



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICIÓN**



“Factores que influyen en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en las Madres Adolescentes Lactantes que asisten a control en cinco Unidades Comunitarias de Salud Familiar de la Región Metropolitana, Junio 2014.”

Integrantes:

Jennifer Valeria Espinoza Amaya

Alberto Daniel Medina Malcía

Ana Ingrid Pérez Quintanilla

Para optar al Título de Licenciatura en Nutrición.

Docente asesor:

Licda. Ana Elizabeth de Segovia

Noviembre, 2014.

Ciudad Universitaria, San Salvador, El Salvador.

Agradecimientos

Agradezco a **Dios** quien es mi todo por darme el privilegio de culminar mi licenciatura y darme siempre las fuerzas necesarias para seguir adelante.

A mi madre quien es mi más grande ejemplo de lucha por su apoyo incondicional a lo largo de estos años, por su paciencia, y por todo el amor que me ha brindado.

A mi padre y mi abuela por toda la ayuda económica a lo largo de mis estudios, por todos sus consejos, y por ayudarme a ser una mejor profesional.

A mi compañera y amiga de tesis Ana Ingrid Quintanilla por toda la paciencia, empeño y dedicación que demostró en todo el trabajo, le puedo decir ¡por fin lo logramos!

Y por último pero no menos importante a todos mis docentes por sus conocimientos a lo largo de la carrera, y en especial aquellos que me acompañaron en el seminario de graduación.

Valeria Espinoza

Agradecimientos

Quiero agradecer primeramente a **Dios**, a mis Padres, hermanos amigas/os y docentes de la carrera de Nutrición de la Facultad de Medicina de La Universidad de El Salvador quienes fueron mis pilares fundamentales en nuestra preparación como profesional a lo largo de mi carrera:

- ❖ Lic. Mauricio Flores (Coordinador de Seminario de Graduación).
- ❖ Licda. Ana Elizabeth de Segovia (Asesora de Seminario de Graduación).
- ❖ Licda. Luz Amada de Pérez y Licda. Silvia Margarita López (Jurado de Seminario de Graduación).

También mis más sinceros agradecimientos a la institución de Salud en la que me dedique a tomar datos para el desarrollo de dicho estudio y entes que las conforman en especial a la Dra. Lourdes Marlene García y Dra. Arévalo de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Hábitat Confíen por haberme por haber avalado y apoyado la recolección de datos durante la investigación y así poder hacer posible este estudio.

Y a los demás docentes de la carrera que me proporcionaron sus conocimientos y tiempo de calidad para formarme como profesional de la Salud que Dios derrame muchas bendiciones en sus vidas.

Daniel Medina

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a **DIOS**, por brindarme siempre la determinación para finalizar mi carrera universitaria, por ser guía y por poner en mi camino siempre a las personas indicadas.

A mis padres; quienes me han brindado su apoyo incondicional tanto económico como moral y espiritual, por toda su entrega, dedicación y amor hacia mi persona, les estaré siempre agradecida.

A mis amigos y familiares que de alguna forma me han ayudado y apoyado en cada etapa de mi carrera.

A mi compañera de tesis y amiga Valeria Espinoza por haber puesto su empeño y dedicación a este trabajo, así mismo a su familia, a su mamá por haber estado siempre dispuesta a ayudarnos en esta etapa.

A los docentes de la carrera que han compartido sus conocimientos y han colaborado de manera muy directa para mi formación como profesional.

Ana Ingrid Pérez Quintanilla.

INDICE

INTRODUCCION	I
I. RESUMEN	8
II. MARCO TEORICO	11
A. ADOLESCENCIA	11
B. LACTANCIA MATERNA	14
C. FACTORES INFLUYENTES EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA	23
III. OBJETIVOS	39
IV. DISEÑO METODOLOGICO	40
A. TIPO DE ESTUDIO	40
B. POBLACIÓN Y MUESTRA	40
C. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	43
D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS ...	47
E. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	47
F. TABULACIÓN DE DATOS	48
G. PLAN DE ANÁLISIS	48
V. RESULTADOS	49
VI. ANALISIS DE RESULTADOS	62
VII. CONCLUSIONES	64
VIII. RECOMENDACIONES	65
IX. BIBLIOGRAFIA	66
X. APENDICES	70

INTRODUCCION

Los índices de embarazos en adolescentes de catorce a diecinueve años se han elevado notablemente en la última década en El Salvador, una prueba de ello es que según fuentes de la Organización Mundial de la Salud, cada media hora una adolescente da a luz y se convierte en madre; y esto añadido al desempleo, la violencia, inseguridad, entre otros problemas de carácter social; se suma que la mayoría de estas madres que no han alcanzado la estabilidad económica ni psicológica, son solteras, sin algún apoyo familiar o de pareja que le brinde soporte emocional; enfrentándose solas con la responsabilidad de la alimentación de sus hijos/as. ⁽¹⁶⁾

A pesar que a la mayoría de las madres adolescentes alguna vez un profesional de salud les ha expuesto los beneficios de la Lactancia Materna, esto parece no ser suficiente en la decisión de cómo alimentar a su hijo/a. Lo que en muchos casos esto repercute negativamente en la salud y sobre todo en el estado nutricional del lactante; reflejándose en los altos índices de morbimortalidad infantil y gastos millonarios a los gobiernos en atención intra y extra hospitalaria.

Es sabido por la mayoría de la población que la Lactancia Materna Exclusiva es el mejor alimento hasta los seis meses de edad, por múltiples razones como lo son: prevenir infecciones, obtener un buen estado nutricional en los niños, fortalecer el vínculo afectivo madre-hijo, entre otras, siendo esta capaz de reducir el riesgo de morbimortalidad neonatal; sin embargo según en el último estudio realizado por la Encuesta Nacional Familiar Salvadoreña (FESAL) 2008 la Lactancia Materna Exclusiva alcanza nada más que un 32% a nivel nacional.⁽¹²⁾

Lo anterior se vuelve un tema que genera motivación para trabajar multidisciplinariamente hasta lograr elevar los porcentajes de Lactancia Materna Exclusiva en el país. Como manera de aportar a dicho trabajo se ha realizado este estudio en el cual se planteó identificar los factores que influyen en la práctica de Lactancia Materna Exclusiva en madres adolescentes en cinco Unidades Comunitarias de Salud Familiar de la Región Metropolitana.

Los datos obtenidos serán de beneficio para las distintas unidades comunitarias de salud familiar, ya que una vez identificados los factores por los cuales las madres adolescentes no practican lactancia materna exclusiva, el personal de salud competente podrá capacitarse más en dichos temas y así brindar educación a las madres con el fin de mejorar la práctica y que como resultado final se obtenga un óptimo estado de salud de los lactantes.

Vale mencionar que se tienen que redoblar los esfuerzos tanto de parte de los profesionales de salud, y de la sociedad civil en general para seguir defendiendo esta práctica que además de ser una de las más antiguas de la humanidad es capaz de salvaguardar millones de vidas a nivel mundial.

I. RESUMEN

En nuestro país los porcentajes bajos de la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva, han sido un problema desde ya hace varias décadas atrás, trayendo entre otras consecuencias el alto índice de diferentes enfermedades infecciosas en lactantes, altos gastos al gobierno por atención hospitalaria a menores de seis meses, y altos porcentajes anuales de morbilidad neonatal; entonces surge la interrogativa del por qué las madres no alimentan a su hijo con lactancia materna exclusiva de manera imparcial hasta los seis meses de edad. Basados en esto se seleccionó el siguiente tema: “Factores que influyen en la práctica de la Lactancia Materna exclusiva en madres adolescentes en cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región metropolitana”.

Cabe mencionar que se seleccionó el grupo de madres adolescentes para el estudio ya que en El Salvador los partos en jóvenes se han disparado de manera exorbitante en los últimos años, además entre las características de las adolescentes se recalca el hecho que aun están en pleno desarrollo físico y emocional; siendo este último un factor importante a la hora de que la joven se responsabilice por la vida de su hijo, y quienes en la mayoría de casos enfrentan la presión familiar en muchas de las decisiones en cuanto a la crianza de su hijo/a.

Como se mencionó anteriormente el estudio se llevó a cabo en cinco unidades comunitarias de salud familiar las cuales fueron: Zacamil, Cuscatancingo, Habitat Confien, Ayutuxtepeque y Mejicanos; y se obtuvo como muestra un total de 222 madres adolescentes lactantes entre las edades de catorce a diecinueve años, para la recolección de datos, se asignó un número de entrevistas a cada investigador, las cuales se realizaron proporcionalmente en cada uno de los centros de salud anteriormente descritos. A través de la encuesta estructurada se indaga sobre los factores psicológicos, culturales y sociales de cada una de las

madres; el tiempo invertido en todo el proceso de recopilación de datos fue de dos semanas en total.

El objetivo fundamental que se planteó en esta investigación fue determinar e indagar en el o los factores que influyen en la práctica de lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes.

Los resultados obtenidos revelaron bajos porcentajes de Lactancia Materna Exclusiva en la región metropolitana (30%), la cual es un reflejo de la realidad nacional, ya que esta práctica tan solo logra un 32% en el país.

Otro aspecto importante es que de los tres factores de los que se recolectó información el que más influencia obtuvo fue el factor psicológico; dejando entre ver la importancia que juega la familia y la pareja para apoyar esta práctica. Por otra en cuanto al factor cultural, que se relaciona con los mitos, creencias y tabúes se afirma que aún se mantienen en la población; pero en menor proporción que hace algunas décadas atrás y a la vez los datos reflejan que el factor social lo que refiere con la edad, estado civil, grado escolaridad de la madre entre otros datos, influye de manera poco significativa en esta práctica.

Es lamentable confirmar que una práctica capaz de salvar y prevenir miles de enfermedades al año en los lactantes, como lo es la de Lactancia Materna Exclusiva se mantenga en porcentajes bajos en nuestro país; esto a pesar de diferentes iniciativas que realizan diferentes organizaciones en favor de esta. Por lo que la necesidad de mantener constantemente la sensibilización de los beneficios de la lactancia para la madre y el niño/a es notoria.

En conclusión para lograr aumentar esta práctica en el país y así salvaguardar miles de vidas neonatales, prevenir enfermedades, ayudar al ecosistema, ahorrarle al gobierno presupuesto en salud entre otros beneficios que trae la lactancia; es necesario unir esfuerzos como Estado, profesionales de la salud, familia y sociedad en general.

Para la realización de la investigación se consultaron diferentes fuentes bibliográficas de diferentes medios: tres tesis de la carrera de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador; libros, revistas y monografías de la Organización Mundial de la Salud, Centro de Apoyo de Lactancia Materna, la Encuesta Familiar Salvadoreña 2008, así como diversas páginas web y documentos en línea.

II. MARCO TEÓRICO

A. *Adolescencia*⁽¹⁷⁾

Es el período del crecimiento y desarrollo humano, que se extiende desde la pubertad, en la que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica; cronológicamente está ubicada entre los 10 y 19 años de edad, según consideraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la actualidad los adolescentes forman aproximadamente la quinta parte de la población mundial y más de la cuarta parte se encuentran países en vías de desarrollo.

a. Clasificación de la adolescencia.

1. Adolescencia temprana, menor de 14 años.

Considerada biológicamente como el periodo peri puberal, con cambios corporales y funcionales, donde se destaca la menarquía, en las adolescentes de sexo femenino; podemos decir que psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicas con individuos del mismo sexo, intelectualmente aumentan sus habilidades cognoscitivas y sus fantasías, no controlan sus impulsos y se plantean metas irreales.

2. Adolescencia media, 14 a 17 años.

Llamada adolescencia propiamente dicha, en esta etapa el adolescente ha completado su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente podemos

decir que es un periodo de conflicto con sus padres, y por lo tanto busca establecer máxima relación con su pareja. Para muchos es la edad promedio donde se inicia la actividad sexual, se sienten invulnerables y asumen conductas que generan grandes riesgos, ocupan parte de su tiempo preocupados por la apariencia física, pretende tener un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia tardía, 18 a 19 años.

Ya casi no se presentan cambios físicos, uno de los aspectos de mayor relevancia Durante la adolescencia es la búsqueda de su propia identidad y el logro de la identidad sexual.

El hecho de verse a sí mismo como ser sexual, poseer capacidad de desarrollar una relación íntima, romántica, son aspectos importantes del logro de la identidad sexual del adolescente, razón por la cual los/las adolescentes comienzan la búsqueda de su identidad sexual, factor que posteriormente los podría llevar al inicio de relaciones sexuales de forma precoz como según las estadísticas así es, aumentando el riesgo de embarazo en esta etapa de la vida, y a su vez trayendo como consecuencia, madres adolescentes no preparadas cognitivamente para enfrentar el nuevo rol.

b. Sexualidad y adolescencia.

La sexualidad forma parte normal del desarrollo normal del niño y el adolescente pero requiere especial atención en la adolescencia puesto que es aquí donde se inicia el proceso de búsqueda de la identidad sexual.

Los jóvenes son tienden a dejarse llevar por sus impulsos, particularmente los sexuales trayendo como resultado en muchos casos los altos índices de embarazos precoces no deseados, de acuerdo a la OPS más de 15 millones de

adolescentes entre 15 a 19 años paren anualmente considerado un problema de salud pública y de alto riesgo para la madre y su hijo.

Muchas adolescentes llegan al embarazo como una manera de llenar sus carencias, de ser requeridas sexualmente, y esto las hace sentirse valoradas y se entregan a una relación sin que necesariamente sea eso lo que desean realmente.

c. Adolescencia y Lactancia.⁽¹⁸⁾

Según estudios los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de nacer con bajo peso, según las circunstancias en que se haya llevado el embarazo. Es frecuente el riesgo que estos niños sean sometidos a abusos físicos, negligencia en los cuidados de salud, alimentación, y desarrollo físico y emocional por la incapacidad de la madre para discriminarse con el bebe.

En este período gustan de fiestas, de compartir con otros, lo que al tener un hijo se ve frustrado, pues el bebé necesita cuidados especiales durante los primeros años de su vida. Además, muchas veces los hijos no son deseados, cuestión fundamental para amamantar, criar y educar a un hijo. Estas razones nos explican en cierta medida el porqué muchas madres adolescentes no logran Lactancia Materna exclusiva seis meses.

Hay muchas circunstancias que explican el por qué las que las madres adolescentes no brindan lactancia materna: por falta de confianza en sí mismas para ser capaces de alimentar a su hijo, la presión social que ejerce la familia y amigos en ellas en que no brinden lactancia materna, el bombardeo de las diferentes industrias de los sucedáneos de la leche materna, muchas veces también juega un papel importante su estética y prefieren sacrificar la óptima alimentación de su hijo a cambio según ellas de una imagen.

Las madres adolescentes pueden lograr una Lactancia Materna Exclusiva si el equipo de salud apoya la labor educativa sobre este tema, desde la etapa pre escolar en los centros educativos y junto con la comunidad en intervenciones de educación, siendo el deseo que cada madre adolescente en cualquier parte del mundo que tenga el deseo de amamantar a su hijo tenga la información necesaria pues es la manera más armoniosa, maravillosa y sencilla de nutrir a su bebe. No hay duda que la alimentación materna al lactante constituye una función biológica para el ser humano.

B. *Lactancia materna*

1. Composición de la leche materna⁽⁴⁾

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes.

a. Grasas

La leche humana contiene aproximadamente 3.5 g de grasa por 100 ml de leche; esta cantidad representa aproximadamente la mitad del contenido energético de la leche. La grasa es secretada en pequeñas gotas y su cantidad se incrementa a medida que la toma de leche va progresando. Por lo tanto, la leche del final, que es secretada hacia el final de la mamada, es rica en grasa y tiene un aspecto blanco cremoso, mientras que la leche del inicio, del principio de la mamada, contiene menos grasa y tiene un color algo azul grisáceo. La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos poli-insaturados de cadena larga (ácido

docosahexanoico o ADH y ácido araquidónico o AA) que no se encuentran presentes en otras leches. Estos ácidos grasos son importantes para el desarrollo neurológico del niño.

b. Hidratos de carbono

El principal hidrato de carbono de la leche materna es la lactosa, que es un disacárido. La leche materna contiene aproximadamente 7 gr de lactosa por 100 ml; esta cantidad es más elevada que en la mayoría de otras leches y es otra fuente importante de energía. Otro tipo de hidratos de carbono, presentes en la leche materna, son los oligosacáridos, que brindan una importante protección contra la infección.

c. Proteínas

La proteína de la leche materna humana difiere tanto en la cantidad como en la calidad de la encontrada en la leche animal; contiene un equilibrio de aminoácidos que la hacen mucho más adecuada para el lactante. La concentración de proteína en la leche materna (0.9 g por 100 ml) es menor que en la leche animal. La mayor cantidad de proteína que existe en la leche animal puede sobrecargar los riñones inmaduros del lactante con productos nitrogenados de excreción. La leche materna contiene una menor cantidad de la proteína llamada caseína, la cual tiene una estructura molecular diferente. La caseína de la leche materna forma cuajos que son más fáciles de digerir que los que se forman con otras leches. En relación a las proteínas solubles del suero, la leche humana contiene mayor cantidad de alfa-lactoalbúmina; la leche de vaca contiene beta-lactoglobulina, la cual se encuentra ausente en la leche humana. La beta-lactoglobulina puede provocar intolerancia en los lactantes.

d. Vitaminas y minerales

Normalmente, la leche materna contiene suficientes vitaminas para el lactante, a no ser que la madre sea deficiente. La diferencia es la vitamina D. El lactante requiere ser expuesto a la luz del sol para generar vitamina D endógena- si esto no fuera posible, requerirá suplementación. El Hierro y el Cinc están presentes en relativa baja concentración, pero su biodisponibilidad y absorción es elevada. Si los reservorios de hierro de la madre son adecuados, los lactantes que nacen a término tienen una reserva de hierro que permite satisfacer sus necesidades; solamente los lactantes que nacen prematuramente pueden necesitar suplementos antes de los 6 meses de edad.

2. Tipos de lactancia materna⁽⁵⁾

a. Lactancia materna exclusiva:

La lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de diarrea y de infecciones respiratorias agudas si su duración es de 6 meses de vida, en comparación con una duración de 3 a 4 meses. Si la técnica de la lactancia materna es satisfactoria, la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida cubre las necesidades de energía y de nutrientes para la gran mayoría de niños. No son necesarios otros alimentos ni líquidos. Varios estudios han demostrado que, si los lactantes sanos reciben lactancia materna exclusiva, no requieren agua adicional durante los primeros 6 meses de vida, incluso en climas cálidos. La leche materna, que está compuesta por un 88% de agua, es suficiente para satisfacer la sed del lactante. Los líquidos adicionales desplazan la leche materna y no incrementan la ingesta total.

b. Lactancia materna predominante:

Significa que la fuente principal de nutrimentos es la leche humana; pero el lactante ha recibido agua o bebidas a base de agua (jugos de frutas, té o infusiones) o electrolitos orales.

c. Leche materna parcial:

Se ofrece al menos un biberón con algún sucedáneo de la leche materna. Ésta a su vez se subdivide en tres categorías: a) alta, más del 80% es leche materna, b) mediana, del 20 al 80% es leche materna y c) baja, menos del 20% es leche materna.

3. Mantenimiento de la lactancia materna⁽¹⁰⁾

Diversas situaciones implican que las madres deban suspender la lactancia materna a libre demanda, como por ejemplo luego de los meses brindados como licencia materna después del parto, y la madre debe regresar a su vida laboral. Existen varias maneras para dar mantenimiento a la lactancia materna en estos casos, y ya están amparados bajo la ley de la lactancia materna.

a. Extracción de la leche materna

La extracción de leche puede hacerse de forma manual o con una bomba extractora. Antes de manipular el pecho es importante lavarse siempre las manos; sin embargo no es necesario lavar el pecho antes de la extracción, es suficiente con la ducha habitual. Tanto si se va a extraer la leche de forma manual como con bomba, se debe primero preparar el pecho para facilitar la extracción, estimulando la bajada de la leche. Para ello se deben seguir tres pasos: masajear, frotar y sacudir.

b. Procedimiento de extracción

- i. Extraer la leche de cada pecho hasta que el flujo de leche se haga más lento.
- ii. Provocar el reflejo de bajada en ambos pechos (masajear, frotar, sacudir).
- iii. Repetir el proceso una o dos veces más. El proceso completo suele durar entre 20 a 30 minutos al principio; si la producción de leche ya está establecida suele durar menos tiempo.

c. Conservación y transporte de la leche materna

La conservación de la leche es muy fácil. Puede usarse recién extraída o conservar a temperatura ambiente, en el frigorífico o incluso en un congelador doméstico.

Tiempos de conservación, actualizado según los estudios realizados de los Bancos de Leche Humana en El Salvador:

- i. Temperatura ambiente, siempre y cuando sea en torno a los 21 °C un a dos horas.
- ii. En el frigorífico, entre 0-5 ° C: 24-48 horas.
- iii. En el congelador doméstico, A -20° C, hasta 15 días desde la extracción, congelando inmediatamente.
 - En recipiente de plástico o cristal.
 - En pequeñas cantidades (50-100cc).
 - Para no tener que tirar la leche ni romper la cadena de frío; debe identificarse con la fecha de extracción.

Descongelar a temperatura ambiente, no se debe descongelar ni calentar en microondas, ya que se destruyen algunos componentes de la leche materna. Para transportarla se recomienda utilizar bolsas térmicas y no romper nunca la cadena de frío.⁽⁸⁾

4. Beneficios de la lactancia materna⁽¹⁵⁾

a. Beneficios para el lactante:

La leche materna es el alimento natural que además de proporcionarle al bebe los nutrientes adecuados para un buen desarrollo, se adapta a sus necesidades fisiológicas, disminuyendo el riesgo de sufrir infecciones y estimulando el sistema inmune, ya que posee agentes que contribuyen a proteger a los lactantes de bacterias y virus. Los bebes alimentados con leche materna son capaces de combatir enfermedades además de obtener múltiples beneficios como:

i. Prevención de infecciones

Los lactantes alimentados con leche materna sufren menos enfermedades infecciosas como: gastrointestinales, infecciones de las vías respiratorias, meningitis, infecciones de orina, y otitis.

ii. Prevención de enfermedades crónicas de la infancia

Los bebes alimentados con lactancia materna presentan índices más bajos de padecer de enfermedades crónicas como: cáncer, esclerosis múltiple, artritis crónica degenerativa, asma, y dermatitis.

iii. Prevención de la diabetes juvenil

Protege contra la diabetes tipo I, porque se retrasa la introducción de leche de vaca y sus derivados, y en casos de predisposición genética a la diabetes está

mucho más indicada la lactancia materna y hay que evitar la proteína vegetal hasta el primer año de vida del menor.

iv. Prevención de la leucemia

Los estudios lo han relacionado con la presencia de la proteína alfa-lac de la leche materna, la cual reduce las células cancerígenas, y células inmaduras y favorece el crecimiento de las células ya maduras y estables.

v. Ayuda al desarrollo de los dientes

El correcto agarre del bebe al pecho distinto al del biberón, favorece el adecuado desarrollo de la mandíbula y las demás estructuras de la boca, evitando la necesidad de ortodoncias.

vi. Contribuye al sistema digestivo

Dado que la leche materna es de más fácil digestión y es rica en prebióticos por lo que la flora intestinal de los bebes presenta menos elementos patógenos.

vii. Prevención de la obesidad

Reduce el riesgo de obesidad porque contiene Lepina, hormona que controla la obesidad en los adultos, mientras más tiempo se de lactancia materna menor será el riesgo de padecer obesidad.

viii. Ayuda al desarrollo cerebral

Se asocia también que los niños lactantes poseen un mayor coeficiente intelectual (de dos a diez puntos más altos), debido a un mayor crecimiento cerebral

ix. Beneficios en bebes prematuros

A pesar que la madre dé a luz antes de tiempo, su leche estará especialmente adaptada a las necesidades de su bebe prematuro ya que contiene más proteínas, más calcio, y otros nutrientes en comparación de la leche materna normal.

Además los bebés prematuros alimentados con la leche de su propia madre, están más protegidos contra los gérmenes hospitalarios, causante de la enterocolitis necrotizante, enfermedad que produce muchas muertes en los niños prematuros.

b. Beneficios para la madre:

i. Recuperación del útero

Cuando el bebé succiona el pezón inmediatamente después del parto, produce la liberación de oxitocina en la madre. Esta hormona favorece el desprendimiento de la placenta, que el útero vuelva a su tamaño natural, y que haya una menor pérdida de sangre posterior al parto.

ii. Previene el cáncer de mama y de ovarios.

Estudios científicos han demostrado que las mujeres que dan de mamar tienen menos riesgos de padecer de cáncer, además prolonga el periodo de infertilidad, ya que la ovulación aparece más tarde en las mujeres que dan el pecho a sus hijos.

iii. Contribuye a la pérdida de peso

La producción de leche supone un gasto energético, mientras se mantiene la lactancia se irán utilizando todas las reservas que la madre ha acumulado.

iv. Menor riesgo de fracturas óseas y de osteoporosis

En el período de la post menopausia, ya que la re mineralización ósea después del parto es más rápida y eficaz y se movilizan los depósitos óseos y este aumento de calcio en sangre se utiliza para la producción de leche.

v. Beneficios psicológicos para la madre

Además de los beneficios para la salud hay gran cantidad de beneficios psicológicos que produce la lactancia materna entre los que destacan: el vínculo afectivo madre-hijo, existe menor incidencia de depresión post parto por que la lactancia produce una sensación de bienestar y aumenta la autoestima de la madre, los bebes que toman pecho adquieren una personalidad más segura e independiente, la lactancia permite tranquilizar y dar consuelo al bebe.

c. Beneficios generales de la lactancia materna

i. Ventajas económicas

Supone un gran ahorro, debido al precio elevado de los sucedáneos de la leche materna, se estima que la lactancia materna le ahorra al país un total de \$1,009,466.14 según el estudio realizado por el Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA), además los bebes amamantados precisan menos medicamentos y hospitalizaciones por lo que el gasto en atención medica es menor, también se presume un beneficio para las empresas, las madres que amamantan faltan menos al trabajo porque sus hijos se enferman menos.

ii. Ventajas ecológicas

La lactancia materna beneficia al medio ambiente, esto debido a que la producción de leches artificiales supone un mayor gasto de agua, un elevado consumo de energía para su producción, transporte y elaboración. Finalmente por supuesto la leche artificial genera muchos residuos.⁽⁷⁾

C. Factores influyentes en la práctica de la Lactancia Materna.

Son muchas las razones argumentadas del por qué las madres dejan de amamantar a sus hijos antes de los seis meses, muchas de estas, bastante subjetivas y basadas en creencias las cuales no tienen fundamentación científicas pero se entienden como verdaderas.

Mucha gente cree que la lactancia por ser un proceso natural, es algo sencillo, algunas mujeres tienen problemas para amamantar sobre todo si se trata del primer hijo sin apoyo familiar, especialmente si esta es adolescente.

A pesar de los esfuerzos que se han venido realizando por parte de los profesionales en la salud para desmentir tantos mitos y tabúes por parte de las madres y aumentar la Lactancia Materna Exclusiva aun este trabajo se queda corto cuando se evalúa los porcentajes de Lactancia Materna a nivel nacional que no llega ni siquiera al 50% como ya se mencionó anteriormente, trayendo como resultado inversamente proporcional altos índices de muertes neonatales.⁽³⁾

a. Factor social ⁽¹⁾

Existen diversos factores por los cuales una mujer decide no proporcionarle lactancia al recién nacido, diversos estudios sugieren que estos factores condicionantes son tan diversos y personales como cada mujer, y a su vez, estas están influenciadas por las vivencias y percepciones que han ido adquiriendo a lo largo de toda su vida. El nivel social es uno de estos condicionantes; dentro del cual se puede mencionar factores como: estructura familiar, condiciones laborales, influencia del medio en el que se desenvuelve cotidianamente.

La implementación de lactancia materna también es influenciada por el grado de escolaridad que poseen las madres. Algunos estudios han demostrado que un

nivel educativo superior es un pre disponente positivo para la lactancia materna, esto porque las mujeres cuentan con mayores conocimientos y comprensión sobre los beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos. Otros factores que pueden favorecer o desincentivar la lactancia son las presiones comerciales, las políticas y normas nacionales e internacionales.

A continuación se describen ciertos factores sociales que pueden afectar la lactancia materna.

i. Edad de la madre

La edad de la madre es un factor muy importante ya que dependiendo del grado de madurez de esta, viene la toma de conciencia del significado y la responsabilidad que implica ser madre y amamantar a sus hijos. Sin embargo en edades tempranas hay un problema mayor para mantener la lactancia materna exclusiva, las madres adolescentes lactan menos tiempo a sus hijos.

ii. Nivel educativo de la madre

Se presume que el grado de escolaridad de las madres que no terminan o abandonan su educación media se relaciona con no brindar lactancia hasta los seis meses, ya que estas se ven en muchos casos en la forzosa situación de regresar con sus estudios después del parto.

Además cabe mencionar que actualmente no se cuenta en el Ministerio de Educación con una currícula que maneje el tema de lactancia materna y sus beneficios a nivel de educación media, a pesar de identificar un alto porcentaje de estudiantes en el país que paren anualmente, a las cuales se les tendría que educar no solo por parte del Ministerio de Salud sobre dicha práctica trayendo como consecuencias que sean las creencias las que influyan en las decisiones del cuidado y la alimentación de su hijo/a. Según FESAL hay una relación inversa con el nivel educativo de la madre: A mayor nivel educativo menor es el tiempo de amamantamiento.

La gran mayoría de madres salvadoreñas solamente tienen acceso a la información sobre lactancia materna a través de procesos de socialización informales, que entran más bien en el ámbito de mitos, que se traducen en prácticas de la lactancia determinadas por las costumbres que prevalecen en su medio social.

Extrañamente en algunos casos de destete precoz o de lactancia materna no exclusiva, fueron trabajadores de salud como enfermeras y en su mayoría médicos quienes recomendaron la lactancia a través de fórmulas u otros sucedáneos de la leche. No se puede descartar que los trabajadores de la salud no estén totalmente convencidos que la lactancia materna exclusiva es suficiente para que los niños se nutran adecuadamente.

Las madres son influenciadas por el mensaje de las industrias comercializadoras donde demuestran que los niños crecen, aumentan de peso y son más inteligentes si son alimentados con sucedáneos. Lo cual es una táctica de los medios de comunicación y que evidentemente tiene un mayor impacto en madres cuyo nivel educativo es básico o medio.

Según los indicadores de FESAL el porcentaje de lactancia materna exclusiva es mayor en el área rural que la urbana, uno de los posibles factores del por qué estas madres a pesar de falta de educación formal dan lactancia materna a sus hijos; son sus mismas limitaciones económicas puesto que no tienen recursos necesarios para incorporar sucedáneos en lugar de la leche materna, aun cuando sus creencias o convicciones fueran que no es necesario amamantar a los bebés más allá de las primeras semanas de vida.

iii. Estado civil

Entiéndase por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona con sus vínculos personales con individuos de otro sexo. Se considera que las mujeres casadas o acompañadas tienen más apoyo y estabilidad emocional al

brindar lactancia materna; mientras que las madres solteras que en su mayoría son adolescentes presentan poco desarrollo biopsicosocial y fisiológico para sumir el reto de ser madre.

iv. Situación laboral

Circunstancia que otorga a las personas la condición de ocupado, en virtud de una relación laboral que mantiene con una instancia superior, sea ésta una persona o un cuerpo colegiado, lo que le permite ocupar una plaza o puesto de trabajo. Las personas con empleo constituyen un caso específico de personas que realizan una ocupación. El derecho al trabajo es de importancia fundamental no solo de por sí, sino también porque puede ser la puerta de acceso para el goce de otros derechos del interesado.

v. Condición laboral

En las décadas pasadas, el trabajo de la madre no se había tomado como un factor determinante que influye en la práctica y duración de la lactancia materna. La mujer se ha visto en la necesidad de salir a buscar trabajo, fuera de casa. Esto ha influido a que la práctica de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses, sea baja. En 2005 el Ministerio de Salud y el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá INCAP realizaron en El Salvador, un estudio antropológico sobre Lactancia Materna y Madres que trabajan; dando las siguientes recomendaciones:

1. Impulsar la revisión y adecuación de la legislación existente para favorecer el amamantamiento.
2. Involucrar a instituciones para aunar esfuerzos a favor de la lactancia materna.
3. Incentivar la toma de responsabilidad y conciencia en los proveedores de salud

para facilitar el acceso de las madres a servicios que favorezcan la práctica de la lactancia materna.

La mujer salvadoreña se desempeña en el sector laboral, tanto formal como informal. En el informe de Índice de Desarrollo Humano elaborado por el PNUD para el 2008 reporta que la agregación ocupacional de las mujeres en el mercado laboral de El Salvador el 82% está concentrada en cuatro ramas actividad, comercio al por mayor y al por menor (42.8%), la industria manufacturera (18.4%), el servicio doméstico (10.6%) y los servicios comunales, sociales y de salud (10.5%). De las trabajadoras de la industria, casi la mitad (44.7%) labora en actividades de baja remuneración, predominantemente en maquilas. Los cuatro sectores productivos donde se concentra la fuerza de trabajo femenina (82%) tienen altos índices de subempleo, en particular para el área rural. Así, de cada 100 mujeres que trabajan en el sector comercio, 75 están en situación de subempleo en el área rural y 45 en el área urbana. ⁽¹⁴⁾

Se señalan como condiciones de trabajo:

Jornada laboral, días de descanso, vacaciones, salario, aguinaldo. Existiendo un artículo en específico para las mujeres:

Según el Código de Trabajo de El Salvador, en el artículo 309 las madres tiene derecho a 12 semanas de licencia postparto sin embargo estas pueden tomarse 6 antes del parto y obligatoriamente 6 posterior al mismo lo que no favorece la Lactancia materna, situación similar lo presenta la Ley de Asuetos, vacaciones, y licencias de los empleados públicos en su artículo N° 9. ⁽¹¹⁾

Las condiciones laborales que se le establezcan a una madre lactante forman parte importante de brindar Lactancia Materna Exclusiva, debido a que la licencia de maternidad llega a extenderse hasta el tercer mes; como ya se definió anteriormente la Lactancia Materna Exclusiva se brinda hasta el sexto mes. Por lo

que cada institución que emplea a una madre lactante está en la obligación de establecer condiciones especiales que favorezcan y contribuyan a cumplir con dicho período de tiempo.

Con el fin de contribuir a la nutrición y salud de la niñez salvadoreña y amparar a la madre lactante trabajadora, se aprobó la Ley de protección, promoción y apoyo de Lactancia Materna, después de haberse conformado la sub comisión de lactancia en el año 1992 se elaboró el primer anteproyecto de Ley, el cual fue revisado 31 veces pero quedo archivado en casa presidencial y no tuvo salida en ese momento, siendo hasta en diciembre del año 2012 que se vuelve a presentar otra propuesta de Proyecto de Ley, siendo esta presentada en sesión plenaria de la honorable asamblea legislativa el día 26 de junio de 2013.

Luego de más de 20 años de trabajar por su aprobación, la ley fue aprobada ese día, con 71 votos a favor como decreto número 404 la cual se logró gracias al esfuerzo conjunto entre diferentes instituciones tales como el Ministerio de Salud, Centro de Apoyo de Lactancia Materna, Instituto Salvadoreño del Seguro Social y sus comités de lactancia materna, Colegio Médico, Asociación de Nutricionistas y Dietistas del El Salvador, Asociación Nacional de Enfermería e instituciones como la Alianza Neonatal de El Salvador, UNICEF, OPS, la cual contempla una serie de artículos con el fin de contribuir a la nutrición de la niñez salvadoreña y entro en vigencia en el diario oficial a partir del 20 de agosto del año 2013.

La ley abarca un total de 66 artículos divididos en capítulos según sean estos de Promoción, Protección y Apoyo a la ley, a la vez que deja ver al Ministerio de Salud como ente rector del cumplimiento de esta, con el apoyo multisectorial de Organizaciones no gubernamentales, Empresa privada, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Educación, además de contar con la creación de la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALAM) como un órgano asesor y de consulta adscrito al ministerio.

Contenido general de la ley

- Disposiciones generales
- Creación de la CONALAM
- Publicidad y promoción de la lactancia materna
- Alimentación del lactante en situaciones especiales
- Comercialización de los sucedáneos de la leche materna
- Prestadores de los servicios de salud
- Medidas de protección
- Sanciones.⁽⁹⁾

vi. Tipo de ocupación

La inserción femenina en el mercado laboral ha tenido características particulares según los años. El perfil que se presentaba como típico en los años 70' era el de una participación predominante de mujeres jóvenes antes de casarse o tener su primer hijo. Actualmente, quienes más aportan a la fuerza de trabajo son mujeres casadas o unidas con carga familiar. En teoría se cree que las amas de casa tienen mayor oportunidad para brindar lactancia materna exclusiva, aunque en los tiempos actuales parecería que ser ama de casa es una profesión poco valorada y hasta rechazada, pues las madres jóvenes se niegan a realizar esta actividad como un oficio digno; ser ama de casa es un trabajo único y por lo general no remunerado.⁽¹⁾

b. Factor cultural⁽²⁾

Al igual que los factores socio económicos, la cultura juega un papel importante en la práctica de la lactancia materna, esto se debe porque las mujeres se ven influenciadas por creencias, mitos y tabúes propios de la cultura en la que se desenvuelven; el proveer lactancia materna a los hijos ha sido un problema

recurrente y cada época ha tenido sus propios condicionantes. Las creencias son el conjunto de asentamientos o conformidades respecto a hechos que se dan como ciertos y seguros por lo que su aprobación no se considera necesaria, a la vez determinan actitudes que orientan las conductas y las prácticas cotidianas de las personas.

1. Creencias que tienen influencia en la práctica de la lactancia materna:

i. El niño ya no quiso mamar.

Esta explicación para el destete, precoz o temprano o para la inducción de una alimentación paralela con fórmulas, es obviamente una interpretación que la madre hace a partir una actitud del niño cuando se intenta amamantar. Biológicamente y naturalmente no hay razones para que el niño no quiera alimentarse del seno.

Como se ha dicho el amamantamiento requiere de un proceso de aprendizaje, tanto para la madre como para el niño, particularmente si la mujer es madre por primera vez. Con frecuencia la madre no tiene bien formado el pezón lo que dificulta una buena succión por parte del niño, lo cual puede resultar fatigante y frustrante para el bebé, lo que la madre podría interpretar como una falta de interés.

ii. El niño (a) no se llena

Las madres piensan esto porque el bebe demanda a veces muy rápido alimento ya que se ponen inquietos y lloran. Esta percepción es una de las que más contribuye a que las madres introduzcan alimentación complementaria con sucedáneos.

Al parecer esta percepción errónea por parte de la madre viene porque después de 20 o 30 minutos de estar mamando el niño quiere seguir, por lo que hay que recordar que los niños pueden establecer una relación lúdica con el seno materno, ya que la lactancia además de satisfacer las necesidades fisiológicas del niño cubre la necesidad de brindar seguridad al niño.

iii. Ya no le salía leche

Otra explicación frecuente por lo que las madres deciden dejar de amantar al niño o a la niña es que declaran que ya no les salía leche, como se sabe los senos maternos tienen una capacidad limitada para almacenar leche entre una amamantada y otra, por lo que esta podría terminarse antes de que el niño o niña de muestras de haberse saciado, sin embargo se sabe que las glándulas lactíferas que forman el tejido del seno tienen la capacidad de formar más leche en la medida que son estimuladas por la prolactina que a su vez es estimulada por la succión que el niño realiza.

Según lo anterior la madre tiene la capacidad de producir más leche, pero la cantidad que se produce depende de la demanda que haga el niño o niña.

iv. La leche podía hacerle daño.

Esto suele ocurrir cuando el niño está enfermo, pensar que la leche materna puede hacerle daño y empeorar su estado de salud es una creencia popular muy generalizada que se tiene, contrario a los beneficios de la lactancia para prevenir enfermedades y una recuperación más rápida.

v. El tipo de parto influye en la Lactancia.

Muchas madres aun consideran que si su parto fue por cesárea debido a la anestesia y al lapso de tiempo que suele transcurrir en colocar a su bebe la leche se les seca y debido a esto no proporcionan lactancia.

vi. Le podía pasar la enfermedad al niño o niña

En general cuando los síntomas de la enfermedad infecciosa aparecen en la madre, ya ha pasado algún tiempo del periodo de incubación por lo que si alguna enfermedad se llegara a transmitir a través de la leche materna (que cabe mencionar que no todas las enfermedades lo hacen) está ya se habría transmitido al bebe desde antes. Lo más recomendable en tales casos es seguir amamantando al niño para transmitirle también los anticuerpos de la leche.

A pesar que todas estas creencias influyen en forma negativa en la práctica de la Lactancia, cabe la pena recalcar que hay creencias populares que tienen base científica en pro de esta, como lo son las siguientes:

vii. Lactancia Materna como método de planificación.

Muchas madres conocen que para retardar un embarazo pueden practicar la Lactancia materna exclusiva como método de planificación; aunque para que el MELA (Método de planificación de Lactancia Materna) tiene que cumplir con tres requisitos que son: que brinde Lactancia Materna Exclusiva, que la madre no haya visto regla y que el niño/a sea menor de seis meses.

viii. La Lactancia Materna previene el cáncer de mama y útero.

Como ya se habló anteriormente por todos los procesos biológicos que ocurren en la madre al brindar Lactancia Materna, esto contribuye a evitar estos tipos de cáncer a larga plazo.

ix. Dar de mamar ayuda a abajar de peso.

Debido al gasto calórico necesario para la producción de la leche de alrededor de 500 calorías diarias si es Lactancia Materna Exclusiva, muchas madres logran bajar de peso considerablemente; aunque hay que considerar también que esto

puede ser “arma de doble filo” ya que se escuchan comentarios como: “ese bebe te está acabando” refiriéndose cuando el niño solo toma pecho y por esa razón la madres baja considerablemente de peso.

2. Mitos que tienen influencia en la práctica de la lactancia materna.⁽⁶⁾

También dentro del factor cultural se encuentran los mitos, los cuales han sido en su mayoría compartidos de forma generacional, por lo cual hasta la fecha en nuestra sociedad se practican, afectando la Lactancia Materna Exclusiva; entre estos tenemos:

i. Hay que darle agua a los niños para quitarles la sed

La leche del comienzo de cada mamada está hecha para apagar la sed del niño y que a medida va pasando el tiempo, la leche va cambiando de composición y esta será más concentrada. El agua que contiene la leche materna será suficiente para satisfacer la necesidad del niño, caso contrario ocurre si el niño es alimentado con formula, donde habrá necesidad de proporcionarle agua.

ii. El niño llora demasiado de noche

La cultura del biberón ha creado una generación de familias con expectativas diferentes a las necesidades reales del niño, las cuales no necesariamente coinciden con el sueño de sus padres, es normal que un niño alimentado con leche materna se amamante muchas veces durante la noche en comparación de si es alimentado con sucedáneos de la leche materna.

iii. Darle de mamar al niño cada vez que el pida es malcriarlo

Los horarios de alimentación impuestos al lactante son anti fisiológicos, especialmente en los primeros meses de vida. Ponerle un horario rígido de alimentación a un lactante es no entender cómo funciona la lactancia materna, y como consecuencia llevar a esta práctica al fracaso.

iv. La estética.

La estética también juega un papel importante en la decisión de brindar lactancia materna, esto es por la explotación del cuerpo femenino como objeto sexual, por parte de los medios de comunicación y la misma sociedad. Muchas mujeres no brindan lactancia ya que tienen la creencia de que esto les deteriora la apariencia de sus senos.

v. Dar formula es señal de estatus social.

La emigración de las madres de zonas rurales a zonas urbanas es muy común en nuestro país y forma parte de las situaciones que influyen en la lactancia materna. Algunas madres consideran más elegante la alimentación con el biberón y que este es un símbolo de estatus social. La lactancia con frecuencia también declina cuando las madres de zonas rurales llegan a áreas urbanas, donde las prácticas modernas pueden reemplazar las tradicionales o estar bajo la influencia de la urbanización, es aquí donde muchas pierden parte de su cultura y creencias ya que se dejan seducir por las facilidades que se presentan en la zona urbana y el tipo de vida que se vive en ella.

vi. Hay que botar la primera leche porque les hace daño a los niños.

Dentro de los factores culturales que pueden influir en la práctica de la lactancia materna exclusiva se puede mencionar por ejemplo “el calostro” muchas mujeres creen que se debe descartar por sus características como el color amarillento, de consistencia amarillenta y pegajosa; lo que le ocasiona vómito y diarreas al bebe.

vii. Se suspende la lactancia por medicamentos.

Otra de las razones por la cual algunas madres no brindan Lactancia Materna Exclusiva es debido a que ellas toman algún medicamento, y tienen el temor de que “se les pase al niño”, según estudios realizados son poco los medicamentos que logran atravesar el plasma y ocasionar alergia a los bebes (en la mayoría de

los casos solo los ansiolíticos o antibióticos muy fuertes), en estos casos lo más conveniente es que el médico indique el medicamento y explique a la madre si es o no contraproducente con la lactancia.

viii. Alimentación de la madre lactante.

Los mitos relacionados con los de la alimentación de la mujer puérpera consiste en que la mujer ingiera: “durante los primeros tres días después del parto solo chocolate, tortillas tostadas con queso” o con pan tostado, después de esos tres días podía comenzar a consumir otros alimentos como sopas y atoles, sin embargo alimentos fritos, frijoles y refresco de frutas o las mismas frutas especialmente las cítricas no están permitidas durante la cuarentena (periodo de recuperación o de dieta) esto repercute en el estado nutricional de la madre y del lactante.

ix. Las madres con pechos grandes producen más leche.

Está comprobado científicamente que la producción de la leche materna depende de la succión que tenga el lactante, estimulando las hormonas que intervienen en esta (oxitocina y prolactina); el tamaño de los senos nada tiene que ver con la producción.

x. Amamantar a los bebés es doloroso.

Muchas veces se predispone a la futura madre a no dar de mamar con argumentos erróneos como el hecho de que dar de mamar es doloroso, esto provoca en la madre cierto estrés llevándola en muchos casos a la frustración e impidiendo una práctica exitosa.

xi. Se seca la leche cuando se da de mamar y pasa una persona ebria.

El mito consiste en que una madre cuando está lactando, no debe dejar que una persona en estado de ebriedad la vea, ya que esto provocara “que se le seque la leche” .

3. Tabúes que tienen influencia en la práctica de la lactancia materna:

Cabe mencionar que otro condicionante que puede afectar la práctica de la lactancia de manera negativa son los tabúes; entiéndase por un tabú aquel tema censurado por cuestiones religiosas y/o morales. Algunos de los tabúes populares sobre la lactancia son:

- i. Dar de mamar en público es falta de pudor.

A muchas mujeres les da vergüenza dar lactancia a sus hijos en público, esto dado a que tienen que enseñar sus senos y muchas veces es mal visto por la sociedad; a pesar que esta práctica es milenaria y de lo más natural.

- ii. No se deben mantener relaciones sexuales cuando se da de mamar.

Esto se debe a que se considera “inapropiado” que el esposo o compañero de vida manipule los pechos de la madre, ya que es de ahí donde se alimenta el menor.

c. Factor psicológico ⁽¹⁹⁾

Dentro de los factores más pre disponentes a la decisión del abandono de la lactancia materna se encuentra el psicológico y sobre todo si se trata de madres adolescentes; siendo ésta una etapa muy compleja.

1. Apoyo familiar y de pareja.

La estabilidad familiar es importante también en la positiva aceptación psicológica del niño; el esposo desempeña un papel determinante, tanto para el apoyo emocional de la madre como desde el punto de vista económico.

A manera de citar un ejemplo, la supuesta hipogalactia es una causa de suspensión de la lactancia materna. Esto se debe a que a pesar de la preparación psicológica que se les brinda a las madres durante el embarazo para efectuar la lactancia materna, aún persisten influencias de otros miembros de la familia sobre los mitos y creencias de la lactancia materna.

La base de la sociedad es la familia en el cual se fundamenta un núcleo de deberes, necesidades y apoyo; siendo este último un elemento importante en las madres que por derecho tiene que ser apoyadas y estimuladas durante el embarazo, parto, puerperio y durante la lactancia materna; el apoyo es esencial aunque dependiendo de cada punto de vista muy particular este puede ser positivo o negativo, ya que el amamantamiento no debe ser una labor solo de las madres, sino que deben involucrarse a él padres y la familia en general.

Las personas de apoyo cumplen una función importante en la experiencia de la lactancia siendo sensibles y brindando apoyo, pueden alentar a la madre amamantar cuando está cansada o desanimada; también pueden ser buenos oyentes y comprender las necesidades de la madre y del bebe de facilitar la lactancia en el hogar o cuando estén de viaje. ⁽²⁰⁾

2. Embarazo Planificado.

Considerando que la mayoría de los embarazos en adolescentes no han sido planificados, no tuvieron un chequeo en el periodo pre concepcional, no fue un tema de pareja que discutieron y según FESAL el 60% de los embarazos en adolescentes no fueron planificados, un hijo representa un gran impacto en la vida de cualquier mujer más si esta no se encuentra preparada física, económica y psicológicamente ; por lo que la madre adolescente podría considerar a su hijo como una carga más que como una alegría y hay que recordar que para lograr una Lactancia Materna efectiva tiene que existir ese vinculo madre-hijo. (12)

Además cabe la posibilidad de que existan partos en adolescentes violadas, y quizá no quiera mantener ninguna relación afectiva con su hijo, considerando a este fruto de una tragedia.

III. OBJETIVOS

Objetivo general:

- ✓ Determinar los factores que influyen en la práctica de Lactancia Materna Exclusiva en madres adolescentes lactantes que asisten a control infantil en cinco Unidades Comunitarias de Salud Familiar de la región metropolitana, Junio del 2014.

Objetivos específicos:

- ✓ Establecer el número de madres adolescentes lactantes que asisten a control infantil y que brindan o no Lactancia Materna en cada una de las cinco unidades comunitarias de salud familiar.
- ✓ Determinar el número de madres adolescentes lactantes que brindan Lactancia Materna Exclusiva en cada una de las cinco unidades comunitarias de salud familiar.
- ✓ Indagar los factores sociales, culturales y psicológicos que influyen en la decisión de brindar o no Lactancia Materna Exclusiva en las madres adolescentes.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO.

A. Tipo de estudio.

La siguiente investigación es de tipo cuantitativo ya que los datos que se obtuvieron fueron a través de porcentajes numéricos, además de ser descriptiva ya que se detallaron los factores sociales, culturales y psicológicos que influyeron en la práctica de la lactancia materna en las adolescentes lactantes.

Así mismo se consideró de tipo transversal ya que se estudiaron las variables en un periodo de tiempo determinado, haciendo un corte de tiempo sin propósito de seguir el estudio en futuras fechas, y a su vez es retrospectiva por que los datos que se recolectaron han sido de sucesos pasados.

B. Población, muestra y muestreo.

1. Población.

La región metropolitana está constituida por doce unidades comunitarias de salud familiar, ya que abarca San Salvador con seis de estas, sin embargo con fines de estudio se tomaron solamente cinco unidades específicamente las siguientes: mejicanos, Zacamil, Cuscatancingo, Hábitat Confien y Ayutuxtepeque. La población estuvo conformada por 523 madres adolescentes lactantes que asisten a control infantil en las unidades ya mencionadas.

2. Muestra y muestreo.

a. Muestra

La muestra se determinó mediante la siguiente ecuación estadística:

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

En donde:

- ✓ N es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).
- ✓ Z es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos 95% (1.96).
- ✓ E es el error muestral deseado, en tanto por uno (5%).
- ✓ P proporción de individuos que poseen en la población la característica en estudio (0.5)
- ✓ Q proporción de individuos que no poseen esa característica 1-p (0.5).

Aplicada de la siguiente manera:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 523}{0.05^2 (523 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} =$$

$$n = \frac{(3.84) 0.25 \times 523}{(522) 0.0025 + 3.84 \times 0.25} =$$

$$n = \frac{3.84 \times 130.75}{1.305 + 0.96} =$$

$$n = \frac{502.08}{2.265} = 222 \text{ madres adolescentes lactantes en cinco unidades comunitarias de salud familiar.}$$

Ya establecida la muestra de 222 madres adolescentes lactantes; se distribuyeron porcentajes por cada unidad comunitaria de salud familiar seleccionada según el número de afluencia de madres adolescentes a cada una; de la siguiente manera:

- En Ayutuxtepeque la muestra fue de 5% lo que equivale a 11 madres adolescentes lactantes.
- En Hábitat Confíen la muestra a tomar fue de 20% o 44 madres adolescentes lactantes.
- En Mejicanos se tomó un 25% o 56 madres adolescentes lactantes.

- En Zacamil la muestra fue de 25% o 55 madres adolescentes lactantes.
- En Cuscatancingola muestra fue de 25% o 56 madres adolescentes lactantes.

b. Muestreo

Fueron seleccionadas mediante el muestreo probabilístico, a través del método aleatorio simple, en el cual cada individuo, tuvo igual probabilidad de ser seleccionado de la población total. De igual manera se seleccionó de acuerdo a los criterios establecidos para el estudio.

3. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Madres adolescentes lactantes entre las edades de 14 a 19 años que asistan a control infantil en las unidades comunitarias de salud familiar seleccionadas. ✓ Madres que deseen participar en el estudio. ✓ Madres de niños/as menores de seis meses. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Madres lactantes con alguna dificultad para responder a la entrevista. ✓ Niños menores de seis meses con alguna patología que dificulte o impida la lactancia (paladar hendido, síndrome de Down) ✓ Madres con VIH positivo. ✓ Madres con cáncer que reciba radiación.

C. Operacionalización de variables.

Variable Dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala	Criterio
Lactancia Materna.	Es cuando el bebé es alimentado con lactancia materna y no recibe ningún otro tipo de comida o bebida incluyendo el agua.	Consiste en que la madre proporcione únicamente leche materna exclusiva a libre demanda; siendo esta la mejor alimentación para el desarrollo y crecimiento del niño/a.	Lactancia materna exclusiva.	Si	De 0-6 meses Solo Lactancia Materna, a libre demanda, sin introducción de otro alimento u bebida.
				No	De 0-6 meses alimentado con Lactancia Materna y otro tipo de alimento o bebida.

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala
Factores que influyen en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva.	Elemento, circunstancia, influencia, que contribuye a producir un resultado.	Los factores que influyen en la práctica de la lactancia materna son tan diversos y personales como cada mujer. Incluyendo su definición como un conjunto de valores conductuales de cada individuo que desarrolla, el nivel intelectual y moral así como los conocimientos, valores, creencias, mitos, costumbres, hábitos y actitudes requeridas y transmitidas de generación en generación. Además son aquellas disposiciones personales que tienen una carga afectiva y afectan en la decisión de amamantar o no y hacerlo de una manera exclusiva.	<u>Factor social</u> Edad de la madre	14-19 años
			Grado de Escolaridad	Primaria Secundaria Superior Técnico Universitaria Ninguno
			Estado civil	Soltera Acompañada Casada Divorciada
			Situación Laboral	Trabaja No trabaja
			Tipo de ocupación	Ama de casa Trabajo formal Trabajo informal

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala
			<u>Factor cultural:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mitos <ul style="list-style-type: none"> -Las madres con pechos grandes producen más leche. -Hay que darle agua a los lactantes para quitarles la sed. -Dar de mamar arruina los pechos. -La primera leche hace daño a los bebés. -La madre debe comer tortilla tostada, queso y chocolate para producir leche. 	Si
				No
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Creencias <ul style="list-style-type: none"> -El niño ya no se llena con la lactancia. -Se le seco la leche a la madre. -El niño ya no quiso mamar. -Las madres con cesárea no pueden dar lactancia materna exclusiva. -La lactancia materna sirve como método de planificación. -La lactancia materna ayuda a bajar de peso. 	Si
				No

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tabúes -Dar de mamar en público es falta de pudor. -No se puede dar de mamar y mantener relaciones sexuales a la vez. 	
			<p><u>Factor psicológico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoyo Familiar. 	Si No
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoyo de pareja. 	Si No
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Embarazo planificado. 	Si No

D. Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

1. Método.

El método que se utilizó para la presente investigación fue la encuesta, esto permitió obtener los datos de manera directa de los usuarios.

2. Técnica.

La técnica que se utilizó fue la entrevista estructurada, la cual se desarrolló con previo consentimiento entre el investigador y el sujeto de estudio.

3. Instrumento para la recolección de datos.

El instrumento para la recolección de datos fue la guía de entrevista estructurada, con una serie de preguntas cerradas anteriormente estructuradas de acuerdo a los objetivos del estudio.

D. Procedimiento para la recolección de datos.

Previo a la recolección de datos se solicitó un permiso en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Miguelito, la cual pertenece a la región Metropolitana, del municipio de San Salvador, para que se permitiera realizar la validación del instrumento y así dar mayor confiabilidad a la investigación; una vez aprobado el permiso de dicha solicitud se implementó una prueba piloto a diez madres adolescentes lactantes que asistieron con su hijo/a al control infantil, esto permitió hacer modificaciones al instrumento en ciertas preguntas que generaban confusión y a la vez sirvió para verificar el orden de las mismas.

De igual manera se solicitó de la autorización para la recolección de datos del estudio, a los Directores de las 5 Unidades Comunitarias de Salud Familiar, los cuales fueron aprobados de manera satisfactoria. El tiempo en el que se llevó a

cabo la recolección de datos fueron de dos semanas, tiempo en el cual los tres recursos se distribuyeron de la siguiente manera: una investigadora asignada a la Unidad de Zacamil, la siguiente investigadora en las Unidades de Cuscatancingo Mejicanos, y el tercer investigador en las unidades restantes Hábitat Confíen y Ayutuxtepeque, la distribución correspondió al número de madres asignadas a cada unidad comunitaria de salud familiar y a la factibilidad de la zona de cada investigador.

E. Tabulación y presentación de los resultados.

Los datos recopilados se procesaron a través de tablas de frecuencia por medio del programa de office Word 2010; relacionando la práctica de la lactancia con los factores sociales, culturales y psicológicos. Se elaboraron graficas de barra, pastel de cada factor para la presentación de los resultados.

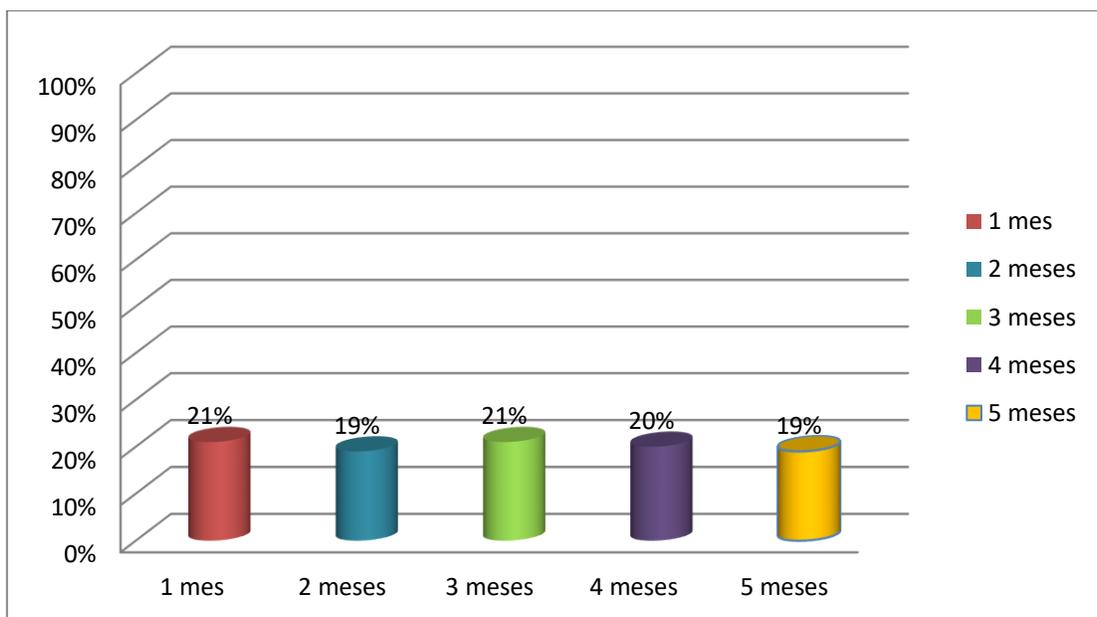
F. Plan de análisis

El análisis de los datos se realizó utilizando la siguiente metodología:

- ✓ Posteriormente se creó la base de datos en el programa Epi Info versión siete, con los resultados de los 222 entrevistas.
- ✓ Luego se estableció la relación de variables en tablas de contingencia; es decir entre la variable dependiente de la práctica de la lactancia materna exclusiva y la variable independiente con los factores sociales, psicológicos y culturales, se sumaron todos los totales de manera que coincidieran con el número de muestra.
- ✓ Posteriormente se realizó el análisis global de los tres factores con la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva comparándola con la teoría presentada en el marco teórico.

V. RESULTADOS

Gráfico 1: Edades de los/as niños/as que asisten a control infantil en 5 Unidades de Salud Comunitaria de la Región Metropolitana, Junio 2014.



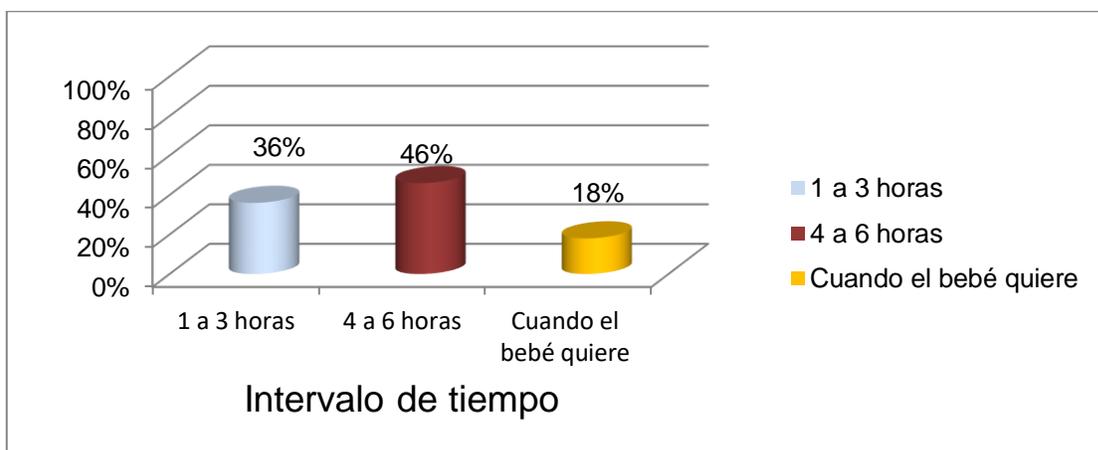
Las edades más frecuentes fueron lactantes de un mes y tres meses ambas con el 21%, no hubo una marcada diferencia porcentual entre los meses. Siendo la Moda de 3 meses.

Tabla 1: Madres que brindan Lactancia Materna Exclusiva a sus hijos/as que asisten a cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No	155	70%
Si	67	30%
Total	222	100.00%

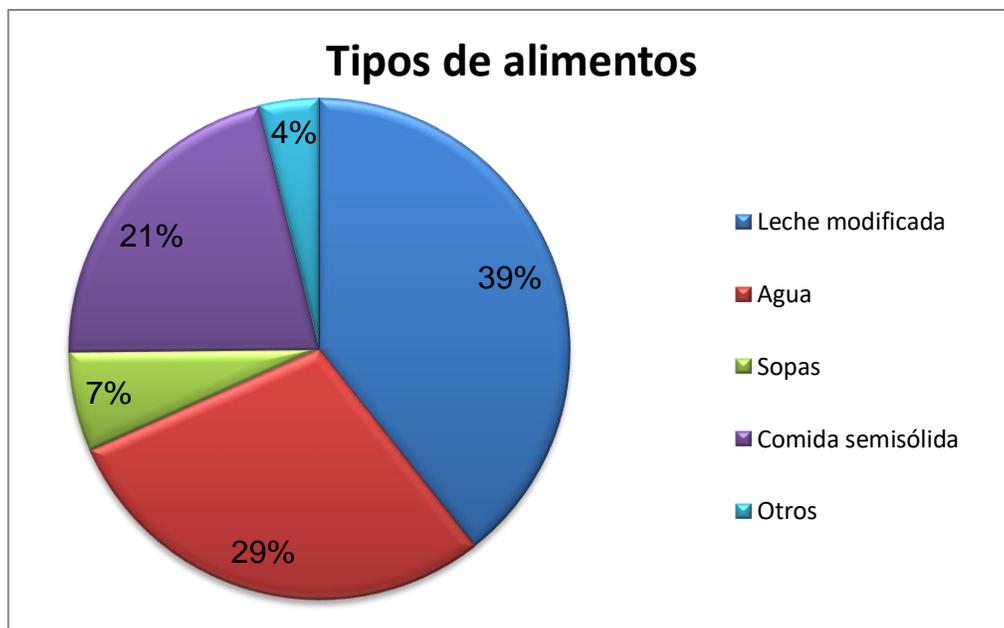
La mayoría de las madres entrevistadas manifestaron no brindar lactancia materna exclusiva a su hijo/a.

Gráfico 2: Intervalo de tiempo entre tomas que las madres brindan Lactancia Materna a sus hijos/as que asisten a cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.



Uno de los criterios más importantes en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva es brindarla a libre demanda, pero tan solo el 18% de las madres manifestó darle pecho a su hijo/a cuando el bebe así lo quiere.

Gráfico 3: Alimentos que han sido introducidos en la alimentación de niños/as menores de seis meses que asisten a cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.



Como se puede observar en la gráfica del porcentaje de madres (70%) que no dan Lactancia Materna Exclusiva existe hasta la fecha, gran parte de la población que utiliza sucedáneos de leche materna, seguido de madres que manifestaron dar agua a los bebés antes de los seis meses.

Tabla 2: Mitos que tienen las madres adolescentes lactantes con relación a la práctica de la Lactancia Materna que asisten a las cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.

Pregunta (Mitos)	Respuesta		
	Si	No	No sé
1. ¿Cree que las madres con pechos grandes producen mas leche?	36%	64%	-
2. ¿Cree usted que si el clima está muy caluroso hay que darle agua a los bebés?	65%	35%	-
3. ¿La primera leche (calostro) perjudica la salud del recién nacido?	23%	73%	4%
4. ¿Considera usted que dar de mamar arruina los pechos?	6%	94%	-
5. ¿Cree usted que la madre debe comer tortilla tostada, queso y chocolate para producir más leche?	18%	82%	

En la tabla se muestra notoriamente que los porcentajes más altos son de madres que no creen en estos mitos que se investigaron.

Tabla 3: Tabúes que tienen las madres adolescentes lactantes con relación a la práctica de la Lactancia Materna que asisten a las cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.

Pregunta (Tabúes)	Respuesta		
	Si	No	No sé
6. Considera usted que dar pecho en lugares en público está mal visto?	4%	96%	-
7. ¿Cree usted que dar pecho afecta la vida íntima de pareja?	4%	96%	-

Un elevado porcentaje de madres respondió no tener tabúes relacionados a la lactancia materna exclusiva.

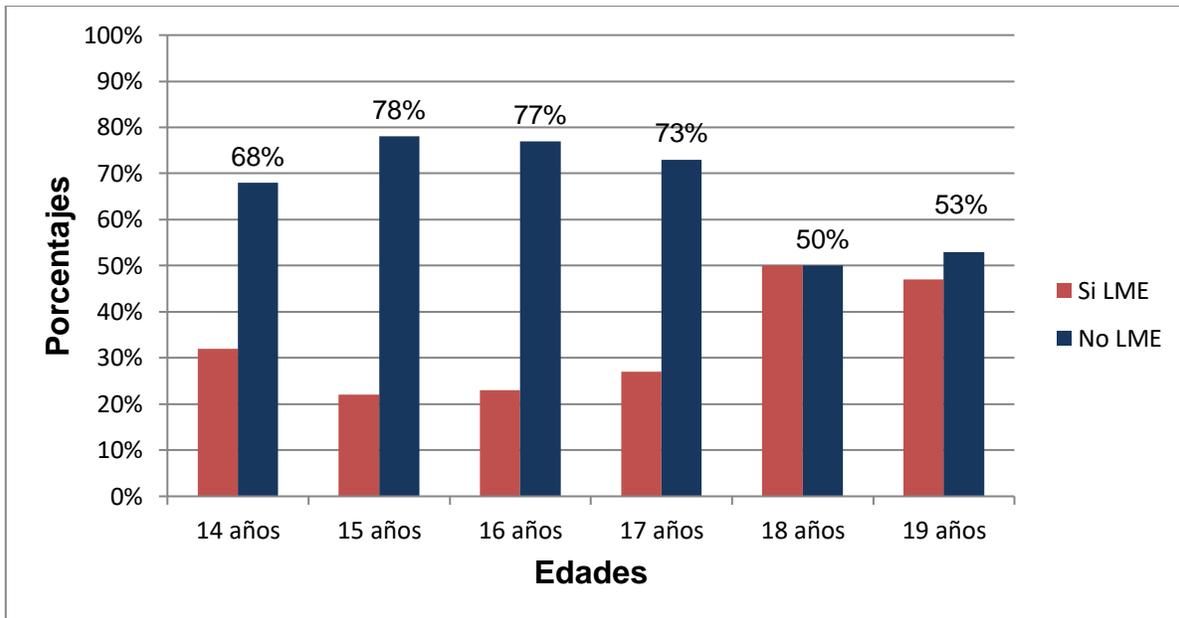
Tabla 4: Creencias que tienen las madres adolescentes lactantes con relación a la práctica de la Lactancia Materna que asisten a las cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.

Pregunta (Creencias)	Respuesta		
	Si	No	No sé
8. ¿Cree usted que los bebes se llenan solo con lactancia materna hasta los seis meses?	21%	79%	-
9. ¿considera usted que hay algunos niños que “no agarran” o no les gusta el pecho?	18%	82%	-
10. ¿cree usted que se “seca la leche” cuando el parto ha sido cesárea?	2%	93%	5%
11. “cree usted que cuando su bebe está enfermo se debe suspender la lactancia?	7%	93%	-
12. ¿Cree usted que algunas madres pueden producir más leche que otras?	93%	7%	-
13. Considera usted la Lactancia Materna Exclusiva sirve para bajar de peso?	86%	13%	-
14. Considera usted la Lactancia Materna Exclusiva sirve como método de planificación?	4%	89%	-

La mayoría de las madres, con más de la mitad de las respuestas no consideran los diferentes mitos, tabúes y creencias populares como ciertos, es decir que el factor cultural no es el más influyente en su decisión de dar o no lactancia materna exclusiva.

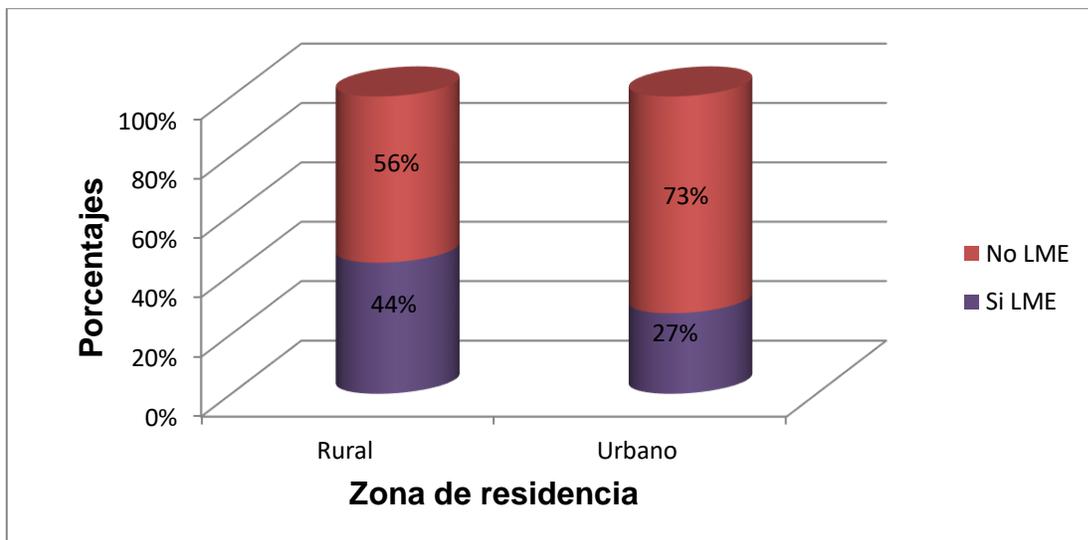
También se puede afirmar que 7 de cada 10 madres que no le toman importancia a los diferentes mitos, creencias y tabúes es proporcional a la misma cantidad que no brindan lactancia materna exclusiva.

Gráfico 4: Edad de la madre y Lactancia Materna que asisten a cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.



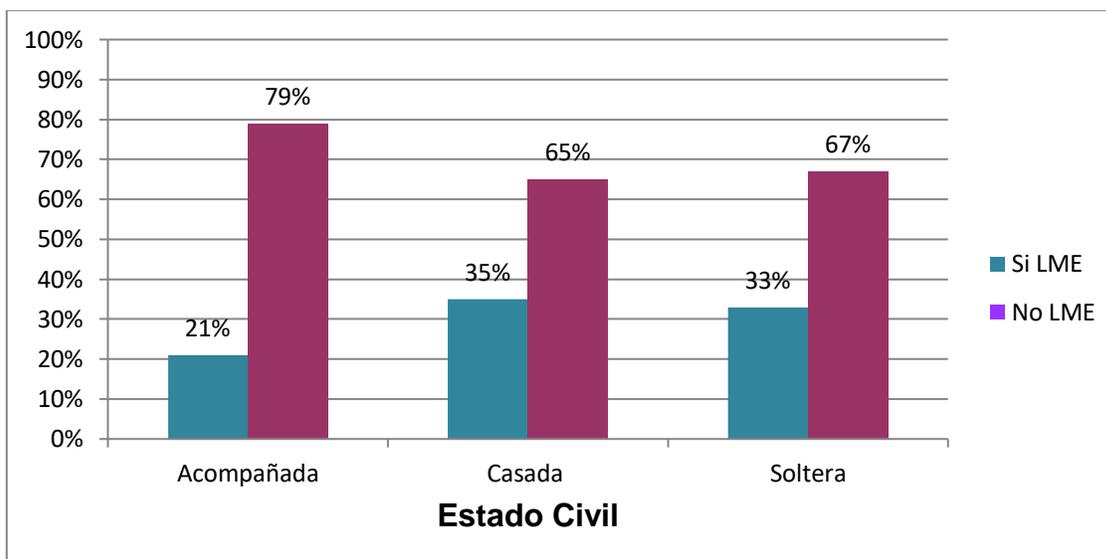
La relación de variables entre Lactancia Materna y la edad de las madres adolescentes evidencio que el grupo de madres de 15 años fue quien obtuvo el porcentaje más bajo en lactancia materna exclusiva, y el grupo que logro el porcentaje más alto fue el de las adolescentes de 18 años.

Gráfico 5: Zona de residencia de las madres adolescentes lactantes y la práctica de Lactancia Materna que asisten a cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.



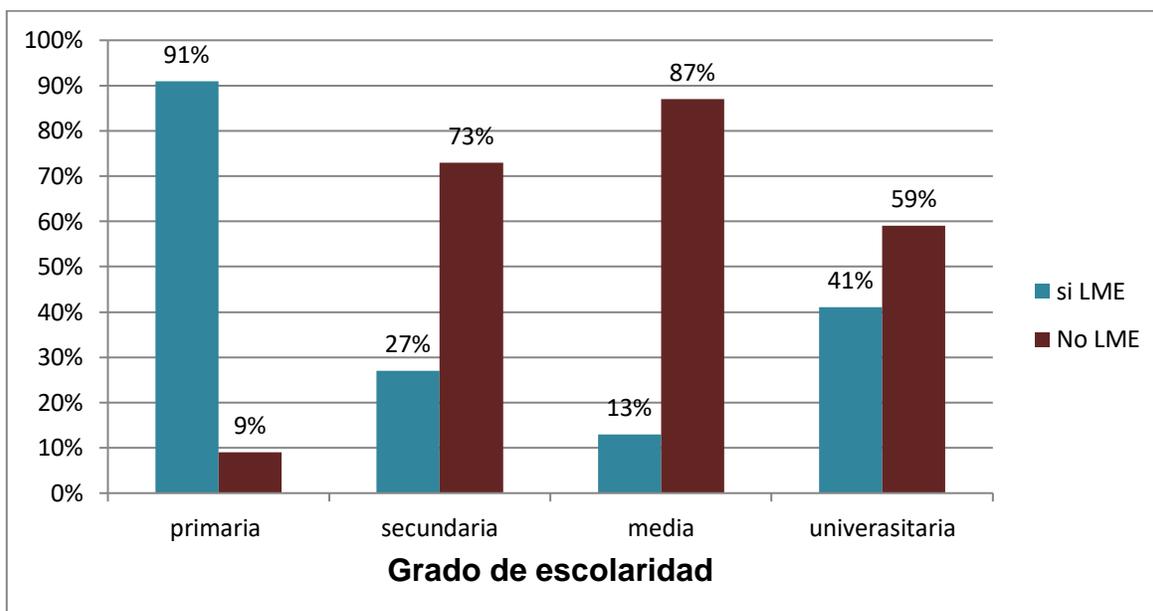
Como anteriormente han revelado muchas investigaciones, las madres lactantes que residen en el área urbana tienen porcentajes bajos en lactancia materna en comparación a las que viven en áreas rurales; se confirma que la zona de residencia es un factor influyente.

Gráfico 6: Estado Civil de las madres adolescentes lactantes y la práctica de Lactancia Materna que asisten a cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.



En esta relación de variables se puede decir que el grupo de madres que obtuvo el porcentaje más alto en lactancia materna exclusiva fueron aquellas que están casadas, seguido de las que se encuentran solteras y en último lugar se hayan las que están acompañadas pero en general solo hubo una diferencia de 14% que no es muy significativa. Es por ello que se puede decir que el estado civil influye poco en la decisión de brindar lactancia materna exclusiva.

Gráfico 7: Grado de escolaridad de las madres adolescentes lactantes y la práctica de Lactancia Materna que asisten a cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.



Como se puede observar el grupo de madres que más proporcione lactancia materna exclusiva fue el de quienes manifestaron tener estudios de educación primaria con un 91% y el que obtuvo el porcentaje más bajo fue el de aquellas que cursaron educación media.

Tabla 5: Situación laboral y tipo de ocupación de las madres adolescentes lactantes que asisten a cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.

Situación laboral y tipo de ocupación de las madres adolescentes lactantes			
		Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	Trabajo formal	15	7%
	Trabajo informal	80	36%
No trabaja	Ama de casa	127	57%
Total		222	100%

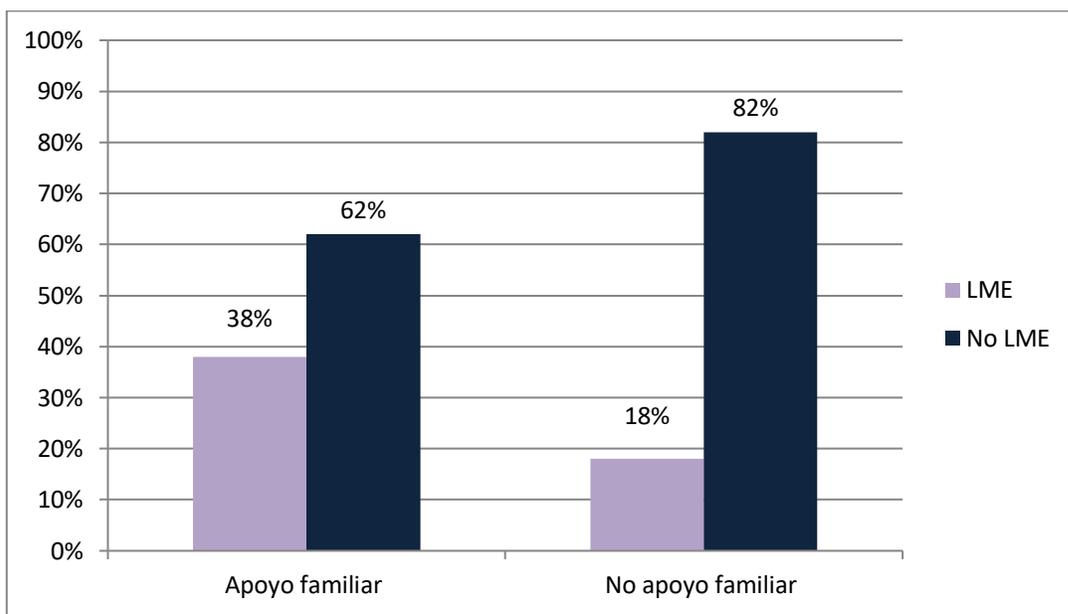
La mayoría de las madres entrevistadas se encuentran desempleadas, representado por un 57%.

Tabla 6: Relación entre tipo de ocupación y la práctica de Lactancia Materna de las madres que asisten a control a cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.

Lactancia materna exclusiva	Tipo de ocupación			
	Ama de casa	Trabajo formal	Trabajo informal	Total
No	86	4	65	155
Si	41	11	15	67

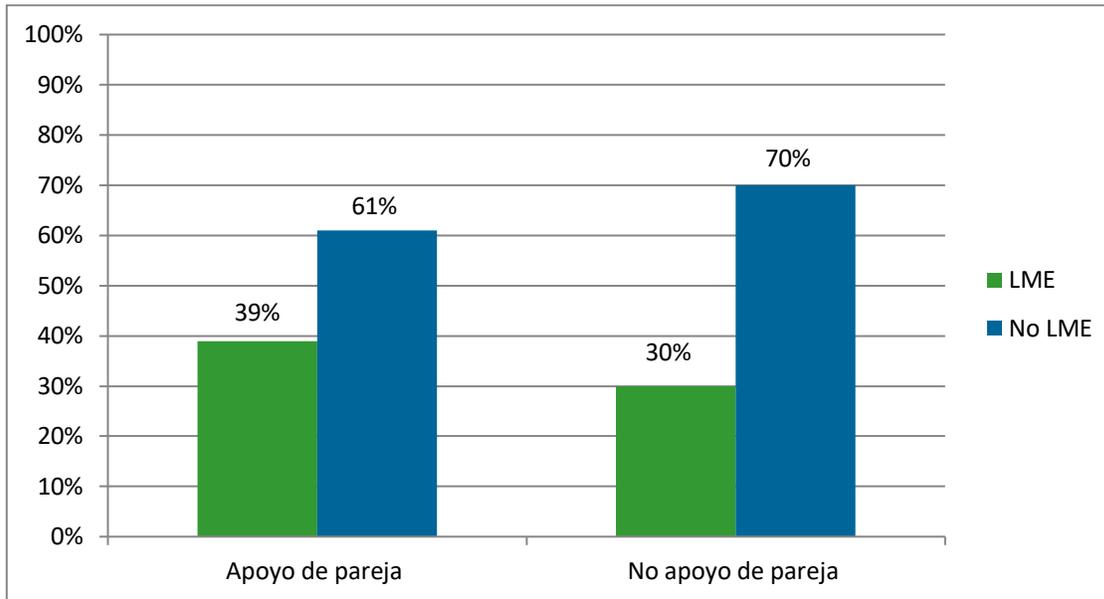
Se tiene la idea que las amas de casa tienen mayor disponibilidad para ofrecer lactancia materna a sus hijos en forma exclusiva, pero los datos obtenidos en el cuadro 5, refleja que de 127 madres que son amas de casa, solo 41 de ellas practican lactancia materna exclusiva.

Gráfico 8: Madres con o sin apoyo familiar y su relación con la práctica de Lactancia Materna que asisten a cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.



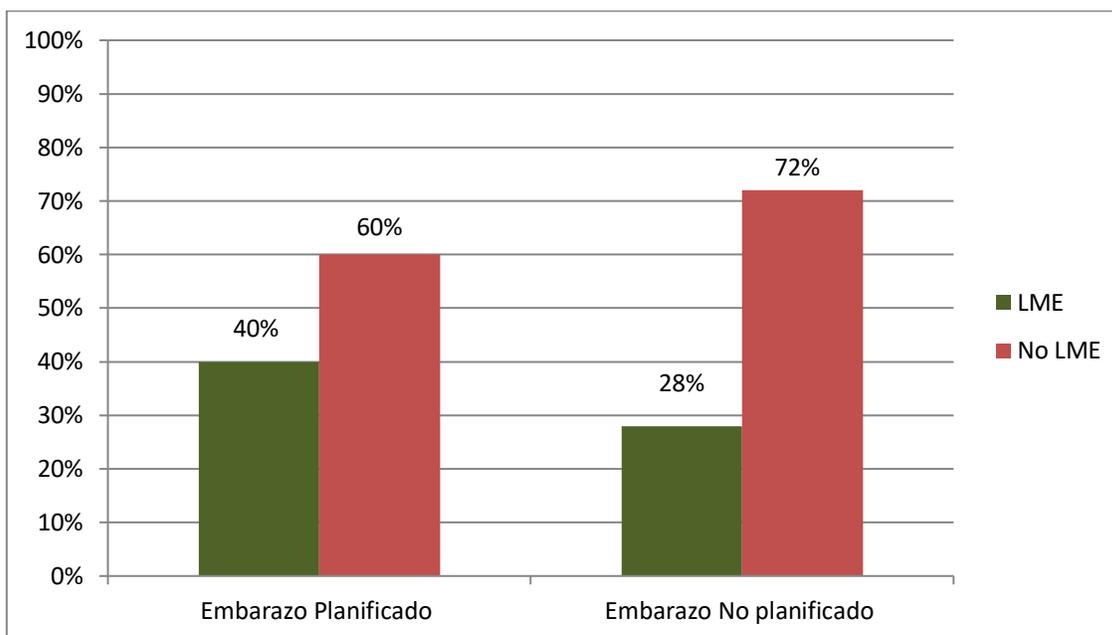
Las madres que no recibieron apoyo familiar fueron las que menos brindaron lactancia materna exclusiva, en comparación a aquellas que si contaron con el apoyo familiar con una diferencia de 20% por lo que se comprueba que si hay una relación entre las variables.

Grafico 9: Madres con o sin apoyo de su pareja y su relación con la práctica de Lactancia Materna que asisten a cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.



Aquí se puede observar que solo hay una diferencia del 9% entre las madres que recibieron apoyo de la pareja con las que no y que brindaron lactancia materna exclusiva, por lo que se afirma que existe poca relación entre estas variables.

Grafico 10: Madres cuyo embarazo fue planificado o no y su relación con la práctica de Lactancia Materna que asisten a cinco unidades comunitarias de salud familiar de la región Metropolitana, Junio 2014.



Según diferentes investigaciones realizadas, si el embarazo es o no planificado influirá en la decisión de que la madre brinde o no lactancia materna; sin embargo según los resultados la diferencia entre los dos grupos es solamente un 12% lo que no es un resultado sumamente significativo, por lo que no se relacionan estas variables.

VI. ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos evidenciaron que la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en la región metropolitana se mantiene con índices bajos, ya que tan solo el 30% (67) de las madres adolescentes lactantes entrevistadas la proporciona a su hijo/a, y el otro 70% (155) brindan fórmula u otro tipo de alimentación al lactante; estos datos basados en las preguntas incluidas en la entrevista relacionadas en si la lactancia es o no a libre demanda y a la introducción prematura de sucedáneos u otro tipo de alimento.

Al analizar los factores que conllevan a esta situación se puede afirmar que es el psicológico el que se identificó de manera más significativa en la decisión de la madre de como alimentar a su hijo, ya que al observar los datos se constata aspectos como el hecho de que la mayoría de las madres lactantes adolescentes son solteras, no cuentan con el apoyo familiar, o de pareja o su embarazo no fue planificado y son las que tienen los porcentajes más bajos de Lactancia Materna Exclusiva. Se conoce que, para que dicha práctica sea exitosa se deben cumplir ciertas condiciones; como el hecho importante de que la madre cuente con estabilidad emocional; aspecto de recalcar si se habla sobre una madre adolescente la cual aún se encuentra en desarrollo tanto físico, emocional y cognitivo.

Como se ha reflejado en investigaciones anteriores, las madres que residen en la zona urbana son aquellas que proporcionan menos lactancia materna exclusiva en comparación al área rural; en parte podría asociarse a que en la zona urbana no es tan natural como en la rural que una madre se encuentre alimentando a su hijo/a con seno materno en lugares públicos; sin embargo según los datos recolectados en cuanto al factor cultural un 96% de las madres adolescentes entrevistadas considera que no es mal visto brindar lactancia materna en público, mostrando que no es un limitante para practicarlo.

Además como resultado de la disponibilidad de productos sucedáneos de la leche, los cuales son altamente promocionados por los medios de comunicación sobre todo en la zona urbana y cabe mencionar que tienen un alto precio; lo que a su vez resulta contradictorio si analizamos que la mayoría de las madres adolescentes son desempleadas 57%, uno de los problemas sociales que afecta a nuestro país en gran manera; lo cual se relaciona en esta investigación con el grado de escolaridad de las madres, ya que por el grado de educación básica que poseen son limitadas las oportunidades de empleo que tienen.

Se identificó que la mayoría de las amas de casa no proporcionan lactancia materna exclusiva; siendo estas las que poseen las condiciones necesarias como el tiempo, un ambiente familiar, el contacto con su hijo/a, entre otras, que facilitaría esta práctica, sin embargo son aquellas madres que cuentan con un empleo quienes en un porcentaje mayor brindan lactancia materna exclusiva; concluyendo en que un factor que influye positivamente en dicha práctica en las madres adolescentes es el social, dentro de este las facilidades y derechos que se les respetan en sus empleos como por ejemplo la licencia de maternidad y la hora diaria dedicada a la lactancia materna.

Otro dato importante de mencionar es que todo lo que abarca el factor cultural como lo son los mitos, creencias y tabúes aún se mantienen en las madres lactantes adolescentes sin embargo de manera muy baja, en comparación con años atrás que estos influían de gran manera en la decisión de cómo alimentar a los bebés, esto se le puede atribuir a que la mayoría de las madres cursaron hasta la secundaria y recibieron algún tipo de orientación en cuanto a esta práctica; además de la educación que reciben por parte de diferentes profesionales de salud con la iniciativa USANYM.

VII. CONCLUSIONES.

1. El porcentaje de Lactancia Materna Exclusiva en la población estudiada es similar a los datos registrados por FESAL 2008 a nivel nacional.
2. Los mitos, creencias y tabúes acerca de la Lactancia Materna Exclusiva persisten así como en estudios realizados anteriormente, pero en menor proporción.
3. El tipo de ocupación se relaciona con la práctica de lactancia materna exclusiva, siendo las madres que poseen un trabajo formal, quienes en su mayoría llevaron a cabo ésta práctica.
4. La Lactancia Materna Exclusiva prevaleció mayormente en la zona rural en comparación de la zona urbana.
5. El factor psicológico resultó ser el más identificado en las madres adolescentes que no dan Lactancia Materna Exclusiva.

VIII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud de El Salvador:

- ✓ La creación y el reforzamiento de programas en favor de la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva; ya que aún no se cuenta con la promoción necesaria para esta práctica.

- ✓ Que brinden apoyo a las iniciativas (USANYM) y programas implementados por las unidades comunitarias de salud familiar que apoyan la Lactancia Materna Exclusiva.

- ✓ Brindar capacitaciones sobre temas de Lactancia Materna al personal de salud para orientar adecuadamente a las usuarias.

- ✓ En coordinación con el Ministerio de Educación incluir temas de Lactancia Materna Exclusiva en la currículade educación básica.

IX. BIBLIOGRAFÍA

Consultas de tesis:

1. López Miranda I., Argueta J.A. Factores Sociales que limitan la Lactancia Materna Exclusiva y propician el destete precoz y temprano Comunidad diez de Octubre: El Salvador: Universidad de El Salvador Facultad de Ciencias y Humanidades, Escuela de Ciencias Sociales; 2002.
2. Ceren Cuellar A., Chacón A.M., Vizcarra A.G. Factores socio- culturales que limitan la práctica de la Lactancia Materna en mujeres de 18-30 años en la zona noroeste de Santa Tecla. El Salvador: Escuela Técnica para la Salud; 2008.
3. Blanco A.J., Maldonado N.M., Castro Y.G. Prevalencia actual de Lactancia Materna Exclusiva y principales determinantes en poblaciones rurales de El Salvador, atendidas por el Centro de Apoyo de Lactancia Materna. El Salvador: Centro de Apoyo de Lactancia Materna; 2008.
4. Arévalo M.E., Elías S.E., Valencia C. E.A. Tesis para optar al título de licenciada en Nutrición: Evaluación de la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en madres con niños y niñas menores de seis meses, que asisten a las unidades de salud del SIBASI sur, durante el mes de junio 2009. Universidad de El Salvador Facultad de Medicina: San Salvador; 2009.

5. Hernández M. Proyecto de Lactancia Materna en tres comunidades de San Salvador. El Salvador: Universidad de El Salvador Facultad de Medicina; 2000.
6. Castillo M. del C., Granados J.S., Ordoñez Flores S. Factores social y cultural que influyen en la Lactancia Materna en madres de niños (as) menores de un año que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla, Marzo-Mayo 2011. Universidad de El Salvador Facultad de Medicina: San Salvador; 2011.

Consultas hechas en libros:

7. Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA), Fondo Internacional para la niñez (UNICEF), Fondo para el Logro de los Objetivos del Milenio (FIODM) .Beneficios para El Salvador de la Lactancia Materna. Análisis de las ventajas económicas de la Lactancia Materna para El Salvador. En: CALMA. El Salvador.1ª Edición: 2013.pag 25-29.
8. Lawrence R.A., Lawrence R.M. Recogida y Almacenamiento de la leche humana. Lactancia Materna “Una guía para la profesión médica”. En: Elsevier.Sexta Edición. México: 2007.pag 835-840.
9. Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna. Decreto 404 del 12 de Agosto 2013.
10. Organización Mundial de la .Salud, Fondo Internacional para la niñez (UNICEF).Como mantener la Lactancia Materna. En: OMS. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. 1ª Edición.Washington; 1998.pag 360-365.

11. Organización Internacional del Trabajo. Ministerio de trabajo y previsión social. Código de trabajo de la República de El Salvador. Primera edición 2010.
12. Asociación Demográfica Salvadoreña. Situación de la Práctica de Lactancia Materna. Encuesta Nacional de Salud Familiar. 7ª Edición. El Salvador: 2009. pág.150-160.
13. Universidad de El Salvador Facultad de Medicina Escuela de Tecnología Médica. Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas. Compilado de Material Bibliográfico de Modulo I. El Salvador: 2008. pág. 77-92.
14. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe del índice de desarrollo humano. El Salvador 2008.
15. Organización Panamericana de la Salud Boletín, Lactancia Materna: La Clave para Supervivencia y Desarrollo; 2010.
16. Organización Mundial de la Salud. Índice de embarazos en adolescentes en El Salvador. Año 2013.

Consultas Vía Internet

17. Oscar Junior Patzán Cruz, Lesbia Lizet Mejía Monroy, María Elizabeth Gómez Coronado, Heidi Dennis Rimola. Lactancia Materna en Madres Adolescentes entre 12 y 19 años en la aldea los esclavos del Departamento de Santa Rosa, (Monografía en Internet). Universidad de San Carlos Guatemala. Guatemala. 2008. (acceso 26 de Marzo 2014). Disponible en <http://www.medicina.usac.edu.gt/encuentro2012/uploads/INVESTIGACIONES201112/Area%20de%20Seguridad%20alimentaria%20y%20Nutricional/IV.%20LACTANCI%20M.LOS%20ESCLAVOS%20STA.%20ROSA/INFORME%20FINAL.pdf>
18. Virginia Castillo M. Rosa Lamas. Lactancia. Materna un Desafío para Madres Adolescentes. (Monografía en Internet). Chile: Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Chile; 2005 (acceso 22 de Marzo 2014) Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202005/Lactancia_materna_un_desafio_en_madres_adolescentes.pdf.
19. Morillo J.B.; Montero, L. Valencia. Lactancia materna y relación materna filial en madres adolescentes. (Monografía en Internet). España: Departamento de Enfermería. España. 2005 (acceso 20 de Marzo 2014). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/107311/101971>
20. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguros. Revista Latinoamericana de Psicología (Revista en Internet). 2006 (acceso 19 de Marzo 2014). vol. 38, número 001., Bogotá. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n1/v38n1a05>

X. APÉNDICES

Apéndice 1.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICIÓN.



Guía de entrevista dirigida a madres con niños (as) menores de seis meses que asisten a control infantil en 5 Unidades Comunitarias de Salud Familiar de la región Metropolitana en el periodo de Mayo-Junio 2014.

Nombre del investigador: _____

No Formulario: _____

- ✓ **Objetivo de la entrevista:** Recolectar información sobre factores sociales, culturales y psicológicos que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes.
- ✓ **Indicaciones Generales:** Los (las) entrevistadores explicaran brevemente a las madres el objetivo del estudio, para obtener su consentimiento, explicándoles que los datos son confidenciales y anónimos.

I. Datos generales del niño (a) y Lactancia Materna Exclusiva.

Edad del niño (a): _____ meses.

1. ¿Le está brindando lactancia materna a su bebe? Si _____ No _____
Si su respuesta es Si pase a la pregunta 3, sino pase a la pregunta 5.
2. ¿Cada cuánto tiempo le da pecho a su hijo?:
 - De 1- 3 horas _____
 - De 4-6 horas _____
 - Cuando el bebe quiere _____
3. ¿Le ha brindado algún otro tipo de alimento o bebida a su bebe? Si___ No___
Si su respuesta es No, pasar a la pregunta 5.

4. ¿Qué clase de alimento o bebida le ha brindado a su hijo/a:

- Leche de formula Sopas _____
- Agua _____ Otros _____
- Comida semisólida _____

II. Datos relacionados con el factor cultural.

Mitos

5. ¿Cree que las madres con pechos grandes producen más leche? Si _____ No _____
6. ¿Cree usted que si el clima está muy caluroso hay que darle agua a los bebes? Si _____
No _____
7. ¿Considera que la primera leche (calostro) le hace daño al bebe? Si _____ No _____
8. ¿Considera usted que dar de mamar “arruina los pechos”? Si _____ No _____
9. ¿Cree usted que la madre debe comer tortilla tostada, queso y chocolate para producir leche? Si _____ No _____

Creencias

10. ¿Cree usted que los bebes se llenan solo con lactancia materna hasta los seis meses de edad? Si _____ No _____
11. ¿Considera usted que hay algunos niños que no agarran o no les gusta el pecho? Si _____
No _____
12. ¿Cree usted que “se seca la leche” cuando el parto ha sido cesárea? Si _____ No _____
13. ¿Cree Ud. que cuando su bebe está enfermo se debe suspender la lactancia materna?
Si _____ No _____
14. ¿Usted considera que algunas madres pueden producir más leche que otras?
Si _____ No _____
15. ¿Considera que la Lactancia Materna Exclusiva sirve para bajar de peso?
Si _____ No _____
16. ¿Cree usted que la Lactancia Materna Exclusiva sirve como método de planificación?
Si _____ No _____

Tabús

17. ¿Considera usted que dar pecho en lugares públicos está mal? Si _____ No _____

18. ¿Cree usted que la Lactancia Materna afecta la vida íntima de una pareja? Si _____
No _____

III. Datos generales de la madre basados en el factor social.

19. Edad de la madre: _____ años.

20. Zona de residencia: Rural _____ Urbano _____

21. Estado civil: Soltera _____ Casada _____ Acompañada _____

Divorciada _____ Otro _____

22. Grado de escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Media _____ Técnica _____

Universitarios _____ Ninguno _____

23. Tipo de ocupación: Trabajadora informal _____ Trabajadora formal _____ Ama de casa

Estudiante _____ Otro _____ Si es trabajadora formal pase a la siguiente pregunta

24. ¿En su trabajo cuenta con las siguientes prestaciones?: Licencia de maternidad _____

Hora de lactancia _____

IV. Factores psicológicos que influyen en la práctica de la lactancia.

25. ¿Actualmente su familia la apoya en el cuidado de su hijo/a? Si No _____

26. ¿Actualmente su pareja la apoya en el cuidado de su hijo/a? Si No _____

27. ¿Su embarazo fue planificado? Si _____ No _____

MUCHAS GRACIAS

Apéndice 2.

Glosario

Anticuerpo: son glicoproteínas del tipo gamma globulina, pueden encontrarse de forma soluble en la sangre u otros fluidos corporales de los vertebrados y son empleados por el sistema inmunitario para identificar y neutralizar elementos extraños tales como bacterias, virus o parásitos.

Calostro: Líquido secretado por las glándulas mamarias después del parto y antes de la secreción de leche, es rico en albúmina y en leucocitos cargados de grasa, a la vez que contiene menos caseína que la leche.

Carbohidratos: Son aquellas moléculas orgánicas compuestas por carbono, hidrógeno y oxígeno.

Creencias: Una creencia es la convicción de certeza que algo presenta para alguien, esté corroborado o no, científicamente.

Código: Cuerpo de leyes que forman un sistema completo de legislación sobre alguna materia.

Destete precoz: El destete precoz es separar abrupta y definitivamente al niño/a de la madre anticipadamente con respecto a la edad tradicional de destete.

Factor: Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.

FESAL: Encuesta Nacional de Salud Familiar

Grasas: La grasa es una materia lipídica de diverso tipo y características, presente casi exclusivamente en los organismos animales.

Inmunidad: Calidad de no ser susceptible o no verse afectado por una determinada enfermedad o proceso.

Infección: Es la **acción y efecto de infectar o infectarse**. Este concepto clínico se refiere a la **colonización de un organismo por parte de especies exteriores**

Inmunoglobulinas: Las inmunoglobulinas son glicoproteínas que actúan como anticuerpos.

Lactancia Materna Exclusiva: Dar leche materna a un niño hasta los seis meses de edad, sin complementos de otros alimentos y/o bebidas.

Leche materna: Leche humana, alimento ideal para la mayoría de los niños, se digiere fácilmente, confiere inmunidad frente a ciertas enfermedades y a la vez promueve un círculo sentimental entre madre e hijo.

Madre Lactante: Toda madre que proporcione alimentación al pecho a su hijo/a.

Minerales: Los minerales son micronutrientes inorgánicos que el cuerpo necesita en cantidades o dosis muy pequeñas.

Mitos: Es un relato tradicional que se refiere a acontecimientos prodigiosos, protagonizados por seres sobrenaturales o extraordinarios

Morbimortalidad: La mortalidad es un término demográfico que designa un número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado.

Mortalidad: Tasa de fallecimiento que refleja el número de muertos por una unidad de población en una determinada región, grupo etc.

Mortalidad Infantil: Tasa estadística de muertes infantiles durante el primer año de vida, expresada por 1.000 nacidos vivos en una determinada zona geográfica.

Nacido Pre-Término: El niño que nace antes de las 37 semanas de gestación. Son niños inmaduros, nacen antes de tiempo y no han terminado de desarrollar todos los sistemas que permiten adaptarse al nuevo ambiente.

Nutriente: Los nutrientes los podríamos definir como sustancias químicas, contenidas en los alimentos, que necesita el organismo para realizar las funciones vitales.

Otitis: Inflamación del oído usualmente ocasionada por bacterias en el canal auditivo y muchas veces en el oído externo, puede causar dolor, sordera o disminución de la audición.

Oxitócina: Hormona segregada por la hipófisis que tiene la propiedad de provocar contracciones uterinas y estimular la subida de la leche.

Proteínas: Son moléculas formadas por cadenas lineales de aminoácidos.

Prolactina: La prolactina es una hormona normalmente presente en pequeñas cantidades en los hombres y las mujeres no embarazadas, ya que su principal acción es la de estimular la producción de leche tras el embarazo.

SIBASI: Servicio Integral Básico de Salud.

Sucedáneos de la Leche Materna: Todo alimento y bebida comercializada presentada como sustituto parcial o total de la leche humana.

Tabúes: Es un término polinesio que significa "lo prohibido". El concepto permite mencionar las conductas o acciones que están prohibidas o censuradas por un grupo humano debido a cuestiones culturales, sociales o religiosas.

Tasa bruta de natalidad: Numero de nacidos vivos por cada 1000 habitantes en un año determinado.

Técnica: Métodos y detalles que se siguen en la utilización de un procedimiento.

Vitaminas: Las vitaminas son sustancias de composición muy compleja, que necesita el organismo para regular el metabolismo y asimilar las sustancias que le son indispensables.