

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:
CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y CREENCIAS SOBRE
LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS DE 0 A 6
MESES DE EDAD QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR LAS CHARCAS, SAN
BUENAVENTURA; USULUTAN, SAN PEDRO, CHIRILAGUA;
SAN MIGUEL Y CERRO EL NANZAL, SANTA
ELENA;USULUTAN PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE
2013.**

**PRESENTADO POR:
YUBINI OSMIN CRUZ RODRIGUEZ
YOVANI ALEXANDER GARCIA HERNANDEZ
ASTRID DEL CARMEN ROSALES LOZA**

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

**DOCENTE ASESOR:
DR. MARIO ARTURO CASTRO MELGAR**

**NOVIEMBRE DE 2013 SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO
AMERICA.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

**INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO
RECTOR**

**MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO
VICERRECTORA ACADÉMICA**

**(PENDIENTE DE ELECCIÓN)
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**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 DIAZ
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO
DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

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

COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

**DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN
COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACION
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME
MIEMBRO DE LA COMISIÓN**

**DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO
MIEMBRO DE LA COMISIÓN**

ASESORES DE LA INVESTIGACIÓN

DOCTOR MARIO ARTURO CASTRO MELGAR

DOCENTE ASESOR

LICENCIADO JOAQUÍN ARISTIDES HERNÁNDEZ

ASESOR DE ESTADÍSTICO

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ

PACHECO

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORAS DE METODOLOGÍA

DOCENTE ASESOR
DOCTOR MARIO ARTURO CASTRO MELGAR

JURADO CALIFICADOR
DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO

JURADO CALIFICADOR
DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN

Br. Yubini Osmín Cruz Rodríguez

Carnet n°: CR04072

Br. Yovani Alexander García Hernández

Carnet n°: GH00005

Br. Astrid del Carmen Rosales Loza

Carnet n°: RG01058

**CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y CREENCIAS SOBRE
LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS DE 0 A 6
MESES DE EDAD QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR LAS CHARCAS, SAN
BUENAVENTURA; USULUTAN, SAN PEDRO, CHIRILAGUA;
SAN MIGUEL Y CERRO EL NANZAL, SANTA
ELENA;USULUTAN PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE
2013.**

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

Dr. Arturo Amadeo Cabrera Guillén

Jurado Calificador

Dr. Henry Rivera Villatoro

Jurado Calificador

Dr. Mario Arturo Castro Melgar

Docente Asesor

Dra. Norma Oziris Sánchez de Jaime

**Miembro de la Comisión Coordinadora
Coordinadora**

Dr. Henry Rivera Villatoro

Miembro de la Comisión

Vo.Bo.Maestra Elba Margarita Berrios Castillo

**Directora General de Proceso de Graduación
de la Facultad Multidisciplinaria Oriental**

Dr. Francisco Antonio Guevara Garay

Jefe del Departamento de Medicina

San Miguel, El Salvador, Centro América, noviembre 2013

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Por darme la vida, la salud y la fortaleza para poder alcanzar mis metas y sueños.

A MI MADRE:

Angelina Loza García por brindarme su amor, su apoyo tanto moral como económico pero sobre todo por ser mi mejor amiga y acompañarme siempre en este largo camino sin poner en duda nuestros esfuerzos.

A MI PADRE:

Juan Ramón Rosales por creer siempre en mí y apoyarme en el inicio de este sueño.

A MIS HERMANOS:

Roció y Jonathan por su apoyo moral y por acompañarme tantas noches en vela.

A YOVANI ALEXANDER GARCIA:

Por brindarme su amor y comprensión. Por acompañarme en este camino y por darme siempre su apoyo pero principalmente por creer en mí.

Astrid del Carmen Rosales Loza.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Por regalarme la vida, por darme salud, entendimiento e iluminar mi camino, por haberme ayudado a vencer cada obstáculo y alcanzar mi sueño.

A MI MADRE:

Sofía Esperanza Hernández; Por traerme al mundo, por ser la base fundamental, mi escudo y mi inspiración para lograr mis metas, por su apoyo económico y emocional, por darme la mano cuando caí, gracias por ser mi madre y continuar a mi lado.

A MI PADRE:

José Gonzalo García: Por su apoyo económico y emocional, por ser mi padre y mi amigo, por estar conmigo.

A MIS HERMANOS:

Herberth, Yaneth, Gonzalo, René y Sofía: Por ser mis hermanos, mis amigos, por darme su amor y cariño, por ser apoyos importantes en mi carrera, por estar ahí cuando los necesite.

A MIS HIJOS:

Geovanny y Alex: Por ser motivo, razón de mi inspiración para alcanzar mi meta, por darme su amor incondicional, por ser motivo de alegría en tiempos de tropiezo.

A Astrid del Carmen Rosales Loza:

Por estar conmigo, por ser parte de mi vida, por ser mi empuje en subida, por amarme, comprenderme y estar conmigo en las buenas y en las malas.

A MIS DEMAS FAMILIARES:

Mi tío: José Salvador Hernández, por confiar en mí, por su apoyo emocional, y a todos mis demás tíos, primos y demás familia por ser parte de mi vida.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

Por compartir conmigo, por darme su confianza.

Yovani Alexander García Hernández.

TABLA DE CONTENIDO

PÁG

LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE GRÁFICAS.....	xiii
LISTA DE ANEXOS	xv
RESUMEN.....	xvi
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Antecedente del problema.....	1
1.2 Enunciado del problema.....	4
1.3 Justificación del estudio.....	5
1.4 Objetivos de la investigación.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	8
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	28
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
5. RESULTADOS.....	36
6. DISCUSIÓN.....	86
7. CONCLUSIONES.....	88
8. RECOMENDACIONES.....	90
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92

LISTA DE TABLAS

PÁG

Tabla 1. Población en estudio.....	31
Tabla 2. Escala de medición del conocimiento.....	33
Tabla 3. Medición de prácticas adecuadas.....	34
Tabla 4. Distribución de la población según edad.....	36
Tabla 5. Estado familiar.....	37
Tabla 6. Grado de escolaridad.....	38
Tabla 7. Paridad de mujeres encuestadas.....	39
Tabla 8. Ocupación de las encuestadas.....	40
Tabla 9. Estado nutricional del niño.....	41
Tabla 10. Que es la lactancia materna exclusiva.....	43
Tabla 11. Beneficios de la lactancia materna.....	44
Tabla 12. Componentes de la leche materna.....	46
Tabla 13. Edad que se debe de dar lactancia materna.....	47
Tabla 14. Inicio de la lactancia materna.....	48
Tabla 15. Cada cuanto alimentar al bebe.....	50
Tabla 16. Si a su bebe le da sed que haría usted.....	51
Tabla 17. Que es el calostro.....	52
Tabla 18. La primera leche es apta para el consumo de su bebe.....	54
Tabla 19. Extracción de leche materna.....	55
Tabla 20. Técnica correcta para la extracción de leche materna.....	56
Tabla 21. Lactancia materna fuera de casa.....	57
Tabla 22. Utilización de sucedáneos de leche materna.....	59
Tabla 23. Tipos de leche más utilizados.....	60
Tabla 24. Sabor de la leche materna.....	61

Tabla 25. Ingredientes para mejorar el sabor.....	62
Tabla 26. Que hacer después de dar de mamar.....	63
Tabla 27. Técnica correcta para sacar los gases.....	65
Tabla 28. Posición correcta para dar de mamar.....	66
Tabla 29. Técnica correcta para dar de mamar.....	67
Tabla 30. Prácticas de aseo de las mamas.....	69
Tabla 31. Alimentos que hacen daño al niño si la madre los ingiere.....	70
Tabla 32. Plantas que aumentan la producción de leche.....	72
Tabla 33. Plantas que disminuyen la producción de leche.....	73
Tabla 34. Alimentos que aumentan la producción de leche.....	75
Tabla 35. Presencia de dientes neonatales.....	76
Tabla 36. Frecuencia de la escala de medición del conocimiento.....	78
Tabla 37. Contingencia de la escala del conocimiento.....	79
Tabla 38. Prueba del chi cuadrado de la escala del conocimiento.....	79
Tabla 39. Frecuencia de la escala de medición de las practicas.....	80
Tabla 40. Contingencia de la escala de las practicas.....	81
Tabla 41. Prueba del chi cuadrado de la escala de las practicas.....	82
Tabla 42. Frecuencia de la escala de medición de las prácticas.....	83
Tabla 43. Contingencia de la escala de la creencia.....	84
Tabla 44. Prueba del chi cuadrado de la escala del creencia.....	84

LISTA DE GRAFICAS

PÁG

Grafica 1. Distribución de la población según edad.....	37
Grafica 2. Estado familiar.....	38
Grafica 3. Grado de escolaridad.....	39
Grafica 4. Paridad de mujeres encuestadas.....	40
Grafica 5. Ocupación de las encuestadas.....	41
Grafica 6. Estado nutricional del niño.....	42
Grafica 7. Que es la lactancia materna exclusiva.....	43
Grafica 8. Beneficios de la lactancia materna.....	45
Grafica 9. Componentes de la leche materna.....	46
Grafica 10. Edad que se debe de dar lactancia materna.....	48
Grafica 11. Inicio de la lactancia materna.....	49
Grafica 12. Cada cuanto alimentar al bebe.....	51
Grafica 13. Si a su bebe le da sed que haría usted.....	52
Grafica 14. Que es el calostro.....	53
Gráfica 15. La primera leche es apta para el consumo de su bebe.....	54
Grafica 16. Extracción de leche materna.....	55
Grafica 17. Técnica correcta para la extracción de leche materna.....	57
Grafica 18. Lactancia materna fuera de casa.....	58
Grafica 19. Utilización de sucedáneos de leche materna.....	59
Grafica 20. Tipos de leche más utilizados.....	61
Grafica 21. Sabor de la leche materna.....	62

Grafica 22. Ingredientes para mejorar el sabor.....	63
Grafica 23. Que hacer después de dar de mamar.....	64
Grafica 24. Técnica correcta para sacar los gases.....	66
Grafica 25. Posición correcta para dar de mamar.....	67
Grafica 26. Técnica correcta para dar de mamar.....	68
Grafica 27. Prácticas de aseo de las mamas.....	70
Grafica 28. Alimentos que hacen daño al niño si la madre los ingiere.....	71
Grafica 29. Plantas que aumentan la producción de leche.....	73
Grafica 30. Plantas que disminuyen la producción de leche.....	74
Grafica 31. Alimentos que aumentan la producción de leche.....	76
Grafica 32. Presencia de dientes neonatales.....	77

LISTA DE ANEXOS

PÁG

Anexo 1. Cronograma de actividades.....	96
Anexo 2. Presupuesto y financiamiento.	97
Anexo 3. Certificado de consentimiento.....	98
Anexo 4. Modelo de la guía de entrevista.....	99
Anexo 5. Modelo de la guía de observación.....	107
Anexo 6. Glosario.....	108

RESUMEN.

La lactancia materna es un deber de las madres y un derecho prioritario de la supervivencia de los niños. **OBJETIVO:** Determinar el conocimiento, prácticas y creencias de la lactancia materna en las madres de niños de 0 a 6 meses de edad que consultan en las UCSF en estudio, en el período de julio a septiembre 2013; **METODOLOGIA:** El estudio es prospectivo, de corte transversal y descriptivo, se tomó una muestra de 88 madres en edad reproductivas que asisten con sus hijos menores de 6 meses de edad a control infantil, se aplicaron criterios de inclusión y de exclusión, la unidad de información fue la madre, el instrumento a utilizar fue una cédula de entrevista de 32 ítems con respuesta de múltiples opciones, más 2 preguntas de respuesta abierta; Se estableció una escala de medida del conocimiento prácticas y creencias tomando como adecuado un porcentaje mayor al 75% moderadamente adecuado del 50 al 75% inadecuado menor del 50%.Se utilizó el programa SPSS versión 19.0 para la tabulación, el análisis y la interpretación de resultados. **RESULTADOS:** La mayoría de mujeres entrevistadas se encuentran dentro de las edades fértiles (55.6%) primigesta (52%), un nivel de escolaridad de primaria (52.3%). El 85% conocía más de algún beneficio de la lactancia materna y el tiempo de duración (75%) así como cuando debe de iniciarse (61.4%) y la periodicidad con la que debe de ser amamantado su bebe (59%) al igual que los componentes, el 81% están de acuerdo que la primera leche es apta para el consumo de su bebe. Las prácticas más comúnmente encontradas tenemos: amamantar a sus bebes en posición sentada (67%) y así como la extracción de leche materna de forma manual (25%) de estas solo el 27.3% lo realizaba con la técnica correcta, también se encontró deficiencia en el aseo de los senos antes y después de dar de mamar (27%), como la utilización de una técnica adecuada a la hora de amamantar a su bebe (44%), 82% practican sacarle los gases, por lo que se pudo concluir que son adecuadas (70%). Las creencias se puede concluir que son adecuadas (80.7%) Creencias tan arraigadas como es la ingesta de atoles (33%), chocolates (50%) para mejorar la producción de leche, así como el consumo de ciertas plantas como es la mora (56.8%) y el orégano (27%) y la restricción de alimentos como el repollo (83%) y la coliflor (54%).Al final de la investigación se puede concluir que la hipótesis planteada es aceptada ya que se demostró que los conocimientos, prácticas y creencias sobre lactancia materna en las madres de niños menores de 6 meses de edad son adecuados.

PALABRAS CLAVES: Lactancia materna, conocimientos, prácticas, creencias.

1. INTRODUCCION.

1. 1. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL FENOMENO DE ESTUDIO:

A principios del Siglo XX a nivel mundial se percibió una mayor declinación de la práctica de la Lactancia Materna, originada por la Revolución Industrial. Esta progresiva industrialización hizo que la mujer comenzara a formar parte de la fuerza laboral, transformándose con ello su rol popular de madre y ama de casa, por lo tanto se da la práctica del desprendimiento de dar pecho al recién nacido y de este modo, se origina el uso masivo del biberón y de leches industrializadas como alternativa para la alimentación de los niños/as.

En El Salvador a mediados de los años 50 con el surgimiento de la modernización, es que se fuerza a cambiar culturas y actitudes, por lo que la mujer salvadoreña se incorporó masivamente al trabajo, consecuentemente se da el gradual retiro del pecho materno, en la medida en que las exigencias de trabajo y estudio obligan a la madre a tener que salir de la casa y dejar a su bebé al cuidado de otras personas con la utilización de sustitutos para su alimentación, es decir, fórmulas lácteas.

Durante los años setenta el Ministerio de Salud incorporó la promoción de la lactancia materna como parte de la educación en salud a la mujer embarazada y en periodo de lactancia, así como en las recomendaciones de la alimentación Infantil.

Por otra parte en nuestro país antes era escaso el entrenamiento del profesional de salud, para entender y remediar las dificultades clínicas de lactancia y más aún, para impulsar una adecuada práctica de ella. En respuesta a la tendencia descendiente de la práctica de Lactancia Materna, fue hasta en diciembre del año de 1979 cuando surgió la iniciativa nacional de formar el Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA).

El propósito de CALMA radicaba en incidir en los programas nacionales para que la misma, fuera promovida por los establecimientos de salud, debido a la tendencia de la declinante de su práctica en nuestro país.

Entre sus primeras acciones se realizó una investigación basada en la Situación de la Lactancia Materna en El Salvador, cuyos resultados fueron retomados para el desarrollo de diferentes iniciativas de sensibilización y concientización a nivel nacional.

En lo que se refiere a la alimentación del lactante y del niño pequeño, en 1981, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial para la Salud (OMS) recomendaron la elaboración del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CIC), debido a que se observó un descenso continuo en la práctica de la Lactancia Materna, por la influencia que las compañías productoras de sucedáneos de la leche materna ejercían sobre las madres y los profesionales de salud.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (M.I.N.S.A.L.) impulsó en los últimos años de los 80's, la implementación de los Bancos de Leche a nivel de algunas maternidades de Hospitales de la Red Pública de servicios de salud.

La Organización Mundial para la Salud y la UNICEF publicaron, en 1989, la Declaración conjunta de Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, en la que se recomendaba acciones concretas que debían ser retomadas por maternidades y hospitales para estimular y apoyar la Lactancia Materna.

En respuesta a esta iniciativa en El Salvador se implementan estrategias a nivel nacional. Por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se oficializó la Declaración de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. En este sentido se capacitó a todo el personal técnico para el desarrollo de la Iniciativa de Hospital Amigo de los Niños, la cual tenía por meta disminuir en los hospitales el uso de los sustitutos de la leche materna y promocionar la práctica de la lactancia natural desde el nacimiento del niño y la niña.

Con la iniciativa antes descrita, se logró la acreditación de 23 Maternidades de hospitales del sector gubernamental, los cuales son: Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonate, Chalchuapa, San Bartolo, San Rafael, San Vicente, Usulután, Jiquilisco, Santiago de María, Chalatenango, Ilobasco, Sensuntepeque, San Miguel, Morazán, Santa Rosa de Lima, La Unión, Nueva Guadalupe, Ciudad Barrios, Cojutepeque, Suchitoto y La Paz.

En 1990 con el propósito de impulsar acciones para la promoción y protección y apoyo a la lactancia materna en el país, se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna, con la participación de instituciones de salud, universidades, Asociaciones de profesionales, sociedad civil y agencias internacionales, entre otros.

A partir de 1992 el Ministerio de Salud inicia la implementación la iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños (IHAN); En ese mismo año se celebra la semana nacional de la lactancia materna con el nombre de la iniciativa como lema.

En 1993 a través de un esfuerzo intersectorial se oficializa la Declaración “Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna” y se elaboran las Normas de Lactancia Materna a nivel nacional. En 1999 se realiza la primera evaluación para determinar el grado de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM); En 2002 y en 2010, la segunda y tercera respectivamente; Los resultados de las tres evaluaciones indican que en El Salvador existen violaciones al cumplimiento del Código.

A partir del año 2000, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de la Gerencia de Atención Integral en Salud a la Niñez, se impulsó y apoyó una serie de estrategias para promover la práctica de la Lactancia Materna, entre las cuales se encuentran: el Paquete Madre Bebé, los ámbitos clínico y comunitario, la Atención Integral en Nutrición Comunitaria y a través de la asistencia técnica de BASICS II se implementó el “Monitoreo de Apoyo Directo a la Lactancia Materna” (MADLAC) en 27 maternidades públicas en el ámbito nacional, mejorando la cobertura y calidad de la consejería en lactancia materna.

En el año 2006 se da inicio a la certificación de las Unidades de Salud como “Amigas de la Niñez y las Madres” –USANYM-, con lo cual se fortalece la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud. Actividad que continúa en proceso a la fecha.

En 2009, el Ministerio de Salud implementa la Política Nacional de Salud 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.

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

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

En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Cerro El Nanzal Santa Elena, Usulután se encuentran a su responsabilidad 958 familias con una fuente de ingresos basada en la agricultura familiar

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO

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

¿Son adecuados los conocimientos, prácticas y creencias sobre lactancia materna en madres de niños de 0 a 6 meses de edad que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar Las Charcas , San Buenaventura ;Usulután, San Pedro ,Chirilagua ; San miguel y Cerro El Nanzal , Santa Elena; Usulután, periodo de Julio a Septiembre de 2013?

1.3. JUSTIFICACION DEL OBJETO DE ESTUDIO.

La importancia de la lactancia materna como factor determinante de la salud infantil y materna, hace que la protección, promoción y apoyo a la misma sea una prioridad de salud pública y un objetivo de primer orden.

Por lo que nuestra investigación se basara en los conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna así como las diferentes creencias que se tienen sobre dicho tema.

Es de mencionar que como profesionales de la salud se está obligado a conocer las actitudes que la población presenta ante la práctica de la lactancia materna.

Las creencias populares en relación al tema son varios, por lo que cada madre tiene sus propias consideraciones generándose una gran variedad de actitudes y prácticas, algunas de ellas son beneficiosas para el niño y otras lo perjudican, muchas veces quienes son madres en período de lactancia, modifican sus dietas porque escuchan consejos populares de amigas y familiares para garantizar una mejor lactancia.

Estas recomendaciones usualmente van dirigidas a la producción de leche en mayor cantidad y calidad.

La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia natural adaptativa de los mamíferos de cada especie. En estudios realizados, también se hace referencia desde el punto de vista psicológicos ya que las posibilidades de afectos se fortalece mientras que él bebe succiona el pecho de la figura materna. Sin embargo nos alarma cuando este hecho tan importante y eficaz es abandonado por el ser humano.

Por esta razón indagaremos el conocimiento, creencias y prácticas en las madres de niños de 0 a 6 meses que consultan en las comunidades del Cerro El Nanzal, Santa Elena, Usulután; Cantón San Pedro, Chirilagua, San Miguel y Cantón Las Charcas, San Buena Ventura, Usulután, mediante entrevistas dirigidas a la población en estudio.

Es por tal motivo que un grupo de estudiantes de medicina ha decidido hablar de este tema con el objetivo de beneficiar a las personas de nuestras clínicas con el conocimiento científico que se derive de este estudio para que ellos puedan lograr una mejor calidad de vida y que hayan una menor consulta por morbilidad en los establecimientos de salud, al igual que mejorar el estado nutricional de los niños.

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, practica en estas madres, lo cual servirá de reflexión y contribuirá a reorientar la practica preventivo-promocional para incrementar el nivel de conocimiento y desarrollo del niño, teniendo como eje mejorar la calidad de vida.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el conocimiento, prácticas y creencias sobre lactancia materna en madres de niños de 0 a 6 meses de edad que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar Las Charcas , San Buenaventura; Usulután , San Pedro, Chirilagua ; San miguel y Cerro El Nanzal , Santa Elena; Usulután, periodo de Julio a Septiembre de 2013.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.4.2.1. Identificar el conocimiento que tienen las madres de los niños de 0 a 6 meses de edad sobre la lactancia materna.

1.4.2.2. Establecer las creencias sobre la lactancia materna que tienen las madres de los niños de 0 a 6 meses.

1.4.2.3. Describir las prácticas más comunes asociadas con la lactancia materna en niños de 0 a 6 meses.

2. MARCO TEORICO.

2.1 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LAS MAMAS

2.1.1 ANATOMIA DE LA MAMA.

Presentes en ambos sexos, en el varón se mantienen rudimentarias. En la mujer pasan por diferentes estadios de desarrollo según la edad. Hasta antes de la pubertad están poco desarrolladas; a partir de aquí muestran un considerable desarrollo, alcanzando estructura compleja. El máximo desarrollo llega con el embarazo y especialmente con la lactancia.

Localizadas en la parte anterior del tórax, pueden extenderse por su cara lateral. Sus formas varían según las características personales, raciales, edad y paridad. Hemisféricas o cónicas, prominentes o aplanadas. La mayor parte de ellas está ocupada por tejido adiposo, del que dependen su forma y consistencia. Aumentan de volumen en el embarazo y lactancia por crecimiento tejido glandular, cuya base se extiende desde la 2ª a la 6ª y desde el borde externo de esternón hasta la línea axilar media y su parte superoexterna llega hasta la axila ("prolongación axilar"). La cara profunda de las mamas es cóncava, en relación con el pectoral mayor, el serrato anterior y la parte superior del oblicuo externo del abdomen, separada de ellos por la aponeurosis profunda. Entre cada mama y su aponeurosis se encuentra un tejido areolar laxo ("espacio retromamario o submamario") que le permite cierta movilidad de la mama sobre la aponeurosis. La cara superficial está cubierta por la piel y, casi en su centro, el pezón, a la altura del 4º espacio intercostal en la nulípara, con su base rodeada por la areola, de color rosado o café claro, que contiene glándulas sebáceas entre las que sobresalen algunas levantando la piel ("glándulas o corpúsculos de Montgomery") y tienen estructura histológica similar a la a la mama y hasta pueden ser funcionantes durante la lactancia. En el pezón desembocan 15 a 20 conductos galactóforos. El pezón contiene fibras musculares lisas, la mayoría circulares, que se contraen al estimularlas mecánicamente, originando su erección. Pueden localizarse mamas o pezones

supernumerarios a lo largo de una línea que va desde la axila a la región púbica ("línea de la leche"). –

2.1.2 Estructura de la mama

Está compuesta por tres tipos de tejidos:

- a)- Tejido glandular, de tipo nódulo-alveolar que produce leche.
- b)- Tejido conectivo, que conecta los lóbulos.
- c)- Tejido adiposo que ocupa los tejidos alveolares.

El tejido celular subcutáneo rodea a la glándula sin cápsula definida que los separe y envía hacia el interior tabiques de tejido conectivo ("ligamentos suspensorios o de Cooper").- Cada glándula es de color rosado claro y de consistencia firme. Consta de 15 a 20 lóbulos compuestos de lobulillos unidos entre sí por tejido conectivo, vasos y conductos epiteliales. Cada lobulillo está compuesto por pequeños conductos inter lobulillares que terminan en saco ciego ("alvéolo") y confluyen a un conducto colector, el que a su vez se reúne con otros similares para formar los conductos interlobulares, que confluyen hacia un conducto único que drena el lóbulo ("conducto galactóforo").

Los 15 a 20 conductos galactóforos se dirigen al pezón, disminuyendo su diámetro en su trayecto rectilíneo por el mismo, formando dilataciones por debajo de la areola, reservorios de la secreción láctea y desembocan separadamente en el extremo del pezón.

Esta estructura glandular varía con la edad y está influenciada por el embarazo y la lactancia. Antes de la pubertad está compuesta por conductos galactóforos sin alvéolos. Luego, por influencia estrogénica, se desarrollan los conductos y en sus extremos aparecen masas (alvéolos en potencia). En reposo, el epitelio glandular está separado del estroma vascularizado por una capa de fibroblastos a vascular, que posiblemente regule el paso de sustancias. Los alvéolos secretores sólo aparecen en el embarazo, durante el cual aumenta

la cantidad de tejido adiposo y la irrigación mamaria. Al final del embarazo se produce la secreción calostrada y luego del parto la de leche, que distiende los alvéolos.-

La leche pasa de los alvéolos a los conductos por contracción de las células mioepiteliales que los envuelve, siendo la succión el estímulo de los nervios del pezón y de la areola, produciendo oxitocina hipofisaria que estimula la contracción de las células del músculo liso de los conductos. Sin succión, la secreción de leche cesa rápidamente. Los estrógenos estimulan el desarrollo de los conductos y la progesterona el de los alvéolos. Los alvéolos secretores verdaderos se forman por acción sinérgica de estrógenos, progesterona y hormonas hipofisarias. Luego de la lactancia, el tejido glandular entra en reposo, los restos de secreción láctea se reabsorben y los alvéolos se retraen.

2.1.2.1 Irrigación de la mama

Las arterias provienen de las axilares (cuadrantes superoexternos), mamaria interna (cuadrantes internos) e intercostales, con extensa red anastomótica en toda la mama.- Las venas confluyen a la vena axila y a la mamaria interna, formando extensa red venosa y plexo alrededor de areola y pezón ("círculo venoso"), con aumento de la circulación venosa superficial durante embarazo y lactancia.-

Los linfáticos forman un plexo alrededor de los conductos y en el tejido conectivo, que se conecta con un plexo cutáneo denso especialmente alrededor del pezón ("plexo subareolar"); el plexo intersticial se anastomosa con el submamario. El 75% de los linfáticos desemboca en el grupo pectoral de ganglios axilares y algunos en el grupo subescapular; un 20% llega a los ganglios paraesternales junto a las ramas perforantes de las arterias intercostales; el 5% restante llega a los ganglios intercostales posteriores, cerca del cuello de la costilla.-

2.1.2.2 Inervación de la mama

Procede de las ramas cutáneas anterior y lateral de los nervios torácicos 4º, 5º y 6º que conducen fibras simpáticas a la mama, especialmente numerosas en pezón y areola, donde

existen estructuras sensoriales ("corpúsculos de Meissner y de Merkel") y terminaciones nerviosas libres que se extienden a vasos sanguíneos, conductos mamarios, células mioepiteliales y epitelio secretor.

Las fibras simpáticas constituyen la vía aferente final de los mecanismos que controlan la secreción y descarga de la leche y un reflejo neurohormonal es responsable de la eyección láctea, cuya vía aferente se inicia en el estímulo del pezón y la areola y su vía eferente es la descarga de oxitocina por la neurohipófisis, conectada a los núcleos paraventriculares hipotálamos.

2.1.3 FISILOGIA DE LA MAMA

Incluye mamogénesis y secreción de leche.

2.1.3.1 Mamogénesis (crecimiento mamario)

Crecimiento prepuberal: en período neonatal hay aumento del volumen glandular mamario en ambos sexos y discreta secreción, debido a los esteroides placentarios. La secreción de leche responde a la prolactina (PRL) liberada al suprimirse la placenta. En período prepuberal sólo hay conductos y no alvéolos.

Crecimiento en pubertad y adolescencia: entre los 10 y 12 años se inicia el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-ovario con producción de 17-b-estradiol en folículos ováricos que, junto a la somatotrofina hipofisaria y la insulina, inician el crecimiento y maduración prepuberal de la glándula mamaria ("telarquía"), con diferenciación y yemación del sistema de conductos y aumento de tejido conectivo y adiposo. La estimulación progesterónica comienza con los ciclos ovulatorios, con nuevo aumento del volumen mamario.

Los estrógenos, los glucocorticoides y la somatotrofina hipofisaria estimulan el crecimiento de los conductos, sumándose la PRL y la progesterona para el crecimiento de los acinos.

Los estrógenos y la progesterona son responsables del tamaño, forma, consistencia, pigmentación y estructura lobulillo-alveolar en la adolescencia, pudiendo participar también: La insulina, la somatotrofina, el cortisol, la TSH y la paratohormona.

El tejido adiposo puede contribuir al desarrollo mamario al ser un importante depósito de estrógenos y contener receptores para ellos.

El acelerado crecimiento mamario de esta etapa del desarrollo, que supera al crecimiento isométrico de la superficie corporal, se denomina "crecimiento alométrico" y refleja la acción hormonal que lo rige. Este crecimiento no se produce luego de la ovariectomía prepuberal y regresa si ésta se realiza luego de iniciado aquél.

Modificaciones gestacionales: El mecanismo endocrino que regula la secreción de leche humana no está totalmente aclarado. Se considera que las modificaciones ocurren por la interacción de: estrógenos, progesterona, lactógeno placentario, gonadotrofinas, corticoides adrenales y placentarios, tiroxina, paratohormona, PRL y quizás somatotrofina hipofisaria.

El crecimiento mamario gestacional se caracteriza por proliferación de elementos epiteliales, del sistema de conductos y acinos, alto grado de actividad mitótica y formación de nuevos alvéolos.

Entre 5ª y 8ª semanas se evidencia franco aumento de volumen mamario, dilatación venosa superficial, hiperpigmentación areolar y del pezón. El flujo sanguíneo aumenta al final del primer trimestre por dilatación vascular y neoformación capilar perilobulillar. Luego de las 20 semanas la proliferación epitelial alveolar cesa, comenzando la actividad secretora, incrementada hasta el final del embarazo. Existen microvellosidades secretoras en el polo libre del epitelio alveolar. Se forma una red mioepitelial alrededor del acino. Al final del embarazo los alvéolos contienen una sustancia compuesta por leucocitos y células epiteliales descamadas pero no lípidos ni proteínas aunque en el interior de las células alveolares existen gotas de lípidos al término.

El continuo crecimiento mamario en la 2ª mitad de la gestación se debe a la dilatación alveolar por acúmulo de calostro y mayor vascularización. Al final el estroma disminuye, persistiendo tabiques conectivos separando los lóbulos glandulares bien desarrollados y con calostro.

Modificaciones puerperales: en las 72 horas siguientes al parto las mamas se ingurgitan, se ponen tensas, aumentan de volumen, se vuelven más sensibles, aumenta la pigmentación areolar y del pezón y secretan calostro primero y luego leche. El epitelio alveolar aumenta de altura, las células aumentan de tamaño y el número de sus microvellosidades apicales, desarrollan aparato de Golgi, se cierran los espacios intercelulares y aumentan en cantidad alvéolos y conductillos. Al acumularse la secreción alveolar el epitelio se aplana y si no hay evacuación aparecen fenómenos necróticos.

No todos los alvéolos de un lobulillo muestran secreción máxima, como expresión de un tipo asincrónico de secreción lobulillar, como garantía de producción ininterrumpida de leche. Con la lactancia aumenta al máximo el flujo sanguíneo mamario. Todos estos cambios son la expresión de los cambios endocrinos destinados a la síntesis, al almacenamiento y la liberación de los constituyentes de la leche.

2.2 FUNCION DE LA MAMA.

Las mamas cumplen un papel fisiológico y cultural en la función sexual femenina y masculina humana. Como zona erógena, es importante su participación en las relaciones sexuales. Existen numerosas prácticas sexuales centradas en las mamas. En las sociedades occidentales tecnológicamente desarrolladas muchos varones se sienten atraídos, sobre todo, por los senos de gran tamaño. Otros, sin embargo, los prefieren de un tamaño menor aunque turgentes y firmes. En realidad, el tamaño y la forma, así como la consistencia, no predicen en absoluto la capacidad de la mama para producir eficazmente leche. De hecho, gran parte de la mama es tejido adiposo, que, en parte, tiene funciones estructurales y de sostén y que contribuye a proporcionar atractivo sexual a la mujer, pero en absoluto a la lactancia.

2.2.1 La función sexual femenina de la mama:

Después del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, no tiende a disminuir o diferir, en especial en mujeres sometidas a cirugías de reconstrucción estética (mamoplastia). Sin embargo, en las mujeres que hayan tenido una mastectomía total se ha notado una disminución en el interés sexual. La quimioterapia tiende a cursar con problemas en la función sexual de la mujer tratada.

2.2.2 Lactancia.

La producción de leche en las mamas comienza desde antes del parto, sin embargo, la salida de líquido no se suele producir hasta ese momento, debido a la disminución en las concentraciones de progesterona y la producción de prolactina y oxitocina. A partir de ese momento (en algunas mujeres desde antes) la mama segrega calostro, un líquido espeso con suaves propiedades laxantes (tiene un contenido elevado de cloro, sodio, potasio y proteínas) que facilita la evacuación del meconio del intestino del recién nacido. El calostro es segregado durante tres días, una leche intermedia durante los quince siguientes para dar paso a la leche madura posteriormente.

La leche materna contiene más de 300 componentes, entre los que incluye proporciones elevadas de agua (hasta un 85%). Aunque podría parecer que esta circunstancia limita el aporte de nutrientes al neonato es importante considerar que una osmolaridad elevada no es fácil de equilibrar por parte del riñón del lactante que, en sus primeros meses, debe extraer el agua que necesite de la leche y sin aportes adicionales. La composición de la leche materna varía de acuerdo a la edad del neonato, el clima y las necesidades específicas del neonato.

En la leche se encuentran numerosos nutrientes, así como proteínas, aminoácidos, vitaminas, y minerales esenciales además de encontrarse una potente de inmunoglobulinas tipo IgA que actúan como anticuerpos proporcionando al neonato una importante protección ante potenciales infecciones. Las fórmulas lácteas elaboradas a partir de leche bovina, carecen de este componente, y aunque recientemente algunos laboratorios tal es el

caso de Bayer, indican que la gammaglobulina (o inmunoglobulina) IgA se conserva en microfragmentos dentro de la fórmula, está fútilmente no es provechosa para el ser humano debido a su estructura molecular ligada a ciertos eslabones de aminoácidos que el organismo humano no puede reconocer y que incluso en ciertos individuos se puede rechazar. Esta es una de las razones por las que se recomienda la lactancia materna durante, al menos, el primer año de vida. Incluso la Organización Mundial de la Salud sugiere amamantar seis meses con lactancia exclusiva (solo leche materna, sin agua, tés o fórmulas lácteas bovinas o caprinas) y continuar lactando por lo menos hasta los dos años complementando con sólidos la alimentación del neonato.

La Psiquiatría estudia el modo en que la lactancia materna refuerza de manera particular el vínculo emocional en la relación madre-hijo de una forma tan sólida como primaria, lo que proporciona una satisfacción particular a ambos, desarrollando en el neonato la semblanza de afecto humano. De hecho, algunas madres prolongan la lactancia de su hijo durante dos años o más, aún a pesar de que el niño toma ya una alimentación muy variada y completa. En teoría, la prolongación de la lactancia tiene además otra consecuencia: durante la misma los niveles de prolactina en sangre se mantienen elevados, lo que impide que se produzca una secreción adecuada de hormona foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH) con lo que se inhibe la ovulación. Este retraso al retorno de la fertilidad ha dado lugar a un método de anticoncepción llamado MELA, que podría servir durante los primeros seis meses de vida del bebé. Sin embargo, la lactancia como tal no es eficaz como método anticonceptivo.

Se puede inducir la lactancia en una mujer que no haya estado embarazada. No se han reportado diferencias nutricionales entre la leche materna inducida o aquella que resulta de un embarazo

2.3 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

2.3.1 Definiciones

La OMS define como lactancia materna exclusiva (LME)

La alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua. En el 2002 durante la 55ª Asamblea Mundial de Salud conocida como «Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño» realizada en Ginebra, se recomendó que la LME deba realizarse durante los primeros seis meses de vida, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los 2 años como mínimo.

Lactancia materna predominante es la alimentación con leche materna o de otra mujer, más líquidos, infusiones y vitaminas.

Lactancia materna complementaria es la alimentación con leche materna, incluidos sólidos o semisólidos y leche no humana.

2.3.2 COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA Y VARIACIONES NORMALES.

La lactancia en el humano tiene diferentes etapas y cada una varía en relación a volumen, duración y composición.

2.3.3 ETAPAS DE LA LECHE HUMANA.

Calostro:

Se caracteriza por su color amarillento dado por la presencia de beta-carotenos. Tiene una densidad alta (1040-1060) que lo hace espeso. Aumenta su volumen en forma progresiva hasta 100 ml al día en el transcurso de los primeros tres días y está en relación directa con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión. Esta cantidad es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. El calostro tiene el 87% de agua; 2.9g/100 ml. De grasa; 5.5g/100ml de lactosa y 2.3g/ 100 ml. De proteínas proporcionando 58 Kcal/100 ml.

Destaca en el calostro la concentración de IgA y lactoferrina que, junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren la condición protectora para el recién nacido. La concentración de sodio es de 48mg/ 100 ml, al día. Y su pH de 7.45 favorece el vaciamiento gástrico.

Leche de transición:

Se produce entre el cuarto y el décimo día postparto. En relación al calostro, esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles y disminuye en proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Su volumen es de 400 a 600 ml/día.

Leche madura:

Se produce a partir del décimo día con un volumen promedio diario de 700 a 800 ml. Sus principales componentes son:

Agua:

Representa aproximadamente el 88 a 90% y está en relación directa con el estado de hidratación. Si la mujer lactante disminuye su ingesta, el organismo conserva líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción.

Carbohidratos:

7.3 gramos/100 ml del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, con un valor osmótico fundamental para mantener la densidad de la leche a través del agua. Además existen más de 50 oligosacáridos que constituyen el 1.2% de la leche entre los que se encuentran: glucosa, galactosa y otros. Todos estos carbohidratos y glucoproteínas poseen un efecto benéfico para el desarrollo del lactobacilos búfidos.

Lípidos: Varía de 3 a 4 gramos/100 ml de los constituyentes de la leche. Es el componente con mayores variaciones de su concentración durante la lactancia. Las variaciones se presentan al inicio y al final de la tetada, en la mañana y en la noche. Proporciona el 30 a 55% de kilocalorías. El mayor componente son los triglicéridos pero también contiene fosfolípidos y colesterol. Recientes estudios han demostrado la presencia de dos ácidos grasos poliinsaturados, el ácido linoléico y el decosahexanóico (10), con un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central

Proteínas: 1 g/100 ml., constituyen el 0.9% de la leche, el mayor porcentaje corresponde a caseína (40%) y el 60% restante a proteínas del suero: lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina que contribuye a la absorción de hierro en el intestino del niño y lo fija, evitando que sea usado por las bacterias. Además como parte del Nitrógeno no proteico se encuentran aminoácidos libres, entre ellos la taurina potente neurotransmisor, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es de destacar la presencia de inmunoglobulinas. IgA, IgG, IgM. La principal es la IgA secretora cuya función consiste en proteger las mucosas del recién nacido y es producida por el denominado ciclo enteromamario; encontrándose en muy altas concentraciones en el calostro.

Vitaminas: La leche humana contiene todas las vitaminas. Existen variaciones en las vitaminas hidrosolubles y dependen de la dieta de la madre.

Minerales y elementos traza: Las cantidades que se encuentran son suficientes para las necesidades del lactante, no influyendo la dieta de la madre en las concentraciones del hierro y calcio.

Hierro: La leche humana contiene cantidades pequeñas, en relación al hierro contenido en la leche de vaca, pero la absorción de éste es mayor, evitando el desarrollo de anemia en los lactantes (absorción de 48% a partir de la leche humana, 10% en la leche de vaca y sólo el 4% en las fórmulas comerciales).

Zinc: El Zinc presente en la leche materna tiene un índice de absorción mayor (45%), que el de las fórmulas (31%) y de la leche de vaca (28%). Siendo éste un factor importante, pues es conocido que los lactantes pueden desarrollar manifestaciones de deficiencia de zinc.

Selenio: Tiene concentraciones en la leche materna mayores que las que se aprecian en la leche de vaca.

Flúor: Se asocia con una disminución de los procesos de caries dental. Los niveles de flúor en la leche humana son menores (0.025 mg/l) que los encontrados en la leche de vaca (0.3 a 0.1 mg/l). Sin embargo, su absorción es mayor con la leche humana. La administración

de flúor oral a la madre no logra incrementar estos niveles. En estudios comparativos, el niño alimentado al seno tiene menos caries y una mejor salud dental.

Calcio/fósforo: La relación calcio/fósforo es de 2 a 1 en la leche humana, lo que favorece la absorción del primero (30 y 15 mg/100 ml de calcio y fósforo respectivamente).

Leche de prematuro:

Las madres de prematuros producen durante los primeros meses leche con un contenido mayor de sodio, proteínas, grasas, calorías y una concentración menor de lactosa.

La lactoferrina y la IgA son más abundantes en ella.

La leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio, fósforo y

Ocasionalmente de proteína en recién nacidos de menos de 1.5 kg, por lo que estos nutrientes deben ser suplementados a través de una mezcla para prematuros que combine leche humana y fórmula para favorecer las condiciones de digestibilidad e inmunológicas de la leche humana.

2.3.4 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

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

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

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

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

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

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

2.3.5 Ventajas y desventajas de la lactancia artificial

Muchas mujeres abandonan la lactancia materna con las primeras molestias, otras mujeres no pueden hacerlo o prefieren por elección personal optar por la lactancia artificial.

Las ventajas de la leche artificial frente a la leche materna es que el bebé puede ser alimentado indistintamente por la madre o por el padre, implicando así al papá desde el principio en el cuidado del recién nacido. Al digerirse más despacio, se pueden realizar menos tomas y, si la mamá ha tenido que salir, cualquier persona que esté a cargo del bebé puede alimentarle. Las leches artificiales están fabricadas en condiciones óptimas de esterilidad y tienen todos los nutrientes que el bebé necesita, además hay un variado número de composiciones en el mercado válido para niños con problemas nutricionales especiales.

La principal desventaja de la lactancia artificial frente a la lactancia materna es que no tiene propiedades inmunológicas. Su digestión es más pesada y los bebés suelen sufrir más cólicos de gases o estreñimiento. Hay que desembolsar dinero por todos los elementos necesarios: biberones, esterilizadores o la propia leche. Hay que invertir tiempo en prepararla, probar su temperatura, preparar todos los objetos si hay que salir de casa y cargar con ellos.

2.3.6 DIFERENCIAS ENTRE LECHE HUMANA Y LECHE DE VACA.

No sólo encontramos diferencias entre leche humana y leche de vaca en sus componentes nutricionales sino también en relación a digestibilidad, osmolaridad, inmunología, vaciamiento gástrico, etc.

Digestibilidad:

La leche humana es más digerible que la de la vaca. La caseína en la leche de vaca modificada (fórmula) es muy abundante, formando en el intestino del niño (a) un coágulo de difícil digestión. En cambio, la caseína de la leche humana tiene la propiedad de formar micelas pequeñas y blandas, fáciles de digerir.

Osmolaridad:

La osmolaridad de la leche de vaca (350mOsm) es significativamente mayor que la de la leche humana (286) generando en el niño una mayor carga renal de solutos. La osmolaridad de la leche materna no cambia a través de la lactancia, a pesar de que sí existen cambios en la concentración de diversos constituyentes de la leche, siendo entre 287 y 293 mOsm

Inmunología:

La leche materna transfiere inmunoglobulinas (IgA secretora) y otros anticuerpos específicos que confieren protección al niño (a). La leche de vaca contiene betalactoglobulina, la cual se ha relacionado con mayor incidencia de problemas alérgicos en la infancia, ya que el humano reacciona a la exposición a proteínas de origen animal.

Vaciamiento gástrico:

El vaciamiento gástrico de la leche materna se realiza en 90 minutos, relacionado a la menor concentración de caseína, en cambio el vaciamiento gástrico del niño (a) alimentado con leche de vaca se duplica ya que la duración es de 3 horas.

Componentes nutricionales:

La leche humana tiene más carbohidratos, grasas y una menor cantidad de proteínas en relación a la leche de vaca.

2.4 PLANTAS INDUCTORES DE LECHE MATERNA

Dentro de estas hierbas se pueden mencionar:

- Cardo mariano (*Silybum marianum*) .
- Fenogreco o alhova (*Trigonella foenum-graecum*): Sus semillas son ricas en fitoestrógenos, sustancias que aumentan naturalmente la producción de leche.
- Hinojo (*Foeniculum vulgare* Miller): Estimula la producción de leche.
- Sauzgatillo (*Vitex agnus-castus*): Aumenta la producción de prolactina (hormona que regula la producción de leche).
- Anís (*Pimpinella anisum*): Esta planta ejerce una doble acción, por un lado aumenta la cantidad de leche de la madre y por otra reduce los episodios de cólicos en los bebés (recordar que todo lo que la mamá consuma, pasa a través de la leche).

Estas son algunas plantas que te pueden ayudar a producir más leche, sólo necesitas consumirlas en té.

2.4.1 Hiervas que pueden disminuir la producción de leche en la madre lactante

El uso de las siguientes hierbas y otros remedios naturales debe evitarse durante la lactancia que se sabe que estas disminuyen la producción:

- Black Walnut (*Juglans Regia*)
- Chickweed (*Stellaria media*)
- Herb Robert (*Geranium robertianum*)
- Lemon Balm (*Melissa officinalis*)
- Orégano (*Origanum vulgare*)
- Perejil (*Petroselinum crispum*)
- Menta (*mentha piperita*)

- Hierba Buena (*Mentha spicata* Crantz)
- Periwinkle Herb (*Vinca minor*)
- Salvia (*Salvia officinalis*)
- Sorrel (*Rumex acetosa*)
- Thyme (*Thymus vulgaris*)
- Yarrow. *Achillea millefolium*

En el análisis de las creencias con respecto a la alimentación indicada durante la dieta, se observaron los siguientes elementos: la aplicación del concepto frío y calor, se relaciona con la armonía que deben guardar las personas con la naturaleza y la clasificación de los alimentos, según sus características como irritantes, ácidos y pesados y los efectos nocivos en esta etapa reproductiva.

Los alimentos clasificados como fríos son: las sopas de pasta y de callo, producen daño de estómago al bebé; el banano causa "pasma" y el pollo hace que se llene de gases y también puede originar "pasma;" los alimentos enfriados en la nevera son dañinos, pasman la leche de la madre y la gaseosa ocasiona cólicos al bebé. El parto es concebido como un fenómeno frío, por tanto, lo más recomendado durante la dieta es el chocolate caliente, lo toman para sudar y sacar todo el frío recogido durante el nacimiento del bebé; este alimento hace parte de la alimentación diaria durante los 40 días que en promedio dura el puerperio; además, tiene un significado especial en el último día.

Ciertos estados fisiológicos femeninos, son sensibles a contraer la enfermedad por un desequilibrio térmico, que se puede producir por una corriente de aire frío o por una sustancia clasificada culturalmente como tal⁵. De acuerdo con esta lógica en las creencias, unas entrevistadas refirieron que al consumir los alimentos asados, por ser calientes, producen "erisipela o sea los senos rojos e hinchados;" también el pescado asado es la causa del mal olor en los genitales.

Los alimentos que se clasifican como irritantes, dificultan la cicatrización de los puntos de la epifisiorrafia en la madre y el ombligo del bebé, por esta razón refirieron que está

prohibido consumir róbalo, yuca, banano, salchichas, ají, maduro, pescado, mantequilla, condimentos y aguacate; algunas madres creen que al comer este último, pueden morir a causa de la debilidad producida por el parto.

Los alimentos ácidos son frutas como manzana, guayaba, maracuyá, tomate de árbol y limón. No se deben consumir, porque cortan la sangre e impiden su buena circulación; además, se transmiten al bebé por la leche de la madre y no dejan que sane el ombligo.

Las leguminosas, la carne de cerdo, los alimentos recalentados y el aguacate se perciben como pesados; están prohibidos porque pasan al bebé a través de la leche materna y causan cólicos, diarrea y retardan la cicatrización del ombligo; la leche produce estos mismos efectos y a la madre le ocasiona flujo vaginal blanco y dificulta la cicatrización de los puntos de la episiorrafia.

También se observó con respecto a las creencias sobre la alimentación, que no se puede permitir un desequilibrio en la dieta alimentaria en un estado fisiológico como el puerperio. Si se contraviene esta indicación, al ingerir alimentos ácidos, irritantes o pesados las madres creen que pueden contraer una enfermedad grave.

Un alimento muy apreciado por las madres para el cuidado de la dieta, es la gallina, porque les permite recuperar las fuerzas perdidas durante el embarazo y el parto y hace que la leche sea de mejor calidad; el agua de panela también es recomendada porque mejora la producción de leche; el huevo y la yuca aumentan el sangrado vaginal y los entuertos.

En el análisis de la información las investigadoras identificaron algunas diferencias en las creencias, en cuanto a los efectos de los alimentos, el tratamiento del "pasma" y las actividades que están prohibidas durante el período de la dieta. Este fenómeno se debe a las modificaciones que sufre un rasgo cultural que pasa de un grupo humano a otro, p. e., en el caso de las migraciones de un departamento a otro o de la zona rural a la urbana. Las diferencias identificadas en las creencias se deben a la supervivencia marginal de un rasgo.

2.5 CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA.

1. Negativa de la madre: Se ha de informar y aconsejar la lactancia materna, pero nunca imponerla ni culpabilizar a la madre que decide dar biberón.
2. Enfermedades neonatales: Ictericia grave, infección por estreptococo B, que puede transmitirse a la madre y provocar una mastitis bilateral grave.
3. Metabolopatías: Galactosemia y alactasia. En la fenilcetonuria es posible una lactancia materna parcial con controles periódicos de fenilalanina; dado que, la leche materna contiene concentraciones bajas de fenilalanina.
4. Madre que toma fármacos contraindicados con la lactancia.
5. Madre que consume drogas.
6. Madre que recibe quimioterapia, anti metabolitos o isótopos radioactivos.
7. Madre con absceso mamario: La mastitis no es una contraindicación. Una vez drenado quirúrgicamente el absceso y tratado con antibióticos se puede reanudar la lactancia.
8. Madre con lesión activa de herpes simple: Las lesiones herpéticas en cualquier otra localización deben cubrirse.
9. Madre afectada de tuberculosis activa no tratada.
10. Madre con enfermedad neurológica o psicótica grave.
11. Madre con enfermedad orgánica grave.

12. Madre HIV seropositiva: El virus de la inmunodeficiencia humana se ha aislado en la leche materna. Esta contraindicación es discutible en los países subdesarrollados. La OMS recomienda que las madres infectadas por HIV en los países subdesarrollados mantengan la lactancia al pecho; Ya que, sus beneficios superan el riesgo de transmitir el virus.

13. Madre seropositiva a HTLV-I (infección por el virus de la leucemia humana de células T): Este virus se transmite a través de la leche materna. Parece que la congelación previa de la leche inactiva al virus HTLV-I pero todavía está por confirmarse. Siempre que se disponga de sustitutos adecuados de la leche materna ésta estará contraindicada en madres seropositivas a HIV y HTLV-I.

14. Madre seropositiva a citomegalovirus con recién nacido prematuro: El recién nacido a término no suele infectarse, aunque se ha comprobado el paso de CMV a través de la leche.

2.6 FÁRMACOS Y LACTANCIA (Según F.D.A)

A. Fármacos probablemente inocuos, no se ha demostrado peligros para el lactante.

B. Fármacos que deben usarse con precaución.

C. Fármacos absolutamente contraindicados.

Se han descrito efectos adversos graves.

D. Fármacos de los que no se dispone de datos. Evitar su uso.

X. Los estudios en animales o en humanos han demostrado anormalidades fetales y/o existe evidencia de riesgo.

Más del 90% de mujeres toman medicamentos o productos de fitoterapia durante el periodo de lactancia, y es frecuente que dejen de dar el pecho por este motivo pese a no estar fundamentado su peligro real más que en un pequeñísimo porcentaje de productos.

Del mismo modo, apenas media docena de enfermedades maternas contraindican o hacen prácticamente imposible la lactancia.

Ante todo debe saber que casi todo lo que se suele prescribirse compatible con la lactancia y que la lactancia, para la mujer y para el lactante, está por encima de la necesidad de muchos medicamentos o remedios que son perfectamente evitables. Los profesionales sanitarios, con unos conocimientos básicos de Farmacología y Pediatría y la utilización de buenas guías, podemos asesorar adecuadamente a mujeres que lactan y que deben tomar remedios para algún padecimiento o por alguna enfermedad.

El paracetamol o el ibuprofeno no causan ningún problema en la lactancia. Si es necesario un antibiótico para la mejoría o curación de alguna enfermedad infecciosa, casi todos los habituales son compatibles con la lactancia aunque es mejor evitar las quinolonas.

Casi todas las hormonas, incluidos los corticoides, la insulina y la tiroxina son compatibles con la lactancia; sólo hay que evitar los estrógenos, pues provocan disminución en la producción de leche. Si se han de usar anticonceptivos, los mejores son los mecánicos (preservativo, DIU), Las píldoras con progestágenos y el método MELA.

3. SISTEMA DE HIPOTESIS.

3.1 HIPOTESIS DE TRABAJO.

Hi. Los conocimientos, prácticas y creencias sobre la lactancia materna en las madres de niños de 0 a 6 meses de edad son adecuados.

3.2 HIPOTESIS NULA.

Ho: Los conocimientos, prácticas y creencias sobre la lactancia materna en las madres de niños de 0 a 6 meses de edad son inadecuados.

UNIDAD DE ANALISIS.

Madres de niños de 0 a 6 meses de edad que asisten al control infantil en las unidades comunitarias de salud familiar Las Charcas, San Buenaventura, Cerro El Nanzal, Santa Elena y San Pedro, Chirilagua.

3.3 VARIABLES.

Conocimiento, prácticas y creencias de la lactancia materna en madres de niños de 0 a 6 meses de edad.

3.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Hipótesis	Variables	Definición conceptual.	Dimensión	Definición operacional.	Indicadores.
Hi.Los conocimientos ,prácticas y creencias y de la lactancia materna exclusiva en las madres de niños de 0 a 6 meses de edad son adecuadas	Conocimiento	Conocimiento; es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.	Conocimientos de la lactancia materna	Mediante la aplicación de una cedula de entrevista se investigó a la población.	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de la lactancia materna. • Duración de la lactancia materna. • Frecuencia de lactancia materna. • Importancia de la lactancia materna. • Contraindicaciones de la lactancia materna.
	Práctica.	Practica: es un concepto con varios usos y significados. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos	Prácticas de la lactancia materna		

<u>Hipótesis</u>	<u>Variables</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Dimensión</u>	<u>Definición operacional</u>	<u>Indicadores</u>
	Creencia	Creencia: el firme asentamiento y conformidad con algo. La creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se le da completo crédito como cierta.	Creencia sobre lactancia materna		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Planta productoras de leche.</u> • <u>Plantas que inhiben la producción de leche.</u> • <u>Alimentos que no son aptos cuando se esta dando de lactar.</u> • <u>con que alimenta a su bebe.</u> • <u>Razones para alimentar a su bebe con leche de vaca y formulas maternizadas.</u>

DISEÑO METODOLOGICO.

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

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

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

Según el periodo de secuencia del estudio fue:

Transversal: Ya que se estudió las variables: Lactancia materna, conocimiento, prácticas y creencias simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo, ya que fue ejecutado en el periodo comprendido de julio a septiembre 2013.

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

Descriptiva: Porque está dirigido a determinar cómo es o como está la situación de las variables (conocimientos, prácticas y creencias) que se estudia en una población.

4.2 POBLACION:

Con una población de 88 madres de niños de 0 a 6 meses de edad.

TABLA 1. Población en estudio.

<u>Unidades comunitarias</u>	<u>Población</u>
<u>UCSF Las Charcas.</u>	<u>16</u>
<u>UCSF San Pedro</u>	<u>44</u>
<u>UCSF El Nanzal</u>	<u>28</u>
<u>Total</u>	<u>88</u>

- Fuente: P.O.A. (Programación Operativa Anual).
- Visemin (Vigilancia Semanal Materno infantil).

4.3 CRITERIOS PARA DETERMINAR LA POBLACION:

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Toda mujer que se encuentre lactando a todo niño menor de 6 meses de edad inscrito en UCSF en estudio.
- Que pertenezcan a nuestra área geográfica de influencia del territorio de estudio.
- Que no cumpla ningún criterio de exclusión.
- Mujeres que acepten participar voluntariamente en el estudio, mediante el conocimiento informado (anexo 2).

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Madres con usos de antipsicóticos.
- Madre VIH positivo.
- Madre con adicción a drogas.
- Madre con tuberculosis en momento infeccioso agudo y solo hasta que la madre inicie tratamiento.
- Hepatitis C Materna
- Varicela materna.
- Por causa infantil; Galactosemia.

4.4. TIPO DE MUESTREO.

Muestreo de tipo probabilístico, aleatorio simple ya que todas las unidades (niños- madres) tienen la misma probabilidad de ser incluidas en el estudio, para cada una de las unidades de salud. Se realizó cédulas de entrevista en base a la población: 16 madres en UCSF Las Charcas, San Miguel; 44 madres en UCSF San Pedro, Chirilagua, San Miguel; 28 madres en UCSF El Nanzal, Santa Elena.

Unidad de información: Madre de lactante.

Unidad de estudio: Madre de lactante.

4.5. TECNICA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.

Documentales:

Documental Bibliográfica: Permitió obtener información de libros médicos y diccionario especializados en medicina.

Documental Hemerográfica: A través de la cual permitió obtener información de revistas médicas, tesis doctorales, periódicos y documentos tanto electrónicos como impresos.

De trabajo de Campo: La entrevista que permitió establecer una comunicación entre las madres y el grupo investigador.

4.6. INSTRUMENTO.

Una guía de entrevista con 32 ítems con múltiples opciones, más dos preguntas de respuesta abierta (anexo N° 4).

La guía de entrevista consta de preguntas directas e indirectas con el objetivo de medir conocimiento directo e indirecto.

Datos de la Madre: Edad de la madre, estado familiar, lugar de residencia, religión, estado civil.

Datos de conocimiento, prácticas y creencias sobre la lactancia materna.

Tabla 2: Escala de Medición del Conocimiento.

CONOCIMIENTO ACEPTABLE.	>DEL 75%
CONOCIMIENTO MODERADAMENTE ACEPTABLE.	DEL 50 A < 75%
CONOCIMIENTO NO ACEPTABLE.	<DEL 50%

Fuente: Elaboración propia del grupo investigador.

Tabla 3: Medición de Practicas, Respuestas Correctas.

PRACTICAS ACEPTABLE	>DEL 75
PRACTICAS MODERADAMENTE ACEPTABLE	DEL 50 A <70%
PRACTICAS NO ACEPTABLE.	<DEL 50%

Fuente: Elaboración propia del grupo investigador.

4.7. PROCEDIMIENTO.

4.7.1. PLANIFICACION.

En el Departamento de Medicina de la facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina y las coordinadoras 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 la cual posteriormente en reunión se seleccionó el tema a investigar y el lugar en que se realizaría la investigación. Además se inició la búsqueda de información sobre el tema a investigar y se solicitó ayuda bibliográfica a UNICEF, LIGA INTERNACIONAL DE LA LECHE, COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRIA. Posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo y fue presentado de forma escrita al cual se realizaron correcciones señaladas por asesoras y jurado. Se realizó la elaboración del presente protocolo de investigación, contando con asesoría metodológica y estadística.

4.7.2. EJECUCION.

La población estudiada fue de 88 madres de niños menores de 6 meses de edad, distribuida de la siguiente manera: 28 madres en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Cerro Nanzal, Santa Elena, 16 madres en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Las charcas, San Buena Ventura, Usulután; 44 Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Pedro, Chirilagua, San Miguel.

Previo a la ejecución de la investigación se realizara la validación del instrumento en las 3 Unidades de Salud Comunitarias, donde se les paso el instrumento a 10 madres que cumplan los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas para posteriormente modificarla de acuerdo a los resultados; además se tomó en cuenta el tiempo que requerirá la administración del instrumento para valorar el número de entrevistas a programar por día. El trabajo se realizó cuando la madre asistió con su hijo al control de atención integral de la niñez en la unidad de salud, allí se le explico en que consiste el estudio y si estaba dispuesta a participar en él, posteriormente se le proporciono el consentimiento informado y se procedió a leerle cada una de las preguntas del cuestionario elaborado, a la vez se fue dando respuesta a cada una de las interrogantes hechas a la madre.

4.7.3. PLAN DE ANALISIS.

Para poder determinar o darle respuesta a los resultados de la investigación; Con respecto al conocimiento y prácticas que tienen las madres sobre lactancia materna en niños de cero a seis meses de edad. Se realizó la tabulación de datos utilizando el programa: SPSSV19.0 (software procesador de datos estadísticos versión 19). De esta manera se realizaron tablas y gráficos que permitirán el análisis e interpretación de los resultados de cada una de las respuestas, a través de los métodos de frecuencia y porcentaje simple, lo cual permitió la presentación de los datos de forma sistemática.

Para dar respuesta a los objetivos e hipótesis de la investigación, se cuenta con una escala para valorar el conocimiento y otra para valorar la práctica que tienen las madres sobre la lactancia materna exclusiva en niños de 0 a 6 meses de edad elaborado a partir del instrumento por los integrantes del grupo investigador para determinar si los conocimientos, prácticas y creencias realizadas por las madres son aceptadas o no.

5.1 RESULTADOS.

5.1. TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

5.1.1. DATOS GENERALES DE LA MADRE.

TABLA N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-19 años.	25	28.4%
20-35 años.	49	55.6%
Más de 35 años	14	16%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

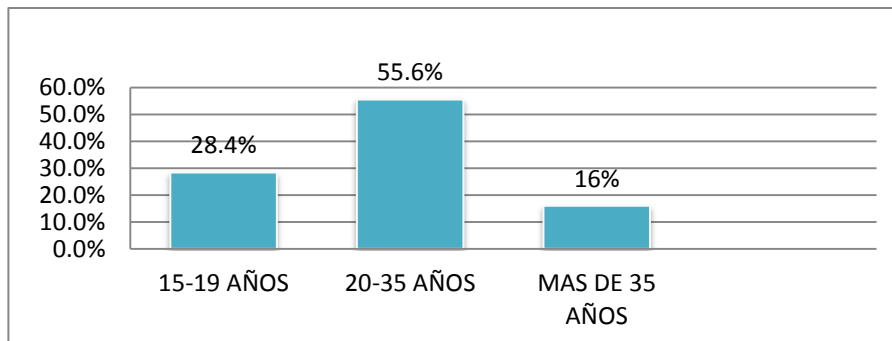
ANÁLISIS:

La tabla N°4 muestra que la mayor afluencia de mujeres que consultaron, se encuentra entre las edades de 20 a 35 años de edad con un 55.6% y en menor frecuencia Mayores de 35 años con un 16%.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a los datos anteriores se observa que la mayoría de mujeres eran jóvenes adultas dentro de los rangos de edad fértil de bajo riesgo.

GRÁFICO N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD.



Fuente: Tabla N°4.

TABLA N° 5: ESTADO FAMILIAR DE LAS MADRES ENCUESTADAS.

ESTADO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
CASADA	29	33%
ACOMPañADA	45	51.1%
SOLTERA	14	15.9%
TOTAL	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

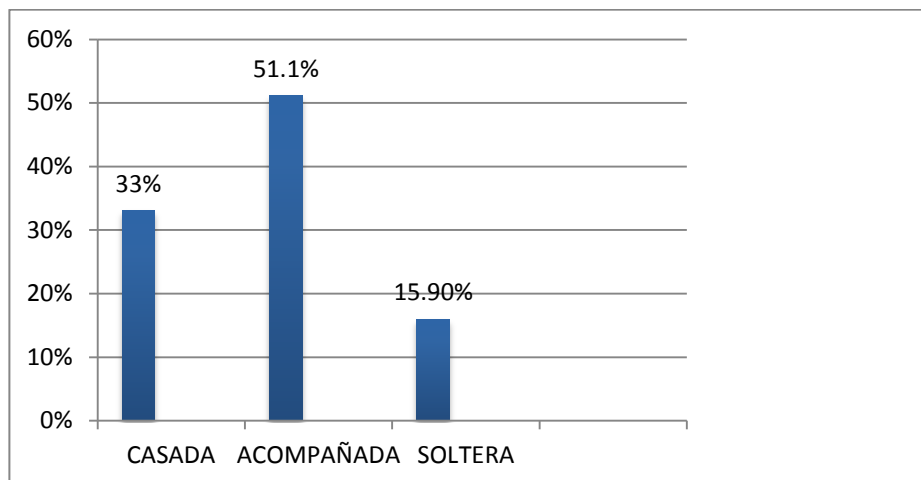
ANÁLISIS:

La tabla N°5 muestra que el estado civil predominante es estar acompañada con un 51.1% y en menor frecuencia soltera con un 15.9%.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con los datos obtenidos se puede observar que la mayoría de mujeres se encuentran en una relación estable lo que les permite estabilidad emocional aunque no se encuentren casadas.

GRAFICO N° 2: ESTADO FAMILIAR DE LAS MADRES ENCUESTADAS.



Fuente: Tabla N° 5.

TABLA N° 6: GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES ENCUESTADAS.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	19	21.6%
PRIMARIA	46	52.3%
SECUNDARIA	23	26.1%
SUPERIOR	0	0
TOTAL	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

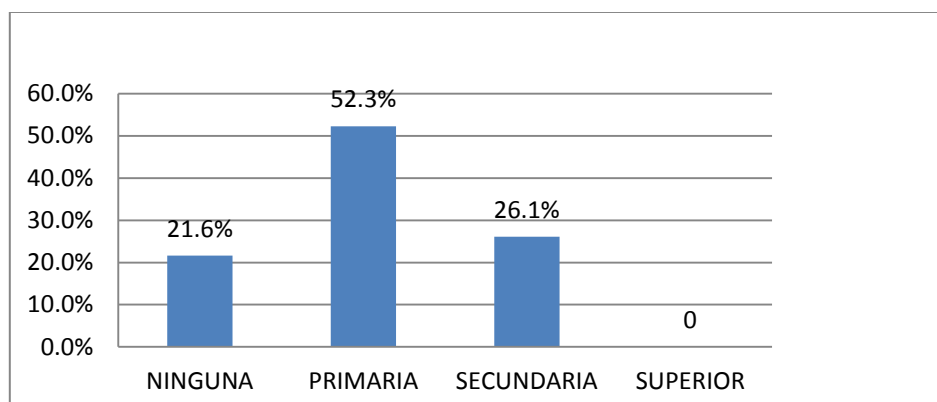
ANÁLISIS:

La tabla N° 6 muestra que el grado de escolaridad en las madres entrevistadas predomina la primaria con un 52.3% siendo el de menor frecuencia el nivel superior con un 0% sin embargo el nivel de alfabetización es de más del 75% .

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos en la tabla anterior demuestran que la mayoría de mujeres entrevistadas han cursado algún grado de estudios y que casi en su totalidad saben leer y escribir por lo cual no fue difícil la obtención de datos ni la comprensión de las preguntas hacia las entrevistadas.

GRAFICO N° 3: GRADO DE ESCOLARIDAD



Fuente: Tabla N° 6.

TABLA N° 7: PARIDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS.

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MULTIPARAS	28	32%
PRIMIPARAS	43	49%
GRAN MULTIPARA	17	19%
TOTAL	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

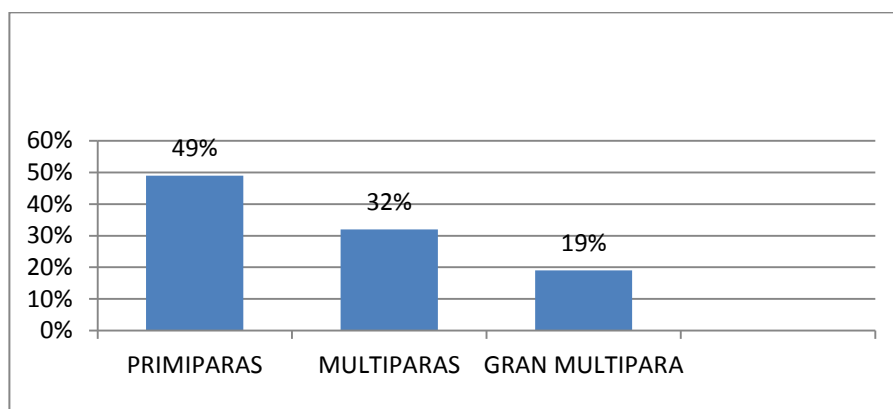
ANÁLISIS:

La tabla N°7 muestra que la mayoría de mujeres entrevistadas se encuentran en su primera gestación con un 49% siendo la gran múltipara las de menor frecuencia con un 19%

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de mujeres entrevistadas son mujeres sin experiencia previa en el cuidado de niños ya que se encuentran con su primer hijo sin embargo es de destacar que en esta mujeres está presente la iniciativa de la inscripción en control infantil y puerperal a diferencia de las multíparas o gran multíparas las cuales todavía se encuentra en dificultad por asistir a sus controles puerperales o llevar a sus hijos a los controles de niños sano.

GRAFICO 4: PARIDAD DE LAS MADRES ENCUESTADAS.



Fuente: Tabla N° 7.

TABLA N° 8: OCUPACIÓN DE LAS ENCUESTADAS.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	72	82%
EMPLEADA	0	0%
COMERCIANTE	8	9%
ESTUDIANTE	8	9%
TOTAL	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

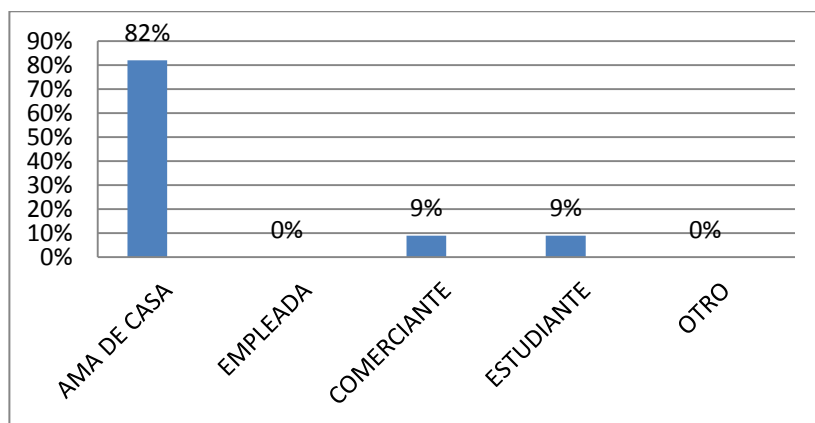
ANÁLISIS:

La tabla N°8 muestra que la mayoría de mujeres entrevistadas son amas de casa con un 82% siendo las empleadas formales las de menor frecuencia con un 0% seguidas de las empleadas informales llámese a estas como aquellas que no devengan un sueldo estable cada mes sino que sus ingresos son variables.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que casi en su totalidad las mujeres entrevistadas no cuentan con un trabajo estable o con un presupuesto fijo lo que les produce en una inestabilidad económica pudiendo ser esta la causa de su ausencia a sus controles oportunos y preventivos.

GRAFICO N° 5: OCUPACIÓN DE LAS ENCUESTADAS.



Fuente: Tabla N° 8.

TABLA N° 9: ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO.

ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	83	94%
Desnutrido	5	6%
Desnutrición severa	0	0%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

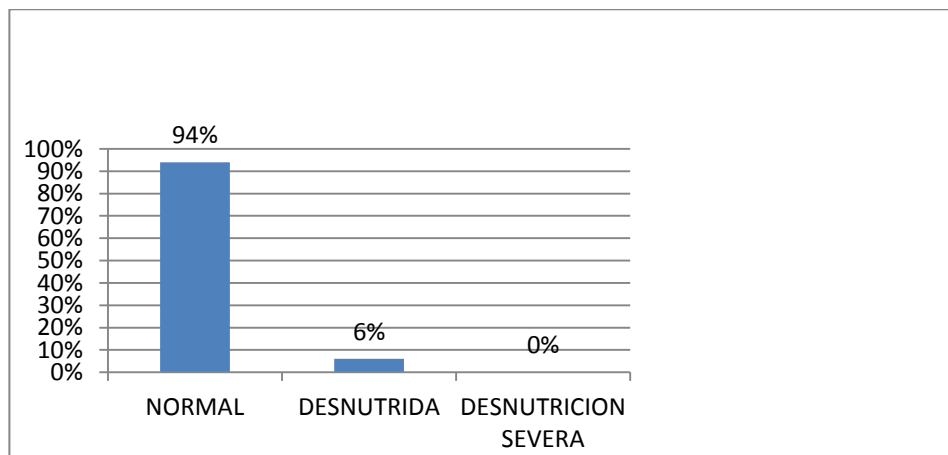
ANÁLISIS:

La tabla N°9 muestra que el estado nutricional de los hijos de las madres entrevistadas es normal en un 94% y en menor frecuencia los desnutridos severos con un 0% sin embargo se encontró un 6% de niños con desnutrición.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de niños se encuentran en un estado nutricional adecuado o saludable sin embargo siempre está presente la desnutrición, aunque sea en menor porcentaje es alarmante que de cada 100 niños, 6 se encuentren en algún grado de desnutrición.

GRAFICA N° 6: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS HIJOS DE LAS MADRES ENCUESTADAS.



Fuente: Tabla N° 9.

5.1.2. EVALUACION DEL CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA.

TABLA N° 10: SABE USTED QUE ES LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	67	76%
NO	21	24%
TOTAL	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

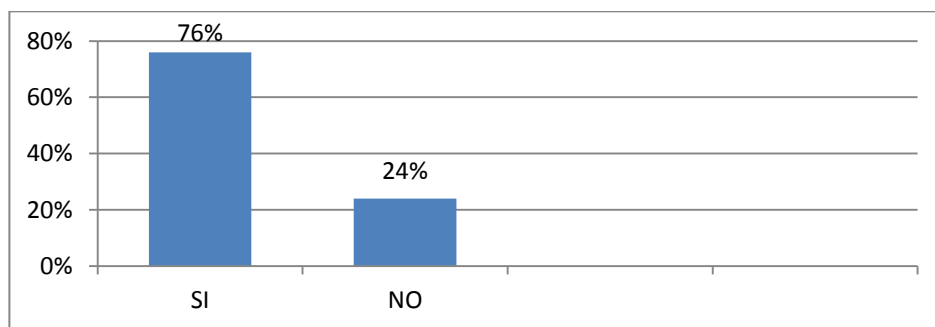
ANÁLISIS:

La tabla N°10 muestra que la mayoría de mujeres entrevistadas saben que es la lactancia materna exclusiva con un 76% mientras que el otro 24% no sabe que es la lactancia materna exclusiva.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que un gran porcentaje de las mujeres saben o tienen un concepto adecuado de lactancia materna exclusiva, dicho concepto se basa en la interpretación que hacen las madres con respecto al tema de lactancia materna exclusiva tomando en cuenta la descripción que estas hacen o la interpretación así como el tiempo de aplicación y sus ventajas.

GRAFICA N° 7: CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.



Fuente: Tabla N° 10

TABLA N° 11: CONOCIMIENTO DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA TANTO PARA LA MADRE COMO PARA SU BEBE.

BENEFICIOS	SI/FRECUENCIA	PORCENTAJE	NO/FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL DEL PORCENTAJE
Es económica	46	52%	42	48%	100%
Se ahorra tiempo	31	35%	57	65%	100%
Tiene vitaminas	75	85%	13	15%	100%
Anticonceptivo	25	28%	63	72%	100%
Otro	0	0%	0	0%	0%
Total	88		88		

Fuente: cédula de entrevista.

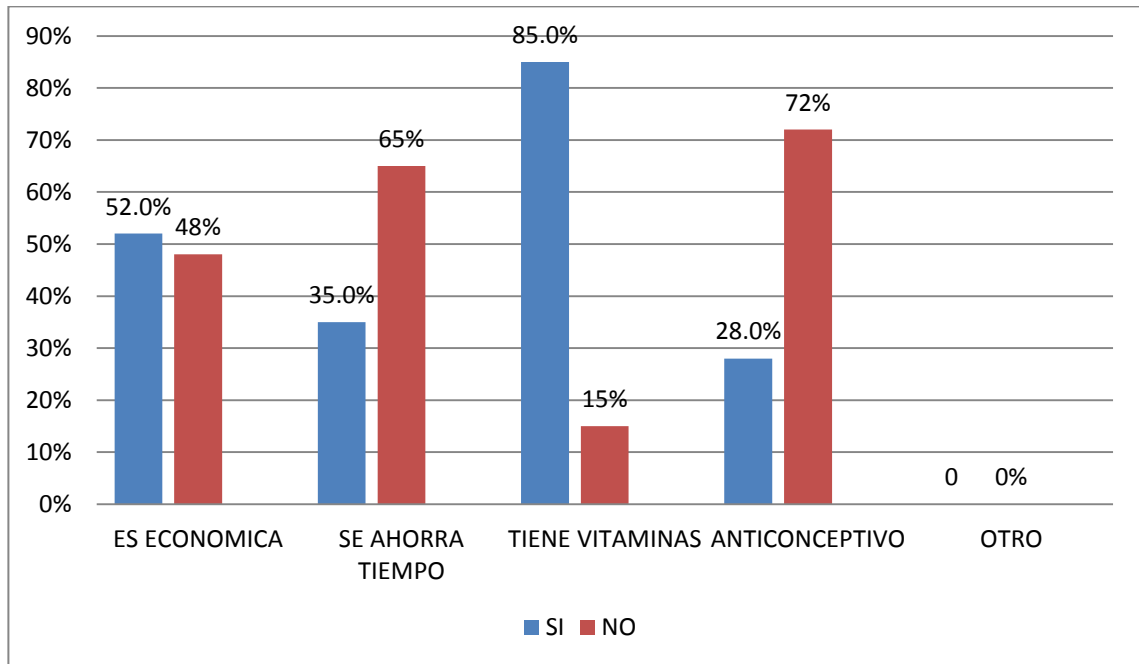
ANÁLISIS:

La tabla N°8 muestra que el tener vitaminas es el beneficio más conocido por las mujeres entrevistadas con un 85 % de la población total que fue entrevistada y el beneficio de ser anticonceptivo el menos conocido con un 28 %.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestra que la mayoría de mujeres entrevistados conocen por lo menos 1 beneficio de la lactancia materna sin embargo un beneficio tan importante como es servir de anticonceptivo no es tan conocido por las mujeres entrevistadas.

GRAFICA N° 8: BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.



Fuente: Tabla N° 11.

TABLA N° 12: CUALES SON LOS COMPONENTES DE LA LECHE MATERNA.

COMPONENTE	SI/FRECUENCIA	PORCENTAJE	NO/FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
Agua	62	70%	26	30%	100%
Vitaminas	81	92%	7	8%	100%
Minerales	45	51%	43	49%	100%
Grasa	32	36%	56	63%	100%
Total	88		88		

Fuente: Cédula de entrevista.

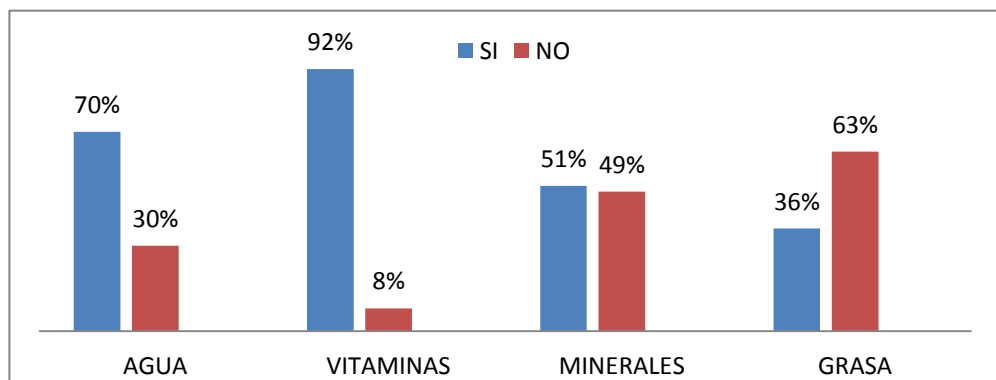
ANÁLISIS:

La tabla N°12 muestra que el componente de la leche materna más conocido por las madres entrevistadas son las vitaminas en un 92% y el menos conocido son las grasas con un 63%.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que las madres entrevistadas conocen por lo menos un componente de la leche materna como son el agua, vitaminas y minerales siendo las grasas el menos conocido sin embargo cabe destacar que las vitaminas es el componente más conocido así como el beneficio más conocido.

GRAFICO N° 9: COMPONENTES DE LA LECHE MATERNA.



Fuente: Tabla N° 12.

TABLA N° 13: HASTA QUE EDAD CREE USTED QUE DEBE DAR LACTANCIA MATERNA.

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
La primera semana	0	0%
Por 1 mes	3	3.4%
Por 2 meses	4	4.5%
Hasta los 6 meses	15	17.1%
Hasta 1 año	66	75%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

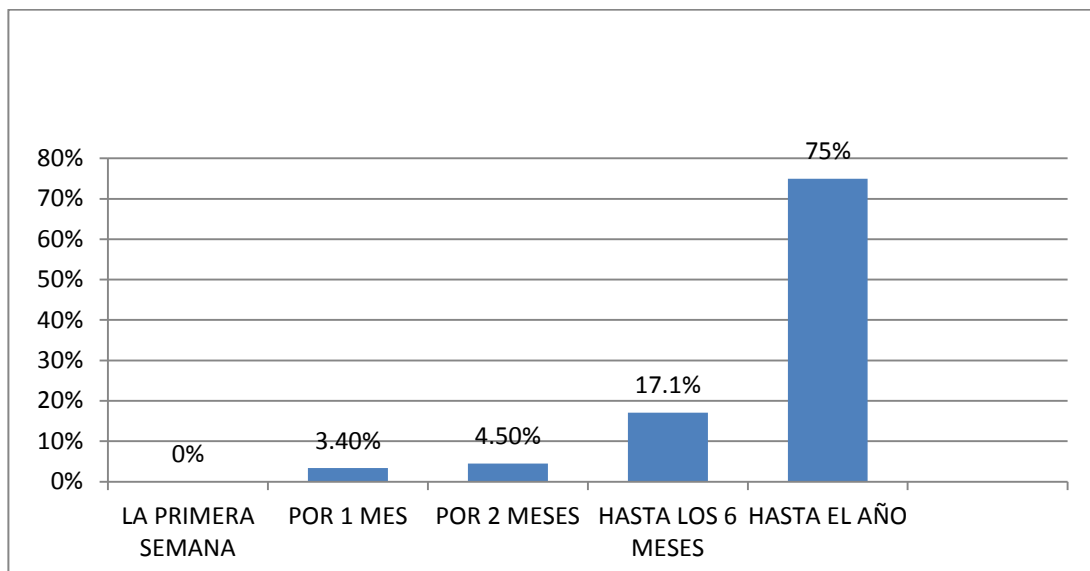
ANÁLISIS:

La tabla N°13 muestra que la mayoría de madres entrevistadas consideran dar lactancia materna hasta 1 año de edad con un 75% y con menor porcentaje hasta 1 semana de edad con 0%.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que más de la mitad de madres entrevistadas consideran que la lactancia materna se debe de dar hasta 1 año de edad debido a sus múltiples funciones en beneficio de los infantes.

GRAFICO N° 10: EDAD PARA DAR LACTANCIA MATERNA.



Fuente: Tabla N° 13.

TABLA N° 14: CUANDO CREE USTED QUE DEBE INICIARSE LA LACTANCIA MATERNA.

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Al nacimiento	54	61.4%
Al día de nacido	3	3.4%
Cuando él bebe llore de hambre	18	20.4%
A la primera hora de nacido	13	14.8%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

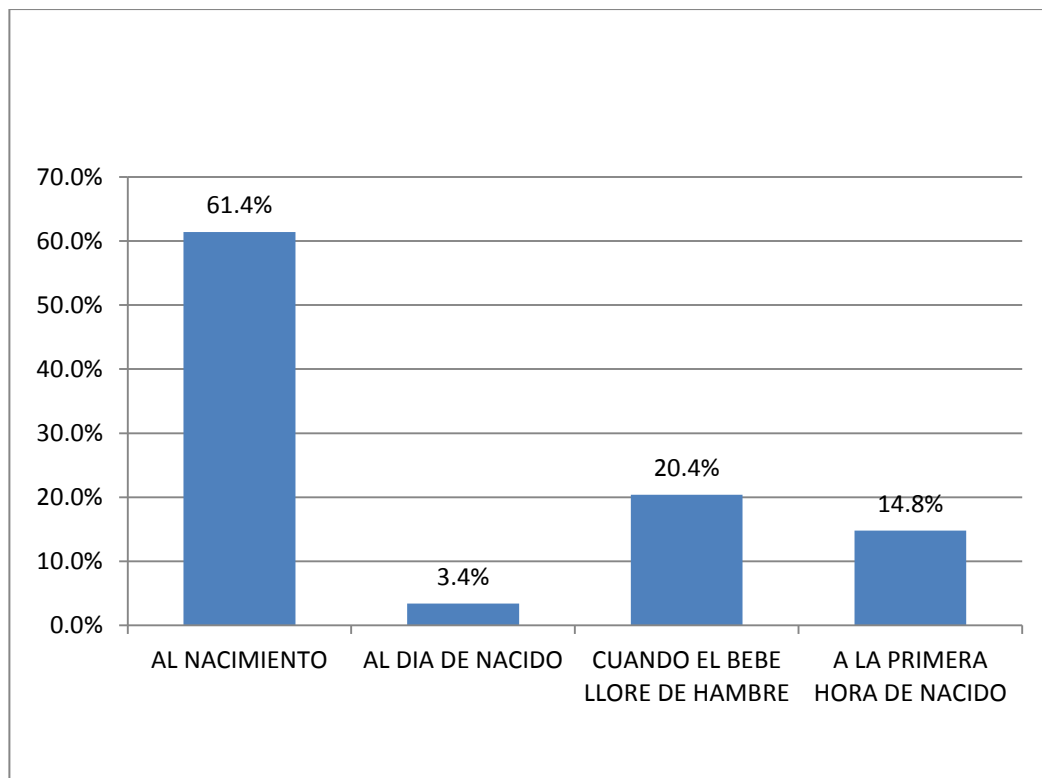
ANÁLISIS:

La tabla N°14 muestra que el 61.4% de las madres encuestadas creen que la lactancia materna debe iniciarse al nacimiento, en el 3% de la población entrevistada su opinión es que debe de iniciarse al día de nacido.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de madres encuestadas opinan que se debe iniciar la lactancia materna inmediatamente al nacimiento, sin embargo todavía hay un mínimo porcentaje que opina que se debe iniciarse al día de nacido esto debido a la iniciativa de los hospitales públicos con el apego precoz.

GRAFICO N° 11: INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA.



Fuente: Tabla N° 14.

TABLA N° 15: CADA CUANTO SE DEBE ALIMENTAR A SU BEBE.

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cada hora	26	29.5%
Cada dos horas	26	29.5%
Cada cuatro horas	7	8%
Cada vez que llore	29	33%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

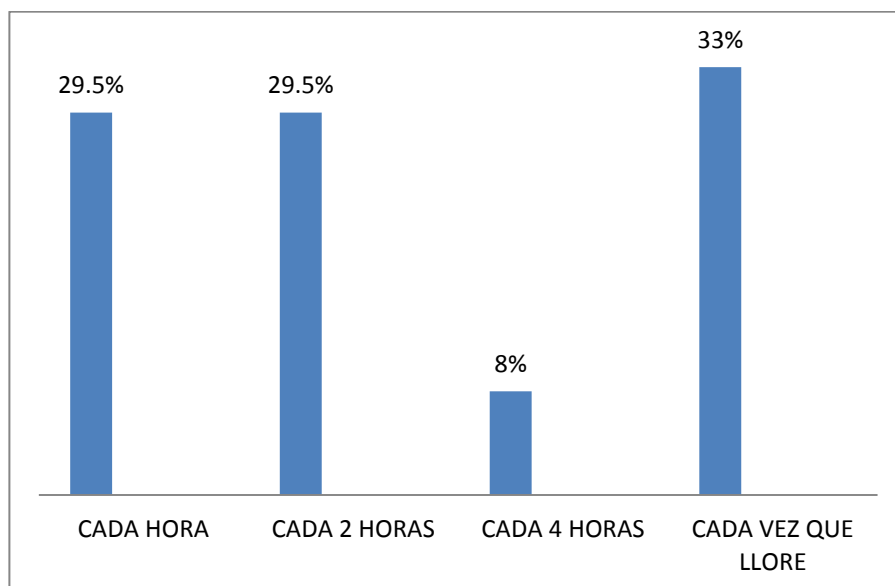
ANÁLISIS:

La tabla N°15 muestra que en un 33% de las madres encuestadas opina que deben amamantar a su hijo cada vez que llore y en un porcentaje del 8% opinan que cada cuatro horas.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de madres piensa que deben amamantar a su hijo cada vez que llore, sin embargo es un porcentaje muy similar con las que piensan que se debe amamantar cada hora y cada dos horas, en mínima cantidad piensan cada cuatro horas esto se debe a que la mayoría de nuestras madres entrevistadas son primigesta por lo que se encuentran en una etapa de adaptación tanto de cambios así como de en el cuidado de los niños estando siempre presente la opinión de la madre o de las suegras.

GRAFICO N° 12: CADA CUANTO ALIMENTAR A SU BEBE:



Fuente: Tabla N° 15.

TABLA N° 16: SI A SU BEBE LE DA SED QUE HARÍA USTED

Acciones	Frecuencia	Porcentaje
Le doy agua	16	18%
Le doy solo pecho	56	64%
Le doy pacha	16	18%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

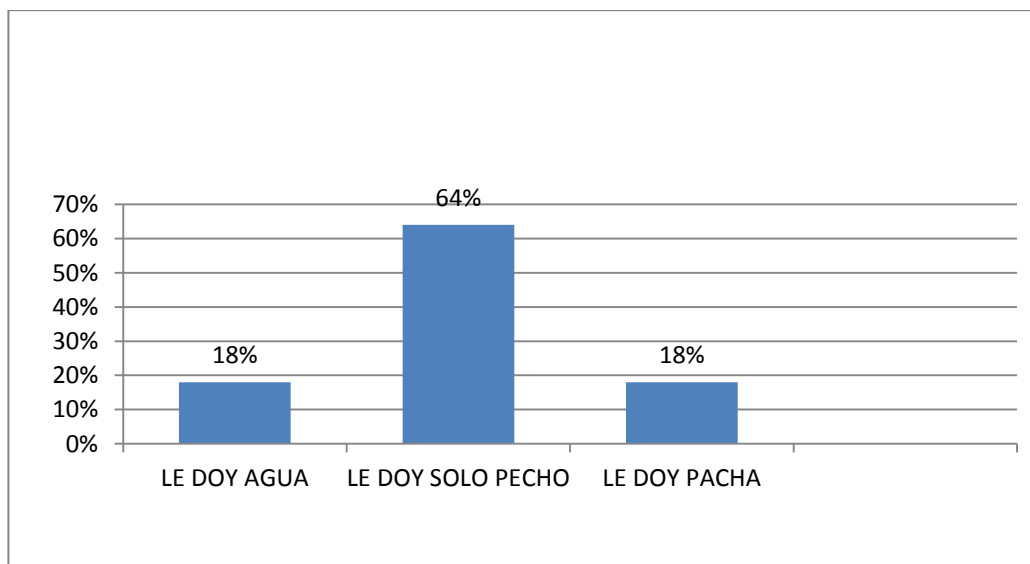
ANÁLISIS:

La tabla N°16 muestra que en un 64% de las madres encuestadas opinan que si a su bebe le da hambre solo darían pecho; Y en un 18% dan dos opiniones por igual refieren que darían agua y pacha.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que en un alto porcentaje de madres opinan que solo darían pecho a sus hijos sin embargo siempre están presentes las practicas inadecuadas como dar agua y dar pacha con sucedáneos de la leche materna a pesar de que la mayoría de la población entrevistada esta consiente que la leche materna contiene todo lo necesario para los lactantes incluyendo el agua.

GRAFICO N° 13: SI A SU BEBE LE DA SED QUE HARÍA USTED.



Fuente: Tabla N° 16

TABLA N° 17: SABE QUE ES EL CALOSTRO.

RESPUESTA	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Si	43	49%
No	45	51%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

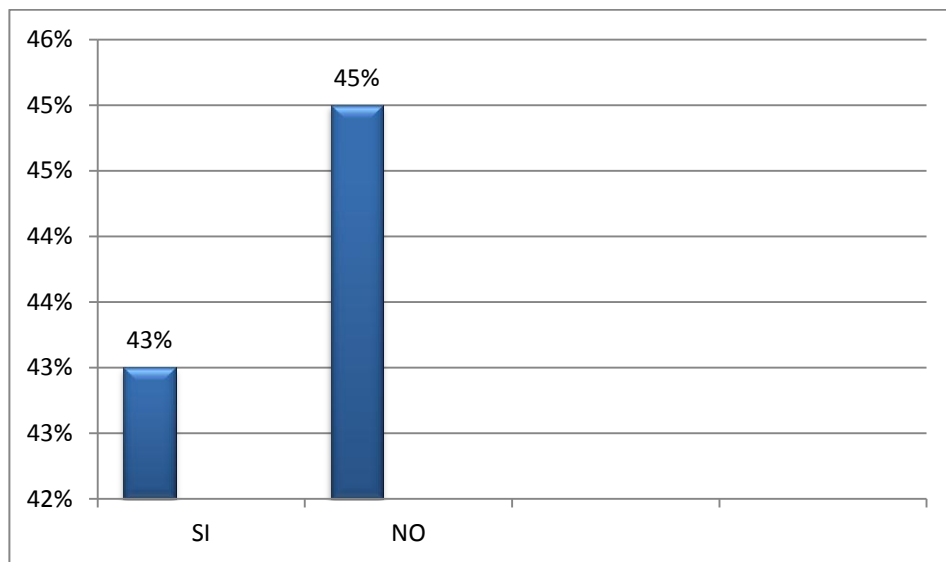
ANÁLISIS:

La tabla N°17 muestra que en el 51% de las madres encuestadas saben que es el calostro y en un 49% no saben.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que el concepto de calostro no es un término muy conocido por la población inclusive muchas veces nunca ha sido nombrado en las zonas donde ellas viven o frecuentan sin embargo esto podría deberse a la ausencia a sus controles prenatal o puerperal oportuno.

GRAFICO N° 14: CONOCIMIENTO DEL CALOSTRO



Fuente: Tabla N° 17.

TABLA N° 18: CREE USTED QUE LA PRIMERA LECHE ES APTA PARA EL CONSUMO DE SU BEBE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	71	81%
No	7	8%
No se	10	11%
Total	88	100%

Fuente: cédula de entrevista.

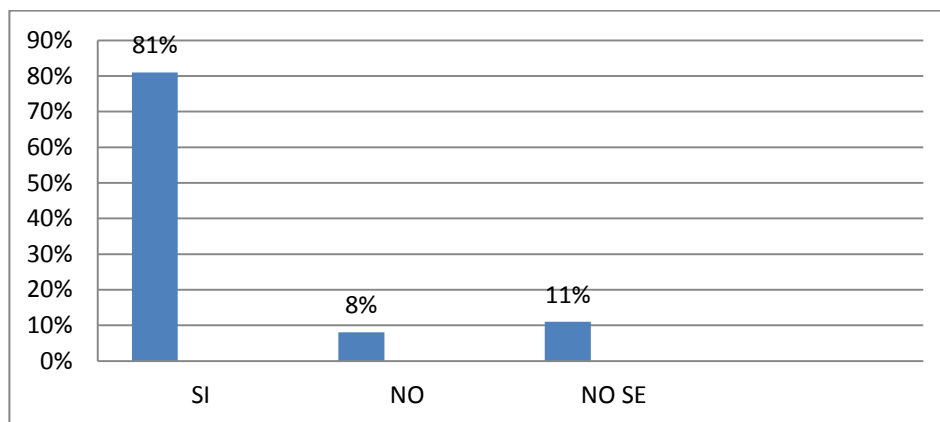
ANÁLISIS:

La tabla N°18 demuestra que en un 71% de las madres encuestadas opinan que la primera leche es apta para el consumo de su bebe y en un 11% que no saben.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de madres saben que la primera leche es apta para su bebe con lo que se puede corroborar que a pesar que el termino calostro no está muy arraigado en nuestra población en estudio ellas si saben que la primera leche materna trae beneficios hacia sus bebes.

GRAFICA N° 15: CONOCIMIENTO DE LA PRIMERA LECHE MATERNA.



Fuente: Tabla N° 18.

5.1.3 EVALUACION DE LAS PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA.

TABLA N° 19: SE HA SACADO ALGUNA VEZ LA LECHE DE SUS PECHOS.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	22	25%
No	66	75%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

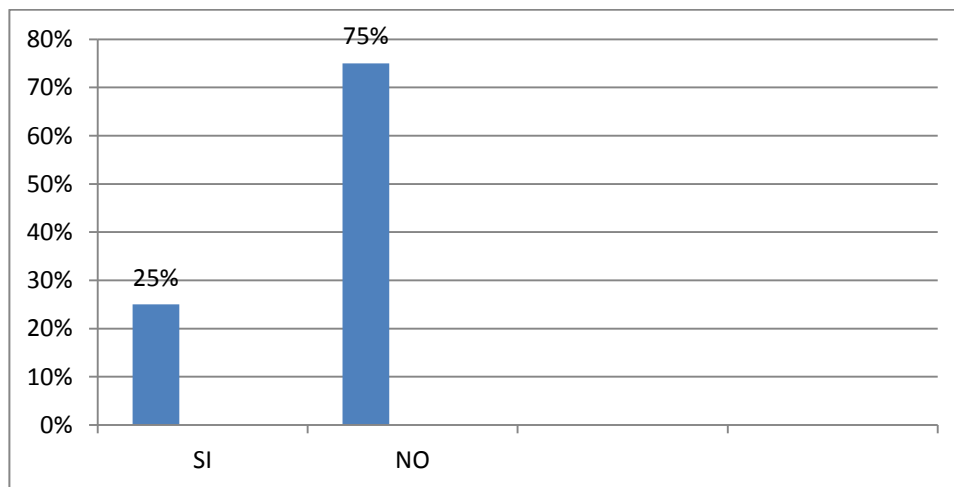
ANÁLISIS:

La tabla N°19 muestra que en un 75% de las madres encuestadas manifiestan que nunca se han sacado leche de sus pechos y en un 25% opinan que sí.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de las madres encuestadas nunca se ha sacado leche de sus pechos y es una gran menor parte la que si se ha sacado leche de sus pechos esto podría deberse a que la mayoría de mujeres entrevistada son ama de casas por lo que tiene mayor facilidad para alimentar a sus bebes con seno materno.

GRAFICO N° 16: EXTRACCIÓN DE LECHE.



Fuente: Tabla N° 19

TABLA N° 20: CUAL ES LA MANERA CORRECTA DE EXTRAERSE LA LECHE DE SUS PECHOS

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Darse un masaje alrededor de sus pechos	16	72.7%
Colocar la mano en C	6	27.3%
Colocar un deposito en el pecho y dejar que caiga la leche	0	0%
Total	22	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

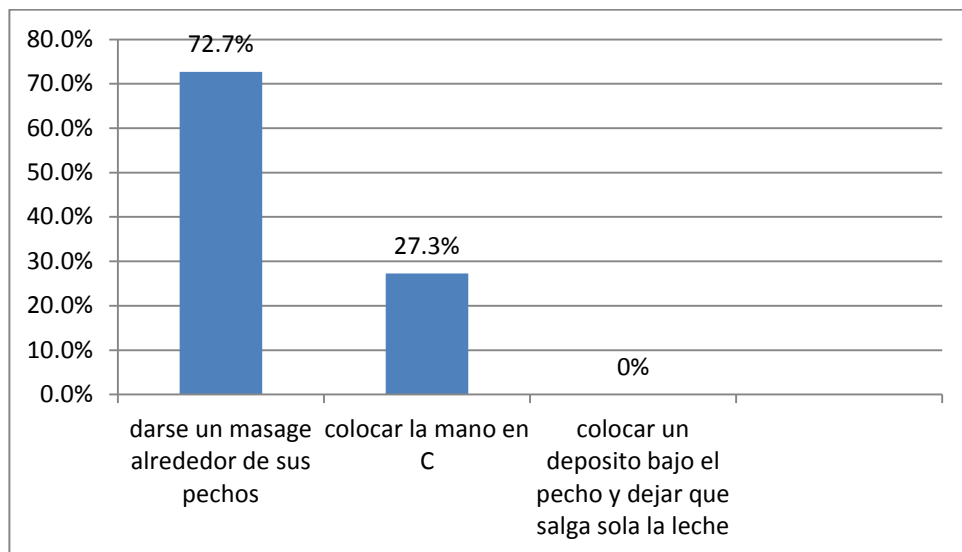
ANÁLISIS:

La tabla N°20 muestra que el 72.7% de las madres encuestadas opinan que la forma correcta de extraerse leche de sus pechos es darse un masaje alrededor de sus pechos y en un 0% que colocando un deposito en el pecho y dejando caer la leche.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de madres piensan que dándose un masaje alrededor de sus pechos es la forma correcta para extraerse la leche de sus pechos esto basándose solo en las respuesta de las 22 mujeres que dijeron haberse extraído leche de su senos alguna vez y no se tomó en cuenta la opinión de las demás madres.

GRAFICO N° 17: FORMA CORRECTA DE EXTRACCIÓN DE LECHE.



Fuente: Tabla N° 20.

TABLA N° 21: CUANDO USTED Y SU BEBE SALEN FUERA DE SU CASA Y A SU BEBE LE DA HAMBRE QUE HACE USTED.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Le da seno materno	66	75%
Le da pacha con leche materna	4	4.5%
Le da pacha con leche de vaca	18	20.5%
Otro	0	0%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

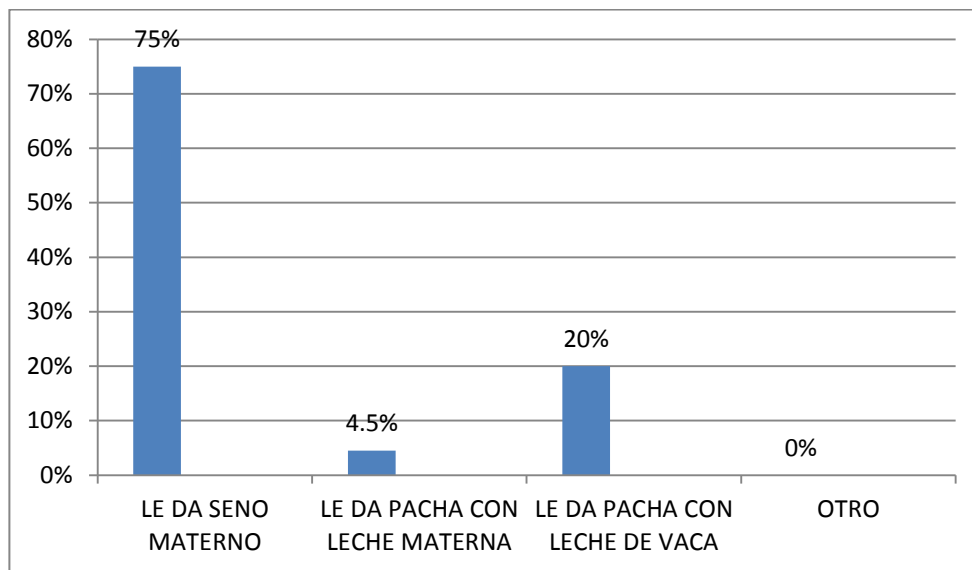
ANÁLISIS:

La tabla N°21 muestra que el 75% de las madres opinan que al salir de su casa con su bebe y a este le da hambre solo le darían seno materno y el 4.5% que le darían pacha con leche materna.

INTERPRETACION:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de las madres encuestadas refieren que incluso fuera de su casa le darían seno materno a su hijo y en mínima cantidad opinan que darían pacha con leche materna esto se relaciona con la poca cantidad de madres que dicen haberse extraído leche de sus senos alguna vez .

GRAFICO N° 18: SENO MATERNO FUERA DE CASA.



Fuente: Tabla N° 21.

TABLA N° 22: HA UTILIZADO ALGUNA VEZ OTRA LECHE QUE NO SEA LA MATERNA CON SU BEBE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	36	41%
No	52	59%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

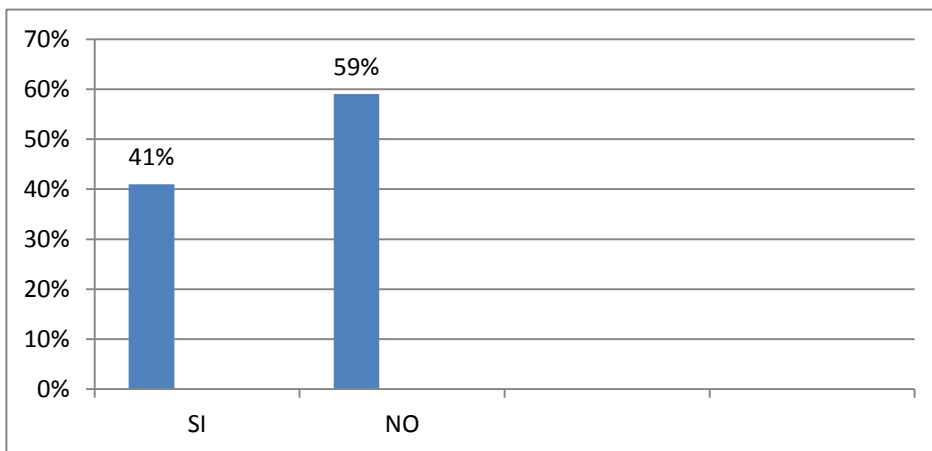
ANÁLISIS:

La tabla N°22 muestra que el 59% de las madres encuestadas opinan que no han dado ningún otro tipo de leche a su bebe además de leche materna y el 41% si le han dado otro tipo de leche o sucedáneos de leche materna.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de las madres nunca han dado otro tipo de leche a sus hijos que no sea leche materna, sin embargo aunque las que opinan que si le han dado un sucedáneo son menos no deja de ser un porcentaje significativo siendo este un factor muy influyente en el desarrollo de los niños y en su estado nutricional.

GRAFICA N° 19: OTRA LECHE.



Fuente: Tabla N° 22.

TABLA N° 23: QUÉ TIPO DE LECHE HA UTILIZADO.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leche de vaca	7	19%
Formula infantil	15	42%
Leche de bote	11	31%
Leche de soya	0	0%
2 o más de las anteriores	3	8%
Total	36	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

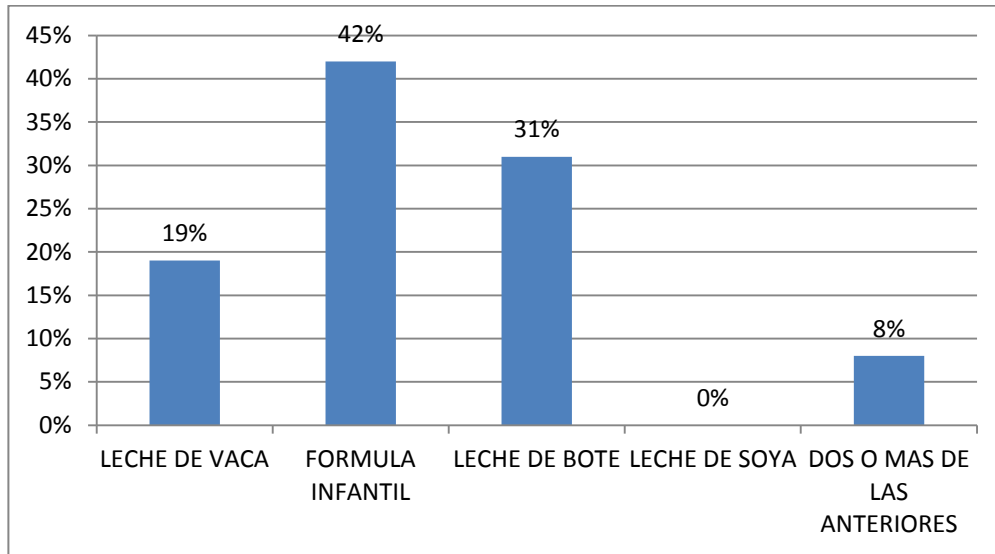
ANÁLISIS:

La tabla N°23 muestra que del 42% de las madres entrevistadas que han dado otro tipo de leche a su bebe, el 15% ha dado formula infantil y el 8% dos o más tipos de leche.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que de las madres que han dado otro tipo de leche a su hijo la mayor parte ha dado formula infantil considerando que estas mal llamadas formulas infantiles son igual o incluso mejor que la leche materna siendo un factor determinante de estas acciones la publicidad que este tipo de leche recibe por parte de los medios de comunicación y que en una mínima parte ha dado dos o más tipos de leche siendo la leche de vaca la segunda más usada tanto por su valor económico como por su facilidad para obtenerla.

GRAFICA N° 20: TIPOS DE LECHE MÁS UTILIZADOS.



Fuente: Tabla N° 23.

TABLA N° 24: CREE USTED QUE LA LECHE MATERNA TIENE MAL SABOR.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	17	19%
No	71	81%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANÁLISIS:

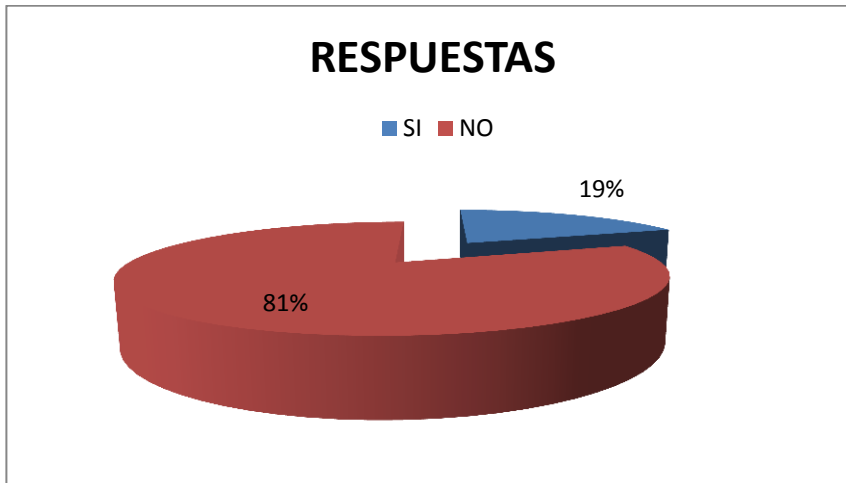
La tabla N°24 muestra que un 81% de las madres encuestadas opinan que la leche materna no tiene mal sabor, mientras que el 19% opinan que tiene mal sabor.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de madres piensan que la leche materna no tiene mal sabor, pero que en un buen porcentaje opinan que sí, esto se debe a la influencia que tienen las madres o suegras de las entrevistadas así como la opinión que tiene de la

población en general aunque las que opinaron que no tenía mal sabor aseguraban haberla probado en alguna ocasión.

GRAFICA N° 21: SABOR DE LA LECHE MATERNA.



Fuente: Tabla N° 24.

TABLA N° 25: SI RESPONDIÓ QUE SI PREGUNTAR ¿QUÉ HARÍA USTED PARA MEJORAR EL SABOR?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Le agrego azúcar	11	65%
Le agrego canela	1	6%
Le agrego chocolate	0	0%
Otro	5	29%
Total	17	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

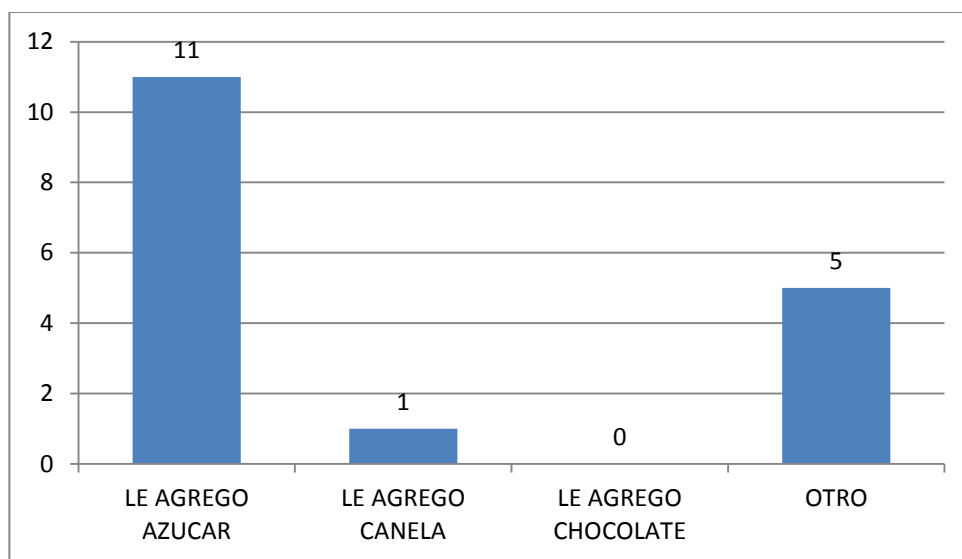
ANÁLISIS:

La tabla N°25 muestra que de las madres que piensan que tiene mal sabor la leche materna, el 65% de ellas consideraban agregar azúcar para mejorarle el sabor y solo el 1% le agregarían canela.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos anteriormente demuestran que entre la poca cantidad de mujeres que consideraban que la leche materna tenía mal sabor el 65 % le agregaría azúcar aun sabiendo que esto no es lo adecuado y que la ingesta de azúcar por los niños a esta edad podría ocasionar problemas de salud en un futuro.

GRAFICO N° 22: QUE LE AGREGA PARA MEJORAR EL SABOR.



Fuente tabla N° 25.

TABLA N° 26: QUE HACE USTED INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE QUE TERMINA DE DARLE EL PECHO A SU BEBE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Le saco los gases	72	82%
Lo pongo a dormir	8	9%
Le doy agua	8	9%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

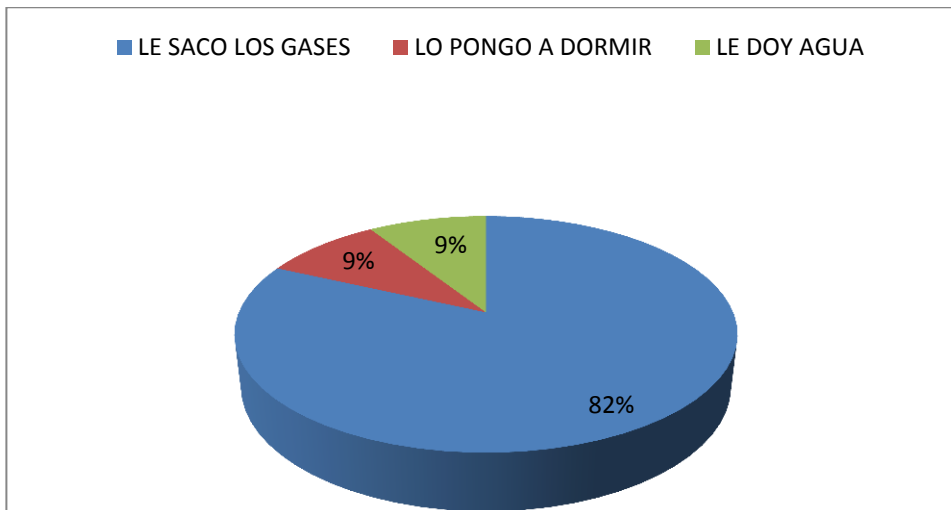
ANÁLISIS:

La tabla N°26 muestra que el 82% de las madres entrevistadas opina que inmediatamente después de darle el pecho a su niño le saca los gases y en un 9% lo pone a dormir y que por igual porcentaje le da agua.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de madres entrevistadas sabe que debe sacarle los gases su niño esto para evitar complicaciones como los cólicos gástricos y que en un menor porcentaje le daría agua esto para evitarles la prolongación del mal sabor de la leche y quienes lo ponen a dormir es porque no sabían que tenían que sacarle los gases para evitar los cólicos por ser su primer hijo.

GRAFICO N° 23: QUE HACE DESPUÉS DE DAR DE MAMAR.



Fuente: Tabla N° 26.

TABLA N° 27: CUAL CREE USTED QUE LA FORMA CORRECTA DE SACARLE LOS GASES A SU BEBE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Colocar sobre su hombro y darle palmadas en la espalda	50	57%
Acostarlo boca abajo sobre sus piernas y dale palmaditas	31	35%
Darle palmaditas en el pecho	7	8%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

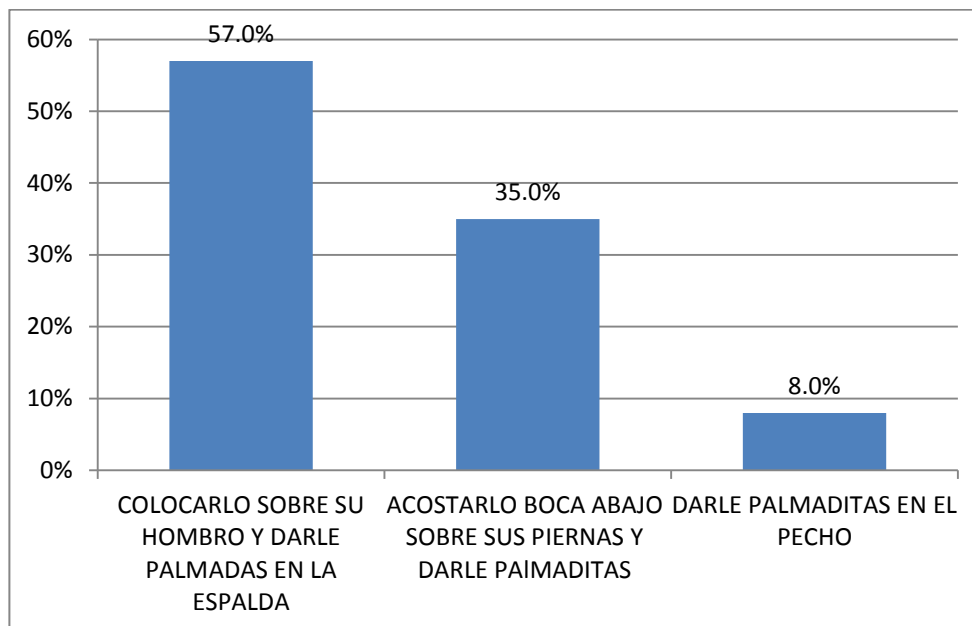
ANÁLISIS:

La tabla N°27 muestra que el porcentaje de madres entrevistadas que saca los gases a su bebe el 57% opina para sacarle los gases a su bebe hay que ponérselo sobre su hombro y darle palmaditas en la espalda y que el 8% refiere que hay que darle palmaditas en el pecho.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que el mayor porcentaje de madres saben cómo sacarle los gases a su bebe ya sea mediante palmadas suaves en su espalda colocándolo sobre su hombro o colocándolo sobre sus piernas sin embargo hay un buen porcentaje que no sabe cómo sacarle los gases o lo realiza de forma inadecuada.

GRAFICO N° 24: TÉCNICA PARA SACAR GASES.



Fuente: Tabla N° 27.

TABLA N° 28: PARA USTED CUAL ES LA POSICIÓN CORRECTA PARA DAR DE MAMAR A SU BEBE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Acostada	29	33%
De pie	0	0%
Sentada	59	67%
Otra	0	0%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

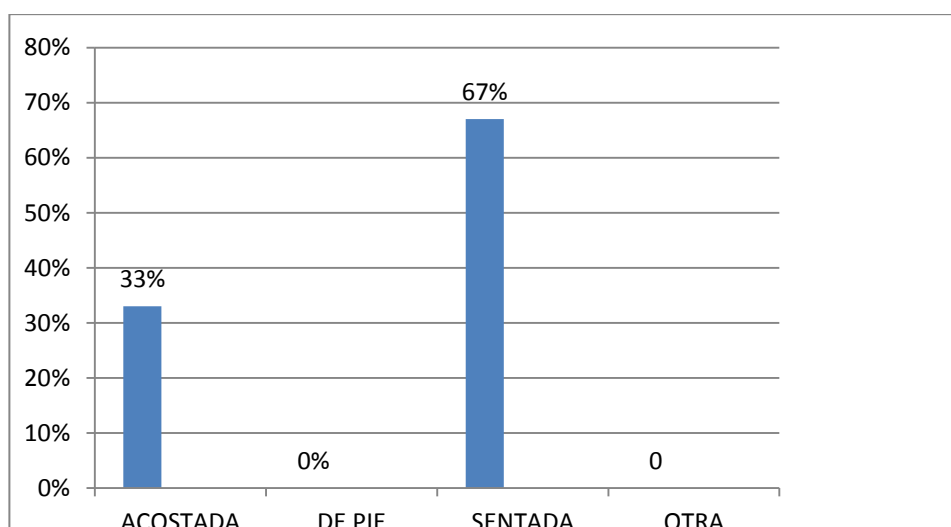
ANÁLISIS:

La tabla N°28 muestra que la mayor parte de las madres en estudio consideran que la posición correcta para amamantar es la posición sentada con un 67% mientras que el 33% consideran que es acostada.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de madres entrevistadas amamantan a sus hijos en posición sentada o consideran que esta es la posición correcta no obstante se muestra evidente que no conocen otras formas de amamantar o las posiciones correcta para hacerlo si se encuentran con alguna enfermedad incapacitante como después de un evento cerebrovascular o una cuádrupleja.

GRAFICO N° 25: POSICIÓN CORRECTA PARA DAR DE MAMAR.



Fuente: Tabla N° 28.

TABLA N° 29: UTILIZA LA TÉCNICA CORRECTA PARA DARLE DE MAMAR A SU BEBE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	39	44%
No	49	56%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

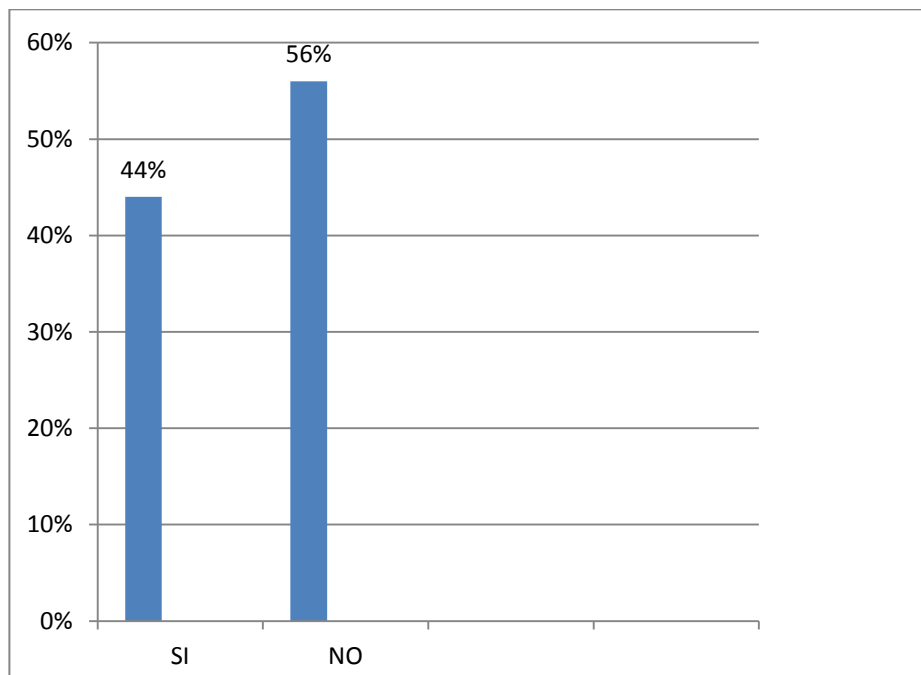
ANÁLISIS:

La tabla N°29 muestra que solo el 44% de las madres entrevistadas utilizan la técnica correcta para amamantar mientras el 56% no lo realizan de forma adecuada.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestra que la mayoría de la población en estudios muestran una deficiencia en la técnica adecuada para amamantar a su bebe ya que no cumplieron con los pasos adecuados para su realización, pasos que fueron obtenidos o evidenciado atreves de una guía que está presente en la estrategia AIEPI del ministerio de salud en la cual da los puntos o pasos estratégicos para realizar el amamantamiento adecuado, la mala técnica puede ocasionar la poca producción de leche en las madres dificultando así la alimentación adecuada .

GRAFICO N° 26: TÉCNICA CORRECTA PARA DAR DE MAMAR.



Fuente: Tabla N° 29.

TABLA N° 30: ANTES DE DAR DE MAMAR A SU BEBE, REALIZA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PRACTICAS.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Lavado de los pezones con agua y jabón.	19	22%
Lavado de los pezones solo con agua	24	27%
Lavado de los pezones con agua y detergente.	3	3%
Ninguna de las anteriores	42	48%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

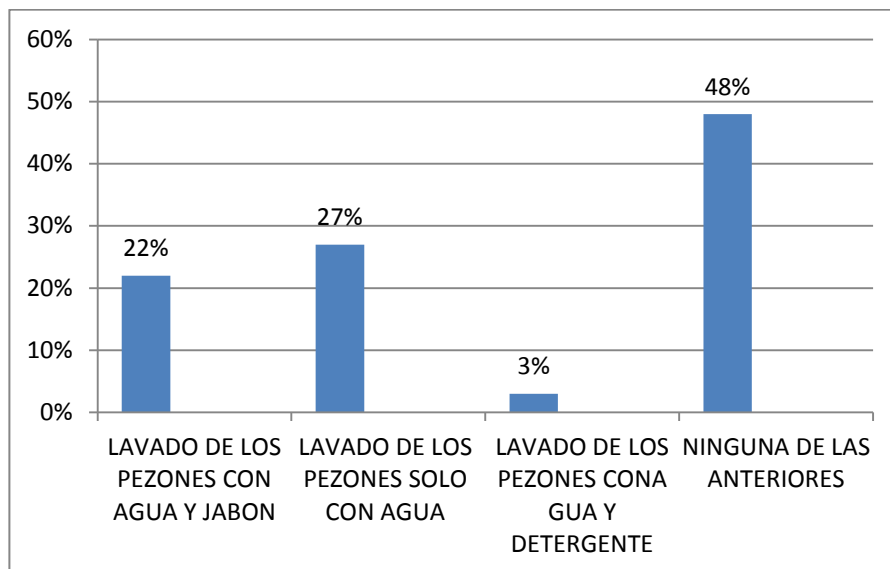
ANÁLISIS:

La tabla N°30 muestra que el 48% de las mujeres entrevistadas no realizan alguna practica para el aseo de sus senos antes de dar de mamar mientras que el 27% lo hacen solo con agua.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de la población en estudio no realiza alguna técnica para la higiene de sus mamas y si la realizan lo hacen de manera deficiente ocasionando enfermedades periodontales en los niños y lesiones en las mamas de las madres por la presencia de microorganismo infeccioso, las lesiones en las mamas de las madres pueden ocasionar el destete precoz porque les ocasiona dolor al dar de mamar.

GRAFICO N° 27: PRÁCTICA DE LIMPIEZA DE SENOS.



Fuente: Tabla N° 30.

5.1.4. EVALUACION DE CREENCIAS.

TABLA N° 31: DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS CUÁL CREE USTED QUE LE PUEDE CAUSAR DAÑO A SU BEBE SI USTED LO INGIERE.

RESPUESTA	FRECUENCIA(si)	PORCENTAJE	FRECUENCIA(no)	PORCENTAJE	TOTAL
Huevo	62	70%	26	30%	100%
Frijoles	55	62.5%	33	37.5%	100%
Repollo	73	83%	15	17%	100%
Coliflor	48	54%	40	46%	100%
Todos los anteriores	8	9%	80	91%	100%
Total	88		88		

Fuente: Cédula de entrevista.

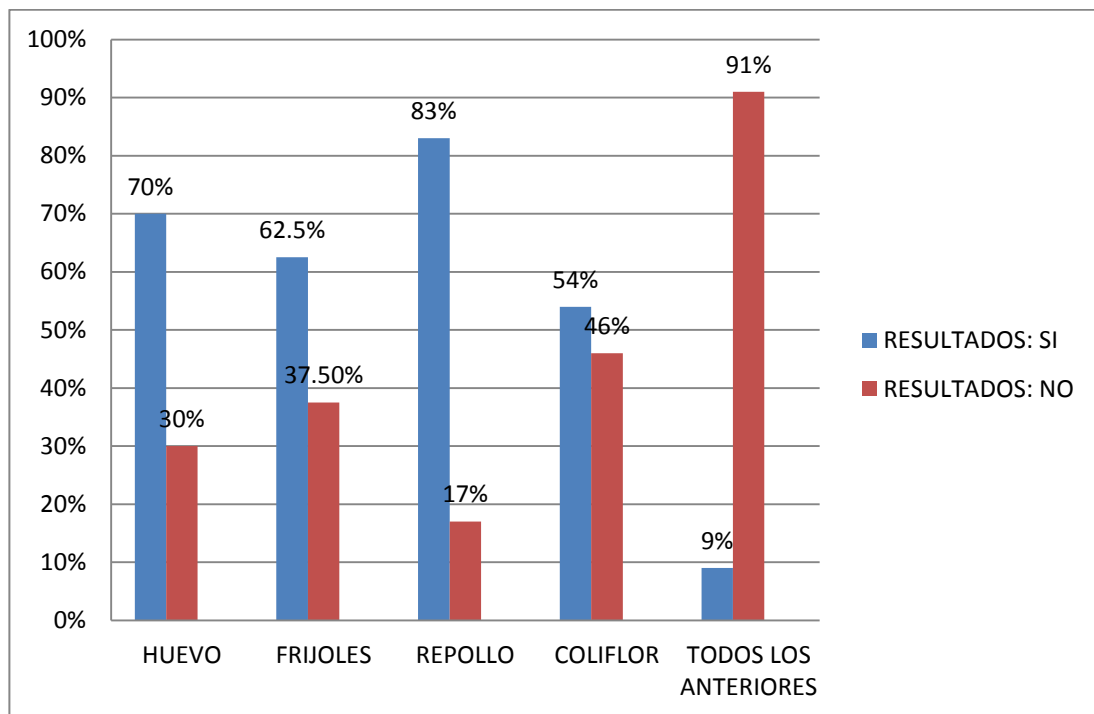
ANÁLISIS:

La tabla N°31 muestra que entre los alimentos que ingieren las madres y que podría ocasionarle daños a su bebe el repollo es el que consideran más dañino con un 83% mientras que el menos dañino es el coliflor con un 54%.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que el bienestar de los niños influye en las decisiones que toman las madres con respecto a los alimentos que ellas ingieren y que pueda llevar repercusiones en sus hijo como son los cólicos gástricos.

GRAFICA N° 28: CON QUE SE ALIMENTAN LAS MADRES.



Fuente: Tabla N° 31.

TABLA N° 32: QUE PLANTAS O HIERBAS CONOCE USTED QUE SON BENEFICIOSAS PARA AUMENTAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mora	50	56.8%
Hinojo	3	3.4%
Chichipince	14	15.9%
Anís	5	5.7%
Orégano	5	5.7%
Otro	11	12.5%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

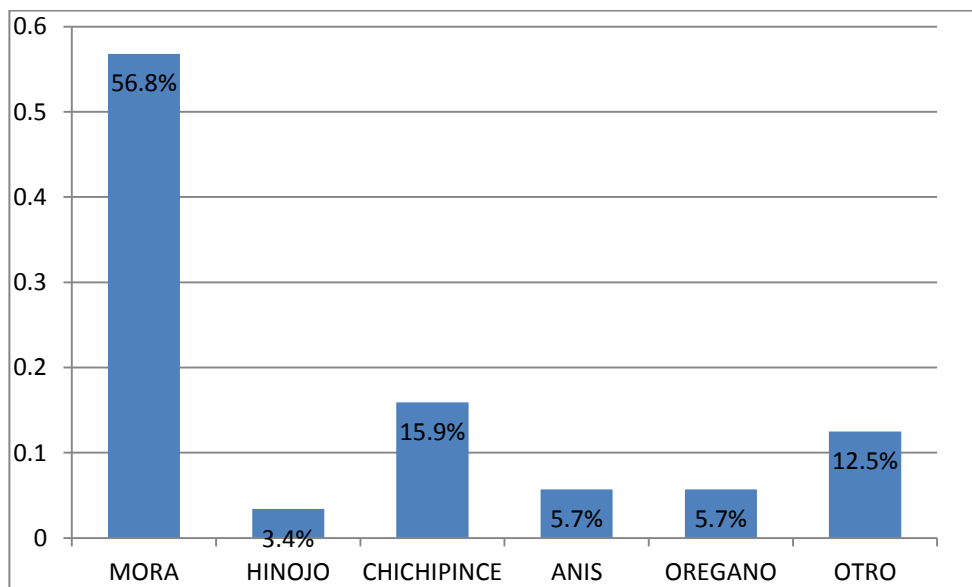
ANÁLISIS:

La tabla N°33 muestra que las mujeres entrevistadas que la mora es la planta más beneficiosa para aumentar la producción de leche con un 56.8% mientras que el hinojo es el menos beneficioso con el 3.4%.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de la población en estudio tiene cierto grado de conocimiento con respecto al uso de plantas ya que en algún momento han hecho uso de ellas dicho conocimientos lo han obtenido de generación en generación con la ayuda de sus madres o abuelas .

GRAFICO N° 29: PLANTAS PRODUCTORAS DE LECHE.



Fuente: Tabla N° 32.

TABLA N° 33: QUE PLANTAS O HIERBAS CONOCE USTED QUE PUEDAN DISMINUIR LA PRODUCCIÓN DE LECHE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Orégano	24	27%
Perejil	9	10%
Hierva buena	8	9%
Menta	19	22%
Salvia	2	2%
Otro	26	30%
Total	88	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

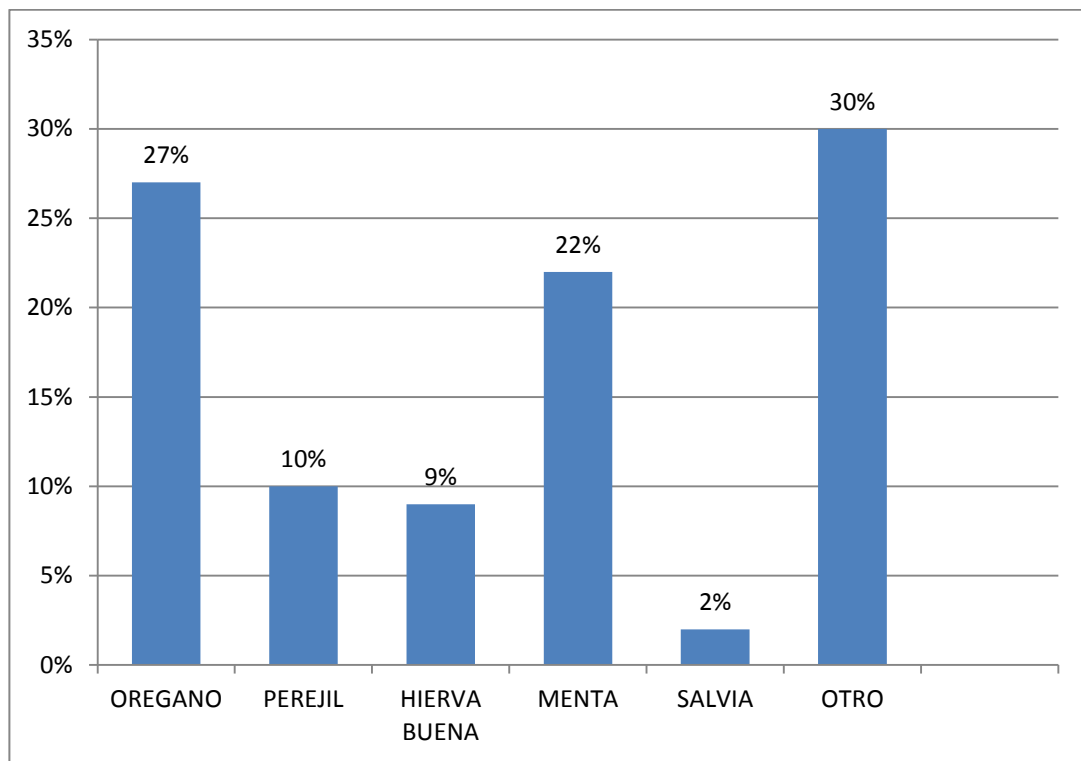
ANÁLISIS:

La tabla N°33 muestra que la mayor parte de la población en estudio consideran que el orégano es la planta que más ayuda a disminuir la producción de leche con un 27% mientras que la salvia es la menos dañina con un 2%

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos demuestran que la mayoría de las mujeres consideran el orégano como una planta a utilizar para disminuir la producción de leche dicha planta la utilizan cuando ya no quieren seguir amamantando a sus hijos.

GRAFICO N° 30: PLANTAS INHIBIDORAS DE LA PRODUCCIÓN DE LECHE.



Fuente: Tabla N° 33.

TABLA N° 34: QUE ALIMENTOS CONSIDERA USTED QUE SON ADECUADOS COMER EN EL PERIODO DE LA LACTANCIA PARA AUMENTAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
Queso seco	42	48%	66	52%	100%
Chocolate	44	50%	44	50%	100%
Tortilla tostada	5	6%	83	94%	100%
Atoles	29	33%	59	67%	100%
Otro	16	18%	72	82%	100%
Total	88		88		

Fuente: Cédula de entrevista.

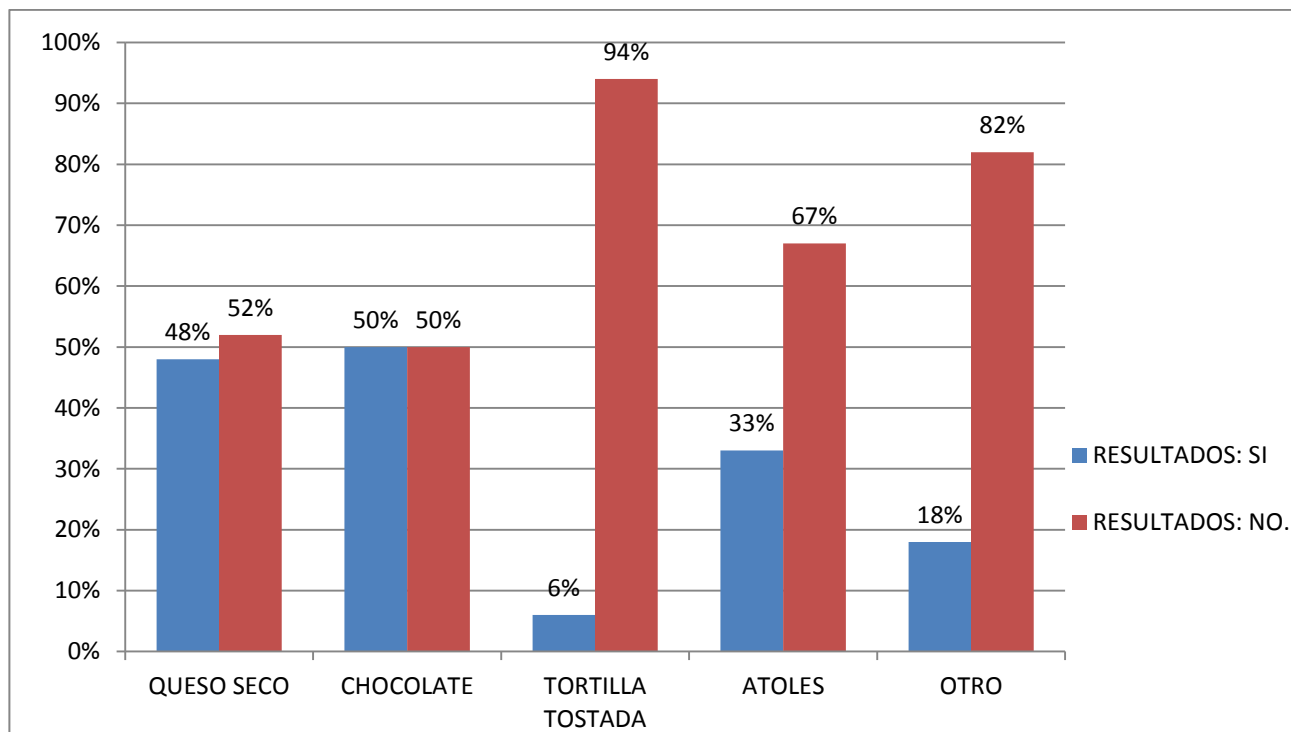
ANÁLISIS:

La tabla N°34 muestra que la población en estudio creen que el chocolate es un alimento que les ayuda a mejorar la producción de leche con un 44% mientras que solo el 5 % consideran la tortilla como un alimento que ayuda a la producción de leche.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos muestran que el chocolate sigue siendo uno de los alimentos más consumidos por la población en estudio para aumentar la producción de leche sin embargo es de destacar que las viejas costumbre como eran alimentarse solo con tortilla y queso cada vez se utiliza menos mejorando así el estado nutricional de la madre y de igual manera el de sus hijos.

GRAFICO N° 31: ALIMENTACIÓN PARA AUMENTAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE.



Fuente: Tabla N° 34.

TABLA N° 35: QUE HARÍA USTED SI CUANDO DA DE MAMAR A SU BEBE, SIENTE QUE LA MUERDE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Le suspendo el pecho y le doy pacha	27	31%
Le lavo las encías con cebolla	7	8%
Sigo dándole de mamar	25	28%
Lo llevo al odontólogo	29	33%
Total	88	100%

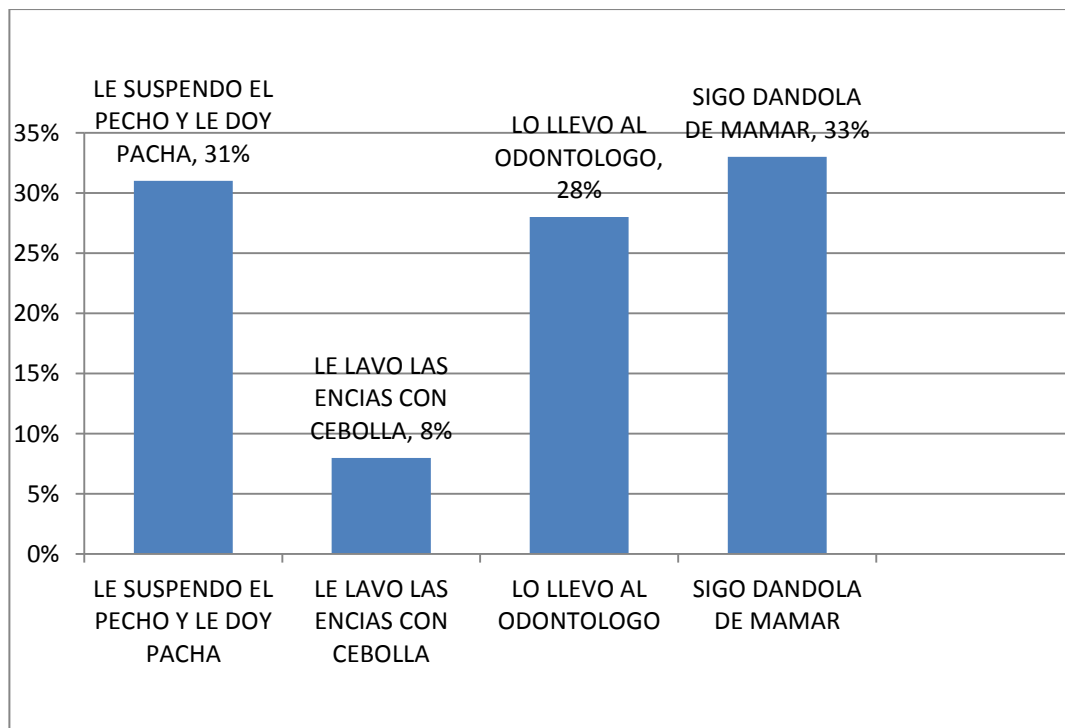
Fuente: Cédula de entrevista.

ANÁLISIS:

La tabla N°35 muestra que si se presentara dientes neonatales la mayoría de las madres llevarían al odontólogo a su bebe con un 33% de frecuencias mientras que un 8% le lavarían las encías con cebolla.

INTERPRETACIÓN: Los datos obtenidos demuestran que las madres prefieren llevar a su hijo al odontólogo en caso de dientes neonatales antes de realizar cualquier otra práctica a pesar de que este acontecimiento no es muy frecuente las madres manifiestan no sentir temor si se presentara la ocasión.

GRAFICO 32: DIENTES NEONATALES.



Fuente: Tabla N° 35.

5.2 COMPROBACION DE HIPOTESIS

Para comprobar la hipótesis de trabajo se hará uso de la prueba chi-cuadrado y el uso de tablas de frecuencia en donde las variables conocimientos, prácticas y creencias se relacionaran con la variable estado nutricional de los niños de 0 a 6 meses en estudio. Para este análisis se utilizaran las tablas de escalas del conocimiento, prácticas y creencias creadas en el apartado 4.6 de la tesis.

Relación entre conocimiento de la madre y el estado nutricional del niño.

Tabla 36. Frecuencia de la Escala de medición del conocimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Conocimiento no aceptable (<50%)	23	26.1	26.1	26.1
	Conocimiento moderadamente aceptable (Del 50 a <75%)	50	56.8	56.8	83.0
	Conocimiento aceptable ($\geq 75\%$)	15	17.0	17.0	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

En esta tabla se puede observar que la mayoría de madres un 56.8% tienen un conocimiento moderadamente aceptable sobre la lactancia materna, de 17% tienen un conocimiento aceptable y solo el 26.1% de las madres no tiene un conocimiento no aceptable.

Tabla 37. Contingencia

		Escala de medición del conocimiento			Total
		Conocimiento no aceptable (<50%)	Conocimiento moderadamente aceptable (Del 50 a <75%)	Conocimiento aceptable (≥75%)	Conocimiento no aceptable (<50%)
Estado nutricional del niño	Normal	19	49	15	83
	Desnutrido	4	1	0	5
Total		23	50	15	88

Al analizar la tabla de contingencia se puede observar que 4 de los 5 casos de desnutrición se encuentran en la escala de conocimiento no aceptable, solo hay un caso en la escala de conocimiento moderadamente aceptable y no se cuenta con ningún caso en la escala de conocimiento aceptable.

Tabla 38. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.053	2	.018
N de casos válidos	88		

El valor de χ_{obt}^2 es de 8.053, este resultado se debe comparar con el valor de la χ_{crit}^2 .

Condiciones a Evaluar si:

$\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$ Existe una alta relación entre las variables conocimiento y la nutrición adecuada.

$\chi_{crit}^2 \geq \chi_{obt}^2$ No existe una alta relación entre las variables.

El valor de la χ_{crit}^2 se obtiene buscando sus grados de libertad y su valor de significancia en la tabla

Grados de libertad (gl) es igual a (Total de filas – 1)(Total de columnas -1)

$$gl = (2-1)(3-1) = 2$$

Además el valor del intervalo de confianza para la prueba debe ser del 95% por tanto el valor de significancia (α) debe ser del 5% o sea 0.05

Ahora buscamos en la tabla chi-cuadrado el valor de la χ_{crit}^2 (2, 0.05)= 5.9915

Evaluando las condiciones planteadas en este caso como el valor $\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$ si existe una alta relación entre el conocimiento adecuados de lactancia materna y el estado de nutrición apropiado del niño.

Relación entre las prácticas de la madre y el estado nutricional del niño.

Tabla 39. Frecuencia de la Escala de medición de las prácticas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Prácticas no aceptables (<50%)	16	18.2	18.2	18.2
	Prácticas moderadamente aceptables (Del 50 a <75%)	64	72.7	72.7	90.9
	Prácticas aceptables ($\geq 75\%$)	8	9.1	9.1	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

Al analizar los resultados de la tabla se puede decir que la mayoría de madres un 72.7% realizan prácticas moderadamente aceptable, seguido de un 18.1% de madres que realizan practica no aceptables para alimentar a su niño y un 9.1% de todas las madres del estudio de investigación realizan lo que son prácticas muy aceptables.

Tabla 40. Contingencia

		Escala de medicion de las practicas			Total
		Practicac no aceptables (<50%)	Practicac moderadamente aceptables (Del 50 a <75%)	Practicac aceptables (≥75%)	
Estado nutricional del niño	Normal	13	62	8	83
	desnutrido	3	2	0	5
Total		16	64	8	88

El observar la tabla contingencia se observa que 3 de los 5 casos de desnutrición se encuentran ubicado en la escala de medición de prácticas no aceptables por parte de la madre al momento de alimentar y cuidar a su niño, 2 de los casos de desnutrición se encuentran ubicados en las practicas moderadamente aceptables en donde se ubica la mayor parte de las muestras e igual que la tabla de contingencia anterior la del conocimiento, también para la de prácticas no hay ningún caso de niño desnutrido cuando las prácticas son altamente aceptables.

Tabla 41. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.361	2	.042
N de casos válidos	88		

El valor de χ_{obt}^2 es de 6.361, este resultado se debe comparar con el valor de la χ_{crit}^2 .

Condiciones a Evaluar si:

$\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$ Existe una alta relación entre las variables prácticas adecuadas y una muy buena nutrición.

$\chi_{crit}^2 \geq \chi_{obt}^2$ No existe una alta relación entre las variables.

El valor de la χ_{crit}^2 se obtiene buscando sus grados de libertad y su valor de significancia en la tabla

Grados de libertad (gl) es igual a (Total de filas – 1)(Total de columnas -1)

$$gl = (2-1)(3-1) = 2$$

Además el valor del intervalo de confianza para la prueba debe ser del 95% por tanto el valor de significancia (α) debe ser del 5% o sea 0.05

Ahora buscamos en la tabla chi-cuadrado el valor de la χ_{crit}^2 (2, 0.05)= 5.9915

Evaluando las condiciones planteadas en este caso como el valor $\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$ si existe una alta relación entre las practicas adecuadas de lactancia materna por parte de la madre y el estado de nutrición propio del niño.

Relación entre las creencias de la madre y el estado nutricional del niño.

Tabla 42. Frecuencia de la Escala de medición de las creencias

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Creencias no aceptables (<50%)	17	19.3	19.3	19.3
Creencias moderadamente aceptables (Del 50 a <75%)	51	58.0	58.0	77.3
Creencias aceptables ($\geq 75\%$)	20	22.7	22.7	100.0
Total	88	100.0	100.0	

Al analizar los resultados de la tabla se puede revelar que la mayoría de madres un 58% tienen creencias moderadamente aceptable, ya que no detienen o dañan el desarrollo nutricional del niño, seguido de un 22.7% de madres que tienen creencias que no afectan e influyen negativamente el proceso nutricional del niño, pero un 19.3% de las madres tienen creencias si influyen y provocan daño nutricional al desarrollo del niño durante la etapa de 0 a 6 meses de edad.

Tabla 43. Contingencia

		Escala de medición de las creencias			Total
		Creencias no aceptables (<50%)	Creencias moderadamente aceptables (Del 50 a <75%)	Creencias aceptables ($\geq 75\%$)	
Estado nutricional del niño	normal	14	49	20	83
	desnutrido	3	2	0	5
Total		17	51	20	88

Al observar la tabla de contingencia en la medición de creencias aceptables no se observa ningún caso de desnutrición, pero cuando se analiza la columna de creencias moderadamente aceptables aparecen 2 casos de desnutrición y estos caso tiende a aumentar de 2 a 3 en las columnas de creencias no aceptables, ya que este tipo de creencias afectan el normal desarrollo del niño y su nutrición durante esta edad.

Tabla 44. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.041	2	0.049
N de casos válidos	88		

El valor de χ_{obt}^2 es de 6.041, este resultado se debe comparar con el valor de la χ_{crit}^2 .

Evaluando las condiciones planteadas en este caso como el valor $\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$ es un poquito mayor, por tanto si existe una alta relación entre las creencias de la madre durante la lactancia materna y el estado de nutrición propio del niño, se puede decir que entre más la madre tenga creencia no muy adecuadas estas pueden afectar el desarrollo del niño durante esta edad.

Conclusión de la hipótesis de trabajo.

La variable creencia ha sido la que ha estado más cerca de ser posiblemente no aceptada, ya que es la que menos aporta en la investigación si observamos su grado de significancia (0.049) es un poquito menor que alfa (0.05). En cambio la variable conocimiento es la que mayormente aporta a la investigación ya que su grado de significancia es 0.018 muy cercano a cero lo cual significaría una relación perfecta, de ahí la variable practica obtuvo un grado de significancia de 0.042 el cual es muy importante convirtiéndola en la segunda variable con más aporte en la investigación.

Al tener una alta relación las tres variables con el estado de nutrición del niño y al observar cada una de las tablas de frecuencia por variables se puede decir que se acepta la hipótesis de trabajo que los conocimientos, prácticas y creencias sobre Lactancia materna en las madres de niños de 0 a 6 meses de edad son adecuados, aunque al observar cada tabla de frecuencia por variable se nota que el mayor porcentaje tanto de conocimientos, prácticas y creencias caen en la escala de moderablemente aceptables.

6. DISCUSIÓN:

La lactancia materna da a los niños el mejor comienzo posible en la vida. Se calcula que un millón de niños mueren cada año por diarreas, infecciones respiratorias y otros tipos de infecciones, debido a que no son adecuadamente amamantados. Un número mucho mayor de niños sufren innecesariamente de enfermedades que no adquirirían si fueran amamantados.

La lactancia materna también ayuda a proteger la salud de la madre.

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF recomiendan que todos los niños reciban lactancia exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros 6 meses de vida, y que continúen con la lactancia materna junto con alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente. Sin embargo, muchas madres de la mayoría de los países comienzan a dar a sus bebés comidas y bebidas artificiales antes de los 4 meses y dejan de amamantarlos mucho tiempo antes de que el niño tenga 2 años. Las razones comunes que influyen son: que las madres creen que no producen suficiente leche, o que tienen alguna otra dificultad para lactar.

La investigación demostró que tanto los conocimientos, las prácticas y las creencias con respecto a la lactancia materna, no obstante aunque se demostró que estas son adecuadas no se ha cumplido con la meta de que el 100% de los niños menores de 6 meses de edad sean alimentados en su totalidad con leche materna ocasionando así que los estándares de morbimortalidad infantil sean disminuidos. A pesar de que no se encontró altos niveles de analfabetismo en la población en estudio se pudo evidenciar que la cultura y creencias en las mujeres en estudio se encuentran muy arraigadas en ellas y se necesita mucho trabajo por delante para modificarlos.

El grupo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (CLM-AEP) inician en el año 2011 una relación asociada, por la que las tomas de postura y actualizaciones sobre lactancia materna elaboradas por el CLM-AEP son consideradas y asumidas por PrevInfad, con el ánimo de ofrecer coherencia, simplicidad y unidad en recomendaciones sobre promoción de la lactancia materna.

Estas recomendaciones tienen en cuenta la evidencia disponible sobre la efectividad y la eficiencia de las recomendaciones relativas a la lactancia natural.

En Julio de 2004 se realizó en la Unidad de Salud El Obrajero departamento de la Paz, El Salvador, un estudio correspondiente a los conocimientos y prácticas que poseen las madres sobre la lactancia materna que arrojó los siguientes datos:

- 68.8% de las madres encuestadas no tienen conocimiento sobre las ventajas de la lactancia materna.
- 92.66% de las madres encuestadas no conocen la diferencia nutricional de la leche materna y las fórmulas lácteas.
- 79.07% de las madres encuestadas no realiza higiene en los pezones antes de amantar al bebe.
- 53.21% de las madres encuestadas solo comen tortilla tostada queso seco y chocolate durante el postparto.

En Marzo de 2008 La Revista Chilena de Nutrición volumen N° 35 realizó un estudio sobre los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable obteniendo los siguientes resultados:

- 78.1% de las participantes habían tenido hijos.
- 13% de las participantes tenía conocimiento sobre la forma correcta de amamantar.
- 49% de las participantes no conocía los métodos de conservación de la leche materna.
- 69.8% de las participantes tiene actitud de apoyo cuando ve a una familiar lactando. El tiempo promedio de la lactancia materna fue de 5.7 meses. El alimento con el que más inician la alimentación complementaria es el caldo en 88%.

En la universidad de El SALVADOR en mayo de 2010 se realiza una investigación por parte de la facultad de medicina sobre los determinantes comportamentales y ambientales en relación de la práctica de la lactancia materna

7. CONCLUSIONES:

Después de tabular, analizar e interpretar los resultados se plantean las siguientes conclusiones:

- Con respecto a las características sociodemográfica se encuentra; la mayoría de mujeres entrevistadas se encuentran dentro de las edades fértiles de bajo riesgo (20-35 años: 55.6%) y criando a su primer hijo (52%), por lo que se está frente a una nueva generación de madres las cuales a pesar de un nivel de escolaridad de primaria (52.3%) y cuya ocupación es ser ama de casa (82%) por lo que han sido muy influenciadas por viejas costumbres, lo que afecta las decisiones que ellas deben de tomar sobre la alimentación de sus hijos.
- Los conocimientos por parte de la población en investigación son adecuados (64%) ya que el 85% conocía más de algún beneficio de la lactancia materna y el tiempo de duración (75%) así como cuando debe de iniciarse (61.4%) y la periodicidad con la que debe de ser amamantado su bebe (59%) al igual que por lo menos un componente de la leche materna siendo las vitaminas la más conocida en un 92% a pesar que más de la mitad de la población en estudio no reconoce el termino calostro, el 81% están de acuerdo que la primera leche es apta para el consumo de su bebe.
- Las prácticas más comúnmente encontradas en nuestra población tenemos: amamantar a sus bebes en posición sentada (67%) y así como la extracción de leche materna de forma manual (25%) es muy poco utilizada por lo que del total de la población entrevistada que alguna vez se había realizado extracción manual de leche materna solo el 27.3% lo realizaba con la técnica correcta, también se encontró deficiencia en temas muy importantes para el beneficio de los lactantes como es el aseo de los senos antes y después de dar de mamar (27%), como la utilización de una técnica adecuada a la hora de amamantar a su bebe (44%), lo cual se demostró a través de una guía de observación de los signos del buen agarre(anexo 5), dato que puede influir en que solo el 41% de las madres ha utilizado otro tipo de leche para amamantar a su bebe siendo las fórmulas infantiles o maternizadas las

más comúnmente utilizadas con 42%, pero se encontró que el 75% de las madres encuestadas practica lactancia materna fuera de su hogar mientras que 82% practican sacarle los gases a su bebe después de alimentarlo colocándolo sobre su hombro y dándole palmaditas en su espalda, por lo que se pudo concluir que son adecuadas (70%).

- Las creencias a pesar de ser el término más difícil de evaluar se puede concluir que son adecuadas (80.7%) ya que estos no ocasionan daño a los lactantes y estas se encuentran muy arraigadas en nuestra población principalmente por pertenecer en su totalidad al área rural. Creencias tan arraigadas como es la ingesta de atoles (33%), chocolates (50%) para mejorar la producción de leche, así como el consumo de ciertas plantas como es la mora (56.8%) y el orégano (27%) y la restricción de alimentos como el repollo (83%) y la coliflor (54%) otra creencia muy latente es en el caso del diente neonatal del cual el 28% visitaría un centro de salud para solucionar dicho problema.
- Al final de la investigación se puede concluir que la hipótesis planteada es aceptada ya que se demostró que los conocimientos, prácticas y creencias sobre lactancia materna en las madres de niños menores de 6 meses de edad son adecuados.

8. RECOMENDACIONES:

Después del análisis, interpretación y conclusiones se hacen las siguientes recomendaciones al Ministerio De Salud Pública De El Salvador.

- Promover con mayor intensidad la política de hospitales amigos de los niños.
- Establecer programas más ambiciosos de capacitaciones sobre lactancia materna al personal de salud.
- Brindar apoyo para la promoción y estímulo de los programas que se estén desarrollando en este ámbito.
- Crear conciencia sobre la importancia y los beneficios de la lactancia materna en la población.
- Promover con mayor intensidad la promoción y difusión de la lactancia materna en nuestra población como política permanente en el primer nivel de atención.
- Realizar investigaciones con bases científicas en la población para determinar la veracidad de las creencias sobre la lactancia materna que estas poseen y poder fomentar aquellas que favorecen el adecuado desarrollo de los lactantes.

A los docentes de la carrera de doctorado en medicina de la Universidad de El Salvador.

- Incluir más exhaustivamente el tema de la lactancia materna en el currículo de los estudiantes de medicina.
- Ahondar más sobre las prácticas y el conocimiento que tiene nuestra población sobre dicho tema a través de estudios científicos sobre el tema.
- Promover charlas impartidas por especialistas a nuestros estudiantes sobre dicho tema con mayor frecuencia.
- Promover jornadas en apoyo a la Lactancia materna en conjunto con el MINSAL.

A los establecimientos locales de salud:

- Implementar charlas educativas en los establecimientos de salud a cerca de lactancia materna a los clubes de embarazadas y a la población en general.
- Elaborar estrategias de concientización a futuras madres sobre la implementación de lactancia materna.
- Hacer mayor énfasis en la implementación de los 10 pasos para una lactancia materna efectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. NELSON tratado de pediatría 18ª edición, Vol. 1. Kliegman, Behrman, Jenson, Staton. Pp 215-218, parte V, alimentación de los lactantes y niños pequeños. Lactancia materna.
2. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría, Lactancia materna guía para profesionales, 5ª edición.
3. Gardner Grey, Orahilly, anatomía de la mama, 5ª Edición, México, Nueva editorial interamericana, 1989, p. 104-108.
4. Carlos Gonzales, Un regalo para toda la vida, 1ª edición.
5. Liga de la leche internacional, Lactancia materna libro de respuesta, 1ªedicion.
6. Guyton Hall, Embarazo y Lactancia, en Arthur C Guyton, M.D. Tratado de Fisiología Médica, España. Editorial Interamericana McGraw-Hill, 1997, pag 1146-1141.
7. F. Gary Cuningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jhon C Hauth, puerperio y glándulas mamarias, Obstetricia de Williams, México, McGraw Hill 2006 pag 609-704.
8. Hacia una Feliz Lactancia, Javier Osorio M.D, texto practico para profesionales de la salud, pág. 18-19, pag. 40-41.
9. Lactancia materna, María José Aguilar Cordero, el servier España 2005 primera edición, pág. 210-234.

10. A Contribution to the Physiology of Lactation ... Walter Lee Gaines University of Chicago, pag 134-150.
11. Lactation: Physiology, nutrition, and breast-feeding Margaret C. Neville. Edit plenum Press 1983, Chicago pag 139-150.
12. Lactancia materna: Una guía para la profesión médica Ruth A. Lawrence Robert A. Lawrence el Servier España 2007. Pag 175-210.
13. Lactancia materna María Rosario Trinidad Ayela Pastor, editorial club universitario 20-05-2009, pag 34-39.
14. Ministerio de Salud: MINSAL: El Salvador [en Línea.] [fecha de acceso 15 de Marzo de 2013.] URL disponible en:
<http://www.salud.gob.sv/Noticias ciudadanos/as/Agosto2012>.
15. Mónica Toro. Beneficios de la lactancia materna exclusiva [en línea] 2011, [22 de Marzo 2013], URL disponible en: <http://www.abcdelbebe.com/bebe/beneficios-de-la-lactancia-materna-exclusiva>.
16. Christyfeigh. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños [en línea] 2011 [20 de Marzo 2013], URL disponible en:http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/
17. OMS-UNICEF, Lactancia Materna [en línea] 209 [20 de Marzo 2013], URL disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_materna

18. Política de Protección Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna.asp.mspas.gob.sv/políticas/política_proteccion_promocionlactanciamaterna.pdf.

19. Diccionario Medico biológico, histórico y etimológico de la Universidad de Salamanca España consultado: 14 de agosto de 2013 URL disponible en: <http://dicciomed.eusal.es/busqueda>

20. Diccionario de términos medico científico Argentino consultado: 14 de Agosto de 2013 URL disponible en: <http://www.diccionario-medico.com.ar>

**LISTA
DE
ANEXOS**

ANEXO N° 1.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACION

Mes	MARZO/13				ABRIL/13				MAYO/13				JUNIO/13				JULIO/13				AGOSTO/13				SEPTIEMBRE/13				OCTUBRE/13				NOVIEMBRE13				DICIEMBRE/13						
Semanas	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			
Actividades																																											
1			X																																								
2		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X		X						X	X	X	X	X												
3		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X																	
4	X	X	X	X	X	X	X	X																																			
5			X																																								
6										X	X	X	X	X	X	X																											
7																																											
8																																											
9																																											
10																																											
11																																							25		N	O V	
12																																									2	12	DI

ANEXO 2. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

Cantidad	Concepto.	Precio unitario \$	Precio total \$
2	Libretas bloc de apuntes	1	2
5	Lápiz carbon.	0.20	1
25	Folders	0.15	3.75
15	Fastener	0.15	2.25
2	Borradores	0.25	0.50
88	Fotocopias de encuesta	0.03	2.64
900	Fotocopias varias (bibliografía, revistas,etc)	0.03	27.
8	Tintas negras (cartucho de tinta canon numero 210).	25	200
2	Tintas de color (cartucho de tinta canon numero 211)	25	50
21	Anillados de informes de investigación.	2	42
10	Validación de encuestas(fotocopia)	0.03	0.30
7	Empastados de informes final	5	30
7	CD`s	0.80	4.80
2	Computadoras (HP mini, COMPAQ notebook)	450	900
1	Impresor Canon multifunción pixma iP2700.	75	75
6	Resmas de papel tamaño carta	5	30
10% imprevistos			188.02
Total:			1559.26

El trabajo será financiado por el grupo investigador.

ANEXO 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ de ____ años de edad, he sido elegida para participar voluntariamente en la investigación llamada Conocimientos, prácticas y creencias de lactancia materna en madres de niños de 0 a 6 meses de edad que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Las Charcas, San buenaventura; Usulután. San Pedro, Chirilagua; San miguel y Cerro El Nanzal, Santa Elena; Usulután en el periodo comprendido de julio a septiembre de 2013.

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

Firma o huella dactilar de la madre participante.

Fecha.

ANEXO 4.

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



GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

OBJETIVO:

Recopilar información sobre los conocimientos, prácticas y creencias de lactancia materna en madres de niños de 0 a 6 meses de edad que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Las Charcas, San buenaventura; Usulután. San Pedro, Chirilagua; San miguel y Cerro El Nanzal, Santa Elena; Usulután en el periodo comprendido de julio a septiembre de 2013.

UNIDAD DE SALUD:

INFORMACION GENERAL

DATOS DE LA MADRE:

1- Edad:

- a) 15 A 19 años:
- b) 20 a 35 años :
- c) Más de 35 años

2- Estado familiar:

- a) Casada :
- 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

6- Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Empleada
- c) Comerciante
- d) Estudiante
- e) Especifique: _____

7- Estado nutricional del niño:

- a) Normal :

b) Desnutrido:

c) Desnutrición Severa:

Evaluación del conocimiento de lactancia materna

8- ¿Sabe usted que es la lactancia materna exclusiva?

a) Si

b) No

Comente: _____

9- ¿Conoce los beneficios de la lactancia materna exclusiva tanto para usted como para su bebe?

Beneficio.	Si	No
Es económica.		
Se ahorra tiempo.		
Tiene vitaminas.		
Anticonceptivo.		
Otro.		
Ninguno.		

10- ¿Cuáles son los componentes de la Leche materna?

Componentes	Si	No
Agua.		
Vitaminas.		
Minerales.		
Grasa.		
Ninguna de las anteriores.		

11- ¿Hasta qué edad cree usted que debe dar lactancia materna?

- a) La primera semana
- b) Por 1 mes
- c) Por 2 meses
- d) Hasta los 6 meses
- e) Hasta 1 año

12- ¿Cuándo cree usted que debe de iniciarse la lactancia materna?

- a) Al nacimiento
- b) Al día de nacido
- c) Cuando él bebe llora de hambre
- d) A la primera hora de nacido

13- ¿Cada cuánto se debe de alimentar a su bebe?

- a) Cada hora
- b) Cada 2 horas
- c) Cada 4 horas
- d) Cada vez que llora
- e) Otro: _____

14- ¿Si a su bebe le da sed que haría usted?

- a) Le doy agua
- b) Le doy solo pecho
- c) Le doy pacha

15- ¿Sabe usted que es el calostro?

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

16- ¿Cree usted que la primera leche es apta para el consumo de su bebe?

- a) Si
- b) No
- c) No se

17- ¿Sabe usted cuánto dura la leche materna guardada a temperatura ambiente?

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

Evaluación de las prácticas de lactancia materna

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

- a) Si
- b) No

(Si respondió que si preguntar)

19- ¿Cuál es la manera correcta de extraerse la leche de sus pechos?

- a) Darse un masaje alrededor de sus pechos
- b) Colocar la mano en C
- c) Colocar un deposito bajo el pecho y dejar que salga sola la leche
- d) Otra: _____

20- ¿Cuando usted y su bebe sale fuera de su casa y a su bebe le da hambre usted que hace?

- a) Le da seno materno
- b) Le da pacha con leche materna
- c) Le da pacha con leche de vaca

21- ¿Ha utilizado alguna vez otra leche que no sea la materna con su bebe?

- a) Si
- b) No

(SI RESPONDIO QUE SI PREGUNTAR)

22- ¿Qué tipo de leche ha utilizado?

- a) Leche de vaca
- b) Formula infantil
- c) Leche de bote
- d) Leche de soya
- e) 2 o más de las anteriores

23- ¿Cree usted que la leche materna tiene mal sabor?

- a) Si
- b) No

24- Si respondió que si preguntar ¿qué haría usted para mejorarle el sabor?

- a) Le agrego azúcar
- b) Le agrego canela
- c) Le agrego chocolate
- d) Otro

25- ¿Qué hace usted inmediatamente termina de darle el pecho a su bebe?

- a) Le saco los gases
- b) Lo pongo a dormir
- c) Le doy agua

26- ¿Cuál cree usted que es la forma correcta de sacarle los gases a su bebe?

- a) Colocarlo sobre su hombro y darle palmadas en la espalda
- b) Acostarlo boca abajo sobre sus piernas y darle palmaditas
- c) Darle palmaditas en el pecho

27- ¿Para usted cuál de las siguientes es la posición correcta para dar de mamar a su bebe?

- a) Acostada
- b) De pie
- c) Sentada
- d) Otra

28- ¿Utiliza la técnica correcta para darle de mamar a su bebe?

- a) Si
- b) No

(Respuesta por el investigador a través de una guía de observación en base a la estrategia AIEPI). Ver anexo 5.

29- ¿Antes de dar de mamar a su bebe, realiza alguna de las siguientes prácticas?

- a) Lavado de los pezones con agua y jabón.
- b) Lavado de los pezones solo con agua.
- c) Lavado de los pezones con agua y detergente.
- d) Ninguna de las anteriores.

Evaluación de las creencias de lactancia materna

30- De los siguientes alimentos, cuál cree usted que le puede causar daño a su bebe si lo ingiere:

- a) Huevo.
- b) Frijoles.
- c) Repollo.
- d) Coliflor.
- e) Todos los anteriores

31- ¿Que plantas o hiervas conoce usted que son beneficiosas para aumentar la producción de leche?

- a) Mora
- b) Hinojo
- c) Chichipinse
- d) Anís
- e) Orégano
- f) Otro

32- ¿Que plantas o hiervas conoce usted que puedan disminuir la producción de leche?

- a) Orégano
- b) Perejil
- c) Hierva buena
- d) Menta
- e) Salvia
- f) Otro

33- ¿Qué alimentos considera usted que son adecuados comer mientras se encuentra lactando para aumentar la producción de leche?

- a) Queso seco
- b) Chocolate
- c) Tortilla tostada
- d) Atoles
- e) Otro

34- ¿Que haría usted si cuando da de mamar a su bebe siente que la muerde?

- a) Le suspendo el pecho y le doy pacha
- b) Le lavo las encías con cebolla
- c) Lo llevo al odontólogo
- d) Sigo dándole de mamar

ANEXO 5. GUIA DE OBSERVACION PARA DETERMINAR LOS SIGNOS DEL BUEN AGARRE.



- La cabeza y el cuerpo del niño o niña esta erguido: _____
- La nariz del niño o niña frente al pezón: _____
- Panza con panza: _____
- Sostenido todo el cuerpo del niño no solo los hombros: _____
- Toca la mama con el mentón: _____
- Tiene la boca bien abierta: _____
- Tiene el labio inferior volteado hacia afuera: _____
- Se ve más la areola arriba de la boca que debajo de la misma: _____

(Para ser determinada como correcta debe de cumplir todos los apartados)

ANEXO 6.

GLOSARIO

Ablactación: Momento de la introducción de alimentos distintos a la leche materna.

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

Alojamiento Conjunto: Es la permanencia de la madre junto a su bebe en la misma habitación durante los días que permanezcan en el establecimiento de salud.

Aminoácido: Molécula que contiene un grupo carboxilo y un grupo amino. Las proteínas están formadas por la unión de aminoácidos.

Anemia: Empobrecimiento de la sangre por disminución de su cantidad total o cantidad de hemoglobina.

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

Conocimiento: Creencia verdadera justificada por la razón.

Depresión: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

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

Embarazo: Proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero; se inicia cuando termina la implantación o momento en que se adhiere el blastocito a la pared del útero, cosa que ocurre 5 o 6 días después de la fertilización.

Erección: Endurecimiento de los pezones; depende de complejas interacciones psicológicas, neurales, vasculares y endocrinas, en muchos casos asociado al deseo sexual.

Fenil cetonuria: Enfermedad metabólica de origen genético que produce si no se trata retraso mental; está ocasionada por el bloqueo de la ruta del aminoácido fenilalanina a tirosina, por carencia de la enzima necesaria para ello.

Galactosemia: Presencia de galactosa en la sangre de lactantes debida a la incapacidad de transformar la galactosa en glucosa por carencia genética de una enzima.

Gamma Globulina: Proteína del suero sanguíneo con gran importancia en el sistema inmunológico; inmunoglobulina.

Glándula: Órgano cuya función es producir una secreción que puede verterse a través de la piel o de las mucosas, como las glándulas salivales y sudoríparas, o al torrente sanguíneo, como el tiroides.

Glucosa: Azúcar de color blanco, cristizable, de sabor muy dulce, muy soluble en agua y poco en alcohol, que se halla disuelto en las células de muchos frutos maduros, especialmente la uva y en sangre y líquidos tisulares de animales.

Inmunoglobulina: Grupo de proteínas del suero de la sangre de los vertebrados; consisten en una estructura cuaternaria formada por cuatro cadenas polipeptídicas: Dos cadenas largas idénticas o pesadas y dos cortas o ligeras.

Lactancia materna: Alimentación infantil mediante la leche materna.

Lactancia materna exclusiva: Hace referencia a alimentación con leche materna solamente.

Lactancia materna predominante: Alimentación con leche materna como fuente principal y permite que el lactante reciba líquidos y bebidas adicionalmente.

Lactosa: Disacárido presente en la leche formado por la unión de una glucosa y una galactosa.

Liposoluble: De una sustancia que es soluble en materias grasas.

Lisozima: Enzima lítica existente en las lágrimas, moco nasal y en la mayoría de los tejidos y secreciones.

Mama: Cada uno de los órganos glandulosos y salientes que los mamíferos tienen en número par y sirven en las hembras para la secreción de la leche.

Morbilidad: Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

Múltipara: De la mujer que ha tenido más de un parto. De la hembra que tiene varias crías en el mismo parto.

Oxitocina: Hormona relacionada con los patrones sexuales y con la conducta maternal y paternal que actúa también como neurotransmisor en el cerebro.

Primípara: Se aplica a la mujer que ha parido o pare por primera vez.

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

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

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

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.