

Universidad de El Salvador

Unidad Central

Facultad de Medicina

Escuela de Medicina



"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA DE LAS MUJERES DE 18 A 40 AÑOS QUE CONSULTAN EN LAS UCSF DE NUEVA CONCEPCIÓN, CHALATENANGO; TEOPEQUE, LA LIBERTAD Y CALUCO, SONSONATE EN EL PERIODO DE FEBRERO A AGOSTO DE 2018"

Informe Final Presentado Por:

Luis Alberto Aguilar Vides

Jennifer Lisseth Aguirre Escobar

William Alexander Arriola Cañas

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor

Dra. Marta Jeannine Calderón Moreira

San Salvador, julio de 2018

CONTENIDO

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS.....	7
MARCO TEÓRICO	8
○ GENERALIDADES	8
○ ESTRUCTURA DE LA GLÁNDULA MAMARIA	8
○ GALACTOGÉNESIS	9
○ REFLEJOS Y CONDICIONES DE LA MADRE QUE FAVORECEN LA LACTANCIA	12
○ DIFERENTES TIPOS DE LECHE	14
○ BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	15
○ RECOMENDACIONES PARA LACTANCIA MATERNA DE RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO.....	18
○ LECHE DE MADRES DE PRETÉRMINO	19
○ ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LACTANCIA MATERNA	20
DISEÑO METODOLÓGICO	22
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	35
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
FUENTES DE INFORMACION.....	39
ANEXOS	41

RESUMEN

La lactancia materna exclusiva es el mejor alimento para un niño ya que contiene todos los elementos necesarios para su adecuado desarrollo y crecimiento hasta los dos años de edad, por tal razón en este estudio se abordó esta temática desde la perspectiva de los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres entre 18 y 40 años, ya sean madres o no madres, que hayan dado o no, lactancia materna; se utilizó el tipo de estudio descriptivo, transversal tipo CAP, para lo cual se utilizó un instrumento CAP adaptado al estudio a través de una entrevista estructurada realizada a las mujeres de la población en estudio que cumplieron con los criterios de inclusión en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar designadas para el estudio, previo consentimiento informado de las pacientes. En los resultados se obtuvo la caracterización demográfica que 68% de las mujeres participantes fueron menores de 30 años, 50% estaban acompañadas, 57% tuvo nivel de escolaridad básico. Además, se encontró que 35% de las mujeres que participaron en el estudio tienen un hijo. En cuanto a los conocimientos de las mujeres se obtuvo que 65% de las mujeres que participaron en el estudio tienen conocimiento bueno, sin embargo 71 % tuvo actitud regular hacia la lactancia materna, esto se puede correlacionar con los diferentes patrones socioculturales y familiares referentes a la lactancia materna, así mismo ocurrió con la práctica de la lactancia materna, donde el 75% de mujeres que son madres dieron lactancia materna y de éstas el 59 % mantiene una práctica regular, este patrón de prácticas es multifactorial y se ve influenciada por la cultura, costumbres y experiencias personales pasadas, entre otras causas, más que por el conocimiento mismo sobre lactancia materna. Teniendo en cuenta los resultados anteriores se puede concluir que: Las mujeres que participaron en el estudio poseen un buen conocimiento sobre la lactancia materna, esto puede ser debido a los múltiples esfuerzos que ha realizado el Ministerio de Salud (MINSAL) en promoción y educación sobre lactancia materna, sin embargo, este nivel de conocimiento no se vio reflejado en las actitudes y las prácticas que tienen las mujeres. Por lo anterior se recomienda principalmente a las instituciones encargadas de la educación en salud: fortalecer las estrategias de educación y promoción de lactancia materna, dirigidas a todas las mujeres en edad fértil con especial énfasis en las mujeres jóvenes no madres para obtener conocimientos adecuados sobre lactancia materna y favorecer buenas prácticas en lactancia materna cuando sean madres.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna desempeña una función importante en la salud de la población infantil, ya que constituye el único alimento exclusivo imprescindible durante los primeros 6 meses de vida y complementarios hasta los 2 años de edad. La lactancia materna otorga la protección inmunológica y satisface las necesidades nutricionales de los bebés, de esta manera se logra el desarrollo óptimo del niño fortaleciendo el vínculo materno-fetal y disminuyendo la morbimortalidad de niños y niñas, inigualable con leches artificiales. Se estima que las prácticas inadecuadas de lactancia materna en los primeros 6 meses de vida produce 1.4 millones de muertes e incrementa el número de enfermedades en los menores de 5 años (1). En Latinoamérica las tasas de prevalencia de lactancia materna exclusiva han aumentado en el último decenio alcanzando El Salvador el 47% para el 2014 (Encuesta Nacional de Salud, 2014). En países como Nicaragua, Colombia, Perú, Venezuela y Brasil se han realizado estudios de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en diferentes poblaciones concordando los resultados en que existe conocimiento deficiente y prácticas inadecuadas acerca de este tema (2). A nivel nacional se ha creado un marco legal que protege, promueve y apoya la lactancia materna el cual data desde 2011 con la política sobre lactancia materna, hasta 2015 con la creación del reglamento para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, en el cual se brinda las directrices para el actuar de los profesionales de la salud y su labor educativa hacia la población salvadoreña haciendo cumplir los derechos de los niños y niñas menores de cinco años dándoles la oportunidad de gozar de una lactancia exclusiva segura hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los 2 años de vida (3). Según el Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA), la práctica de la lactancia materna en El Salvador se ha visto afectada por diferentes factores: culturales, económicos, sociales y no menos importantes es el efecto de la comercialización de sucedáneos de la leche materna en los primeros años de vida (4).

En septiembre del año 2000 en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, líderes mundiales acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), de los cuales se retoma a nivel mundial el cuarto ODM: Reducir la mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años. La Asamblea Mundial de la Salud (AMS) y el Consejo Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, por sus siglas en inglés UNICEF, adoptaron la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño” en el año 2002 y reafirmada en el año 2008, que

reconocía que: “La desnutrición ha sido responsable, directa o indirectamente, del 60% de las 10.9 millones de muertes anualmente entre niños menores de cinco años. Apenas un 35% de los lactantes a nivel mundial reciben lactancia materna exclusiva durante sus primeros cuatro meses de vida; la alimentación complementaria a menudo se inicia muy temprano o muy tarde, y los alimentos por lo general son nutritivamente inadecuados o inseguros. Los niños desnutridos que sobreviven se enferman con mayor frecuencia y sufren las consecuencias de por vida con defectos en su desarrollo. En los Estados Unidos, la duración de la lactancia materna está muy por debajo de las guías (5). En 2005, el 74,2% de los niños estadounidenses fueron amamantados al menos una vez después del parto, pero sólo el 31,5% fueron amamantados en forma exclusiva a la edad de 3 meses, y sólo el 11,9% recibieron lactancia materna exclusiva a la edad de 6 meses. En América Latina y el Caribe sólo el 40% de los niños y niñas reciben lactancia materna exclusiva durante 6 meses. En Ecuador un 40% de los lactantes reciben leche materna exclusiva, se iguala Cuba con la misma cifra, estadísticas presentadas en 2008 por UNICEF. Los que peores cifras presentan son El Salvador, Panamá y Nicaragua con el 24, 25 y 31 % respectivamente en brindar lactancia materna exclusiva por 6 meses. Se destacan Bolivia con 54% y Chile con el 63% las cuales tienen los porcentajes más altos en Latinoamérica. (UNICEF/OMS/OPS, 2013) (6).

En los últimos años, en El Salvador se han tenido logros significativos con tendencias positivas y crecientes en la práctica de la lactancia materna: En el 2008 la encuesta FESAL reveló una prevalencia de 31.4% de lactancia materna exclusiva, mientras que la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2014 estimó la prevalencia en 47%; el informe sobre tendencias mundiales de lactancia materna El Salvador 2015, ubica a El Salvador entre los primeros en la región en implementar programas y políticas de lactancia materna, ocupando la segunda posición, solo después de Cuba. Asimismo, se cuenta con un marco legal para la Promoción, Protección, y Apoyo de la Lactancia Materna, que establece el derecho para la niñez a la lactancia materna como un elemento indispensable para lograr un óptimo estado de salud, desarrollo y nutrición. Este marco incluye: Política (2011), Ley (2013) y Reglamento (2015) de Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Materna. En el marco de la presentación de avances del país y resultados de la IV Evaluación del Código Internacional de comercialización en el tema de la lactancia materna enero-2018, el Ministerio de Salud (MINSAL) detalló que el país es de los primeros tres en América Latina junto a Cuba y Costa Rica que tiene el puntaje más alto en

cuanto a acciones y buenas prácticas en lactancia materna; además se cuenta con bancos de leche con alrededor de 38 mil mujeres donando leche materna de forma altruista, beneficiando alrededor de 3 mil niños y niñas de bajo peso al nacer y prematuros que por diferentes razones no pueden ser amamantados por sus madres (7). En 2013, el Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA) realizó el estudio: “Situación de la Lactancia Materna en 22 municipios de El Salvador”, ejecutando un total de 2,047 encuestas, de la cuales 511 se ejecutaron en el departamento La Libertad a los municipios: Teotepeque, Jicalapa, Chiltiupán y Comasagua obteniendo como resultado 55.7% de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, dentro de las causas para abandonar la lactancia materna exclusiva las madres encuestadas indicaron leche insuficiente 26% y el niño/niña no quería 21% (4). En El Salvador no se cuenta con estudios de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna, por tal razón se realizó esta investigación con la finalidad de describir los conocimientos, actitudes y prácticas que toman las mujeres en edad fértil de 18 a 40 años de edad frente a la lactancia materna, además poder comprender qué factores estimulan o disminuyen esta práctica, teniendo en cuenta que se realizó en 3 municipios distintos con características sociodemográficas diferentes. Para ello se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres de 18 a 40 años que consultan en las UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango; Teotepeque, La Libertad y Caluco, Sonsonate en el periodo de febrero a agosto de 2018?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres de 18 a 40 años que consultan en las UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango; Teotepeque, La Libertad y Caluco, Sonsonate en el periodo de febrero a agosto de 2018.

Objetivos Específicos

- 1- Caracterizar a la población en estudio en cuanto a sus rasgos sociodemográficos.
- 2- Indagar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en las mujeres de 18 a 40 años en las UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango; Teotepeque, La Libertad y Caluco, Sonsonate en el periodo de estudio.
- 3- Determinar las actitudes hacia la lactancia materna de las mujeres de 18 a 40 años en las UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango; Teotepeque, La Libertad y Caluco, Sonsonate en el periodo de estudio.
- 4- Indagar las prácticas de lactancia materna que realizan las mujeres de 18 a 40 años en las UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango; Teotepeque, La Libertad y Caluco, Sonsonate en el periodo de estudio.

MARCO TEÓRICO

Generalidades

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han declarado que la lactancia materna y la administración de leche humana deben ser la práctica normal en la alimentación y nutrición de los lactantes. La lactancia materna ha documentado ventajas médicas y en el neurodesarrollo a corto y largo plazo y escasas contraindicaciones (Anexos 3 y 5). La AAP y la OMS recomiendan que los lactantes sean alimentados exclusivamente con leche materna durante 6 meses. La lactancia materna debería continuarse tras la introducción de la alimentación complementaria durante 1 año o más. El éxito del inicio y el mantenimiento de la lactancia materna dependen de múltiples factores, como la educación sobre la misma, las prácticas y los protocolos sobre lactancia, el seguimiento habitual y oportuno y el apoyo familiar y social. Las tomas deben iniciarse poco después del nacimiento a menos que existan patologías médicas que las contraindiquen. Las madres deberían ser animadas a ofrecer ambos pechos en cada toma, comenzando con el pecho ofrecido en segundo lugar en la última toma. No es infrecuente que el lactante se duerma durante el primer pecho y rechace el segundo. Es preferible vaciar el primer pecho antes de ofrecer el segundo para permitir un vaciamiento completo de ambos pechos y con ello mejorar la producción de leche (8).

Estructura de la glándula mamaria (9)

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos:

- Tejido glandular de tipo túbulo-alveolar
- Tejido conjuntivo que conecta los lóbulos glandulares
- Tejido adiposo que ocupa los espacios interlobulares.

Desde el tejido celular subcutáneo que rodea a la glándula, se dirigen numerosos tabiques de tejido conectivo hacia el interior, constituyendo los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper. En estudios de anatomía mamaria realizados en madres nodrizas con ultrasonido de alta resolución se encontraron aproximadamente 9 - 12 lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto galactóforo que llega a la punta del pezón como un pequeño agujero independiente (Anexo 7). Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y éstos a su vez están formados por 10 a 100 ácinos o alvéolos. Cada ácino está constituido por un

conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal.

Tanto los ácinos como los conductos excretores están rodeados de células mioepiteliales y capilares sanguíneos, de singular importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

Galactogénesis o producción celular de la leche (10)

Es el proceso mediante el cual las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria sintetizan los constituyentes de la leche y los entregan al lumen alveolar.

Neville (1989) sostiene que en la lactogénesis se deben considerar 3 etapas:

- Etapa I: Iniciación de la capacidad secretora glandular en el período gestacional y postparto inmediato (calostro).
- Etapa II: Iniciación de lactancia propiamente tal, con producción de leche, entre los 2 a 15 días postparto.
- Etapa III: Mantenimiento de la producción de la leche o galactopoyesis.

Etapa I.

La preparación de la glándula para la producción de la leche se inicia en el período gestacional. En los 3 primeros meses de embarazo aumenta la formación de conductos debido a la influencia de los estrógenos. Después de los 3 meses, el desarrollo de los alvéolos sobrepasa a la formación de los conductos, el aumento de la prolactina estimula la actividad glandular y los alvéolos se llenan parcialmente con precalostro. En esta etapa la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por la acción de los esteroides placentarios.

Etapa II.

La iniciación de la producción de leche propiamente tal, 2 a 5 días después del parto, depende de tres factores: del desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo (mamogénesis gestacional), de la mantención en el plasma sanguíneo de adecuados niveles de prolactina y de la caída de los esteroides sexuales.

El efecto inhibitor de los estrógenos sobre la lactogénesis no está del todo aclarado, pero se sabe que disminuyen la cantidad de prolactina incorporada a las células del alvéolo mamario e inhibe el aumento de receptores de prolactina que normalmente ocurre durante la lactancia.

El efecto inhibitor de la progesterona es más conocido. Se sabe claramente que inhibe la síntesis de la lactoalbúmina (inducida por la prolactina) y por lo tanto la síntesis y secreción de la lactosa. Durante la lactancia, los receptores para progesterona desaparecen de la glándula mamaria, lo que explica por qué la progesterona no tiene un efecto supresor de la lactancia una vez que el proceso está establecido.

En el 3er trimestre del embarazo los niveles plasmáticos de prolactina están muy elevados, alcanzando al término de la gestación niveles de 150- 200 ug/ml, pero su acción lactogénica permanece bloqueada hasta el momento del alumbramiento (eliminación de la placenta) en que los esteroides placentarios descienden bruscamente. Los niveles plasmáticos basales de la prolactina también descienden después del parto, pero se mantienen significativamente más elevados en la mujer que amamanta que en la mujer no púérpera.

La secreción de prolactina es normalmente inhibida por acción del hipotálamo mediante el PIF (factor inhibitor de prolactina) que se identifica con la dopamina. La cantidad de dopamina que alcanza a las células lactótropas de la hipófisis anterior, determina la cantidad de prolactina secretada por ellas. Las drogas que impiden la síntesis de la dopamina o bloquean su acción (reserpina, fenotiazinas, metoclorpramida, sulpiride) producen hiperprolactinemia. La infusión de dopamina o la administración de dopaminérgicos, como la bromocriptina, reducen los niveles plasmáticos de prolactina e inhiben la secreción láctea.

Se ha descrito otro factor liberador hipotalámico PRF (ProlactinReleasing Factor), identificado y sintetizado como TRH (ThirotropinReleasing Hormone), el cual, junto con ser un factor liberador de tirotropina, es un importante liberador de prolactina por estimulación de las células lactótropas de la hipófisis anterior.

Etapa III o Galactopoyesis.

Se denomina galactopoyesis o Etapa III de la lactogénesis al proceso que mantiene la producción de la leche una vez establecida la lactancia. Esta etapa de la lactogénesis depende tanto del

ambiente hormonal del plasma materno (oxitocina y prolactina) como de la remoción de la secreción láctea de la mama.

La prolactina es la hormona galactopoyética más importante en la iniciación de la producción alveolar de la leche. Dos son las influencias conocidas de la prolactina en la producción celular de la leche:

- Induce al ARN mensajero de transferencia para la síntesis de la proteína de la leche.
- Actúa sobre la lactoalbúmina para la síntesis de la lactosa.

El efecto lactógeno de la prolactina es apoyado por otras hormonas: insulina, cortisol, hormonas tiroideas, paratiroides y hormonas de crecimiento, sin necesitar que sus niveles sean mayores que en la mujer no embarazada.

A diferencia de su rol en la iniciación de la lactancia, aún se debate científicamente el rol de la prolactina en la mantención de la lactancia. El nivel de prolactina plasmática en la embarazada es de 10 ug/ml; su concentración aumenta gradualmente con el embarazo, pero disminuye abruptamente después del parto. A las 4 semanas postparto vuelve a subir aproximadamente a 20-30 ug/ml en las mujeres que amamantan, pero en las mujeres que no amamantan este nivel regresa a 10 ug/ml en el período de 1 a 2 semanas.

Los niveles séricos de prolactina suficientes para mantener la producción de leche varían ampliamente entre las mujeres que amamantan. Algunas mujeres amamantan exitosamente con niveles plasmáticos de prolactina equivalentes a los de las mujeres que no amamantan. En la lactancia temprana, la succión de los pechos induce a un alza hasta alrededor de 10 veces los niveles iniciales después de 20 a 30 minutos de succión.

El nivel plasmático de prolactina se eleva como respuesta a la succión del pezón durante el amamantamiento. Algunos investigadores han informado que este estímulo pareciera ser mayor después de mediodía que en la mañana, sin embargo, otros investigadores demuestran resultados diferentes. Para que se mantengan niveles elevados de prolactina, se recomienda amamantar por lo menos 6 veces en el día y al menos 1 vez durante la noche. La introducción de alimentación complementaria significa una disminución de la frecuencia y duración de las mamadas y por lo tanto del nivel de prolactinemia.

Reflejos y condiciones de la madre que favorecen la lactancia (10)

Durante la lactancia hay mecanismos neurohormonales reflejos que aseguran una producción eficiente y oportuna de leche para alimentar al niño según éste lo demande.

1. Reflejo liberador de prolactina

El reflejo liberador de prolactina es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo que entregan dopamina a la hipófisis anterior y frenan la secreción de prolactina.

El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior. La prolactina liberada alcanza a las células del alvéolo mamario, estimulando la secreción de la leche.

Aproximadamente 30 minutos de amamantamiento determinan un aumento de los niveles plasmáticos por 3 a 4 horas, con un pico entre los 20 a 40 minutos de iniciada la secreción. El amamantamiento frecuente es necesario para mantener la liberación refleja de prolactina. Esto explica el descenso de la prolactinemia a medida que el niño crece y mama con menos frecuencia.

2. Reflejo eyectolácteo, de evacuación de la leche o de oxitocina

La leche que se encuentra en los alvéolos mamaros no fluye espontáneamente hacia los conductos y por lo tanto no se encuentra disponible para el niño. Para que la leche fluya desde los alvéolos es necesario que éstos sean exprimidos por las fibras mioepiteliales que los rodean. La contracción de estas fibras es producida por la oxitocina, liberada por la hipófisis posterior.

La fuerza de contracción puede ser inicialmente muy fuerte y dolorosa en algunas mujeres, llegando a eyectar la leche a varios centímetros de la mama. Este reflejo es simultáneo en ambas mamas, por eso es frecuente que una mama gotee mientras el niño chupa del otro pecho. La liberación de oxitocina aumenta la presión intramamaria y se detecta un mayor flujo sanguíneo. Las mujeres experimentan la eyección de la leche como una sensación de calor y cosquilleo en las mamas o como una sensación de presión.

La ausencia de senos lactíferos enfatiza en la importancia crítica de la eyección láctea para una lactancia exitosa, porque solo pequeñas cantidades de leche están disponibles antes de la estimulación de la eyección láctea. Las fibras mioepiteliales del útero y de la mama tienen

receptores específicos para la oxitocina, que aumentan durante el tercer trimestre del embarazo y en los 5 días que siguen al parto.

La oxitocina es la hormona galactopoyética más importante y es indispensable para el vaciamiento de la leche durante el amamantamiento. El reflejo de vaciamiento de la leche no sólo responde a los estímulos táctiles y mecánicos del pezón-areola, sino que también puede ser desencadenado por estímulos visuales, auditivos u olfatorios, especialmente en los primeros días de lactancia, pudiendo llegar a ser un reflejo condicionado.

La producción de prolactina está más determinada por la fuerza, la frecuencia y la duración del estímulo de succión. La producción de oxitocina en cambio está más influenciada por la actividad de los centros nerviosos superiores (sentimientos, emociones, pensamientos, percepciones subjetivas). En algunas mujeres la cercanía física o el pensar en el niño pueden desencadenar la contracción de las células mioepiteliales. Esto puede ocurrir en las madres hasta años después que haya cesado la lactancia, aun cuando no haya producción de leche. Los estímulos físicos o psicológicos repentinos, por efecto de la adrenalina, pueden inhibir temporalmente el reflejo de contracción de la oxitocina. Sin embargo, no se ha demostrado que el estrés leve o crónico afecte el reflejo de vaciamiento; sólo puede demorarlo ligeramente.

Tanto la oxitocina como la prolactina afectan el ánimo y el estado físico de la madre. Se ha demostrado que la oxitocina es esencial para la conducta materna apropiada de varias especies. Investigaciones sobre la oxitocina indican que es una hormona inductora del sentimiento de “vínculo”, con importante efecto en la relación entre ambos padres y entre la madre y su hijo, de manera que si se amamanta al niño, se favorece este aspecto tan importante para el equilibrio afectivo-emocional del binomio madre-hijo y de la familia en general.

3. Reflejo de erección y protrusión del pezón y reflejo de ingurgitación areolar

Permite la erección de los pezones cuando éstos se estimulan a la hora de amamantar, facilitando así su aprehensión por la boca del niño. La capacidad de protracción o protrusión del pezón permite que éste pueda ser alargado para llegar al fondo de la boca y adaptar su forma para acomodarse a las presiones de la lengua contra el paladar cuando el niño succiona. Los conductos debajo de la zona areolar, se ingurgitan y facilitan la iniciación de la mamada.

Diferentes tipos de leche

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: el calostro, la leche de transición, la leche madura y la leche del destete.

1) El Calostro

El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso, de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. El calostro contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. Contiene 2,9 g/100ml de grasa, 5,7g/100ml de lactosa y 2,3 g/100ml de proteína. Produce 57 Kcal. /100 ml. El calostro contiene una gran cantidad de inmunoglobulina A (IgA), que junto a la lactoferrina y a una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³), confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes y alérgenos del medio ambiente. El calostro es perfecto para las necesidades específicas del recién nacido:

- El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su tríplico funcional, succión-deglución-respiración.
- Facilita la eliminación de meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Tanto el volumen del calostro como la osmolaridad son adecuados a la madurez del neonato; los riñones inmaduros no pueden manejar grandes volúmenes de líquido ni soluciones muy concentradas.
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
- Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
- Los antioxidantes y las quinonas protegen al niño del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.

El calostro, como la leche que lo sucede, actúan como moderadores del desarrollo del recién nacido. Aún si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo, su leche pasará por una etapa calostrada antes y después del nuevo nacimiento.

2) Leche de transición

Es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un notable, aproximadamente 600 a 700 ml/día, entre los 15 a 30 días postparto.

Se ha constatado que hay una importante variación Individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

3) Leche madura

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, a distintas horas del día, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales. Cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. Cuando la lactancia está en regresión, la leche involuciona y pasa por una etapa calostrada antes de desaparecer totalmente. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto, y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal. / 100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un niño, producirá un volumen suficiente (de 700 a 900 ml) para cada uno de ellos.

Beneficios de la lactancia materna (11)

Beneficios para el lactante:

Se sabe con certeza que la leche materna es el alimento más adecuado para el desarrollo del lactante, por su equilibrado contenido de nutrientes, específico en presencia y/o concentración para la especie humana, diseñada para su óptimo crecimiento y desarrollo. Se conoce su contenido en inmunoglobulinas, que dan protección específica al lactante y su inmaduro sistema inmunológico. Contiene una diversidad de factores bioactivos, que proporcionan protección

contra infecciones (como lactoferrina, caseína, oligosacáridos, ácidos grasos, etc.); enzimas, hormonas y factores de crecimiento que favorecen el desarrollo de órganos y sistemas; nucleótidos, citocinas, y elementos que modulan la función inmunitaria; y componentes antiinflamatorios. De modo que los lactantes que toman pecho materno crecen mejor, tienen menos obesidad, menos infecciones agudas (como otitis, diarreas, infecciones urinarias, etc.) y menos enfermedades crónicas como diabetes, enfermedad celíaca, enfermedades intestinales crónicas y algunos tipos de cáncer de la niñez (Anexo 4). Protege contra la hipoglicemia y la ictericia en el recién nacido. Además, el acto de mamar estimula el desarrollo facial del niño y consiguen un mejor desarrollo intelectual cognitivo, ya que se favorecen las relaciones de apego seguro.

☑ Beneficios para la madre:

- La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.
- Retracción del útero: por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangramiento y reducirlo a su tamaño previo. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo.
- Recuperación del peso: una lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia. Las hormonas de la lactancia (prolactina) hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello, vital y armónico.
- Recuperación de los pechos: la estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.
- La lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mama y ovario, reduciendo el riesgo de estas enfermedades.

☑ Beneficios para la familia:

El refuerzo de lazos afectivos familiares, prevención del maltrato infantil. No satisfacer oportunamente las necesidades básicas del niño pequeño: afecto, calor y nutrientes para su crecimiento y desarrollo, puede considerarse una forma de maltrato infantil. Una madre que amamanta a su hijo mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato. La lactancia materna exclusiva, y si la madre permanece con amenorrea, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. El LAM (método lactancia materna y amenorrea) es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos.

☑ Beneficios para la sociedad:

Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente, disminuyendo la morbilidad infantil mundial.

La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de: leches de vaca o de fórmula, mamaderas, chupetes y accesorios, enfermedades y sus tratamientos, gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos, ausentismo laboral de la madre que necesita atender al niño enfermo, producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos. Se estima que si todas las madres del mundo alimentaran a sus hijos con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales.

Además, están las ventajas ecológicas, pues la leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable. Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población al espaciar los nacimientos; no desperdicia recursos naturales ni crea contaminación; no implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento; no necesita preparación ni uso de fuentes de energía; no requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla.

A la vista de sus propiedades y beneficios, la leche humana no puede compararse con ninguna leche artificial ni de otros animales, y puede visualizarse claramente la enorme pérdida que significó para la humanidad, un siglo de bajos índices de lactancia materna.

Recomendaciones para la lactancia materna en recién nacidos sanos a término (11).

1. Lactancia materna exclusiva durante 6 meses:

- Preferiblemente lactancia materna directa y como alternativa leche materna extraída o de donante.
- Continuar durante al menos el primer año y más tiempo en función de los deseos tanto de la madre como del niño.
- La alimentación complementaria rica en hierro y otros nutrientes deberían introducirse aproximadamente a los 6 meses de edad.

2. Los protocolos y las prácticas periparto que optimizan el inicio de la lactancia materna y su mantenimiento deberían ser compatibles con la AAP y el protocolo hospitalario modelo de la Academy of Breastfeeding Medicine que incluyen lo siguiente:

- Contacto directo piel con piel con la madre inmediatamente después del parto hasta que se realiza la primera toma. Aconsejarlo y hacerlo durante el periodo posparto.
- Retraso de las prácticas rutinarias (peso, medida, baño, análisis de sangre, vacunas y profilaxis ocular) hasta que se complete la primera toma.
- Retraso en la administración de vitamina K intramuscular hasta que se complete la primera toma, pero antes de las 6 horas tras el nacimiento.
- Asegurar 8-12 tomas de lactancia materna cada 24 h.
- Asegurar evaluación y documentación formales de la lactancia materna por parte de cuidadores formados (incluyendo la posición, el agarre, la transferencia de leche, exploración) al menos una vez por cada turno de enfermería.
- No administrar suplementos (agua, agua glucosada, leche artificial u otros líquidos) a los recién nacidos con lactancia materna a menos que esté médicamente indicado mediante las recomendaciones estandarizadas basadas en la evidencia para el tratamiento de la hiperbilirrubinemia y la hipoglucemia.
- Evitar el chupete de rutina en el período posparto.
- Comenzar suplementos diarios de vitamina D en gotas (400 UI) tras el alta hospitalaria.

3. Todos los lactantes con leche materna deberían ser vistos por un pediatra entre 48 y 72 h después del alta hospitalaria:

- Evaluar el estado de hidratación (patrones de eliminación).

- Evaluar la ganancia de peso corporal (pérdida de peso corporal no superior al 7% desde el nacimiento y sin mayor pérdida de peso en el 5° día: evaluar la toma y considerar un seguimiento más frecuente).
- Analizar aspectos de la madre y del lactante.
- Observar la técnica del amamantamiento.

4. La madre y el lactante deberían dormir próximos uno del otro para facilitar la lactancia materna.

5. El chupete debería ofrecerse, al colocar al lactante boca arriba para dormir, no antes de las 3 a 4 semanas de edad y después de que la lactancia se haya establecido.

Leche de madres de pretérmino

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pretérmino) producen una leche de composición diferente durante las primeras semanas. La leche de madre de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y sodio. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella. Aparentemente esta diferencia está determinada por la persistencia de la lactogénesis I (tipo calostro) debido a la falta de cierre de las uniones estrechas intercelulares. Esta leche se caracteriza también por una mayor variabilidad en la concentración de macronutrientes, especialmente grasa y proteínas entre las madres.

En un recién nacido de muy bajo peso (MBPN), menos de 1.500 g, la leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio, fósforo y de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos. El ideal es hacerlo con preparados que vienen en polvo, listos para agregarlos a la leche materna.

Crecimiento del lactante con lactancia materna

El niño amamantado y supervisado en su peso, crece mejor, tiene menos probabilidades de desnutrición, tiene menos morbilidad, menos déficits vitamínicos y de oligoelementos y finaliza el primer año de vida con mejor peso y menos enfermedades que el niño alimentado en forma artificial (Anexo 6).

En los últimos 10 años, OMS ha conducido estudios colaborativos longitudinales y transversales para obtener modelos de crecimiento infantil, en poblaciones de niños amamantados en un gran porcentaje de los casos, por un significativo número de meses. El uso de estos referentes en la

evaluación del crecimiento infantil conducirá a una adecuación en la estimación de desnutrición y/o falla de lactancia y a la prevención de obesidad por exigencias desmedidas de alza ponderal, basadas en patrones de crecimiento de niños con alimentación artificial.

El crecimiento de los niños prematuros es mejor, con menos morbilidad, con mejor pronóstico visual, auditivo y de desarrollo psicomotor cuando son alimentados con leche fresca de su propia madre y no con fórmulas artificiales, aunque éstas estén preparadas especialmente para prematuros, de acuerdo con estudios prospectivos realizados internacionalmente durante la última década.

Las madres de los prematuros con peso al nacer menor de 1500 g mantienen la lactancia absoluta en la mitad de los casos y parcial en un tercio adicional antes del alta de sus prematuros, mediante la extracción sistemática de leche para darla a sus hijos por sondas gástricas hasta que son capaces de mamar. La leche materna después de un parto prematuro es más rica en proteínas y sodio que la de las madres de recién nacidos de término, acorde a las necesidades particulares de sus hijos. La leche materna extraída puede ser fortificada en la cocina de leche, con productos específicos que contienen calorías, proteínas, calcio, fósforo, electrolitos y vitaminas, cuando se estima necesario, porque las necesidades nutricionales del niño menor de 1500 g son muy altas.

Aspectos psicológicos de la lactancia (11)

Asegurar la vitalidad del bebé es sin duda la primera tarea de los padres. Si bien cuidar la supervivencia de la progenie es una tarea común de los mamíferos, la toma de conciencia de esta tremenda responsabilidad es específica a la especie humana. El darse cuenta de esta realidad especialmente en las primíparas, lleva al temor de no lograr ocuparse bien del recién nacido, lo que se acompaña de dosis variables de ansiedad que pueden perturbar la lactancia. Las madres se preguntan habitualmente si tendrán la leche necesaria para alimentar sus hijos, como saber si han ingerido una cantidad suficiente, si están succionando adecuadamente, si el pezón está bien adaptado a la boca, si se ahogara con la leche que sale muy rápido o se irritara porque sale lentamente, si está aumentando suficientemente de peso, si se está poniendo amarillo por su culpa porque no tiene la leche necesaria; todas estas son interferencias emocionales más frecuentes están dadas por el temor de dañar al bebé, de no ser una madre “suficientemente buena”, menos frecuentemente, la vergüenza y el pudor de alimentar al hijo con su cuerpo. Los

padres y especialmente la madre deben aceptar la dependencia total del bebé en la medida que la necesidad de nutrición y la necesidad de apego constituyen una urgencia biológica.

Para una lactancia eficaz la madre requiere disfrutar con las apetencias orales del recién nacido y de la satisfacción de gratificarlas con su cuerpo, proceso que puede ser bastante laborioso, influyen en ella los mensajes que ha recibido acerca de la lactancia de su propia madre, la anticipación prenatal para alimentar a su bebé, su experiencia anterior y los conflictos psicológicos y psicopatológicos. En la anticipación de la identidad materna durante el embarazo, la futura madre puede tener una representación positiva, gratificante y exitosa del amamantamiento pero no negativa, dificultosa y fracasada. La experiencia de ella como bebé y los mensajes transmitidos por la propia madre influyen en la representación materna. Es recomendable indagar este aspecto en la conversación relacional del proceso de vinculación en curso en los controles prenatales.

La conflictiva psicológica que deriva de un ecosistema inadecuado, escasa red de apoyo, disfunción familiar y de pareja suele dar un nivel de ansiedad que puede dar dificultades en el inicio y mantención de la lactancia. Que los profesionales se conciban como un nodo de la red de apoyo y se hagan las intervenciones necesarias facilita la crianza.

La conducta de amamantamiento es así una conducta interactiva diádica mediada por el eje neuroendócrino. Las funciones fisiológicas de la madre y el recién nacido están ligadas a través de las emociones que circulan entre ellos. Las emociones expresan la tonalidad afectiva del proceso de vinculación en curso, la situación actual de la madre y las conductas y actitudes de los profesionales tratantes. La interacción madre – recién nacido durante la lactancia, es un proceso dinámico que evoluciona en el tiempo y debiera organizarse en una postura ajustada a los 3 o 4 días o sea al alta de la maternidad debiera estar ajustada.

La madre transmite mensajes emocionales a través de la postura, el tono muscular y la forma en que sostiene al bebé. Las modificaciones de postura y de tono muscular son captadas por el bebé modulando el ritmo de succión del bebé, la madre debe acoplarse sincrónicamente respetando las pausas del bebé, la intensidad y el vigor con que mama, tolerar el dolor y las sensaciones placenteras que en ocasiones desconciertan e inquietan a madres con estructuras de personalidad rígidas y superyoicas.

DISEÑO METODOLÓGICO(12) (13) (14)

Tipo de investigación

Descriptivo, transversal tipo CAP.

Periodo de investigación

Febrero – Agosto 2018

Universo

3,843 mujeres entre 18 y 40 años de edad que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Nueva Concepción, Chalatenango; Teotepeque, La Libertad y Caluco, Sonsonate (1,675; 589 y 1579 respectivamente).

Muestra

Donde:

n= tamaño de muestra para población finita

N= tamaño de la población

Z= nivel de confianza (95%)= 1.96

P= proporción esperada (0.5)

d= precisión (0.05)

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

$$n = \frac{3843 (1.96)^2 0.5 (1-0.5)}{(0.05)^2 (3843-1) + (1.96)^2 0.5 (1-0.5)} \longrightarrow \frac{3690.8172}{10.5654} \longrightarrow 349.33$$

Tamaño de muestra: **350**

Criterios de inclusión

1. Mujeres entre 18 y 40 años de edad.
2. Que asista a consultar por cualquier motivo a los establecimientos de salud correspondientes para este estudio.
3. Que desee participar en el estudio

Criterios de exclusión

1. Mujeres menores de 18 años y mayores de 40 años.
2. Que no deseen participar en el estudio.
3. Que llenen incompleto el instrumento de investigación.

Variables:

- **Dependiente:**
 - Lactancia materna
- **Independientes:**
 - Factores sociodemográficos
 - Nivel de conocimiento sobre lactancia materna
 - Actitudes sobre lactancia materna
 - Prácticas sobre lactancia materna.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (13)

Objetivo	Variable	Definición Operacional	Indicadores	Escala	Valor	Fuente de obtención de información	Instrumento
✓ Caracterizar a la población en estudio en cuanto a sus rasgos sociodemográficos	Rasgos socio-demográficos	Conjunto de características biológicas, culturales, económicas y sociales que están presente en la población en estudio.	• Edad	Numérica	18-40 años	Mujeres de la muestra que cumplen los criterios de inclusión.	Encuesta CAP sobre lactancia materna: Sección 1.
			• Estado civil	Cualitativa	- Soltera - Casada - Acompañada - Viuda - Divorciada		
			• Escolaridad	Numérica	- Ninguna - Básica - Bachillerato - Técnico - Universitaria		
			• Ocupación	Cualitativa	- Ama de casa - Empleo formal - Empleo no formal - Estudiante - Desempleada		
			• Número de hijos	Numérica	0 1		

					2 Más de dos		
✓ Indagar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en la población en estudio.	Nivel de conocimiento	Conjunto de información almacenada a través de la experiencia, aprendizaje o introspección sobre lactancia materna.	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de lactancia materna. • Beneficios de lactancia materna. • Frecuencia de lactancia materna durante el día. • Alimentación de niños en los primeros 6 meses de vida. • Posición de amamantamiento. 	Sí. No. No sabe.	Bueno Regular Malo	Mujeres de la muestra que cumplen los criterios de inclusión.	Encuesta CAP sobre lactancia materna: Sección 2.
✓ Determinar las actitudes sobre lactancia materna de la población en estudio.	Actitudes	Disposición interna de carácter aprendido y duradero que sostiene las respuestas favorables de las mujeres hacia la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Duración de lactancia materna exclusiva y complementaria. • Sucedáneos de lactancia materna. • Posición de amamantamiento. • Alimentación complementaria. 	Escala Likert modificada: De acuerdo Indiferente En desacuerdo	Buena Regular Mala	Mujeres de la muestra que cumplen los criterios de inclusión.	Encuesta CAP sobre lactancia materna: Sección 3.

		materna ya sea que haya amamantado o no.	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo y lactancia materna. 				
✓ Indagar las prácticas de lactancia materna en la población en estudio.	Prácticas	Conductas que las mujeres en estudio refieren tener en cuanto a lactancia materna si han lactado alguna vez o están lactando así como conductas que las mujeres en estudio tendrían si no han lactado.	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene antes de amamantar. • Posiciones de amamantamiento. • Frecuencia de amamantamiento • Duración de lactancia materna exclusiva y complementaria. • Problemas para amamantar. 	Sí. No. No sabe.	Buena Regular Mala	Mujeres de la muestra que cumplen los criterios de inclusión.	Encuesta CAP sobre lactancia materna: Sección 4.

Fuente de información.

- Primaria: todas las mujeres entre 18 y 40 años de edad que consultaron en los tres establecimientos de salud del estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Técnica de obtención de información.

- Entrevista estructurada

Instrumento de obtención de la información

- Encuesta CAP: Se pasó la encuesta a las mujeres entre 18 y 40 años que cumplieron con los criterios de inclusión para participar en el estudio y que asistieron a consultar a las unidades comunitarias de salud familiar ya establecidas para fines de la presente investigación; de tal forma que el instrumento de obtención de datos constó de secciones dirigidas para obtener la información acorde a los objetivos propuestos (Ver anexo 2).

Así, para valorar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna se realizaron preguntas sobre aspectos básicos y se categorizó como nivel bueno, regular y malo, asignando puntaje a cada pregunta de la siguiente forma: **Bueno = 7 o más respuestas correctas; Regular = 4-6 respuestas correctas; Malo = 0-3 respuestas correctas.**

Las actitudes se evaluaron mediante la escala de Likert la cual se modificó para fines de la investigación, tomando en cuenta 3 categorías: De acuerdo (DA); Indiferente (I); En desacuerdo (ED). Las aseveraciones fueron positivas o negativas y se analizaron según el tipo de respuestas. Se realizaron 5 aseveraciones negativas cuyos puntajes asignados fueron: De acuerdo (1pt); Indiferente (2pts.); En desacuerdo (3pts). Se realizaron 5 aseveraciones positivas con asignación de puntajes: De acuerdo (3pts.); Indiferente (2 pts.); En desacuerdo (1pt). Luego se categorizó la actitud sobre lactancia materna como buena, regular o mala de acuerdo a la siguiente escala:

Buena = 25-30 pts. Regular = 18-24 pts. Mala = 10-17 pts.

Para evaluar las prácticas, se presentaron diez aseveraciones relacionadas con las conductas correctas (5 aseveraciones) e incorrectas (5 aseveraciones) de la entrevistada

hacia la lactancia materna con las posibles opciones de respuesta y puntajes asignados siguientes:

- Conductas correctas: Si (3pts); No (1pt); No sabe (2pts).
- Conductas incorrectas: Si (1pt); No (3pts); No sabe (2pts).

Luego se categorizaron las prácticas como buena, regular o mala de la siguiente forma:

Buena = 25-30 pts. Regular = 18-24 pts. Mala = 10-17 pts.

Todos los resultados obtenidos se tabularon y procesaron con Microsoft Office.

Mecanismo de confidencialidad.

Cada instrumento de obtención de información contó con una copia del consentimiento informado lo cual garantizó que la información brindada por las mujeres participantes solo se utilizó para fines de este trabajo de investigación sin violentar el derecho de privacidad y confidencialidad de las pacientes. (Ver anexo 1)

Procesamiento y análisis de información.

Se realizó el procesamiento de la información con el programa Microsoft Office Excel, en el que se realizaron tablas y gráficos de frecuencia simple y cruce de variables para alcanzar los objetivos propuestos para la investigación.

RESULTADOS

Resultado 1. Caracterización de la población en estudio.

Tabla 1. Edad de las mujeres de 18 a 40 años de la muestra en estudio.

Edad	Caluco	Nueva Concepción	Teotepeque	Total	Porcentaje (%)
18 - 21	30	29	39	98	28
22 - 25	19	26	26	71	20
26 - 29	26	22	19	67	19
30 - 33	17	17	16	50	14
34 - 37	8	12	9	29	8
38 - 40	17	11	7	35	10
Total	117	117	116	350	100

Fuente: Instrumento CAP

Se puede observar que el 28% de las mujeres que participaron en el estudio se encuentran en el rango de 18 a 21 años, seguido por las mujeres entre 22 y 25 años con 20% y el menor porcentaje lo obtuvo el rango de mujeres de 34 a 37 años con 8% y las mujeres de 38 a 40 años con el 10%.

Tabla 2. Estado civil de las mujeres de 18 a 40 años de la muestra en estudio.

Estado Civil	Caluco	Nueva Concepción	Teotepeque	Total	Porcentaje (%)
Soltera	45	28	25	98	28
Casada	25	33	17	75	21
Acompañada	45	55	74	174	50
Viuda	0	0	0	0	0
Divorciada	2	1	0	3	1
Total	117	117	116	350	100

Fuente: Instrumento CAP

En la tabla anterior se observa que el 50% de mujeres que participaron en el estudio se encuentran acompañadas, seguido por las mujeres solteras (28%) y por las mujeres casadas (21%); divorciadas se encontró al 1% de las mujeres de la población en estudio.

Tabla 3. Escolaridad de las mujeres de 18 a 40 años de la muestra en estudio.

Escolaridad	Caluco	Nueva Concepción	Teotepeque	Total	Porcentaje (%)
Básica	52	71	78	201	57
Bachillerato	38	18	27	83	24
Universidad	12	6	3	21	6
Técnico	6	10	2	18	5
Ninguna	9	12	6	27	8
Total	117	117	116	350	100

Fuente: Instrumento CAP

En la tabla anterior se observa que el 57% de las mujeres en estudio tienen escolaridad básica, seguida por bachillerato con 24%. El 6% de las mujeres accedieron a educación universitaria y el 5% a técnico. Un 8% de las mujeres en estudio no tuvo acceso a educación.

Tabla 4. Ocupación de las mujeres de 18 a 40 años de la muestra en estudio.

Ocupación	Caluco	Nueva Concepción	Teotepeque	Total	Porcentaje (%)
Ama de casa	76	68	81	225	64
Empleo formal	19	17	3	39	11
Empleo no formal	9	20	10	39	11
Estudiante	11	3	14	28	8
Desempleada	2	9	8	19	5
Total	117	117	116	350	100

Fuente: Instrumento CAP

El 64% de mujeres que participaron en el estudio se encontró desempeñando la ocupación de ama de casa, seguido por las mujeres con empleo formal (11%) y empleo no formal (11%). El 8% de las mujeres fue estudiante y el 5% de las mujeres se encontró desempleada al participar en el estudio.

Tabla 5. Número de hijos de las mujeres de 18 a 40 años de la muestra en estudio.

Número de hijos	Caluco	Nueva Concepción	Teotepeque	Total	Porcentaje (%)
0	20	21	26	67	19
1	36	45	41	122	35
2	30	34	27	91	26
Más de 2	31	17	22	70	20
Total	117	117	116	350	100

Fuente: Instrumento CAP

En esta tabla se observa que el 19% de las mujeres que participaron en el estudio no tiene hijos, el 35% tiene un hijo, el 26% tiene dos hijos y el 20% de las mujeres tiene más de dos hijos al momento de participar en el estudio.

Resultado 2. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las mujeres de la población en estudio.

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las mujeres de 18 a 40 años de la muestra en estudio.

Nivel de conocimiento	Caluco	Teotepeque	Nueva Concepción	Total	Porcentaje (%)
Bueno	84	63	81	228	65
Regular	27	44	23	94	27
Malo	6	9	13	28	8
Total	117	116	117	350	100

Fuente: Instrumento CAP

El 65% de mujeres que formaron parte del estudio tienen un nivel de conocimiento sobre lactancia materna Bueno, seguido por un 27% de madres que tienen un conocimiento regular, únicamente el 8% de las madres presentan un conocimiento malo sobre la lactancia materna.

Resultado 3. Actitudes sobre lactancia materna de las mujeres de la población en estudio.

Tabla 7. Actitud sobre lactancia materna de las mujeres de 18 a 40 años de la muestra en estudio.

Actitud	Caluco	Teotepeque	Nueva Concepción	Total	Porcentaje (%)
Buena	23	5	45	73	21
Regular	91	96	61	248	71
Mala	3	15	11	29	8
Total	117	116	117	350	100

Fuente: Instrumento CAP

La actitud de las mujeres que participaron en el estudio se puede tomar como regular en el 71% seguido por el 21% de las mujeres que presentó una actitud buena y un 8% de mujeres presentó una mala actitud hacia la lactancia materna.

Resultado 4. Prácticas sobre lactancia materna de la población en estudio.

Tabla 8. Clasificación de las mujeres de 18 a 40 años de la muestra en estudio en relación a la práctica de lactancia materna (LM).

Clasificación	Caluco	Teotepeque	Nueva Concepción	Total	Porcentaje (%)
Son madres y si dieron LM	86	90	87	263	75
Son madres y no dieron LM	11	0	9	20	6
No son madres	20	26	21	67	19
Total	117	116	117	350	100

Fuente: Instrumento CAP

El 75% de mujeres que participaron en el estudio son madres y dieron lactancia materna, el 6% de mujeres son madres y no dieron lactancia materna y el 19% de mujeres que no es madre.

Tabla 9. Prácticas sobre lactancia materna en mujeres de 18 a 40 años de la muestra en estudio que son madres y han dado lactancia materna.

Prácticas	Caluco	Teotepeque	Nueva Concepción	Total	Porcentaje (%)
Bueno	20	45	39	104	40
Regular	63	44	48	155	59
Malo	3	1	0	4	1
Total	86	90	87	263	100

Fuente: Instrumento CAP

Se puede observar que las prácticas del total de 263 mujeres que son madres y han dado lactancia materna son Regular en 59%, Buena en 40% y Mala en 1%.

Tabla 10. Causas de no dar lactancia maternade las mujeres de 18 a 40 años de la muestra en estudio.

Causas de no lactancia materna	Caluco	Teotepeque	Nueva Concepción	Total	Porcentaje (%)
Le bajaba poca leche	6	0	0	6	30
Falta de tiempo	3	0	3	6	30
El bebé rechazó el pecho	2	0	6	8	40
Se le iban a arruinar los pechos	0	0	0	0	0
Total	11	0	9	20	100

Fuente: Instrumento CAP

En la tabla anterior se puede observar que en Teotepeque todas las mujeres madres han dado lactancia materna y que la principal causa por la que las mujeres que son madres no dieron lactancia materna en Caluco y Nueva Concepción fue “El bebé rechazó el pecho” (40%), seguido por “Le bajaba poca leche” (30%) y “Falta de tiempo” (30%). Ninguna mujer contestó como causa de no dar lactancia materna que “Se le iban a arruinar los pechos”.

Tabla 11. Práctica sobre lactancia de las mujeres de 18 a 40 años de la muestra en estudio que no son madres.

Prácticas	Caluco	Teotepeque	Nueva Concepción	Total	Porcentaje (%)
Bueno	0	6	12	18	27
Regular	20	18	6	44	66
Malo	0	2	3	5	7
Total	20	26	21	67	100

Fuente: Instrumento CAP

En la tabla anterior se observa que el 66% de mujeres que no son madres tendrían práctica de lactancia materna regular, seguido por el 27% de mujeres que tendrían práctica buena y el 7% de mujeres que tendrían práctica mala en lactancia materna.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al analizar las características sociodemográficas de la población en estudio se obtuvo que el 68% de las mujeres que participaron en el estudio son menores de 30 años y de estas el mayor porcentaje (28%) se encontraron en el rango de edad de 18 a 21 años, lo cual es acorde a la pirámide poblacional del país donde el mayor número de mujeres se encuentran menores de 30 años (DIGESTYC, 2015). En cuanto al estado civil, se encontró que la mitad de las mujeres estudiadas se encuentran acompañadas y en la otra mitad se encontró que el 28% están solteras, el 21% casadas y solo 1% divorciadas. Lo anterior es un factor positivo para la madre lactante ya que la mayoría de mujeres del estudio no se encuentran solas lo que mejora su estado emocional. La mayoría de las mujeres estudiadas tuvo un nivel educativo básico (57%) y sólo 6% tuvo acceso a educación universitaria. En cuanto a la ocupación, la mayoría de mujeres de la población en estudio se encontró ama de casa (64%) y sólo 11% obtuvo empleo formal. En cuanto al número de hijos se obtuvo que la mayoría de mujeres tuvo un hijo o más (81%) y el resto aún no es madre (19%) lo cual constituye un factor importante a analizar de acuerdo a las prácticas en lactancia materna que adoptan estos distintos grupos poblacionales.

En cuanto al nivel de conocimiento, en las tres Unidades Comunitarias de Salud Familiar estudiadas se encontró un nivel de conocimiento bueno en el mayor porcentaje de la población en estudio: Caluco (71%), Teotepeque (54%) y Nueva Concepción (69%) lo cual evidencia que no es necesario tener un nivel educativo superior para tener buen conocimiento del tema de lactancia materna, ya que el conocimiento se puede obtener de diferentes fuentes entre ellas se puede deber a los múltiples esfuerzos realizados por el ministerio de salud de promocionar la lactancia materna y educar a la población en salud y también a los diferentes instrumentos legales con lo que se cuenta en el país para regular el tema de lactancia materna que hace participar al personal de salud. Así pues, del total de la muestra en estudio se encontró que el 65% tiene buen conocimiento sobre lactancia materna, el 27% conocimiento regular y el 8% tienen mal conocimiento sobre el tema en estudio.

Sobre las actitudes se encontró un escenario diferente ya que la mayoría de mujeres en las tres Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio mostraron una actitud regular en

el tema de lactancia materna: Caluco (78%), Teotepeque (83%) y Nueva Concepción (52%); esto puede deberse a la influencia de factores socioculturales que orientan en cierta forma el actuar de las mujeres en estudio ya sea por pertenecer a un grupo social y ser aceptadas o para no perder la tradición familiar de actuar respecto a la lactancia materna. De esta forma, se obtuvo que del total de mujeres 21% tuvo actitud buena, 71% actitud regular y 8% mala actitud respecto al tema sin diferenciar si la mujer ya es madre o no es madre.

Para analizar las prácticas sobre lactancia materna (LM) se clasificó a las mujeres en relación a dicha práctica de la siguiente manera: Son madres y si dieron LM (75%), son madres y no dieron LM (6%) y no son madres (19%). Dentro del grupo de mujeres madres y que si dieron lactancia materna se encontró práctica buena en el 40%, práctica regular en el 59% y mala práctica en 1% de las mujeres. Se pudo observar que la mayoría de mujeres tuvo práctica regular sobre lactancia materna, es decir, dieron lactancia de forma inadecuada, no cumpliendo con la duración establecida de lactancia materna exclusiva, teniendo técnica inadecuada o no cumpliendo con las medidas higiénicas recomendadas para lactar. Por otro lado, las mujeres madres que no dieron de lactar (6%) mencionaron como causa de no dar lactancia: el bebé rechazó el pecho (40%), le baja poca leche (30%) y falta de tiempo (30%); estos datos concuerdan con los datos obtenidos por el Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA) en 2013 en su estudio “Situación de la Lactancia Materna en 22 municipios de El Salvador” donde encontraron que dentro de las causas para abandonar la lactancia materna exclusiva las madres encuestadas indicaron leche insuficiente 26% y el niño/niña no quería 21%, por tanto las causas siguen sin modificarse, solo se le agrega la “falta de tiempo” que puede ser atribuida por madres que tienen empleo formal o informal que realizan grandes jornadas de trabajo lejos de sus hogares. Asimismo, se obtuvo las prácticas sobre lactancia materna que tendrían las mujeres no madres al tener un hijo: buenas prácticas (27%), práctica regular (66%) y mala práctica (7%); en este contexto no varía mucho con las mujeres madres ya que en ambos grupos las prácticas fueron regular por tanto el hecho de tener hijo no mejora las prácticas, de igual forma tener buen conocimiento sobre lactancia materna no se traduce en tener buena práctica sobre lactancia materna en la mayoría de los casos como se vio en el estudio.

CONCLUSIONES

Con los resultados, y su correspondiente discusión y análisis el grupo de investigación hace las siguientes conclusiones:

1. A pesar de que los Conocimientos sobre lactancia materna son para todas de forma general buenos, sus actitudes y prácticas no reflejan el nivel de conocimientos que se deduce a través del análisis de resultados ya que estos dos aspectos tienen igual característica: son regulares, lo cual también es coincidente con los estudios previos mencionados en este Informe Final de Investigación, así mismo las causales de estas actitudes y prácticas encontradas para la presente investigación, se corroboran también en los estudios mencionados.
2. La población estudiada son en su mayoría mujeres de 18 a 21 años, acompañadas, con educación básica, amas de casa, con 1 hijo.
3. La mayoría de mujeres del estudio no se encuentran solas lo que puede mejorar su estado emocional frente a la lactancia materna.
4. La principal causa por la que las mujeres de 18 a 40 años que son madres y no dieron lactancia materna es que el bebé rechazó el pecho.
5. El buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna que tiene la población de mujeres del estudio se puede deber a los múltiples esfuerzos realizados por el MINSAL en el área de promoción y educación en salud sobre el tema de lactancia materna.
6. Fundamental para la práctica de la lactancia materna en nuestro país es el marco legal aprobado que favorece y protege a todas las mujeres madres y sus hijos, como un derecho fundamental para la salud de los niños y niñas menores de 5 años de El Salvador.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

1. Fortalecer las estrategias de educación y promoción de lactancia materna, dirigidas a todas las mujeres en edad fértil con especial énfasis en las mujeres jóvenes no madres para obtener conocimientos adecuados sobre lactancia materna y favorecer buenas prácticas en lactancia materna cuando sean madres.
2. Promover en el primer nivel de atención la organización de grupos de apoyo a la lactancia materna en mujeres en periodo prenatal y puerperio.
3. Establecer programas de educación continua para personal de primero y segundo nivel de atención, que forme consejeros capacitados en lactancia materna.

A la Facultad de Medicina

1. Implementar dentro del programa académico de pregrado de la carrera de Doctorado en Medicina una enseñanza integral en lactancia materna que favorezca el aprendizaje de conocimientos actualizados de los futuros médicos para fomentar la lactancia materna en las pacientes en el primer nivel de atención.
2. Promover la lactancia materna entre las estudiantes que son madres y habilitar grupos de apoyo así mismo facilitar que esta sea posible estableciendo programas para que las estudiantes tengan el adecuado tiempo y espacio para realizar dicha práctica.

A las mujeres salvadoreñas

1. Que tomen conciencia de los beneficios de la lactancia materna, tanto para el lactante, la madre y para la sociedad, que lleven a una práctica correcta y exitosa de lactancia materna fortaleciendo el crecimiento y desarrollo de los niños.

FUENTES DE INFORMACION

1. Organización Panamericana de la Salud [sede web]; Unicef: Consejería sobre lactancia materna; Adaptado de publicación de Argentina 2007 para El Salvador; Curso de Capacitación; Disponible en: https://www.unicef.org/elsalvador/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf
2. Fátima Isabel Palacios; Conocimientos, Actitudes y Practicas en Mujeres en Edad Fértil, que asisten al centro de Salud Monimbo, municipio de Masaya, Departamento de Masaya en el periodo del 1º de octubre al 31 de diciembre de 2015 (Tesis Doctoral); Nicaragua; Universidad Autónoma de Managua; 2015.
3. Ministerio de Salud; Reglamento de la Ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna; Gobierno de El Salvador; 2015; Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/reglamento/reglamento_ley_promocion__y_a_poyo_lactancia_materna.pdf.
4. Noyola, Ana Leysi Calderón; Flor Artiga, Situación de lactancia Materna en 22 municipios de El Salvador; El Salvador; Calma, Centro de Apoyo a la Lactancia Materna; 2013; Disponible en: <http://www.calma.org.sv/investigaciones/investigacionyleyes.php?id=27>
5. Ana Junnieth Rayo García, Juan Carlos Arrieta Estrada; Conocimientos, Actitudes y prácticas en relación a la Lactancia Materna en mujeres de 15 a 45 años que asisten al puesto de salud San Sebastián Managua, Noviembre a Diciembre 2015 (Tesis Doctoral); Nicaragua; Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.
6. Carmen Lucia Yllescas, Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre lactancia materna en madres que se separan de su hijo por trabajo, estudio realizado en centro de atención permanente de Villa Nueva, Guatemala, Enero- Mayo 2015 (tesis de grado); Guatemala; Universidad Rafael Landívar; Guatemala; 2015.

7. Ministerio de Salud; Avances de El Salvador en Lactancia Materna; Gobierno de El Salvador; El Salvador; Publicado el 31 de enero de 2018; Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/31-01-2018-avances-de-el-salvador-en-lactancia-materna/>
8. Robert M. Kliegman, Bonita F. Stanton, Joseph W. St. Geme, Nina F. Schor; Nelson Pediatría, 20° edición; EEUU; Elsevier; 2016.
9. Keith, L. More, Arthur F. Dailey, Anne, M. R. Agur; Moore Anatomía con orientación clínica; 7° Edición; México; Editorial Lippicott Williams &Wilkins; 2013, Sección 1, Cap. 1: Anatomía mamaria, pág. 98-105.
10. Ministerio de Salud de Chile; Lactancia Materna, contenidos técnicos para profesionales de salud; Cecilia Schellhorn, Verónica Valdez; 2010; Chile; Disponible en: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
11. Organización Mundial de la Salud; Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño; Ginebra, 2003, Disponible en: Http://www.who.int/nutrition/publications/g_s_infant_feeding_text_spa.pdf
12. Universia; Guia para elaborar una tesis; Universia Argentina; 1° edición; Argentina; Editorial Universia; 2010
13. Hernández Sampieri, Roberto; Metodología de la Investigación; México; Editorial McGraw Hill 2006, pág. 101-120
14. Eco, Umberto; Cómo se hace una Tesis; Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura; Editorial Gedisa; España; 2001.

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito del presente consentimiento informado es proveer información clara sobre el rol de las participantes en la investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres de 18 a 40 años que consultan en las UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango; Teotepeque, La Libertad y Caluco, Sonsonate en el periodo de febrero a agosto de 2018.

La información obtenida es confidencial, no se registrarán sus nombres ni datos personales. Todo lo que responda es un valioso aporte para este estudio por lo que se le solicita sinceridad al responder. Los datos recolectados se usarán únicamente para esta investigación y se analizarán de forma anónima.

Este estudio no representa ningún riesgo a su persona ya que no se pretende iniciar ningún tratamiento o tomar exámenes de laboratorio, únicamente es con fines descriptivos, si tiene alguna duda sobre cualquier punto con gusto se le resolverá en el momento.

Yo acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por: Dr. William Alexander Arriola Cañas, Dr. Luis Alberto Aguilar Vides y Dra. Jennifer Lisseth Aguirre Escobar. He comprendido la naturaleza del estudio y la importancia de mi participación, además se me ha informado que puedo hacer preguntas sobre la investigación, las cuales se resolverán en cualquier momento.

El equipo técnico de la presente investigación agradece su valiosa colaboración y participación.

F: _____



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

Anexo 2

GUIA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA

"Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres de 18 a 40 años que consultan en las UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango; Teotepeque, La Libertad y Caluco, Sonsonate en el periodo de febrero a agosto de 2018"

OBJETIVOS

Objetivo principal

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres de 18 a 40 años que consultan en las UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango; Teotepeque, La Libertad y Caluco, Sonsonate, en el periodo de febrero a agosto de 2018.

Objetivos Específicos

- 1- Caracterizar a la población en estudio en cuanto a sus rasgos sociodemográficos.
- 2- Indagar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en las mujeres de 18 a 40 años en las UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango; Teotepeque, La Libertad y Caluco, Sonsonate en el periodo de estudio.
- 3- Determinar las actitudes hacia la lactancia materna de las mujeres de 18 a 40 años en las UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango; Teotepeque, La Libertad y Caluco, Sonsonate en el periodo de estudio.
- 4- Indagar las prácticas de lactancia materna que realizan las mujeres de 18 a 40 años en las UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango; Teotepeque, La Libertad y Caluco, Sonsonate en el periodo de estudio.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

SECCIÓN 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Complete los datos generales y marque con una equis (X) según corresponda.

1. Edad:

2. Departamento:

Municipio:

3. Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Acompañada
- Viuda
- Divorciada

4. Escolaridad:

- Básica
- Bachillerato
- Universidad
- Técnico
- Ninguna

5. Ocupación:

- Ama de casa
- Empleo formal
- Empleo no formal
- Estudiante
- Desempleada

6. Número de hijos:

- 0
- 1
- 2
- Más de 2



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

SECCIÓN 2. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

Marque con una equis (X) según sus conocimientos

N°	PREGUNTA	SI	NO	NO SABE
1	Lactancia materna exclusiva es dar únicamente leche materna durante los 6 primeros meses de vida del niño/a			
2	La lactancia materna requiere una técnica complicada.			
3	Es importante la preparación adecuada de los pezones antes de amamantar.			
4	Se debe amamantar al niño/a todas las veces que él/ella pida durante el día y la noche o al menos 12 veces durante 24 horas.			
5	Se debe vaciar por completo un pecho antes de pasar al otro pecho.			
6	La leche materna contiene elementos necesarios para el crecimiento y desarrollo del niño hasta los 2 años de vida.			
7	La mujer que da de mamar debe tener dieta en relación a los alimentos que consume.			
8	La lactancia materna ayuda a prevenir el cáncer de mama.			
9	Los niños que reciben lactancia materna son más inteligentes y se enferman menos.			
10	La posición correcta para amamantar es la posición en la que la madre se encuentre cómoda, tranquila, relajada y segura alimentando a su bebé.			



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

SECCIÓN 3. ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA. (Escala Likert Modificada)

Marque con una equis (X) según sus actitudes

N°	PREGUNTA	DA	I	ED
1	Durante los primeros 6 meses de vida los recién nacido deben ser alimentados con leche materna exclusivamente.			
2	La leche de vaca, maternizada, etc. alimenta mejor que la leche materna.			
3	Dar lactancia materna mejora la relación entre madre e hijo.			
4	Cada vez que él bebe tiene hambre se le debe dar lactancia materna.			
5	Dar leche artificial es la mejor opción para una mujer que estudia o trabaja.			
6	Es importante dar al bebe otros alimentos además de la leche materna, para que quede satisfecho.			
7	El trabajo o el estudio no es impedimento para que una mujer pueda dar lactancia materna			
8	No todas las mujeres tienen suficiente leche para amamantar.			
9	El estado de ánimo de la madre influye poco o nada para que los pechos produzcan más leche.			
10	Si la madre tiene que ausentarse de su casa por estudio o trabajo, debería extraerse manualmente la leche y conservarla en la refrigeradora.			

DA: De acuerdo; I: Indiferente; ED: En desacuerdo

SECCIÓN 4. PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

Marque con una equis (X) según corresponda a sus prácticas.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

Si usted ya es madre:

- 1- ¿Ha dado lactancia materna? SI NO
- 2- ¿Durante cuánto tiempo? Menos de 6 meses Más de 6 meses
- 3- Si usted no realizó lactancia materna, ¿Cuál fue el motivo?
- Le “bajaba poca leche”
 - Falta de tiempo
 - Él bebe “rechazó” el pecho
 - Se le iban a “arruinar los pechos”
 - Otro:

Nº	PREGUNTA	SI	NO	NO SABE
1	Antes de dar lactancia materna se lava las manos con agua y jabón o si su bebé le pidiera pecho en cualquier momento, ¿se lavarías las manos?			
2	Si a usted “no le bajara” suficiente leche, ¿diera alimentación complementaria con leche artificial o fórmula?			
3	Coloca al bebé “panza con panza” al amamantar. ¿Se colocaría al bebé panza con panza si diera de mamar?			
4	¿Se intercambiaría al bebé de un pecho al otro pecho para que vacíe ambos pechos a la vez?			
5	¿Da lactancia materna hasta que el bebé está satisfecho? ¿Diera lactancia materna hasta que el bebé estuviese satisfecho?			
6	Antes de cambiar de pecho, ¿espera/esperaría a que este vacío el pecho que está alimentando al bebé?			
7	Antes de que el bebé cumpla los 6 meses de edad, ¿Ud. da alimentos variados para que el bebé conozca los distintos sabores?			
8	¿Daría Ud. lactancia materna hasta los 2 años de edad cada vez que el niño/niña quiera pecho sin darle otros alimentos?			
9	¿Únicamente da/diera lactancia materna durante el día, o durante la noche?			
10	¿Se coloca/se colocaría en una posición cómoda tanto para usted como para su bebé al momento de amamantar?			



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

Anexo 3

Tabla 1. Principales propiedades beneficiosas de la leche humana comparada con la leche artificial.

Leche humana	Leche artificial
IgA secretora	Acción antiinfecciosa específica dirigida al antígeno
Lactoferrina	Inmunomodulación, quelación de hierro, acción antimicrobiana, antiadhesiva, elemento trófico para el crecimiento intestinal
κ-caseína	Antiadhesiva, flora bacteriana
Oligosacáridos	Prevención de la fijación de bacterias
Citoquinas	Función antiinflamatoria, barrera epitelial
Factores de crecimiento	
Factor de crecimiento epidérmico	Vigilancia luminal, reparación del intestino
Factor transformador de crecimiento (TGF)	Promueve el crecimiento de las células epiteliales (TGF-β) Suprime la función linfocitaria (TGF-β)
Factor de crecimiento nervioso	Promueve el crecimiento neural
Enzimas	
Factor activador de plaquetas-acetilhidrolasa	Bloquea la acción del factor activador de plaquetas
Glutatión peroxidasa	Previene la oxidación lipídica
Nucleótidos	Potencia las respuestas de los anticuerpos, la flora bacteriana

Adaptada de Hamosh M: Bioactive factors in human milk, Pediatr Clin North Am 48:69-86, 2001.

Anexo 4

Tabla 2. Enfermedades para las que se ha sugerido que la leche materna tiene efecto protector.

Tabla 45-2 Enfermedades para las que se ha sugerido que la leche materna tiene un efecto protector	
Enfermedades agudas	Enfermedad de Crohn
Diarrea	Neoplasia infantil
Otitis media	Linfoma
Infección urinaria	Leucemia
Enterocolitis necrotizante	Otitis media recurrente
Sepsis	Alergias
Botulismo infantil	Obesidad y sobrepeso
Diabetes mellitus insulino dependiente	Ingresos hospitalarios
Enfermedad celiaca	Mortalidad infantil



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

Tabla 3. Contraindicaciones absolutas y relativas de la lactancia materna

ENFERMEDADES MATERNAS	GRADO DE RIESGO
Infección por VIH y VLTH	En Estados Unidos, la lactancia materna está contraindicada En otros lugares, los riesgos de no dar lactancia materna deben ser valorados frente al riesgo de transmitir el virus al lactante
Infección tuberculosa	La lactancia materna está contraindicada hasta completar aproximadamente 2 semanas de tratamiento adecuado de la madre
Infección por virus de varicela-zóster	El lactante no debería tener contacto directo con las lesiones activas El lactante debería recibir Inmunoglobulina
Infección por virus del herpes simple	La lactancia está contraindicada en caso de lesiones herpéticas activas en la mama
Infección por CMV	Puede encontrarse en la leche de madres seropositivas para CMV Transmisión a través de la leche humana Es infrecuente que cause enfermedad sintomática en lactantes a término.
Infección por hepatitis B	Los lactantes reciben Inmunoglobulina y vacuna frente a hepatitis B de forma rutinaria si la madre tiene HbsAg positivo No se requiere retrasar el inicio de la lactancia
Infección por hepatitis C	La lactancia materna no está contraindicada
Ingesta de alcohol	Limitar ingesta de alcohol materna a <0,5 g/kg/día (para una mujer de peso medio, es decir, el equivalente a 2 latas de cerveza, 2 vasos de vino o 60 ml de licor)
Tabaquismo	Desaconsejar el consumo de cigarrillos, aunque el tabaquismo no es una contraindicación de la lactancia materna
Quimioterapia, radiofármacos	Generalmente la lactancia está contraindicada

CMV, citomegalovirus; HbsAg, antígeno de superficie de hepatitis B; VIH, virus de inmunodeficiencia humana; VLTH, virus linfotrófico T humano.
 De Schanler RJ, Krebs NF, Mass SB (editores): Breastfeeding handbook for physicians, ed. 2, Elk Grove Village, IL, 2014, American Academy of Pediatrics, págs. 223-226.

Anexo 6

Tabla 4. Promedio de peso en lactantes (gramos) alimentados con lactancia materna exclusiva y lactancia parcial o artificial.

	Lactancia Absoluta	Lactancia Parcial o Artificial
6 MESES	8020 ± 695	7231 ± 590
12 MESES	10104 ± 776	9389 ± 815
P < 0.002		

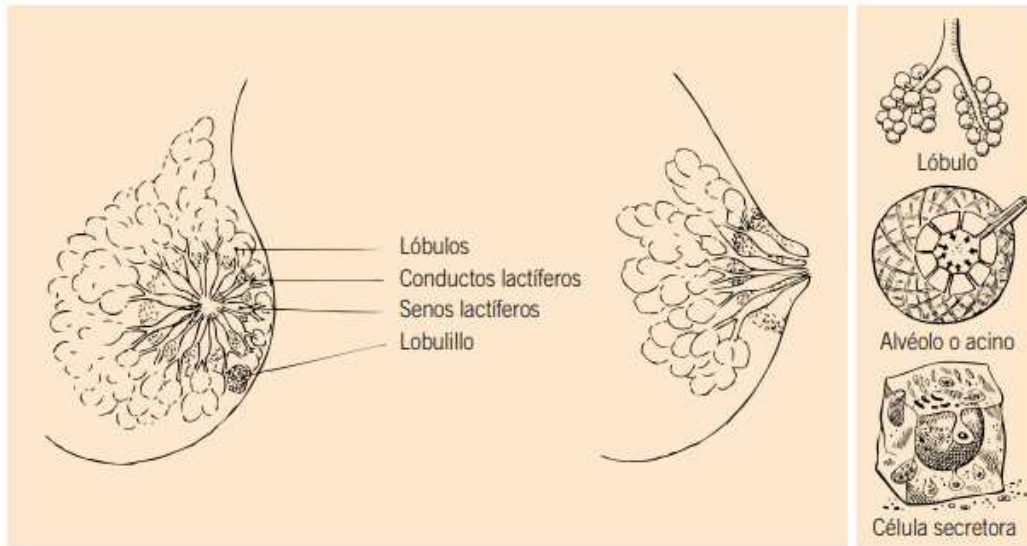
ICMER: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

Anexo 7

Figura 1. Anatomía interna mamaria



Anexo 8

Figura 2. Posiciones de amamantamiento

