

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



INFORME FINAL DE TRABAJO DE GRADUACION

*“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CONOCIMIENTO DE
LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS QUE ASISTEN A UCSF – E DÍAZ
DEL PINAL.”*

PRESENTADO POR:

BAIRES SAYES, GIOVANNI ALEXANDER
HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, CAMILA ANDREA
ORTIZ CHÁVEZ, MERCEDES CRISTABEL

SAN SALVADOR, MARZO DEL 2021

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

Dra. Cristina de Amaya

Rectora Universidad Evangélica de ES

Dr. Darío Chávez

Vicerrector de investigación y proyección
social

Dra. Mirna García de González

Decana en funciones Facultad de
Medicina

Licda. Johana Campos

Jefe del departamento de nutrición

CONTENIDO

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
A. Situación problemática	13
B. Enunciado del problema.....	17
C. Objetivos de la investigación	17
D. Contexto de la investigación.....	18
E. Justificación	19
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	21
A. Estado actual del hecho o situación	21
1. Antecedentes históricos de la Lactancia Materna	21
2. Anatomía de la glándula mamaria.....	29
3. Fisiología de la glándula mamaria.....	30
4. Conceptos y generalidades en lactancia materna	34
5. Tipos de Leche Humana.....	38
6. Beneficios de la lactancia materna.....	40
7. Técnicas para una lactancia materna exitosa	42
8. Métodos alternativos	46
9. Factores socioculturales que influyen en la lactancia materna	51
10. Ventajas y desventajas de la Lactancia Materna.....	56
B. Hipótesis de investigación o supuestos teóricos.....	62
CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	64

A.	Enfoque y tipo de investigación.....	64
B.	Sujetos y Objeto de estudio	65
C.	Operativización de las variables.....	67
D.	Técnicas a emplearse en la recopilación de información.....	73
E.	Instrumentos de registro y medición.....	73
F.	Aspectos éticos de la investigación	76
G.	Procesamiento y análisis.....	77
H.	Cronograma de actividades	80
I.	Presupuesto.....	81
J.	Estrategias de utilización de resultados	81
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....		82
A.	Análisis descriptivo.....	82
B.	Análisis inferencial	93
C.	Discusión de resultados	96
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		99
A.	Conclusiones	99
B.	Recomendaciones	101
FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS.....		104
ANEXOS.....		110

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme el privilegio de culminar mi licenciatura, por guiarme en cada paso dado en el camino, y darme siempre las fuerzas necesarias para seguir adelante.

A mi familia, en especial a mis padres Cristabel Chávez y Tomás Ortiz por ser mi más grande ejemplo de lucha y perseverancia, por su apoyo incondicional a lo largo de estos años y por todo el amor que me han brindado y ser la pieza más fundamental para formarme como persona, gracias por darme la oportunidad de desarrollarme aún más profesionalmente.

A mi novio Manrique Torres, por siempre darme su apoyo incondicional y paciencia durante toda la carrera, por estar conmigo en momentos de enfado, debilidad y darme los ánimos que necesitaba para continuar mi camino y no desfallecer.

A mis compañeros de carrera que se convirtieron en amigos, en especial a Camila Hernández por las risas, pero también por la paciencia, empeño y dedicación durante todo el trabajo realizado.

A todos los docentes que durante la carrera cumplieron su rol de guía en mi formación, llenándome de sus conocimientos y experiencias profesionales para poder desarrollarme como una mejor Licenciada en Nutrición y Dietética.

Mercedes Cristabel Ortiz Chávez

AGRADECIMIENTOS

A mi padre; Juan José Hernández por ser un pilar fundamental en mi desarrollo y educación a lo largo de mi vida, por siempre estar para apoyarme en cualquier recurso que fuese necesario para seguir avanzado, por nunca darse por vencido como padre y como ser humano, por salir adelante en cualquier momento de tempestad y por transmitirme todo ese carácter para seguir adelante.

A mi tía; Emperatriz Hernández, tíos; Oscar y Julio Hernández y abuela; Elba Hernández por tolerarme y ayudarme a crecer personal y profesionalmente los últimos años a pesar de todas las adversidades que se pudieran haber presentado.

A mis catedráticos por todas las enseñanzas brindadas a lo largo de todos estos años de carrera, y a las que dejaron una semilla de enseñanza no solo académica si no también personal.

A mis compañeros pero también amigos que esta licenciatura me ha dejado, que a pesar de todo el estrés que una carrera universitaria pudo presentar, siempre estuvieron para hacerme reír y ayudarme. A mi amiga y compañera; Cristabel Ortiz por terminar conmigo este último peldaño. Gracias por toda tu paciencia y conocimientos brindados.

Finalmente, gracias a Dios pero también a mí misma, por haber seguido adelante, por no haber tirado la toalla en mi formación cuando lo consideré, por ser una persona resiliente que no se dejó vencer de los demonios que también cargué los últimos años y por llenarme de paciencia y fortaleza para afrontar las situaciones que se me presentaron a lo largo de todo este proceso.

Camila Andrea Hernández Martínez

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios todo poderoso por siempre guiarme y mostrarme el camino correcto en cada momento de mi vida y por darme fortaleza para poder finalizar mi segunda carrera universitaria.

A mis padres Juan Baires y Marina sayes de Baires por su apoyo incondicional a lo largo de toda mi carrera y ser mi ejemplo de perseverancia a seguir. A mi esposa Lissbeth Mena de Bires por su amor, cariño y comprensión en todos mis años de estudio y sobre todo por motivarme a no rendirme y seguir adelante. A mi hijo Axel Baires Mena quien fue mi motivo para superarme.

A mi asesora Lic. Claudia Chiquillo y a mi amiga Dra. Ruth Salinas por brindarme sus conocimientos técnicos y su asesoría para la realización de este trabajo de investigación, así como también a todos los docentes de la carrera de nutrición y dietética por compartir y brindarme sus conocimientos.

Giovanni Alexander Baires Sayes

RESUMEN

Esta investigación se realizó con el objetivo de identificar los factores socioculturales que influyen en los conocimientos sobre lactancia materna en mujeres embarazadas asistentes a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar “Dr. Carlos Díaz del Pinal” ubicada en Santa Tecla, La Libertad, El Salvador.

Una de las hipótesis aceptadas en la investigación es que el conocimiento sobre la lactancia materna no se asocia con la información proporcionada por el personal de salud a las embarazadas que asisten a sus controles, y la segunda es que la edad no es un factor determinante para el conocimiento de lactancia materna en las embarazadas que asisten a sus controles en la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

El método de investigación fue de enfoque cuantitativo y de tipo observacional y analítico ya que se verificó la asociación de las variables de los factores socioculturales con la variable del conocimiento. La técnica utilizada fue el muestreo consecutivo y consistió en captar a las embarazadas que acudieron a sus controles y que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación, y que además cumplieran con los criterios de inclusión del estudio.

El instrumento utilizado fue el cuestionario elaborado con el cual se pudo conocer el grado de conocimiento sobre lactancia materna que las participantes tenían. Para la tabulación de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2017 y el programa SPSS utilizando el método estadístico chi cuadrado.

La edad de las mujeres embarazadas y la información previamente brindada por el personal de salud no muestra una relación significativa en el conocimiento sobre lactancia materna, concluyendo que el grado de escolaridad sí presentó una

relación significativa con el nivel de conocimiento de mujeres embarazadas de la UCSF-E Díaz del Pinal.

Palabras clave de la investigación:

LM: Lactancia Materna

OMS: Organización Mundial de la Salud

AEP: Asociación Española de Pediatría

MINSAL: Ministerio de Salud

UCSF-E: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada

USANYM: Unidades de Salud Amigas de los Niños y Madres

INTRODUCCIÓN

El único proceso por el cual una mujer provee leche humana para la alimentación ideal y un crecimiento adecuado del bebé se conoce como lactancia materna. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) son entidades que establecen que la lactancia materna no solo aporta grandes beneficios para la salud del niño y la madre, sino también es, la forma de alimentación inmejorable para los lactantes, ya que aporta toda la energía y los nutrientes que un lactante necesita de manera exclusiva los primeros 6 meses de vida, y posteriormente gran cantidad de las necesidades nutricionales del niño/a durante el segundo semestre. (1)

En la actualidad, muchas mujeres en el mundo no amamantan a sus hijos o lo hacen por periodos más cortos, datos recientes estiman que a nivel mundial el 35% de los menores de 4 meses de edad son alimentados exclusivamente con lactancia materna. (2)

El Salvador dispone de 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 de la Lactancia Materna. (3)

Los datos derivados de la presente investigación serán de beneficio para todo el equipo multidisciplinario de salud, en sus diferentes áreas de trabajo involucradas a la lactancia materna, así como a las distintas Unidades Comunitarias de Salud Familiar, ya que una vez reconocidos los factores por los cuales las madres se ven influenciadas a brindar o no lactancia materna, se podrán ofrecer una mejor educación, orientación y ayuda a las madres, teniendo como resultado final un óptimo estado de salud de los lactantes.

Los capítulos están conformados por:

Capítulo I. Planteamiento del problema. Esta sección comprende la situación actual y los antecedentes del problema de investigación, en El Salvador desde 2013 está implementada la Ley de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, pero además de esto existen diferentes iniciativas tanto públicas como privadas para la correcta protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, pero a pesar de ellas, existen una gran cantidad de mitos y creencias populares que en ocasiones intervienen en manera negativa a lo que se quiere lograr con las diferentes iniciativas.

Capítulo II. Fundamentación teórica. Este capítulo está dedicado a dar a conocer el progreso de la lactancia materna a través de lo largo de la historia, así como definir la anatomía y fisiología de la glándula mamaria, conceptos básicos y generalidades relacionados directamente a la lactancia materna, y a su vez factores socioculturales que influyen en la práctica de la misma.

Capítulo III. Metodología de la investigación. Este apartado describe el tipo de investigación, el cual, debido a que las variables estudiadas no serán controladas por los investigadores es un estudio observacional, de acuerdo a la finalidad del mismo, este es analítico transversal, ya que la recolección de datos fue en un periodo de tiempo determinado sin seguimiento.

Capítulo IV. Análisis de la información. Dividido en dos secciones, análisis de resultados y la discusión de los mismos. Se presentan gráficos con sus respectivos análisis. Además, es en este punto en el que los investigadores descubren si las hipótesis planteadas realmente están relacionadas al tema y de esta manera poder llegar a conclusiones sustentadas.

Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones. Apartado que pone punto final a la investigación realizada; exponiendo las conclusiones a las que los resultados arrojaron, y a su vez se aconsejan acciones de acuerdo a los resultados obtenidos.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación problemática

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

Existe preocupación a nivel mundial por la disminución en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva; a pesar de los múltiples beneficios que presenta la lactancia materna para la salud del niño y la madre, actualmente gran número de mujeres en el mundo no amamantan a sus hijos o los alimentan al seno materno por periodos más cortos, datos recientes estiman que a nivel mundial el 35% de los menores de 4 meses de edad son alimentados al seno materno en forma exclusiva y la duración promedio de amamantamiento es de 18 meses, información que difiere de la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien menciona que los lactantes debe de ser amamantados de forma exclusiva durante los primeros seis meses y que se continua el amamantamiento hasta los 2 años de vida. Los motivos por los cuales se realiza el destete precoz o simplemente no se amamanta al niño desde su nacimiento son muchos, entre ellos: el grado de escolaridad de la madre, la hipogalactia (baja producción de leche), rechazo aparente del niño, la industrialización y urbanización, incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la cultura del biberón, enfermedad de la madre, la separación del binomio en los cuñeros fisiológicos y la falta de apoyo técnico y psicológico por parte del personal sanitario, así como el desconocimiento de la gran cantidad de bondades que ofrece la leche materna.(2)

En Latinoamérica, hay más de 500,000 muertes anualmente en niños menores de 5 años como consecuencia de enfermedades infecciosas intestinales y el riesgo de morir asociado con la alimentación artificial se ha estimado en 14 veces mayor a la

esperada en alimentación natural. La cultura del biberón haciéndola sinónimo de modernidad ha sido uno de los factores determinantes del abandono de la Lactancia Materna, aunado a prácticas hospitalarias erróneas como la separación del binomio posterior al nacimiento y la desinformación de los propios trabajadores de la salud, la publicidad masiva a favor de las leches artificiales y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, así como la incertidumbre de la propia mujer cuando está embarazada. (4)

En El Salvador, en 2009 el Ministerio de Salud implementa la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza” la cual establece en la estrategia doce sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional, la importancia del fomento de la lactancia materna y las prácticas de alimentación saludables, como elementos claves para el logro de un adecuado nivel de salud y nutrición. La Convención sobre los Derechos del Niño, emitió en el 2009 la Ley de Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia (LEPINA), en la cual se reconoce el derecho a la Lactancia Materna de todos los niños y niñas. (5)

En ese mismo año se aprobó la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (LEPINA), en la que se reconoce el derecho a la lactancia materna de todos los niños y niñas de El Salvador, en respuesta al cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño que en su artículo 24 afirma que los Estados Participantes reconocen el derecho del niño al disfrute de las mejores condiciones posibles de salud y establece que los Estados parte deben asegurar que todos los sectores de la sociedad y en particular padres, madres, niños y niñas conozcan los principios básicos de la salud, nutrición y las ventajas de la lactancia materna. (5)

En 2010 el Ministerio de Salud oficializó el Acuerdo Ministerial No. 306 el cual establece que toda mujer trabajadora del MINSAL, que se encuentre en periodo de

lactancia, tiene derecho a gozar de una hora de permiso para amamantar a su hijo o hija hasta los nueve meses de edad. (5)

En 2011 se publicaron los resultados de la tercera evaluación de CICSLM, donde se evidencia que continúan las violaciones al cumplimiento del Código. Las tres evaluaciones al Código se realizaron antes de contar con una Ley de Lactancia Materna. (5)

En 2011 se oficializó la Política Nacional de Protección, Promoción y Apoyo a La Lactancia Materna que, en su línea estratégica 3, establece la promoción de prácticas adecuadas de lactancia materna y la necesidad de formular un marco normativo para su promoción, protección y apoyo. Además, que se debe promover el cumplimiento de la legislación laboral para el goce de los derechos de la mujer en períodos de embarazo y lactancia. (5)

Entre los años 2012 y 2013 se implementaron tres Bancos de Leche Humana localizados en San Salvador, San Miguel y Santa Ana y se inició la apertura gradual de los Centros Recolectores de Leche Humana (CRLH). En el año 2013 se aprobó a Ley de Promoción, Protección y Apoyo a lactancia materna. (5)

En 2016 se elaboró el Plan Estratégico Intersectorial de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 2016-2019. Este documento establece cinco líneas estratégicas, con el objetivo de incrementar la práctica de lactancia materna en el país con la participación intersectorial, a través de la CONALAM. (5)

En el 2019 se ha oficializado la Estrategia multisectorial educativa y de comunicación social para promover comportamientos alimentarios adecuados y actividad física en la población salvadoreña, que contempla un componente de lactancia materna y alimentación infantil. (5)

Todos estos esfuerzos le han permitido a El Salvador seguir avanzando significativamente en el incremento de la práctica y el derecho a la lactancia materna. (5)

En el año 2017, se realiza la cuarta evaluación al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM), siendo publicado y socializado sus resultados en el año 2018. El informe presentado detalló que El Salvador ha mejorado en el cumplimiento del CICSLM, de acuerdo con los siguientes aspectos: A los recién nacidos en condiciones normales en los hospitales del MINSAL y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, se les prescribe lactancia materna exclusiva, tal como lo establece la Ley y el Código; se ha disminuido considerablemente el uso de materiales promocionales de sucedáneos de la leche materna en establecimientos de salud y se ha mejorado en el cumplimiento del etiquetado nutricional de las fórmulas infantiles para lactantes menores de seis meses. (5)

Con respecto a los establecimientos de salud privados, aún persiste el incumplimiento, ya que el uso de fórmulas infantiles continúa siendo utilizadas, las cuales son prescritas para recién nacidos en condiciones normales y no para casos especiales como lo establece el CICSLM y el artículo 18 de la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna. (5)

Asimismo, el etiquetado de algunos productos de compañías distribuidoras de sucedáneos incumplen algunas disposiciones del Código, utilizando en las etiquetas de las fórmulas infantiles y de seguimiento imágenes y figuras infantiles y leyendas que idealizan el uso de las fórmulas para optar por la alimentación con biberón y alimentos complementarios; el 33% de establecimientos de salud no cumplen con la Ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna por estar indicando

fórmulas infantiles en lactantes que no son considerados casos especiales, entre otros. (3)

A pesar de todos los avances a través de los años, sigue siendo necesario abogar por la inclusión de medidas de protección para las mujeres que trabajan en el sector de la economía informal, en la legislación nacional e incentivar que más centros de trabajo cuenten con salas de lactancia materna. (6)

Continuar avanzando en el cumplimiento del marco legal para el incremento de la práctica de la Lactancia Materna, implementar la estrategia multisectorial educativa y de comunicación social, para el rescate de la cultura del amamantamiento, insistir en la búsqueda de aliados y cooperación externa para el desarrollo de acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. (6)

La lactancia materna requiere de un liderazgo efectivo, participación de todos los sectores y un plan estratégico de mediano y largo plazo con las inversiones necesarias. (6)

B. Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores socioculturales que influyen en el conocimiento de lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla?

C. Objetivos de la investigación

General:

Analizar los factores socioculturales que influyen en el conocimiento de lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

Específicos:

1. Identificar el conocimiento de las mujeres embarazadas sobre las ventajas y desventajas de la lactancia materna.
2. Identificar la presencia de mitos y creencias de las embarazadas en la decisión de no brindar lactancia materna.
3. Determinar la asociación del nivel educativo de las mujeres embarazadas en el conocimiento de lactancia materna.
4. Examinar la asociación de la información otorgada por personal de salud en el conocimiento de lactancia materna de las mujeres embarazadas.
5. Indagar la asociación de la edad de las mujeres embarazadas en su conocimiento de lactancia materna.

D. Contexto de la investigación

En El Salvador, en el año 2006 se da inicio a la certificación de las Unidades de Salud como “Amigas de la Niñez y las Madres” (USANYM), con lo cual se fortalece la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud. (7)

En el mes de agosto de 2011, el Ministerio de Salud en conjunto con la Secretaría de Inclusión Social fueron los encargados de hacer oficial el documento de “Política de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna”. Y es en el año 2013, en el mes de junio, en que la Asamblea Legislativa aprobaba la “Ley de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna”. (8)

En 2019 el Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA), al Ministerio de Salud y a la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALAM), presentaban el Tercer informe de tendencias en lactancia materna, realizado durante el 2018, el cual declaraba que El Salvador alcanza el primer lugar en América Latina en Lactancia Materna. El informe destaca como avances, la existencia de tres Bancos de Leche

Humana y 64 Centros Recolectores de Leche Materna, la extensión de la licencia de maternidad de 84 a 112 días, la acreditación de 14 Maternidades como Hospitales Amigos y los decretos legislativos relacionados a la Lactancia Materna, entre otros. (9)

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal (UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal), es un establecimiento de salud especializado de primer nivel, la cual pertenece a la Región Central de Salud, específicamente a Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) La Libertad. El personal multidisciplinario de dicha UCSF apoya, promueve y protege la lactancia materna diariamente, desde personal de enfermería, médicos pediatras, licenciada en educación para la salud y nutricionista. Previo a la pandemia por COVID-19, se encontraba activo el Club de Lactancia Materna, el cual era conducido por el área de Nutrición y el de Educación para la Salud

E. Justificación

La importancia de este estudio se centra en los beneficios a la salud y el desarrollo de los recién nacidos y niños que reciben leche materna y que según con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. (10)

Esto se apoyó con los datos presentados Según el SIMMOW 2012-2016, en donde Las primeras 5 causas de muerte, consolidadas de 2012 a 2016, en lo referente a Mortalidad en menores de 4 años son: neumonía, otras causas mal definidas o no especificadas de mortalidad, septicemia, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y neumonía bacteriana. (4)

La presente investigación surgió de la necesidad de conocer e identificar los factores socioculturales que se asocian con el conocimiento de lactancia materna que poseen las mujeres embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

El entorno social y la cultura juegan un papel importante en la práctica de la lactancia materna, esto se debe a que 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 en cada zona y época ya que han tenido sus propios condicionantes. (11)

Debido a que no se cuentan con estudios de alcance nacional o local sobre la asociación de factores socioculturales con la lactancia materna, se ve la necesidad de investigar sobre ello y poder identificar los factores negativos que afecten directa o indirectamente una lactancia materna exitosa, lo que es de vital importancia para poder implementar acciones en el sector salud, que estén enfocadas a prevenir y modificar estos factores negativos encontrados en el estudio, ya que son un obstáculo en el apego a una lactancia materna exitosa.

Por otra parte, el estudio tendrá una utilidad académica ya que podrá servir de base o ejemplo para futuras investigaciones ya sea por parte de estudiantes de la facultad de medicina Universidad Evangélica de El Salvador u otras universidades que lo soliciten, sobre la investigación realizada sobre la asociación de la lactancia materna con factores socioculturales, en donde puede verse afectada directa o indirectamente la lactancia materna.

La investigación es viable porque se dispone de los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para llevarla a cabo.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A. Estado actual del hecho o situación

1. Antecedentes históricos de la Lactancia Materna

La leche materna ha sido durante toda la existencia del ser humano el único alimento que el recién nacido y el lactante pequeño podían recibir para sobrevivir. Así pues, desde la aparición del hombre en la tierra no se ha concebido otro tipo de alimento para la primera etapa de la vida humana. Por lo tanto, la lactancia materna como proceso biológico es una actividad cultural, que afectará a las mujeres dependiendo, entre otros factores, de sus creencias, clase social, etnia, religión, donde viva y el acceso que haya tenido a la educación. (12)

Las nodrizas son personajes importantes ya que amamantaban a los hijos de aquellas madres, por lo general de una clase social más alta, que no querían brindar lactancia materna por el desgaste que esta producía, lo cual, con el tiempo, se fue convirtiendo en un trabajo remunerado. (12)

El código de Hammurabi 1800 A.C. contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero (la alimentación al pecho se debía dar por un mínimo de 2 años hasta el desgaste y dilatación de los pechos. Incluso en el Talmud se definía que lactancia debía darse hasta los 3 años de vida y debía ser exclusivamente administrada por las madres, pero se excusaba a las madres que estaban gravemente enfermas; caso contrario son los Espartanos que restringían la alimentación y la protección a los infantes. (12)

En Egipto, se consideraba un honor practicar la lactancia: las nodrizas eran elegidas por el faraón y gozaban de muchos privilegios al punto de obtener altos rangos en la corte del Rey. El abandono de los niños era castigado, al igual que en Babilonia,

en donde además se regulaba la actividad sexual y otras actividades de la nodriza como sus comportamientos ante la sociedad, vestido, higiene y demás cuidados personales que ellas tenían. Si se encontraba en condición de nodriza se penalizaba si se daba un nuevo embarazo. (12)

Es destacable que el pago por dichos servicios los recibía el marido de la nodriza, pues era él por quien salía “perjudicado” con el desgaste que sufría su esposa, de lo anterior se deduce que la lactancia no era sólo un medio para la supervivencia, sino un mecanismo para fortalecer el poder pues muchas veces la mujer (dejaba a sus propios hijos para convertirse en nodriza de otros (por presión del cónyuge, para aumentar los ingresos). (12)

En el Papiro de Ebers, se detallan descripciones de los cuidados de los bebés, del amamantamiento e incluso de algunas posturas para dar de mamar. Por lo tanto, debido a todas las “desventajas” que tenía para la mujer el amamantar, era necesario que la candidata tuviera características especiales: apacibilidad, buena familia, cariñosas, jóvenes (entre 25 y 30 años) y con abundante cantidad de leche. Tomando en cuenta todo lo anterior, se puede rescatar el importante papel que ha cumplido la mujer y el poder que ha ejercido la misma en muchas culturas a través de la lactancia, sea que se dé en sus propios hijos o en hijos de otras, pues no sólo desarrolló un tipo de economía, sino que se convirtió en un habitual medio de supervivencia. Además, también se les atribuye a los romanos la promulgación de las primeras leyes de protección al infante, en las que el tutelar estaba a cargo de cada niño y de velar por su salud y su buena alimentación. (12)

Los griegos, en especial la figura de Sorano de Éfeso, considerado el padre de la puericultura, aseguraba que el destete debía realizarse pasados los dos o tres años de lactancia y que, junto con la dentición, constituía uno de los episodios más importantes y relevantes de la vida del niño. (12)

Se observa entonces cómo la lactancia, no sólo interviene en la evolución del ser humano, sino que, simultáneamente, pasa de ser un medio de subsistencia nutricional, pues era el único medio de alimentación para los lactantes, y un medio de subsistencia socioeconómica para las mujeres que se dedicaban a esta tarea. (12)

En el Renacimiento, y más durante los inicios de la Era Cristiana, se fomenta aún más el cuidado de los niños pues se les consideraba portadores de un alma inmortal, sin embargo, con el pasar de los siglos, por el aumento del período de lactancia, incrementó el número de niños que había que cuidar y alimentar. Específicamente en Italia, se siguió con esta actividad, pero más que una preocupación por el infante se debía a una cuestión de estatus social y del querer conservar la apariencia física que muchas veces se pierde con la maternidad. (12)

Con el descubrimiento de América va desapareciendo el trabajo de las nodrizas, ya que, surgen muchas enfermedades infectocontagiosas que son transmitidas a los recién nacidos a través de la lactancia materna, por lo que toma más fuerza la idea de que la propia madre es quien debe amamantar a su hijo. (12)

Además, también empieza a manejarse la concepción del vínculo entre madre e hijo, pues las nodrizas desarrollaban una relación muy estrecha con el bebé que amamantaban, con la presencia de la madre, dicha vinculación sería más fuerte y además sería parte de un proceso necesario para que la maternidad se diera de manera adecuada, sana y con el mejor desarrollo para ambos seres. (12)

Ahora en el siglo XXI, se tiene la certeza de que la lactancia materna es el alimento más completo con el que pueden contar los recién nacidos y lactantes; no obstante,

se hace necesaria una sensibilización social que permita conocer las ventajas científicas demostradas de la lactancia, tanto para el bebé como para la madre. (12)

1.1 Aspectos históricos de la alimentación al seno materno

En torno al inicio del siglo XX se inicia el mayor experimento a gran escala en una especie animal y sin comprobaciones previas de los posibles resultados: a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial: centenares de miles de niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. Las consecuencias, que no se previeron, han sido desastrosas en el mundo expoliado (miles de muertos por infecciones y desnutrición) y muy graves y posiblemente no del todo conocidas en las sociedades enriquecidas de la tierra (aumento de enfermedades infecciosas e inmunitarias, de consultas médicas y de hospitalizaciones). (13)

Aun queriendo y con más conocimientos, no es fácil enmendar el yerro producido: en efecto, más de una generación de mujeres no han amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos intergeneracional, perdiéndose una cultura. Si todo en lactancia fuese instinto, no habría mayor problema, pero en ella hay un componente instintivo, fundamentalmente de la parte del recién nacido (reflejos de búsqueda y succión-deglución), unos reflejos sumamente eficaces en la madre (la estimulación del pezón que provoca aumento de las hormonas prolactina y oxitocina) y un importante componente cultural transmitido (la técnica o arte femenino de amamantar, legado sabiamente de madres a hijas y que formaba parte del acervo cultural de la humanidad, sin que los sanitarios tuviésemos que intervenir en ello). Pues bien, eso es lo que se ha perdido: la cultura del amamantamiento, de la crianza natural y, posiblemente, el vínculo afectivo natural entre madres e hijos. (13)

En esa pérdida intervienen fundamentalmente tres componentes:

1.1.1 *Modificaciones de la leche de vaca:* hasta fines del siglo XIX poco se sabía de la composición de la leche y de sus diferencias con las de otros mamíferos. Se conocen desde la antigüedad recipientes en forma de biberón que hablan de los intentos de alimentación de niños con leches de animales, pero no es hasta finales de 1800 en que el progreso de las ciencias, de la química en concreto, hizo que se empezasen a realizar modificaciones aceptables de la leche de vaca: hasta entonces la mortalidad de niños alimentados con leches distintas a la de mujer era altísima (de orden superior al 90% en el primer año de vida). (13)

1.1.2 *Cambios sociológicos ocurridos en la era moderna de la sociedad industrial a lo largo de los siglos XIX y XX, entre ellos:*

- La incorporación de la mujer al trabajo asalariado hace ver el amamantamiento como un problema, derivándose inicialmente (siglo XIX) hacia la lactancia mercenaria, que se extiende hasta los estratos más humildes de la sociedad y posteriormente (siglo XX) hacia la lactancia artificial. (13)
- Un cierto espíritu de modernidad con creencia ciega en avances científico- técnicos, que hace que el pensamiento dominante acepte que todo lo artificial es mejor que lo natural, encuadrándose en esto la llamada “maternidad científica”. (13)
- Pensamiento feminista inicial con pretensión de la mujer de todos los comportamientos y valores del otro género, incluso los perjudiciales para la especie. La lactancia artificial es considerada como una liberación. (13)
- Enormes intereses económicos industriales.
- Una participación activa de la clase sanitaria, fundamentalmente, médica, convencida inicialmente de las maravillas de la maternidad científica aunada a una cierta prepotencia que negaba cualquier

posibilidad de intervención válida de las propias mujeres en su parto y en la crianza de sus hijos. (13)

1.1.3 Desde hace millones de años, la especie a la que pertenecemos (homínidos) empezó a basar su triunfo adaptativo en una sutil y lenta modificación evolutiva de su cadera que le conduciría de la condición de cuadrúpedo a la bipedestación, con liberación de sus patas anteriores: lo que en términos adaptativos globales supone una mejora para la supervivencia de los homínidos, hace que el parto, de poca distocia en los primates, suela necesitar asistencia en los humanos, convirtiéndolo en una actividad social más que en un comportamiento solitario. Esa asistencia, a lo largo del último siglo y según países, se viene prestando en hospitales coincidiendo con la implantación de la maternidad científica y el predominio de alimentación artificial: una serie de rutinas erróneas han sido difundidas por nosotros los sanitarios y, la mayor parte de ellas, contribuyen a dificultar enormemente la lactancia materna (LM). Hoy día, sobre todo en los países ricos, no podemos invocar ni el feminismo, ni el trabajo asalariado de la mujer, ni la presión de la industria de sucedáneos como excusa para no aumentar la prevalencia de la lactancia. Por otra parte, tras los desastres causados por empleo perverso de la ciencia, lo artificial es denostado en beneficio de lo natural. (13)

Las primeras en reaccionar frente a esta situación fueron las propias mujeres:

- Cecily Williams, pediatra que describió el kwashiokor en 1933, se oponía al uso generalizado de sustitutos de leche humana; en su conferencia Milk and Murder, pronunciada en 1939 en el Singapore Rotary Club atribuye a esa práctica miles de muertes de lactantes. (17)
- En 1956, en pleno auge de la cultura del biberón, un grupo de mujeres de Chicago fundan La Liga de la Leche (LLL) para dar apoyo personal a mujeres que amamantasen. Hoy día constituye el más prestigioso

grupo internacional de apoyo a la lactancia. En España existen más de 50 grupos de apoyo a la lactancia. Su éxito radica en la atención personalizada con base tanto en la propia experiencia como en la formación adquirida. (13)

Los esfuerzos para promover la lactancia materna constituyen para la OMS un elemento clave de los sistemas sanitarios dentro de su plan Salud para todos en el año 2000. (13)

En 1974 la 27ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió el descenso de la lactancia materna (LM) en muchos países del mundo y lo relacionó con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales de LM, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctoras. (13)

En 1978 la 31ª AMS volvió a recomendar la regulación de la promoción de estos productos; en 1979 se realizó una Reunión Conjunta OMS/UNICEF Sobre Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, y finalmente el 21 de mayo de 1981 se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna, al que el Gobierno Español se adhirió por medio de Real Decreto 12 años más tarde. (13)

Desgraciadamente, la sola recomendación de la OMS o la regulación estatal no consiguieron modificar las tasas de LM en países con un producto interior bruto alto, detectándose que, tanto la pérdida de la cultura social de la LM como los sistemas sanitarios y los propios profesionales de la salud, de modo inintencionado, por su falta de preparación y conocimientos y la aplicación de rutinas erróneas en paritorio, maternidad y salas de pediatría, constituían el mayor freno a la LM en países desarrollados, aumentando la morbimortalidad infantil y el gasto sanitario en los mismos. (13)

Por ello, en 1989 OMS/UNICEF realizan la Declaración conjunta sobre “Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. La función especial de los servicios de maternidad”, instando a que todos los sectores de la sociedad, especialmente los padres, tengan acceso a educación sobre LM y reciban apoyo para ponerla en práctica. (13)

En 1990 en la reunión conjunta OMS/UNICEF en Florencia sobre “La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a nivel mundial” surge la Declaración de Innocenti instando a los gobiernos a adoptar medidas para conseguir una “cultura de la lactancia materna”. (13)

En 1991 comienza la INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS, acreditación que concede OMS/UNICEF a hospitales que tras ser evaluados cumplen una serie de requisitos: más del 75% de LM al alta en la maternidad y observar 10 pasos que gozan de evidencias científicas para promover en frecuencia y duración la lactancia materna. (13)

El personal de salud, especialmente todos los que tratan a diario con madres y niños, deben hacer un esfuerzo de humildad, reconocer lo que no saben y aprenderlo, ya que tienen la responsabilidad de informar, orientar, aconsejar y ayudar a aquellas mujeres que libremente (es decir, debidamente informadas) han elegido para sus hijos lo mejor: el producto y el calor de su pecho. Hasta que las mujeres recuperen una cultura perdida, y sigan dando a luz en los hospitales y confiando en el personal de salud, éstos tienen la obligación de actualizar los conocimientos teóricos y prácticos para que puedan transmitir una información validada y coherente a las madres que quieren amamantar a sus hijos, para que puedan hacerlo el primer medio año de forma exclusiva y como complemento el tiempo que ambos, madre e hijo, deseen. (13)

2. Anatomía de la glándula mamaria

La glándula mamaria es una glándula sudorípara, su función principal es la producción de leche para alimentar y proteger al recién nacido posteriormente al nacimiento. (14)

2.1 Las mamas

La mama es la estructura anatómica en la cual se encuentra la glándula mamaria, la cual alcanza su máxima capacidad funcional durante la lactancia. La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales, y en la misma mujer, de acuerdo a la edad y a la paridad. Las mamas están situadas en la pared torácica anterior (en la fascia superficial), tanto el tamaño como la forma dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama. (15)

El pecho está compuesto de tejido glandular (secretorio) y adiposo. Tiene como marco de soporte un tejido conectivo fibroso llamado ligamentos de Cooper. Alrededor de dos tercios de la glándula descansa sobre el músculo pectoral mayor; el resto sobre el serrato anterior, separado de estos por la aponeurosis profunda. (15)

La parte más profunda del pecho está separado de la aponeurosis de los músculos pectorales, por un tejido conjuntivo laxo, denominado bolsa retromamaria o espacio submamario, a través del cual entran y salen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Gracias a este tejido la mama tiene cierta movilidad sobre la aponeurosis que cubre el plano muscular. (15)

La mama es la unión de numerosas glándulas o glóbulos separados por tabiques conectivos; cada glóbulo está formado por abundantes lobulillos, se encuentra rodeado por tejido conectivo que envuelve a la glándula secretora de la glándula

mamaria. Su unidad funcional es el alveolo, cada uno formado por una capa de células glandulares mamarias, que vierten secreción en el interior del mismo, para posteriormente drenar al sistema de conductos que finalizan en el pezón. (16)

2.2 Pezón

Aproximadamente en el centro de la cara superficial se encuentra el pezón, que en la nulípara está en relación con el cuarto espacio intercostal. Su forma y tamaño varía entre las mujeres y puede ser pequeño, grande, plano, umbilicado, invertido. El pezón está determinado por terminaciones nerviosas y sensitivas. Está formado por musculatura lisa, actúa como soporte de los conductos, senos galactóforos y otros conductos del pezón. Además, está rodeado por tejido conectivo móvil lo que resulta fundamental para la erección del pezón, lo que facilita vaciar los senos galactóforos durante la lactancia materna. (15, 16)

2.3 Areola

La areola es circular y pigmentada, suele medir entre 20 y 60 mm de diámetro, posee numerosas glándulas sebáceas que se muestran como pequeños nódulos bajo la piel. Está formada por músculo liso y fibras elásticas, así como de tejido conectivo en forma circular; que aumenta durante el embarazo. (16)

En la areola se ubican los conductos de Montgomery, donde se localizan las glándulas sebáceas, lactíferas y sudoríparas; estas glándulas crecen durante el embarazo y la lactancia, se encargan de segregar una sustancia que favorece la hidratación de la mama, finalizado el embarazo y la lactancia, la glándula queda en posición de hipo-funcionalidad. (16)

3. Fisiología de la glándula mamaria

La fisiología de la glándula mamaria y de la lactancia comprende 3 diferentes procesos funcionales:

3.1 Mamogénesis

También conocido como desarrollo de la glándula mamaria. En el crecimiento de la glándula mamaria o mamogénesis se distinguen 4 etapas:

3.1.1 Etapa prepuberal.

En el período neonatal puede observarse un aumento de volumen de las glándulas mamarias en ambos lados, debido a la alta concentración de esteroides placentarios en el último período de la gestación. Durante el período prepuberal las vesículas mamarias se transforman en conductos, por crecimiento longitudinal y ramificación, sin que sea posible reconocer alvéolos. Con anterioridad al inicio de la telarquía, el tejido mamario rudimentario permanece inactivo y las glándulas mamarias sólo crecen en forma isométrica con el cuerpo, sin presentar modificaciones estructurales. (15)

3.1.2 Etapa puberal y adolescencia.

En la niña, entre los 10 y 12 años de edad, se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovario. Los folículos ováricos inician la secreción de estrógenos, que, sumados a la acción de la hormona de crecimiento y de la insulina, determinan el inicio del crecimiento y maduración de la glándula mamaria. (17)

Al comenzar los ciclos ovulatorios, se inicia la producción cíclica de progesterona, que, sumándose a los estrógenos, determina un nuevo crecimiento de la glándula, con formación de los primeros alvéolos. La acción continua de los estrógenos y de la progesterona determina el tamaño, firmeza, forma, pigmentación y estructura lobulillo-alveolar característica de la mama adolescente. (15)

El tejido adiposo de la mama parece tener un importante rol en el desarrollo del tejido glandular, actuando como reservorio de estrógenos. En cultivos de tejido glandular, la presencia de tejido adiposo estimula el crecimiento de la célula mamaria. (15)

3.1.3 Etapa gestacional.

El período inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los acinos y por la formación de nuevos acinos. (15)

Entre la 5ª y la 8ª semana de gestación se aprecian cambios visibles en las mamas: aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, la pigmentación de la areola y el pezón se intensifica, las venas superficiales se dilatan. En algunas mujeres, sin embargo, al progresar el desarrollo glandular, los depósitos de grasa localizados en las mamas se movilizan. En ese caso puede que no se aprecien estos cambios de volumen, lo que no significa que más adelante su producción de leche será insuficiente. (15)

Al final del primer trimestre aumenta el flujo sanguíneo por dilatación de los vasos sanguíneos y neoformación de capilares alrededor de los lobulillos. El crecimiento de la mama continúa durante toda la gestación. Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por antagonismo de los esteroides placentarios, particularmente la progesterona. Esta inhibición es tan poderosa que aún pequeños restos placentarios retenidos pueden demorar el proceso de lactogénesis en el postparto. (15)

3.1.4 Etapa postgestacional.

Después del parto, al eliminarse la placenta, baja bruscamente el nivel de progesterona en la sangre de la madre y se suprime la acción inhibitoria que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche. Las mamas se llenan de calostro durante las primeras 30 horas después del nacimiento. Si el niño no mama con frecuencia durante el primer y segundo día, se puede apreciar ingurgitación, aumento de volumen y mayor sensibilidad de la mama. El flujo sanguíneo de las mamas, ya aumentado en las últimas semanas del embarazo, se intensifica aún más después del parto. (15)

Entre las 30 y 40 horas postparto hay un rápido cambio en la composición de la leche debido al aumento en la síntesis de la lactosa. Esto produce un aumento del volumen de la leche debido a que la lactosa es el componente osmótico más activo de ella. (15)

3.2 Galactogénesis

Producción o síntesis de la leche. 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. (15)

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. (15)

3.3 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. (15)

La prolactina es la hormona galactopoyética más importante en la iniciación de la producción alveolar de la leche. 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. (15)

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. (15)

4. Conceptos y generalidades en lactancia materna

4.1 Lactancia materna

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud de la madre y el niño, brinda un medio incomparable de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo del recién nacido y ejerce una inigualable influencia biológica y afectiva sobre la salud tanto de la madre como del niño. (1)

La lactancia materna protege contra la diarrea y las enfermedades comunes de la infancia, como la neumonía, y también puede tener beneficios a largo plazo para la salud de la madre y el niño, como la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia. (1, 17, 10)

4.2 Leche Materna

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. (14)

4.3 Composición de la Leche Humana

A nivel nutricional no existe en la actualidad ningún alimento que se pueda comparar con la leche materna. Los alimentos artificiales disponibles en el mercado están basados en leche de vaca modificada para asemejarla a la composición conocida de la leche humana. (14)

Los componentes de la Leche Materna son principalmente agua, proteínas como componente principal (destaca la caseína y carnitina), carbohidratos y grasas, así como vitaminas, electrolitos y minerales. (18)

4.3.1 Agua: Componente principal

La leche humana proporciona alrededor de 75 calorías por 100 ml. El principal constituyente de la leche humana es agua, el requerimiento hídrico de un lactante es perfectamente satisfecho por la leche materna. (18)

4.3.2 Proteínas: segundo componente principal

El contenido proteico es de 0.9%, es de alto valor biológico y su aprovechamiento es muy eficiente. En la fórmula artificial se debe agregar mayor concentración proteica para un efecto similar al de la leche humana. (18)

El nivel proteico de la leche materna es derivado del suero, lacto-albumina y del cuajo, caseína, en una relación de 60/ 40. En la leche artificial la relación es de 20/80 y se ha modificado en la fórmula para semejar la relación materna. (18)

- La **caseína humana** es una proteína presente en la leche materna; es más ligera y menos compacta que la leche de fórmula, lo que permite ser más fácil de digerir. Su principal función es permitir mayor nivel de calcio y fosforo en la leche materna. (18)
- La **taurina** es otra proteína presente en la leche materna, su función no está totalmente aclarada, pero parece necesaria en la estabilidad de membranas celulares y en el desarrollo del sistema nervioso. Las proteínas del suero de la leche materna son fundamentalmente: alfa-lacto albumina y lactoferrina. Otros componentes son la lisozima e inmunoglobulina que junto con lactoferrina cumplen importante función inmunológica. (18)
- La **carnitina** es una proteína necesaria reemplaza a la glucosa como fuente de energía inmediatamente después del nacimiento. Los recién nacidos alimentados al seno materno tienen mayores niveles de carnitina y de hidratos de carbono. (18)

4.3.3 Carbohidratos y grasas: tercer componente principal

La **lactosa** es el principal carbohidrato de la leche materna, es indispensable para la absorción de calcio y lípidos. Las grasas son el segundo componente más importante de la leche materna; su concentración varía de 2.5 a 5 gr por 100 ml. Proporcionan el 50% de la energía; la composición de la grasa depende de la dieta y de la etapa de lactancia materna. (18)

4.3.4 Vitaminas, enzimas, electrolitos y minerales

En la LM existen variaciones en concentraciones de diversas vitaminas durante el proceso de lactancia. Los niveles de vitamina A, E y C son adecuados, las enzimas más importantes en la leche materna son: proteasa, amilasa y lipasa; su función principal es facilitar la digestión y absorción de proteínas, almidones y grasas respectivamente. Otros componentes importantes y presentes en la leche materna son los electrolitos y minerales. (14)

4.4 Clasificación de la lactancia materna

4.4.1 Lactancia Materna Exclusiva

La lactancia materna en forma exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida. (19)

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del infante reduce el riesgo de enfermedades relacionadas con el medio ambiente (diarrea e infecciones respiratorias), desnutrición, alergias y sensibilización a algunos alimentos, además del riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto como: obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, oncológicas entre otras. (20)

4.4.2 Lactancia materna predominante

La fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna (incluida la leche extraída o de nodriza). El niño puede recibir además líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). (21)

4.4.3 Lactancia materna completa:

Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante. (21)

4.4.4 Lactancia Materna Complementaria

La lactancia complementaria es la introducción de alimentos al lactante, acompañada por leche materna. La OMS y la Asociación Española de Pediatría recomiendan introducir alimentos complementarios a partir de los seis meses de vida del infante, mientras se continúa con el amamantamiento frecuente y la demanda hasta los dos años de edad. (18)

5 Tipos de Leche Humana

5.1 Calostro

El calostro es el líquido amarillo o color paja que producen los pechos en los días posteriores al nacimiento del bebé. El calostro es altamente nutritivo y rico en propiedades anti infecciosas. Podría decirse que las células vivas, inmunoglobulinas y anticuerpos del calostro constituyen la primera inmunización para el niño. (22)

5.2 Leche de transición

Es la leche que continúa después de la producción del calostro y se genera del día 4 al 15. Esta leche va variando día a día tanto en sus propiedades como en la cantidad, alcanzando un volumen aproximado de 600 a 800 ml/día. Aporta la vitamina K que el niño necesita para su flora intestinal, y también contiene la inmunoglobulina IgA como protección inmune. (23)

5.3 Leche madura

Es la leche que se produce a partir del día 15 después de nacido el bebé. Es completa en nutrientes, proteína, grasas, carbohidratos, vitaminas, minerales de acuerdo a lo que necesita el bebé. Aporta aproximadamente 75 Kcal/100 ml, su volumen es de 700 a 900 ml/día y si se trata de un parto gemelar, se producirá más leche de manera natural de tal forma que ambos tendrán la cantidad de leche que necesitan. (23)

5.4 Leche del pretérmino

Las madres que tienen un parto pretérmino, producen durante un mes una leche de composición diferente, que se adapta a las características especiales del prematuro. Esta leche tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico. (24)

Los niveles de minerales son parecidos a los del término, así como las concentraciones de vitaminas del grupo B. Sin embargo, los niveles de vitaminas liposolubles, lactoferrina e Inmunoglobulinas A son superiores en la leche del prematuro. Esta es más pobre en lactosa y vitamina C que la leche madura del término. Por eso la leche de banco no es apropiada para alimentar a un prematuro, pero sí la de su propia madre. (24)

5.5 Leche Humana Pasteurizada

Es la leche materna donada a un banco de leche y tratada en forma especial para que se le pueda dar a cualquier bebé. Se le hacen pruebas de detección y se esteriliza cuidadosamente para asegurar que el bebé no sea expuesto a ninguna droga ni gérmenes. Algunos bebés solo reciben leche pasteurizada durante aproximadamente una semana, mientras que otros la necesitan por más tiempo.

Esto depende de varias cosas, que incluyen el motivo por el cual el médico recetó la leche humana pasteurizada. (25)

6. Beneficios de la lactancia materna

La leche materna es el alimento adecuado para el infante, pero no es el único que obtiene beneficios de la lactancia materna. La mujer lactante también recibe beneficios físicos y hormonales. Tiene menor riesgo de sufrir algunos tipos de cáncer, se establece un vínculo afectivo inigualable con su hijo o hija. Junto a las ventajas para la salud de los neonatos y de sus madres también existen beneficios económicos, familiares y ambientales que repercuten en la sociedad. (20)

6.1 Beneficios para el lactante

Los neonatos nacen con la habilidad innata para encontrar el pezón, adherirse y alimentarse, está en la capacidad de succionar el pezón de su madre desde la primera hora de nacimiento, el contacto piel a piel facilita el éxito de la lactancia materna exclusiva, preparándose madre e hijo para la alimentación durante las primeras horas de vida. El contacto piel a piel ayuda al neonato para que mantenga la temperatura adecuada y pueda regular su frecuencia respiratoria y cardiaca. (26)

Beneficios al sistema Inmunológico:

Al nacer el sistema inmunológico es inmaduro y un factor como es una deficiencia en la nutrición del infante puede llevar a efectos negativos en la salud a largo plazo, la leche materna aporta los nutrientes y elementos que desarrollan el sistema inmunológico de forma adecuada. (26)

Beneficios al desarrollo maxilofacial:

Los niños amamantados con leche materna tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales, presentan una menor incidencia de

caries que los niños que reciben biberón durante la etapa de crecimiento. El amamantamiento previene en las disfunciones cráneo-mandibular. (26)

6.2 Beneficios para la madre lactante

Existen diversas ventajas para las madres lactantes que realizan el acto de amamantamiento, ventajas en cuanto a su salud: menor riesgo de hemorragia y anemia posterior al parto, porque el útero se contrae más rápidamente y disminuye el sangrado vaginal. (20)

Recuperación más rápida de peso ganado durante el embarazo, menor riesgo de fracturas óseas y de osteoporosis en el periodo de la post menopausia. Existe una disminución del riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario. (14)

6.3 Beneficios madre e hijo

La lactancia materna mejora el vínculo afectivo madre-hijo, aumenta la autoestima, transmite seguridad e implica una relación afectiva y peculiar que permite generar satisfacción y placer en la mujer. Además, no genera algún precio económico, se encuentra a temperatura adecuada y no existe la necesidad de esterilizarla, ni errores en su preparación y manipulación. (14)

6.4 Beneficios para la comunidad

La leche materna es un alimento ecológico que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse; lo que se ahorra energía y evita la contaminación al medio ambiente. Por el contrario, la fabricación y distribución de leche artificial, biberones y todos los utensilios perjudica al medio ambiente. Además, la menor incidencia de enfermedades en los infantes amamantados disminuye un ahorro en medicamentos y menor utilidad de los servicios básicos de salud. (20)

7. Técnicas para una lactancia materna exitosa

El éxito de la lactancia materna exitosa depende en gran medida de cómo se practiquen las técnicas de amamantamiento y en los últimos meses de embarazo, es muy importante tener presente estas técnicas para asegurar una lactancia materna placentera. (27)

A continuación, se presentan las técnicas adecuadas que las madres deben de tomar en cuenta a la hora de dar lactancia a su bebé.

- *Durante el embarazo:*

A partir del 6º mes, el obstetra deberá indicar a la futura mamá como cuidar sus pezones. Estos deben ser higienizados con agua, no se debe utilizar jabón, ni alcohol, ya que de esa forma se protege la grasa natural de los pezones, que actúa como una protección natural. (27)

En caso de que los pezones sean retráctiles (es decir van hacia adentro), se debe estimularlos con dos dedos hasta que se tornen erectos. (27)

Se debe practicar la extracción de leche durante 1 o 2 minutos, dos veces por día. Para ello se toma el seno con ambas manos y se lo masajea desde arriba hacia abajo, varias veces para empujar la leche desde los conductos posteriores hasta los conductos anteriores, de esta forma se verá salir unas gotitas de calostro. (27)

- *Al momento del nacimiento:*

Una vez nacido el bebé, es imprescindible el contacto inmediato entre madre e hijo. Se debe poner el bebé lo antes posible al pecho para que comience a chupetear, este tiempo estará determinado por el estado del bebé, de la mamá y lo que el médico crea más conveniente para ambos. Durante los primeros días el bebé tomará calostro, luego comenzará a fluir la leche con abundancia. (27)

El bebé y la madre deberán permanecer en la misma habitación por el lapso que se encuentren internados. (27)

En cuanto a la posición de amamantamiento, es ideal que la madre se encuentre en una posición, en la cual pueda ver en forma directa al niño, ya que esto facilita la producción de leche y favorece la relación emocional. (27)

En cuanto a los horarios para amantar existen diferentes opiniones, algunos médicos establecen un diagrama de 3 a 3 ½ horas y otros a libre demanda. Esto se irá ajustando a las necesidades del niño. (27)

La duración de las lactadas irá incrementándose a medida que pasen los días, durante el primer día lactará 5 minutos en cada pecho, en el segundo día 10 minutos. Posteriormente cada tetada durará entre 10 a 15 minutos de cada seno. (27)

7.1 La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN)

Es un Movimiento Mundial liderado por la Organización Mundial de la Salud OMS y el UNICEF, para dar a cada infante el mejor comienzo en la vida a través de atención en salud donde la lactancia materna es la norma. (28)

El objetivo de la Iniciativa Hospital Amigo (IHAN) es implementar 10 pasos para lograr una lactancia materna exitosa y detener la distribución de sucedáneos de la leche materna gratuitos o a bajo costo que se pudieran proporcionar en los servicios básicos de salud. (28)

Los diez pasos hacia una lactancia natural son la base de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) y resumen son las acciones necesarias para apoyar la lactancia materna en las maternidades y en las unidades de salud del sector público, privado y social. (4, 28)

7.1.1 Diez pasos para una lactancia materna exitosa:

1. Contar con una política por escrito sobre lactancia materna que se comunique sistemáticamente a todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud en la manera de implementar esta política.
3. Capacitar a las embarazadas y a sus familias en todos los aspectos de la lactancia materna.
4. Iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al nacimiento.
5. Enseñar a las madres técnicas y como mantener la lactancia.
6. Dar a los recién nacidos leche materna exclusiva, solo ofrecer otro tipo de alimento cuando este medicamento indicado.
7. Facilitar y favorecer el alojamiento conjunto, se permite que las madres y sus bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños chupones, ni biberones.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo. (28)

7.2 La Iniciativa Unidades de Salud Amigas de la Niñez y de las Madres (USANYM)

Esta iniciativa es un conjunto de acciones dirigidas a promover, proteger y apoyar la nutrición de la madre y del niño a través de la vigilancia y atención de su estado nutricional en el periodo de gestación y lactancia, además la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y continuar con la lactancia materna hasta los dos años o más, acompañada de una adecuada alimentación complementaria a partir del sexto mes. (29)

7.2.1 Los 13 pasos de la Iniciativa Unidades de Salud Amigas de la Niñez y de las Madres

1. Existencia y sostenibilidad del comité multidisciplinario de apoyo a la lactancia materna.
2. Aplicación de la normativa institucional sobre la lactancia materna.
3. Brindar atención nutricional y consejería en alimentación y nutrición a todas las mujeres atendidas durante el control de embarazo y a las madres en periodo de lactancia.
4. Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y continuar con la lactancia materna hasta los dos años o más acompañada de la alimentación complementaria a partir del 6to mes.
5. Demostrar y practicar con todas las madres en periodo de lactancia la extracción, conservación y administración adecuada de la leche materna.
6. Promover durante los controles prenatales en la gestante a que inicie la lactancia materna en la primera media hora de nacido y que el bebé permanezca junto a ella de día y de noche.
7. Promover la introducción adecuada de los alimentos a partir de los 6 meses de edad.
8. No promover el uso de fórmulas, pepes o pachas.
9. No aceptar donaciones y/o propaganda de sucedáneos de la leche materna.
10. Cumplimiento por parte del personal de la unidad de salud de las disposiciones establecidas en el Código de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna.
11. Contar con un espacio ambientado para brindar la consejería.
12. Que cada establecimiento forme y mantenga activos los grupos de apoyo a la lactancia materna.
13. Promoción y monitoreo de la práctica de la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria a nivel comunitario. (28)

8. Métodos alternativos

8.1 Lactancia artificial

La madre ha de decidir libremente sobre el tipo de alimentación que desea para su bebé. Y lo ideal es que lo haga ya antes de dar a luz, después de haber recibido una información adecuada sobre la lactancia materna y la técnica del amamantamiento. Desde el momento en que nace un bebé, el apoyo a la lactancia materna ha de ir dirigido a aquellas madres que desean amamantar. No se trata de convencer a las que prefieren alimentar a sus hijos con biberón. (28)

Todos los profesionales sanitarios estamos de acuerdo en que la leche materna (LM) es superior a la leche artificial (LA). Pero, en general, creemos que no tiene repercusión sobre la salud del bebé si es alimentado con LA. Por eso, no titubeamos en indicar "ayudas", o en recomendar leche artificial a los lactantes que nos parece que no medran, o cuando la madre recibe medicación o presenta una mastitis, por poner algunos ejemplos. Es realmente duro para la madre que ha decidido dar el pecho a su bebé tener que alimentarle con biberón, sobre todo como consecuencia de una lactancia problemática. Cuando ocurre, es muy probable que se acabe sintiendo impotente e incapaz, que tenga la sensación de no ser una madre completa y que pierda la confianza en sí misma. Sin embargo, la madre que continúa dando el pecho estrecha los lazos con su bebé, tiene una mayor sensación de bienestar y aumenta su autoestima. Por eso es tan importante poner todo el empeño del mundo en apoyar a las madres que han decidido lactar a sus hijos. (30)

8.1.1 Sucedáneo de leche materna

Los sucedáneos de la leche materna abarcan todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin, incluidas las preparaciones para lactantes. Cabría incluir aquí cualquier producto lácteo (o que se pueda utilizar en sustitución de la leche) que se comercialice específicamente para alimentar a los lactantes y niños de hasta

3 años de edad, incluidos los preparados complementarios y las leches de crecimiento otros alimentos y bebidas (p. ej., los zumos, infusiones y aguas) que se promocionen como productos adecuados para alimentar a los lactantes durante los primeros 6 meses de vida cuando esté recomendada la lactancia materna exclusiva; los biberones y tetinas. (31, 32)

8.1.2 Desventajas de la lactancia artificial

- Disminución del vínculo afectivo:

La madre que amamanta se siente muy íntimamente ligada a su bebé. Tal vez sea por el intercambio de miradas y por la secreción de oxitocina. Pero es que el bebé encuentra en el pecho el amor de su madre, recibe su calor, se siente protegido y se refugia en él; cuando lo succiona se consuela con facilidad, se alimenta y, además, le supone alivio natural del dolor. (30)

- Inconvenientes para el sistema digestivo

La leche artificial tiene peor sabor y, además, siempre es el mismo. La leche materna modifica ligeramente su sabor según los alimentos ingeridos por la madre. Es curioso, pero la creencia popular dice que la madre no debe ingerir según qué alimentos para no alterar el sabor de su leche y así el bebé no rechace el pecho. Se ha comprobado que los bebés cuyas madres han comido ajo se cogen al pecho con más intensidad. Se cree que la variación del sabor de la LM es la causa de que al bebé amamantado le cueste menos aceptar la alimentación complementaria. (29)

Es menos digestiva. El estómago del bebé se tarda en vaciar de leche artificial unas tres horas y tan sólo una y media en el caso de leche materna. Así mismo, se ha descrito un retraso en la eliminación de meconio y una mayor frecuencia de reflujo gastroesofágico en los niños alimentados con biberón. Es mucho menos frecuente que un lactante que amamanta regurgite y si lo hace, hay que evaluar la postura al

mamar. Una mala posición (síndrome de la mala posición al mamar) ocasiona, entre otros síntomas, que el bebé no obtenga la leche “final” y, al no quedarse satisfecho, esté comiendo continuamente, no quiera dejar el pecho, ingiera grandes volúmenes de leche y regurgite. Dada su especificidad de especie, si se aspira, la LM regurgitada apenas puede causar problemas en el bebé. (30)

El agarre del bebé al biberón es muy distinto al agarre del pecho. Como no es necesario que abran y cierren la boca, las mandíbulas de estos bebés no se desarrollan tanto. Además, con la punta de la lengua tienen que detener la leche que brota por la tetina. Todo ello da pie a una mayor frecuencia de maloclusión y caída dental. (30)

- *Mayor riesgo de infecciones:*

El lactante pequeño tiene una serie de carencias defensivas. La función fagocítica y del complemento son poco adecuadas, no maduran hasta los 6 meses de edad, cuando alcanzan el 60% de los niveles del adulto. Durante los primeros meses tiene lugar una disminución drástica de las IgG maternas transferidas y, aunque existe un aumento progresivo de la capacidad de síntesis de IgG, no se alcanzan los niveles del adulto hasta los 7-8 años. Además, el recién nacido es incapaz de sintetizar IgM, inmunoglobulina que alcanza los niveles del adulto al año, lo que le predispone a las infecciones por E. coli (necesita IgM, como la opsonina). La capacidad de segregar anticuerpos específicos frente a antígenos polisacáridos, como los de las bacterias encapsuladas (neumococo, meningococo H. influenzae) se alcanza al 2º año de edad. (30)

La lactancia artificial supone un aporte defensivo nulo para el bebé. A diferencia de la LM, carece de células con función inmune, como los fagocitos, que engloban las bacterias, y los linfocitos T, que son absorbidos por el bebé; carece también de IgA específicas y de agentes antimicrobianos como la lactoferrina. La ausencia de

bacterias lácticas (probióticos) es la causa de que la flora intestinal de los lactantes alimentados con biberón sea predominantemente patógena. (30)

La LM tiene un efecto tan importante sobre la respuesta inmune que el desarrollo inmunológico normal del lactante depende directamente de ella. Se ha comprobado que la respuesta inmunitaria, tanto humoral como celular, frente a las vacunas es menor en los lactantes alimentados con lactancia artificial. (30)

Por todo ello, no es extraño que la lactancia artificial aumente la incidencia y/o gravedad de las diarreas, de las infecciones de vías respiratorias bajas como neumonías y bronquiolitis (a mayor duración de la LM, menos incidencia de infecciones del tracto respiratorio), de otitis medias agudas y de infecciones de orina, sin duda cuatro de los tipos de infecciones más frecuentes en el lactante. Los lactantes amamantados por sus madres durante más de tres meses sufren menos infecciones o son más banales, lo que ha llevado a considerar el pecho materno como el órgano inmunitario del bebé. (30)

A la sociedad le representa un alto coste económico que muchos bebés se alimenten con biberón. Al sufrir más infecciones, sobre todo durante la época de la lactancia, requieren un mayor número de visitas en urgencias y de ingresos hospitalarios y consumen más exploraciones complementarias y fármacos, principalmente antibióticos y antitérmicos. Como los bebés enferman más, sus padres presentan un mayor absentismo laboral, lo que conlleva una reducción de la productividad y que cambien con más frecuencia de empleo. (30)

- *Peor desarrollo cognitivo*

Se ha descrito que el desarrollo intelectual de las personas que han sido alimentadas con biberón es significativamente peor que el de los alimentados al

pecho, incluso cuando se eliminan otros posibles factores de confusión como el nivel socioeconómico de los padres. En los niños amamantados se describen mejores niveles de función cognitiva a los 6-23 meses que en los que recibieron LA, y esta diferencia es más llamativa si se analizan los bebés prematuros. Cuanto más tiempo ha sido amamantado el bebé, mayores son los beneficios del desarrollo cognitivo. (30)

- *Mayor riesgo de enfermedades crónicas*

La leche artificial no favorece la maduración intestinal, porque carece de los factores de crecimiento epitelial presentes en la leche materna. Que la leche artificial no tenga especificidad de especie, que carezca de efecto inmunomodulador y antialérgico, y que el intestino del bebé alimentado con biberón sea más tiempo permeable a las macromoléculas, influyen sin duda en que se describan más frecuencia de alergias, de diabetes, de enfermedad inflamatoria intestinal, de enfermedad celíaca, de esclerosis múltiple, de artritis crónica juvenil, de leucemia y de linfoma. (30)

En un estudio de cohortes llevado a cabo en Suecia, se encontró que los niños alimentados con lactancia artificial tenían mayor riesgo de padecer una enfermedad alérgica a los 2 años que los lactantes amamantados de forma exclusiva durante 4 o más meses. Una LM mayor o igual a 4 meses le protegía frente al asma, episodios de sibilancias, rinitis alérgica y síntomas graves de enfermedad alérgica. (30)

8.2 Lactancia inducida

Es el proceso mediante el cual una madre que no ha dado a luz se estimula la producción de leche para poder amamantar. Esa galactopoyesis es el mantenimiento de la producción de leche; estadio que requiere de prolactina (PRL) y de oxitocina. De este modo una madre adoptiva va a poder amamantar con su

propia leche al niño. Sin embargo, la producción de leche puede ser "artificial" e intencionalmente inducida en la ausencia de embarazo en la mujer. A esto se le llama "lactancia inducida" si la mujer no ha amamantado antes, mientras que cuando una mujer que ha amamantado antes y empieza de nuevo se le llama "re-lactancia". Lo importante es la estimulación frecuente de la mama, esto puede hacerse manualmente. Esto puede hacerse periódicamente por la succión de los pezones (varias veces al día), masajeando y apretando los senos de la mujer con un extractor o con un sacaleches eléctrico. Recomiendan que se empiece a estimular unos 2 meses antes de que llegue el niño para tener tiempo a comenzar la producción de leche. También las madres deben tener en cuenta el aumento de calorías antes de que llegue el niño ya que una madre adoptiva no tiene por qué tener la reserva calórica propia de una madre que ha dado a luz. (27)

9. Factores socioculturales que influyen en la lactancia materna

9.1 Nivel de educación

En términos generales, el nivel se refiere al grado de complejidad del contenido del programa. Esto no significa que los niveles de educación constituyen una escalera en la que el acceso de los posibles participantes a cada uno de los niveles depende necesariamente de la aprobación del nivel anterior. (33)

De acuerdo a la Encuesta Nacional de El Salvador, hay una relación inversa con el nivel educativo de la madre: A mayor nivel educativo menor es el tiempo de amamantamiento, ya que las mujeres cuentan con mayores conocimientos y comprensión sobre los beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos. (3)

9.2 Hipogalactia

Es un hecho generalmente aceptado que toda mujer sana es capaz de amamantar satisfactoriamente a su hijo. Sin embargo, la causa más frecuente citada por las

madres en las diversas encuestas como fracaso en la lactancia es la falta de leche. Sea real o percibido, dicho fenómeno se ha transformado en una constante en las sociedades industrializadas y sectores privilegiados de los países en desarrollo.

Muchos factores pueden contribuir a este hecho, tales como un estilo de vida a velocidad de vértigo, condiciones adversas por partos con intervención excesiva, mensajes mediáticos subliminales que incitan a la inseguridad individual en favor de productos con pretendida solución para todo, pérdida de la cultura de la lactancia como patrón de alimentación, profesionales sanitarios que desconocen las bases del comportamiento de la lactancia, influencia de la industria a través de técnicas de mercadeo agresivas para introducir alimentos infantiles, y un largo etcétera que mina la capacidad de la mujer para asumir su papel de “actora principal” en el proceso de alimentación y protección de su hijo. (30)

9.3 Cultura del biberón

El abandono del amamantamiento como forma habitual de alimentar a nuestros hijos durante sus primeros meses e incluso años de vida es el resultado combinado de muchas circunstancias: económicas, sociales, laborales, sanitarias, etc. Una de las causas más directas, y sobre la que recae una gran responsabilidad en el abandono de la lactancia, es el conjunto de prácticas y recomendaciones médico-sanitarias que se fueron implantando sigilosa e implacablemente a mediados del pasado siglo, no sólo en el quehacer médico sino en el saber popular creando en todo el mundo lo que podemos llamar la cultura del biberón como contrapunto a la cultura del amamantamiento. (30)

Dos factores destacan en la cultura del biberón como barrera importante para la producción adecuada de leche: uno, el concepto de tiempo apegado a una práctica horaria dependiente al reloj, y otro, el de cantidad que ocupa un espacio mensurable dentro de nuestra sociedad capaz de medirlo todo. En las sociedades tradicionales,

las mujeres secularmente han aceptado amamantar a sus hijos con la frecuencia necesaria y por todo el tiempo posible. Esto no sólo ha sido visto con naturalidad, sino que buscado como algo deseable. La práctica de la lactancia no sólo ha constituido una fuente de vida, sino también de consuelo y apoyo afectivo entre ambos partícipes de este juego amoroso. (30)

Durante miles de años, los seres humanos nos hemos alimentado con leche materna. La leche de fórmula no se creó hasta segunda mitad del siglo XIX, y no se empezó a utilizar de manera masiva hasta después de la segunda guerra mundial. La leche de fórmula se introdujo como alimentación en los niños sin conocer los riesgos que esto podría conllevar para la salud de los más pequeños y durante la segunda mitad del siglo XX se convirtió en la manera “normal” de alimentar a los bebés. De repente a las madres nos pusieron un horario, nos dijeron que nuestra leche “no servía”, “estaba aguada”, “había poca” y puesto que nos convencieron de que “no podíamos” dar el pecho, se creó una cultura de biberón y se perdió ese apoyo que se daban entre mujeres que amamantaban. Antes de la leche de fórmula, las madres podían dar el pecho, de la misma manera que pueden hacerlo las leonas en la sabana o las ballenas en el mar. Cuando una madre tenía una dificultad, las madres de su alrededor, todas expertas “amamantadoras” daban la información y el apoyo que la madre necesitaba. Perdiendo la cultura del amamantamiento, vivimos ahora en una sociedad donde, si una madre tiene una dificultad, le cuesta encontrar apoyo a su alrededor. Las personas cercanas le animan a dar leche de fórmula “porque se crían estupendamente”. (34)

9.4 Mitos sobre lactancia materna

El miedo a no producir suficiente leche, preocupación constante de las madres de todas las épocas y lugares, ha sido el origen de consejos sin fundamento para proteger la lactancia. Muchos de estos mitos siguen todavía circulando, tal y como recoge el Manual de Lactancia Materna, algunos de los cuales son:

- **“Hay que comer más para tener más leche”**: La producción de leche aumenta el gasto de calorías, pero el organismo utiliza las reservas almacenadas durante el embarazo de forma que, incluso en países con malnutrición las madres fabrican leche suficiente. Dar el pecho es una forma natural de recuperar el peso previo al embarazo. Comer en exceso no mejora la producción; una dieta para reducir peso no la disminuye y la obesidad es perjudicial. (27)

- **“Es necesario tomar leche para fabricar más y reponer las pérdidas de calcio”**: La producción de leche no tiene nada que ver con la leche que se ingiere. En ninguna especie de mamíferos, las madres consumen leche de otra especie mientras amamantan. En cuanto al calcio, todas las madres pierden masa ósea durante la lactancia, pero la recuperan a los 6- 12 meses de terminarla, incluso si consumen poco calcio. Tampoco se ha comprobado que los suplementos de calcio aumenten el calcio de la leche. Existen alimentos cuyo consumo aumenta la producción de leche. Algunos alimentos se recomiendan por su riqueza calórica, otros por su contenido en calcio y otros porque aumentan la necesidad de la madre de tomar líquidos: almendras, sardinas, arenques, avellanas, etc. Ninguno aumenta la producción de leche. (27)

- **“Algunos alimentos están prohibidos porque producen cólicos o gases”**: La lista de alimentos culpados de causar molestias al bebé es muy larga. Si las madres siguiesen esas recomendaciones tendrían muy complicado llevar una dieta variada. Así, basándose en la flatulencia que pueden provocar al consumirlas, se supuso que algunas frutas, legumbres, verduras o bebidas gaseosas, provocarían gases y consecuentemente cólicos en el niño o niña. Pero ningún alimento consumido por la madre provoca gas en la leche o en el niño o niña. (27)

- En cuanto a los cólicos, en casos muy concretos, el paso a través de la leche de fracciones proteicas de algún alimento como la leche de vaca o el huevo, pueden desencadenar reacciones de tipo alérgico que provoquen dolor abdominal, sobre todo, cuando hay antecedentes de alergia. (27)
- Si una madre comprueba repetidamente que su hijo o hija está incómodo/a con algún alimento de su dieta, debe eliminarlo. También puede estar indicada la eliminación de leche y huevo si los niños padecen dermatitis atópica o asma. Se debe evitar el consumo de alimentos que cambian el sabor o la composición de la leche. Ajos, cebollas, alcachofas y espárragos cambian el sabor de la leche, pero no provocan rechazo del pecho e incluso pueden favorecer la aceptación posterior de alimentación complementaria. Pero si una madre comprueba que un determinado sabor provoca rechazo, puede eliminarlo de su dieta de forma transitoria. (27)
- **“Están prohibidos los tintes, colorantes y la depilación”**: Un mito muy extendido es la prohibición de usar estos productos durante la lactancia, pero lo cierto es que, como su absorción a través de la piel es mínima, no pasan a la leche y, por tanto, no plantean problemas para los lactantes. La única precaución debe ser evitar el contacto con los niños o niñas, no aplicándolos en las mamas o en zonas que puedan contactar con la piel de éstos. (27)
- **“La lactancia prolongada deforma los pechos”**: En el aspecto del pecho influyen, sobre todo, la edad, los factores genéticos y la cantidad de grasa corporal. Se va deformando poco a poco con cada período de menstruación por los cambios hormonales del ciclo. El mayor cambio del pecho es responsabilidad del embarazo y de los primeros días posparto, pero no de una lactancia prolongada. (27)
- **“Las mujeres con poco pecho fabrican menos leche”**: Las diferencias en el tamaño de las mamas dependen más de la cantidad de grasa que del tejido glandular y no tiene relación con la producción de leche.

Además, existen diferencias en la capacidad para almacenar leche que se compensan con la frecuencia de la mamada. (27)

- **“Los disgustos se transmiten al bebé a través de la leche”:** Es posible que los disgustos afecten de forma pasajera la producción de leche, y eso haga que el niño o niña pueda estar más irritable por el hecho de no quedar satisfecho o porque note menor afectividad partiendo del comportamiento de su madre, pero esto no quiere decir que en la leche materna se vehiculan sentimientos. (27)

10. Ventajas y desventajas de la Lactancia Materna

10.1 Ventajas para el bebé

Uno de los principales problemas a la hora de conocer los efectos de la lactancia materna, es la variedad de definiciones sobre lactancia materna. Además, es difícil invocar un efecto puro de la lactancia materna prolongada por la variación de la cantidad de leche materna recibida y otras muchas variables de confusión, principalmente el entorno y las características de las madres que amamantan un mayor período. (35)

Hay evidencia científica de disminución de la incidencia y gravedad de gran número de enfermedades agudas y crónicas de los niños amamantados, pero la mayoría de los estudios epidemiológicos que demuestran las ventajas de la lactancia materna tanto para los lactantes, las madres, las familias y la sociedad en general, se basan en comparaciones entre lactancia materna exclusiva durante 4 o 6 meses, o incluso menor duración, y la artificial. Dichas ventajas hacen referencia al estado de salud, crecimiento y desarrollo nutricional, inmunológico, psicológico, social, económico y ambiental. La composición de la leche materna cambia de acuerdo con las necesidades del niño conforme éste madura. Además, teniendo en cuenta que el sistema inmunológico tarda entre dos y seis años en madurar, la leche materna continúa complementando y ayudando al sistema inmune mientras el niño la siga

tomando. Por ello, es posible que el hecho del destete precoz, especialmente en los países occidentales, esté privando a los lactantes del efecto protector que supondría una lactancia materna prolongada. En países en desarrollo, la ventaja potencial más importante de la lactancia materna prolongada está relacionada con la morbilidad y mortalidad de enfermedades infecciosas, especialmente las gastrointestinales. (34)

Además, la lactancia materna prolongada resulta positiva para el crecimiento lineal, sobre todo en lugares con mal medio sanitario e inadecuado suministro de agua. Se ha demostrado que, a mayor duración de la lactancia, mayor ganancia en longitud y en peso, en los niños de estos países. Esto podría hacerse extensivo a algunos bebés de nivel económico muy bajo (el denominado 4^o mundo) que vive en los países industrializados, pero carece de agua corriente. (35)

Pero también las ventajas son evidentes en los países ricos. Pocos trabajos analizan las ventajas de dar lactancia materna más allá del primer año, dado que en el momento actual la prevalencia de lactancia materna está lejos de las recomendaciones (menor del 20% a los 6 meses) incluso en grupos de intervención donde se realiza una política activa de promoción y apoyo de la lactancia. (35)

Como ya se ha señalado, pocos trabajos hacen referencia a lactancias superiores a un año. No obstante, algunos de ellos muestran que en el beneficio de la lactancia parece existir un efecto dosis respuesta, es decir, a mayor duración, mayores ventajas. La morbilidad por enfermedades de vías respiratorias bajas es significativamente menor en aquellos que no interrumpen la lactancia antes de los 12 meses. (35)

Los niños amamantados ganan menos peso y son más delgados al final del primer año de vida. Investigaciones recientes muestran que el crecimiento de los lactantes

sanos alimentados al pecho difiere significativamente del actual patrón internacional. Estudios de seguimiento a largo plazo demuestran que la lactancia materna prolongada podría contribuir a reducir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta y otras relacionadas con la obesidad, un grave problema de salud en el mundo occidental. También en esto existe un efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la lactancia, menor riesgo de obesidad y sobrepeso.

Así, se ha demostrado una prevalencia de obesidad a los 5-6 años de edad de 4,5% en los no amamantados, de 3,8% los amamantados durante dos meses, 2,3% los de 3 a 5 meses, de 1,7% los amamantados entre 6 y 12 meses, frente a un 0,8% en aquellos con lactancias más allá del año de edad. La ingesta de leche humana en niños prematuros se asocia de forma significativa a menor concentración de leptina en relación con la masa grasa en adolescentes de 13 a 16 años, independiente de otros factores de confusión. Algunos datos sugieren que la dieta en edades tempranas de la vida, sería responsable de “programar” las concentraciones de leptina, relacionando la dieta de la infancia con el riesgo de obesidad en el adulto. (35)

Además, la lactancia materna, mediante la transferencia de anticuerpos antiidiotipo y linfocitos aumenta la respuesta inmunitaria tras la vacunación y estimula activamente el sistema inmunitario del lactante, lo que explicaría por qué la lactancia materna disminuye el riesgo de desarrollar enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunitarias o la enfermedad de Crohn, diabetes mellitus o cáncer. (35)

La protección frente a la diabetes mellitus es otra razón importante para apoyar la lactancia materna prolongada. Diversos estudios sugieren la relación entre diabetes tipo 1 y la introducción antes del primer año de vida de productos que contienen proteínas de leche de vaca intactas. La similitud estructural entre las proteínas de leche de vaca y las células beta pancreáticas ocasionaría una reactividad cruzada

inmunológica. Sin embargo, varios estudios que se están desarrollando a largo plazo nos aportarán un mejor conocimiento al respecto. También hay datos que asocian la lactancia materna exclusiva con una menor prevalencia de diabetes no insulino dependiente en algunas poblaciones. (35)

Se ha puesto en relación la caries con la lactancia materna prolongada. Sin embargo, no hay evidencia científica que relacione la lactancia materna y la caries dental, aunque se han descrito casos en niños amamantados, especialmente durante más de dos años y con toma nocturna frecuentes, seguramente por otros factores asociados. En cambio, sí está clara la relación entre la ingesta de biberones azucarados, chupetes con miel o azúcar y caries galopante. Algunos bebés con lactancia prolongada asocian otros hábitos dietéticos incorrectos, pero la leche humana no es cariogénica. La caries dental se debe a muchos factores: genéticos, microorganismos (formadores de ácidos), los sustratos para dichos microorganismos (en especial los azúcares procedentes de la alimentación) y las tomas muy frecuentes, entre otros. Por ello, especialmente si existe una historia familiar de caries importante, es necesario extremar otros cuidados como la higiene (cepillado adecuado), fluoración y hábitos dietéticos adecuados. (35)

Algunos estudios han alertado acerca de la contaminación química de sustancias nocivas tales como dioxinas y otras en la leche materna, procedentes de la contaminación del medio ambiente. Sin embargo, la leche materna sigue siendo la mejor opción para alimentar a los bebés, y las ventajas de la lactancia sobrepasan los posibles riesgos de la ingestión de contaminantes y posiblemente contrarreste los efectos tóxicos. El esfuerzo debería dirigirse a tratar de eliminar dichos productos químicos contaminantes de nuestro medio ambiente. Por otro lado, también las fórmulas artificiales podrían estar contaminadas tanto por el mismo medio ambiente como por los procesos industriales de producción. (35)

Diversos estudios describen los beneficios psicológicos de la lactancia materna prolongada, si bien sin duda el entorno y las características de las madres que amamantan contribuyen a ello. La lactancia prolongada proporciona no sólo alimento sino consuelo, ternura, comunicación entre madre e hijo. A pesar de muchos prejuicios populares en relación con la lactancia prolongada, no hay evidencia de asociación con problemas de desajuste emocional o social sino más bien al contrario. Existe relación entre la duración de la lactancia materna y el desarrollo cognitivo, de tal modo que, a mayor tiempo de amamantamiento, se observa mejor desarrollo. Las habilidades motoras y el desarrollo temprano del lenguaje mejoran con el amamantamiento, correlacionándose con la duración de la lactancia. (35)

10.2 Ventajas para las madres

La lactancia materna también beneficia a las madres. El amamantamiento disminuye el tiempo de hemorragia menstrual (a lo largo de la vida de la mujer), reduce el riesgo y la gravedad de diversas infecciones, mejora el vínculo entre la madre y el hijo, y la autoestima como mujer y como madre. Además, reduce el riesgo de fractura espinal y de cadera posmenopáusicas; incluso en aquellos casos de restricción de la dieta por atopia asociada, se ha visto que no afecta a la mineralización ósea. (35)

También disminuye el riesgo de cáncer de ovario. Asimismo, se observa un riesgo menor, de hasta un 4,6%, de cáncer de mama que aparece antes de la menopausia por cada 12 meses de lactancia, según un metaanálisis reciente (datos de 52 estudios de 30 países: 50.302 mujeres con cáncer y 96.973 controles; efecto independiente de otros factores de riesgo: paridad, edad, menopausia o IMC). Las razones de esta disminución no están claras, pero el hipoestronismo transitorio de la lactancia sería una de las razones. En una sociedad en la que cada mujer tiene

pocos hijos, la lactancia prolongada puede ser un factor especialmente protector frente al cáncer de mama. (35)

10.3 Inconvenientes de la lactancia prolongada

Posiblemente, el mayor inconveniente de la lactancia prolongada en estos momentos se relacione con la pérdida de la cultura del amamantamiento, que puede ejercer presión psicológica o cierto aislamiento de aquellas madres que siguen amamantando a sus hijos más allá de las pautas consideradas actualmente como normales. No hay evidencia alguna que demuestre que la lactancia prolongada sea causa de enfermedad psíquica o física en el hijo o en la madre, por lo que no hay razones médicas para recomendar ni imponer el destete por motivos de edad. (35)

No es cierto que la lactancia prolongada produzca una mayor caída de los pechos. Diversos factores como la edad, la genética, el embarazo y en último lugar la lactancia, son responsables de dicha caída. Hacer el destete de forma gradual y nunca de modo brusco facilita que se mantengan firmes. Una falsa idea es que el niño no será capaz de destetarse sólo. Todos los niños dejan el pecho de forma espontánea, más tarde o más temprano, aunque la madre no induzca el destete. (35)

El niño de dos años puede seguir recibiendo el aporte lácteo necesario con tres o cuatro tomas diarias al pecho, junto con una alimentación variada, basada en la dieta familiar (ofrecer diariamente frutas, verduras y carne, pescado, pollo o huevo). No es cierto que la lactancia interfiera con el apetito por otros alimentos, como lo demuestran estudios con niños malnutridos de países pobres. (35)

A estas edades, muchas madres ofrecen el pecho por la mañana y por la noche, siendo aconsejable el aporte de otros productos lácteos (queso, yogurt y otros)

durante el día. Por todo ello, es preciso desmitificar las lactancias prolongadas y dejar la decisión del destete a la madre y a su hijo. (34)

B. Hipótesis de investigación o supuestos teóricos

H1: Los factores socioculturales se asocian con el conocimiento de lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

H0: Los factores socioculturales no se asocian con el conocimiento de lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

H2: El conocimiento sobre la lactancia materna se asocia con el nivel académico de las embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

H0: El conocimiento sobre la lactancia materna no se asocia con el nivel académico de las embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

H3: El conocimiento sobre la lactancia materna se asocia con la información proporcionada por el personal de salud a las embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla,

H0: El conocimiento sobre la lactancia materna no se asocia con la información proporcionada por el personal de salud a las embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal,

Santa Tecla, no se asocia con la información proporcionada por el personal de salud.

H4: La edad es un factor determinante para el conocimiento de lactancia materna en las embarazadas que asisten a sus controles en la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

H0: La edad no es un factor determinante para el conocimiento de lactancia materna en las embarazadas que asisten a sus controles en la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Enfoque y tipo de investigación

De acuerdo con la manipulación de las variables, el estudio fue de tipo observacional ya que las variables en estudio no fueron controladas por los investigadores, sino que se limitó a observar, medir y analizar los resultados obtenidos, en donde las variables, factores y conocimientos no fueron sometidas a ningún tipo de experimentación o manipulación por los investigadores. (36)

Según la finalidad del estudio, se clasificó como analítico, ya que se verificó la asociación de las variables de los factores socioculturales con la variable y conocimiento, y para lo cual se aplicó la estadística inferencial con el fin de verificar esta relación. Además, el estudio tiene enfoque cuantitativo, ya que el análisis se realizó a partir de datos estadísticos, los cuales fueron tomados del instrumento. (36)

Conforme a la secuencia temporal, el estudio fue transversal, ya que se realizó en un periodo de tiempo determinado, además, de que las variables solo se midieron en un solo momento, ya que las variables factores socioculturales y las variables conocimientos se midieron una sola vez, es decir que a la participante se le paso solo una vez el instrumento de recolección de datos. (36)

Para finalizar conforme a la cronología de los hechos, se consideró retrospectivo, ya que las variables en estudio fueron aspectos que ya estaban presentes y que fueron adquiridos con anterioridad a la investigación. (36)

B. Sujetos y Objeto de estudio

- 1. Sujeto de estudio:** Mujeres Embarazadas que asistieron a sus controles prenatales en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.
- 2. Objeto de estudio:** El conocimiento sobre lactancia materna que poseían las mujeres embarazadas que asistan a sus controles prenatales en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.
- 3. Lugar de estudio:** El estudio se realizó en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.
- 4. Población y muestra:**

El muestreo realizado en esta investigación fue no probabilístico, ya que no se conocía la probabilidad que una participante tenía de ser incluida en la muestra, y la selección se realizó mediante métodos en los que no intervino el azar.

La población fueron las mujeres embarazadas inscritas en control prenatal de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla, desde el 1 de marzo al 15 de septiembre del 2020, y las cuales fueron 86 embarazadas inscritas verificadas por libro de inscripciones que lleva dicho establecimiento de salud.

La técnica utilizada fue el muestreo consecutivo y consistió en captar a las embarazadas que acudieron a sus controles y que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación, y que además cumplían con los criterios de inclusión del estudio, el cual se realizó en los meses de Diciembre del 2020 y Enero del 2021.

5. Criterios de inclusión y exclusión

Cuadro1: criterios de inclusión y exclusión	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Mujeres Embarazadas que asistieron a sus controles prenatales o de nutrición en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.	Mujeres embarazadas que consultaron por morbilidad en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.
Mujeres Embarazadas mayores de 18 años que asistieron a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.	Mujeres Embarazadas menores de 18 años que asistieron a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.
Mujeres Embarazadas que asistieron a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla, y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.	Mujeres Embarazadas que asistieron a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla, y que no aceptaron participar en el estudio.

C. Operativización de las variables

Cuadro2. Matriz de congruencia
Tema: Factores socioculturales que influyen en el conocimiento de Lactancia Materna en embarazadas que asisten a UCSF – E Díaz del Pinal.
Enunciado del problema: ¿Cuáles son los factores socioculturales que influyen en el conocimiento de lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla?
Objetivo General: Identificar los factores socioculturales que influyen en el conocimiento de lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.
Hipótesis General: H1: Los factores socioculturales se asocian con el conocimiento de lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla. H0: Los factores socioculturales no se asocian con el conocimiento de lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Unidad de análisis	Variable	Conceptualización de las variables	Operacionalización de variables	Indicadores	Técnicas	Tipo de instrumento
<p>1. Examinar el conocimiento de las mujeres embarazadas sobre las ventajas y desventajas de la lactancia materna.</p>		<p>Embarazadas que asistieron a sus controles prenatales en la UCSF-E Díaz del Pinal.</p>	<p>Conocimiento sobre lactancia materna</p>	<p>El conocimiento en general y además los beneficios que la lactancia materna proporciona.</p> <p>Dichos conocimientos son un conjunto de información obtenida mediante la experiencia, la observación o el aprendizaje adquirido.</p>	<p>En la categoría practica se contó con 18 preguntas de tipo cerradas en la cual se denominó un valor a cada respuesta ("las correctas =1 punto.", "a las incorrectas = 0). El nivel de conocimiento se midió según el puntaje.</p> <p>Nivel alto de 13-18puntos.</p> <p>Nivel medio de 7-12 puntos.</p> <p>Nivel bajo de 0-6 puntos.</p> <p>Casos con nivel alto de conocimiento /total de embarazadas X 100</p> <p>Casos con nivel medio de conocimiento /total de embarazadas X 100</p> <p>Casos con nivel bajo de conocimiento/ total de embarazadas X 100</p>	<p>Tenía conocimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel alto • Nivel medio • Nivel ato <p>No tenían conocimientos</p>	<p>La Encuesta</p>	<p>Cuestionario elaborado y validado por los investigadores. Las preguntas del cuestionario relacionadas con el conocimiento sobre lactancia materna son las preguntas número: 8-9-10-11-12-13-14-15.1--15.2-15.3-15.4-15.5-15.6-15.7-16-17-18 y 19..</p>

					<p>Casos con conocimiento /total de embarazadas X 100</p> <p>Casos sin conocimientos/ total de embarazadas X 100</p>			
<p>2. Identificar la presencia de mitos y creencias de las embarazadas en la decisión de no brindar lactancia materna.</p>		<p>Embarazadas que asistieron a sus controles prenatales en la en UCSF-E Díaz del Pinal</p>	<p>Mitos y creencias</p>	<p>Los mitos y las creencias populares son una idea falsa o equivocada con pretensiones de verdad. Además, las personas tienen la convicción de que un hecho es verdadero o cierto, aunque no esté científicamente comprobado.</p>	<p>Casos de pacientes con mitos / total de embarazadas X 100</p> <p>Casos de embarazadas sin mitos/ total de embarazadas X 100</p>	<p>Se encontraron mitos % con mitos</p> <p>No se encontraron mitos % sin mitos</p>	<p>La Encuesta</p>	<p>Cuestionario elaborado y validado por los investigadores. Las preguntas del cuestionario relacionadas con la presencia de mitos y creencias son las preguntas número: 20.1-20.2 - 20.3 - 20.4 - 20.5 - 20.6 - 20.7 - 20.8 y 20.9</p>
<p>3. Determinar la influencia del nivel educativo en el conocimiento de lactancia materna</p>	<p>H2: El conocimiento sobre la lactancia materna se asocia con el nivel académico de las embarazadas que asisten a sus controles</p>	<p>Embarazadas que asistieron a sus controles prenatales en la en UCSF-E Díaz del Pinal</p>	<p>Nivel educativo.</p>	<p>Se refiere al grado académico y de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una institución educativa formalizada y acreditada por las autoridades de un país.</p>	<p>La prueba no paramétrica chi cuadrado permitió medir el nivel de significancia que tienen las variables y así se determinó la asociación del nivel educativo con el conocimiento de lactancia materna.</p>	<p>El nivel educativo se asoció con el conocimiento</p> <p>El nivel educativo no se asoció con el conocimiento.</p>	<p>La Encuesta</p>	<p>Cuestionario elaborado y validado por los investigadores. La pregunta del cuestionario relacionada con el grado académico es</p>

	<p>en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.</p> <p>H0: El conocimiento sobre la lactancia materna no se asocia con el nivel académico de las embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.</p>				$\sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$ <p>Fo = Frecuencia del valor observado</p> <p>Fe = Frecuencia del valor esperado</p>			la pregunta número 5
<p>4. Examinar la influencia de la información otorgada por personal de salud en el conocimiento de lactancia materna.</p>	<p>H3: El conocimiento sobre la lactancia materna se asocia con la información proporcionada por el personal de salud a las embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud</p>	<p>Embarazadas que asistieron a sus controles prenatales en la en UCSF-E Díaz del Pinal</p>	<p>Información otorgada a las embarazadas por parte del personal de salud sobre lactancia.</p>	<p>El conjunto de conocimientos adquiridos por las embarazadas que asisten a sus controles prenatales y el cual ha sido proporcionado por el personal de salud.</p>	<p>La prueba no paramétrica chi cuadrado permitió medir el nivel de significancia que tienen las variables y así se determinó la asociación del conocimiento de lactancia materna con información obtenida del personal de salud</p>	<p>La influencia del personal de salud se asoció con el conocimiento</p> <p>La influencia del personal de salud no se asoció con el conocimiento.</p>	<p>La Encuesta</p>	<p>Cuestionario elaborado y validado por los investigadores. La pregunta del cuestionario relacionada con la información otorgada por el personal de salud es la pregunta número 21.</p>

	<p>Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.</p> <p>HO: El conocimiento sobre la lactancia materna no se asocia con la información proporcionada por el personal de salud a las embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla, no se asocia con la información proporcionada por el personal de salud.</p>				$\sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$ <p>Fo = Frecuencia del valor observado</p> <p>Fe = Frecuencia del valor esperado</p>			
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

<p>5. Indicar la influencia de la edad de las mujeres embarazadas en su conocimiento de lactancia materna.</p>	<p>H4: La edad es un factor determinante para el conocimiento de lactancia materna en las embarazadas que asisten a sus controles en la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla H0: La edad no es un factor determinante para el conocimiento de lactancia materna en las embarazadas que asisten a sus controles en la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.</p>	<p>Embarazadas que asistieron a sus controles prenatales en la UCSF-E Díaz del Pinal</p>	<p>Edad</p>	<p>La edad es la mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta la fecha actual, y entre más edad, es mayor el grado de conocimiento formal o informal.</p>	<p>La prueba no paramétrica chi cuadrado permitió medir el nivel de significancia que tienen las variables y así se determinó la asociación del conocimiento de lactancia materna con la edad.</p> $\sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$ <p>Fo = Frecuencia del valor observado Fe = Frecuencia del valor esperado</p>	<p>La edad se asoció con el conocimiento La edad no se asoció con el conocimiento.</p>	<p>La Encuesta</p>	<p>Cuestionario elaborado y validado por los investigadores. La pregunta del cuestionario relacionada con la edad es la pregunta número 1.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D. Técnicas a emplearse en la recopilación de información

La técnica usada en la investigación fue la encuesta. Ésta es una técnica que permitió realizar preguntas directas y específicas a las embarazadas que asistieron a sus controles prenatales en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla, acerca de los conocimientos sobre lactancia materna que los investigadores exploraron e indagaron, y que fueron de vital importancia en esta investigación.

Primeramente, a cada una de las participantes que voluntariamente aceptó participar en el estudio se les leyó en voz alta el consentimiento informado y luego se les dio para que lo revisara, al igual que se le entregó un bolígrafo para que firmara si estaba de acuerdo en participar en el estudio. Posteriormente se les realizaron las preguntas una por una, en voz alta a cada una de ellas, y se les guió, acompañó y aclaró cualquier duda existente, para el llenado adecuado del instrumento sin influir en la respuesta obtenida.

Este tipo de técnica es idónea para la recolección de eventos, así como el conocimiento que ha sido adquirido en el pasado, en donde se pretendió además evaluar diversas áreas de este conocimiento. (36)

E. Instrumentos de registro y medición

El instrumento fue el cuestionario elaborado, el cual consistió en un conjunto de preguntas, dentro de las cuales 22 preguntas son cerradas y 6 son de múltiple escoge, con las cuales se pretendió conocer el grado de conocimiento sobre lactancia materna de las participantes.

Las preguntas y respuestas correctas que fueron tomadas en consideración para esta puntuación son las siguientes: 8-a; 9-d; 10-d; 11-C; 12-sí; 13-f, 14-sí; 15.1-v;

15.2- v; 15.3-v; 15.4-v; 15.5-v; 15.6-v; 15.7-v; 15.8-v; 15.9-v.

El cuestionario fue estructurado por los investigadores principalmente en tres áreas y las cuales son:

- I. La primera parte del cuestionario fueron datos generales y de mayor relevancia para la investigación:
 - Edad
 - Zona de residencia
 - Estado civil
 - Sabe leer y escribir
 - Grado de escolaridad alcanzado
 - Paridad

- II. El cuestionario contó de un área de medición del conocimiento general y además de las ventajas que proporciona la lactancia materna. Para medir el conocimiento, se realizó en base a puntajes que se les dio a las respuestas obtenidas y se midieron de la siguiente manera:
 - Las respuestas correctas tuvieron una ponderación de 1 punto.
 - Las respuestas incorrectas tuvieron una ponderación cero puntos.

Según las puntuaciones obtenidas se midió el conocimiento dependiendo del rango de conocimiento encontrado y se realizó de la siguiente manera:

Cuadro 3. Puntaje por nivel de conocimiento	
Tiene conocimiento	Clasificación por puntaje
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel alto 13-18 puntos
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel medio 7–12 puntos
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel bajo 1–6 puntos
No tiene conocimientos	0 puntos

- I. Además, otra parte de este cuestionario midió la presencia o ausencia de mitos y creencias de embarazadas que asistieron a sus controles a la unidad Comunitaria de salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla, y que constaba de 9 ítems, y en donde los resultados se midieron de la siguiente forma:

Cuadro 4. Clasificación por numero de mitos o creencias	
	Clasificación por puntaje
Si tiene mitos	1 - 3 mitos o creencias
	4 - 6 mitos o creencias
	7 – 9 mitos o creencias
No tiene mitos	0 mitos o creencias

Al instrumento de investigación se le realizó un test de validez y confiabilidad por medio del programa estadístico SPSS, con el cual se le calculó el coeficiente Alfa de Cronbach, ya que es un modelo de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre las variables en estudio.

Se le realizó dicha prueba a nuestro instrumento y nos presentó la siguiente información, la cual se describe en el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Resultados del Alfa de Cronbach	
Alfa de Cronbach	Número de elementos
0.708	4

Dado que el resultado obtenido fue de 0.708, y este resultado es mayor que 0.7, que el valor mínimo aceptable, entonces se puede decir que el instrumento si pasa la prueba de confiabilidad.

F. Aspectos éticos de la investigación

La presente investigación contó con los 4 aspectos éticos requeridos y necesarios en toda investigación científica, los cuales son:

- Autonomía: ya que se le pasó el cuestionario elaborado por los investigadores a toda embarazada que asistió a sus controles prenatales en la Unidad de Salud y que estuvo interesada en formar parte de la investigación como sujeto de prueba. Por lo tanto, la participación en este estudio fue de carácter voluntario. (37)
- Justicia: se respetó por igual a todos las participantes del estudio, además no se juzgó a nadie en base a los resultados obtenidos. La entrevista se manejó de manera anónima para no afectar y dañar la integridad de ninguna

participante. (37)

- No maleficencia y beneficencia: ya que no se pretendió en ningún momento de la investigación causar algún daño, de ningún tipo a las participantes, siendo el principal objetivo de la investigación el enfoque científico. (37)

La embarazada entrevistada se situó en un ambiente cómodo y agradable, y el orden que la entrevista tuvo en relación con la atención dentro del establecimiento de salud fue estipulado en conjunto con el área de enfermería, ya que posterior a la preparación de pacientes, pasaba posteriormente a un área ya designada para los investigadores, en donde se les pasó el instrumento, por lo que se sintieron seguras y tuvieron confianza de contestar todo abiertamente. Al mismo tiempo no se influyó en las respuestas brindadas por las participantes y de igual forma se les solventó cualquier duda surgida en el momento de la entrevista.

La recolección de la información se realizó por los estudiantes egresados de la carrera de Licenciatura de nutrición y dietética.

G. Procesamiento y análisis

El cuestionario fue el instrumento de la investigación, el cual sirvió para la recolección de los datos y de donde se tomaron los resultados que utilizaron posteriormente para ser procesados y analizados por los investigadores.

Cada estudiante egresado de nutrición se encargó de pasar el cuestionario a las embarazadas que asistieron a sus controles prenatales en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla, y que aceptó participar en la investigación voluntariamente, y contestar dicho cuestionario.

Estos datos obtenidos se clasificaron por áreas del conocimiento que los investigadores indagaron e investigaron, y las cuáles se les otorgó las siguientes calificaciones de acuerdo con los puntajes obtenidos:

- Nivel de conocimiento alto
- Nivel de conocimiento medio
- Nivel de conocimiento bajo

Además, a las embarazadas que participaron en el estudio se les estratificó por edades de la siguiente forma:

- Embarazadas de 18 años a 24 años
- Embarazadas de 25 años a 32 años
- Embarazadas de 33 años en adelante

Para realizar el cálculo de las pruebas inferenciales se utilizó la prueba de chi cuadrado, en donde se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21.

Para contrastar las hipótesis:

- Se buscó la asociación del nivel educativo de las embarazadas que consultaron a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Días del Pinal, Santa Tecla, con respecto al conocimiento que ellas ya poseían de lactancia materna.
- Se buscó la asociación de la información otorgada por el personal de salud

previamente otorgada a las embarazadas que consulten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Días del Pinal, Santa Tecla, con respecto al conocimiento que ellas poseían al momento de la entrevista acerca de lactancia materna.

- Se buscó la asociación de la edad de las embarazadas que consultaron a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Días del Pinal, Santa Tecla, con el respecto al conocimiento de lactancia materna.

Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos en el programa de Microsoft Excel 2017, con tablas estadísticas y gráficos de barra o pastel por cada ítem y también por cada área del conocimiento del instrumento. posteriormente se realizó un análisis de cada uno de los gráficos para plasmar los resultados obtenidos e identificar la asociación de las variables en estudio con el conocimiento sobre la lactancia materna que poseían las pacientes embarazadas que consultaron a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Días del Pinal, Santa Tecla.

Además, se utilizó el programa SPSS para apoyarse en donde se necesitó realizar cruce de variables y donde además se necesitó aceptar o denegar hipótesis.

H. Cronograma de actividades

Cuadro 6. Cronograma de actividades																																		
ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO		FEBRERO							
1.Desarrollo de capítulo I: Planteamiento del problema y objetivo	x	x	x	x																														
2.Desarrollo de hipótesis y justificación					x	x	x																											
3.Desarrollo del capítulo II: Fundamentación teórica									x	x	x																							
4.Desarrollo del capítulo III: Metodología de la investigación													x	x	x																			
5.Correcciones de Capítulos													x	x	x	x																		
6.Entrega de Anteproyecto al CIC																	x	x	x															
7.Presentación de Anteproyecto de Investigación																					x	x	x											
8. pasar el instrumento de investigación																									x	x	x	x	x	x				
9.recoleccion de datos																													x	x				
10.procesamiento de datos																															x	x		
11.Capítulo IV: Análisis de la información																															x	x		
12.Revisión y corrección																															x	x	x	
13.Presentación de Resultados Final																																	x	x

I. Presupuesto

Cuadro 7. Presupuesto de la investigación	
Insumos que se utilizaran en la investigación	Gastos
1. Gasolina	\$ 50.00
2. Instrumento que se pasará a las participantes formato y copias	\$21.50
3. Consentimiento informado formato y copias	\$8.60
4. Materiales (hojas de papel bond, lápices y lapiceros)	\$10.00
5. Computadora por investigador (ya se cuenta con ellas)	-----
6. Internet para reuniones con el asesor de la tesis	\$60.00
TOTAL	\$150.10

J. Estrategias de utilización de resultados

- Los resultados obtenidos en la presente investigación serán presentados principalmente al director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla, donde se realizó el estudio.
- Además, se le presentarán los resultados al SIBASI de la región para que sea tomada en consideración y sea de ayuda para futuras decisiones en el sector salud para el beneficio de niños y madres lactantes.
- Posteriormente los hallazgos serán presentados a la Universidad Evangélica de El Salvador, finalmente, se encontrará disponible en la facultad de medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador para que pueda ser utilizado por estudiantes que lo soliciten.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

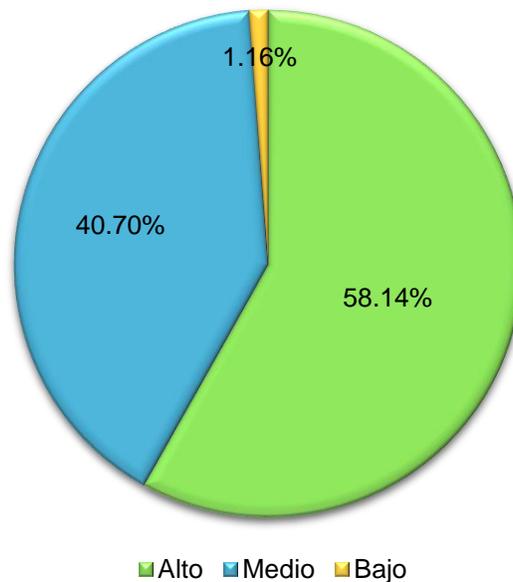
A. Análisis descriptivo

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en el periodo de diciembre 2020 a enero 2021, fase donde se encuestó a mujeres embarazadas que asistieron a sus controles en la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla. La información obtenida de dichas encuestas se procesó a través del programa *IBM® SPSS® Statistics 20.0*, en el cual se utilizaron tablas dinámicas y de doble entrada, haciendo uso de pruebas estadísticas CHI cuadrado.

La población de mujeres embarazadas encuestadas fue de 86, las cuales presentaban edades desde los 18 hasta 40 años, con un promedio de 26 años de edad, siendo la edad más frecuente 21 años representando el 15% del total de embarazadas, seguido por mujeres embarazadas de 30 años con un 10%.

Respecto a la escolaridad de las participantes se encontró que el 44% de las embarazadas había alcanzado hasta la fecha un nivel de educativo de educación entre 6° y 9° grado, seguido por bachillerato con 38%.

Figura 1. Niveles de conocimientos sobre lactancia materna en mujeres embarazadas



El conocimiento sobre la lactancia materna es de vital importancia para la salud y el desarrollo psicológico, físico e intelectual de los niños y niñas, además los beneficios que la leche materna proporciona son innumerables, para la madre, para el bebé, para la familia, para la sociedad, para el ambiente y aun para la economía de cada familia. Además, el conocimiento favorece para logre exitosamente la práctica de lactancia materna durante los primeros meses y años de vida, lo cual ha demostrado ser un factor importante para prevenir la aparición de enfermedades a corto y largo plazo como las infecciones y la desnutrición.

En esta gráfica se puede mostrar un enfoque con respecto al conocimiento sobre lactancia materna presente en la población encuestada, por lo que se pudo observar que más de la mitad de la población en estudio presentó un nivel de conocimiento alto, ya que obtuvieron un porcentaje de 58.14%, y casi 41% presentó un nivel medio y un 1.16% con nivel bajo. Así que, según los datos obtenidos se puede decir que más de la mayoría de la población en estudio posee un conocimiento alto sobre

lactancia materna y solo una muy pequeña porción de la población en estudio presento un nivel bajo de conocimientos.

Figura 2. Presencia de mitos y creencias de las embarazadas en la decisión de no brindar lactancia materna



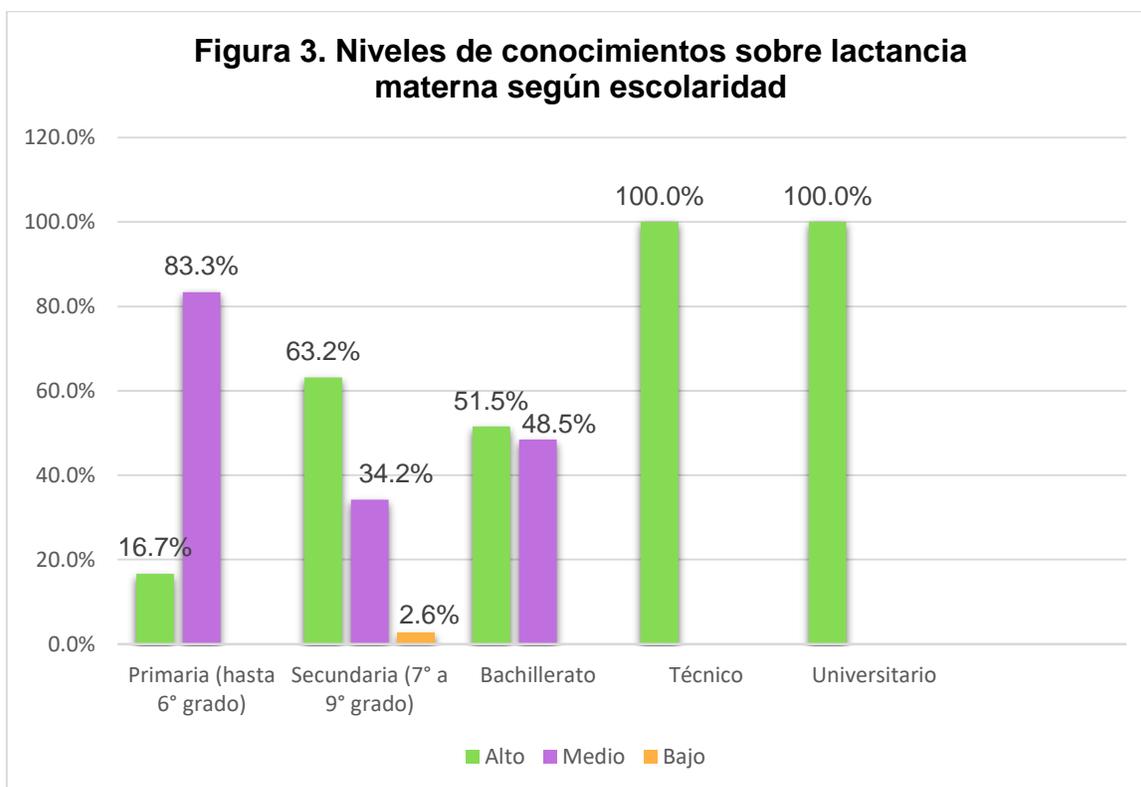
En el instrumento de investigación, se presentó un total de 9 mitos más populares en un cuadro de “verdadero/falso” con el fin de determinar la cantidad de mitos que creían las embarazadas. Por lo que, a mayor puntaje de mitos, existiría una menor probabilidad en conocimiento y práctica de lactancia materna para cada mujer.

Según el Instituto Nacional de Salud, “el entorno social y la cultura juegan un papel importante en la práctica de la lactancia materna, esto se debe a que las mujeres se ven influenciadas por creencias, mitos y tabúes propios de la cultura en la que se desenvuelven”.

Un 59.3% de las embarazadas encuestadas, creen la mitad de los mitos que se les presentaron y un casi 5% llegó a creer más de 6 mitos, ya sea porque su familia se

los impuso, porque es lo que han aprendido en sus comunidades, o lo que ellas creían verídico según experiencias pasadas, y solamente un 36.05% cree de 1-3 mitos, por lo que se podría esperar que dichas madres practiquen la lactancia materna de manera exitosa.

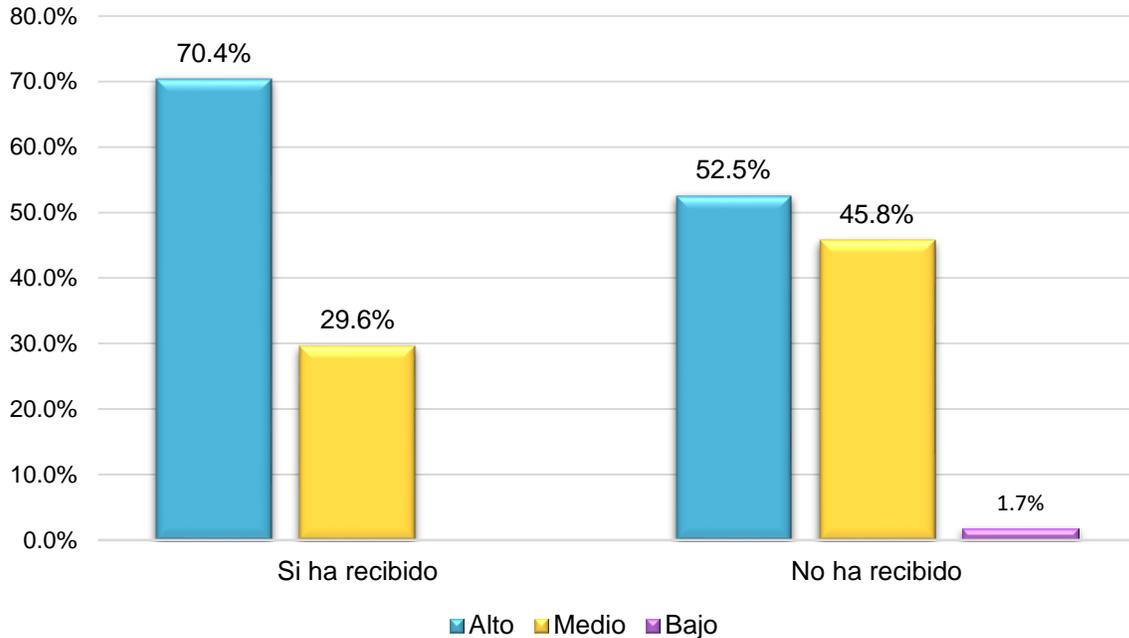
La práctica y conocimientos en lactancia materna siempre se han visto influenciados por una serie de mitos y tabúes propios de nuestra cultura, la creencia de dichos mitos son un factor sociocultural que influye de manera negativa en la práctica de la lactancia, por lo que es responsabilidad del personal de salud, presentar la información con respaldo científico y no de manera empírica.



La educación es uno de los factores que más influye en el avance y progreso de personas y sociedades. Además de proveer conocimientos, la educación enriquece la cultura, los valores y todo aquello que nos caracteriza como seres humanos. La educación es necesaria en todos los sentidos.

Este gráfico presenta el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las embarazadas que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, con relación al grado académico alcanzado en el momento de la entrevista, se pudo observar que las participantes con grado académico de primaria el nivel alto de conocimientos obtuvo casi un 17%, el cual en secundaria y bachillerato este conocimiento se incrementó. Lo que se pudo observar que las embarazadas con un grado de escolaridad superior, su nivel de conocimiento fue alto en un 100%. Por lo cual se pudo observar en este gráfico que el grado académico superior, obtuvieron un nivel alto de conocimientos sobre lactancia materna y donde además todas estaban muy conscientes de todos los beneficios que aporta la lactancia materna, tanto a los niños como a las madres.

Figura 4. Nivel de conocimiento de acuerdo a la información previamente brindada por le personal de salud

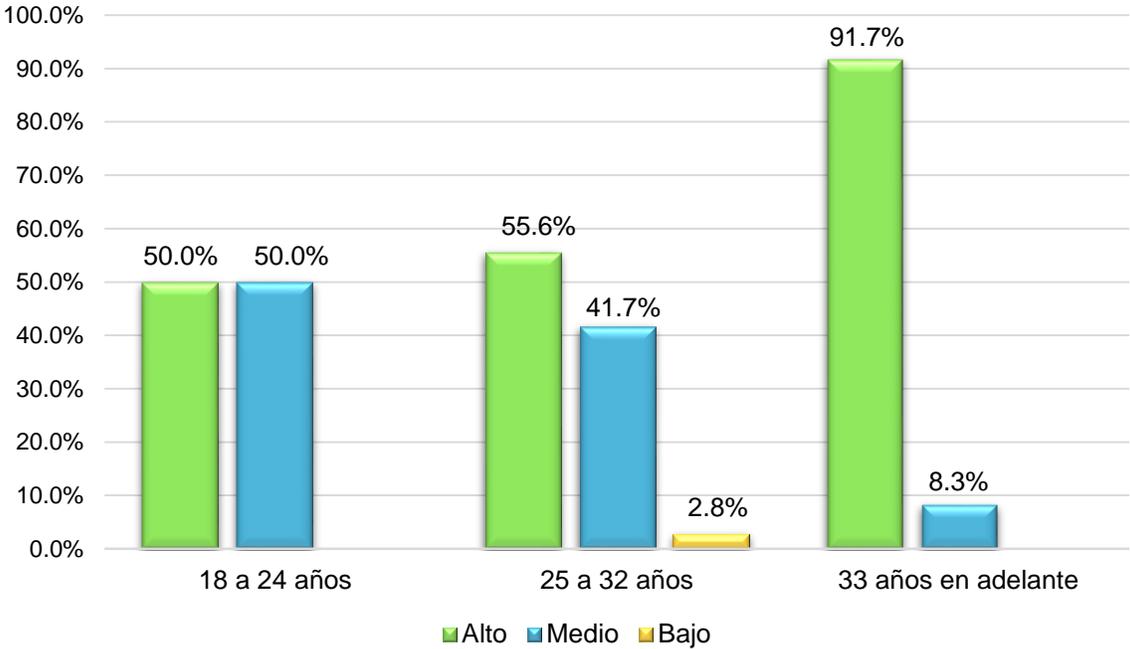


Esta gráfica presenta dos grupos de embarazadas, un grupo que sí recibió información sobre lactancia materna previa a la investigación por parte de los trabajadores de salud que laboran en la unidad de salud de la UCSF Dr. Díaz del Pinal, Santa tecla y otro grupo que no recibió ningún tipo de información previa sobre lactancia materna.

En el grupo de embarazadas que, si recibió información sobre de lactancia materna previa a la entrevista, se pudo observar que el mayor porcentaje de las entrevistadas tenía un nivel de conocimiento alto con un porcentaje del 70.4%, en comparación a un casi 53% del grupo que no recibió información previa. Por lo que se pudo observar que a las participantes que se les proporcionó información previa por parte del personal de salud, ya sea por medio de charlas educativas en el centro de salud, o si recibió consejería por parte del personal médico o de enfermería en sus controles prenatales, dicha información, incremento el conocimiento sobre lactancia materna de las embarazadas, lo cual podría traducirse en un beneficio tanto para

las madres como para los niños y niñas, ya que podría existir un mejor apego y una lactancia materna exitosa.

Figura 5. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna según grupo etario



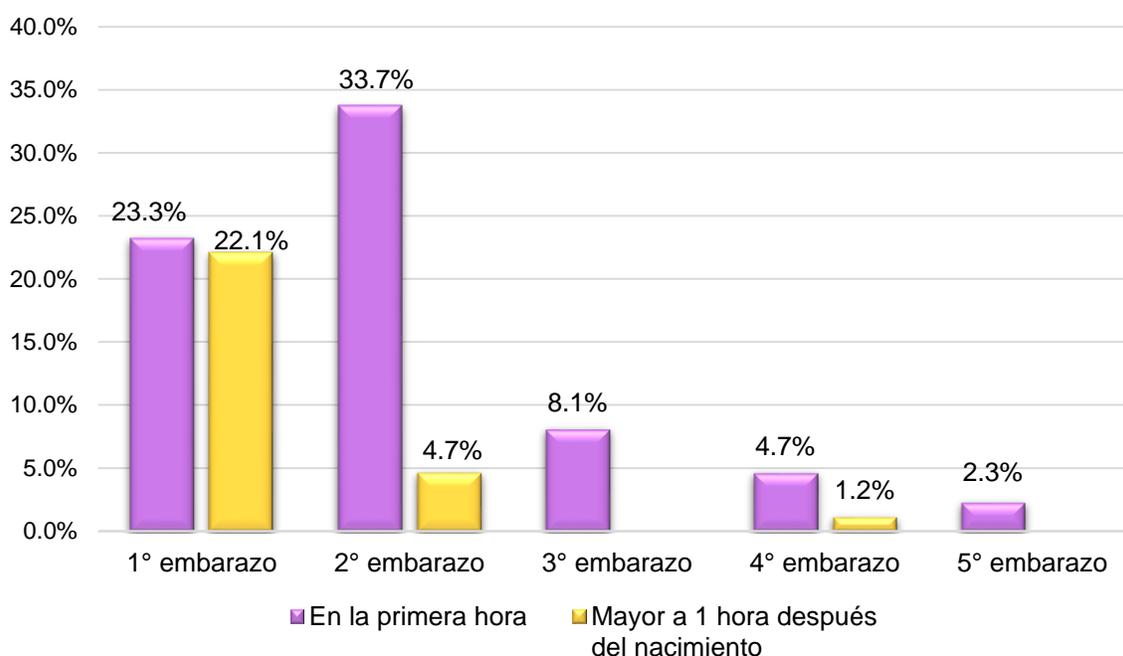
La edad es un factor muy importante para los seres humanos, ya que la edad se relaciona con la capacidad de adquirir conocimientos a partir de la experiencia, ya que a través del tiempo se adquiere conocimiento informal y formal, y el cual varía y cambia en cada individuo.

En la gráfica se puede observar los tres rangos de edades en las que se agruparon las embarazadas que participaron voluntariamente en el estudio. El primer grupo que fue de 18 a 24 años, el segundo de 25 a 33 años y el tercero de 33 años en adelante.

En el primer rango de edades se pudo observar que el conocimiento medio y alto se encuentra en igual porcentaje, ambos en 50%. También se pudo observar que a medida se incrementaba en edad también se incrementaba el nivel alto de conocimientos, ya que en el grupo etario de 25 a 32 años se pudo observar que el porcentaje del conocimiento alto fue casi un 56%.

En el último grupo etario de 33 años en adelante se pudo observar que el nivel alto de conocimientos fue casi 92%. Siendo en este grupo etario en donde si se observa una diferencia muy marcada de conocimientos.

Figura 6. Conocimiento sobre el inicio de la lactancia materna según el número de embarazo

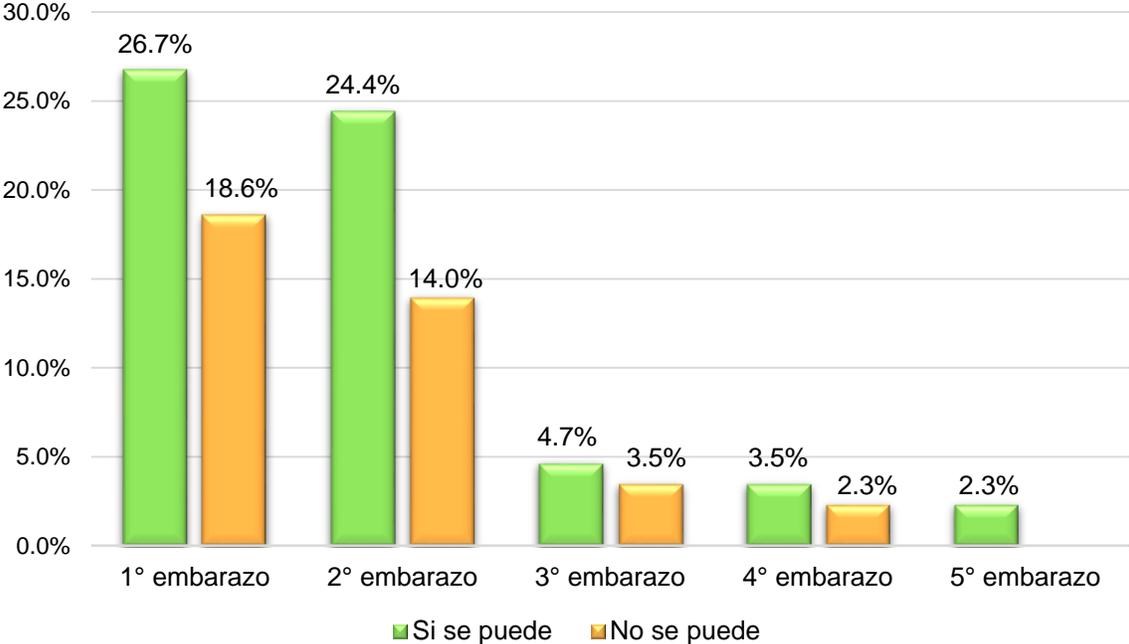


Tanto las madres primerizas como las que han tenido más de dos embarazos concuerdan en un 72.1% que la lactancia materna debe iniciar en la primera hora después del parto. Dicha acción se conoce como “apego precoz” y es de total beneficio para la madre como para el bebé.

Siempre y cuando no existan complicaciones es total derecho de las madres permanecer con sus hijos en contacto piel con piel al menos la primera hora post parto, en dicho momento es donde el bebé deberá iniciar su alimentación.

Esta práctica hace efecto en uno de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa implementados como parte de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN).

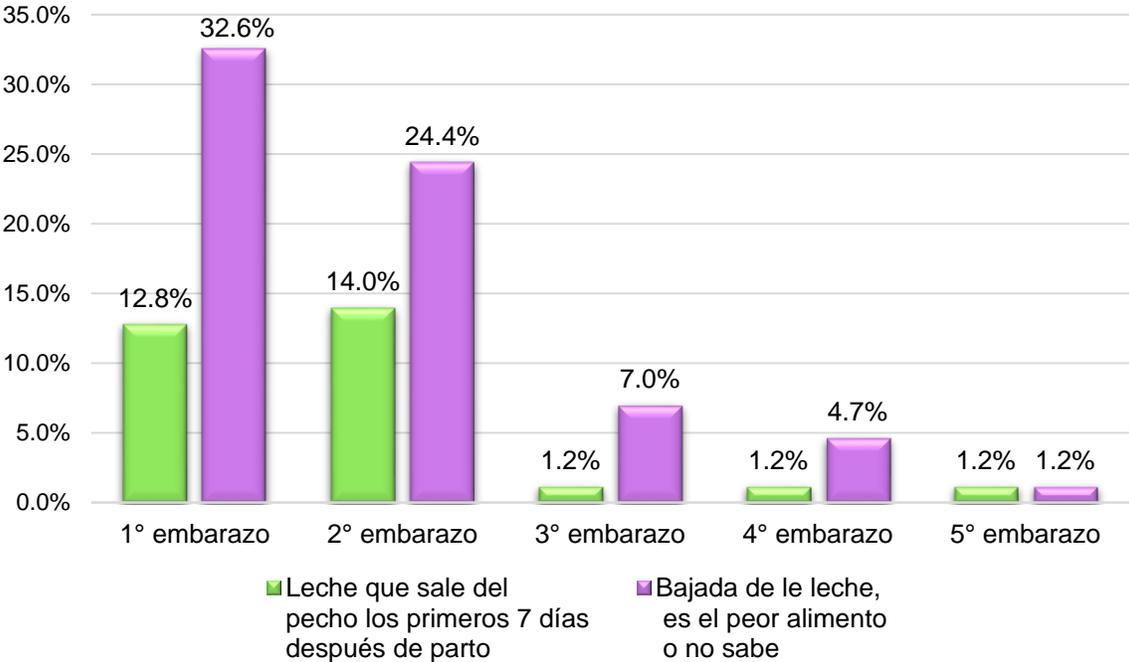
Figura 7. Conocimiento sobre extracción y conservación de leche materna según el número de embarazo



La cultura del biberón desvaloriza las técnicas de conservación y extracción, y al 36.4% de madres encuestadas les resultó más fácil alimentar con fórmula a sus bebés y a su vez no creyeron que la leche materna se puede extraer y conservar, a pesar de que alimentar con leche materna y conservarla es más económico para las familias.

Del total de embarazadas encuestadas, casi un 62% concuerda en que la leche materna sí se puede extraer y conservar, entre los métodos más conocidos de extracción que ellas mencionaron está el extractor manual y eléctrico, así como los métodos de conservación más conocidos por ellas fueron refrigerar y congelar la leche, mas no sabían el tiempo prudente de congelación y refrigeración que la leche materna debe tener para mantenerse en buen estado.

Figura 8. Conocimiento sobre el concepto de calostro según el número de embarazo



La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) el calostro es el líquido amarillo o color paja que producen los pechos en los días posteriores al nacimiento del bebé (1-7 día post parto). El calostro es altamente nutritivo y rico en propiedades antiinfecciosas, aporta inmunoglobulinas y anticuerpos que benefician el sistema inmune del neonato.

El 70% de embarazadas encuestadas concordaron en que el calostro es “la bajada de leche”, “el peor alimento que existe” o simplemente “no sabe”. Este grupo de embarazadas no conocían los beneficios ni los tipos de leche que producen y las mujeres encuestadas con segundo embarazo o más, al momento de realizar la pregunta, informaron que no conocían los tipos porque nadie se los explicó, o porque no les habían dado pecho a sus bebés anteriores.

De acuerdo con las mujeres entrevistadas, el 30.2% está convencida de los beneficios del calostro y que es el mejor tipo de leche en la alimentación del niño los primeros días de vida. Dar calostro los primeros días de vida es una práctica de completa importancia para la salud y estado nutricional de los bebés, a pesar de ello, popularmente se conoce que es malo dar el calostro porque muchas madres no están informadas de los beneficios que produce o popularmente se crean una idea falsa de lo que es.

B. Análisis inferencial

Tabla 1. Influencia del nivel educativo en el conocimiento de lactancia materna

	Valor	gl	Significación asintomática (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.030a	6	0.029
Razón de verosimilitud	14.391	60	0.008
N de casos válidos	86		

A 8 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es de 0.08

Tabla 1. En esta tabla se presenta el resultado de la prueba no paramétrica de chi cuadrado la cual se realizó con el programa estadístico SPSS versión 20.0, en la cual se puede observar que nos da una significación asintótica de 0.029, siendo menor a 0.05 la significancia lo cual se puede decir que por este valor obtenido se acepta la hipótesis de investigación, la cual era: H: El conocimiento sobre la lactancia materna se asocia con el nivel académico de las embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

Y por lo tanto también se rechaza la hipótesis nula, la cual era: H0: El conocimiento sobre la lactancia materna no se asocia con el nivel académico de las embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

Tabla 2. Influencia de la información otorgada por el personal de salud en el conocimiento de lactancia materna

	Valor	gl	Significación asintomática (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.655a	2	0.265
Razón de verosimilitud	2.989	2	0.224
N de casos válidos	86		
A 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5.			
El recuento mínimo esperado es de 0.31			

Tabla 2. En esta tabla se presenta el resultado de la prueba no paramétrica de chi cuadrado la cual se realizó con el programa estadístico SPSS versión 20.0, en la cual se puede observar que nos da una significación asintótica de 0.265, siendo este valor mayor a 0.05, por lo tanto, se puede decir que debido a este valor obtenido se rechaza la hipótesis: H: El conocimiento sobre la lactancia materna se asocia con la información proporcionada por el personal de salud a las embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, la cual era: H0: El conocimiento sobre la lactancia materna no se asocia con la información proporcionada por el personal de salud a las embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

Tabla 3. Influencia de la edad en el conocimiento de lactancia materna

	Valor	gl	Significación asintomática (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.088a	4	0.088
Razón de verosimilitud	9.565	4	0.048
N de casos válidos	86		

A 4 casillas (44.4%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es de 0.14

Tabla 3. En esta tabla se presenta el resultado de la prueba no paramétrica de chi cuadrado la cual se realizó con el programa estadístico SPSS versión 26, en la cual se puede observar que nos da una significación asintótica de 0.088, siendo este valor mayor a 0.05, por lo tanto, se puede decir que debido a este valor obtenido se rechaza la hipótesis la cual era: H: La edad es un factor determinante para el conocimiento de lactancia materna en las embarazadas que asisten a sus controles en la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, la cual era: H0: La edad no es un factor determinante para el conocimiento de lactancia materna en las embarazadas que asisten a sus controles en la UCSF Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

C. Discusión de resultados

Tras el análisis de resultados de los Factores socioculturales que influyen en el conocimiento de Lactancia Materna en embarazadas que asisten a UCSF - E Díaz del Pinal, se abordó como primer punto la edad predominante en la población entrevistada, 86 mujeres rondando 18 a 40 años de edad, prevaleciendo los 21 años, representando el 15% de la población total. Se tomó en consideración la edad media de dicho grupo de mujeres, siendo esta de 26 años de edad, es decir que en promedio la mayoría de las embarazadas que asisten a la UCSF-E Díaz del Pinal consta de mujeres menores de 30 años, dato que se puede comparar con un estudio realizado en Toluca, México en el año 2017, titulado “Conocimientos y factores sobre lactancia materna en mujeres durante el periodo de puerperio”, en donde la autora Alonso S., tomó en cuenta a mujeres en periodo de puerperio entre las edades de 15 a 36 años, con una muestra de 76 mujeres que tuvieron control prenatal y que fue atendido su parto en el Hospital Municipal “Hermenegildo Galeana”, y que al igual que el presente trabajo de investigación, contaban con edad promedio de 26 años de edad. Estos datos permiten coincidir que independientemente que la mujer este en etapa de embarazo o puerperio, la edad en que la mayoría de estas está actualmente teniendo hijos y que asisten a un centro de salud son mujeres de 26 años de edad.

De manera semejante, se encontró que el nivel educativo de las mujeres embarazadas encuestadas era en 44% escolaridad entre 6° y 9° grado (secundaria), seguido por bachillerato con 38%, Alonso S. presenta en su estudio que el 51% de las mujeres en etapa de puerperio habían alcanzado a la fecha una educación secundaria, seguido de preparatoria (bachillerato) con 24%.

Alonso S. afirma que, del total de participantes en su estudio, el 78% de las mujeres si recibió capacitación en lactancia materna durante su embarazo, por parte del

personal, dato que es de gran relevancia al compararlo con los datos obtenidos a este trabajo de investigación, ya que se reveló que de las 86 mujeres que fueron encuestadas, únicamente el 31% afirma que alguna vez ha recibido algún tipo de orientación en lactancia materna por parte del personal de salud del establecimiento, lo cual significa un incumplimiento con la iniciativa USANYM, en especial con el sexto paso “Promover durante los controles prenatales en la gestante a que inicie la lactancia materna en la primera media hora de nacido y que el bebé permanezca junto a ella de día y de noche.”

A pesar de lo anterior, se descubrió que el 58% de las participantes cuentan con un alto conocimiento en cuanto a lactancia materna, independientemente de si estas han recibido o no información sobre el tema directamente por el personal de salud, a diferencia del estudio realizado en México, el cual únicamente el 40% de sus participantes tienen un nivel alto de conocimientos en la materia. Cabe mencionar que a pesar de tan buen porcentaje de mujeres con conocimiento medio (40%) y alto (58%) sobre lactancia materna, el 71% desconocía el verdadero concepto de calostro, ya sea porque respondieron de manera incorrecta o directamente manifestaban que desconocían la palabra y su significado.

Es importante destacar que más del 65% de las mujeres encuestadas responden que creen como un hecho verdadero que “la madre no puede comer ciertos alimentos durante la lactancia materna”, “si la madre está enojada o asustada no debe dar de lactar” y “si las madres están embarazadas de otro bebé deben dejar de amamantar”, siendo estos los mitos con mayor prevalencia y arraigo en el desconocimiento de lactancia materna en las mujeres, creencias que influyen negativamente en la práctica de lactancia materna, ya sea porque hará que no se brinde lactancia de manera exclusiva los primeros 6 meses de vida, que su duración sea más corta o que prefieran brindar sucedáneos de leche materna sean estos o no adecuados para la edad de los bebés, como por ejemplo leche de vaca a los 3 meses de vida.

Los datos obtenidos del estudio relacionado a la investigación, no mostró una diferencia significativa en cuanto a la edad y escolaridad de la población de interés, más no así en el nivel de conocimiento de lactancia, recibir o no información por parte del personal de salud.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede decir que no existe relación entre los factores edad y la información proporcionada por el personal de salud en el conocimiento acerca de lactancia materna en embarazadas que asisten a la UCSF E Díaz del Pinal, mas no así el nivel educativo, el cual resultó ser un factor determinante para el conocimiento de lactancia materna.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

1. Se observó un alto nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las mujeres embarazadas que asistieron a sus controles en la UCSF Dr. Díaz del Pinal, Santa Tecla, lo cual demuestra que los factores socioculturales influyeron positivamente en el conocimiento de las participantes.
2. Se observó una creencia intermedia de mitos y creencias sobre lactancia materna, por lo que sí pueden influir como un factor sociocultural en la decisión de no brindar lactancia materna.
3. Existe una asociación entre el grado de escolaridad con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las mujeres embarazadas que asistieron a sus controles en la UCSF Dr. Díaz del Pinal, Santa Tecla, ya que, a mayor grado de escolaridad, mayor fue el nivel de conocimiento encontrado, ya que la educación es uno de los factores que más influye en el avance y progreso de personas y sociedades.
4. No existe asociación entre el conocimiento sobre lactancia materna previamente brindado por el personal de salud que labora en la UCSF Dr. Díaz del Pinal, con el nivel de conocimiento encontrado en las participantes del estudio.
5. No existe una asociación entre la edad de las mujeres embarazadas que asistieron a sus controles en la UCSF Dr. Díaz del Pinal, Santa Tecla con respecto al nivel de conocimientos sobre lactancia materna.

6. De acuerdo con los resultados obtenidos, se observó que la mayoría de embarazadas encuestadas son conscientes que la lactancia materna debe iniciar en la primera hora de vida del bebé.

7. Conservar y extraer leche humana es un beneficio madre-hijo que todas las mujeres deberían implementar en su etapa de lactancia, conocer y ejercer los métodos de conservación y extracción contribuye a que exista una lactancia materna mucho más prolongada.

8. Alimentar con calostro los primeros días de vida es de las prácticas más beneficiosas que existen para la salud y estado nutricional de los bebés ya que es considerado como “su primera inmunidad” y la desinformación de las madres influye de manera negativa en esta decisión.

B. Recomendaciones

Al finalizar la presente investigación cuyo objetivo básico era evaluar la influencia de factores socioculturales en el conocimiento sobre lactancia materna y sus beneficios en las mujeres embarazadas que asistieron a sus controles en la UCSF Dr. Díaz del Pinal, Santa Tecla en los meses de diciembre del 2020 y enero del 2021.

Después de haber analizado y concluido con los resultados de este estudio, se ve la necesidad de realizar algunas recomendaciones con el propósito de mejorar y generar cambios positivos dirigidos a una lactancia materna exitosa:

1. Reactivación del club de embarazadas que por motivos de pandemia de COVID-19 se tuvo que suspender, pero se propone retomar esta iniciativa, teniendo en cuenta las normas de bioseguridad, ya que según el estudio realizado se pudo observar y dar a conocer que los conocimientos sobre lactancia materna son necesarios y de vital importancia para las futuras madres.

Plan estratégico para reactivación de club de embarazadas:

- Control con las medidas de bioseguridad previo al inicio de cada sesión: toma de temperatura, lavado de manos o aplicación de alcohol gel, uso de mascarilla, ubicación de sillas con distanciamiento social.
- Se recomienda realizar el club al aire libre (por ej. En el parqueo de la unidad) para evitar los espacios cerrados.
- De no ser posible la realización al aire libre, se recomienda dividir a las asistentes en 2 o 3 días (por ej. 7-10 embarazadas por sesión) para lograr un distanciamiento social mucho más efectivo en el consultorio o cuarto a realizarse.
- Evitar la entrega de refrigerios en modalidad “buffet”. Si se desea ofrecer refrigerio al finalizar la sesión, se recomienda que se entreguen

alimentos sellados, para que cada embarazada toque únicamente el suyo, y que sean entregados para llevar a manera de evitar que se quiten la mascarilla durante la sesión.

- Evitar el contacto físico, no despedirse de abrazo o con apretones de mano.
2. Fortalecer los programas de educación alimentaria nutricional enfocados en la promoción, protección y apoyo a la lactancia con el fin de desmentir mitos y creencias que influyen como factores socioculturales en madres lactantes y mujeres embarazadas.
 3. Realizar charlas educativas por parte del personal de salud, enfocadas a reforzar los conocimientos sobre lactancia materna y socializar los innumerables beneficios que proporciona para las niñas y niños al igual que para las madres lactantes.
 4. Creación de talleres sobre lactancia materna por parte del personal de salud, dirigidos a embarazadas principalmente, capacitándolas y mostrándoles de una forma práctica los conocimientos necesarios para lograr una lactancia materna exitosa.
 5. Se recomienda al personal de salud, crear una manera estratégica como murales informativos, materiales didácticos o ferias internas dentro de los establecimientos de salud para asegurar una correcta consejería u orientación integral que apoye y promueva la lactancia materna exclusiva.

6. Brindar charlas educativos o videos por parte del personal de salud para dar un asesoramiento completo a mujeres embarazadas específicamente en temas de extracción y conservación de leche humana para así evitar el uso de cualquier tipo de fórmula o sucedáneo que perjudique una lactancia materna exitosa.

7. Informar a las madres, por medio de clubes, charlas, videos o material educativo, de los beneficios que aporta el calostro, así como los diferentes tipos y nutrientes que aporta la leche materna. La desinformación de las madres influye de manera negativa en la decisión de dar lactancia materna, por tanto, es papel del personal de salud educar a las madres en cuanto a todos los beneficios que la leche humana puede ofrecer.

FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS

1. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. [Internet]. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS. 1989 [acceso el 9 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41246>
2. Organización Mundial de la Salud. Nutrition Global data bank on breastfeeding. [Internet]. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS, 2003 [acceso el 14 de agosto de 2020]
3. Ministerio de Salud. Avances de El Salvador en lactancia materna. [Internet]. El Salvador: Ministerio de Salud; 2018 [citado: 14 de agosto de 2020]. URL disponible en: <https://www.salud.gob.sv/31-01-2018-avances-de-el-salvador-en-lactancia-materna/>
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna. [Internet]. Estados Unidos: UNICEF. 2014 [Citado: 15 de agosto de 2020] Disponible en: <https://.unicef.org/spanish/nutrition/index.24824.html>
5. Ministerio de Salud. Comisión Nacional de Lactancia Materna. Informe de Logros en Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 2014-2019 [internet]. El Salvador: Ministerio de Salud; 2019 [citado el 22 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones-conjuntas-con-otras-instituciones/159-logros-en-lactancia-materna-2014-2019/file>
6. Blanco Noyola AJ. Invirtiendo en lactancia materna en 2019 [Internet]. El Salvador: Centro de Apoyo a la Lactancia Materna; 2019 [Citado: 22 de octubre de 2020] Disponible en: <https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2019/02/Lactancia-Materna-El-Salvador-CALMA.pdf>
7. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional Intersectorial de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 2016 – 2019 [Internet]. El Salvador: Ministerio de Salud; 2016 [Citado: 24 de octubre de 2020] Disponible en:

- http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_estrategico_lactancia_materna_2016_2019.pdf
8. Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN) Lactancia materna. [Internet] Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. 2016 [acceso el 14 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.conasan.gob.sv/lactancia-materna/>
 9. Ministerio de Salud. El Salvador alcanza el primer lugar en América Latina en Lactancia Materna. [Internet]. El Salvador: Ministerio de Salud; 2019 [acceso: 14 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/25-04-2019-el-salvador-alcanza-el-primer-lugar-en-america-latina-en-lactancia-materna/>
 10. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. [acceso el 9 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
 11. Instituto Nacional de Salud. Mortalidad en niños menores de 5 años en El Salvador: 2012 – 2016. El Salvador: Instituto Nacional de Salud; 2017. [consultado el 8 de noviembre de 2020]
 12. Ayala Ramírez MA, Oliva Oliva KL. Determinantes comportamentales y ambientales relacionados a la práctica de la lactancia materna no exclusiva en madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad usuarias de la unidad de salud Unicentro, municipio de Soyapango, departamento de San Salvador [Tesis doctoral en internet]. San Salvador: Universidad Nacional de El Salvador; 2010. [Citado el 22 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/149/3/10136043.pdf>
 13. Talayero JM. Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. Ergon, editores. Lactancia materna: guía para profesionales [Internet]. Barcelona: Monografías de la AEP; 2004. [citado el 24 de septiembre de 2020]. Capítulo A1; 7-10. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
 14. Ayela MR. Lactancia materna. España: Club Universitario; 2009.

15. Ministerio de Salud de Chile. Manual de Lactancia Materna [Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2010 [citado: 21 de septiembre de 2020] Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
16. Aguilar Cordero M. Lactancia materna [Internet] Madrid: Elsevier; 2005. [acceso el 21 de septiembre de 2020]
17. Organización Mundial de la Salud. Inicio temprano de la lactancia materna [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. [Citado: 9 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/
18. Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica. España: Asociación Española de pediatría; 2008. [Citado: 22 de septiembre de 2020]
19. Conte D. Hernández K. ¿Qué es lactancia materna exclusiva? [Internet]. Panamá: Ministerio de Salud; 2012 [citado: 10 de septiembre de 2020] 4p. Disponible en: <http://www.medicos.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%20080113/LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA.pdf>
20. Alonso López S. Conocimientos y factores sobre lactancia materna en mujeres durante el periodo de puerperio [Tesis doctoral en internet]. México. Universidad Autónoma del Estado de México; 2017. [citado el 10 de septiembre de 2020] Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/67946>
21. Organización Mundial de la Salud. Recomendación de la Organización Mundial de la Salud sobre la alimentación del lactante [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. [acceso el 10 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/#:~:text=%22Lactancia%20materna%20predominante%22%20significa%20que,lache%20extra%C3%ADda%20o%20de%20nodriza\).](https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/#:~:text=%22Lactancia%20materna%20predominante%22%20significa%20que,lache%20extra%C3%ADda%20o%20de%20nodriza).)
22. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Nutrición humana en el mundo en desarrollo [Internet]. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación; 2002 [Citado:

- 13 de septiembre de 2020]. Disponible en:
<http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s00.htm#Contents>
23. Ministerio de Salud de Panamá, Departamento de Salud Nutricional, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Documento Técnico de las Guías Alimentarias para los menores de 2 años de Panamá [Internet]. Panamá: Ministerio de Salud; 2018 [acceso: 15 de septiembre de 2020] Disponible en:
<http://www.fao.org/3/CA1014ES/ca1014es.pdf>
24. Temboury MC. Composición de la leche humana. Ergon, editores. Lactancia materna: guía para profesionales [Internet]. Barcelona: Monografías de la AEP; 2004 [citado: 24 de septiembre de 2020]. Capítulo A5; 62. Disponible en:
https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
25. Intermountain Healthcare.org. Pasteurized Human Breast Milk [Internet]. Estados Unidos: Intermountain Healthcare; 2010-2018 [Actualizado: julio 2018; citado: 24 de septiembre de 2020]. Disponible en:
<https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/Dcmnt?ncid=529729494>
26. Machado L. Nutrición pediátrica. Venezuela: Panamericana; 2009.
27. Ayala Ramírez MA, Oliva Oliva KL. Determinantes comportamentales y ambientales relacionados a la práctica de la lactancia materna no exclusiva en madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad usuarias de la unidad de salud Unicentro, municipio de Soyapango, departamento de San Salvador [Tesis doctoral en internet]. San Salvador. Universidad Nacional de El Salvador; 2010. [Citado: 22 de septiembre de 2020]. Disponible en:
<http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/149/3/10136043.pdf>
28. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La iniciativa hospital amigo de los niños: Evidencia científica de los 10 pasos y avances recientes [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. [Citado: 23 de septiembre de 2020] Disponible en:
https://www.unicef.org/republicadominicana/DOR_IHAN.pdf

29. Guerra EA. Situación de la lactancia materna en El Salvador [internet]. El Salvador: Ministerio de salud; 2004. [citado: 23 de octubre de 2020] Disponible en: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=482-2011-3-3-2-2-iniciativas-ihan-usanym&category_slug=isan&Itemid=364
30. Gómez A. Inconvenientes de la Lactancia artificial. Ergon, editores. Lactancia materna: guía para profesionales [Internet]. Barcelona: Monografías de la AEP; 2004. [citado: 24 de septiembre de 2020]. Capítulo 6; 77-80. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
31. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna [Internet]. Ginebra: OMS; 1981. [citado: 12 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/republicadominicana/Codigo Intl Comercializacion Sucedaneos Leche Materna.pdf>
32. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Preguntas frecuentes [Internet]. Ginebra: OMS; 2017. [citado: 12 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255194/WHO-NMH-NHD-17.1-spa.pdf?ua=1>
33. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación [Internet]. Ginebra: UNESCO; 2006. [citado: 21 de septiembre de 2020] Disponible en: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-1997-sp.pdf>

34. Sarriegui A. Los riesgos de la leche de fórmula y la cultura de biberón [Internet]. Europa: La Liga de la Leche de Euskadi; 2018. [citado: 21 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://laligadelaleche.eu/noticias/2944/>
35. Riaño Galán I. Duración recomendada de la lactancia materna. Ventajas e inconvenientes. Ergon, editores. Lactancia materna: guía para profesionales [Internet]. Barcelona: Monografías de la AEP; 2004 [citado: 20 de octubre de 2020]. Capítulo 7; 86-89. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
36. Argimon J, Jimenez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4a ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2013.
37. Koepsell D. Ética de la Investigación e Integridad Científica. México: Editorial CONBIOETICA; 2015.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA DE ESTUDIO:

Factores socioculturales que influyen en el conocimiento de Lactancia Materna en mujeres embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

AUTORES:

Br. Baires Sayes, Giovanni Alexander

Br. Hernández Martínez, Camila Andrea,

Br. Ortiz Chávez, Mercedes Cristabel.

TELEFONO: 77430019

CORREO ELECTRÓNICO: giosayes@gmail.com

Se me ha informado que el propósito de esta investigación es determinar los factores socioculturales que influyen en el conocimiento de las pacientes embarazadas que asistan a sus controles prenatales en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla, dicha información será empleada en la realización de la tesis de graduación de los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Nutrición y Dietética de la Universidad Evangélica de El Salvador, y podrá ser utilizada como referencia para la toma de decisiones para la elaboración de programas o campañas educativas sobre lactancia materna.

Mi participación es totalmente voluntaria y anónima y consiste en responder una serie de preguntas, redactadas en forma sencillas. También reconozco y acepto que no se tiene de por medio ningún tipo de remuneración económica

He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto cause perjuicio alguno para mi persona.

Fecha: _____

Firma del participante: _____

**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

Instrumento de recolección de datos

Objetivo: Recolectar información sobre los principales factores que influyen en los conocimientos de lactancia materna en mujeres embarazadas que asisten a sus controles en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Carlos Díaz del Pinal, Santa Tecla.

Datos generales de la madre embarazada

1. Edad de la madre: _____ años

2. Zona de residencia: Rural ___ Urbano ___

3. Estado civil: Soltera ___ Casada ___ Acompañada ___ Divorciada ___

4. ¿Sabe leer y escribir? Sí ___ No ___

5. Grado de escolaridad alcanzado:
Primaria ___ Secundaria ___ Bachillerato ___
Técnico ___ Universitario ___ Ninguno ___

6. ¿Este es su primer embarazo? Sí ___ No ___

7. Si su respuesta a la pregunta anterior es no, ¿Cuántos embarazos ha tenido incluyendo el actual? _____

Datos sobre lactancia materna

8. ¿Al cuánto tiempo después del nacimiento debe iniciar a brindar lactancia materna?

En la primera hora ____ En las primeras 6 horas ____

En las primeras 12 horas ____ Después de las primeras 24 horas ____

9. ¿Cuántas veces debe mamar un recién nacido?

Cada hora ____ Cada 2 horas ____ Cada 3 horas ____

Cada vez que el bebé lo pida ____

10. ¿Sabe usted qué es la Lactancia Materna Exclusiva?

____ Dar pecho y fórmula

____ Dar pecho y agua

____ Dar pecho y otras comidas y bebidas

____ Dar únicamente pecho

____ No sabe

11. ¿Hasta qué edad debe darle Lactancia Materna Exclusiva a su hija/o?

Sólo 1 mes ____ Entre 2 y 5 meses ____ Hasta los 6 meses ____

Hasta el año ____ No sabe ____

12. ¿Considera que debe incluir otros alimentos o líquidos desde que su hija/o nace? Sí ____ No ____

13. Si su respuesta a la pregunta anterior es no, ¿A qué edad debe de incorporar los alimentos al niño aparte de la lactancia materna? (Por ejemplo, papillas, frutas o vegetales)?

1 mes ____ 2 meses ____ 3 meses ____ 4 meses ____

5 meses ____ 6 meses ____ No sabe ____

14. ¿Considera usted que dar lactancia materna tiene ventajas o beneficios?

Sí ___ No ___

15. ¿Cuál o cuáles de los siguientes enunciados considera usted que son beneficios que posee la lactancia materna?

	Verdad	Falso
15.1 La leche materna es más barata		
15.2 Ayuda a crear lazos de amor con su hijo		
15.3 Los bebés que toman leche materna son más sanos		
15.4 La leche materna es de fácil digestión y evita el estreñimiento		
15.5 Contiene defensas que protegen al bebé contra infecciones respiratorias, gripe, asma, infecciones de oído, diarreas, alergias y otras enfermedades.		
15.6 Contiene todos los nutrientes que el bebé necesita para crecer y desarrollarse sano, fuerte e inteligente.		
15.7 Dar lactancia materna exclusiva los primeros seis meses funciona como método anticonceptivo natural		

16. ¿Cree usted que la leche materna se puede extraer y conservar?

Sí ___ No ___

17. Si su respuesta a la pregunta anterior es sí, ¿Conoce sobre los métodos de extracción, conservación y congelación de leche materna? Sí ___ No ___

18. ¿Ha oído hablar de bancos de donación de leche materna? Sí ___ No ___

19. ¿Sabe usted qué es el Calostro?

- Así se le llama a la bajada de la leche
- Leche que sale del pecho los primeros 7 días después de parto
- Es el peor alimento que sale del pecho y no hay que darlo
- No sabe

20. ¿Cuál de las siguientes dichos y creencias populares sobre la lactancia materna cree usted que son ciertas?

	Verdad	Falso
20.1 No todas las mujeres pueden producir leche en cantidad suficiente y de buena calidad.		
20.2 Las mujeres con pechos pequeños no pueden amantar o es poca su producción de leche.		
20.3 La madre no puede comer ciertos alimentos durante la lactancia materna.		
20.4 Si la madre está enojada o asustada no debe dar de lactar.		
20.5 Si el clima está muy caluroso es mejor darles agua a los bebés		
20.6 Si las madres están embarazadas de otro bebé deben dejar de amamantar.		
20.7 Dar de mamar arruina los pechos		
20.8 Cuando el bebé está enfermo debe suspenderse la lactancia materna		
20.9 No se puede dar lactancia materna mientras se toman medicamentos o con gripe.		

21. ¿Ha recibido usted alguna charla o le han hablado de lactancia materna por parte del personal que labora en la unidad de salud donde asiste a sus controles de embarazo? Sí No