos que el Ministerio de Salud ha realizado por más de 20 años para mejorar los índices de lactancia materna, todavía sigue existiendo vacíos en cuanto a conocimientos y prácticas de amamantamiento por lo que se recomienda lo siguiente.

Ministerio de Salud

1. Fortalecer los programas encaminados a impulsar y motivar la promoción de la lactancia materna donde se debe de incluir un fuerte componente práctico para garantizar la mejora de las habilidades clínicas y de asesoramiento (consejería).
2. Promover e informar a las madres acerca de la política de la lactancia materna a través de los medios de comunicación social, distintos programas de atención a la mujer y el niño, en las respectivas Unidades Comunitarias de Salud, hospitales públicos y privados.
3. Fomentar la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida del niño así como continuar con la lactancia como complemento nutricional hasta los 2 años de edad.
4. Reforzar la información sobre los conocimientos del calostro, posición adecuada de la colocación de la boca del niño al seno materno, técnica de extracción y conservación de la leche materna, y disminuir el uso de biberón, en los controles prenatales e infantiles.
5. Deben hacerse esfuerzos renovados para fortalecer los pasos relativos a la educación, orientación y apoyo para las madres antes y después del parto, para favorecer el mantenimiento de la lactancia y evitar el uso de sucedáneos.
6. En los trabajos de investigación futuros se recomienda hacer demostración de las prácticas correctas de lactancia materna para una mejor evaluación.

Al Ministerio de Educación

1. Que se incluya en los programas del Ministerio de Educación la lactancia materna haciendo hincapié en la promoción, prácticas correctas y beneficios de esta.

A nivel Regional de Sistemas Básicos de Salud Integral en Oriente

1. Continuar con las capacitaciones del personal médico, enfermeras, promotores, sobre la práctica correcta de la lactancia materna, sus beneficios y consecuencias al no alimentar a los menores de 6 meses con ésta.
2. Promover la extracción y conservación de la leche materna, y disminuir el uso de sucedáneos, y biberones.
3. Enfatizar la lactancia materna exclusiva en los programas del Ministerio de Salud como son: Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Atención Prenatal, Mujer en Edad Fértil, Salud Sexual y Reproductiva del y la adolescente.

Se recomienda a nivel local (Unidades Comunitarias de Salud Familiar)

1. Compromiso del personal médico, enfermeras, promotores de promover la lactancia materna en todos los niños menores de 6 meses en los establecimientos de salud y la comunidad.
2. Promover la lactancia materna exclusiva en las mujeres durante sus controles prenatales y los controles infantiles y lactancia materna complementaria hasta los 2 años de edad.
3. Informar a las madres sobre el conocimiento del calostro, las propiedades y los beneficios que ofrece.

4. Crear grupos o clubes de embarazadas y puérperas en donde se dé a conocer la importancia de la lactancia materna así como los beneficios, y demostración de postura materna, colocación de la boca del bebé, y colocación de la mano al dar de mamar correctamente.
5. Mantener activos y funcionando los comités de lactancia materna a nivel local en el cual se incluyan miembros de la comunidad tanto hombres como mujeres con el fin de dar apoyo al personal de salud.

A las madres que están dando de lactar y mujeres en edad fértil

1. Brindar lactancia materna exclusiva a los infantes hasta los 6 meses de edad y lactancia materna complementaria hasta los 2 años de edad.
2. Solicitar información al personal de salud sobre la adecuada alimentación del niño(a) menor de 6 meses y lactancia materna complementaria hasta los 2 años de edad.
3. Seguir las indicaciones y recomendaciones que se le brindan en los establecimientos de Salud sobre los cuidados y la alimentación correcta que deben recibir los infantes menores de 6 meses y lactancia materna complementaria hasta los 2 años de edad.
4. Para aumentar la producción de leche y satisfacer las necesidades del infante los recién nacidos deben succionar frecuentemente el seno materno a libre demanda.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- NELSON Tratado de Pediatría, 18 Edición, Vol.1. Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton. Pp 215-218, parte V, Alimentación de los lactantes y niños pequeños. Lactancia Materna
- 2- Política de Protección Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. [en línea] [fecha de acceso el 15 de agosto de 2012] URL disponible en: asp.mspas.gob.sv/politicas/política_proteccion_promocionlactanciamaterna.pdf.
- 3- Política de Protección Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. [en línea] [fecha de acceso el 28 de agosto de 2012] URL disponible en: asp.mspas.gob.sv/politicas/política_proteccion_promocionlactanciamaterna.pdf.
- 4- Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi), Información de El Salvador, presentado por Centro de Apoyo de Lactancia Materna. Diciembre 2011. pp 6.
- 5- Aumento de la Lactancia Materna en niños de 0 a 5 años de edad en los EE. UU., 2003- 2007. [en línea] [fecha de acceso 20 de Noviembre de 2012] URL disponible en: www.cdc.gov/spanish/Datos/LactanciaMaterna/index.htm
- 6- Lactancia Materna.[en línea] [fecha de acceso 25 de octubre de 2012] URL Disponible en: <http://www.hies.gob.mx/Lactancia%20Materna.pdf>

- 7- Lactancia Materna y Estado Nutricional del menor de 5 años. Encuesta FESAL. [en línea] [fecha de acceso el 15 de agosto de 2012]
URL disponible en:
www.fesal.org.sv2008/informe/resumido/12lactanciamaterna.htm.
- 8- Lactancia Materna y Estado Nutricional del menor de 5 años. Encuesta FESAL. [en línea] [fecha de acceso el 15 de agosto de 2012] URL disponible en:
www.fesal.org.sv2008/informe/resumido/12-lactanciamaterna.htm.
- 9- Política de Protección Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. [en línea] [fecha de acceso el 28 de septiembre de 2012] URL disponible en:
asp.mspas.gob.sv/politicas/política_proteccion_promocionlactanciamaterna.pdf.
- 10- Botiquín Nataly, Calongos Esteffany, Castañeda Paúl, Moràn Miluska, Pinao Deyvis. En su investigación titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres lactantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Universidad del Perú, Decana de América) Facultad de Medicina San Fernando.
dc199.4shared.com/doc/yclvzC__/preview.html
- 11- Ruiz L, Córdova A. “conocimiento y practica materna exclusiva”, [tesis para optar titulo de licenciatura en enfermería].Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote ,2010.
- 12- Zapata F. “Conocimiento y practica sobre lactancia materna exclusiva de madres primíparas en El Hospital de Apoyo Nivel II- Sullana 2011”.
<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21736.pdf>

- 13- Política de Protección Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna.
asp.mspas.gob.sv/politicas/política_proteccion_promocionlactanciamaterna.pdf.
Consultada el (28/9/12)
- 14- Ministerio de **Salud**: MINSAL: El Salvador - [**en línea**] [fecha de acceso 15 de agosto de 2012] URL disponible en:
<http://www.salud.gob.sv> › *Noticias ciudadanos/as* ›
- 15- Ministerio de **Salud**: MINSAL: El Salvador - [**en línea**] [fecha de acceso 15 de septiembre de 2012] URL disponible en:
<http://www.salud.gob.sv> › *Noticias ciudadanos/as* › *Agosto 2012*
- 16- Ruiz L, Córdova A. “conocimiento y practica materna exclusiva”, [tesis para optar titulo de licenciatura en enfermería].Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote ,2010. Consultado el (25/11/12)
- 17- Hernan. Arminio. “conocimiento vulgar y científico” Enero de 2009 Documento (www.cienciayconocimiento.com) Consultado el 23/11/12
- 18- Ruiz L, Córdova A. “conocimiento y practica materna exclusiva”, [tesis para optar titulo de licenciatura en enfermería].Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote ,2010. Consultado el (11/12/12)
- 19- NELSON Tratado de Pediatría, 18 Edición, Vol.1. Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton. Pp 215-218, parte V, Alimentación de los lactantes y niños pequeños. Lactancia Materna Consultada el 11/12/12

- 20- UNICEF-OMS “Lactancia Materna” [en línea] [fecha de acceso el 24 de agosto de 2012] URL disponible en:
http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/presentaci%C3%b3n_libro.pdf.
- 21- OMS, “Lactancia Materna”, [en línea] [Fecha de acceso el 7 de septiembre de 2012] URL Disponible en:
<http://www.definicionabc.com/salud/lactancia-materna.php>
- 22- Gardner Grey, O’rahilly, “Vasos, drenaje linfático y mama”. En Anatomía de Gardner, 5ª edición, México, Nueva editorial interamericana, 1989, p. 104-108.
- 23- Guyton Hall, Embarazo y Lactancia, En: Arthur C Guyton, M.D. Tratado de Fisiología Médica, España. Interamericana McGraw-Hill, 1997, pag.1,146-1,141.
24. Behrman, Kliegman, Jenson. La alimentación de los lactantes y niños pequeños, En: Richard E Behrman M.D, Nelson Tratado de Pediatría, Madrid, España, ELSERVIER, 2006; pág. 158-164.
- 25- F. Gary Cunningham, Kenneth J, Leveno, Steven L. Bloom, Jhon C Hauth, Puerperio y glándulas mamarias, Obstetricia de Williams, México, McGraw- Hill 2006 pág. 609-704.
- 26- Zapata F. “Conocimiento y practica sobre lactancia materna exclusiva de madres primíparas en El Hospital de Apoyo Nivel II- Sullana 2011”.
<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21736.pdf>
- 27- OMS, “Tipos de Leche Materna, Beneficios de la Lactancia Materna” [en línea] [fecha de acceso el 6 de agosto de 2012] URL disponible en:
<http://www.lactanciamaterna-wikipedia.laenciclopedia.libre.mht>.
- 28- Hacia una Feliz Lactancia, Javier Osorno M.D, texto practico para profesionales de la salud, pág. 18-19, pág. 40-41.

ANEXOS

ANEXO 1. GLOSARIO

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

Acido Desoxirribonucleico: El ácido desoxirribonucleico, frecuentemente abreviado como ADN es un ácido nucleído que contiene instrucciones genéticas usadas en el desarrollo y funcionamiento de todos los organismos vivos conocidos y algunos virus, y es responsable de su transmisión hereditaria.

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

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.

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

Antígeno: Un antígeno (“anti”, del griego avn- que significa opuesto o con propiedades contrarias y “geno”, de la raíz griega yev, generar, producir; que genera o crea oposición) es una sustancia que desencadena la formación de anticuerpos y puede causar una respuesta inmunitaria. La definición moderna abarca todas las sustancias que pueden ser conocidas por el sistema inmune adaptativo, bien sean propias o ajenas.

Apego Precoz: Es el contacto físico que debe establecerse entre el recién nacido y su madre en la primera media hora después al parto o lo antes posible en caso de cesárea.

Bronquiolitis: Es un término usado en la medicina humana y animal que se refiere a la inflamación de las vías aéreas pequeñas, fundamentalmente los bronquiolos del lactante menores de 2 años de edad.

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

Conocimiento: Platón define el conocimiento como *creencia verdadera justificada por la razón*.

Dermatitis: (de la palabra griega *dermos*: piel) es un término médico que puede referirse a distintas afecciones de la piel.

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

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

Eccema: Un eccema o eczema es una afección dermatológica (de la piel), caracterizada por una inflamación que presenta diversas lesiones como: eritema, vesículas, pápulas y exudación.

Enterocolitis necrozante o necrotizante: (ECN) Es una inflamación que causa destrucción de cantidad variables de intestino.

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

Haemophilus influenzae: Anteriormente llamado **bacilo de Pfeiffer o Bacillus influenzae**, son cocobacilos Gram-negativo no móviles descritos en 1892 por Richard Pfeiffer durante una pandemia de gripe.

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

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

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

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

Lactancia de biberón: Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.

Lactancia de múltiples: Lactancia por leche de madre a dos o más hijos de la misma edad.

Lactancia diferida: Lactancia por leche materna extraída.

Lactancia directa: Cuando el bebé se alimenta tomando la leche directamente del pecho

Lactancia en tándem: Lactancia por leche de la propia madre a dos o más hijos de distinta edad

Lactancia inducida: Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que haya mediado embarazo previo en la madre.

Lactancia mercenaria: Lactancia por leche de una madre distinta a la propia a cambio de algún tipo de remuneración.

Lactancia mixta: Forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana + leche no humana). La OMS recomienda que no se utilice este término en investigaciones científicas.

Lactancia solidaria: Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que medie ningún tipo de remuneración.

Lactógeno Placentario: El lactógeno placentario humano (HPL) o somatomotropina coriónica humana, es una hormona polipeptídica producida por la placenta.

Leche Entera: Es el producto íntegro no adulterado o alterado del ordeño higiénico regular de vacas sanas que no ha sufrido ningún tratamiento a excepción del filtrado y enfriamiento que no contiene calostro y que está exenta de calor, olor, sabor y consistencia anormales.

Macrosomía: El término macrosomía se utiliza en forma imprecisa para definir a un feto grande. Se suele hablar de macrosomía cuando se calcula que el peso del bebé al nacer será mayor del percentil 90 o superior a 4 kilos de peso.

Meconio: Es una sustancia viscosa y espesa de color verde oscuro a negro compuesta por células muertas y secreciones del estómago e hígado, que reviste el intestino del recién nacido. Su formación comienza en el periodo fetal.

Miometrio: El miometrio, o miocito uterino es la capa muscular intermedia (formada por músculo liso). Fundamental en la contracción del útero en el trabajo de parto.

Morbilidad: (del latín “morbus”, enfermedad) es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctima de enfermedad en un espacio y tiempo determinado.

Obesidad: Es la enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo del cuerpo; es decir cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos, almacenada en forma de grasa corporal se incrementa hasta un punto donde está asociada con numerosas complicaciones como ciertas condiciones de salud o enfermedades y un incremento de la mortalidad.

Osteoporosis: Es una enfermedad que disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte de hueso trabecular por un defecto en la absorción de calcio.

Otitis: La otitis es la inflamación del oído. Según su localización anatómica se clasifican en otitis externa y otitis media.

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

Posición: Indica su localización en el espacio o en el tiempo.

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

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

Recién nacido pretérmino: Recién nacido de menos de 34 semanas de gestación.

Recién nacido a término: Recién nacido de 37 a 42 semanas de gestación.

Recién nacido postérmino o posmaduro: Nacido después de 42 semanas de gestación.

Relactancia: Lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia.

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

Reflujo Gastroesofágico: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ocurre cuando un musculo al final del esófago no se cierra adecuadamente. Eso permite que el contenido del estomago regrese, o haga reflujo, hacia el esófago y lo irrite.

Síndrome Pilórico: Se debe a una obstrucción del canal pilórico y se caracteriza por vómitos en los que se reconocen alimentos ingeridos varias horas antes. También se presentan náuseas y dolor en la mitad superior del abdomen.

Sucedáneo de leche materna: Producto alimenticio que se presenta como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.

ANEXO 2. ABREVIATURAS Y SIGLAS

Ac: Anticuerpo

Ags: Antígeno

EDAS: Enfermedades Diarreicas Agudas

FESAL: Encuesta Familiar de Salud 2008

IgG: Inmunoglobulinas

IQ: Coeficiente Intelectual

IRAS: Infección Respiratorias Agudas

LM: Lactancia Materna

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

MINSAL: Ministerio da Salud y Asistencia Social

NSCH: Encuesta Nacional de Salud de los Niños

OMS: Organización Mundial de la Salud

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral

SNC: Sistema Nervioso Central

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la infancia

CICSLM: Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche

USANYM: Unidades de Salud como Amigas de la Niñez y las madres

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

OPS: Organización Panamericana de la Salud

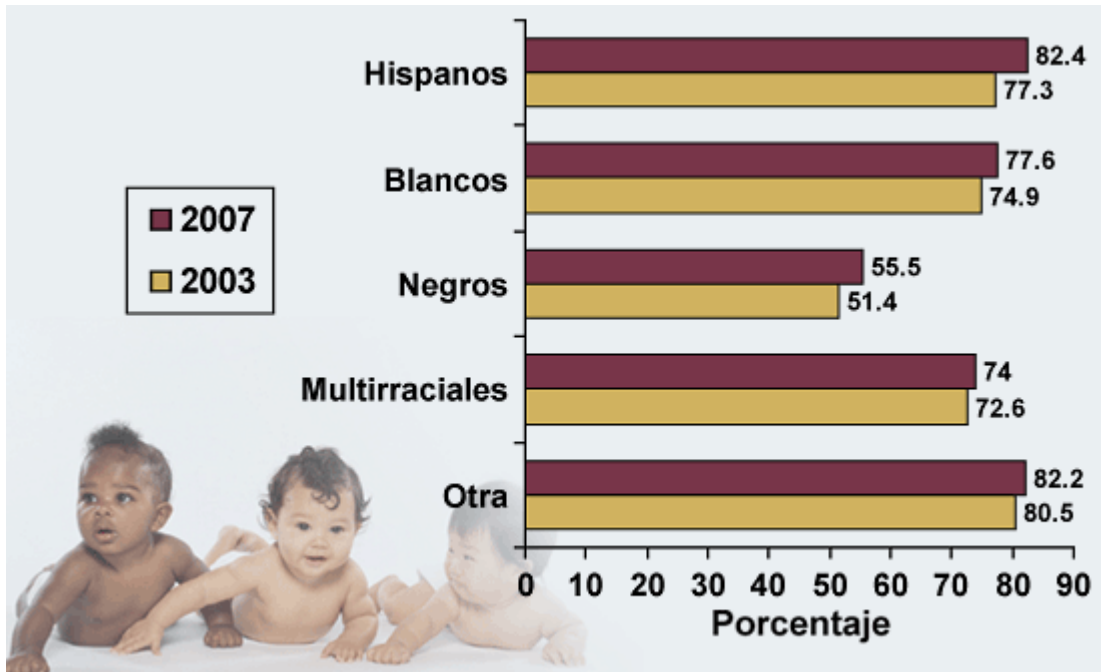
ODM: Objetivo de Desarrollo del Milenio

HIAN: Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

IVU: Infección de Vías Urinarias

ANEXO 3

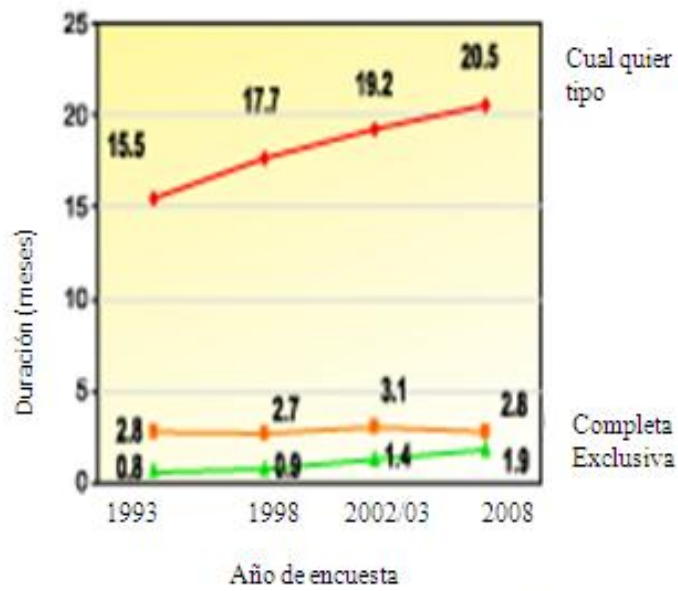
Niños que fueron amamantados o que revieron leche materna según raza/grupo étnico a nivel Mundial.



Fuente: Encuesta Nacional de la Salud de los Niños.

ANEXO 4

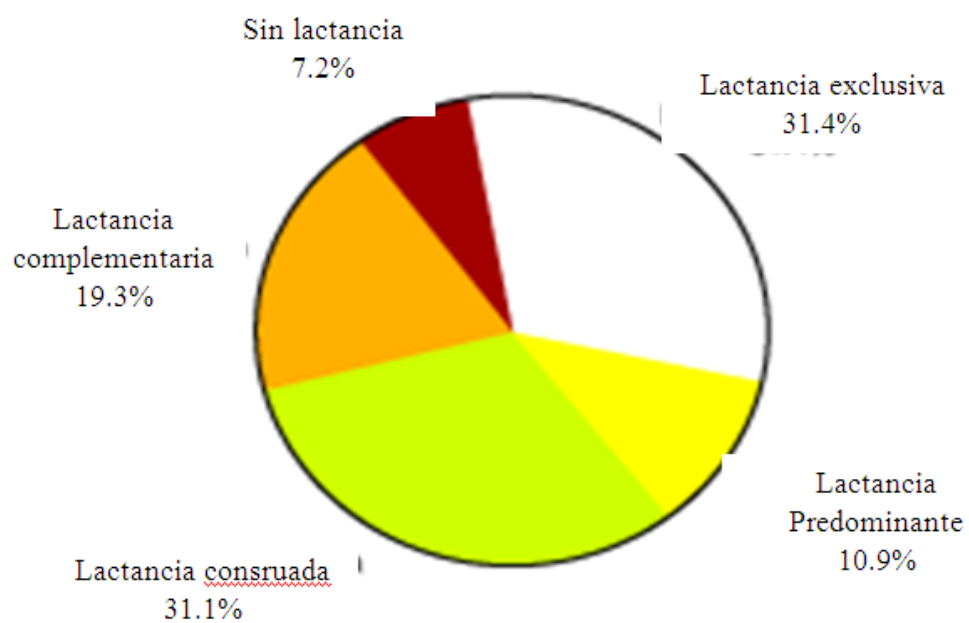
Tendencias de la duración promedio de Lactancia Materna, según Clasificación de la Lactancia, El Salvador.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Familiar

ANEXO 5

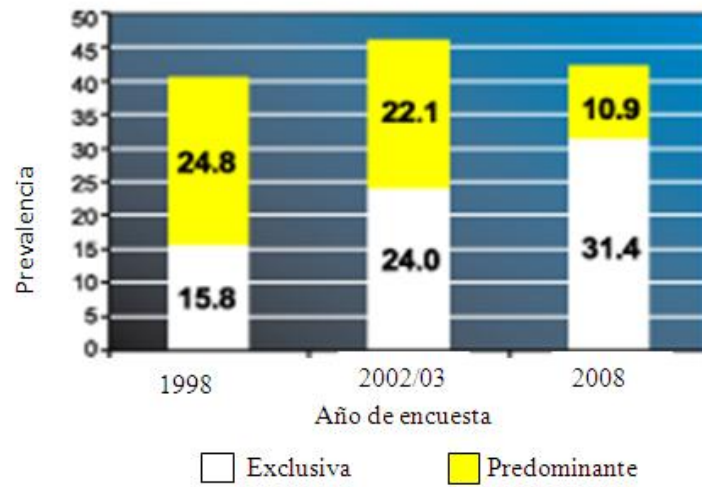
Tipo de alimentación que recibieron los niños(as) menores de 6 meses de edad en El Salvador.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Familiar

ANEXO 6

Tendencias de la prevalencia de Lactancia Completa en niños(as) menores de 6 meses de edad en El Salvador.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Familiar

ANEXO 7. MODELO DE LA CEDULA DE ENTREVISTA

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



No.-----

CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

OBJETIVO:

Recopilar información sobre los conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres de niños de cero a un año de edad que asisten a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar “La Presita” y “Milagro de la Paz”, San Miguel, período de Abril a Mayo de 2013.

UNIDAD DE SALUD:-----

INFORMACIÓN GENERAL

DATOS DE LA MADRE: NOMBRE: _____

1. Edad en años:

a) De 15 a 19 años

b) De 20 a 35 años

c) más de 35 años

2. Estado Familiar:

a) Casado

b) Acompañada

c) soltera

3. Alfabetización

a) Sabe solo leer

b) Sabe leer y escribir

c) No sabe leer ni escribir

4. Escolaridad:

a) Ninguna:

b) Primaria:

c) Secundaria

d) Superior

5. Paridad:

a) Primípara

b) Multípara

c) Gran multípara (Más de 5)

6. Ocupación:

a) Ama casa

b) Empleada

c) Independiente

d) Estudiante

e) Otro

Especifique: _____

7. Procedencia:
- a) Urbana
- b) Rural

DATOS DEL NIÑO:

8. Sexo:
- a) Masculino
- b) Femenino

9. Edad del niño:
- a) 0 – 3 meses
- b) 4 – 6 meses
- c) 7 – 9 meses
- d) 10 – 12 meses

- 10) Estado Nutricional
- a) Normal
- b) Desnutrido
- c) Desnutrición Severa

II. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA

A) CONOCIMIENTOS GENERALES

11) ¿Sabe Usted que es dar de mamar?

Si No

12. ¿Con qué se debe de alimentar el bebé durante los primeros 6 meses de vida?

- a) Leche materna y agua
- b) Solamente leche materna.
- c) Leche materna y leche de bote
- d) Leche de bote.

e) Otro. Especifique _____

DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA

13. ¿Hasta qué edad se le debe dar de mamar al bebé?

- a) Hasta los 2 años.
- b) Hasta los 6 meses.
- c) Hasta los 12 meses.
- d) Otro. Especifique _____

INICIO DE LACTANCIA MATERNA

14. ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna su bebe?

- a) Inmediatamente después del parto
- b) A las 4 horas de nacido.
- c) A las 24 horas de nacido.
- d) Cuando el bebé lllore de hambre por primera vez.
- e) Otro Especifique _____

FRECUENCIA DE MAMADA

15. ¿Cada cuánto tiempo se le debe de dar de mamar el niño?

- a) Cada 2 horas.
- b) Cada vez que el niño quiera
- c) Cada 6 horas.
- d) Otro. Especifique _____

16. Si su bebé duerme por más de dos horas, ¿qué haría Ud.?

- a) Dejo que siga durmiendo
- b) Lo despierto y le doy pacha
- c) Lo despierto y le doy pecho
- d) Solo lo despierto.

17. Si su bebé llora de hambre o de Sed durante el día y la noche, ¿Qué haría Usted?:

- a) Le daría leche de bote
- b) Le daría solo pecho
- c) Le daría leche materna más agüitas

EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LA LECHE

18. Si Usted trabajará o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar al bebé?

- a) Tendría que darle leche de bote
- b) Le daría pecho mientras este con mi bebe y leche de bote cuando me separe de él.
- c) Tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.

19. Sabe usted cuánto dura la leche materna guardada a temperatura ambiente:

- a) Hasta 1 hora.
- b) Hasta 8 horas
- c) No sabe

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

20. Si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea que haría:

- a) Le suspende el pecho
- b) Le da agua y jugos
- c) Le da pecho mas suero oral
- d) Le daría pecho con mayor frecuencia

21. ¿Sabe usted qué madres no deben de dar de mamar al bebé?

- a) Madres que tienen tos
- b) Madres con VIH /SIDA
- c) Madres que lavan mucha ropa.
- d) Madre que se asusto

B) BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

BENEFICIO PARA EL NIÑO

22. ¿Por qué razón la lactancia materna se considera el mejor alimento natural para el niño?

- a) Le proporciona al bebe todos los nutrientes.
- b) Es más fácil de digerir.
- c) Contiene agua para quitar la sed.
- d) Tiene vitaminas.
- e) Todas las anteriores

23. ¿Puede decirme usted cual es el beneficio para él niño cuando toma pecho?

- a) Se enferma menos de diarrea.
- b) Tienen menos riesgo de padecer de alergias.
- c) Se enferman menos de neumonía.
- d) Las infecciones de oídos son menos frecuentes.
- e) Todas las anteriores.

24. ¿Qué otros beneficios considera usted que tiene la leche materna?

- a) Le da defensas al cuerpo.
- b) Previene la obesidad.
- c) Previene problemas de los dientes.
- d) Mejora la relación madre-hijo.
- e) Todas las anteriores.

BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE.

25. ¿Puede decirme qué ventajas tiene para la mujer dar de mamar?

- a) Tiene menos riesgo de morir por hemorragia después del parto.
- b) La recuperación del parto es más rápida.
- c) El sangrado después del parto es menos.
- d) Todas las anteriores.

26. ¿El dar de mamar le ayuda a la mujer en todo lo siguiente?

- a) Tiene menos riesgo de padecer cáncer de mama.
- b) Protege de un nuevo embarazo.
- c) Recupera más rápido el peso después del parto.
- d) Mejora la relación madre-hijo.
- e) Todas las anteriores.

BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA PARA LA FAMILIA.

27. ¿Podría decir cuáles son los beneficios que tiene la leche materna para la familia?

- a) Se ahorra dinero.
- b) No se cocina.
- c) No se necesita gastar energía ni agua.
- d) Se ahorra tiempo.
- e) Todas las anteriores.

III. EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA

A) PRÁCTICA DE POSTURA MATERNA

28. Señale la gráfica correcta en que se muestra la posición en cómo debe de dar de mamar a su bebé:

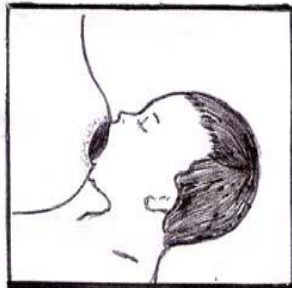


a)

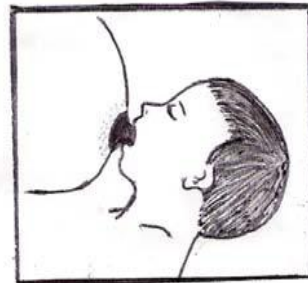


b)

29. Señale la gráfica correcta de cómo se debe colocar la boca de su bebé al mamar.



a)



b)

30- Señale la forma en que usted coloca la mano al dar de mamar?



a)

a)



b)

b)

31.- ¿Sabe usted que es el calostro?

a) Sí

b) No

¿Qué es? _____

32.- ¿Para qué sirve el calostro?

SI

NO

a) Para limpiar el estomago del niño.

b) Ayudar a que gane peso.

c) Prevenir que el niño se ponga amarillo.

33.- ¿Cuánto tiempo le dará solo pecho a su hijo? (Aplica solo a menores de 6 meses)

O cuánto tiempo le dio solo pecho a su hijo?

a) 2 meses

b) 4 meses

c) 5 meses

d) 6 meses

e) Otro Especifique _____

B) PRÁCTICAS DE EXTRACCIÓN DE LECHE

34.- ¿Se ha sacado alguna vez leche de sus pechos?

a) Sí

b) No

35.- ¿Podría usted decir la manera para sacarse la leche de sus pechos?

a) Darse un masaje alrededor del pecho.

b) Coloca la mano en C.

c) Colocar los dedos de manera que los depósitos de leche queden debajo de ellos.

d) Todas las anteriores.

(EN EL CASO DE QUE LA PREGUNTA ANTERIOR SEA AFIRMATIVA)

36.- ¿Conoce usted otras formas de sacarse la leche de sus pechos?

- | | SI | NO |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Bomba de extracción manual. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Bomba de extracción eléctrica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Usando pezonera. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Saca leche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

37.- ¿Cuándo usted se extrae la leche de sus pechos y sale fuera de casa con que le da la leche a su hijo?

- a) Pacha.
- b) Vaso.
- c) Gotero.
- e) Cuchara.

C) PRÁCTICAS DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA

38.- ¿Ha utilizado alguna vez algún tipo de leche diferente a la leche materna?

- a) Si
- b) No

(SI RESPONDIO QUE SI PREGUNTAR)

39.- ¿Cual leche eligió para alimentar a su hijo?

- a) Leche de vaca
- b) Leche de formula infantil
- c) Leche de soya
- d) Leche de bote entera
- e) Por lo menos dos de las anteriores
- f) Otro. Especifique: _____

45.- ¿Qué lugar considera apropiado para dar de mamar?

- a) En donde haya tranquilidad y reposo.
- b) En donde el niño me lo pida.
- c) En la calle.
- d) En mi casa.

ESCALA DE MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO, RESPUESTAS CORRECTAS	
Conocimiento Aceptable.	>Del 70%
Conocimiento Moderadamente Aceptable.	Del 50 a < 70%
Conocimiento no Aceptable.	< Del 50%

Fuente: Construcción propia del grupo investigador.

ESCALA DE MEDICIÓN DE PRÁCTICAS

MEDICION DE PRÁCTICAS, RESPUESTAS CORRECTAS	
Practicas Aceptable.	>Del 70%
Practicas Moderadamente Aceptable.	Del 50 a < 70%
Practicas no Aceptable.	< Del 50%

Fuente: Construcción propia del grupo investigador.

ANEXO 8 MODELO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ de ____ años de edad, he sido elegida para participar voluntariamente en la investigación llamada Conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres de niños de cero a un año de edad que acuden a las Unidades Comunitaria de Salud Familiar Milagro de la Paz y La Presita en el periodo de Abril – Mayo de 2013.

Se me ha explicado en qué consiste dicho estudio, entiendo el propósito del mismo por lo que doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

Firma o huella dactilar de la madre participante

Fecha.

ANEXO 9.

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

Cant.	Concepto.	Precio Unitario en \$	Precio Total en \$
2.00	Libretas block de apuntes	1.00	2.00
5.00	Lapiz de Carbon.	0.20	1.00
25.0	Folder	0.20	5.00
15.0	Fastener	0.15	2.25
3.00	Borrador de goma.	0.25	0.75
2472	Fotocopias de encuesta.	0.03	74.0
900	Fotocopias varias* (bibliografías, revistas, etc)	0.03	27.0
8.00	Tinta negra	25.0	200
2.00	Tinta de Color	25.0	50.0
21.0	Anillados de informes de investigación.	2.00	42.0
120	Validación de encuestas.(Fotocopias).	0.03	3.60
90.0	Horas Medico (dato en base a salario de año social)	2.50	375
6.00	Transporte.	15.0	90.0
6.00	Empastados de informe final	5.00	30.0
300	Horas de internet	0.50	150
15	Escaneo de Imágenes.	0.50	7.50
6	C.D	0.80	4.80
100h	Telefonía Celular*	1.00	15.0
2	Computadoras	450	850
1	Material Audiovisual	100	100
6	Resmas de papel tamaño carta.	5.00	30.0
10%	De imprevistos	\$	205.99
Total		\$	2,265.8

ANEXO 10. CONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACION CICLO II AÑO 2012 Y CICLO I AÑO 2013

N°	ACTIVIDADES	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Reuniones generales con la coordinadora de proceso de graduación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
2	Inscripción de proceso de graduación			■																																									
3	Elaboración del perfil de investigación			■	■	■	■	■	■																																				
4	Entrega de perfil de investigación							■																																					
5	Elaboración de protocolo de investigación									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																								
6	Entrega de protocolo de investigación																	■																											
7	Ejecución de la investigación																		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
8	Tabulación, análisis e interpretación de datos																											■	■																
9	Redacción del informe final																												■	■															
10	Entrega del informe final																												■	■															
11	Exposición de los resultados																																	■	■	■	■								