

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.



**Tesis para optar al Título de Doctor(a) en Medicina y
Cirugía General**

Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a Lactancia Materna en
mujeres de 15 a 45 años que asisten al Puesto de Salud San Sebastián
Managua, Noviembre a Diciembre 2015

AUTORES:

Br. Ana Junnieth Rayo García
Br. Juan Carlos Arrieta Estrada

TUTOR:

Wilbert Daniel López Toruño Md, MSc
Profesor Titular Facultad de Ciencias Médicas
UNAN Managua

MANAGUA, NICARAGUA

DEDICATORIA

A Dios, por ser el principio y el fin de todo cuanto existe, por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotros en cada paso que dimos, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A nuestras familias, por querernos mucho, por creer en nosotros y porque siempre nos apoyaron. Por su esfuerzo en concedernos la oportunidad de estudiar y por su constante apoyo a lo largo de la carrera.

A nuestros profesores, por haber compartido con nosotros el aprendizaje en esta etapa de formación personal, académica y profesional.

AGRADECIMIENTO

Dios... Porque a pesar de que muchas veces puse mis intereses por encima de ti nunca me faltaste y aunque no soy tu hija más devota, en ti confío. Siempre me has ayudado a seguir adelante y por ti aún no pierdo la esperanza, sé que todos pueden decepcionarme menos Tú y reconozco que sin ti no hubiese podido ser lo que soy. Muchas Gracias.

A **mis madres Leonor e Ivania**, ellas han sido sin duda uno de los principales precursores de este logro, nunca se desesperaron y siempre hicieron lo imposible para que yo pudiera seguir con mis estudios, creyeron que podía y siempre se preocuparon por lo que estaba haciendo, eso me mantuvo firme las veces que pude tambalearme. Gracias por mantener siempre su creatividad y dedicación que me sacaron a camino muchas veces y su incondicional comprensión siempre se impuso, a pesar de todo siempre me apoyaron. Muchas veces no me doy cuenta y paso por alto los esfuerzos, pero es que si les agradeciera todo lo que hacen por mí no terminaría nunca.

A **mis docentes...** gracias porque nunca dudaron de mí capacidad y siempre me incentivaron a seguir adelante, por sus consejos y por su forma tan especial de hacerme sentir bien en las peores circunstancias.

A mi tutor **Dr. Wilbert López** ya que durante este tiempo, bueno y malos momentos ayudó a fortalecer mi carácter, me brindó una perspectiva de la vida mucho más amplia y me ha enseñado a ser más cautelosa pero sin dejar de ser auténtica. Gracias por su paciencia.

AGRADECIMIENTO

Primeramente a **Dios** por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud, ser el manantial de vida y darme lo necesario para seguir.

A mi **madre Fátima Estrada** gracias por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona adelante día a día para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y de bien, pero más que nada, por su amor, por los ejemplos de perseverancia y constancia que te caracterizan y que me ha infundido siempre.

A mi familia, Por ser más de lo que les pedí y de lo que en algunas ocasiones no lo merecía. Por dar más de lo que necesité. Por brindarme todo lo que me hizo falta antes de que lo notara, antes de que lo pidiera. Por valerse de sus experiencias para enseñarme el valor de prever. Por tener la paciencia que tantas veces he necesitado. Les agradezco principalmente por haberme dejado ser, porque estoy orgulloso de quien soy. Por velar por mí. Junto a ustedes aprendí que soy justo lo que siempre he querido ser.

A mi mimi María Teresa Calderón, por apoyarme en los momentos en que me mantuve inmutable. Por respetar mi persona y abrir paso a mis decisiones. Por confiar en mi sentido común y ayudarme. Por "ver" a través de mí mejor que muchos. Por ser un modelo ejemplar de madre. Junto a ti aprendí que amar es suficiente. Por entender mi carácter y enseñarme a moldearlo. Por instruir mi lógica respetando mis propósitos y atribuciones. Por darle siempre un lugar importante a las cosas que quiero que para muchos otros no son prioridad. Por ser un ejemplo de fortaleza, valor y coraje. Junto a ti aprendí que la fortaleza te la da la intención. **A mi hermana**, Por darle sentido a todas las experiencias que he vivido, malas y buenas, al dejarme instruirte con lo poco que sé de la vida que llevas y de lo que esperas de ella.

**“Si existiese una vacuna con los beneficios de la lactancia materna,
los padres pagarían lo que fuera por comprarla”**

Carlos González, pediatra autor del libro “Un regalo para toda la vida”.

OPINIÓN DEL TUTOR

Desde que existe la humanidad la leche materna ha constituido la principal fuente de alimento para el niño pequeño. Es un acto fisiológico, instintivo, herencia natural adaptativa de los mamíferos de cada especie, esta contiene las necesidades requeridas para los seres humanos e incluso se ha demostrado que los niños sanos alimentados exclusivamente con pecho no necesitan agua extra.

La lactancia materna es la primera experiencia y uno de los importantes derechos que tienen los bebés cuando nacen, según la Convención Internacional por los Derechos del Niño. Porque a través de la lactancia materna exclusiva la madre no sólo transmite a su hijo emociones, fortaleciendo el bienestar emocional del binomio madre e hijo, sino que también asegura el consumo adecuado de requerimientos nutricionales necesarios para mantener su metabolismo, crecimiento y desarrollo normal.

Se recomienda que la mejor alimentación para el recién nacido es la lactancia materna exclusiva, durante los primeros seis meses de vida y luego se debe continuar con el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los dos años de edad o más. Aportando de esta manera beneficios a la familia porque la lactancia materna además de ser el mejor alimento, no tiene costo alguno y permite un ahorro en la economía familiar con respecto a los gastos que producen las leches artificiales en el hogar.

El siguiente trabajo **“Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a Lactancia Materna en mujeres de 15 a 45 años que asisten al Puesto de Salud San Sebastián Managua, Noviembre a Diciembre 2015”** nos ofrece una información valiosa para aquellos que reconocemos a la lactancia materna como un punto de unión único y especial después del parto.

Wilbert Daniel López Toruño Md, MSc
Profesor Titular Facultad de Ciencias Médicas
UNAN Managua

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo evaluar el nivel de Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a Lactancia Materna en mujeres de 15 a 45 años que asisten al Puesto de Salud San Sebastián Managua, Noviembre a Diciembre 2015.

Para lo que se implementó un estudio descriptivo, transversal, tipo CAP; la muestra se tomó en binomio (madre con su hijo). Las variables utilizadas fueron factores sociodemográficos, conocimientos sobre lactancia materna, actitudes frente a la lactancia materna y prácticas de riesgo de lactancia materna.

La fuente de información fue primaria, mediante aplicación de encuestas a madres. El análisis de información se realizó a través de Epi-info versión 3.5.1 para Windows se diseñaron tablas y gráficos para presentar los resultados con el correspondiente análisis e interpretación del mismo.

En relación a los resultados de nuestro estudio el grupo etáreo que prevaleció y que obtuvieron un Buen Nivel de Conocimiento, con buenas prácticas fue el de 15 a 19 años, un 34.4% eran urbana, un 44.7 % eran Unión Estable, un 59.3% habían alcanzado Secundaria, y el 63.3% eran Amas de casas, 53% son procedentes del barrio San Sebastián.

En Conclusión nuestra población en estudio obtuvo un buen nivel de conocimiento, y buenas prácticas en Lactancia Materna. Por lo que recomendamos fomentar capacitaciones continuas a todos los trabajadores de la salud así como parteras, brigadistas, colaboradores voluntarios (ColVol) y líderes comunitarios con el fin de mantener la promoción sobre lactancia materna en las unidades de salud en pro del bienestar del binomio madre-hijo.

De igual manera formar fortalecer los 10 pasos de la Lactancia Materna Exitosa y Realizar feria y semana de la Lactancia Materna a través de Presentación de videos y realización de murales y charlas alusivas a la Lactancia Materna exclusiva en las salas de espera de las Unidades de Salud.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
ANTECEDENTES	10
JUSTIFICACIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVOS	14
MARCO TEÓRICO.....	15
MATERIAL Y MÉTODO	51
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	60
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS.....	67

INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna desempeña una función importante en la salud de la población infantil. Es el único alimento exclusivo imprescindible durante los primeros 6 meses de vida y complementarios hasta los 2 años de edad. La lactancia materna otorga la protección inmunológica y satisface las necesidades nutricionales de los bebés, esta manera se logra el desarrollo óptimo del niño fortaleciendo el vínculo materno-fetal y disminuyendo la morbilidad de niños y niñas, inigualable con leches artificiales. (Castillo Belén JR, 2009)

Fue por esta razón que en 1999 se aprueba la ley No. 295 Ley de la Promoción, Protección y Mantenimiento de la Leche Materna y Regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna. (UNICEF, 1999)

Actualmente a nivel nacional se ha incrementado la promoción de la lactancia materna a través de campañas, ferias y actividades relacionadas con el tema, cuyo objetivo es fomentar la lactancia materna y así disminuir los casos de enfermedades inmunoprevenibles y desnutrición; sin embargo aún hay muchas madres que se niegan a dar lactancia materna por muchas razones que en su mayoría se relacionan a falta de conocimientos teóricos prácticos de los beneficios de la lactancia materna de una forma exclusiva, ante esta problema de una inadecuada practica y el abandono precoz de la lactancia surge la necesidad de identificar el nivel de conocimientos y factores que limitan a las madres a adoptar una buena práctica, de esta manera lograremos corregir sus errores y mejorar la forma de brindar información cambiando su actitud y creando conciencia de lo importante que es brindar la lactancia materna y así poder prevenir enfermedades y desnutrición.

En el presente estudio investigativo se pretende identificar el nivel de Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a Lactancia Materna en mujeres de 15 a 45 años que asisten al Puesto de Salud San Sebastián Managua, Noviembre a Diciembre 2015.

ANTECEDENTES

A nivel internacional en América Latina y el Caribe solo el 40% de los niños y niñas reciben lactancia materna exclusiva durante 6 meses. En Ecuador un 40% de los lactantes reciben leche materna exclusiva, se iguala Cuba con la misma cifra, estadísticas presentadas en 2008 por UNICEF. Los que peores cifras presentan son El Salvador, Panamá y Nicaragua con el 24, 25 y 31 % respectivamente en brindar lactancia materna exclusiva por 6 meses. Se destacan Bolivia con 54% y Chile con el 63% las cuales tienen los porcentajes más altos en Latinoamérica. (UNICEF/OMS/OPS, 2013)

En América Latina más de 500,000 muertes anuales se dan en niños menores de 5 años por enfermedades infecciosas intestinales, el riesgo de morir asociado con la alimentación con fórmulas es 14 veces mayor que en la alimentación natural. El biberón ha sido uno de los factores determinantes del abandono de la lactancia materna, sumando las practicas hospitalarias inadecuadas con la separación de madre e hijo luego del nacimiento y la falta de información de los trabajadores de la salud, publicidad masiva a favor de las fórmulas de leches y el aumento de las mujeres que trabajan, así como la inexperiencia de una mujer ante un embarazo. (Soldán, 2012)

El problema sobre la alimentación de lactantes y niños ha llegado a causar problemas de abandono de la lactancia materna es que la población tiene mala publicidad y abundante promoción de fórmulas. Por lo consiguiente se creó el que reglamento la comercialización de sucedáneos de la leche materna," Código Internacional de sucedáneos de la leche materna" que regularía las prácticas de comercialización de alimentos para niños. (Castillo Belén JR, 2009)

A nivel Nacional en 2015 se realizó un estudio “"Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva que poseen las puérperas adolescentes atendidas en el hospital primario Jacinto Hernández” concluyeron que hay resultados deficientes en cuanto a la lactancia exclusiva. (Jesling Gutiérrez, 2015)

En el año 2013 en el municipio de Managua en Hospital Alemán Nicaragüense se realizó un estudio de los Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna que poseen las madres de recién nacidos ingresados en neonatología el cual concluyo que los conocimientos de lactancia materna no eran satisfactorios, sin embargo, mostraron actitudes positivas hacia la lactancia materna. Así mismo presentaron deficiencia en las prácticas de extracción manual de leche materna en especial, así como la forma de administración de la misma. (Deboraha Espinoza, 2013)

En el Hospital Bertha Calderón Roque durante el 2009, se identificó que las madres adolescentes tenían deficientes conocimientos acerca de los beneficios de la leche materna, así como del tiempo y la frecuencia en que se debe dar la lactancia materna. (Carrasco Ariel, 2009)

JUSTIFICACIÓN

El rescate de la lactancia materna es una responsabilidad no solamente del sector salud sino también de todo el sector social, tanto de sus instituciones como de la misma sociedad civil, para que con el esfuerzo de todos logremos alcanzar una generación más segura, sana e inteligente. Sabemos que el personal de salud es el mejor y el recurso más seguro, por su interrelación con la población, que puede ayudar a rescatar la práctica exitosa de la lactancia materna.

Los centros de atención primaria son el principal punto de contacto de la población con los sistemas de salud, luego de la atención del parto, dado que es el primer nivel de atención de salud debido a los programas de salud que el Ministerio de Salud ha implementado.

La presente investigación pretende obtener una línea base a cerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna en el Puesto de Salud San Sebastián y que permita ser de referencia científica o bibliográfica para futuras estrategias de intervención, actualización a normativas o mejora de programas sociales a nivel del gobierno.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua la desnutrición infantil y muchas otras patologías van en aumento como enfermedades propias de la infancia que son prevenibles con un sistema inmuno competente, la lactancia materna exclusiva brinda ese apoyo inmunológico y de todos los nutrientes necesarios de acuerdo a las necesidades del bebé; a pesar del esfuerzo que se hace en las campañas de promoción de la lactancia materna exclusiva y complementaria se encuentra con el problema de que las madres prefieren dar lactancia artificial por alguna causa ignorando los beneficios que esta ofrece.

Por lo tanto se hace la siguiente pregunta

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación a Lactancia Materna en mujeres de 15 a 45 años que asisten al Puesto de Salud San Sebastián Managua, Noviembre a Diciembre del año 2015?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a Lactancia Materna en mujeres de 15 a 45 años que asisten al Puesto de Salud San Sebastián Managua, Noviembre a Diciembre 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las características sociodemográficas de las mujeres en estudio.
2. Valorar el nivel de conocimiento referente a lactancia materna que poseen las mujeres estudiadas.
3. Identificar el nivel de las actitudes de las mujeres estudiadas con respecto a lactancia materna.
4. Evaluar las prácticas de riesgo Lactancia materna de las mujeres en estudio.

MARCO TEÓRICO

La Lactancia Materna es un acto fisiológico, propio de los mamíferos, consiste en que un bebe se alimenta de la leche de su madre. Esta leche es considerada como la mejor y la más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros 6 meses de vida, amamantar es una forma natural de alimentación de la especie humana. (Ministerio de salud, 2010)

El hablar de lactancia materna exclusiva es ofrecer al bebe únicamente pecho materno durante los primeros meses de vida sin adición de otro alimento o bebida (incluyendo agua). Otro término es la Lactancia Materna parcial en la cual se amamanta al bebé algunas veces y las otras se la da alimentos artificiales, ya sea leche o cereales u otro tipo de alimento.

La leche materna es un líquido cambiante el cual se adecua a las necesidades del lactante. Al comienzo de la mamada la leche materna es acuosa baja en grasas y alta en azúcares y al final de la toma es más rica en grasas; por lo que sacia más al lactante, siendo ninguna fórmula comercial igual a la leche materna. (Ministerio de salud, 2010)

Anatomía de la glándula mamaria

La glándula mamaria se encuentra localizada en la pared torácica anterior entre la segunda y la sexta costilla. Su tamaño y forma varía según las características individuales, genéticas y raciales y, en la misma mujer, de acuerdo a la edad y la paridad. (MINSa, 2010)

Estructura Externa de la glándula mamaria

Aproximadamente en el centro de la mama se encuentra el pezón. Su forma y tamaño varía entre las mujeres pudiendo ser pequeño, grande, plano, umbilicado o invertido.

La base del pezón está rodeada por una zona oscura denominada areola. Esta contiene fibras de tejido conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. La areola, contiene numerosas glándulas sebáceas denominadas "**Glándulas o Tubérculos de Montgomery**" las que se pueden apreciar

claramente como poros levantados y se les atribuye la lubricación y odorización de la mama.

En la parte interna, se identifican las siguientes estructuras principales:

Tejido glandular:

Dentro de él se produce la leche, obedeciendo las órdenes provenientes del cerebro, el cual responde a los reflejos estimulados mediante la succión y facilitados por un ambiente adecuado. La glándula mamaria está formada por un conjunto más o menos regular de 15 a 20 racimos glandulares denominados lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto que lleva la leche hasta la punta del pezón. (MINSA, 2010)

Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y éstos a su vez están formados por 10 a 100 acinos o alvéolos. Cada acino está formado por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tanto los acinos como los conductos excretores están rodeados de células mioepiteliales y vasos sanguíneos de pequeño calibre (capilares), de gran importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

Conductos:

Transportan la leche desde el sitio de la producción, en el tejido glandular, hasta el sitio de almacenamiento (senos lactíferos).

Senos Lactíferos:

Se forman por el ensanchamiento de los conductos provenientes de los acinos o alveolos y están situados por debajo de la areola. Deben ser estimulados mediante una succión adecuada, para que la leche pueda ser extraída y, debido a su relación con la areola, es importante que cuando el (la) niño (a) se acople a la mama su boca abarque toda o gran parte de ella.

Estructura interna de la glándula mamaria.

Grasa y tejido de soporte:

La mama está sujeta al cuerpo por medio de una serie de ligamentos (ligamentos de Cooper), los que están entrelazados con tejido graso, siendo éste último el que determina el tamaño de las mamas.

Durante el proceso de la lactancia, los ligamentos adquieren especial importancia ya que se ven obligados a sostener "mayor carga", y por lo tanto pueden distenderse. Por esta razón es importante aconsejar a la madre que vacíe frecuentemente sus pechos y utilice un brassier adecuado.

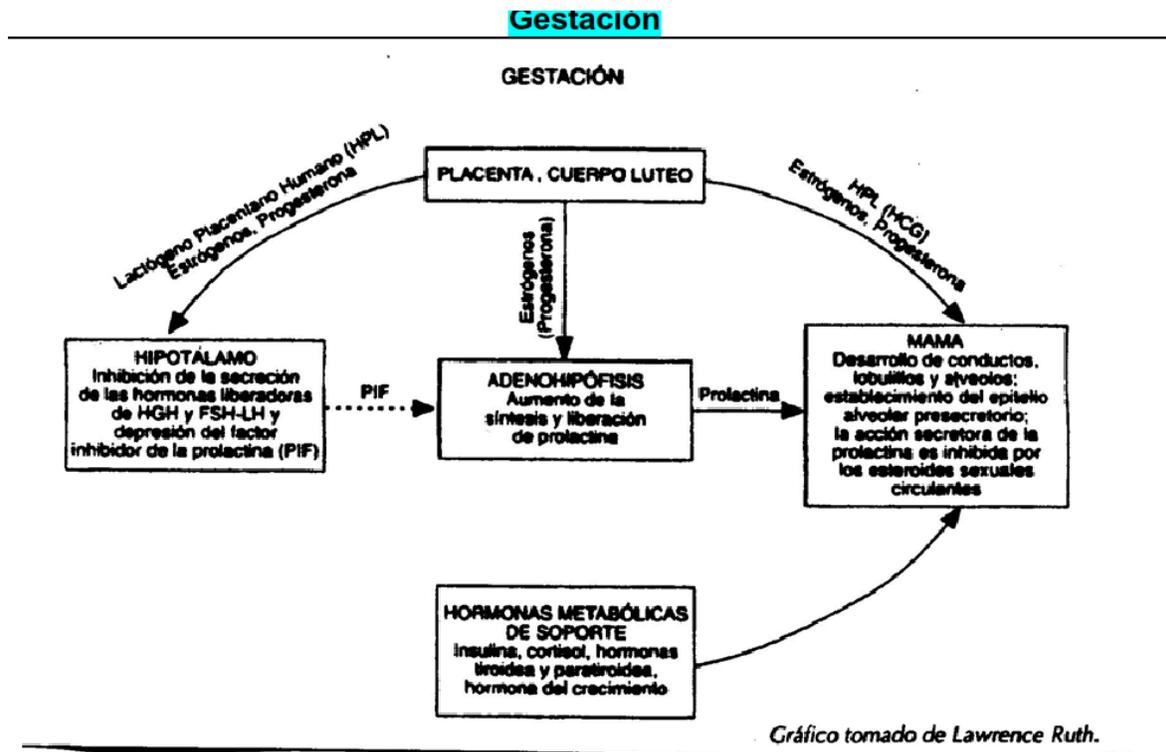
Nervios, vasos sanguíneos y vasos linfáticos: En la punta del pezón existen unos nervios sensitivos, al igual que alrededor de los conductos galactóforos. Cuando el niño estimula adecuadamente (mediante la succión) estas terminaciones se produce la erección del pezón y se desencadena el mecanismo reflejo de la hipófisis que controla los procesos de secreción y eyección de la leche.

Alrededor de los alvéolos, hay una red de vasos capilares encargados de suministrar a las células productoras de leche los nutrientes necesarios para la síntesis láctea.

Fisiología de la producción de leche

Durante el embarazo ocurren una serie de cambios hormonales que permiten a la mujer prepararse para la lactancia. Entre estos podemos mencionar:

- **Las hormonas luteales y placentarias;** producen un aumento en el número de conductos y lobulillos.
- **Los estrógenos;** estimulan la proliferación del sistema ductal (conductos).
- La Progesterona; incrementa el tamaño de los lóbulos, lobulillos y alvéolos.
- La Prolactina, cuya producción es inducida por los estrógenos, es indispensable para el desarrollo completo de los conductos y lobulillos.



La leche se produce como resultado de la acción de hormonas y reflejos. Cuando el (la) niño (a) empieza a succionar, comienzan a actuar dos reflejos el de producción y el desecreción de la leche.

Regulación de la producción de leche:

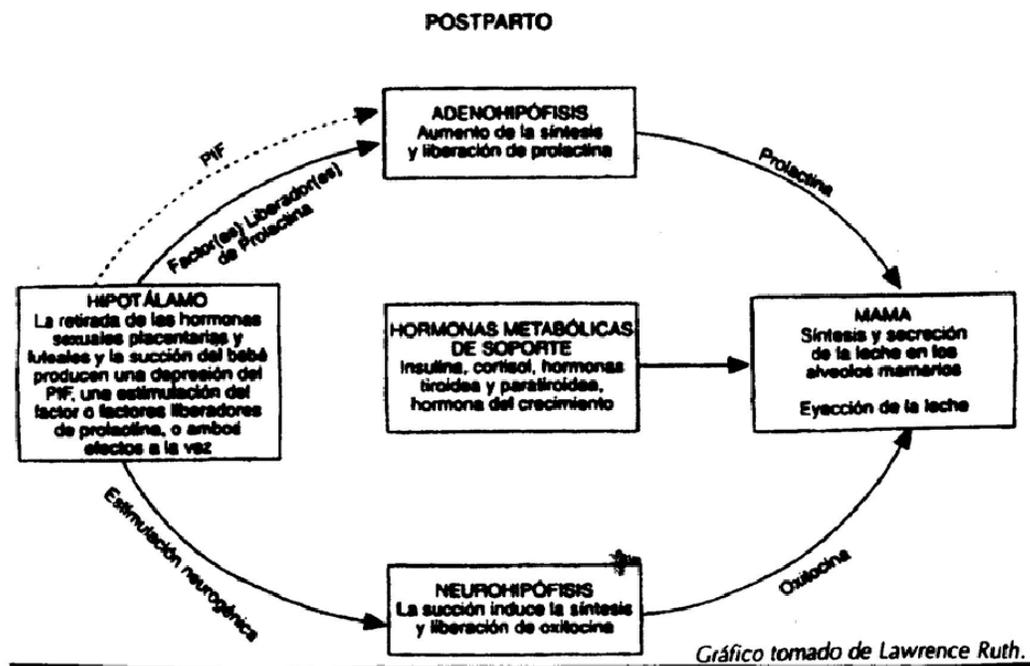
Lactogénesis

La iniciación de la lactancia o lactogénesis puede ser dividida en tres etapas:

Etapa I: Se inicia durante el embarazo con el desarrollo de la capacidad para secretar leche.

Etapa II: Se da con el inicio de la secreción copiosa de leche, lo que ocurre entre el segundo al quinto día post – parto. Esta etapa depende de tres factores; el desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo, mantención de niveles de prolactina y caída de los esteroides sexuales especialmente de la progesterona.

Etapa III: Se da con el proceso de maduración que ocurre después del quinto día post – parto. (MINSA, 2010)



Lactopoyesis

Si bien la prolactina es la hormona desencadenante principal de la secreción láctea, no puede mantenerla sin la intervención de un conjunto de hormonas (somatotrofina, tiroxina, corticoides, ACTH) y factores nerviosos (sistema hipófiso-hipotalámico, oxitocina, que tienen como punto de partida el reflejo de succión).

Se ha evidenciado que la demanda del niño es el principal regulador de la cantidad de leche producida, los otros factores como la nutrición, edad, composición corporal y paridad de la mujer solamente juegan un rol secundario. El mantenimiento de la lactancia se basa en que el vaciamiento continuo de la glándula aumenta su actividad secretora, lo que desencadena un círculo automático.

La succión es un estímulo poderoso para la síntesis y secreción de prolactina, la que es necesaria para la secreción láctea. Hasta los cinco días post – parto el proceso es regulado por cambios en los niveles plasmáticos de hormonas presentes al final del embarazo y después la mantención del proceso de lactancia depende de la salida de la leche de la mama. (MINSA, 2010)

Existe una creciente evidencia de que un factor proteico presente en la misma leche inhibe la producción láctea y se prevé que está asociado a la leche residual dentro de la mama, por lo que si se aumenta la frecuencia del amamantamiento y la salida de la leche es más completa, el factor se removerá con la leche residual y desaparecerá la inhibición.

Por lo tanto la salida de la leche es clave para mejorar la producción láctea.

Eyección láctea

Constituye la expulsión de la secreción láctea que se produce por la contracción de las células musculares o micro epiteliales de los alvéolos y conductos galactóforos. El fenómeno parece estar gobernado por la oxitocina, segregada por un mecanismo reflejo que parte del pezón durante la succión. Así pues, la leche humana se produce como resultado de la acción de distintas hormonas y reflejos. Cuando el niño empieza a succionar, comienzan a actuar el reflejo de producción-secreción de leche o reflejo de prolactina y el reflejo de eyección o de oxitocina. Estos reflejos permiten que la leche se produzca y salga en la cantidad adecuada en el momento que se necesita.

Composición de la leche humana madura

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas. (MINSa, 2010)

Agua

La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.

Proteínas

Entre los mamíferos, la leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml). Sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño.

La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero.

La caseína está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio.

Las proteínas del suero son entre otras: alfa-lactoalbúmina (de alto valor biológico para el niño), seroalbúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas y prostaglandinas.

Las inmunoglobulinas de la leche materna son diferentes a las del plasma, tanto en calidad como en concentración.

- La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna.
- La IgG es la más importante del plasma y se encuentra en una cantidad 5 veces mayor que la IgA.
- La proporción de inmunoglobulinas en la leche se modifica progresivamente hasta llegar al nivel que se mantendrá en la leche madura, más o menos a los 14 días postparto.
- El calostro tiene 1740 mg/100 ml de IgA contra 43 mg/100 ml de IgG.
- La leche madura tiene 100 mg/100 ml de IgA contra 4 mg/100 ml de IgG. (Lawrence 1989).
- La IgA protege tanto a la glándula mamaria como a las mucosas del lactante en el período en que la secreción de IgA en el niño es insuficiente.
- La lactoferrina además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes
- ferropendientes (E. Coli), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño.
- La lisozima constituye un factor antimicrobiano no específico. Tiene efecto bacteriolítico contra Enterobacteriaceae y bacterias Gram positivas. Contribuye a la mantención de la flora intestinal del lactante y además tiene propiedades anti-inflamatorias

Ocho de los veinte aminoácidos presentes en la leche son esenciales y provienen del plasma de la madre. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales.

La taurina es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es necesario para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina.

Hidratos de carbono

El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa.

La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7 g/dl (cerca de 200mM).

La lactosa parece ser un nutriente específico para el primer año de vida, ya que la enzima lactasa que la metaboliza sólo se encuentra en los mamíferos infantes mientras se alimentan con leche materna. De ahí que la mayoría de las personas presentan intolerancia a la lactosa después de la infancia. En los europeos y otras poblaciones persiste la enzima lactasa en los adultos, debido aparentemente a una adaptación metabólica.

La lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino.

Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central

La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.

El crecimiento del lactobacillus es promovido por el factor bífido, un carbohidrato complejo con contenido de nitrógeno, que no está presente en los derivados de leche de vaca.

De ahí que los suplementos alimentarios dados en los primeros días de vida interfieren con este mecanismo protector.

Las grasas

La grasa es el componente más variable de la leche humana.

Las concentraciones de grasa aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto. De ahí en adelante siguen siendo relativamente estables, pero con bastantes variaciones

interindividuales tanto en el contenido total de grasa, como en la composición de los ácidos grasos.

Hay fluctuaciones diurnas, que son dependientes de la frecuencia de las mamadas. También hay una importante variación dentro de una misma mamada, siendo la leche del final de la mamada, 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Se cree que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de prematuros, ya que la leche del final tiene más calorías.

La grasa de la leche humana es secretada en glóbulos microscópicos, de 1-10 μm . La membrana globular, que recubre los lípidos no polares, como los triglicéridos y el colesterol, está compuesta de fosfolípidos complejos.

La composición de los ácidos grasos de la leche humana es relativamente estable, con un 42% de ácidos grasos saturados y 57% de poliinsaturados

Los ácidos grasos araquidónico y docosahexaenoico participan en la formación de la sustancia gris y en la mielinización de las fibras nerviosas. Se forman a partir de los ácidos linoleico y linolénico respectivamente. Estos últimos se obtienen de la dieta de la madre.

A pesar de que los ácidos linoleico y linolénico se ven afectados por la dieta de la madre y por la composición de su grasa corporal, toda leche humana es rica en estos ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga.

Vitaminas

La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre. (MINSA, 2010)

Vitaminas liposolubles

La absorción de vitaminas liposolubles en el lactante está relacionada con la variabilidad de la concentración de la grasa en la leche materna.

a) Vitamina A

La concentración de vitamina A en la leche materna es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura.

b) Vitamina K

La concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal.

Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento.

c) Vitamina E El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E.

d) Vitamina D

El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml. Esta vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz solar. Se necesita sólo una buena exposición al sol para producir suficiente vitamina D.

Se puede decir que sólo tienen riesgo de deficiencia de vitamina D las mujeres y niños que no consumen aceites marinos y que están totalmente cubiertos y no expuestos a la luz del día.

Vitaminas hidrosolubles

En estas vitaminas pueden ocurrir variaciones dependiendo de la dieta materna. Los niveles son más altos en las madres bien nutridas.

Las deficiencias de estas vitaminas en los niños son raras, aún en casos de mujeres desnutridas o vegetarianas que tienen mayor riesgo de deficiencia de vitamina B.

La concentración de vitamina B12 en la leche humana es muy baja, pero su biodisponibilidad aumenta por la presencia de un factor específico de transferencia.

Las concentraciones de niacina, ácido fólico y ácido ascórbico, son generalmente más altas que en la leche de los mamíferos rumiantes.

Las usuarias de anticonceptivos orales por largo plazo pueden presentar niveles bajos de vitamina B6 en su leche.

Aunque las madres no presentan signos, la insuficiencia de estas vitaminas en la leche puede tener consecuencias adversas para el niño. De ahí que es necesario que la madre las consuma diariamente en su dieta.

Minerales

La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna.

Los mecanismos compensatorios, como una disminución en la excreción urinaria del calcio comienzan a actuar, y sólo en casos extremos se alterarán significativamente las reservas de los tejidos propios de la madre. (Andres, 2006)

En el caso del flúor no hay evidencia de transferencia de flúor desde el plasma a la leche materna y al parecer es la mama la que inhibe este pasaje, encontrándose en la leche sólo en niveles traza.

Las concentraciones de minerales en la leche humana son más bajas que en cualquiera de los sustitutos y están mejor adaptados a los requerimientos nutricionales y capacidades metabólicas del lactante.

Hierro

La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de interacciones complejas entre los componentes de la leche y el organismo del niño: la mayor acidez del tracto gastrointestinal, la presencia de niveles apropiados de zinc y cobre, el factor de transferencia de lactoferrina, que impide que el hierro esté disponible para las bacterias intestinales,

liberándolo sólo cuando los receptores específicos se unen a la transferrina, son factores importantes para aumentar la absorción del hierro.

En los niños amamantados exclusivamente con leche materna en los primeros 6-8 meses de vida, la anemia por deficiencia de hierro es poco frecuente. Los niños amamantados por madres bien nutridas tienen suficiente hierro en sus depósitos hepáticos como para cubrir sus necesidades durante buena parte del primer año de vida. (MINSAs, 2010)

Zinc

El zinc es esencial para la estructura de las enzimas y su funcionamiento y para el crecimiento y la inmunidad celular. Las cantidades de zinc en la leche humana son pequeñas pero suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre.

La leche materna es terapéutica en caso de acrodermatitis enteropática, una enfermedad producida por deficiencia de zinc, que ocasionalmente ocurre en los niños alimentados con fórmula. (MINSAs, 2010)

Elementos traza

En general el niño alimentado al pecho presenta pocos riesgos de deficiencia o exceso de minerales traza.

Otras sustancias

Hormonas

Una lista completa de las hormonas de la leche incluiría a las ya mencionadas: oxitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas y otras como: GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que los de la sangre materna y la TRA (hormona de liberación de la tirotrópina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triiodotironina y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno. (MINSAs, 2010)

La liberación de hormonas puede estar influenciada por componentes de la leche como las betacaseomorfinas humanas, péptidos opioides que pueden afectar el sistema nervioso central neonatal.

Nucleótidos

En la leche humana, están presentes nucleótidos, que afectan la absorción de las grasas y numerosos factores de crecimiento, entre los que se incluyen el factor de crecimiento epidérmico (EGF), el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF I - II y III) y el factor de crecimiento de nervios (NGF) entre otros. (MINSAs, 2010)

Enzima

Las múltiples enzimas de la leche materna tienen diversas funciones. Algunas reflejan los cambios fisiológicos que ocurren en las mamas; otras son importantes para el desarrollo neonatal (enzimas proteolíticas, peroxidasa, lisozima, xantino-oxidasa) y otras aumentan las enzimas digestivas propias del infante (alfa-amilasa y lipasa estimulada por sales biliares). Muchas de ellas se encuentran en concentraciones más altas en el calostro que en la leche madura. La lisozima es bacteriolítica contra bacterias Gram positivas y puede proteger contra algunos virus. Hay enzimas que tienen funciones inmunológicas directas y otras que pueden actuar en forma indirecta, promoviendo la maduración celular. (MINSAs, 2010)

Otros componentes de la leche que tienen un rol inmunológico

Lactoferrina

Compete por el hierro con microorganismos dependientes del hierro, especialmente E. Coli. Es resistente a la actividad proteolítica. (MINSAs, 2010)

Lactoperoxidasa

In vitro presenta actividad contra **Streptococcus, Pseudomonas, E. coli, S. typhimurium.**

Factor bífido

Carbohidrato específico (que contiene nitrógeno), en presencia de lactosa promueve la colonización intestinal por el lactobacilo acidófilo. El bajo pH resultante en el lumen intestinal dificulta el desarrollo del **Escherichia coli** y hongos como **Candida albicans**. (MINSa, 2010)

Un pH bajo en el estómago puede ser de gran importancia para el prematuro y el recién nacido de bajo peso. Con la alimentación artificial, carente de estos factores específicos, se pueden desarrollar gérmenes patógenos en el estómago que contaminan los alimentos que llegan al intestino, aumentando el riesgo de enterocolitis necrotizante que rara vez ocurre en los niños amamantados.

Lípidos

Los ácidos grasos insaturados y monoglicéridos: in vitro han demostrado actividad contra: *S. aureus*, *virus Herpes simplex*, *Semliki Forest*, *influenza*, *dengue*, *virus Ross River*, *encefalitis japonesa B*, *virus Sindbis* y *West Nile*, *G. lamblia*, *E. histolytica*, *T.vaginalis* (MINSa, 2010)

Propiedad antialérgica de la leche materna

La IgA del calostro y de la leche madura, recubre la mucosa intestinal y previene la absorción de macromoléculas extrañas cuando el sistema inmune del niño aún es inmaduro. Las proteínas de la leche materna son específicas de la especie humana, por lo que los niños amamantados no desarrollan anticuerpos contra ellas.

Reflejos en la madre:

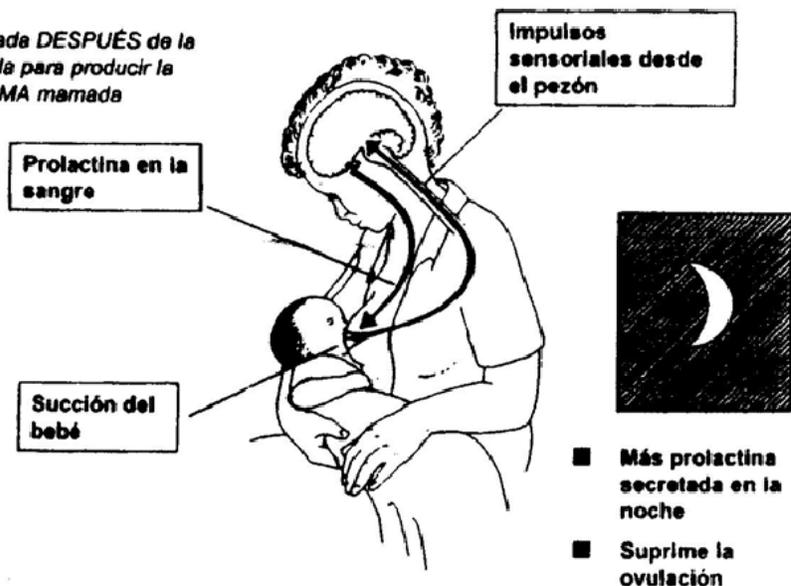
Reflejo de producción/secreción:

Está mediado por la prolactina y depende básicamente de la succión o extracción de leche. El estímulo de las terminaciones nerviosas sensitivas que se encuentran en el pezón viajan a través de los nervios (nervio vago) hacia una estructura que se encuentra en el cerebro llamada Hipotálamo, de donde parte un estímulo a la Hipófisis (glándula Pituitaria) anterior, ubicada también

en el cerebro, produciendo la liberación de la hormona Prolactina, la que actúa en los alvéolos sobre las células productoras de leche. Por lo tanto, entre más mame el niño, habrá mayor liberación de Prolactina y mayor producción y secreción de leche. (MINSA, 2010)

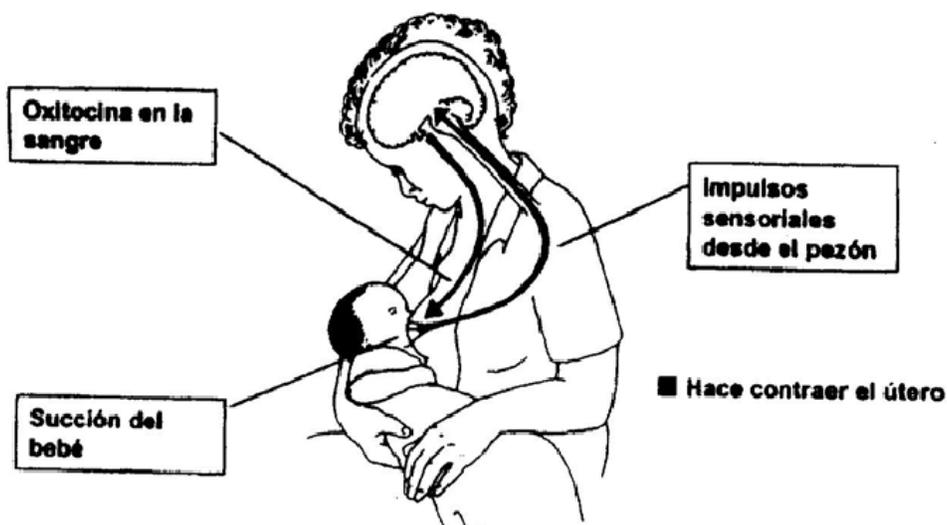
PROLACTINA

Secretada **DESPUÉS** de la mamada para producir la **PRÓXIMA** mamada



REFLEJO DE OXITOCINA

Funciona **ANTES** o **DURANTE** la mamada para hacer que la leche **FLUYA**



Reflejo de eyección:

Los impulsos de los nervios sensitivos que se originan con la succión del niño en el pezón, hacen que en la parte posterior de la Pituitaria se libere oxitocina, la cual hace que se contraigan las células epiteliales, que se encuentran alrededor de los alvéolos expulsando la leche hacia los conductos que la llevarán hasta los senos lactíferos de donde será extraída por el (la) niño (a) al succionar el pecho. (MINSA, 2010)

Este reflejo puede disminuirse transitoriamente, cuando la madre sufre alteraciones en su estado emocional (angustia, preocupación, sufrimiento, etc.), ya que es posible que la adrenalina que se libera como respuesta a estos estímulos, haga que se contraigan los vasos sanguíneos que rodean los alvéolos, no dejando pasar la oxitocina a las células mioepiteliales, las cuales no se contraen, y por lo tanto no expulsan la leche hacia fuera.

De ahí que es importante brindar una adecuada orientación a la madre, informándole que pronto se restablecerá la salida y la cantidad de su leche. Además de ofrecer algunas recomendaciones que pueden ser útiles para superar el problema, tales como tomar un descanso antes de amamantar, asegurarse de una cómoda posición, ubicarse en un lugar tranquilo, ofrecer más frecuentemente el pecho a su bebé y/o siempre que sienta el reflejo de salida, pues si el bebé succiona más, los pechos producen más leche, si el bebé deja de succionar, o disminuye la frecuencia y la duración de las mamadas. Los pechos dejarán de producir leche, esto es lo que se conoce como Oferta y Demanda.

Reflejos del niño: Búsqueda, Succión y Deglución.

Reflejo de Búsqueda:

Este reflejo, ayuda al niño (a) a buscar el pezón; si algo toca la mejilla del (de la) niño (a), éste abre la boca y se voltea hacia el lado de donde proviene el estímulo táctil, tratando de buscar el pezón de donde succionar. (MINSA, 2010)

Secuencialmente ocurren los siguientes eventos:

- Búsqueda (boque activo): se abre ampliamente la mandíbula, la lengua sobrepasa la encía inferior, llega el labio inferior y forma surco.

- Toma el pezón: El pezón, introducido por la lengua, ocupa completamente la boca.

Los labios permanecen relajados.

Reflejo de Succión:

Permite que el (la) niño (a) realice una serie de movimientos linguo-mandibulares que conllevan a la succión del pecho.

- La lengua haciendo rítmicos movimientos ondulares, queda hacia delante sobre la encía inferior, ahuecadas en forma de surco.

Reflejo de Deglución: Permite al niño (a), deglutir en forma refleja el alimento líquido que llena su boca es decir, hace que estos líquidos pasen al tracto digestivo. La mejor manera de alimentar a los (as) bebés, y la más segura, es amamantarlos (as) exclusivamente, es decir, que él (la) niño (a) no reciba ni agua, ni té, ni refresco diferente a la leche materna, ni utiliza pajas, mamaderas chupetas, consoladores o cualquier producto que pueda colocarse en su boca para calmar su llanto. (MINSa, 2010)

Los (as) bebés no necesitan nada diferente a la leche materna, durante los primeros seis meses de vida, ya que la leche de su madre contiene todos los nutrientes que necesita, tales como:

- La cantidad de proteína adecuada a las necesidades del (de la) niño (a). Si se compara la leche materna con la leche de vaca, se verá que esta última tiene más proteína pero ésta es demasiado para lo que él (la) bebé necesita y son de una clase diferente. Con frecuencia esas proteínas causan inflamación y alergia en los (as) bebés. Algunos aminoácidos que se encuentran en las proteínas de la leche materna y que son indispensables para el desarrollo del cerebro del (de la) bebé, no se encuentran en otras leches en la cantidad requerida.
- Contiene taurina, un aminoácido esencial para el prematuro y muy importante para el desarrollo del (de la) recién nacido (a), puesto que es necesaria para conjugar los ácidos biliares y es además, un posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina.

- Contiene más lactosa que la mayoría de leches de otros mamíferos, (la lactosa es el azúcar natural de la leche). La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del hierro y del calcio y promueve la colonización intestinal del *lactobacillus bífidus* que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.

- Las vitaminas que el (la) bebé necesita, en las proporciones adecuadas por lo que no es necesario darle suplementos vitamínicos ni jugos de frutas durante este período. Los jugos y las vitaminas no solo no son necesarios sino que pueden causar problemas al lactante menor, como es el caso de los de frutas cítricas que pueden precipitar la aparición de alergias en niños (as) predispuestos (as).

- La cantidad suficiente de hierro que el (la) niño (a) necesita pues el hierro de la leche materna es absorbido hasta en un 50% por el intestino, debido a los factores de transferencia contenidos en ésta y que no se encuentran en la leche de vaca.

El hierro contenido en la leche de vaca, se absorbe solamente en un 10% y el de las preparaciones para lactantes, fortalecidas con hierro, se absorbe solamente en un 4%. Los (as) niños (as) amamantados (as) con leche materna no desarrollan anemia ferropénica y no necesitan suplemento de hierro en los primeros seis meses de vida.

- La cantidad de agua que el (la) bebé requiere, aún en climas cálidos.

- La cantidad correcta de sal, calcio y fosfatos.

- Factores de crecimiento.

- Una enzima llamada lipasa, específica de la leche materna, que se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares y que interviene en la digestión de las grasas.

Una segunda razón por la cual debe darse al bebé lactancia exclusiva es porque protege tanto la salud del (de la) niño (a) como la de la madre.

Los (as) niños (as) amamantados (as) exclusivamente, tienen menos diarrea que los alimentados con biberón. Y por otra parte presentan menos infecciones respiratorias y del oído medio.

Las razones por las cuales los (as) niños (as) amamantados (as) tienen menos infecciones son:

- La leche materna es limpia y no tiene bacterias.

Contiene:

Anticuerpos (inmunoglobulinas) contra muchas infecciones comunes. Estas ayudan a proteger al bebé contra la infección hasta que sea capaz de fabricar sus propios anticuerpos. Si una madre tiene una infección, en su leche aparecerán, muy rápidamente, anticuerpos contra esa infección.

Células sanguíneas blancas, vivas, (leucocitos) los cuales ayudan a luchar contra la infección. Una sustancia denominada "factor bífid", carbohidrato complejo que contiene nitrógeno, que no está presente en los derivados de la leche de vaca y que ayuda a que el "lactobacillus bífidus" crezca en el intestino del (de la) niño (a) evitando el crecimiento de otras bacterias dañinas.

Lactoferrina, sustancia que favorece la absorción del hierro. Además, al ligarse con el hierro evita que éste sea utilizado por los gérmenes patógenos intestinales que necesitan hierro para crecer. Por lo que se dice tiene una acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferodependientes.

Si el (la) niño (a) recibe suplementos de hierro, pueden interferir con la función de la lactoferrina ya que ésta se satura y no acepta más hierro el que al quedar libre puede ser utilizado por bacterias.

Los (as) bebés que continúan siendo amamantados (as) durante una infección, se recuperan más rápidamente que aquellos (as) a quienes se les suspende el amamantamiento.

La lactancia materna exclusiva, aumenta el intervalo entre embarazos. La amenorrea, asociada a la lactancia exclusiva representa un importante mecanismo para espaciar los nacimientos y ofrece protección, superior al 98%, frente a un nuevo embarazo durante los primeros seis meses. Mientras más exclusiva sea la lactancia mayor es la infertilidad que determina.

Es importante considerar la relación entre el espaciamiento de los embarazos, la lactancia y su impacto sobre la salud. Un período intergenésico de por lo menos seis meses después del destete completo permite a la mujer estar en condiciones adecuadas para enfrentar un nuevo embarazo.

En el método de la amenorrea de la lactancia (MELA) se le pregunta a la madre:

- Si su niño tiene menos de 6 meses.
- Si se mantiene en amenorrea. Y

- Si está amamantando en forma exclusiva, tanto de día como de noche.

Si la respuesta a las tres preguntas es positiva, se le explica a la madre, que tiene menos riesgo de un embarazo (menor al 2%) y que por lo tanto no necesita otro método de planificación familiar en este período.

Si la respuesta a alguna de las preguntas es negativa, se debe considerar el empleo de un método complementario de planificación familiar que no interfiera con la producción de leche.

La leche materna, no siempre tiene la misma composición, sino que varía:

- Según la edad del (de la) niño (a); puede ser Calostro y Leche Madura.
- Si se trata del comienzo de la mamada o del final de la misma.
- Si es un niño prematuro o a término.

Tipos de Leche

El Calostro

- Su producción se inicia con el apego precoz y permanece durante los primeros 4 a 7 días después del parto. Es el primer alimento esencial para la nutrición y salud del recién nacido en los primeros días de vida. (MINSA, 2010)
- Es un líquido espeso y amarillento. Este color, está determinado por las altas concentraciones de Vitamina "A". Es de alta densidad y poco volumen, y satisface las necesidades del (de la) recién nacido (a).
- Contiene lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y liposolubles (A, E, K,) carotenos y algunos minerales como Sodio y Zinc.
- La principal inmunoglobulina que se transmite al niño con el Calostro es la IgA que junto a la lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido inmunidad específica e inespecífica. (Pediatria, 2008)
- Facilita la eliminación del meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.

- Facilita la producción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido, evitando el crecimiento de bacterias patógenas.

Leche de transición:

Es la leche que se produce entre el 7 y el 14 día post-parto. Cerca del 6 y 8 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando en cantidad, hasta alcanzar un volumen de aproximadamente 600-700 ml por día. Esta leche va variando, en color y apariencia, día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. (MINSA, 2010)

La concentración de inmunoglobulinas y proteínas totales disminuye, mientras aumentan la lactosa, la grasa y las calorías totales. Las vitaminas hidrosolubles aumentan, y las liposolubles disminuyen hasta los niveles de la leche madura.

Leche madura:

Esta leche varía en relación con la hora del día, la duración de la comida, las necesidades del lactante y las enfermedades con las que ha estado en contacto la madre. Alcanza una producción promedio entre 600 y 900 ml/día. (MINSA, 2010)

Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3g%) constituyendo una importante fuente calórica para el (la) niño (a). La alta concentración de lactosa, determina las deposiciones blandas del (de la) niño (a) amamantado (a).

- La cantidad de proteínas en la leche materna es perfecta para el crecimiento del (de la) niño (a) y el desarrollo del cerebro. El nivel de proteínas de la leche materna no se ve afectado por la ingesta de la madre.
- La proteína de la leche materna se digiere fácilmente y se absorbe bien.
- Las grasas son la principal fuente de calorías del lactante.
- La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos de cadena larga y el porcentaje de ácidos grasos poli-insaturados es mayor que el de los saturados.
- El nivel de grasa es bajo al comenzar el amamantamiento (leche delantera o del inicio) y aumenta a medida que el (la) niño (a) mama (leche del final o trasera).
- A pesar de que el contenido de hierro en la leche materna es pobre, su absorción es mayor en relación al de las otras leches.

Leche del comienzo y del final de la mamada:

La leche del comienzo es la que sale cuando el (la) niño (a) principia a mamar. Tiene una apariencia acuosa y es de color azulado, como tiene mucha agua (en relación a los solutos) le calma la sed al (a la) niño(a): a la vez, también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa. (MINSA, 2010)

La leche del final de la mamada es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa, por lo tanto le brinda más energía, al (a la) niño (a) lo que es necesario para satisfacerle en cuanto a su saciedad y para un aumento de peso satisfactorio. Si se le retira del pecho muy pronto éste no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente. Además, por su mayor contenido de grasa, es rica en las vitaminas liposolubles A,D,E,K.

Si se cambia muy rápidamente al (a la) niño (a) de un pecho al otro, sin que haya obtenido la leche del final sino solamente la del comienzo, el exceso de lactosa recibido puede causarle intolerancia a ésta, lo cual en algunos casos, puede ser responsable de los cólicos vespertinos que algunos (as) bebés presentan hacia los tres meses de edad.

Leche de pretérmino:

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación producen durante un periodo prudencial una leche con una composición diferente. La leche de pretérmino contiene, en comparación con la leche de un (a) niño (a) a término, mayor número de sustancias que aportan las defensas necesarias para luchar contra las infecciones especialmente contra la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal. Además, contiene mayor cantidad de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa, que la leche madura, siendo ésta la combinación más apropiada para el (la) niño (a) inmaduro (a) quien tiene requerimientos más elevados de proteínas y menor capacidad de digestión de la lactosa. (MINSA, 2010)

La lactoferrina y la IgA están en mayor abundancia, por lo que es más adecuada a las necesidades del prematuro que cualquier preparación artificial.

Orientaciones al capacitador:

Recordar que la concentración de la proteína es menor, en relación al Calostro y que también es menor que en la leche de vaca, razón por la cual la madre observa rala su leche y de un color azulado.

Todos los niños y niñas deben alimentarse exclusivamente con leche materna los primeros seis meses de vida.

No deben darse, a los (las) recién nacidos (as), preparaciones para lactantes ni otras leches diferentes a la de su madre.

- La OMS recomienda mantener la lactancia natural durante los dos primeros años de vida, especialmente en los países en desarrollo.

Las siguientes acciones, interfieren directamente con la lactancia materna exclusiva cuando la madre no está adecuadamente informada y se siente insegura:

- Dar al (a la) niño (a) bebidas u otros alimentos diferentes a la leche materna.
- Dar al (a la) niño (a) pacha/biberón, mamaderas o "consoladores".
- Limitar el número de mamadas.
- Limitar la duración de la mamada.

Otros factores que intervienen:

- La influencia negativa de algún personal de salud así como de familiares y vecinos.
- Los diferentes problemas del amamantamiento.
- Las experiencias negativas anteriores etc.
- Las campañas comercializadoras a favor del uso de sucedáneos de la leche (leche maternizada).
- Desconocimiento de los derechos de la mujer trabajadora lactante.
- Desconocimiento de las técnicas de extracción y conservación de la leche materna en caso de mujeres trabajadoras.

Técnicas del amamantamiento

El éxito de la lactancia materna depende de varios factores: amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanta frecuencia como su bebé desee - facilitando la proximidad del (de la) bebé y la madre, en lugar de separarlos -

y conocer los problemas comunes que pueden surgir durante la lactancia. Un elemento esencial para un buen amamantamiento es el método empleado por la madre para colocar a su bebé al pecho y ajustar su boca alrededor de la aréola y el pezón. (MINSa, 2010)

Por lo anterior, vemos que el amamantamiento debe comenzar inmediatamente después del parto. La primera hora, después del parto, es el momento más importante para que se establezca un lazo estrecho entre madre e hijo y para que el bebé aprenda a succionar, ya que por lo general está alerta y su reflejo de succión es fuerte.

El trabajador de la salud debe dejar que la madre cubra al bebé para evitar enfriamientos y que mantenga al bebé junto a ella. De esta manera el (la) bebé podrá succionar el seno las veces que desee y se estimulará la secreción de oxitocina y de prolactina para una buena iniciación de la lactancia.

El apego precoz, es el vínculo afectivo que se establece en los primeros momentos después del parto; durante este período la madre e hijo (a) deben permanecer en una relación de intimidad y contacto, preferiblemente en contacto piel a piel, que les permita conocerse mutuamente. Esta primera experiencia funcional y de contacto entre madre e hijo (a) es fundamental para el éxito de la lactancia y para fortalecer los lazos afectivos que permiten un buen desarrollo físico y psico-emocional del (de la) niño (a).

La madre, reconoce los rasgos físicos del (de la) hijo (a) e intenta reconocer los códigos de comunicación de sus gestos y movimientos. El (la) niño (a) por su parte, está dotado (a) de habilidades sensoriales y neuromotoras que le permiten identificarse con su madre, buscar sus ojos, reconocer su olor, manifestarle sus necesidades y esperar de ella una respuesta.

Todos estos procesos obedecen a una secuencia continua de acontecimientos neurohormonales recíprocos del binomio madre-hijo (a). Si se interfiere en este período crítico se altera en menor o mayor grado el proceso de formación del vínculo. El sentimiento de apego o vínculo forma la base de los patrones de comportamiento afectivo-emocional del individuo. En la madre produce una íntima satisfacción de su rol de mujer, fortalece su autoestima y le da más seguridad en sí misma.

El contacto piel a piel puede ser: completo si el (la) bebé está desnudo (a) sobre el cuerpo de la madre o cerca de ella en la cama o puede ser parcial, es decir, la carita del (de la) bebé contra el pecho de la madre, la mano de la madre sobre el cuerpo del (de la) bebé. Pero, si el cuerpo del (de la) bebé está completamente cubierto, la madre puede estar sosteniéndolo (a) pero no tener un contacto piel a piel con él (ella). (Pediatria, 2008)

Un elemento esencial es el método o la técnica que usa la madre para colocar a su bebé al pecho.

Debemos de recordar que si el (la) niño (a) es amamantado correctamente: La glándula mamaria produce leche a través del estímulo de la succión. Extrae suficiente leche, en calidad y cantidad, para satisfacer su hambre y su necesidad de chupar. Satisface todas sus necesidades nutricionales con mínimo desgaste metabólico. No provoca molestias en la madre y ella siente verdadero placer de amamantar su hijo (a) y satisface psico-emocionalmente tanto a la madre como al (a la) niño (a). (MINSA, 2010)

Para obtener la posición correcta se debe tener en cuenta, tanto la comodidad de la madre como la del (de la) niño (a), considerando la adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre.

- Correcta posición de la madre.
- Correcta ubicación del (de la) niño (a) con respecto al cuerpo de la madre.
- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre.
- Frecuencia de las mamadas según demanda el (la) niño (a).
- Duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche.

Cualquiera que sea la posición que adopte la madre, lo más importante es que el (la) niño (a) quede a la altura del pecho, sin tener que girar, extender o halar demasiado la cabeza para lograrlo y frente al cuerpo de su madre.

La madre tendrá buena disposición y confianza de amamantar si el equipo de salud apoya, promueve y facilita la práctica de la lactancia materna no como una alternativa, sino como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al (a la) niño (a).

Durante la lactancia, madre y niño (a) pasan juntos muchas horas al día por lo que, la forma en que se realice el amamantamiento tiene que ser cómoda y agradable para ambos.

La elección de la posición para amamantar depende de las circunstancias de la madre y del (de la) niño (a) y ha de ser la más cómoda y eficiente para ambos.

La madre puede amamantar sentada o acostada. De preferencia debe buscar un lugar tranquilo, sin demasiado ruido e iluminación. Si esto no es posible hacerlo discretamente en cualquier lugar.

Hay muchas posiciones que son más favorables para casos específicos como la madre cesareada, los gemelos, el (la) niño (a) hipotónico, el (la) niño (a) con labio leporino o paladar hendido, etc.

Veamos algunas posiciones que podemos enseñar a la madre para que ella elija la que considere más cómoda.

Posición del (de la) niño (a) con la madre sentada

Esta es la más común. Si la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, con un respaldo firme para apoyar bien la espalda. Es más cómodo apoyar los pies sobre algún mueble. Si el (la) niño (a) es demasiado pequeño es conveniente usar una almohada o cojín para acomodarlo a la altura del pecho.

Posición de sandía o de pelota

En esta posición se ubica el (la) niño (a) con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. Esta sostiene la cabeza del (de la) niño (a) con la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama y su antebrazo le sostiene la espaldita. La mano contraria ofrece el pecho.

Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos simultáneamente.

También se recomienda en caso de cesárea ya que con ella no se presiona el abdomen o “la herida”. Hay madres que prefieren esta posición para alimentar en casos normales.

Posición reversa

La madre ofrece el pecho con la mano del lado que amamanta. La otra mano sostiene la cabeza del (de la) niño (a). En esta posición se requiere de una almohada o un cojín para ubicar el cuerpo del (de la) niño (a) a la altura de los pechos. Esta forma permite deslizar al niño de un pecho al otro sin cambiarlo de posición. Es útil cuando el (la) niño (a) tiene preferencia por un pecho o cuando en la posición tradicional acostado se estimula el reflejo de búsqueda con el roce del brazo. Hay madres que amamantan habitualmente en esta posición.

Sentado frente a la madre

En esta posición, el (la) niño (a) se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas hacia el lado, entre el brazo y el tronco de la madre.

La madre afirma el cuerpo del (de la) niño (a) con el antebrazo del lado que amamanta. Esta posición resulta más cómoda sentando al niño sobre una almohada o cojín.

Posición de caballito

Es una pequeña variación de la posición anterior. El nombre de posición "de caballito" viene de que el (la) niño (a) se ubica frente al pecho de la madre, montado sobre su pierna.

En las posiciones verticales, la mano que afirma la cabeza debe ubicarse en forma de "C" en la base del cráneo, apoyando los dedos medio y pulgar detrás de las orejas.

Si se apoya la parte posterior de la cabeza con la palma de la mano, el (la) niño (a) responde con un reflejo de extensión que lo hace llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho.

Mano de bailarina

En el caso del (de la) niño (a) hipotónico (a) también es importante la posición de la mano que ofrece el pecho. La mano en "C" sostiene al pecho, pero el dedo índice se adelanta y se apoya debajo del mentón del (de la) niño (a) (mano de bailarina) para sostener la mandíbula y ayudar a los movimientos de succión.

Posiciones del (de la) niño (a) con la madre acostada

Posición tradicional, niño acostado de lado: El (la) niño (a) está acostado (a) en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del (de la) niño (a) se apoya en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del (de la) niño (a) queda en íntimo contacto con el abdomen de la madre y su brazo debe abrazarla por el costado del tórax. La mano del brazo que acuna al (a la) niño (a) debe tomarlo firmemente de la región glútea, de manera que la madre con sólo desplazar el brazo pueda acercar o alejar el (la) niño (a) al pecho. (MINSa, 2010)

Con la otra mano la madre debe ofrecer el pecho, estimulando el reflejo de búsqueda mediante el roce del labio inferior del (de la) niño (a) para que abra la boca.

Niño (a) sobre la madre, en decúbito ventral

En esta posición la madre está acostada de espaldas y el (la) niño (a) se acuesta en decúbito ventral sobre su pecho. Ella le sostiene la frente con su mano.

Esta posición es muy práctica cuando el reflejo de eyección es excesivo.

Amamantamiento de gemelos

Para amamantar gemelos la madre debe buscar la posición que sea más cómoda y adecuada a: características de sus pechos, condición de los niños, indicaciones especiales, etc. Es necesario ayudarla para que en lo posible adopte una técnica que le permita amamantar a ambos niños simultáneamente, uno de cada pecho. (MINSA, 2010)

Otro paso importante es evitar la lesión en el pecho y en el tejido del pezón en el caso de necesidad de interrumpir la succión del (de la) bebé. Para esto, la madre coloca un dedo en la comisura de la boca del (de la) bebé y lo introduce suavemente entre sus encías. Se interrumpe así la succión y se puede entonces apartar al bebé del pecho sin peligro. (Pediatria, 2008)

Evaluar un amamantamiento debe ser una habilidad del trabajador de la salud, para poder ofrecer intervenciones adecuadas.

¿Cómo se sabe si un bebé está mamando en la posición correcta?

- * Su cuerpo está pegado al cuerpo de su mamá.
- * La boca y la mandíbula están pegados al pecho.
- * La boca está completamente abierta y los labios se ven invertidos.
- * La mayor parte de la aréola, o toda ella, está escondida en la boca del bebé.
- * El (la) niño (a) da chupadas grandes y despaciosas.
- * El (la) niño (a) está relajado y feliz.
- * La mamá no siente dolor en los pezones.

Beneficios de la lactancia materna

El niño y la niña

a. Nutrición y crecimiento óptimo

• Alimento óptimo:

La lactancia materna es el mejor alimento en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes. Esta composición, se va adecuando a las necesidades del (de la) niño (a) a medida que crece y se desarrolla. (MINSA, 2010)

• Fácil digestibilidad:

Por su concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa. Además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción aprovechándose al máximo todos sus nutrientes sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal, permitiendo una maduración progresiva del sistema digestivo del (de la) niño (a), preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos. (MINSA, 2010)

- **Crecimiento y Desarrollo óptimo:**

Los(as) niños(as) alimentados, exclusivamente, hasta los 6 meses con leche materna tienen un crecimiento y desarrollo adecuado. Este crecimiento y desarrollo se mantiene óptimo iniciando la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y manteniendo la lactancia materna hasta al menos los 2 años de edad. Se ha demostrado que los niños y niñas no necesitan tomar otro tipo de leche.

- **Alimento adecuado para prematuros:**

La madre que da a luz antes de término produce un tipo de leche adecuada a la edad del bebé. Esta leche tiene menos cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina.

b. Desarrollo Psico-motor

- **Organización Sensorial:**

El contacto físico del (de la) niño (a) con la madre durante el amamantamiento permite el desarrollo adecuado de sus patrones sensoriales. Se ha demostrado que los niños (as) amamantados (as) presentan mayor agudeza sensorial (gusto, tacto, olfato, visión y audición) que los alimentados con biberón y fórmula. (Pediatria, 2008)

- **Organización biocronológica y del estado de alerta:**

Durante al menos tres meses, el (la) niño (a) necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar su propio ritmo basal y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apnea prolongada, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita. (Pediatria, 2008)

- **Patrones afectivo-emocionales:**

El (la) niño (a) que es amamantado adecuadamente satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado

que esto le produce hace que se sienta querido y protegido respondiendo con actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional, equilibrado y armónico.

• **Desarrollo intelectual:**

Los (as) niños (as) amamantados (as) son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje. La lactancia natural se asocia con un mayor coeficiente intelectual del (de la) niño (a). (MINSA, 2010)

• **Desarrollo dento-maxilar y facial:**

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máxilo-facial y la maduración de las funciones bucales: masticación, mímica y fonarticulación del lenguaje. Los (as) niños (as) amamantados (as) están mejor preparados para el inicio de la alimentación sólida dado que el periodo del amamantamiento le permite un buen desarrollo anatómico y funcional de las estructuras orofaríngeas. (MINSA, 2010)

c. **Protección**

- El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de Inmunoglobulina A (IgA) que protege al (a la) niño (a) mientras ellos (as) van aumentando su capacidad de producirla.
- Evita la hiperbilirrubinemia neonatal: El calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Protección inmunológica: La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el (la) niño (a) y sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El (la) niño (a) amamantado (a), rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, eczemas y alergias.
- Protección relacionada en la prevención de las Diarreas. (MINSA, 2010)

d. **Otros**

- Previene la mal-oclusión
- En prematuros, previene contra la enterocolitis necrotizante.
- Optimiza el desarrollo cerebral,
- Disminuye el riesgo de muerte súbita.

a. Recuperación fisiológica post-parto

• Retracción del útero:

Por el estímulo de succión, inmediatamente después del parto, se libera oxitocina, la que actúa sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño normal. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta produciendo también una recuperación a más corto plazo. (MINSA, 2010)

• Recuperación del peso:

La lactancia materna permite que las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso, ganado durante el embarazo, precisamente para enfrentar la lactancia materna.

• Recuperación de los pechos:

La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evitan su congestión y reduce los depósitos de grasa acumulada, durante el embarazo, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de su estructura.

b. De carácter físico

• Prevención de cáncer de mamas y ovario:

La lactancia materna cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. La lactancia prolongada (por más de un total de 36 meses durante la vida) se ha considerado, por algunos investigadores, como un factor relacionado con la disminución del peligro de cáncer de mama, debido quizás a una disminución relativa de los estrógenos carcinógenos desencadenados por los períodos de anovulación tal como ocurre en el embarazo.

• Aspecto físico de la mujer:

Las hormonas de la lactancia hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico vital y armónico, de seguridad, satisfacción, belleza, tranquilidad etc.

• Comodidad:

Evita las molestias de lavado y hervido de biberones así como la preparación de alimentos especiales para el (la) bebé.

c. De carácter emocional

- **Establecimiento del apego:**

El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo (a), estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego", induciendo en la madre un sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño (a) hijo (a).

- **Satisfacción emocional de la madre:**

La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo (a), producen en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.

La Familia

- a. Refuerzo de lazos afectivos familiares:**

El amamantamiento del (de la) niño (a) es una experiencia familiar. El padre, otros hijos o personas integradas a la familia, organizan su interacción en torno a la madre y su hijo (a). Además, se refuerzan los lazos afectivos y de solidaridad familiar. (MINSA, 2010)

- b. Prevención del maltrato infantil:**

Una madre que amamanta a su hijo (a), mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y por consiguiente, tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato.

- c. Espaciamiento de los nacimientos:**

El amamantamiento, puede demorar el retorno de la ovulación y la menstruación, siendo así una manera de espaciar los embarazos. La lactancia materna exclusiva, estimula la producción de prolactina y de otras hormonas de tal manera que si la madre permanece amenorréica, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. El MELA (Método de Lactancia y Amenorrea), es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos.

La Comunidad

a. Disminución de la morbimortalidad infantil:

Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos (as) al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños (as) anualmente, debido principalmente al efecto protector y nutricional de la leche materna. (MINSa, 2010)

b. Economía de recursos:

La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de:

- Leche de vaca o de fórmula.
- Mamaderas, chupetes y accesorios.
- Enfermedades y sus tratamientos.
- Gastos hospitalarios de maternidad y atención a neonatos.
- Ausentismo laboral de la madre por necesitar atender al (a la) niño (a) enfermo (a).
- Producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

Desde el punto de vista económico se estima que, si todas las madres del mundo alimentaran exclusivamente a sus hijos (as) con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de córdobas anuales.

A nivel familiar, la alimentación con biberón es costosa, aproximadamente se puede gastar miles de córdobas en sólo sucedáneos de la leche materna, sin incluir el gasto de biberones, de combustible y jabón (para el aseo de los utensilios) equivalente a trescientos cincuenta dólares en los 6 primeros meses. (MINSa, 2010)

La Ecología

- a. La leche materna es un recurso natural, renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable.
- b. Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población, al espaciar los nacimientos.
- c. No desperdicia recursos naturales ni crea contaminación, protegiendo de esta forma el medio ambiente.

- d. No implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento.
- e. No necesita preparación ni uso de fuentes de energía, (leña, kerosene, gas, electricidad, etc.)
- f. No requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla.
- g. Conserva el agua y otros recursos naturales.

La lactancia es un evento que forma parte de la función procreativa de la mujer y uno de los primeros sucesos posteriores al parto que impactan el estado emocional de la madre. Sin embargo, este hecho en general se omite dando lugar a la siguiente pregunta ¿es esencial para el (la) niño (a), desde el punto de vista psico-afectivo, el amamantamiento, o lo importante es la forma en la cual se le da el alimento y el cariño?

La respuesta de diferentes investigadores, tanto de investigaciones controladas, como de observaciones clínicas, ha sido controversial y polar pero siempre los beneficios o perjuicios están enfocados en el bebé, dejando a un lado los efectos emocionales que la lactancia produce en la madre; En este sentido, nos debemos preguntar ¿Por qué algunas mujeres dicen: no pueden o no quieren amamantar a sus hijos (as)?

Desde el punto de vista psicosocial, una de las razones aducidas es el tener que trabajar, no solamente para satisfacer una necesidad personal sino económica, para contribuir al gasto familiar, haciéndola pensar que no es capaz de lactar a libre demanda a su bebé más allá de tres meses, en el mejor de los casos, no teniendo más opción que cambiar de pecho a fórmula.

Debido a la gran publicidad mundial, que se ha hecho a favor de la lactancia natural, algunas madres comienzan a sentirse frustradas y culpables.

Los sentimientos de culpa pueden provenir de dos fuentes: interna y externa. En la interna, la mujer siente que no es “buena madre” porque separó prematuramente a su bebé negándole las bondades de la lactancia natural y probablemente interpretará erróneamente el llanto del mismo lo que a la larga le impedirá sentirse satisfecha y contenta con su maternidad.

La fuente externa se da en el medio ambiente (familiares, amigos, vecinos, etc.) y a través de la gran publicidad hecha por los defensores de la lactancia exclusiva, quienes afirman que con la lactancia natural el bebé crecerá

sintiéndose amado y por consiguiente, desarrollará al máximo sus potencialidades tanto intelectuales como emocionales. Por lo tanto, la mujer que no puede lactar a su bebé podría sentirse en una situación de conflicto. De ahí que es importante que el personal de salud reflexione alrededor de lo antes expuesto y considere la situación de cada madre antes de emitir un juicio que censure el comportamiento de esta sobre su práctica de amamantamiento. (MINSa, 2010)

MATERIAL Y MÉTODO

Área de estudio: Puesto de Salud San Sebastián, que cita del Ministerio del Trabajo 2 cuadras Este, 2 cuadras al Norte, media cuadra al Oeste, Bo. San Sebastián, Managua.

Periodo: Noviembre a Diciembre del año 2015

Tipo de estudio: Descriptivo, transversal, tipo CAP

Universo: El universo está representado por un total de 500 mujeres entre 15 a 45 años atendidas en el Puesto de Salud San Sebastián, en el período de Noviembre a Diciembre del año 2015.

Muestra:

$$n = z^2 pq/d^2$$

$$n = (1.96)^2(0.5)(0.5)/(0.05)^2$$

$$n = 384.$$

Estará representada por 30% de Universo de pacientes en estudio, correspondiendo a 150 mujeres que fueron atendidas en el período de estudio.

Muestreo:

La muestra se obtendrá por muestreo simple aleatorio, obteniendo al azar el total de la muestra, para completar el número requerido.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes mujeres entre 15 a 45 años con hijos atendidas en el Puesto de Salud San Sebastián.
2. Pacientes que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes menores de 15 años.
2. Pacientes que se atendieron fuera del periodo de estudio.
3. Pacientes que no corresponden geográficamente al Puesto de Salud San Sebastián.
4. Pacientes mayores de 45 años.
5. Pacientes estériles.
6. Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Fuente de información:

Fuente de información primaria constituida por una encuesta que se realizará a las mujeres en estudio.

Método e instrumento de recolección de información:

Se utilizará una encuesta donde se recolectarán todos los datos de interés para el estudio. Posteriormente se creará una base de datos en el programa Epi Info. Los resultados que se obtengan se presentarán en distribución de porcentajes.

Variables:

- Edad
- Estado Civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Procedencia
- Número de hijos
- Nivel de Conocimientos sobre lactancia materna
- Nivel de Actitudes sobre lactancia materna
- Nivel de Prácticas sobre lactancia materna

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
Edad	Número de años cumplidos consignados en el expediente clínico	Años cumplidos referidos por la mujer	15 - 19 años 20 - 24 años 25 - 29 años 30 - 34 años 35 - 39 años 40 - 45 años
Estado Civil	Condición marital respecto a su pareja al momento de la encuesta	Estatus legal a nivel de relación de la pareja	Soltera Casada Unión Estable
Escolaridad	Nivel académico alcanzado al momento del estudio	Nivel de estudios alcanzados	Analfabeta Sabe leer Primaria Secundaria Técnico Universitario
Ocupación	Situación laboral referida por el paciente	Actividad que realiza	Ama de casa Comerciante Otros
Procedencia	Lugar de residencia de la paciente	Barrio en el que habita	Bo. San Antonio Bo. San José Bo. San Sebastián
Número de hijos	Número de hijos que tiene la encuestada hasta la fecha	Cantidad de hijos	1 hijo 2-3 hijos 4 a más hijos
Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna	Nivel de información que la persona recuerda sobre la lactancia materna	Test de conocimiento	Bueno 7 -10 pts Regula 4 – 6 pts Malo 0 – 3 pts

Variable	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
Nivel de Actitudes frente a la Lactancia materna	Disposición de carácter aprendido y duradero que sostiene las respuestas del individuo hacia la lactancia materna.	Escala de Likert	Favorable Desfavorable

Variable	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
Nivel de Prácticas	Conducta establecida para una situación determinada. Actividad que las mujeres refieren hacer respecto a lactancia materna.	Test de conocimiento	Bueno 7 -10 pts Regula 4 – 6 pts Malo 0 – 3 pts

RESULTADOS

OBJETIVO I. Determinar las Características Sociodemográficas de las mujeres en estudio

Edad: Con respecto a la edad encontramos que el 35.4% (53) de las mujeres entre 15–19 años, 18.4% (27) entre 25-29 años, 15% (23) entre 20-24 años, 14% (21) entre 30-34 años, 10% (15) entre 35-39 años y un 7% (11) entre 40-45 años.

Estado Civil: Según Estado Civil el 44.7% (67) son mujeres en Unión Estable, 34.6% (52) casadas y un 20.7% (31) son mujeres solteras.

Escolaridad: El 59.3% (89) cursaron Secundaria, 22% (33) cursaron Primaria, 12.7% (19) tienen educación Universitaria, 3.3% (5) educación Técnica y un 2.2% (4) refieren no haber cursado la escuela pero Sabe leer.

Ocupación: Un 63.3% (95) de las mujeres son Ama de casa, el 23.4% (35) refieren otro tipo de ocupación y el 13.3% (20) son Comerciantes.

Procedencia: El puesto de Salud San Sebastián atiende 3 barrios de Managua, se encontró que el 53% (80) de las mujeres eran procedentes del barrio San Sebastián, el 27% (40) del barrio San José y 20% (30) del barrio San Antonio.

Número de hijos: En relación al número de hijos el 53.5% (80) de las mujeres tienen 2-3 hijos, el 30.5% (46) tiene un hijo y 16% (24) tienen 4 a más hijos.

OBJETIVO II. Valorar el nivel de conocimiento referente a Lactancia Materna que poseen las mujeres estudiadas

Importancia de la Lactancia Materna: Al preguntar a la madre si es Importante la Lactancia Materna el 100% (150) reconocen la importancia de la misma.

Beneficios de la Lactancia: en este apartado se indicó a las encuestadas podían seleccionar más de una respuesta.

Un 92% (138) de las mujeres indicaron que es el mejor alimento para el bebé, el 73.2% (108), conocen que previene enfermedades al niño. En menor proporción con el 13.3% (20) indicaron que es más económico y el 12.8% (19) conocen que favorece la relación madre-hijo.

Frecuencia de brindar Lactancia Materna: El 40% (60) de las mujeres piensan que se debe amamantar cada dos horas, 32% (48) refieren que se debe amamantar cada 3-4 horas, 24.7% (37) piensan que se debe alimentar cada vez que llora y solo 3.3% (5) de las mujeres conoce que es a libre demanda.

Alimentación del niño en los primeros 6 meses: El 51% (77) de las encuestadas piensa que la alimentación del niño debe ser pecho materno más comida, 36% (54) conoce que solo se debe dar pecho materno y un 13% (19) piensa que se debe dar atoles y refrescos, ninguna mujer piensa que se debe dar lecha de vaca.

Posición correcta de brindar Lactancia Materna: El 64% (96) de las mujeres piensan que la posición correcta es sentada, 28.2% (42) piensan que se puede dar pecho sentada y acostada, 19.8% (30) que debe ser acostada, 8% (12) refiere que todas las posiciones son correctas y solo el 1.5% (2) refiere otras posiciones.

Tiempo en que hay que brindar pecho materno: El 41% (62) piensa que debe ser de 7 a 12 meses, 38% (57) piensa que más de 12 meses, 15.8% (23) de 4 a 6 meses y un 5% (8) piensa que es solo de 1 a 3 meses.

OBJETIVO III. Identificar el nivel de actitudes de las mujeres estudiadas con respecto a lactancia materna

En este acápite se utilizó la escala Favorable y Desfavorable.

Al indagar en el hecho que la **Lactancia Materna es algo que solo tiene que ver con la mujer** el 95.5% (144) indicaron estar a favor que solo tiene que ver con la mujer y un 4.5% (6) que no tiene que ver solamente con la mujer incluye también al padre de familia.

Con respecto a que **a los hombres no les gusta que la mujer de Lactancia Materna** el 69.3% (104) está en desacuerdo, 19.3% (29) está de acuerdo y un 11.3% (17) duda ante esta proposición.

De las mujeres encuestadas ante la proposición **a mi pareja no le gusta que de pecho** el 62.3% (62.3) está en desacuerdo, 21.4% (32) está de acuerdo y un 16.3% (25) duda ante la proposición.

La Lactancia afloja los bustos a la mujer y los vuelve feos el 54.5% (82) de las mujeres encuestadas está de acuerdo, 37.1% (56) en desacuerdo y el 8.4% (12) duda ante esta proposición.

Se debe dar solo pecho al niño hasta los 6 meses un 62.8% (94) de las mujeres encuestadas están en desacuerdo, 22.2% (34) está de acuerdo y 15% (22) están en duda.

Lactancia como método de planificación familiar un 46.5% (70) está en desacuerdo sobre el uso de la lactancia como método de planificación familiar, 41.5% (62) está en duda y el 12% (18) está de acuerdo.

A mi próximo hijo pienso darle el pecho ante esta proposición 93.5% (140) de las mujeres están de acuerdo, 4.5% (7) está en desacuerdo y el 2% (3) esta duda.

Dificultad de brindar el pecho si la madre trabaja 74.7% (112) está de acuerdo que el trabajo dificulta la lactancia, 23.7% (36) está en desacuerdo y 2% (1.6) duda.

Me gustaría saber más sobre la lactancia Materna el 99% (149) de las mujeres encuestadas quiere obtener más conocimientos, el 1% (1) no tiene interés en obtener conocimientos sobre la lactancia materna.

Le han brindado información útil sobre Lactancia Materna en el Puesto de Salud el 96.5% (145) indico que la información brindada ha sido de utilidad, 3% (4) está en desacuerdo y 0.5% (1) tiene dudas con respecto a esto.

OBJETIVO IV. Evaluar las prácticas de riesgo de Lactancia materna de las mujeres en estudio

- Prácticas para todas las mujeres

En mi familia las mujeres dan el pecho el 92.5% (139) de las encuestadas refieren que en su familia dan lactancia materna, 6.5% (9) no dan lactancia y el 1% (2) se encuentran en duda si las mujeres en su familia dan pecho.

Todas las mujeres en su familia dan pecho solo por 6 meses el 45.5% (68) indico que brindan pecho solo por 6 meses, 43.5% (65) no lo hacen y el 11% (17) desconocen esa práctica en la familia.

- Prácticas para mujeres que ya han tenido hijos

A mi último hijo le di pecho 100% (150) brindo lactancia materna. Dentro de las prácticas alimenticias 45% (68) de las mujeres encuestadas dieron pecho materno más comidas, 36% (54) solo brindo pecho materno, 14% (21) brindo frescos y atoles y 5% (7) pecho materno más agua.

Duración de la lactancia el 38.6% (58) de las mujeres dio lactancia por más de 12 meses, 36.6% (55) de 7 a 12 meses, 17.3% (26) de 4 a 6 meses y el 7.5% (11) dieron lactancia 1 a 3 meses.

Tuve problemas para dar el pecho en este acápite el 95% (143) de las mujeres indicó no haber tenido problemas para amamantar y solo 5% (7) presento algún problema.

De este total un 40% (3) fueron por enfermedades del niño, 40% (3) por que la leche materna no sustenta y el 20% (1) por hospitalización de la madre. De estas madres que tuvieron problemas para dar lactancia el 70% indicaron que gastaron bastante dinero en leche de vaca o de pote.

- Agentes de cambio sobre Conocimientos y Comportamiento en cuanto a Lactancia Materna

Has recibido información sobre Lactancia Materna el 92.5% (139) de las encuestadas refieren haber recibido información sobre lactancia y un 7.5% (12) refiere que no han recibido información sobre el tema.

Persona que brindo la información proveniente de familiares en un 43.8% (66), del personal de salud en 32% (48), 22.9% (34) de varias fuentes y 1.3% (2) brindo información un amigo.

Utilidad de la información en un 98% (147) refiere que fue útil la información y poco útil en un 2%. (3)

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al evaluar las características sociodemográficas se obtuvo que un 68% de las mujeres son menores de 30 años, el dato más llamativo es que más de un tercio son menores de 20 años dada la alta proporción de embarazos en adolescentes que colocan a Nicaragua como el país Latinoamericano con la mayor tasa de embarazo en adolescentes.

En cuanto al número de hijos más del 50% de las mujeres tienen de 2 a 3 hijos, seguido de un 30.6% de las mujeres que solamente tienen un hijo; esto podría explicarse o encontrarse asociado a dos factores, la edad joven de la mayoría de las mujeres en estudio y la elevada tasa de uso de métodos modernos de planificación familiar reportados en el país en 68% a nivel nacional según ENDESA 2006-2007.

Aun cuando casi la mitad de las mujeres conviven en unión estable, un tercio eran casadas, lo que constituye un factor positivo para la madre lactante; una de cada cinco mujeres eran solteras, lo que se considera un riesgo de exclusión social y de desventaja para la lactancia materna exitosa.

Con respecto a la escolaridad se encontró un nivel de escolaridad medio, con cero analfabetismo ya que una baja proporción refirió no haber cursado la escuela, sin embargo saben leer y escribir. Una proporción importante tenían educación superior o técnica.

Al encontrarse las mujeres con un nivel de educación medio a superior en más del 70% hay un mayor grado de conocimiento y responsabilidad al momento de poner en práctica la lactancia materna.

Al indagar sobre las actividades laborales, la mayoría son amas de casa, siendo esta ocupación un potencial adecuado para la lactancia, dado que teóricamente disponen de más tiempo para realizar dicha práctica. Un tercio de las mujeres encuestadas tenían algún de actividad fuera del hogar, lo que podría interferir en la lactancia materna.

El área de conocimiento, especialmente sobre los beneficios de la lactancia materna presento los mejores resultados con 91% de las mujeres que si conocen algún beneficio de la lactancia Dentro de estos beneficios el más conocido por las mujeres es el hecho que consideran que la leche materna es el mejor alimento para el bebe, seguido del conocimiento que la leche materna previene enfermedades al niño. Con respecto a otros estudios realizados se encontró una mejoría significativa en el conocimiento de los beneficios de la lactancia materna; sin embargo, aún persisten algunos aspectos que fortalecer en la población sobre los beneficios de la lactancia materna que son significativamente importantes en el desarrollo del niño, como el hecho que la lactancia favorece la relación madre-hijo; ya que solo un 12% conocía este beneficio.

En cuanto a la frecuencia para de mamar la mayoría de las mujeres tienen un horario establecido en un 72%, de estas 40% daba de mamar cada 2 hora y 32% cada 3 a 4 horas y solamente el 3.3% de las mujeres conocían la lactancia a libre demanda.

Dentro de los conocimientos de las mujeres que acuden a este puesto llama la atención que solo un tercio considera que lo correcto s solo dar pecho y la mayoría considera que lo correcto es brindar lactancia más comida durante los primeros 6 meses; lo que se confirma cuando se valora la práctica y la actitud ya que la mitad de estas mujeres están en desacuerdo con brindar solo pecho materno por 6 meses. Sin embargo, con solo 10% de diferencia estas mujeres conocen que solo se debe de dar pecho materno e igualmente lo ponen en práctica, lo que es contradictorio con el hecho de que al pedirle a las mujeres que señalen el tiempo correcto de brindar lactancia indiquen un tiempo mayor de 6 meses que no concuerda con la practica reflejándonos que en realidad no saben lo que es el concepto de lactancia materna exclusiva por lo que es necesario fortalecer este tema.

Hay desconocimiento sobre las posiciones para amamantar, casi la mitad de las mujeres solo conocen la posición sentada y piensan que solo esa posición es la correcta.

En general las mujeres tienen un conocimiento regular sobre lactancia materna, sin embargo al analizar los resultados encontramos que más de la mitad de las mujeres tienen buena práctica, mostrándonos que aunque su conocimiento es regular es suficiente para tener una buena práctica de lactancia materna, esto indica que al mejorar el conocimiento se incrementaría

el porcentaje de mujeres que ejercen una práctica adecuada de lactancia materna.

En cuanto a las actitudes sobre lactancia materna todavía prevalecen mitos, tabúes y actitudes negativas para un grupo importante de mujeres.

Dentro de las actitudes negativas encontramos:

- El trabajo como una limitante.
- La lactancia se considera un asunto de mujeres.
- Consideran que su pareja no les gusta que den pecho.
- Considera que hay afectación física, al aflojarse los pechos.
- No reconocen la lactancia materna como un método de planificación familiar.

Dentro de las actitudes positivas:

- La mayoría desearía tener más conocimiento sobre lactancia.
- Refieren amamantarían a su próximo hijo.
- Considerarían la lactancia por 6 meses.

Cabe señalar que se logró identificar prácticas inadecuadas de alimentación al agregar otros alimentos (leches, refrescos, atoles y agua) en la alimentación de lactantes menores de 6 meses; lo cual aumenta la incidencia de enfermedades en los bebés, además de incurrir en mayores gastos al tener que comprar esos alimentos.

Un 5% de las mujeres encuestadas reportaron problemas para amamantar, refirieron como causas enfermedades del niño, la leche materna no sustenta y enfermedades de la madre. Dentro de estas el principal efecto fue aumento es los gastos económicos por la compra de leche de pote y que el niño se enfermó.

Las mujeres de este Puesto de Salud reciben información proveniente de familiares considerando esta como útil y suficiente por lo que hay que realizar más charlas que lleguen a la población femenina para que la fuente de información cambie y provenga de un personal de salud así esta sería de mayor confiabilidad mejorando así los conocimientos y prácticas de estas mujeres.

Sin embargo se puede identificar avances importantes en la provisión de información a las mujeres de parte de los recursos de salud, esto influenciado

por las acciones de promoción de la lactancia materna exclusiva impulsado por las instituciones de la salud.

CONCLUSIONES

1. En cuanto a las características socio-demográficas se encontró que el rango de edad que predominó es de 15-19 años, en unión estable, procedentes del Bo. San Sebastián, con escolaridad de secundaria, amas de casa y con relación un número de hijos de dos
2. Al valorar el nivel de los conocimientos de lactancia materna se encontró que la mayoría reconocen los beneficios de la lactancia materna y solo una minoría refieren que esta no tiene ningún beneficio. También indican que es más económico y que favorece la relación madre-hijo.
3. Al identificar las actitudes se encontró que había una actitud favorable hacia los aspectos de ser vistas dando pecho materno, al mirar a otra mujer realizar dicha actividad, hacia los cambios en el estilo de vida asociados con la lactancia, hacia el deseo natural de amamantar a su bebe, hacia el vínculo madre-hijo y consideraban la lactancia materna como lo ideal. Sin embargo, presentaron actitudes desfavorables en cuanto al olor de la leche materna, hacia el uso de pajas y hacia la estética del pecho. Reconocen también que la lactancia materna es algo que solo tiene que ver con la mujer. Y que la información dada en el Puesto de Salud les ha sido de gran utilidad.
4. Al evaluar las prácticas se encontró que se realizan prácticas adecuadas en la lactancia materna exclusiva por el uso de lactancia mixta, dado que la mayoría tiene más de un hijo y en sus familias reconocen a la lactancia materna como un buen método hasta los 6 meses de edad. Aunque la mayoría admite haber amamantado más de los 12 meses. Refieren que el problema que tuvieron con dar de mamar fueron las grietas en los pezones.

RECOMENDACIONES

AL MINSA:

- Implementar estrategias de salud que fomenten y promuevan la lactancia materna a nivel nacional.
- Involucrar a los medios de comunicación con el fin de lograr la popularización de estas estrategias.
- Mantener estrecha vigilancia del cumplimiento de los programas dirigidos a estimular la lactancia materna que se ponen en práctica en los centros de atención primaria y secundaria del país.

AL CENTRO DE SALUD:

- Capacitar y actualizar de manera continua al personal médico y de enfermería sobre lactancia materna.
- Estimular al personal médico y de enfermería a brindar charlas de lactancia materna a toda paciente mujer en edad fértil, embarazada o puerpera que asista al Centro de Salud o Puesto de Salud.
- Animar la participación de las parejas y/o familiares de la embarazada o puerpera en actividades que fomenten la estimulación de la lactancia materna.
- Promocionar la lactancia materna a través de medios visuales como afiches, murales y poster para sensibilizar a las madres y que de esta manera tengan prácticas adecuadas.

AL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA:

- Mantenerse actualizado sobre el tema de la lactancia materna.
- Concientizar a las pacientes en edad fértil, embarazadas y puerperas sobre la importancia de la lactancia materna.
- Incluir en las charlas de lactancia materna la enseñanza de posiciones de amamantamiento, extracción manual de leche materna, almacenamiento y administración de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andres, L. (2006). *Lactancia Materna una guía para la profesión médica*. España: Doyma Libros.
2. Carrasco Ariel, N. D. (2009). *Conocimientos actitudes y prácticas de lactancia materna en pacientes adolescentes cuyos partos fueron atendidos en el hospital Berta Calderón Roque durante el año 2009*. Managua, Nicaragua . Managua: UNAN-Managua.
3. Castillo Belén JR, R. V. (2009). *Lactancia materna e inmunidad. Impacto social* . Cuba: MEDISAN.
4. Deboraha Espinoza, G. V. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna que poseen las madres de recién nacidos ingresados en neonatología del Hospital Alemán Nicaragüense durante los meses agosto a octubre del 2013*. Managua: UNAN-Managua.
5. Jesling Gutiérrez, C. V. (2015). *"Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva que poseen las pacientes puérperas adolescentes atendidas en el hospital primario Jacinto Hernández*. Nueva Guinea: UNAN-Managua.
6. Ministerio de salud, C. (2010). *Manual de Lactancia Materna*. Santiago de Chile: MINSAL.
7. MINSA. (2010). *Manual de lactancia Materna para atención primaria*. Managua: MINSA.
8. Pediatría, A. N. (2008). *Manual de la lactancia de la teoría a la práctica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
9. Sánchez Adalí, B. G. (2008). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Lactancia Materna*. Rivas: UNAN-Managua.
10. Soldán, R. S. (2012). *Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas*. Cochabamba: MED.
11. UNICEF. (1999). *Ley de Promoción, Protección y Mantenimiento de la Lactancia Materna*. Nicaragua: MINSA.
12. UNICEF/OMS/OPS. (2013). *Lactancia Materna en Latinoamérica*. Argentina: IHAM

ANEXOS

Encuesta de la Información

La siguiente encuesta está hecha con el objetivo de obtener información que nos permita identificar los conocimientos, actitudes y práctica de lactancia materna que han logrado generar el personal médico en las pacientes atendidas en el Puesto de Salud San Sebastián.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Edad: _____

Estado Civil

Soltera	
Casada	
Unión libre	

Nivel de Escolaridad

Analfabeta	
Sabe leer	
Primaria	
Secundaria	
Técnico	
Universitario	

Ocupación

Ama de casa	
Comerciante	
Otros	

Número de hijos

1	
2 a 3	
4 a más	

Procedencia

Bo. San José	
Bo. Sebastián	
Bo. Antonio	

II. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

Conocimientos	Buena	Mala	Regular
1. ¿Crees que es importante dar de mamar a los niños?			
2. ¿Conoces los beneficios de darle de mamar a los niños. Si la respuesta es sí, seleccione:			
Previene enfermedades del niño			
Es más económico			
Es el mejor alimento			
Favorece la relación madre e hijo			
3. ¿Sabes cada cuánto hay que darle de mamar al niño? Si la respuesta es sí, seleccione:			
Cada vez que llora			
Cada vez que quiere (Libre demanda)			
Cada dos horas			
Cada 3 a 4 horas			
4. Sabes cómo debe de ser la alimentación de los niños en los primeros 6 meses de edad. Si la respuesta es sí, seleccione:			
Solo pecho materno			
Pecho materno más agua			
Pecho materno más leche de vaca			

Pecho materno más comida			
5. ¿Sabes en qué posición debe darse el pecho? Si la respuesta es sí, seleccione:			
Sentada			
Acostada			
Otra			
6. ¿Sabes por cuánto tiempo hay que darle solo pecho a los niños? Si la respuesta es sí, seleccione:			
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 12 meses			
Más de 12 meses			

Total:

Escala: Conocimientos

Bueno 7 -10 pts

Regular 4 – 6 pts

Malo 0 – 3 pts

III. ACTITUDES ANTE LA LACTANCIA MATERNA

Actitudes	Favorable	Desfavorable
1. ¿Es algo que tiene que ver solo con la mujer?		
2. ¿A los hombres no les gusta que la mujer de pecho?		
3. A mi compañero o marido no le gusta que le de pecho al niño		
4. La lactancia afloja los bustos a la mujer y los pone feos		
5. Se le debe dar solo pecho al niño hasta los 6 meses		
6. Dar solo pecho sirve para planificar y espaciar los hijos		

7. A mi próximo hijo pienso darle solo pecho		
8. Me gustaría saber más sobre la lactancia materna		
9. En el centro de salud me han dado información útil sobre lactancia materna		

Total:

Favorable:

Desfavorable:

IV. PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Práctica para todas las mujeres	Buena	Mala	Regular
En mi familia todas las mujeres dan el pecho			
En mi familia todas las mujeres dan solo pecho por lo menos seis meses			
Práctica para las mujeres que ya han tenido hijos			
A mi último niño le di pecho. Si la respuesta es sí, seleccione lo que le dio:			
Solo pecho materno			
Pecho materno más agua			
Pecho materno más comida			
Atoles y refrescos			
A mi último niño le di pecho durante:			
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 12 meses			
Más de 12 meses			
Tuve problemas para dar el pecho. Si la respuesta es sí, cuál fue el problema			
Problema:			

Solo para las que tuvieron problemas con amamantar: Gasté bastante dinero leche de vaca o de pote			
En los primeros seis meses de vida de mi último niño se me enfermó bastante			

Favorable:

Desfavorable:

V. AGENTES DE CAMBIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS EN CUANTO A LA LACTANCIA MATERNA

Información		
Has recibido información sobre cómo dar de mamar a tu niño	Si () No ()	Marque con una "X"
Si la respuesta es sí, quien te la dio:	Familiar	
	Compañero	
	Amiga	
	Personal de salud	
	Líder de salud	
	Partera	
La información que recibiste fue	Poca	
	Suficiente	
	Mucha	
La información que recibiste fue	Útil, te ayudo a dar el pecho	
	Poco útil, te sirvió en algunas cosas	
	Nada útil, no te sirvió del todo	

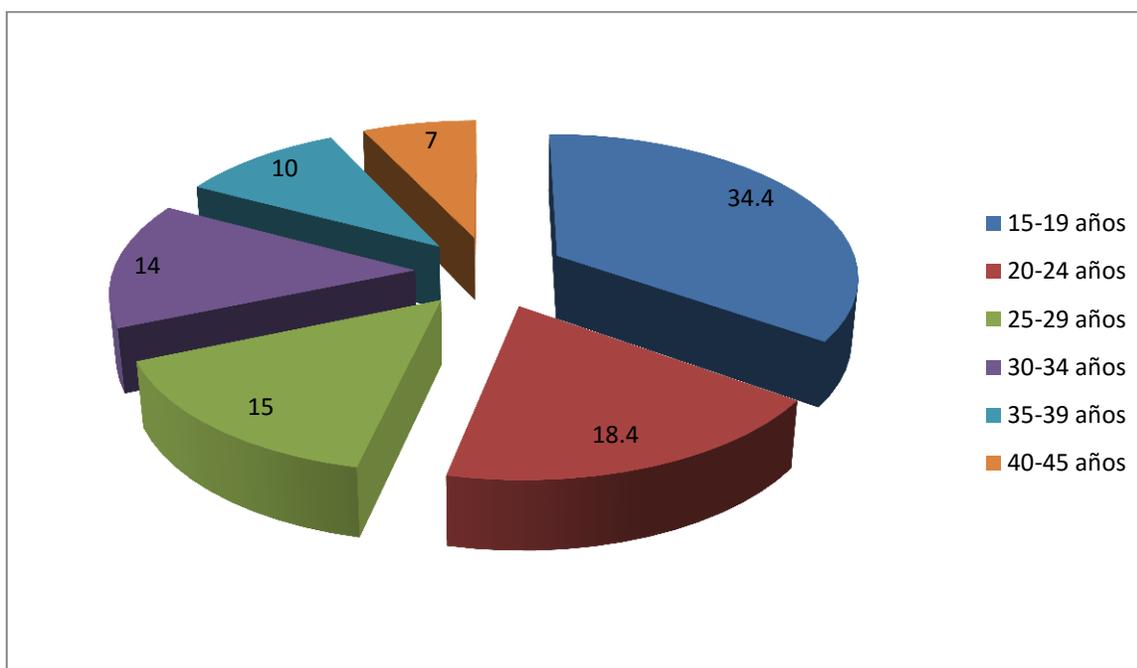
CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTO EN CUANTO A LA LACTANCIA MATERNA

TABLA 1. EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 19 años	53	34.4 %
20 - 24 años	27	18.4 %
25 - 29 años	23	15 %
30 - 34 años	21	14 %
35 - 39 años	15	10 %
40 - 45 años	11	7 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 1 EDAD



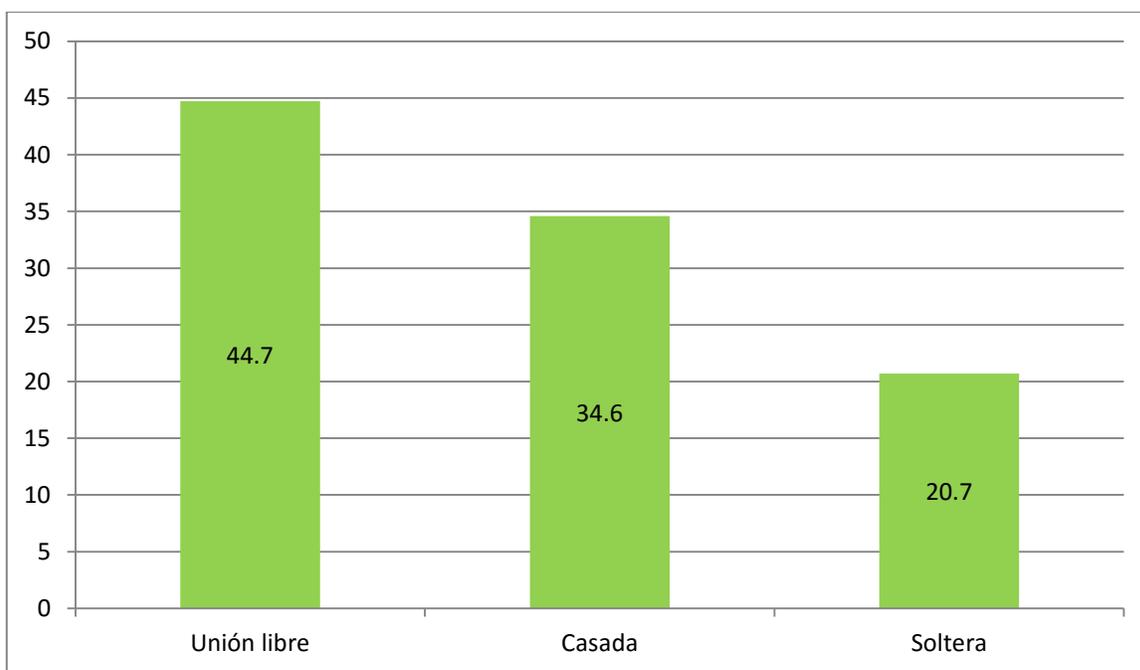
Fuente: Encuesta

TABLA 2. ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Unión libre	67	44.7 %
Casada	52	34.6 %
Soltera	31	20.7 %

Fuente: Encuesta

Gráfico no. 2 ESTADO CIVIL



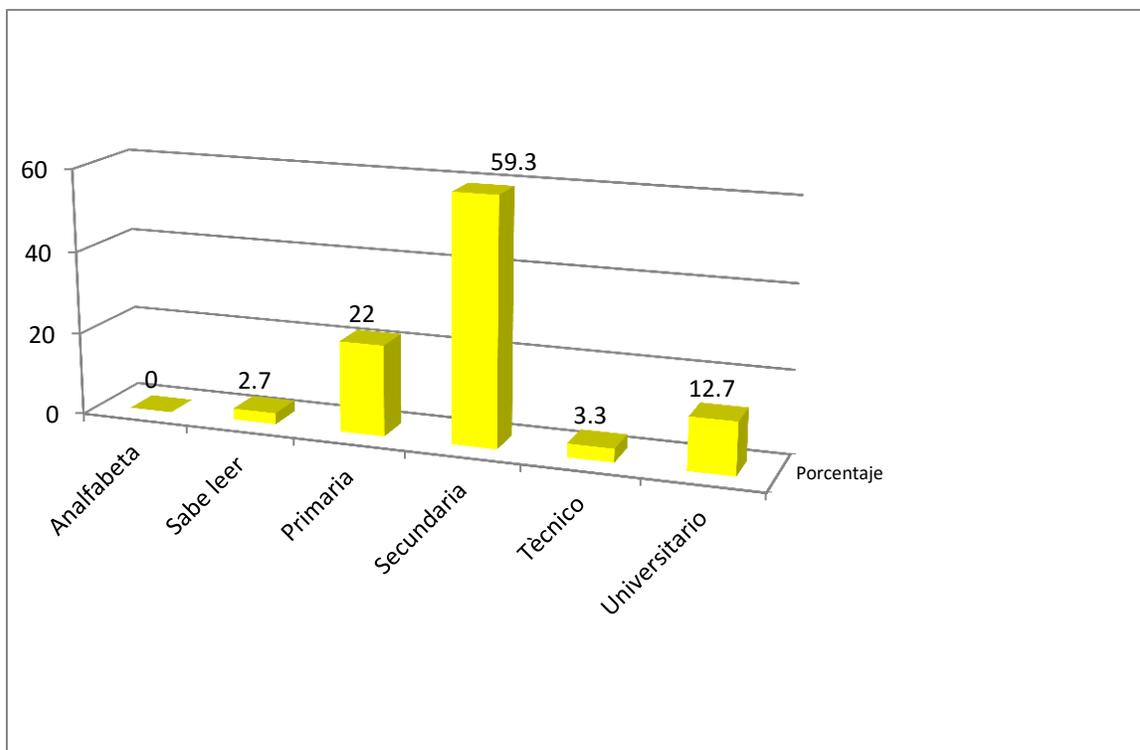
Fuente: Encuesta

TABLA 3. ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	0	0
Sabe Leer	4	2.7 %
Primaria	33	22.1 %
Secundaria	89	59.3 %
Técnico	5	3.3 %
Universitario	19	12.7 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 3 ESCOLARIDAD



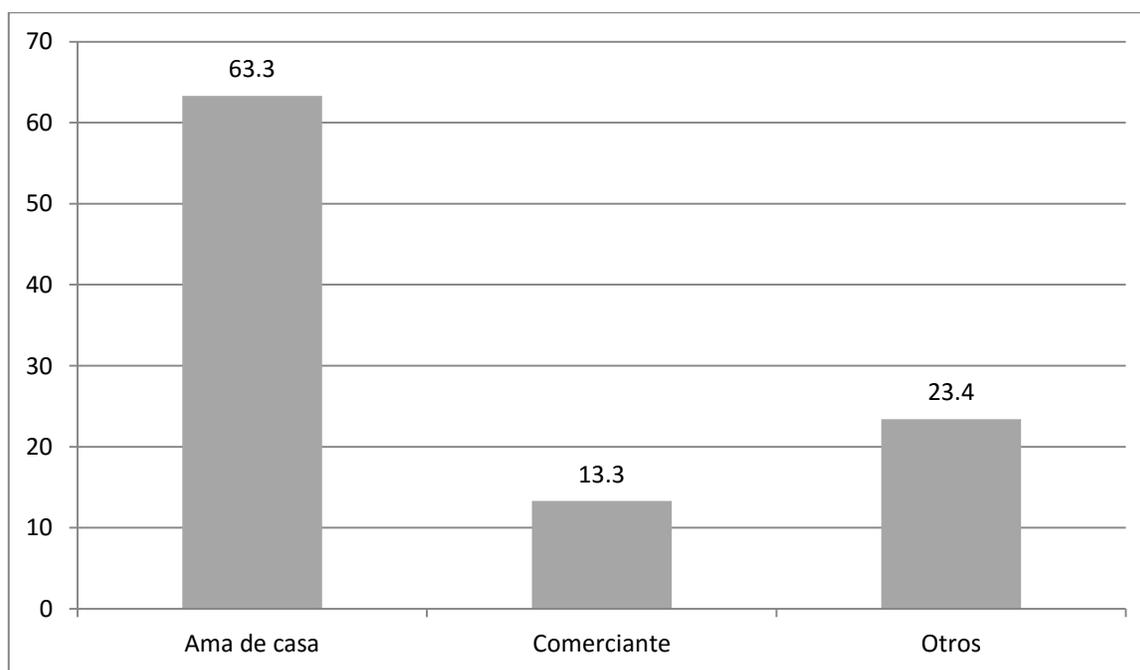
Fuente: Encuesta

TABLA 4. OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	95	63.3 %
Comerciante	20	13.3 %
Otros	35	23.4 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 4 OCUPACIÓN



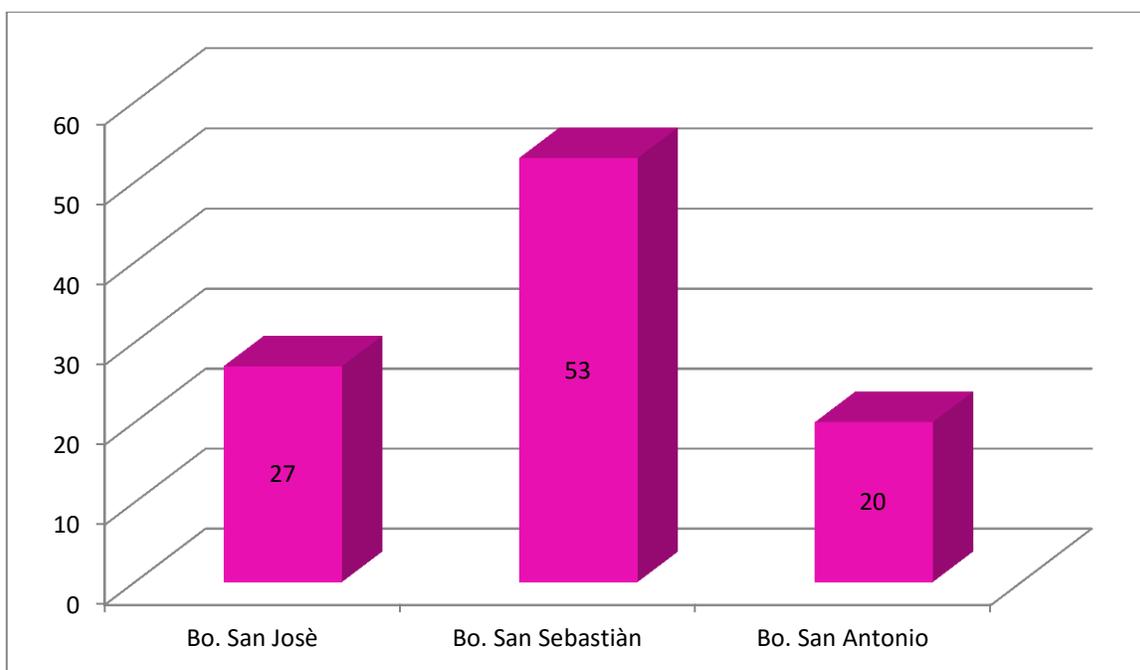
Fuente: Encuesta

TABLA 5. PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bo. San José	40	27 %
Bo. San Sebastián	80	53 %
Bo. San Antonio	30	20 %

Fuente: Encuesta

Gráfico no. 5 PROCEDENCIA



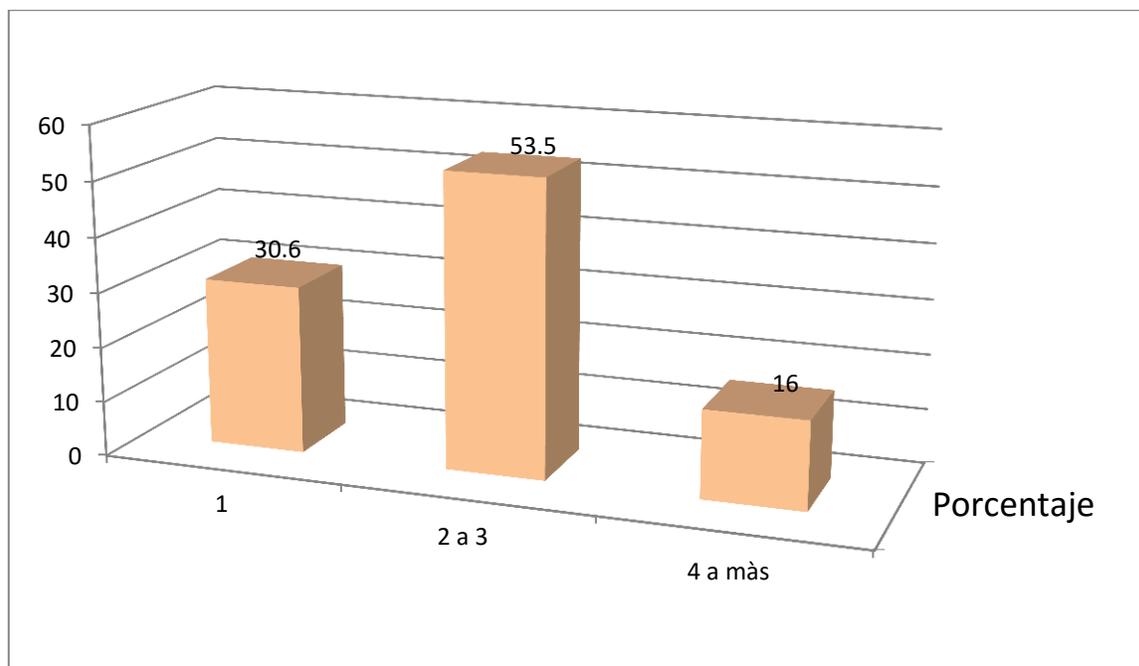
Fuente: Encuesta

TABLA 6. NÚMERO DE HIJOS

NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	46	30.6 %
2 – 3	80	53.5 %
4 a más	24	16 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n° 6 NÚMERO DE HIJOS



Fuente: Encuesta

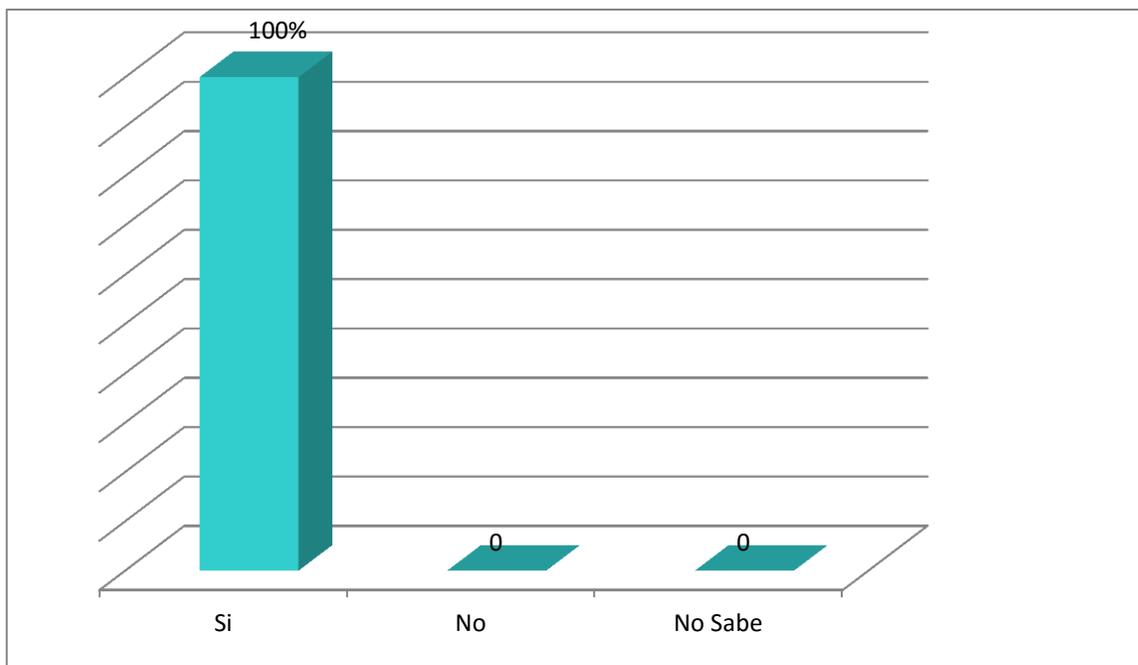
CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

TABLA No. 7 CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA

ES IMPORTANTE LA LACTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	150	100%
No	0	0
No sabe	0	0
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta

Gráfica n°. 7 CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA



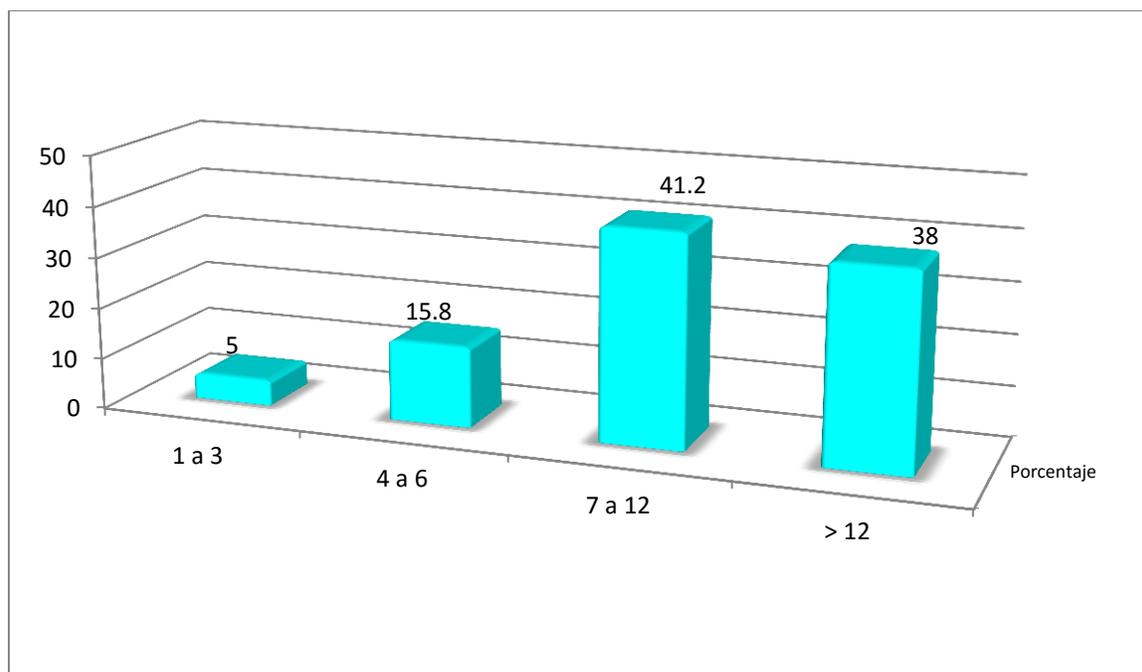
Fuente: Encuesta

TABLA No. 8 CONOCIMIENTOS DELAS ENCUESTADAS SOBRE EL TIEMPO EN QUE HAY QUE BRINDAR SOLO PECHO MATERNO

TIEMPO EN MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1- 3	8	5 %
4 – 6	23	15.8 %
7 – 12	62	41.2 %
> 12	57	38 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico N°. 8 CONOCIMIENTOS DELAS ENCUESTADAS SOBRE EL TIEMPO EN QUE HAY QUE BRINDAR SOLO PECHO MATERNO



Fuente: Encuesta

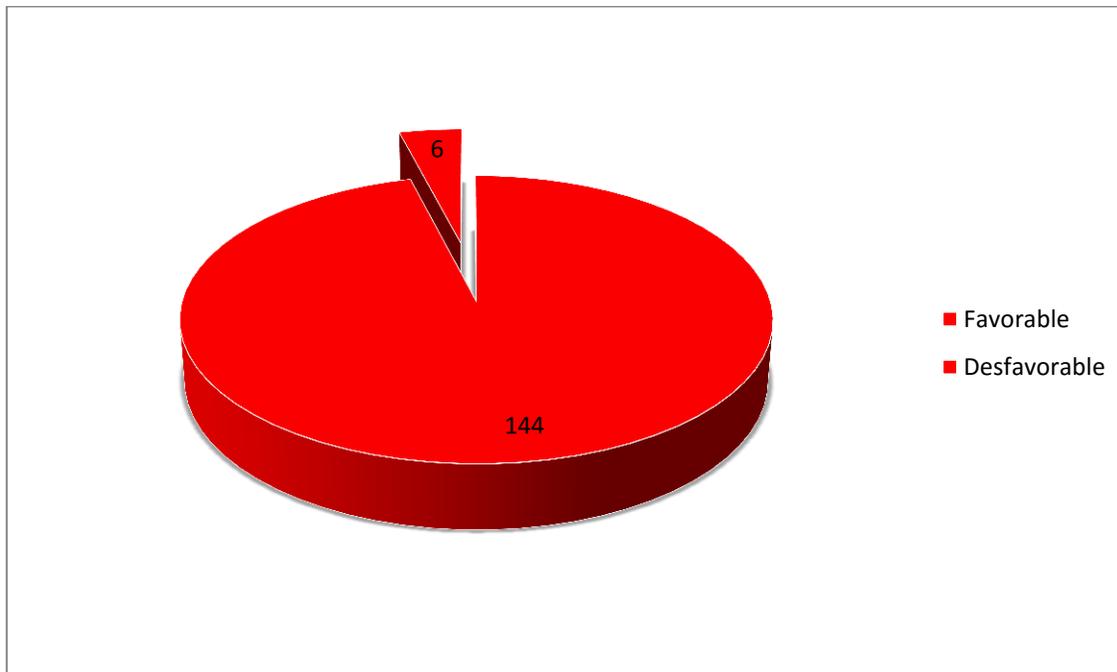
ACTITUDES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

TABLA No. 9 LACTANCIA MATERNA Y RESPONSABILIDAD

TIENE QUE VER SOLO CON LA MUJER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Favorable	144	95.5 %
Desfavorable	6	4.5 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 9 LACTANCIA MATERNA Y RESPONSABILIDAD



Fuente: Encuesta

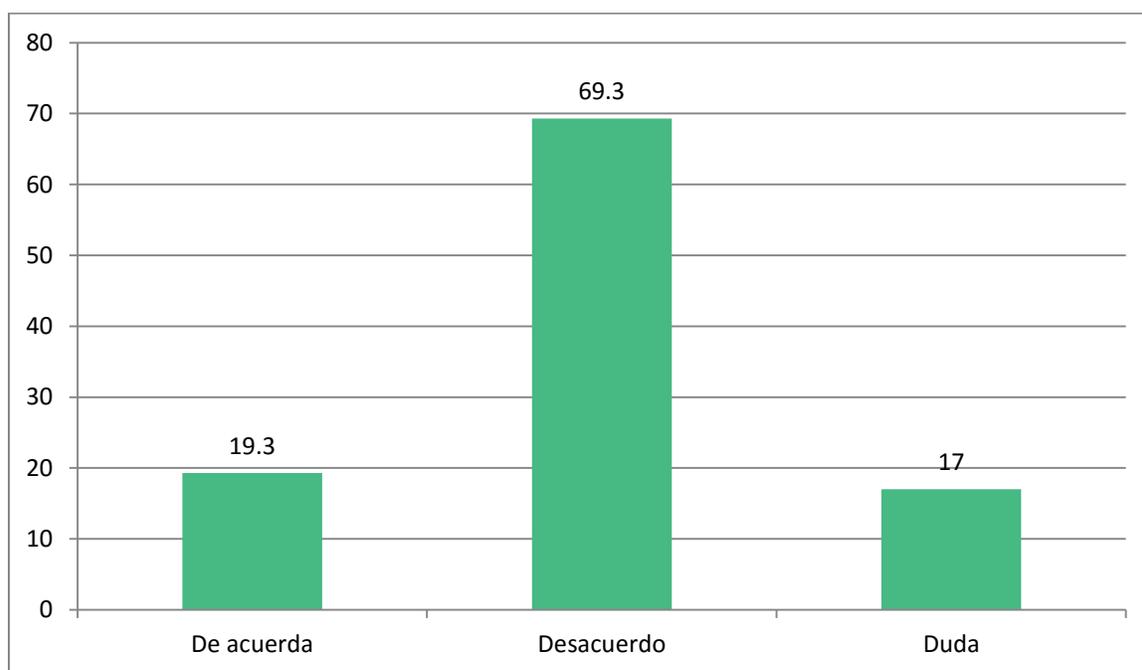
TABLA No. 10

ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE EL GUSTO DE LOS HOMBRES RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA

A LOS HOMBRES NO LES GUSTA QUE LA MUJER DE PECHO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	29	19.3 %
Desacuerdo	104	69.3 %
Duda	17	11.3 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfica n°. 10 ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE EL GUSTO DE LOS HOMBRES RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Encuesta

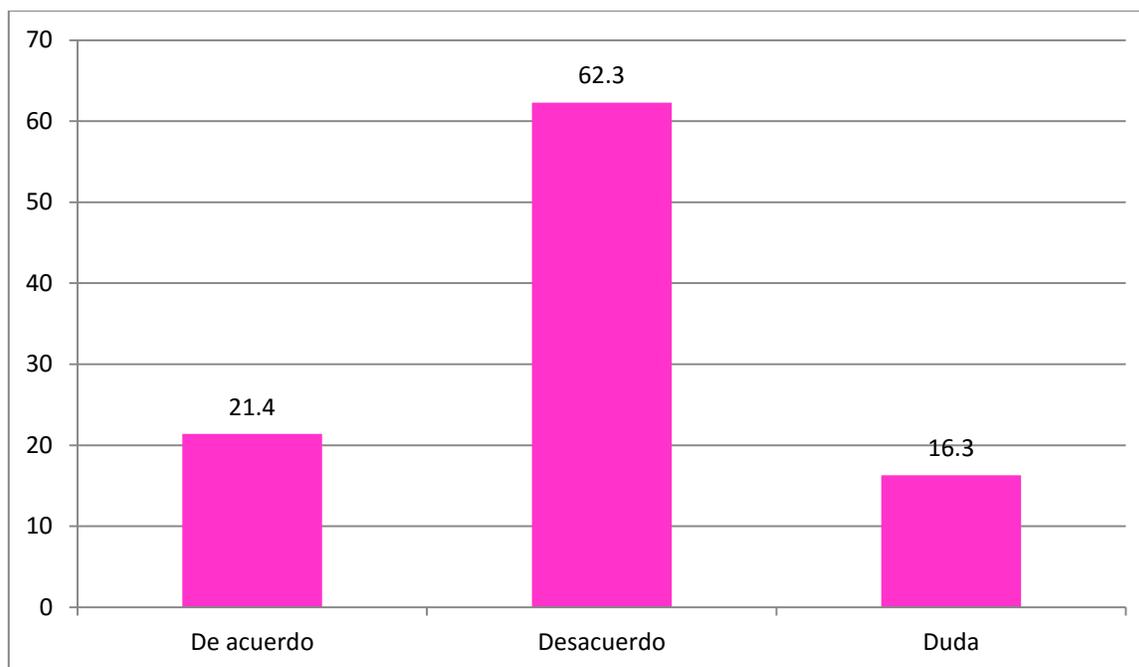
TABLA No. 11

ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE LA OPINIÓN DE LA PAREJA RESPECTO EL BRINDAR LACTANCIA MATERNA

A MI PAREJA NO LE GUSTA QUE DE PECHO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	32	21.4 %
Desacuerdo	93	62.3 %
Duda	25	16.3 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfica no. 11 ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE LA OPINIÓN DE LA PAREJA RESPECTO EL BRINDAR LACTANCIA MATERNA



Fuente: Encuesta

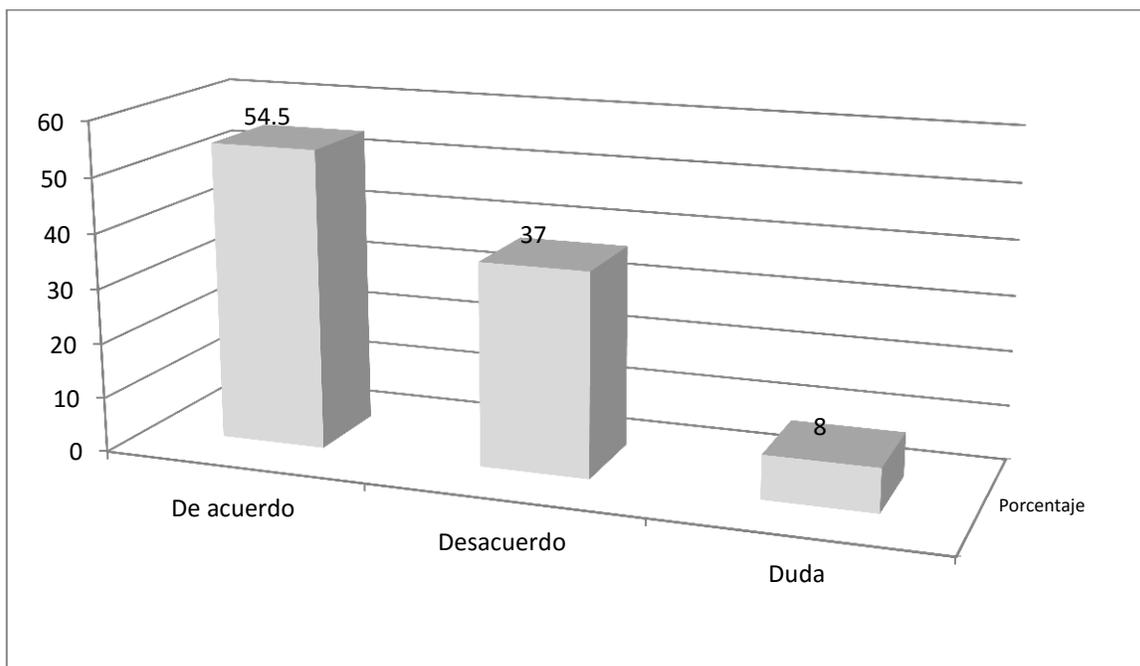
TABLA No. 12

ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS RESPECTO BRINDAR LACTANCIA MATERNA Y SU REPERCUSIÓN EN LA APARIENCIA FISICA

AFLOJA BUSTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	82	54.5 %
Desacuerdo	56	37 %
Duda	12	8 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfica no. 12 ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS RESPECTO BRINDAR LACTANCIA MATERNA Y SU REPERCUSIÓN EN LA APARIENCIA FISICA



Fuente: Encuesta

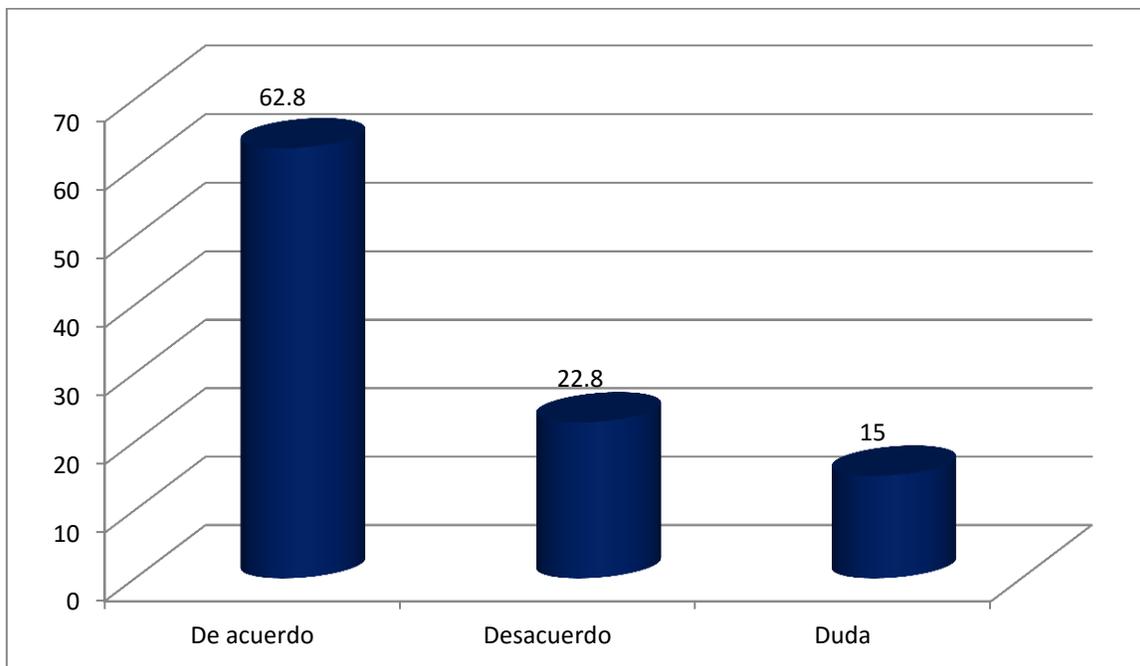
TABLA No. 13

ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE DAR SOLO PECHO POR 6 MESES

LACTANCIA POR 6 MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	94	62.8 %
Desacuerdo	34	22.8 %
Duda	22	15 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Grafico no. 13 ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE DAR SOLO PECHO POR 6 MESES



Fuente: Encuesta

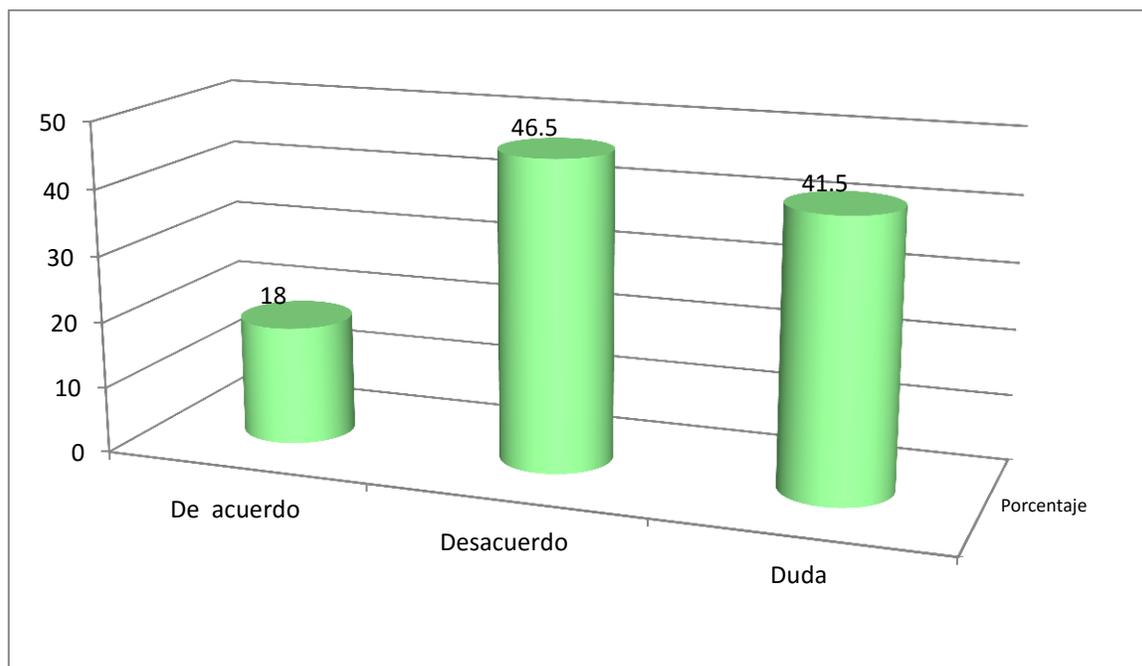
TABLA No. 14

ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LACTANCIA COMO PLANIFICACIÓN FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	12	18 %
Desacuerdo	70	46.5 %
Duda	62	41.5 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Grafico no. 14 ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Encuesta

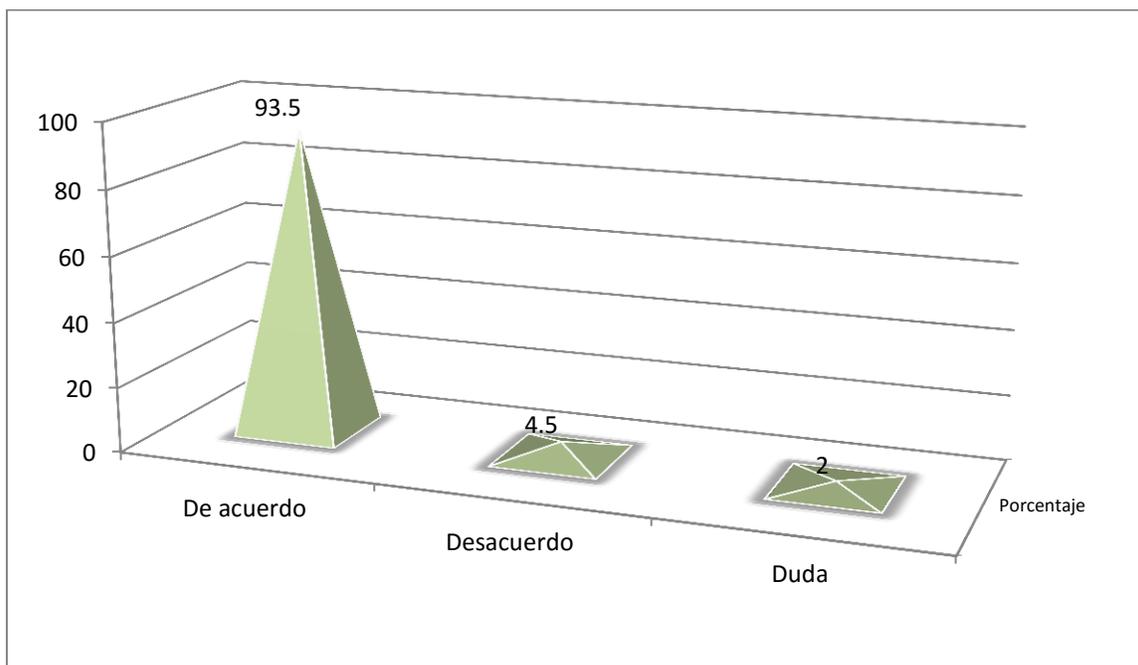
TABLA No. 15

ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE DAR LACTANCIA MATERNA A SU PRÓXIMO HIJO

DAR LACTANCIA A SU PROXIMO HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	140	93.5 %
Desacuerdo	7	4.5 %
Duda	3	2 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico no. 15 ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE DAR LACTANCIA MATERNA A SU PRÓXIMO HIJO



Fuente: Encuesta

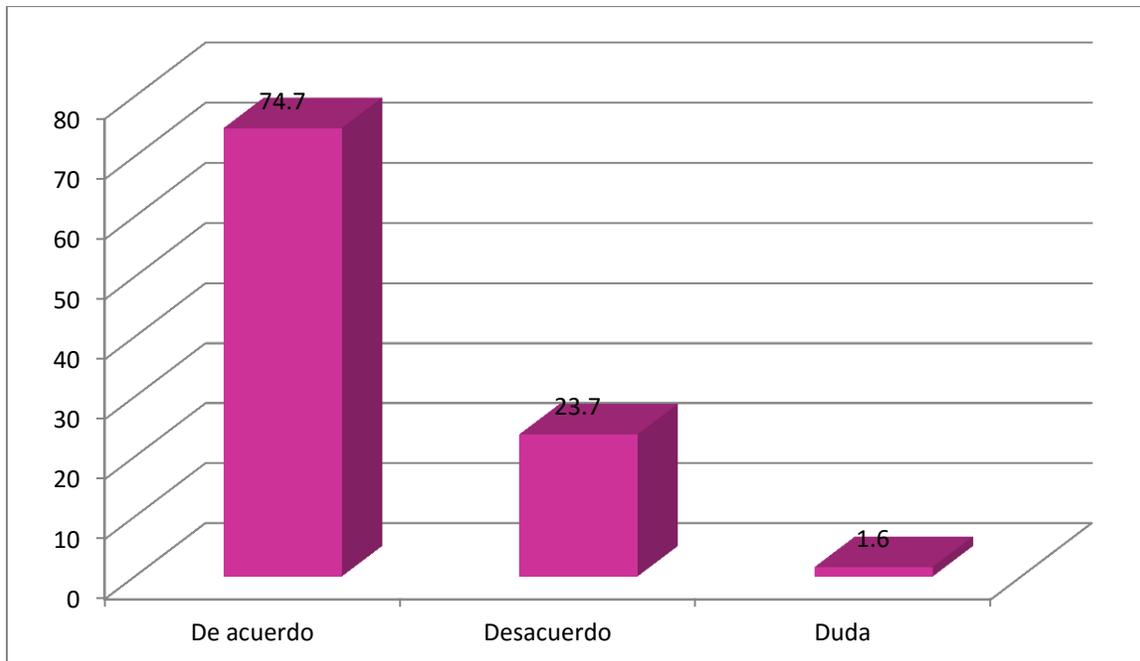
TABLA No. 16

ACITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE LA DIFICULTAD DE EL BRINDAR EL PECHO SI LA MADRE TRABAJA

DIFICULTAD DE LA LACTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	112	74.7 %
Desacuerdo	36	23.7%
Duda	2	1.6 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfica no. 16 ACITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE LA DIFICULTAD DE EL BRINDAR EL PECHO SI LA MADRE TRABAJA



Fuente: Encuesta

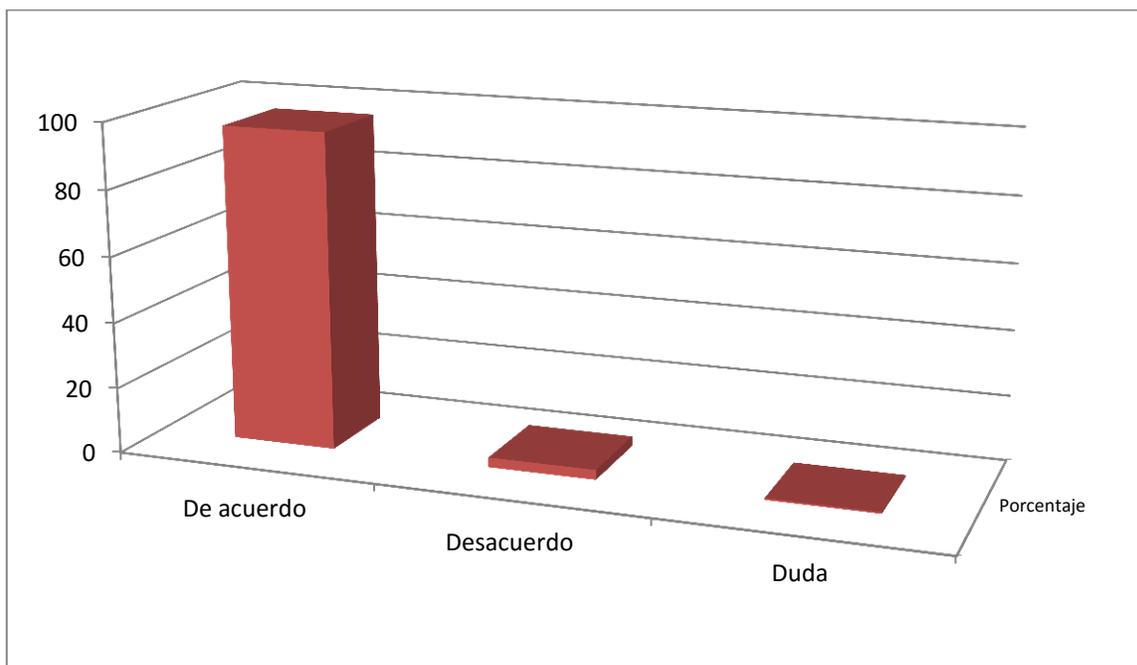
TABLA No. 17

ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE LA UTILIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL PUESTO DE SALUD SAN SEBASTIÁN SOBRE LACTANCIA MATERNA

INFORMACIÓN ÚTIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	145	96.5 %
Desacuerdo	4	3 %
Duda	1	0.5 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 17 ACTITUD DE LAS ENCUESTADAS SOBRE LA UTILIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL PUESTO DE SALUD SAN SEBASTIÁN SOBRE LACTANCIA MATERNA



Fuente: Encuesta

PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA

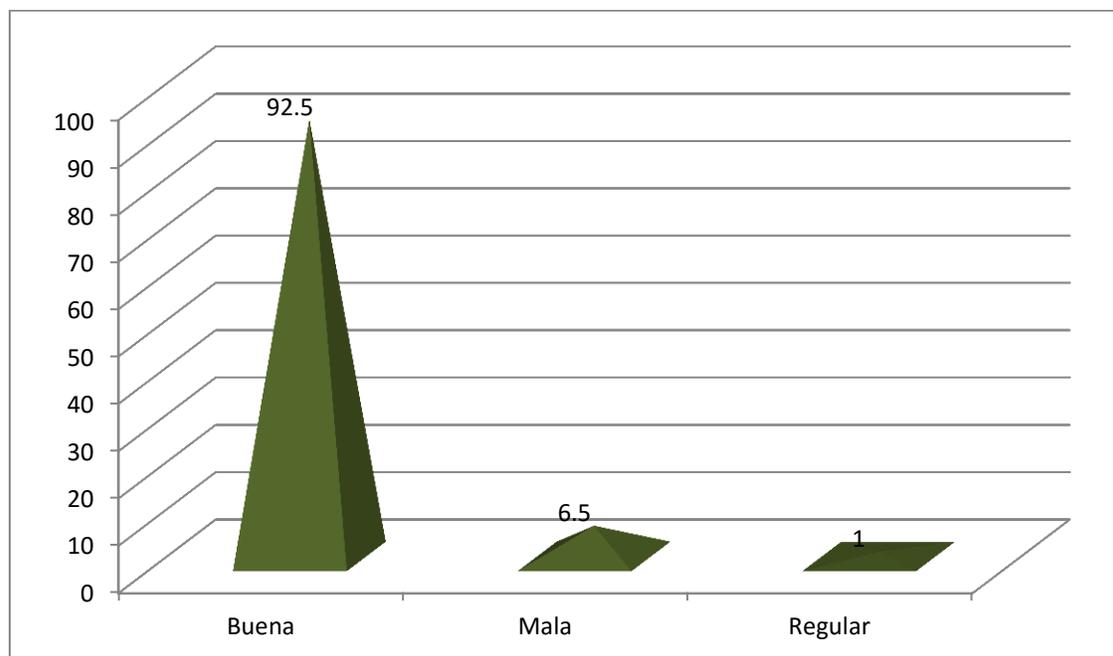
TABLA No. 18

PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS DE LAS ENCUESTADAS SOBRE DAR LACTANCIA

BRINDAN LACTANCIA EN LA FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena	139	92.5 %
Mala	9	6.5 %
Regular	2	1 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 18 PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS DE LAS ENCUESTADAS SOBRE DAR LACTANCIA



Fuente: Encuesta

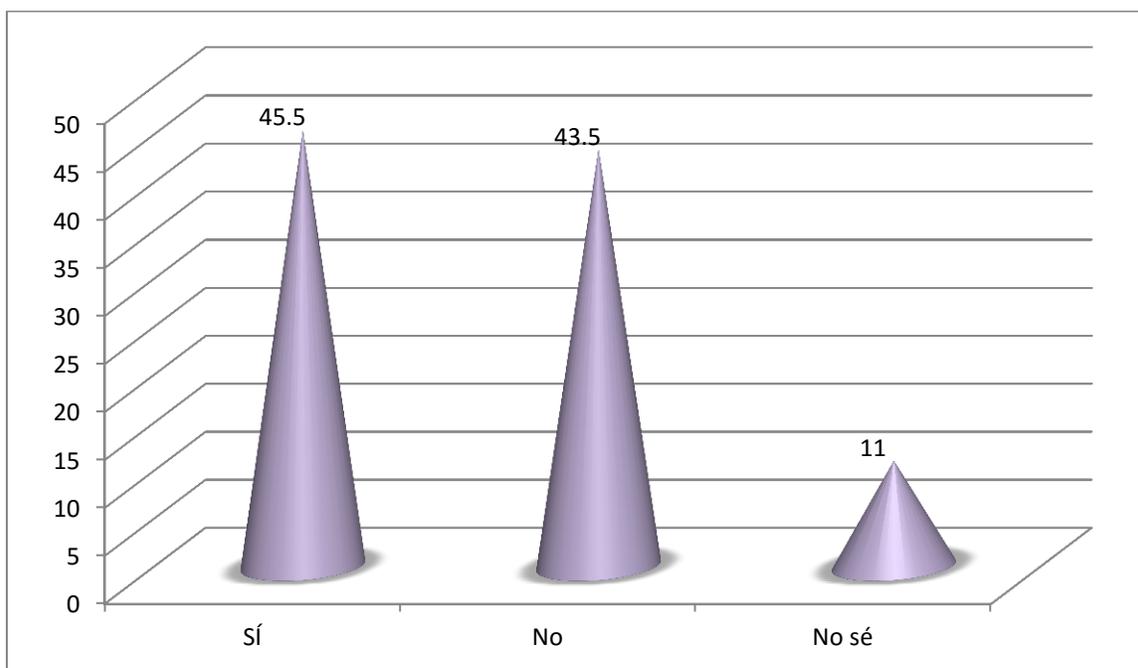
TABLA No. 19

PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS DE LAS ENCUESTADAS DE BRINDAR SOLO PECHO POR 6 MESES

TODAS LAS MUJERES DE SU FAMILIA DAN PECHO SOLO POR 6 MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	68	45.5 %
No	65	43.5 %
No sé	17	11 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 19 PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS DE LAS ENCUESTADAS DE BRINDAR SOLO PECHO POR 6 MESES



Fuente: Encuesta

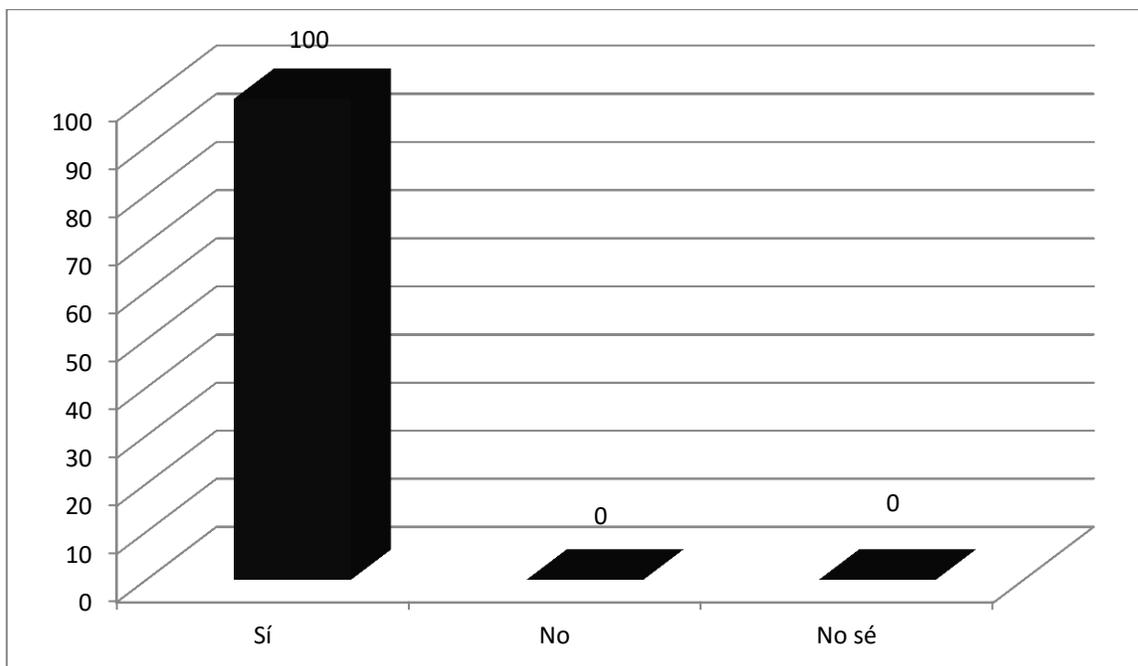
TABLA No. 20

PRÁCTICAS DE LAS ENCUESTADAS SOBRE LA LACTANCIA BRINDADA A SU ÚLTIMO HIJO

BRINDÓ LACTANCIA A SU ÚLTIMO HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	150	100 %
No	0	
No sé	0	
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 20



Fuente: Encuesta

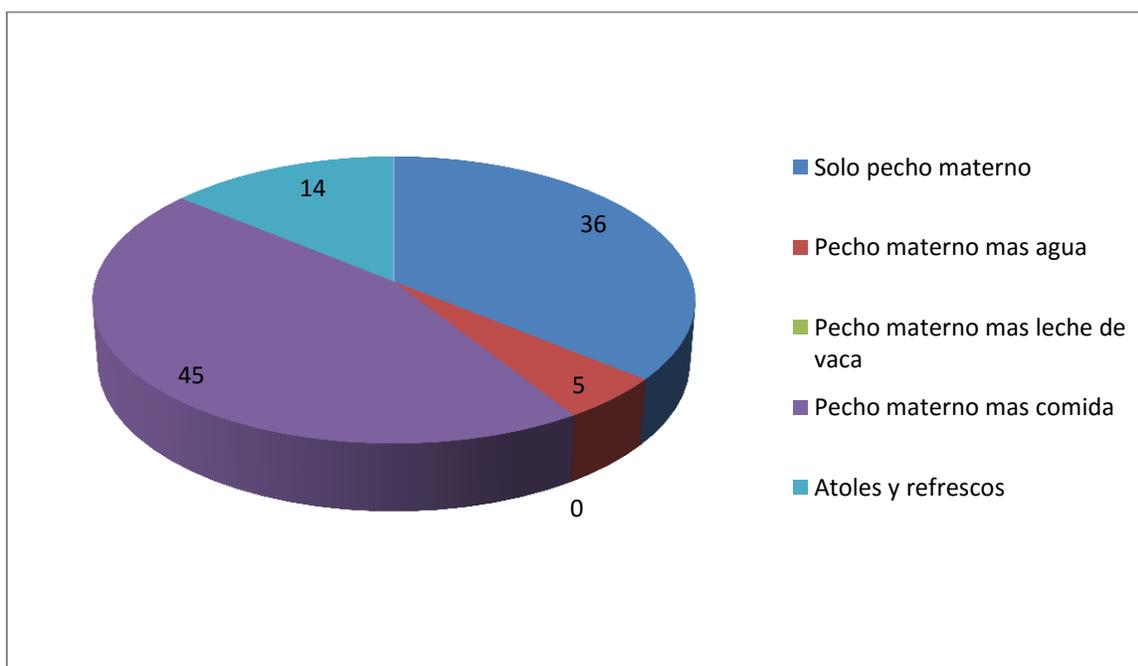
TABLA No. 21

TIPO DE LACTANCIA QUE LAS ENCUESTADAS BRINDARON A SU ÚLTIMO HIJO

TIPO DE LACTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solo pecho materno	54	36 %
Pecho materno más agua	7	5 %
Pecho materno más leche de vaca	0	0 %
Pecho materno más comida	68	45 %
Atoles y refrescos	21	14 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 21 TIPO DE LACTANCIA QUE LAS ENCUESTADAS BRINDARON A SU ÚLTIMO HIJO



Fuente: Encuesta

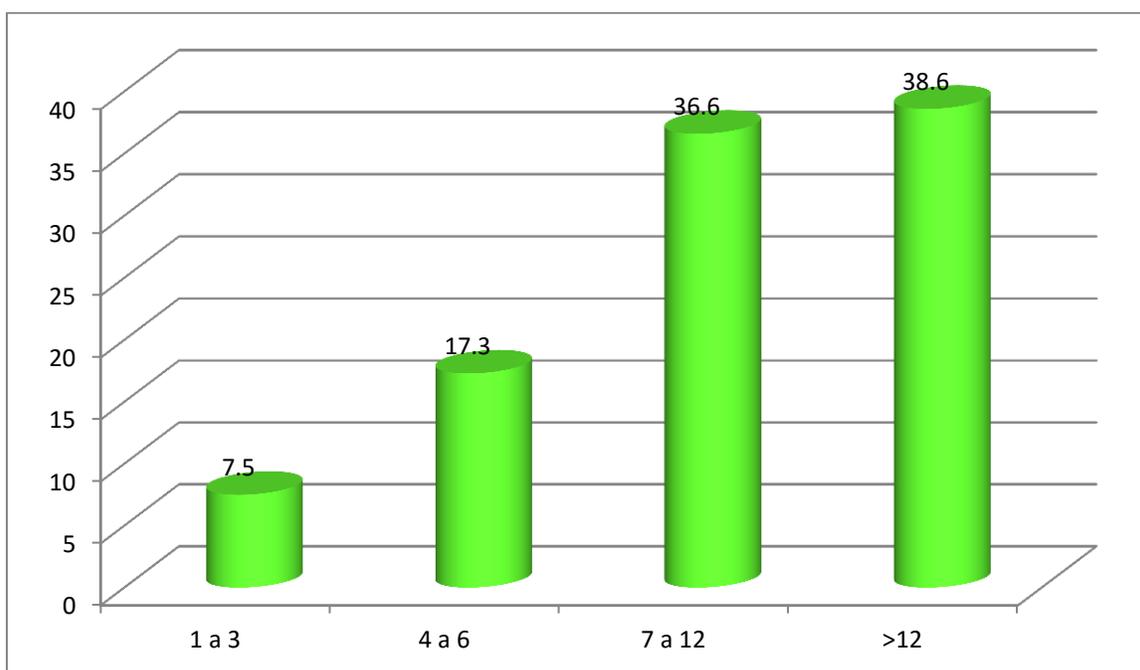
TABLA No. 22

DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA QUE LAS ENCUESTADAS BRINDARON A SU ÚLTIMO HIJO

DURACIÓN EN MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 3	11	7.5 %
4 a 6	26	17.3 %
7 a 12	55	36.6 %
> 12	58	38.6 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 22 DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA QUE LAS ENCUESTADAS BRINDARON A SU ÚLTIMO HIJO



Fuente: Encuesta

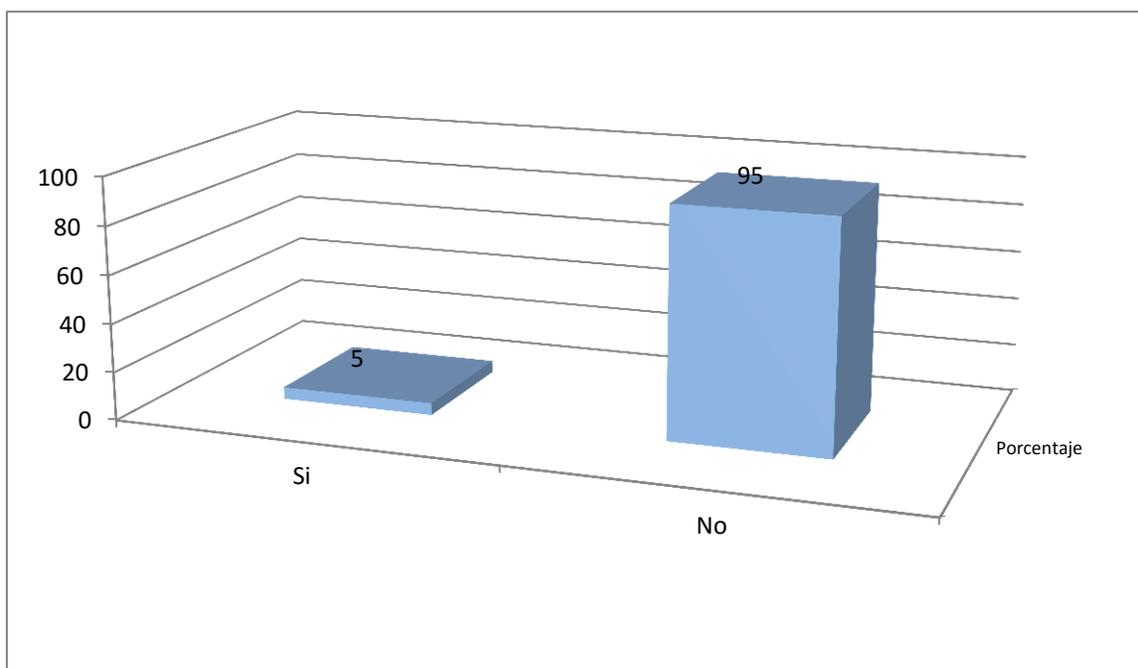
TABLA No. 23

PRESENCIA DE PROBLEMAS DE LAS ENCUESTADAS AL BRINDAR LACTANCIA

PROBLEMAS PARA DAR PECHO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	5 %
No	143	95 %
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 23 PRESENCIA DE PROBLEMAS DE LAS ENCUESTADAS AL BRINDAR LACTANCIA



Fuente: Encuesta

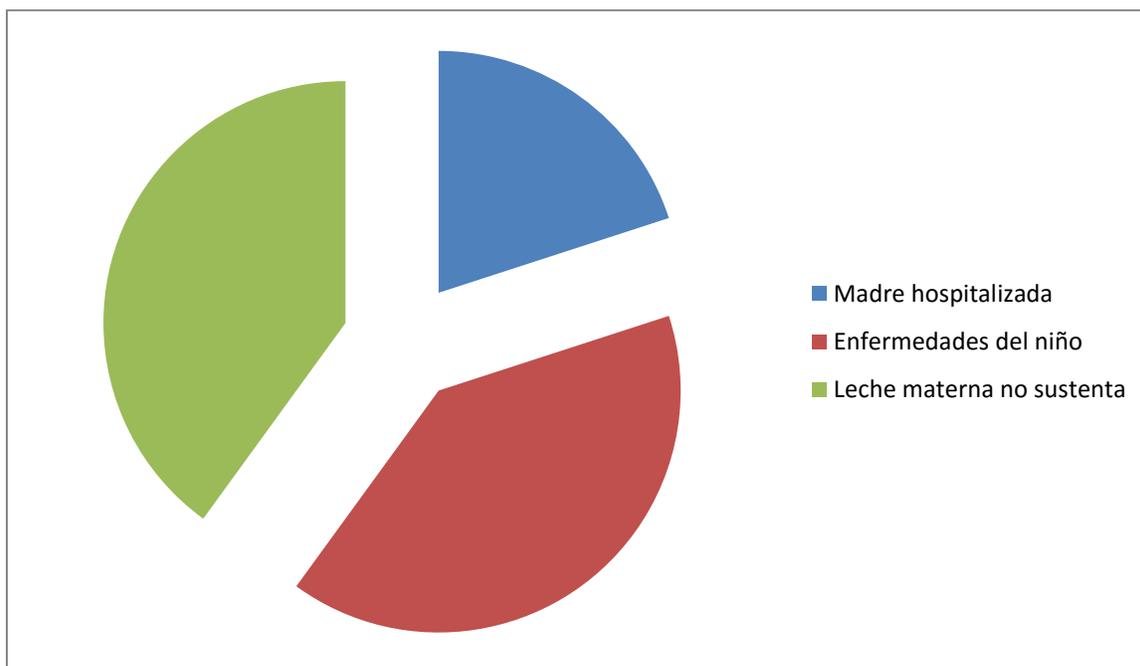
TABLA No. 24

PROBLEMAS QUE LAS MADRES ENCUESTADAS PRESENTARON DURANTE LA LACTANCIA

PROBLEMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre hospitalizada	1	20 %
Enfermedades del niño (respiratorio)	3	40 %
La leche materna no sustenta	3	40 %
TOTAL	7	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 24 PROBLEMAS QUE LAS MADRES ENCUESTADAS PRESENTARON DURANTE LA LACTANCIA



Fuente: Encuesta

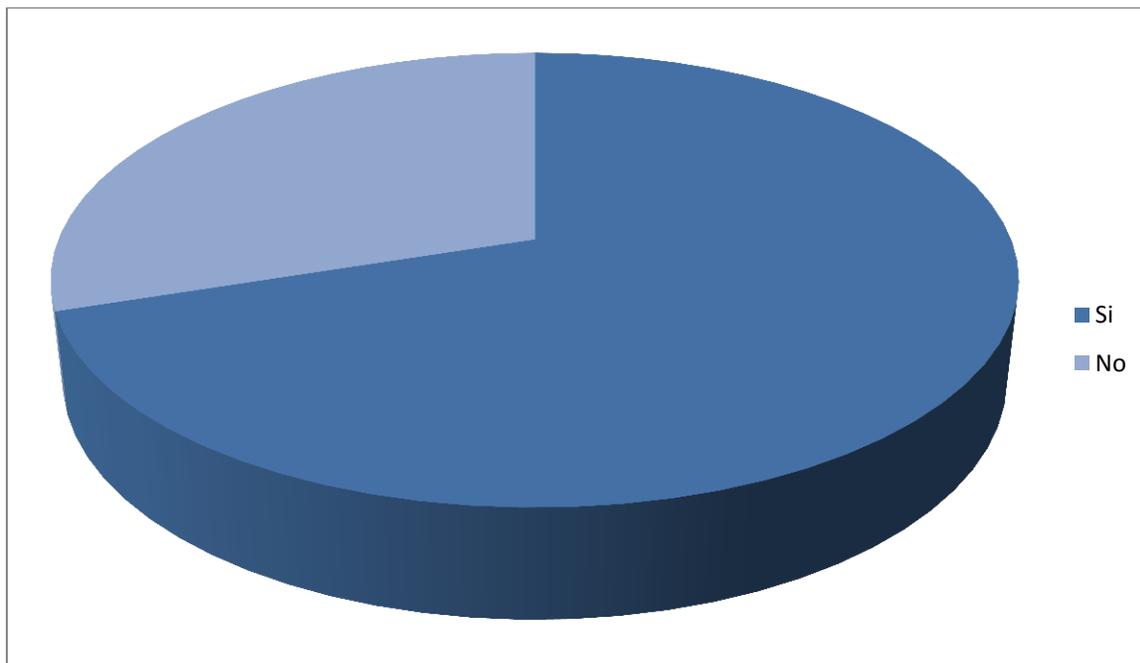
TABLA No. 25

GASTO DE DINERO DE PARTE DE LAS ENCUESTADAS EN LA COMPRA DE LECHE DE VACA O FÓRMULA

GASTARON BASTANTE DINERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	5	70%
No	2	30 %
TOTAL	7	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 25 GASTO DE DINERO DE PARTE DE LAS ENCUESTADAS EN LA COMPRA DE LECHE DE VACA O FÓRMULA



Fuente: Encuesta

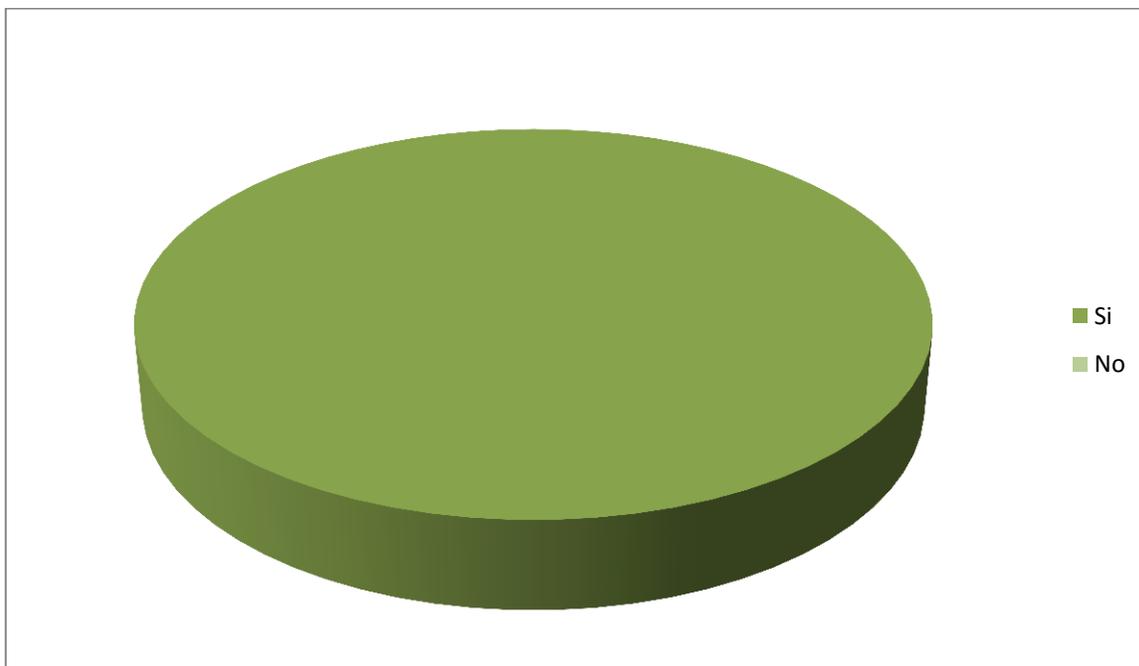
TABLA No. 26

**PRESENCIA DE ENFERMEDADES DEL ÚLTIMO NIÑO DE LAS
ENCUESTADAS EN LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA**

SE ENFERMÓ BASTANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	100 %
No	0	0
TOTAL	7	100 %

Fuente: Encuesta

Gráfico n°. 26



Fuente: Encuesta

