

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas – UNAN León
Postgrado en Epidemiología y Salud**



Para optar al título de:
“Máster en Salud Pública”

“Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre Lactancia Materna exclusiva en púerperas de puerperio normal del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018”

Autoras:

Lic. Delci Margot Peri Guity.
Lic. Elga Xiomara Medina González.

Tutor:

Dr. Néstor Castro Gutiérrez.

León, Nicaragua, Febrero 2019

DEDICATORIA

A Dios por su infinita bondad, amor, por habernos guiado por el buen camino y permitido llegar a este punto brindándonos salud para lograr nuestros objetivos.

A nuestros padres y hermanos por su gran ejemplo de superación y valioso apoyo en todo momento por sus consejos, valores por la motivación constante que nos ha permitido ser personas de bien, por sus ejemplos de perseverancia para seguir adelante, pero sobre todo con su amo.

A nuestros hijos que son la causa de nuestra felicidad y el motor que impulsa nuestra vida hacia el éxito, quienes también fueron el motor y apoyo en la realización y culminación de esta tesis, por todas las veces que no pudieron tener a una mamá de tiempo completo.

A todas las personas que siempre creyeron en nuestra capacidad, capacidad que tenemos todos, es grata la potencia y valentía que poseemos cuando queremos lograr algo.

Delci Margot Peri Guity y Elga Xiomara Medina González.

AGRADECIMIENTO

A nuestro Dios por permitirnos estudiar la Maestría y proporcionar los dones del entendimiento, la sabiduría y fortaleza espiritual necesaria para la elaboración de este informe final.

Agrademos a este centro prestigioso Universidad Autónoma de Nicaragua Facultad de Ciencias Médicas UNAN – León por habernos proporcionado la oportunidad de cursar nuestra Maestría en Salud Pública institución empeñada en la formación de profesionales competentes.

Al cuerpo docente del Postgrado de Salud Pública que impartieron sus sapiencias generosamente, permitiendo que nos instruyéramos como profesionales capaces y comprometidos.

Muy especialmente a nuestro tutor de tesis Dr. Néstor Castro, por su importante aporte y su participación activa, la acertada orientación, discusión crítica y disponibilidad que nos permitió el aprovechamiento para la realización de este trabajo de investigación.

Especial mención a nuestros formadores Dr. Juan Almendarez, Dra. Patricia Cortés, por el apoyo, confianza, interés y motivación para que realizáramos estudios de postgrado y su insistencia en que culmináramos este trabajo de investigación.

Delci Margot Peri Guity y Elga Xiomara Medina González.

RESUMEN

El presente estudio trata de cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna, que tienen las madres ingresadas en puerperio normal del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela, de Tegucigalpa, Honduras, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018.

El estudio realizado es uno de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), siendo la muestra las puérperas ingresadas en puerperio normal.

Las puérperas ingresadas fueron 206, a las que se les aplicó un cuestionario que fue diseñado y validado por el Hospital Escuela Universitario de Honduras, con preguntas cerradas, la información obtenida se procesó en Epi Info 7.2.0 y se analizó mediante tablas de distribución y frecuencias.

Los resultados obtenidos en cuanto a características sociodemográficas, prevaleció el grupo etareo de 18 a 24 años con un 41.26%, procedencia de la zona rural en un 27.18%, convivir sola con la pareja y los hijos en un 57.76%, tienen educación secundaria en un 46.11%, la principal actividad laboral la de ama de casa con un 78.15%. En lo concerniente a los conocimientos en general de las encuestadas el 50% de las respuestas tienen niveles altos y el otro 50% de las respuestas positivas fueron inferiores al 70%. En actitudes más del 80% de las respuestas fueron muy buenas. En prácticas las respuestas fueron superiores al 80% en el 89% de las preguntas de la encuesta, solo una respuesta fue inferior al 57%.

En general la población estudiada obtuvo bueno en conocimientos, actitudes y prácticas, pero el conocimiento adquirido por las encuestadas no es precisamente el facilitado por personal capacitado en el componente de lactancia materna. Esto se encontró por ser el 50% de las respuestas obtenidas como buenas en conocimientos, pero superiores al 70% en actitudes y prácticas, lo que puede ser el resultado del acompañamiento de los familiares, vecinos o amigos en este tema, que han adquirido en la práctica.

Palabras claves: *Lactancia materna, actitudes, conocimientos y prácticas.*

ÍNDICE

	Contenido	Página
I	Introducción	1
II	Antecedentes	3
III	Justificación	5
IV	Planteamiento del Problema	6
V	Objetivos	7
VI	Marco Teórico	8
VII	Material y Métodos	51
	Operacionalización de variables	56
IX	Resultados	60
X	Discusión de los Resultados	70
XI	Conclusiones	75
XII	Recomendaciones	77
XIII	Bibliografía	78
XIV	Anexos	82

SIGLAS

HEU	: Hospital Escuela Universitaria
ENDESA	: Encuesta Nacional de Demografía y Salud
FAO	: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
LM	: Lactancia Materna
MINSA	: Ministerio de Salud de Nicaragua
OEA	: Organización de Estados Americanos
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
RN	: Recién Nacido
UNAH	: Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud, fomenta activamente la Lactancia Materna como la mejor fuente de nutrientes para los lactantes y niños pequeños, ya que es una forma ideal de aportarles los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludable. ⁽¹⁾

Es por ello que a través de todos los tiempos, la lactancia materna ha constituido el modo de alimentación que ha garantizado la supervivencia del género humano y las ventajas que proporciona son muy conocidas; representa además, uno de los temas más apasionantes de la práctica médica. ⁽²⁾

Al recibir lactancia materna durante los primeros seis meses de vida y después de este tiempo, junto con una alimentación complementaria apropiada, aseguran el crecimiento y el desarrollo de los menores. Así mismo en la práctica social, aporta significativamente a la disminución de la mortalidad y morbilidad infantil, evitable por desnutrición. ⁽³⁾

La lactancia materna óptima de los lactantes menores de dos años de edad tiene más repercusiones potenciales sobre la supervivencia de los niños que cualquier otra intervención preventiva, ya que puede evitar 1,4 millones de muertes de **niños menores de cinco años** en el mundo en desarrollo (*The Lancet*, 2008). Los resultados de un estudio realizado en Ghana demuestran que amamantar a los bebés durante la primera hora de nacimiento puede prevenir el 22% de las muertes neonatales ⁽⁴⁾.

En general, es reconocida por los profesionales e investigadores en la salud, como, la primera vacuna que recibe el niño contra la muerte, la enfermedad y la pobreza, y también la inversión mas perdurable en su capacidad física, cognitiva y social. También contribuye a la equidad, al dar a todos los niños una ventaja nutricional para el éxito de la vida. ⁽⁵⁾

“Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de Puerperio normal, del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018”

La Secretaria de Salud de Honduras, esta conciente de que para el país, es importante el que las mujeres gestantes den lactancia exclusiva a sus hijos y mejoren sus condiciones de vida. ⁽⁵⁾

ENDESA 2011-2012, encontró que el 29% de niños de 6-59 meses de edad tenían anemia, al igual que las mujeres de 15-49 años en un 15%. En el Documento del programa del país 2012-2016 de Honduras, expresa que según el “Estado Mundial de la Infancia, UNICEF 2009, en Honduras solamente 1 de cada 5 recién nacidos es alimentado con leche materna durante su primera hora de vida, mientras que el 70% de los niños y niñas entre 0 y 6 meses no reciben lactancia materna exclusiva. El mismo documento reconoce que el 53% de los niños de 4 y 5 meses es alimentado con biberón y que solo la tercera parte de los lactantes, entre 6 y 9 meses de edad, no son alimentados adecuadamente, combiando leche materna y alimentos semisólidos.

Por lo antes encontrado y considerando los beneficios para las madres y los niños de la lactancia materna, es por lo que se decide a identificar los “*Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de Puerperio normal, del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018*”

II. ANTECEDENTES

A nivel mundial se observa que en África y Asia el porcentaje de madres que no dan de lactar a sus hijos en los primeros meses de vida es alrededor del 70%. En América del Norte se ha desplazado la lactancia materna por el uso del biberón, presentando como consecuencia un sistema inmunológico deprimido, desnutrición, así como déficit de crecimiento y desarrollo. Todo este cambio se observa con más énfasis en México, Estados Unidos y Canadá, entre otros países, pero con un porcentaje menor. ⁽⁶⁾

En América Latina y el Caribe el 40% de los niños y niñas reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de nacidos. UNICEF 2008. Siendo las peores cifras presentadas las de El Salvador (24%), Nicaragua (31%) y Panamá (25%). Países como Bolivia (54%) y Chile (63%) los que tienen los mejores porcentajes en Latinoamérica (UNICEF/OMS/OPS, 2013).

La no alimentación de lactantes y niños ha llegado a causar problemas de abandono de la lactancia materna, como consecuencia de la mala publicidad y abundante promoción de fórmulas que tiene la población. Por lo que se creó el reglamento de la comercialización de sucedáneos de la leche materna *“Codigo Internacional de sucedáneos de la leche materna” que regularía las practicas de comercialización de alimentos para niños.* ⁽⁷⁾

En el 2013 en el municipio de Managua en el Hospital Alemán Nicaraguense, se realizó un estudio de Conocimientos, actitudes y practicas de lactancia materna que poseen las madres de recién nacidos ingresados en neonatología el cual concluyó que los conocimientos de lactancia materna no eran satisfactorios, sin embargo, mostraron actitudes positivas hacia la lactancia materna. Así mismo presentaron deficiencia de manera especial en las prácticas de extracción manual de leche materna, así como la forma de administración de la misma. ⁽⁷⁾

En Honduras la lactancia materna ha sido una práctica alta en comparación a los otros países de la región y ha disminuido en los últimos años (2001-2012) del 33% a 31% en claro deterioro del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de dos años de edad. En el área urbana como rural, se ha observado el apego temprano al pecho del recién nacido, pero cada vez más pronto se introducen otros alimentos que compiten con la lactancia materna debido entre otros aspectos, a la falta de control de comercialización de los sucedáneos de la leche materna. ⁽⁸⁾

III. JUSTIFICACION

La Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, es considerada a nivel mundial como un problema de nutrición de este grupo, además de ser una responsabilidad de todas las entidades gubernamentales y sociales. Lamentablemente la práctica del amamantamiento no es generalizada por múltiples causas, entre las que se encuentran; la falta de conocimientos, promoción de leches sustitutas, mayor involucramiento de la mujer en actividades laborales fuera del hogar, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan amamantar a los niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad de manera exclusiva y con alimentación complementaria, hasta los dos años de vida del niño. ⁽¹⁰⁾

Honduras debe afrontar el reto de la promoción intensiva y creativa de la lactancia materna y la alimentación de destete. Según el Estado Mundial de la Infancia, UNICEF 2009, en Honduras solamente 1 de cada 5 recién nacidos es alimentado con leche materna durante su primera hora de vida, mientras que el 70% de los niños y niñas entre 0 y 6 meses no recibe lactancia materna exclusiva. ⁽¹¹⁾

Es por lo antes conocido que hemos considerado pertinente realizar el presente estudio, que nos permita disponer de información sobre las estrategias a realizar para mejorar la situación de las madres, en los conocimientos, actitudes y prácticas del amamantamiento a sus hijos. Otro hallazgo, es que sobre esta temática, son pocos los estudios realizados en Honduras a la fecha.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Lactancia Materna exclusiva proporciona soporte al sistema inmunológico, así como todos los nutrientes que requiere el recién nacido en los primeros seis meses de vida; y a pesar de los múltiples esfuerzos por recomendarla como el mejor alimento que han realizado la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, esto no ha sido posible, a Honduras, la FAO, lo ha posicionado como el tercer país con los mayores índices de desnutrición crónica infantil de Latinoamérica y el Caribe.

Es por ello, que se hace la siguiente pregunta?

“Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de Puerperio normal, del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario de Honduras, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018”

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en relación a Lactancia Materna exclusiva que tienen las puérperas que ingresaron en la sala de puerperio normal del bloque materno infantil, del Hospital Escuela Universitario de Honduras del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres puérperas del presente estudio.
2. Identificar el conocimiento sobre Lactancia Materna exclusiva que poseen las puérperas.
3. Determinar las actitudes que tienen las puérperas estudiadas con respecto a la Lactancia Materna.
4. Describir las prácticas en Lactancia Materna de las puerperas en estudio.

VI. MARCO TEORICO

La lactancia materna es la acción natural de alimentar al bebé con el alimento producido por la madre, conocido como leche materna, o en su defecto por una madre sustituta que asume ese papel. Convenio de cooperación técnica y financiera No. 233 de 2009 entre el Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNISEF, y Programa Mundial de Alimento (PMA) de las Naciones Unidas. Plan decenal de Lactancia Materna 2010 – 2020.

La leche materna se considera el método de alimentación infantil más sencillo, sin costo y sano, al contener los minerales y nutrientes para los seis primeros meses de vida. ⁽¹¹⁾.

La Lactancia Materna es un acto fisiológico, propio de los mamíferos, consiste en que un bebé se alimenta de la leche de su madre. Esta leche es considerada como la mejor y más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros seis meses de vida, y amamantar es una forma natural de alimentación de la especie humana. ⁽¹²⁾

El hablar de Lactancia Materna exclusiva es ofrecer al bebé 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 le da alimentos artificiales, ya sea leche o cereales u otro tipo de alimentos.

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, es importante recalcar que ninguna fórmula comercial igual a la leche materna. ⁽¹²⁾

Anatomía de la glándula mamaria

La glándula mamaria se encuentra localizada en la pared torácica entre la segunda y sexta costilla. Su tamaño y forma varía (en la misma mujer) según las características individuales, genéticas, raciales y estará de acuerdo a la edad y la paridad. ⁽¹²⁾

Estructura Externa de la glándula Mamaria

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

La base del pezón está rodeada por una zona oscura denominada areola. Esta contiene fibra de tejido conectivo dispuesta 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 le atribuye la lubricación y odorización de la mama.

En la parte interna, se identifica la siguiente estructura principales:

Tejidos glandular:

Dentro de él se produce la leche, obedeciendo las órdenes provenientes del cerebro, el cual responde a los reflejos estimulados durante la succión y facilitadas por un ambiente adecuado. La glándula mamaria está formada por un conjunto más o menos regular de quince a veinte racimo glandulares denominados lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto que lleva la leche hasta la punta del pezón. ⁽¹²⁾

Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y esto a su vez está formados por diez acinos o alvéolos. Cada acinos está formado por un conjunto de célula secretora que rodea una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrán por un conducto terminal. Tanto los acinos como los conductores ⁽¹²⁾

excretores están rodeados de células mioepiteliales y vasos sanguíneos de pequeños calibre (capilares), de gran importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

Conductos:

Transportan la leche desde el ciclo de la producción, en el tejido glandular, hasta el sitio de almacenamiento (senos lactíferos).⁽¹²⁾

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 una 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 este el 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 sostén 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.⁽¹²⁾

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

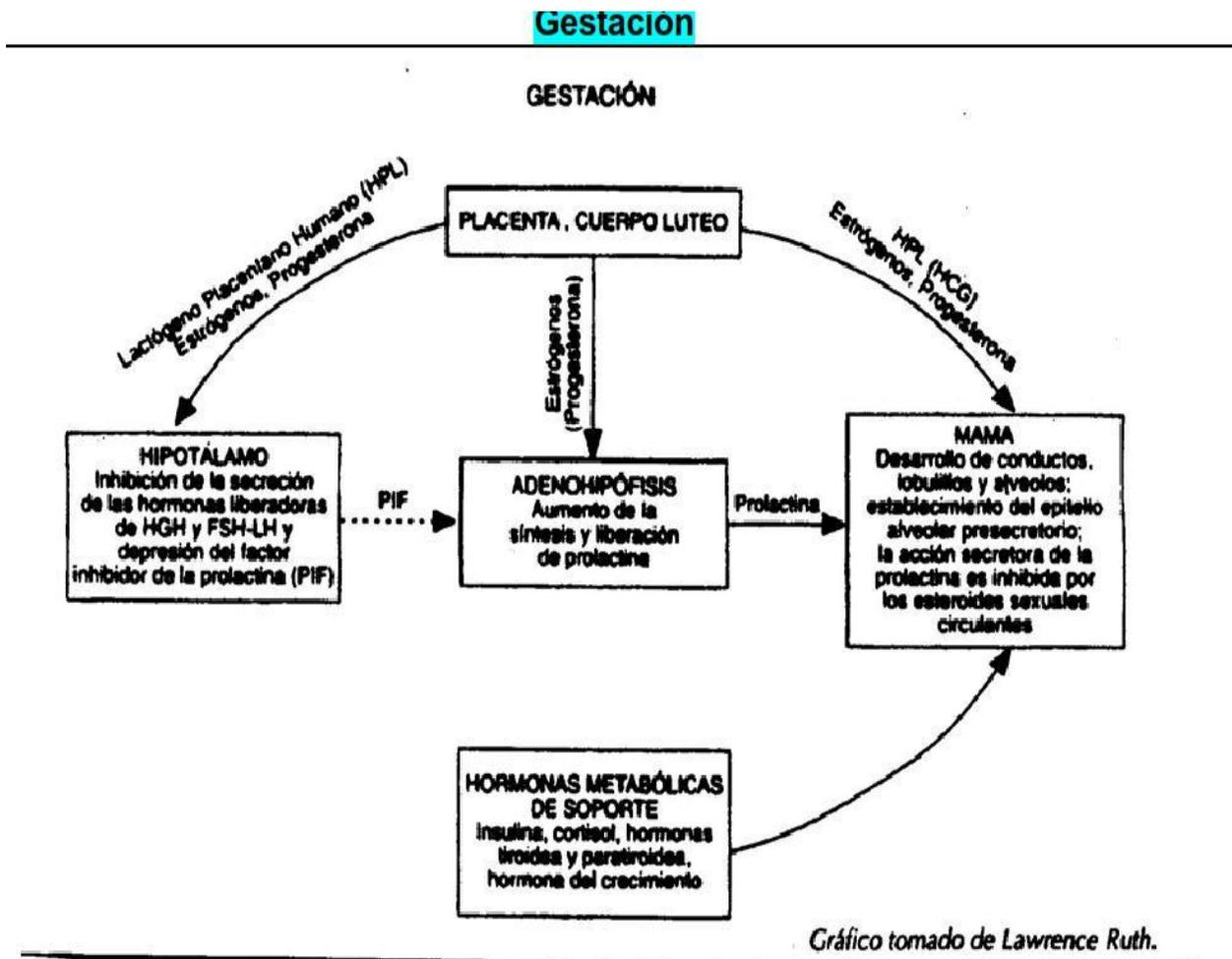
Fisiología de producción de leche

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

- **Las Hormonas lúteales y placentarias;** producen un aumento en el número de conductos y lobulillos. ⁽¹²⁾

- **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. ⁽¹²⁾



La leche se produce como resultado de la acción de hormonas y reflejos. Cuando el (la) niño (a) inicia la succión, comienza a actuar dos reflejos, el de producción y secreción de la leche.

Regulación de la Producción de Leche:

*** Lactogénesis**

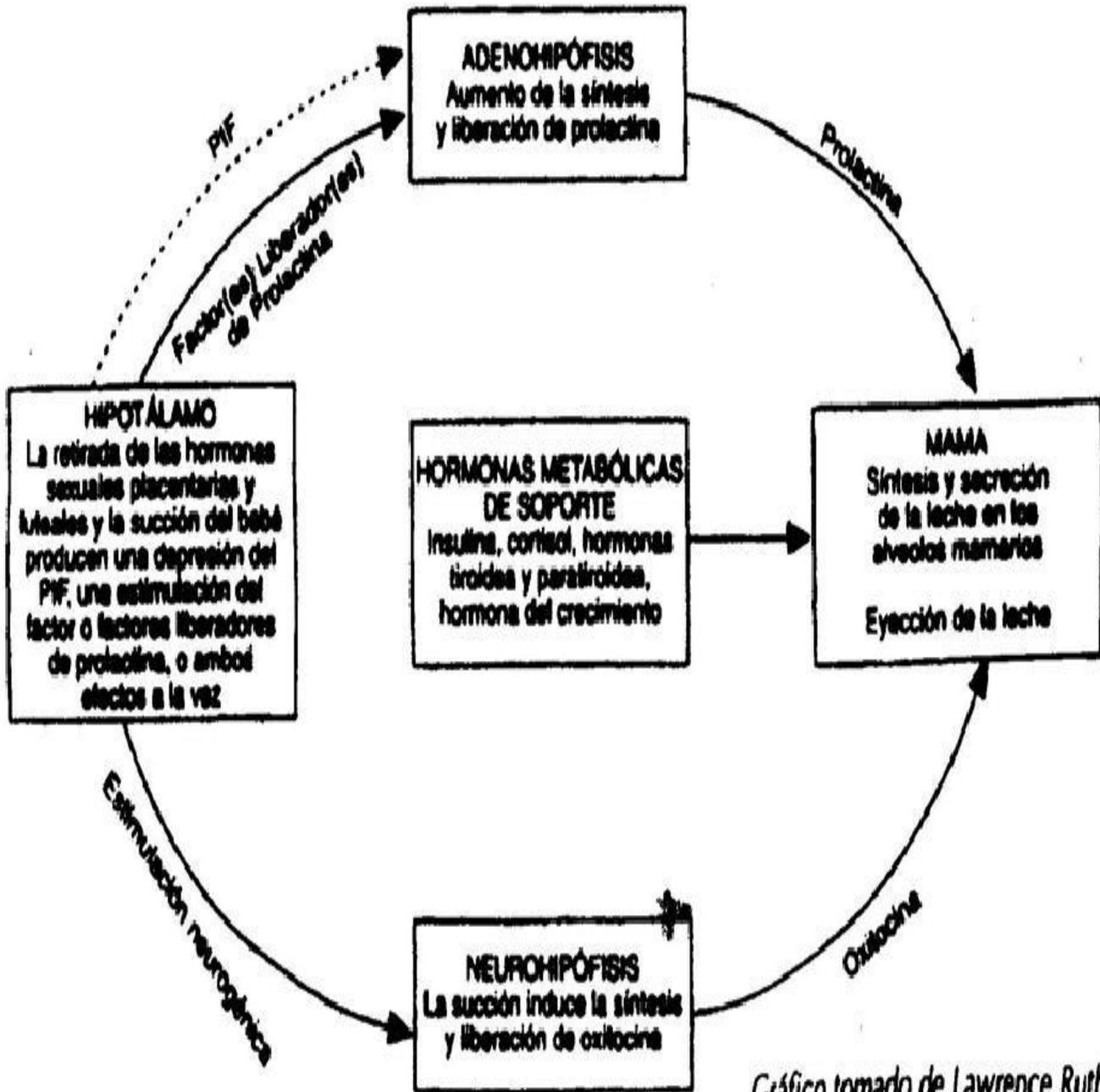
La iniciación de la lactancia o lactogénesis puede ser dividida en tres etapas:

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. ⁽¹²⁾

POSTPARTO



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 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-partos el proceso es regulado por cambios en los niveles plasmáticos de hormonas presentes al final del embarazo y después de la mantención del proceso de lactancia depende de la salida de la leche de la mamá. ⁽¹²⁾

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 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 ⁽¹²⁾

se produce como resultado de la acción de distintas hormonas y reflejos. Cuando el niño empieza a succionar, comienza 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 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. ⁽¹²⁾

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/100ml). 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-Lactoalbumina (de alto valor biológico para el niño), seroalbuminas, 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, en calidad como en concentración.

La LGA es la principal inmunoglobulina en la leche materna ⁽¹²⁾

- La LGG es la más importante del plasma y se encuentra en una cantidad cinco veces mayor que la LGA.
- La proporción de inmunoglobulinas en la leche se modifican progresivamente hasta llegar al nivel que se mantendrá en la leche madura, más o menos a los catorce días post-parto.
- El calostro tiene 1740mg/100ml de LGA contra 43mg/100ml de LGG (Lawrence1989).
- La LGA protege tanto a la mamaria como a las mucosas del lactante en el periodo en que la secreción de LGA en el niño es insuficiente.
- La lactoferrina además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes.
- Ferrodependientes (E. Coll), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño.
- La lisozima contribuye 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 antiinflamatorias.

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 algunas 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 conjugación de 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, 7g/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 ⁽¹²⁾

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 de 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 bífid, 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 2g/100ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5g/100ml a los 15 días post-parto. De ahí en adelante siguen siendo relativamente estables pero con bastantes variaciones interindividuales tanto el contenido total de grasa, como en la composición de los ácidos grasos.

Hay fluctuaciones diurnas que son dependientes de las frecuencias 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 ⁽¹²⁾

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 1-10µm. 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 50% de poliinsaturado.

Los ácidos grasos araquidónico y docosahexaenóico participan en la formación de la sustancia gris y en la mielinización de las fibras nerviosas. Se forman a partir de los ácidos linoléicos y linolénicos respectivamente. Estos últimos se obtienen de la dieta de la madre. A pesar de que los ácidos linoléicos y linolénicos 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.⁽¹²⁾

*** 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 la Vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de dos semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de Vitamina K por la flora intestinal.⁽¹²⁾

Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menor 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 (0,15mg/100ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias probablemente debido a la presencia de Vitamina D hidrosolubles en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0.88mg/100ml. Esta Vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz solar. Se necesita solo una buena exposición al sol para producir suficiente Vitamina D. Se puede decir que solo 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.

* **Vitamina Hidrosoluble**

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 caso de mujeres desnutridas o vegetarianas que tiene 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 esta vitamina en la leche pueden tener

consecuencias adversas para el niño. De ahí que es necesario que la madre la consuma diariamente en su dieta. ⁽¹²⁾

* **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 solo en casos extremos se alteran significativamente la reserva de los tejidos propios de la madre. Andrés, L. Lactancia Materna una guía para la profesión médica. España; Doyma libros.

En el caso del Flúor no hay evidencia de transferencia de flúor desde el plasma a la leche materna y al parecer es la mamá 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 ⁽¹²⁾

depósitos hepáticos como para cubrir sus necesidades durante buena parte del primer año de vida. ⁽¹²⁾

Zinc:

El zinc es esencial para las estructuras de las enzimas y su funcionamiento 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. ⁽¹²⁾

Elementos traza:

En general el niño alimentado al pecho presenta poco riesgo 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 al crecimiento), insulina, somatotina, relaxina, calcitonina y neurotencina que se encuentra en la leche en niveles mayores que los de la sangre materna y la TRA (hormona de liberación de la tirotrina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triyoditironina y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno. ⁽¹²⁾

La liberación de hormonas puede estar influenciada por componentes de la leche como la betacaseomorfinas humanas, péptidos opioides que pueden afectar el sistema nervioso central neonatal. ⁽¹²⁾

Nucleótidos:

En la leche humana están presente 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. ⁽¹²⁾

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 (alfamilasa 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. ⁽¹²⁾

◆ Otros componentes de la leche con contenido inmunológico

Lactoferrina

Compete por el hierro con microorganismos dependientes del hierro, especialmente E. Coli. Es resistente a la actividad proteolítica. ⁽¹²⁾

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. El bajo pH resultante en el lumen intestinal dificulta el desarrollo del **Escherichia coli** y hongos como **candida albicans**.⁽¹²⁾

Un PH bajo en el estómago puede ser de gran importancia para el prematuro y el recién nacido de bajo de 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 amantados.

Lípidos

Los ácidos grasos insaturados y Mono glicéridos: 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*.⁽¹²⁾

◆ Propiedad antialérgica de la leche materna

La LGA 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

Esta 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,⁽¹²⁾

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.⁽¹²⁾

Reflejo de eyección

Los impulsos de los nervios sensitivos que se originan con 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 llevaran hasta los senos lactíferos de donde será extraída por el (la) niño (a) al succionar el pecho.⁽¹²⁾

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 afuera.

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, siempre que sienta el reflejo de salida, pues si el bebé succiona más, los pechos producen más leche, si el bebé deja de succionar, 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⁽¹²⁾

estímulo táctil, tratando de buscar el pezón de donde succionar. ⁽¹²⁾

Secuencialmente ocurren los siguientes eventos:

- Búsqueda (bosque activo): se abre ampliamente la mandíbula, la lengua sobrepasa la encía interior, llega el labio inferior y forma surco.
- Toma el pezón: El pezón; introducido por la lengua, ocupa completamente la boca.

Los labios permanecen relajados.

Reflejos 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 adelante 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 amantarlos (as) exclusivamente, es decir, que él (la) niño (a) no reciba agua, té, refresco o líquidos diferentes a la leche materna, ni utilizar pajas, mamadera, chupetas consoladores, o cualquier producto que pueda colocarse en su boca para calmar su llanto. ⁽¹²⁾

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 encuentra que esta última tiene más proteína pero esta es demasiado para lo que él (la) bebé necesita y son de una clase diferente. Con frecuencia esas proteínas causan inflamación y alergia ⁽¹²⁾

- 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 conjugarse con los ácidos biliares y es además, un posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y 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, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.
- La vitamina que el (la) bebé necesita, en las proporciones adecuadas por lo que no es necesario darle suplementos vitamínicos ni jugos de frutos durante este período. Los jugos y las vitaminas no son necesarios pudiendo 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) amantados (as) con leche materna no desarrollan anemia ferropenia y no necesitan suplemento de hierro en los primeros seis meses de vida.

- La cantidad de agua que el (a) bebé requiere, aún en climas cálidos.
La cantidad correcta de sal, calcio y fosfatos. ⁽¹²⁾

- 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 (niño - a) como de la madre.

Los (as) niños (as) amantados (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) amantados (as) tienen menos infecciones son:

- La leche materna es limpia y no tiene bacterias.

Contiene:

Anticuerpos (inmunológicos) 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 bifido”, carbohidrato complejo que contiene nitrógeno, que no está presente en los derivados de la leche de vaca y que ayuda a que el “lactobacillus bifidus” 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 sea utilizado por los gérmenes patógenos intestinales que necesitan hierro para crecer. Por lo cual se dice que tiene una acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes Ferrodependientes. ⁽¹²⁾

Si el (la) niño (a) recibe suplemento de hierro, pueden interferir con la función de la lactoferrina pues ésta se satura y no acepta más hierro, 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 amantamiento.

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 ofrecen 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 complejo 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, de día y 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%) por lo tanto no necesita otro método 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 mismo.
- Si es un niño prematuro o a término.⁽¹²⁾

Tipos de leche

El calostro:

Es una leche valiosa por:

- Tener todo los elementos necesarios para nutrir al niño o niña desde su nacimiento.
- Protege al niño y niña contra infecciones y otras enfermedades. Los niños que toman calostro son bebés más sanos.
- Tienen las dosis de vitamina A y otros micronutrientes que son necesarios desde el nacimiento.
- Protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades a las cuales la madre ha sido expuesta.
- Es un purgante natural porque limpia el estómago del recién nacido, por eso hay que dar de mamar tan pronto nazca el niño y no es necesario darle “pepe”, ni agüitas, ni tecitos. UNICEF, Honduras. Lactancia Materna 2012.

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. (Manual de lactancia materna para atención primaria, Managua. Ministerio de salud de Nicaragua, 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).⁽¹²⁾

- Contiene lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y liposolubles (A,E,K) carotenos y algunos minerales como sodio y zinc.
- La principal inmunoglobulina que se trasmite al niño con el calostro es la LGA 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 7y 14 día pos-parto. Cerca del 6to. y 8vo. día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentado 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 ⁽¹²⁾.

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 varia en relación con la hora del día, la duración de la comida. Las necesidades del lactante y las enfermedades con la que ha estado en contacto la madre. Alcanza una producción promedio entre 600 y 900 ml/día. ⁽¹²⁾.

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). ⁽¹²⁾

- La cantidad de proteínas en 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 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 niño (a): a la vez, también es rica en proteínas, vitaminas, y minerales y lactosa ⁽¹²⁾.

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 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. ⁽¹²⁾

Leche de pretérmino:

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación producen durante un período prudencial una leche con una composición diferente. La leche de pretérmino contiene, en comparación con la leche de un (a) niño (a) a término, un mayor número de sustancias que aportan las defensas necesarias para luchar contra las infecciones especialmente contra la enterocolitis necrotizante, 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 requerimiento más elevados de proteínas y menor capacidad de digestión de la lactosa. ⁽¹²⁾

La lactoferrina y la LGA 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. ⁽¹²⁾

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 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. ⁽¹²⁾

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.⁽¹²⁾

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.⁽¹²⁾

Un elemento esencial para un buen amamantamiento es el método empleado por la madre para colocar a su bebé al pecho y ajustar a su boca alrededor de la aréola y el pezón.⁽¹²⁾

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 de 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 estimulara la secreción de oxitocina y 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 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. ⁽¹²⁾

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 a 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 ⁽¹²⁾

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). ⁽¹³⁾

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 a su hijo (a) y satisface psico-emocionalmente tanto a la madre como al niño (a).⁽¹²⁾

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.⁽¹²⁾
- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre.
- Frecuencia de las mamadas según su demanda el (la) niño (a).
- Duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche.⁽¹²⁾

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 realice el amamantamiento tiene que ser cómoda y agradable para ambos.

La elección de la posición para amamantar depende de la 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. Sin esto no es posible hacerlo discretamente en cualquier lugar.

Hay muchas posiciones que son más favorables para casos específicos como la madre puerpera post cesarea, 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 considera más cómoda. ⁽¹²⁾

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. ⁽¹²⁾

Posición de sandía o de pelota:

En esta posición se ubica el (la) niño (a) con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. Este 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 espalda. La mano contraria ofrece al pecho.

Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos simultáneamente. También se recomienda en caso de cesárea ya que con ella no presiona el abdomen o “la herida”. Hay madres que prefieren esta posición para alimentar en caso en casos normales. ⁽¹²⁾

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 al 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 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. ⁽¹²⁾

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 el 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. ⁽¹²⁾

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 ⁽¹²⁾

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 la búsqueda mediante el roce del lado 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. ⁽¹²⁾

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. ⁽¹²⁾

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 al bebé del pecho sin peligro. ⁽¹³⁾

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

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

- Su cuerpo está pegado al cuerpo de su mamá.
- La boca y la mandíbula están pegado al pecho.
- La boca está completamente abierta y los labios se ven invertidos.
- La mayor parte de la aréola, o todo 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. ⁽¹²⁾

¿Por cuanto tiempo dar el pecho?

La lactancia materna debe ser a libre demanda. Hay que darle el pecho al bebé de día y de noche, cada vez que el lo pida. Cada niño va a requerir de un tiempo para quedar satisfecho, no todos son iguales. ⁽¹²⁾

Si la madre siente que sus pechos están llenos de leche debe amamantar al bebé. Al iniciar la mamada el niño encontrará que la leche es rala, acuosa y le quita la sed. A la mitad (de la mamada), la leche es mas espesa y blanca.

Es como un plato de fondo. Al final la leche es mas cremosa y es como el postre. La mama no debe estar apurada ni medir el tiempo para dar el pecho al niño.

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 niño (a) a medida que crece y se desarrolla. ⁽¹²⁾

- **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 estreñimientos ni sobrecarga renal, permitiendo una maduración progresiva del sistema digestivo del niño (a), preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos. ⁽¹²⁾

- **Crecimiento y desarrollo óptimo:**

Los (as) niños (as) alimentados, exclusivamente, hasta los seis 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 seis meses y manteniendo la lactancia materna hasta al menos los dos años de edad. Se ha demostrado que los niños y niñas no necesitan tomar otro tipo de leche. ⁽¹²⁾

- **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, LGA y lactoferrina.

b) **Desarrollo Psico-motor**

- **Organizaciones 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. ⁽¹³⁾

- **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 ⁽¹³⁾

- **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.⁽¹³⁾

- **Desarrollo intelectual:**

Los (as) niños (as) amamantados 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 niño (a).⁽¹²⁾

- **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-máximo-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 período del amamantamiento le permite un buen desarrollo anatómico y funcional de las estructuras orofaríngeas.⁽¹²⁾

c) **Protección**

- El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de Inmunoglobulina A (LGA) que protege al 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.⁽¹²⁾

- **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. ⁽¹²⁾

Protección relacionada en la prevención de las diarreas. ⁽¹²⁾

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 pos-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. ⁽¹²⁾

- **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 periodos 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. ⁽¹²⁾

- **Comodidad:**

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

c) De carácter emocional

- **Establecimiento del apego:**

El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reonomiento mutuo entre madre 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 si misa y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer. ⁽¹²⁾

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. ⁽¹²⁾

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. ⁽¹²⁾

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 seis 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 (a) al menos hasta los seis 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 ⁽¹²⁾

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. ⁽¹²⁾

Desde el punto de vista económico se estima que, si todas las madres del mundo alimentaran exclusivamente a sus hijos (a) con leche materna hasta los seis meses, el ahorro sería de muchos millones de dólares 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 combustibles y jabón (para el aseo de los utensilios) equivalente a trescientos cincuenta dólares en los seis primeros meses. ⁽¹²⁾

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 unos de los primeros sucesos posteriores al parto que impactan el estado emocional de la madre. Sin embargo, este hecho en general omite dando lugar a la siguiente **pregunta ¿Es esencial para el (la) niño (a), desde el punto de vista psicoafectivo, el amamantamiento, o la importancia es la forma en la cual se le da el alimento y el cariño?** ⁽¹²⁾

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 ⁽¹²⁾

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 los expuestos y considere la situación de cada madre antes de emitir un juicio que censure el comportamiento de esta sobre su práctica de amamantamiento. ⁽¹²⁾

Conocimientos, Actitudes y Prácticas:

El hombre, a lo largo de su existencia, ha sentido curiosidad por conocer el mundo que lo rodea y ha aprendido dar explicaciones a una serie de interrogantes, que le han surgido de su contacto directo o indirecto con las cosas, hechos y fenómenos que la naturaleza le presenta. Gran parte de las explicaciones que ha dado se fundan en supuestas creencias y generalizaciones que son aceptadas por razones de autoridad, experiencia o de fe, sin crítica o razonamiento que sustente su veracidad. ⁽²¹⁾

Para Tsoukas y Vladimirou 2012, el **Conocimiento** es la capacidad individual para realizar distinciones o juicios en relación a un contexto, teoría o a ambos. La capacidad para emitir un juicio implica dos cosas, la habilidad de un individuo para realizar distinciones; la situación de un individuo dentro de un dominio de acción generado y sostenido colectivamente. ⁽²¹⁾

El **conocimiento** nos da la capacidad de actuar, procesar e interpretar información para generar más conocimientos o dar solución a un determinado problema. El conocimiento puede ser interpretado y entendido por seres humanos e incluso por máquinas a través de agentes inteligentes, esto se logra mediante bases de conocimiento o conjuntos de entretenimiento e inferencia lógica, se nos presenta como algo casi natural, que vamos obteniendo con mayor a menor esfuerzo a lo largo de esta vida, lo adquirimos en la escuela o a través de medios escritos de

comunicación. Llega a nosotros como un proceso no solo desde el punto de vista histórico, sino también en lo que respecta a cada caso particular. ⁽²¹⁾

El **conocimiento** es el conjunto de información que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos o también es considerado como un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento que es propio el pensamiento, percepción, inteligencia, razón. ⁽²¹⁾

El **conocimiento** sobre lactancia materna exclusiva es la suma de hechos y principios que adquiere la madre a lo largo de la vida como resultado de su experiencia y aprendizaje, además es un proceso activo que se inicia desde la gestación y continua hasta la muerte, originando cambios que pueden observarse en la conducta de la madre y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades, irán cambiando a medida que aumenten los conocimientos con la importancia otorgada a lo aprendido. Es por ello que la obstetra brinda el cuidado de la madre e hijo mediante el puerperio inmediato para concientizar a las puérperas sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, para mejorar la calidad, prevenir el incremento de enfermedades y disminuir la desnutrición en los niños. ⁽²¹⁾

Según Fishbein y Ajzen, en 1975, Oskamp 1991, considera a la **actitud** como el vínculo existente entre el conocimiento adquirido y el sentimiento que provoca la madre, además de la acción que realizará en el presente y futuro. Las actitudes de la madre están muy determinadas por su sistema de valores. Por lo tanto la actitud es más bien una motivación social antes que una motivación biológica. Es la predisposición que tiene la madre a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente. ⁽²¹⁾

La **actitud** que es la disposición mental particular, hacia una práctica planteada puede ser positiva, neutra o negativa. Las actitudes positivas, se manifiesta en predisposiciones efectivas acordes a la circunstancias, las negativas en relación a un desacuerdo con las experiencias neutras, con una especie de indiferencia. En la actitud influye las motivaciones, las experiencias pasadas, la voluntad, la inteligencia, las emociones, lo congénito, el ambiente y lo cultural, puesto que somos una unidad bio-psicosocial. ⁽²¹⁾

La **actitud** es la forma de actuar de una persona, comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento social. Esta es una organización relativamente duradera de creencias, sentimientos y reacción en torno a un objetivo o una situación. ⁽²¹⁾

Según Lisbeth Barquero Vargas, Costa Rica 2008. La **práctica** es la destreza que tiene la madre al momento de alimentar a su niño, mediante lactancia materna exclusiva, se encuentra determinada por diversidad de factores entre ellos los conocimientos, creencias, actitudes. Se caracteriza por ser un conjunto de procedimientos o pasos que se emplean a su realización efectiva y exitosa. ⁽²¹⁾

La **práctica** de la lactancia materna permite a las familias involucrarse con la crianza y cuidado de los niños y niñas, tal participación repercute en la salud y promueve la integración y unión familiar. ⁽²¹⁾

Se define a la **práctica**, como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continua de una actividad o destreza es decir todo lo que se acontece al individuo y de lo que el participa. ⁽²¹⁾

Cecilia Karplus, Argentina en el año 2011. Refiere que: La lactancia materna es la primera oportunidad que tiene una mujer para asegurar la salud, bienestar y felicidad que toda madre desea para sus hijos. Un bebé que es puesto al pecho de su madre

a los pocos minutos de nacer, además de obtener valioso calostro, que es una múltiple “vacuna” natural, recibe una cálida corriente de amor, una espontánea sensación de paz y seguridad similar a la que ha estado acostumbrado (a) durante tantos meses dentro del vientre. Durante los primeros meses, el bebé necesita varias de las condiciones que le ayudaron a crecer durante el útero; una de ellas es estar muy cerca de su madre, sentir la seguridad de su presencia, el calor de su piel, escuchar los latidos de su corazón, y el timbre de su voz.⁽²¹⁾

VII Material y Método

7.1 Tipo de Estudio

El estudio es CAP, (evaluación de programa)

7.2 Universo

Correspondió a 19,560 mujeres en edad fértil (de 12 a 52 años), habitantes de Tegucigalpa, Honduras, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018.

7.3 Muestra

La muestra estuvo conformada por 206 mujeres que estuvieron ingresadas en la sala de puerperio normal del bloque materno infantil, del Hospital Escuela Universitario de Honduras del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018.

Es de tipo probabilístico, establecidos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

N	Muestra que esta sujeto a estudio
Z ²	1.96 (punto crítico normal para un nivel de confianza del 95%)
P	0.5, proporción de la muestra
Q	0.5, complemento de p
E ²	Nivel de precisión
N	Tamaño de la población accesible

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{E^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = 206$$

Criterios de inclusión:

1. Ser mujeres de 12 a 52 años.
2. Mujeres que estuvieron ingresadas en la sala de puerperio normal del bloque materno infantil, del Hospital Escuela Universitario de Honduras

3. Mujeres que estén de acuerdo en facilitar la información para el llenado del instrumento de recolección.

Criterios de exclusión:

1. Mujeres puerperas que no estén de acuerdo en facilitar la información para la encuesta.

Variables

Según los objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres puérperas del presente estudio.
 - Edad de la madre
 - Lugar de origen
 - Configuración familiar
 - Escolaridad
 - Actividad cotidiana
 - Si trabaja especifique en que
 - Es madre primigesta
 - Pretende amamantar
2. Identificar el conocimiento sobre Lactancia Materna que poseen las puérperas.
 - La lactancia materna exclusiva no debe prolongarse por más de seis meses
 - El niño debe recibir lactancia cada vez que lo desee
 - Todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebés
 - La preparación de los pezones facilita la lactancia
 - La lactancia materna proporciona al bebé defensas contra las enfermedades
 - Los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón

- La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo
 - Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebé
 - La leche materna esta libre de microbios
 - La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo
 - Hay que comer el doble para poder dar de mamar
 - Cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar
 - La succion por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre
 - La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmeditamente al parto
3. Conocer las actitudes que tienen las puérperas estudiadas con respecto a la Lactancia Materna.
- La mujer que amamanta debe ser apoyada por la familia para dicha actividad
 - La mujer que amamanta debe ser apoyada en el trabajo para dicha actividad
 - Considera correcto que el niño reciba solo leche materna durante los primeros 6 meses
 - Continuaría con la lactancia materna aunque le genere molestias
 - Preferirira usted, darle a su niño leche de fórmula que leche materna
 - Evitaría la lactancia materna si su hijo estuviera con diarrea
 - El biberón (pepe) con leche materna es la mejor para las madres que trabajan
4. Describir las prácticas en Lactancia Materna de las mujeres en estudio.
- Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe
 - Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, colocando su espalda recta con los hombros comodoss y relajados
 - Coloca la cabeza del bebe en el angulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera
 - Acerca al bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen
 - Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial

- Introduce el pezón y la areola cuando el bebe abre la boca completamente
- Los labios del bebe permanecen evertidos (boca de pescado)
- Permite al bebe la succion a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos
- Al terminar la lactancia retira el pezón y la aereola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial.

7.4 Fuentes de información

- ✓ Primaria: por medio de revisión de encuestas a la poblacion de estudio muestreado.
- ✓ Secundaria: revisión de bibliografía

7.5. Procedimientos de recolección de la Información

Primeramente se solicitó permiso a las autoridades del Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa Honduras, se les explicaron los objetivos del estudio y la utilidad práctica del mismo y nos comprometimos a respetar los principios y valores que tiene el hospital con los pacientes.

Una vez definida la muestra, se pasó a identificar a cada una de las mujeres puérperas que la integrarían y se les explicó los objetivos y procedimientos de la encuesta, además se les aclaró que tenían derecho a realizarla o rechazarla.

Una vez reunidos con las madres se les entregó la encuesta y las llenaron en completa confidencialidad. Al final entregó el documento y fue archivado para su posterior procesamiento de la información.

7.5.1 Instrumento:

Esta Guía de Encuestas se dirigió a mujeres puérperas de Puerperio normal del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa Honduras, con el objetivo de recolectar toda la información sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de Puerperio mormal, del

bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018 y así poder responder a los objetivos ya planteados en la investigación.

No se efectua una prueba piloto a los instrumentos, por ser ficha ya validada por el Hospital Escuela Universitario de Honduras.

Las preguntas fueron cerradas (si / no), sobre el tema de estudio con el fin de obtener información de cómo abordan los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de Puerperio normal.

7.5.3 Procesamiento de la Información

El cual fue realizado una vez obtenidas las encuestas, los datos fueron transferidos a un ordenador donde se construyo el formato digital de todas las variables a trabajar. Los datos obtenidos del objeto de estudio, al ser procesados, tiene como fin generar un resultado (datos agrupados y ordenados), a partir de los cuales se realizó el análisis según los objetivos propuestos.

El estudio se realizó de forma cuantitativa, utilizando los instrumentos elaborados previamente, como lo es la encuesta con preguntas cerradas y de selección múltiple, una vez obtenido los datos se procesaron en tablas de salidas y gráficos con el programa de Epi Info 7.5.2 y el programa de Word para la realización del levantado de texto del trabajo escrito.

7.5.4 Presentación de la Información

La investigación recopiló información de campo, la cual se procesó estadísticamente plasmándose en tablas y gráficos. Siendo las tablas de salida:

Edad, procedencia, familia, escolaridad, actividad cotidiana, paridad, conocimientos, actitudes y practicas.

Dichos resultados sirvieron para el análisis y la obtención de conclusiones en el estudio.

El estudio se presentará de forma escrita y en Cd.

El trabajo escrito se elaboró con el programa Microsoft Word, Arial número 12, interlineado 1.5, margen superior e inferior 2.5cm. se utilizó tablas simples y gráficas, las cuales se presentaron a través de medios audiovisuales utilizando el programa de power point.

7.6 Operacionalización de Variables

Variables	Concepto	Indicador	Escala / valor
1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres puérperas del presente estudio			
Edad	Tiempo en años, transcurrido desde el nacimiento al momento de su inclusión en el estudio.	Cuantitativa	Menor de edad De 18 a 24 años De 25 a 32 años De 33 a 40 años Sobre edad
Procedencia	Lugar donde reside de forma habitual la persona encuestadas	Cualitativa	Urbano – marginal Urbano – no marginal Rural (aldea) Semi – rural (Pueblo) No sabe
Familia	Grupo de personas formado por una pareja, que convive y tiene un proyecto de vida en común, e hijos cuando los tienen.	Cualitativa	Convive solo con su pareja e hijos. Convive con sus padres y pareja. No convive con su pareja. Convivencia esporádica.
Escolaridad	Nivel académico alcanzado al momento del estudio	Cualitativa	Ninguna Primaria Secundaria Universitaria
Actividad cotidiana	Es la actividad o situación		Estudiante

	laboral que realiza y es referida por ella misma	Cualitativa	Ama de casa Trabaja y estudia Solo trabaja
Trabaja	Actividades que son realizadas por las mujeres para atender las necesidades propias y de su familia.	Cualitativa	Especificar en que:
Paridad	Es el número de hijos que tiene la encuestada	Nominal Dicotómica	Si No
Amamantar	Es alimentar con leche materna al bebé.	Nominal Dicotómica	Si No
Consejeria	Es el proceso de dialogo e interaccion, dinámico y confidencial, entre el consejero y la mujer. Esta orientada a ofrecer un soporte emocional y educación sobre el cuidado del bebé y la madre.	Cualitativa	De otras madres mas experimentadas De los médicos y personal de salud Seguir mis propios impulsos

2. Identificar los conocimiento sobre Lactancia Materna exclusiva que poseen las puérperas

Variables	Concepto	Indicador	Escala / valor
Conocimiento	Bases teóricas y conceptuales sobre los que se basa una persona, es el nivel de información que la mujer recuerda o conoce sobre la lactancia materna	La lactancia materna exclusiva no debe prolongarse por mas de seis meses	Si No
		El niño debe recibir lactancia cada vez que lo desee	Si No
		Todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebés	Si No
		La preparación de los pezones facilita la lactancia	Si No
		La lactancia materna proporciona al bebé defensas contra las enfermedades	Si No
		Los niños lactados a pecho son mas inteligentes que los alimentados con biberon	Si No
		La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo	Si No
		Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebé	Si No
		La leche materna esta libre de microbios	Si No
		La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo	Si No

		Hay que comer el doble para poder dar de mamar	Si
			No
		Cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar	Si
			No
		La succion por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre	Si
			No
		La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmeditamente al parto	Si
			No

3. Determinar las actitudes que tienen las puérperas estudiadas con respecto a la Lactancia Materna exclusiva.

Variables	Concepto	Indicador	Escala / valor
Actitud	Disposicion interna de carácter aprendido y duradero que sostiene las respuestas favorables del individuo hacia la lactancia materna	La mujer que amamanta debe ser apoyada por la familia para dicha actividad	Si
			No
		La mujer que amamata debe ser apoyada en el trabajo para dicha actividad	Si
			No
		Considera correcto que el niño reciba solo leche materna durante los primeros 6 meses	Si
			No
		Continuaría con la lactancia materna aunque le genere molestias	Si
			No
Preferirira usted, darle a su niño leche de fórmula que leche materna	Si		
	No		
Evitaría la lactancia materna si su hijo estuviera con diarrea	Si		
	No		
El biberón (pepe) con leche materna es la mejor para las madres que trabajan	Si		
	No		

4. Describir las practicas en Lactancia Materna de las mujeres en estudio

Variables	Concepto	Indicador	Escala / valor
Prácticas	Conducta o respuesta establecida para una situación determinada. Actividad que las	Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe	Si
			No
		Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, colocando su espalda recta con los hombros comodos y relajados	Si
			No
		Coloca la cabeza del bebé en el	Si

mujeres refieren hacer respecto a la lactancia materna.	ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera	No
	Acerca al bebé contra el seno en contacto abdomen con abdomen	Si
		No
	Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial	Si
		No
	Introduce el pezón y la areola cuando el bebe abre la boca completamente	Si
		No
	Los labios del bebe permanecen evertidos (boca de pescado)	Si
No		
Permite al bebé la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos	Si	
	No	
Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial	Si	
	No	
Se clasificarán según el porcentaje obtenido en las respuestas:		
Bueno	80 – 100 %	
Regular	60 – 79 %	
Malo	Menor de 60%	

VIII. Resultados

Se obtuvieron un total de 206 encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre Lactancia Materna exclusiva realizada a las puérperas de Puerperio normal, del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018.

Los resultados del presente estudio, muestran coherencia y relación con estudios similares realizados a nivel nacional, como internacional. Según Estrada et al, a pesar de los esfuerzos que se realizan por promover y educar sobre la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, no se han logrado los mejores resultados; debido a que existen diversos factores que no permiten que se cumpla ese objetivo, siendo los más frecuentes; el no seguimiento por parte del personal de salud o del equipo de profesionales en la información y acompañamiento, además de que los familiares tampoco apoyan.

En relación a la información sociodemográfica se encontró que la **Edad** de la madre el 41.26% (85) son de 18 a 24 años, seguidas de las de 25 a 32 con un 30.09% (62) y corresponde a un 18.44% (38) a las del grupo menor de edad. En **lugar de origen o procedencia** el 27.18% (56) habitan en lo Rural (aldea), el 26.21% (54) en lo urbano-marginal y el 22.33% (46) en lo urbano-no marginal.

En tipo de familia o **Configuración familiar** 119 (57.76%) conviven solo con su pareja e hijos, 47 (22.81%) convive con sus padres y 30 (14.56%) no convive con su pareja.

Escolaridad, el 46.11% (95) tienen una educación de secundaria, el 41.26% (85) de primaria, pero en igual porcentaje 6.31% (13 de cada grupo) no tienen ninguna educación y 13 son universitarias.

Actividad cotidiana, el mayor porcentaje 78.15% (161) con amas de casa, 10.19% (21) son estudiantes y un 9.70% (20) solo trabajan.

La principal actividad laboral que realizan es: el cuidado infantil en un 16.99% (35), 16.01% (33) son comerciantes y 14.07% (29) trabajadoras domésticas.

Son madre primigestas 91 (44.17%). Pretende amamantar el 95.14% (196).

El 42.23% amamantara siguiendo los consejos de los médicos y el personal de salud, 40.77% (84) lo harán siguiendo sus propios impulsos y el 16.99% (35) por la experiencia de otras madres.

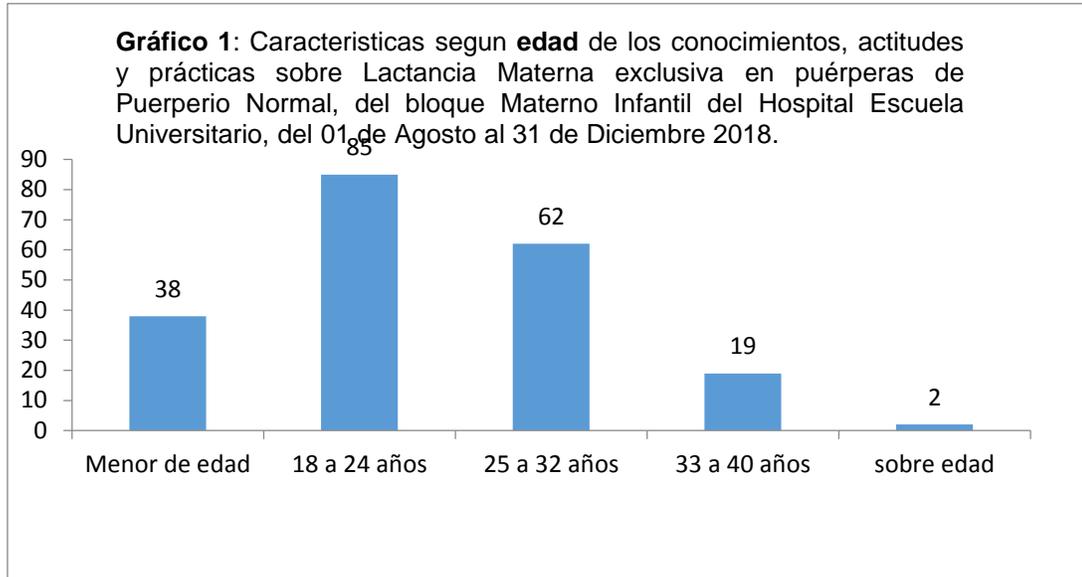
En relación al nivel de **conocimiento** sobre Lactancia Materna que poseen las puérperas se encontró que, en general el porcentaje de respuestas obtenidas fue bueno. En la pregunta sobre si la lactancia materna exclusiva no debe prolongarse por mas de seis meses, un 65.53% (135) respondieron que si; 189 (91.74%) el niño debe recibir lactancia cada vez que lo desee, 68.44% (141) en el que todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebés; (92.71%) sobre que la preparación de los pezones les facilita la lactancia; 61.16% (126) en relación a que la lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades; (96.60%) en que los niños lactados a pecho son mas inteligentes en relación a los alimentados con biberón; 85.43% (176) en que la lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo;(94.17%) donde la lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebe; 66.01% (136) en que la leche materna esta libre de microbios; 91% (187) en que la mujer que da de mamar puede comer y beber de todo; 65% (132) hay que comer el doble para poder dar de mamar; 58.25% (120) cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar; 88.34% (182) la succion por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre; (65%) la lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmeditamente al parto.

En relación a las **actitudes** que tienen las puérperas estudiadas con respecto a la Lactancia Materna, siendo el mayor porcentaje de respuestas en bueno, el 81.55% conocen de que la mujer que amamanta debe ser apoyada por la familia para dicha actividad; (80.09%) en que la mujer que amamata debe ser apoyada en el trabajo para dicha actividad; 85.43% (176) consideran que es correcto que el niño reciba solo leche materna durante los primeros 6 meses; (72.33%) continuaría con la lactancia materna aunque les genere molestias; 84.47% (174) no prefieren darle a

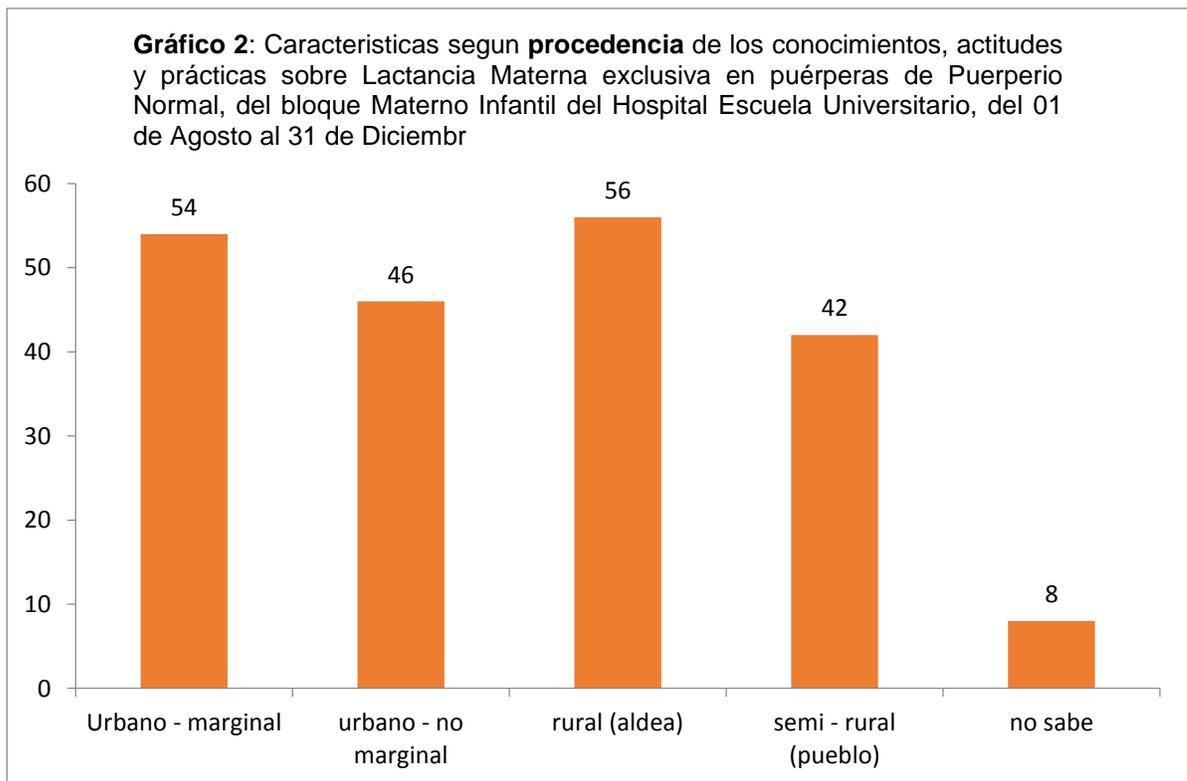
su niño leche de fórmula que leche materna; (64.08%) no evitaría la lactancia materna si su hijo estuviera con diarrea; 83.98% (173) creen que el biberón (pepe) con leche materna es la mejor para las madres que trabajan.

En relación a las **prácticas** en Lactancia Materna de las mujeres en estudio el resultado según porcentaje de respuestas obtenidas fue bueno. En el 94,17% (194) se lavan las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebé; 87.86% (181) buscan una posición cómoda en la silla para dar de lactar a su bebé, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados; 90.77% (187) colocan la cabeza del bebé en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera; 88.83% (183), acercan al bebé contra el seno en contacto abdomen con abdomen; (91.74%) estimulan el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial; (93.68%) introduce el pezón y la areola cuando el bebé abre la boca completamente. (83.98%) los labios del bebé permanecen evertidos (boca de pescado); 88.83% (183) permiten al bebé la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos; 56.79% (117) al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial.

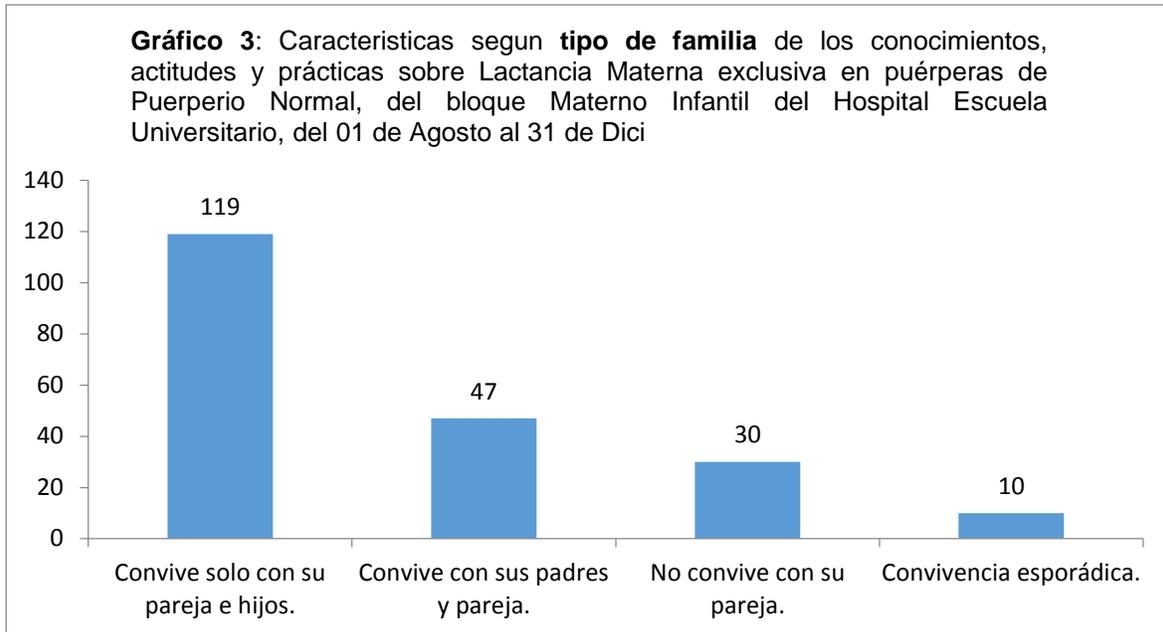
“Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de Puerperio normal, del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018”



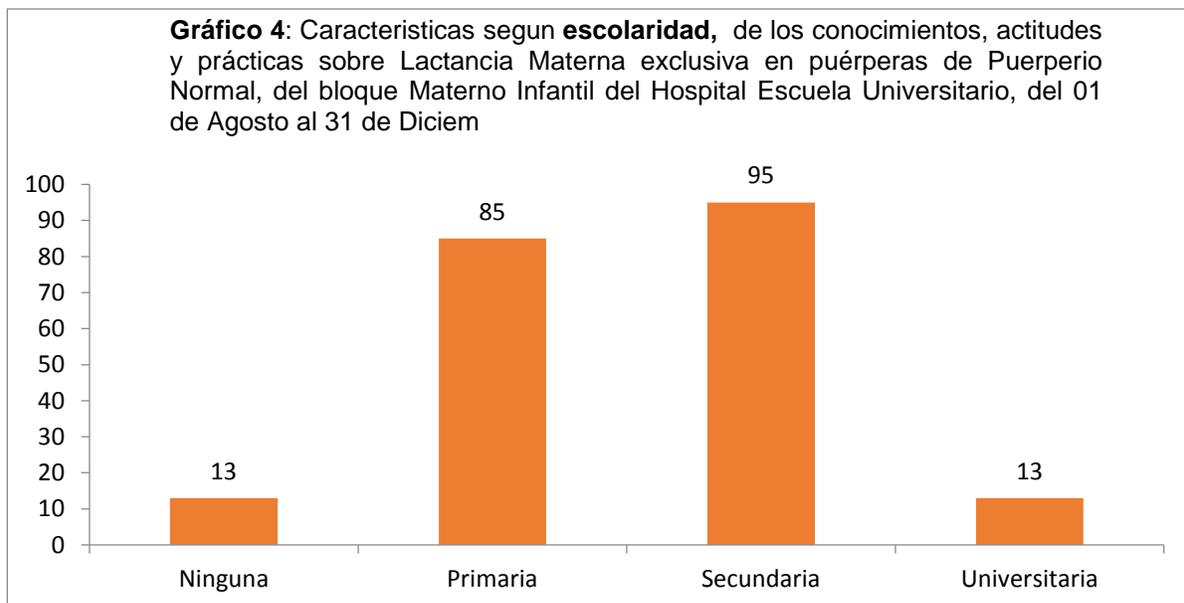
Fuente: Encuesta Hospital Escuela Universitario. 2018



Fuente: Encuesta Hospital Escuela Universitario. 2018

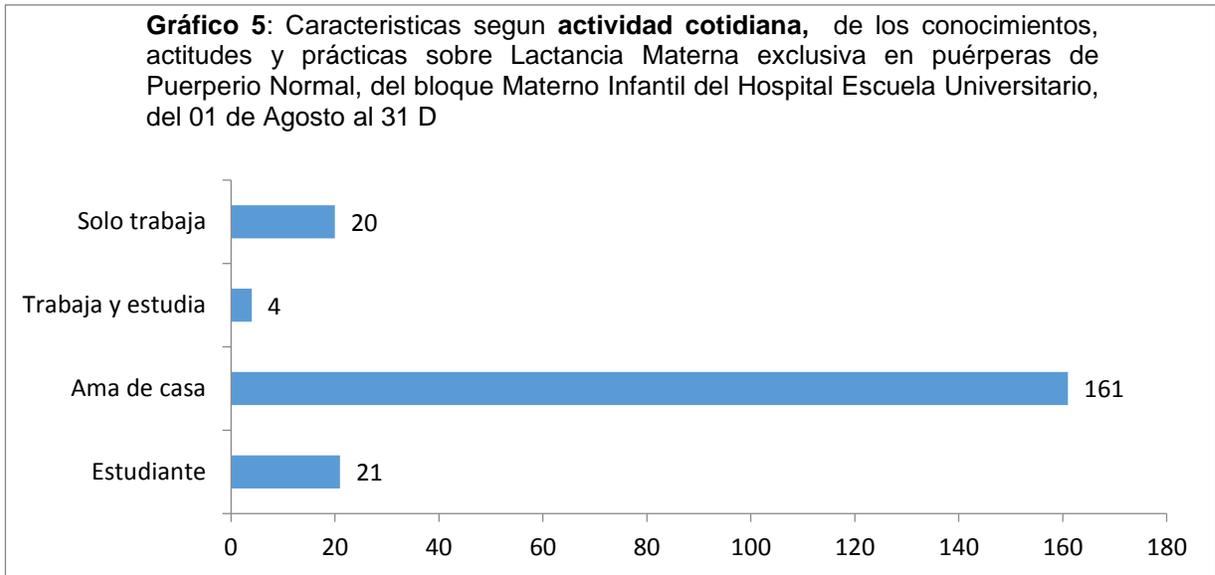


Fuente: Encuesta Hospital Escuela Universitario. 2018

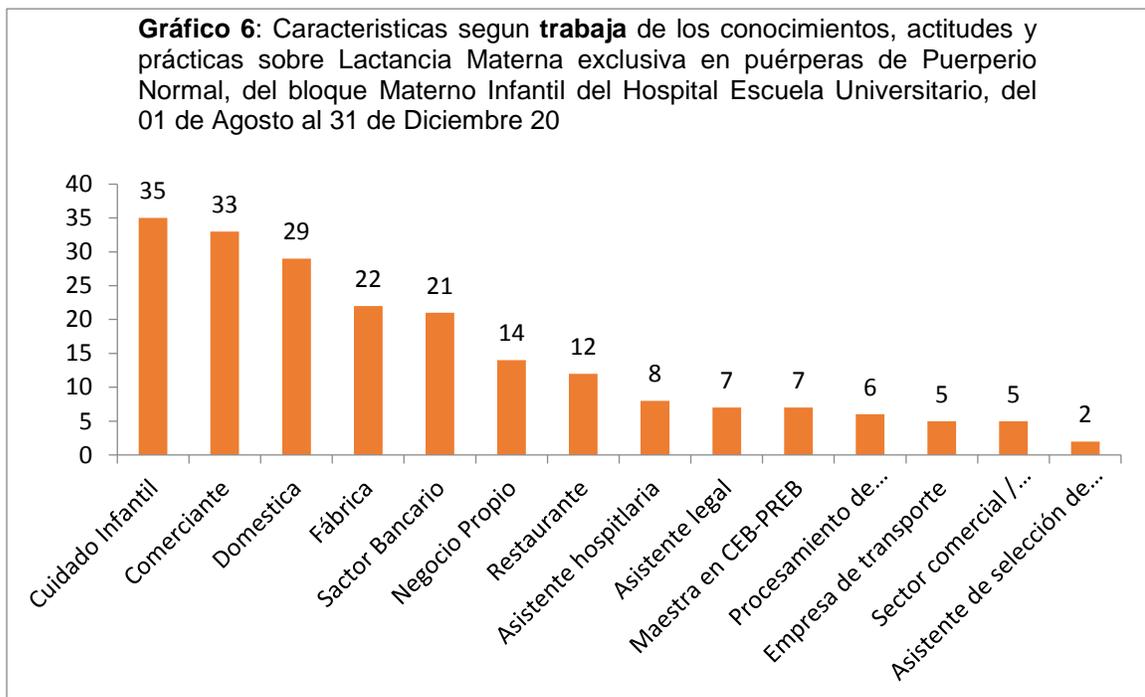


Fuente: Encuesta Hospital Escuela Universitario. 2018

“Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de Puerperio normal, del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018”

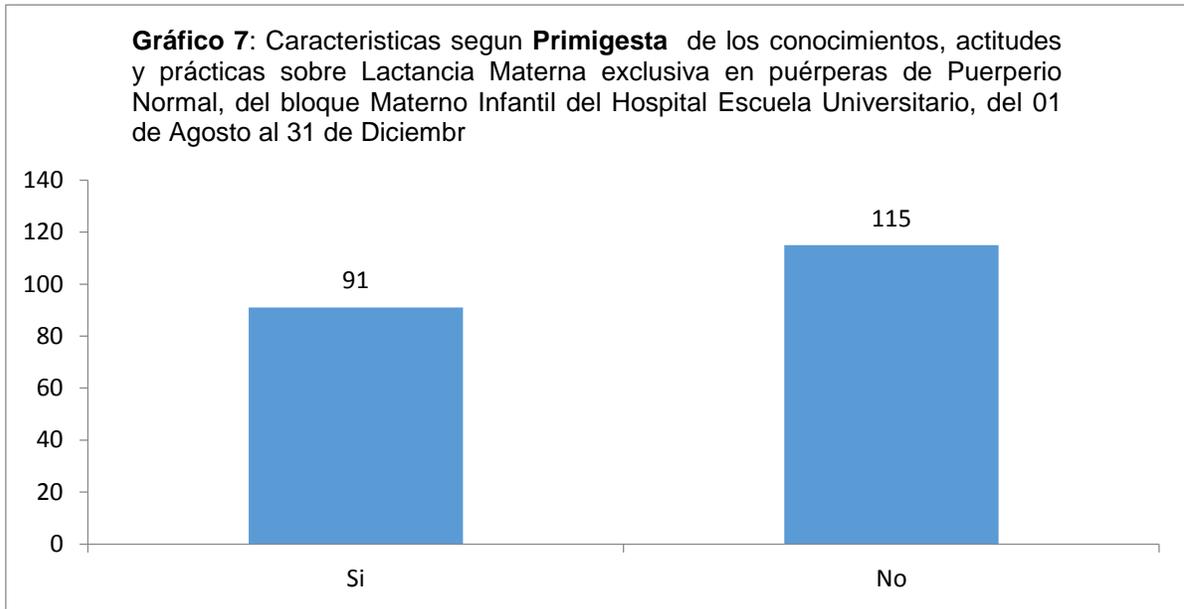


Fuente: Encuesta Hospital Escuela Universitario. 2018

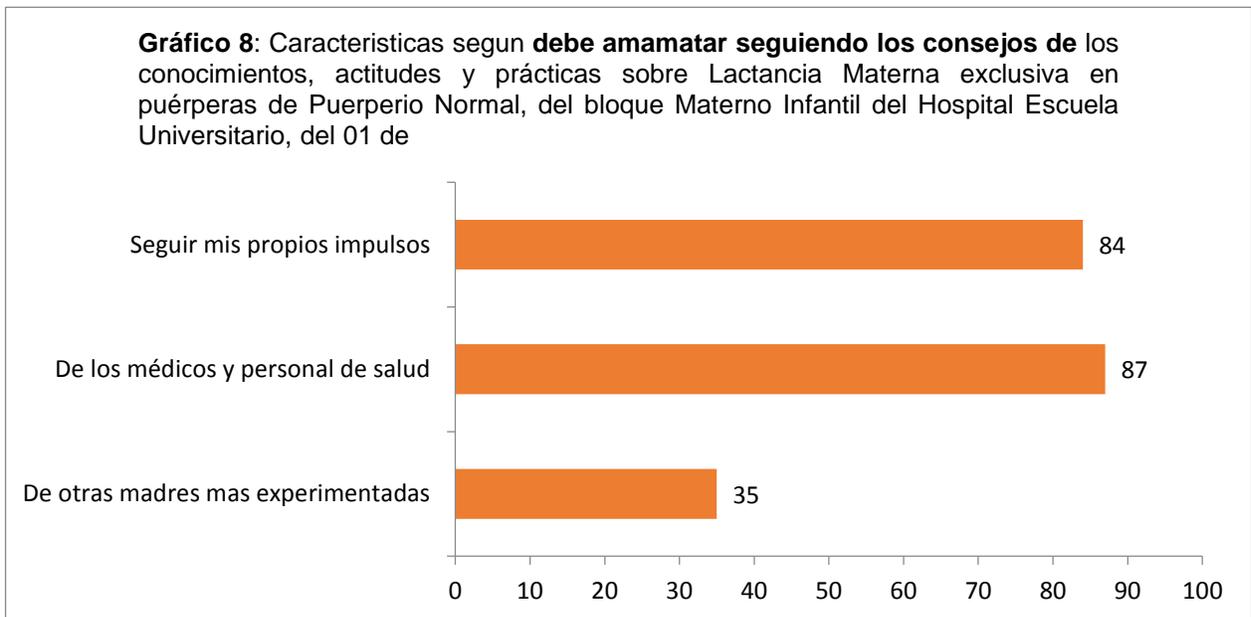


Fuente: Encuesta Hospital Escuela Universitario. 2018

“Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de Puerperio normal, del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018”



Fuente: Encuesta Hospital Escuela Uiversitario 2018



Fuente: Encuesta Hospital Escuela Uiversitario 2018

Tabla 1: Identificar el nivel de CONOCIMIENTOS, sobre Lactancia Materna que poseen las puérperas de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de Puerperio Normal, del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018

Conocimiento	Si	%	No	%
La lactancia materna exclusiva no debe prolongarse por mas de seis meses	135	65.53	71	34.47
El niño debe recibir lactancia cada vez que lo desee	189	91.74	17	8.26
Todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebés	141	68.44	65	31.56
La preparación de los pezones facilita la lactancia	191	92.71	15	7.29
La lactancia materna proporciona al bebé defensas contra las enfermedades	126	61.16	80	38.84
Los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón	199	96.60	7	3.40
La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo	176	85.43	30	14.57
Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebé	194	94.17	12	5.83
La leche materna esta libre de microbios	136	66.01	70	33.99
La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo	187	91	19	9.00
Hay que comer el doble para poder dar de mamar	132	65	74	35.00
Cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar	120	58.25	86	41.75
La succion por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre	182	88.34	24	11.66
La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado ineditamente al parto	132	65	74	35.00

Fuente: Encuesta Hospital Escuela Universitario. 2018

Tabla 2: Determinar las ACTITUDES, que tienen las puérperas estudiadas con respecto a la Lactancia Materna de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de Puerperio Normal, del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018

Actitudes	Si	%	No	%
La mujer que amamanta debe ser apoyada por la familia para dicha actividad	168	81.55	38	18.45
La mujer que amamanta debe ser apoyada en el trabajo para dicha actividad	165	80.09	41	19.91
Considera correcto que el niño reciba solo leche materna durante los primeros 6 meses	176	85.43	30	14.57
Continuaría con la lactancia materna aunque le genere molestias	149	72.33	57	27.67
Preferiría usted, darle a su niño leche de fórmula que leche materna	32	15.53	174	84.47
Evitaría la lactancia materna si su hijo estuviera con diarrea	74	35.92	132	64.08
El biberón (pepe) con leche materna es la mejor para las madres que trabajan	173	83.98	33	16.02

Fuente: Encuesta Hospital Escuela Universitario. 2018

Tabla 3: Describir las PRACTICAS, en Lactancia Materna de las mujeres en estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de Puerperio Normal, del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018

Prácticas	Si	%	No	%
Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebé	194	94.17	12	5.83
Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebé, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados	181	87.86	25	12.14
Coloca la cabeza del bebé en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera	187	90.77	19	9.23

“Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de Puerperio normal, del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018”

Acerca al bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen	183	88.83	23	11.17
Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial	189	91.74	17	8.26
Introduce el pezón y la areola cuando el bebe abre la boca completamente	193	93.68	13	6.32
Los labios del bebe permanecen evertidos (boca de pescado)	173	83.98	33	16.02
Permite al bebé la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos	183	88.83	23	11.17
Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial	117	56.79	89	43.21

Fuente: Encuesta Hospital Escuela Universitario. 2018

X DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En general la prevalencia de la lactancia materna en Honduras se ha visto disminuida en las dos últimas encuestas en aproximadamente 5 puntos porcentuales en claro detrimento de la nutrición infantil. <https://www.paho.org> Salud Materna, Niño y Adolescente.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses del bebé se encuentra cada día menos en la práctica de amamantamiento, ya que es reemplazada por la leche artificial o de pote como le conocen la mayoría de las madres de familia, es reconocida principalmente por su fácil manejo, lo que trae como consecuencias múltiples deficiencias no solo para el menor de 6 meses sino también para la madre.

Posterior a la obtención de los datos se llegaron a los siguientes resultados:

En lo concerniente a las **características sociodemográficas**, el grupo etario que prevaleció fue el de 18 a 24 años con el 41.26%, el lugar de origen o procedencia el 27.18% es en la zona Rural (aldea), el tipo de familia o configuración familiar son del 57.76% conviven solo con su pareja e hijos, en escolaridad, el 46.11% tienen educación de secundaria, en la actividad cotidiana el mayor porcentaje 78.15% son amas de casa, la principal actividad laboral que realizan es el cuidado infantil en un 16.99%, son madre primigestas 44.17%, pretende amamantar el 95.14% y el 42.23% amamantara siguiendo los consejos de los médicos y el personal de salud.

El estudio realizado por Carrillo Gerónimo Rodolfo et al, se encontró que estuvo conformado por 300 participante, eran mujeres jóvenes (promedio de edad 23.39 años), grados de estudio de secundaria en un 55.3%, el estado civil con mayor porcentaje fue la unión estable con el 58.7%, el 86% se dedican a actividades del hogar, siendo equivalentes a los datos obtenidos en la presente investigación.

Información similar fue encontrada por Elsy et al, quienes encontraron que el 67.6% de participantes eran adultas jóvenes, 58.4% conviviente, 71.7% con educación secundaria y 74.6% amas de casa.

La OPS reflexiona en que el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, es una variable importante en el papel que desempeña la madre durante el proceso, siendo el punto de inicio que permitirá a la madre saber con certeza como y para que se da el proceso de amamantamiento. Las intervenciones educativas instruyen y a su vez refuerzan los conocimientos para que la LM sea exitosa.

En el IV Congreso Internacional de Lactancia Materna en Oaxaca, México, expresaron que el tema de LM debe ser un objetivo prioritario de cualquier programa de salud pública, la instrucción proporcionada a la madre promueve el aprendizaje estimulando un mayor involucramiento entre la madre y el proceso de amamantamiento.

En el área del conocimiento, en general sobre la lactancia materna, los resultados obtenidos fueron en un 50% reflejaron que tenían niveles buenos de conocimientos, pero en el otro 50% las respuestas positivas fueron inferiores al 70%.

Dentro de los beneficios los más conocidos por las mujeres que alcanzaron porcentajes superiores al 91%, se encuentran que, en un 96.60% los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón, en el 94.17% lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebé, 92.71% en que si las madres han tenido preparación de los pezones les facilita la lactancia materna y no la rechazan, 91% la mujer que da de mamar puede comer y beber de todo, 91.74% el niño debe recibir lactancia cada vez que lo desee.

Porcentajes del 80% de respuestas buenas o positivas en el 88.34% respondieron que la succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre y un

85.43% en que la lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo

Lamentablemente, en el 50% de las preguntas respondieron menos del 70% regularmente. El 68.44% conoce que todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebés, 66.01% que la leche materna no tiene microbios, 65% que deben comer el doble para poder dar de mamar, 65% que la lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmeditamente después del parto, e igual porcentaje respondió en que la lactancia materna no debe prolongarse por mas de seis meses, 61.16% reconoce que la LM proporciona al bebe defensas contra las enfermedades, el 58.25% que cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar.

En general, en la presente investigación se encontró un conocimiento bueno (7 respuestas), pero muy próximas están las (6) respuestas para un nivel de conocimiento regular, que puede ser generado, por ser la mayoría de las encuestadas estudiadas a nivel de secundaria, siendo las labores del hogar a las que más se dedican, lo que puede incidir en que no dispongan de conocimientos suficientes sobre la lactancia materna exclusiva. Coincidiendo con el estudio realizado por García González Erelidi y Zacarias González Ceneida de Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de mujeres de 15-49 años del municipio de Rivas noviembre, 2012, en el que el 59.15% de las encuestadas resultó con conocimientos adecuados sobre lactancia materna.

El lo que corresponde a conocer las **actitudes** que tienen las puérperas estudiadas con respecto a la Lactancia Materna.

Del total de 7 preguntas que le corresponden a las actitudes, el 70% (5) de las respuestas fueron buenas. El 85.43% consideran que es correcto que el niño reciba solo leche materna durante los primeros 6 meses, 84.47% no prefieren la leche de

fórmula a la leche materna, 83.98% creen que el biberón (pepe) con leche materna es la mejor para las madres que trabajan, 81.55% conocen de que la mujer que amamanta debe ser apoyada por la familia para dicha actividad, 80.09% en que la mujer que amamata debe ser apoyada en el trabajo para dicha actividad, así mismo un 72.33% continuaría con la lactancia materna aunque les genere molestias y el 64.08% no evitaría la lactancia materna si su hijo estuviera con diarrea.

En nuestro estudio se encontró que los datos obtenidos son para una actitud buena en más del 71% de las respuestas. En un estudio de Gerónimo Carrillo et al, se encontró que las puérperas son de escasos recursos y posiblemente la falta de recursos económicos no deja opción para que ellas realicen la alimentación artificial ya que esta siempre genera gastos adicionales en la economía familiar. Lo cual coincide con nuestro estudio, ya que la principal actividad a que se dedican las puérperas es a los trabajos del hogar, y esto facilita el amamantamiento.

El estudio de Cardalda, Elsa B et al; coincide con nuestra investigación, en lo que respecta al apoyo familiar e institucional (donde laboran) del que requieren las puérperas para la lactancia materna. Siendo un importante reto el poder disfrutar del tiempo disponible para lactar una vez se regresa al trabajo.

En lo que respecta a las **prácticas** en Lactancia Materna de las mujeres en estudio, más del 88% realizan buenas prácticas según las respuestas de lo que realizan durante la Lactancia Materna, el 94,17% se lavan las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebé, 93.68% introduce el pezón y la areola cuando el bebé abre la boca completamente, 91.74% estimulan el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial, el 90.77% colocan la cabeza del bebé en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera, el 88.83% acercan al bebé contra el seno en contacto abdomen con abdomen, 87.86% buscan una posición cómoda en la silla para dar de lactar a su bebé, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados, 88.83% permiten al bebé la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos, 83.98% los labios del bebé

permanecen evertidos (boca de pescado) y el 56.79% al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial.

Con los datos obtenidos en las encuestas referente a las prácticas, se encontró que aproximadamente el 88% de las respuestas son buenas, en relación a porcentaje de respuestas, a pesar de que en el nivel de conocimientos fue menor con un 50% de las respuestas.

En un estudio realizado por Alvarado Díaz se encontró en una muestra de 109 madres, que sólo el 17.43% de los lactantes recibió lactancia materna exclusiva en los primeros 4 meses de edad, lo cual indica que el destete precoz es una práctica usual en este grupo debido a la falta de conocimientos y prácticas erróneas que intervienen en la misma.

García González Erelidi y Zacarias González, infirieron que el tener conocimientos adecuados no es equivalente a tener actitudes adecuadas e inversamente, pero que en la gran mayoría de los casos, las mujeres que tienen conocimientos adecuados tienden a tener actitudes adecuadas, no obstante es poco frecuente que las mujeres presenten a las vez todos los conocimientos inadecuados como actitudes inadecuadas.

Carrillo Gerónimo Rodolfo et al, encontraron en las prácticas de lactancia materna que realizan las mujeres puérperas, que el 89% estaban de acuerdo con la LM exclusiva y el 55% con el lavado de manos para amamantar, coincidiendo con este estudio.

XI. CONCLUSIONES

Al finalizar esta investigación, se ratifica lo encontrado en otras referencias bibliográficas con estudios similares:

1. En cuanto a las características sociodemográficas se encontró que el rango de edad que predominó fue el de 18 a 24 años, procedentes de la zona rural (aldea), educación secundaria, amas de casa, que conviven solas con la pareja y los hijos, trabajadoras del hogar, que son madres primigestas en el 44%.
2. Los conocimientos generales son buenos en más del 50% de las entrevistadas, pero que podrían ser mejores si, la información sobre Lactancia Materna fuese a través del personal de salud, al igual que los beneficios de la misma, se facilitarían a través de una educación y formación efectiva, de manera formal y adecuada, a las mujeres en la consulta prenatal, esto se traduce en que solo el 42.23% de las encuestadas amamantará siguiendo los consejos de los médicos y del personal de salud.
3. En lo que corresponde a las actitudes, las respuestas se clasificaron como buenas, aunque el trabajar fuera del hogar, es una limitante para continuar con la lactancia materna en el 58.25%, pero en más del ochenta por ciento consideran importante y necesario que la mujer que amamanta debe ser apoyada por la familia y el centro de trabajo.
4. En las prácticas que realizan en general las mujeres lactantes, fue donde mejores respuestas buenas fueron encontradas y con altos porcentajes; como lo es el lavado de manos antes de empezar a dar de lactar, posición cómoda, la estimulación del reflejo de búsqueda al bebé.

5. En general se observan que los conocimientos, actitudes y prácticas obtuvieron resultados de buenos en la clasificación, sin embargo solo el 50% de las respuestas en conocimientos fueron buenas, no así en las actitudes y prácticas que fueron superiores al 70%, lo que significa que aunque tengan conocimientos no adecuados, sus actitudes y prácticas pueden serlo, por el acompañamiento de las familias durante el proceso de amamantamiento.

6. Se requiere de mayor acompañamiento a las mujeres en la educación comunitaria que fomente la práctica de la lactancia materna y que se haga énfasis en los beneficios físico, psicológicos, sociales y económicos a la madre y al niño.

XII. RECOMENDACIONES

1. Capacitación y actualización permanente al personal de las unidades de salud de los diferentes niveles de atención, en las normas de lactancia materna como una manera de garantizar que todos los recursos profesionales se apropien de los conocimientos.
2. Promover en las unidades de salud, principalmente en los departamentos de atención a la mujer en general, programas de educación, en lactancia materna, en donde se capacite sobre las diferentes técnicas de amamantamiento y los diferentes beneficios de la misma a la madre, al bebé y a la familia.
3. Charlas educativas (campañas) sobre lactancia materna en diversos lugares, que promuevan la importancia de lactancia materna en los primeros seis meses de vida principalmente. Estas campañas deben estar dirigidas a mujeres y varones jóvenes, principalmente, quienes garantizaran la cadena de educación y apropiación de los principios del amamantamiento.
4. Conformación con personal comprometido (donde no hay) y reforzamiento (en donde ya existen), de las comisiones que promuevan y den seguimiento a la lactancia materna exclusiva en el primer nivel de atención en salud, por ser este el contacto que mayormente tienen las futuras madres y las familias en general.
5. Considerar incluir la consejería en lactancia materna como prioridad desde la adolescencia, no solamente al estar embarazada.
6. Hacer uso de los medios de comunicación para transmitir las ventajas de la lactancia materna, de esta manera se proporcionará información a la

poblacion en general, lo que permitirá que sea mayor el involucramiento de las familias en este tipo de alimentación para el bebé.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Carrillo, Gerónimo Rodolfo. Magaña Castillo, Margarita, Zetina Hernandez, Eva, et all. Conocimiento, actitud y practica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. Enero a Abril 2014. México.
2. Sena Barrios A, Rivera Rivadulla R, Díaz Guzmán E, Hernández Domínguez B, Armas Ramos N. Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. Rev. Ciencias Médicas. 2014 julio y agosto; 18(4). Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000400004
3. UNICEF. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020 / Garcia González, Eredi. Zacarias González, Cebeyda. Conocimientos, actitudes y practicas en relación a Lactancia Materna en mujeres de 15 a 45 años que asisten al Puesto de Salud Manning Renner del Municipio de Rivas, Nicaragua, Noviembre 2012
4. UNICEF. Lactancia materna. 2015
5. 14 de agosto 2018. <https://www-paho.org>. Salud Materna, Niño y Adolescente. Labor de OPS/OMS e INCAP a favor de lactancia materna. Honduras
6. Muñoz Bugarin, Carolina Angélica. Factores asociados al conocimiento de lactancia materna en puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital “San José” Callao-Lima, Julio a Septiembre 2017
7. Rayo García, Ana Junnieth. Arrieta Estrada, Juan Carlos. Conocimientos, actitudes y practicas en relación a Lactancia Materna en mujeres de 15 a 45 años que asisten al Puesto de Salud San Sebastian Managua, Noviembre a Diciembre 2015
8. Informe Nacional Republica de Honduras. Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Mundial. República de Honduras. 2014
9. Organizcion Mundial de la Salud. Lactancia Materna, Peru:OMS; 2014. Disponible en :<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
10. Documento del programa del país 2012-2016. UNICEF. Honduras.
11. Plan Plurianual de Ministerio de Salud de Nicaragua 2011-2015.

12. Manual de lactancia materna para atención primaria, Managua. Ministerio de salud de Nicaragua, 2010
13. Pediatría, A. N. Manual de la lactancia de la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2008
14. Rivera Tejada, Helen Soledad. Nivel de conocimiento, prácticas y actitudes de las madres sobre lactancia materna exclusiva, en el puesto de salud Bellavista-Trujillo 2016. Perú.
15. Elsy M, Joece B, Lesly A, Liz c, Elsa C, Emily D, Alexander F, Nélide Q, Pamela S, YeraldineT, Vanessa V. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna exclusiva, en madres lactante con niños menores de un año, INMP-2011. An Fac med. 2012
16. Organización Panamericana de la Salud Perú: OPS; 2011. Disponible en : https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=402&Itemid=1
17. IV Congreso Internacional de Lactancia Materna México: AEP; 2013. Disponible en: https://www.elmundo.com/móvil/noticia_detalle.php?idx=206257&
18. Elsa B. Cardalda EB, Martínez J, Alcalé A, Talavera J, Hernández S, Davila M, Gomila R. Factores facilitadores y dificultades para una lactancia exitosa en diferentes grupos ocupacionales de madres puertorriqueñas. Rev. Puert de Salud Publica 2012.
19. Alvarado DS, Canales AM. Conocimientos y practicas que poseen las madres sobre la lactancia materna exclusiva y el destete temprano en menores de seis meses. Rev. Crea Cienc Med (en línea) 2005. Disponible: https://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=51268&id_seccion=3209&id_ejemplar=5198&id_revista=183
20. García González Erelidi y Zacarias González, Conocimientos, actitudes y practicas sobre lactancia materna de mujeres de 15 – 49 años que asisten al centro de salud Manning Rener del municipio de Rivas en noviembre 2012.

21. Lule Fernández, Danitza Millady. Silva Jiménez, Juana Inés. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna exclusiva en puérperas del Hospital Regional II-2- TUMBES, Perú. 2016.
22. DIAZ-GOMEZ, N Marta et al. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2016, vol.90 [citado 2018-08-25], e40016. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100416&lng=es&nrm=iso>.
23. Rodríguez-Pérez, M^a José, Álvarez-Vázquez, Elena, Medina-Pomares, José, Velicia-Peñas, Carmen, Cal-Conde, Ana, Goicoechea-Castaño, Ana, González-Formoso, Clara, Clavería, Ana, PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO, GALICIA. *Revista Española de Salud Pública* [en línea] 2017, 91 [Fecha de consulta: 24 de agosto de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17049838014>> ISSN 1135-5727
24. Carvajal, Rocío, Mateus S., Julio C., Cabrera A., Gustavo, Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [en línea] 2003, 21 (enero-junio) : [Fecha de consulta: 28 de agosto de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021103>> ISSN 0120-386X
25. Alonzo López S. Conocimientos y Factores Sobre Lactancia Materna Durante el periodo De Puerperio. Tesis. Mexico: Universidad Nacional Autónoma Del Estado de Mexico, Facultad de Enfermería y Obstetricia; 2017. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67946/TESIS.pdf?sequence=3>
26. Lopez Ruiz B. Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna en Puérperas Atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Tesis. Peru: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Medicina Humana; 2016. Disponible en: repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3950
27. Elvir Mayorquin NY, David Murillo M, Portillo Pineda M, Aguilar Gutiérrez KF, Granados Rodríguez RA, et al. Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia materna en puérperas. Estudio Hospitales públicos de Honduras multicéntrico en 7 h. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2016 09- 10; 2(3). Disponible en: www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/200

XIV

Anexos

LIMITANTES DEL ESTUDIO EN LA ENCUESTA

1. No hay una pregunta acerca de que si conocen la ley que de conformidad con el articulo 6 del Decreto No. 231-2013,para proteger y promover la lactancia que expresa que las madres tienen derecho a amamantar cuando se trabaja fuera de casa.
2. Por el número de hijos.
3. Por las ventajas y desventajas de la lactancia materna
4. Hasta que edad se debe dar lactancia materna
5. Extracción de leche materna y su almacenamiento
6. Si el niño rechaza el pecho a donde debe recurrir

En general la encuesta no tiene incluida una escala de puntaje, que permita clasificar cualitativamente en Bueno, Regular, Malo, y que pueda ser comparado con otros estudios internacionales.

La escala utilizada en la presente investigación fue facilitada por el propio investigador.

Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras			
Encuesta sobre aspectos referentes a la Lactancia Materna, en la sala de Puerperio Normal, del Bloque Materno Infantil			
VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA / VALOR
1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres puérperas del presente estudio			
Características sociodemográficas	Respuesta	Número	Porcentaje
Edad	Menor de edad	38	18.44
	De 18 a 24 años	85	41.26
	De 25 a 32 años	62	30.09
	De 33 a 40 años	19	9.22
	Sobre edad	2	0.97
Total		206	100%
Procedencia	Urbano – marginal	54	26.21
	Urbano – no marginal	46	22.33
	Rural (aldea)	56	27.18
	Semi – rural (Pueblo)	42	20.38
	No sabe	8	3.88
Total		206	100%
Tipo de familia	Convive solo con su pareja e hijos.	119	57.76
	Convive con sus padres y pareja.	47	22.81
	No convive con su pareja.	30	14.56
	Convivencia esporádica.	10	4.85
Total		206	100%
Escolaridad	Ninguna	13	6.31
	Primaria	85	41.26
	Secundaria	95	46.11
	Universitaria	13	6.31
Total		206	100%
Actividad cotidiana	Estudiante	21	10.19
	Ama de casa	161	78.15
	Trabaja y estudia	4	1.94
	Solo trabaja	20	9.70
Total		206	100%
Trabaja	Cuidado Infantil	35	16.99
	Comerciante	33	16.01
	Domestica	29	14.07
	Fábrica	22	10.67
	Sector Bancario	21	10.19

	Negocio Propio	14	6.79	
	Restaurante	12	5.82	
	Asistente hospitalaria	8	3.88	
	Asistente legal	7	3.39	
	Maestra en CEB-PREB	7	3.39	
	Procesamiento de embutidos	6	2.91	
	Empresa de transporte	5	2.42	
	Sector comercial / Atención al cliente	5	2.42	
	Asistente de selección de personal	2	0.97	
Total		206	100%	
Primigesta	Si	91	44.17	
	No	115	55.82	
Total		206	100%	
Prefiere amamantar	Si	196	95.14	
	No	10	4.85	
Total		206	100%	
Debo amamantar siguiendo los consejos	De otras madres mas experimentadas	35	16.99	
	De los médicos y personal de salud	87	42.23	
	Seguir mis propios impulsos	84	40.77	
Total		206	100%	
2. Identificar el nivel de <u>conocimientos</u> sobre Lactancia Materna que poseen las puerperas				
Conocimiento	Si	%	No	%
La lactancia materna exclusiva no debe prolongarse por mas de seis meses	135	65.53	71	34.47
El niño debe recibir lactancia cada vez que lo desee	189	91.74	17	8.26
Todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebés	141	68.44	65	31.56
La preparación de los pezones facilita la lactancia	191	92.71	15	7.29
La lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades	126	61.16	80	38.84
Los niños lactados a pecho son mas inteligentes que los alimentados con biberón	199	96.60	7	3.40
La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo	176	85.43	30	14.57
Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebé	194	94.17	12	5.83

La leche materna esta libre de microbios	136	66.01	70	33.99
La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo	187	91	19	9.00
Hay que comer el doble para poder dar de mamar	132	65	74	35.00
Cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar	120	58.25	86	41.75
La succion por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre	182	88.34	24	11.66
La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmeditamente al parto	132	65	74	35.00
3. Determinar las <u>actitudes</u> que tienen las puérperas estudiadas con respecto a la Lactancia Materna				
Actitudes	Si	%	No	%
La mujer que amamanta debe ser apoyada por la familia para dicha actividad	168	81.55	38	18.45
La mujer que amamata debe ser apoyada en el trabajo para dicha actividad	165	80.09	41	19.91
Considera correcto que el niño reciba solo leche materna durante los primeros 6 meses	176	85.43	30	14.57
Continuaría con la lactancia materna aunque le genere molestias	149	72.33	57	27.67
Preferirira usted, darle a su niño leche de fórmula que leche materna	32	15.53	174	84.47
Evitaría la lactancia materna si su hijo estuviera con diarrea	74	35.92	132	64.08
El biberón (pepe) con leche materna es la mejor para las madres que trabajan	173	83.98	33	16.02
4. Describir las practicas en Lactancia Materna de las mujeres en estudio				
Prácticas	Si	%	No	%
Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe	194	94.17	12	5.83

Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, colocando su espalda recta con los hombros comodos y relajados	181	87.86	25	12.14
Coloca la cabeza del bebe en el angulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera	187	90.77	19	9.23
Acerca al bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen	183	88.83	23	11.17
Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial	189	91.74	17	8.26
Introduce el pezón y la areola cuando el bebe abre la boca completamente	193	93.68	13	6.32
Los labios del bebe permanecen evertidos (boca de pescado)	173	83.98	33	16.02
Permite al bebe la succion a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos	183	88.83	23	11.17
Al terminar la alctancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial	117	56.79	89	43.21



ENCUESTA SOBRE ASPECTOS REFERENTES A LACTANCIA EN SALA DE PUERPERIO NORMAL DEL BLOQUE MATERNO INFANTIL

ASPECTOS A CONSIDERAR: la presente encuesta se desarrolla a partir de una serie de preguntas y enunciados con sus respectivos juicios de valor que permitan comprender las creencias y estilos de lactancia que priman en la población de madres atendidas en la sala de puerperio normal del bloque materno infantil del Hospital Escuela Universitario. Tenga en cuenta que esta información será de carácter netamente confidencial y para uso eminentemente académico.

INFORMACION SOCIO – DEMOGRAFICA DE LA PACIENTE		
1. Edad de la madre: 1. Menor de edad <input type="radio"/> 2. de 18 a 24 años <input type="radio"/> 3. de 25 a 32 años <input type="radio"/> 4. de 33 a 40 años <input type="radio"/> 5. Sobre edad <input type="radio"/>	2. Lugar de origen: 1. Urbano – marginal <input type="radio"/> 2. Urbano – no marginal <input type="radio"/> 3. Rural (Aldea) <input type="radio"/> 4. Semi- rural (Pueblo) <input type="radio"/> 5. No sabe <input type="radio"/>	3. Configuración familiar (tipo de familia): 1. Convive solo con su pareja e hijos <input type="radio"/> 2. Convive con sus padres y pareja <input type="radio"/> 3. No convive con su pareja <input type="radio"/> 4. Convivencia esporádica <input type="radio"/>
4. Su escolaridad es: 1. Ninguna <input type="radio"/> 2. Primaria <input type="radio"/> 3. Secundaria <input type="radio"/> 5. Universitaria <input type="radio"/>	5. Actividad cotidiana: 1. Estudiante <input type="radio"/> 2. Ama de casa <input type="radio"/> 3. Trabaja y estudia <input type="radio"/> 4. Solo trabaja <input type="radio"/>	6. Si trabaja, especifique en que: <input type="text"/> 7. Usted es madre primigesta: 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>

CREENCIAS SOBRE LA LACTANCIA	
8. Pretende amamantar: 1. Si <input type="radio"/> (pase a la preg 9) 2. No <input type="radio"/> (pase a la preg 10)	9. Debo amamantar siguiendo los consejos (seleccione una o varias): 1. De otras madres más experimentadas <input type="radio"/> 2. De los médicos y personal de salud <input type="radio"/> 3. Seguir mis propios impulsos <input type="radio"/>
10. No amamantaré: 1. Porque arruina mi cuerpo <input type="radio"/> 2. Porque no produzco leche <input type="radio"/> 3. Por consejo de mi pareja <input type="radio"/>	

CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA			
Debe juzgar el enunciado en función de las opciones SI o NO, que están representadas en los círculos de la parte izquierda de la hoja:			
Enunciado	Si	No	
1. La lactancia materna exclusiva no debe prolongarse más de 6 meses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. El niño debe recibir lactancia cada vez que desee.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebés.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. La preparación de los pezones facilita la lactancia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. La lactancia materna no ayuda a prevenir el cáncer de mama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. La lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10. La leche materna está libre de microbios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11. La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12. La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13. Hay que comer el doble para poder dar de mamar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14. Cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15. La succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
16. La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmediatamente al parto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

ACTITUDES RELACIONADAS CON LACTANCIA MATERNA

Debe juzgar el enunciado en función de las opciones SI o NO, que están representadas en los círculos de la parte derecha de la hoja:

Enunciado	Si	No
1. La mujer que amamanta debe ser apoyada por la familia para dicha actividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. La mujer que amamanta debe ser apoyada en el trabajo para dicha actividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Considera correcto que el niño reciba solo leche materna durante los primeros 6 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Continuaría con la lactancia materna aunque le genere molestias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Preferiría usted, darle a su niño leche de fórmula que leche materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Evitaría la lactancia materna si su hijo estuviera con diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. El biberón (pepe) con leche materna es la mejor opción para las madres que trabajan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

Debe juzgar el enunciado en función de las opciones SI o NO, que están representadas en los círculos de la parte derecha de la hoja:

Enunciado	Si	No
1. Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Coloca la cabeza del bebe en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Acerca al bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Introduce el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los labios del bebe permanecen evertidos (boca de pescado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>